

**UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO E
SISTEMAS**

LUANE PAULA DE SOUZA

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PATO BRANCO-PR**

DISSERTAÇÃO

**PATO BRANCO
2020**

LUANE PAULA DE SOUZA

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PATO BRANCO-PR**

**Satisfaction assessment of unified health system's users with the health
service at the Pato Branco county, state of Paraná.**

Dissertação apresentada como requisito para
obtenção do título de mestre(a) em Engenharia
de Produção e Sistemas da Universidade
Federal Tecnológica do Paraná (UTFPR).

Orientador: Prof. Dr. Sergio Eduardo Gouvea da
Costa.

Co-orientador: Prof. Dr. Edson Pinheiro de
Lima.

**PATO BRANCO
2020**



[4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Esta licença permite apenas que outros façam download dos trabalhos licenciados e os compartilhem desde que atribuam crédito ao autor, mas sem que possam alterá-los de nenhuma forma ou utilizá-los para fins comerciais. Conteúdos elaborados por terceiros, citados e referenciados nesta obra não são cobertos pela licença.



LUANE PAULA DE SOUZA

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COM
OS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PATO BRANCO-PR**

Trabalho de pesquisa de mestrado apresentado como requisito para obtenção do título de Mestre Em Engenharia De Produção E Sistemas da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR). Área de concentração: Gestão Dos Sistemas Produtivos.

Data de aprovação: 25 de Novembro de 2020

Prof Sergio Eduardo Gouvea Da Costa, - Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.a Angela Weber Righi, Doutorado - Universidade Federal de Santa Maria (Ufsm)

Prof Sandro Cesar Bortoluzzi, Doutorado - Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Documento gerado pelo Sistema Acadêmico da UTFPR a partir dos dados da Ata de Defesa em 21/12/2020.

*“Vais encontrar o mundo, disse-me meu pai,
à porta do Ateneu. Coragem para a luta.”*
Raul Pompeia

AGRADECIMENTOS

Aos caminhos que me trouxeram até aqui, trilhados com aprendizagem e gratidão.

Ao meu orientador, Dr. Sergio Eduardo Gouvea da Costa, que soube me conduzir neste processo de maneira suave e assertiva.

Aos componentes da banca examinadora, pelas imensas contribuições.

Ao PPGEPS, pelo acolhimento e compreensão frente às dificuldades impostas pela minha formação na área da saúde.

Aos participantes da pesquisa, pela disposição e tempo dedicados.

À minha família, a de perto por todo o apoio prestado, e a de longe por me olharem com olhos confiantes de minhas capacidades.

Aos meus amores, Lamaisson e Isadora, por aguardarem pelo momento em que minha dedicação será ainda maior a vocês!

RESUMO

SOUZA, Luane P. **Avaliação da satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde com os serviços de saúde no município de Pato Branco-PR**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção e Sistemas) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Pato Branco, 2020.

O SUS desenvolve sua política de regulação por meio de princípios organizativos que descrevem a qualidade do serviço prestado com base na participação popular. Os serviços em saúde possuem um *servicespace* complexo onde os clientes analisam a qualidade do serviço tendo em vista tanto o resultado quanto a experiência vivenciada. Nesse contexto, o objetivo deste estudo é avaliar a satisfação do usuário do SUS com os serviços de saúde por meio de um instrumento elaborado a partir do contexto da saúde pública, tendo como estudo uma pesquisa de avaliação *survey* dos serviços de saúde do SUS do município de Pato Branco-PR. Para isso, buscou-se na literatura aspectos relevantes para avaliação da qualidade em saúde para a definição de constructos, formulou-se um questionário para avaliar a satisfação do usuário no SUS com os serviços de saúde e validou-se por meio do Método de Lawshe. Os pesos de cada constructo foram definidos pelo método de apoio a decisão multicritério AHP, bem como foram definidos os pesos de cada item do questionário. Utilizou-se a escala adaptada de *continnum* de satisfação para ancorar as respostas da coleta de dados com 99 usuários do SUS do município de Pato Branco-PR. Os resultados sugerem 7 constructos de avaliação da qualidade nos quais todas as perguntas do questionário foram importantes para a compor o questionário validado. O constructo que mais contribui para o peso total dos constructos se refere à C3- Cortesia, dignidade e respeito. Dentro da escala de satisfação com os serviços de saúde, a amostra pesquisada encontra-se satisfeita com a maioria dos constructos analisados, exceto os constructos C1-Infraestrutura e C7- Recomendação do serviço de saúde, nos quais a amostra encontra-se insatisfeita.

