



**UNIVERSIDADE POTIGUAR – UNP
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO**

MARIA DE FÁTIMA CÂMARA

**ATRIBUTOS PARA A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
NOS HOSPITAIS DA GRANDE NATAL-RN / BRASIL**

NATAL/RN

2014

MARIA DE FÁTIMA CÂMARA

**ATRIBUTOS PARA A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
NOS HOSPITAIS DA GRANDE NATAL-RN / BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Administração da Universidade Potiguar – UnP como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração.

Área de concentração: Estratégia e Competitividade.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Alípio Ramos Veiga Neto

NATAL/RN

2014

C172a Câmara, Maria de Fátima.

Atributos para satisfação dos usuários de serviços de saúde nos hospitais da Grande Natal-RN/BRASIL / Maria de Fátima Câmara. – Natal, 2014.

94f.

Orientador: Dr. Alípio Ramos Veiga Neto
Dissertação (Mestrado em Administração). – Universidade Potiguar.
Pró - Reitoria Acadêmica.

Referências: f.83-91.

1. Administração – Dissertação. 2. Qualidade de assistência à saúde. 3. Satisfação do usuário. 4. Avaliação. Título.

MARIA DE FÁTIMA CÂMARA

**ATRIBUTOS PARA A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
NOS HOSPITAIS DA GRANDE NATAL-RN / BRASIL**

Aprovado em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Alípio Ramos Veiga Neto
Orientador
Universidade Potiguar – UnP

Prof.^a Dr.^a Laís Karla da Silva Barreto
Membro Examinador
Universidade Potiguar – UnP

Prof.^a Dr.^a Marcia Cristina Alves
Membro Examinador Externo
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

DEDICATÓRIA

A Deus pela permissão de chegar até aqui

Ao meu pai Severino Câmara de Almeida (in memórian) pelos ensinamentos, apoio e amor que sedimentaram o meu viver, me ensinando a ser forte a cada amanhecer e desistir nunca.

Minha mãe: Maria do Céu Alves de Almeida pela sabedoria durante toda minha vida muito contribuiu para formar alicerces da minha história.

Aos meus filhos Júnior, Flávio e Arthur (neto) força propulsora de coragem.

Ao esposo pela nobre missão de sedimentar a fé em Jesus.

Ao meu querido professor e orientador Dr. Alípio Veiga Neto pela confiança e imensuráveis ensinamentos recebidos.

Aos meus estimados alunos e os usuários do Sistema de Saúde, motivo maior de estudar sempre.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela força de tornar possível esse sonho, em meio à bruma incessante que me cercou a partir de 02 de março do ano em curso.

Ao meu pai Severino Câmara (in memoriam) pelo legado que herdamos tua resiliência, alegria, serenidade, seu amor, lição maior para suportarmos a dor da tua partida.

Minha mãe pelos ensinamentos incessantes.

A meus familiares, esposo, filhos e neto que foram mestres no esperar.

Ao meu orientador doutor Alípio Ramos Veiga Neto pela disponibilidade nas orientações, apoio absoluto e compreensão, compartilhando o seu conhecimento sem mensurar esforços para concretização desta pesquisa. Sua competência, habilidade, apoio e confiança me guiaram nesta jornada.

A professora Tereza por acreditar que o retorno seria de vitória.

A Glícia pelo seu fino trato com os alunos, seu acolhimento me motivava a voltar continuamente.

Aos componentes da banca examinadora, professoras doutoras Laís Karla, Marcia Alves e o professor Dr. Walid Abbas El-Aouar.

Professora doutora Patrícia Webber por te me ensinar que qualquer que seja a produção científica requer um espaço da sua vida.

Aos meus Amigos, alunos que unidos pelo Espírito Santo tornaram meu semestre movimentado e feliz.

Adriana Pontes, Elizabete Carrasco, Zuleide Gonsalves, Josué Rodrigue, pelo incentivo, apoio e reconhecimento.

A Délria, Daniella Rêgo, contribuição para que a pesquisa fosse realizada com sucesso.

Fábio William, inesquecível, incansável, sua competência, habilidades e simplicidade deram forma ao meu sonho.

Professora Janúsa Ana Santana, Alex, Iana, Elisandra, Rebeca, Abson, Marcelo, Joelma, sempre disponível para colaborar.

Aos Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que permitiram suas informações para consolidação dessa pesquisa.

Aos meus queridos alunos de Enfermagem, Medicina, Segurança pelo incentivo durante a pesquisa.

Ao amigo e professor Hugo José (in memoriam) pela colaboração no decorrer do trabalho.

Aos não nominados colegas... **“Grato a ti Senhor por fazerem parte da minha história”**.

“Em todas as coisas, o sucesso depende
da preparação prévia”.

(Confúcio)

RESUMO

O presente estudo aborda o cenário atual dos atendimentos nos hospitais públicos e privados em Natal e circunvizinhos a grande Natal-RN, Brasil. O estudo em pauta objetiva identificar atributos de satisfação dos usuários atendidos nos serviços hospitalares selecionados e escolhidos da demanda espontânea prevalentes no serviço. A coleta dos dados se deu em duas etapas distintas, sendo a primeira realizada através de instrumento com questões pontuais de satisfação e insatisfação dos atributos encontrados na literatura, e a segunda etapa com instrumento de questões abertas e delineamento qualitativo evidenciando a análise do discurso de cada sujeito. Os resultados levaram uma consolidação de 498 sujeitos sendo 247 satisfeitos e 251 insatisfeitos identificados qualitativamente através da análise do discurso de cada, sendo percentual inferido de satisfação de 49,6% e insatisfação de 50,4%. Os dados coletados foram submetidos à minuciosa analogia interpretativa através da análise do discurso e identificação em tabelas utilizadas para sua modelagem a consolidação dos dados no sistema Windows Excel. Deste modo chega-se a conclusão que existe estreita relação dos atributos de satisfação com o modelo de assistência prestado, evidencia-se a importância da continuidade de pesquisas qualitativas que estudem os atributos relevantes que colaborem com práticas de assistência nas organizações de saúde e hospitalares do país.

Descritores: qualidade da assistência à saúde; satisfação do usuário; avaliação.

ABSTRACT

This study discusses the current scenario of care in public and private hospitals in Natal and surrounding the great Natal-RN, Brazil. It is clear that the methodology of care is related to the current model of care in the country. The study aims to identify attributes Tariff satisfaction of users served in the chosen prevalent in spontaneous demand service selected and hospital services. Data collection took place in two stages, the first held by the instrument with specific issues of satisfaction and dissatisfaction of the attributes found in the literature, however its scope is not relevant to the achievement of goals and made the second step, instrument open questions and qualitative design highlighting the discourse analysis of each subject, favoring the identification of attributes satisfaction and frequency on selected services. The results led to a consolidation of 498 247 subjects being satisfied and 251 dissatisfied qualitatively identified through discourse analysis of each, being inferred percentage of satisfaction and dissatisfaction of 49.6% from 50.4%. The data collected represented by the subjects in his speech underwent thorough interpretative analogy through discourse analysis and identification tables used for modeling data consolidation system in Windows Excel, and transcripts for tables that show the relevance of the attributes and their frequency by setting the quality of service delivery and characterizing the model of care embodied in the surveyed organizations. Thus we arrive at the conclusion that there is a close relation of the attributes of satisfaction with the model of care provided, highlights the continued importance of qualitative and quantitative research to study the relevant attributes corroborating care practices in healthcare and hospital organizations in the country..

Descriptors: quality of health care; user satisfaction; Review.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Fluxo de organização da hotelaria em âmbito hospitalar.....	32
Figura 2- Modelo das funções que atendam as necessidades dos serviços.....	59
Figura 3- Etapas da pesquisa	71

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Números Brasil – caracterização dos leitos por tipo e segundo contratante, em porcentagem – análise horizontal, 2002.....	36
Quadro 2 - Caracterização dos leitos por tipo e segundo contratante, em porcentagem – análise vertical, 2002.....	36
Quadro 3 - Determinantes dos Atributos dependentes e independentes para a satisfação dos usuários segundo alguns estudos.....	65
Quadro 4 - Atributos encontrados na literatura Revisão Teórica.....	66
Quadro 5 - Delimitação do perfil de satisfação dos usuários dos hospitais da grande Natal, RN. 2014.....	84
Quadro 6 - Categorização dos Atributos segundo os usuários dos hospitais da grande Natal/ RN, 2014.....	85
Quadro 7 - Atributos de satisfação e seus significados, Natal/ RN. 2014.....	86
Quadro 8 - Bioestatística dos Atributos. Natal/ RN. 2014.....	87
Quadro 9 - Relevância dos atributos.....	89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos usuários segundo o sexo 2014.....	82
Tabela 2 - Distribuição dos usuários segundo o convênio 2014.....	82
Tabela 3 - Distribuição dos usuários segundo a idade 2014.....	82
Tabela 4 - Distribuição dos usuários segundo a escolaridade 2014.....	83
Tabela 5 - Distribuição dos usuários segundo status civil 2014.....	83
Tabela 6 - Distribuição dos usuários segundo a religião 2014.....	83

LISTA DE SIGLAS

BIREME - Biblioteca Regional de Medicina

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FNQ - Fundação Nacional da Qualidade

JCAHO - Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

LOS – Lei Orgânica da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PRO-ADESS - Projeto de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde

SciELO - Scientific Electronic Library Online

SUS – Sistema Único de Saúde

TI - Tecnologia da Informação

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	18
1.2 OBJETIVOS	19
1.3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO DO TEMA.....	19
1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO.....	20
2.REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O ATENDIMENTO HOSPITALAR	22
2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA PERSPECTIVA INSTITUCIONAL	24
2.2.1 Princípios e diretrizes que norteiam a organização do SUS	25
2.3 HOTELARIA HOSPITALAR	30
2.4 CENÁRIOS DOS HOSPITAIS NO BRASIL.....	33
2.5 ESTRATÉGIAS ORGANIZACIONAIS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	36
2.6 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO.....	38
2.6.1 Modelo da assistência em saúde	40
2.6.2 Características dos serviços de saúde	42
2.6.3 Organização e funcionamento	44
2.7 SATISFAÇÃO DO CLIENTE NOS SERVIÇOS HOSPITALARES.....	46
2.7.1 Dificuldades dos serviços de saúde	53
2.7.2 Qualidade dos serviços de saúde	56
2.7.3 Qualidade e segurança em serviços de saúde	58
2.8 FATORES QUE DETERMINAM A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE ATENDIDOS EM HOSPITAIS	60
2.8.1 Atributos de satisfação no atendimento do usuário no hospital	62
2.8.2 Percepção dos usuários dos serviços de saúde	67
3 METODOLOGIA	70
3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA	71
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	72
3.3 INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	73
3.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	74
3.5 O ANÁLISE QUALITATIVA DA PESQUISA	74
4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	81

4.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS.....	81
4.2 DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS QUANTO A SATISFAÇÃO	84
4.3 CATEGORIZAÇÃO DOS FATORES DE SATISFAÇÃO	85
5. CONCLUSÃO	91
REFERÊNCIAS.....	94
APÊNDICE.....	103

1. INTRODUÇÃO

É visível às mudanças de paradigma, um reforço à adaptação do modelo de assistência na média e alta complexidade em detrimento da qualidade no atendimento nas organizações públicas e privadas. As políticas públicas que sedimentam o modelo calcado na Constituição Federal de 1988, no qual ao cidadão é garantido seu direito à saúde na Promoção, Prevenção, Proteção e Recuperação, denominados princípios norteadores do Sistema Único de Saúde – SUS como relevante estratégia usada por empreendedores na área da saúde.

Sendo assim, o desempenho da gestão participativa é relevante nas organizações devido favorecer resultados positivos no atendimento tornando-o satisfatório, na demanda prevalente em cada serviço. Segundo Borba (2004), partindo do pressuposto que os valores constitucionais sequenciados no decorrer da gestão dos serviços lideram atenção e cuidado em saúde, integralidade, acolhimento e vínculo, que contemplam a complexidade do serviço viabilizando processos resolutivos e qualificados em prol da satisfação dos clientes, visto que o SUS representa um sistema completo em sua essência teórica para o enfrentamento às contradições administrativas, segue seus princípios doutrinários com foco equitativo, descentralizado e integralizado aproximando o usuário através do acolhimento personalizado à satisfação (BRASIL, 1990; LONDONO; MOREIRA; LAVERDE, 2003).

A organização proporciona serviços a partir da integralidade de conhecimentos dos diversos segmentos, contemplados no seu perfil e inseridos no plano norteador do sistema sendo o modelo assistencial criteriosamente desenhado na promoção, prevenção das doenças e proteção ao meio ambiente (ANS, 2009).

Para Ramos e Lima, (2003) os estudos inerentes ao acolhimento evidenciam o nível de satisfação dos usuários quando o cliente identifica o fluxo do atendimento e encontra resolutividade dentro do fluxograma apresentado para funcionamento do mesmo, garantindo a fidelização desse atendimento através de abordagem facilitadora, competente e acolhedora, evidenciando necessidade de uma avaliação ativa, em que os clientes sejam consultados caracterizando e classificando a qualidade do atendimento prestado no serviço de saúde.

Felisberto (2004) corrobora com isso onde fundamenta que a avaliação dos serviços pelos gestores e pesquisadores se insere no contexto evolutivo de promover a saúde através da gestão institucionalizada. Dessa maneira criando vínculos de higidez em seus processos e políticas administrativas compartilhadas para fortalecerem o segmento e identificando a relevância da avaliação de práticas inerentes ao atendimento em suas diferentes metodologias, baseadas nas proposições governamentais como forma de sistematizar o atendimento calcado na atenção básica para o enraizamento dos processos decisórios na gestão.

De acordo com Moura (2006), a satisfação do usuário se concretiza quando a profissiografia do serviço se adequa ao segmento oferecido a partir do momento do atendimento, sendo acolhedor e cordial, sequenciado pela prestação personalizada do serviço. Nessa interface presume-se a integralidade dos seres humanos envolvidos no processo, enfatizando possibilidades assertivas para o atendimento e adequando parâmetros comportamentais descritos no âmbito da política administrativa da instituição. Seguindo o exposto, no contexto de variabilidade profissional, as especializações escalonadas com mais frequência na abordagem dos serviços certamente estarão mais evidentes no mercado de trabalho, desenvolvendo qualificações apropriadas para atuação nos serviços de saúde.

Por isso a teorização do atendimento configura um enfoque sistêmico de qualificação dos funcionários em que as políticas internas de valorização do trabalhador direcionam um atendimento fidelizado, atencioso e cortês, agregando valores humanos a assistência a saúde. Assim a motivação que direciona a elevação dos serviços de saúde está internalizada em métodos e técnicas de qualidade e as especificidades se integram a diferentes programas de qualidade direcionados à satisfação não somente do usuário como também da família, acrescentando valores que não se direcionem exclusivamente ao orçamento destinado à empresa.

Mediante a diversidade de atributos direcionados à satisfação está o alinhamento do acolhimento e estruturação dos serviços de forma hierarquizada, organizada e que visivelmente acusará o perfil do atendimento de forma não linear. Atributos relacionados à insatisfação estão ligados a critérios administrativos, como redução do dimensionamento pessoal da empresa, falta de funcionários, demora no

atendimento fluxograma complexo e burocrático (CASTELLANOS, 2002; PICOLO; TONTINI, 2008; TONTINI, WALTER, 2011).

Em face disso a satisfação do atendimento hospitalar para os usuários está diretamente ligada com a qualidade dos serviços prestados. Para tanto, a qualidade foi definida como: um nível de execução e realização que caracteriza a assistência prestada. Assim como pode ser entendida como “contribuição do serviço para êxito do tratamento, do resultado clínico ou de qualquer forma de desfecho dos problemas em saúde dos pacientes” (ROSSO; SILVA, 2006).

Diante do exposto serão apresentados nessa pesquisa conceitos que perfazem a complexidade dos serviços de saúde e suas características no Brasil, enfatizando as dificuldades dos serviços, do modelo assistencial, qualidade e segurança em serviços de saúde e satisfação do cliente, assim como os atributos de satisfação e percepção dos Usuários dos Serviços Hospitalares (ROSSO; SILVA, 2006).

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

No geral os esforços para melhoria na qualidade da assistência prestada nos hospitais públicos e privados, tem sido uma constante tarefa dos gestores. Porém o planejamento considera as expectativas dos usuários, dessa forma possibilitando ampla satisfação advinda da população prevalente no cotidiano dos serviços, analisando a ineficiência dos recursos investidos em novas tecnologias e na informação em saúde, que chegue ao alcance da população (ABRAHÃO-CURVO, 2010).

Dentre informações estudadas, observa-se a necessidade de uma sistematização nos processos decisórios da gestão, inserido no cotidiano administrativo, de instrumentos de aplicabilidade humanizada em prol da mudança de paradigma, tornando-se visível que fatores inerentes a informação e assistência a saúde hospitalar dos usuários atendidos da demanda espontânea do serviço, desconhecem o fluxo de atendimento dificultando o acesso aos serviços essenciais (CASTELLANOS, 2002; COSTA, 2010).

As instituições de saúde, não apreciam os métodos científicos para a aplicabilidade na gestão dos serviços em prol da avaliação fidedigna dos principais atributos que se relacionam com a satisfação dos seus usuários, subestimando a necessidade de identificar o comportamento dessa população para aplicar metodologias eficientes baseados na ciência humana. Delimita-se nesse contexto a seguinte questão de pesquisa: Quais atributos determinam a satisfação dos usuários no atendimento prestado pelos serviços de saúde e hospitalar.

1.2 OBJETIVOS

Descrever quais atributos determinam a satisfação dos usuários no atendimento prestado pelos serviços de saúde e hospitalar.

- a) Identificar os atributos de satisfação dos usuários atendidos nos serviços hospitalares de saúde pública e privada;
- b) Analisar a dimensão dos atributos de satisfação a partir do instrumento aplicado;
- c) Verificar a frequência dos atributos selecionados pelos usuários.

1.3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO DO TEMA

A literatura sugere diferenças entre o atendimento privado e público, sendo o primeiro mais exigente porque a moeda que custeia o atendimento é clara e visível aos seus olhos enquanto o segundo no serviço público o pagamento é de forma indireta não chegando a população usuária a uma compreensão geral dos elementos que custeiam seu atendimento, o que em situações afins o usuário se mantém na submissão por desconhecer a essência das políticas públicas, portanto silenciam as cobranças eventuais e só vem a tornar esse sentimento público quando a precarização do atendimento se torna evidente (PAIVA; GOMES, 2007).

Ao justificar teoricamente a pesquisa através de buscas em banco de dados, (como SciELO, BIREME, BVS, LILACS entre outros) confirma-se a essencialidade da aplicação de investimentos de pesquisa que mensurem fidedignamente o

sentimento do usuário atendido seja satisfeito ou insatisfeito, e que os atributos sejam interpretados minuciosamente pelos gestores em prol de uma melhoria da qualidade do serviço oferecido pelo estabelecimento em pauta.

Dessa forma, a aplicabilidade da pesquisa nos serviços hospitalares sobre a identificação dos atributos oportuniza a sociedade a avaliar e cobrar melhorias nas condições gerais do serviço, favorecendo a gestão medidas práticas e científicas para melhoria da qualidade da assistência hospitalar, desde a chegada do usuário ao serviço até a maior complexidade disponível e necessária para seu tratamento.

É importante avaliar o impacto dos atributos motivadores da satisfação, através do atendimento qualificado, sendo as necessidades do usuário atendidas dentro das suas expectativas. A higidez dos vínculos dessa demanda com o serviço sugere a credibilidade dos sujeitos em sua missão pública de atender com qualidade. Do ponto de vista do usuário, os atributos de satisfação são definidos de acordo com seu nível de exigência não levando em consideração os preceitos legais da legislação (NOGUEIRA, 2007).

O gerenciamento das intervenções geradas pelos resultados imprime a equipe multidisciplinar dos serviços a obrigatoriedade em implementar novos modelos de assistência em saúde com um fluxo objetivo e coerente com a característica do serviço realizando um atendimento humanizado, inspirando na hotelaria, ressalta-se a relevância para satisfação dos sujeitos que buscam os serviços pela demanda espontânea ou referenciada.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

Este estudo em pauta está estruturado em cinco capítulos distintos, o procedimento inicial identifica a percepção dos usuários quanto a satisfação demonstrada aos serviços recebidos, dessa forma os pressupostos introduzem o tema proposto para a realização do trabalho, norteando os objetivos e justificativas para a realização do mesmo. O segundo capítulo, consta o referencial teórico, feito de forma estruturada e cronológica a partir da organização do SUS, legislação, hotelaria hospitalar, a inserção do hospital no país, estratégias para a prestação de serviços, o planejamento como estratégia, caracterização dos serviços de saúde, sua organização e funcionamento e a satisfação do cliente nos serviços de saúde.

Os atributos de satisfação são consequência da comunicação entre os sujeitos envolvidos no processo e que usufruem dos serviços. É fato que a aplicação das técnicas de gerenciamento da qualidade percebida, fundamenta-se na literatura, porém os serviços necessitam de um conhecimento apurado dos modelos para aplicabilidade na área de saúde, tendo em vista a especificidade na análise das diferentes expectativas geradas pelo atendimento como as diferenças entre os desejos dos clientes, percepção da organização, serviços oferecidos e diferenças identificadas pelo usuário (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988).

Seguindo essa estrutura no terceiro está contida a metodologia utilizada na pesquisa, o delineamento metodológico seguido da classificação metodológica, da composição da amostra, procedimentos para a coleta e análise dos dados e limitações metodológicas encontradas na pesquisa. No quarto capítulo estão os resultados das entrevistas, análise e interpretação dos dados, o perfil de satisfação dos usuários, a delimitação do perfil dos entrevistados, categorização dos fatores de satisfação e a análise descritiva das entrevistas. Para finalização o último capítulo é constituído da conclusão, uma análise final do todo explanado neste estudo.

2.REFERENCIAL TEÓRICO

A partir do estado democrático de direito, foram promulgadas Leis que regulamentam ações nos serviços de saúde, se constituem de Leis Federais que denominam o Sistema Único de Saúde – SUS, a Lei de nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990 e a nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990, assim definindo o Sistema de Saúde Brasileiro como Único, e legalmente como um complexo de ações que viabilizam a Promoção, a Prevenção, a Proteção e a Recuperação a saúde nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), portanto uma edição para dar cumprimento ao novo mandamento constitucional de defesa da saúde (LOS) chamado de Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 2005).

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O ATENDIMENTO HOSPITALAR

Com a Constituição de 1988, o Brasil passou a ter inúmeras mudanças nos serviços de saúde pública, passando a ser responsabilidade do Estado o dever dos cuidados a saúde da população; não somente a oferta desses serviços, mas de qualidade e de uma amplitude satisfatória à população através do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, alguns fatores como, por exemplo, boa qualidade da infraestrutura, remuneração adequada e número efetivo de profissionais para demanda têm prejudicado um bom atendimento dentro do serviço público de saúde, seja em hospital privado ou público (BRASIL, 1990).

Ainda segundo a mesma no título I, capítulo II, todos são iguais perante a lei sem distinção de qualquer natureza, logo, todos tem direito a saúde de qualidade, sem detrimento de ninguém em razão da sua classe social. E é neste aspecto de fundamentação a que se baseia o Sistema Único de Saúde, tendo como fundamentos: o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, garantido o acesso a todo cidadão com qualidade e a integralidade em vários aspectos, estabelecendo vínculos entre população e profissionais de saúde, equipes de estratégias preventivistas compartilhando do movimento de valorização dos profissionais de saúde, acompanhando de forma sistemática os resultados alcançados e estimulando a participação popular e o controle social (BRASIL, 1990).

Segundo Merhy (2002), “o cuidado integral em saúde concorreria a partir de uma combinação generosa e flexível de tecnologias duras, leveduras e leves”. O que caracteriza o Sistema de Saúde no nosso País é a metodologia de sua aplicação através dos princípios doutrinários. Antecipando a analogia em torno da conformação, objetivos, atributos, características e funções do Sistema Único de Saúde, exige compreensão aprofundada a partir dos primórdios de sua criação.

