

SANDRA MARIA FERREIRA DE ALENCAR

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO
PRESTADO PELA UNIDADE MUNICIPAL DE
SAÚDE DA MARAMBAIA SOB A
PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS**

Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro

Vila Real, 2012

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO
PRESTADO PELA UNIDADE MUNICIPAL DE
SAÚDE DA MARAMBAIA SOB A
PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS**

Autora:

Sandra Maria Ferreira de Alencar

Orientadora:

Professora Doutora Carla Susana da Encarnação Marques

Vila Real, 2012

Este trabalho foi expressamente elaborado como dissertação original para efeito de obtenção do grau de Mestre em Gestão sendo apresentado na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

*À DEUS pela grande e feliz
oportunidade dessa existência.*

*À mulher mais extraordinária que
conheci - A MINHA MÃE - com todo
amor, carinho e saudade.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por essa grande e feliz oportunidade, por iluminar meu caminho e guiar minhas escolhas.

- Aos meus pais Antônio e Dalva, agradeço pelo amor e apoio incondicional durante toda a minha caminhada. Amo vocês.
- Ao meu marido Walson Jansen Ferreira Jr., nada do que eu escreva aqui será capaz de expressar a importância que você teve nesta conquista. Muito obrigada por tudo. Te amo.
- Aos meus filhos, amores da minha vida, Bárbara, Marcelo, Fábio e Rafael, obrigada pelo carinho e apoio que vocês sempre me deram.
- À minha orientadora Prof^a Dra. Carla Suzana da Encarnação Marques, que mesmo distante muito me ajudou com seus ensinamentos.
- À Universidade do Estado do Pará pela oportunidade e confiança.
- À SESMA – Secretaria Municipal de Saúde de Belém, por oportunizar a realização deste trabalho.
- Ao professor Ricardo, amigo incondicional de todas as horas, sempre pronto a prestar ajuda e esclarecimentos.
- À professora Margareth Boulhosa, obrigada pelo apoio, principalmente nos momentos difíceis.
- A toda equipe da Unidade de Saúde e usuários, que participaram da pesquisa, os meus sinceros agradecimentos.
- Aos amigos Thiago e Joyce pela paciência, apoio e dedicação nos trabalhos de digitação. Vocês tiveram grande importância na realização desta dissertação.

RESUMO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 tem sido analisada como uma das mais bem sucedidas reformas da área social, tendo em vista o seu caráter universal e igualitário. A inclusão de grande parte da população anteriormente excluída do acesso aos serviços e ações de saúde, em todos os níveis de complexidade, sem dúvida constitui-se em grande avanço. No entanto, em rápido olhar para o cotidiano dos serviços de saúde é suficiente para identificar as deficiências desse sistema. Esta pesquisa objetiva avaliar a qualidade do serviço prestado pela Unidade Municipal de Saúde da Marambaia sob a perspectiva dos seus usuários. A Unidade de Saúde se encontra localizada no bairro do mesmo nome, na cidade de Belém – PA – Brasil. A referida avaliação foi efetivada através da mensuração da satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados pela referida Unidade de Saúde, através da relação entre expectativa e percepção do usuário, com relação ao serviço oferecido, utilizando para esse fim a Escala SERVQUAL, instrumento através do qual se avalia qualidade em cinco dimensões: tangibilidade, empatia, garantia, confiança e presteza. Em todas as dimensões, o resultado foi negativo, evidenciando a insatisfação dos usuários com o serviço prestado pela referida Unidade de Saúde. O estudo contribui para o redirecionamento das práticas de saúde, concedendo à organização um instrumento base para a implementação de programas de melhoria da qualidade e em consequência do grau de satisfação dos usuários.

Palavras-chave: avaliação, qualidade, serviço, escala SERVQUAL, satisfação.

ABSTRACT

The creation of the Unique Health System in 1988 has been analyzed by one of the most well successful reform on the social area, looking for a universal and egalitarian character. The inclusion of a big part of the population previously excluded from accesses to services and health actions, in all the levels of complicity, no doubt, constitutes a big breakthrough. However a quick look at the everyday life of health service is sufficient to identify the deficiencies of the system. This research aims to evaluate the quality of service provided by the health unit of Marambaia from the perspective of users. The health unit of Marambaia is located in the same name neighborhood in the city of Belém, Brazil that evaluation was accomplished through the measurement of users satisfaction in the relationship between expectation and perception of the users in relation to service provided for this purpose using the SERVQUAL scale, an instrument through which to evaluate quality in five dimensions: tangibility, empathy, assurance, reliability in all of them, the result was negative, highlighting dissatisfaction of the users with the service provided by the health unit. This research contributes to the redirection of health practices, giving the organization a basic instrument for implementing quality improvement programs and in consequence, the degree of user satisfaction.

Key Words: Evaluation, quality, service, SERVIQUAL scale, satisfaction.

ÍNDICE

I - DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO.....	1
1.1 A PROBLEMÁTICA DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE	1
1.2 OBJETIVOS.....	4
1.2.1 Geral.....	4
1.2.2 Específicos.....	4
1.2.3 Hipóteses de Investigação.....	4
1.3 ESTRUTURA DA TESE.....	5
II - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	6
2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) – SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL.....	6
2.1.1 O Federalismo Brasileiro e as Políticas de Saúde.....	7
2.1.2 Histórico do Sistema de Saúde Brasileiro.....	8
2.1.3 Princípios do SUS.....	11
2.1.4 Funções Gestoras do SUS.....	12
2.1.5 Estrutura Institucional e Decisória do SUS.....	13
2.2 AVALIAÇÃO.....	14
2.2.1 Conceito.....	14
2.2.2 Avaliação da Qualidade no Serviço de Saúde.....	16
2.3 SERVIÇOS.....	17
2.3.1 Conceitos.....	17
2.3.2 Características do Serviço.....	18
2.3.3 Serviço Público.....	20
2.3.3.1 Princípios do Serviço Público.....	21
2.4 QUALIDADE.....	22
2.4.1 Conceito.....	22
2.4.2 Evolução Histórica da Qualidade.....	23
2.4.3 Qualidade em Serviço de Saúde	26
2.4.4 Modelos de Mensuração da Qualidade.....	27
2.4.4.1 Modelo de Qualidade do Serviço de Grönroos - 1984.....	28
2.4.4.2 Modelo de Gummesson - 1987.....	30
2.4.4.3 Modelo Conceitual de Qualidade dos Serviços ou Modelo dos GAPS de Parasuraman, Zeithaml e Berry - 1985.....	30
2.4.4.4 Instrumento de Medida SERVQUAL (1988).....	32

2.4.5	Percepção do Usuário com Relação a Qualidade do Serviço.....	35
2.5	HUMANIZAÇÃO DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE - ACOLHIMENTO.....	37
2.5.1	Princípios da Política Nacional de Humanização de Atenção do SUS.....	37
III	– METODOLOGIA.....	39
3.1	MÉTODOS E TÉCNICAS DA PESQUISA.....	39
3.1.1	Sobre o Método do Estudo.....	39
3.1.2	Local da Pesquisa.....	41
3.1.3	Caracterização da Amostra.....	41
3.1.4	Técnica de Recolha e Tratamento dos Dados.....	43
3.1.5	Registro, Verificação e Tratamento dos Dados Recolhidos.....	44
IV	- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	46
4.1	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	46
4.1.1	Caracterização da Amostra.....	46
4.1.2	Caracterização dos Funcionários da Unidade Municipal de Saúde da Marambaia.....	46
4.2	ASPECTOS RELACIONADOS AOS USUÁRIOS.....	55
4.3	ASPECTOS RELACIONADOS À GERENCIA.....	63
4.3.1	Missão e Objetivos da Unidade de Saúde.....	63
4.3.2	Participação da Equipe e Usuários na Gestão da Unidade de Saúde.....	63
4.3.3	Referência e Contra Referência.....	64
4.3.4	Estrutura Física, Equipamentos e Demais Insumos, Tais Como Medicamentos, Vacinas, Dentre Outros Necessários Para Realizar o Atendimento do Usuário.....	64
4.3.5	Recursos Humanos.....	64
4.3.6	Instrumentos Gerenciais.....	65
4.3.7	Acesso ao Atendimento.....	65
4.3.8	Identificação de Pontos Fortes e Pontos Fracos Segundo a Gerente.....	65
4.3.9	Percepção da Gerência com Relação a Qualidade do Serviço Prestado pela Unidade Municipal de Saúde da Marambaia aos Seus Usuários.....	66
V	- IDENTIFICAÇÃO DE FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES PARA A CONSTRUÇÃO DO PLANO DE MELHORIAS.....	67
5.1	IDENTIFICAÇÃO DAS FRAGILIDADES DE ACORDO COM AS DIMENSÕES E SEUS REFERIDOS GAPS.....	68
5.2	IDENTIFICAÇÃO DAS POTENCIALIDADES DA UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE DA MARAMBAIA.....	69

VI - CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES.....	70
6.1 CONCLUSÕES DA PESQUISA.....	70
6.2 LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	73
6.3 SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS.....	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS.....	75
ANEXOS.....	87
ANEXO I - INQUÉRITO AOS GESTORES.....	88
ANEXO II - INQUÉRITO AOS FUNCIONÁRIOS.....	96
ANEXO III - INQUÉRITO AOS USUÁRIOS.....	100
EXPECTATIVA DO USUÁRIO.....	101
PERCEPÇÃO DO USUÁRIO.....	105

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo de Gronroos (2003).....	29
Figura 3: Modelo de Parasuramam, Zaithaml e Berry (1993).....	32
Figura 4: Metodologia de investigação.....	40
Figura 5 - Funcionários quanto ao sexo.....	47
Figura 6 – Funcionários quanto ao grupo etário.....	47
Figura 7 - Funcionários quanto ao nível de escolaridade.....	48
Figura 8 - Funcionários quanto ao tipo de vínculo empregatício.....	48
Figura 9 - Funcionários quanto ao tempo de serviço.....	49
Figura 10 –Usuários quanto ao sexo	52
Figura 11 –Usuários quanto ao grupo etário.....	52
Figura 12 – Usuários quanto ao nível de escolaridade.....	53
Figura 13 - Usuários quanto ao estado civil.....	53
Figura 14 – Usuários quanto ao meio de locomoção.....	54
Figura 15 – Usuários quanto ao bairro de residência.....	54
Figura 16 – Usuários quanto a profissão.....	55
Figura 17 – Relação entre a Percepção e a Expectativa dos usuários para as dimensões estudadas com seus respectivos GAPs.....	56
Figura 18 – Relação entre a Percepção e a Expectativa dos usuários para as questões relacionadas à dimensão Tangibilidade.....	57
Figura 19 – Relação entre a Percepção e a Expectativa dos usuários para as questões relacionadas à dimensão Confiabilidade.....	58
Figura 20 – Relação entre a Percepção e a Expectativa dos usuários para as questões relacionadas à dimensão Presteza.....	59
Figura 21 – Relação entre a Percepção e a Expectativa dos usuários para as questões relacionadas à dimensão Garantia.....	60
Figura 22 – Relação entre a Percepção e a Expectativa dos usuários para as questões relacionadas à dimensão Empatia.....	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estrutura Institucional e Decisória do SUS.....	13
Quadro 2 – Abordagens da qualidade segundo Garvin (1992).....	22
Quadro 3 – Síntese das Quatro Eras.....	25
Quadro 4 - Ficha técnica da pesquisa.....	45
Quadro 5 - Características da amostra de funcionários da Unidade de Saúde da Marambaia	46
Quadro 6 – Opinião dos funcionários sobre a Unidade de Saúde.....	50
Quadro 7 - Características da amostra de Usuários da Unidade de Saúde.....	51
Quadro 8 – Percepção e a Expectativa dos usuários com relação às dimensões estudadas e os referidos GAPS.....	55
Quadro 9 – Relação entre a Percepção e a Expectativa dos usuários para as questões relacionadas à dimensão Tangibilidade.....	56
Quadro 10 – Relação entre a Percepção e a Expectativa dos usuários para as questões relacionadas à dimensão Confiabilidade.....	58
Quadro 11 – Relação entre a Percepção e a Expectativa dos usuários para as questões relacionadas à dimensão prestação.....	59
Quadro 12– Relação entre a Percepção e a Expectativa dos usuários para as questões relacionadas à dimensão Garantia.....	60
Quadro 13 – Relação entre a Percepção e a Expectativa dos usuários para as questões relacionadas à dimensão Empatia.....	61
Quadro 14 – Dimensão Tangibilidade	68
Quadro 15 - Dimensão Confiabilidade.....	68
Quadro 16 - Dimensão Presteza.....	68
Quadro 17 - Dimensão Garantia.....	69
Quadro 18- Dimensão Empatia.....	69

LISTA DE SIGLAS

SUS - Sistema Único de Saúde

FSESP - Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IAPS - Instituto de Aposentadoria e Pensões

IAPAS - Instituto de Administrações da Previdência Social

MS - Ministério da Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

COSEMS - Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde

NOAS - Norma Operacional de Assistência a Saúde

LOS - Lei Orgânica da Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ASQC - American Society for Quality Control

ISO - International Organization for Standardization

CAPÍTULO I

DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO

1.1 A PROBLEMÁTICA DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NO SERVIÇO DE SAÚDE

A avaliação é parte fundamental do planejamento e da gestão do sistema de saúde, sendo essencial para a reordenação e execução das ações e serviços redimensionando-os com o objetivo de satisfazer as necessidades da população racionalizando os recursos disponíveis. De acordo com Donabedian (1990): a avaliação da qualidade dos serviços de saúde envolve essencialmente a avaliação de eficiência, eficácia e efetividade de suas estruturas, processo de trabalho e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca da resolubilidade e qualidade.

O estudo da estrutura relaciona-se às características dos recursos utilizados pelo serviço e considera os seguintes aspectos: organização administrativa da atenção, características das instalações, profissionais envolvidos no processo de trabalho considerando-se principalmente aspectos relacionados com o perfil, preparo e experiência.

O processo de trabalho refere-se aos procedimentos empregados no atendimento da população. Esta avaliação estabelece comparação entre os procedimentos realizados pela equipe de trabalho com os estabelecidos como norma.

O resultado está diretamente relacionado com o nível de saúde da população assim como satisfação do usuário e dos profissionais envolvidos no processo. Cada usuário possui uma maneira própria de perceber a qualidade do serviço, assim sendo as pessoas possuem diferentes padrões de qualidade em diferentes momentos da sua vida, pois até mesmo o “estado de espírito do usuário” ao se utilizar do serviço determina a percepção sobre a qualidade do mesmo.

No que se refere a avaliação de qualidade, o autor mais importante é Donabedian, cujos primeiros trabalhos sobre o tema datam dos anos 60, mas que ganhou notoriedade mundial a partir do final dos anos 80. Seu ponto de partida é de que a qualidade não se constitui em um atributo abstrato, mas deve ser construída por meio dos sete pilares da qualidade: otimização, eficiência, eficácia, efetividade, equidade, legitimidade e aceitabilidade (Donabedian, 1990).

As avaliações de qualidade mais conhecidas de Donabedian (1990), dizem respeito à atenção médica com ênfase na efetividade, eficiência e otimização dos procedimentos e serviços seguindo o padrão das pesquisas de avaliação que implicam na utilização das variáveis: estruturas, processo e resultados. No entanto o seu referencial teórico também tem sido utilizado para outros profissionais, modalidades de atenção à saúde e tipos de avaliação, com a utilização de metodologias quantitativas e qualitativas diversas.

A utilização do processo de avaliação em busca da qualidade é consenso de pesquisadores e gestores, pois é reconhecida a sua relevância favorecendo o estabelecimento de diretrizes e opções para o processo de planejamento possibilitando ainda um controle técnico e social dos serviços prestados aos usuários.

O presente estudo visa avaliar a satisfação da população em uma amostra de usuários, que busca o serviço da Unidade Básica de Saúde Marambaia, situada em bairro do mesmo nome no município de Belém – Pará- Brasil.

A unidade de Saúde da Marambaia pertencia à rede Estadual até o ano de 2003. Em função do processo de Municipalização da saúde passou a ser gerenciada pelo município de Belém. O quadro de funcionários é constituído de servidores das três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal.

A avaliação da qualidade constitui-se instrumento de extrema importância para que o serviço possa nortear as ações de forma segura e adequada aos interesses da população; no entanto, ainda não se tem a avaliação como prática incorporada de maneira sistemática na Unidade de Saúde estudada. Os gestores do SUS encontram muitas dificuldades para acompanhar a qualidade da assistência prestada, pelo fato dos gerentes dos serviços de saúde ainda não terem despertado para a necessidade de estabelecer de maneira sistemática e efetiva o processo de avaliação de desempenho do serviço. Para definir adequadamente o desempenho esperado é preciso pensar nos usuários. Não se pode esquecer que ele é o grande ator no palco da prestação do serviço. Esse ator carrega consigo um conjunto de

expectativas e necessidades subjetivas que devem ser reconhecidas e superadas pelo fornecedor do serviço a fim de garantir a sua fidelização, assim sendo a qualidade do serviço é satisfatória quando as expectativas do cliente são atendidas.

O fator gerencial e a postura acolhedora da equipe de trabalho do serviço de saúde são relevantes para a satisfação do usuário com relação à qualidade do serviço.

Para Townsend e Gebhardt (2006), qualidade é o que o usuário percebe quando sente que o produto ou serviço vai ao encontro das suas necessidades e correspondem as suas expectativas.

Segundo Estefano (1996) As organizações do setor público são as maiores prestadoras de bens e serviços. A qualidade tem adquirido espaço nessas organizações, porém de forma incipiente quando comparado a outros setores. Murno (1994 como citado em Fadel & Regis, 2006) afirma que a prestação de serviço realizada pelo poder público mantém o foco na própria existência deixando sua qualidade relegada para segundo plano.

No Brasil, o Ministério da Saúde vem incentivando o redirecionamento das políticas públicas no sentido de melhorar essa questão no setor da saúde. Acredita-se que as políticas públicas tenderão mais ao acerto quanto mais estiverem justificadas pelo respeito às expectativas e necessidades dos usuários, as quais são possíveis de detecção e análise. Assim sendo, a avaliação surge como importante instrumento de mudança que não deve ser visto como uma ameaça, mas como incentivo para que os serviços de saúde cumpram seu papel e promovam renovação na cultura de trabalho. Segundo Conill (2006) no contexto da realidade em saúde, avaliar é diagnosticar uma realidade a fim de nela intervir. Não se trata apenas de conhecer os diversos aspectos de uma determinada situação e sim de mudar a realidade, procurando melhorar o serviço fundamentado no diagnóstico realizado.

Considerando o que foi explicitado e tendo em vista a peculiaridade do setor saúde que encontra dificuldade para implementar a avaliação como estratégia de redirecionamento das ações que venha satisfazer a expectativa dos usuários; justifica-se a pesquisa considerando os seguintes aspectos: A proposta de contribuição com a qualidade da Saúde Pública no Município de Belém, em especial com a qualidade do serviço prestado pela Unidade Municipal de Saúde da Marambaia, visto que foi elaborado um plano de identificação de melhorias da qualidade. Representa ainda um grande avanço, considerando ser inédito o fato da população que se utiliza do serviço da Unidade de Saúde da Marambaia estar sendo consultada em suas expectativas e percepções a respeito do serviço recebido.

1.2 OBJETIVOS E HIPÓTESES

1.2.1 Geral

Avaliar a qualidade do serviço prestado pela Unidade Municipal de Saúde da Marambaia sob a perspectiva dos usuários.

1.2.2 Específicos

- Conhecer a satisfação dos funcionários enquanto participantes da equipe da Unidade Municipal de Saúde da Marambaia.
- Conhecer a satisfação dos usuários com relação a prestação de serviço da Unidade Municipal de Saúde da Marambaia.
- Conhecer a atuação da gerencia na prestação de serviço na Unidade Municipal de Saúde da Marambaia.

1.2.3 Hipóteses

Considerando os objetivos propostos e a revisão bibliográfica efetuada, foram formuladas as hipóteses abaixo relacionadas:

Segundo Townsend e Gebhardt (2006) qualidade é aquilo que o cliente percebe quando sente que o produto ou serviço vai ao encontro das suas necessidades e corresponde as suas expectativas.

Com base nestas considerações elaborou-se a seguinte hipótese:

H₁: As percepções dos usuários com relação ao serviço prestado pela Unidade Municipal de Saúde da Marambaia vão de encontro às expectativas que os usuários têm deste serviço.

Gariso (2007) afirma que os líderes devem encorajar os funcionários a participar da gestão do processo de trabalho.

Com base na afirmativa do autor elaboraram-se as seguintes hipóteses:

H₂: Os funcionários participam da gestão do processo de trabalho.

H₃: O processo gerencial da Unidade Municipal da Marambaia é eficaz.

1.3 ESTRUTURA DA TESE

Esta investigação está estruturada em 6 (seis) capítulos distribuídos da seguinte forma:

Capítulo I - apresenta-se o tema, a justificativa do estudo, e os objetivos que se pretende atingir com a pesquisa;

Capítulo II - fundamentação teórica, abordando os assuntos que deram sustentação à pesquisa

Capítulo III - metodologia, que consiste na descrição do percurso metodológico da pesquisa. Neste capítulo faz-se referência aos métodos e técnicas de investigação, dados e suas fontes, caracterização de amostra e descrição sumária dos métodos estatísticos;

Capítulo IV - neste capítulo procedeu-se a análise, discussão e apresentação dos resultados obtidos;

Capítulo V - Neste capítulo procedeu-se a identificação de fragilidades e potencialidades do serviço prestado pela Unidade de Saúde da Marambaia para a construção do plano de melhorias;

Capítulo VI - Este capítulo trata das conclusões da investigação; identificou-se também algumas limitações encontradas durante o estudo, assim como foram feitas sugestões para estudos futuros.

CAPÍTULO II

Fundamentação Teórica

Neste capítulo apresentam-se as idéias e conceitos dos autores que fundamentam a pesquisa.

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) – SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL

O SUS – Sistema Único de Saúde é um sistema público organizado e orientado no sentido do interesse coletivo, e todas as pessoas, independente da raça, crença, cor, situação de emprego, classe social, local de moradia, à ele tem direito.

A Constituição Federal de 1988, a lei maior de nosso país, determinou ser dever do Estado garantir saúde à toda a população e, para tanto, criou o SUS – Sistema Único de Saúde. Em 1990, o congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde, que detalha o funcionamento do SUS.

A Constituição Federal de 1988 redefine o conceito de saúde, incorporando novas dimensões. Para se ter saúde é preciso ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação.

Em seu artigo 198 cita que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Com este artigo fica definida a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde.

O SUS faz parte das ações definidas na Constituição como sendo de “relevância pública” sendo atribuído ao poder público a sua regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde.

Esta Lei regula em todo território nacional as ações e serviços de saúde, executados isolados ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual.

A população brasileira é de 190.732.694 habitantes, segundo o Censo de 2010, e se encontra irregularmente distribuída em território de 8,5 milhões de Km², com um quantitativo de municípios em cada estado e em cada região muito variável. A região mais populosa é o Sudeste, que concentra 80.353.724 habitantes (42.1% da população total do país). As menos populosas são o Centro-Oeste, com 14.050.340 habitantes e o Norte, com 15.865.678 habitantes, respectiva 7,4% e 8,3% da população total do país. O Nordeste, segunda região mais populosa, tem 53.078.137 habitantes ou 27,8% da população nacional, e o Sul tem 27.384.815 habitantes, o que representa 14,3% da população total do país.

2.1.1 O Federalismo Brasileiro e as Políticas de Saúde

O Brasil se organiza em um sistema político federativo constituído por três esferas de governo – União, estados e municípios. São 26 estados, 1 Distrito Federal e 5.560 municípios. Estados que vão desde Roraima, com apenas 451.227 habitantes, até São Paulo, com mais de 36 milhões de habitantes. Municípios como Bora – SP com 805 habitantes até o município de São Paulo com mais de 10 milhões de habitantes.

No que diz respeito às políticas de saúde, existe uma grande complexidade inerente a essa área, relacionada aos seguintes fatores: múltiplas determinações sobre o estado de saúde da população e dos indivíduos; diversidade das necessidades de saúde em uma população; diferentes tipos de ações e serviços necessários para dar conta dessas necessidades; capacitação de pessoal e recursos tecnológicos requeridos para atendê-las; interesses e pressões do mercado na área da saúde, no âmbito da comercialização de equipamentos, medicamentos, produção de serviços, entre outros, que frequentemente tencionam a estruturação de um sistema alçado na concepção de saúde como um direito de cidadania.

O federalismo brasileiro apresenta algumas especificidades que merecem destaque, por suas implicações para a área da saúde. A primeira diz respeito ao grande peso dos municípios, considerados como entes federativos com muitas responsabilidades na

implementação de políticas públicas. A diversidade dos municípios brasileiros – em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional de Estado - por sua vez, implica diferentes possibilidades de implementação de políticas públicas de saúde, face à complexidade de enfrentamento dos desafios mencionados.

Outro aspecto relevante é que o federalismo brasileiro ainda se encontra de certa forma “em construção”. Esse processo de construção do federalismo é caracterizado por muitas tensões e conflitos na descentralização das políticas e definição dos papéis das três esferas de governo em cada área de política pública. No que diz respeito à saúde, a agenda política da década de 90 foi fortemente marcada pela temática da descentralização e pelos esforços de definição do papel dos gestores em cada nível de governo.

2.1.2 Histórico do Sistema de Saúde Brasileiro

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS), com o apoio dos estados e municípios, desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias.

Na área de assistência à saúde, o MS atuava apenas por meio de alguns poucos hospitais especializados, nas áreas de psiquiatria e tuberculose, além da ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) em algumas regiões específicas, com destaque para o interior do Norte e Nordeste.

A grande atuação do poder público nessa área se dava através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que depois passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social.

O INPS foi o resultado da fusão dos institutos de aposentadorias e pensões (os denominados IAPS) de diferentes categorias profissionais organizadas (bancários, comerciários, industriários, dentre outras), que posteriormente foi desdobrado em Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Este último tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, o que justifica a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como

também da contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria de seus beneficiários.

A assistência a saúde desenvolvida pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes. Desta forma, o INAMPS aplicava nos estados, através de suas Superintendências Regionais, recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de recursos arrecadados e de beneficiários existentes.

Assim sendo, quanto mais desenvolvida a economia do estado, com maior presença das relações formais de trabalho, maior o número de beneficiários e, conseqüentemente, maior a necessidade de recursos para garantir a assistência a essa população.

Nessa época, os brasileiros, com relação à assistência à saúde, estavam divididos em três categorias, a saber:

- Os que podiam pagar pelos serviços
- Os que tinham direito a assistência prestada pelo INAMPS, e
- Os que não tinham nenhum direito.

No final da década de 80, o INAMPS adotou uma série de medidas que o aproximaram ainda mais de uma cobertura universal de clientela, dentre as quais passou a não exigir mais a Carteira de Segurado do INAMPS para o atendimento. . Esse processo culminou com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implementado por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais.

Assim, podemos verificar que começava a se construir no Brasil um sistema de saúde com tendência à cobertura universal, mesmo antes da aprovação da Lei 8.080 (também conhecida como Lei Orgânica da Saúde), que instituiu o SUS. Isso foi motivado, por um lado, pela crescente crise de financiamento do modelo de assistência médica da Previdência Social e, por outro, à grande mobilização política dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores organizados da sociedade, que constituíam o então denominado “Movimento da Reforma Sanitária”, no contexto da democratização do país.

A primeira e grande conquista do Movimento da Reforma Sanitária foi a definição da Constituição Federal de 1988, a lei maior do país que determinou ser dever do Estado garantir saúde à toda a população e, para tanto, criou o SUS – Sistema Único de Saúde. Em

1990, o congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde, que detalha o funcionamento do SUS.

O Sistema Único de Saúde começou a ser implantado por meio de uma estratégia que buscou dar caráter universal à cobertura das ações de saúde, até então proporcionada pelo INAMPS apenas para os seus beneficiários.

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população.

As internações realizadas vão da menor complexidade, tais como internações de crianças com diarreia, até as mais complexas, como a realização de transplantes de órgãos, cirurgias cardíacas, entre outras que envolvem alta tecnologia e custo.