Palavras-chave: satisfação usuário do SUS; qualidade do serviço; Lawshe; AHP; escala de satisfação.

ABSTRACT

SOUZA, Luane P. **Satisfaction assessment of unified health system's users with the health service at the Pato Branco county, state of Paraná.** Dissertation (Master in Engineering of Production and Systems) – Federal Technological University of Paraná. Pato Branco, 2020.

SUS develops its regulation policy through organizational principles that describe the quality of the service provided based on popular participation. Health services have a complex servicespace in which customers analyze quality customers analyze the quality of the service in view of both the result and the experience. In this context, the aim of this study is to assess SUS user satisfaction with health services using an instrument developed from the context of public health, with the study an evaluation survey of SUS health services in the Pato Branco county state of Paraná. For this, the literature sought relevant aspects for assessing the health quality of construction, a questionnaire was formulated to assess user satisfaction in the SUS with health services and it was validated through the Lawshe Method. The weights of each construct were defined by the AHP multicriteria decision support method, as well as the weights of each item in the questionnaire. The adapted scale of the satisfaction continuum was used to anchor the responses of the data collection with 99 SUS users in the Pato Branco county state of Paraná. The results suggest 7 quality assessment constructs in which all questions in the questionnaire were important to compose the validated questionnaire. The construct that contributes the most to the total weight of the constructs refers to C3- Courtesy, dignity and respect. Within the scale of satisfaction with health services, the surveyed sample is satisfied with most of the analyzed constructs, except for the C1-Infrastructure constructs and C7- Health service recommendation, in which the sample is dissatisfied.

Keywords: SUS user satisfaction; service quality; Lawshe; AHP; satisfaction scale.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÔNIMOS

| | |
|----------|---|
| AHP | <i>Analytic Hierarchy Process</i> |
| AMD | Método de Apoio Decisão |
| AMAQ | Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CMS | Conselho Municipal de Saúde |
| CVR | Índice de Validade de Conteúdo |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| EUROPEP | <i>European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care</i> |
| HCAHPS | <i>Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems</i> |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IAQH | Instrumentos de Avaliação da Qualidade Hospitalar |
| MCDA | Análise de Decisão Multicritérios |
| MS | Ministério da Saúde |
| NOAS | Normas de Assistência à Saúde |
| NOB | Normas de Operação Básica |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OPAS | Organização Pan Americana de Saúde |
| PMAQ-AB | Programa Nacional de Melhoria no Acesso e da Qualidade da Atenção Básica |
| PNAB | Política Nacional Atenção Básica |
| PNASS | Política Nacional de Avaliação dos Serviços em Saúde |
| PNCTIS | Política Nacional de Ciência, Tecnologia, e Inovação em Saúde |
| PPGEPS | Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção e Sistemas |
| PPSUS | Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde |
| PROVAB | Programa de Valorização de Profissional da Atenção Básica |
| QSU/SUS | Questionário de Satisfação do Usuário do Sistema Único de Saúde |
| QUALI AB | Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica |

| | |
|----------|--|
| RC | Razão da Consistência |
| SATIS-BR | Escala de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental |
| SERVQUAL | <i>Conceptual Model of Service Quality</i> |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |
| UTFPR | Universidade Tecnológica Federal do Paraná |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1- Escala de Satisfação..... | 40 |
| Figura 2- Contexto da pesquisa..... | 41 |
| Figura 3- Regional de Saúde a qual pertence Pato Branco..... | 44 |
| Figura 4- Constructos do QSU/SUS..... | 53 |
| Figura 5- Escala de Satisfação QSU-SUS..... | 60 |
| Figura 6- Síntese metodológica..... | 61 |
| Figura 7- Média das perguntas QSUSUS..... | 72 |
| Figura 8- Média dos critérios QSU-SUS..... | 72 |
| Figura 9- Desvio padrão do peso agregado para C1- Infraestrutura..... | 73 |
| Figura 10- Desvio padrão do peso agregado para C2- Recepção e Acolhimento..... | 74 |
| Figura 11- Desvio padrão do peso agregado para C3- Cortesia, dignidade, respeito..... | 75 |
| Figura 12- Desvio padrão do peso agregado para C4- Privacidade..... | 76 |
| Figura 13- Desvio padrão do peso agregado para C5- Tempo..... | 77 |
| Figura 14- Desvio padrão do peso agregado para C6- Confiança e segurança..... | 78 |
| Figura 15- Desvio padrão do peso agregado para C7- Recomendação do serviço de saúde..... | 79 |
| Figura 16- Satisfação com serviços de saúde usuários do SUS..... | 80 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1- Valores de CVR crítico..... | 55 |
| Tabela 2- Resultado do método de Lawshe para os itens do Questionário. | 62 |
| Tabela 3- Pesos dos critérios..... | 64 |
| Tabela 4- Pesos de cada pergunta C1..... | 66 |
| Tabela 5- Pesos de cada pergunta C2..... | 66 |
| Tabela 6- Pesos de cada pergunta C3..... | 67 |
| Tabela 7- Pesos de cada pergunta C4..... | 67 |
| Tabela 8- Pesos de cada pergunta C5..... | 67 |
| Tabela 9- Pesos de cada pergunta C6..... | 68 |
| Tabela10- Pesos de cada pergunta C7..... | 68 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1- Resumo dos modelos de qualidade na literatura..... | 25 |
| Quadro 2- “Os Sete Pilares da Qualidade” segundo Donabedian..... | 27 |
| Quadro 3- Teorias da satisfação do usuário em serviços de saúde..... | 33 |
| Quadro 4- Métodos multicritério aplicados ao contexto de serviços em saúde..... | 37 |
| Quadro 5- Escala de importâncias relativas..... | 38 |
| Quadro 6- Eixos de Pesquisa..... | 43 |
| Quadro 7- Locais de Pato Branco com atendimento à saúde pelo SUS..... | 45 |
| Quadro 8- Comparativo do número de indivíduos atendidos SUS..... | 49 |
| Quadro 9- Tamanho mínimo da amostra estratificada..... | 49 |
| Quadro10- Instrumentos de origem do questionário..... | 51 |
| Quadro 11- Distribuição da frequência das categorias de origem do questionário..... | 52 |
| Quadro 12- Valores de RC para matriz de tamanho n..... | 58 |
| Quadro13- Escala de importância das perguntas do QSU-SUS..... | 59 |
| Quadro 14- Consistência Interna..... | 64 |
| Quadro15- Peso global de cada pergunta do QSU-SUS..... | 69 |
| Quadro 16- Médias e pesos agregados na Escala QSU- SUS..... | 71 |
| Quadro 17- Média Geométrica das respostas e Peso agregado dos constructos..... | 71 |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 16 |
| 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO..... | 16 |
| 1.2 PROBLEMA DE PESQUISA..... | 19 |
| 1.3 OBJETIVOS..... | 21 |
| 1.3.1 Objetivo Geral..... | 22 |
| 1.3.2 Objetivos Específicos..... | 22 |
| 1.4 JUSTIFICATIVA..... | 22 |
| 1.5 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO..... | 24 |
| 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | 25 |
| 2.1 QUALIDADE EM SAÚDE..... | 25 |
| 2.1.1 Avaliação da Qualidade em Saúde..... | 28 |
| 2.1.2 Responsividade..... | 29 |
| 2.2 PARTICIPAÇÃO SOCIAL..... | 30 |
| 2.3 SATISFAÇÃO DO USUÁRIO..... | 31 |
| 2.4 QUESTIONÁRIOS UTILIZADOS NA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO EM SAÚDE..... | 33 |
| 2.5 VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA..... | 36 |
| 2.6 MÉTODO MULTICRITÉRIO APLICADO NA ÁREA DA SAÚDE..... | 36 |
| 2.6.1 Método AHP..... | 38 |
| 2.7 ESCALA DE SATISFAÇÃO..... | 39 |
| 2.8 MAPA CONCEITUAL DO CONTEXTO DA PESQUISA..... | 40 |
| 3 MÉTODO DA PESQUISA..... | 43 |
| 3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA..... | 43 |
| 3.2 DEFINIÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO..... | 44 |
| 3.2.1 SUS Pato Branco..... | 45 |
| 3.2.2 População e amostra..... | 48 |
| 3.3 DEFINIÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA A SER APLICADO..... | 50 |
| 3.3.1 Validação do Instrumento de Pesquisa pelo Método de Lawshe..... | 54 |
| 3.3.2 Consulta aos especialistas..... | 55 |
| 3.3.3. Pré-teste..... | 56 |
| 3.4 DEFINIÇÃO DE ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO QSU-SUS..... | 57 |
| 3.4.1 Aplicação do método multicritério AHP..... | 57 |
| 3.4.2 Distribuição dos pesos em cada pergunta..... | 58 |
| 3.4.3 Coleta de dados..... | 59 |
| 3.4.4 Escala de Satisfação..... | 59 |
| 3.5 SÍNTESE METODOLÓGICA..... | 61 |
| 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 62 |
| 4.1 MÉTODO DE LAWSHE..... | 62 |
| 4.2 MÉTODO AHP..... | 64 |
| 4.3 PESOS DAS PERGUNTAS..... | 66 |
| 4.4 RESULTADO DA COLETA DE DADOS..... | 70 |
| 4.5 ESCALA QSU-SUS..... | 79 |
| 5 CONCLUSÃO | 82 |
| REFERÊNCIAS..... | 85 |
| APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)..... | 93 |
| APÊNDICE B- Roteiro de entrevista com respondentes do questionário do Pré-Teste..... | 97 |