Dessa forma, os determinantes da saúde são percebidos através do estilo de vida da população e pela intersectorialidade existente no âmbito dos atendimentos cotidianos. Através de definição adotada pela Organização Mundial de Saúde, envolve-se a população em um completo bem estar físico, psíquico e social. Dessa forma o paciente fica vulnerável a desgastes sofridos no trajeto da busca pelo atendimento principalmente ao se referir a complexidade na assistência, devido à escassez de serviços especializados e uma regulação eficiente, assim como o conhecimento do local de atendimento específico para sua enfermidade.

Vale lembrar que o papel do gestor engloba todos os requisitos da empresa, desde o instante inicial de criação de uma atividade até a finalização da mesma e sua e posterior avaliação. Nesse sentido, o administrador deve estar sempre raciocinando, a partir de uma visão global, já que desempenha essas funções simultaneamente e deve harmonizar esforços em busca de um objetivo já pré-estabelecido, caracterizando um modelo de Excelência em Gestão, aplicada à saúde imersa ao Sistema Único de Saúde. Através da Fundação Nacional da Qualidade – FNQ, os Princípios da Excelência em Gestão correspondem a conceitos que se traduzem em práticas encontradas em organizações de elevado desempenho, caracterizando uma visão sistêmica - entendimento das relações de interdependência entre os diversos componentes de uma organização; pró-atividade - capacidade da organização de se antecipar às mudanças; inovação - implementação de novas ideias geradoras de um diferencial competitivo. Liderança e constância de propósito a abordagem por processos: compreensão e gerenciamento da organização. Pacto pela Saúde (BRASIL, 2009).

O SUS representa para o país em seu pleito uma gestão participativa, inovadora, integralizada e universal, mediante seus princípios doutrinários. Assim, a palavra política na língua portuguesa expressa tanto as dimensões do poder quanto as diretrizes. Apesar disso, enquanto disciplina acadêmica, a política de saúde

abrange o estudo das relações de poder na conformação da agenda, na formulação, na condução, na implementação e na avaliação de políticas. Portanto, política de saúde envolve estudos sobre o papel do Estado, a relação estado-sociedade, as reações às condições de saúde da população e aos seus determinantes, por meio de propostas e prioridades para a ação pública; inclui ainda estudo de sua relação com políticas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento (FLEURY; OUVENEY, 2008).

As políticas de saúde no Brasil focadas na integralidade definem-se numa gestão de qualidade, pela aplicabilidade de ferramentas inovadoras com fins de qualificar a assistência; portanto se insere nesse processo de forma transversal e hotelaria hospitalar. Cuidado integral em saúde ocorreria a partir de uma combinação generosa e flexível de tecnologias duras, leveduras e leves (MERHY, 2002).

2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA PERSPECTIVA INSTITUCIONAL

As políticas que institucionalizam o SUS são influenciadas pela dinâmica do processo de desenvolvimento do país e dos intercâmbios com outras sociedades pelos acontecimentos, cenários, atores sociais, políticos e instituições e seus recursos e interações, de confronto e cooperação. Partindo desse princípio, para compreender a trajetória do SUS é preciso conhecer os diferentes contextos social, econômico e político do país, buscando evitar o senso comum que, por um lado, focaliza e reduz seus problemas, e que, por outro, os amplia como se fossem somente seus (FLEURY; OUVENEY, 2008).

Dessas características decorre a observação de que não existe a institucionalização da saúde desvinculada de políticas local, regional, nacional e internacional. Por tratar-se de uma atividade inerente ao Estado, ela instrumentaliza princípios (proposições que descrevem direitos) e políticas (proposições que estabelecem objetivos) para o setor em uma dada conjuntura. E princípios e políticas são definidos mediante uma dinâmica de interações sociais, econômicas e políticas, feitas de escolhas e constrangimentos, os quais possibilitam também mudanças (PIOVESAN; LABRA, 2002).

O SUS poderia ser denominado de utopia ou estado inalcançado ou ainda não totalmente implementado porque está é a realidade, embora o SUS tenha princípios, diretrizes e forma organizacional perfeita no papel, possui entraves a sua prática. Pois, permeia alguns interesses particulares, que torna o sistema único de saúde não o status de saúde para todos os brasileiros, mas sim para aqueles que não têm condições de pagar um plano ou seguro de saúde particular. Desconfigurando os propósitos constitucionais, no qual as seguradoras particulares funcionariam apenas como complementares ao SUS, que se torna um prestador de serviço reativo, ou seja, apenas oferece ações após ser provocado, desarticulado e sem objetivos estabelecidos. Tornando-se um pequeno rascunho de linhas tão bem elaboradas e escritas sem aplicabilidade. O SUS surge a partir de um aglutinado de embates e consensos, produzidos pela mobilização de sujeitos dos mais variados campos e lugares, construído sob a égide de processo complexos de lutas, negociações e arranjos políticos que culminaram na elaboração da Constituição Federal de 1988, estabelecendo-se assim o marco legal do SUS como um sistema de direitos universal, descentralizado e participativo (PIOVESAN; LABRA, 2002).

2.2.1 Princípios e diretrizes que norteiam a organização do SUS

Com o advento da Lei Orgânica, a propositura é que a saúde passasse a ser executada de forma articulada. Dessa forma o Ministério da Saúde, que antes da criação do SUS promovia a saúde de forma pontual, passa a gerir esta dentro de um sistema integrado conforme o estabelecido pela Lei Nº 8.080/90 que atribui à direção do SUS a responsabilidade de “elaborar o planejamento estratégico nacional do SUS em cooperação com os estados, municípios e o Distrito Federal” (BRASIL, 1990).

É importante ressaltar que tanto o planejamento como o orçamento do SUS, pela lei mencionada no parágrafo anterior, será organizado de forma hierarquizada do nível local até o mais alto escalonamento federal, perpassando pelos órgãos deliberativos e confluindo com as necessidades da política de saúde e recursos disponíveis. Esse é um dos desafios da aplicabilidade do princípio do SUS, que

busca a unicidade do sistema, contemplando as peculiaridade e necessidades próprias de cada município, estado e região do país (BRASIL, 1990).

Os princípios estabelecidos pelo SUS possuem diversas divisões a depender do grau de compreensão e/ou de uma melhor argumentação na explanação dos objetivos e execução destes. Alguns autores os subdividem e os intitulam das mais variadas formas. No entanto, a essência deve sempre ser assegurada para que a base jurídica da política de saúde e o processo de organização do SUS permaneçam invioláveis. É, portanto, o direcionador dos princípios da universalidade, integralidade e da equidade como princípios ideológicos ou doutrinários, como apontam alguns autores ou princípios finalísticos como dizem outros. O que apreendemos é que são princípios que direcionam o acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar de forma equitativa e integral (BRASIL, 1990).

Paim e Teixeira (2006) aponta que um dos grandes desafios a ser superado é a barreira econômica, que apesar de todos terem o direito garantido, a oferta continua concentrada nos grandes centros que inviabilizam o acesso dos usuários, direcionando o doente a procurar outros serviços, sendo obrigado a custear pelos mesmos. Apesar do SUS ter demandado esforços para garantir financiamento, bem como o gerenciamento dos recursos financeiros para expandir e qualificar os serviços públicos de saúde em todo o país. Nem sempre isso garante o acesso a toda população devido a áreas de concentração o que descaracteriza os princípios mediante o cenário atual de dificuldades no acesso:

Equidade: esse é um princípio que traz em seu arcabouço a missão de reduzir as disparidades regionais e sociais exigindo ações desiguais para que haja a igualdade da assistência. Faz-se necessário à formulação e implementação de políticas específicas voltadas ao atendimento de necessidade de segmentos da população que estão expostos a riscos diferenciados de adoecer e morrer, em função de características genético-hereditárias, econômico-sociais ou histórico-políticas e culturais, como se pode citar, as populações indígenas, a população negra, dentre outras. Dessa forma é que o planejamento das políticas de saúde tem implantado como estratégia a elevação de todos a um patamar mínimo a partir do qual seja possível internalizar o princípio da integralidade (BRASIL, 1990).

Integralidade: se entrelaça com os demais no sentido de que não basta universalizá-lo e/ou o estabelecê-lo de forma equitativa; faz-se necessário dimensionar e sistematizar como esse conjunto de práticas será desenvolvido no enfrentamento de problemas e no atendimento das necessidades de saúde. É esse princípio que define o SUS como um sistema com propostas não apenas reativa, mas acima de tudo proativa, em que a saúde é pensada de forma mais ampla incorporando ações de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica que visam controlar riscos e danos, seguindo-se até ações de assistência e recuperação de indivíduos enfermos, sejam ações para a detecção precoce de doenças, sejam ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação, tendo como foco central da consecução desse princípio a humanização dos serviços prestados e ações realizadas pelo SUS (BRASIL, 1990).

Universalidade: este princípio fundamental que articula o conjunto de leis e normas está explicitado no artigo 196 da Constituição Federal (1988), que afirma: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, ou seja, o importante é garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Para Brasil (1990) a concretização do SUS só ocorre quando algumas diretrizes são respeitadas para que a partir dos princípios doutrinários apresentados o sistema tivesse o direcionamento de como estabelecer a sua forma organizacional. Dessa forma, diretrizes estratégicas, tais como descentralização da gestão dos recursos, a regionalização e hierarquização das unidades de produção de serviços e a integralidade das ações promocionais preventivas e curativas, formam os princípios que regem a organização do SUS:

Hierarquização e regionalização – são serviços que devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, disposto numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. A regionalização e a hierarquização dos serviços dizem respeito à forma de como o sistema será instituído dentro do planejamento de atenção e às quais as delimitações da base territorial, levando-se em conta a divisão político-administrativa do país. A hierarquização dos serviços diz respeito à possibilidade de organização das

unidades observando-se sempre o grau de complexidade tecnológica dos serviços, para que se mantenha uma articulação entre as unidades dentro do sistema hierárquico. Esse é um dos princípios onde se evidencia a propositura do SUS em atuar de forma proativa, pois o processo de estabelecimento de redes hierarquizadas pode também implicar o estabelecimento de vínculos específicos entre unidades (de distintos graus de complexidade tecnológica) que prestam serviços de determinada natureza, como, por exemplo, a rede de atendimento a urgências/emergências ou a rede de atenção à saúde mental, dentre outras (BRASIL, 1990).

Descentralização – é entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e a serviços de saúde entre os vários níveis de governo. A partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Descentralização da gestão implica na redistribuição das responsabilidades na transferência de poder de decisões sobre a política de saúde para os três níveis: federal, estadual e municipal. Essa descentralização visa ratificar a ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acertos. Para tanto, caberá a cada nível de governo a condução político administrativa do sistema de saúde em seu respectivo território. Isso significa mais responsabilidade principalmente para os municípios que passam a ter a saúde municipalizada (BRASIL, 1990).

A Integralidade complementa os demais princípios, pois propõe o estabelecimento de um perfil de ofertas de ações e serviços do sistema, no qual várias alternativas de intervenções referentes à saúde poderão ser contempladas. Vale ressaltar a distinção entre integralidade e integração para que fique explícita a funcionalidade etimológica das duas. A integralidade, como posto anteriormente, é um atributo do modelo, algo que especifica como o modelo de atenção à saúde deve ser; já a integração é um processo, algo a fazer para que o modelo de atenção seja integral (BRASIL, 1990).

A participação dos cidadãos em todo o processo organizacional é garantida pela constituição através de suas entidades representativas, nas quais estes participarão do processo de formulação das políticas de saúde do controle da sua execução em todos os níveis, desde o federal até o local. A participação dos cidadãos se dá nos Conselhos de Saúde, denominada bipartide, em que a

representação deve ser paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços. Existem ainda as conferências de saúde, periódicas, para definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde (BRASIL, 1990).

O Ministério da Saúde ainda aponta outra diretriz que designa o setor privado como serviço complementar, ou seja, na insuficiência de serviços do setor público, os serviços do setor privado podem ser contratados sob três condições: a celebração de contrato deve ser conforme as normas de direito público; o interesse público sempre prevalecendo sobre o particular; a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS. Prevaecem, assim, os princípios da universalidade, equidade, dentre outros, como se o serviço privado fosse público, uma vez que, quando contratado, atua em nome deste; e por fim a integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica organizativa do SUS, em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços. Dessa forma, em cada região, deverá estar claramente estabelecido, considerando-se os serviços públicos e privados contratados, quem vai fazer o que, em que nível e em que lugar. Dentre os serviços privados, devem ter preferência os serviços não lucrativos, conforme determina a Constituição (BRASIL, 2003).

Assim, cada gestor deverá planejar primeiro o setor público e, na sequência, complementar a rede assistencial com o setor privado, com os mesmos conceitos de regionalização, hierarquização e universalização. Torna-se fundamental o estabelecimento de normas e procedimentos a serem cumpridos pelos conveniados e contratados, os quais devem constar, em anexo, dos convênios e contratos (BRASIL, 2003).

Considerando a complexidade dos serviços hospitalares, identificam-se características comuns no modelo de assistência dos seguimentos afins. Dessa forma, a variedade de tarefas sugere qualificação para os envolvidos no processo, visto preceitos doutrinários ao Sistema de Saúde. É importante salientar que com o gerenciamento aplicado aos preceitos legais o serviço será avaliado qualitativamente gerando atributos de satisfação aos usuários e aos trabalhadores.

2.3 HOTELARIA HOSPITALAR

O termo hospital cujo significado se reporta ao atendimento de doentes para possíveis tratamentos, tem uma relação direta com o termo hospitalidade que se deriva do latim, usado na antiguidade nos albergues para acolher viajantes e peregrinos. Com a dupla função de albergar sadios e doentes que permaneciam inseridos em ambiente únicos sem nenhuma precaução biológica (CAMPOS; GONÇALVES, 1998).

Atualmente, os hospitais privados têm investido na hotelaria com fins de torná-los mais atrativos aos seus associados e com isso oferecer ao paciente um conforto diferenciado que permeia os setores afins do serviço. Essa tendência beneficiaria todos os usuários, inclusive no ambiente, independentemente de serem privados ou públicos (BOERGER, 2003).

O problema da aplicabilidade do conceito de hotelaria aos hospitais públicos permeia a dificuldade da implementação, uma vez que, o modelo de gestão aplicado na atualidade ter se tornado deficitário mediante a ineficácia da gestão. Torre (2001) declara ainda que “o pessoal da governança deve coordenar suas atividades com a recepção. Esta fornece a governança a uma lista de quadros que se encontram vagos para que providenciem a limpeza e liberação destes o mais rápido possível”. A recepção também notifica à governança a chegada de um hóspede especial, pois vários hotéis colocam alguma cortesia para esses clientes em seus quartos.

Os hospitais têm se mantido no âmbito social, altamente competitivo, no qual a prestação de serviços depende de elementos financeiros inerentes ao sistema único de saúde, um mercado que anualmente movimenta muitos recursos. O termo hotelaria hospitalar converge nesse cenário aos trabalhadores em saúde e usuários do sistema a ideia de um ambiente hospitalar mais confortável que o usual, com recursos inovadores onde a doença seja tratada transversalmente entendendo o valor das emoções e o efeito causado pelo prazer de conviver com um visual mais elaborado, que possa contribuir com a sua recuperação suprimindo em parte a saudade do seu ambiente doméstico tão querido (BRASIL, 2003).

A hotelaria hospitalar é vislumbrada pelos usuários através da atenção dispensada e qualificada no processo de acomodação do usuário na ocasião da

internação hospitalar, garantindo atributos necessários à manutenção da ordem e organização dos serviços e processos, equipe médica especializada para demanda e equipamentos modernos - com manutenção periódica e manuseio orientado pelas capacitações do fabricante - e orientação dos gestores; alimentação equilibrada e com um fluxo contínuo de qualidade; tecnologia sem dispensar o operador humano no intervalo bem qualificado; higienização eficiente e com impacto na biossegurança; técnicos padronizados; boas práticas permanentes em prol da manutenção do ambiente de hígido; uso de equipamentos de proteção individual e coletivo para melhoria contínua dos processos de trabalho e manutenção da higiene no ambiente; e obediência às normas de segurança que estão vinculadas ao SUS, inclusive com zelo aos agravos à saúde do trabalhador (SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

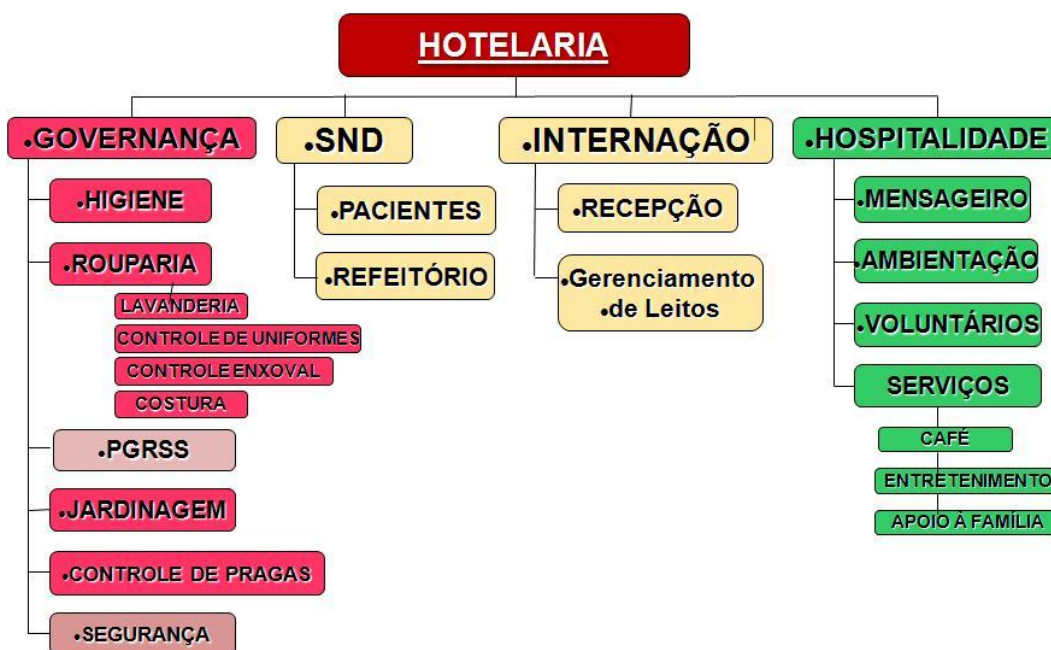
A organização que se destina à hotelaria hospitalar refere-se a aspectos operacionais e gerenciais divididos em: áreas de atendimento que incluem fluxograma do hospital desde a recepção, acolhimento e atendimento de forma sistematizada. As áreas de conhecimento, educação em serviço, governança e gastronomia hospitalar e de forma transversal à ambiência equivalente ao porte do hospital com fins da luminescência permanece viva nas entrelinhas dos processos de trabalho. Esses procedimentos têm como objetivo: conforto, bem estar e segurança (BRASIL, 2003).

A mensuração do conforto pode ser analisada através de instrumentos que geram a participação avaliativa do serviço e trabalhadores. A conceituação da hotelaria hospitalar aparece vinculada ao cenário de eficiência e eficácia no atendimento hospitalar. A preocupação de tornar esse ambiente agradável vincula-se ao grau de satisfação dos clientes. O hospital está capacitado legalmente à prestação de cuidados preconizados no modelo de assistência, mas a hotelaria vincula atividades complementares com o propósito de integralizar as ações terapêuticas durante o tempo de internação aproximando os usuários do seu convívio particular (GODOI, 2004).

Considerando a hotelaria necessária para que a permanência nas internações sejam menos dolorosas, em busca de acolhimento, considerando objetivos vislumbrados pelos serviços hospitalares para se destacarem como alvo de ótimo atendimento, lhe garantindo escolhas pelos usuários. A insatisfação do cliente em

diversos pontos e segmentos na área da saúde conduziu pesquisadores ao conceito fundamental da qualidade de serviço gerado pela dinâmica da hotelaria hospitalar, na qual o usuário pode usufruir do conforto necessário para manutenção da sua permanência nesse estabelecimento, seja ela longa ou curta, mas que seja recheada pela satisfação de estar sendo bem atendido (BOERGER, 2003). Conforme o esquema abaixo:

Figura 1- fluxo de organização da hotelaria em âmbito hospitalar.



Fonte: <http://hotelariahospitalare.hospedagemdesites.ws/blog/?p=1155>

Alguns gestores tem tentado retirar a imagem sóbria e fria dos hospitais convencionais, em que suas salas de espera mais parecem muros das lamentações, que não permitem um aporte físico e emocional dos clientes e seus familiares, isto sem contar na repercussão disto, visto que, os amigos e familiares passam boa parte de seu tempo nas salas de espera ansiando por informações de seus entes queridos. Esses gestores tentam levar pequenas mudanças e serviços que diminuam o impacto dos momentos difíceis, tornando o período dentro dos hospitais mais agradável, uma vez que o desconforto pode ser minimizado, mas não abolido (TARABOULSI, 2003).

A definição conhecida teve destaque a mais ou menos uma década, considerando um conjunto de serviços oferecidos internamente com impacto externo aos muros do estabelecimento hospitalar. Para uma melhor compreensão da

hotelaria, o organograma de um hotel sofre variações e os hospitalares são baseados e sua estrutura. Ao ser identificada a necessidade de manutenção da qualidade nos serviços hospitalares, o serviço de hotelaria hospitalar ganha expressões profissionais relevantes, inclusive gerando demanda de serviços e práticas acadêmicas relevantes (WATANABE, 2007).

A percepção de ser co-gestor do processo de gestão gerou expectativas importantes para hotelaria e os hospitais públicos e privados na tentativa de garantir o atendimento integral de um serviço de boa qualidade em busca do seu diferencial na atração do cliente. Já não se satisfaz apenas com a qualificação dos profissionais que estão compondo os serviços; desejam a ampliação de todos os processos, o que para o serviço público torna-se perecível de um sucateamento na rede, generalizado no país. A fundamentação da hotelaria está no segmento de planejamento. Nada é possível sem a garantia de uma ampla visão na gerência, em prol de mudanças no contexto da cultura organizacional (BRASIL, 2003).

2.4 CENÁRIOS DOS HOSPITAIS NO BRASIL

O hospital é uma instituição prestadora de serviços e tem como definição integrar uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente. Alguns autores trazem pontos semelhantes que são de impacto aos hospitais.

No Brasil, algumas características são notadas na prestação dos serviços hospitalares que dispõe do segmento hotelaria hospitalar, proporcionando maior conforto aos seus usuários durante a internação, possibilitando usufruir de um modelo diferenciado de assistência a saúde. Assim configura-se os cuidados paliativos como extensão da assistência em ambiente doméstico, onde os pacientes acamados terão restabelecidos valores humanos importantes para melhoria da qualidade da assistência, e acima de tudo o amor e proximidade da família como

coadjuvante no tratamento. Sendo prioritário a adequação do espaço ocupado pelo paciente e cuidador com os aparatos necessários para atender as necessidades vitais. Os cuidados paliativos no Brasil configura-se desde 1983, em Porto Alegre, Brasil, sendo considerado um novo segmento ainda tímido porem gerador de satisfação da família em evidência. (CAMPOS, 1998; CASTELLANOS, 2002; VECINA NETO; MALIK, 2007). Diretrizes estabelecidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) estabelece diretrizes em prol dos cuidados personalizados aos pacientes acamados, restabelecendo vínculos afetivos e humanitários que a família pode proporcionar.

A Assistência médica supletiva (AMS) e a verticalização sem parcerias, em particular a medicina cooperativa e em grupo, investem na verticalização do processo de atenção, comprando e construindo hospitais. Outra característica são os recursos financeiros que são determinantes para a prestação do serviço. Apesar de existir controvérsia sobre o que pode e não pode ser considerado gasto com saúde, é evidente a mudança no modelo de financiamento. Por exemplo, muitos municípios passaram a administrar hospitais, porem não conseguem atender qualitativamente a demanda reprimida dos pacientes crônicos que precisam de cuidados especiais, devido a carência de leitos no Brasil, ficando esse paciente desassistido tecnicamente e sem um acompanhamento adequado (VECINA NETO; MALIK, 2007).

