

**UFRRJ**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E**  
**ESTRATÉGIA EM NEGÓCIOS - PPGEN**

**DISSERTAÇÃO**

**Qualidade dos serviços em clínica de Fisioterapia e**  
**Reabilitação do Centro Universitário de Barra Mansa -**  
**RJ, após implantação do modelo de**  
**gestão SUS**

Jocélio de Souza Maciel

**Seropédica - RJ**  
**2008**



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E  
ESTRATÉGIA EM NEGÓCIOS - PPGEN**

**Qualidade dos serviços em clínica de Fisioterapia e  
Reabilitação do Centro Universitário de Barra Mansa -  
RJ, após implantação do modelo de  
gestão SUS**

**JOCÉLIO DE SOUZA MACIEL**

Sob a orientação da professora  
**Stella Regina Reis da Costa**

Dissertação submetida como requisito parcial  
para obtenção do grau de **Mestre em Gestão**,  
no curso de Pós-Graduação em Gestão e  
Estratégia em Negócios - PPGEN

**Seropédica - RJ  
2008**

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**  
**PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E**  
**ESTRATÉGIA EM NEGÓCIOS**  
**MESTRADO PROFISSIONAL**

**JOCÉLIO DE SOUZA MACIEL**

Dissertação submetida ao Curso de Pós-Graduação em Gestão e Estratégia em Negócios, área de concentração em Gestão Empresarial, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Stella Regina Reis da Costa. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
(Orientadora)

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Ana Lúcia dos Santos Barbosa. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

---

Prof. Dr. Helder Gomes Costa. Universidade Federal Fluminense

# SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....                                  | 7  |
| 1.1. OBJETIVOS.....  | 8  |
| 1.1.1. Objetivo Geral.....                                 | 8  |
| 1.1.2. Objetivos Específicos.....                          | 8  |
| 1.2. JUSTIFICATIVA.....                                    | 9  |
| 1.3. PROBLEMA.....   | 9  |
| 1.4. SUPOSIÇÃO.....  | 10 |
| 1.5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....                             | 10 |
| <b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....                         | 11 |
| 2.1. QUALIDADE.....  | 11 |
| 2.2. QUALIDADE EM SERVIÇOS.....                            | 13 |
| 2.3. QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE.....                   | 17 |
| 2.3.1. Breve Histórico sobre Qualidade em Saúde.....       | 20 |
| 2.3.2. Caracterização dos Serviços em Saúde.....           | 24 |
| 2.3.3. Os Programas de Qualidade em Serviços de Saúde..... | 28 |
| 2.4. SAÚDE PÚBLICA.....                                    | 33 |
| 2.4.1. Breve histórico da Saúde Pública.....               | 33 |
| 2.4.2. Saúde Pública no Brasil.....                        | 33 |
| 2.5. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....                     | 36 |
| 2.5.1. Objetivos e Atribuições do SUS.....                 | 37 |
| 2.5.2. O acesso aos serviços do SUS.....                   | 38 |
| <b>3 METODOLOGIA</b> .....                                 | 40 |
| 3.1. CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA.....                        | 40 |
| 3.2. DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.....                      | 41 |
| 3.2.1. Instrumento de Pesquisa.....                        | 41 |
| 3.2.1.1. A Tabela Servqual.....                            | 42 |
| 3.2.1.2. Validação do Instrumento.....                     | 43 |

|   |           |
|---|-----------|
| 3.2.2. Implicações Éticas.....                                      | 44        |
| 3.2.3. Amostra.....   | 44        |
| 3.2.3.1. Cálculo da Amostra.....                                    | 45        |
| 3.2.3.2. Perfil da Amostra.....                                     | 45        |
| <b>4 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO DE CASO.....</b>                      | <b>47</b> |
| 4.1. LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DO ESTUDO.....                          | 47        |
| 4.1.1. A Cidade de Barra Mansa.....                                 | 47        |
| 4.1.1.1. Perfil Econômico.....                                      | 48        |
| 4.1.1.2. Índice de Desenvolvimento Humano por Município - IDHM..... | 48        |
| 4.1.1.3. Situação da Saúde.....                                     | 49        |
| 4.2. O CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BARRA MANSA - UBM.....               | 49        |
| 4.2.1. Criação das Faculdades de Barra Mansa.....                   | 49        |
| 4.2.2. Criação do Centro Integrado de Saúde do UBM.....             | 52        |
| 4.3. A CLÍNICA DE FISIOTERAPIA DO UBM.....                          | 52        |
| 4.3.1. Diretrizes de Funcionamento.....                             | 54        |
| 4.3.2. A Consulta Fisioterápica.....                                | 55        |
| 4.3.3. Particularidades do Convênio entre o SUS e o UBM.....        | 55        |
| <b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>                                | <b>58</b> |
| 5.1. QUESTÕES DE PESQUISA.....                                      | 58        |
| 5.1.1. Tangibilidade.....   | 58        |
| 5.1.2. Responsabilidade.....  | 60        |
| 5.1.3. Confiabilidade.....  | 62        |
| 5.1.4. Segurança.....   | 65        |
| 5.1.5. Empatia.....   | 67        |
| 5.1.6. Dimensões de Qualidade.....                                  | 69        |
| <b>6 CONCLUSÃO.....</b>   | <b>74</b> |
| <b>7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>                            | <b>77</b> |

**APÊNDICE 1**

Formulário de Pesquisa

**ANEXO 1**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**ANEXO 2**

Termo de Compromisso do Pesquisador

**ANEXO 3**

Parecer de Aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa

## RESUMO

MACIEL, Jocélio de Souza. *Qualidade dos serviços da clínica de Fisioterapia e Reabilitação do Centro Universitário de Barra Mansa - RJ, após implantação do modelo de gestão SUS*. 2008. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão e Estratégia em Negócios) - Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica - RJ.

O conceito de qualidade foi desenvolvido ao longo dos anos por estudiosos como Juran, Ishikawa, Feigenbaum, Crosby, Deming, dentre outros. Respeitados os devidos contextos sócio-culturais nos quais os teóricos citados encontravam-se inseridos, todos foram unânimes em eleger a ênfase no cliente como o principal componente da teoria da qualidade. Embora os conceitos e técnicas voltados à qualidade tenham se iniciado no contexto industrial, posteriormente, por meio de adaptações complexas e personalizadas, passou-se a utilizar tais conceitos também na área da saúde. O objetivo da presente dissertação consiste em avaliar a qualidade dos serviços prestados pela Clínica de Fisioterapia e Reabilitação do Centro Universitário de Barra Mansa - RJ. O estudo foi desenvolvido junto a 347 pacientes. No desenvolvimento da pesquisa foi utilizada uma adaptação da escala *Servqual*, instrumento consagrado em estudos sobre avaliação de qualidade em serviços de saúde. Dentre as dimensões avaliadas, os usuários indicaram a "Confiabilidade" como o mais importante parâmetro para se avaliar os serviços prestados pela clínica. A dimensão "Tangibilidade", que diz respeito aos aspectos de estrutura física e equipamentos recebeu os menores índices de satisfação dentre as outras dimensões avaliadas.

Palavras-chave: Qualidade. Serviços de saúde. *Servqual*. SUS. Saúde pública.

## ABSTRACT

MACIEL, Jocélio de Souza. *Quality of the services of the clinic of Physiotherapy and Rehabilitation of the University Center of Barra Mansa - RJ, after implantation of the model of management SUS*. 2008. Dissertation (Master's Degree in Management and Business Strategies) - Federal Rural University of Rio de Janeiro, Seropédica - RJ.

The quality concept was developed throughout the years for studios as Juran, Ishikawa, Feigenbaum, Crosby, Deming, amongst others. Respected the had partner-cultural contexts in which the cited theoreticians met inserted, all had been unanimous in choosing the emphasis in the customer as the main component of the theory of the quality. Although the concepts and techniques directed to the quality if have initiated in the industrial context, later, by means of complex and personalized adaptations, was transferred to also use it such concepts in the area of the health. The objective of the present dissertation consists of evaluating the quality of the services given for the Clinic of Physiotherapy and Rehabilitation of the University Center of Barra Mansa - RJ. The study it was developed next to 347 patients. In the development of the research an adaptation of the *Servqual* scale was used, instrument consecrated in studies on evaluation of quality in health services. Amongst the evaluated dimensions, the users had indicated "Reliability" as the most important parameter to evaluate the services given for the clinic. The dimension "Tangibles", that it says respect to the aspects of physical structure and equipment received the lesser indices from satisfaction amongst the other evaluated dimensions.

Key-words: Quality. Services of health. *Servqual*. SUS. Public health.



## 1 INTRODUÇÃO

Barra Mansa é um município brasileiro, elevado a categoria de cidade no ano de 1857. Situa-se no sul do estado do Rio de Janeiro, na microrregião do Vale do Paraíba dentro da mesorregião do Sul Fluminense, exatamente entre as linhas marginais do mais importante tronco rodoviário do país - a Rodovia Presidente Dutra, que liga Rio de Janeiro e São Paulo - e os cruzamentos ferroviários que dinamizam o fluxo da produção mineral do interior do país, à área de transformação siderúrgica e os pontos terrestres e marítimos de exportação para industrialização. (PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA MANSA, 2007a).

O Centro Universitário de Barra Mansa - UBM, se instalou na cidade de Barra Mansa assumindo papel importante no desenvolvimento da educação superior e da pesquisa científica na região Sul Fluminense.

Com a implantação dos cursos de graduação na área de saúde - dentre os quais destaca-se o de Fisioterapia - a prestação de serviços de saúde tornou-se uma realidade no Centro Universitário de Barra Mansa - UBM.

A fim de se adequar para oferecer serviços desse tipo à instituição, dentre outras medidas, foi estruturada a Clínica de Fisioterapia e Reabilitação do UBM. A proposta de criação foi fundamentada no atendimento à comunidade da Região Sul Fluminense oferecendo consultas, tratamentos e demais serviços de saúde de qualidade e à custos reduzidos além, obviamente, do caráter didático da proposta, uma vez que os serviços contam com a participação de estagiários, a partir do sexto período do curso de Fisioterapia. O quadro de funcionários da clínica é composto de docentes e fisioterapeutas contratados.

Desde o ano de 1998, a Clínica de Fisioterapia e Reabilitação vem atendendo à comunidade da região. A qualidade no atendimento aos pacientes, associada à eficácia do modelo de tratamento proposto pela Clínica, levou a resultados excelentes quanto à resolutividade dos problemas da população no que se refere aos tratamentos cujo perfil estejam enquadrados em reabilitação. Em virtude disso, a prefeitura municipal formalizou uma proposta ao Centro Universitário de Barra Mansa no sentido de direcionar os atendimentos aos pacientes do Sistema Único de Saúde - SUS, dependentes de serviços de Reabilitação, à Clínica do UBM. Há cerca de um ano, esse convênio com o SUS foi oficialmente estabelecido, ficando sob responsabilidade da Clínica de Fisioterapia e Reabilitação do UBM a maior parte da demanda de pacientes anteriormente atendidos em clínicas e postos de saúde da região. Com o convênio firmado o número de atendimentos subiu de 480 para 1200 por mês, em média.

A consulta aos estudos desenvolvidos por diversos autores, que nortearam o referencial teórico da presente dissertação, revelou que os conceitos atuais utilizados na organização dos serviços de saúde fundamentam-se basicamente em fatores como estrutura física, tecnologia e recursos humanos. A satisfação do cliente como componente da qualidade geralmente é compreendida e abordada apenas como um fator agregado ao processo de qualidade.

Na presente dissertação sentiu-se a necessidade de promover a diferenciação entre qualidade em serviços e qualidade em serviços de saúde, já que este último possui componentes específicos que não podem, em virtude de riscos consideráveis de ocorrência de viés, ser desprezados ao se elaborar proposta de avaliação da qualidade em serviços desta categoria.

Kurcgant *et al.* (2006) faz referência em sua pesquisa sobre os serviços prestados na área de saúde, e utiliza uma definição da JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Hospitals, organização privada criada nos EUA para avaliar e acreditar instituições de saúde, para categorizar a qualidade de assistência em serviços de saúde definindo-a como “*grau segundo o qual os cuidados com a saúde do paciente aumentam a probabilidade de recuperação do mesmo e reduzem a probabilidade de efeitos indesejáveis*”(p. 90).

Dentre os motivos que fundamentaram a investigação proposta na presente dissertação, certamente está a contribuição que os resultados do processo de pesquisa poderão agregar ao cotidiano dos profissionais de saúde que atuam na clínica despertando-os, mesmo que em nível sugestivo, para a atenção a diversos fatores e cuidados que possam potencializar a qualidade de atendimento e acolhimento de clientes/pacientes, interferindo conseqüentemente em sua saúde e recuperação. Para isto, entende-se como fundamental a participação dos usuários no processo de avaliação.

## 1.1. OBJETIVOS

### 1.1.1. OBJETIVO GERAL

O objetivo geral nesta dissertação consiste em avaliar a qualidade dos serviços prestados pela Clínica Universitária de Fisioterapia e Reabilitação do Centro Universitário de Barra Mansa - RJ, após implantação do modelo de gestão SUS.

### 1.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Reconhecendo a importância e a legitimidade da perspectiva avaliativa dos usuários sobre a qualidade do atendimento, a presente dissertação apresenta os seguintes objetivos específicos:

- avaliar a qualidade dos serviços prestados na clínica de Fisioterapia do Centro Universitário de Barra Mansa;
- verificar a possível necessidade de mudanças estruturais na clínica, após a implantação do modelo SUS;
- avaliar, sob a perspectiva dos usuários, os problemas e soluções propostas para a melhoria da qualidade dos serviços;

- sugerir a utilização dos resultados na revisão das estratégias adotadas pela Clínica Universitária de Fisioterapia e Reabilitação do UBM visando ao aumento da satisfação dos clientes quanto aos serviços recebidos.
- avaliar qual dimensão de qualidade da escala *Servqual* se destaca, segundo a ótica dos usuários.

## 1.2. JUSTIFICATIVA

A investigação proposta é oportuna, uma vez que o convênio firmado com o SUS levou a um aumento significativo na demanda de pacientes.

Considerando que a Clínica do UBM, antes do estabelecimento do convênio, vinha prestando serviços de qualidade no atendimento de pacientes, com alta resolutividade nas doenças e processos patológicos; que os gestores da Clínica entendem que a qualidade no atendimento e nos serviços, essencialmente, deve ser mantida; e que a qualidade do atendimento e da assistência é um importante determinante do sucesso de programas dirigidos a doenças crônicas (KITAHATA, 2002), o projeto alcança então suma importância. Além disso, entende-se que, avaliar é um passo necessário quando se estabelece a meta de buscar a qualidade na atenção à saúde.

Entende-se também que, a demanda gerada pelo convênio possa ser excessiva e se associada à falta de organização dos serviços, há um risco potencial de se estabelecer um fluxo desordenado no atendimento dos serviços de saúde.

Soma-se a isso a questão administrativa, já que pesquisar a respeito da satisfação dos clientes/pacientes é aspecto fundamental na gestão de uma empresa, uma vez que seu entendimento pode proporcionar uma avaliação de desempenho sob a perspectiva do cliente, indicando decisões tanto estratégicas quanto operacionais que venham a influenciar no nível de qualidade dos serviços prestados pela organização.

Reconhecendo a importância e a legitimidade da perspectiva avaliativa dos usuários sobre a qualidade do atendimento, o trabalho pretende avaliar aspectos desse novo panorama vivido pela Clínica do UBM, considerando a opinião e a satisfação de seus pacientes/clientes como indicadores dos aspectos dessa qualidade.

## 1.3. PROBLEMA

O possível aumento da demanda de pacientes pode vir a afetar a qualidade do atendimento na Clínica de Fisioterapia e Reabilitação do UBM?

#### 1.4. SUPOSIÇÃO

Supõe-se existir uma associação entre a implantação do convênio com o SUS e a qualidade no atendimento aos pacientes/clientes da Clínica de Fisioterapia e Reabilitação do UBM, uma vez que o aumento da demanda de pacientes, conseqüentemente leva a mudanças significativas no enfoque de gestão. Estas mudanças estariam presentes tanto no aspecto estrutural (investimento em equipamentos, novas dependências, dentre outros) quanto pessoal (perfil de contratação de funcionários, capacitação, treinamento, dentre outros).

#### 1.5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Do ponto de vista metodológico uma limitação do estudo que merece destaque refere-se ao fato da aplicação do questionário ser realizada no ambiente da clínica, geralmente na sala de espera onde os profissionais iniciam o processo de atendimento e anamnese o que pode ter levado à inibição dos respondentes.

Além disso, a avaliação em ambientes de saúde, encontra-se terminantemente sujeita ao estado do paciente. Aspectos como dor, angústia, irritação, dentre outros, são de mensuração complexa e podem interferir diretamente no resultado da avaliação.

A ocorrência de erros sistemáticos ou vieses, oriundos da aplicação do questionário também pode ser considerada uma limitação do estudo que, no entanto, foi grandemente minimizada por meio da validação do questionário e a realização do pré-teste.

Outra limitação do estudo diz respeito à dificuldade encontrada para obter o tamanho da população a ser pesquisada. Como os tratamentos de saúde em geral dependem diretamente da adesão do indivíduo ao tratamento isto faz com que a clínica fique impossibilitada de fornecer, com exatidão, dados absolutos sobre a quantidade de pacientes em tratamento. Em virtude disto o tamanho da amostra teve de ser determinado com base em uma média de pacientes que comparecem atualmente na clínica.

Finalmente, entende-se também como uma limitação do estudo a inexistência de trabalhos similares, limitando seus resultados à instituição a ser estudada, o que impede e empobrece uma possível discussão de resultados.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1. QUALIDADE

O conceito de qualidade - num contexto prático, especialmente – é trabalhado e desenvolvido pelo ser humano há milênios. Em sua busca pela sobrevivência o homem pré-histórico trabalhava com critérios para descartar uma fruta ou qualquer outro alimento considerado ruim para sua alimentação. Além disso, os achados arqueológicos mostram que, já na pré-história, o homem desenvolveu técnicas baseadas em critérios de qualidade para a confecção de ferramentas como lanças, instrumentos para agricultura, caça, pesca, dentre outros. Entende-se desta forma a qualidade como princípio básico para a vida em sociedade, o que nos leva a entender também o porquê de todo o conceitual sobre Qualidade, formado em torno da Administração, existente hoje na sociedade moderna (MARCINEIRO, 2001).

No contexto da Administração observa-se claramente o desenvolvimento dos princípios que envolvem a Qualidade. Os anos 50 destacam-se como um marco no sistema de gestão moderno, já que nesta época estudiosos como Joseph Juran, Kaoru Ishikawa, Ishikawa, Armand V. Feigenbaum e Philip Crosby destacaram-se no mundo empresarial por abordarem, por meio de estudos teóricos e práticos, conceitos de Qualidade, que a princípio ainda não se encontravam “oficialmente” incorporados às organizações (TOFOLI & TÓFOLI, 2005).

Neste contexto histórico, Werkema (1995) ressalta o consumismo que imperava na sociedade americana após o fim da Segunda Guerra Mundial. Segundo o autor, este consumismo fez com que as indústrias americanas direcionassem suas forças para a satisfação da demanda de bens de consumo. Lembrando ainda que, com o pós-guerra a indústria americana se desenvolvia praticamente sem concorrência. Esta produção industrial desenfreada e descontrolada foi responsável por anomalias e distorções em relação ao crescimento e à reação de mercado. A enorme demanda levava as empresas a se dedicarem exclusivamente a produzir os bens em uma quantidade suficiente para atender-la comprometendo, de forma significativa, o aperfeiçoamento e o aprimoramento dos produtos. Estes dois fatores – grande demanda e falta de concorrência – eram os responsáveis na época pelo descaso das empresas em relação à qualidade.

Werkema enfatiza ainda a situação do Japão, que nesta época do pós-guerra, encontrava-se em situação totalmente distinta à dos EUA: cidades arrasadas pela guerra, indústrias em situação caótica e a sociedade “humilhada e em pedaços”. É neste cenário que W. Edwards Deming, estatístico e consultor norte-americano desenvolve seus conceitos de potencialização de processos produtivos – baseados em 14 pontos - os quais objetivavam ao final a Qualidade Total.

Trinta anos depois, no início da década de 80, a hegemonia econômica dos Estados Unidos, que havia se sagrado como grande vencedor da Segunda Guerra Mundial, encontrava-se ameaçada pelos japoneses tendo como motivo o altíssimo padrão de qualidade dos produtos japoneses. Diante desta constatação Deming e outros “gurus da qualidade” foram convidados para iniciarem a implantação do programa de Qualidade Total nas empresas americanas (HUSSEIN, 2007).

A partir do contexto descrito acima é que o assunto “Qualidade” passou a merecer análises mais sérias e científicas por parte da comunidade empresarial.

Posto isto torna-se de extrema relevância registrar a definição de Qualidade proposta por Deming (1989), o qual ressalta que, “para um empreendedor criativo, qualidade é uma filosofia de vida, é uma nova religião”, ressalta ainda que “qualidade não significa perfeição, mas a produção eficiente com qualidade, de acordo com a expectativa do mercado”.

As definições sobre o termo “Qualidade” na literatura são abundantes: Garvin (2002) ressalta que para se definir qualidade necessariamente deve-se atentar para as diferentes abordagens que envolvem o termo: “qualidade transcendente, a baseada no produto, a baseada no usuário, a baseada na produção e a baseada no valor”.

Juran (1990) citado por Mello *et al.* (2002) associa intimamente a qualidade ao desempenho do produto ou à perfeição com que este é inserido no mercado. Utiliza o termo “ausência de deficiências” para caracterizar este estado de perfeição do produto. Ainda definindo qualidade Juran entende que esta não pode vir desmembrada da satisfação do usuário e enfatiza que Qualidade deve ser entendida e elaborada buscando-se adequar o produto ou serviço às necessidades do cliente.

Madruza (2004) sintetiza esta ideologia de Juran a respeito da Qualidade entendendo-a não somente como as características do produto que suprem tudo o que o cliente necessita mas entende que o produto, para ser definido como de qualidade, deve necessariamente ser impecável do ponto de vista técnico, a saber, perfeito, sem falhas. Madruza salienta ainda os aspectos subjetivos da qualidade ao abordar sobre a necessidade de se conhecer o cliente, buscando identificar e entender o que ele quer e a partir daí todo o processo produtivo deve envolver a qualidade tomando por base esta necessidade “personalizada” do usuário, o que vai de encontro ao que preconiza Brocka (1994) onde a geração da qualidade deve ser feita a partir do processo produtivo.

O entendimento de Crosby (1990) citado por Moreira (2000) em relação à Qualidade vai de encontro ao proposto por Juran. Isto fica evidente quando Crosby enfatiza a necessidade de se cumprir os requisitos que possam anular todo e qualquer detalhe que impeça o produto de estar em conformidade com o desejado pelo cliente. É o que preconiza seu conceito de “defeito zero”, com foco na prevenção a fim de criar um padrão de qualidade que impeça a necessidade de adequações, consertos, lapidações, diminuindo consequentemente os custos.

Sampaio Filho *et al.* (2003), define qualidade como “uma característica de excelência, inata ao produto, intrinsecamente ligada a sua marca”. O autor faz ainda uma ressalva importante: esta característica deve estar baseada no usuário, tendo como grande objetivo satisfazer as necessidades do cliente.

Ricci (2004, p. 29), sintetiza as questões de definição e importância da qualidade:

“A qualidade então define as atividades (serviços) prioritárias. Cria uma estrutura adequada (recursos necessários para a execução das atividades previstas), desenha processos adequados aos resultados previstos. Compromete-se em obter os resultados e os avaliar permanentemente. Entendida como um ‘processo de melhoria continuada’ (de estrutura, de processos e de resultados), o qual não tem data para terminar, ela deve envolver (fornecedores, provedores, consumidores, clientes) num esforço integrado e solidário de superação de metas (alcance de novos patamares de qualidade).”

Como já mencionado, há um grande número de definições de Qualidade na literatura no entanto, para fins de delimitação, coerência e maior entendimento, no presente trabalho a definição adotada se aproxima da abordagem de Sousa *et al.* (2001) onde o lado subjetivo da qualidade não deve ser desconsiderado, uma vez que o que se encontra em questão é a mensuração da melhoria de um produto ou serviço, e em se tratando de qualidade não se pode pensar em melhorias independente dos desejos humanos. É o que propõe também Marcineiro (2001) que aborda qualidade como a “capacidade do produto de atender a determinadas necessidades do cliente” (p. 43). Ou seja, a opinião, percepção e necessidades de cada cliente é que serão determinantes na avaliação da qualidade por parte do cliente.

O trabalho é focado na área de serviços, que cada vez mais tem sido motivo de preocupação, investimentos e pesquisas, haja vista que atualmente o mercado vê a qualidade em serviços como um fator de diferenciação. A avaliação da qualidade nesta área torna-se pertinente se considerado que o cliente cada vez mais busca critérios e evidências mensuráveis para analisar os serviços que lhe são oferecidos.

## 2.2. QUALIDADE EM SERVIÇOS

Embora existam parâmetros para avaliar a qualidade dos serviços prestados por uma empresa fato é que a qualidade inserida nesta abordagem (serviços) possui aspectos muitas vezes considerados intangíveis, o que envolve, portanto, dificuldades maiores e complexas. Entretanto é consenso na literatura que, assim como nos produtos há que se buscar, de forma categórica, a qualidade na prestação de serviços, haja vista que o motivo pelo qual os clientes buscam os serviços geralmente é o mesmo envolvido no consumo de produtos: o atendimento de suas necessidades. Com isso, naturalmente passam a avaliar o serviço que está sendo oferecido por meio de critérios que possam nortear sua satisfação (WHITELEY, 1992).

Segundo Zeithaml (apud Hart *et al.*, 1994) dois destes critérios são tangíveis: o preço e as instalações físicas. Segundo o autor, o cliente baseia-se mais detidamente nestes dois aspectos na avaliação da qualidade do serviço. Destaca ainda o aspecto “informações de terceiros” como um recurso de caráter intangível, mas que o consumidor também costuma utilizar em sua avaliação, mesmo antes de utilizar o serviço.

Quanto a isso, Santos (2007, p. 5) destaca:

“Promessas de serviços de qualidade, atendimento diferenciado e personalizado, serviço rápido, tudo isso gera expectativas nos clientes e acaba que por influenciar no serviço previsto e o que assegura uma boa qualidade é quando as percepções dos clientes excedem as suas expectativas”.

Hart *et al.* (1994) utilizam uma operação aritmética para conceituar qualidade em serviço: a diferença entre qualidade do serviço que se presta e a qualidade que o cliente presume que o serviço possua. Ou seja, o cliente faz uma comparação natural entre o que esperava com o que foi obtido. Esta diferença influencia diretamente o processo produtivo já que não se pode deixar de considerar os parâmetros que envolvem a satisfação do consumidor.

Hart *et al.* observam ainda que, mesmo que ocorram falhas no oferecimento dos serviços, se a empresa se estrutura de forma a sanar os problemas apontados pode potencializar seus resultados de forma eficaz pois além de agregar valor ao serviço oferecido – uma vez que as mudanças elevarão o nível de qualidade – podem ainda, por meio de um feedback contínuo, estabelecer um nível de relacionamento que venha reforçar a fidelidade da clientela.

Esta abordagem em relação a existência de possíveis falhas no oferecimento de serviços é denominado por Berry e Parasuraman (citados por PORTO, 1999, p. 31), como “processo de recuperação”:

“o processo de recuperação deveria incluir como componentes gerais três aspectos centrais: identificar os problemas do serviço, tanto os declarados espontaneamente como pesquisando as reclamações não feitas; resolver com eficiência os problemas, pois, apesar de a confiabilidade ser a dimensão mais importante do serviço, quando da recuperação, a forma como a empresa reagiu à falha, que envolve as outras dimensões do serviço – empatia, segurança, sensibilidade e tangíveis –, passará a ser o mais importante; aprender com a experiência de recuperação, pois as situações de resolução de problemas são fonte de informações e recomendações que levam à melhoria do serviço ao cliente.”