O Sistema Único de Saúde vem passando, desde a sua instituição pela Lei Orgânica da Saúde em 1990, por importantes mudanças, entre as quais pode-se destacar o significativo avanço obtido na sua universalização, principalmente em decorrência de um importante processo de descentralização de responsabilidades, atribuições e recursos da esfera federal para estados e municípios, em oposição ao modelo anterior do sistema de saúde, caracterizado por marcante centralização decisória e financeira no nível federal.

Esse processo tem sido orientado pelas Normas Operacionais do SUS, instituídas por meio de portarias ministeriais. Estas Normas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios possam assumir as novas posições no processo de implantação do SUS.

As Normas Operacionais definem critérios para que estados e municípios voluntariamente se habilitem a receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde para seus respectivos fundos de saúde. A habilitação às condições de gestão definidas nas Normas Operacionais é condicionada ao cumprimento de uma série de requisitos e ao compromisso de assumir um conjunto de responsabilidades referentes à gestão do sistema de saúde.

Embora o instrumento formal seja uma portaria do Ministro da Saúde, o seu conteúdo é definido de forma compartilhada entre o Ministério e os representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Para tanto foram criadas instancias de negociação, sendo uma a nível nacional, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT – com representação do Ministério da saúde, do CONASS e do CONASEMS) e, em cada estado,

uma Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com representação da Secretaria Estadual de Saúde e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

Desde o início do processo de implantação do SUS, foram publicadas três Normas Operacionais Básicas (NOB SUS 1991, 1993 e em 1996). No ano 2001 foi publicada a Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS – SUS), atualmente em vigor.

2.1.3 Princípios do SUS

Com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde teve os seguintes princípios estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde em 1990.

Universalidade

"A saúde é um direito de todos", como afirma a Constituição Federal. Naturalmente, entende-se que o Estado tem a obrigação de prover atenção à saúde, a todas as pessoas sem distinção.

Integralidade

A atenção à saúde inclui tanto os meios curativos quanto os preventivos; tanto os individuais quanto os coletivos. Em outras palavras, as necessidades de saúde das pessoas (ou de grupos) devem ser levadas em consideração mesmo que não sejam iguais às da maioria.

Equidade

Todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde.

Participação da comunidade

O controle social, como também é chamado esse princípio, foi melhor regulado pela Lei nº 8.142. Os usuários participam da gestão do SUS através das Conferências de Saúde, que ocorrem a cada quatro anos em todos os níveis, e através dos Conselhos de Saúde, que são órgãos colegiados também em todos os níveis. Nos Conselhos de Saúde ocorre a chamada paridade: enquanto os usuários têm metade das vagas, o governo tem um quarto e os trabalhadores outro quarto.

Descentralização político-administrativa

O SUS existe em três níveis, também chamados de esferas: nacional, estadual e municipal, cada uma com comando único e atribuições próprias. Os municípios têm assumido papel cada vez mais importante na prestação e no gerenciamento dos serviços de saúde.

Hierarquização e regionalização

Os serviços de saúde são divididos em níveis de complexidade; Serviços Básicos, Média e Alta Complexidade. Quanto mais bem estruturado for o fluxo de referência e contra-referência entre os serviços de saúde, melhor a sua eficiência e eficácia. Cada serviço de saúde tem uma área de abrangência, ou seja, é responsável pela saúde de uma parte da população. Os serviços de maior complexidade são menos numerosos e por isso mesmo sua área de abrangência é mais ampla, abrangendo a área de vários serviços de menor complexidade.

2.1.4 Funções Gestoras do SUS

Conforme mencionado anteriormente, o Sistema Único de saúde é, por definição constitucional, um sistema público de saúde, nacional e de caráter universal, baseado na concepção de saúde como direito de cidadania, na noção de unicidade e ao mesmo tempo nas diretrizes organizativas de: descentralização, com comando único em cada esfera de governo; integralidade do atendimento; e participação da comunidade.

A participação da comunidade se concretiza por meio de Conferências de Saúde e pelos Conselhos de Saúde. As Conferências de Saúde são realizadas com periodicidade quadrienal, com representantes dos vários segmentos sociais, com o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação das políticas de saúde nos níveis correspondentes. Essas Conferências se realizam em um processo ascendente desde Conferências Municipais de saúde, passando por uma Conferência Estadual de Saúde em cada estado e culminando em uma Conferência Nacional de Saúde.

Os Conselhos de Saúde, por sua vez, são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, sendo que estes últimos detêm 50% dos membros dos mesmos. Esses órgãos colegiados têm caráter permanente e deliberativo, e atuam na formulação de estratégias e no controle da execução

da política de saúde na esfera correspondente. Os Conselhos constituem uma rede ascendente com conselhos locais de saúde, Conselhos Municipais de Saúde, Conselhos Estaduais de Saúde e um Conselho Nacional de Saúde.

Para que se possa discutir o papel de cada esfera de governo no SUS, é importante conceituar quem são os gestores do SUS em cada nível e o que são as funções gestoras no SUS.

2.1.5 Estrutura Institucional e Decisória do SUS

Abaixo quadro representativo da Estrutura Institucional e Decisória do Sistema Único de Saúde – SUS.

Quadro 1: Estrutura Institucional e Decisória do SUS

Níveis de Governo	Gestor	Comissão Intergestores	Colegiado Participativo
Nacional	Ministro da Saúde	Comissão Tripartite	Conselho Nacional
Estadual	Secretários Estaduais	Comissão Bipartite	Conselho Estadual
Municipal	Secretários Municipais		Conselho Municipal

Fonte: Adaptado a LEI 8.080.

Os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na Saúde, a saber: no âmbito nacional, o Ministro de Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado de Saúde; e, no municipal, o Secretário Municipal de Saúde.

Esses gestores devem atuar em dois âmbitos, bastante imbricados: o âmbito político e o âmbito técnico. No âmbito político, o principal compromisso do gestor do SUS deve ser com a população, através da busca da concretização da saúde com direito de cidadania mediante o seguimento dos princípios do SUS e da gestão pública, ou seja, o exercício da gestão da saúde voltado para o interesse público e não para interesses particularistas ou privados.

2.2 AVALIAÇÃO

A avaliação da qualidade em serviço de saúde constitui um avanço importante no planejamento e na gestão dos serviços.

A busca pela universalidade e a garantia de acesso ao atendimento da população são pontos de suma importância para o fortalecimento do SUS. Assim sendo, a avaliação deve ser considerada como um processo em busca da qualidade do serviço, sendo fundamentada para nortear as políticas de saúde e locação de recursos.

A seguir a opinião de alguns autores a respeito da Avaliação.

2.2.1 Conceitos

Rossi, Lipsey e Freeman (2004) definem avaliação como a aplicação de procedimentos de pesquisa social na determinação da conceituação, desenho, implantação e utilidade de programas de intervenção social.

Para Motta (1994) avaliação é o processo de produzir informação sobre os valores dos resultados da implementação de políticas e programas públicos. Consiste em um exame crítico dos valores explícitos de uma política para saber se continuam congruentes com os objetivos previstos.

Segundo Contrandriopoulos (2006) baseia-se fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) e de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Segundo Donabedian (1990) a avaliação da qualidade do serviço de saúde pode ser realizada em seus três componentes: **ESTRUTURA**, **PROCESSO** e **RESULTADO**.

A **ESTRUTURA** – refere-se às características dos resultados utilizados pelo serviço.

O **PROCESSO** – refere-se aos procedimentos empregados no manejo dos problemas apresentados pelos usuários.

RESULTADO – refere-se ao estado de saúde do usuário ou da comunidade resultante da interação com o serviço de saúde.

A satisfação do usuário é a meta do processo de qualidade; as expectativas e necessidades do usuário devem ser satisfeitas. Donabedian (1990) inclui a satisfação dos profissionais de saúde como importante elemento da qualidade dos serviços oferecidos à população; o que se considera legítimo, visto que, o produto de uma organização de serviço

de saúde depende fundamentalmente de quem está envolvido na sua produção, do seu compromisso com a organização, com os usuários, com os resultados dos programas e com as atividades que desenvolve. Assim sendo, a satisfação dos profissionais envolvidos no processo de trabalho é determinante para a qualidade do serviço.

O enfoque mais tradicional de avaliação da qualidade do serviço de saúde é dado por (Donabedian, 1990) focado nos conceitos da administração clássica de eficiência, eficácia, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, critérios que ficaram conhecidos como “the seen pillars of quality”, ou seja, “os pilares da qualidade”.

- **EFICÁCIA** – capacidade da arte e da ciência da medicina de produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.
- **EFETIVIDADE** – melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis
- **EFICIÊNCIA** – é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.
- **OTIMIZAÇÃO** – torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos que, tais “adições” úteis perdem a razão de ser.
- **ACEITABILIDADE** – sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.
- **LEGITIMIDADE** – aceitabilidade do cuidado da forma em que é vista pela comunidade ou sociedade em geral.
- **EQÜIDADE** – através da equidade se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma

população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

Porém a avaliação só é viável porque existe uma ligação de dependência entre estrutura, processo e resultado, ou seja, uma boa estrutura aumenta a possibilidade de um bom processo e um bom resultado.

Mendonça e Guerra (2007) destacam que a satisfação dos usuários de serviços de saúde vem sendo cada vez mais enfocada como um indicador da qualidade da atenção. Embora a qualidade da assistência continue sendo uma grande preocupação na saúde, o principal foco de pesquisas ainda tem sido principalmente na qualidade técnica das especialidades clínicas e não nos aspectos da satisfação do usuário e de sua opinião.

Para Hartz (2002), institucionalizar a avaliação exige a definição de uma política que apresente um mínimo de diretrizes relativas aos propósitos e recursos atribuídos à avaliação. Estão entre estas diretrizes a estrutura a localização e abordagens metodológicas das instâncias de avaliação; a prática: as relações estabelecidas com a gestão; e a tomada de decisões – utilização.

Furtado (2004) faz importante análise ao afirmar que: o controle do processo avaliativo por parte dos grupos de interesse, a consideração da complexidade e diversidade do contexto, os dados e construções daí originados, a preocupação com a utilização das informações e do próprio processo avaliativo como dispositivos para o desenvolvimento dos programas e serviços; deveriam se tornar diretrizes destinadas a contribuir para a ampliação do papel da avaliação até agora restrito no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Neste sentido e tomando o SUS como referência, para alguns autores como Hartz (2002), avaliar aspectos estreitamente vinculados ao ideário da promoção da saúde como a descentralização político-gerencial do sistema e a participação da população, implica qualificar e institucionalizar a avaliação nos diversos níveis de governo comprometidos com as mudanças do modelo assistencial do SUS.

2.2.2 Avaliação da Qualidade no Serviço de Saúde

A avaliação do desempenho do serviço de saúde para ser adequada é preciso pensar no usuário, ele carrega consigo um conjunto de expectativas e necessidades que devem ser reconhecidas e superadas pelo serviço.

Para Townsend e Gebhardt (2006) qualidade é aquilo que o usuário percebe quando sente que o produto ou o serviço vai ao encontro das suas necessidades e corresponde às suas expectativas.

Assim sendo, é necessário reconhecer sentimentos e percepções que resultam da experiência proporcionada pelos serviços prestados de acordo com as necessidades e expectativas que o usuário trouxe consigo antes do início do seu atendimento.

O ideal é que a assistência produza o efeito desejado levando em consideração prioritariamente as expectativas dos usuários, pois o sucesso da organização está diretamente relacionado a capacidade do serviço em atender as expectativas dos usuários com a qualidade que eles requerem e não apenas na forma entendida pelos técnicos e gerentes.

2.3 SERVIÇO

No Brasil é indiscutível a importância do serviço, visto que vivemos em uma economia predominantemente de serviço.

2.3.1 Conceitos

Neste capítulo serão abordados conceitos considerados essenciais para o entendimento do serviço.

Albrecht (1995) define serviço como sendo o trabalho executado por uma pessoa em benefício de outra.

De acordo com Ferreira, Lopes e Campos (2010), serviço é o produto da atividade humana que sem assumir a forma de um bem material, satisfaça uma necessidade.

Para Kotler (2004) um serviço é qualquer ato ou desempenho que uma parte pode oferecer a outra e que seja essencialmente intangível e não resulta na propriedade de nada. Sua produção pode ou não estar vinculada a um produto físico.

Grönroos (2003: p. 65) cita que “o serviço é uma atividade ou série de atividades de natureza mais ou menos intangível que, normalmente, mas não necessariamente, acontece durante as interações entre usuário e empregados de serviços e/ou recursos físicos ou bens e/ou sistemas de fornecedores de serviços, que é fornecida como solução ao(s) problema(s) do(s) usuário(s)”.

De acordo com a NBR ISO 9000/2000, serviços são "o resultado de pelo menos uma atividade desempenhada necessariamente pela interface entre o fornecedor e o cliente e é geralmente intangível e a prestação de serviço pode envolver, por exemplo:

- Uma atividade realizada em um produto tangível fornecido pelo usuário (por exemplo, o reparo em um automóvel);
- Uma atividade realizada em um produto intangível fornecido pelo usuário (por exemplo, declaração de imposto de renda necessária para receber a restituição);
- A entrega de um produto intangível (por exemplo, fornecimento de informação no contexto da transmissão do conhecimento); e
- A criação de um ambiente agradável para o usuário (por exemplo, em hotéis e restaurantes).

Os autores Kotler e Armstrong (2003) definem serviço como as atividades essencialmente intangíveis que uma parte oferece à outra e que não resultam na posse de um bem.

Segundo Fernandes, Coutinho e Pereira (2008) a expressão "serviços" deve levar sempre em consideração que qualquer decisão não pode ser tomada sem que se tenha em mente a percepção e a satisfação do usuário.

Muitos autores definem serviço; de maneira geral são atividades econômicas onde o produto não é físico, são geralmente consumidos no momento em que são produzidos e são essencialmente intangíveis.

2.3.2 Características do Serviço

Urdan (2001) descreveu as características dos serviços, e que posteriormente, foram adaptadas por Normann (1993) e Grönroos (2003), esquematicamente, dando uma idéia global das suas principais características:

- Intangibilidade;
- Não pode ser revendido;
- Não pode ser efetivamente demonstrado antes da aquisição;
- Não pode ser estocado;
- Produção e consumo simultâneo;
- Produção, venda e consumo são espacialmente unidos;
- Não pode ser transportado;

- Usuário é parte da produção;
- Na maior parte dos casos, o contato é necessário;
- Valor principal é produzido nas interações entre vendedor e usuário.

Cowel (1988) qualifica os serviços em cinco características essenciais:

- Intangibilidade - impossibilidade do cliente experimentar um serviço antes de o adquirir;
- Inseparabilidade - segundo Mendonça (2006) consiste no fato de que o serviço não pode ser separado da pessoa que está consumindo nem da pessoa que está prestando o serviço. Lopes (2007) diz que esta característica implica no fato de que os colaboradores que prestam serviços são parte integrante desse mesmo serviço.
- Heterogeneidade - Lopes (2007) fala nesse aspecto sobre a variabilidade dos serviços podendo ser diferentes cada vez que sejam prestados.

O nível de qualidade é influenciado por quem, quando, onde e como é proporcionado. A heterogeneidade do serviço depende de muitos fatores situacionais. O consumidor contribui para a qualidade do serviço pelo seu bom ou mau humor, pelo seu grau de exigência, pela sua competência, pela sua experiência, pela forma como se envolve no ato de produção e consumo do serviço.

- Percipibilidade: o serviço não pode ser armazenado extinguindo-se no momento de sua realização.
- Ausência de propriedade: não existe um sentido de posse do serviço, o usuário apenas tem acesso ou usufrui do serviço não possuindo a propriedade da atividade como refere Lopes (2007).

Lovelock e Wright (2005) caracteriza o serviço considerando os seguintes aspectos:

1. Os serviços são imateriais - o caráter intangível do serviço não permite que seja apreciado facilmente pelo componente físico, material que permita observação e análise prévia. É preciso utilizar o serviço para saber se responde adequadamente as expectativas do consumidor.
2. Os serviços são produzidos e consumidos simultaneamente, assim sendo, os serviços não podem ser armazenados o que coloca alguma dificuldade entre a oferta e a procura.

2.3.3 Serviço Público

Existem vários autores que conceituam Serviço Público. De forma geral entende-se por serviço público aquele que é prestado pela administração pública em prol da coletividade, podendo também ser prestado por entidade particular desde que seja autorizada pela administração pública e que seja prestado em nome do Estado.

Dentre os vários autores destacamos os seguintes conceitos:

- “Serviço Público é toda atividade material que a lei atribui ao Estado para que exerça diretamente ou por meio de seus delegados com o objetivo de satisfazer concretamente as atividades coletivas, sob regime jurídico total ou parcial público” (Di Pietro, 2006: p. 95).
- Serviço Público é todo aquele prestado pela administração ou por seus delegados, sob normas e controles estatais, para satisfazer necessidades essenciais ou secundárias da coletividade ou simples conveniência do Estado. Fora dessa generalidade não se pode indicar as atividades que constituem serviço público, porque variam de acordo com a exigência de cada povo e de cada época. Nem se pode dizer que são as atividades coletivas vitais que caracterizam os serviços públicos porque ao lado destas existem outras solidamente dispensáveis pela comunidade que são realizadas pelo Estado como serviço público (Meirelles, 2004).
- Serviço Público é a “atividade da Administração Pública que tem por fim assegurar de modo permanente, contínuo e geral, a satisfação de necessidade essenciais ou secundárias da sociedade, assim por lei considerada, e sob as condições impostas unilateralmente pela própria Administração”. Conceito "contemporâneo" de serviço público: “as atividades pelas quais o Estado, direta ou indiretamente, promove ou assegura a satisfação de interesses públicos, assim por lei considerado, sob regime jurídico próprio a elas aplicável, ainda que não necessariamente de direito público” (Moreira, 2005: p. 425).

2.3.3.1 Princípios do Serviço Público

Mello (1998) aponta os seguintes princípios como básicos para o Serviço Público:

- a) Princípio da obrigatoriedade do Estado de prestar o serviço público - é um encargo inescusável que deve ser prestado pelo Poder Público de forma direta ou indireta. A Administração Pública responderá pelo dano causado em decorrência de sua omissão.
- b) Princípio da supremacia do interesse público - os serviços devem atender as necessidades da coletividade.
- c) Princípio da adaptabilidade - o Estado deve adequar os serviços públicos à modernização e atualização das necessidades dos administrados.
- d) Princípio da universalidade - os serviços devem estar disponíveis à todos.
- e) Princípio da impessoalidade - não pode haver discriminação entre os usuários.
- f) Princípio da continuidade - os serviços não devem ser suspensos ou interrompidos afetando o direito dos usuários.
- g) Princípio da transparência - trazer ao conhecimento público e geral dos administradores a forma como o serviço foi prestado, os gastos e a disponibilidade de atendimento.
- h) Princípio da motivação - o Estado tem que fundamentar as decisões referentes aos serviços públicos.
- i) Princípio da modicidade das tarifas - as tarifas devem ser cobradas em valores que facilitem o acesso ao serviço posto a disposição do usuário.
- j) Princípio do controle - deve haver um controle rígido e eficaz sobre a correta prestação dos serviços públicos.

Para Meirelles (2004) são princípios do serviço público:

- Princípio da permanência (continuidade);
- Princípio da generalidade (universalidade);
- Princípio da modicidade;
- Princípio da Cortesia - o usuário tem direito a um bom atendimento.

2.4 QUALIDADE

2.4.1 Conceito

Para entender a importância da qualidade para a sobrevivência das empresas no mercado altamente competitivo, é necessário um claro entendimento do conceito.

Garvin (1992) identifica cinco abordagens para a definição da qualidade. Algumas definições de qualidade, no contexto de cada uma destas abordagens são:

Quadro 2: Abordagens da qualidade segundo Garvin (1992)

Abordagem	Conceito
Transcendente	<p>“Qualidade não é uma idéia ou uma coisa concreta, mais uma terceira entidade independente das duas. Embora não se possa definir qualidade, sabe-se o que ela é” (Pirsig, 1974, p. 185).</p> <p>“Numa condição de excelência que implica em ótima qualidade, distinta de má qualidade... Qualidade é atingir ou buscar o padrão mais alto em vez de se contentar com o mal feito ou fraudulento” (Tuchman, 1980, p. 38).</p>
Baseada no Produto	<p>“Diferenças de qualidade correspondem a diferença de quantidade de algum ingrediente ou atributo desejado” (Abbort, 1995, p. 126-127).</p> <p>“Qualidade refere-se às quantidades de atributos sem preço presentes em cada unidade do atributo com preço” (Leffler, 1982, p. 956).</p>
Baseada no Usuário	<p>“Qualidade consiste na capacidade de satisfazer desejos...” (Edwards, 1969, p. 37).</p> <p>“Na análise final de mercado, a qualidade de um produto depende de até que ponto ele se ajusta aos padrões das preferências do consumidor” (Kuch, 1962, p. 101).</p> <p>“Qualidade é adequação ao uso” (Juran, 1991, p. 98).</p>
Baseada na Produção	<p>“Qualidade (quer dizer) conformidade com as exigências” (Crosby, Evan & Cowles, 1990, p. 15).</p> <p>“Qualidade é o grau em que um produto específico está de acordo com um projeto ou especificação” (Gilmore, 1999, p. 16).</p>
Baseada no Valor	<p>“Qualidade é o grau de excelência a um preço aceitável e o controle da variabilidade a um custo aceitável” (Broh, 1982, p. 3).</p> <p>“Qualidade quer dizer o melhor para certas condições do cliente. Essas condições são (a) o verdadeiro uso e (b) o preço de venda do produto” (Feigenbaum, 1994, p. 1).</p>

Fonte: Adaptado de Marshall & Cierco, 2006, p.33-34.

Lobos (1993, p. 16) afirma que “Qualidade é tudo o que alguém faz ao longo de um processo para garantir que um usuário, fora ou dentro da organização, obtenha exatamente aquilo que deseja – em termos de características intrínsecas, custo e atendimento”.

É importante para a definição de Qualidade que sejam consideradas tanto a posição do cliente como a do fornecedor do produto, ou do serviço. Grifo conceitua Qualidade do ponto de vista do cliente como “adequação ao uso”, e, do ponto de vista do fornecedor, qualidade pode ser entendida como “satisfação do cliente” (Grifo, 1996).

A *American Society for Quality Control* - ASQC, define qualidade como “a totalidade de requisitos e características de um produto, ou serviço, que estabelece a sua capacidade de satisfazer determinadas necessidades” (Prazeres, 1996, p. 337)

Para a *International Organization for Standardization* – ISO “qualidade é a totalidade de características de uma entidade que lhe confere a capacidade de satisfazer as necessidades explícitas e implícitas” (Prazeres, 1996, p. 337).

De forma sucinta Prazeres (1996, p. 337) define qualidade como sendo, “o que o usuário quer e como ele julga”.

A definição da Qualidade apresenta múltiplos significados. Juran (1991, p. 11) enfatiza dois desses significados: “a Qualidade consiste nas características do produto que vão ao encontro das necessidades dos Usuários e dessa forma proporcionam a satisfação em relação ao produto”, e “a Qualidade é a ausência de falhas”. A fim de apresentar um conceito que inclua ambos os significados, Juran (1991) define qualidade como “adequação ao uso”.

O próximo tópico apresenta uma breve descrição cronológica da evolução do conceito de qualidade.

2.4.2 Evolução histórica da qualidade.

A preocupação com a qualidade não é fato recente. Conforme ressalta Paladini (1995). Desde a antigüidade, pode-se observar os esforços para o alcance da qualidade. A Idade Média é marcada pelo surgimento dos operadores de controle da qualidade e pela definição dos padrões de qualidade. Barçante (1998) traça a evolução da qualidade até nossos dias através de quatro eras:

- Era da inspeção: compreendida entre o final do século XVIII e o início do século XIX. Nesta época a Qualidade tinha por objetivo a inspeção, onde um ou mais atributos de um produto eram examinados, medidos ou testados, a fim de assegurar sua Qualidade. Assim, como descreve Paladini (1995, p. 33) “toda ênfase do controle da qualidade esteve voltada para os procedimentos da avaliação da qualidade de produtos e serviços, com a estruturação de técnicas de inspeção”.
- Era do Controle Estatístico da Qualidade: as décadas de 1930 e 1940 foram marcadas pela utilização das aplicações estatísticas nos processos produtivos. Um grupo de pesquisadores composto por nomes como W. A. Shewart, Harold Dodge, Harry Roming, G.D. Edwards e, posteriormente, Joseph Juran, dedicou boa parte de seus esforços em pesquisas que levaram ao surgimento do Controle Estatístico de Processo (Barçante, 1998). Além disso, Shewart (1938) desenvolveu o Gráfico de Controle de Processo, uma poderosa ferramenta até hoje largamente utilizada.

Paladini (1995) menciona que o maior desenvolvimento da década de 30 foi a utilização em maior escala das técnicas de aceitação por amostragem, enquanto que, a década de 40 marca o nascimento oficial do Controle Estatístico da Qualidade, que formalizou as técnicas desenvolvidas em anos anteriores.

Era da Garantia da Qualidade: entre 1950 e 1960, os trabalhos publicados ampliaram o campo de abrangência da Qualidade. A ênfase passou a ser a prevenção. Barçante (1998) coloca que quatro movimentos principais compõem esta era:

- A quantificação dos custos da Qualidade;
- O controle total da Qualidade;
- As técnicas de confiabilidade;
- O programa Zero Defeitos.

Era da Gestão da Qualidade Total: Iniciou-se no Ocidente como uma resposta à invasão de produtos japoneses de alta Qualidade no final dos anos 70. Esta era engloba as três eras anteriores, porém seu enfoque valoriza prioritariamente os usuários e a sua satisfação como fator de preservação e ampliação da participação no mercado

O Quadro 3 apresenta um resumo das principais características de cada uma das quatro eras.

Quadro 3 – Síntese das Quatro Eras

Características Básicas \ Eras	Inspeção	Controle Estatístico da Qualidade	Garantia da Qualidade	Gestão da Qualidade Total
Interesse Principal	Verificação	Controle	Coordenação	Impacto estratégico
Visão da Qualidade	Um problema a ser resolvido	Um problema a ser resolvido	Um problema a ser resolvido, mas que é enfrentado proativamente	Uma oportunidade de diferenciação da concorrência
Ênfase	Uniformidade do produto	Uniformidade do produto com menos inspeção	Toda a cadeia de fabricação, desde o projeto até o mercado, e a contribuição de todos os grupos funcionais para impedir falhas de Qualidade	As necessidades de mercado e do cliente
Métodos	Instrumentos de medição	Ferramentas e técnicas estatísticas	Programas e sistemas	Planejamento estratégico, estabelecimento de objetivos e a mobilização da organização
Papel dos Profissionais da Qualidade	Inspeção, classificação, contagem, avaliação e reparo	Solução de problemas e a aplicação de métodos estatísticos	Planejamento, medição da Qualidade e desenvolvimento de programas	Estabelecimento de metas, educação e treinamento, consultoria a outros departamentos e desenvolvimento de programas
Quem é o responsável pela Qualidade	O departamento de Inspeção	Os departamentos de Fabricação e Engenharia (o controle de Qualidade)	Todos os departamentos, com a alta administração se envolvendo superficialmente com o planejamento e a execução das diretrizes da Qualidade	Todos na empresa, com a alta administração exercendo forte liderança
Orientação e enfoque	Inspeccionar a Qualidade	Controlar a Qualidade	Construir a Qualidade	Gerenciar a Qualidade

Fonte: Adaptado de Garvin (1992), pág. 45.

Como mostrado no Quadro 3, a qualidade evoluiu com o tempo. Atualmente, o chamado gerenciamento da qualidade exige uma forte participação de todos os componentes da organização. Através da ação em grupo é que a organização aprende (Senge, 2004), promovendo a mudança da cultura organizacional.