A rede hospitalar brasileira, até 2006, não dispunha de um sistema de financiamento adequado, tampouco suas atividades são dirigidas pela relação custo-volume-lucro, como em outros setores da economia. Regra geral: o custo da atividade é desconhecido e a gestão existente é a do regime de caixa. No setor privado, a capacidade dos hospitais de comprar se torna mais importante que a prestação de serviços, enquanto item de receita. O interesse das operadoras em controlar esse item tem consequências ruins para o financiamento da rede. Torna-se fundamental mudar a visão sobre a cadeia de valor na saúde. O modelo tradicional considera relações de compra e venda no mercado. Faz falta, ainda, a percepção de que todos os envolvidos que têm interesses comuns fazem parte da mesma cadeia. Ainda se observam comportamentos de comprador/fornecedor em que a vantagem de um é a perda do outro. Independentemente disso, os custos na saúde continuarão subindo (VECINA NETO; MALIK, 2007).

Outros fatores são demonstrados no cenário hospitalar, como, por exemplo, a demografia, o perfil epidemiológico, os recursos humanos, a tecnologia, a medicalização, o custo, o papel do usuário, a equidade, o fracionamento dos cuidados e a oferta de leitos (VECINA NETO; MALIK, 2007). Para exemplificar esse tipo de realidade, podemos visualizar nos quadros abaixo em que há caracterização dos leitos por tipo, sendo subdividido em: leitos cirúrgicos, clínicos, UTIs, obstétricos, pediátricos, crônicos e outros. Constando no primeiro quadro um análise horizontal segundo o tipo de contrate ou SUS ou não SUS (particular), demonstrando um maior gasto do SUS referente a todos os leitos em detrimento dos leitos particulares, logo podemos observa que o SUS é o maior contrate de leitos hospitalares no Brasil segundo o Conselho Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); e de acordo com o quadro dois podemos observar uma análise vertical segundo o contratante SUS e não SUS demonstrando que os leitos que tiveram maior ocupação e contratação foram os cirúrgicos e clínicos independente do tipo de contratante, embora o não SUS tenha apresentado um percentual um pouco maior em ambos os tipos de leito. Observem os quadros 1 e 2:

Quadro 1 - Números Brasil – caracterização dos leitos por tipo e segundo contratante, em porcentagem – análise horizontal, 2002.

TIPOS DE LEITO	SUS	NÃO SUS
CIRÚRGICO	68,82%	31,18%
CLÍNICOS	74,24%	25,76%
UTIs	59,96%	40,04%
OBSTÉTRICOS	78,52%	21,48%
PEDIÁTRICOS	83,78%	16,22%
CRÔNICOS	84,13%	15,87%
OUTROS	65,79%	34,21%
TOTAL	75,19%	24,81%

Fonte: CNES

Quadro 2. Caracterização dos leitos por tipo e segundo contratante, em porcentagem – análise vertical, 2002.

TIPOS DE LEITO	SUS	NÃO SUS
CIRÚRGICO	20,26%	27,82%
CLÍNICOS	29,15%	30,64%
UTIs	5,49%	11,10%
OBSTÉTRICOS	13,22%	10,96%
PEDIÁTRICOS	15,17%	8,90%
CRÔNICOS	15,69%	8,97%
OUTROS	1,02%	1,60%
TOTAL	100,00%	100,00%

Fonte: CNES

2.5 ESTRATÉGIAS ORGANIZACIONAIS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

Os processos evolutivos, principalmente os referentes à Tecnologia da Informação (TI), têm direcionado novos padrões de comportamento e despertado buscas cada vez mais refinadas para a integralidade sistêmica em todos os sentidos. Vivemos uma realidade econômica, política e social em que os monopólios tendem a serem dizimados e fortalecidos pela qualidade, qualidade essa que passa a ser polida e refinada pelos sistemas de informação (SI), que a todo o momento é analisada e mensurada pela clientela por possui caráter de prestação de serviços (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988).

Já para Garvin (1992), independentemente das características a qualidade é o reflexo das estratégias organizacionais adotadas. O embate é acalorado por Santos (1995), Ishikawa (1993), quando em entrelinhas mostram que a qualidade está relacionada às estratégias organizacionais. No entanto, faz-se necessário

diferenciar as entidades públicas das privadas: as privadas possuem objetivos particulares e mantêm-se de forma autônoma, enquanto que as públicas possuem objetivos sociais; além de contarem basicamente com recursos provenientes do próprio setor público para a sua manutenção, de terem limitações intrínsecas à natureza de suas atividades para a geração de receitas e de serem mais suscetíveis às injunções políticas, conferem a esses órgãos peculiaridades que se refletem nos seus processos organizacionais, em especial na definição de suas estratégias.

Para Chandler (1998) as “estratégias é a definição dos principais objetivos ao longo prazo da empresa, bem como a adoção de linhas de ação e alocação de recursos, tendo em vista esses objetivos”. Dessa forma, é o modelo estrutural organizacional quem irá direcionar as articulações das metas, políticas básicas e a equipe profissional.

Opinando sobre o assunto, Henderson (1998) argumenta que a estratégia pode ser vista como um plano de ação deliberado que se desenvolve e ajusta-se à vantagem competitiva de uma empresa, a partir do reconhecimento das capacidades organizacionais e dos objetivos pretendidos.

Fica notório que estratégia não segue um padrão inerte e acabado, devendo ser formulada levando-se em conta a preocupação de atender às necessidades da organização e do público alvo, incluindo-se nessa escolha o porte, o estágio de desenvolvimento, dentre outros (HENDERSON, 1998).

Na mesma linha, Garvin (1992) comenta que para se formular estratégia deve-se antecipadamente identificar alternativas na área do negócio, para que dessa forma a empresa tenha um diferencial. É exatamente a percepção da capacidade que o mercado tem de se modelar que seleciona os que conseguem diferenciar seus produtos e serviços através de uma boa estratégia.

Para Minotto (2002), os modelos de desenvolvimento de estratégias como o planejamento estratégico, a moderna estratégia, o controle financeiro, o controle estratégico, a estratégia competitiva e a vantagem competitiva, dentre outros, são alternativas que se apresentam às organizações, na sua maioria, não excludentes entre si.

Planejar em linhas gerais significa a formulação de forma sistêmica de objetivos e ações que orientam as decisões a serem tomadas. Os primeiros

conceitos de planejamento são apontados por Hindle (1999) ainda na pré-história, entre as primitivas “donas-de-casa”, que eram forçadas a organizar com precisão o término do preparo da refeição com a chegada do companheiro, tendo que sincronizar a coleta de gravetos, a retirada do leite das cabras, dentre outras atividades que seguiam sequências precisas. Da observação da capacidade da dona de casa de gerir suas tarefas, muitos conceitos foram formulados, tais como: planejamento, controle de orçamento, estoque, produção, logística, dentre outros.

Silva (2001) evidencia o planejamento enraizado nas mais remotas civilizações, tais como: os sumérios, os egípcios, os babilônios, chineses, dentre outros. O autor relata que os sacerdotes dos templos Sumérios coletavam e administravam grandes somas de bens e valores através de um imenso sistema tributário. Continua o mesmo autor relatando que as grandes construções de pirâmides possuíam caráter de “cidade empresa”, na qual aproximadamente cem mil habitantes trabalhavam por 20 anos em pelo menos dois milhões e trezentos mil blocos de pedra de duas toneladas e meia cada. Esse relato mostra que tal feito seria impossível sem um adequado planejamento.

2.6 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

No planejamento estratégico pode-se citar que os ambientes de praticamente todas as empresas mudam com surpreendente rapidez. Essas mudanças ocorrem nos ambientes econômico, social, tecnológico e político. A empresa somente poderá crescer e progredir se conseguir ajustar-se à conjuntura, e o planejamento estratégico é uma técnica comprovada para que tais ajustes sejam feitos com inteligência. A simples aplicação de técnicas isoladas, desvinculadas de um processo que contemple o todo, tem se demonstrado ineficaz. Historicamente, o planejamento estratégico, em todos os aspectos técnicos, surgiu somente no início da década de 1970. Nas décadas de 1950 e 1960, os administradores empregavam apenas o planejamento operacional, já que o crescimento de demanda total apresentava-se controlado, não necessitando de grandes estratégias competitivas para suprir o mercado (ALDAY, 2000).

O alerta só ocorreu na década de 1970, com a crise do petróleo em decorrência da guerra entre árabes e israelenses, evidenciando assim a fragilidade dos processos administrativos das empresas que não incorporavam medidas proativas. Ainda hoje, apesar de toda evolução estratégica e da disseminação de conhecimentos na área de planejamento, muitos processos produtivos não são capazes de fornecer resposta instantânea à demanda, prevalecendo o ceticismo (ALDAY, 2000).

Peinado e Graem (2007) afirmam que alguns profissionais se equivocam ao comparar a dificuldade de realizar boas previsões de demanda com a dificuldade de acertar a previsão do tempo. Ressalta-se que o equívoco é duplo, já que o grau de acerto pode ser elevado em ambos os tipos de previsão, desde que se utilizem técnicas adequadas e se respeite um horizonte temporal compatível.

Portanto, para entender o planejamento estratégico é necessário examinar a estrutura organizacional da organização, dividida em três níveis, segundo Matos (1999): alta administração, unidades de negócios da empresa e produtos. Ressaltando ainda que é incumbência da alta administração elaborar e desenvolver o planejamento estratégico corporativo para levar a empresa a um futuro promissor e rentável.

Conforme Matos (1999), o planejamento estratégico apresenta cinco características fundamentais: estando relacionado com a adaptação da organização a um ambiente mutável, ou seja, sujeito à incerteza a respeito dos eventos ambientais. Por se defrontar com a incerteza, tem suas decisões baseadas em julgamentos, e não em dados concretos. Reflete uma orientação externa que focaliza as respostas adequadas às forças e pressões que estão situadas do lado de fora da organização, sendo o planejamento estratégico orientado para o futuro. Seu horizonte de tempo é o longo prazo. Durante o curso do planejamento, a consideração dos problemas atuais é dada em função dos obstáculos e barreiras que eles possam provocar para um almejado lugar no futuro, envolvendo a organização de forma compreensiva em sua plenitude, abarcando todos os seus recursos, no sentido de obter efeitos sinérgicos de todas as capacidades e potencialidades da organização. A resposta estratégica da organização envolve um comportamento global, compreensivo e sistêmico. A participação das pessoas é fundamental nesse aspecto, pois o planejamento estratégico não deve ficar apenas

no papel, mas na cabeça e no coração de todos os envolvidos. São eles que o realizam e o fazem acontecer. Devido à diversidade dos interesses e necessidades dos parceiros envolvidos, o planejamento consensual deve oferecer um meio de atender a todos na direção futura que melhor convenha para que a organização possa alcançar seus objetivos. Para isso, é preciso aceitação ampla e irrestrita para que o planejamento estratégico possa ser realizado através dessas pessoas em todos os níveis da organização. Por estar orientado à aprendizagem organizacional para a adaptação da organização ao contexto ambiental, o planejamento constitui uma tentativa constante de aprender a ajustar-se a um ambiente complexo, competitivo e suscetível a mudanças.

2.6.1 Modelo da assistência em saúde

O modelo assistencial diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade. O tema de qualquer modelo de atenção à saúde faz referência não há programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do indivíduo, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares. E isto sempre será uma tarefa tecnológica, comprometida com necessidades enquanto valores de uso, enquanto utilidades para indivíduos e grupos (MERHY, 2002; SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

No Brasil pode-se ser relatado diversos modelos de saúde desenvolvidos em diferentes momentos da história. No início da República, por exemplo, sanitaristas, guardas sanitários e outros técnicos organizaram campanhas para lutar contra as epidemias que assolavam o Brasil no início do século (febre amarela, varíola e peste). Esse tipo de campanha transformou-se em uma política de saúde pública importante para os interesses da economia agroexportadora daquela época e se mantém como modalidade de intervenção até os nossos dias no combate às

endemias e epidemias. Mais recentemente, em meados da década de 1990, após muitas relutâncias e até mesmo entraves governamentais ao processo de implantação do SUS, foi implantada uma estratégia para mudança do modelo hegemônico, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), financiada pelo Ministério da Saúde. (LUCCHESI, 2003)

A disseminação desta estratégia e os investimentos na chamada rede básica de saúde ampliaram o debate em nível nacional e trouxeram novas questões para a reflexão, na prática, essa é uma postura prescritiva, presa a uma racionalidade formal, que não leva em conta as necessidades e os fluxos reais das pessoas dentro do sistema e, por isso mesmo, termina não se concretizando. Os serviços funcionam com lógicas muito diferentes, a articulação entre eles não acontece, não se assegura a resolução dos problemas e a população termina entrando no sistema por todas as portas. Configurando distorcida na assistência prestada a população em geral. São variadas as explicações, por um lado, se atribui um papel crítico à atenção básica, de desvalorização e o segundo a noção formal da pirâmide, é possível organizar um sistema verticalizado, desenhado com uma base formada pela atenção básica e o topo pelos serviços de alta densidade tecnológica e concentração de equipamentos e recursos técnicos, que implementariam a alta complexidade e os hospitais. Novos modelos assistenciais precisam entrar em curso com referência na escuta qualificada aos usuários do SUS, na criação de dispositivos eficientes que gerem impacto a sociedade de um atendimento de qualidade (GARVIN, 1992).

Sabe-se que hoje é possível falar em integralidade, humanização e qualidade da atenção, segundo Cecílio (2003) os valores de compromisso com a produção de atos de cuidar de indivíduos, coletivos, grupos sociais, meio, coisas e lugares. Embora muitas formas de modelagem permaneçam intactas, parece estar emergindo um novo modo de tematização das estratégias de atenção e gestão no SUS e de formação dos profissionais de saúde pela educação permanente em saúde, pelo menos no que diz respeito à modelagem dos “corações e mentes” (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

Assim sendo, a proposição é o desejo inconfundível de uma gestão parceira, bem como a qualidade dos serviços de saúde oferecidos, favorecendo um ambiente laboral qualificado para o atendimento capacitado para assistência integral a saúde

como conforme os preceitos legal do SUS. A responsabilidade e parceria dos que trabalham no cenário em pauta e seus atributos efetivamente presentes nas atividades cotidianas respaldam a gestão no contexto de um atendimento nos padrões de qualidade designado previamente para proporcionar um acolhimento diferenciado agregando valores humanizados ao tratamento e valorização do serviço prestado ao usuário, garantindo em caso de necessidade o retorno ao serviço é cada vez mais cuidadosos com o estado físico e emocional dos pacientes e familiares e acomodação dos mesmos em um espaço com ambientação agradável e confortável.

A competência interpessoal do trabalhador em pauta favorece a fidelização através de itens fundamentais nas relações humanas como disponibilidade em atender o cliente, inovador em sua abordagem interdisciplinar e criativo ao recepcionar a demanda diária, que se reporta a geração de atributos de satisfação, desejados pelos gestores e usuários. Campos (2002), delibera uma linha de gestão baseada na flexibilidade dos processos identificando renovação nos modelos que, sobretudo sedimentam características dos seus seguidores. Os paradigmas evidenciados no desenvolvimento dos serviços de saúde anteriormente foram notoriamente modificados e foram feitas adequações que permitam ampliar especialidades e apresentar resultados, em que o gestor do cenário atual deverá perceber seu comprometimento com requisitos de desempenho das atividades inerentes ao cotidiano da empresa em questão, lembrando peculiaridades no segmento empresarial saúde (BOEGER, 2003; CHANDLER, 1998).

2.6.2 Características dos serviços de saúde

Os serviços de saúde no Brasil caracterizam-se pelo acesso universal conforme preconiza a lei orgânica da saúde, englobando ações de caráter individual ou coletivo com propósito de promover, prevenir proteger e recuperar a saúde da população através de ações ampliadas que atendam a rede básica, que é a primeira instância do atendimento, a partir das necessidades dos usuários, garantir o acesso à complexidade que se fizer necessária para o atendimento, seguindo uma cadeia

progressiva na atenção para obtenção dos resultados em sua patologia (BRASIL, 2001).

Apesar do esforço do Ministério da Saúde em fortalecer a rede básica confiante em sua resolutividade, e acreditando que essa medida seja eficaz para efetivação de um modelo de assistência de qualidade e que todos que procuram encontre acolhimento e atendimento em seu pleito. Dessa forma, o atendimento que atenda a complexidade essencial do usuário muito contribui para que no caso de progressão da doença, esse paciente possa usufruir de fluxogramas nas etapas subsequentes de atendimento (BRASIL, 2005). Compartilhando movimento de valorização dos profissionais de saúde, avaliando e acompanhando de forma sistemática os resultados alcançados e estimulando a participação popular e o controle social. Com intuito de geração de atributos de satisfação com os atendimentos nos segmentos essenciais da saúde no Brasil. Além disso, a estrutura do serviço, e a falta de sistematização nos dias atuais tem interferido no trabalho dos profissionais de saúde e conseqüentemente atingido a população e comprometendo o serviço. (VICENTE; MACHAD; OLIVEIRA, 2009). A má qualidade dos atendimentos prestados nos serviços de saúde, decorrente da crise existente no Sistema Único de Saúde (SUS) tem levado a população a se sentir insatisfeita e insegura Situação que na atual conjuntura à realidade de que muitos cidadãos não estão tendo acesso aos serviços básicos o significado da satisfação é multidimensional, esta ligada a empatia com o serviço e as pessoas, e como relevância, níveis de acolhimento, onde o usuário pode estar satisfeito com um serviço, mas em outro no mesmo atendimento não está, e ao ser questionado sobre o atendimento ele pondera de acordo com o estado emocional que se encontra no trajeto do atendimento. Dessa forma pacientes insatisfeitos tendem a não aderir integralmente o serviço (OLIVEIRA; GUIRARDELLO, 2006).

Lovelock e Wright (2001) identificaram algumas características consideradas diferenças básicas. Porém, essa caracterização não pode ter um caráter generalista para todos os tipos de serviços. Esse estudo demonstrou que as diferenças são descritas em os clientes não possuem propriedade do ambiente, já que a infraestrutura será também de uso de outro cliente futuro, como por exemplo, os leitos. Interação do cliente no processo de produção que poderá ser completo ou parcialmente. Interação não somente com os profissionais, mas também com os

demais clientes tornando-se parte do processo. Manutenção dos artigos e insumos, uma vez que são utilizados por vários clientes e sua conservação se torna difícil. A difícil avaliação do cliente com relação aos processos mais subjetivos, como a experiência do profissional. A rapidez e agilidade na prestação do serviço, já que o tempo no resultados de exames é uma característica fundamental para a satisfação do cliente e por ultimo a logística de distribuição física, influenciando no atendimento nos serviços de saúde. O que de acordo com Costa (2010) os insumos se apresentam como os próprios clientes, já os recursos são os bens facilitadores, ou seja, a mão-de-obra dos funcionários. Para o bom funcionamento do processo deve haver uma interação com os clientes (VICENTE; MACHAD; OLIVEIRA, 2009).

2.6.3 Organização e funcionamento

A contextualização histórica organizacional dos serviços em saúde no Brasil é datada como marco a partir de 1930, quando se começa a surgirem os sanatórios para tratamento das doenças como hanseníase e tuberculose, caracterizando o modelo de assistência médico-hospitalar. Para atender a essa demanda, surgem os Departamentos Estaduais de Saúde, que seriam as futuras Secretárias Estaduais de Saúde, que iniciaram a implantação de postos e centros de saúde para combater as doenças infectocontagiosas nos Estados. A grande dificuldade na ampliação da assistência à saúde consistia no modelo adotado no qual todas as decisões e recursos financeiros eram concentrados e direcionados a grupos específicos de pessoas, não sendo a saúde um direito de todos. Um dos primeiros passos de assistência em saúde de forma organizada e compartilhada é observado no ano de 1923, com a criação de Caixa de Aposentadoria e pensão, inicialmente a mesma era destinada apenas aos ferroviários, sendo logo em seguida ampliada para atender a outras empresas e atividades, observando que nesse período as ações de saúde eram vinculadas ao Ministério da Justiça, cujas atribuições incluíam a fiscalização de alimentos, o controle de portos e fronteiras. Ensaiávamos assim a Vigilância Sanitária dos dias atuais (CORDEIRO, 1991).

Em 1930 já existiam 47 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. O desenvolvimento das CAPS originou a implantação dos Institutos de Aposentadoria

e Pensão - IAPs, que estavam estruturados por categorias profissionais, e não por empresa, o que os diferenciava das CAPS. O financiamento era tripartite, Estado, empresa e trabalhadores, gerando assim uma concentração do financiamento da saúde. Quanto maior o número de trabalhadores que contribuía com o IAP, maior era a parcela do Estado para o Instituto. Os que não tinham carteira assinada nem podiam contribuir; eram assistidos pelas Santas Casas de Misericórdia, responsáveis principalmente pelo atendimento aos indigentes e pobres. Para organizar a Gestão da Saúde em 1953, Getúlio Vargas cria o Ministério da Saúde, e em 1965 o IAPs é substituído pelo Instituto Nacional da Previdência Social – INPS (CORDEIRO, 1991).

Nesse período o INPS passa a ser administrado pelo governo e subordinado ao Ministério da Previdência Social, dividindo a área da saúde em dois comandos: o Ministério da saúde cuidava das ações preventivas tais como as campanhas de vacinação; e o Ministério da Previdência social incumbia-se pela prestação dos serviços médicos curativos, destinado aos trabalhadores com carteira assinada, revelando assim a duplicidade e a fragmentação das ações e dos serviços de saúde (CORDEIRO, 1991).

Em 1974 o INPS foi substituído pelo Instituto de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, contudo os fins não foram alterados prevalecendo à centralização da atenção à saúde. Com advento da crise do petróleo em meados da década de 70 e início da década de 80, houveram prejuízos financeiros para o INAMPS, culminando em um grande débito previdenciário a chamada “crise previdenciária”. Tais acontecimentos desencadearam uma mudança de paradigmas e reforçaram os movimentos sociais que buscavam a ampliação, acesso e condições básicas de atendimento na saúde (CORDEIRO, 1991).

Segundo Negri, em 1986 a partição dos recursos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social demonstrava essa diferença, pois 59% dos recursos destinados à saúde iam para o Sudeste (44% da população do país), enquanto apenas 20% eram destinados às Regiões Norte e Nordeste (34% da população). Essa distribuição desigual dos recursos acabou aumentando as desigualdades no setor (CORDEIRO, 1991).

A constituição de 1988 dá outro rumo à saúde brasileira e altera a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o

atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto. A saúde passa a ser reconhecida no Brasil como um direito humano fundamental estabelecido no artigo 6º da Constituição, e reforçado pelo artigo 196, que estabelece que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”, garantindo assim a obrigação deste de proporcionar as condições e políticas adequadas à sua prestação. Para que a saúde pudesse se abranger de forma igualitária a todos, o artigo 200 institui a criação do Sistema Único de Saúde – SUS – um verdadeiro marco de inclusão social do ordenamento jurídico brasileiro, ampliando o acesso à saúde para toda e qualquer pessoa que dele viesse a necessitar (CORDEIRO, 1991).

2.7 SATISFAÇÃO DO CLIENTE NOS SERVIÇOS HOSPITALARES

A satisfação, segundo WILLIAMS (1994), é considerada uma relevante ferramenta para gestão em serviços de saúde. Locker e Dunt (1978) descreve a importância de o usuário emitir sua avaliação com os detalhamentos que julgue necessário, através de questões abertas, gerando resultados mais próximo do real sentimento durante o percurso de atendimento, enquanto as questões mensuradas quantitativamente tendem a serem elevadas, porém não obstante correspondem a expectativa do usuário para o serviço em evidência, configurando os relatos qualitativos esclarecedores dos atributos de satisfação.