Na conceituação de qualidade em serviços torna-se importante entender a existência de peculiaridades em relação à qualidade voltada aos produtos. Obviamente há diferenças fundamentais que envolvem estas duas modalidades. A diferença mais marcante encontrada na comparação entre estes dois tipos de qualidade é a interação entre o cliente e o sistema produtivo. Os produtos, na grande maioria dos casos, chegam prontos ao consumidor, o qual possui apenas o trabalho de utilizá-lo depreendendo se este satisfaz suas necessidades ou não.

Quanto a isso, Spanbauer (1995) citado por Lopes e Zanela (2007) enfatiza a importância de se avaliar e determinar as expectativas dos clientes. Segundo o autor, a maneira mais simples de mensurar a expectativa do consumidor seria por meio da abordagem direta ao cliente, buscando identificar, da forma mais clara possível, o que ele espera do serviço. Ou seja, a pesquisa deve ocorrer antes da interação do cliente com o processo, antecedendo os resultados, negativos ou positivos, isolando a influência que estes venham incidir sobre a avaliação do cliente.



Na qualidade de produtos a interação entre quem oferece o produto (empresa) e quem recebe o produto (consumidor) é, de certa forma, ineficiente, às vezes inexistente. Já em relação aos serviços, o cliente encontra-se inserido no processo de produção, ou seja, o cliente co-existe com a produção e a utilização do serviço.

Zeithaml e Bitner (2003) endossam este pensamento ao considerarem insuficientes, para o entendimento da qualidade no serviço, os princípios e processos utilizados na avaliação de qualidade de bens tangíveis.

Pereira e Toledo (2006, p. 56) também abordam as diferenças entre produto e serviço, citando três delas como principais:

- serviços são intangíveis, não podem ser testados, medidos e verificados antes da venda, para se avaliar sua qualidade. O que é vendido é a performance, e os critérios usados pelos consumidores para avaliá-la podem não ser capturados com precisão.
- serviços são de difícil padronização
- A produção e o consumo são inseparáveis. A qualidade em serviços ocorre no instante de sua entrega e é resultado da interação entre o consumidor e o fornecedor.

Um gerenciamento adequado da interação com o cliente - seja por meio de avaliações, pesquisas, dentre outros recursos - é fundamental para o sucesso da satisfação e fidelização do mesmo (TEBOUL, 1991).

O envolvimento do consumidor no processo produtivo é característica marcante do “produto denominado serviço”. Este envolvimento é marcado por uma infinidade de atividades passíveis da observação e avaliação do próprio cliente (SANTOS, 2007).

Tais afirmativas vão de encontro ao proposto por Fitzsimmons e Fitzsimmons (2005) que definem a satisfação do cliente com a qualidade do serviço por meio da comparação da percepção do serviço prestado com a expectativa do serviço desejado. Desta forma, se o prestador de serviços consegue superar as expectativas do usuário consequentemente o serviço é percebido como sendo de qualidade. Por outro lado, nas situações onde as expectativas do cliente são menosprezadas, corre-se o grande risco da qualidade do serviço ser mal avaliada. Segundo os autores existe então uma íntima associação entre qualidade e expectativa do cliente.

Silva *et al.* (2004, p. 28) segue esta mesma linha de pensamento e enfatiza ainda sobre a qualidade em serviços:

“A mudança da estrutura econômica com a crescente participação do setor de serviços determina a importância estratégica da qualidade desses, para que instituições e organizações prestadoras sobrevivam no mercado. Para se propiciar uma qualidade esperada pelos clientes é necessária identificação e monitoramento contínuo de suas expectativas”.

Além das expectativas dos clientes, Lovelock e Wrich (2001, citados por DIAMANTE, 2003) afirmam que a qualidade em serviços depende também da avaliação cognitiva por parte do cliente, já que encontra-se envolvida nesta avaliação

uma reação emocional: a satisfação. A grande dificuldade para se avaliar a qualidade de um serviço, segundo os autores, encontra-se nestes fatores.

Sharma, Grewal e Levy (1995) citados por Lacombe e Moraes (1999) também abordam a questão das expectativas dos clientes, entendendo a qualidade em serviços como a medição do quanto o serviço prestado se adequa a essas expectativas.

Zeithaml e Bitner (2003) definem qualidade de serviços como a “discrepância que existe entre as expectativas e percepções do cliente sobre um serviço experimentado”, e visualizam alguns fatores como determinantes na qualidade em serviços: acesso, comunicação, competência, cortesia, credibilidade, confiabilidade, sensibilidade, segurança e compreensão ou conhecimento do cliente.

Miranda (2001, p. 8), caminhando na mesma linha descreve qualidade em serviços como um “fator associado positivamente com a satisfação dos clientes e com a rentabilidade”.

Las Casas (1999), define qualidade em serviços como a capacidade advinda da experiência que a empresa adquire e utiliza de forma a satisfazer, da forma mais plena possível, a necessidade de um cliente, seja na resolução de problemas ou na prestação do serviço propriamente dito. Considera ainda como fundamental na obtenção da excelência em serviços o fator “encantamento dos consumidores”. É preciso superar suas expectativas, pois o caminho para a excelência em serviços passa por um estágio bem mais avançado do que simplesmente desenvolver estratégias de agrado aos clientes.

Para evidenciar de forma mais contundente a importância da qualidade em serviços basta lembrar que nos casos em que os serviços são oferecidos juntamente com um produto, o fator que determina a satisfação do cliente, normalmente é a qualidade que o mesmo percebe no serviço prestado e nem tanto a qualidade do produto (ZEITHAML e BITNER, 2003).

Lopes *et al.* (2007, p. 6) sintetiza esta questão afirmando que “a qualidade do serviço está relacionada à habilidade de se minimizar as discrepâncias entre as expectativas e percepções de clientes e seus fornecedores”. O mesmo autor ressalta ainda que a associação entre expectativas e percepção do cliente, por um lado traz um aspecto complexo já que obriga o prestador a trabalhar com aspectos intangíveis e, portanto, de difícil avaliação. Por outro lado proporciona a possibilidade de se trabalhar e aumentar a qualidade do serviço, bastando pôr em prática um modelo que possibilite o gerenciamento destas expectativas do cliente.

### 2.3. QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Dois fatores são determinantes quando analisada a questão da gestão efetiva de recursos do setor saúde e qualidade do atendimento nesta esfera: a ampliação dos sistemas de saúde e o aumento da complexidade do atendimento. Estas duas nuances por si só exigem a criação de meios para uma gestão mais estratégica a fim de se obter um nível satisfatório de qualidade em serviços de saúde. Para isto, tem-se lançado mão de diversas técnicas e ferramentas, muitas vezes utilizadas no setor industrial promovendo, obviamente, adaptações para a área de saúde. Dentre estes métodos adaptados - ou ferramentas - destaca-se o foco na qualidade (BORBA e KLIEMANN NETO, 2008).

Santos (2007) em seus estudos sobre qualidade na prestação de serviços ressalta que os clientes comparam o que esperam obter com aquilo que de fato recebem durante a etapa de pós-compra do serviço. No entanto, quando se analisa os serviços em saúde percebe-se que estes apresentam características que os diferenciam dos demais tipos de serviços. Diversos autores destacam, de forma categórica, algumas particularidades dos serviços prestados na área de saúde.

Urdan (2001), também direcionou seus estudos buscando focar as percepções e perspectivas do cliente que recebe serviços desta modalidade (saúde). O autor destaca particularidades existentes na qualidade de serviços de cuidado à saúde e tece considerações sobre a possibilidade de transferência dos princípios e técnicas de qualidade de serviços no contexto empresarial para o âmbito de serviços e cuidados à saúde. Dentre as particularidades relativas aos serviços de saúde Urdan aponta três como principais:

- a) a falta de clareza na conexão entre entradas e saídas, em função do tempo necessário para os resultados manifestarem-se; b) os pacientes podem ter dificuldade em avaliar aspectos técnicos; c) os grandes hospitais operam com duas linhas de autoridades distintas, o pessoal administrativo e os médicos, em vez da pirâmide de autoridade única predominante nas demais organizações (p. 46).

Na mesma vertente, ou seja, considerando a percepção dos clientes na avaliação da qualidade dos serviços em saúde, Loures (2003) aponta 5 fatores para fundamentar a complexidade que envolve a prestação de serviços com foco na assistência à saúde:

*1º fator - a intangibilidade dos serviços de saúde:* provavelmente este fator é o que mais ressalta a discrepância existente entre serviços de saúde e os outros tipos de serviço, já que na assistência à saúde o cliente fica impossibilitado de qualquer percepção ou prova do produto antes que venha a adquiri-lo. A questão torna-se ainda mais complexa se considerarmos que, em alguns casos, existe a dificuldade de avaliar o serviço até mesmo na fase pós-consumo. Os serviços em saúde são complexos, heterogêneos e o seu consumo e produção ocorrem simultaneamente, por este motivo é correto afirmar que a avaliação da qualidade em saúde é mais subjetiva que objetiva.

Na abordagem da presente dissertação, que envolve os serviços de fisioterapia, pode-se ilustrar o aspecto da intangibilidade dos serviços de saúde baseando-se no fato de que certos tipos de intervenções fisioterapêuticas (como por exemplo uma

reabilitação pós-fratura) podem constituir-se em uma experiência única ao longo da vida de um indivíduo, diferentemente de outros tipos de serviços, que poderão ser utilizados pelo cliente em outras ocasiões.

*2º fator - maior discrepância entre as expectativas do cliente e o recebimento do serviço:* as condições de saúde do paciente interferem diretamente em seu aspecto emocional e psicológico. Além disso deve-se considerar também o aspecto da individualidade, uma vez que os parâmetros utilizados pelos clientes na avaliação de determinado serviço não são os mesmos.

*3º fator - a imprevisibilidade da demanda dos serviços:* a demanda por serviços de saúde é menos previsível, podendo ser afetada pelo surgimento repentino de um vírus, uma calamidade da natureza ou um acidente. Esta imprevisibilidade dos serviços de saúde exacerba a precibilidade dos mesmos.

*4º fator - a complexidade envolvida na tomada de decisão:* a distinção entre o tomador de decisão e o cliente é mais confusa nos serviços de saúde. Após a decisão inicial de procurar um fornecedor, tomada por um paciente ou sua família, a maioria das outras decisões específicas de compra de serviços de saúde é tomada (ou fortemente influenciada) por um fornecedor (profissional da saúde ou hospital).

*5º fator - o baixo poder de negociação:* nos serviços de saúde geralmente há uma terceira parte (fonte pagadora) responsável pela remuneração dos serviços. O resultado disso é a diminuição considerável do poder de barganha e negociação. Além disso as relações que envolvem a questão de negociação do preço dos serviços de saúde muitas vezes são alteradas em virtude das circunstâncias nas quais o cliente se encontra inserido na hora da compra. Em suma, geralmente os clientes que buscam serviços de saúde geralmente não pagam diretamente por seu próprio tratamento.

Zeithaml e Bitner (2003) reforçam a idéia de complexidade envolvida nos serviços de saúde. Entendem que a qualidade deste tipo de serviço é em grande parte, intangível e, portanto, difícil de medir e controlar. A medição do resultado técnico do serviço também é, muitas vezes, de difícil mensuração e compreensão. Além disso, geralmente os pacientes não possuem conhecimento suficiente na área da saúde para avaliar se o serviço prestado foi realizado adequadamente, ou até se o mesmo era, realmente, necessário.

Um exemplo prático, que demonstra de forma categórica os componentes complexos que envolvem a avaliação dos serviços de saúde pode ser dado pelo trabalho de Galvão e Barroso (2007), cujo objetivo consistiu em avaliar o atendimento de profissionais de saúde nas ações de controle da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana. Os resultados do estudo foram analisados e discutidos à luz das recomendações do Ministério da Saúde para o atendimento a puérperas com o vírus da imunodeficiência humana. Ao final da pesquisa observou-se que os profissionais ignoraram aspectos considerados fundamentais para que os serviços prestados às usuárias fosse considerado de qualidade, como por exemplo: orientações sobre amamentação e nutrição do recém-nato, aspectos da consulta puerperal e orientações quanto ao tratamento propriamente dito. Na conclusão, as autoras ressaltam que os

resultados obtidos poderão servir de parâmetro para o planejamento de intervenções com vistas à melhoria da qualidade dos serviços prestados na instituição pesquisada, já que contribuiu para a produção de conhecimentos a respeito do funcionamento do serviço e para o direcionamento das políticas de saúde.

Os aspectos desprezados pelos profissionais de saúde do trabalho supracitado, revelam a complexidade ressaltada pela literatura quanto aos serviços de saúde.

Inúmeros trabalhos já foram realizados na tentativa de minimizar ou suprimir esta complexidade. Bittencourt e Hortale (2007), por exemplo, destacam em seus estudos uma pesquisa promovida pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde em parceria com o Ministério da Saúde, denominada "A Saúde na Opinião dos Brasileiros". Na pesquisa foram tratados diversos aspectos que pudessem refletir o posicionamento da população diante do atendimento à saúde prestado pelo SUS. Buscou-se mensurar por meio da pesquisa o nível de conhecimento, opiniões, avaliações, grau de satisfação e posicionamentos da população.

A demora em resolver seus problemas de saúde; o tempo de espera para ser atendido pela equipe de saúde e a péssima recepção dos serviços foram os aspectos eleitos como maiores focos de insatisfação dos participantes da pesquisa. Tais resultados indicam que para a obtenção do sucesso na gestão da qualidade em saúde torna-se necessário ter como foco o paciente e a melhoria dos processos envolvidos. Quanto mais difundidos os princípios de qualidade dentro de organizações de saúde, maiores as chances de sua importância ser reconhecida e maiores os esforços coletivos para a sua obtenção.

A "Qualidade Técnica" e a "Qualidade Funcional" correspondem às duas dimensões responsáveis pela formação da qualidade em saúde. A Qualidade Técnica, diz respeito à parâmetros como por exemplo: exatidão diagnóstica e eficiência e eficácia de procedimentos. O resultado dos serviços prestados aos pacientes, ou seja, a maneira como o serviço de saúde é entregue ao cliente, diz respeito à Qualidade Funcional. Este parâmetro é que mais se associa e do qual mais se utiliza o paciente no momento de avaliar o serviço de saúde, já que o indivíduo não possui conhecimento específico, e portanto não é habilitado para avaliação, quanto ao domínio técnico dos procedimentos que envolvem o serviço. Geralmente os pacientes utilizam em sua avaliação fatores como evidências de interesse e preocupação dos profissionais com sua saúde e bem-estar (URDAN, 2001).

D'Innocenzo *et al.* (2006) também destacam em seus estudos as ideologias de Donabedian, que se tornaram clássicas nos estudos de qualidade em saúde. Segundo estes autores, Donabedian inspirou-se em conceitos utilizados na indústria para a elaboração da teoria dos indicadores de estrutura, processo e resultado, adaptando-os ao atendimento no contexto dos serviços de saúde.

O componente *Estrutura* corresponde às características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial, abrangendo a área física, recursos humanos (número, tipo, distribuição e qualificação), recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos, apoio político e condições organizacionais. O componente *Processo* corresponde à prestação da assistência segundo padrões técnico-científicos, estabelecidos e aceitos na comunidade científica sobre determinado assunto e, a utilização dos recursos nos seus aspectos quanti-qualitativos. Inclui o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos, diagnóstico e os cuidados prestados. O componente *Resultados* corresponde às conseqüências das atividades realizadas nos serviços de saúde, ou pelo profissional em termos de mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes, considerando também as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário e do trabalhador ligada ao recebimento e prestação dos cuidados, respectivamente (D'INNOCENZO *et al.* 2006, p. 85).

Os mesmos autores ressaltam, no entanto, que o componente *Resultados* não pode ser categorizado como o indicador de qualidade principal. Uma avaliação simultânea junto às estruturas e os processos é fundamental no sentido de traçar um panorama mais completo e sensato na aferição da qualidade no serviço prestado. Este tipo de panorama proporciona, além de melhorias na assistência à saúde uma maior eficiência na administração dos serviços de saúde. Ou seja, os referidos componentes, atuando em conjunto proporcionam uma visão global dos serviços permitindo a aplicação de mudanças, visando conseqüentemente a melhoria da qualidade.

Urdan (2001) faz ainda um alerta aos profissionais da saúde. Segundo o autor, a chance de os profissionais de saúde colocarem-se no lugar dos pacientes e substituírem com acerto as avaliações destes é, normalmente, pequena. Isto porque as avaliações humanas de qualidade são subjetivas, influenciadas pelo particular referencial do avaliador - como valores, conhecimentos e interesses. Assim, é mister dar voz própria ao paciente.

Percebe-se então que a avaliação de serviços de saúde possui componentes complexos e que não podem ser mensurados ou analisados por meio da mesma metodologia utilizada em outras formas de serviços. Entretanto, a aplicação dos conceitos de gestão estratégica podem e devem ser aplicados na área da saúde, bastando para isso que o responsável pelo processo considere a realidade na qual estes conceitos serão inseridos, além de direcionar o foco para os pontos fundamentais do processo: definição da missão, análise dos cenários, planos de ação (desenvolvidos com base nestes cenários), elaboração de políticas e avaliação contínua. O gestor de saúde que saiba conduzir, de forma coerente, cada um dos referidos pontos terá em suas mãos potentes ferramentas no processo de seu trabalho gerencial (ANDRÉ e CIAMPONE, 2007).

### 2.3.1. BREVE HISTÓRICO SOBRE QUALIDADE EM SAÚDE

Lee & Jones (1933) citados por Acurcio *et al.* (1991) foram pioneiros nas primeiras tentativas de se conceituar qualidade no contexto de serviços de saúde. Componentes como: prática médica; prevenção; tratamento integral do indivíduo;

relação entre médico e o paciente; serviços médicos integrais e coordenados; coordenação entre atenção médica e serviços sociais, foram citados pelos autores como elementos base para um serviço de saúde de qualidade.

Na prática, ações voltadas para qualidade em serviços de saúde, são bem antigas. Remontam ao ano de 1853, na Guerra da Criméia, conflito ocorrido na península da Criméia (sul da Rússia e nos Bálcãs), onde destacou-se Florence Nightingale, enfermeira cuja atuação no atendimento aos soldados feridos era baseada em dados estatísticos e gráficos, noções de sanitarismo e altíssimos padrões de esterilização (SANTOS, 2004).

A atuação de Florence Nightingale é destacada também por Rocha (2007) que enfatiza a implantação de mudanças no ambiente hospitalar propostas por Florence baseadas em serviços de lavanderia, cozinha, almoxarifado e limpeza, fatores até então desconsiderados nos hospitais. Após as inovações de Florence os índices de morte caíram de 40% para 2%.

Outro exemplo prático voltado à qualidade em serviços de saúde remonta ao ano de 1916, quando o norte-americano E. A. Codman elaborou pesquisas, com o apoio do governo, voltadas à certificação do médico e a acreditação de hospitais. Os resultados do estudo culminaram na criação do Programa Nacional de Normalização Hospitalar. No desenvolvimento deste programa foram avaliados 692 hospitais e aprovados apenas 90 (SANTOS, 2004).

Nota-se, portanto, que a preocupação com a avaliação da qualidade dos serviços de saúde não é recente. Gomes (1989), citado por Franco e Campos (1998), evidencia alguns relatos que demonstram avaliações de serviços de modo mais ou menos sistemático desde o século XIX. O mesmo autor observa que nas últimas décadas, a maior parte da literatura sobre o assunto tem se concentrado em medições clínicas e que a maioria destes trabalhos provém de países desenvolvidos.

A gestão da qualidade configurou-se como ferramenta importante para as empresas a partir da Segunda Guerra Mundial, sendo adotada inicialmente pela indústria. Tanto a Europa, quanto os Estados Unidos e Ásia, foram berços de empresas que passaram a demandar maior atenção à qualidade de seus produtos.

O início da década de 80, marcou o despertar da indústria brasileira para os conceitos da gestão da qualidade. No contexto da saúde, houve ainda uma pequena hesitação, começando-se a falar em gestão de qualidade em saúde somente na década de 90. O fato que marcou a chegada do conceito de qualidade em saúde no Brasil foi a elaboração da Norma Operacional Básica (NOB/SUS-93). Pode-se afirmar que a partir da criação desta norma é que passou-se a tratar a qualidade em serviços de saúde em um nível mais responsável e profissional.

A NOB/SUS-93 consistiu em uma avaliação que envolvia diversos aspectos alusivos à qualidade dos hospitais do país, concedendo às instituições que eram submetidas à norma, uma acreditação que validava seu funcionamento. A utilização da NOB/SUS-93 revelou outros aspectos e peculiaridades que alertaram o governo da

necessidade de uma maior atenção aos serviços de saúde que vinham sendo prestados à população brasileira.

Ressalta-se aqui a importância da NOB/SUS-93 no que se refere à iniciativa de um controle, por parte do governo, em relação às instituições que oferecem serviços de saúde. Embora a norma não vigore mais, deixou como legado a necessidade de inspeção e controle das prestadoras de serviços de saúde, o que atualmente é feito por meio de alvarás e licenças específicas para esta área. Os novos planos e prêmios de creditações, bem como as certificações de habilitação podem ser vistos atualmente como uma evolução da NOB/SUS-93 (PAIVA, 2006).

A Austrália, o Canadá, os Estados Unidos, a Grã-Bretanha e a Nova Zelândia, são países que serviram como berço para pesquisas relevantes sobre qualidade de serviços de saúde. Um destes estudos buscou associar a satisfação do paciente em relação à qualidade do serviço de saúde prestado. Nos resultados ficou evidente uma insatisfação quanto ao tempo de atendimento prestado pelos médicos, entendendo ser este um dos motivos que desgastava a qualidade do serviço.

Ao averiguar a questão junto aos médicos que atendiam os pacientes participantes do estudo, a maioria entendeu serem necessárias reformas e melhoramentos que possibilitassem um tempo maior de consulta e conseqüentemente prover uma maior qualidade ao serviço de saúde. No entanto, 33% a 40% dos médicos não viam o feedback dos pacientes como um recurso confiável para se avaliar os serviços em sua eficácia técnica (ARROYO, 2007).

Outra pesquisa que destaca a questão da qualidade nos serviços de saúde foi desenvolvida por Nascimento *et al.* (2006) que abordou a percepção de enfermeiros em relação à qualidade dos serviços prestados em Rede Básica de Saúde, e que teve como objetivos conhecer a opinião de enfermeiros a respeito da implantação de um programa de qualidade levando-os a discutirem e refletirem sobre os possíveis benefícios para suas unidades.

Paim e Ciconelli (2007) também desenvolveram um estudo sobre ações de auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. O trabalho foi justificado e fundamentado na lei 9659/98 que co-responsabiliza as operadoras de planos de saúde quanto à qualidade dos serviços de saúde prestados. Discutiu-se na pesquisa questões sobre atendimento ao paciente, sistemas de informação e qualidade dos equipamentos médico-hospitalares.

Arroyo (2007) descreve ainda uma pesquisa realizada por Camilleri e O'Callagan no ano de 1988, em Malta, arquipélago localizado no Mar Mediterrâneo, com quase 360.000 habitantes. O objetivo da pesquisa foi comparar a qualidade dos serviços de saúde prestados por hospitais públicos e privados. Ressalta-se ainda que na metodologia do estudo foi utilizada a escala *SERVQUAL* para avaliação de qualidade de serviços de saúde - que também serviu de base para o instrumento utilizado na pesquisa proposta na presente dissertação. Ainda em relação ao trabalho realizado em Malta objetivou-se também aferir a perspectiva do paciente durante o processo de atenção médica recebido na instituição de saúde, para isso foram pesquisados atributos de qualidade relacionados



aos serviços de saúde encontrados na literatura científica e que serviram de base para o roteiro de entrevistas aplicado junto aos pacientes. Os atributos estão relacionados no Quadro 1.

Quadro 1. Atributos usados na avaliação da qualidade de serviços de saúde

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

Fonte: ARROYO, C. S. *Qualidade de serviços de assistência à saúde*, 2007, p. 19.

Na atual conjuntura social brasileira percebe-se o desejo da criação de políticas simpáticas à privatização do setor saúde. Somado à ineficiência dos serviços prestados em nível público, as grandes características que acompanham os serviços privados é a redução da prática de caráter humanitário e social dos sistemas de saúde públicos. Traduzida esta questão, chega-se à conclusão de que, empregando-se tais políticas, o acesso a serviços de saúde de qualidade ficará restrito a uma população específica, a saber, que pode pagar por tais serviços, configurando-se assim a predominância de um atendimento médico elitista no país (CASTELLANOS, 2006).

A idéia de qualidade não é vista nem como um princípio nem como um processo, mas sim como uma resultante, já que a questão básica supõe o seguimento e a avaliação dos programas. Além disso, vai além das práticas discursivas em torno da excelência e modifica situações e mentalidades já instituídas. O desafio consiste em encontrar as vias e os mecanismos que possibilitem a participação dos integrantes do sistema de saúde e dos usuários e seu crescimento conjunto, para uma maior eficácia e eficiência deste sistema (CASTELLANOS, 2006, p. 30)

Atualmente no Brasil pode-se perceber o incremento de diversas iniciativas visando a melhoria da qualidade em serviços de saúde, tais como programas de acreditação hospitalar, certificações ISO, o sistema integrado de gestão em organizações hospitalares, a realização de auditorias de prontuário, de contas, de riscos, dentre outros. Obviamente, em virtude das várias áreas profissionais que envolvem o campo da saúde, estas ferramentas são adaptadas, bem como seus objetivos a fim de proporcionar uma avaliação mais coerente das características que envolvem o serviço de saúde a ser avaliado (FELDMAN e CUNHA, 2006).

### 2.3.2. CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS EM SAÚDE

Donabedian (1992) citado por Tronchin *et al.* (2006a) ressalta que, no contexto da saúde a qualidade é definida por fatores bem distintos em comparação com outras áreas e abordagens. Estes fatores são: características específicas para definir níveis de excelência profissional, eficiência na utilização de recursos, minimização dos riscos ao usuário e satisfação por parte dos clientes.

Serapioni (1999) afirma que o interesse pela avaliação da qualidade em serviços de saúde iniciou em decorrência da crise fiscal do Estado Social somado à necessidade de diminuição das despesas públicas. É consenso entre as autoridades envolvidas no sistema de saúde que o investimento em qualidade certamente abre possibilidades para um gerenciamento mais eficiente e eficaz dos recursos. Além disso, outro fator que tem contribuído para o desenvolvimento da avaliação da qualidade dos serviços de saúde, é a insatisfação de pacientes/clientes explicitado em forma de queixas e autenticado por meio de processos judiciais.

Quase dez anos depois, estas afirmações de Serapioni são respaldadas pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS (2007, p. 9):

“Historicamente a qualidade da assistência à saúde tem sido determinada por meio do julgamento individual dos profissionais envolvidos. No entanto, as pressões da sociedade, os altos custos da assistência, bem como a necessidade de promover a equidade de acesso aos recursos, estão direcionando os esforços das instituições públicas no sentido de buscar evidências objetivas de que os serviços de saúde estão sendo providos, de maneira eficiente, enquanto mantém e melhoram a qualidade do cuidado ao paciente. A busca da qualidade da atenção dos serviços de saúde deixou de ser uma atitude isolada e tornou-se hoje um imperativo técnico e social. A sociedade está exigindo cada vez mais a qualidade dos serviços a ela prestados, principalmente por órgãos públicos. Esta exigência torna fundamental a criação de normas e mecanismos de avaliação e controle da qualidade assistencial”.

É importante observar também que a avaliação de serviços de saúde possui algumas particularidades em relação à outros tipos de serviços. A prestação de serviços

de saúde inclui expectativas e análises mais subjetivas e variáveis. Trabalha com sentimentos como a empatia e a sensibilidade, componentes existentes na relação paciente x profissional de saúde. Os aspectos envolvidos na qualidade de serviços de saúde são mais difíceis de serem alcançados, haja vista serem de caráter intangível. Pode-se citar novamente como exemplo a satisfação dos usuários, aspecto que tem sido enfocado amplamente na literatura como o mais evidente e importante indicador de qualidade em serviços de saúde (RONCATI, 2002; RESENDE, 2004).