| | |
|--|-----|
| APÊNDICE C- Instrumento a ser utilizado na validação do questionário pelos especialistas..... | 99 |
| APÊNCIDE D- Questionário de Satisfação Usuário do SUS: QSU-SUS..... | 104 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

A reforma no setor da saúde no Brasil foi impulsionada pela sociedade. No ano de 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde culminou com a formulação das bases do sistema de saúde brasileiro denominado Sistema Único de Saúde (SUS), de forma que a saúde torna-se um direito do cidadão e um dever do estado, conquistas garantidas pela Constituição Federal de 1988 (PAIM et al., 2011; MOIMAZ et al., 2010). Anterior ao SUS, as ações em saúde estavam vinculadas a classe trabalhadora ou a instituições beneficentes, após a criação do mesmo, todo brasileiro tem acesso a um sistema de saúde de forma universal, equânime e integral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O SUS é regido pelas Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90, que tratam das diretrizes e funcionamento do sistema, bem como sua operacionalização. As Normas de Operação Básica (NOB), Normas de Assistência à Saúde (NOAS), o Pacto pela Saúde e demais portarias e resoluções do Ministério da Saúde completam, direcionam e norteiam a forma de implementar a política de saúde do SUS (COTTA, CAZAL, MARTINS, 2010). O SUS converge com os princípios defendidos pela OPAS/OMS (Organização Pan Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde) no que se refere à ampla participação social, assim princípios de regionalização com redistribuição de poder e criação de espaços de discussão entre diferentes entes fazem parte do universo que rege a saúde no Brasil (MEDEIROS, 2010; MOIMAZ et al, 2010).