2.7.1 Satisfação do cliente

A relação do homem com o trabalho torna-se, algumas vezes, indesejada, especialmente quando o trabalho passa a ser mecanicista, realizado por meio de normas e rotinas. Por outro lado, pode, também, ser percebida como algo que impulsiona as pessoas a fazerem algo, relacionado a uma hierarquia de necessidades como exercer um cargo, ter reconhecimento e progresso. O ambiente e as condições de trabalho, a felicidade, o respeito e o reconhecimento são um conjunto de fatores que se destacam e contribuem para a satisfação do usuário,

tornando o mundo do trabalho como uma somatória de Atributos-elementos que participam no contexto pessoal e profissional (LIMA; KURGANCT, 2009).

Um dos maiores desafios dos serviços prestados à população é o de conhecer a realidade à qual pertence e como tornar o serviço administrativamente aceitável. O SUS configura como o principal meio de acesso da população brasileira aos serviços de saúde, e pretende em larga escala cumprir o gerenciamento de atividades em níveis de atenção diferenciados. O SUS representa para o país em seu pleito uma gestão participativa, inovadora, equitativa, integralizada e universal, mediante seus princípios doutrinários, sendo mentor de um Sistema Único, que visa uma cobertura ampla a partir da baixa complexidade e seguindo com a mais alta, com um atendimento qualificado no qual o usuário tenha um atendimento satisfatório na demanda solicitada (LIMA; KURGANCT, 2009).

A necessidade de satisfazer os anseios de determinado usuário/consumidor de determinado serviço tem sido atualmente levada em consideração para delineamento das práticas a serem executadas. O tema qualidade passa a ser questão de sobrevivência no setor de produção de bens e de serviços, em face da reorganização da economia internacional, limitados recursos e custos elevados (LIMA; KURGANCT, 2009).

A satisfação dos clientes, para Hoffman e Bateson (2003), pode ser avaliada através de medidas indiretas e diretas. As medidas indiretas, concebidas como abordagens passivas, envolvem “rastrear e monitorar registros de vendas, lucros e reclamações de clientes”. As satisfações com os atributos e a satisfação global têm sido vistas como dois princípios distintos, porém relacionados. A investigação sobre satisfação tem por objetivo a melhor compreensão, tanto conceitual como da gestão, da satisfação do cliente, e auxiliar na melhoria das tomadas de decisões na gestão. Com base em teses de modelos alternativos de análise fatorial e confirmatória, é possível constatar que a satisfação com os atributos possui três dimensões primárias: o produto, a qualidade do serviço, e o valor.

A qualidade do serviço tem como dimensões os aspectos físicos, aspectos pessoais e aspectos processuais. Já o valor, possui duas dimensões: o preço e os benefícios. Assim verifica-se que é importante aumentar a satisfação do consumidor (nesse caso, o usuário do sistema de saúde), sendo crítico evitar que essa satisfação diminua. Uma empresa pode proporcionar satisfação a um cliente por

meio do atendimento às necessidades implícitas e explícitas deste; através do conjunto de características ou atributos do produto (nesse caso, a oferta do atendimento prestado pelos profissionais integrantes do SUS) (HOFFMAN; BATESON, 2003).

A maior parte das técnicas tradicionais que objetiva identificar a importância relativa aos atributos pressupõe que o consumidor tem experiência com o produto. Isso se torna um possível obstáculo para a introdução de inovações, pois atributos inovadores tendem ter menor importância para o consumidor, devido ao desconhecimento dos seus benefícios. Além disso, as técnicas tradicionais pressupõem que a relação entre o desempenho dos atributos e a satisfação é linear, isto é, quanto maior o desempenho, maior a satisfação, podendo levar a decisões errôneas na hora de se identificar quais atributos são críticos e quais ações devem ser tomadas para aumentar a satisfação dos clientes (TONTINI, 2003).

O atendimento dessas necessidades depende do desempenho do produto ou serviço (de saúde) em seus diversos atributos. Assim, a identificação da relação entre o desempenho dos atributos e a satisfação com o consumidor (usuário do serviço de saúde) torna-se chave para o sucesso em um mercado competitivo. Como as necessidades dos consumidores mudam constantemente devido aos costumes, aos movimentos dos competidores e à oferta de produtos substitutos, o trabalho de inovação e melhoria nos bens e serviços ofertados deve ser contínuo (TONTINI; WALTER, 2011).

Estudos relacionados à satisfação do usuário de saúde já teve lugar na literatura em meados de 1970 nos Estados Unidos e na Inglaterra, representando o modelo de consumismo e qualidade. Dessa forma, a meta a seguir era considerada a satisfação do usuário, sendo proposta para visar o aperfeiçoamento da qualidade do atendimento ao longo do tempo. No Brasil esses estudos entraram na história em meados de 1990, no fortalecimento da prática do Sistema Único de Saúde, por meio da participação da sociedade nos processos de planejamento e avaliação (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Já foram avaliados o serviço de saúde e sua qualidade de serviço prestado, em pesquisas anteriores, tanto em nível conceitual de atendimento, quanto seu processo e resultados obtidos. No final dos anos 80 foi cogitada a ideia de dar continuidade a essa melhoria dos serviços prestados ofertando qualidade na visão

do usuário, e assim gerar maior satisfação, que, segundo o dicionário Aurélio da língua Portuguesa, tem como definição: “o ato ou efeito de satisfazer-se contentamento, alegria, deleite, aprazimento retribuição.” (LEMME; NORONHA; RESENDE, 1991; FERREIRA, 1999).

A satisfação do atendimento hospitalar aos usuários está diretamente ligada com a qualidade dos serviços prestados. Portanto a qualidade foi definida como um nível de execução e realização que caracteriza a assistência prestada, segundo o autor Last (1998) corroborado pelo autor Hobrook (1995), ambos citados por Rosso e Silva (2006), pode-se ser entendida como “contribuição do serviço para êxito do tratamento, do resultado clínico ou de qualquer forma de desfecho dos problemas em saúde dos pacientes”.

Os conceitos de qualidade do serviço incluem: ter eficácia de forma que tenham condições ideais de uso, eficiência, distribuição de acordo com as necessidades da população; não haver obstáculos para utilização dos serviços disponíveis; suprimento para atender a demanda e tecnologia e qualidade na aplicação de tecnologia disponível (ROSSO; SILVA, 2006).

Autores sugerem que há fatores que influenciam aspectos particulares de cada indivíduo em relação ao atendimento em saúde. Aspectos individuais definem o grau de satisfação da população, destacando-se: satisfação com a vida no geral, satisfação com a comunidade e lugar onde se reside, credibilidade dos profissionais da região, continuidade no tratamento e garantia de cuidados e atendimento pelo mesmo profissional, limitação da doença e estado de saúde atual (LEME; NORONHA; RESENDE, 1991).

Para que o atendimento possa intervir no indivíduo e coletividade de forma positiva em relação à saúde, o acesso e o acolhimento são peças fundamentais em relação à qualidade da saúde. É fundamental conhecer a população que avalia o atendimento para que haja uma organização dos serviços de saúde, visando o aperfeiçoamento do mesmo, sendo o indivíduo a peça chave para esse processo, ajudando e avaliando toda a assistência prestada (RAMOS; LIMA, 2003).

Algumas diferenças podem ser levadas em consideração quando se trata de qualidade de serviço, diferenciando serviços do setor público e do setor privado. O setor público pode ser avaliado pelo indivíduo como demorado, pouco ágil, o fato de

não poder escolher o profissional que deseja ser atendido. Tratando-se de escolhas, no setor privado o indivíduo tem o direito de escolher o serviço, o profissional por quem deseja ser atendido, a espera é menor, a agilidade é maior, enquanto que no setor público essas possibilidades oferecem uma limitação, ou até mesmo impossibilidade algumas vezes (DINSDALE et al.,2000)

Estudos sugerem que o usuário brasileiro como usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), que possui baixa escolaridade como um indivíduo que possui uma visão ruim de saúde, gera chances de ter insatisfação em relação ao sistema de saúde no Brasil. Sendo assim, para obter o nível de satisfação desses usuários, o acesso e o acolhimento são peças chaves para a avaliação de qualidade. Em estudos, os usuários apontaram facilidades e dificuldades no acesso, considerando fatores econômicos, geográficos, como deslocamento e distância, e organizacionais (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006; GOUVEIA et al, 2009).

A satisfação do atendimento se resume na avaliação dos resultados obtidos, associados à efetividade das intervenções realizadas no serviço de saúde. A satisfação também se insere na relação entre profissional e paciente, de forma que o desempenho técnico, aplicação do conhecimento e tecnologia médica, aumente os benefícios e diminua os riscos à relação de confiabilidade que é dada de profissional-paciente (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Dentre os conceitos de qualidade, e fatores que determinam a satisfação dos usuários, está o acolhimento, incluindo a humanização, tendo seu conceito como ideia de dignidade e respeito à vida humana, enfatizando a dimensão ética entre profissional e paciente. A humanização vem sendo aplicada no campo da saúde, referente a uma visão de política garantindo os direitos aos usuários, medidos por meio de conceitos como satisfação e resolutividade (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

A satisfação dos clientes, para Hoffman e Bateson (2003), pode ser avaliada através de medidas indiretas e diretas. As medidas indiretas, concebidas como abordagens passivas, envolvem “rastrear e monitorar registros de vendas, lucros e reclamações de clientes”. Estudos relacionados à satisfação do usuário de saúde já teve lugar na literatura em meados de 1970 nos Estados Unidos e na Inglaterra, representando o modelo de consumismo e qualidade. Dessa forma, a meta a seguir era considerada a satisfação do usuário, sendo proposta para visar o aperfeiçoamento da qualidade do atendimento ao longo do tempo. No Brasil, esses

estudos entraram na história em meados de 1990, no fortalecimento da prática do Sistema Único de Saúde por meio da participação da sociedade nos processos de planejamento e avaliação (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Em momentos anteriores, já foram avaliados o serviço de saúde e sua qualidade de serviço prestado, tanto em nível conceitual de atendimento quanto no seu processo e em resultados obtidos. No final dos anos 80, foi cogitada a ideia de dar continuidade a essa melhoria dos serviços prestados para melhor qualidade, e assim maiores satisfações dos usuários. A definição de “satisfação”, segundo o dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, é: “ato ou efeito de satisfazer-se com contentamento, alegria, deleite, aprazimento retribuição.” A satisfação do atendimento hospitalar a usuários está diretamente ligada com a qualidade dos serviços prestados. Portanto, a “qualidade” foi definida como: um nível de execução e realização que caracteriza a assistência prestada, (FERREIRA, 1999; ROSSO; SILVA, 2006).

Os conceitos de qualidade do serviço incluem: ter eficácia de forma que tenham condições ideais de uso, eficiência, distribuição de acordo com as necessidades da população; não haver obstáculos para utilização dos serviços disponíveis; suprimento para atender à demanda e tecnologia e qualidade na aplicação de tecnologia disponível. Autores sugerem que há fatores que influenciam aspectos particulares de cada indivíduo em relação ao atendimento em saúde. Aspectos individuais definem o grau de satisfação da população, destacando-se: satisfação com a vida no geral, satisfação com a comunidade e lugar onde reside, credibilidade dos profissionais da região, continuidade no tratamento e garantia de cuidados e atendimento pelo mesmo profissional, limitação da doença e estado de saúde atual (LEME; NORONHA; RESENDE, 1991).

Para que o atendimento possa intervir no indivíduo e coletividade de forma positiva em relação à saúde, o acesso e o acolhimento são peças fundamentais em relação à qualidade da saúde. É fundamental conhecer a população que avalia o atendimento para que haja uma organização dos serviços de saúde, visando o aperfeiçoamento deste, sendo o indivíduo a peça chave para esse processo, ajudando e avaliando toda a assistência prestada. Algumas diferenças podem ser levadas em consideração quando se trata de qualidade de serviço, diferenciando serviços do setor público e do setor privado. O setor público pode ser avaliado pelo

indivíduo como demorado, pouco ágil, o fato de não poder escolher o profissional que deseja ser atendido. Tratando-se de escolhas, no setor privado o indivíduo tem o direito de escolher o serviço, o profissional por quem deseja ser atendido; a espera é menor, a agilidade é maior, sendo que no setor público essas possibilidades oferecem uma limitação, ou até mesmo impossível algumas vezes (DINSDALE et al., 2000; RAMOS; LIMA, 2003).

Estudos sugerem que o usuário brasileiro como usuário do SUS, que possui baixa escolaridade, como um indivíduo que possui uma visão ruim de saúde, gera chances de ter insatisfação em relação ao sistema de saúde no Brasil. Sendo assim, para obter o nível de satisfação desses usuários, o acesso e o acolhimento são peças-chaves para a avaliação de qualidade. Em estudos, os usuários apontaram facilidades e dificuldades no acesso, considerando fatores econômicos, geográficos, como deslocamento e distância, e organizacionais. A satisfação do atendimento se resume na avaliação dos resultados obtidos, associados à efetividade das intervenções realizadas no serviço de saúde. A satisfação também se insere na relação entre profissional e paciente, de forma que o desempenho técnico, aplicação do conhecimento e tecnologia médica, possa aumentar os benefícios e diminuir os riscos à relação de confiabilidade que é dada de profissional-paciente (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006; GOUVEIA et al., 2009).

Dentre os conceitos de qualidade e fatores que determinam a satisfação dos usuários, está o acolhimento, incluindo a humanização, tendo seu conceito como ideia de dignidade e respeito à vida humana, enfatizando a dimensão ética entre profissional e paciente. A humanização vem sendo aplicada no campo da saúde, referente a uma visão de política garantindo os direitos aos usuários, medidos por meio de conceitos como satisfação e resolutividade (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Os usuários de Pernambuco mostraram alto índice de insatisfação com a disponibilidade de medicamentos. Apenas 56,3% dos não usuários do SUS e quase a mesma proporção dos usuários do SUS (56,6%) estavam satisfeitos com o acesso aos medicamentos. “Esses percentuais sugerem que haviam problemas de ordem estrutural no âmbito da assistência farmacêutica estadual”, afirma Giselle. “Os números, porém, se referem a 2005 e, diante dos resultados, o estado já fez investimentos no sentido de melhorar a situação”, pondera. A segunda maior queixa dos pernambucanos foi à mesma dos demais usuários do país: o tempo de espera

até o atendimento ambulatorial, com um pequeno agravante para os não usuários do SUS: 31% de insatisfação (VASCONCELOS, 2010).

2.7.1 Dificuldades dos serviços de saúde

No que se refere à necessidade premente de solucionar problemas pelo gerenciamento dos serviços de saúde, existem ferramentas propulsoras do segmento que gerenciam estratégias inovadoras com intuito de ampliar a demanda reprimida e concentrando uma diversidade de serviços. Fatores relevantes de satisfação dos clientes em um serviço de saúde foi tema de estudo de Silva (2007), que produziu estudo em grupos de pacientes de um ambulatório de hospital. Foram utilizados análise de regressão e o modelo estrutural de Johnson, Schols, e Whittington (2005) e os resultados encontrados em relação à satisfação dos usuários foram nos atributos do profissionalismo médico, eficiência dos funcionários, conforto da sala de consulta e ainda tempo de atendimento e localização do hospital (CORRÊA; CAON 2002).

Conforme Paiva e Gomes (2007), na observação através de entrevistas com o grupo focal para avaliar a satisfação dos mesmos em relação aos atendimentos de suas necessidades durante a internação, foi identificada a qualidade do atendimento, desvelando a interface da satisfação e da qualidade. Contudo, os autores também verificaram que esses usuários não exerceram em plenitude o seu direito de serem atendidos pelo serviço hospitalar, colocando-se numa situação de submissão frente à instituição. Considerando as diversas Atributos como tipo de cliente, recursos, locais, momentos e períodos envolvidos, torna-se prioritário analisar os serviços prestados no acolhimento hospitalar. Porém, são utilizados alguns recursos para auxiliar a compressão, que são analisadas algumas características como: heterogeneidade, perfectibilidade, simultaneidade e intangibilidade. Essas características influenciam no momento do julgamento da qualidade dos serviços prestado.

A caracterização dos serviços está diretamente ligada à resolutividade da clientela atendida, fatores esses geradores de satisfação Santos (1995), busca incessante por resultados positivos visam encantar todos que necessitam dos

serviços. Mediante a incerteza da qualidade de um serviço antes de consumi-lo, os clientes consideram outras evidências, relacionadas a ações e a atitudes de pessoas que prestam determinado serviço, ao tempo de espera, à organização e às condições de limpeza e conforto e aos serviços oferecidos. Legado relacionado à qualificação dos serviços de saúde se reporta a Florence Nightingale (1820-1910). A padronização dos serviços foi direcionada historicamente, sendo garantia de eficiência por ocasião de sua aplicabilidade no segmento a que se designa o cumprimento (ROSSO; SILVA, 2006).

Nas atividades executadas há uma dificuldade de se medir a produção: a difícil identificação do que e como medir faz esse setor possuir características próprias. Há, segundo os autores, uma semelhança como a área de educação que também encontra dificuldades para avaliar o resultado dos seus serviços, pois as Atributos do processo de aprendizado dificultam essa avaliação; as atividades são de muita variabilidade e complexidade: essa característica se apresenta principalmente quando se compara o atendimento prestado a um paciente crônico, por exemplo, pois a análise individual de cada parte do serviço prestado pode parecer simples e por vezes de rotina. No entanto, quando se avalia o atendimento ao longo do tempo em que o paciente tiver a doença, percebe-se que a forma de atender e avaliar é diferente para cada indivíduo com a mesma característica da doença; os serviços oferecidos são, na sua maioria, de caráter emergencial ou, no mínimo, inadiável: essa é uma das características mais marcantes das instituições de saúde, pois, do ponto de vista do cliente, qualquer atendimento deve ser considerado emergencial, mesmo quando tecnicamente ele não se caracterize como tal; há pouca tolerância para ambiguidades ou erros, pois suas consequências podem ser fatais. O serviço completo é aquele moldado segundo os padrões técnicos de qualidade, e que é percebido pelos que o consomem (POLIZER; D'INNOCENZO, 2006).

Por se tratarem de atendimentos que muitas vezes envolvem a vida das pessoas e que, dependendo da conduta, podem colocá-la em risco, essa também é uma das características marcantes, assemelhando-se inclusive, conforme os autores, às atividades de controle de tráfego aéreo; na sua maioria, são atividades interdependentes e necessitam de um alto grau de coordenação entre as equipes multidisciplinares, pela sua complexidade, as atividades da área de saúde envolvem

um número grande de profissionais de diversas áreas no mesmo atendimento, tais como enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, médicos entre outros. A coordenação entre essas diversas equipes multidisciplinares é fundamental para o resultado do atendimento; são atividades com necessidade de elevado grau de especialização: a atualização tecnológica do setor e a constante atualização de pesquisas médicas da área fazem dessa característica uma das mais importantes, pois uma equipe preparada e um hospital modernamente equipado em termos de tecnologia podem representar o diferencial na manutenção da vida dos pacientes; os profissionais de saúde são altamente qualificados e suas lealdades estão voltadas para a profissão, e não para a organização: em função das diversas categorias profissionais já mencionadas, que possuem entidades de classe bem estruturadas para representá-los, a lealdade desses profissionais, por vezes, está voltada para categoria, e não para a instituição. O desempenho do serviço e os seus resultados na maioria das vezes estão focados nas necessidades dos clientes e em suas expectativas, demonstrando que a satisfação do cliente é de fundamental importância como medida de qualidade, além de um grande instrumento no gerenciamento do serviço (POLIZER; D'INNOCENZO, 2006).

Essas entidades possuem suas próprias regras e normas, o que pode gerar conflitos de interesse entre as partes. Existem diversas linhas paralelas de autoridade que criam problemas de gerenciamento de equipes e dificuldade na definição dos papéis, principalmente em hospitais: as organizações hospitalares possuem em seu desenho organizacional os modelos departamentais, com intuito de facilitar a prestação dos serviços complexos. No entanto, essa alternativa traz problemas como o de definição de papéis, autoridade e linhas de comando. A percepção do cliente e sua satisfação estão ligadas ao serviço da qualidade (POLIZER; D'INNOCENZO, 2006).

Ressaltam-se outras características dos serviços hospitalares, que são apontadas por Zoboli (2001), tais como a demanda da população usuária ser um fator determinante e seletivo para o serviço, a qual não é controlada, em que o marketing tem peculiaridades inerentes ao perfil do serviço; por se tratar de prestação de serviços da saúde, os serviços apresentam uma relevância social e econômica, uma forma equivocada para algumas organizações, por trabalhar diretamente com os aspectos de saúde, e vinculam-se muitas vezes ao emocional.

As questões financeiras vêm em segundo plano, trazendo consequências para o gerenciamento do serviço. Denotando alto índice de personalização de atenção e de tratamento dos serviços, como o contato é constante desde a entrada do cliente, se faz necessário o tratamento personalizado, para garantir à fidelização que exista vulnerabilidade às situações emergenciais: as imprevisibilidades das situações de emergências fazem dessas uma característica muito própria das pessoas que participam ativamente na prestação do serviço envolvendo os profissionais que atendem o cliente do serviço de saúde que necessitam dessa interação para, muitas vezes, auxiliá-los nos tratamentos. O controle limitado, e devido principalmente às intercorrências, o controle da situação econômica, em relação ao uso de equipamentos e da tecnologia, na área de saúde os avanços tecnológicos são constantes e a disponibilidade deles pelas instituições garante um diferencial no atendimento aos clientes. Os serviços estão sujeitos a diversos Atributos: como já mencionado, imprevisibilidade e as intercorrências são inerentes à atividade dos serviços de saúde.

Essas características, segundo os autores, tornam a atividade nos serviços de saúde uma função extremamente complexa e de difícil gerenciamento, podendo até influenciar no resultado final do serviço que é entregue ao cliente. O conhecimento das principais características dos serviços de saúde facilita o entendimento e posiciona-o dentro deste complexo mercado (ZOBOLI, 2001).

2.7.2 Qualidade dos serviços de saúde

A qualidade em serviços de saúde é considerada, em geral, apenas do ponto de vista do usuário. No entanto, o desempenho dos serviços de saúde está na dependência do profissional de saúde, do seu comprometimento com a organização, com a clientela, com o resultado dos programas e com atividades que desenvolve (JUNGUEIRA; AUGÉ, 1995).

O Brasil é um dos países que compõem a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2004. O principal propósito dessa aliança é instituir medidas que aumentem a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde, fomentado pelo comprometimento

político dos Estados signatários. A qualidade dos serviços de saúde é um elemento determinante para assegurar a redução e o controle dos riscos a que o paciente está submetido. Nesse sentido, um conjunto de ações complementares entre si, incluídas aqui ações de controle sanitário e regulamentação, é imprescindível para identificar precocemente a ocorrência de eventos que afetam a segurança do paciente, reduzir o dano e evitar riscos futuros. O paradigma da qualidade da atenção nos serviços de saúde brasileiros, cada dia mais, surge como uma exigência da sociedade, reforçada tanto pelos compromissos internos, quanto pelos compromissos externos estabelecidos junto à Organização Mundial de Saúde e da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Destaca-se entre esses compromissos o desenvolvimento de esforços que visem à melhoria da comunicação, transparência das informações, empoderamento e participação do paciente e usuários de serviços de saúde (ANVISA, 2013).