A satisfação do paciente é o indicador de qualidade em serviços mais reconhecido por instituições de saúde. No entanto é preciso que se considere diversos aspectos, produtos de um feedback do paciente, e que possibilitem apurar níveis de satisfação com maior exatidão. Estes aspectos envolvem diversas dimensões: técnica, interpessoal, social e moral. Tomando-se tais cuidados torna-se possível utilizar a satisfação do paciente, inclusive como medida de desempenho. Além disso, deve-se considerar a íntima associação existente entre satisfação e fidelidade, ponto fundamental nos aspectos de conquista e manutenção de clientes (MARLEY *et al.*, 2004, citado por ARROYO, 2007).

Bosi e Uchimura (2006) entendem que a avaliação de serviços de saúde podem ser realizadas baseadas em características que visem dois aspectos: analisando-se a eficácia do serviço ou analisando a qualidade deste tomando por base uma dimensão subjetiva da qualidade, o que seria uma análise mais coerente já que não se pode deixar de considerar a complexidade, riqueza e profundidade que envolvem os serviços em saúde. Esta análise, optando-se por avaliar não apenas a eficácia do serviço, sem dúvida é mais coerente com a avaliação da qualidade em saúde, pois permite considerar não somente as ações dos executores dos serviços mas também o universo e a satisfação dos usuários que são, pelo menos teoricamente, beneficiados por tais serviços.

Urdan (2001) ressalta que, se a questão da qualidade em saúde é analisada de forma fria e tecnicista, percebe-se que a preocupação com a qualidade tem feito com que os profissionais de saúde busquem o desenvolvimento técnico como forma de potencializar a qualidade de seus serviços e atuação. No entanto, não se pode esquecer a questão da capacitação interpessoal, que em qualquer especialidade é parâmetro significativo na avaliação da qualidade em serviços de saúde. Ou seja, torna-se necessário desenvolver não apenas o aspecto técnico (habilidades relativas à área técnica de atuação), mas também o desenvolvimento de atitudes e habilidades interpessoais que possibilitem ao profissional preparo para lidar com aspectos emocionais envolvidos na interação profissional de saúde x paciente.

Esta observação de Urdan torna-se muito pertinente à medida que consideramos que o paciente avalia não apenas a qualidade técnica do cuidado à sua saúde (percebida por meio de evidências e instrumentos que fornecem resultados biomédicos) mas também avaliam, muitas vezes de forma ainda mais rigorosa, como já mencionado, a qualidade interpessoal da abordagem do profissional de saúde.

O que os autores querem enfatizar é a diferenciação entre análise quantitativa e análise qualitativa dos serviços de saúde. Para a obtenção de resultados coerentes e fidedignos é fundamental que se padronize em que nível a qualidade dos serviços em

saúde está sendo avaliada. Uma avaliação qualitativa envolve dimensões que não se familiarizam com indicadores e expressões numéricas. Diferentemente, uma avaliação qualitativa se pauta na subjetividade peculiar das práticas em saúde e que está presente em cada técnica e ação executada em um serviço. Instrumentos e respostas numéricas são ineficientes na mensuração de características subjetivas.

Ainda assim, Bosi e Uchimura (2006) entendem que a diferença existente entre as análises quantitativas e qualitativas dos serviços em saúde não devem ser usadas distintamente, pelo contrário, devem se complementar de forma a proporcionar uma maior coerência na avaliação da qualidade. Ou seja, é extremamente necessário o emprego de valores às ações programáticas dos serviços de saúde, já que é preciso mensurar a qualidade técnica envolvida no ato. Ao mesmo tempo não se pode deixar de considerar aspectos intangíveis ou não passíveis de quantificação e que são igualmente importantes na agregação de qualidade ao serviço.

Feldman e Cunha (2006) também contribuem com a discussão sobre a avaliação quantitativa e qualitativa dos serviços em saúde ao enfatizarem que o parâmetro atual que classifica um serviço de saúde como bom, regular ou ruim é aquele que envolve mudanças observadas no estado de saúde do paciente. Entretanto, segundo estes autores, para que estas mudanças fossem consideradas como fidedignas e confiáveis, para fins de avaliação de qualidade, seria necessário controlar toda e qualquer ação envolvida na obtenção de tais resultados. Enfatizam ainda fatores como: influência da qualidade técnico-científica, atendimento e acesso e organização dos serviços como fatores que influenciam diretamente o nível de satisfação dos usuários de serviços de saúde. Ressaltam, no entanto, que a atribuição de pesos específicos que possam mensurar a influência de aspectos importantes na qualidade destes serviços ainda carecem de estudos e pesquisas científicos que possam validar tal mensuração.

D’Innocenzo *et al.* (2006) defendem a aplicação da avaliação quantitativa em serviços de saúde. Fundamentam esta preferência pela facilidade que um indicador quantitativo proporciona ao gestor de saúde no apoio à administração de serviços e na tomada de decisão com o menor grau de incerteza possível. O indicador é visto como um sensor que auxilia na verificação do alcance dos objetivos propostos. Ainda que estes objetivos não tenham sido alcançados a utilização ainda assim é importante, à medida que proporciona o estabelecimento de objetivos mais realistas.

A criação de indicadores é extremamente importante para a avaliação da qualidade pois proporciona uma medida e permite o monitoramento e a identificação de oportunidades de melhoria de serviços e de mudanças positivas em relação ao alcance da qualidade a um custo razoável (D’INNOCENZO *et al.*, 2006, p. 86).

Mendonça e Guerra (2007) destacam três componentes essenciais da assistência à saúde: atenção técnica, relação interpessoal e ambiente físico. Segundo os autores, é impossível estimar a qualidade do serviço de saúde sem considerar e avaliar estes aspectos. Além disso, identificam um viés implícito nesta questão e que também deve ser considerado na avaliação de um serviço de saúde: o contexto cultural. Ainda segundo os autores, em nosso país a satisfação de um indivíduo que utiliza um serviço

de saúde recebe influências sociodemográficas relativas, em especial, ao sexo do paciente, renda familiar e nível educacional.

Ferri *et al.* (2007), se contrapõe ao pensamento da qualidade puramente baseado em aspectos intangíveis, pois corre-se o risco de, na produção dos serviços, haver um cuidado excessivo e predominante no desenvolvimento da relação afetiva em detrimento da qualidade necessária aos procedimentos técnicos.

Por sua vez, Diamante (2003) afirma que os serviços produzidos na área de saúde se apresentam em duas vertentes, sendo a primeira baseada na assistência dirigida ao indivíduo, e a segunda fundamentada na gerência dos serviços ofertados.

Urdan (2001) já atentava para a questão ressaltando que o relacionamento interpessoal e o conforto das amenidades não possuem eficácia alguma na resolução de doenças. Entretanto, o emprego único e exclusivo da competência técnica também não é suficiente, sendo necessário, portanto, a junção destes dois fatores buscando como objetivo principal a provisão de benefícios ao paciente.

Mendonça e Guerra (2007) enfatizam que a qualidade da assistência em serviços de saúde continua sendo uma grande preocupação tanto em nível público, quanto privado, no entanto, o foco desta preocupação tem sido direcionado para a qualidade técnica das especialidades clínicas. Aspectos como satisfação do paciente e suas opiniões quanto ao serviço prestado têm sido relegados a segundo plano na maioria das pesquisas desenvolvidas com o tema qualidade em serviços de saúde.

Marques *et al.* (2007) desenvolveram uma pesquisa enfocando o cotidiano de profissionais em serviços públicos de saúde. Ao mesmo tempo buscaram aferir a percepção do usuário de tais serviços. Nos resultados encontrados percebeu-se que a maioria dos usuários relacionou sua satisfação e a competência do profissional como o fator mais importante e indicativo da qualidade do serviço, determinando inclusive sua predisposição de deslocamento na busca de assistência, independentemente de localização geográfica.

Nogueira Martins (2003) entende o aspecto “humanização” como determinante para o alcance da qualidade em serviços de saúde. Segundo a autora, a humanização deve estar inserida tanto na assistência quanto na formação do profissional de saúde levando-o a desenvolver habilidades no trato e comunicação com os pacientes de forma que possa entender que em toda e qualquer atividade sob sua responsabilidade estão envolvidas particularidades pertinentes a um ser humano.

Zanon *et al.*, (2006) concordam com esta afirmação ao enfatizarem que os serviços de cuidado à saúde muitas vezes envolvem alto custo, seja em virtude da necessidade de se contar com profissionais de capacitação extremamente técnica como também em virtude da tecnologia envolvida. A questão é fazer com que a qualidade prestada seja compatível com este custo elevado.

Os mesmos autores ressaltam ainda que o montante de recursos financeiros que o setor de saúde movimenta faz com que profissionais de outras áreas - como por

exemplo: administração, contábeis, dentre outras - integrem-se neste processo de oferecimento de serviços de saúde. No entanto, muitos desses profissionais acabam por ignorar princípios que fazem parte da atuação de profissionais da saúde, tais como: acolhimento ao paciente (e não apenas atendimento), a necessidade de se utilizar a visão científica em projeções de custos referentes aos serviços prestados, as relações afetivas que muitas vezes se estabelecem entre o profissional e o paciente (cliente), dentre outros. Esta questão inevitavelmente costuma envolver aspectos e conflitos éticos, motivo este que potencializa a importância de se implantar um sistema baseado em controle de qualidade.

Lazeris *et al.* (2007) endossam esta ideologia ressaltando que qualidade em serviços de saúde consiste de um processo que envolve não somente a adequação luxuosa de instalações, sofisticação de equipamentos ou eficiência burocrática. Antes, a qualidade em saúde configura-se em algo tangível e depende diretamente da eficiência e eficácia no gerenciamento de pessoas e equipamentos. Ações que atuarão de forma direta em outros processos específicos de saúde: diagnóstico, tratamento, bem como o grande objetivo de todo o processo: a cura do indivíduo - que numa visão gerencial seria o ápice da satisfação do cliente.

Além disso, é preciso que se entenda que os serviços em saúde estão permeados de atividades complexas que envolvem variáveis determinantes para sua classificação e execução: serviços elementares, alvos da prestação do serviço, características do serviço procurado e competências dos prestadores do serviço. Posto isto, pode-se entender os serviços em saúde como um processo de muitas vertentes, resultado da integração de diversos serviços ofertados pela instituição prestadora. Dentre estes serviços pode-se destacar a assistência em saúde propriamente dita, serviços de hotelaria (nos casos de internação), alimentação, limpeza e outros. É fundamental que se considere esta agregação de serviços e suas interações no momento de analisar a qualidade do serviço em saúde em um aspecto macro. (VARGAS e ZAWISLAK, 2005).

Pode-se exemplificar a afirmação acima dentro do contexto no qual a presente dissertação encontra-se inserida. Por exemplo: os bons resultados de uma reabilitação fisioterápica dependem diretamente das habilidades e conhecimentos técnicos do fisioterapeuta, no entanto, tais resultados não poderiam ser alcançados sem o sincronismo e eficácia do processo logístico que envolve o trabalho de reabilitação como um todo: atividades de limpeza e assepsia do ambiente, manutenção e calibragem dos equipamentos de fisioterapia, qualidade das informações sobre o histórico clínico do paciente, dentre outros. Enfim, a análise fidedigna da qualidade de serviços de saúde necessariamente perpassa pela integração de vários serviços elementares e não somente a atividade-fim.

### 2.3.3. OS PROGRAMAS DE QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

No ano de 1968 foi realizada tentativa de estabelecimento de normas para aplicação da classificação hospitalar. O instrumento elaborado relacionava a eficiência da instituição a um determinado número de pontos obtidos. A pontuação era concedida avaliando-se diversos aspectos, tais como: estrutura física, equipamentos, instalações e

um indicador específico focado na administração hospitalar: taxa de ocupação de leitos. Mais tarde diversos aspectos falhos no instrumento foram detectados revelando pouca confiabilidade do instrumento na avaliação da prestação de serviços em saúde. Uma das falhas aferidas consistia no fato do instrumento apontar diversos aspectos voltados à administração hospitalar ignorando, no entanto, avaliações relativas à capacidade gerencial de forma mais efetiva (SCHIESARI e KISIL, 2003)

Três dimensões são consideradas por Donabedian (1985, citado por Paiva, 2006) como fatores mais preponderantes na avaliação de serviços de saúde, são elas: *estrutura física* (materiais, equipamentos, recursos financeiros); *o processo como um todo* (as atividades que envolvem os profissionais de saúde e os usuários); e *o resultado*, que deve ser entendido como o produto final ou as conseqüências do serviço prestado. O autor afirma ainda a necessidade de se considerar a saúde, satisfação e expectativas dos usuários na mensuração da qualidade do serviço.

Cinco anos mais tarde, o mesmo autor Abedis Donabedian desenvolveu os *Sete Pilares da Qualidade*: a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade. Obviamente, outras abordagens são conferidas a estes pilares. Abordagens que diferem do contexto que lhes é empregado no meio puramente empresarial. No âmbito da avaliação em serviços de saúde a *eficácia* permanece tendo o sentido de alcance dos resultados devendo no entanto serem consideradas as circunstâncias que envolvem o estado geral do paciente. A *eficiência*, no contexto de serviços de saúde também ganha novo sentido, sendo entendida como obtenção do melhor resultado com o menor custo. E a *efetividade* permanece como o desempenho atingido se considerado o grau de associação entre a eficiência e a eficácia (PAIVA, 2006).

A tendência de se utilizar indicadores para avaliar os serviços de saúde continua seguindo os preceitos propostos por Donabedian, entretanto outros indicadores, como por exemplo, mortalidade e tempo de permanência no hospital já foram utilizados como os mais importantes neste tipo de avaliação. É inegável a contribuição dos preceitos de Donabedian na estruturação de um modelo de avaliação de serviços de saúde mais coerente, entretanto é preciso destacar a pouca evidência que este autor concede ao aspecto da satisfação do paciente na mensuração da qualidade do serviço prestado (TRONCHIN *et al.*, 2006b).

Queiroz (2007), por exemplo, segue na contramão da essência das propostas de Donabedian ao considerar a satisfação do usuário como o indicador mais importante na avaliação da assistência em saúde. Segundo este autor, a avaliação das perspectivas e percepções da pessoa que recebe o serviço integra a realidade dos que estão usufruindo e percebendo diretamente a qualidade do atendimento ofertado. O autor ressalta ainda que a utilização da satisfação do usuário ou qualquer outro indicador deve ser realizada baseada numa visão integral, contínua, interdisciplinar, de forma a incorporar as dimensões do processo saúde-doença e os direitos sociais do indivíduo.

Nas últimas três décadas foram desenvolvidas diversas iniciativas voltadas à avaliação em saúde no Brasil, desde pesquisas acadêmicas até à implantação de políticas racionalizadoras utilizadas como subsídio ao planejamento em saúde. Pode-se

citar por exemplo as *Ações Integradas de Saúde (AIS)* e os *Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS)*, presentes nos planos estaduais e municipais de saúde na década de 80. Ainda nesta década surgiram como resultado destas políticas os *Programas de Extensão de Cobertura (PECs)* que traziam em seu conteúdo preocupações e recomendações com a avaliação dos serviços de saúde (GAIOSO, 2007).

Na década de 90 as conferências e conselhos de saúde proviam espaços para expansão e institucionalização das avaliações. Funcionavam como reguladores e mecanismos oficiais de incentivo às ações voltadas para as avaliações. No entanto, as ações para avaliação em saúde no SUS permaneciam atrasadas e desatualizadas, já que as mesmas avaliações em instâncias de controle social revelavam-se frágeis.

A comparação da década de 90 com a década atual mostra que este cenário foi superado. Atualmente o interesse pela avaliação em saúde não se limita à ações de cunho acadêmico, havendo inclusive o interesse do próprio Ministério da Saúde em incentivar e prover estudos e avaliações consistentes quanto às organizações que prestam serviços de saúde no país. Percebe-se também o amadurecimento da consciência de responsabilização entre técnicos e gestores da área no que diz respeito à importância deste tipo de avaliação e não somente a motivação gerada por exigências de financiadores externos (GAIOSO, 2007).

As avaliações em saúde, ao se constituírem em uma área ainda em construção conceitual e metodológica, podem segundo vários autores, serem encontradas na literatura de forma muito diversificada. A avaliação pode ser considerada como um componente das práticas presentes em diversos âmbitos e campos do espaço social. As suas diversas possibilidades de expressão, nesses diferentes campos, têm gerado uma polissemia conceitual e metodológica que torna obrigatório, tanto para o gestor quanto para o pesquisador, uma explicitação de suas opções teóricas e técnicas. Essa variedade de definições relaciona-se com a complexidade do objeto - avaliação em saúde - que pode desdobrar-se em tantas quantas forem as concepções sobre saúde e práticas de saúde (GAIOSO, 2007, p. 31-32).

No serviço de enfermagem são comumente utilizados como pontos críticos da assistência para traduzir a qualidade do atendimento: as anotações/registros de enfermagem, os processos profissionais éticos, o aparecimento das úlceras de pressão, quedas/acidentes com pacientes, a sistematização da assistência, a administração de medicamentos (medicação errada ou não administrada), o absenteísmo, o dimensionamento de pessoal, atraso/suspensão de cirurgia por falta de preparo, atraso/suspensão de exames por falta de preparo, falta de materiais, falta de medicamentos, equipamentos e materiais em condições inadequadas de utilização, infecção hospitalar, procedimentos prescritos e não realizados, avaliação periódica de desempenho, controle da dor, peso diário não anotado, integridade da pele, transcrição incorreta de ordens médicas, satisfação da equipe de enfermagem e satisfação do usuário (MATSUDA, 2000).

O ano de 1991, marcou a criação do Programa de *Controle da Qualidade Hospitalar (CQH)*, no estado de São Paulo. O referido programa, patrocinado pela Associação Paulista de Medicina (APM) e pelo Conselho Regional de Medicina do



Estado de São Paulo (CREMESP), consistiu em um dos instrumentos utilizados pela OPAS - Organização Panamericana de Saúde, na implantação de um Programa Nacional de Acreditação Hospitalar no Brasil. Aproximadamente 100 hospitais do estado aderiram à proposta da OPAS, que tinha como objetivo principal realizar avaliação do atendimento médico-hospitalar prestado à comunidade, de maneira responsável, isenta e transparente, possibilitando a adoção de um novo modelo de serviço e introdução de instrumentos gerenciais que conduzam a maior eficácia e eficiência (D'INNOCENZO *et al.*, 2006).

Na prática, o que se vê atualmente em empresas prestadoras de serviços de saúde que se propõem a avaliar seus serviços é a elaboração de programas de avaliação de qualidade totalmente pautados na percepção dos usuários. Quando tal aspecto é trabalhado dentro de uma sistemática sensata e científica possibilita muitas vezes a reavaliação do atendimento prestado, o que gera um aumento da qualidade no serviço e consequentemente a satisfação das expectativas dos usuários. Este é o motivo que explica a preocupação crescente, por parte dos gerentes de serviços de saúde, no desenvolvimento de estratégias que possam norteá-los em relação às necessidades de seus clientes (TRONCHIN *et al.*, 2006b).

Moreno Júnior e Zucchi (2005) enfatizam ainda outro aspecto que explica o aumento do interesse pela qualidade em serviços de saúde: o aumento generalizado das ações de saúde – muitas vezes motivado pelas inovações tecnológicas.

Atualmente, percebe-se uma crescente preocupação dos gestores de saúde com aspectos relacionados à elevação dos custos oriundos das inovações tecnológicas, com o nível crescente de exigência dos usuários, além de se preocuparem com as etapas de credenciamento de suas instituições.

É preciso ressaltar que não é possível, e nem sensato, separar o conceito de qualidade em saúde das ações de avaliação dos serviços de saúde. Ambos encontram-se em íntima associação. A idéia de avaliação está embutida no conceito de qualidade. Esta associação é que proverá uma monitoração coerente e fidedigna dos resultados demonstrados na avaliação possibilitando um melhor monitoramento e o planejamento adequado de mudanças que sejam necessárias (PAIVA, 2006).

Um outro órgão importante na avaliação de serviços de saúde existente no país é a ONA - Organização Nacional de Acreditação, criada em maio de 1999. A ONA busca, por meio de protocolos e padrões de avaliação, regular e credenciar o desenvolvimento da melhoria da qualidade da assistência à saúde em âmbito nacional. Os padrões de avaliação preconizados pela ONA são estruturados em diferentes níveis (do mais simples ao mais complexo) e exigem, em seu preenchimento, descrições detalhadas de serviços e funcionamento de cada departamento. Avaliadores são designados de forma que a avaliação seja feita *in loco*. O cumprimento das descrições e critérios solicitados nos protocolos da ONA é condição imprescindível para que a instituição receba a situação de conformidade, que é oficializada por meio de um parecer avaliativo elaborado por uma equipe que envolve administradores e profissionais de saúde (FELDMAN e CUNHA, 2006).

Fato é que a qualidade em serviços de saúde necessita, assim como a prestação de serviços em outras áreas, de parâmetros que possam nortear o profissional em relação à eficácia de seus resultados. Estes resultados, por sua vez, podem ser utilizados como medidores da qualidade do serviço, no entanto é necessário que se perceba tais resultados como tangíveis e que, portanto, somente são validados se submetidos a medições precisas, muito embora alguns resultados sejam fáceis de se medir e outros nem tanto. A avaliação da qualidade em serviços de saúde é complexa porque embora os resultados sejam bons indicadores nem sempre permitem ao profissional conhecer as deficiências que impossibilitaram o alcance das expectativas do cliente (DONABEDIAN, 1992 citado por TRONCHIN, 2006).

No ano de 2003, a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, por meio de seu Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC, procedeu uma reformulação em sua metodologia de avaliação de serviços hospitalares. A reformulação, na verdade foi uma ampliação dos programas de avaliação existentes objetivando traduzir as diversas complexidades dos serviços de saúde em maior qualidade no atendimento. Criou-se então em 2004 o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS, com o objetivo principal de avaliar os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde nas dimensões de estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços de saúde (PNASS, 2007).

Os quatro anos de aplicação do PNASS proporcionaram a possibilidade de avaliação dos serviços de saúde do SUS em diferentes dimensões – possibilitando uma considerável abrangência – e sensibilizaram os gestores sobre a necessidade do desenvolvimento de uma cultura avaliativa, tanto dos próprios gestores como dos estabelecimentos de saúde. Além disso, como em todo processo avaliativo houve, inevitavelmente, uma grande produção de conhecimento, tanto em nível quantitativo quanto qualitativo, sobre a sistemática da prestação de serviços. Outro ponto importante do Programa foi a possibilidade criada de aferir a percepção dos usuários sobre a qualidade dos serviços, identificando pontos de melhoria (PNASS, 2007).

Cabe ressaltar ainda o disposto nas *Considerações Finais* do Manual do PNSS (2007, p. 75).

O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS foi, certamente, a mais completa e abrangente avaliação dos serviços de saúde do país, tanto em termos geográficos como em relação ao conjunto de dimensões avaliadas. Sabe-se que “Qualidade Assistencial” é um conceito pouco objetivo e que não possui uma métrica possível. Para avaliá-la (e não medi-la) torna-se necessário um conjunto de instrumentos complementares, capaz de identificar tanto os aspectos relativos à estrutura, processos e resultados quanto àqueles relativos à percepção das pessoas que trabalham nos serviços de saúde e daquelas que necessitam utilizar estes serviços. O PNASS conseguiu este conjunto.

Nota-se portanto, na discussão da literatura acima, que a avaliação de serviços de saúde apresenta aspectos complexos. No entanto, ao mesmo tempo, é possível concluir que a avaliação da qualidade de serviços de saúde em geral configura-se em elemento da maior importância no processo de formação de um sistema de saúde excelente

tecnicamente, acolhedor (no sentido do atendimento à clientela) e até mesmo economicamente acessível e menos oneroso ao país ou às instituições que prestam este tipo de serviços.

## 2.4. SAÚDE PÚBLICA

### 2.4.1. BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA

Desde a Antigüidade, é preocupação do homem proteger sua saúde. A arte de curar por muitos anos ficou entregue à curandeiros, que se incumbiam da assistência às populações. Ao longo da história humana, os maiores problemas de saúde que os homens enfrentaram estiveram relacionados com a natureza da vida comunitária. Por exemplo, o controle das doenças transmissíveis, o controle e a melhoria do ambiente físico (saneamento), a provisão de água e comida em volume suficiente e a assistência médica. A ênfase relativa a um desses problemas variou no tempo, e de sua inter-relação originou-se a saúde pública como a conhecemos hoje (CAVALCANTE, 2007).

No século XIX, Pasteur, Rock, Lister e outros cientistas marcaram a época com mudanças geradas por suas grandes descobertas na área bacteriológica, que consequentemente deram um novo enfoque à saúde pública no mundo (FIGUEIREDO, 1998).

Dentro do enfoque, no qual o presente trabalho está inserido - gestão estratégica - é importante destacar ainda que, com o surgimento e crescimento do mundo industrial supõe-se que o fator "saúde" inevitavelmente era considerado como importante no cenário econômico, uma vez que episódios de enfermidade ou morte poderiam acarretar perdas significativas de produtividade.

### 2.4.2. SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A primeira organização nacional de Saúde Pública no Brasil deu-se em 1808, com a vinda da família real. As atividades de Saúde Pública, no século XIX, limitaram-se a delegação de atribuições sanitárias às juntas municipais e às atividades vacinadoras com a varíola. Um surto de febre amarela motivou a criação, em 1850, da Junta Central de Higiene Pública, subordinada ao ministro do Império e com as atribuições de executar a polícia médica de embarcações, boticas, mercados ou lugares de onde pudesse provir dano à saúde pública (CAMPOS, 2007).

Pode-se dizer, no entanto que, somente a partir da década de 1920 a saúde pública assumiu a condição de prioridade política para o governo brasileiro. A criação de um programa federal de profilaxia rural, apoiado pela Fundação Rockefeller foi o evento que marcou esta nova preocupação do governo brasileiro. Áreas não urbanas do país foram beneficiadas por meio da implantação e instalação de dezenas de postos sanitários (GERSCHMAN e SANTOS, 2006).

Na verdade, o precursor e idealizador desta nova era da Higiene Nacional foi o sanitarista Oswaldo Cruz, que em 1902, organizou e oficializou um combate à febre amarela pela organização do Instituto de Pesquisa, no Rio de Janeiro. No ano de 1920 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública. (CAMPOS, 2007).

Para dar continuidade à obra de Oswaldo Cruz, veio o Dr. Carlos Chagas. Iniciou-se então um programa de preparação de visitadores, para dinamizar a cobertura do combate à tuberculose. Esses visitadores contribuíram para o atendimento em saúde Pública no Brasil e para toda a enfermagem brasileira (IVAN, 1995).

Para que houvesse uma coordenação das atividades de saúde pública em todo o país, foi realizada uma reforma no Departamento Nacional de Saúde, em 1941, por Barros Barreto. Criou-se o serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com atuação no combate à malária, em assistência médica, educação sanitária, saneamento, controle de doenças transmissíveis e pesquisas sobre doenças tropicais (IVAN, 1995).

Em 1954, foram definidas as "Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde". O Ministério da Saúde, comunidade administrativa da ação sanitária do Governo Federal, foi instituído em 1961 e sofreu modificações quanto à sua área de competência e quanto à sua organização. A Saúde Pública evoluiu através dos anos, de simples agência de luta contra doenças transmissíveis até integrar-se pelo plano de desenvolvimento sócio-econômico da sociedade moderna, pelo qual mobilizaram esforços países de todas as partes do mundo, inclusive o Brasil (GERSCHMAN e SANTOS, 2006).

Em 1963, com a lei que instituiu o Fundo de Assistência ao Trabalho Rural, o governo busca estender o benefício da assistência médica a praticamente a 100% da população (VILAÇA, 1999).