A prestação de serviços apresenta uma série de peculiaridades, que fazem com que algumas das ferramentas da qualidade desenvolvidas originalmente para a manufatura, tenham que sofrer algumas adaptações para colher resultados na prestação de serviços. O próximo tópico apresenta algumas características da gestão da qualidade em serviços

2.4.3 Qualidade em serviço de saúde

Atualmente a qualidade é determinada pelo cliente e transcende os parâmetros dos produtos. A função da qualidade e o termo usuário devem ser entendidos de forma bastante abrangente, estendendo-se para as relações profissionais, sociais e familiares (Neves & Melo, 2008).

Segundo Lãs Casas (2000) as dimensões da qualidade em serviços são:

- **Confiabilidade:** é importante para prestar serviços de qualidade, gerada pela habilidade de fornecer o que foi prometido de forma segura e precisa;
- **Segurança:** os usuários querem dos prestadores de serviços a habilidade de transmitir segurança e confiança, caracterizada pelo conhecimento e cortesia dos funcionários.
- **Aspectos tangíveis:** os aspectos físicos que circundam a atividade de prestação de serviço também têm sua importância como fator de influência, como instalações, equipamentos, aparência dos funcionários, etc.
- **Empatia:** grau de cuidado e atenção pessoal dispensado aos usuários. Também são importantes aspectos a capacidade de se colocar no lugar dos outros como também a receptividade, que é a disposição de ajudar os usuários e fornecer serviços com presteza.

Segundo Regis, Lopes e Glaycon (1998, p. 13), “o setor saúde como organização prestadora de serviços, deve lançar mão de todos os recursos que viabilizem um melhor desempenho, com uma melhor satisfação, tanto dos usuários externos como internos”.

Conhecer a percepção dos usuários internos (funcionários) e externos (usuários) a respeito da qualidade do serviço público prestado pode ser um bom início para o desenvolvimento de ações que levarão a melhorias, tanto por parte do gestor do sistema; que precisa conhecer o entendimento de ambos os usuários para poder melhor direcionar suas estratégias e ações quanto por parte dos próprios funcionários, que entendendo qualidade sob a ótica de seus usuários estarão mais embasados para atender suas expectativas (Leão & Mello, 2009).

No entanto, mesmo que as percepções de um serviço dependam de certo grau de julgamento pessoal, é importante que o profissional (prestador de serviço) tente conhecer as expectativas de seus usuários para então buscar melhorias de desempenho que favoreçam

uma percepção positiva. As melhores idéias para aprimorar os serviços vêm dos usuários que dependem dos produtos e serviços. Os usuários podem julgar a qualidade percebida dos serviços de saúde e também sugerir idéias úteis de melhoria (Slack, 2002).

Como já foi relatado, Donabedian (1990) é um dos principais estudiosos sobre a qualidade em saúde, tem seus conceitos utilizados até hoje pelas organizações de saúde, principalmente nos aspectos referentes a avaliação da qualidade em serviços de saúde (Vuori, 1991).

A qualidade nas organizações de saúde pode ser interpretada e representada como a expressão de certas formações subjetivas: preocupação constante em criar e manter entre todos os que estão ocupados nas organizações de saúde, administradores e funcionários, o entendimento quanto à estrutura e ao processo das intervenções; e preocupação quanto aos resultados para satisfazer as necessidades emergentes e as demandas explícitas dos Usuários externos. Finalmente, a administração da qualidade das organizações de saúde tem como resultados esperados a melhoria da eficiência com eficácia e a melhoria no uso dos recursos (Lima, 1998).

Para Ansuji, Zenckner e Godoy (2005), o mais importante no julgamento da qualidade do serviço na concepção dos usuários, está baseado mais nos aspectos do que na parte técnica do profissional, o que não significa que o profissional não deva preocupar-se com a qualidade técnica. Para os autores, é necessário considerar os dois componentes da qualidade que, segundo Las Casas (2000) são: o serviço propriamente dito e a forma como ele é percebido pelo usuário.

A satisfação do usuário como fator que determina a qualidade é de considerável relevância. Assim sendo, Tanaka e Melo (2004) afirmam que ao realizarmos a avaliação em sistemas e/ou serviços de saúde devemos ter claro que os serviços prestados têm como finalidade os usuários, que são parte do processo de organização e prestação destas ações.

Segundo Urdan (2001), os pacientes geralmente conhecem pouco sobre os aspectos de qualidade técnica, mas em geral, não têm dificuldade em avaliar o lado funcional que se traduz na maneira como os serviços são oferecidos.

A boa relação entre os profissionais e o usuário é a maior contribuição que se pode oferecer ao usuário, com efeitos positivos no tratamento. Em alguns casos, este fator determina diferenças sensíveis entre dois serviços iguais. Acredita-se que essa “boa relação” pode compensar falhas do cuidado técnico.

Incentivos a humanização da assistência a saúde estão ocorrendo de forma progressiva, além da incorporação de noções relacionadas à cidadania, aos direitos do consumidor e à responsabilidade ética dos profissionais (Nogueira-Martins & Ramalho, 2007). A qualidade de um serviço de saúde está diretamente relacionada à qualidade da relação interpessoal que ocorre entre os usuários e os profissionais encarregados da assistência à saúde.

No serviço de saúde, torna-se relevante identificar as duas óticas em relação à qualidade dos serviços prestados: dos usuários e dos profissionais. Muitas vezes os profissionais acreditam estar realizando um bom trabalho quando, na verdade, não estão atingindo as expectativas dos usuários.

Parente (2000) afirma que, à medida que são apresentados melhores serviços, os usuários elevam suas expectativas. Dessa forma, a melhoria dos serviços prestados acarreta um aumento no nível de exigências e das expectativas. Em consequência, o aumento das expectativas estimula os prestadores de serviços a prosseguirem em seus esforços para a melhoria contínua.

2.4.4 Modelos de mensuração da qualidade

Em função da importância do setor de serviço os pesquisadores vêm buscando determinar indicadores da qualidade dos serviços que possam expressar o nível de qualidade percebida pelos usuários.

Os indicadores permitem saber quais são os pontos a serem melhorados, servindo como ferramenta gerencial de intervenção e melhoria do serviço prestado, ponto fundamental para a manutenção de uma empresa no mercado atual.

A seguir faremos a apresentação de alguns modelos de avaliação da qualidade de serviço.

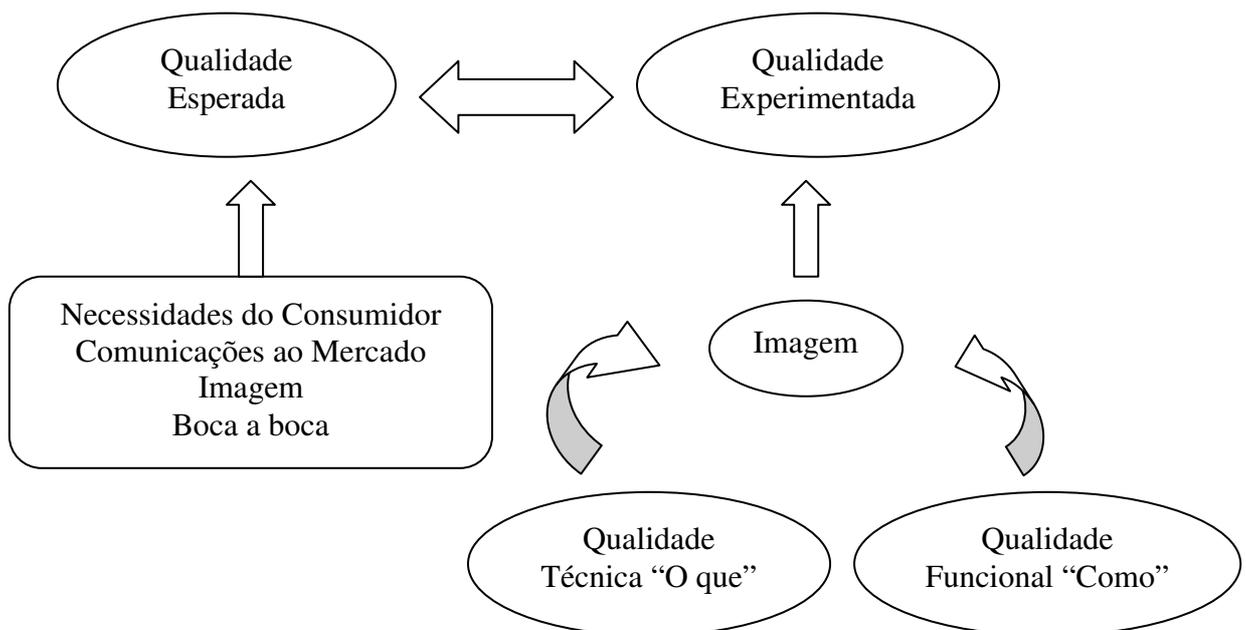
2.4.4.1 Modelo da qualidade do serviço de Grönroos – 1984

Grönroos (2003), objetiva entender o que os usuários procuram e o que avaliam quanto à qualidade do serviço. O autor define qualidade percebida de um serviço em função da expectativa do serviço e o serviço recebido, contando também com a imagem da empresa, formada pela qualidade técnica e funcional, além de outros fatores de menor importância.

A dimensão resultante do que é recebido durante a aquisição do serviço é denominada “Qualidade técnica”, enquanto que a “Qualidade funcional” é fortemente influenciada pela maneira como o serviço é prestado e intensamente dependente do contato com o prestador do serviço: a aparência, o comportamento do funcionário, como se comunicam com o consumidor. A Qualidade funcional tem grande influência na Qualidade perceptível do serviço, sendo até mesmo capaz de compensar alguma falha na parte técnica.

Grönros (2003) postula que o consumidor não está interessado apenas no que recebe, mas no processo propriamente dito, sendo a qualidade percebida final o resultado da diferença entre a expectativa do usuário e o seu julgamento sobre o desempenho do serviço em relação a uma série de características, algumas técnicas e outras funcionais.

Uma terceira dimensão da qualidade deve ser considerada no modelo de Grönros a imagem da empresa. A figura abaixo apresenta como essas dimensões relacionam-se entre si.



Fonte: Adaptado de Grönroos (2003), pág. 67.

Figura 1: Modelo de Gronroos (2003)

O trabalho de Gronroos (2003) trouxe duas contribuições importantes para a área da qualidade na prestação de serviços: os gerentes devem comparar o serviço esperado com o percebido pelo cliente para alcançar a satisfação do mesmo; e os gerentes devem entender como a qualidade funcional e técnica influencia na percepção dos Usuários.

2.4.4.2 Modelo de Gummesson (1987)

Uma subsequente evolução teórica na área resultou no trabalho de Gummesson (2005) que se voltou originalmente para a qualidade de bens físicos. No entanto, em virtude da preocupação em oferecer uma melhor e mais abrangente visão de conceito de qualidade, o modelo acabou por incorporar a categoria de serviços. Em essência, a perspectiva adotada por Gummesson é a mesma de Grönroos, ou seja, a qualidade percebida pelo usuário equivale à satisfação do usuário. Como tal, expectativas, experiências e imagem são conceitos-chaves neste modelo. De início, Gummesson tentou aplicar para bens, os mesmos conceitos de qualidade técnica e funcional adotados por Grönroos, entretanto, não teve sucesso.

Um dos problemas é que houve uma associação entre qualidade técnica e especificações técnicas. Neste modelo, a qualidade funcional é interpretada pela capacidade do produto realizar as funções que o usuário requer. Neste sentido, qualidade técnica e qualidade funcional são conceitos pertinentes à qualidade externa, segundo a perspectiva do cliente. Uma das preocupações de Gummesson (2005) diz respeito à impraticabilidade de pedir-se a um empregado comum, seja num escritório ou numa fábrica, que tenha a qualidade percebida ou a imagem do usuário como diretrizes para seu desempenho. De fato, é indispensável que a qualidade externa seja operacionalizada pela administração da qualidade interna. Vale dizer, há que se sondarem as fontes de qualidade. Nessa circunstância, Gummesson identificou quatro tipos de qualidade (4 Qs) como determinantes da qualidade percebida e da satisfação do usuário: qualidade de projeto, qualidade de produção, qualidade de entrega e qualidade relacional. Os empregados de qualquer empresa, em maior ou menor extensão, contribuem para a formação dessas qualidades, e decorre desta cadeia de eventos que bons resultados internos em todos os níveis e funções levarão à boa qualidade externa. Imagem, expectativas e experiências que resultam na qualidade percebida pelo usuário.

2.4.4.3 Modelo conceitual da qualidade dos serviços ou modelo dos GAPS de Parasuraman, Berry e Zeithaml – 1985

No campo da avaliação em serviços, os trabalhos de Parasuraman, Berry e Zeithaml (1991) representaram um marco na literatura da área de gestão. Em 1985, estes autores publicaram um modelo conceitual de qualidade em serviços baseado em cinco GAPs.

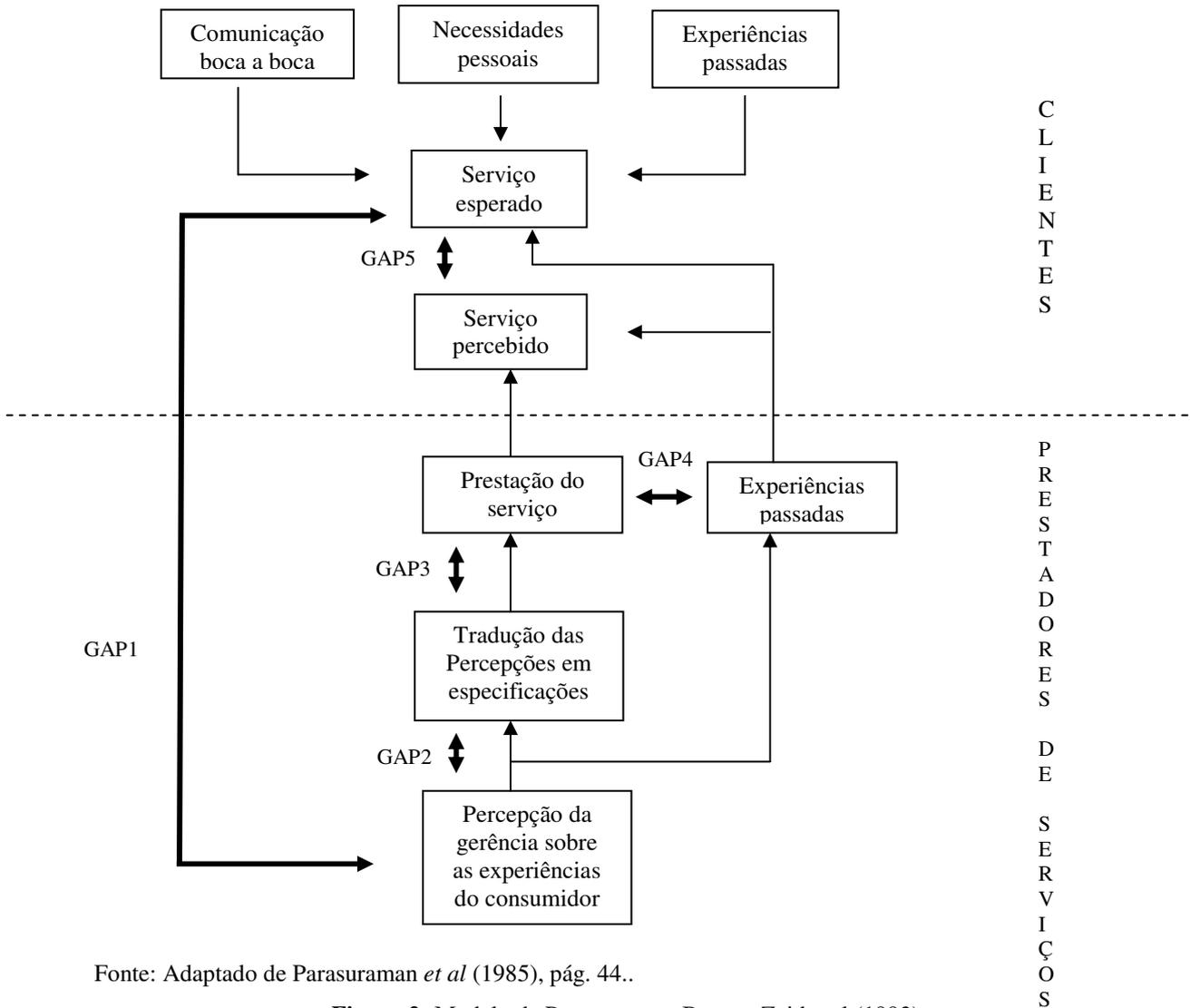
Esse modelo identifica causas potenciais das falhas na qualidade de serviços.

Parasuraman, Berry e Zeithamal (1991) chegaram à conclusão de que pode ocorrer uma discrepância entre as expectativas dos usuários quanto aos serviços fornecidos e a percepção do serviço efetivamente prestado. E essa discrepância é o resultado de uma série de quatro tipos de lacunas existentes em interfaces internas, que representam o lado da empresa, de um lado e as interfaces externas, vistas do lado do usuário. De um modo mais direto, os autores representam estes tipos de lacunas em cinco proposições, cujo impacto final resulta a distância entre as expectativas que os usuários têm em relação aos serviços que a empresa oferece e os serviços que os usuários efetivamente receberam.

A conclusão que os autores chegaram é que existe uma discrepância ou um conjunto de lacunas que foram denominadas de (*gaps*) entre a qualidade de serviço que deveria ser fornecida aos usuários, e as tarefas efetivamente associadas ao fornecimento dos serviços aos usuários. O estudo revelou a existência de cinco gaps: GAP1, GAP2, GAP3, GAP4 e GAP5, cujas principais características são as seguintes:

- GAP1 – Lacuna entre as verdadeiras expectativas do consumidor e a percepção dessas expectativas pelos gerentes - a gerência percebe as expectativas de qualidade de forma imprecisa, não compreendendo corretamente o que os usuários desejam;
- GAP2 – Lacuna entre a percepção que os gerentes têm acerca das expectativas dos usuários e a tradução dessa percepção em normas e especificações para atender às expectativas dos usuários - a gerência compreende as expectativas dos usuários, mas não traduz em especificações de desempenho coerentes para a prestação do serviço;
- GAP3 – Lacuna entre as normas e especificações e o serviço efetivamente fornecido ao usuário - as especificações da qualidade não são atendidas pelo desempenho do processo da produção e entrega dos serviços;

- GAP4 – Lacuna entre o serviço prestado e a comunicação externa - as promessas feitas através das atividades de comunicação com os usuários não são coerentes com os serviços entregues;
- GAP5 – Lacuna entre o serviço prestado e o serviço recebido. O serviço percebido não é coerente com o serviço esperado, fazendo com o que o cliente avalie o desempenho da empresa de maneira diferente, subestimando a qualidade do serviço. É resultado da ocorrência dos outros quatro GAPs.



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

Figura 2: Modelo de Parasuraman, Berry e Zeithaml (1993).

2.4.4.4 Instrumento de medida SERVQUAL – 1988

Em 1988, Parasuraman, Zeithaml e Berry (1993) desenvolveram um instrumento para medir a qualidade em serviços, baseado nas dez dimensões identificadas no estudo anterior e no Modelo Gap. Este instrumento conhecido como Escala SERVQUAL, vem sendo amplamente utilizado para mensuração da qualidade em serviços.

Essa escala consiste num questionário elaborado em duas seções: uma corresponde às expectativas, com 22 afirmativas que procuram delinear as expectativas gerais do respondente em relação ao serviço a ser investigado e outra seção busca medir o julgamento do usuário sobre o serviço prestado pela empresa específica que está sendo avaliada. Cada afirmativa em cada seção é seguida de uma escala, onde o respondente assinala seu grau de concordância ou discordância acerca da afirmação feita.

Após sucessivas aplicações e análises estatísticas, a Escala SERVQUAL foi aprimorada. As antigas dez dimensões foram reduzidas a apenas cinco. As três primeiras, Tangíveis, Confiabilidade e Presteza, permaneceram como originalmente concebidas. As dimensões Competência, Cortesia, Credibilidade e Segurança foram consolidadas numa única dimensão, associada à capacidade da empresa de assegurar a execução dos serviços com os atributos de tais dimensões. A nova dimensão criada foi chamada de Garantia (a partir do original inglês – assurance – envolver a tranquilidade sentida pelo usuário, a partir da capacidade da empresa de assegurar que prestará o serviço com competência, cortesia, credibilidade e segurança). As outras dimensões – Acessibilidade, Comunicação e Conhecimento do cliente, foram agrupadas numa nova dimensão – a Empatia. A escala SERVQUAL passou então a ter as dimensões assim definidas:

- Tangibilidade: aparência das instalações físicas, equipamentos, insumos, materiais de comunicação e aparência dos funcionários;
- Confiabilidade: habilidade de prestar o serviço de forma confiável, precisa e consistente;
- Presteza: disposição de prestar o serviço e auxiliar o usuário prontamente;
- Garantia: conhecimento e cortesia dos funcionários bem como sua capacidade de transmitir confiança e credibilidade;
- Empatia: educação, respeito, consideração e amabilidade no contato pessoal.

Ao longo das diversas aplicações da escala, estes autores detectaram que a dimensão confiabilidade é considerada a mais importante pelos usuários, enquanto a dimensão tangibilidade se constitui na menos importante .

O instrumento SERVQUAL representou um marco na literatura da área em gestão em serviços. A partir dele, a produção científica nesta área amadureceu com diversas abordagens de trabalhos posteriores e, inclusive, com pesquisas que refinaram o modelo.

A capacidade de adaptação e ampliação do instrumento para a realidade da organização que a utilizará é uma vantagem evidenciada pelos próprios autores.

Ao compartilhar dessa idéia, Karatepe, Yapa e Babakus (2005) afirmam que não há a necessidade de desenvolver metodologias específicas para a avaliação da qualidade em diferentes setores de serviço, pois o instrumento SERVQUAL pode ser adaptado a diferentes realidades, sendo uma ferramenta efetiva para avaliação da qualidade em serviços.

A diversidade de estudos utilizando a ferramenta SERVQUAL para avaliação da qualidade vem a reiterar a posição dos autores supracitados. No Brasil e no exterior, o instrumento SERVQUAL vem sendo utilizado por organizações de diferentes setores e diferentes portes como ferramenta estratégica, utilizando seus resultados para a tomada de decisões.

Coelho (2004) utilizou a ferramenta SERVQUAL para avaliação da qualidade em serviços de educação; Souza (2002) avaliou os serviços de uma administradora de condomínios; Gomes (2006) adaptou o instrumento para a avaliação de serviços turísticos no litoral pernambucano; e Heckert e Silva (2008) mensuraram a qualidade dos serviços em organizações do terceiro setor.

Zeithaml e Bitner (2003) transportam para a área da saúde as cinco dimensões da qualidade identificadas em estudos anteriores. Parasuraman, Zethaml e Berry (1988) citam alguns aspectos que são considerados ao avaliar esse tipo de serviço em cada dimensão:

- Dimensão Confiabilidade: diagnósticos feitos com precisão; horas marcadas e cumpridas corretamente;
- Dimensão Presteza: interesse no usuário, em ouvi-lo; sem esperas para o atendimento; acessibilidade;
- Dimensão Garantia: capacidade; conhecimento; habilidade;
- Dimensão Empatia: paciência; tratar o paciente como pessoa; capacidade de recordar fatos anteriores;

- Dimensão Tangibilidade: sala de espera; sala de atendimento; equipamentos e materiais; aparência do profissional.

Diante do exposto, fica evidente a flexibilidade do instrumento SERVQUAL, demonstrada através dos diferentes setores de serviços que o utilizam em suas pesquisas, incluindo os serviços de saúde. E, sua efetividade na avaliação de serviços pode ser comprovada pela quantidade de publicações científicas utilizando a ferramenta.

Assim sendo, para atingir os objetivos propostos neste trabalho optou-se pela utilização da Escala SERVQUAL, como instrumento de mensuração da qualidade dos serviços prestados pela Unidade Municipal de Saúde da Marambaia sob a perspectiva dos usuários.

2.4.5 Percepção do usuário com relação à qualidade do serviço

A demanda crescente da sociedade em relação a serviços de qualidade gerou uma necessidade de mudanças nas características destes e maior exigência para com os fornecedores de diversos tipos de serviços, inclusive os voltados à área de saúde (Vasconcellos, 2002).

Para Munro (1994), a prestação de serviços realizada pelo poder público ainda mantém em foco a própria existência do serviço, deixando sua qualidade relegada a um segundo plano. As organizações no setor público são as maiores prestadoras de bens e serviços à comunidade, que está dependente da qualidade, agilidade e localização desses serviços, tendo como principal característica uma relação de responsabilidade direta com a sociedade, necessitando continuamente redefinir sua missão (Estefano, 1996).

A qualidade nas organizações de saúde pode ser interpretada e representada como a expressão de certas formações subjetivas: preocupação constante em criar e manter entre todos os que estão ocupados nas organizações de saúde, administradores e funcionários, o entendimento quanto à estrutura e ao processo das intervenções; e preocupação quanto aos resultados para satisfazer as necessidades emergentes e as demandas explícitas dos Usuários externos. Finalmente, a administração da qualidade das organizações de saúde tem como resultados esperados a melhoria da eficiência com eficácia e a melhoria no uso dos recursos (Lima, 1998).

Para Ansujet *et al.* (2005), o mais importante no julgamento da qualidade do serviço na concepção dos pacientes, está baseado mais nos aspectos do que na parte técnica do profissional, o que não significa que o profissional não deva preocupar-se com a qualidade técnica. Para os autores, é necessário considerar os dois componentes da qualidade que, segundo Las Casas (2000), são: o serviço propriamente dito e a forma como ele é percebido pelo usuário.

Portanto, a qualidade dos serviços pode ser percebida pelos usuários por meio dos seus componentes tangíveis e intangíveis. A tangibilidade de um serviço é aquilo que o cliente vê e sente como a aparência física do local de trabalho. Os componentes intangíveis são amabilidade e cordialidade da equipe, ou seja, os que estão diretamente ligados ao relacionamento da equipe profissional com os usuários (Ansuje *et al.*, 2005)

A qualidade é definida pelo cliente e transcende os parâmetros dos produtos, contemplando aspectos relacionados com o meio ambiente e com as relações humanas. A função qualidade e o termo usuário devem ser entendidos de forma abrangente e devem ser estendidos, também, para as relações profissionais, sociais e familiares (Neves e Neves, 2000).

Para Vasconcellos (2002), a diferença fundamental ao se definir qualidade na prestação de serviços encontra-se na subjetividade e na dificuldade de estabelecer o que é qualidade, uma vez que os usuários reagem diferentemente ao que parece ser o mesmo serviço. Cada cliente possui uma determinada percepção sobre qualidade e, muitas vezes, esta diferença implica até mesmo no “estado de espírito do usuário” no momento da prestação de serviço. As pessoas possuem diferentes padrões de qualidade em diferentes momentos de sua vida.

Certamente, gerenciar serviços é diferente de gerenciar produção de bens, pois serviços são intangíveis, ou seja, não podem ser possuídos, mas vivenciados, e por isso são de difícil padronização. Necessitam da presença e da participação do cliente, que restringe o tempo de atendimento, são personalizados, podendo ainda necessitar do treinamento do cliente; e implicam na produção e consumo simultâneos, por não poderem ser estocados, dificultando sua inspeção e controle de qualidade. Por tudo isso, o processo de prestação de serviço pode ser muito mais importante que o seu próprio resultado (Gianesi & Corrêa, 1996).

A intangibilidade dos serviços, juntamente com a necessidade da presença do cliente e a simultaneidade da produção e consumo do serviço, forma as principais características

especiais das operações em serviços, que irão definir a avaliação dos resultados e a qualidade dos serviços prestados. Entretanto, muitas vezes, essa avaliação é dificultada pela intangibilidade, uma vez que é difícil a padronização dos serviços, tornando a gestão do processo mais complexa (Gianesi & Corrêa, 1996).

Portanto, em serviços é fundamental que se controle ou realmente os processos em função das necessidades dos usuários. Em serviços são enfatizadas as relações diretas com os Usuários e o processo deve ser flexível, porque o cliente participa do processo produtivo de forma efetiva e assim as organizações precisam possuir capacidade para mudança e renovação constantes (Paladini, 1995).