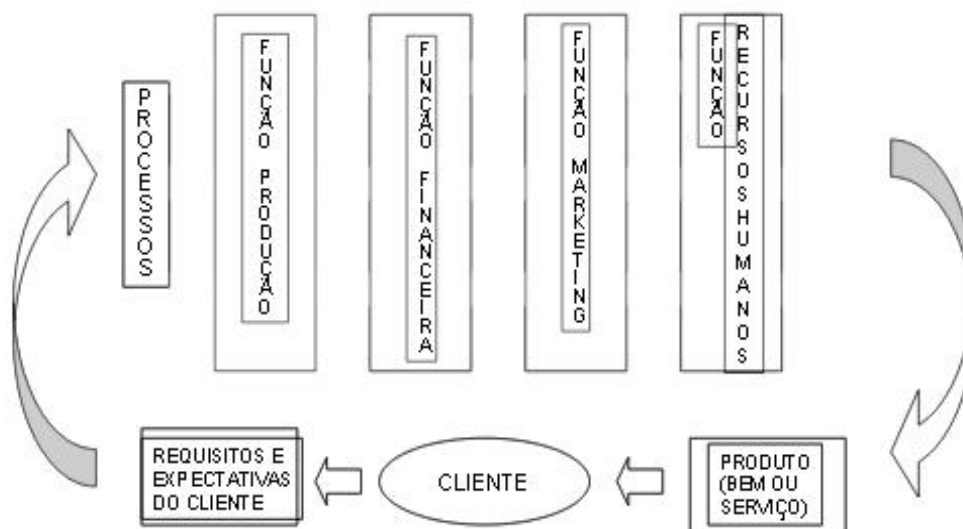
As estratégias na busca pela qualidade se difundem em um conglomerado de empresas, que direcionam linhas de ação para a sustentabilidade dos serviços, perseguindo o segmento da saúde, o que para segundo Hernderson (1998), seria um bom plano de ação em pleno desenvolvimento integrando efetivamente a vantagem competitiva a partir do reconhecimento das Atributos organizacionais e das metas previstas. Existe notoriedade sobre dispersão de um padrão mínimo, no qual sua formulação se direcione ao escopo da organização. A avaliação de serviços de saúde, no decorrer histórico de suas mudanças, demonstra que sempre existiram mecanismos de avaliação da qualidade da prática dos serviços de saúde, caracterizados pela formação tanto da opinião pública quanto dos conselhos corporativos. O relatório FLEXNER, publicado em 1910 sob o patrocínio da Fundação Carnegie, foi primeiramente recomendado como instrumento avaliativo. O mesmo atenta para a necessidade de controle do exercício profissional ao avaliar a educação médica como líder do segmento saúde e denuncia as precárias condições da prática profissional (NOGUEIRA, 2007; SANTOS, 1995).

Outro trabalho clássico sobre a avaliação dos serviços de saúde é o estudo de CODMAN, publicado em 1916, "A study in hospital efficiency: the first five years", que apresenta propostas de metodologia de avaliação rotineira do estado de saúde dos pacientes para estabelecer os resultados finais das intervenções médicas intra-hospitalares. Após CODMAN, o Colégio Americano de Cirurgiões assumiu a

responsabilidade pela avaliação da qualidade das práticas cirúrgicas e dos hospitais, realizando vários estudos nessa mesma linha, que foram o embrião para a criação da Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations - JCAHO (DONABEDIAN, 1989).

Para que uma melhor atuação nos serviços com uma qualidade satisfaça o cliente em alguns fatores, é necessário conhecer o local de trabalho, a infraestrutura e como estão distribuídas as responsabilidades. Nas empresas existe uma visão mais sistêmica, porém transferindo para o indivíduo podemos exemplificar como os órgãos e sistemas que compõe a matéria humana. Essa estrutura pode ser visualizada no setor administrativo e podemos transformá-la para melhor atendimento ao paciente. Abaixo segue um modelo das funções que atendam às necessidades dos serviços (DIAS; VARVAKIS, 2010).

Figura 2- modelo das funções que atendam as necessidades dos serviços.



Fonte: DIAS; VARVAKIS (2010).

2.7.3 Qualidade e segurança em serviços de saúde

A qualidade em serviços de saúde é considerada, em geral, apenas do ponto de vista do usuário. No entanto, o desempenho dos serviços de saúde está na dependência do profissional de saúde, do seu comprometimento, com a

organização, com a clientela, com o resultado dos programas e atividades que desenvolve (JUNGUEIRA; AUGÉ, 1995).

O Brasil é um dos países que compõem a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde em 2004. O principal propósito dessa aliança é instituir medidas que aumentem a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde, fomentado pelo comprometimento político dos Estados signatários. A qualidade dos serviços de saúde é um elemento determinante para assegurar a redução e o controle dos riscos a que o paciente está submetido. Nesse sentido, um conjunto de ações complementares entre si, incluídas aqui ações de controle sanitário e regulamentação, é imprescindível para identificar precocemente a ocorrência de eventos que afetam a segurança do paciente, reduzir o dano e evitar riscos futuros. O paradigma da qualidade da atenção nos serviços de saúde brasileiros, cada dia mais, surge como uma exigência da sociedade, reforçada tanto pelos compromissos internos, quanto pelos compromissos externos estabelecidos junto à Organização Mundial de Saúde e da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Destaca-se entre esses compromissos o desenvolvimento de esforços que visem a melhoria da comunicação, transparência das informações, empoderamento e participação do paciente e usuários de serviços de saúde (ANVISA, 2013).

Existe notoriedade sobre dispersão de um padrão mínimo, em que sua formulação se direcione ao escopo da organização. A avaliação de serviços de saúde, no decorrer histórico de suas mudanças, demonstra que sempre existiram mecanismos de avaliação da qualidade da prática dos serviços de saúde, caracterizados pela formação tanto da opinião pública quanto dos conselhos corporativos. O relatório FLEXNER, publicado em 1910 sob o patrocínio da Fundação Carnegie, foi primeiramente recomendado como instrumento avaliativo. Atenta ainda para a necessidade de controle do exercício profissional ao avaliar a educação médica como líder do segmento saúde e denuncia as precárias condições da prática profissional (NOGUEIRA, 2007).

2.8 FATORES QUE DETERMINAM A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE ATENDIDOS EM HOSPITAIS

Estudos relacionados à satisfação do usuário de saúde já teve lugar na literatura em meados de 1970 nos Estados Unidos e na Inglaterra, representando o modelo de consumismo e qualidade. Dessa forma, a meta a seguir era considerada a satisfação do usuário, sendo proposta para visar o aperfeiçoamento da qualidade do atendimento ao longo do tempo. No Brasil, esses estudos entraram na história em meados de 1990, no fortalecimento da prática do Sistema Único de Saúde, por meio da participação da sociedade nos processos de planejamento e avaliação (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Autores sugerem que há fatores que influenciam aspectos particulares de cada indivíduo em relação ao atendimento em saúde. Aspectos individuais definem o grau de satisfação da população, destacando-se: satisfação com a vida no geral; satisfação com a comunidade e lugar onde reside; credibilidade dos profissionais da região; continuidade no tratamento e garantia de cuidados e atendimento pelo mesmo profissional; limitação da doença e estado de saúde atual (LEME; NORONHA; RESENDE, 1991).

Estudar o gerenciamento dos serviços de saúde traduz vários fatores inerentes ao tipo de atividade em funcionamento, caracterizando o perfil profissiográfico da organização em evidência. Zeithaml e Bitner (2000) descrevem a dificuldade para avaliar esse segmento sem um prévio experimento; portanto, as avaliações só acontecem através de usuários ativos. Existe uma busca imensurável por evidências positivas que se destacam proporcionalmente ao nível das organizações avaliadas, a partir da estrutura física, ao fluxograma de atendimento e cortesia dos trabalhadores que estejam frente ao acolhimento (DASU; RAO, 1999).

Para Zeithaml e Bitner (2003) o serviço é definido como “ações, processos e atuações” ou um ato ou desempenho que uma parte oferece a outra, sendo essencialmente intangível e que, normalmente, “não resulta na propriedade de nenhum fator de produção”. O atendimento à saúde também se configura como prestação de serviços. Nele, o cliente interage com a empresa de serviços,

representado por hospitais, clínicas, laboratórios de exames e diagnósticos, consultórios, dentre outros (LOVELOCK; WRIGHT, 2002).

Para o desempenho dos serviços de saúde, o PRO-ADESS (Projeto de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde) considera que o desempenho do sistema de saúde brasileiro deve ser analisado em um contexto político, social e econômico que traduza a sua história e sua conformação atual, seus objetivos e prioridades. Dentro desse contexto devem ser identificados os determinantes de saúde associados aos problemas de saúde tidos como prioritários, evitáveis e passíveis de intervenção e define-se que os elementos a serem mensurados devem estar em concordância com os objetivos do sistema de saúde e que, a partir de uma revisão de literatura, propõe como dimensões para esta avaliação: efetividade, acesso, eficiência, respeito aos direitos das pessoas, aceitabilidade, continuidade, adequação e segurança. Percebe-se, assim, que a avaliação de políticas e programas de saúde contemplar amplia a participação e o uso de múltiplos focos e métodos, permitindo que a visão de diferentes grupos seja considerada no objeto de estudo (BRASIL, 2013).

Assim, o modo como os cuidados técnicos são dispensados ou recebidos, no relacionamento usuário/serviço de saúde, podem ser um importante índice para avaliar a qualidade da assistência. Durante o período de implementação das ferramentas avaliativas geradas em meados da década de 1980, nos países desenvolvidos, os gestores das organizações vinculadas à saúde enfrentaram o desafio de encontrar soluções viáveis para funcionalidade dos atendimentos com redução de custos nos serviços oferecidos diretamente ao paciente (BRASIL, 2013).

Para que o atendimento possa intervir no indivíduo e na coletividade de forma positiva em relação à saúde, o acesso e o acolhimento são peças fundamentais em relação à qualidade da saúde. É fundamental conhecer a população que avalia o atendimento para que haja uma organização dos serviços de saúde, visando o aperfeiçoamento do mesmo, sendo o indivíduo a peça chave para esse processo, ajudando e avaliando toda a assistência prestada (RAMOS; LIMA, 2003; LIMA et al., 2007).

O cliente é um consumidor e esse termo vincula-se ao ideário efficientista, objetivista e de ênfase no mercado que se tornou predominante nos anos 80 e orientou as reformas na administração pública. Alguns autores associam o

consumidor a um indivíduo racional, consciente de suas escolhas e capaz de defender seus direitos. Essa visão seria a do bom consumidor. Outra distinção que pode ser feita é que enquanto o termo "cliente" refere-se a um indivíduo ao qual concernem certos direitos, "consumidor" sugeriria que o indivíduo é parte de um grupo de usuários que podem agir em conjunto para garantir direitos (SILVA, 2001).

Nesse contexto existe uma variabilidade e complexidade de procedimentos tendenciosos a superespecializações como requisito de empregabilidade imediata. Essa ferramenta de gestão é vista como alento às dificuldades e resistência a novos modelos de gestão. O realce desse conflito recai sobre a premente necessidade de ampliar o conhecimento da população usuária para selecionar bem suas escolhas para um possível internamento. Lembrando que os processos qualificados vislumbram prevenir causas de não conformidade com o sistema de saúde vigente (SILVA, 2001).

2.8.1 Atributos de satisfação no atendimento do usuário no hospital

Satisfação é efeito emocional que está diretamente ligado a algum produto ou serviço que esteja à margem de adquirir-se. Para satisfazer as necessidades dos usuários, a condição é que eles percebam que a empresa empenhou-se para o serviço adequado. Além disso, a satisfação do cliente é um conceito considerado complexo, que muda constantemente, porém segue um padrão lógico (DANTAS, 2005).

Já o serviço é definido como ações, processos e atuações, ou até ato ou desempenho que uma parte oferece a outra, de forma intangível, podendo estar relacionado a um bem físico como prestação de serviço por profissionais. O atendimento à saúde inclui-se na prestação de serviços, de tal forma que o cliente interage com a empresa que oferece o serviço, representada por hospitais, clínicas, laboratórios de exames diagnósticos e consultórios (MOURA, 2006).

O modelo de saúde pública no Brasil, desde a Constituição de 1988, considera a saúde como direito de todos e dever do Estado sendo prezado por qualidade. Porém, o que acontece com o Sistema Único de Saúde (SUS), na prática, é que enfrenta uma série de limitações em função da falta de recursos de problemas

de gestão dos hospitais públicos, baixo investimento para disponibilizar equipamentos, leitos, profissionais e materiais, que, por parte do governo, são fatores que agravam a situação; situação essa que gera insatisfação e falta de credibilidade ao sistema, junto aos para resolverem seus problemas de saúde (TONTINI, et al., 2012).

No que se diz respeito a hospitais de caráter privado, a situação se mostra favorável, porém com suas complicações. Estes envolvem busca de tecnologia de última geração, instalações modernas, serviço prestado de forma rápida, menos desgastante emocionalmente e fisicamente. Assim, atualmente são adotados rígidos critérios de qualidade direcionando esforços para melhoria da qualidade dos serviços, visando satisfatoriamente seus clientes (BORBA, 2004).

Alguns autores sugerem que serviços prestados pelos hospitais envolvem grupos de benefícios. O primeiro é considerado meio ao qual acontece a prestação de serviço como, por exemplo, localização, instalações, aparência física dos prestadores de serviço e decoração física. O segundo grupo está relacionado com a interação entre cliente e profissionais, envolvendo empatia, confiabilidade e a capacitação dos profissionais. Já o terceiro grupo simplifica a razão principal na qual o paciente procura o serviço, ou seja, a procura da cura da doença (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Outros autores realizaram estudos que buscaram identificar fatores importantes na prestação de serviços, na visão geral do cliente. Foram incluídas receptividade, segurança, comunicação e disciplina. Os conceitos de qualidade do serviço incluem ter eficácia de forma que tenham condições ideais de uso, eficiência, distribuição de acordo com as necessidades da população, não havendo obstáculos para utilização dos serviços disponíveis; existência de suprimento para atender a demanda e tecnologia e qualidade na aplicação de tecnologia disponível (SILVA, 2004).

Dentre os conceitos de qualidade e fatores que determinam a satisfação dos usuários, está o acolhimento, incluindo a humanização, tendo seu conceito como ideia de dignidade e respeito à vida humana, enfatizando a dimensão ética entre profissional e paciente. A humanização vem sendo aplicada no campo da saúde, referente a uma visão de política garantindo os direitos aos usuários, medidos por meio de conceitos como satisfação e resolutividade (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Em pesquisas de satisfação pode-se constatar que os resultados revelaram que ser jovem, usuário exclusivo do SUS, ter baixa escolaridade e auto percepção de saúde ruim geraram mais chances de insatisfação dos usuários com o sistema de saúde brasileiro. Os moradores da região sul do país estão mais satisfeitos com o atendimento em saúde, enquanto para pernambucanos as chances de satisfação são menores quando se avalia a qualidade dos serviços de saúde (os moradores desse estado apresentaram maior insatisfação na resolução de seus problemas de saúde quando precisaram de internação) (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Estudos realizados sugerem fatores importantes na prestação de serviço de saúde na visão do cliente e sua relação com satisfação. Como exemplos, recolhidos na literatura foram encontrados no quadro 3 abaixo constam os Atributos que podem ou não influenciar no processo de satisfação ou insatisfação dos usuários. Os Atributos independentes são sexo, idade, forma de pagamento do serviço, situação conjugal, doença de longa duração, diagnóstico de depressão, tristeza, número de moradores por domicílio, tipo de construção, estragos geográficos, indicadores de bens segundo os autores listados não gerou alteração de resposta de acordo com o observado nos estudos. Contudo considerou como influenciadores de um processo de satisfação ser jovem, usuário exclusivo do SUS, ter baixa escolaridade, auto percepção de saúde, pois traz consigo alguns valores e pensamentos preconcebidos e generalizados que podem alterar a resposta, não estando sincronizados com o fato e sim com valorações particulares.

Quadro 3 – Determinantes dos Atributos dependentes e independentes para a satisfação dos usuários segundo alguns estudos.

Atributos	Satisfação
Atributos Independentes	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Idade • Forma de pagamento de serviço • Situação conjugal • Doença de longa duração • Diagnóstico de depressão • Tristeza • Número de moradores por domicílio • Tipo de construção • Estragos geográficos • Indicadores de bens
Fatores que determinam maior probabilidade de insatisfação do usuário	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jovem 2. Usuário exclusivo do SUS 3. Ter baixa escolaridade 4. Auto percepção de saúde

Fonte: GOUVEIA, 2009; TONTINI; SANT'ANA (2007).

No quadro 4 abaixo consta as Atributos encontradas na literatura a cerca do tema deste estudo. Vejamos foram contabilizados vinte Atributos dentre eles: acolhimento; confiabilidade; respeito; diálogo; triagem, atenção; responsabilidade; empatia; qualidade da dieta; conforto do quarto, nível de barulho; orientações e explicações da equipe; respeito à privacidade; facilidade de localização do balcão de informações; limpeza dos quartos; condições do equipamento de transporte; agilidade do retorno do quarto após a realização dos exames; atendimento rápido à chamada da campainha; capacidade de resolver os problemas ou atender pedidos do cliente; agilidade na hora da alta. Que podem ou não ser diferentes de acordo com o público da ação e as condições ofertadas até o momento da entrevista.

Quadro 4 – Atributos encontrados na literatura. Revisão teórica.

Atributos	Nome do Atributo	Explicação do Atributo
AT 1	Acolhimento	Consiste no contato inicial que o profissional tem com o paciente, é de extrema importância que se estabeleça um elo de confiança, respeito e compreensão entre eles.
AT 2	Confiabilidade	Capacidade de prestar o serviço com confiança e exatidão.
AT 3	Respeito	Respeito em todos os aspectos, a dor, as condições e necessidades do cliente.
AT 4	Diálogo	De fundamental importância, pois através do diálogo o profissional estabelece um laço de confiança com seu cliente.
AT 5	Triagem	A triagem vem como forma de organização do atendimento, oferecendo atendimento específico para cada paciente de acordo com suas necessidades.
AT 6	Atenção	Atentar para tudo que o paciente refere ou apresenta, físico ou emocionalmente.
AT 7	Responsabilidade	Disposição para ajudar e fornecer o serviço prontamente
AT 8	Empatia	Interesse e atenção personalizada
AT 9	Qualidade da dieta	Para melhor aceitação do cliente é importante uma boa qualidade e temperatura da dieta.
AT 10	Conforto do quarto	O ambiente exerce forte influência sobre os indivíduos e pode estimular ou inibir a interação entre os envolvidos.
AT 11	Nível do barulho a Noite	O sono preservado é fundamental para a melhora do cliente, pois o repouso auxilia na recuperação.
AT 12	Orientações e explicações da equipe	Explicar de forma coerente todos os procedimentos e dúvidas que o cliente apresentar para o profissional.
AT 13	Respeito à privacidade	Respeitar o espaço do cliente.
AT 14	Facilidade de localização do balcão de informações	Fácil acesso as informações pertinentes ao paciente.
AT 15	Limpeza do quarto	Um ambiente limpo e agradável, visando evitar desconforto do cliente e possíveis infecções hospitalares.
AT 16	Condições do equipamento de transporte (maca ou cadeira de rodas)	Condições adequadas para um transporte seguro e de qualidade.
AT 17	Agilização no retorno ao quarto depois de concluído o exame	Evitando problemas secundários no transporte do paciente, é importante que ocorra de forma rápida e segura.
AT 18	Atendimento rápido à chamada da campainha	Atender as necessidades do paciente o mais rápido possível.
AT 19	Capacidade de resolver os problemas ou atender pedidos do cliente	Compete a toda a equipe de profissionais do hospital, porém a enfermagem está em contato direto com o paciente por mais tempo, sempre procurando atender aos pedidos do cliente visando sua melhora.
AT 20	Agilidade na hora da alta.	Importante para o paciente, pois o desconforto de estar em um ambiente hospitalar é constante, se o paciente apresenta condições de alta agilizar esse processo.

Fonte: PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY (1988).

Para visualizar a eficácia da satisfação do usuário no serviço hospitalar é necessário que os trabalhadores tenham habilidade e competência desenvolvidas através de qualificações para a função e que os processos de trabalho sejam eficazes para albergar o perfil profissiográfico de cada segmento produtivo.

2.8.2 Percepção dos usuários dos serviços de saúde

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde pode fundamentar-se em três aspectos: estrutura, processo e resultados. A avaliação da estrutura diz respeito aos recursos físicos, materiais e humanos (quantitativo) existentes no âmbito da assistência à saúde; a avaliação do processo engloba as atividades e/ou os procedimentos empregados, ou seja, o processo de trabalho e dos resultados enfatiza os efeitos das ações e dos procedimentos sobre o estado de saúde do usuário como resultante da assistência recebida. A avaliação da satisfação do usuário acerca da assistência oferecida é um importante componente de avaliação no que diz respeito à qualidade de atendimento recebido (NOGUEIRA, 2007).

A avaliação do usuário é utilizada para verificar se os serviços prestados ao paciente são satisfatórios ou se precisam ser revistos os processos de trabalho. A importância deste instrumento de avaliação dos serviços é cada vez mais buscada, enfocando a busca pela qualidade das instituições, afinal a prestação do serviço aos usuários constitui finalidade de todo hospital (ORTEGA, 2004).

O modelo público de saúde no Brasil, a partir da Constituição de 1988, passou a considerar a saúde como direito de todos e dever do Estado oferecê-la com cobertura ampla e de qualidade. No entanto, na prática, o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta limitações em função da falta de recursos para o setor e de problemas de gestão dos hospitais públicos. A baixa remuneração dos serviços, principalmente em função da defasagem da tabela do SUS, qualificação e experiência deficientes dos gestores dessas instituições, e, por fim, os baixos níveis de investimentos para disponibilizar novos leitos e equipamentos, por parte do governo, complementam a gravidade desse quadro. Essa situação gera insatisfação e falta de credibilidade do sistema junto aos seus usuários, que dependem do SUS para resolverem seus problemas de saúde (TONTINI; WALTER; COSTA, 2011).

Satisfação é uma palavra que expressa o contentamento de um indivíduo com uma situação, serviço ou até mesmo com outros indivíduos. Diz-se que uma pessoa é satisfeita quando sua expectativa é alcançada. Portanto, a satisfação não é um ponto fixo para a população; ela pode ser diferente para cada indivíduo (BRASIL, 2001).

Segundo o mesmo autor, numa pesquisa que avalie a satisfação do usuário de um serviço é importante o monitoramento de atributos como acesso, tempo de espera, acolhimento, bem como outros aspectos, e não apenas perguntar como esse usuário avalia o atendimento.

Atualmente, a satisfação do usuário tem sido considerada um importante componente da qualidade do cuidado, como parte do modelo de atenção participativa proposto pelo SUS e pelo fato de os usuários estarem mais conscientes de seus direitos, além de possuir papel significativo na interação entre o prestador e o usuário, pois expressa as expectativas e as avaliações dos usuários quanto à assistência recebida. Utilizar a satisfação do usuário como instrumento de avaliação significa compreender e agir segundo as suas necessidades quanto aos serviços e produtos da equipe, considerar suas subjetividades e sua percepção sobre o processo de trabalho (PAIVA; GOMES, 2007).

Nesta pesquisa entende-se, portanto, por satisfação, a percepção e a avaliação que o usuário tem sobre definidas dimensões dos serviços de saúde. A satisfação, assim considerada, pode ser entendida como um importante componente da avaliação da qualidade dos serviços de saúde (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Acesso e acolhimento são elementos essenciais do atendimento para que se possa intervir positivamente no estado de saúde do indivíduo e da coletividade. A avaliação pelos usuários, permitindo ouvir suas opiniões sobre os serviços prestados em função de suas necessidades e expectativas é uma das atividades que podem assegurar a qualidade dos serviços de saúde. Assim, é fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento para repensar as práticas profissionais e intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento. O sistema brasileiro de saúde como um todo apresenta dificuldades, em parte, por conta da grande amplitude no atendimento, mas não se pode dizer que seja ruim. A impressão geral é de que o sistema é satisfatório à medida que alguns de seus aspectos sejam altamente eficientes, citando, como exemplo, vacinação infantil, transplantes de órgãos, tratamento de câncer, problemas renais, mutirões de cirurgias de catarata, dentre outros (COELHO, 2007).