Em 1968 foi criado o INPS, que passa a gerir a assistência médica previdenciária prestada pelos Institutos e Caixas de Aposentadorias e pelos serviços do setor privado. Este foi o momento institucional de consolidação do modelo médico-assistencial privatista, cujas principais características foram:

- a) extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e rural;
- b) privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada em detrimento da saúde pública;
- c) a criação por meio da intervenção estatal, de um complexo médico-industrial;
- d) o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde propiciando a capitalização da medicina e privilegiamento do produtor privado desses serviços (IVAN, 1995).

Em 1975, foi criado o Sistema Nacional de Saúde e estabeleceu, de forma sistemática, as competências da União através de seus diferentes Ministérios, Estados e Municípios (GERSCHMAN e SANTOS, 2006).

Em 1977, criou-se o Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SINPAS), logo após o advento do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Ainda na década de 70, começam a surgir estudos para implantação de um programa de atenção primária ou de cobertura. Surge o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que resultou numa grande expansão da rede ambulatorial pública (CAMPOS, 2007).

Em 1980, surgiu o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE), patrocinado pelo Ministério da Saúde e pela Previdência Social, com objetivo de universalizar os cuidados primários de saúde em todo o território nacional. Em 1982, com o processo de redemocratização do país, ocorreu a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS). As AIS que foram implantadas como um programa de atenção médica, adquiriram, a partir do fim do regime autoritário, na Nova República, um desenho estratégico de co-gestão, de desconcentração e de universalização da atenção à saúde. Importa salientar que as AIS modificaram-se, qualitativamente, a partir de ações dentro da instituição propositadamente preparada para sustentar o modelo médico-assistencial privatista, o INAMPS (CAMPOS, 2007).

Em março de 1986, ocorreu o evento político sanitário mais importante da década, a VIII Conferência Nacional de Saúde, para o qual confluí todo o movimento desde o início dos anos setenta. A VIII Conferência Nacional de Saúde, que teve desdobramento imediato num conjunto de trabalhos técnicos, desenvolvidos pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, passou, com sua doutrina, expressa em seu relatório final, a constituir-se no instrumento que viria a influir de forma determinante em dois processos que se iniciaram, concomitantemente, em 1987: um, no executivo, a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, o SUDS; outro, no Congresso Nacional, a elaboração da nova Constituição Federal (MACHADO, 2007).

O SUDS era norteado pelos seguintes princípios:

- a) a universalização da assistência;
- b) a equidade no acesso aos serviços de saúde;
- c) a integração e a regionalização dos serviços de saúde;
- d) a integralidade dos cuidados assistenciais;
- e) a descentralização das ações de saúde;
- f) a integração dos serviços de saúde;
- g) a implementação de distritos sanitários;
- h) a constituição e o pleno desenvolvimento de instâncias colegiadas gestoras das ações de saúde (BORBA e KLIEMANN NETO, 2008).

O SUDS não esperou a nova Constituição para desenhar as estratégias e táticas de mudança, mas interveio no processo político, inclusive como determinante no que a Constituição expressou sobre o Sistema Único de Saúde. Esse movimento esteve

presente em dois acontecimentos importantes da década de 1980: a Oitava Conferência Nacional de Saúde e a elaboração da Constituição Federal de 1988 (BORBA e KLIEMANN NETO, 2008).

O SUDS avançou para desconcentração estadualizada da saúde e da municipalização dos serviços. Ao mesmo tempo, no Congresso Nacional, construía-se, pelo consenso possível das forças sociais aí representadas, o desenho constitucional da saúde. O movimento de reorganização do setor da Saúde torna-se legítimo a partir da Oitava Conferência Nacional de Saúde, através da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, cujos estudos e propostas formaram a base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizado pela Conferência Federal de 1988 (CAMPOS, 2007).

## 2.5. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Os primeiros anos da década de 90 marcaram o período de implementação oficial do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da promulgação das leis 8.080 e 8.142 de 1990. O sistema foi também regulamentado por diversas portarias emitidas pelo Ministério da Saúde. O processo de implantação do SUS assumiu ares volumosos de características políticas e sociais, envolvendo reformulações referentes à cargos e funções de figuras governamentais atuando frente ao sistema de saúde, bem como a criação e ampliação de uma instância envolvendo aspectos como negociação integração e decisão, onde buscou-se a participação, colaboração e avaliação de gestores, prestadores, profissionais de saúde e usuários (GUIMARÃES e ANGULO-TUESTA, 2004).

Com a criação do SUS, firmou-se um sistema plural de saúde; composto por três subsistemas: O sistema público - SUS, o subsistema de atenção médica supletiva e o subsistema de desembolso direto. O subsistema de desembolso direto, em que indivíduos e famílias pagam diretamente de seus bolsos os serviços (campo da medicina liberal) chegou a cobrir, no ano de 1986, 34% dos brasileiros.

O subsistema de atenção médica supletiva, é um sistema privado, composto por cinco modalidades assistenciais. Ele cresceu vertiginosamente a partir da segunda metade da década de 80, chegando a cobrir aproximadamente 35 milhões de brasileiros (MACHADO, 2007).

Finalmente, na base, o subsistema público, SUS, ao qual compete atender a grande maioria da população brasileira, em torno de 120 milhões de brasileiros e que se compõe dos serviços estatais diretamente prestados por União, estados e municípios e dos privados que, de alguma forma, estão pactuados com o Estado, seja por convênios, seja por contratos, recebendo recursos estatais pela prestação de serviços. Assim, o SUS inclui serviços estatais e serviços privados pactuados com o Estado. Na realidade, quando se fala em SUS, se quer referir, de fato, não a um sistema único, mas ao subsistema público único, parte de um sistema plural (OLIVEIRA *et al*, 2008).

O SUS é único, por que tem a mesma filosofia de atuação em todo o território nacional e é organizado de acordo com uma mesma lógica. Além disso, o SUS:

- a) é universal porque deve atender a todos, sem distinções, de acordo com suas necessidades;
- b) é integral, pois a saúde deve ser tratada como um todo. As ações de saúde devem estar voltadas, ao mesmo tempo para o indivíduo e para a comunidade, para prevenção e para o tratamento;
- c) garante equidade, pois deve oferecer os recursos de saúde de acordo com as necessidades de cada um; ou seja, trata situações desiguais de formas desiguais;
- d) prevê a participação do setor privado de uma forma complementar, preferencialmente pelo setor filantrópico e sem fins lucrativos, por meio de contrato administrativo ou convênio;
- e) deve ter racionalidade. A oferta de ações e serviços deve ser realizada de acordo com as necessidades da população e com os problemas de saúde mais frequentes em cada região;
- f) deve ser eficaz e eficiente: mediante a prestação de serviços de qualidade, eliminando-se desperdícios aplicando-se os recursos da melhor maneira possível;
- g) deve promover a participação popular, através do direito assegurado a todos os segmentos envolvidos no sistema, prestadores de serviço, trabalhadores da saúde e, principalmente os usuários dos serviços. Os principais instrumentos para exercer esse controle social são os conselhos e as conferências de saúde (OLIVEIRA *et al.*,2007).

Borba e Kliemann Neto (2008) enfatizam ainda que o setor de saúde brasileiro está passando, nas últimas décadas, por uma constante transformação. Isto tem levado o governo a buscar maneiras diferentes de alcançar a descentralização das políticas de saúde proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Dois fatores impulsionam a necessidade desta descentralização: as mudanças no processo de gestão e no processo de atenção aos pacientes.

### 2.5.1. OBJETIVOS E ATRIBUIÇÕES DO SUS

O artigo 200 da Constituição da República Federativa do Brasil enumera as atribuições do SUS nos termos da lei:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL (a), 1988, p. 40).

O SUS conforma o modelo público de prestação de ações e serviços de saúde brasileira, incorporando novos instrumentos gerenciais, técnicos e de democratização da gestão. Em sua concepção original, visa a integrar os subsistemas de saúde pública e de assistência previdenciária - os ramos da medicina preventiva e curativa - assim como os serviços públicos e privados, em regime de contrato ou convênio em um sistema único e nacional, de acesso universal e igualitário. Para concretização destes objetivos, propõe-se a organização do sistema de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, sob o comando único em cada nível de governo, segundo as diretrizes da descentralização administrativa e operacional, do atendimento integral à saúde e da participação da comunidade (GUIMARÃES e ANGULO-TUESTA, 2004).

### 2.5.2. O ACESSO AOS SERVIÇOS DO SUS

O Sistema Único de Saúde - SUS, fundamenta-se nos seguintes princípios básicos:

- 1) **universalidade do acesso aos serviços** em todos os níveis de assistência para todos os cidadãos brasileiros, independentemente de renda, classe social, etnia, ocupação e contribuição;
- 2) descentralização em direção aos estados e municípios, com redefinição das atribuições e responsabilidades dos três níveis de governo; e
- 3) participação popular na definição da política de saúde em cada nível de governo, bem como no acompanhamento de sua execução (BRASIL (b), 1990 - *grifo nosso*).

Existem dificuldades para utilizar o SUS, por desconhecimento de seus programas e ações por parte da população algumas pessoas tem acesso diferenciado ao SUS, seja por desorganização e desvinculação dos serviços, seja pela proximidade com os gestores utilizando quando, onde e quanto querem, enquanto grande parte da população amarga filas de espera, precisa madrugar a espera de atendimento ou tem de



recorrer ao pagamento de planos de saúde para ter direito a consultas e exames especializados.

Serviços essenciais não são oferecidos ou são de forma muito precária, como por exemplo, a vigilância à saúde do trabalhador, os serviços de reabilitação, o atendimento adequado aos pacientes de idade avançada, o atendimento em saúde mental e o atendimento odontológico que se restringe às ações básicas, não contemplando as necessidades de tratamento de média e de alta complexidade.

Outros tipos de procedimento não são ofertados pelo SUS e, portanto são inacessíveis aos usuários, como por exemplo, algumas cirurgias corretivas consideradas estéticas, mas que de fato envolvem questões de bem-estar e da auto-estima do cidadão (cicatrizes por queimadura, varizes, ginecomastia, dentre outros). Os municípios pequenos e do interior não possuem condições assistenciais em termo de hospitais e tecnologia (NUNES, 2007).

Após décadas de privilégio à atenção hospitalar, herança da medicina previdenciária, em que a alocação de recursos federais em estados e municípios se dava com base principalmente na produção de serviços e na capacidade instalada, os esforços, programas e investimentos públicos passaram a se concentrar na atenção básica, com a adoção do Programa de Saúde da Família (PSF), por meio de incentivos financeiros específicos e da criação de mecanismos de transferência de recursos federais calculados com base no número de habitantes de cada município (per capita).

Além disso há dificuldades de acesso à atenção de média e alta complexidade. Diversas localidades têm de lidar com a questão da precariedade do funcionamento das Centrais de Leitos e de Consultas, e o fato dos municípios não estarem integrados na gestão dessas centrais. Soma-se a isso as ocorrências de cobrança indevida em hospitais privados ou universitários conveniados com o SUS e a formação de cartel pelos anestesistas (NUNES, 2007).

### 3 METODOLOGIA

Este capítulo descreve os aspectos metodológicos que foram utilizados na avaliação da qualidade dos serviços da clínica universitária de Fisioterapia e Reabilitação do Centro Universitário de Barra Mansa - RJ, após implantação do modelo de gestão SUS.

#### 3.1. CLASSIFICAÇÃO

Com base nas proposições de Vergara (2006), a pesquisa pode ser classificada sob dois aspectos: quanto aos fins e quanto aos meios de investigação.

No que tange aos fins, a pesquisa é considerada exploratória e descritiva.

Exploratória porque na instituição pesquisada, até o momento, não há registros de avaliações sobre a qualidade dos serviços prestados antes ou após a implantação da gestão SUS.

Considera-se descritiva, à medida que alcança a obtenção e exposição de dados representativos de determinada população ou fenômeno. A pesquisa, neste caso, busca aferir as percepções dos pacientes da Clínica de Fisioterapia e Reabilitação do UBM, quanto à qualidade dos serviços prestados.

Quanto aos meios de investigação, esta pesquisa é bibliográfica e de campo.

Bibliográfica por incorporar uma revisão de literatura sobre o tema, isto é, a coleta e análise de dados para subsidiar teoricamente, este trabalho, foi feita através de livros, artigos científicos, revistas especializadas, teses, dissertações, anais de congressos e periódicos.

A presente pesquisa é também de campo uma vez que se realizou uma investigação junto a um grupo determinado de usuários da clínica. Conforme destaca Vergara (2006, p. 47): *pesquisa de campo é a investigação empírica realizada no local onde ocorre ou ocorreu um fenômeno ou que dispõe de elementos para explicá-lo. Pode incluir entrevistas, aplicação de questionários, testes e observação participante ou não.*

Considerando-se então as classificações anteriormente expostas e a profundidade do tema proposto - conforme demonstrado no referencial teórico - entende-se que os resultados da presente pesquisa poderão agregar valor aos serviços prestados pelos profissionais envolvidos na instituição pesquisada, bem como podem se revelar úteis à medida que a identificação de possíveis falhas levem ao aperfeiçoamento das ações desenvolvidas no setor, proporcionando um atendimento de maior qualidade.

## 3.2. DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

### 3.2.1. INSTRUMENTO DE PESQUISA

A avaliação sobre a qualidade dos serviços prestados pela Clínica do UBM será feita por meio da critérios constantes da escala *Servqual*, mundialmente utilizada em estudos atuais sobre avaliação de qualidade de serviços de saúde.

A versão original da tabela *Servqual* possui uma vertente matemática onde preconiza-se que "a satisfação do cliente é função da diferença entre a expectativa e o desempenho". Ou seja, por meio de um cálculo matemático dois níveis de expectativa são mensurados: o desejado e o percebido. A diferença entre a expectativa quanto ao serviço e seu desempenho é denominada *gap*, referência encontrada por meio de uma equação matemática pré-estabelecida.

Na presente dissertação não foi proposto como objetivo comparar as expectativas e percepções dos pacientes quanto ao serviço prestado. Ou seja, o trabalho não se propôs a investigar as expectativas do paciente em relação ao serviço fisioterápico traçando um paralelo com a qualidade percebida após a prestação do serviço.

A opção pela escala *Servqual* foi fundamentada apenas nas dimensões propostas pelo instrumento, abrindo mão do referencial matemático utilizado na avaliação dos resultados. A adaptação do instrumento foi considerada eficiente e eficaz pois permitiu que se alcançasse os objetivos propostos na dissertação de forma coerente. Além disso, buscou-se manter a essência e força avaliativa das dimensões propostas, optando-se por um modelo de avaliação que não se baseasse, tão fundamentalmente, em dados matemáticos.

Cabe salientar que a *Servqual* é um instrumento de diagnóstico. Avalia a qualidade de serviço indicando os pontos fortes e fracos de forma multidimensional com foco na satisfação do cliente. Busca mensurar a qualidade dos serviços prestados, detectando fontes de problemas e, desta forma, buscando a melhoria do serviço (ARROYO, 2007).

A utilização da escala *Servqual* pode ser definida se considerada a importância que diversos fatores têm para determinados estudos, já que a *Servqual* concede uma flexibilidade dinâmica e coerente na avaliação de diversas dimensões de qualidade em serviço, tais como: tangibilidade, confiabilidade, atendimento, segurança, dentre outras (FEDOROFF, 2006).

O formulário adaptado gerou uma primeira versão do instrumento validada adequadamente por meio de aplicações sistemáticas.

Finalmente uma versão final e oficial do formulário (v. apêndice 1) foi estruturada com 12 (itens) contendo ainda a formulação de cinco características, a serem pontuadas, num processo de complementação da avaliação.

### 3.2.1.1. A Tabela *Servqual*

O desenvolvimento da Tabela *Servqual* surgiu da necessidade de avaliações sistemáticas oriundas de estudos e pesquisas na área de Marketing. Foi criada pelos pesquisadores Parasuraman, Zeithmal e Berry (1988 *apud* SALOMI *et al*, 2005) e validada posteriormente no contexto da saúde.

A versão original da *Servqual* consiste em um questionário do tipo Likert com 7 campos para respostas, oferecendo ao participante da pesquisa vários níveis de graduação para as diferentes questões, variando do valor 1 (discordo totalmente) até o valor 7 (concordo totalmente). Esta peculiaridade consiste em uma das grandes vantagens da escala tipo Likert, ou seja, a possibilidade de perceber não apenas se os respondentes concordam ou não com as afirmações, mas interpretar qual seu grau de concordância ou discordância (OLIVEIRA, 2001).

A *Servqual* afere a qualidade em serviços tomando como parâmetro cinco dimensões da qualidade em serviços:

*Tangibilidade*: dimensão voltada à estrutura física como por exemplo, aparência das instalações da clínica ou hospital, condição dos equipamentos e material para comunicação.

*Confiabilidade*: trata da habilidade ou aptidão que o prestador possui de prestar o serviço com alto padrão de qualidade em diversas esferas e conforme prometido.

*Responsabilidade*: refere-se à prontidão em prestar o serviço e à atenção especial no atendimento ao paciente.

*Segurança*: dimensão que diz respeito à confidencialidade com que os dados do paciente são tratados. Envolve também a relação de confiança estabelecida entre o terapeuta (funcionário) e o paciente (cliente).

*Empatia*: envolve a personalização do atendimento ao cliente (SALOMI *et al*, 2005).

A *Servqual* foi utilizada por Borges (2006), cuja pesquisa objetivou avaliar a qualidade dos serviços prestados por um hospital especializado em cirurgias cardíacas; e por Berezovsky e Hercos (2006) objetivando identificar a percepção da qualidade dos serviços oftalmológicos prestados aos pacientes ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SUS - e detectar quais ações percebidas como necessárias e prioritárias para melhorar a sua qualidade. A *Servqual* foi utilizada também por Dias (2001) cujo estudo buscou avaliar o nível de expectativa de pacientes em consultórios médicos e proceder a avaliação do serviço prestado, buscando mensurar a qualidade dos serviços nas instituições prestadas e por Ansuji *et al* (2005) que investigou as percepções sobre a qualidade dos serviços recebidos em consultórios dentários localizados na cidade de Santa Maria - RS.

Os autores e seus respectivos estudos, referenciados acima, utilizaram com eficácia a escala *Servqual* no sentido de alcançarem os objetivos propostos. Muito embora as referidas pesquisas tenham sido desenvolvidas no contexto da saúde entende-se que a área específica a ser pesquisada (Fisioterapia) envolve aspectos e detalhes que não podem ser desprezados na aplicação da tabela. Este é o motivo pelo qual tornou-se necessária e fundamental a adequação da *Servqual* tornando-a apta a ser aplicada no ambiente escolhido para a pesquisa.

Além disso, cabe aqui a observação de Triviños (1998) que ressalta não haver impedimento na adoção de estudos de caso de serviços semelhantes, podendo os mesmos, tomando-se certos cuidados, servirem de base para a realização de outras pesquisas.

#### 3.2.1.2. Validação do Instrumento

O instrumento de pesquisa foi submetido a avaliações e validado por meio de um pré-teste possibilitando a confirmação da versão final.

Na validação foi sugerida uma alteração estrutural na tabela. A "característica Likert" da *Servqual* foi alterada de forma a se utilizar um número de campos pares. Desta forma, a primeira versão adaptada possuía os sete campos originais, passando à adoção de cinco campos na segunda versão e, finalmente, a última versão do questionário foi oficializada com a utilização de quatro campos.

Esta importante alteração na estrutura da tabela justificou-se pelo fato de que a disposição em uma quantidade ímpar de campos pode direcionar o respondente a manter certa neutralidade em suas respostas optando sempre por marcar a opção central. Havendo apenas quatro campos elimina-se esta possibilidade obrigando o respondente a tomar posição em sua participação.

Finalmente estruturou-se um instrumento composto de 12 questões, a serem avaliadas por meio de quatro (04) campos onde o participante manifesta seu índice de concordância. As dimensões propostas pela *Servqual* - descritas anteriormente - encontram referência nas 12 questões que compõem o instrumento.

A versão final do questionário compõe o apêndice 1 da presente dissertação.

Entende-se portanto que os procedimentos de validação da tabela foram bem utilizados, já que as alterações realizadas certamente proporcionaram uma maior fidedignidade aos dados colhidos.

A importância da realização de testes prévios e pré-teste é destacada por Vergara (2006, p. 56):

Útil e necessário é também submeter o questionário e o formulário a testes prévios, que antecedam a aplicação. Um deles é oferecer-lhes à apreciação, ao julgamento de cerca de cinco pessoas de reconhecida competência no assunto. O julgamento refere-se não só à correção do conteúdo que é apresentado ao respondente, como também à forma pela qual o é. Submetido o questionário (ou o formulário) a seus apreciadores, faz-se a correção e se lhes solicita que, novamente, o julguem, já agora reformulado. Reformulado o instrumento de coleta de dados, é interessante fazer-lhe um pré-teste. Escolhem-se algumas poucas pessoas representativas da população e se lhes aplica o questionário, solicitando que também façam seu julgamento a respeito dele. Avaliações dos respondentes são, então, incorporadas permitindo a formatação final do instrumento.

### 3.2.2. IMPLICAÇÕES ÉTICAS

O instrumento de medida também foi submetido à apreciação de uma comissão de ética, conforme prevê a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

Em atendimento à referida resolução, foi apresentado a cada participante uma cópia do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (v. anexo 1) para ciência e possível aceite para participação na pesquisa. No referido documento deixou-se também explicitada a garantia do anonimato do participante, a confidencialidade da pesquisa e a opção de desistência quanto à participação, bem como a recusa no consentimento em quaisquer das etapas da pesquisa.

Ainda em cumprimento ao disposto na resolução 196/96 o autor da presente dissertação submeteu à apreciação e análise de uma comissão de ética o “Termo de Compromisso do Pesquisador” (v. anexo 2), devidamente assinado.

À mesma comissão foi encaminhado o protocolo de pesquisa com a definição e explicação dos procedimentos metodológicos do estudo, tendo sido aprovado no dia 15 de maio de 2008, por meio de parecer próprio da Comissão (v. anexo 3) dando-se início portanto à aplicação do instrumento de pesquisa.

### 3.2.3. AMOSTRA

Foram estabelecidos previamente os seguintes critérios de inclusão: os sujeitos do estudo deveriam ser clientes da Clínica de Fisioterapia do UBM, ter idade mínima de 18 anos, ter condições para compreender o questionário e responder a ele e ter participado de, ao menos, cinco (05) sessões de fisioterapia realizadas no período de 02 de abril a 30 de junho de 2008.

Foram distribuídos 400 questionários, dos quais retornaram 347, ou seja, 86,7% do total de formulários entregues.

### 3.2.3.1. Cálculo da Amostra

O tamanho da amostra foi estabelecido com base na média de pacientes atendidos mensalmente na clínica. Atualmente esta média gira em torno de 600 pacientes/mês, observando-se que este número está diretamente associado à adesão dos pacientes ao tratamento fisioterápico. Ou seja, foi previamente estipulado como norma de atendimento que os pacientes podem ter até duas faltas justificadas a cada dez sessões, excedendo-se o número de faltas permitida o paciente é automaticamente desligado do tratamento, cedendo a vaga para outro constante no cadastro de espera.

A amostra utilizada representa aproximadamente 60%, do universo, podendo-se portanto classificar a amostra como representativa.

Estatisticamente o tamanho da amostra foi determinado utilizando-se os percentuais de certeza e de erro provável máximo segundo a “fórmula para cálculo da amostra aleatória simples” proposta por Triola (1999), onde a amostra foi classificada como “muito boa”.

### 3.2.3.2. Perfil da Amostra

Tomando-se por base as referências dos dados demográficos, percebe-se que dos 347 pacientes que participaram da pesquisa 208 (60%) são do gênero feminino, 128 (37%) do gênero masculino e 11 (3%) não informaram o gênero, conforme demonstrado no gráfico 1.

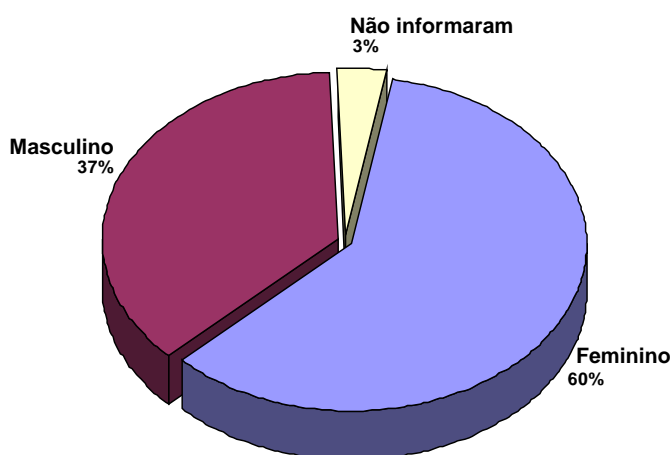


Gráfico 1 - Percentual dos participantes da pesquisa, quanto ao sexo. Barra Mansa - RJ, jun. 2008.

O perfil da amostra em relação à idade foi traçado tomando-se por base a classificação gerontológica preconizada pela Organização Mundial da Saúde - OMS, que aponta como idade jovem a faixa etária que vai dos 18 a 30 anos, idade madura, dos 31 a 45 anos; idade de mudança ou envelhecimento, dos 46 a 60 anos; idade do homem mais velho, de 61 a 75 anos; idade do homem velho, dos 76 aos 90 anos (BUCHALLA e FARIAS, 2005).

Posto isto, após aplicação dos questionários foi possível apurar que, dos 347 participantes, 101 (29%) possuem entre 18 a 30 anos, 83 (24%) apresentam idade entre 31 a 45 anos, 90 (26%) entre 46 a 60 anos, 42 (12%) entre 61 a 75 anos e 20 (6%) entre 76 a 90 anos. 11 participantes - correspondendo a 3% - não informou a idade. Os percentuais quanto à idade da amostra são demonstrados por meio do gráfico 2, a seguir.

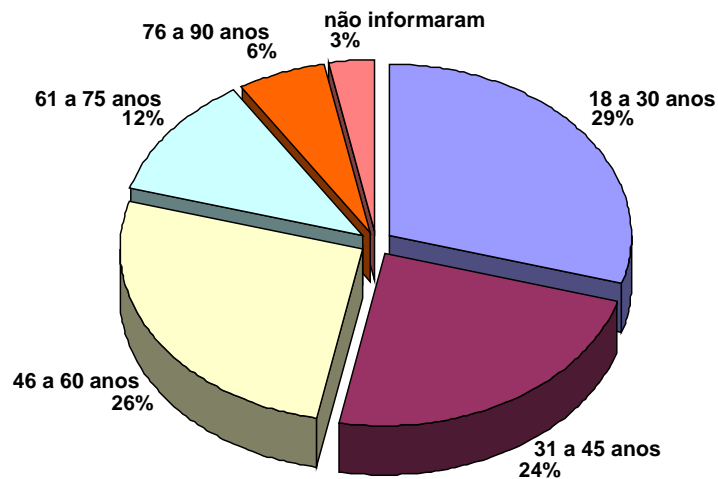


Gráfico 2 - Percentual dos participantes da pesquisa, quanto a idade. Barra Mansa - RJ, jun. 2008.



## 4 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO DE CASO

### 4.1. LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DO ESTUDO

#### 4.1.1. A CIDADE DE BARRA MANSA

Barra Mansa é um município brasileiro, elevado a categoria de cidade no ano de 1857. Situada no sul do estado do Rio de Janeiro, na microrregião do Vale do Paraíba dentro da mesorregião do Sul Fluminense, a cidade de Barra Mansa localiza-se a uma latitude  $22^{\circ}32'39''$  sul e a uma longitude  $44^{\circ}10'17''$  oeste, estando a uma altitude de 381 metros. Sua população estimada em 2006 era de 176.151 habitantes, formando uma conurbação com as cidades de Volta Redonda e Pinheiral com uma população de mais de 450 mil habitantes. Possui uma área de 548,9 km<sup>2</sup>. A localização geográfica de Barra Mansa pode ser melhor visualizada por meio da figura 1.