Grönroos (1990) afirma que os consumidores escolhem prestadores de serviços comparando as percepções que têm do serviço recebido com o serviço esperado, o que é chamado de qualidade de serviço percebida. Bons resultados na qualidade percebida são obtidos quando os serviços recebidos ou experimentados tendem às expectativas dos usuários. O autor conclui que somente quando o prestador de serviços entende como os serviços serão avaliados pelos Usuários é que será possível saber como gerenciar tais avaliações e como influenciá-las na direção desejada.

Zeithaml, Parasuraman e Berry (1990) atribuem à qualidade de serviços a discrepância que existe entre as expectativas e as percepções dos usuários sobre um serviço experimentado. A chave para assegurar uma boa qualidade de serviço é obtida quando as percepções dos Usuários excedem suas expectativas. Porém, não basta compreender a importância de se fornecer serviços com excelente qualidade, é preciso que haja um processo contínuo de monitoração das percepções dos Usuários sobre a qualidade do serviço, identificação das causas das discrepâncias encontradas e adoção de mecanismos adequados para a melhoria.

2.5 HUMANIZAÇÃO DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE – ACOLHIMENTO

Sempre que os serviços de saúde são avaliados, evidencia-se o despreparo dos profissionais em suas práticas de saúde em lidar com o emocional do ser humano (Brasil, 2008).

Ciente desse problema, o Ministério da Saúde em 2003 instituiu a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde - (Humaniza SUS), com a proposta de comprometimento com a humanização na atenção básica, especializada,

hospitalar, incluindo assistência pré-hospitalar e os serviços de atendimento de urgência e emergência; esperando substituir o modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta para o modelo centrado na humanização.

O Humaniza SUS tem o objetivo de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários.

2.5.1 Princípios da Política Nacional de Humanização de Atenção do SUS.

Inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde – refere-se a práticas interdependentes e complementares. A incorporação da humanização deve ocorrer considerando-se tal entendimento.

Transversalidade – trata-se de concepções e práticas que atravessam as diferentes ações e instâncias, que aumentam o grau de abertura da comunicação intra e inter grupos e ampliam as grupalidades, o que se reflete em mudança nas práticas de saúde.

Autonomia e protagonismo dos sujeitos – têm relação com a co-responsabilidade entre gestores, usuários e a participação coletiva nos processos e na gestão.

De acordo com o Programa Nacional de Humanização do SUS, humanizar a assistência a saúde é dar lugar, não só a palavra do usuário como também a palavra do profissional de saúde de forma que, tanto um como o outro possam fazer parte de uma rede de diálogo.

O compromisso com a pessoa que sofre pode ter as mais diversas motivações, assim como o compromisso com os cuidadores e destes entre si. Cabe a esta rede promover as ações, campanhas, programas e políticas assistenciais, tendo como base fundamental a ética, o respeito, o reconhecimento mútuo, a solidariedade e a responsabilidade.

O acolhimento demonstra a postura dos trabalhadores da Unidade para o atendimento das necessidades de saúde do usuário; consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviço de saúde com os seus usuários (Merhy, Campos & Cecilio, 1994). Constitui-se em tecnologia para a reorganização do serviço, com vistas a garantia do acessosal, resolutividade e humanização do atendimento (Franco, 2003).

CAPÍTULO III

Metodologia

3.1 MÉTODOS E TÉCNICAS DA PESQUISA

Neste capítulo procurou-se descrever e fundamentar as opções metodológicas em que foi baseado o estudo.

O método científico, segundo Barañano (2004), é um instrumento para o estudo da realidade, formado por um conjunto de procedimentos através dos quais os problemas científicos são formulados e as hipóteses científicas examinadas. Assim o método científico é uma orientação que facilita ao investigador formulação de hipóteses a realização de experiências e a interpretação dos seus resultados.

3.1.1 Sobre o Método do Estudo

No presente trabalho ao avaliar a qualidade do serviço prestado pela Unidade Municipal de Saúde da Marambaia sob a perspectiva dos usuários utilizou-se do método estudo de caso, de natureza exploratória e abordagem quantitativa.

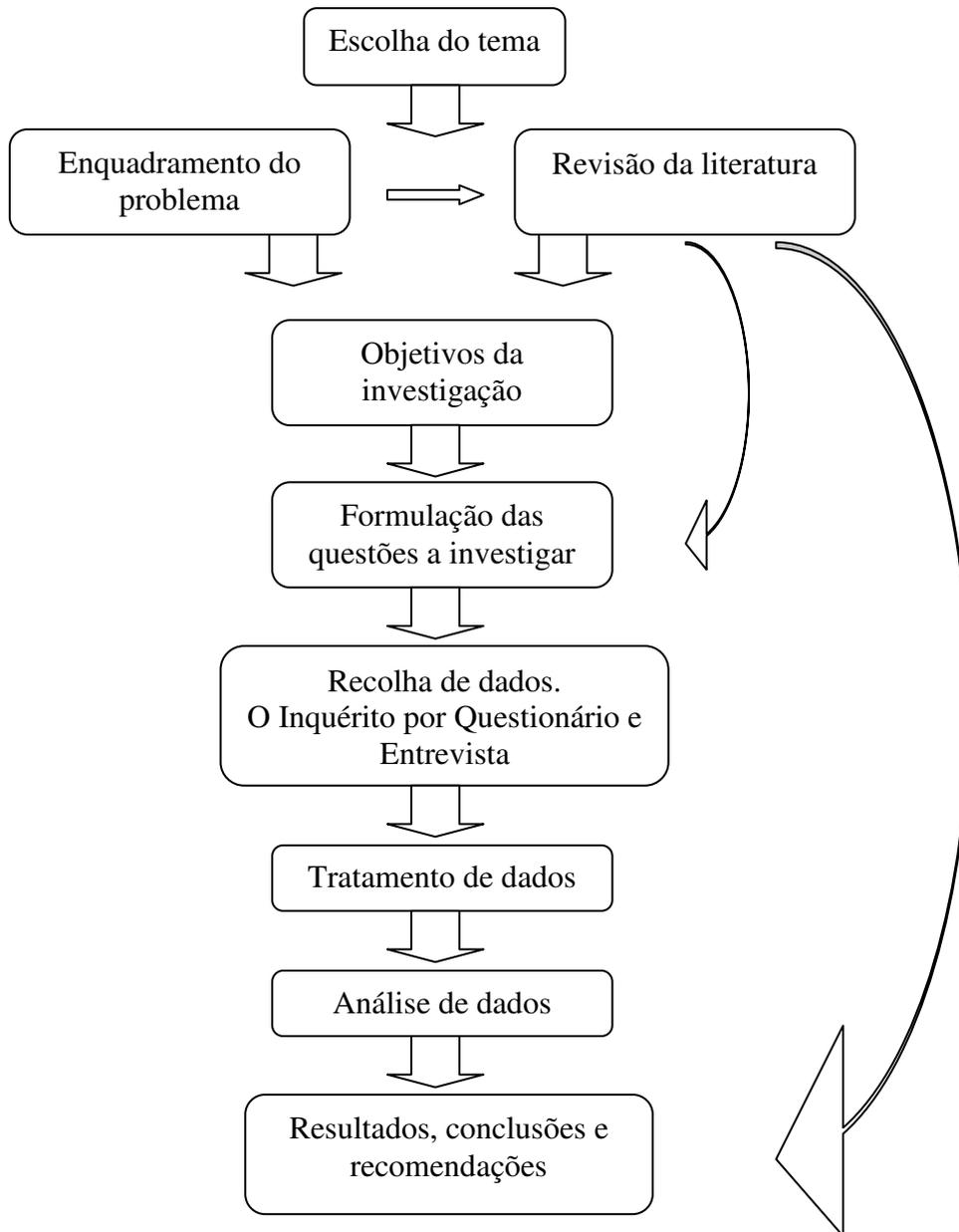
O estudo de caso no entender de Godoy (1995, p. 25) tem como principal característica o fato de se concentrar no estudo pormenorizado e aprofundado de uma entidade bem definida “o caso” que pode ser um indivíduo, um pequeno grupo, uma organização, uma comunidade, um processo.

Stakes (1994) afirma que o estudo de caso pode ser utilizado tanto em pesquisa qualitativa como na pesquisa quantitativa ou mesmo na combinação de ambas.

De acordo com Richardson (2007), a abordagem quantitativa caracteriza-se pelo emprego de quantificação por meio de técnicas estatísticas, que vão desde as mais simples como: percentual, média, desvio padrão, até as mais complexas como coeficiente de correlação, análise de regressão, dentre outras.

A pesquisa exploratória segundo Gil (2008) visa proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito. Envolve levantamento bibliográfico e entrevistas. Assumem em geral as formas de pesquisa bibliográfica e estudo de caso.

Uma esquematização gráfica do desenho desta investigação pode ser observada na figura abaixo:



Fonte: elaboração própria

Figura 3: Metodologia da pesquisa

3.1.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade Municipal de Saúde da Marambaia, situada no bairro de mesmo nome pertencente à rede municipal de saúde de Belém-PA, Brasil. A referida unidade atende a população oferecendo aos seus usuários ações de saúde desenvolvidas a nível ambulatorial nas quatro clínicas básicas (clínica médica, pediátrica, ginecológica e obstétrica), ainda conta com serviço de urgência e emergência durante 24 horas.

A Unidade de Saúde da Marambaia pertencia à rede Estadual até o ano de 2003. Em função do processo de Municipalização da saúde passou a ser gerenciada pelo município de Belém. O quadro de funcionários é constituído de servidores das três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal.

3.1.3 - Caracterização da Amostra

Considerando os objetivos propostos, a seleção da amostra recaiu sobre três populações: Usuários, gerentes e funcionários da Unidade Municipal de Saúde da Marambaia

Gerente da Unidade de Saúde – a condução do serviço de saúde reflete diretamente na qualidade da assistência prestada aos usuários. O gerente deve adotar mecanismos capazes de conferir vitalidade as atividades e processos, inovar, criar e recriar contextos e situações a posicionar-se de maneira positiva perante os usuários (Davel e Vergara, 2001: p. 31). Assim sendo, o gerente deverá adotar estratégias capazes de conduzir a equipe de saúde a produzir o efeito desejado levando em consideração as expectativas dos usuários, pois o processo de organização está diretamente relacionada a capacidade da equipe em atender a essas expectativas com a qualidade que eles requerem e não apenas na forma entendida pela gerencia e equipe.

Funcionários da Unidade de Saúde - justifica-se a necessidade de investigar os profissionais que atuam na linha de frente considerando que em tese devem estar plenamente capacitados para resolver solicitações do usuário da forma mais rápida e eficiente possível. Situações adversas, invariavelmente, ocorrem e não podem surpreender a equipe. O grande diferencial da unidade de saúde será contar com profissionais que conheçam não necessariamente a solução, mas que tenham a capacidade de encontrar e viabilizar uma opção de solução que atenda as expectativas do usuário.

O maior grau de exigência manifestado pelos usuários impõe a participação de profissionais cada vez mais qualificados ou por meio de sua formação acadêmica ou vivência profissional. Devem ser dotados de características que revelem habilidade no trato com pessoas, ou seja, capacidade de relacionamento com a gerencia, colegas de trabalho e principalmente usuários, os quais devem se sentir acolhidos por toda a equipe da Unidade, tal como preconiza o programa de humanização do SUS - Sistema Único de Saúde.

É necessário que a satisfação das necessidades dos Usuários internos (funcionários), o principal recurso do serviço, seja adequadamente satisfeitas conforme mencionam Patrício e Brito (2006). Considerando que o próprio serviço se realiza pela interação entre o usuário e o prestador (funcionário), o estudo efetuado pelos autores demonstra que a percepção de quem presta o serviço está fortemente relacionada com a de quem o recebe. Acrescentam ainda que a proximidade entre ambos seja enorme, quer em termos físicos organizacionais ou psicológicos, sendo habitual, os Usuários associarem o serviço recebido ao desempenho do próprio prestador.

De qualquer forma, em qualquer serviço, qualquer que seja a situação, são as pessoas que fazem a diferença e permitem criar a percepção positiva ou negativa de uma instituição.

Usuários – São os principais atores do processo de investigação; considerando que o trabalho em questão objetiva avaliar a qualidade do serviço prestado pela Unidade de Saúde da Marambaia sob a perspectiva dos usuários.

A amostra adotada foi a não aleatória do tipo amostragem orientada que segundo Barañano (2004) a seleção dos elementos da população é feita em função das características que esses elementos possuem relativamente aos objetivos da pesquisa.

Critérios de inclusão:

Usuários:

- Matriculados nos programas da Unidade de Saúde que já tenham recebido mais de um atendimento.
- Maiores de 18 anos
- Ter condições para compreender e responder o instrumento.

Funcionários:

- Funcionários das diversas categorias atuantes nos diversos setores da Unidade de Saúde

Gerente- 1

Todos os questionados foram contactados pessoalmente pela pesquisadora, os questionários eram preenchidos e devolvidos em seguida, para não correr o risco de perda de dados; dessa forma houve um aproveitamento de 100%.

Foram questionados cem (100) usuários da Unidade de Saúde (30), funcionários e um (1) gerente.

3.1.4 Técnica de Recolha e Tratamento dos Dados

A primeira fase desta pesquisa consistiu em um estudo exploratório sobre a Unidade de Saúde, através de pesquisas em documentos da Unidade, conversas informais com pessoas ligadas ao serviço e pesquisas bibliográficas das principais literaturas que abordam o assunto.

Segundo Barañano (2004) para o processo de recolha de dados podemos definir três tipos de técnicas: Observação, Experimentação e Levantamento ou Inquérito.

No caso da gestão, o Levantamento ou Inquérito é o método mais utilizado. Existem duas técnicas de inquérito: A entrevista e o questionário.

Para o estudo em questão foram utilizadas as duas técnicas; a entrevista aplicada com os funcionários, gerente e para os usuários foi aplicado o questionário.

O questionário utilizado foi composto de questões fechadas baseado na escala SERVQUAL que de acordo com Parasuraman, Berry e Zeithaml (1988) é um instrumento eficaz para medir a satisfação do cliente com os serviços com base na diferença apresentada entre as suas expectativas e as suas percepções. O instrumento foi concebido originalmente no contexto de marketing, subseqüentemente validada no campo da saúde (Babakus e Mangold, 1992).

Os questionários foram elaborados em dois blocos com 22 afirmações, uma para medir as expectativas e a outra para medir as percepções contemplando as cinco dimensões da qualidade: Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança e Empatia.

A mensuração deu-se através de uma Escala de Likert de cinco pontos que varia de 1 (discordo totalmente) à 5 (concordo totalmente).

Para complementar a pesquisa, foram entrevistados também 30 (trinta) funcionários e 1 gerente da Unidade de Saúde utilizando-se entrevistas semi-estruturadas.

Após a elaboração, os inquéritos foram validados com aplicação de pré-teste de forma a detectar potenciais erros, dificuldades de interpretação ou outros aspectos considerados importantes que pudessem influenciar involuntariamente a compreensão das questões.

A entrevista com funcionários foram realizadas em horários de menor fluxo de usuários para que o serviço não sofresse solução de continuidade. Foram selecionados funcionários de diversos setores e das diversas categorias.

Os usuários foram selecionados dos diversos setores da Unidade de Saúde e responderam ao inquérito durante o tempo de espera para o atendimento ou logo após serem atendidos. As entrevistas foram realizadas em local previamente designado pela gerente, especialmente para este fim; para que as pessoas se sentissem resguardadas.

Os inquéritos foram aplicados após a assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

3.1.5 Registro, Verificação e Tratamento dos Dados Recolhidos:

Após efetuada a recolha dos dados procedeu-se a sua codificação, verificação e registro.

Para o processamento dos dados foram utilizados instrumentos descritivos associados a mecanismos derivados da lógica da matemática concernentes as

características deste estudo. Conforme descrito por Marconi e Lakatos (2008), os processos estatísticos permitem obter de um conjunto de dados, representações simples e constatar se verificações simplificadas tem relações entre si. Os instrumentos foram processados em microcomputador com utilização do software SPSS, versão 18.0, para análise estatística.

A mensuração da qualidade do serviço prestado pela Unidade Municipal de Saúde da Marambaia foi obtida da diferença entre a Percepção e a Expectativa para cada respondente. Os escores médios para cada dimensão foram calculados através das respostas de todos os participantes da pesquisa em cada grupo. Escores positivos representam um serviço melhor que o esperado pelo usuário, escores negativos representam qualidade do serviço abaixo do esperado e em consequência usuário insatisfeito e escore zero implica em qualidade satisfatória do serviço e em consequência usuário satisfeito.

Quadro 4: Ficha técnica da pesquisa

Unidade de Análise	Unidade Municipal de Saúde da Marambaia
Técnica de Recolha da Informação	Literatura e estudo científico sobre a temática. Administração de questionários e entrevistas.
Método de Recolha da Informação	Inquérito administrado diretamente pelo investigador.
Taxa de Resposta	100 %
Objetivo	Avaliar a qualidade do serviço prestado pela Unidade Municipal de Saúde da Marambaia sob a perspectiva dos usuários.
Tratamento dos Dados	Os dados foram processados em microcomputador com utilização de software SPSS 18.00. Foram realizadas operações estatísticas tais como: percentuais, média, testes de significância qui-quadrado.
Controle de Qualidade	Em relação ao desempenho dos instrumentos de recolha de dados, foi verificado o correto ajustamento entre os objetivos do projeto, como identificadas as perguntas que respondiam a cada um dos objetivos.

Fonte: elaboração própria

CAPÍTULO IV

Análise e Discussão de Dados

4.1 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1.1 Caracterização da Amostra

4.1.1.1 Caracterização dos Funcionários da Unidade Municipal de Saúde da Marambaia

No quadro 5 se pode observar as características da amostra composta pelos funcionários da Unidade de Saúde investigada. Nela se pode observar que o grupo foi composto por mais mulheres do que homens, a maioria dos sujeitos ocupava a faixa etária entre 25 e 40 anos de idade, a maioria destes tinha escolaridade equivalente ao ensino médio completo, tinha contrato temporário com a unidade e estava contratado a um tempo equivalente a 1 a 5 anos apenas.

Quadro 5: Características da amostra de funcionários da Unidade de Saúde da Marambaia

Variável	Frequência			
	Feminino		Masculino	
Sexo	24 (80,0%)		6 (20,0%)	
Idade	18 a 24 anos	25 a 40 anos	40 a 60 anos	Acima de 60
	1 (3,3%)	19 (63,3%)	10 (33,3%)	-----
Escolaridade	Médio Comp.	Sup. Incomp.	Sup. Comp.	Pós-grad.
	19 (63,3%)	2 (6,7%)	7 (23,3%)	2 (6,7%)
Vínculo empregatício	Temporário		Efetivo	
	18 (60,0%)		12 (40,0%)	
Tempo de serviço	1 a 5 anos		6 a 15 anos	
	23 (76,7%)		7 (23,3%)	

Na figura 4 se pode constatar a diferença estatisticamente significativa dos sujeitos integrantes do grupo de funcionários questionados, em favor do sexo feminino.

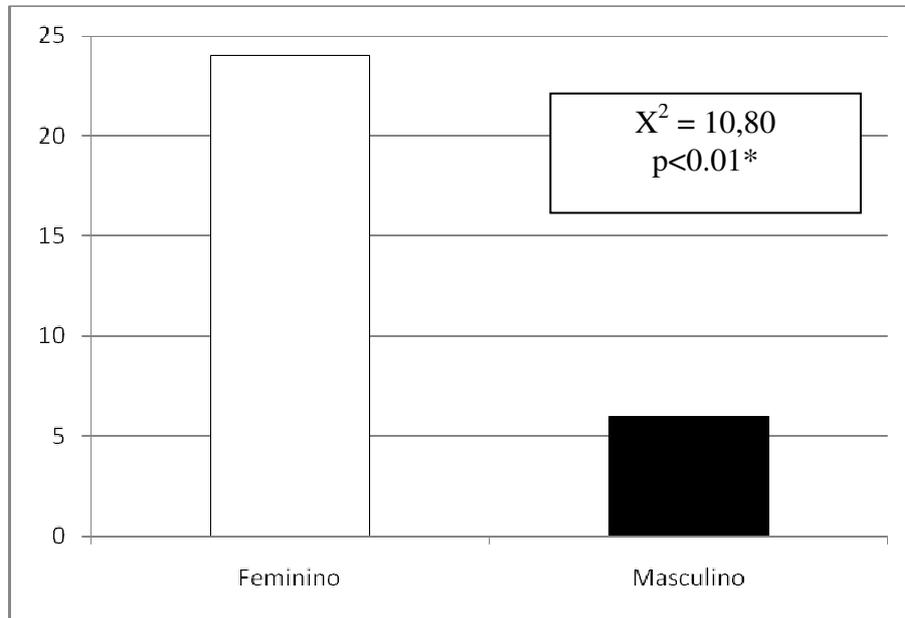


Figura 4: Funcionários quanto ao sexo.

Na figura 5 se pode observar que a maioria significativa dos funcionários questionados apresentava faixa etária entre 25 e 40 anos de idade, enquanto a significativa minoria era jovem, com idade entre 18 a 24 anos.

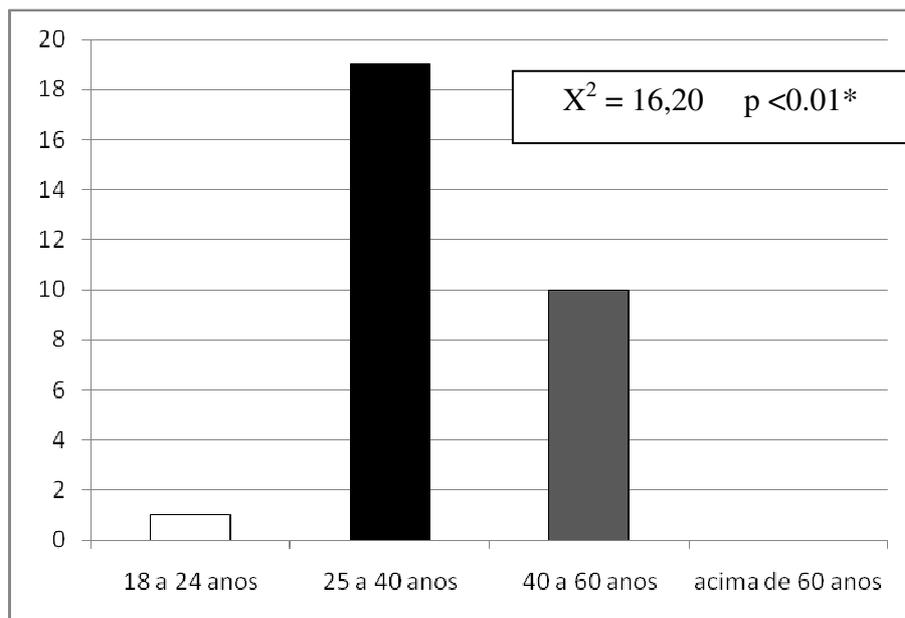


Figura 5: Funcionários quanto ao grupo etário.

Já na figura 6, é possível notar que a maioria significativa dos funcionários questionados apresentava escolaridade equivalente ao ensino médio completo.

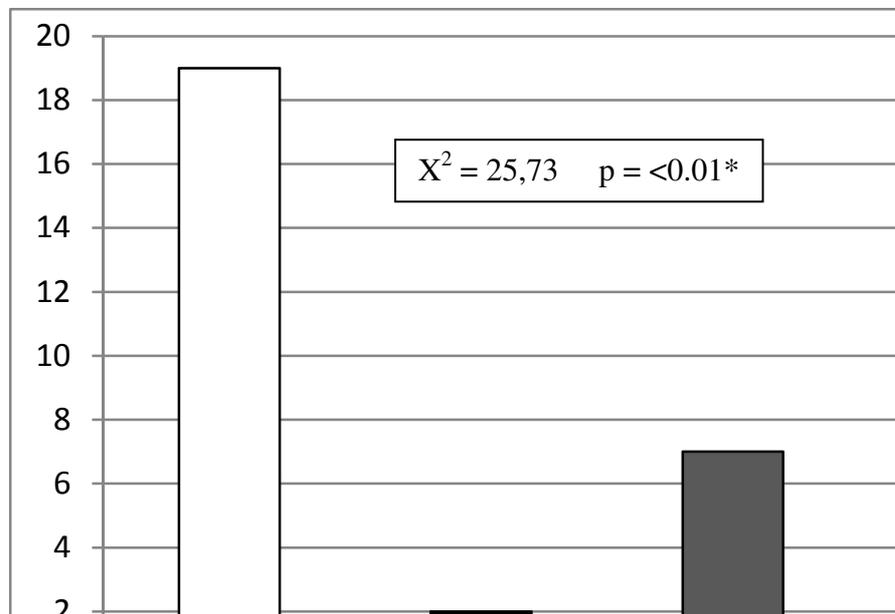


Figura 6: Funcionários quanto ao nível de escolaridade.

Na figura 7 é possível notar que a maioria discreta, sem significância estatística, dos funcionários questionados, tem contrato temporário para atuação na Unidade de Saúde estudada.

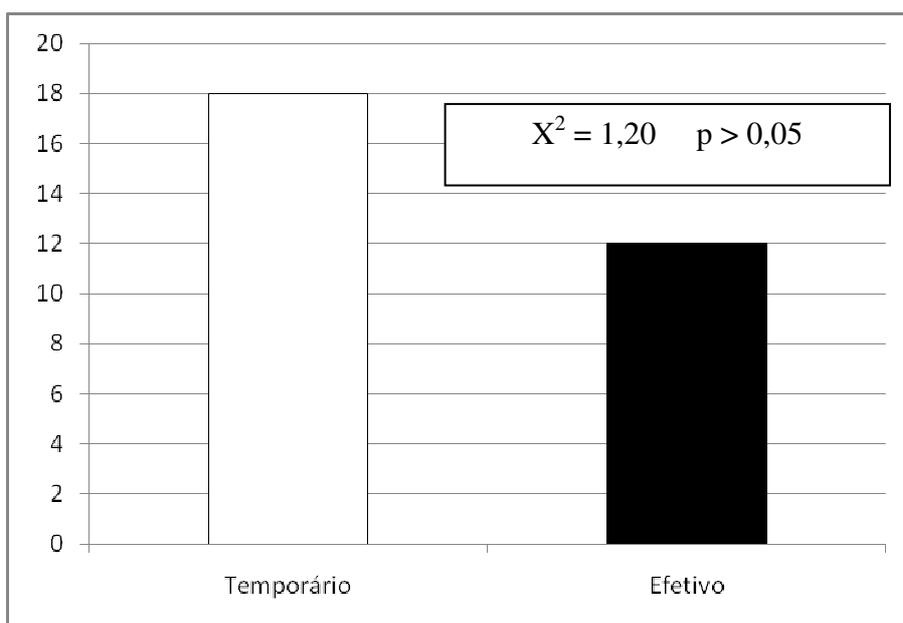


Figura 7: Funcionários quanto ao tipo de vínculo empregatício.

Na Figura 8 por sua vez, observa-se que a maioria significativa dos funcionários questionados tem tempo de serviço junto à Unidade de Saúde, de apenas 1 a 5 anos.

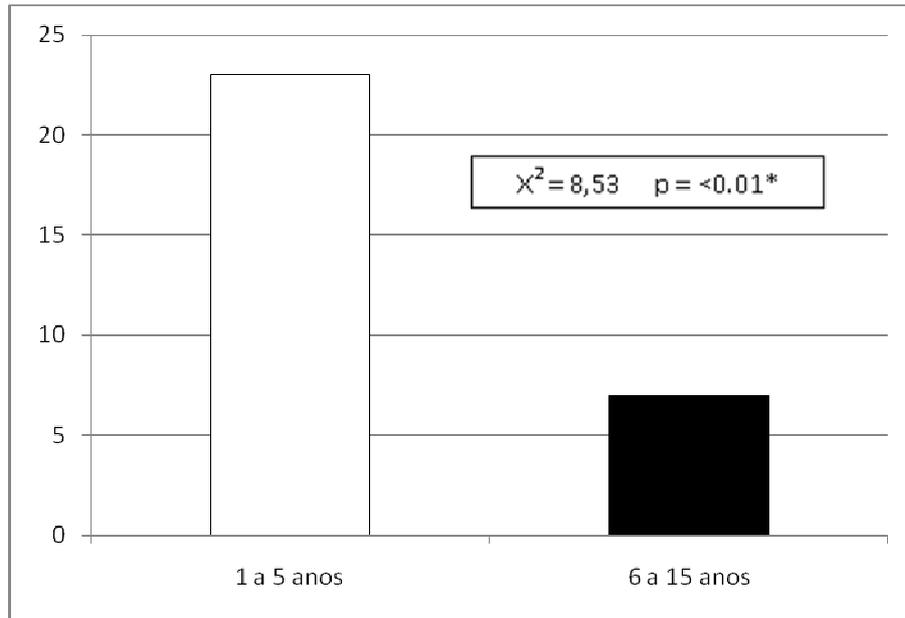


Figura 8: Funcionários quanto ao tempo de serviço.