Conforme Donabedian (1989), existem fatores que devem ser observados ao assimilar o que é qualidade na assistência hospitalar, que são fundamentais para definição. No que se espera de qualidade da prestação dos serviços, entre os

atributos destacados como pilares da qualidade, são a eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Para ter eficácia na assistência, na saúde observa-se o cuidado com o paciente de forma técnica e humanizada, prestando o cuidado integral. A efetividade refere-se à melhoria contínua, juntamente com a eficiência para a otimização dos recursos. A aceitabilidade estreita o canal entre o custo e o benefício e entre o paciente e o médico. A legitimidade valida a preferência do paciente em busca de todos os itens relacionados nos pilares da qualidade. Equidade é prestar a assistência de forma igualitária sem diferenças entre convênios ou na forma do cuidado, ou qualquer situação em que a qualidade está sendo comprometida.

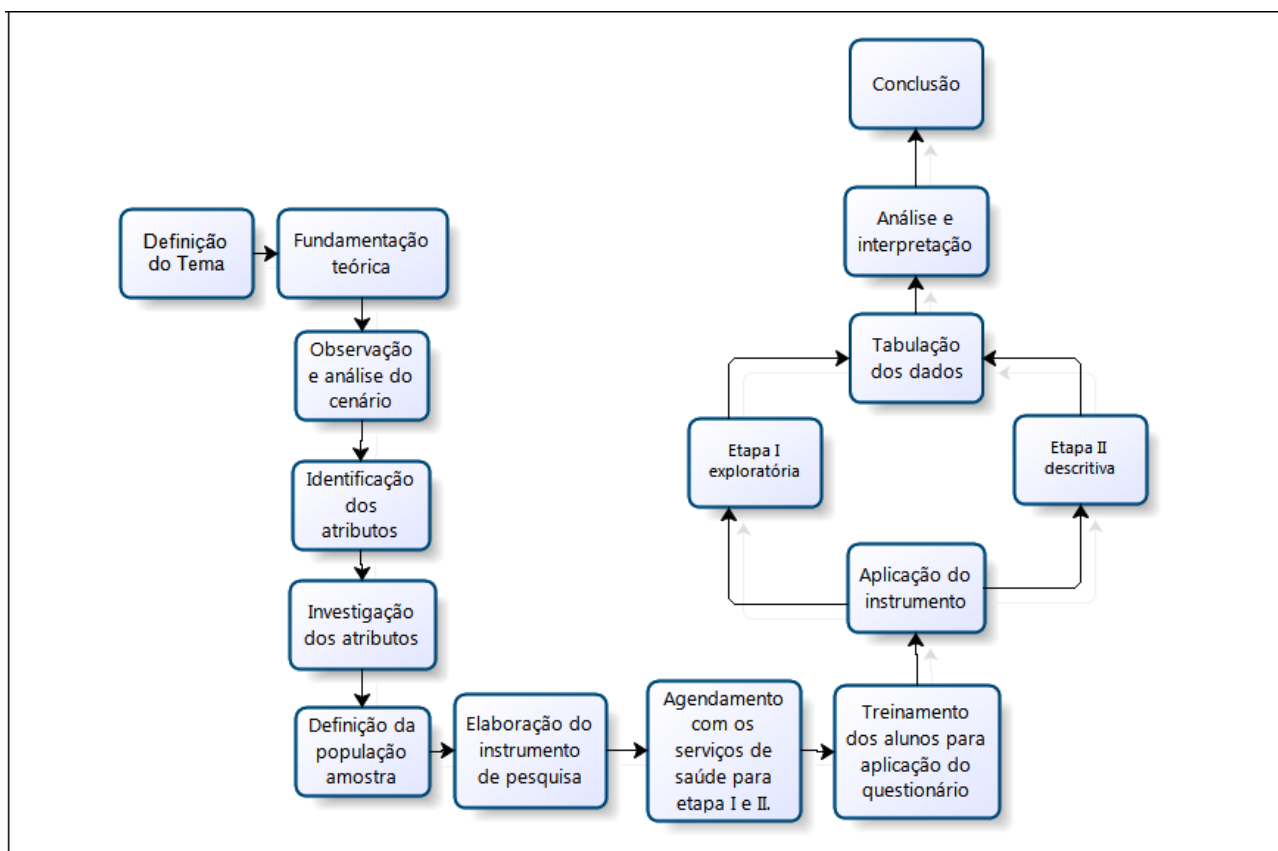
3 METODOLOGIA

Neste capítulo, apresenta-se o esboço das etapas de realização da pesquisa, discorre acerca da explicitação dos procedimentos, metodológicos que compõem o estudo, direcionado a uma abordagem qualitativa que compõe o estudo (RICHARDSON, 2009). Iniciando pela classificação da pesquisa, em sequência composição dos sujeitos do contingente pesquisado, instrumentos da coleta e análise e as limitações metodológicas aplicadas a pesquisa (GIL, 2002).

Pesquisa qualitativa é multimetodológica, envolvendo abordagens interpretativas e naturalísticas dos assuntos direcionados pelo pesquisador (DENZIN; LINCOLN, 1994). Para escolha do método considera-se o problema de pesquisa e os objetivos do estudo. Examinando os aspectos descritos configura-se uma identificação dos atributos de satisfação, configurado em duas etapas subsequentes, sendo a etapa preliminar promove a familiaridade com o objeto de investigação, favorecendo uma analogia com maior confiabilidade, identificando o que é mais próximo da realidade do contexto e cenário pesquisado. Configurando uma busca de informações genéricas que direcionem os atributos de satisfação encontrados na literatura (PARASURAMAN, ZEITHAML; BERRY, 1988). A escolha desse método estabelece vínculos essenciais para consolidação dos resultados, e direcionam informações importantes para busca de instrumentos geradores dos atributos de satisfação (FORTIN, 2009).

A segunda etapa constitui-se de questionário aberto que oportuniza ampla interpretação através das informações colhidas sobre os atributos de satisfação ou insatisfação pelo favorecimento de informações que representam o sentimento do usuário que busca atendimento independente da complexidade descrevendo detalhamentos do estudo apresentando a variabilidade dos atributos de satisfação identificados. A etapa descritiva conforme Cervo e Bervian (2004), analisa e correlaciona os atributos sem alterá-los, identificando a frequência com que o fenômeno acontece, adentrando a diversidades encontradas na amostra, refinando o contexto do pesquisado, através dos aspectos biopsicossociais, relacionados durante a entrevista. A descrição do estudo enaltece o constructo literário do cenário da pesquisa, o que muito contribui literalmente com a área da saúde. A Figura 3 representa o cenário da pesquisa e as etapas vivenciadas (GIL, 2006).

Figura 3- Etapas da pesquisa.



Fonte: Elaborado pela autora.

3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA

O estudo qualitativo apresenta-se simbolicamente atribuído a um fenômeno imprevisível agregado a valores individuais dos sujeitos (BARROSO, 2012). Para o pesquisador os determinantes referenciados no escopo das falas dos indivíduos evidenciam a avaliação dos serviços recebidos no segmento saúde hospitalar, oportunizando a identificação dos atributos de satisfação essenciais para os resultados da pesquisa verificados na interpretação do discurso dos sujeitos.

Como método de abordagem, caracteriza-se uma pesquisa qualitativa, no que, para Richardson (1999), é empregado no intuito de garantir a interpretação dos resultados, baseados nos fatos descritos pelos usuários do Sistema Único de Saúde nos serviços referenciados para o estudo.

Corroborando com Richardson, 1989, define-se o termo qualitativo como interpretação de dados, coletados opiniões e informações, a fim de que possam ser

expressas padrões relacionados com o objeto do estudo sendo fenômenos facilitadores e que contribuam com a clareza dos resultados.

Tendo esta pesquisa o propósito de identificar atributos de satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde da Grande Natal, no Estado do Rio Grande do Norte. Andrade (2002) relata que a pesquisa qualitativa preocupa-se em observar os fatos, registrá-los, analisá-los, interpretá-los, sem interferir nos padrões estabelecidos pelos sujeitos em suas falas. Logo, pode-se estudar o fenômeno, o fato, tal como descrevendo a interpretação real acontecimento favorecendo o pesquisador, na interpretação dos resultados aferidas no decorrer do estudo.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

De acordo com Vergara (2006) o universo ou população de uma pesquisa é o conjunto de sujeitos disponíveis a participar de processos investigativos metodológicos, com fins científicos. O contingente escolhido pertence ao universo de usuários do Sistema Único de Saúde DE Natal-RN, Brasil e circunvizinhos especificamente dos hospitais públicos e privados que se encontravam em atendimento, espera, internados e em alta hospitalar. Após todas as informações devidas ao fato disponibilizando espaço para dúvidas e questionamentos, a adesão foi voluntária, intencional e por conveniência. A exclusão dos sujeitos deu-se aos usuários iminentemente acamados, sem condição psicológica de avaliar naquele momento as condições da assistência recebida. Novamente reportando a Vergara (2006) define amostra como não pro balística e facilitadora de acesso, visto não ter utilizado procedimentos estatísticos para o estudo

O contingente estudado refere-se a usuários do Sistema único de Saúde dos hospitais públicos e privados da grande Natal-RN, Brasil que se encontravam no serviço a espera de atendimento, internados ou de alta hospitalar. Após a explicação detalhada sobre as aplicações dos questionários, a adesão dos usuários foi voluntária, intencional e por conveniência daqueles que estavam predispostos a falar sobre os atendimentos recebidos. Sendo excluídos os sujeitos que se encontravam iminentemente acamados e sem condições biopsicossociais em responder ou avaliar o instrumento de coleta de dados naquele momento.

Sendo assim, a seleção da amostra é parte da população usuária do SUS. O Universo da pesquisa constitui-se de 498 usuários atendidos nos diversos segmentos dos hospitais em pauta. Para efetivação da pesquisa utilizamos os três turnos, onde homens e mulheres responderam ,abordando opiniões diversas sobre os atendimentos recebidos, gerando assim a probabilidade de identificação dos atributos de satisfação prevalentes nos serviços pesquisados (BARROSO, 2012).

3.3 INSTRUMENTO DE PESQUISA

A técnica adotada para obtenção dos dados dessa pesquisa define o objeto do estudo, é relevante para o pesquisador devido a interpretação dos resultados obtidos com descrição ampla de informações que permitem a outros pesquisadores percorrerem o trajeto da pesquisa e aplicarem em pesquisas posteriores.

O instrumento selecionado foi direcionado a característica do estudo a ser executado, favorecendo o pesquisador de realizar os questionamentos essenciais para identificação dos atributos de satisfação dos usuários, com fins de buscar informações públicas de forma clara e objetiva com questões abertas, as quais permitissem os entrevistados se expressarem sem dados predeterminados, permitindo inclusive a observação de novos atributos. Foi essencial para elaboração desse item recorrer à literatura para embasamento teórico que possibilitem a interpretação dos resultados através do instrumento, sendo elaborado um roteiro de entrevista, com perguntas abertas Após essa etapa a compilação se deu por análise dos discursos dos entrevistados que demonstraram em suas falas, ter mais de um fator relacionado aos atributos de satisfação pesquisados . Procurou-se demonstrar os pontos de convergência e divergência através da análise literal dos dados, transcrita em alguns momentos dentro da discussão. De acordo com Aaker (2007), a análise dos dados e sua interpretação dos dados se dão de forma subjetiva para que o pesquisador por meio de leitura exaustiva possa encontrar pontos de convergência com a questão de pesquisa, favorecendo a uma análise crítica e direcionada.

3.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Após a entrevista, os dados encontrados inicialmente foram tratados de forma descritiva e categorizados em fatores de satisfação e insatisfação. Dentro desses fatores se encontram os atributos elucidados pelos entrevistados. Esses resultados encontrados foram agrupados conforme uma análise descritiva, transferidos para uma planilha e tabulados com o auxílio do programa *Microsoft Excel®*, no qual foi criado um banco de dados e reanalisados quantitativamente gerando respostas numéricas, expressas posteriormente em tabelas e quadros, para melhor visualização e entendimento dos leitores. Essas frequências evidenciaram um padrão de resposta entre os entrevistados e a presença de novos Atributos que podem ser inseridas na nova perspectiva de tratamento do processo de satisfação. A ocorrência de Atributos recorrentes ou justificadas com base na literatura também foi elucidada reforçando o padrão de outros estudos.

3.5 ANÁLISE QUALITATIVA DA PESQUISA

Os instrumentos metodológicos configuram um universo informações que agregam valores ao trabalho científico, sistematizando etapas do processo em pauta (SANTOS 2008). Cabe ressaltar que a área da saúde apresenta especificidades caracterizadas através das informações coletadas em instrumento com questões abertas que favorecem ampla oportunidade de avaliação dos usuários do Sistema Único de Saúde em Natal-RN, Brasil nos hospitais públicos e privados (SALOMON, 2004) refere-se a discussão como a fase onde o autor desperta a essência da ciência através de conteúdos produzidos pelos sujeitos pesquisados e examinados suas falas ,apresentando os atributos que conferem a satisfação dos serviços oferecidos pelas organizações selecionadas para pesquisa.

Inicialmente aplicado entrevista com questões pontuais dos atributos encontrados na literatura (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988); onde os sujeitos foram abordados sobre os seguintes itens: Ser atendido prontamente, Infraestrutura, Presença de profissionais (Médico, Enfermeira etc.), Aporte de

medicamentos para o tratamento, Diálogo, Acolhimento, Recursos humanos suficiente, Respeito, Atenção, Responsabilidade, Assistência integralizada, Insumos para o tratamento, Higiene do ambiente, Empatia, Atendimento, Procedimentos necessários, Humanização, Resolutividade, Ambiência, Atendimento noturno, Educação, Presteza dos funcionários, Eficácia e Eficiência dos profissionais.

Essa etapa trouxe esclarecimentos dos fluxos do serviço e da forma de atendimento ,bem como a interpretação dos usuários em configurar a satisfação pelo serviço prestado na organização hospitalar procurada. Essa observação Foi relevante para a etapa SUBSEQUENTE, onde o usuário tem a real oportunidade de identificar através de instrumento, com questões abertas, a sua opinião sobre o serviço e categorizar os atributos essenciais para a pesquisa ,como se apresenta na interpretação das falas. A primeira questão abordada pelo pesquisador foi **“O que torna o atendimento satisfatório para o senhor (a)?”** A segunda questão foi: **Neste atendimento ficou satisfeito ou insatisfeito? Por quê?** e a seguinte **Qual a sua sugestão?**

Se tratando de opiniões de pessoas diferentes, as respostas foram as mais variadas. Porém, todos eles relacionaram o gostar, desgostar ou imparcialidade a partir do atendimento recebido.

Alguns entrevistados relataram não ser atendidos – não o receberam ou “ainda”, ou porque o atendimento para o caso não deveria ser feito no hospital, ou por serem apenas acompanhantes – ou nem sabiam se o receberiam. Isso gerou insatisfação nos usuários, como mostra os comentários a seguir:

Atendimento

Nem fui atendida ainda, estou esperando, mas já vim outra vez, acho que não dei sorte com os médicos de plantão, insuportáveis!

Ainda não fui atendido, o médico não atendeu, vim com ela pra cá.

Estou aguardando atendimento ainda minha filha, já vim da UPA.

Não vou ser atendida, esperei todo esse tempo pra eles transferirem.

Detesto estar em hospital, é a primeira vez que venho pra cá, nem sei se vão atender ai.

Não gostei. Estão dizendo que meu filho não vai ser atendido aqui, porque pode ir pra uma UPA não sei aonde.

Não foi eu quem fui atendida, meu marido está lá dentro, mais o rapaz disse que ele já vai ser liberado, caiu da moto.

Acolhimento

Não estou satisfeita, já cheguei faz meia hora e minha filha não foram atendidas.

Boa parte destes usuários teve em suas respostas, demonstração de descontentamento com variáveis como a atenção – que segundo Parasuraman, Zeithaml e Berry (2001), é atentar para tudo que o paciente refere ou apresenta físico ou emocionalmente – que muitas vezes não pode ser oferecido em sua totalidade pela grande demanda que o hospital recebe; diálogo, que é de fundamental importância para estabelecer confiança com o paciente – também segundo Parasuraman, Zeithaml e Berry (2001) – bem como transmitir informações corretas. É possível também, que o atributo de triagem também esteja envolvido nesses casos, visto que em algumas situações é preciso que pacientes com mais necessidade sejam atendidos mais rapidamente do que outros, causando impaciência nos pacientes que necessitam de atendimento, mas que não são tão urgentes.

Entrevistados e atendidos, consideraram o atendimento satisfatório pelo simples fato de terem sido atendidos e que não viram motivos para insatisfação como mostra os comentários a seguir:

- **Ser atendido prontamente**

Gostei do atendimento. Foi rápido.

- **Eficiência dos profissionais**

A equipe que está aí dentro é ótima, bem eficiente.

- **Atendimento**

Fui bem atendido bem, cortei a perna, foi ligeirinho.

Já fui atendida e já vou embora, fez uns exames aí, tudo rápido, não deu em nana, gostei do atendimento.

Como principais atributos, vemos aqui a agilização no retorno ao quarto depois de concluído o exame, que trata sobre evitar problemas secundários do transporte rápido do paciente; a capacidade de resolver problemas ou atender pedidos do cliente que compete a equipe de profissionais, mas que está mais diretamente associada à enfermagem visto que esta trabalha mais proximamente ao paciente em questão; atendimento rápido à chamada da campainha, que é o oferecimento de atendimento o mais rápido possível; e agilidade na hora da alta, que

trata da importância da rápida liberação do paciente em alta que se encontra em um ambiente desagradável que é o hospital (PARASURAMAN, ZEITHAML; BERRY, 1988).

Por outro lado, dentre eles, houveram pessoas que questionaram algumas variáveis como respeito, atenção, diálogo, responsabilidade sendo esta última descrita por Parasuraman, Zeithaml e Berry como a disposição para ajudar e fornecer o serviço prontamente. Em sua maioria, a satisfação foi apenas por receber o atendimento.

O segundo questionamento foi: “E nesse atendimento o que foi satisfatório?”. Os usuários atendidos demonstraram que a aprovação do atendimento não foi puramente por recebê-lo, mas também pela qualidade e atenção dada pelos profissionais, pela agilidade e qualidade no atendimento e pela responsabilidade dos profissionais.

- **Atendimento**

Os profissionais são ótimos, bem atenciosos.

- **Resolutividade**

Gostei, por que resolvi tudo por aqui já.

Tenho do que reclamar não, graças a Deus.

- **Ser atendido prontamente**

A rapidez do atendimento foi o melhor, escuto pessoal reclamar da demora, mas minha mãe foi atendida rápido.

Ele existir já é satisfatório, imagina se isso aqui parasse o tanto de gente que ia morrer.

Dentre os entrevistados atendidos, ocorreram também os que não gostaram de nada no atendimento.

Como pesquisa de campo, uma entrevista foi feita com um número de usuários do Hospital Público do RN e um hospital particular da cidade de Natal/RN, contendo três indagações referentes à satisfação dos mesmos com relação ao atendimento oferecido por estes serviços, a satisfação do atendimento recebido no dia da entrevista, e qual seria a sugestão que aquele usuário daria para melhoria do

serviço. Após o término das entrevistas, as respostas foram relacionadamente organizadas em tabela, contendo as perguntas e cada resposta dada pelos usuários, facilitando a avaliação e análise destas.

Em seguida, as opiniões foram analisadas em caráter qualitativo do serviço oferecido, sendo esta análise embasada nos vinte (20) atributos que tem como autores Parasuraman, Zeithaml e Berry, já exibidas na tese em questão. Se tratando da opinião dos sujeitos diferentes e as respostas tiveram a plena liberdade de expor o seu ponto de vista sem restrição.

A primeira questão abordada foi: “O que torna o atendimento satisfatório para o senhor (a)?”. Como esperado, as respostas variaram de acordo com o estabelecimento em questão. Em um serviço a insatisfação maior foi o não atendimento de alguns usuários – seja porque ainda o esperavam – *“Ainda não fui atendido, o médico não atendeu, vim com ela pra cá.”* (Entrevistado de nº 27) –, seja porque o atendimento para o caso não deveria ser feito neste nível de atenção à saúde – *“Não gostei, estão dizendo que meu filho não vai ser atendido aqui, porque pode ir pra uma UPA não sei aonde.”* (Entrevistado nº 19 do Hospital público) –, ou por serem apenas acompanhantes do real paciente – *“Não foi eu quem fui atendida, meu marido está lá dentro, mais o rapaz disse que ele já vai ser liberado, caiu da moto”* (Entrevistado nº 16).

Contudo, os outros entrevistados e atendidos, consideraram o atendimento satisfatório pelo simples fato de terem sido atendidos e não viram motivos para insatisfação como mostram os comentários a seguir: *“Fui atendido, isso que importa”* (Entrevistado nº 17).

Como principais variáveis, vemos aqui a agilização no retorno ao quarto depois de concluído o exame, que trata sobre evitar problemas secundários do transporte rápido do paciente – *“Gostei do atendimento, foi rápido, fizeram todos os exames, está tudo bem.”* (Entrevistado nº 33 do Hospital público); a capacidade de resolver problemas ou atender pedidos do cliente que compete à equipe de profissionais – *“Com certeza os profissionais qualificados.”* (Entrevistado nº2), mas que está mais diretamente associada à enfermagem visto que esta trabalha mais proximamente ao paciente em questão; atendimento rápido à chamada da campainha, que é o oferecimento de atendimento o mais rápido possível; e agilidade na hora da alta, que trata da importância da rápida liberação do paciente em alta que

se encontra em um ambiente desagradável que é o hospital (PARASURAMAN; ZEITHAMI; BERRY, 1988).

No Hospital público, a maior queixa foi a lentidão no atendimento e a falta de humanização e atenção dada pelos funcionários. *“Ficaria satisfeita se tivesse mais agilidade no atendimento e mais atenção ao paciente”* (Entrevistado nº 1). Por isso, parte destes usuários teve em suas respostas, demonstração de descontentamento com variáveis como a atenção – atentar para tudo que o paciente refere ou apresenta físico ou emocionalmente (PARASURAMAN; ZEITHAMI; BERRY, 1988) – que muitas vezes não pode ser oferecido em sua totalidade pela grande demanda de paciente que os estabelecimentos de saúde em questão, recebe todos os dias. O diálogo, que é de fundamental importância para estabelecer confiança com o paciente – também segundo Parasuraman, Zeithami e Berry – bem como transmitir informações corretas.

O atributo de triagem também está envolvido nesses casos, visto que esta se associa a um dos princípios estabelecidos pelo Sistema único de Saúde.

Diz respeito à necessidade de se tratar ‘desigualmente os desiguais’ de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade (TEIXEIRA, pag. 35, 2005).

Em algumas situações é preciso que pacientes com mais necessidade sejam atendidos mais rapidamente, fazendo com que pacientes com situação não tão urgente, precisem aguardar para receber o atendimento. Isso gera impaciência e descontentamento por parte dos usuários em situação de menor risco de vida.

Por outro lado, dentre eles, houveram pessoas que questionaram algumas variáveis como respeito, atenção, diálogo, responsabilidade como a disposição para ajudar e fornecer o serviço prontamente. *“Só a parte de atender mesmo, por que o resto, como educação e respeito é difícil aqui.”* (Entrevistado nº 5). Em sua maioria, a satisfação foi apenas por receber o atendimento. *“Pra mim, só em ser atendido já está bom, não tenho plano de saúde, e preciso disso daqui.”* (Entrevistado nº 6).

Já no Hospital privado, os elogios foram dos mais variados. A aprovação das acomodações, tempo de espera, atenção, confiança, respeito, empatia e principalmente acolhimento, foram quase unânimes.