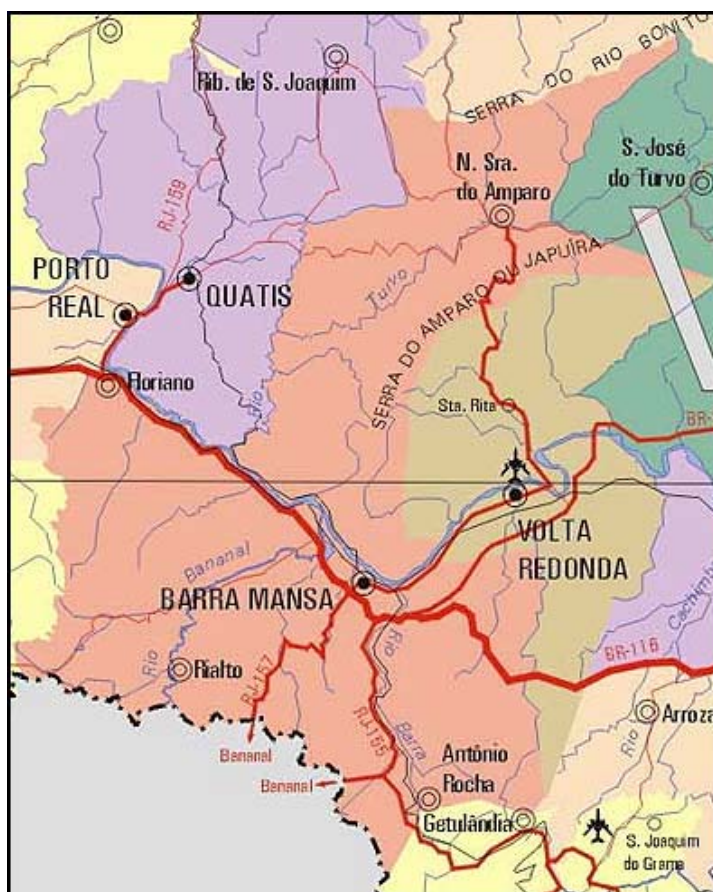


Figura 1. Localização geográfica da cidade de Barra Mansa - RJ

Fonte: [www.sismap.rj.gov.br/sitesmapa%20dos%20municipios/barramansa.jpg](http://www.sismap.rj.gov.br/sitesmapa%20dos%20municipios/barramansa.jpg)

Barra Mansa e Volta Redonda, juntos, exercem influência direta sobre grande parte da Região do Médio Paraíba, bem como sobre a porção meridional do Centro-Sul fluminense. Devem tal condição ao fato de abrigarem uma conurbação (encontro das áreas urbanas de dois municípios), representada pelas duas sedes, cujo crescimento está relacionado à implantação da CSN, que desempenhou papel multiplicador na atividade

industrial da região, com conseqüente aumento de serviços e de população (PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA MANSA, 2007a).

O centro administrativo e legislativo da cidade encontra-se situado no bairro Barbará, onde encontra-se o fórum. A prefeitura e a câmara municipal foram estrategicamente instaladas no centro da cidade.

Outra peculiaridade a ser destacada é sua divisão geográfica, dividida estrategicamente em seis (6) distritos:

- a) Distrito Sede
- b) Floriano
- c) Rialto
- d) Nossa Senhora do Amparo
- e) Antônio Rocha
- f) Santa Rita de Cássia

#### 4.1.1.1. Perfil Econômico

O PIB do município de Barra Mansa concentra-se na área da indústria (58,03%) seguindo-se do comércio e serviços (41,40%) e da agropecuária (0,57%).

O município participa com 0,81% do PIB estadual e com 12,90% do PIB da Região do Médio Paraíba. No setor primário, destacam-se a criação de bovinos, integrado à pecuária leiteira e o desenvolvimento da avicultura (7º criador).

Destaca-se ainda como tradicional centro industrial, tendo como principais indústrias a Siderúrgica Barra Mansa, a Metalúrgica Barra Mansa e DuPont do Brasil S/A.

No setor terciário a área comercial e de serviços é alimentada pela dinâmica industrial do município, e também por sua característica de entroncamento rodoviário. O setor das Comunicações destacou-se devido ao incremento da telefonia fixa (PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA MANSA, 2007b).

#### 4.1.1.2. Índice de Desenvolvimento Humano por Município - IDHM

O Índice de Desenvolvimento Humano por Município consiste na posição ocupada pelo município em relação aos outros municípios do Estado no que se refere ao desenvolvimento humano. O indicador focaliza o município como unidade de análise, a partir das dimensões de longevidade, educação e renda, que participam com pesos iguais na sua determinação.

O IDHM se situa entre 0 (zero) e 1(um), os valores mais altos indicando níveis superiores de desenvolvimento humano. Os valores distribuem-se em 3 categorias:

- a. Baixo desenvolvimento humano, quando o IDHM for menor que 0,500;
- b. Médio desenvolvimento humano, para valores entre 0,500 e 0,800;
- c. Alto desenvolvimento humano, quando o índice for superior a 0,800.

No ano de 2000, em pesquisa realizada pela Fundação CIDE - órgão vinculado à Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão, Barra Mansa atingiu o índice de 0,806 sendo considerado um bom índice segundo a classificação supracitada (PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA MANSA, 2007b).

#### 4.1.1.3. Situação da Saúde

Barra Mansa possui quatro hospitais, todos localizados na área central da cidade. São eles o Hospital Santa Isabel (mantido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa), o Hospital Santa Maria, o Hospital Menino Jesus de Praga e o Hospital-Maternidade Maria Teresa Sacchi de Moura, construído e administrado com os recursos da prefeitura.

Além do Hospital Maternidade, a rede pública de saúde é complementada por vários centros de referência, 34 Unidades Básicas de Saúde, além do CREMEB (Centro de Referência Médica) e do Laboratório Municipal onde são realizados diversos exames médicos complementares.

Sob coordenação da Secretaria de Saúde da cidade encontra-se também o Hemonúcleo, que atende além de Barra Mansa, outras cidades como Volta Redonda, Rio Claro, Piraí e Barra do Piraí. No local são realizadas, em média, 35 coletas de sangue diariamente. (PREFEITURA MUNICIPAL-BM, 2007a).

## 4.2. O CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BARRA MANSA - UBM

### 4.2.1. CRIAÇÃO DAS FACULDADES DE BARRA MANSA

Eram inúmeras as dificuldades encontradas para a instalação de cursos de nível superior, no interior do Estado do Rio de Janeiro, na década de 60. Após alguns anos de pesquisa no mercado de trabalho e nas condições sócio-políticas, econômicas e culturais da região, foi criada a SOBEU, a 17 de outubro de 1961, sociedade civil sem fins lucrativos, com o objetivo precípua de criar e manter o ensino de nível superior, a fim de atender ao expressivo contingente de jovens da faixa etária do ensino universitário, que buscavam, em cidades distantes, sobretudo no Rio de Janeiro, a continuidade para seus estudos.

Desde sua origem ela se constituiu num projeto universitário. A própria sigla SOBEU - Sociedade Barramansense de Ensino Universitário - indica os objetivos de seus fundadores. Depois, por exigência do CFE, passou a chamar-se Sociedade Barramansense de Ensino Superior, mantendo, porém, a sigla original e os objetivos

iniciais - criar um complexo universitário em Barra Mansa, para atender à região - o Sul Fluminense (UBM, 2001).

Desde a autorização para o funcionamento do primeiro curso, em 1966, as Faculdades de Barra Mansa dedicaram-se, primeiramente, ao ensino de graduação, formando seu quadro de professores, estruturando e reestruturando seus currículos, em atendimento aos preceitos legais do CFE, organizando e reorganizando o ensino, realizando cursos de extensão, aperfeiçoamento e especialização, reciclando o corpo docente, enfim, exercitando as atividades relativas, principalmente, ao ensino (UBM, 2006).

Como seu projeto visava à transformação em Universidade, definiu-se como Missão do UBM “formar profissionais segundo uma visão crítica, criativa e transformadora, realizando pesquisas voltadas para o crescimento econômico e a melhoria da qualidade de vida, colocando-se a serviço da comunidade na análise, interpretação e solução de seus problemas”.

Estavam, portanto, presentes em sua missão a universalidade cultural, a especialização científica e a participação social. Tinha como vocação global tornar-se um centro decodificador das aspirações e necessidades da Região Sul do Estado do Rio de Janeiro, atuando na interpretação de sua realidade, na formação de profissionais qualificados para o mercado ocupacional, na formação acadêmica de pesquisadores, na integração com a comunidade, na difusão cultural e na promoção de bem estar social (UBM, 2006).

Esta missão foi reformulada para adequar-se à condição de centro universitário, modalidade que o Ministério da Educação enquadrou as Faculdades de Barra Mansa para oferecimento de seus cursos. Várias adaptações foram necessárias nos projetos da instituição uma vez que as características, objetivos e compromissos de um centro universitário são distintos da modalidade "universidade".

O credenciamento das faculdades de Barra Mansa, mantidas pela Sociedade Barramansense de Ensino Superior, como Centro Universitário de Barra Mansa – UBM foi concedido, pelo prazo de 3 anos, pelo Parecer nº CES – 7007/97, da Câmara de Ensino Superior do Conselho Nacional de Educação, aprovado no dia 02 de fevereiro de 1997 (UBM, 2006).

O fato de ter sido credenciada como centro universitário após ter se preparado durante 7 anos para se transformar em universidade, levou a instituição a redirecionar seus projetos pedagógicos de modo a focalizar o ensino de excelência como função primordial, a ser obtido pela qualificação do seu corpo docente e pelas condições de trabalho acadêmico oferecidas à comunidade escolar.

Na ocasião do credenciamento em centro universitário a instituição oferecia os seguintes cursos de graduação:

- Direito
- Administração
- Ciências Biológicas
- Matemática
- Pedagogia
- Letras
- Comunicação Social
- Enfermagem e Obstetrícia
- Geografia
- Tecnólogo em Processamento de Dados

A projeção em relação aos Cursos de Graduação, feita na ocasião do credenciamento, foi implantar outros cursos de graduação objetivando a formação de profissionais cujos perfis estavam sendo exigidos pelo mercado de trabalho de forma a contribuir para o desenvolvimento regional.

Definiram-se então os perfis profissionais e os objetivos de novos cursos de graduação tomando-se por base o debate desenvolvido junto aos colegiados de curso, ao corpo docente e às empresas, associações de classe e representações profissionais diversas, sempre à luz das propostas e diretrizes curriculares emanadas dos órgãos competentes e das tendências detectadas no mercado de trabalho.

Foi identificada uma carência direcionada para cursos da área de saúde, sendo então preparados os projetos dos seguintes cursos de graduação:

- Fonoaudiologia
- Fisioterapia
- Medicina Veterinária
- Nutrição
- Farmácia
- Psicologia

Um planejamento acadêmico contínuo e sistemático é desenvolvido pelos coordenadores de curso e professores de forma conjugada com a Coordenadoria de Ensino de Graduação e com o Núcleo Pedagógico (UBM, 2006).

Percebe-se, portanto, a mudança do perfil de cursos oferecidos pela instituição a partir do momento de seu credenciamento como Centro Universitário, o que possibilitou a autonomia para lançamento de novos cursos. É importante ressaltar a participação de diversas esferas da sociedade na indicação dos novos cursos e a predominância de cursos na área de saúde. Isto implicou conseqüentemente em mudanças significativas na estrutura da instituição que visava não somente a abertura dos cursos mas também a qualidade dos programas oferecidos. Este fator está diretamente relacionado à criação da Clínica de Fisioterapia, local onde se desenvolveu o estudo proposto na presente dissertação.

#### 4.2.2. A CRIAÇÃO DO CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE DO UBM

O Centro Integrado de Saúde do Centro Universitário de Barra Mansa - CIS, foi criado em 2000, com o objetivo de unificar a área da saúde do UBM que incluía as faculdades de enfermagem, fonoaudiologia, fisioterapia e nutrição. Em 2001, foi criado o setor administrativo do CIS responsável pelo cadastro dos pacientes, marcação dos atendimentos e pelo espaço físico das clínicas de Fisioterapia, clínica de Nutrição, Núcleo de Enfermagem e Centro de Fonoaudiologia.

A parte administrativa da Clínica ficou então a cargo do CIS que, em consonância com a coordenação do curso de fisioterapia do UBM e Pró-Reitoria Administrativa da instituição gerenciava os aspectos voltados à área tributária, de recursos humanos, dentre outras.

Com o destaque do trabalho desenvolvido na Clínica de Fisioterapia, atestado por meio de prêmios, menções honrosas e homenagens municipais, em 2005 foi encaminhada proposta formulada pela Prefeitura Municipal de Barra Mansa, em conjunto com o Sistema Único de Saúde - SUS através da prefeitura Municipal, visando direcionar os atendimentos fisioterápicos realizados no município para a Clínica do UBM.

#### 4.3. A CLÍNICA DE FISIOTERAPIA DO UBM

A criação da Clínica de Fisioterapia do UBM possibilita o equilíbrio almejado entre a teoria e a prática, ao mesmo tempo que atende às diretrizes curriculares específicas do curso de Fisioterapia. A clínica presta serviços à comunidade de Barra Mansa e municípios vizinhos nas áreas adjacentes (UBM, 2006).

Através da utilização dos instrumentos da moderna Fisioterapia, os acadêmicos atuam em conjunto com fisioterapeutas e profissionais afins, num cenário de interações interdisciplinares, onde as ciências são articuladas, discutidas e refletidas pela comunidade acadêmica, pela equipe de laboratórios e pelos visitantes da clínica. As aulas práticas e o estágio supervisionado são o instrumento facilitador do ensino aprendizagem do Curso de Fisioterapia (UBM, 2006).

Os serviços prestados pela Clínica de Fisioterapia abrangiam a comunidade do bairro Centro da cidade de Barra Mansa e adjacências. A proposta inicial foi fundamentada de forma a oferecer consultas, tratamentos e demais serviços de saúde de qualidade e à custos reduzidos além, obviamente, do caráter didático da proposta, uma vez que os serviços contam com a participação de estagiários, a partir do sexto período do curso de Fisioterapia. O quadro de funcionários da clínica era composto de fisioterapeutas que também exerciam a função de docentes no curso de Graduação.

Este modelo original de funcionamento da Clínica atendeu à comunidade de forma satisfatória. A qualidade no atendimento aos pacientes associada à eficácia do modelo de tratamento proposto levou a resultados excelentes quando considerado o fator resolutividade dos problemas da população, referentes à reabilitação. A eficiência

e eficácia do trabalho desenvolvido na Clínica foi atestado por meio de prêmios municipais e nacionais no âmbito de saúde da comunidade.

A bem sucedida experiência da Clínica possivelmente consistiu de um dos fatores pelos quais, no ano de 2005, foi firmado um convênio entre o Sistema Único de Saúde – SUS, a Prefeitura Municipal de Barra Mansa e o Centro Universitário de Barra Mansa, onde ficou acordado que os atendimentos e tratamentos na área de fisioterapia oriundos dos hospitais públicos da região, passariam a ser direcionados para a Clínica Escola de Fisioterapia do UBM. O encaminhamento destes pacientes passou então a ser realizado por meio de guias médicas da rede do SUS.

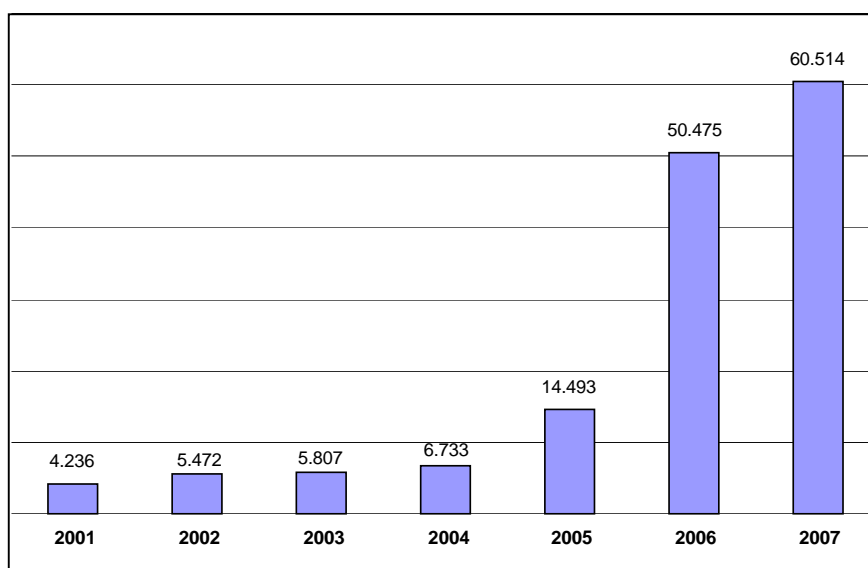
O estabelecimento do referido convênio, obviamente implicou em um aumento significativo no número de atendimentos, que é melhor demonstrado na tabela 1 e no gráfico 3, a seguir.

Tabela 1. Número de atendimentos realizados na Clínica Escola de Fisioterapia do UBM entre os anos de 2001 a 2007

| <b>Ano</b> | <b>Nº de atendimentos</b> |
|------------|---------------------------|
| 2001       | 4.236                     |
| 2002       | 5.472                     |
| 2003       | 5.807                     |
| 2004       | 6.733                     |
| 2005       | 14.493                    |
| 2006       | 50.475                    |
| 2007       | 60.514                    |

Fonte: Centro Integrado de Saúde do Centro Universitário de Barra Mansa. Relatórios estatísticos dos anos 2001 a 2007.

Gráfico 3. Evolução do número de atendimentos realizados na Clínica Escola de Fisioterapia do UBM entre os anos de 2001 a 2007



#### 4.3.1. DIRETRIZES DE FUNCIONAMENTO

A clínica escola de fisioterapia do UBM, como citado no texto acima atente diversas áreas de atuação e realiza atendimentos emergenciais nas mesmas. Ela é dividida em setores:

- Recepção, que conta com uma administradora chefe e 6 estagiários, prestando atendimento aos pacientes em horários diversificados de acordo com os turnos: matutino, vespertino e noturno;
- eletrotermofototerapia, dividida em oito cabines onde encontramos todos os aparelhos necessários para o tratamento de diversas patologias;
- ginásio terapêutico, onde é realizado a cinesioterapia; acupuntura e estética, dividido em três cabines;
- setor cardiorespiratório, que conta com os aparelhos necessários para uma boa reabilitação;
- piscina terapêutica;
- salas de avaliação,
- ginásio de pediatria

O horário de funcionamento da Clínica Escola compreende o período das 07h00 às 22h00, de segunda a sexta feira e aos sábados de 07h00 às 17h00.

Para admissão e permanência dos pacientes e/ou sujeitos que usufruem das atividades desenvolvidas pela clinica, é necessário que solicite-se requisição para fisioterapia com profissional de saúde conveniado ao SUS, solicite agendamento para a clínica de fisioterapia da UBM, na própria instituição, exceto em casos de emergência. Após o agendamento o paciente deverá comparecer para triagem (em dia e hora previamente marcados), onde será avaliado e encaminhado para o tratamento, de acordo com o calendário e horários disponíveis. Após o horário marcado para início do tratamento, o mesmo realizará um número de, no mínimo, dez sessões que poderá ser prorrogado, caso necessário.

Os pacientes podem ter até duas faltas justificadas a cada dez sessões, excedendo-se o número de faltas permitida o paciente será automaticamente desligado do tratamento.

Algumas normas de conduta e frequência à clínica foram estabelecidas, tais como: o consumo estritamente proibido de bebidas alcoólicas e tabagismos de qualquer gênero; realização de lanches e refeições; permanência de acompanhantes durante as sessões de fisioterapia, exceto responsáveis por menores, idosos e pacientes incapazes de tomar decisões, devendo o acompanhante ser previamente autorizado pelo fisioterapeuta ou professor responsável; retirada de prontuários e exames de suas dependências.



#### 4.3.2. A CONSULTA FISIOTERÁPICA

Os pacientes encaminhados à fisioterapia realizam avaliação no primeiro momento da consulta para o preenchimento do prontuário da clínica. Esses prontuários contêm os dados pessoais do paciente (idade, sexo) e dados específicos como história da doença atual, história social, resultado de exames complementares, diagnóstico clínico e diagnóstico fisioterápico.

As áreas de atendimento da fisioterapia atuam em consonância com o curso de fisioterapia do UBM, são: traumatologia-ortopedia, pediatria, neurologia, reumatologia, ergonomia, cardiopulmonar e gerontologia.

#### 4.3.3. PARTICULARIDADES DO CONVÊNIO ENTRE O SUS E O UBM

Na área da saúde, é tarefa bastante complexa gerir serviços em um espaço territorial impregnado de influências políticas. Em contrapartida, o SUS necessariamente deve funcionar mediante a observação de princípios como: descentralização (da gestão do sistema de saúde), regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde. A manutenção da integridade destes princípios muitas vezes demandam a formação e gestão de redes de atenção à saúde que, não necessariamente, encontram-se relacionadas a uma unidade político-administrativa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

no SUS, os estabelecimentos de saúde que conformam um determinado sistema municipal (ou estadual), não são, obrigatoriamente, de propriedade da prefeitura (ou do governo estadual). O mais importante, portanto, é que as ações ali desenvolvidas, quer seja em unidades públicas (municipais, estaduais ou federais) ou privadas (contratadas ou **conveniadas ao SUS**), situadas ou não no território do município ou do estado, estejam organizadas e coordenadas de forma adequada, sob comando do Poder Público. Desta forma, as relações de compra e venda de serviços devem respeitar a relação gestor-gestor nas diferentes esferas de governo, evitando a relação direta entre um gestor e um prestador de serviços situado em outra unidade político-administrativa. Frente ao número e a diversidade dos municípios no país, a relação gestor-prestador tende a favorecer a desintegração do sistema de saúde, o fortalecimento do prestador, a especialização na oferta e a formação de diferentes mercados de ações e serviços de saúde no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004 - *grifo nosso*)

O convênio entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Sociedade Barramansense de Ensino Superior, mantenedora do Centro Universitário de Barra Mansa, foi firmado no dia 02 de fevereiro de 2006.

Prevê como principal objetivo a realização de serviços de fisioterapia aos pacientes do SUS na sede do centro universitário.

Segundo o convênio, a contratação de funcionários fica a cargo da conveniada, bem como seus encargos sociais. Também é responsabilidade da conveniada a compra e manutenção de equipamentos e materiais.

Dentre as responsabilidades principais da convenente (SUS), destacam-se:

- a) divulgação do convênio à população munícipe;
- b) oficialização do convênio junto aos órgãos oficiais que se fizeram necessários;
- c) fiscalização e avaliação da execução do objeto do convênio de forma articulada.

Além das responsabilidades acima descritas, a convenente assume ainda compromissos quanto à fiscalização permanentemente do conveniado no que diz respeito a parecer de auditoria independente para exame de prestação de contas, balanço patrimonial e fatores econômico, financeiros ocorrentes na Entidade e estritamente relacionados aos recursos públicos transferidos ou pagos a conveniada (UBM, 2008).

O convênio prevê ainda que as ações referentes à fiscalização, vistoria, controle e avaliação dos serviços prestados pela Clínica serão exercidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Barra Mansa através de sua *Gerência de Controle e Avaliação - GERCA*, que possui autonomia inclusive de exigir a adequação dos serviços e procedimentos de funcionamento da Clínica se porventura não corresponderem aos termos pactuados (UBM, 2008).

Quanto aos procedimentos de supervisão exercidos pela Secretaria de Saúde, atualmente são feitos em forma de supervisão indireta - por ocasião de visitas técnicas de gerentes do SUS - ou ainda avaliações *in loco*, estipuladas em cronograma próprio elaborado nas reuniões de planejamento do SUS.

É importante observar também que o convênio estipula que mediante critérios de normatização complementar o SUS poderá, em casos específicos, e às expensas da convenente, realizar auditoria especializada buscando verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas comprovadas por ocasião da assinatura do convênio de forma a identificar a possibilidade de qualquer alteração ou modificação que importe em aumento ou diminuição da capacidade do conveniado em cumprir os termos referentes a um atendimento adequado à comunidade (UBM, 2008).

Ainda em relação aos procedimentos de avaliação, foram realizadas três (03) visitas de supervisão desde o fechamento do convênio: uma (01) em 2006 e duas (02) em 2007. No ano de 2008 há previsão de uma visita para o segundo semestre.

Somente à título de observação, o gestor do Centro Integrado de Saúde do UBM pretende utilizar os resultados e conclusão do presente trabalho como subsídio para os supervisores na referida visita.

Em relação a conveniada (UBM), o convênio prevê como principais responsabilidades:

- a) oferecer tratamento fisioterapêutico nos diversos níveis de atenção à saúde, atuando em programas de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde;
- b) contribuir para a manutenção da saúde, bem-estar e qualidade de vida do cidadão barramansense;
- c) possibilitar o desenvolvimento a execução de projetos de pesquisa que contribuam com o Município na produção do conhecimento, socializando o saber científico produzido;
- d) permitir à população de Barra Mansa acesso às inovações tecnológicas pertinentes à práxis profissional do fisioterapeuta;
- e) manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes e o arquivo;
- f) desenvolver atividades de socialização do saber técnico-científico na área de Fisioterapia através de palestras e conferências nas comunidades;
- g) contribuir com a participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS) em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- h) oferecer os seguintes campos de atuação de Fisioterapia: Fisioterapia Cardio-Respiratória, Neuro-Muscular, Traumato-Ortopedia, Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia, Fisioterapia em Pediatria, Fisioterapia Desportiva, Fisioterapia em Ergonomia e Preventiva (UBM, 2008).

No convênio estão ainda resguardadas algumas questões como por exemplo a responsabilidade da conveniada em casos de cobrança indevida feita por profissional empregado em razão da execução dos serviços constantes no convênio. Ou seja, as obrigações de gestão em relação aos recursos humanos empregados na clínica ficam por conta do Centro Universitário de Barra Mansa onde foi implementado um núcleo de gestão de saúde, responsável pelos funcionários da clínica de fisioterapia e pela expansão e coordenação de outros serviços nesta esfera.

As obrigações tributárias inerentes das atividades de saúde, bem como os encargos previdenciários e trabalhistas também ficam sob responsabilidade do Centro Universitário de Barra Mansa.

Outro ponto importante destacado no convênio diz respeito à "responsabilidade civil do conveniado" onde imputa-se a este as responsabilidades pela indenização de dano causado ao paciente decorrente de ação ou omissão voluntária ou de negligência, imperícia ou imprudência praticadas pelos profissionais contratados. Este ponto inclusive motivou a gestão da clínica à criação de normas de comportamento e implicações éticas em relação aos fisioterapeutas contratados.

O convênio firmado entre o SUS e o UBM possui vigência de 12 meses, contados a partir da assinatura do mesmo, podendo ser prorrogado por igual período, por meio de Termo Aditivo Simplificado, celebrado de comum acordo entre as partes (UBM, 2008).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1. QUESTÕES DE PESQUISA

Em relação às dimensões propostas pela tabela *Servqual*, na adaptação do instrumento ficaram convencionados os seguintes parâmetros: A dimensão *tangibilidade* foi avaliada por meio das questões 1, 2 e 3. Os itens 4 e 5 norteiam a pesquisa em relação à dimensão *responsabilidade*. A dimensão *confiabilidade* é representada pelos itens 6, 7 e 8. Já os itens 9 e 10 compõem a dimensão *segurança* e as duas últimas questões - 11 e 12 - englobam a dimensão *empatia*.

Optou-se por apresentar os resultados seguindo a seqüência das cinco dimensões da *Servqual*, analisando os dados tabulados para cada questão do questionário, seguido de discussão analítica, com base em autores específicos, quando for o caso.