No quadro 6 se pode observar a opinião dos funcionários entrevistados, sobre os aspectos relacionados com a Unidade de Saúde em que trabalham. Nela se pode observar que todos os entrevistados afirmaram que conhecem a missão da Unidade de Saúde, tem conhecimento adequado de suas competências e responsabilidades e tem conhecimento dos seus direitos e deveres enquanto funcionário. Por outro lado, todos os entrevistados afirmaram que o desempenho geral da instituição não é discutido com os funcionários, não existem programas de melhoria da qualidade difundidas pela direção da Unidade de Saúde, não existem formas de captação de sugestões dos funcionários, não recebeu treinamento para realizar de maneira adequada o acolhimento do usuário, não é efetuada a avaliação de sua satisfação enquanto funcionário de modo periódico e sistemático, os conceitos de qualidade e de gestão pela qualidade não são devidamente divulgados no seu serviço e que não existem métodos para avaliação da qualidade do seu trabalho.

Quadro 6: Opinião dos funcionários sobre a Unidade de Saúde.

Questão	Opção				Diferença	
	Sim	Não	Não sabe	Em parte	χ^2	P
Questão 1	30(100,0%)	---	---	---	---	---
Questão 2	2 (6,7%)	19 (63,3%)	---	9 (30,0%)	14,60	<0,01*
Questão 3	---	30(100,0%)	---	---	---	---
Questão 4	---	30(100,0%)	---	---	---	---
Questão 5	---	21 (70,0%)	---	9 (30,0%)	4,80	0,03*
Questão 6	---	12 (40,0%)	9 (30,0%)	9 (30,0%)	0,60	0,74
Questão 7	---	22 (73,3%)	---	8 (26,7%)	6,53	0,01*
Questão 8	---	21 (70,0%)	---	9 (30,0%)	4,80	0,03*
Questão 9	---	21 (70,0%)	---	9 (30,0%)	4,80	0,03*
Questão 10	25 (83,3%)	5 (16,7%)	---	---	13,33	<0,01*
Questão 11	---	30(100,0%)	---	---	---	---
Questão 12	8 (26,7%)	22 (73,3%)	---	---	6,53	0,01*
Questão 13	23 (76,7%)	7 (23,3%)	---	---	8,53	<0,01*
Questão 14	1 (3,3%)	29 (96,7%)	---	---	26,13	<0,01*
Questão 15	1 (3,3%)	29 (96,7%)	---	---	26,13	<0,01*
Questão 16	3 (10,0%)	27 (90,0%)	---	---	19,20	<0,01*
Questão 17	30(100,0%)	---	---	---	---	---
Questão 18	30(100,0%)	---	---	---	---	---
Questão 19	7 (23,3%)	23 (76,7%)	---	---	8,53	<0,01*
Questão 20	5 (16,7%)	25 (83,3%)	---	---	13,33	<0,01*
Questão 21	---	30(100,0%)	---	---	---	---
Questão 22	---	30(100,0%)	---	---	---	---
Questão 23	---	30(100,0%)	---	---	---	---
Questão 24	---	30(100,0%)	---	---	---	---
Questão 25	22 (73,3%)	8 (26,7%)	---	---	6,53	0,01*
Questão 26	25 (83,3%)	5 (16,7%)	---	---	13,33	<0,01*

A maioria significativa dos funcionários entrevistados afirmou que acha satisfatório a qualidade da atenção prestada pela unidade de saúde aos seus usuários, que se considera satisfeito com o seu desempenho no trabalho, que as instalações da unidade de saúde são adequados em termos de higiene e segurança do trabalho e que a unidade de saúde disponibiliza material necessário para o desempenho de suas tarefas,

A maioria significativa dos funcionários entrevistados afirmou que não conhece os objetivos e planos da instituição, que a instituição não possui um planejamento das ações a serem desenvolvidas, que a unidade de saúde não possui metas de melhoria da qualidade

bem definidas, que os funcionários não participam do planejamento e avaliação das ações, que os resultados e o desempenho não são analisados periodicamente, que as habilidades e conhecimento vivenciados por colegas não são compartilhados internamente buscando agregar valores às partes interessadas, que não está satisfeito com a sua remuneração, que as formas de reconhecimentos e incentivos não são justas e motivadoras, que não participa de treinamentos para melhorar seu desempenho, que não sugere novas idéias para o alcance de objetivos do trabalho e que sua criatividade e iniciativas não são estimuladas e reconhecidas pela chefia.

Na questão 6 (A instituição possui objetivos bem definidos), não se verificou diferença estatística nas respostas dos entrevistados, com 40% considerando NÃO, 30% considerando NÃO SABE e 30% considerando EM PARTE.

No quadro abaixo, as características da amostra de usuários da Unidade de saúde.

Quadro 7: Características da amostra de usuários da Unidade de Saúde

Variável	Frequência				
	Feminino		Masculino		
Sexo	87 (87,0%)		13 (13,0%)		
Idade	18 a 24 anos	25 a 40 anos	40 a 60 anos	Acima de 60	
	34 (34,0%)	43 (43,0%)	22 (22,0%)	1 (1,0%)	
Escolaridade	Fund. Incomp.	Fund. Comp.	Médio Incomp.	Médio Comp.	
	44 (44,0%)	26 (26,0%)	11 (11,0%)	19 (19,0%)	
Estado civil	Solteiro	Casado	Separado	Viúvo	
	27 (27,0%)	71 (71,0%)	1 (1,0%)	1 (1,0%)	
Meio de locomoção	A pé	Bicicleta	Moto	Ônibus	Carro
	27(27,0%)	34(34,0%)	2 (2,0%)	34(34,0%)	3 (3,0%)
Residência	Marambaia	Castanheira	Mangueirão	Outros	
	46 (46,0%)	15 (15,0%)	9 (9,0%)	30 (30,0%)	
Profissão	Do lar	Doméstica	Vendedor	Estudante	Outras
	42(42,0%)	7 (7,0%)	6 (6,0%)	6 (6,0%)	39 (39,0%)

No quadro 7 se pode observar as características da amostra composta pelos usuários atendidos na Unidade de Saúde investigada. Nela se pode observar que o grupo foi composto por mais mulheres do que homens, a maioria dos sujeitos ocupava a faixa etária entre 25 e 40 anos de idade, a maioria destes tinha escolaridade equivalente ao ensino fundamental

incompleto, era casado ou em regime de união estável, acessava a Unidade de Saúde através do ônibus ou da bicicleta, era morador da Marambaia e tinha como a principal ocupação, do lar.

Na figura 9 é possível constatar que o grupo de usuários questionados foi composto por um número significativamente maior de mulheres do que de homens.

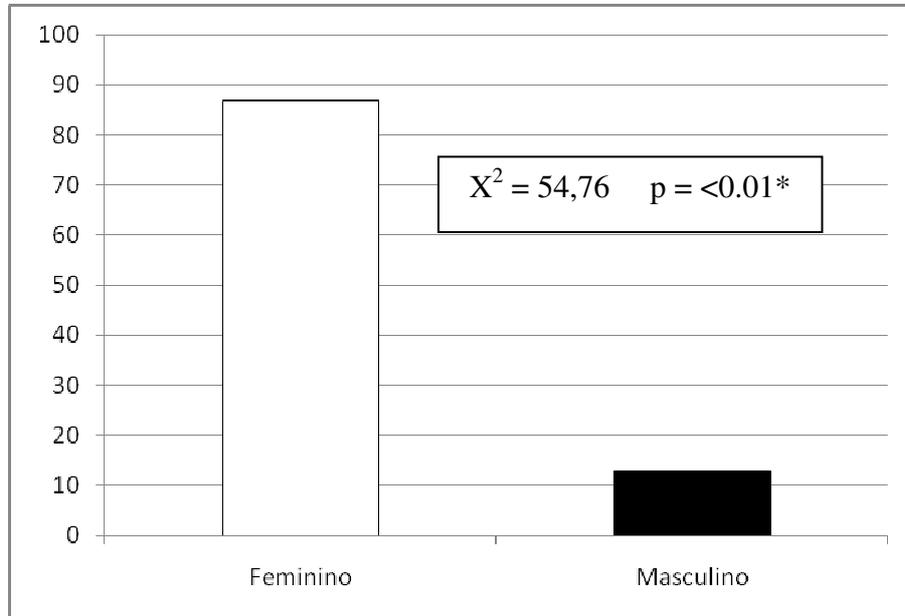


Figura 9: Usuários quanto ao sexo.

Na Figura 10 se pode constatar que a minoria significativa dos usuários questionados, apresentava idade superior aos 60 anos.

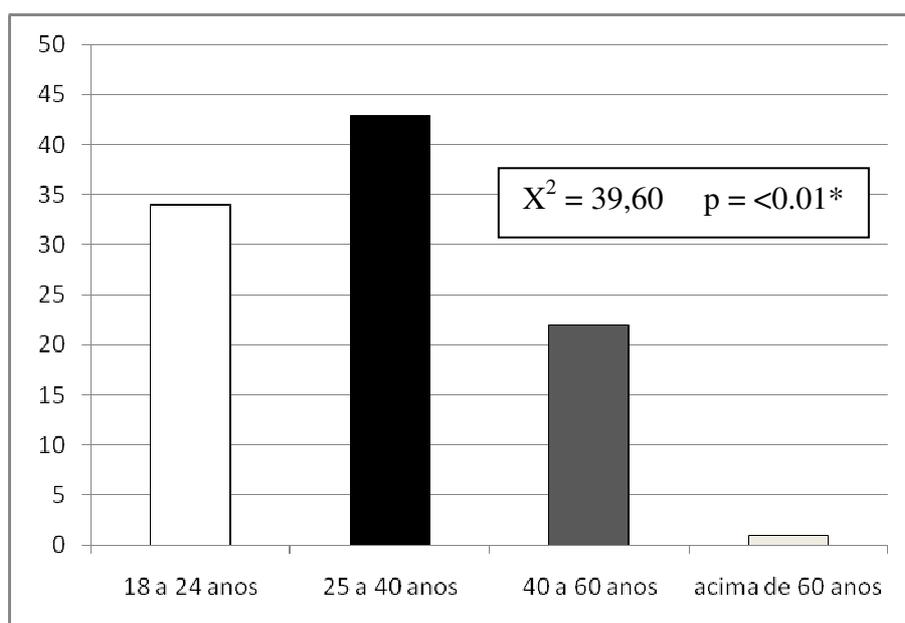


Figura 10: Usuários quanto ao grupo etário.

Na Figura 11 se pode constatar que a maioria significativa dos usuários questionados apresentava escolaridade equivalente ao ensino fundamental incompleto.

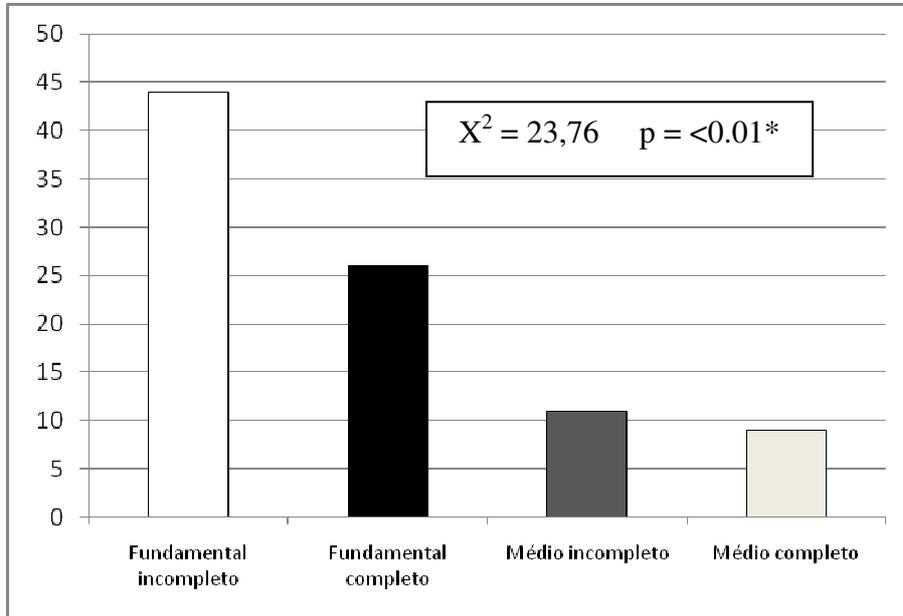


Figura 11: usuários quanto ao nível de escolaridade.

Na figura 12 constatou-se que a maioria significativa dos usuários questionados era casado ou tinha união estável.

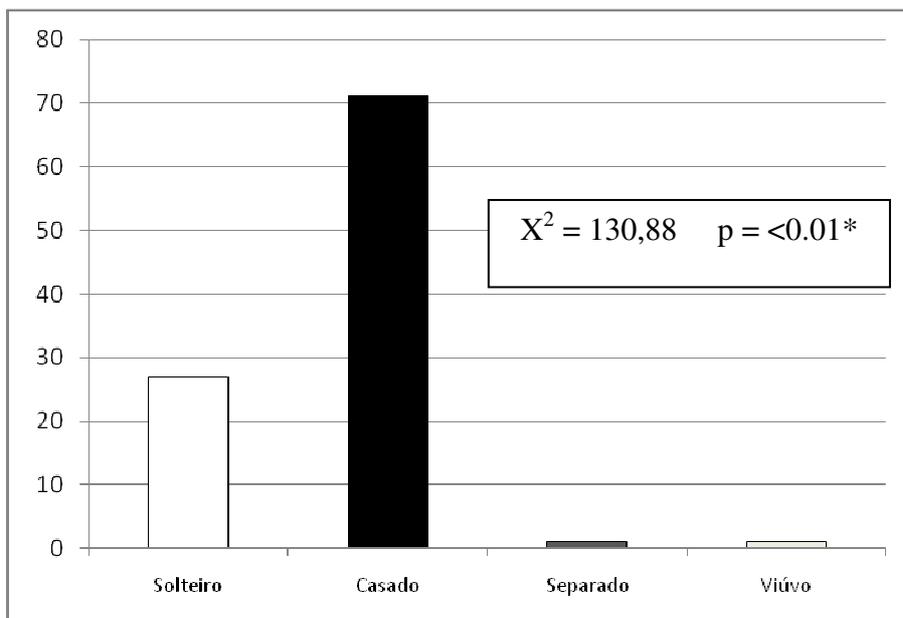


Figura 12: Usuários quanto ao estado civil.

Na figura 13 é possível constatar que a significativa minoria dos usuários questionados se dirigia à Unidade de Saúde por meio de motocicleta ou de carro.

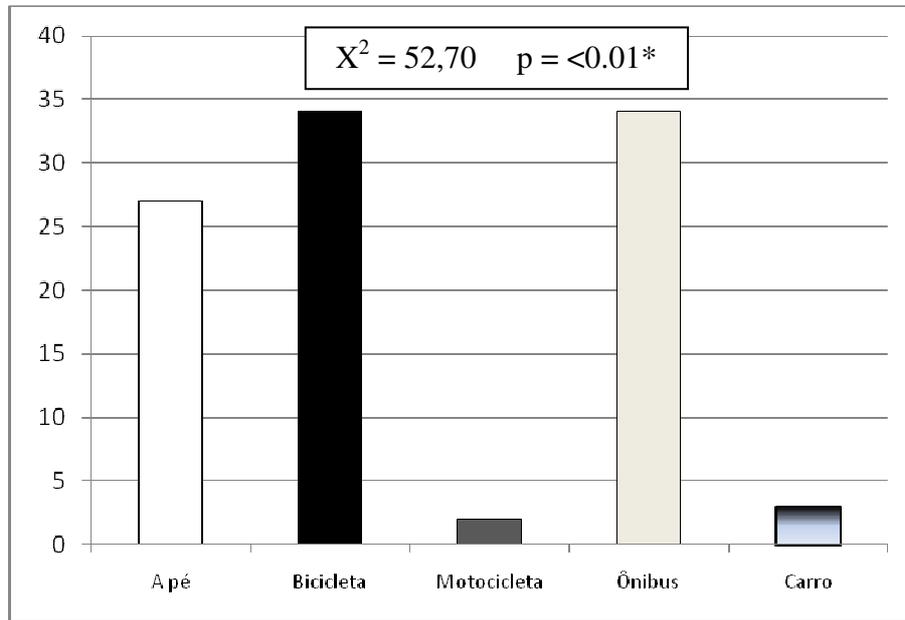


Figura 13: Usuários quanto ao meio de locomoção.

Na figura 14 por sua vez, é possível constatar que a maioria significativa dos usuários questionados era residente do bairro da Marambaia.

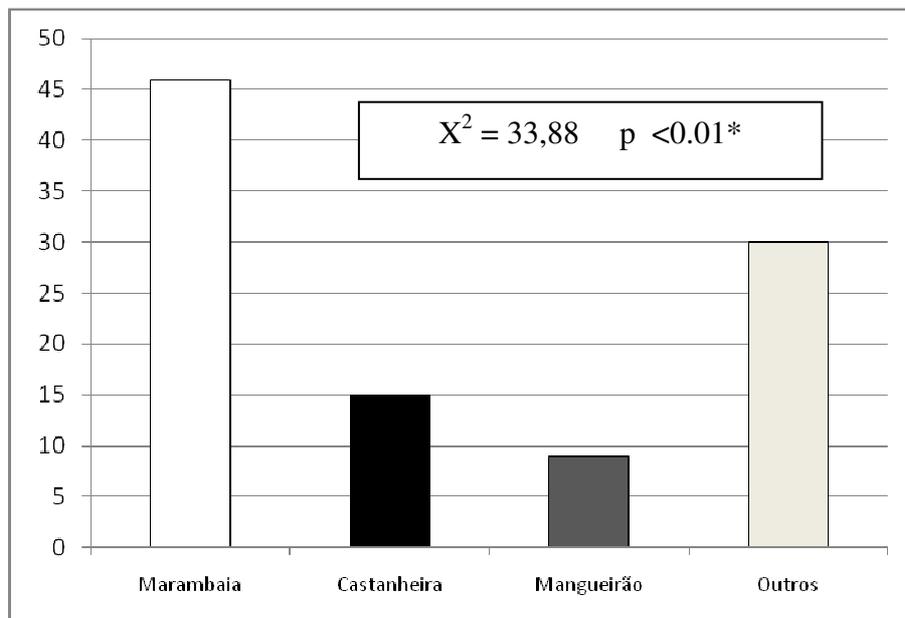


Figura 14: Usuários quanto ao bairro de residência.

Na Figura 15 é possível constatar que a maioria significativa dos usuários questionados investigados tinha a ocupação do lar.

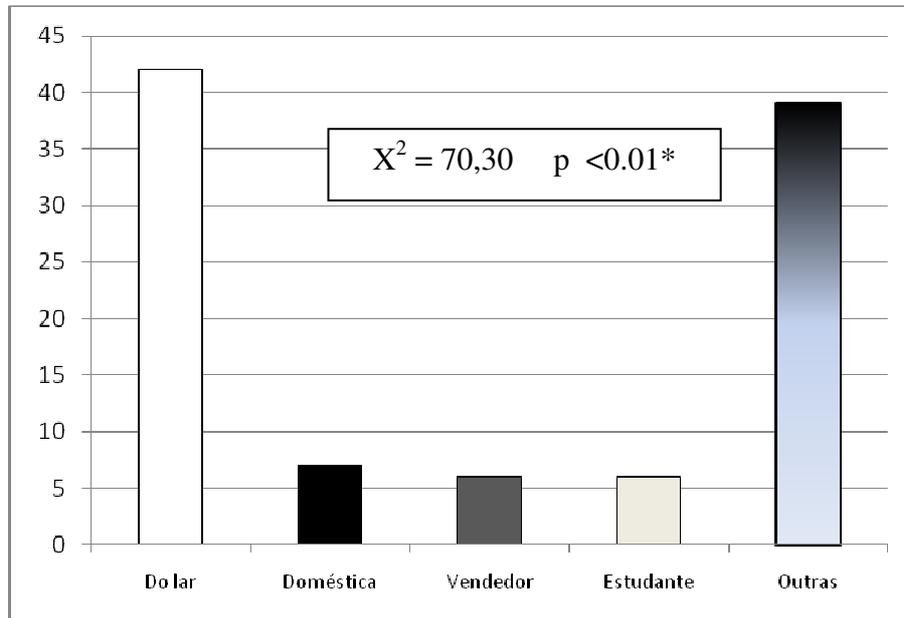


Figura 15:Usuários quanto a profissão.

4.2 ASPECTOS RELACIONADOS AOS USUÁRIOS

A mensuração da satisfação dos usuários com o serviço oferecido pela Unidade Municipal de Saúde da Marambaia deu-se através do cálculo da diferença entre a expectativa e a percepção quanto ao serviço recebido (GAP).

No que se refere a avaliação feita pelos usuários apresentados a seguir referem-se ao nível de satisfação dos mesmos com o serviço oferecido pela Unidade Municipal de Saúde da Marambaia representado pelas cinco dimensões da qualidade: tangibilidade, confiabilidade, garantia, segurança e empatia.

Quadro 8: Percepção e a Expectativa dos usuários com relação as dimensões estudadas e os referidos GAPs

Dimensão	Percepção	Expectativa	GAP
Tangibilidade	24,24	30,0	-5,8
Confiabilidade	10,08	15,0	-4,9
Presteza	10,06	15,0	-4,9
Garantia	12,00	20,0	-8,0
Empatia	21,88	35,0	-13,1

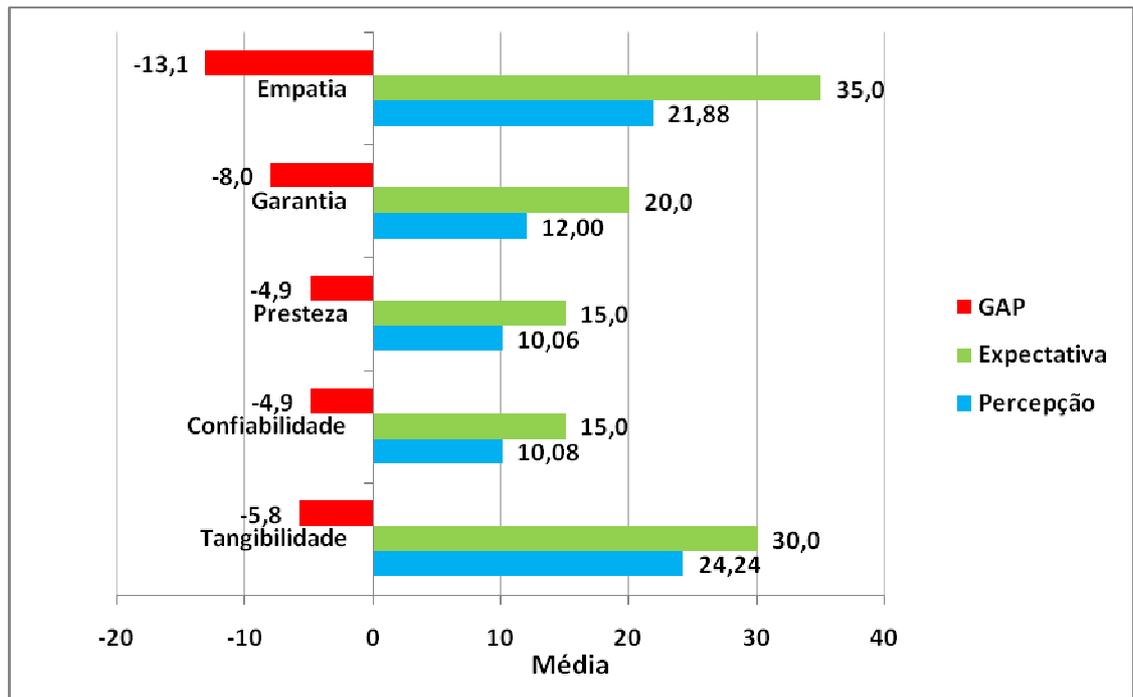


Figura 16: Relação entre a Percepção e a Expectativa dos usuários para as dimensões estudadas com seus respectivos GAPs.

Ao se efetivar a análise da relação entre a expectativa e a percepção dos usuários sobre o serviço oferecido pela Unidade Municipal de Saúde da Marambaia, de acordo com as cinco dimensões da qualidade, observa-se, que todas as dimensões investigadas: tangibilidade, confiabilidade, presteza, garantia e empatia, apresentaram GAPs negativos, evidenciando a insatisfação do usuário com a qualidade do serviço prestado pela Unidade Municipal de Saúde da Marambaia; sendo mais evidenciada nas dimensões da qualidade EMPATIA E GARANTIA.

TANGIBILIDADE refere-se a aparência das instalações físicas, equipamentos, insumos, comunicação e aparência dos funcionários.

Quadro 9 – Relação entre a Percepção e a Expectativa dos usuários para as questões relacionadas a dimensão Tangibilidade

Pergunta	Percepção (média)	Expectativa (média)	GAP
Questão1	4.56	5.00	-0.44
Questão2	5.00	5.00	0.00
Questão3	1.00	5.00	-4.00
Questão4	4.28	5.00	-0.72
Questão5	4.40	5.00	-0.60
Questão10	5.00	5.00	0.00

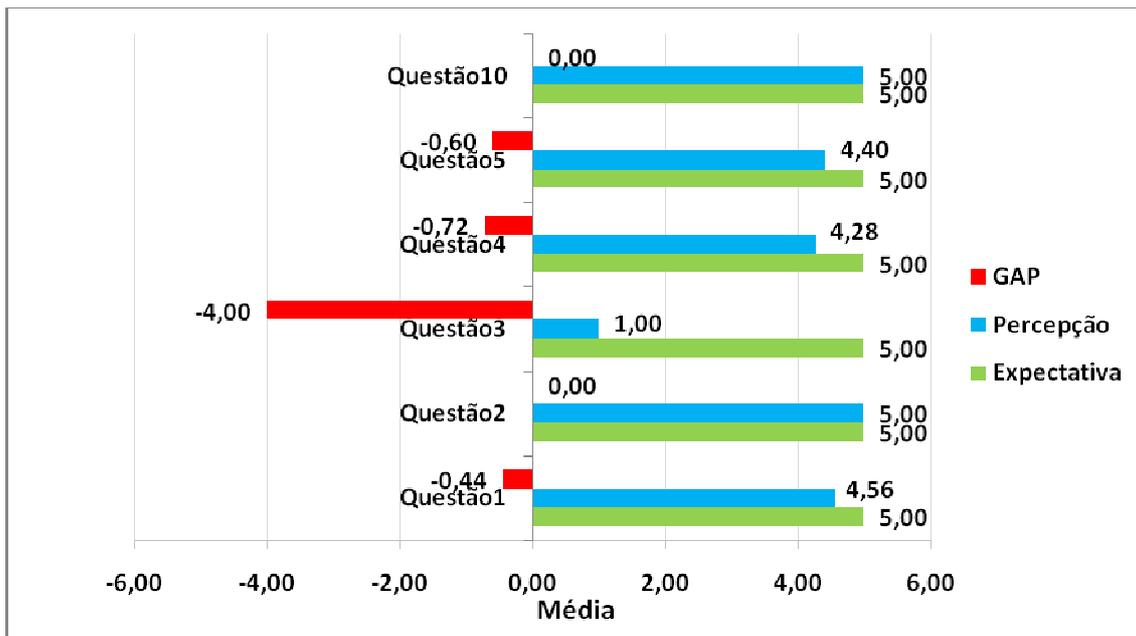


Figura 17: Relação entre a Percepção e a Expectativa dos usuários para as questões relacionadas à dimensão Tangibilidade

A dimensão Tangibilidade é constituída pelas seguintes questões:

- 1- As acomodações da Unidade de Saúde são confortáveis e limpas.
- 2- A estrutura física permite fácil acesso a todos os Usuários.
- 3- A unidade de saúde é dotada de sinalização apropriada que permita auxiliar os usuários na utilização dos serviços.
- 4- A Unidade de saúde disponibiliza de equipamentos adequados e em funcionamento para a realização dos atendimentos.
- 5 - A Unidade de saúde dispõe de medicamentos, vacinas, e outros insumos necessários ao atendimento do usuário.
- 10- Os funcionários da Unidade de Saúde apresentam uma imagem pessoal cuidada.