O acolhimento aos pacientes e familiares, o pronto atendimento e principalmente uma equipe de médicos e auxiliares comprometidos com o seu trabalho. (Entrevistado nº 24)

Atenção, higiene, rapidez no atendimento, aparelhagem para exames completos e, principalmente, excelência no corpo médico. (Entrevistado nº 25)

O segundo questionamento foi: “E nesse atendimento o que foi satisfatório?”. Os usuários atendidos demonstraram que a aprovação do atendimento não foi puramente por recebê-lo, mas também pela qualidade e atenção dada pelos profissionais, pela agilidade e qualidade no atendimento, pela responsabilidade dos profissionais, confiança e principalmente o acolhimento. *“A rapidez do atendimento foi o melhor, escuto pessoal reclamar da demora, mas minha mãe foi atendida rápido.”* (Entrevistado nº 30, Hospital público); *“A boa educação de alguns médicos e enfermeiros e os cuidados com os pacientes.”* (Entrevistado nº 1 hospital privado); *“Estou satisfeito com o atendimento dos enfermeiros”* (Entrevistado nº 12 do hospital público). *“O mais satisfatório é a confiança nos procedimento realizado e os cuidados recebidos em busca de resultados positivos para solucionar o problema.”* (Entrevistado nº 10 hospital privado).

Como terceiro questionamento, o autor da entrevista pediu sugestão dos usuários, e os comentários foram novamente baseados na agilidade do atendimento, na qualidade da atenção dada pelos profissionais e além destes, também foi citado a direção dos hospitais, o estado geral da saúde e a estrutura dos estabelecimentos. *“O governo é quem tem que mudar.”* (Entrevistado nº 24 do Hospital público). *“Estou insatisfeita pela falta de leitos e pela desumanização”* (Entrevistada nº 21 do Hospital Público). *“Tem que melhorar estrutura, aí faz um calor horrível.”* (Entrevistado nº 12 do Hospital público).

Sempre tem a gente nunca está satisfeito com nada, mas a saúde realmente está um caos. (Entrevistado nº 33 do Hospital público)

Colocar funcionários na recepção que estejam dispostos a ajudar, tenham capacitação para ocupar o cargo e ética. (Entrevistado nº 40 do Hospital privado)

Sendo assim, observamos que as variáveis existentes já se enquadram e qualificam a situação atual de saúde nos três estabelecimentos citados, o que não torna necessário a utilização de variáveis novas ou diferentes. Algumas variáveis como qualidade da dieta, nível de barulho a noite, privacidade e qualidade dos materiais não foram citados durante as entrevistas, e portanto não podem ser consideradas avaliadas.

4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Este capítulo é dedicado à explanação dos resultados obtidos por meio de análise dos dados encontrados nas entrevistas.

Analisar os dados é examina-lo com detalhes em sua totalidade, descrevendo a natureza de suas tarefas Ferreira (2001). Começamos pelo mapeamento de satisfação dos 498 entrevistados, seguida de análise da frequência e recorrência dos atributos encontradas que foram tabulados em tabelas para permitir um melhor entendimento do leitor seguido de uma análise descritiva dos achados. Segundo Gil (1990), o objetivo do estudo é sistematizar os detalhamentos do estudo de forma que favoreçam a clareza de respostas ao problema de investigação.

4.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Nesta etapa de caracterização dos entrevistados do estudo, procurou-se verificar dados demográficos dos indivíduos, tais como: idade, sexo, estado civil, religião, escolaridade e se o hospital é de administração pública ou não. Dentre os achados observou-se: que as faixas predominantes de atendimento foram entre 31 e 40 (38%) anos e entre 41 e 50 anos (30,5%); dos 498 entrevistados 293 (58,8%) eram do sexo feminino e 205 (41,2%) do sexo masculino, contribuindo para ideia de que as mulheres procuram mais o atendimento hospitalar do que os homens, elas incidem em menos automedicação do que eles; referente ao tipo de hospital se era de administração pública (SUS) ou não usuários do SUS obtivemos: 317 usuários de SUS (63,7%) e 181 (36,6%) não usuários de SUS. Quanto o grau de escolaridade, importante item, que nos permiti verificar o grau de informação e instrução do usuário que irá incidir diretamente no resultado do estudo, uma vez que isso inclui capacidade de criticas ao sistema ou apenas reprodução das ideias midiáticas; analfabetos (2%), ensino fundamental (5,4%), ensino médio (60,24%) e ensino superior (32,3%); referente ao estado civil dos entrevistados obteve-se: em destaque a união estável (55.8%), seguida de casado (a) (22%), solteiro (a) (18,1%) e viúvo (a) (4,01%). Ainda podemos quantificar os dados religiosos: Os católicos (59,8%)

eram a maioria, seguidos pelos protestantes (30.7%), espíritas (7,42%) e outros (2%). Estes dados podem ser observados na tabela 1 abaixo.

Tabela 1- Distribuição dos usuários segundo o sexo 2014.

CATEGORIA	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
Quanto ao sexo		
Feminino	293	58,8%
Masculino	205	41,2%

Fonte: Dados da própria pesquisa.

O grupo de entrevistados apresentaram significativa relevância, sendo a frequência de 88 sujeitos do sexo feminino A DIFERENÇA DOS ENTREVISTADOS MASCULINO com percentual de 17,67% (**Tabela 1**).

Tabela 2- Distribuição dos usuários segundo o convênio 2014.

CATEGORIA	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
Quanto ao convênio		
Usuários do SUS	317	63,7%
Não usuários do SUS	181	36,6%

Fonte: Dados da própria pesquisa.

A prevalência dos sujeitos, por conseguinte, usuários do Sistema Único de Saúde que buscam atendimento no cotidiano dos serviços de saúde e hospitalares Apresentando 317 sujeitos, com percentual de 63,7% no universo distinto da pesquisa de 498 sujeitos desses 181 com percentual 36,6% usufruem de assistência a Saúde privada, no cenário da medicina de grupo, entre outros seguras. Conforme (**Tabela 02**)

Tabela 3- Distribuição dos usuários segundo a idade 2014.

CATEGORIA	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
Quanto à idade		
18 a 30 anos	90	18,1%
31 a 40 anos	189	38%
41 a 50 anos	152	30,5%
51 a 60 anos	11	2,2%
>60 anos	56	11,24%

Fonte: Dados da própria pesquisa.

De acordo com GOLVEIA. 2009, idade é atributo de satisfação que ele denomina variável independente, o que prevalece na entrevista com frequência 189

sujeitos em idade 31 a 40 anos com percentual de 38%, os que procuram diariamente os serviços e que se dispuseram a responder a entrevista., seguidos de sujeitos de 41 a 50 anos com frequência 152 e percentual de 30,5%.

Tabela 4- Distribuição dos usuários segundo a escolaridade 2014.

CATEGORIA	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
Quanto à escolaridade		
Analfabeto	10	2,0%
Ensino fundamental	27	5,4%
Ensino médio	300	60,24%
Ensino superior	161	32,3%

Fonte: Dados da própria pesquisa.

Relacionado a escolaridade identifica-se maior concentração nos sujeitos que possuem ensino médio com frequência de 300 usuários e percentual de 60,24% seguidos pelos de nível superior com frequência de 160 e representação percentual de 32,3% da amostra respectivamente .percebe-se que a escolaridade é um atributo para satisfação (TONTINI, 2003)

Tabela 5 - Distribuição dos usuários segundo status civil 2014.

CATEGORIA	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
Status civil		
Solteiro (a)	90	18,1%
Casado (a)	110	22%
Viúvo (a)	20	4,01%
União estável	278	55,8%

Fonte: Dados da própria pesquisa.

Com relação ao estado civil, a relevância torna-se representada pela união estável com frequência de 278 sujeitos e representação percentual de 55,8%, Conforme **(Tabela 5)**.

Tabela 6 - Distribuição dos usuários segundo a religião 2014.

CATEGORIA	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
Quanto à religião		
Católico	298	59,8%
Protestante	153	30,7%
Espirita	37	7,42%
Outros	10	2,00%

Fonte: Dados da própria pesquisa.

O perfil dos sujeitos quanto a religião, constata-se concentração nos católicos com frequência de 298 sujeitos e representação percentual de 59,8% que sugere característica cultural da região onde ocorreu a pesquisa. Como apresentado na (Tabela 6).

É importante a análise conjugada do perfil demográfico e das categorias encontradas, pois os fatores sociais, psicológicos e emocionais no momento da entrevista podem interferir na resposta e no resultado final, gerando um falso resultado que descaracteriza os estudos.

4.2 DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS QUANTO A SATISFAÇÃO

Após uma primeira análise dos achados podemos destacar e contabilizar dentro do grupo de 498 entrevistados a categoria de satisfação e, como era de se esperar, também podemos quantificar a de insatisfação, já que um valor está intrinsecamente atrelado ao outro. Os achados estão condensados no quadro abaixo:

Quadro 5 - Delimitação do perfil de satisfação dos usuários dos hospitais da grande Natal, RN. 2014.

CATEGORIA	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
Satisfação	247	49,60%
Insatisfação	251	50,40%
Total	498	100,0%

Fonte: Dados da própria pesquisa.

Dos 498 entrevistados, 247 (49,60%), informaram estarem satisfeitos com o atendimento que receberam, ou seja, o atendimento que lhes foi prestado foi suficiente para alcançar o que lhes era desejado e lhes deixou realizados; e 251 informaram não estarem satisfeitos com o serviço que lhes foi prestado, ou seja, algo durante o processo de atendimento, desde a entrada até a saída do hospital, gerou uma inquietação, interpretando que esse problema poderia ter sido

modificado, melhorado, e que, portanto, a qualidade desse processo teria sido alcançada.

4.3 CATEGORIZAÇÃO DOS FATORES DE SATISFAÇÃO

Para permitir uma melhor análise, vamos categorizar os Atributos em fatores de satisfação, foco da nossa pesquisa, e fatores de insatisfação, por conseguirmos elucidar esse fator com as perguntas do questionário.

Quadro 6 – Categorização dos Atributos segundo os usuários dos hospitais da grande Natal/ RN, 2014.

CATEGORIA	ATRIBUTOS
FATORES DE SATISFAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Ser atendido prontamente • Infraestrutura • Atendimento de qualidade • Presença de profissionais (Médico, Enfermeira etc.) • Aporte medicamentoso para o tratamento • Diálogo. • Acolhimento • Recursos humanos suficiente • Respeito • Atenção • Responsabilidade • Assistência integralizada • Insumos para o tratamento • Higiene do ambiente • Empatia • Atendimento • Recursos para o trabalhador • Procedimentos necessários • Humanização • Resolutividade • Ambiência • Atendimento noturno • Educação • Presteza dos funcionários • Eficácia

	<ul style="list-style-type: none"> • Eficiência dos profissionais
FATORES DE INSATISFAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Demora no atendimento • Atendimento noturno precário • Falta de atendimento • Falta de resolutividade • Falta de educação • Falta de respeito • Infraestrutura precária • Esperar procedimento • Falta de higiene no ambiente • Falta de acolhimento • Falta de organização no fluxo do atendimento • Falta de recursos humanos • Falta de assistência integralizada • Falta de leitos • Falta de espaço • Medicação errada ou no horário errado • Falta de cuidados básicos (banho/troca de curativos/aspiração) • Funcionários sem condições de trabalho • Falta de recursos • Falta de profissionais de qualidade • Negligência dos profissionais • Demora na realização de procedimentos

Fonte: Dados coletados pelo pesquisador.

Foram encontradas, a partir de uma análise dos discursos dos entrevistados, vinte e cinco Atributos que estão dispostas no quadro abaixo com sua respectiva explicação, ou seja, os valores que foram tomados com base na literatura para as Atributos encontradas na categoria de fatores de satisfação:

Quadro 7 – Atributos de satisfação e seus significados, Natal/ RN. 2014.

	ATRIBUTO	EXPLICAÇÃO
AT1	Ser atendido prontamente	Rapidez no atendimento, regularidade do atendimento e conforme a necessidade.
AT2	Infraestrutura	Presença de leitos suficientes com ambiente confortável.
AT3	Atendimento de qualidade	Assistência completa prestada por profissionais qualificados que primem pela vida.

AT4	Presença de profissionais (Médico, Enfermeira etc.)	Ter durante o funcionamento do hospital uma equipe multidisciplinar que garanta a assistência à saúde.
AT5	Aporte de medicamentos para o tratamento	Presença da medicação necessária para o tratamento de forma correta e sem prejuízo ao paciente.
AT6	Diálogo	Informações ofertadas sobre procedimento, medicamentos e estados de saúde. Garantindo um vínculo entre profissional- paciente.
AT7	Acolhimento	A forma como o paciente é recepcionado.
AT8	Recursos humanos suficiente	Número de funcionários suficiente para prestação da assistência e manutenção dos demais setores hospitalares.
AT9	Respeito	Aceitar as opções sociais, religiosas e sexuais dos pacientes na prestação de assistência. Assim como suas necessidades, condições e dor.
AT10	Atenção	Dispensação de tempo para ouvir, atender e orientar os pacientes.
AT11	Responsabilidade	Disposição para ofertar a assistência prontamente, com ética e com as incumbências que lhe são cabíveis.
AT12	Assistência integralizada	Assistência em rede, permitindo um acesso a exames de alta complexidade e nos diversos níveis da atenção.
AT13	Insumos para o tratamento	Material disponível para continuidade do tratamento.
AT14	Higiene do ambiente	Limpeza dos ambientes hospitalares, descarte do lixo de forma correta e direcionada.
AT15	Empatia	Atendimento diferenciado e direcionado ao paciente.
AT16	Atendimento	Ocorrência do atendimento, do cuidado e da prestação de serviços.
AT17	Procedimentos necessários	
AT18	Humanização	Capacidade de prestar um atendimento lembrando que além do procedimento correto devemos nos preocupar com o paciente. É um ser humano que está a receber o cuidado e por tanto deve recebê-lo de forma respeitosa.
AT19	Resolutividade	Capacidade de resolver os problemas ou fechar um diagnóstico preciso para o atendimento fluir.
AT20	Ambiência	A presença de mobília adequada e a forma como estão dispostas.
AT21	Atendimento noturno	Facilidade de atendimento durante o período da noite.
AT22	Educação	Conceito dado à forma como se é direcionado as palavras e o atendimento a alguém.
AT23	Presteza dos funcionários	Agilidade dos funcionários em prestar o atendimento.
AT24	Eficácia	Alcançar os resultados almejados.
AT25	Eficiência dos profissionais	Atingir o resultado com o menor custo e melhor tempo para paciente e a empresa.

Fonte: Dados coletados pelo pesquisador.

Quadro 8 – Bioestatística das Atributos. Natal/ RN. 2014.

	ATRIBUTO	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
AT1	Ser atendido prontamente	128	25,7%
AT3	Atendimento de qualidade	81	16,26%

AT7	Acolhimento	65	13,05%
AT10	Atenção	60	12,04%
AT22	Educação	43	8,63%
AT19	Resolutividade	34	6,82%
AT4	Presença de profissionais (Médico, Enfermeira etc.)	32	6,50%
AT2	Infraestrutura	30	6,02%
AT18	Humanização	25	5,02%
AT20	Ambiência	21	4,21%
AT11	Responsabilidade	20	4,01%
AT9	Respeito	15	3,01%
AT16	Atendimento	15	3,01%
AT12	Assistência integralizada	14	2,81%
AT5	Aporte de medicamentos para o tratamento	13	2,61%
AT8	Recursos humanos suficiente	10	2,00%
AT14	Higiene do ambiente	10	2,00%
AT15	Empatia	10	2,00%
AT6	Diálogo	8	1,6%
AT25	Eficiência dos profissionais	8	1,6%
AT24	Eficácia	7	1,4%
AT13	Insumos para o tratamento	6	1,2%
AT23	Presteza dos funcionários	6	1,2%
AT17	Procedimentos necessários	5	1,00%
AT21	Atendimento noturno	3	0,6%

Fonte: Dados coletados pelo pesquisador.

Após realização das entrevistas e identificados atributos de satisfação, foram analisados os demais atributos com fins de contribuir com o fortalecimento de ações que tornem o atendimento essencialmente satisfatório através das falas que retratam a vivência dos usuários. Os dados a seguir foram relevantes para pesquisa e transcritos para o quadro em virtude da diversidade e complexidade das informações referidas durante o ato da entrevista sem nenhuma modificação. Atitude que demonstra que o usuário reconhece seu status dentro do sistema de saúde vigente (BRASIL, 1990).

No geral os sujeitos entrevistados demonstraram conhecimento dos seus direitos no exercício da cidadania, com capacidade de identificar as discrepâncias nas entrelinhas do atendimento e reagindo para que o sistema cumpra legal e socialmente o seu papel conforme princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2001).

Quadro 9 – Relevância dos atributos

RELEVÂNCIA DOS ATRIBUTOS	FALA	SUGESTÕES MELHORIAS	ELEMENTOS ENVOLVIDOS FREQUÊNCIA /PERCENTUAIS
AT 16 Atendimento	“Eu só quero é ser atendido pode tratar bem ou mal, mas tem que cuidar de mim”	Qualificar o acolhimento	15 Usuários / 3,01% Insatisfação
AT 16 Atendimento	“ Nem fui atendida ainda, estou esperando, mas já vim outra vez, acho que não dei sorte com os médicos do plantão, insuportáveis.”	Quantificar para maior agilidade no atendimento e qualificar o acolhimento	15 Usuários /3,01% Insatisfação
AT 16 Atendimento	“Fui bem atendido todo esse tempo, passei foi 19 dias aí, pessoal bacana”.	Manter qualidade e personalizar o atendimento	15 Usuários /3,01% Satisfação
AT 16 Atendimento	“Os profissionais são ótimos, bem atenciosos.”	Manter qualidade e personalizar o atendimento	15 Usuários /3,01% Satisfação
AT 25 Eficiência dos	“ A equipe que está aí dentro é ótima, bem eficiente.”	Estimular a equipe ,qualificar para manter nível de assistência	8 Usuários /1,6% Satisfação
AT 11 Responsabilidade	“Gosto da responsabilidade deles”. (Profissionais da saúde).	Manter qualidade e personalizar o atendimento	20 Usuários/4,01% Satisfação
AT 16 Atendimento	“Gosto do atendimento, já é a terceira vez que venho com Papai pra cá, ele sempre é bem atendido.”	Manter qualidade e personalizar o atendimento	15 Usuários /3,01% Satisfação
AT 16 Atendimento	“ Fui atendido, isso que importa.”	Melhorar comunicação para definir melhor a qualidade do atendimento	15 Usuários /3,01% indiferença
AT 10 Atenção	“Gostei das atenção das enfermeiras, médicos, até do pessoal da limpeza.”	Manter qualidade e personalizar o atendimento, com Educação Continuada	60Usuários /12,04 Satisfação
AT 2 Infraestrutura	“ é melhorar tudo né, mais macas, mas espaço.”	Rever padrão legal para serviços de saúde	30 Usuários/6,02%
AT 16 Atendimento	‘eu morro aqui e ninguém vem me atender’	Atendimento	15 Usuários/3,01% Insatisfação
AT 25 Eficiência dos profissionais	‘ Com certeza os profissionais qualificados.’	Educação Continuada	8 Usuários /1,6% Satisfação
AT 7 Acolhimento	“A satisfação de um paciente é indicativo de um bom atendimento” “Insatisfeito,”	Melhorar comprometimento da equipe.	8 Usuários /1,6% Insatisfação
AT 2 Infraestrutura	“ Eu acho que devia aumentar né, pra poder	Organização dos processos de trabalho e	30 Usuários/6,02%

	atender mais pacientes, aqui só vive cheio.”	ampliação do espaço	
AT 23 Presteza dos funcionários	“Fala com os enfermeiros e não atende.	Identificar atributos que inviabilizam atenção aos usuários e solucionar	6 Usuários /1,2%
AT 19 Resolutividade	O paciente desmaiou e os enfermeiros deram atenção, só depois do desmaio.	Rever com a equipe conduta ética para o atendimento.	34 Usuários /6,82%
AT 21 Atendimento Noturno	O atendimento durante o dia não se compara com o da noite porque pela manhã os enfermeiros são prestativos	Identificar atributos que inviabilizam atenção no noturno aos usuários e solucionar	3 Usuários /0,6%
AT 19 Resolutividade	Paciente sofreu acidente no domingo 24/11 e ainda hoje 29/11 está esperando ser operado do punho quebrado”.	Identificar atributos de regulação para encaminhamentos dos usuários	34 Usuários /6,82%
AT 1 Ser atendido prontamente	“O atendimento é mais ou menos. Reclama da demora. O médico não aparece”.	Identificar fluxo de atendimento e comprometimento da equipe, para agilidade no atendimento	128 Usuários /25,7%
AT 2 Infraestrutura	“Acho que estrutura, pois o atendimento é bom, eu achei.”	Oportunamente o usuário achou tudo de boa qualidade	30 Usuários/6,02%

Fonte: Dados coletados pelo pesquisador.

Os sujeitos relacionados através de suas falas à seguir, mostram que os atributos se distribuem de forma distintas, mediante o cenário encontrado nos serviços, no mesmo dia existem atributos divergentes para o mesmo procedimento em pessoas afins, possibilitando identificar a variabilidade das informações prestadas no universo pesquisado ,sendo no mesmo serviço atributos de Satisfação e insatisfação para um mesmo procedimento. O conjunto de relato sugere que, os sujeitos tem informações e conhecimento da complexidade do Sistema de Saúde e atentos aos preceitos legais e éticos que o mesmo preconiza (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

5. CONCLUSÃO

O estudo em pauta apresenta conclusões, relativo aos objetivos propostos pelo estudo possibilitando a identificação dos atributos gerados de satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, nos hospitais referenciados para pesquisa em Natal, Grande Natal – RN, BRASIL. Acredita-se poder desenvolver um modelo teórico de satisfação baseado nos dados coletados durante a pesquisa, que representam a percepção dos usuários quanto aos atributos de satisfação.

O instrumento aplicado foi extensivo aos usuários do sexo masculino e feminino e têm faixas etárias, entre 18 e 30 anos 90 usuários (18,1%); entre 31 e 40 anos 189 usuários (38%); 41 e 50 anos 152 usuários (30,5%); entre 51 e 60 anos 11 usuários (2,2%) e maiores de 60 anos (11,24%) o instrumento utilizado permitiu avaliar atributos de satisfação, identificar insatisfação e conhecer o níveis análogos do discurso dos usuários em explanar sua opinião. Uma prevalência de 317 usuários do SUS (63,7%) e 181 (36,6%) que são provedores de planos, outra metodologia da Medicina de Grupo (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988).

O instrumento utilizado permitiu identificar os atributos de satisfação dos usuários dos serviços previamente estabelecidos para pesquisa, havendo predomínio de usuários do sexo feminino, com diferença pouco significativa, observou-se que os usuários com escolaridade mais elevada estavam ligados a outros serviços e que pouco usufruíam do SUS, por terem adesão a planos e seguros saúde.

Em relação aos atributos de satisfação identificados pelos usuários no decorrer da pesquisa, percebe-se que o entendimento dos sujeitos não estão alinhados com o constructo literário, baseados nos direitos constituídos ao cidadão, esse fato dar-se em função do alcance das informações em saúde a população em geral.

A pesquisa possibilitou identificar atributos contributivos para gestão sobre identificação dos nós críticos do sistema, para possíveis implementações futuras. Realizada pesquisa, as evidências dos atributos de satisfação foram menores, mas em proporções pouco significativas.

A repercussão dos atributos interfere nos processos de trabalho em saúde, contribuindo para rever a superlotação ou esvaziamento dos serviços essenciais conforme Joint Commission Resources (2008).

A distinção conceitual dos atributos sugere que o usuário detém conhecimentos básicos e constitucionais dos direitos de cidadania imantados na constituição, como também deliberam os princípios rotineiros do Sistema Único de Saúde, porém sem contemplar a essencialidade literária que a equidade promove. Ficando nas entrelinhas dos atributos apenas seus sentimentos mediante os serviços procurados naquela ocasião, sem nenhuma proposição social, na grande maioria de buscar recursos que contemplem suas expectativas. O usuário internado acompanhado da família permanece 24 horas presente no serviço observando minúcias dos processos de trabalho e variedades das tarefas da equipe, o que favorece uma interpretação ampla dos fatores inerentes à gestão do sistema que se repercute sem filtro na sociedade.