#### 5.1.1. TANGIBILIDADE

*Questão 1: A clínica possui equipamentos conservados e modernos*

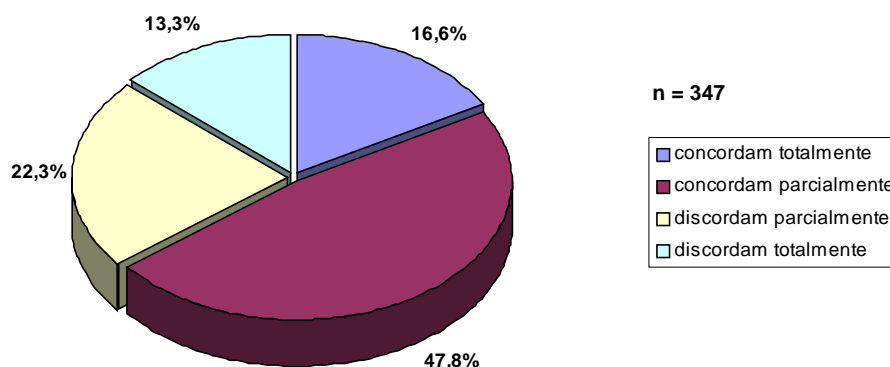


Gráfico 4 - Percentual das respostas obtidas na questão 1: "A clínica possui equipamentos conservados e modernos"

Dentre os 347 participantes da pesquisa, 59 (16,6%) concordam totalmente com a afirmação; 167 (47,8%) concordam parcialmente; 76 (22,3%) discordam parcialmente e; 45 (13,3%) discordam totalmente da afirmação proposta pela questão 1, conforme demonstrado no gráfico 4.

Percebe-se portanto que, em relação à conservação e estado dos equipamentos da clínica, há o predomínio de respostas quanto à concordância parcial dos pacientes.

Quanto totalizado o número de participantes que discordam - tanto parcial quanto totalmente - da afirmação encontra-se o número de 121 participantes, equivalente a quase 1/3 dos respondentes.

Entende-se que este percentual não pode ser desprezado, já que revela aspectos de insatisfação em relação ao maquinário existente na clínica.

Além disso a avaliação sistemática dos equipamentos consiste em fator importante já que este aspecto encontra-se diretamente relacionado à qualidade do serviço prestado. Ou seja, a baixa qualidade dos equipamentos pode interferir na qualidade do tratamento fisioterápico prestado aos pacientes.

Outra sugestão que se faz pertinente é a possibilidade de se proceder uma avaliação junto aos fornecedores dos equipamentos e/ou responsáveis pela manutenção dos mesmos.

*Questão 2: As instalações físicas da clínica são visualmente bonitas e agradáveis*

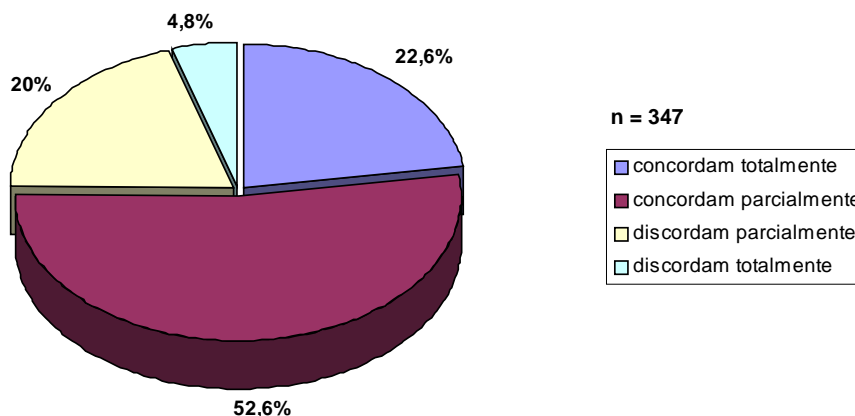


Gráfico 5 - Percentual das respostas obtidas na questão 2: " As instalações físicas da clínica são visualmente bonitas e agradáveis "

Na tabulação dos dados referentes a esta questão foi possível constatar que 79 participantes (22,6%) concordam totalmente com esta afirmação; 182 (52,6%) concordam parcialmente; 69 (20%) discordam parcialmente e; 17 (4,8%) discordam totalmente desta afirmação, conforme demonstrado no gráfico 5.

O número de participantes que discordam - tanto parcial quanto totalmente - da afirmação foi de 86 respondentes, equivalente a, aproximadamente, 25% do tamanho da amostra. Trata-se de um percentual que também não pode ser desprezado, já que indica certa insatisfação em relação às instalações da clínica.

Sugere-se, portanto, uma avaliação quanto a alguns pontos referentes a este aspecto visando uma melhor adequação das instalações. Aspectos como iluminação, circulação de ar, facilidade de acesso à clínica, ruídos externos, dentre outros, podem ser facilmente avaliados e adequados, se for o caso.

*Questão 3: A equipe de saúde mantém aparência e trajas bem cuidados*

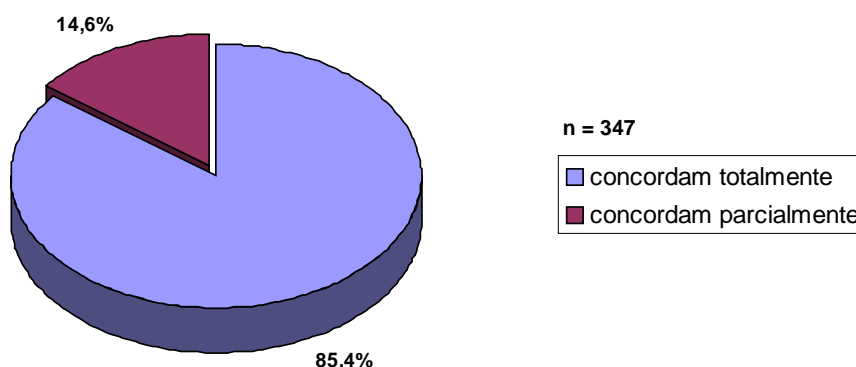


Gráfico 6 - Percentual das respostas obtidas na questão 3: " A equipe de saúde mantém aparência e trajas bem cuidados "

A questão 3 foi o item melhor avaliado na dimensão *tangibilidade*.

A grande maioria dos respondentes (298) concordam totalmente que a qualidade da aparência profissional dos funcionários é satisfatória, perfazendo um percentual de 85,4%. Os 49 respondentes restantes (14,6%) concordam parcialmente com a questão.

### 5.1.2. RESPONSABILIDADE

*Questão 4: Os relatórios e documentos entregues ao paciente são de fácil compreensão*

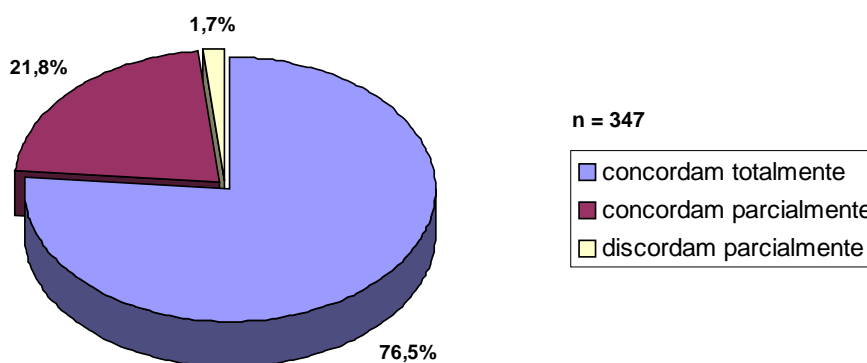


Gráfico 7 - Percentual das respostas obtidas na questão 4: " Os relatórios e documentos entregues ao paciente são de fácil compreensão "

Neste ponto é importante esclarecer que os documentos a que o formulário se refere são os destinados à diagnóstico, prognóstico, receituário e orientações referentes à continuidade do tratamento em domicílio.

O gráfico 7, acima, demonstra que, dos 347 participantes da pesquisa, 266 (76,5%) concordam totalmente que os documentos são de fácil compreensão; 75 (21,8%) concordam parcialmente com esta afirmação; e 06 respondentes (1,7%) discordam parcialmente da afirmação proposta pela questão 4.

Embora a grande maioria dos participantes concorde totalmente quanto à facilidade de compreensão da documentação gerada pelo atendimento fisioterápico, torna-se importante observar o percentual de participantes que concorda apenas parcialmente, juntamente com os que discordam parcialmente com esta afirmação, já que esta questão também encontra-se intimamente associada à qualidade do serviço prestado, uma vez que uma possível deficiência no grau de entendimento do paciente sobre o diagnóstico dado pode interferir diretamente na compreensão do paciente sobre as indicações terapêuticas e conseqüentemente na adesão ao tratamento.

Sugere-se, portanto, uma avaliação em relação ao tempo de consulta, onde a importância deve residir não somente nos procedimentos técnicos do tratamento mas também no processo de anamnese, com explicações mais acessíveis quanto ao tratamento e aos procedimentos terapêuticos.

*Questão 5: Os atendimentos clínicos são realizados no horário marcado*

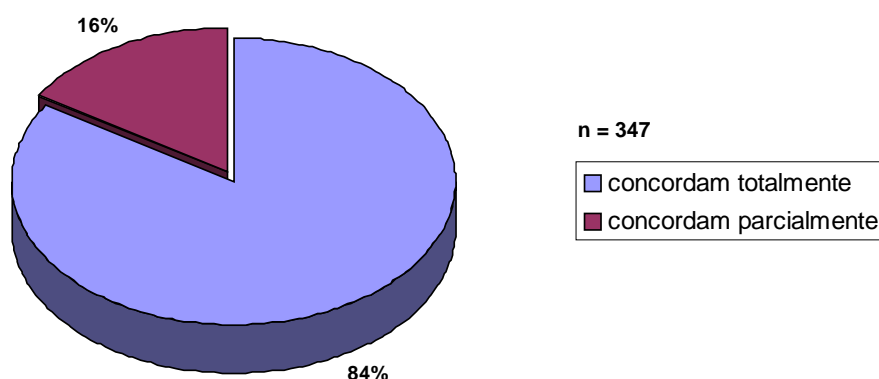


Gráfico 8 - Percentual das respostas obtidas na questão 5: " Os atendimentos clínicos são realizados no horário marcado "

O número de participantes que concordam totalmente com a afirmação foi de 291 indivíduos (84%). Cinquenta e seis respondentes (16%) concordam parcialmente que os atendimentos são realizados no horário marcado, conforme demonstrado no gráfico 8.

Os números demonstram a avaliação positiva da questão 5. A pontualidade do atendimento implica não somente no atendimento fisioterápico mas inicia-se na recepção da clínica, primeiro local onde o cliente é atendido. A pontualidade no horário da consulta inevitavelmente passa pelo atendimento na recepção, já que possíveis contratempos e a ineficiência no atendimento dos recepcionistas afetarão diretamente o horário da consulta.

A pontualidade e o bom atendimento são fatores que manifestam respeito ao cliente e se relacionam diretamente à qualidade do serviço prestado.

Esta questão relaciona-se diretamente com o estudo desenvolvido por Bittencourt e Hortale (2007), citado anteriormente, onde os autores disponibilizam os resultados de uma pesquisa promovida pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde em parceria com o Ministério da Saúde, denominada “A Saúde na Opinião dos Brasileiros”. Na pesquisa foram tratados diversos aspectos que pudessem refletir o posicionamento da população diante do atendimento à saúde prestado pelo SUS. Os aspectos evidenciados pela referida pesquisa como maiores focos de insatisfação foram: a demora em resolver seus problemas de saúde; o tempo de espera para ser atendido pela equipe de saúde e a péssima recepção dos serviços.

Cabe ressaltar ainda as observações de Arroyo (2007) que enfatiza as poucas condições que o paciente possui de avaliar a capacidade técnica do profissional de saúde. E até mesmo por isso ele (o paciente) acaba por transferir essa avaliação para aspectos que são tangíveis e mensuráveis, como por exemplo, o tempo de atendimento. Arroyo resalta ainda que a questão avaliada pelo paciente não reside tanto no tempo de espera e sim no sentido de organização prestado pela instituição. Na verdade o paciente necessita sentir-se seguro de que será atendido dentro dos padrões de atendimento propostos pela própria instituição.

### 5.1.3. CONFIABILIDADE

*Questão 6: Os profissionais demonstram interesse sincero em resolver os problemas dos pacientes*

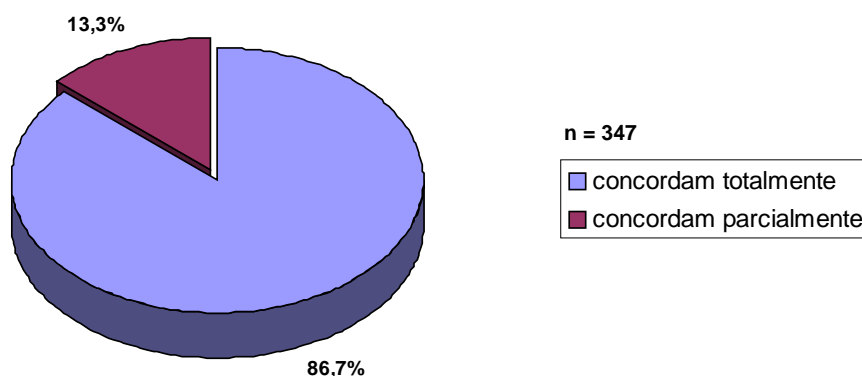


Gráfico 9 - Percentual das respostas obtidas na questão 6: "Os profissionais demonstram interesse sincero em resolver os problemas dos pacientes"

O resultado obtido nesta questão demonstrou uma percepção positiva de qualidade, já que 301 respondentes (86,7%) concordam totalmente com a afirmação de que os profissionais demonstram interesse sincero em resolver os problemas dos pacientes. Os demais 46 participantes, correspondendo a um percentual de 13,3% concordam de forma parcial com esta afirmação. Os percentuais estão demonstrados no gráfico 9.



Nesta questão encontra-se englobado um aspecto bastante subjetivo encontrado na avaliação de serviços de saúde: a relação afetiva entre terapeuta e cliente/paciente.

Gomes e Paiva (2007), enfatizam que este tipo de relação inevitavelmente é desenvolvido durante a prestação do serviço e torna-se um diferencial importante na satisfação do atendimento quando é utilizada como um resgate à humanização do serviço, sem que se abra mão dos aspectos técnicos da atuação profissional.

*Questão 7: A clínica apresenta relatórios e informações sobre o paciente sem erros*

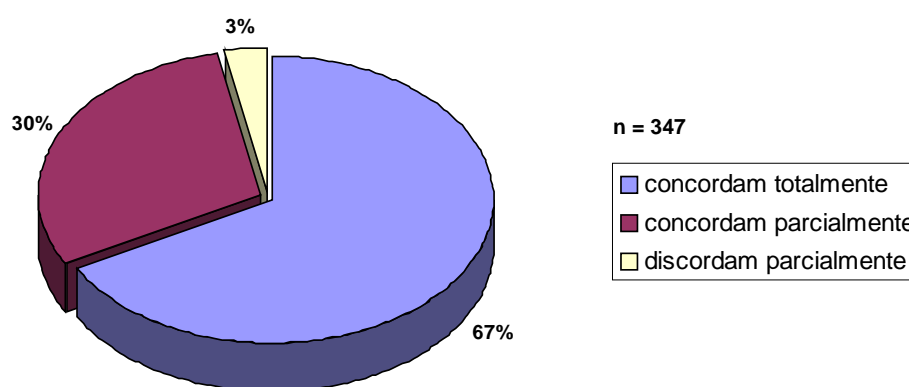


Gráfico 10 - Percentual das respostas obtidas na questão 7: "A clínica apresenta relatórios e informações sobre o paciente sem erros"

A questão 7 foi a que obteve uma percepção de qualidade menos positiva na dimensão confiabilidade. Conforme demonstrado no gráfico 10 acima, 232 respondentes (67%) concordaram totalmente com a afirmação; 104 respondentes (30%) concordaram parcialmente e; 11 respondentes (3%) discordaram parcialmente desta afirmação.

Procedendo observação no sistema de atendimento e consulta desenvolvido na clínica, supõe-se que as pretensas falhas que motivaram a percepção não positiva de mais de 100 respondentes, podem estar associadas ao sistema de atendimento na clínica onde vários atendimentos são feitos por estagiários, docentes, além dos fisioterapeutas contratados. Geralmente, conforme apurado em depoimentos na própria clínica, na falta do terapeuta responsável outro profissional é destacado para realizar o tratamento, que é possível de ser realizado pois toma-se como base o prontuário do paciente, que fica arquivado na clínica.

Esta medida, embora evite que o paciente fique privado do atendimento, envolve um grande risco de falhas na comunicação - nos casos de prontuários desatualizados, por exemplo - bem como prejudica o vínculo entre o cliente e o terapeuta.

Esta atuação conjunta - existente na clínica - de profissionais, estagiários e docentes deve ser bem conduzida a fim de que o atendimento ao paciente/cliente seja

conduzido por apenas 1 (no máximo dois) profissionais. Conforme enfatiza Campos (2002), o vínculo é um dos elementos essenciais para a instituição de uma prática clínica de qualidade permitindo aumentar a eficácia das ações de saúde.

*Questão 8: Na clínica, o comportamento da equipe de saúde transmite confiança aos pacientes*

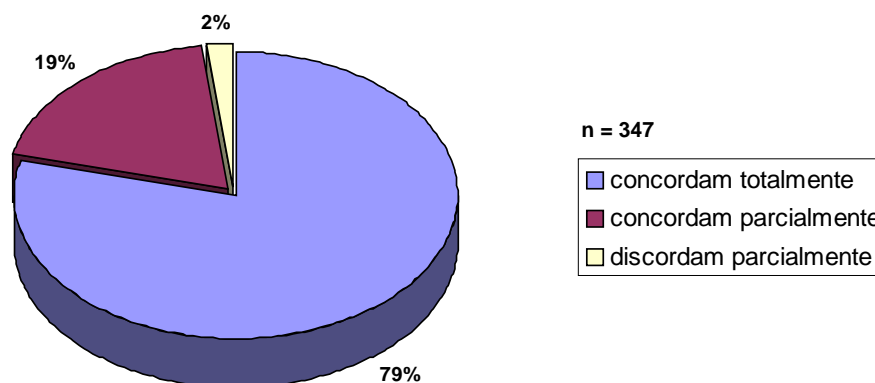


Gráfico 11 - Percentual das respostas obtidas na questão 8: "Na clínica, o comportamento da equipe de saúde transmite confiança aos pacientes"

Dos 347 participantes da pesquisa, 274 respondentes (79%) concordam totalmente com a afirmação; 66 respondentes (19%) concordam parcialmente; e 07 respondentes (2%) discordam parcialmente em relação à confiança transmitida pelo comportamento da equipe de saúde, como demonstrado pelo gráfico 11.

Esta questão integrante do item confiabilidade está envolvida por uma peculiaridade em especial. O teor da afirmação traz em seu bojo implicações de outras questões pertencentes às outras dimensões previstas pela *Servqual*. Ou seja, quando se avalia a questão da transmissão de confiança abordada na questão, deve-se considerar vários contextos para o termo "confiança".

Alguns pacientes podem entender que a equipe transmite confiança no sentido técnico da prestação dos serviços, ou seja, o paciente avalia a confiança transmitida pela equipe tomando por base a eficácia dos resultados alcançados no tratamento. Tem-se desta forma um paralelo com a dimensão *responsabilidade*.

Os pacientes podem também analisar a confiança transmitida pela equipe fundamentados no vínculo natural existente entre o paciente e a equipe, onde o cliente sente-se seguro em relação ao sigilo das informações relativas à sua saúde, baseando esta confiança também em aspectos bastante subjetivos como empatia, afinidade e outros voltados à esfera ética, o que encontra relação com a questão 10 da dimensão *segurança*, cujos resultados serão discutidos mais a frente.

Ainda em relação a questão 8, pelos resultados encontrados, onde a grande maioria concorda com a afirmação proposta na questão, é evidente a percepção positiva de qualidade nesta relação com os pacientes.

#### 5.1.4. SEGURANÇA

*Questão 9: A equipe de saúde da clínica demonstra ter conhecimento adequado para responder as perguntas dos pacientes*

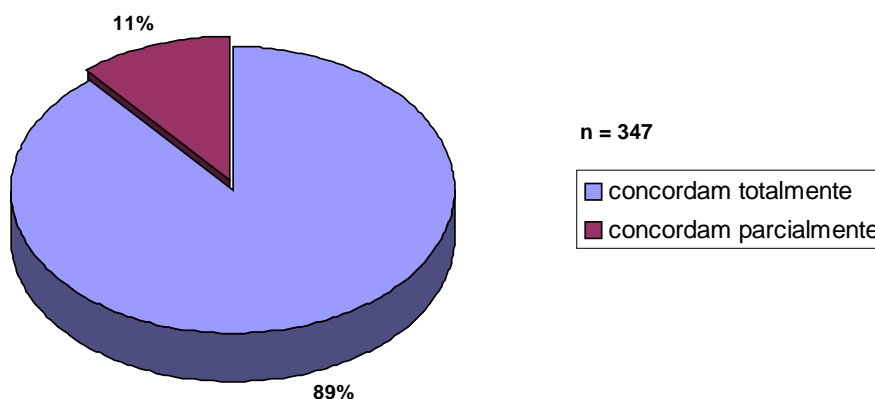


Gráfico 12 - Percentual das respostas obtidas na questão 9: " A equipe de saúde da clínica demonstra ter conhecimento adequado para responder as perguntas dos pacientes"

O gráfico 12 demonstra que na tabulação dos dados referentes a esta questão 309 respondentes (89%) concordam totalmente que os profissionais demonstram ter conhecimento técnico para responderem suas perguntas; e 38 respondentes (11%), concordam parcialmente com esta afirmação.

Ao proceder-se a adaptação da escala *Servqual* optou-se por inserir esta questão, mesmo tendo também sofrido adaptações, já que a escala original prevê a existência de questões que possam aferir a percepção dos clientes quanto ao conhecimento dos profissionais que lhe prestam serviços.

No entanto, é importante ressaltar neste ponto a observação feita por Uran (2001) em relação às dificuldades encontradas para se avaliar serviços de saúde, onde o autor destaca "a dificuldade que os pacientes podem ter em avaliar aspectos técnicos do serviço".

Na dimensão *segurança*, esta questão foi a melhor avaliada pelos participantes da pesquisa.

*Questão 10: Na clínica, o comportamento da equipe de saúde transmite segurança quanto ao sigilo dos dados dos pacientes*

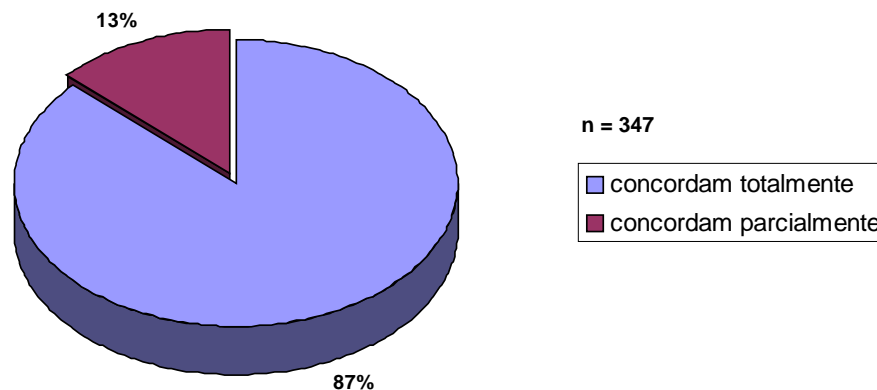


Gráfico 13 - Percentual das respostas obtidas na questão 10: " Na clínica, o comportamento da equipe de saúde transmite segurança quanto ao sigilo dos dados dos pacientes"

Os resultados demonstram a opção de 302 respondentes (87%) pela graduação “concordo totalmente”. A opção “concordo parcialmente” foi escolhida por 45 respondentes, totalizando um percentual de 13% dos participantes, como demonstrado no gráfico 13, acima.

A segurança de dados quanto ao histórico do paciente - e aqui encontra-se envolvido não apenas o histórico da doença, mas também o histórico familiar do paciente, dados que são apurados nos primeiros contatos do paciente com os profissionais da clínica - é de fundamental importância para o sucesso de fatores importantes tais como o estabelecimento do vínculo terapeuta x paciente, a adesão ao tratamento, além de interferir diretamente na qualidade do serviço prestado.

Os resultados apurados após aplicação do questionário demonstram que os profissionais têm desenvolvido meios eficientes no sentido de promover a segurança dos dados dos pacientes, já que todos os entrevistados concordam - de forma total ou parcial - com a afirmativa proposta na questão. No entanto, conforme discutido anteriormente, na clínica há a ocorrência de situações onde o atendimento ao paciente é feito por vários terapeutas - estagiários, docentes e outros profissionais. Torna-se portanto necessário cuidados específicos em relação aos prontuários clínicos, uma vez que o risco de um mau manuseamento de dados é considerável, levando-se em conta que vários profissionais possuem acesso a estes.

### 5.1.5. EMPATIA

*Questão 11: Na clínica, há atenção individualizada aos pacientes*

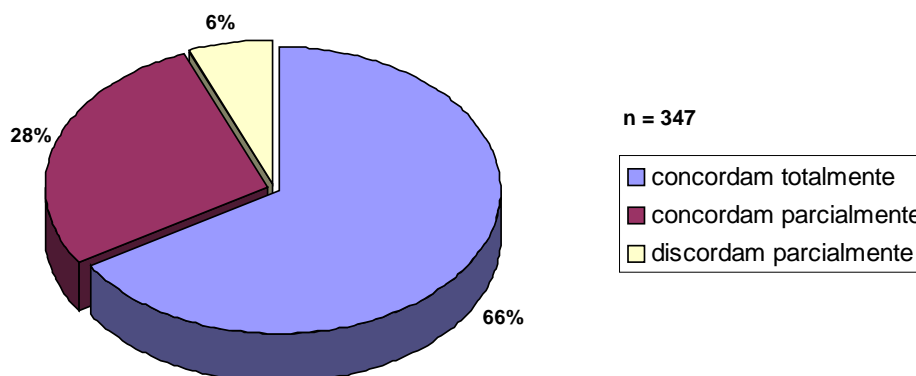


Gráfico 14 - Percentual das respostas obtidas na questão 11: " Na clínica, há atenção individualizada aos pacientes "

O gráfico 14 demonstra que, dos 347 participantes da pesquisa, 229 respondentes (66%) concordam totalmente com a afirmação; 97 respondentes (28%) concordam parcialmente; e 21 respondentes (6%) discordam parcialmente em relação à existência de um atendimento individualizado aos pacientes.

O percentual de indivíduos que concordam parcialmente com a afirmação, somado àquele referente aos que discordam parcialmente, justificam uma reflexão específica em relação ao atendimento prestado aos pacientes.

Obviamente que, torna-se necessário entender que quando um indivíduo busca um serviço de saúde está à procura não somente da prevenção ou resolução de um possível mal-estar. Muitas vezes, ao procurar o serviço de saúde, o paciente traz junto a seu problema - ou até mesmo em decorrência deste - outros fatores, altamente subjetivos, como por exemplo: baixa auto-estima, busca de realização pessoal, contexto histórico familiar, dentre outros. Ou seja, o indivíduo está em busca da satisfação de necessidades mais amplas, relativas ao viver, às inter-relações, proteção social, e outras necessidades que, tratadas apenas no contexto técnico, terminam por ficar deslocadas na prestação do serviço de saúde (MANDU, 2004).

No processo de obtenção dos resultados constatou-se que a presente questão recebeu ainda um comentário escrito, feito no verso do instrumento de pesquisa, onde o respondente registrou o seguinte comentário: "*não tem como dar muita atenção individual pra cada um porque são muitas pessoas e o tempo não sobraria*".

É importante enfatizar que o respondente registrou o comentário como forma de justificar sua escolha pela opção "concordo parcialmente".