De acordo com a figura 17 das seis questões estudadas na dimensão tangibilidade apenas duas satisfazem plenamente a expectativa do usuário apresentando como resultado um GAP=0 ou nulo.

- A estrutura física da Unidade de Saúde permite fácil acesso a todos os Usuários
- Os funcionários da Unidade de Saúde apresentam uma imagem pessoal cuidada.

Na TANGIBILIDADE a maior insatisfação dos usuários é pela falta de sinalização adequada na unidade de saúde para orientá-los na obtenção dos serviços. Esse é um problema gerencial de fácil correção que está causando grande insatisfação tendo sido considerado o maior problema da dimensão tangibilidade.

CONFIABILIDADE

Quadro 10: Relação entre a Percepção e a Expectativa dos usuários para as questões relacionadas a dimensão Confiabilidade

Pergunta	Percepção	Expectativa	GAP
Questão7	3.84	5.00	-1.16
Questão8	3.84	5.00	-1.16
Questão20	2.40	5.00	-2.60

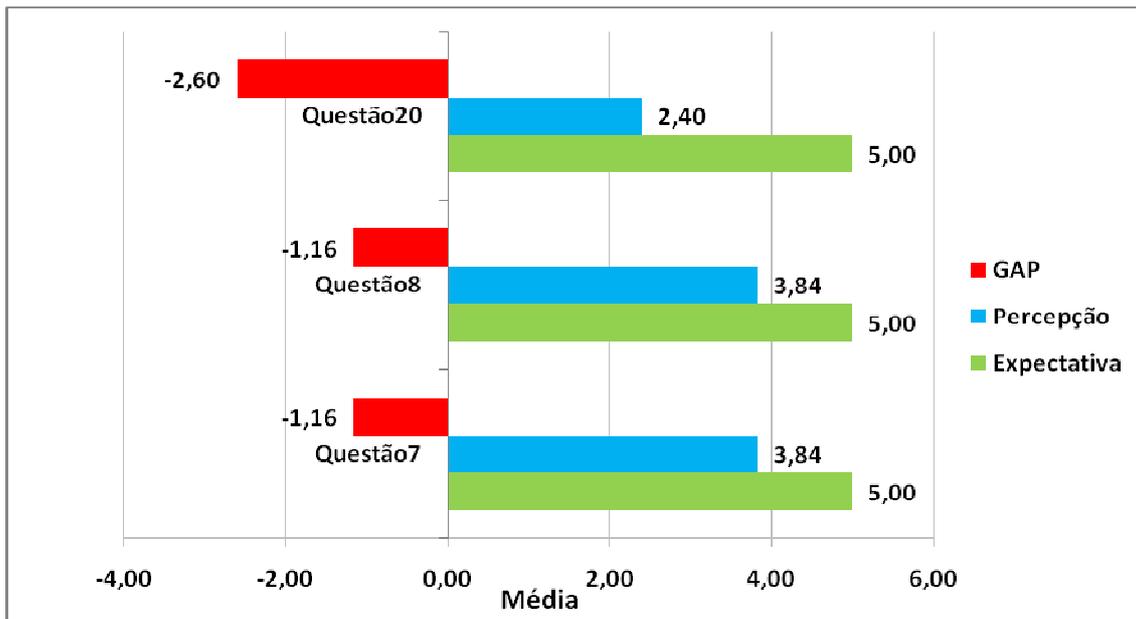


Figura 18: Relação entre a Percepção e a Expectativa dos usuários para as questões relacionadas à dimensão Confiabilidade

CONFIABILIDADE: Aspectos relacionados à habilidade em realizar o serviço prometido em tempo hábil de forma confiável e precisa.

A dimensão Confiabilidade constitui-se das três questões abaixo relacionadas:

Questão 7 - Os funcionários da Unidade de Saúde prestam informações de forma clara e precisa.

Questão 8 - Os funcionários da Unidade de Saúde possuem conhecimentos necessários e atualizados para responder as perguntas e tirar as dúvidas dos usuários.

Questão 20 - A Unidade de Saúde satisfaz a sua expectativa.

De acordo com a figura 18, na dimensão confiabilidade todas as questões inerentes a esta dimensão na opinião dos usuários não são satisfatórias na proporção das suas expectativas.

Todos os GAPs relacionados à confiança foram negativos segundo avaliação dos investigados. Este fato se atribui aos resultados das outras dimensões mostrando claramente a coerência entre as mesmas.

PRESTEZA

Quadro 11: Relação entre a Percepção e a Expectativa dos usuários para as questões relacionadas a dimensão Presteza

Pergunta	Percepção	Expectativa	GAP
Questão11	1.06	5.00	-3.94
Questão12	5.00	5.00	0.00
Questão16	4.00	5.00	-1.00

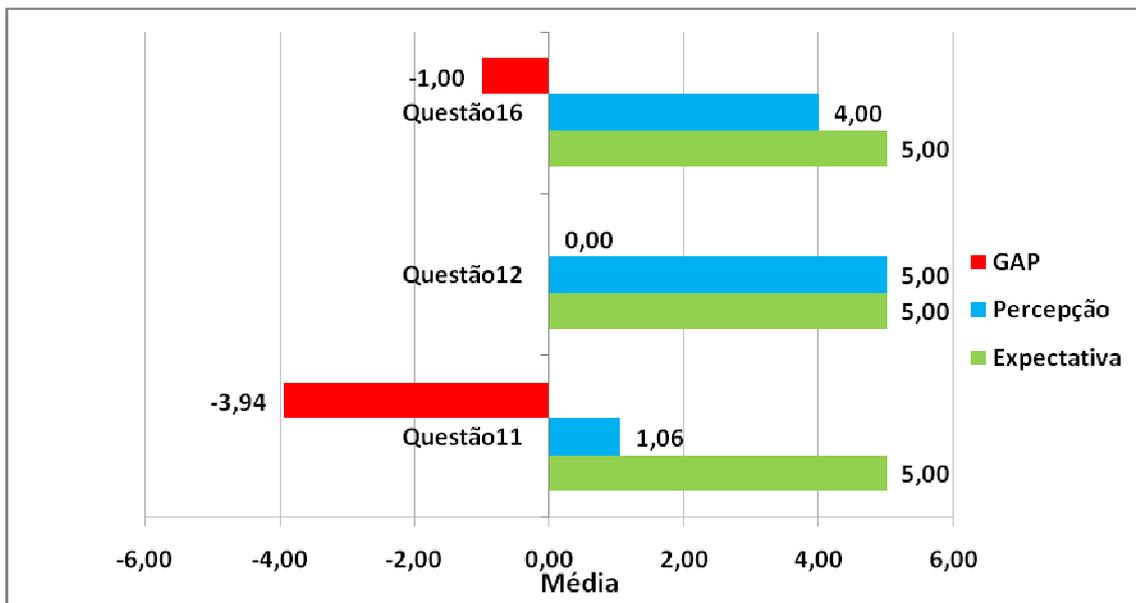


Figura 19: Relação entre a Percepção e a Expectativa dos usuários para as questões relacionadas à dimensão Presteza

Os atributos relacionados com a dimensão da qualidade PRESTEZA, caracteriza-se pela disposição em ajudar os usuários e prover-lhes o serviço prontamente. Esta dimensão constitui-se das seguintes questões:

- 11- O tempo de espera para o atendimento é o menor possível.
- 12- Os usuários que apresentam maior risco são atendidos com prioridade.
- 16- Os profissionais durante o atendimento disponibilizam de tempo para ouvir e responder as perguntas dos usuários sobre o problema de saúde e tratamento.

Na figura 19, relativo a dimensão PRESTEZA do serviço oferecido pela Unidade Municipal de Saúde da Marambaia aos seus usuários, observou-se que das três questões avaliadas apenas uma foi considerada satisfatória na opinião dos usuários:

Questão 12: Os usuários que apresentam maior risco são atendidos com prioridade.

Com relação a dimensão PRESTEZA o GAP mais comprometedor está relacionado com o tempo de espera para o atendimento. Mais uma vez fica aqui evidenciada a insatisfação dos usuários com o tempo de espera pois, muitas vezes precisam passar muitas horas em longas filas no aguardo do atendimento o que causa muitos transtornos. Como já foi mencionado anteriormente esta é uma questão puramente gerencial e que precisa ser resolvida para que se faça cumprir a lei do SUS que preconiza que todas as pessoas devem ter acesso ao serviço de saúde em todos os níveis de complexidade. Assunção (2006) afirma que as longas filas, as condições precárias de atendimento e o tratamento desumano da população denigrem cada vez mais a imagem das instituições públicas.

GARANTIA

Quadro 12: Relação entre a Percepção e a Expectativa dos usuários para as questões relacionadas a dimensão Garantia

Pergunta	Percepção	Expectativa	GAP
Questão13	4.32	5.00	-0.68
Questão14	1.68	5.00	-3.32
Questão15	5.00	5.00	0.00
Questão21	1.00	5.00	-4.00

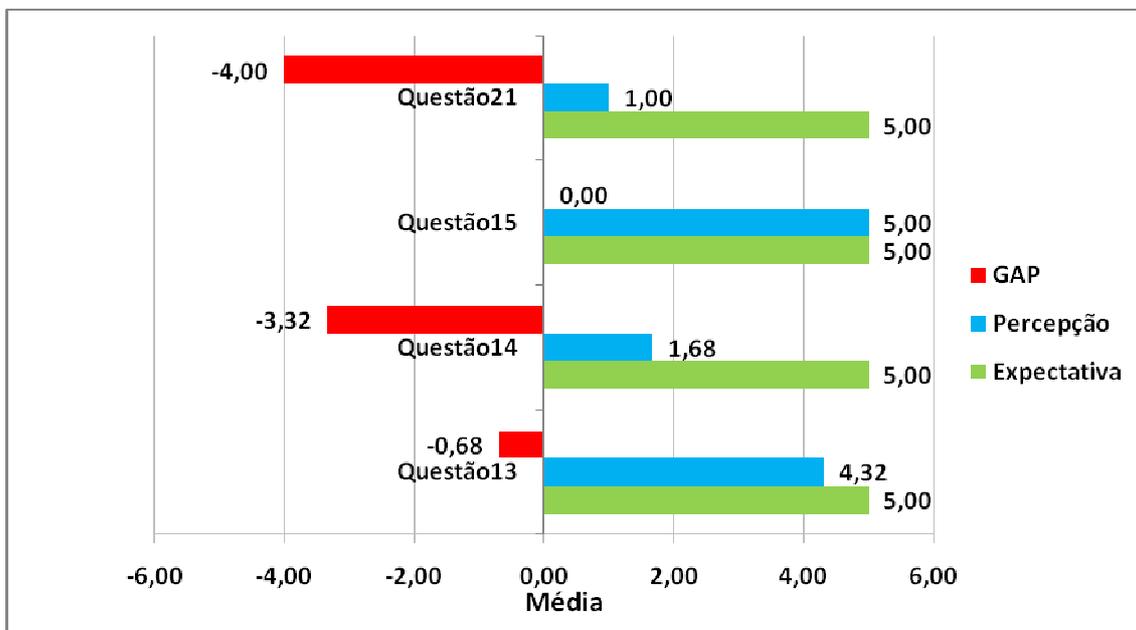


Figura 20: Relação entre a Percepção e a Expectativa dos usuários para as questões Relacionadas à dimensão Garantia

GARANTIA é a dimensão da qualidade que trata da capacidade, conhecimento e habilidade para resolver os problemas dos usuários. Constitui-se de quatro questões:

Questão 13- A maioria dos problemas de saúde dos usuários são resolvidos nesta Unidade.

Questão 14- Quando não conseguem resolver os problemas de saúde nesta Unidade os usuários são encaminhados a outros serviços de maior complexidade com garantia de acesso e em tempo hábil que possibilite a solução dos problemas.

Questão 15- O usuário tem liberdade na escolha do médico.

Quanto a esta dimensão constatamos que das quatro dimensões avaliadas apenas a questão quinze satisfaz a expectativa dos usuários:

Questão 21 – O acesso ao atendimento é fácil para todos os usuários.

Com relação a GARANTIA que trata da capacidade conhecimento e habilidade para resolver os problemas dos usuários ficou bastante evidenciado na avaliação a grande insatisfação com o sistema de referencia do usuário para outros serviços. O SUS preconiza a garantia da assistência à todos os usuários em todos os níveis de complexidade, assim sendo os usuários com problemas que não podem ser resolvidos na unidade básica devem ser referenciados para unidades de maior complexidade com garantia de acesso ao atendimento. No entanto esta questão ainda se constitui um grande problema demonstrando claramente um problema de gestão dos serviços de saúde. Ainda na dimensão GARANTIA deve-se fazer relevância ao problema do acesso ao atendimento no serviço de saúde da Marambaia considerado insatisfatório na avaliação dos usuários visto que, as pessoas não apressados devem chegar as primeiras horas da manhã para conseguir retirar uma ficha para o atendimento, e na maioria das vezes esperam por muitas horas, principalmente se o atendimento for marcado para o período da tarde o que gera grande insatisfação.

EMPATIA

Quadro 13: Relação entre a Percepção e a Expectativa dos usuários para as questões relacionadas a dimensão Empatia

Pergunta	Percepção	Expectativa	GAP
Questão 6	4.04	5.00	-0.96
Questão 9	4.04	5.00	-0.96
Questão 17	1.00	5.00	-4.00
Questão 18	5.00	5.00	0.00
Questão 19	1.00	5.00	-4.00
Questão 22	1.80	5.00	-3.20

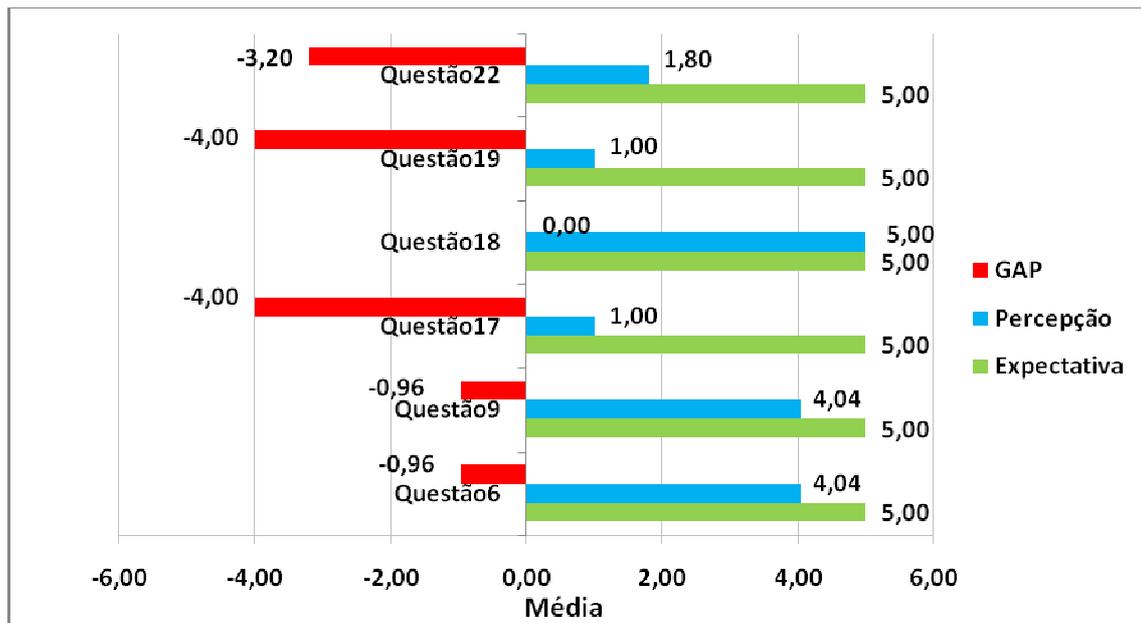


Figura 21: Relação entre a Percepção e a Expectativa dos usuários para as questões relacionadas à dimensão Empatia

A dimensão da qualidade de EMPATIA refere-se ao tratamento dispensado aos usuários pela equipe de trabalho da Unidade de saúde, a paciência, no trato com as pessoas, a humanização e o acolhimento, possibilitando que os usuários se sintam valorizados e participantes do serviço.

Na dimensão EMPATIA, situam-se as seguintes questões:

Questão 6 - Os profissionais da Unidade de Saúde adotam atitudes de cortesia e simpatia para com os usuários.

Questão 9 - A equipe da unidade de saúde adota atitude acolhedora com a intenção de resolver os problemas dos usuários.

Questão 17 - A unidade possui mecanismos que possibilite o usuário fazer reclamações elogios e sugestões.

Questão 18 - A unidade de saúde divulga informações referentes aos serviços que dispõe para a comunidade.

Questão 19 - A população participa do planejamento, execução e avaliação das ações de saúde.

Questão 22 - A unidade possui mecanismos para que o usuário não necessite ficar em longas filas e em horários impróprios.

Das seis questões avaliadas na dimensão EMPATIA apenas a questão 18 foi considerada na opinião dos usuários da Unidade Municipal de Saúde da Marambaia como satisfatória, apresentando GAP= 0 ou nulo:

Questão 18 - A unidade de saúde divulga informações referentes aos serviços que dispõe para a comunidade.

Percebe-se que a dimensão EMPATIA que refere-se a humanização e acolhimento, possibilitando que os usuários se sintam valorizados e participantes do serviço foi considerada pelos usuários a dimensão da qualidade que apresentou maior deficiência, quando comparada com a expectativa dos mesmos o que vem a corroborar com os autores Ansuj Zenkner e Godoy (2005), que afirmam que o mais importante no julgamento da qualidade do serviço na concepção dos usuários, está baseado mais no que ele vê ou sente, do que na parte técnica do serviço. Para os autores referidos é necessário considerar os dois componentes da qualidade que, segundo Las Casas (1999) são: o serviço propriamente dito e a forma como ele é percebido.

4.3 ASPECTOS RELACIONADOS À GERÊNCIA

4.3.1 Missão e Objetivos da Unidade de Saúde.

A gerente respondeu que conhece a missão da Unidade e os seus objetivos e considera que os funcionários e usuários também conhecem. Através de reuniões costuma envolver funcionários e usuários para o alcance de objetivos e metas do serviço. Melhorar as condições de trabalho; melhorar o acolhimento; qualificar os profissionais e diminuir o tempo de espera do usuário para o atendimento. São objetivos que a Unidade de saúde deverá efetivar em curto prazo segundo a gerente.

4.3.2 Participação da Equipe e Usuários na Gestão da Unidade de Saúde.

A gerente quando investigada com relação a participação de funcionários no processo de gestão, respondeu que todos participam através de reuniões, onde são discutidos assuntos referentes ao desempenho da Unidade de Saúde.

Considera suficiente a participação da população no processo de gestão da Unidade, e que as sugestões, reclamações e elogios são feitos diretamente a gerente do serviço, respondeu ainda que incentiva e aproveita sugestões fornecidas pelos funcionários e usuários.

Com relação aos mecanismos utilizados para divulgar à população, os serviços prestados pela Unidade de Saúde se utiliza de cartazes, faixas ou diretamente através da equipe de saúde.

4.3.3 Referência e Contra Referência

Com relação ao fluxo de referência e contra referência de usuários viabilizando que possam ter acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência respondeu que não é satisfatório, pois muitas vezes após esgotar todas as possibilidades de atendimento do usuário na Unidade de Saúde e o mesmo necessite de encaminhamento para outros serviços de maior complexidade, enfrenta longa espera para receber o atendimento, sendo muitas vezes terrivelmente penalizado pelo agravamento do quadro.

4.3.4 Estrutura Física, Equipamentos e Demais Insumos, Tais Como Medicamentos, Vacinas, Dentre Outros Necessários Para Realizar o Atendimento do Usuário.

Com relação aos equipamentos considera que são adequados para a prestação do serviço, assim como considera suficiente os materiais de consumo tais como: medicamentos, vacinas, material técnico, dentre outros.

Considera a estrutura física adequada, para o acolhimento do usuário com acomodações confortáveis e limpas, permitindo fácil acesso. Respondeu também que, a Unidade de saúde não é sinalizada.

4.3.5 Recursos Humanos

Com relação aos recursos humanos, considera insuficiente com relação ao quantitativo de profissionais, no entanto, quando solicitada a responder com relação a capacitação profissional da equipe, considerou a equipe habilitada para a prestação do serviço, inclusive que possuem conhecimentos necessários e atualizados pra responder as perguntas e tirar as dúvidas dos usuários.

Relata ainda que a Unidade de Saúde não mantém um plano de capacitação de recursos humanos, no sentido de melhorar a prestação do serviço.

4.3.6 Instrumentos Gerenciais

Com relação a adoção de instrumentos gerenciais que possibilite que o processo de trabalho tenha melhores rendimentos, tivemos o seguinte resultado:

- Não há instrumentos gerenciais relacionados às normas e rotinas do serviço;
- Não existe projeto que aponte para a modernização administrativa, com o objetivo de melhorar a prestação de serviço da Unidade de Saúde e a satisfação do usuário;
- Não existe planejamento e avaliação das ações de forma sistemática.
- Não existe plano de capacitação de funcionários.

4.3.7 Acesso ao Atendimento

Com relação ao acesso respondeu que o mesmo se faz de três maneiras:

- Para o serviço de urgência o usuário se identifica com o porteiro.
- Para outros atendimentos:

Usuários apazados – direto ao local de atendimento.

Usuários não apazados – dirige-se ao arquivo central para retirar sua ficha.

4.3.8 Identificação de Pontos Fortes e Pontos Fracos Segundo a Gerente.

Pontos fortes:

- Instalação e condições do trabalho;
- Motivação dos funcionários;
- Participação comunitária;
- Imagem da Unidade de Saúde.

Pontos fracos:

- Escassez de recursos humanos
- Estrutura organizacional e articulação dos vários serviços;
- Organização do trabalho;
- Recursos financeiros.

Todas as questões acima relacionadas foram consideradas pela gerente de elevada importância para o serviço.

4.3.9 Percepção da Gerência com Relação a Qualidade do Serviço Prestado pela Unidade Municipal de Saúde da Marambaia aos Seus Usuários

Quando solicitada a responder sobre essa questão, a gerente considerou que a assistência prestada ao usuário é de boa qualidade.

CAPÍTULO V

Identificação de Fragilidades e Potencialidades para a construção do Plano de Melhorias

Por solicitação da Secretaria Municipal de Saúde – SESMA, órgão ao qual a Unidade Municipal de Saúde da Marambaia está subordinada hierarquicamente, foram identificadas as potencialidades e fragilidades para a elaboração do plano de melhorias pela própria equipe da Unidade de Saúde, com o objetivo de eliminar as distorções encontradas durante a investigação.

Assim sendo, os dados fornecidos pela pesquisa serão utilizados pela gerência para melhorar o serviço da Unidade de Saúde. Considerando o objetivo da pesquisa: A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO PELA UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE DA MARAMBAIA SOB A PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS; o ponto de partida para a identificação das oportunidades de melhoria foi a identificação dos GAPS ao se utilizar a Escala SERVQUAL para medir a satisfação dos usuários.

Após a identificação das oportunidades de melhoria do serviço, a equipe da unidade de Saúde deverá planejar a solução dos problemas, elaborando um plano detalhado que possa indicar a forma como a mudança deve ocorrer na prática.

O plano deverá conter, além da ação definida de maneira clara, deverá ser explicitado também “como”, “onde” e “quando” a solução será implementada, “quem” a implementará e “como” será efetivado o acompanhamento e avaliação.

5.1 IDENTIFICAÇÃO DAS FRAGILIDADES DE ACORDO COM AS DIMENSÕES E SEUS REFERIDOS GAPs.

A seguir os quadros demonstrativos das fragilidades do serviço prestado pela Unidade Municipal de Saúde da Marambaia, tendo por base as dimensões da qualidade: tangibilidade, confiabilidade, presteza, garantia e empatia, de acordo com a opinião dos usuários.

Quadro 14: Dimensão Tangibilidade.

Questão	Descrição	GAP
1	As acomodações da Unidade de Saúde são confortáveis e limpas.	-0.44
3	A Unidade de Saúde é dotada de sinalização apropriada que permite auxiliar os usuários na utilização do serviço.	- 4.00
4	A Unidade de Saúde disponibiliza equipamentos adequados e em funcionamento para a realização dos atendimentos.	- 0.72
5	A Unidade de saúde dispõe de medicamentos e vacinas e outros insumos necessários ao atendimento dos usuários.	-0.60

Quadro 15: Dimensão Confiabilidade

Questão	Descrição	GAP
7	Os funcionários da Unidade de Saúde prestam informações aos usuários de forma clara e precisa.	-1.16
8	Os funcionários da Unidade de Saúde possuem conhecimentos necessários e atualizados para responder as perguntas e tirar as dúvidas dos usuários.	-1.16
20	A Unidade de Saúde satisfaz a expectativa dos usuários.	-2.60

Quadro 16: Dimensão Presteza

Questão	Descrição	GAP
11	O tempo de espera para o atendimento deve ser o menor possível.	- 3.94
16	Os profissionais durante o atendimento disponibilizam de tempo para ouvir e responder as perguntas dos usuários, sobre o problema de saúde e tratamento.	- 1.00

Quadro 17: Dimensão garantia

Questão	Descrição	GAP
13	A maioria dos problemas dos usuários são resolvidos nesta Unidade de Saúde.	- 0.68
14	Os usuários com problemas que não são possíveis resolver nesta Unidade são encaminhados para outras de maior complexidade com garantia de acesso.	- 3.32
21	O acesso para ao atendimento é fácil para todos os usuários.	- 4.00

Quadro 18: Dimensão Empatia

Questão	Descrição	GAP
6	Os profissionais da Unidade de Saúde adotam atitudes de cortesia e simpatia para com os usuários.	- 0.96
9	A equipe da Unidade de Saúde adota atitude acolhedora com a intenção de resolver os problemas dos usuários.	- 0.96
17	A Unidade de Saúde possibilite o usuário fazer reclamações, elogios e sugestões.	- 4.00
19	A Unidade de Saúde possibilita a participação dos usuários no planejamento, execução e avaliação do serviço.	- 4.00
22	A Unidade de Saúde dispõe de mecanismos para que o usuário não necessite ficar em longas filas e em horários impróprios.	- 3.20

5.2 IDENTIFICAÇÃO DAS POTENCIALIDADES DA UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE DA MARAMBAIA

- A estrutura física da Unidade permite fácil acesso à todos os usuários.
- Os funcionários da Unidade apresentam uma imagem pessoal cuidada.
- Os usuários que apresentam maior risco são atendidos com maior prioridade.
- O usuário tem liberdade na escolha do médico.
- A Unidade de Saúde divulga informações sobre os serviços que dispõe para a comunidade.

CAPÍTULO VI

Conclusão e Recomendações

6.1 CONCLUSÕES DA PESQUISA

Conforme o que já foi referido antes, a pesquisa foi realizada com usuários, funcionários e gerentes da Unidade de Saúde.

Para a mensuração da qualidade do serviço foi utilizada a Escala SERVQUAL que segundo Parasuraman Zeithaml e Berry (1988) é um instrumento eficaz para medir a qualidade do serviço considerando expectativas versus percepções. Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) apontam a Escala Servqual como um instrumento confiável e válido para ser aplicado em qualquer serviço. Compartilhando também dessa idéia Karatepe, Yapa e Babakus (2005) afirmam que não há necessidade de se desenvolver metodologia específica para avaliação da qualidade em diferentes áreas, pois o instrumento SERVQUAL pode ser adaptado a diferentes realidades sendo uma ferramenta efetiva para a avaliação da qualidade em serviço.