É possível afirmar que os sujeitos estão satisfeitos com o atendimento com maior proporção, sendo o universo de 498 usuários pesquisados (100%) destes 247 satisfeitos que correspondem a 49,5 % e os insatisfeitos com proporcionalidade de 251 usuários com percentual de 50,40 % totalizando a amostra dos 498 sujeitos.

Verificou-se que ser atendido prontamente é um dos atributos que foram avaliados satisfatórios com frequência de 25,7%, aponta nesse atributo a abordagem no acolhimento do serviço e o diálogo entre os sujeitos agregado a preceitos éticos, técnicos e humanos no atendimento pautados na responsabilidade assistencial integral a saúde e empatia das partes. O que atende acolhe e o atendido acolhido.

A garantia do serviço a ser prestado agregam valores ao usuário do serviço, que por consequente se incluem nos atributos de satisfação indicados no estudo.

O estudo permitiu tornar visíveis os níveis de satisfação dos usuários e identificar quais atributos contribuem para o impacto da satisfação nos serviços com relação à validação da pesquisa. O constructo obtido na amostra acredita-se que torna-se viável sua aplicação nos modelos de gestão do sistema que encontra-se a saúde, com fins de agregar atributos que sugerem melhoria da gestão através das questões investigadas.

Na aplicação do instrumento de pesquisa, foram identificados atributos inerentes aos processos que ocorrem durante o fluxo da admissão a alta hospitalar, sendo utilizando perguntas objetivas e claras de acordo com o tipo de atendimento e na previsão após classificação de risco. Como “ser atendido prontamente”? Que tem relevância nos resultados e que demonstra uma sistematização da demanda que completa o percurso da chegada ao serviço até sua saída (FERREIRA, 1999).

Outros itens abordados se inserem na infraestrutura do hospital em pauta, favorecendo o acesso do usuário aos diversos seguimentos encaminhados. Quanto à presença dos profissionais no serviço que usufruem da credibilidade do atendimento qualificado, atencioso e competente, o que conferem em um atendimento humanizado e acolhedor utilizando os recursos existentes no serviço, com adequada capacitação para uma assistência interdisciplinar fortalecendo vínculos humanos essenciais para um tratamento eficaz, e que abrevia sua alta mediante os níveis satisfatórios dos serviços prestados em uma ambiência compatível com as necessidades do usuário (ROSSO; SILVA, 2006).

Um elemento metodológico limitante à pesquisa foi o número de hospitais que participaram, sendo apenas quatro hospitais públicos e privados, não havendo possibilidades de ser extensivo aos demais. Outro fator foi que a mensuração não foi possível ser realizada antes e após cada atendimento. Portanto recomendam-se novas pesquisas com fins de identificar novos atributos de satisfação e caracterizá-los na dimensão de cada serviço, analisando os atributos de satisfação mediante o fluxo de atendimento e a complexidade que ele se aplica. Recomendação desse estudo se aplica aos gestores hospitalares para que fortaleçam a missão e a visão dos serviços com a participação efetiva dos trabalhadores para o alcance de melhores níveis de satisfação e qualidade no atendimento de seus usuários.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO-CURVO, P. **Avaliação da atenção básica em saúde destacando satisfação e insatisfação na perspectiva dos usuários:** com ênfase na integralidade da atenção. Ribeirão Preto, 2010. Disponível em:<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-16052011-171359/pt-br.php>>. Acessado em: 22 de Mai. 2013.

AAKER, D. **Administração Estratégia de Mercado.** 7ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2007.

ADAMI NP. **A melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem.** Acta Paul Enfermagem. 2000; 13(N Esp. Pt 1):190-6. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1.pdf>>. Acessado em: 30 de Mai. 2013.

ALDAY, H. E. C.. Planejamento Estratégico dentro do conceito de Administração estratégica. **REVISTA FAE**, Curitiba, v. 3, nº 2, p. 9-16, mai./ago. 2000.

ANDRADE, M.M. **Introdução à metodologia do trabalho científico:** elaboração de trabalhos na graduação. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

ANS. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar** / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 3. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro : ANS, 2009. 244 p.

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde.** Disponível em:<<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/index.html>>. Acessado em: 29 de Mai. 2013.

BARROSO, A. L.R. **Instrumentos de pesquisa científica qualitativa:** vantagens, limitações, fidedignidade e confiabilidade. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, Ano 17, Nº 172, Set.2012. Disponível em:<<http://www.efdeportes.com/efd172/instrumentos-de-pesquisa-cientifica-qualitativa.htm>>. Acessado em: 10 de Mai. 2014.

BATESON, J. E. G.; HOFFMAN, K. D. **Marketing de serviços.** 4. Ed. Porto Alegre - RS: Bookman, 2001. Disponível em:<<http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/cadernos/cad19/Fundap%2019/QUALIDADE%20DOS%20SERVICOS%20DE%20SAUDE%20E%20SATISFACAO%20DO%20USUARIO%20%271%27.pdf>>. Acessado em: 30 de Mai. 2013.

BOEGER, M. A.. **Gestão em Hotelaria Hospitalar.** 1. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

BONATO, V. L.. **Gestão em saúde:** programas de qualidade em hospitais. 1. ed. São Paulo: Ícone, 2007.119p.

BORBA, V. R. **Marketing de Relacionamento para organizações de saúde.** Fidelização de Clientes e Gestão de Parcerias. São Paulo: Atlas, 2004.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em 18 de Out. 2013.

_____. Consolidado dos relatórios das conferências estaduais de saúde. **12ª conferência nacional de saúde** conferência Sergio Arouca. Brasília- DF, 2003. Disponível em:< http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CES_consolidado.pdf>. Acessado em: 05 de jun. 2013.

_____. Constituição federal de 1988. Seção II, Artigos 196 a 200. Dispõe sobre as questões de saúde colocando-a como dever do estado e direito do cidadão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1988 Disponível em:< <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/constfed.nsf/16adba33b2e5149e032568f60071600f/171f51d63db822a703256562006e66bc?OpenDocument>>. Acessado em: 19 Out. 2013.

_____. **Guia de vigilância epidemiológica** - Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância. – 7. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Legislação em saúde:** caderno de legislação em saúde do trabalhador. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. rev. e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: **Norma Operacional da Assistência à Saúde:** NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.o 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar /Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CAMPOS, L. C. A. M.;GONÇALVES, M. H. B.. **Introdução ao turismo e hotelaria.** Rio de Janeiro: Senac,1998.

CASTELLANOS, P. L.. **Comparação entre a satisfação do usuário com os serviços oferecidos num hospital geral e a percepção gerencial dessa satisfação.** 2002. 128 p. Dissertação (Mestrado) - EAESP/FGV, São Paulo. Disponível em:< <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/4724/1200200894.pdf?squence=1>>. Acessado em: 20 de abr. 2013.

CASTIEL, L. D.; VALERA, J. S.; MEL-CYTED, R.. Entre fetichismo e sobrevivência: o artigo científico é uma mercadoria acadêmica? **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.12, p-3041-50, Dez. 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n12/25.pdf>>. Acessado em: 20 de jun. 2013.

CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, Mar, 2003. Disponível em:<<http://www.hc.ufmg.br/gids/Integralidade.pdf>> Acessado em: 2 de Jul. 2013.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Pearson Pratices Hall, 2004.

COELHO, I. B. **Os impasses do SUS**. Ciênc. saúde coletiva vol.12 nº.2 Rio de Janeiro Mar./Abr. 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1413-81232007000200004>>. Acessado em: 20 de jun. 2013.

COOPER, D. R. e SCHINDLER, P. S. **Métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 7 ed., 2003.

CORDEIRO, H.. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri, 1991.

CORRÊA, H. L.; CAON, M. **Gestão de serviços**: lucratividade por meio de operações e de satisfação dos clientes. São Paulo: Atlas, 2002.

COSTA, M.. **Determinantes da qualidade percebida em serviços**. 2010. 121 f. Dissertação (Mestrado em administração) - Departamento de Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2010.

CHANDLER, A. D. Introdução à Strategy e Structure. In: **Ensaio para uma Teoria Histórica da Grande Empresa**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

CNES. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em 23 de out. de 2013.

DANTAS, E. B. **Marketing descomplicado**. SENAC, 2005. p. 316.

DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. London, Sage Publication, 1994. 643p.

DESZCA, G.; MUNRO, H.; NOORI, H. **Developing breakthrough products: challenges and options for market assessment**. Journal of Operations Management, East Lansing, v. 17, n. 6, p. 613-630, Nov. 1999. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272696399000170>>. Acessado em: 9 de Out. 2013.

DIAS, P.M; VARVAKIS, G. **Entendendo a estrutura administrativa**. Disponível em:<http://www.lgti.ufsc.br/planejamento/aulas/funcoes.pdf>. Acessado em 12 Jan. 2014.

DINSDALE, G.B.; MANSON D.B.; SCHMIDT F. & STRICKLAND T. 2000. **Metodologia para medir a satisfação do usuário no Canadá**: desfazendo mitos e redesenhando roteiros. Brasília, ENAP, Nº 20. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000135&pid=S1413-8123200500030001700013&lng=en>. Acessado em: Março. 2013.

DONABEDIAN, A., et al., **The quest for quality health care: whose choice? Whose responsibility?** Mt Sinai J Med, v.56, n.5, p. 406-22. 1989. Acessado em: 20 de jul. 2013.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B.. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. 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>>. Acessado em: 5 de Jul. 2013.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 4, n. 3, p. 317-321, jul./set. 2004.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M.. **POLÍTICA DE SAÚDE: uma política social**. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008 p.23-64. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/_uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal_11957.pdf>. Acesso em: 27 set. 2012.

FORTIN, M. F. **Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação**. Lusodidacta, 2009.

GARVIN, D. A. **Gerenciando a qualidade: a visão estratégica e competitiva**. Rio de Janeiro: QUALITYMARK, 1992.

GODOI, A. F. **Hotelaria Hospitalar e Humanização no Atendimento em Hospitais: pensando e fazendo**. 1. ed. São Paulo: Ícone, 2004.

GONÇALVES, H. M.. **Satisfação do cliente com os atributos: definição, mensuração e validação**. 370f. Tese (Doutorado em organização e gestão de empresas) Instituto superior de economia e gestão, Universidade técnica de Lisboa, Lisboa, 2005. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10400.514218>>. Acesso em: 29 de Out. 2013.

GOUVEIA, G. C.; SOUZA, W. V.; LUNA, C. F.; SOUZA-JÚNIOR, R. B.; SZWARCOWALD, C. L. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Rev. bras. epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n.3, Set. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2009000300001>>. Acessado em: 29 de Out. 2013.

GRAMIGNA, M. R.. **Modelo de Competências e Gestão dos Talentos**. 2. ed. São Paulo: ABDR editora filiada. 2007.

HENDERSON, B. As origens da Estratégia In: **Estratégia: a busca da vantagem competitiva**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

HINDLE, T.. **Tudo sobre administração**. São Paulo: Editora Nobel, 2002, p. 142. Makron Books, 1999, p. 30.

HOFFMAN, K. D.; BATESON, J. E. G. **Princípios de Marketing de Serviços: Conceitos, Estratégias e Casos.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

ISHIKAWA, K. **Controle de Qualidade Total à Maneira Japonesa.** Rio de Janeiro, Campus, 1993.

JOINT COMMISSION RESOURCES. **Gerenciando o fluxo de pacientes.** Porto Alegre: ARTMED, 2008. 148p.

JOHNSON, G.; SCHOLS, K; WHITTINGTON, R. **Explorando a Estratégia Corporativa.** 7. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

JUNGUEIRA, L. A. P.; AUGÉ, A. P. F. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. **Cadernos FUNDAP**, Guarulhos-SP, 1995. Disponível em: <<http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/cadernos/cad19/Fundap%2019/QUALIDADE%20DOS%20SERVICOS%20DE%20SAUDE%20E%20SATISFACAO%20DO%20USUARIO%20%271%27.pdf>>. Acessado em: 29 de Mai. 2013.

KOTLER, P. **Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle.** 2. ed. São Paulo: Editora Atlas, 1992, p.63.

LEMME, A. C.; NORONHA, G.; RESENDE, J. B.. A Satisfação do Usuário em Hospital Universitário. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.25, n.1, p 41-6, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v25n1/09.pdf>. Acessado em: 20 de Mai. 2013.

LIMA, A. F. C.; KURGANCT, P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.62, n.2, p-234-9, Mar/Abr., 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000200010&script=sci_arttext>. Acessado em: 20 de Jul. 2013.

LIMA, M. A. D. S., et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.20, n.1, p:12-7, Jan/Mar, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002007000100003&script=sci_arttext>. Acessado em: 17 de Set. 2013.

LONDONO, G. M. MOREIRA, R. G. LAVERDE, G. P. **Administração Hospitalar.** Rio de Janeiro: Guanabara, 2003.

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

LÜDKE, M. & ANDRÉ, M. 1986. **Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas.** São Paulo: E.P.U.

MALAGÓN-LONDOÑO, G.; MOREIRA, R.G.; LAVERDE, G.P. **Administração hospitalar.** Rio de Janeiro: Guanabara: koogan, 2003. 476p.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LUCCHESE, P. T. R.. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdade em saúde. **Ciência Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, 2003. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000200009>>. Acessado em: 28 de set. 2013.

MAGNUS, P. **O desafio da padronização dos processos e da automação na área da saúde**. 2006.

MATOS, F. G. **Visão e ação estratégica**. São Paulo: Makron Books, 1999.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MILAN, G. S.; TREZ, G. Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde. **RAE-eletrônica**, v.4, n.2, p:1-21, Jul./Dez, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/raeel/v4n2/v4n2a02.pdf>.> Acessado em: 30 de Out. 2013.

MINOTTO, R. **A estratégia em organizações hospitalares**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

MOROSINI, M. V. G. C; CORBO, A. D. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em: <http://www.retsus.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsp_4.pdf>. Acessado em: 29 de Mai. 2013.

MOURA, B. C. **Logística: Conceitos e tendências**. Lisboa, Portugal . Editora Centro Atlântico, 2006, Ed.1.

NOGUEIRA, R. P.. Problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 87, p. 1-14, 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/scielo.php?script=scinlinks&ref=000176&pid=S0103-7331201100020001800022&lng=en>>. Acessado em: 27 de Jun. 2013.

OLIVEIRA, S. L.. **Tratado de metodologia científica**: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

OLIVEIRA, A.M.L; GUIRARDELLO, E.B. **Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem**: comparação entre dois hospitais. Ver Esc. Enferm. USP. 2006; 40(1):71-7.

ORTEGA, J.L. & INFANTE, C.; PALACIOS, E.T. A duplicação de serviços como expressão de insatisfação dos pacientes In: BOSI, M.L.M. & MERCADO, F.J. (org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ. Vozes, 2004. cap. 8 p. 337 – 362.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F.. Políticas, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, Bahia, v.40, edição especial, p: 73-8. 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30625.pdf>. Acessado em: 29 de Out. 2013.

PAIVA, S. M. A; GOMES, E. L. R. Assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação. **Rev. Latino-am. de Enfermagem** 2007 Set.-Out; Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a13.pdf>. Acessado em: 15 de Nov. 2013.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L.. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of quality. **Journal of Retailing**, Spring, v.64, n.1, 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>>. Acessado em: 15 de Nov. 2013.

PEINADO, J.; GRAEML, A. R.. **Administração da produção**: operações industriais e de serviços. Curitiba: Unicenp, 2007, p.166.

PICOLO, J.D; TONTINI, G.. Análise do contraste da penalidade e da recompensa (PRC): identificando oportunidade de melhoria em um serviço. **RAM – Revista de Administração Mackenzie**. V. 9, n. 5, p. 35-58. 2008.

PIOVESAN, M.F.; LABRA, M.E. **A construção política da agência nacional de vigilância sanitária**. 2002. 108f. (Dissertação) Mestrado em ciências, saúde pública, planejamento de gestão de sistemas e serviços de saúde - Fundação Oswaldo cruz, Rio de Janeiro. Disponível em:< <http://portaldeseres.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2002/piovesmfm/capa.pdf>>. Acessado em: 20 de Mai. 2013.

POLIZER, R.; D'INNOCENZO, M.. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.59, n.4, p.548-551, Jul./Aug, 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a14v59n4.pdf>>. Acessado em: 02 out. 2013.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

RAMOS, D.D; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(1):27-34, jan-fev, 2003. Disponível em:< <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n1/14902.pdf>>. Acessado em: 15 de Jan. 2014.

ROSSO, J. A.; SILVA, R. M.. Avaliação da qualidade do atendimento em Unidades Primárias de Saúde: comparação de estruturas com e sem a presença de Acadêmicos de Medicina. **Arquivos Catarinenses de Medicina** Vol. 35, n. 2, 2006. Disponível em: < <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/368.pdf>>. Acessado em: 15 de Jan. 2014.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa saúde da família no Brasil: Um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n.1, p 33-53. 2001. Disponível em:< www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n1/04.pdf>. Acessado em: 28 de Ago. 2013.

SANTOS, M.P. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 48, n. 2, p. 109-19, 1995.

SARAIVA, J. **É o fim do fee-for-service?** Fornecedores hospitalares. (SL), v.14, n.129, p:41-45. 2006. Disponível em: <http://www.readcube.com/articles/10.1590/S1413-81232007000400002?locale=en>. Acessado em: 14 de fev. 2014.

SIMÕES, A. L. A.; et al.. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto e contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v.16, n.5, jul./set, p-439- 444.2007. Disponível em:< <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71416309>> Acessado em: 15 de Dez. 2013.

SILVA, A. B.. **Fatores da satisfação, fidelidade e recomendação em serviço de saúde:** estudo em setor ambulatorial de hospital. 106 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

SILVA, L. M. V. & FORMIGLI, V. L. A. **Avaliação em Saúde:** Limites e Perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 10(1): 80-91, Jan/Mar, 1994.

SILVA, R. O. **Teorias da administração.** São Paulo: Editora Pioneira Thomsom Learning, 2001, p.89.

SOUZA, G. G.. **Hotelaria Hospitalar:** conceitos da hotelaria adaptados ao setor hospitalar. 84f. TCC (Graduação em turismo) Instituto de Geociência, Universidade federal de Minas gerais, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <http://www.dadosefatos.turismo.gov.br/export/sites/default/dadosefatos/espaco_academico/premio_mtur/downloads/premio_FGV/1.gislaine_gomes_de_souza_grad.pdf>. Acessado em: 10 de Jan. 2014.

TARABOULSI, F. A.. **Administração em hotelaria hospitalar.** São Paulo: Atlas, 2003.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L.. **SUS:** modelos assistenciais e vigilância da saúde. *IESUS*, v.7, n.2, Abr./Jun. 2005. Disponível em:< <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v7n2/v7n2a02.pdf>>. Acessado em: 5 de Jun. 2013.

TONTINI, G. Como identificar atributos atrativos e obrigatórios para o consumidor. **Revista de Negócios**, Blumenau, v. 8, n. 1, p. 19-28, 2003.

_____; SANT'ANA, A. J, Identificação de atributos críticos de satisfação em um serviço através da análise competitiva do gap de melhoria. **Gestão da Produção**, São Carlos, v.14, n.1, Abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104530X2007000100005&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 29 de Out. 2013.

_____; WALTER, S.A.. Antecedentes de qualidade percebida de um curso de administração: uma abordagem não linear. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, v.13, n.40, jul./set. 2011. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94722279003>>. Acessado em> 24 de Nov. 2013.

TORRE, F. L. **Administração hoteleira, parte I: departamentos**. São Paulo: Roca, 2001. 154p.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B.. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.1-15, set. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a17v10n3.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2013.

VASCONCELOS, R.. **Estudo identifica motivos de satisfação e queixas com os serviços de saúde**. 2010. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=3163&sid=9&tpl=printerview>>. Acesso em: 02 out. 2013.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v.12,n.4 , p. 825-839, ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/02.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2013.

VIANNA, et al. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil. Uma proposta de monitoramento. **Rev. Bras. Ciência. Farmacêutica.**, São Paulo, v.38, n.2, Jun., 2002. Disponível em: <<http://www2.eptic.com.br/sgw/data/bib/artigos/717c61ba882e252cb27177e112528e5e.pdf>>. Acesso em: 29 de Out. 2013.

VICENTE, A. P. G.; MACHAD, B. L.; OLIVEIRA, R. G.. Características dos serviços de saúde no contexto da atenção básica: da estrutura à satisfação dos usuários e trabalhadores. **Anais. VI EPCC Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar**, 27 a 30 de outubro de 2009. CESUMAR – Centro Universitário de Maringá – Paraná – Brasil.

WATANABE, S. Y. **Hotelaria hospitalar: avaliação dos pacientes sobre a qualidade nos serviços: estudo de caso comparativo**, 2004.

ZOBOLI, E. L. C. P. A ética nas organizações. **Reflexão: a ética nas organizações**. São Paulo: Instituto Ethos, ano 2, n. 4, p. 5-18, mar. 2001. Disponível em:<http://www.ethos.org.br/docs/conceitos_praticas/publicacoes/reflexao/index.shtml> Acesso em: 16 ago. 2013.

ZEITHAML, V. A.; BITNER, M. J. **Marketing de Serviços: A Empresa com Foco no Cliente**. 2ª Edição. Porto Alegre: Bookman, 2003.

APÉNDICE

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



APÊNDICE A
UNIVERSIDADE POTIGUAR
PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
FATORES DETERMINANTES PARA A SATISFAÇÃO DOS
USUÁRIOS ATENDIDOS NOS HOSPITAIS DA GRANDE

Nº da Entrevista: _____

Data da avaliação: _____

1) IDENTIFICAÇÃO:

1. Nome (Iniciais): _____ 2. Idade: _____

3. Sexo: _____ 4. Cor: _____ 5) Raça: _____

6. Estado civil: () Com companheiro () Sem companheiro () Outros: _____

7. Número de filhos: _____ 8. Naturalidade: _____

9. Religião: () Católico () Não católico 10. Profissão: _____

11. Escolaridade: _____

12. Hospital público: () Sim () Não.

Atributo	Nome do Atributo	Satisfeito	Insatisfeito
AT1	Ser atendido prontamente	()	()
AT2	Infraestrutura	()	()
AT3	Atendimento de qualidade	()	()
AT4	Presença de profissionais (Médico, Enfermeira etc.)	()	()
AT5	Aporte de medicamentos para o tratamento	()	()
AT6	Diálogo	()	()
AT7	Acolhimento	()	()
AT8	Recursos humanos suficiente	()	()
AT9	Respeito	()	()
AT10	Atenção	()	()
AT11	Responsabilidade	()	()
AT12	Assistência integralizada	()	()
AT13	Insumos para o tratamento	()	()
AT14	Higiene do ambiente	()	()
AT15	Empatia	()	()

AT16	Atendimento	()	()
AT17	Procedimentos necessários	()	()
AT18	Humanização	()	()
AT19	Resolutividade	()	()
AT20	Ambiência	()	()
AT21	Atendimento noturno	()	()
AT22	Educação	()	()
AT23	Presteza dos funcionários	()	()
AT24	Eficácia	()	()
AT25	Eficiência dos profissionais	()	()

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



APÊNDICE B
UNIVERSIDADE POTIGUAR
PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
FATORES DETERMINANTES PARA A SATISFAÇÃO DOS
USUÁRIOS ATENDIDOS NOS HOSPITAIS DA GRANDE
NATAL/ RN
QUESTIONÁRIO 02

Nº da Entrevista: _____

Data da avaliação: _____

1) IDENTIFICAÇÃO:

1. Nome (Iniciais): _____ 2. Idade: _____

3. Sexo: _____ 4. Cor: _____ 5) Raça: _____

6. Estado civil: () Com companheiro () Sem companheiro () Outros: _____

7. Número de filhos: _____ 8. Naturalidade: _____

9. Religião: () Católico () Não católico 10. Profissão: _____

11. Escolaridade: _____

12. Hospital público: () Sim () Não.

2) O que é atendimento satisfatório para o senhor(a)?

3) Neste atendimento ficou satisfeito ou insatisfeito? Por quê?

4) Qual a sua sugestão?