Tronchin *et al* (2006b) tratam de forma bem coerente a questão da atenção individualizada em serviços de saúde. Segundo estes autores, na busca de uma melhor qualidade no oferecimento dos serviços a capacitação e atuação técnica do profissional deve residir em equilíbrio com a atenção individual prestada ao paciente. Esta atenção pode consistir em soluções formuladas em conjunto (terapeuta/paciente) levando ao estreitamento do vínculo entre os dois, a relação passa a ser mais respeitosa, seguindo-se de um empenho maior do paciente aos passos do tratamento.

Supõe-se ainda que na pretensa insatisfação - demonstrada pelo percentual de "concordo parcialmente e discordo parcialmente" - estejam envolvidos também fatores como, número de atendimentos excessivo, padrão de atendimento exigido pelo SUS e pela gestão da clínica e necessidade da prestação de contas em relação ao número de consultas feitas ao ano, fator este normatizado diretamente pelo SUS.

*Questão 12: Na clínica, a equipe de saúde demonstra estar profundamente interessada no bem estar dos pacientes*

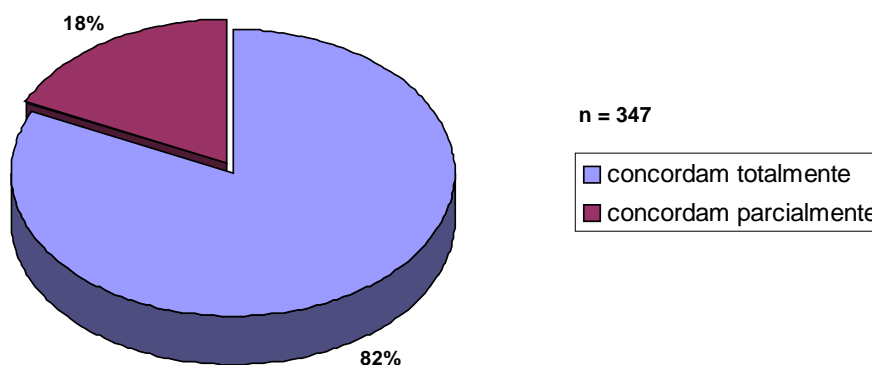


Gráfico 15 - Percentual das respostas obtidas na questão 12: " Na clínica, a equipe de saúde demonstra estar profundamente interessada no bem estar dos pacientes"

Os resultados demonstram que 285 respondentes (82%) assinalaram a opção "concordo totalmente". A opção "concordo parcialmente" foi escolhida por 62 respondentes, totalizando um percentual de 18% dos participantes, conforme demonstrado pelo gráfico 15.

Paiva (2006) ressalta que a prestação de serviços na área de saúde envolve uma ação interativa calcada em valores que levam o profissional de saúde a atuar não somente "para" mas também "com" o paciente sob seus cuidados. Classifica ainda como "serviço de saúde de qualidade" aquele que traz, além de um desempenho técnico impecável um comportamento, por parte do profissional, de compaixão, solidariedade, ajuda - no sentido global e não apenas físico - visando a dignidade do paciente e seu bem-estar.

Percebe-se que a maioria das escalas existentes no meio acadêmico e que buscam apurar a percepção e satisfação dos usuários dos serviços de saúde, associam a empatia -

no sentido de atenção, cordialidade, interesse pelo bem estar do paciente e satisfação - diretamente à percepção dos usuários quanto à qualidade dos serviços desta esfera. Embora o aspecto "empatia" não seja exclusivo da escala *Servqual*, nas avaliações na área de saúde - por aspectos complexos e intangíveis já discutidos anteriormente - ele se torna ainda mais determinante nos resultados finais referentes à qualidade do serviço.

A tabulação dos resultados apurados na questão 12 mostrou que a grande maioria dos pacientes percebe empatia no atendimento prestado pela clínica de fisioterapia.

#### 5.1.6. DIMENSÕES DE QUALIDADE

Além do questionário baseado na Escala *Servqual*, o instrumento de coleta de dados continha as dimensões da escala *Servqual* representadas, cada uma, por uma frase. No preenchimento do questionário, o respondente deveria distribuir o total de 100 pontos entre as cinco dimensões, atribuindo mais pontos para a característica que considerasse mais importante.

Este é outro ponto positivo da Escala *Servqual*, uma vez que cada entrevistado pode ter uma percepção e aspiração diferente em relação à qualidade dos serviços. Ou seja, quando se busca aferir qualidade apenas por meio de questões, mesmo que já consagradas em outras escalas, depara-se com um viés fundamentado no fato de que nos resultados obtidos podem existir variadas percepções quanto à qualidade. Além de serem resultados que não demonstram claramente qual dimensão realmente teve peso na avaliação do cliente.

Por ocasião da realização do pré-teste foi possível verificar o surgimento de dúvidas, por parte dos respondentes, no preenchimento desta parte da tabela. Mesmos com um enunciado contendo as instruções de preenchimento, percebeu-se a dificuldade de alguns pacientes acarretando inclusive em desistência na participação. Em virtude disto, tornou-se necessário o acompanhamento junto ao respondente fornecendo orientações que pudessem tornar mais fácil o preenchimento.

A primeira pergunta feita para auxiliar no preenchimento dos valores das dimensões era: *quanto cada característica é importante pra você quando avalia o serviço oferecido pela clínica?*

Em seguida orientava-se o respondente a distribuir o total de pontos entre as cinco características, atribuindo mais pontos para a característica mais importante. Em seguida, auxiliava-se o respondente na avaliação dos pontos de forma que obtivessem o somatório de 100 pontos.

Persistindo as dificuldades de compreensão no preenchimento realizavam-se três perguntas apontando-se a tabela de características e dimensões:

*Quais dessas características é a mais importante pra você?  
Qual é a segunda característica mais importante pra você?; e  
Qual característica é menos importante pra você?*

A tabela 2 abaixo demonstra as cinco características relacionadas no instrumento de pesquisa.

| Características  | Dimensão                |
|--|-------------------------|
| 1. Aparência das instalações físicas, de pessoal e de equipamentos | <i>Tangibilidade</i>    |
| 2. Execução dos serviços de forma precisa, confiável e segura      | <i>Confiabilidade</i>   |
| 3. Pronto atendimento aos pacientes e suas necessidades            | <i>Responsabilidade</i> |
| 4. Conhecimento, cortesia e confiabilidade da equipe de saúde      | <i>Segurança</i>        |
| 5. Atenção personalizada aos pacientes                             | <i>Empatia</i>          |

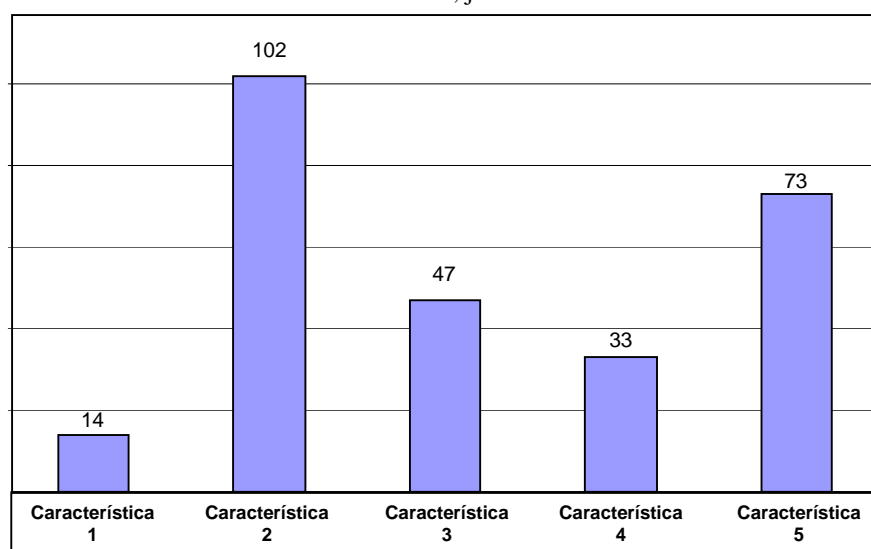
Tabela 2. Características associadas às dimensões da Escala *Servqual*, Barra Mansa - RJ, jul. 2008.

Tomando-se as precauções para o correto preenchimento das questões que envolvem os pesos das dimensões, foi possível constatar pela tabulação dos dados que, dos 347 participantes do estudo, 102 respondentes indicaram a característica 2 como a mais importante na hora de se avaliar a qualidade de um serviço de saúde. A característica 5 foi apontada por 73 participantes; em seguida foram apontadas as características 3, 4 e 1.

Setenta e oito respondentes dividiram os pontos entre as cinco características - 20 pontos para cada - o que leva à suposição de que consideram todas as características importantes, não havendo portanto como apontar uma em especial.

O peso que cada dimensão alcançou na pesquisa, segundo indicação dos participantes está demonstrado no gráfico 16, a seguir.

Gráfico 16. Importância de cada característica da Escala *Servqual* por número de respondentes. Barra Mansa - RJ, jun. 2008.





Conforme relatado anteriormente, a característica apontada pelos participantes da pesquisa como a mais importante no momento de se avaliar serviços de saúde é a característica de número 2.

Esta característica corresponde à dimensão *confiabilidade*, que diz respeito à habilidade ou aptidão que o prestador possui de prestar o serviço com alto padrão de qualidade em diversas esferas e conforme prometido. A dimensão *confiabilidade* estava representada, no formulário de pesquisa, pela frase "Execução dos serviços de forma precisa, confiável e segura".

Garvin (2002) ressalta, em relação à confiabilidade, que quando uma empresa presta um serviço de modo descuidado, cometendo erros possíveis de evitar ou se envolve em falhas por meio de promessas feitas para atrair clientes, acaba por abalar a confiança do cliente, podendo inclusive perder credibilidade em sua reputação mesmo tendo prestado um serviço de qualidade.

Entende-se portanto que, na avaliação dos pacientes da clínica de fisioterapia do UBM, um serviço de qualidade é validado pela eficácia em sua realização. Ou seja, avalia-se o serviço prestado pelo grau de resolutividade em relação ao problema de saúde que o paciente apresentava ao procurar os serviços da clínica.

A segunda característica mais apontada pelos respondentes da pesquisa foi a de número 5, correspondente à dimensão *empatia*. Refere-se à demonstração de interesse pelo bem-estar do paciente, muitas vezes em forma de atenção individualizada dada ao mesmo. Também estão envolvidos nesta dimensão fatores como acessibilidade do profissional, além de sensibilidade e esforço para entender as necessidades dos clientes.

Os resultados da pesquisa vão de encontro ao proposto por Santos (2004) que destaca a atenção, compreensão e sensibilidade do profissional como qualidades apontadas pelos clientes no momento de se submeterem a um serviço de saúde. Além disso, o autor investigou também os motivos que levavam os pacientes a retornarem para uma nova consulta ou para continuarem o tratamento e percebeu que fatores como "nível de atenção dispensada ao paciente" e "prontidão para escutar" foram destacados como determinantes para o retorno dos pacientes.

A característica 3, correspondente à dimensão *responsabilidade* foi a terceira mais indicada pelos participantes da pesquisa como fator de maior peso ao se avaliar a qualidade dos serviços prestados na clínica.

A dimensão *responsabilidade* diz respeito à disposição para auxiliar os pacientes e fornecer o serviço prontamente. No instrumento de pesquisa foi composta por duas afirmações, uma delas abrangendo a questão dos atendimentos clínicos serem realizados no horário marcado.

A quarta característica mais apontada pelos participantes da pesquisa foi a característica 4, que corresponde à dimensão *Segurança*.

A dimensão Segurança inclui características como: competência para realizar o serviço, cortesia e respeito ao cliente, comunicação efetiva com o cliente e a idéia de que o funcionário está, realmente, interessado no melhor para o cliente.

Salomi *et al* (2005) destaca que a dimensão *Segurança* geralmente é vista como importante em modalidades de serviços em que os clientes percebem que há alto risco envolvido como por exemplo, bancos, seguros e serviços advocatícios.

Diante disto, os mesmos autores observam que uma dimensão de qualidade pode assumir um caráter mais importante que outra dependendo do tipo de serviço que é avaliado. Isto justifica também a necessidade de se aferir o peso das dimensões antes da aplicação da Escala *Servqual*.

A dimensão *tangibilidade*, representada pela característica 1: "aparência das instalações físicas, de pessoal e de equipamentos", recebeu a menor importância dentre as cinco características.

Embora seja a dimensão cuja avaliação seja mais fácil, já que lida com aspectos tangíveis, os pacientes entendem que os aspectos de estrutura física, equipamentos, instalações, não são tão determinantes na avaliação da qualidade de um serviço de saúde.

Os resultados encontrados encontram ressonância aos encontrados por Mendonça e Guerra (2007) que elaboraram estudo no sentido de desenvolver e validar um instrumento de medida da satisfação do paciente com o tratamento fisioterapêutico. Os autores elegeram quatro dimensões como indicadoras de satisfação dos usuários. Os resultados encontrados vão de encontro àqueles demonstrados na presente dissertação. Em aspectos relativos à tangibilidade como localização da clínica e disponibilidade do estacionamento, foram encontrados baixos níveis de satisfação.

No mesmo trabalho os autores encontraram resultados que sugerem aspectos como esclarecimento das dúvidas do paciente, a segurança transmitida durante o atendimento, oportunidade para expressar opinião e gentileza e respeito como principais indicadores de satisfação e qualidade em serviço sob o prisma dos pacientes que participaram da pesquisa. Na presente dissertação, este mesmo aspecto - classificado pela *Servqual* como *empatia* - foi destacado em segundo lugar pelos pacientes da Clínica do UBM, que apontaram a dimensão *confiabilidade* como mais importante.

Gomes e Paiva (2007) também desenvolveram estudo em instituições de saúde com foco na avaliação da satisfação do usuário. Os resultados demonstraram considerável insatisfação no tocante à estrutura (tangibilidade), expressa pelas opiniões dos usuários de que as instalações poderiam ser melhoradas e que fariam a diferença no atendimento. Os resultados quanto à dimensão responsabilidade também foram de encontro aos da presente dissertação, especificamente no que se refere à pontualidade no atendimento.

Os resultados encontrados por Paula *et al.* (2003) em pesquisa realizada junto a clínicas conveniadas ao SUS, também indicam os aspectos tangíveis como o ponto fraco encontrado na avaliação dos serviços fisioterápicos prestados. Os autores destacaram a deficiência de aparelhagem destas clínicas e associaram o fato a uma suposta discriminação social, uma vez que as instituições pesquisadas possuíam uma estrutura para atendimento particular e outra para os atendimentos do SUS. Os gestores das clínicas pesquisadas justificaram a deficiência estrutural devido ao fato da demanda do atendimento pelo SUS ser incomparavelmente superior ao atendimento particular.

No mesmo trabalho foi encontrada avaliação bastante positiva em relação à satisfação dos pacientes do SUS com o tratamento. No entanto os autores fizeram questão de ressaltar que esta resposta positiva obtida no tratamento, pode estar associada ao estado de debilitação física dos pacientes que procuram as clínicas e que logo após receberem o tratamento percebem algum resultado positivo, mas enfatizam que isto, por si só, não pode ser levado em conta como qualidade no atendimento.

## 6 CONCLUSÃO

Ao se promover ações de avaliação de qualidade busca-se, de forma direta ou indireta, uma associação à melhoria dos serviços avaliados. As opiniões e percepções dos usuários são importantes indicadores neste processo de avaliação.

A metodologia utilizada neste estudo possibilitou a demonstração de resultados que foram de encontro aos objetivos propostos.

Considerando-se a satisfação do usuário como um dos pilares mais importantes do conceito de qualidade, foi possível concluir que os pacientes participantes da pesquisa avaliam a qualidade dos serviços prestados pela Clínica de Fisioterapia do UBM com um senso de satisfação bastante considerável.

Os resultados obtidos permitiram concluir também que mudanças estruturais tornam-se necessárias na clínica. Tal afirmação encontra consonância com o aumento da demanda de pacientes proveniente do estabelecimento do convênio, dada a obviedade das diferenças na realização de 5.000 para 60.000 atendimentos/ano.

Além desta evidente necessidade de melhorias na estrutura física da clínica, a perspectiva dos usuários levou também à conclusão de haver fortes indícios de falhas no processo de informações e dados dos pacientes, bem como na comunicação entre os profissionais que atuam na clínica. Isto foi bem explicitado na questão 7 onde o percentual de respondentes que concordaram ou discordaram parcialmente da referida questão foi considerável.

Em relação a este ponto, sugere-se uma solução no âmbito da gestão estratégica (contexto no qual o presente trabalho encontra-se inserido): a implantação de ações voltadas à gestão da informação. Este conceito de gestão da informação encontra-se amplamente sedimentado na rotina das organizações modernas sendo pautado em aspectos como aprendizagem, conhecimento, demanda de informação e meios de atender a essa demanda, enfim, baseia-se no estudo da informação e suas características, fluxos e necessidades no sentido de buscar meios de obtenção de vantagem competitiva (MORAES e ESCRIVÃO FILHO, 2006).

No contexto da saúde, pode-se citar e sugerir como modelo o trabalho de Pinho *et al.* (2003) cujos objetivos consistiram em criar e gerir o conhecimento organizacional provendo meios de realçar o papel do profissional de saúde nesse processo, posicionando-o na interseção dos fluxos de informação. O trabalho também objetivou levar os profissionais a compreenderem como avaliar suas situações de trabalho, planificar suas ações e, principalmente, como construir meios para gerir as informações advindas de sua atividade.

Outro trabalho que pode servir como referência foi desenvolvido por Schout e Novaes (2007) que objetivou discutir especificamente uma condição necessária para a qualidade de serviços de saúde: a cultura da valorização da informação clínica, administrativa e de pesquisa, além da adequada gestão dos registros clínicos, estatísticas

dos serviços de saúde e sistemas de informações hospitalares. No referido trabalho, os autores concluem sobre a importância da gestão da informação no âmbito da saúde, da seguinte forma:

A gestão da produção da informação assistencial é parte importante dos processos de gestão da qualidade da assistência e não deve ser tratada como uma tarefa menor e isolada, pois depende e impacta sobre todas as atividades desenvolvidas no hospital. Para que possa haver uma adequada gestão da informação, em geral é necessário que todos os profissionais se sintam partícipes e responsáveis pela sua produção e utilização, isto é, que exista uma cultura institucional de valorização da informação (Schout & Novaes, 2007, p. 942).

O estudo proposto na presente dissertação permitiu também que se chegasse à conclusão de que, dentre as cinco dimensões da Escala *Servqual*, o aspecto *Confiabilidade* foi eleito pelos participantes da pesquisa como o mais importante parâmetro no momento de se avaliar os serviços prestados pela Clínica do UBM.

A dimensão *Confiabilidade*, conforme discutido no referencial deste trabalho e no capítulo referente à tabela *Servqual* (cf. item 3.2.1.1) trata da habilidade ou aptidão que o prestador possui de prestar o serviço com alto padrão de qualidade em diversas esferas e conforme prometido. Arroyo (2007) complementa esta conceituação ressaltando que a *Confiabilidade* envolve aspectos de confiança e exatidão não somente na esfera técnica mas também em relação aos prazos e características do serviço. Ou seja, quando o cliente elege a *Confiabilidade* como fator principal para sua satisfação significa que este deseja que o serviço seja cumprido dentro do prazo, sem modificações e sem erros.

Quanto à suposição exposta na dissertação sobre a existência de uma associação entre a implantação do convênio com o SUS e a qualidade no atendimento aos pacientes/clientes da Clínica do UBM, foi possível concluir que, embora a demanda de pacientes tenha sofrido um aumento significativo decorrente da maior abrangência implicada pelo convênio com o SUS, a produtividade dos serviços prestados - no que se refere ao atendimento propriamente dito - manteve-se em um nível satisfatório de qualidade.

Os fatores que atestam esta conclusão estão fundamentados na boa avaliação obtida nos itens 5 "*Os atendimentos clínicos são realizados no horário marcado*"; e 11 "*Na clínica há atenção individualizada aos pacientes*", onde a grande maioria dos respondentes concordou com estas afirmações.

Por outro lado, os resultados indicam que o aumento da demanda de pacientes implica necessariamente em melhorias da estrutura disponibilizada na clínica, especialmente em relação à atualização e conservação dos equipamentos, fatores que correspondem à questão 1 que, de acordo com a ótica dos usuários, recebeu os menores índices de satisfação dentre as outras 12 questões avaliadas.

Finalmente, sugere-se a utilização dos resultados do presente estudo para possíveis ações de planejamento estratégico desenvolvidas na gestão da clínica pesquisada. Estes resultados, juntamente com o referencial teórico sobre qualidade em serviços de saúde nos levam a sugerir que, seja qual for o modelo de gestão utilizado na clínica, este deve ser adequado de forma a otimizar os recursos e conseqüentemente atuar na melhoria da produtividade e satisfação dos usuários.

Os dados levantados sugerem que atualmente a clínica, nesta fase de gestão SUS, ainda passa por um processo de adaptação, onde mudanças estruturais fazem-se necessárias. Quanto a isto, é necessário entender que tais mudanças possuem características tangíveis possuindo, portanto, grande facilidade em serem entendidas e avaliadas.

Entretanto é preciso que se atente também para os aspectos intangíveis implícitos na avaliação dos serviços de saúde. Desta forma, torna-se necessária a promoção de ações de treinamento e sensibilização de toda a equipe que promove o atendimento aos usuários, de forma que os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde - universalidade, igualdade e equidade - que em virtude do convênio atualmente regem o funcionamento da clínica, sejam assimilados e internalizados em todos os serviços prestados aos pacientes.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACURCIO, F. A.; CHERCHIGLIA, M. L. & SANTOS, M. A., 1991. Avaliação de qualidade de serviços de saúde. *Rev. Saúde em Debate*. Londrina, v. 33 n. 50. 1991. Disponível em: <<http://cebes.iphotel.info/default.asp?siteAcao=mostraPagina&paginaId=185&acao=exibe&pID=8>>. Acesso em: 25/02/2008.
- ANDERSON, E. W.; FORNELL, C. The customer satisfaction index as a leading indicator. In: IACOBUCCI, Dawn (org.). *Os desafios do marketing*. São Paulo: Futura, 2001.
- ANDRÉ, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Desafios para a gestão de unidades básicas de saúde. *Rev. Administração em Saúde*. São Paulo. v. 9, n. 34. p. 16-21. jan-mar. 2007. Disponível em: <[http://www.cqh.org.br/files/RAS34\\_desafios.pdf](http://www.cqh.org.br/files/RAS34_desafios.pdf)>. Acesso em 20/01/2008.
- ANSUJ, A. P.; ZENCKNER, C. L.; GODOY, L. P. Percepção da qualidade dos serviços de odontologia. XXV Encontro Nac. de Eng. de Produção - ENEGEP, Porto Alegre, *Anais*. Rio Grande do Sul, out-nov. 2005.
- ARROYO, C. S. *Qualidade de serviços de assistência à saúde: o tempo de atendimento da consulta médica*. 137 f. Tese (doutorado). Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-04052007-182713/>>. Acesso em: 12/01/2008.
- BARROSO, L. M. M.; GALVÃO, M. T. G. Avaliação de atendimento prestado por profissionais de saúde a puérperas com HIV/AIDS. *Rev. Texto e Contexto em Enfermagem*. Florianópolis - SC. v. 3, n. 16. p. 463-469. jul-set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/a12v16n3.pdf>>. Acesso em: 30/11/2007.
- BEREZOVSKY, A.; HERCOS, B. V. S. Qualidade do serviço oftalmológico prestado aos pacientes ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SUS. *Rev. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, mar-abr. 2006, v. 69, n. 2, p.213-219. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abo/v69n2/29068.pdf>>. Acesso em: 12/01/2008.
- BORBA, G. S.; KLIEMANN NETO, F. S. Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. *Rev. Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 17, n. 1, p. 44-60, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n1/05.pdf>>. Acesso em: 05/01/2008.
- BORGES, J. B. C. *Avaliação da medida de independência funcional - escala MIF - e da percepção da qualidade de serviço - escala SERVQUAL - em cirurgia cardíaca*. 117 p. Tese (doutorado). Programa de Pós-Graduação em Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu - SP, 2006. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=478333&indexSearch=ID>>. Acesso em: 03/12/2007.

BOSI, L. M. L.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Rev. Saúde Pública*. São Paulo. v. 41, n. 1. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/21.pdf>>. Acesso em: 03/12/2007.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. Acesso em 11/12/2007.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em 03/01/2008.

BROKA, B. & BROKA, M. S. *Gerenciamento da Qualidade: Implementando TQM*, passo a passo, através dos processos e ferramentas recomendadas por Juran, Deming, Crosby e outros mestres. São Paulo: Macrobooks, 1994.

BUCHALLA, C. M.; FARIAS, N. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial de Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. jun. 2005. v.8, n.2, São Paulo, p. 187-193. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v8n2/11.pdf>>. Acesso em: 23/02/2008.

CAMPOS, C. E. A. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. *História, Ciências, Saúde -Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.877-906, jul-set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n3/10.pdf>>. Acesso em: 03/01/2008.

CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. *Rev. Saúde em Debate*. Londrina, n. 37, p. 16-19. 2002. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=150886&indexSearch=ID>>. Acesso em: 03/12/2007.

CAVALCANTE, P. *Políticas de saúde do Brasil*. 2007. 143 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFC, Fortaleza - CE. Disponível em: <[www.medsobral.ufc.br/posgraduacao/Políticas\\_de\\_Saude\\_no\\_Brasil](http://www.medsobral.ufc.br/posgraduacao/Políticas_de_Saude_no_Brasil)>. Acesso em: 08/01/2008.

CUNHA Jr., M. V.; BORGES, A. A.; FACHEL, J. M. G. Esquema CBF para a mensuração de satisfação de clientes: uma proposta conceitual e prática. Encontro Nacional da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração, 22., 1998, Foz do Iguaçu. *Anais*. Foz do Iguaçu: ANPAD, 1998.



DEMING, Edwards W. *Qualidade, a revolução na Administração*. São Paulo: MacGraw-Hill, 1989. Disponível em: <[http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate\\_n53.pdf#page=84](http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n53.pdf#page=84)>. Acesso em: 12/10/2007.

DIAS, F. H. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde (consultórios médicos). V SEMEAD - Seminários de Administração da FEA/USP, *Anais*. São Paulo, 2001.

ELEUTÉRIO, S. A. V.; SOUZA, M. C. A. F. Qualidade na prestação de serviços: uma avaliação com clientes internos. *REGE-USP - Revista de Gestão USP*. São Paulo, v.9, n.3, p.53-64, jul/set. 2002. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/v9n3art5.pdf>>. Acesso em: 22/11/2007.

FEDOROFF, P. *Servqual. 12 Manage Rigor and Relevance*. 2006. Disponível em: <[http://www.12manage.com/methods\\_zeithaml\\_Servqual\\_pt.html](http://www.12manage.com/methods_zeithaml_Servqual_pt.html)>. Acesso em 23/11/2007.

FELDMAN, L. B.; CUNHA, I. C. K. O. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. *Rev. Latino-americana de Enfermagem*. São Paulo. v. 4, n. 14. p. 540-545. jul-ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a11.pdf>. Acesso em: 09/12/2007.

FERRI, S. M. N.; PEREIRA, M. J. B.; MISHIMA, S. M.; CACCIA-BAVA, M. C. G.; ALMEIDA, M. C. P. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* v.11, n.23, p.515-29, set/dez 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a09v1123.pdf>>. Acesso em: 23/01/2008.

FIGUEIREDO, N. M, A. *Ensinando a cuidar em saúde pública*. Rio de Janeiro: Ed. Yendis, 1998.

FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. J. *Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia de informação*. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

FRANCO, S. C.; CAMPOS, G. W. S. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. *Caderno de Saúde Pública*. n.1. v.14, Rio de Janeiro, jan-mar. 1998. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1998000100014](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000100014)>. Acesso em: 12/11/2007.