Os resultados da pesquisa com os usuários com relação ao nível de satisfação com o serviço prestado pela Unidade Municipal de Saúde da Marambaia foram retratados pelos GAPs representados pela fórmula $GAP = PERCEPÇÃO - EXPECTATIVA$.

De acordo com o instrumento utilizado foram evidenciadas cinco dimensões da qualidade:

TANGIBILIDADE - Refere-se à estrutura das instalações físicas, insumos materiais de comunicação e aparência dos funcionários.

CONFIABILIDADE - Refere-se aos aspectos relacionados à habilidade em realizar o serviço prometido em tempo hábil de forma confiável e precisa.

PRESTEZA - Caracteriza-se pela disposição em ajudar os usuários e prover-lhes o serviço prontamente.

GARANTIA - Trata da capacidade, conhecimento e habilidade para resolver os problemas dos usuários.

EMPATIA - Refere-se ao tratamento dispensado aos usuários pela equipe de trabalho da Unidade de Saúde, a paciência no trato com as pessoas, a humanização e o acolhimento, possibilitando que os usuários se sintam valorizados e participantes do serviço.

Todas as cinco dimensões da qualidade investigada apresentaram GAPS com resultado negativo o que significa que a qualidade do serviço prestado pela Unidade Municipal de saúde da Marambaia não é satisfatória na opinião dos usuários visto que a percepções do serviço estão aquém das suas expectativas.

A pior avaliação recaiu sobre a dimensão Empatia GAP = -13.1, seguida da Garantia GAP = -8.0, Tangibilidade GA P= -5.8 e finalmente a Confiabilidade e Presteza que receberam as melhores avaliações com GAP = -4.9

Como já referido no contexto teórico, o usuário e a procura da satisfação das suas necessidades, exige uma relação atenta e personalizada de todas as pessoas que estão envolvidas na prestação do serviço. Na verdade os usuários esperam do serviço de saúde maior abertura, mais transparência, mais respeito, mais solidariedade, rapidez e eficiência.

Para complementar a pesquisa, também foram investigados os funcionários e gerente da Unidade de saúde da Marambaia. Com relação aos funcionários, os mesmos se mostraram insatisfeitos enquanto integrantes da equipe de saúde, principalmente no que se refere aos seguintes aspectos:

- Baixos salários;
- Falta de motivação por parte da gerência;
- Falta de participação na administração do serviço;
- Falta de treinamento.

Com relação aos aspectos gerenciais nota-se coerência entre a avaliação feita pelos usuários e o que foi relatado pela gerência da Unidade de Saúde nos seguintes aspectos:

- Existe dificuldade no fluxo de referência e contra referência
- Não há plano de capacitação de recursos humanos
- Falta de instrumentos gerenciais relacionados às normas e rotinas do serviço

- Não existe projeto que aponte para a modernização administrativa com o objetivo de melhorar a prestação de serviço da Unidade de Saúde e a satisfação do usuário.
- Não existe planejamento e avaliação das ações de forma sistemática.

Segundo a **gerente**: Melhorar as condições de trabalho dos funcionários, melhorar o acolhimento qualificar os profissionais e diminuir o tempo de espera do usuário para o atendimento são metas que deverão ser efetivadas à curto prazo.

De acordo com Matos (1985), a gerência é uma função que lida com pessoas, sendo responsável pela consecução dos objetivos da organização. O produto do seu trabalho é avaliado através do desempenho da sua equipe; assim o desempenho da função gerencial requer conhecimentos e habilidade que passam pelas dimensões técnica, administrativa, política e psicossocial.

O papel do gerente é fundamental e importante na articulação das relações entre as pessoas, estruturas, tecnologias, metas e meio ambiente, incluindo usuário do serviço. O gerente não é isoladamente o responsável pelo planejamento, organização, coordenação e controle, mas deve mobilizar e comprometer sua equipe através da participação, em todo o processo organizacional e operacional do serviço de saúde, objetivando atender de maneira satisfatória a necessidade dos usuários.

Como já foi mencionado no referencial teórico, o gerenciamento exige uma forte participação de todos os componentes de uma organização. A sinergia das pessoas é que possibilitará que se alcance ou não as metas do serviço de saúde. Através da ação em grupo é que a organização aprende e assim promove-se a mudança da organização e conseqüentemente a postura do serviço para fazer frente as necessidades e expectativas dos usuários.

O trabalho em saúde precisa ser reestruturado, a postura acolhedora de cada profissional no serviço é primordial para que se estabeleça o acolhimento e a humanização da assistência.

As dificuldades existem e são conhecidas, mas a força de vontade de cada um, a qualidade, a capacitação profissional, a postura adequada, a transmissão de confiança para a população, a valorização do trabalho e uma gestão efetiva comprometida com resultados, pode mudar o cenário.

Se a saúde é um direito de todos e dever do Estado, segundo a Constituição Brasileira, é importante que o Estado através de suas organizações, seja capaz de produzir serviços que respeitem esses direitos.

Esse trabalho oferece valiosa contribuição para o setor saúde, pois mostra sob a ótica dos principais atores, a necessidade de se revê conceitos, estabelecer e operacionalizar planos de melhoria, para que se possa oferecer um serviço de qualidade, que satisfaça as expectativas dos usuários, e contemple o que preconiza o Sistema Único de Saúde – SUS;

É inegável que depois de tantos anos de luta o SUS conseguiu ampliar a cobertura e o acesso, no entanto, gestores e profissionais de saúde devem investir na qualidade dos serviços oferecidos à população, considerando que a baixa qualidade dos serviços sobrecarrega o sistema, isto porque se o profissional tem dificuldade para realizar o seu trabalho, o usuário fica insatisfeito com o atendimento não existe boa comunicação intra e interinstitucional, há perda de tempo e de dinheiro público.

Precisamos avançar nesse processo principalmente no que se refere a humanização dos serviços, atentar para princípios e valores como a solidariedade e a ética na relação entre gestores , profissionais e usuários. Uma ética que seja capaz de acolher o desconhecido e o imprevisível que aceite os limites de cada situação e que seja pautada pela abertura e pelo o respeito ao outro como um ser singular e digno. A humanização dos serviços públicos de saúde é fundamental para se conseguir melhorar as relações entre gestores, profissionais de saúde e usuário e consequentemente melhorar a qualidade da assistência prestada.

É indiscutível que a avaliação realizada constitui-se apenas em uma parte do processo de avaliação pertinente a área da saúde. Entretanto, o valor desta pesquisa é de grande significado pois, foi pioneira nesse sentido; dando vez e voz aos profissionais de saúde, gerente e usuários da Unidade de Saúde da Marambaia alertando para a necessidade imediata de mudanças mediante as avaliações negativas que se traduzem como fragilidade do serviço, assim como o incentivo a continuar trabalhando as potencialidades identificadas durante o processo.

6.2 LIMITAÇÕES DA PESQUISA.

Uma das limitações deste estudo foi a dificuldade dos usuários para o preenchimento dos questionários considerando o cansaço da espera pelo atendimento, muitas vezes sem alimentação adequada, e outras preocupações. Há de se considerar também que o número de

questões do formulário de investigação que atende as necessidades do modelo escolhido, Escala SERVQUAL, é muito extenso totalizando quarenta e quatro itens.

A segunda limitação é que o estudo foi feito em apenas uma unidade de saúde o que pode não retratar a realidade da rede Básica de Unidades de Saúde do Município de Belém.

Espera-se que as limitações encontradas neste trabalho se traduzam em verdadeiras oportunidades para investigações futuras.

6.3 SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS

Entende-se como fundamental para o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde-SUS que se faça novos estudos sobre a qualidade do serviço de saúde em outras unidades dando vez e voz aos usuários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbott, A. (1995). Things of boundaries. *Social Research*, 62, 4, p. 857-82.
- Albrecht, K. (1992). *Revolução nos serviços: como as empresas podem revolucionar a maneira de tratar os seus Usuários* (2a ed.) São Paulo: Pioneira.
- Albrecht, K. (1995, setembro). *O pensamento gerencial precisa descobrir o cliente e o serviço*. Folha management [suplemento da Folha de São Paulo,], n 4.
- Ansuj, Â., Zenckner, C. & Godoy, L. (2005). Percepção da Qualidade dos Serviços de Odontologia, In: *Encontro Nacional de Engenharia da Produção. XXV ENEGEP*, Porto Alegre, RS.
- Assunção, R. (2006). *Fatores condicionantes da qualidade do sistema de saúde na visão dos médicos e da população do Recife*. . Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil, p.131.
- Babakus, E. & Boller, G.W. (1992). An empirical assessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Business Research*, Vol. 24, pp. 253-68.
- Babakus, E. & Inhofe, M. (1991). The role of expectations and attribute importance in the measurement of service quality. In: Gilly, M. et al. (Eds). *Proceedings of the Summer Educators' Conference*, American Marketing Association, Chicago, IL, pp. 142-4.
- Babakus, E. & Mangold, W.G. (1992, february). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Services Research*, vol. 26, no. 2, pp. 767-86.
- Babakus, E., Pedrick, D.L. & Richardson, A. (1993b). *Measuring perceived service quality within the airline catering service industry*. Unpublished manuscript. Memphis State University: TN
- Babakus, E., Pedrick, D., & Inhofe, M. (1993a). *Empirical examination of a direct measure of perceived service quality using SERVQUAL items*, unpublished manuscript, Memphis State University, TN.
- Barañano, A. (2004). *Métodos e técnicas de investigação em gestão: Manual de apoio à realização de trabalhos de investigação*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Barçante, L. (1998). *Qualidade total: uma visão brasileira*. Rio de Janeiro: Campus.

Bolton, R. & Drew, J. H. (1991a). A longitudinal Analysis of the impact of service changes on customer attitudes. *Journal of Marketing*, n 55, pp. 1-9.

Broh, R. (1982). *Managing quality for higher profits: a guide for business executives and quality managers*. New York: McGraw-Hill.

Brown, S. & Swartz, T. (1989). A Gap Analysis of Professional Service Quality. *Journal of Marketing*, n. 2, pp 92-98.

Campos, V. (1994). *TQC: Gerenciamento de rotina do trabalho do dia-a-dia*. Rio de Janeiro: Bloch.

Chiavenato, I. (2000). *Administração: teoria, processo e prática*. (3ª ed.). São Paulo: Makron Books.

Clack, H. (2006). Bimodal fly ash size distributions and their influence on gas-particle mass transfer during electrostatic precipitation. *Fuel Processing Technology*, 87, pp. 987-996.

Clack, H. (2009). Mercury Capture within Coal-fired Power Plant Electrostatic Precipitators: Model Evaluation. *Environmental Science & Technology*, 43(5), March 1st.

Clack, H., Koshland, C., Lucas D., & Sawyer R. (2000). On the Vaporization and Thermal Oxidation of Chlorinated Hydrocarbon/Alcohol Sprays. 28th Symposium (International) on Combustion, The Combustion Institute.

Clark, J. (1994). Comentary on SERVQUAL: a tool for evaluating patient satisfaction with nursing care. *Nursing Scadinavian Oncology*, v. 3, n. 4, pp. 17-18.

Clark, L. (2001, 08 may). How do we get: back our humanity?. *Medical Economics*: North Olmsted, v. 78, n. 0, p. 96.

Coelho, F. (2004). *Manual de direito comercial*. São Paulo: Saraiva.

Conill, E., Hadjem, A., Lacroux, F., Wong, M., & Wiart, J. (2008). Variability analysis of SAR from 20 MHz to 2.4 GHz for different adult and child models using finite-difference time-domain. *Phys Med Biol*, n. 53, pp. 1511–1525.

Conill, E. (2006). Sistemas comparados de saúde. In: Campos, G. et al. (Ed.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, (pp. 563-613). Consumer Services. , n.12, pp. 373-383.

Constituição da República Federativa de 1988 (1988). Recuperado 15 dezembro, 2010 de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm

Contandriopoulos, A. (2006). Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência e saúde coletiva*, v. 11, n.3, pp. 705-711.

Contandriopoulos, A., Champagne, F., Denis, J., & Pineault R. (1997). A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos. In: Hartz, Z. (Org.). *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 29-47.

Cordeiro, H. (1991). *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial.

Cowell, D. (1988). New Service Development. *Journal of Marketing Management*. Spring, p.296-312.

Cronin, J. & Taylor, S. (1994, janeiro). SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *Journal of Marketing*, v. 58, n. 1, pp. 125-131.

Cronin, J., & Taylor, S. (1992). Measuring service quality: A reexamination and extension. *Journal of Marketing*, v. 56, n. 3, pp. 55-68.

Crosby, L., Evan, K. & Cowles, D. (1990, julho). Relationship quality in service selling: An interpersonal influence perspective. *Journal of Marketing*, 54, pp. 68-81.

Davel, E. & Vergara, S. (2001). *Gestão com Pessoas e Subjetividade*. Editora Atlas: São Paulo.

Deming, W. (1990). *Qualidade: A Revolução da Administração: tradução por Clave Comunicações e Recursos Humanos*. Rio de Janeiro: Saraiva.

Di Pietro, M. (2006). *Direito administrativo*. (19ª ed.). São Paulo: Editora Atlas.

Donabedian, A. (1980). *Exploration in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor: University of Michigan.

Donabedian, A. (1984). *Enfoques básicos para la evaluación*. In: *La calidad de la Atención Médica: Definición e Método e Evaluación*. México: La Prensa Médica Mexicana.

Donabedian, A. (1990, novembro). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*. Northfield, v.114, pp. 115-1118.

Drew, J. & Bolton, R. (1991). The structure of customer satisfaction: The effects of survey measurement. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, Linking Customer Satisfaction. 4, 21.

Drummond, H. (1998). *Movimento pela qualidade*. São Paulo: Littera Mundi.

Edwards, C. (1969, October). *The meaning of quality*. Quality progress.

EQUIPE GRIFO. (1996). *O sistema ISO 9000 na prática*. São Paulo: Editora Pioneira.

Estefano, E. (1996). *Satisfação dos Recursos Humanos no Trabalho: um estudo de caso na Biblioteca Central da Universidade Federal de Santa Catarina*. Dissertação de Mestrado em Engenharia da Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

Fadel, M. & Regis, G. Filho (2006). *Percepção da Qualidade em Serviços Públicos de Saúde*. In: Encontro Nacional de Engenharia da Produção. XXVI ENEGEP, Fortaleza, CE, Brasil.

Feigenbaum, A. (1994). *Controle da qualidade total: gestão e sistemas*. São Paulo: Markon.

Fernandes, S., Coutinho, A., & Pereira, E. (2008, maio). *Avaliação do perfil Socioeconômico e nível da Satisfação dos Pacientes atendidos em Clínica Integrada Odontológica*. Universitária. RBPS 21 (2), pp. 137-143.

Ferreira, A., Lopes, H., & Campos, E. (2010). *Avaliação de Políticas Públicas: o caminho percorrido por Minas Gerais*. In: Guimarães, T., Pordeus, I., & Campos, E. (Org.). *Estado para Resultados: Avanços no Monitoramento e Avaliação da Gestão Pública em Minas Gerais*. Belo Horizonte: Editora UFMG.

Franco, T. (2003). *Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde: um olhar a partir do cartão nacional de saúde*. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.

Furtado, J. (2004, dezembro) *Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior* - Documento III. São Paulo, p 19.

Gariso, M. (2007). *Qualidade nos Serviços Públicos. A gestão da Qualidade de um Serviço Público na Perspectiva dos seus Funcionários*. Tese de Mestrado em Gestão Pública. Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.

Garvin, D. (1984). What does “product quality” really mean? *Sloan Management Review*. USA, v. 26, n. 1, pp. 25-43.

Garvin, D. (1992). *Gerenciando a qualidade*. Rio de Janeiro: Qualitymark.

Gianesi, I. & Corrêa, H. (1996). *Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente*. São Paulo: Atlas.

Gil, A. (2008). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (5a ed.). São Paulo: Atlas.

Gilmore, G. (1974). *The Death of Contract*. The Ohio State University Press, 2nd edition 1995.

Gilmore, G. (1999). *Security Interests in Personal Property* (2 Vol). 1st edition, Little, Brown & Company, 1965; 2nd edition, The Lawbook Exchange.

Godoy, A. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 57-63.

Godoy, A. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*, v. 35, n 2, pp 57-63.

Gronroos, C. (1982). *Strategic Management and Marketing in the Service Sector*. Helsingfors: Swedish School of Economics Business Administration.

Gronroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, n. 18, pp. 36-44.

Gronroos, C. (1990). *Service management and marketing: Managing the moments of truth in service competition*. Toronto: Lexington Books.

Gronroos, C. (2003). *Marketing: gerenciamento e serviços*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Gummesson, E. (1987). The New Marketing: Developing Long Term Interactive Relationship. *Long Range Planning*, 20 (4), pp. 10-20.

Gummesson, E. (2005). *Marketing de Relacionamento Total*. (2a ed.). Porto Alegre: Bookman.

Hartz, Z. (2002). Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Cienc. Saúde Coletiva*, n. 7, pp. 419-21.

Hartz, Z. (1999). Avaliação dos programas de Saúde: perspectivas teórico metodológicas e político-institucionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, n. 2, pp.341-353.

Hartz, Z. & Pouvourville, G. (1998). A avaliação da eficiência em saúde: a eficiência em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.3, pp. 68-82.

Hartz, Z. (1999). I. IN: Cadernos de Saúde Pública, pp. 229-259.

Heckert, C. & Silva, M. (2008, maio). Qualidade de serviços nas organizações do terceiro setor. *Produção*, v. 18, n. 2.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. Recuperado em 10 abril 2011 de http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1766

Juran, J. (1991). *Controle da Qualidade: conceitos, políticas e filosofia da qualidade*. (4a ed.). São Paulo: Editora McGraw-Hill Ltda.

Karatepe, O., Yava U. & Babakus, E. (2005). Mensuring service quality of banks scale development and validation. *Journal of Retailing and Consumer Services*, St. Louis, v. 12, n. 5, pp. 373-838.

Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Campos VPG, Santos RN. (1998). *Controle de qualidade em atenção primária à saúde*. A satisfação do usuário. *Cad. Saúde Pública. Rep Public Health*. v. 14, n. 3, p. 623-628.

Kotler, P, & Armstrong, G. (2003). *Princípios de marketing*; tradução Arlene Simille Marques, Sabrina Cairo; revisão técnica Dílson Gabriel dos Santos, Francisco J. S.M. Alvarez. (9a ed.), São Paulo: Prentice Hail.

Kotler, P. (2004). *Marketing para o século XXI: como criar, conquistar e dominar mercados*. (14ª ed.). São Paulo: Futura.

Kotler, P. (1998). *Administração de marketing*. São Paulo: Atlas.

Laffler, L. (1982, dezembro). Ambiguous Changes in Product Quality. *American Economic Review*.

Las casas, A. (2000). *Marketing de serviços*. (2a ed.). São Paulo: Atlas.

Laville, C. & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Belo Horizonte: Editora UFMG.

Leão, A., & Dias, K. (2001). Avaliação dos serviços de saúde prestados por faculdades de odontologia: a visão do usuário. *Rev. Bras. Odont. Saúde Coletiva*, v. 2, n. 1, pp. 40-46.

Leão, A., & Mello, S. (2009, janeiro). Atividades marcarias na vida cotidiana dos consumidores: descoberta de uma nova forma de se pensar as marcas? *Curitiba: RAC*, v. 13, n. 1.

Lei 8. 080, de 19 de setembro de 1990 (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. Recuperado em 03 setembro 2011, de
<http://www.prattein.com.br/images/stories/Saude/Lei-org-saude.pdf>

Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (1990). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Recuperado em 20 junho 2010, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm

Lima, D. (1998). *Caminhada: teoria e prática*. Rio de Janeiro: sprint.

Lima, P. (2007). *A excelência em gestão pública: A trajetória e a estratégia do gespública*. Rio de Janeiro: Qualitymark.

Lobos, J. (1993). *Encantando o Cliente: externo e interno*. (7ª ed.). São Paulo: Júlio Lobos.

Lopes, E. (2007, dezembro). Alta tecnologia para o Ministério da Saúde: ao produzir alfaepoetina humana recombinante. FIOCRUZ contribui para reduzir a dependência externa.. *Rio de Janeiro: Revista de Manguinhos*, v. 13, p. 8-10.

Lovelock, C., & Wright, L. (2005). *Serviços: marketing e gestão*. São Paulo: Saraiva.

Malhotra, N. (2001). *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada*. (3ª ed.) Porto Alegre: Bookman.

Malhotra, N. (2004). *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada*. (4ª ed). São Paulo: Bookman.

Marconi, M. & Lakatos, E. (2007a). *Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. São Paulo: Atlas.

Marconi, M., & Lakatos, E. (2007b). *Fundamentos de metodologia científica*. (6ª ed). 4ª reimp. São Paulo: Atlas.

Marconi, M., & Lakatos, E. (2008). *Metodologia do trabalho científico*. (7ª ed). São Paulo: Atlas.

Marshall , I. Junior & Cierco, A. A.(2006). *Gestão da qualidade*. 8. ed. Rio de Janeiro: FGV.

Mattos, R. (1985). *Desenvolvimento de Recursos Humanos e Mudança Organizacional*, Rio de Janeiro, LTC/ANFUP.

Meirelles, H. (2004). *Direito administrativo brasileiro*. (29ª ed.). São Paulo: Malheiros.

- Mello, C. (1998). Privatização dos Serviços Públicos. *Revista Trimestral do Direito Público*, n. 22, São Paulo: Malheiros.
- Mendonça, K., & Guerra, R. (2007, setembro, outubro). Desenvolvimento e Validação de um Instrumento de Medida da Satisfação do Paciente com a Fisioterapia. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v. 11, n. 5, pp. 369 – 376. ,
- Mendonça, M. (2006). *Serviço de referência digital*. In: Marcondes, C. (Org.). Bibliotecas digitais: saberes e práticas. Universidade Federal Bahia, Salvador, Brasil, Brasília: Ibict.
- Merhy, E., Campos, G. & Cecilio, L. (Org) (1994). *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Mezomo, J. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. São Paulo: Manole.
- Miguel, P. (2001). *Qualidade enfoque e ferramentas*. São Paulo: Artiliber Editora.
- Minayo, M. (1994). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco.
- Minayo, M. (2008). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (11a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde (2008). *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. (4a ed.), Brasília. Política Nacional de Humanização. Recuperado em 13 julho, 2011 de http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342
- Moreira, D.Netto (2000). *Mutações do direito Administrativo*. Rio de Janeiro: Renovar.
- Moreira, D.Netto (2005). *Curso de direito administrativo*. (14a ed.). Rio de Janeiro: Forense.
- Motta, P. (1994, julho). *Participação e descentralização administrativa: lições de experiências brasileiras*. IN: *Revista de Administração Pública*, vol. 28, n° 3, ISSN 0034-7612, pp. 175-94.
- Munro, A. (1994). *Divergências entre as expectativas do usuário e a percepção da gerência em relação a qualidade do serviço*. Dissertação (Mestrado em Marketing) - UFRGS, Porto Alegre. Recuperado 20 abril, 2011 de www.cesusp.ufrgs.br/PPGA/mktres.htm#15.
- NBR ISO 9000/ 2000. Sistema de Gestão da Qualidade. Recuperado 27 julho, 2010 de <http://www.jarimed.com.br/artigos/iso9000.pdf>

- Neves, A. (2006). *Qualidade no atendimento: a chave para o seu sucesso pessoal e empresarial*. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Neves, F. & Melo, F. (2008). *O Estado para Resultados em Minas Gerais: inovações no novo modelo de gestão*. Brasília: Consad.
- Neves, J. & Neves, M. (2000, dezembro). *Qualidade e sustentabilidade*. Seropédica: Embrapa Agrobiologia.
- Nogueira, L. (2003). *Gerenciando pela qualidade total na saúde*. Belo Horizonte: Editora de Desenvolvimento Gerencial.
- Nogueira-Martins L., Ramalho M. (2007). *Aspectos psicológicos relacionados ao profissional – Burnout*. In: de Camargo, B., Kurashima, A. (orgs.) *Cuidados Paliativos em Oncologia Pediátrica – O Cuidar além do curar*. São Paulo: Lemar.
- Nogueira-Martins, M., Nogueira-Martins, & L., Turato, E. (2006). *Medical students' perceptions of their learning about the doctor-patient relationship: a qualitative study*. *Medical Education*.
- Normann, R. (1993). *Administração de serviços*. São Paulo, Atlas.
- Oakland, J. (1994). *Gerenciamento da Qualidade Total*. São Paulo: Nobel.
- Oliver, R. (1981). Measurement and Evaluation of Satisfaction Processes in Retail Settings. *Journal of Retailing*, n. 57, pp. 25-48.
- Oliver, R. (2006a). Co-Producers and Co-Participants in the Satisfaction Process: Mutually Satisfying Consumption. In *The Service-Dominant Logic of Marketing: Dialog, Debate, and Directions*, Robert F. Lusch and Stephen L. Vargo, eds., Armonk, NY: M.E. Sharpe, pp. 118-127.
- Oliver, R. L. (2006). *Customer Satisfaction Research*. In: *The Handbook of Marketing Research: Uses, Misuses, and Future Advances*. Rajiv Grover and Marco Vriens, eds., Thousand Oaks, CA: Sage, 569-587.
- Paladini, E. (1995). *Gestão da qualidade no processo: a qualidade na produção de bens e serviços*. São Paulo: Atlas.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry, L (1993). More on improving service quality Measurement. *Journal of Retailing*, 69 (spring), p. 140-47.

Parasuraman, A., Berry, L. & Zeithaml, V. (1991). Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Retailing*, 67 (winter), p. 420-50.

Parasuraman, A., Berry, L. & Zeithaml, V. (1988). SERVQUAL: A Multiple – Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, v.64, n.1, pp. 12-40.

Parasuraman, A., Berry, L. & Zeithaml, V. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. In: Rebelato, M.G. *A qualidade em Serviços: uma Revisão e uma Proposta Gerencial*. São Carlos, USP, 1995. Mestrado. Sasser Jr. Match supply and demand in service industries. *Harvard Business Review*, v.54, n.6, p.133-140.

Parente, J. (2000). *Varejo no Brasil: gestão e estratégia*. São Paulo: Atlas.

Patrício, C. & Brito, C. (2006), Que desafios à distribuição do serviço público?. *III Congresso Nacional de Administração Pública*, Lisboa: Instituto Nacional de Administração.

Patton, M. (2001) Evaluation, knowledge management, best practices, and high quality: lessons learned. *Am J Evaluat*, n. 22; pp. 329-36.

Pirsig, R. (1974). *Zen end the Art Motorcycle Maintenance*. Nova Yorque: Bontam Books.

Prazeres, P. (1996). *Dicionário de termo da qualidade*. São Paulo: Atlas.

Regis, G. Filho & Lopes, M. (1996, janeiro). Estudo de clima organizacional em serviços ambulatoriais de saúde pública da Secretaria de Saúde de Itajaí (SC). segunda parte: perfil dos servidores e nível de satisfação. *R. Ci. Saúde*, Florianópolis, v. 15, n. 1,2, p.163-190.

Regis, G. Filho, Lopes, M. & Glaycon, M. (1998, julho). Democratização da administração em serviços de saúde pública do taylorismo à gestão participativa. *R. Ci. Saúde*, Florianópolis, v. 17, n.2, pp.13-29.

Richards, J. & Nunan, D. (2000). *Second language teacher education*. Cambridge, Cambridge University Press.

Richardson, R. (2007). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. (3a Ed.) São Paulo: Editora Atlas.

Rivera, F, (Org) (1991). *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. 2ª ed. São Paulo: Cortez.

Rossi, P. , Lipsey. M. & Freeman, H. (2004). *Avaliação: Uma abordagem sistemática*. (7a ed.) Thousand Oaks, CA: Sage.

Santos, A. & Miranda, S. (Orgs). (2007). *A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde*. Barueri, SP: Manole.

Senge, P. (2004). *A Quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende*. (16a ed.) (Tradução: OP Traduções). São Paulo: Editora Nova Cultural.

Senge, P. (2002). *A Quinta Disciplina: Arte e Prática da Organização que Aprende*. 10ª. Ed. São Paulo: Best Seller.