GAIOSO, V. P. *Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da Saúde da Família no município de Ribeirão Preto - SP*. 2007. 155 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, USP, Ribeirão Preto - SP. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-26032007-163830/>>. Acesso em: 08/01/2008.

GARVIN, David A. *Gerenciando a qualidade: a visão estratégica e competitiva*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2002.

GERSCHMAN, S.; SANTOS, M. A. B. O sistema único de saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. *RBCS - Revista Brasileira de Ciências Sociais*. v.21, n.61, p.178-227, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v21n61/a10v2161.pdf>>. Acesso em: 03/01/2008.

GOMES, E. L. R.; PAIVA, S. M. A. Assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.15, n. 5, set-out., p.973-979, Ribeirão Preto - SP, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt\\_v15n5a13.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a13.pdf)>. Acesso em: 28/01/2008.

GUIMARÃES, R.; ANGULO-TUESTA, A. (orgs.). *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*. Ministério da Saúde: Brasília - DF, 2004. Disponível em: <<http://www.urbal.piracicaba.sp.gov.br/Italiano/download/Sa%FAde%20no%20Brasil%20-%20Carlos%20Monteiro.pdf#page=45>>. Acesso em 04/01/2008.

HART, C. W. L; HESKETT, J. L; SASSER JR., W. E. *Serviços revolucionários: mudando as regras do jogo competitivo na prestação de serviços*. São Paulo: Pioneira, 1994.

HUSSEIN, M. O. A qualidade total e o caso brasileiro. *RAM - Revista de Administração Mackenzie*, v. 7, p. 136-156, 2007. Disponível em: [www.mackenzierio.edu.br/pesquisa/cade3/qualidade\\_total\\_caso\\_brasileiro\\_.doc](http://www.mackenzierio.edu.br/pesquisa/cade3/qualidade_total_caso_brasileiro_.doc) a qualidade total e o caso brasileiro. Acesso em: 28/10/2007.

ISHIKAWA, K. *Controle de qualidade total à maneira japonesa*. Rio de Janeiro: Campus. 1993.

IVAN, G. C. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei orgânica da saúde*. São Paulo: Hucitet, 1995.

KITAHATA M. M.; TEGGER; M. K.; WAGNER, E. H.; HOLMES, K. K. Comprehensive health care for people infected with HIV in developing countries. *BMJ Medical Journal*. v. 325, p. 954-957, 2002. Disponível em: <<http://www.bmj.com/cgi/reprint/bmj%3b325/7370/954>> Acesso em: 16/01/2008.

KURCGANT, P.; TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. *Acta Paul. Enfermagem*. v. 1, n. 19, p. 88-91, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a14v19n1.pdf>>. Acesso em: 02/01/2008.

LACOMBE, A.; MORAES, M. N. Medição de Qualidade em Serviços de Distribuição: Um Estudo de Caso. *Anais... 23º ENANPAD - Rio de Janeiro, RJ, Brasil*, Disponível em: <<http://66.102.1.104/scholar?hl=pt->

R&l=r=&q=cache:Suh0Tol7OyQJ:www.anpad.org.br/enanpad/1999/dwn/enanpad1999-ols-05.pdf+%22qualidade+de+servi%C3%A7os%22>. Acesso em: 25/01/2008.

LAS CASAS, A. L. *Qualidade total em serviços: conceitos, exercícios, casos práticos*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LAZERIS, A. M.; CALVO, M. C. M.; REGIS FILHO, G. I. A formação de recursos humanos em odontologia e as exigências do setor público - uma contribuição para serviços de saúde públicos e de qualidade. *Rev. Odonto-Ciência*. Santa Catarina. v. 22, n. 56. p. 166-176. abr-jun. 2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fo/article/viewFile/1270/995>>. Acesso em: 28/11/2007.

LOPES, H. E. G.; LEITE, R. S.; LEITE, D. S. O que realmente importa? Um estudo sobre os fatores determinantes da qualidade percebida no curso superior de uma instituição do Centro-Oeste de Minas Gerais. *REAd - Revista Eletrônica de Administração*. Rio Grande do Sul - RS. v. 13, n. 2. mai-ago, 2007. Disponível em: <[http://www.read.ea.ufrgs.br/edicoes/download.php?cod\\_artigo=562&cod\\_edicao=57&resumo\\_r=qualidade&pagina=1&acao=busca](http://www.read.ea.ufrgs.br/edicoes/download.php?cod_artigo=562&cod_edicao=57&resumo_r=qualidade&pagina=1&acao=busca)>. Acesso em: 12/12/2007.

LOPES, L. F. D.; ZANELLA, A. Identificação de fatores que influenciam na qualidade do ensino de matemática, através da análise fatorial. *Revista Eletrônica Sistemas & Gestão*. v. 2, n. 2, p. 162-174. Ago. 2007. Disponível em: <[http://www.latec.uff.br/sg/arevista/Volume2/Numero2/SG073\\_2006.pdf](http://www.latec.uff.br/sg/arevista/Volume2/Numero2/SG073_2006.pdf)>. Acesso em: 12/12/2007.

LOURES, C. A. S. Um estudo sobre o uso da evidência física para gerar percepções de qualidade em serviços: casos de hospitais brasileiros. 2003. 219 f. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-22122003-131227/>>. Acesso em: 28/10/2007.

MACHADO, C. V. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.9, p. 2113-2126, set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/12.pdf>>. Acesso em: 05/01/2008.

MANDU, E. N. T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. v. 12, n. 4. p. 665-675. jul-ago. Ribeirão Preto - SP, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a13.pdf>>. Acesso em 04/01/2008.

MARCHETTI, R. Z.; PRADO, P. H. M. Um *tour* pelas medidas de satisfação do consumidor. *RAE - Rev. Adm. Empresas*. FGV. n. 41, v. 4, p. 56-67. 2001. Disponível em: <<http://www.rae.br/artigos/1086.pdf>>. Acesso em: 12/12/2007.

MARCINEIRO, N. *Implantação do gerenciamento pela qualidade total na Polícia Militar de Santa Catarina: um estudo de caso*. 2001. 220 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção e

Sistemas. UFSC, Florianópolis - SC. Disponível em: <<http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/3063.pdf>>. Acesso em: 12/12/2007.

MATSUDA, L. M. *Satisfação profissional da equipe de enfermagem de uma UTI adulto: perspectivas da gestão para a qualidade*. 2000. 240 f. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Disponível em: <<http://dedalus.usp.br:4500/aleph/por/usp/usp/dedalus/full/1274661>>. Acesso em: 12/02/2008.

MENDONÇA, K. M. P. P.; GUERRA, R. O. Desenvolvimento e validação de um instrumento de medida da satisfação do paciente com a fisioterapia. *Rev. Brasileira de Fisioterapia*. São Carlos - SP, v. 11, n. 5. p. 369-376. set-out. 2007. Disponível em: <[http://www.sumarios.org/pdfs/545\\_2589.pdf](http://www.sumarios.org/pdfs/545_2589.pdf)>. Acesso em: 18/10/2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*. Brasília - DF, 2004, 306 p. Disponível em: <<http://www.urbal.piracicaba.sp.gov.br/Italiano/download/Sa%FAde%20no%20Brasil%20-%20Carlos%20Monteiro.pdf#page=45>>. Acesso em: 12/01/2008.

MIRANDA, C. L. *Satisfação do cliente em supermercados: a avaliação da qualidade dos serviços*. 2001. 182f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis, SC. Disponível em: <<http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/9319.pdf>>. Acesso em: 27/01/2008.

MORAES, G. D. A.; ESCRIVÃO FILHO, E. A gestão da informação diante das especificidades das pequenas empresas. *Rev. Ciência da Informação*. Brasília. v. 35, n. 3, p. 124-132. set-dez 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ci/v35n3/v35n3a12.pdf>> Acesso em: 22/03/2008.

MOREIRA, K. C. S. *Implementação dos princípios da qualidade total na gestão de recursos humanos: estudo de caso*. 2000. 274 f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção), Universidade Federal de Santa Catarina - SC. Disponível em: <http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/2380.pdf>. Acesso em: 10/10/2007.

NASCIMENTO, I. J.; LEITÃO, R. E. R.; VARGENS, O. M. C. A qualidade nos serviços de saúde pública segundo enfermeiros que gerenciam unidades básicas de saúde. *Rev. de Enfermagem da UERJ*. Rio de Janeiro. v. 3, n. 14. p. 350-356. jul-set. 2006. Disponível em: <[http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-35522006000300005&lng=pt&nrm=isso](http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522006000300005&lng=pt&nrm=isso)>. Acesso em 01/12/2007.

NOGUEIRA, R. P. *Perspectivas da Qualidade em Saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Humanização da assistência e formação do profissional de saúde. *Psychiatry On-Line Brazil*. v. 8 n. 4, maio 2003. Disponível em <[http://www.polbr.med.br/ano03/artigo0503\\_1.php](http://www.polbr.med.br/ano03/artigo0503_1.php)> Acesso em: 13/01/2008.

OLIVEIRA, D. C.; SÁ, C. P.; GOMES, A. M. T.; RAMOS, R. S.; PEREIRA, N. A.; SANTOS, W. C. R. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 197-206, jan, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/19.pdf>>. Acesso em 12/01/2008.

OLIVEIRA, T. M. V. Escalas de mensuração de atitudes: Thurstone, Osgood, Stapel, Likert, Guttman, Alpert. *Revista Administração On Line*, v.2 , n.2, Abr./Maio/Jun. 2001. Disponível em: <[www.fecap.br/adm\\_online](http://www.fecap.br/adm_online)>. Acesso em: 12/12/07.

PAIM, C. R. P.; CICONELLI, R. M. Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. *Rev. Administração em Saúde*. São Paulo. v. 9, n. 36. p. 85-92. jul-set. 2007. Disponível em: <<http://www.cqh.org.br/files/RAS36%20-%20auditoria.pdf>>. Acesso em 25/01/2008.

PAIVA, S. M. A. *Qualidade da assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação*. 2006. 166 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, USP, Ribeirão Preto - SP. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-13122006-145412/>>. Acesso em: 22/10/2007.

PAULA, R. F.; MENEZES, A. P. C.; MAIA, D. S. A.; FERNANDES, N. M. G.; ALENCAR, R. G.; BASTOS, S. A. M.; VICENTE JÚNIOR. Comparação entre o atendimento fisioterápico particular e público em Montes Claros (MG). *Revista Científica das Faculdades Pitágoras*. Montes Claros - MG. n. 1, ano 1. p. 23-25, ago. 2003. Disponível em: <<http://www.fip-moc.edu.br/revista/Revista%20-%2000.pdf#page=23>>. Acesso em: 21/03/2008.

PEREIRA, J. L. V.; TOLEDO, G. L. Serviço ao cliente no processo logístico do elo indústria-varejo: um estudo em uma empresa de laticínios refrigerados. *Rev. FAE*. Curitiba, v. 9, n. 1, p. 51-70, jan-jun. 2006. Disponível em: <[http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/revista\\_da\\_fae/fae\\_v9\\_n1/rev\\_fae\\_v9\\_n1\\_05\\_jorge\\_luiz.pdf](http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/revista_da_fae/fae_v9_n1/rev_fae_v9_n1_05_jorge_luiz.pdf)>. Acesso em: 15/11/2007.

PINHO, D. L. M.; ABRAHAO, J. I.; FERREIRA, M. C. As estratégias operatórias e a gestão da informação no trabalho de enfermagem, no contexto hospitalar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, mar-abr. 2003, v.11, n.2, p.168-176. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v11n2/v11n2a05.pdf>>. Acesso em: 03/03/2008.

PNASS – *Manual do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde*. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/pnass.pdf>>. Acesso em: 25/01/2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA MANSA. Plano Plurianual 2006/2009. Secretaria Municipal de Governo, 2007a, 366 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA MANSA. Relatório de Atividades 2007. Secretaria Municipal de Desenvolvimento, 2007b, 322 p.

QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B.; MARQUES, J. F.; CAVALCANTE, A. M.; MOREIRA, K. A. P. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. *Rev. Texto e Contexto em Enfermagem*. Florianópolis - SC. v. 3, n. 16. p. 479-487. jul-set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/a14v16n3.pdf>>. Acesso em: 19/11/2007.

RESENDE, S. P. *Percepção dos clientes sobre a qualidade do serviço prestado por uma empresa no ramo de mineração e transportes: uma aplicação do instrumento SERVQUAL modificado*. 2004. Tese (Doutorado). Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Minas Gerais, MG. Disponível em: <<http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/4307.pdf>>. Acesso em: 10/10/2007.

RICCI, S. M. *Qualidade total no ensino superior: estudo de caso na UNIMEO/CTESOP de Assis Chateaubriand-PR*. 2003. 140 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção), Universidade Federal de Santa Catarina - SC. Disponível em: <<http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/9172.pdf>>. Acesso em: 09/10/2007.

RONCATI, V. L. C. *Relação entre os atributos da qualidade de um serviço de reabilitação ambulatorial e os padrões do modelo de acreditação*. Joint Commission on accreditation of health care organizations: a visão do cliente. 2002. Tese (Doutorado) São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo, SP. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/bvsSP/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=TESESSP&lang=p&format=detailed.pft&indexSearch=ID&exprSearch=334112>>. Acesso em: 10/10/2007.

SALOMI, G. G. E.; MIGUEL, P. A. C.; ABACKERLI, A. J. Servqual x Servperf: comparação entre instrumentos para avaliação da qualidade de serviços internos. *Revista Gestão & Produção*. maio-ago. 2005. v.12, n.2, São Carlos - SP, p. 279-293. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/gp/v12n2/26094.pdf>>. Acesso em: 18/02/2008.

SAMPAIO FILHO, M. C.; PINHEIRO, C. A. M.; BRANDÃO, L. H. G.; NOVAES, M. J. S.; SANTOS, R. L. P. M. *Qualidade no atendimento x cliente satisfeito - Programa de Qualidade no Atendimento da SEFAZ e seus Reflexos Junto aos Clientes/Usuários*. 2003. 139 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Gestão Tributária), Universidade de Salvador. Disponível em: <[http://intranet.sefaz.ba.gov.br/gestao/rh/treinamento/dissertacao\\_carlos\\_luis\\_maria\\_rodolfo.pdf](http://intranet.sefaz.ba.gov.br/gestao/rh/treinamento/dissertacao_carlos_luis_maria_rodolfo.pdf)>. Acesso em: 10/10/2007.

SANTOS, C. A. Qualidade na Prestação dos Serviços: a visão do cliente com relação ao serviço esperado e o serviço previsto e os seus determinantes. *Rev. Colección ESADE*. Barcelona. Disponível em: <[www.administradores.com.br/producao\\_academica/qualidade\\_na\\_prestacao\\_dos\\_servicos/388/download/](http://www.administradores.com.br/producao_academica/qualidade_na_prestacao_dos_servicos/388/download/)>. Acesso em: 08/11/2007.

SANTOS, N. S. *Componentes e atributos que configuram a qualidade na relação médico-paciente*. 124 f. Tese (doutorado). Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004. Disponível em: <<http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/5474.pdf>>. Acesso em: 11/01/2008.

SCHOUT, D.; NOVAES, H. M. D. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, jul-ago. 2007, v.12, n. 4, p. 935-944. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/12.pdf>>. Acesso em: 26/03/2008.

SENNA, M. C. M.; ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica*, fev-mar. 2007, v. 21, n. 2, p.164-176. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>>. Acesso em: 18/01/2008.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. *Rev. Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 81-92, set./dez. 1999. 22/01/2008.

SILVA, A. O.; FRANCA, C. O.; MELO, C. O.; PEDROSA, R. S. *Qualidade dos serviços oferecidos por instituições públicas e privadas de Salvador nos cursos de especialização em Administração*. Salvador, 2004. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços), Universidade Federal da Bahia - BA. Disponível em: <[http://www.adm.ufba.br/pub/publicacao/6/CPA/2004/272/qualidade\\_dos\\_servicos\\_oferecidos\\_por\\_instituicoes.pdf](http://www.adm.ufba.br/pub/publicacao/6/CPA/2004/272/qualidade_dos_servicos_oferecidos_por_instituicoes.pdf)>. Acesso em: 10/10/2007.

TEBOUL, J. *Gerenciando a dinâmica da qualidade*. Rio de Janeiro: Qualitymark. 1991.

TOFOLI, E. T. & TÓFOLI, I. A busca da qualidade no atendimento em empresas do setor supermercadista da região noroeste do Estado de São Paulo. *Facef Pesquisa*. v.9 n.1, 2006. Disponível em <<http://www.facef.br/facefpesquisa/2006/nr1/v9n1artigo6.pdf>> Acesso em: 11/10/2007.

TRIOLA, M. S. *Introdução à Estatística*. 7. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1999.

TRIVIÑOS, A. N. *Introdução à pesquisa em ciências sociais*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1998.

TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; MOTA, N. V. V. P. Indicadores de qualidade de enfermagem: uma experiência compartilhada entre instituições integrantes do Programa de Qualidade Hospitalar. *Rev. O Mundo da Saúde*, v. 30, n. 2. 2006b. Disponível em: <[http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo\\_saude/35/indicadores\\_qualidade.pdf](http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/35/indicadores_qualidade.pdf)>. Acesso em: 03/12/2008.

TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; TSUNECHIRO, M. A.; GUALDA, D. M. R. O olhar dos usuários de um hospital de ensino: uma análise da qualidade assistencial às gestantes e aos recém-nascidos. *Texto contexto - Enferm.*, Florianópolis, v. 15, n. 3, 2006a. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000300003&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000300003&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 10/10/2007.

UBM - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BARRA MANSA. Centro Integrado de Saúde do Centro Universitário de Barra Mansa. *Relatórios estatísticos dos anos 2001 a 2007*. Barra Mansa, 2007, 98 p.

UBM - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BARRA MANSA. Comissão Própria de Avaliação Institucional. *Convênios*. Barra Mansa, 2008, 114 p.

UBM - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BARRA MANSA. PPI - Plano de Desenvolvimento Institucional, Barra Mansa, 2006. 148 p.

UBM - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BARRA MANSA. Proposta de reconhecimento da Universidade de Barra Mansa (UBM) a partir das Faculdades de Barra Mansa. v 1. Processo CFE nº 23001.000442/90-90, Barra Mansa, 2001. 349 p.

URDAN, A. T. A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente. *RAE - Revista de Administração de Empresas*. São Paulo. v. 41, n. 4. p. 44-55. out-dez. 2001.

Disponível em:

<<http://www.rae.com.br/eletronica/index.cfm?FuseAction=Artigo&ID=22&Secao=OPERA/LOGI&Volume=1&numero=1&Ano=2001>>. Acesso em: 23/01/2008.

WERKEMA, M. C. C. *As ferramentas da qualidade no gerenciamento de processos*. Belo Horizonte: Editora EDG, 1995.

WHITELEY, R. C. *A empresa totalmente voltada para o cliente: do planejamento à ação*. 14. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

YOSHIMOTO, Tsikara. *Qualidade, produtividade e cultura: o que podemos aprender com os japoneses*. São Paulo, Saraiva, 1992.

ZANON, U., CHAVES, P. L. L.; BOLDT, L. V. Evolução dos indicadores de qualidade da assistência médico-hospitalar do Hospital Dona Helena, Joinville-SC. *Rev. Administração em Saúde*. São Paulo. v. 8, n. 33. p. 131-138. out-dez. 2006. Disponível em: <[http://www.cqh.org.br/files/RAS33\\_evolucao\\_dos\\_indicadores.pdf](http://www.cqh.org.br/files/RAS33_evolucao_dos_indicadores.pdf)>. Acesso em 25/01/2008.

ZEITHAML, V. A.; BITNER, M. J. *Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.



## **Apêndice 1**

### **Formulário de Pesquisa**



**Pesquisa sobre a qualidade dos serviços em  
Clínica de Fisioterapia e Reabilitação**

## **INTRODUÇÃO**

O formulário em anexo constitui-se de um instrumento integrante de pesquisa desenvolvida pelo Mestrado em Gestão e Estratégia em Negócios da UFRRJ.

Um dos objetivos da pesquisa é avaliar a qualidade dos serviços prestados pela Clínica de Fisioterapia e Reabilitação do Centro Universitário de Barra Mansa.

Você foi escolhido(a) para participar da referida pesquisa e receberá a ficha com o questionário, porém a participação na pesquisa é voluntária, se você não quiser participar não será obrigado a fazê-lo. Em virtude disso é possível verificar que não há qualquer espaço reservado para a sua identificação. De qualquer forma se o participante desejar se identificar não há problemas.

Ressaltamos que a presente pesquisa é de cunho acadêmico, e que sua participação não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com os profissionais da clínica ou com a instituição.

Para cada item do questionário existem cinco alternativas de resposta. É necessário marcar com um "X" a alternativa que mais se aproxime da sua análise individual de cada item. As quatro alternativas são:

**Alternativa 1** ("concordo totalmente") – marque esta alternativa se você concorda, em todos os pontos, com a afirmação contida no item que está sendo avaliado.

**Alternativa 2** ("concordo parcialmente") – marque esta alternativa se você concorda em alguns pontos com a afirmação no item que está sendo avaliado;

**Alternativa 3** ("discordo parcialmente") – marque esta alternativa se você discorda, em todos os pontos, com a afirmação contida no item que está sendo avaliado;

**Alternativa 4** ("discordo totalmente") – marque esta alternativa se você discorda em alguns pontos com a afirmação no item que está sendo avaliado.

Finalmente, você deverá proceder a alocação de pontos, onde será necessário indicar a importância de cada uma das características alusivas à clínica. Lembre-se: a característica que você considera mais importante na clínica é a que deve receber mais pontos.

Caso haja interesse em manifestar sua opinião sobre qualquer ponto, você poderá fazer uso do verso da folha no espaço denominado "observações".

Finalizando, é importante se manifestar de forma sincera e sem qualquer interferência ou influência de pessoas ou circunstâncias, possibilitando a maior fidedignidade possível aos dados fornecidos.

Muito obrigado.

**1. A clínica possui equipamentos conservados e modernos**

concordo totalmente  concordo parcialmente  discordo parcialmente  discordo totalmente

**2. As instalações físicas da clínica são visualmente bonitas e agradáveis**

concordo totalmente  concordo parcialmente  discordo parcialmente  discordo totalmente

**3. A equipe de saúde mantém aparência e trajas bem cuidados**

concordo totalmente  concordo parcialmente  discordo parcialmente  discordo totalmente

**4. Os relatórios e documentos entregues ao paciente são de fácil compreensão**

concordo totalmente  concordo parcialmente  discordo parcialmente  discordo totalmente

**5. Os atendimentos clínicos são realizados no horário marcado**

concordo totalmente  concordo parcialmente  discordo parcialmente  discordo totalmente

**6. Os profissionais demonstram interesse sincero em resolver os problemas dos pacientes**

concordo totalmente  concordo parcialmente  discordo parcialmente  discordo totalmente

**7. A clínica apresenta relatórios e informações sobre o paciente sem erros**

concordo totalmente  concordo parcialmente  discordo parcialmente  discordo totalmente

**8. Na clínica, o comportamento da equipe de saúde transmite confiança aos pacientes**

concordo totalmente  concordo parcialmente  discordo parcialmente  discordo totalmente

**9. A equipe de saúde da clínica tem conhecimento adequado para responder as perguntas dos pacientes**

concordo totalmente  concordo parcialmente  discordo parcialmente  discordo totalmente

**10. Na clínica, o comportamento da equipe de saúde transmite segurança quanto ao sigilo dos dados dos pacientes**

concordo totalmente  concordo parcialmente  discordo parcialmente  discordo totalmente

**11. Na clínica, há atenção individualizada aos pacientes**

concordo totalmente  concordo parcialmente  discordo parcialmente  discordo totalmente

**12. Na clínica, a equipe de saúde demonstra estar profundamente interessada no bem estar dos pacientes**

concordo totalmente  concordo parcialmente  discordo parcialmente  discordo totalmente

## Alocação de pontos

Instruções: cinco características referentes à qualidade dos serviços prestados pela Clínica de Fisioterapia e Reabilitação estão listadas abaixo. Você deverá indicar a **importância de cada uma delas**. Isso deve ser feito distribuindo 100 pontos entre as cinco características de acordo com seu grau de importância. Quanto mais importante for a característica mais pontos devem ser usados na avaliação. Assegure que o total da avaliação das cinco características some 100 pontos.

|  | Pontos            |
|--|-------------------|
| <b>Características</b>   |                   |
| 1. Aparência das instalações físicas, de pessoal e de equipamentos | ___ pontos        |
| 2. Execução dos serviços de forma precisa, confiável e segura      | ___ pontos        |
| 3. Pronto atendimento aos pacientes e suas necessidades            | ___ pontos        |
| 4. Conhecimento, cortesia e confiabilidade da equipe de saúde      | ___ pontos        |
| 5. Atenção personalizada aos pacientes                             | ___ pontos        |
| <b>Total</b>   | <b>100 pontos</b> |
| <b>Dados do entrevistado</b>                                       |                   |
| Idade: _____ Sexo: _____   |                   |

## **Anexo 1**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa **Qualidade dos serviços na clínica de Fisioterapia e Reabilitação do Centro Universitário de Barra Mansa - UBM**, no caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador(a) principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

Nome da pesquisa: Qualidade dos serviços na clínica de Fisioterapia e Reabilitação do Centro Universitário de Barra Mansa - UBM

Pesquisador(a) responsável: Jocélio de Souza Maciel

End.: Rua Vereador Pinho de Carvalho, 267, Centro, Barra Mansa - RJ

Tel.: (24) 3340-4767

**OBJETIVOS:** Avaliar a qualidade dos serviços que vêm sendo prestados pela Clínica de Fisioterapia.

**PROCEDIMENTOS DO ESTUDO:** Aplicação de um questionário com 12 questões fechadas (para marcar "x").

**RISCOS E DESCONFORTOS:** A presente pesquisa não envolve qualquer tipo de risco previsível.

**BENEFÍCIOS:** Os resultados encontrados na avaliação serão apresentados e discutidos juntamente com os profissionais e gestores da clínica o que implicará, supostamente, em melhorias no serviço prestado.

**CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE:** Não haverá nenhum gasto com sua participação e os procedimentos não implicarão em nenhuma cobrança. Você também não receberá nenhum pagamento pela sua participação.

**CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA:** Na pesquisa está garantido o sigilo em relação à sua identificação. O formulário de pesquisa não prevê espaço para nome, endereço ou qualquer dado que possa identificá-lo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Voluntário

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável

## **Anexo 2**

### **Termo de Compromisso do Pesquisador**

## Termo de Compromisso do Pesquisador

Eu, JOCÉLIO DE SOUZA MACIEL, responsável pelo desenvolvimento da pesquisa, intitulada “*Qualidade dos serviços na clínica de Fisioterapia e Reabilitação do Centro Universitário de Barra Mansa - UBM*”, declaro conhecer o inteiro teor da resolução CNS 196/96, comprometendo-me, desde já, a fazê-la cumprir integralmente nas atividades que desenvolverei no decorrer do projeto, inclusive quanto a legislação complementar relativa à matéria.

Barra Mansa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do Pesquisador Responsável  
CPF:

## **Anexo 3**

### **Parecer de Aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa**





**UBM**

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BARRA MANSA  
Pró-Reitoria Acadêmica  
COPEP - Coordenadoria de Pós-Graduação e Pesquisa

**Parecer do relator da  
Comissão de Ética em Pesquisa Experimental**

**Título:** Qualidade dos serviços na clínica de Fisioterapia e Reabilitação do Centro  
Universitário de Barra Mansa - UBM

**Pesquisador responsável:** Jocélio de Souza Maciel

**Finalidade** (PIPIC Nível I, II ou III, TCC, aulas práticas, outros): Pesquisa para dissertação

Aprovado      Data: 15 / 05 / 08

Aprovado com restrições (v. parecer)

Reprovado

**PARECER**

Sem restrições éticas. O estudo atende às normas da Comissão de Ética em Pesquisa Experimental do Centro Universitário de Barra Mansa.



Relator

Francisco Ricardo Calderaro Nogueira