Shewhart, W. (1931). *Economic Control of Quality of the Manufactured Product*, Van Nostrand, New York, NY.

Sistema Único de Saúde. SUS. Princípios e Conquistas. Recuperado em 10 junho 2010, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf

Slack, N. (2002). *Administração de Produção*, (2a ed). São Paulo: Atlas.

Slack, N., Chambers, S., Harland, C., Harrison, A. & Johnston, R. (1997). *Administração da Produção*. São Paulo: Atlas.

Souza, J. Junior (2002). *Qualidade: um enfoque por teoria da decisão*. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção). Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

Stake, R. (1994). Case Studies. In: Denzin N. & Lincoln Y. (Orgs.), *Handbook of qualitative research*,. London: Sage, pp. 236-247.

Tanaka, O. & Melo, C. (2004). *Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa*. In: Bosi, M. , Mercado, F. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes, p. 121.

Teas, R. (1993, octobler). *Expectations, performance evaluation and consumers perceptions of quality*. Journal of Marketing. vol. 54, n. 4, pp. 18-37.

Townsend & Gebhardt, J. (2006). *Leadership in action: Complete Quality Process*. Pearson Power.

Travassos, C. & Martins, M. (2004). *Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 20, Sup. 2, pp. 190-198.

Triviños, A. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.

Tuchman, B. (1980). *The decline of quality*. New York: Time Magazine, p. 38.

Urdan, A. (2001, outubro). *A Qualidade de Serviços Médicos na Perspectiva do Cliente*. RAE Revista de Administração de Empresas, v. 41, n.4, pp. 44-55.

Vasconcellos, P. (2002). *Desenvolvimento de um modelo de avaliação da qualidade do serviço odontológico*. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção, Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil, p. 91.

Vecina, G.Netto & Malik, A. (2011). *Gestão em saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Vuori, H. (1991). *A qualidade da saúde. Divulgação em saúde para o debate*. Londrina, n. 3, pp. 17-24.

Yin, R. (2001). *Estudo de caso: Planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

Zeithaml, V. & Bitner, J. (2003). *Marketing de Serviços: a empresa com foco no cliente*. (2 Ed) Porto Alegre: Artmed Editora AS.

Zethaml, V., Parasuraman, A., & Berry, L. (1990). *Delivering Quality Service. Balancing Customer Perceptions and Expectations*. New York: The Free Press, p. 226.

ANEXOS

INQUÉRITO AOS GESTORES

Apresentação: Esta entrevista tem por objetivo a recolha de dados para elaboração de uma dissertação de mestrado que tem como título "Avaliação da qualidade do serviço prestado pela unidade Municipal de Saúde da Marambaia sob a perspectiva dos usuários".

A informação será tratada com confidencialidade e utilizada apenas para fins estatísticos. Sua participação é de fundamental importância

Obrigada pela participação.

1- Qual a missão da unidade municipal de saúde da Marambaia?

2- A missão da unidade é do conhecimento de todas as pessoas que atuam nesta unidade de saúde? Como é feita essa divulgação?

3- A missão da unidade é do conhecimento dos usuários? Como é feita essa divulgação?

4- Quais os mecanismos utilizados para divulgar à população os serviços prestados pela Unidade de Saúde da Marambaia?

5- Quais os objetivos da Unidade de saúde da Marambaia?

6- Costuma envolver os funcionários e população no alcance dos objetivos estabelecidos? De que forma?

7- Que objetivos a Unidade de saúde da Marambaia efetivará em curto prazo?**Assinale com um (X) a(s) resposta (s).**

Aumentar a produtividade

Melhorar a comunicação

Redefinir a missão da unidade de saúde

Melhorar as condições de trabalho

Implementar a qualidade total

Melhorar a qualidade dos serviços prestados

Modernizar a tecnologia

Melhorar o acolhimento

Qualificar os Profissionais

Diminuir o tempo de espera do cliente para o atendimento

Outros?

Especifique. _____

8- Que métodos de gestão são adotados para obtenção de eficácia, eficiência e transparência nas suas funções?

9- O que entende por qualidade?

10- De que forma entende que pode melhorar a qualidade do serviço que a Unidade de saúde presta a população?

11- A equipe de trabalho e população participam da gestão? Em caso afirmativo, de que forma?

12- Você já desenvolveu algum projeto que aponte para a modernização administrativa com objetivo de melhorar a prestação de serviço da unidade de saúde da Marambaia e a satisfação dos usuários?

13- Já foi realizado nesta Unidade de saúde algum estudo sobre avaliação da satisfação dos usuários? Em caso afirmativo quais foram as conclusões?

14- A unidade de saúde mantém um plano de capacitação de recursos humanos no sentido de melhorar a prestação de serviços e a satisfação dos usuários?

15- Existe a preocupação de melhoria das instalações e aquisição de equipamentos objetivando melhorar a qualidade do atendimento?

16- A unidade de saúde possui instrumentos gerenciais relacionados às normas, rotinas e procedimentos? Se afirmativo, esses instrumentos são de conhecimento de todos?

17- Os funcionários participam da gestão? De que forma?

18- Existem mecanismos práticos na Unidade de saúde para que os usuários possam fazer reclamações, sugestões e elogios? Quais?

19- A participação da população na Unidade de saúde é suficiente ou insuficiente?

20- Você incentiva e aproveita sugestões inovadoras fornecidas pelos funcionários e usuários?

21- existe algum tipo de articulação com outros órgãos com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência? Se afirmativo responda quais?

22- O fluxo de referencia e contra referencia de usuários viabilizando que possam ter acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência funciona satisfatoriamente?

() SIM () NÃO

Faça considerações a respeito. _____

23- O quadro de recursos humanos da unidade de saúde é suficiente para a prestação de serviços?

() SIM () NÃO

24- Os recursos financeiros são suficientes para suprir as necessidades da unidade de saúde?

() SIM () NÃO

25- Os recursos humanos são todos habilitados para a prestação do serviço?

() SIM () NÃO

26- Os equipamentos da unidade de saúde são adequados para a prestação dos serviços?

() SIM () NÃO

27- Existem materiais de consumo tais como medicamentos e outros em quantidade suficiente para o atendimento ao usuário?

() SIM () NÃO

28- A unidade de saúde no que se refere a estrutura física está preparada para o acolhimento do usuário?

() SIM () NÃO

29- Toda a equipe de trabalho está treinada para o acolhimento do usuário?

() SIM () NÃO

30- Como se dá o acesso do usuário ao serviço de saúde?

31- Ao chegar a unidade de saúde para onde o usuário se dirige? Quem o recebe? De que modo?

32- Qual o caminho que o usuário faz até ser atendido?

33- Quem define a necessidade de atendimento do usuário no serviço de saúde?

34- Há nesta unidade de saúde uma ordenação do atendimento? Qual?

35- como você percebe a relação, trabalhador de saúde/usuário?

36- As acomodações da unidade são confortáveis e limpas?

() SIM () NÃO () Em parte

37- A estrutura física permite acesso fácil a todos os usuários?

() SIM () NÃO () Em parte

38- A unidade de saúde é dotada de sinalização que permita auxiliar os usuários na utilização do serviço?

() SIM () NÃO () Em parte

39- Os funcionários da unidade de saúde, possuem conhecimento necessários e atualizados para responder as perguntas e tirar as duvidas dos usuários?

() SIM () NÃO () Em parte

40- Na unidade há reuniões ordinárias com a equipe de trabalho? Qual a periodicidade?

41- Como se lida com os conflitos e divergências no cotidiano do serviço?

42- De maneira geral qual a sua percepção com relação à qualidade do serviço prestado a pela unidade de saúde aos usuários:

1- () Ruim 2- () Regular 3- () Bom 4- () Excelente

43- Classifique os itens abaixo como ponto forte ou ponto fraco na administração da unidade de saúde e pontue de 1 a 4 de acordo com o nível de importância: 1 - Nenhuma importância, 2- pouca importância, 3 - Suficiente importância, 4 - elevada importância.

Qualificação da equipe

Motivação dos funcionários

Valorização dos recursos humanos

Instalações e condições de trabalho

Estrutura organizacional e articulações dos vários serviços

Organização do trabalho

Participação comunitária

Recursos Financeiros

Imagem da unidade de saúde

Outros?

Especifique: _____

INQUÉRITO AOS FUNCIONÁRIOS

Apresentação

Esse inquérito tem por objetivo a recolha de dados para elaboração de dissertação de mestrado sob o título AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO PELA UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE DA MARAMBAIA SOB A PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS.

As respostas são anónimas confidenciais e serão utilizadas apenas para fins estatísticos.

Obrigada pela participação.

Dados Pessoais:

1- Sexo

Feminino

Masculino

3- Idade

18 a 24 anos

25 a 40 anos

40 a 60 anos

> de 60 anos

5- Há quanto tempo exerce

Funções na SESMA

< 1ano

1 a 5 anos

6 a 15 anos

16 a 25 anos

> 25 anos

2- Escolaridade

Ensino Básico

Ensino Fundamental Incompleto

Ensino Fundamental Completo

Ensino Médio Incompleto

Ensino Médio Completo

Superior Incompleto

Superior Completo

Pós-Graduado

4- Vínculo empregatício

Efetivo (a)

Serviço Prestado

Outro Qual? _____

11- Existem formas de captação das sugestões dos funcionários?

1 () Sim 2 () Não

12- As habilidades e conhecimentos vivenciados por colegas são compartilhados internamente buscando agregar valores às partes interessadas?

1 () sim 2 () não 3 () Em parte

13- Com relação ao seu desempenho no trabalho você se considera satisfeito:

1 () sim 2 () não 3 () Em parte

14- Quanto a remuneração você se considera satisfeito:

1 () Sim 2 () Não

15- As formas de reconhecimento e incentivos são justas e motivadoras?

1 () Sim 2 () Não

16- Você participa de aperfeiçoamentos para melhorar seu desempenho no trabalho?

1 () Sim 2 () Não

17- Você tem conhecimento adequado de suas competências e responsabilidades?

1 () Sim 2 () Não 3 () Em parte

18- Você tem conhecimento de seus direitos e deveres enquanto funcionário?

1 () Sim 2 () Não 3 () Em parte

19- Você sugere novas idéias para o alcance de objetivos do trabalho?

1 () Sim 2 () Não

20- Sua criatividade e iniciativas são estimuladas e reconhecidas pela chefia?

1 () Sim 2 () Não 3 () Em parte

21- Você recebeu treinamento para realizar de maneira adequada o acolhimento dos usuários?

1 () Sim 2 () Não

22- É efetuada a avaliação de sua satisfação como funcionário de modo periódico e sistemático?

1 () Sim 2 () Não

23- Os conceitos de qualidade e de gestão pela qualidade são devidamente divulgados no seu serviço?

1 () Sim 2 () Não

24- Existem métodos para a avaliação da qualidade do seu trabalho?

1 () Sim 2 () Não

Quais? _____

25- As instalações da unidade de saúde são adequadas em termos de higiene e segurança do trabalho?

1 () Sim 2 () Não 3 () Em parte

26- A unidade de saúde disponibiliza material necessário para o desempenho de suas tarefas?

1 () Sim 2 () Não 3 () Em parte

INQUÉRITO AOS USUÁRIOS

Apresentação

Esse inquérito tem o objetivo a recolha de dados para elaboração de dissertação de mestrado sob o título AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO PELA UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE DA MARAMBAIA SOB A PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS.

As respostas são anônimas e a informação é tratado com toda a confiabilidade e utilizada apenas para fins estatísticos. Sua participação é de fundamental importância.

Obrigada pela participação.

Dados Pessoais:

1- Sexo

Feminino

Masculino

2- Estado Civil

Solteiro (a)

Casado (a) ou em união de fato

Divorciado (a) ou Separado (a)

Viúvo (a)

3- Idade

18 a 24 anos

25 a 40 anos

40 a 60 anos

> de 60 anos

4- Escolaridade

Ensino Básico

Ensino Fundamental Incompleto

Ensino Fundamental Completo

Ensino Médio Incompleto

Ensino Médio Completo

Superior Incompleto

Superior Completo

Pós-Graduado

5- Endereço: _____.

6- Profissão: _____.

7- Tipos de Locomoção: _____.

EXPECTATIVA DO USUÁRIO

UTILIZANDO UMA ESCALA DE 1 A 5 CLASSIFIQUE AS SUAS EXPECTATIVAS A CERCA DE UM SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICA DE EXCELENTE QUALIDADE.

1- As acomodações das unidades de saúde devem ser confortáveis e limpas

- | | |
|--|---|
| 1(<input type="checkbox"/>) Discordo totalmente | 2 (<input type="checkbox"/>) Discordo |
| 3 (<input type="checkbox"/>) Não Concordo nem discordo | 4 (<input type="checkbox"/>) Concordo |
| 5 (<input type="checkbox"/>) Concordo totalmente | |

2- A estrutura física deve permitir fácil acesso a todos os usuários.

- | | |
|--|---|
| 1(<input type="checkbox"/>) Discordo totalmente | 2 (<input type="checkbox"/>) Discordo |
| 3 (<input type="checkbox"/>) Não Concordo nem discordo | 4 (<input type="checkbox"/>) Concordo |
| 5 (<input type="checkbox"/>) Concordo totalmente | |

3- A unidade de saúde deve estar dotada de sinalização apropriada que permita auxiliar os usuários na utilização dos serviços

- | | |
|--|---|
| 1(<input type="checkbox"/>) Discordo totalmente | 2 (<input type="checkbox"/>) Discordo |
| 3 (<input type="checkbox"/>) Não Concordo nem discordo | 4 (<input type="checkbox"/>) Concordo |
| 5 (<input type="checkbox"/>) Concordo totalmente | |

4- A unidade de saúde deve disponibilizar de equipamentos adequados e em funcionamento para a realização dos atendimentos

- | | |
|--|---|
| 1(<input type="checkbox"/>) Discordo totalmente | 2 (<input type="checkbox"/>) Discordo |
| 3 (<input type="checkbox"/>) Não Concordo nem discordo | 4 (<input type="checkbox"/>) Concordo |
| 5 (<input type="checkbox"/>) Concordo totalmente | |

5- A unidade de saúde deve dispor de insumos tais como: medicamentos, vacinas e outras necessidades ao atendimento aos usuários.

- | | |
|--|---|
| 1(<input type="checkbox"/>) Discordo totalmente | 2 (<input type="checkbox"/>) Discordo |
| 3 (<input type="checkbox"/>) Não Concordo nem discordo | 4 (<input type="checkbox"/>) Concordo |
| 5 (<input type="checkbox"/>) Concordo totalmente | |

6- Os profissionais devem adotar atitudes de cortesia e simpatia para com os usuários.

- | | |
|--|---|
| 1(<input type="checkbox"/>) Discordo totalmente | 2 (<input type="checkbox"/>) Discordo |
| 3 (<input type="checkbox"/>) Não Concordo nem discordo | 4 (<input type="checkbox"/>) Concordo |
| 5 (<input type="checkbox"/>) Concordo totalmente | |

7- As informações prestadas pelos funcionários devem ser precisas e claras

- | | |
|--|---|
| 1(<input type="checkbox"/>) Discordo totalmente | 2 (<input type="checkbox"/>) Discordo |
| 3 (<input type="checkbox"/>) Não Concordo nem discordo | 4 (<input type="checkbox"/>) Concordo |
| 5 (<input type="checkbox"/>) Concordo totalmente | |

8- Os profissionais devem ter conhecimentos necessários e atualizados para responder as perguntas e tirar as duvidas dos usuários.

- | | |
|--|---|
| 1(<input type="checkbox"/>) Discordo totalmente | 2 (<input type="checkbox"/>) Discordo |
| 3 (<input type="checkbox"/>) Não Concordo nem discordo | 4 (<input type="checkbox"/>) Concordo |
| 5 (<input type="checkbox"/>) Concordo totalmente | |

9- A equipe da unidade de saúde deve adotar uma postura acolhedora com a intenção de resolver os problemas

- | | |
|--|---|
| 1(<input type="checkbox"/>) Discordo totalmente | 2 (<input type="checkbox"/>) Discordo |
| 3 (<input type="checkbox"/>) Não Concordo nem discordo | 4 (<input type="checkbox"/>) Concordo |
| 5 (<input type="checkbox"/>) Concordo totalmente | |

10- Os funcionários da unidade de saúde devem apresentar uma imagem pessoal cuidada

- | | |
|--|---|
| 1(<input type="checkbox"/>) Discordo totalmente | 2 (<input type="checkbox"/>) Discordo |
| 3 (<input type="checkbox"/>) Não Concordo nem discordo | 4 (<input type="checkbox"/>) Concordo |
| 5 (<input type="checkbox"/>) Concordo totalmente | |

11- O tempo de espera para o atendimento deve ser o menor possível.

- | | |
|--|---|
| 1(<input type="checkbox"/>) Discordo totalmente | 2 (<input type="checkbox"/>) Discordo |
| 3 (<input type="checkbox"/>) Não Concordo nem discordo | 4 (<input type="checkbox"/>) Concordo |
| 5 (<input type="checkbox"/>) Concordo totalmente | |

12- Os usuários que apresentam maior risco devem ser atendidos com prioridade.

- | | |
|--|---|
| 1(<input type="checkbox"/>) Discordo totalmente | 2 (<input type="checkbox"/>) Discordo |
| 3 (<input type="checkbox"/>) Não Concordo nem discordo | 4 (<input type="checkbox"/>) Concordo |
| 5 (<input type="checkbox"/>) Concordo totalmente | |

13- A maioria dos problemas de saúde da população deve ser resolvido nesta unidade.

- | | |
|--|---|
| 1(<input type="checkbox"/>) Discordo totalmente | 2 (<input type="checkbox"/>) Discordo |
| 3 (<input type="checkbox"/>) Não Concordo nem discordo | 4 (<input type="checkbox"/>) Concordo |
| 5 (<input type="checkbox"/>) Concordo totalmente | |

14- Os usuários com problemas que não são possíveis de resolver nesta unidade devem ser devidamente encaminhados para outros serviços de maior complexidade e com garantia de acesso

- | | |
|--|---|
| 1(<input type="checkbox"/>) Discordo totalmente | 2 (<input type="checkbox"/>) Discordo |
| 3 (<input type="checkbox"/>) Não Concordo nem discordo | 4 (<input type="checkbox"/>) Concordo |
| 5 (<input type="checkbox"/>) Concordo totalmente | |

15- O usuário deve ter liberdade na escolha do médico.

- | | |
|--|---|
| 1(<input type="checkbox"/>) Discordo totalmente | 2 (<input type="checkbox"/>) Discordo |
| 3 (<input type="checkbox"/>) Não Concordo nem discordo | 4 (<input type="checkbox"/>) Concordo |
| 5 (<input type="checkbox"/>) Concordo totalmente | |

16- Os profissionais duante o tratamento devem disponibilizar de tempo para ouvir e responder as perguntas dos usuários sobre o problema de saúde e tratamento

- | | |
|--|---|
| 1(<input type="checkbox"/>) Discordo totalmente | 2 (<input type="checkbox"/>) Discordo |
| 3 (<input type="checkbox"/>) Não Concordo nem discordo | 4 (<input type="checkbox"/>) Concordo |
| 5 (<input type="checkbox"/>) Concordo totalmente | |

17- A unidade de saúde deve dispor de mecanismo que possibilite os usuários a fazer reclamações, elogios e sugestões com relação ao atendimento recebido.

- | | |
|--|---|
| 1(<input type="checkbox"/>) Discordo totalmente | 2 (<input type="checkbox"/>) Discordo |
| 3 (<input type="checkbox"/>) Não Concordo nem discordo | 4 (<input type="checkbox"/>) Concordo |
| 5 (<input type="checkbox"/>) Concordo totalmente | |

18- A unidade de saúde deve divulgar informações a cerca dos serviços que dispõe para a comunidade

- | | |
|---------------------------------|----------------|
| 1() Discordo totalmente | 2 () Discordo |
| 3 () Não Concordo nem discordo | 4 () Concordo |
| 5 () Concordo totalmente | |

19- A unidade deve possibilitar a participação popular no planejamento, execução e avaliação do serviço

- | | |
|---------------------------------|----------------|
| 1() Discordo totalmente | 2 () Discordo |
| 3 () Não Concordo nem discordo | 4 () Concordo |
| 5 () Concordo totalmente | |

20- A Unidade de Saúde deve satisfazer sua expectativa.

- | | |
|---------------------------------|----------------|
| 1() Discordo totalmente | 2 () Discordo |
| 3 () Não Concordo nem discordo | 4 () Concordo |
| 5 () Concordo totalmente | |

21- O acesso ao atendimento deve ser fácil para todos os usuários.

- | | |
|---------------------------------|----------------|
| 1() Discordo totalmente | 2 () Discordo |
| 3 () Não Concordo nem discordo | 4 () Concordo |
| 5 () Concordo totalmente | |

22- A Unidade de Saúde deve dispor de mecanismos para que o usuário não necessite ficar em longas filas em horários impróprios.

- | | |
|---------------------------------|----------------|
| 1() Discordo totalmente | 2 () Discordo |
| 3 () Não Concordo nem discordo | 4 () Concordo |
| 5 () Concordo totalmente | |

PERCEPÇÃO DO USUÁRIO

Baseado na sua experiência avalie a qualidade do serviço prestado pela unidade Municipal de saúde da Marambaia aos seus usuários respondendo as questões abaixo relacionadas.

1- As acomodações da unidade são confortáveis e limpas.

- | | |
|--|---|
| 1 (<input type="checkbox"/>) Discordo totalmente | 2 (<input type="checkbox"/>) Discordo |
| 3 (<input type="checkbox"/>) Não Concordo nem discordo | 4 (<input type="checkbox"/>) Concordo |
| 5 (<input type="checkbox"/>) Concordo totalmente | |

2- A Estrutura física permite acesso fácil a todos os Usuários.

- | | |
|--|---|
| 1 (<input type="checkbox"/>) Discordo totalmente | 2 (<input type="checkbox"/>) Discordo |
| 3 (<input type="checkbox"/>) Não Concordo nem discordo | 4 (<input type="checkbox"/>) Concordo |
| 5 (<input type="checkbox"/>) Concordo totalmente | |

3- A unidade de saúde é adotada de sinalização adequada que permita auxiliar os Usuários na utilização do serviço.

- | | |
|--|---|
| 1 (<input type="checkbox"/>) Discordo totalmente | 2 (<input type="checkbox"/>) Discordo |
| 3 (<input type="checkbox"/>) Não Concordo nem discordo | 4 (<input type="checkbox"/>) Concordo |
| 5 (<input type="checkbox"/>) Concordo totalmente | |

4- A unidade de saúde disponibiliza de equipamentos adequados e em funcionamento para a realização dos atendimentos.

- | | |
|--|---|
| 1 (<input type="checkbox"/>) Discordo totalmente | 2 (<input type="checkbox"/>) Discordo |
| 3 (<input type="checkbox"/>) Não Concordo nem discordo | 4 (<input type="checkbox"/>) Concordo |
| 5 (<input type="checkbox"/>) Concordo totalmente | |

5- A unidade de saúde dispõe de medicamentos, vacinas e outros insumos necessários ao atendimento do usuário.

- | | |
|--|---|
| 1 (<input type="checkbox"/>) Discordo totalmente | 2 (<input type="checkbox"/>) Discordo |
| 3 (<input type="checkbox"/>) Não Concordo nem discordo | 4 (<input type="checkbox"/>) Concordo |
| 5 (<input type="checkbox"/>) Concordo totalmente | |

6- Os profissionais da unidade de saúde adotam atitudes de cortesia e simpatia para com os usuários.

- | | |
|--|---|
| 1(<input type="checkbox"/>) Discordo totalmente | 2 (<input type="checkbox"/>) Discordo |
| 3 (<input type="checkbox"/>) Não Concordo nem discordo | 4 (<input type="checkbox"/>) Concordo |
| 5 (<input type="checkbox"/>) Concordo totalmente | |

7- Os funcionários da unidade de saúde prestam informações aos usuários de forma clara e precisa.

- | | |
|--|---|
| 1(<input type="checkbox"/>) Discordo totalmente | 2 (<input type="checkbox"/>) Discordo |
| 3 (<input type="checkbox"/>) Não Concordo nem discordo | 4 (<input type="checkbox"/>) Concordo |
| 5 (<input type="checkbox"/>) Concordo totalmente | |

8- Os funcionários da unidade de saúde possuem conhecimentos necessários e atualizados para responder as perguntas e tirar as dúvidas dos usuários.

- | | |
|--|---|
| 1(<input type="checkbox"/>) Discordo totalmente | 2 (<input type="checkbox"/>) Discordo |
| 3 (<input type="checkbox"/>) Não Concordo nem discordo | 4 (<input type="checkbox"/>) Concordo |
| 5 (<input type="checkbox"/>) Concordo totalmente | |

9 - A equipe da unidade de saúde adota atitude acolhedora com a intenção de resolver os problemas do usuário.

- | | |
|--|---|
| 1(<input type="checkbox"/>) Discordo totalmente | 2 (<input type="checkbox"/>) Discordo |
| 3 (<input type="checkbox"/>) Não Concordo nem discordo | 4 (<input type="checkbox"/>) Concordo |
| 5 (<input type="checkbox"/>) Concordo totalmente | |

10- Os funcionários da unidade de saúde apresentam uma imagem pessoal cuidada.

- | | |
|--|---|
| 1(<input type="checkbox"/>) Discordo totalmente | 2 (<input type="checkbox"/>) Discordo |
| 3 (<input type="checkbox"/>) Não Concordo nem discordo | 4 (<input type="checkbox"/>) Concordo |
| 5 (<input type="checkbox"/>) Concordo totalmente | |

11- O tempo de espera para atendimento está compatível com sua expectativa.

- | | |
|--|---|
| 1(<input type="checkbox"/>) Discordo totalmente | 2 (<input type="checkbox"/>) Discordo |
| 3 (<input type="checkbox"/>) Não Concordo nem discordo | 4 (<input type="checkbox"/>) Concordo |
| 5 (<input type="checkbox"/>) Concordo totalmente | |

18- A unidade de saúde divulga informações referentes aos serviços que dispõe para a comunidade.

- | | |
|--|---|
| 1 (<input type="checkbox"/>) Discordo totalmente | 2 (<input type="checkbox"/>) Discordo |
| 3 (<input type="checkbox"/>) Não Concordo nem discordo | 4 (<input type="checkbox"/>) Concordo |
| 5 (<input type="checkbox"/>) Concordo totalmente | |

19- A população participa do planejamento, execução e avaliação das ações de saúde desenvolvidas na unidade.

- | | |
|--|---|
| 1 (<input type="checkbox"/>) Discordo totalmente | 2 (<input type="checkbox"/>) Discordo |
| 3 (<input type="checkbox"/>) Não Concordo nem discordo | 4 (<input type="checkbox"/>) Concordo |
| 5 (<input type="checkbox"/>) Concordo totalmente | |

20-A unidade de saúde satisfaz a sua expectativa.

- | | |
|--|---|
| 1 (<input type="checkbox"/>) Discordo totalmente | 2 (<input type="checkbox"/>) Discordo |
| 3 (<input type="checkbox"/>) Não concordo nem discordo | 4 (<input type="checkbox"/>) Concordo |
| 5 (<input type="checkbox"/>) Concordo totalmente | |

21- O acesso ao atendimento é fácil para todos os usuários.

- | | |
|--|---|
| 1 (<input type="checkbox"/>) Discordo totalmente | 2 (<input type="checkbox"/>) Discordo |
| 3 (<input type="checkbox"/>) Não concordo nem discordo | 4 (<input type="checkbox"/>) Concordo |
| 5 (<input type="checkbox"/>) Concordo totalmente | |

22- A unidade de saúde dispõe de mecanismos para que o usuário não necessite ficar em longas filas e em horários impróprios.

- | | |
|--|---|
| 1 (<input type="checkbox"/>) Discordo totalmente | 2 (<input type="checkbox"/>) Discordo |
| 3 (<input type="checkbox"/>) Não concordo nem discordo | 4 (<input type="checkbox"/>) Concordo |
| 5 (<input type="checkbox"/>) Concordo totalmente | |