Para Carvalho et al. (2012), o SUS desenvolve sua política de regulação baseada em necessidades prioritárias por meio de projetos e programas governamentais com foco em populações vulneráveis e de risco com critérios definidos a partir dos espaços de participação e de controle social. A Portaria MS nº 1.559 da Política Nacional de Regulação no item destinado a Atenção à Saúde faz menção a necessidade da avaliação de desempenho dos serviços, da gestão e de satisfação dos usuários, fato que reforça que as atribuições governamentais possuem o intuito de fortalecer o sistema, promover melhoria das condições de saúde dos indivíduos e da coletividade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Ao se avaliar a saúde deve-se considerar alguns aspectos como: eficiência, eficácia e efetividade no que tange os aspectos estruturais; os processos; os resultados alcançados; a forma de acesso ao sistema e a satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos. Esses itens são considerados fundamentais no planejamento e na gestão do sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Dentre políticas e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde para o avanço de pesquisas com foco na avaliação relacionada ao SUS tem-se a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde – PNCTIS, e o Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS (SILVA, SOUZA, BARRETO, 2014; BRANDÃO, GIOVANELLA, CAMPOS, 2017). Em trabalho desenvolvido por Celino et al. (2013), ao questionar sobre as pesquisas no PPSUS que envolveram o controle e participação social na forma avaliativa, seja da qualidade do atendimento ou sistema, verificou-se que os pesquisadores mencionaram a avaliação do sistema/serviços de saúde como contribuição para a gestão, porém não chegaram a um consenso quanto a maneira que suas pesquisas vão sugerir mudanças para a melhoria do serviço prestado à população.

No âmbito internacional, a avaliação em saúde na antiga União Soviética contemplou a satisfação dos usuários e pode-se observar que foi considerada baixa naqueles países. Isso pode ter se dado pelo fato de haver maior necessidade de comunicação de direitos num local onde a responsabilização pública para as reformas no sistema de saúde ainda é iniciante (FOOTMAN et al., 2013). Em Portugal, a reforma da saúde iniciada em 2015, foi comparada aos moldes do SUS no Brasil, está alicerçada no acúmulo de aprendizado nos cuidados de saúde primários. O estudo de Rocha, Sá (2011), que objetivou o avanço de conhecimentos metodológicos na avaliação em saúde concluiu que em Portugal a gestão encontra dificuldades devido a fatores como indefinições político-institucionais, falta de profissionais e conseqüente baixa oferta de serviços, assim como no pouco envolvimento dos usuários e municípios sobre o conjunto das reformas em curso.

Os princípios organizativos do SUS descrevem a Regionalização e Hierarquização, nos quais articulam-se os serviços de saúde existentes em uma determinada distribuição geográfica, bem como os diferencia em níveis de complexidade de atendimento. Outro princípio é a Descentralização e Comando Único, que tem por objetivo prestar serviços com maior qualidade, uma vez que o

município tem autonomia para exercer e controlar as atividades de saúde de acordo com suas necessidades. Por fim, o princípio da Participação Popular, por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde, garante a formulação de estratégia, controle e avaliação das políticas de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Em relação ao envolvimento do usuário no Brasil, o SUS assegura a participação social constitucionalmente pela Lei 8.142 de 1990, que trata da criação do Conselho Municipal de Saúde e Conferências Municipais de Saúde, locais onde existe a possibilidade de formular, implantar, controlar e avaliar as ações em saúde que devem ser adotadas para a efetivação desse direito frente à sociedade (MOIMAZ et al., 2010). A formulação do Conselho Municipal de Saúde assegura o controle social e torna o usuário parte norteador da estratégia de execução de políticas públicas na área da saúde (COTTA, CAZAL, MARTINS, 2010; PRESOTO, WESTHAL, 2005; CARNUT, ARVAI, 2016). O Conselho Municipal de Saúde é um órgão colegiado, permanente e deliberativo que atua na formulação de estratégias e no controle de execução de ações, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, Lei 8.142 de 1990).

Os serviços em saúde possuem um *servicespace* complexo de linha de frente, no qual são caracterizados como produto-serviço, neste, os clientes analisam a qualidade do serviço tendo em vista tanto o resultado quanto a experiência vivenciada durante a execução do mesmo (JOHNSTON, CLARK, 2002). Ao se avaliar qualidade em saúde, deve-se considerar as necessidades pessoais dos clientes, que podem ter expectativas diferentes das suas necessidades (GIANESI, CORRÊA, 2014). Os clientes, que neste caso são chamados de usuários dos serviços ou *stakeholders*, ou seja, são beneficiados pelo próprio serviço, podem não ter conhecimento prévio do serviço (JOHNSTON, CLARK, 2002). Isto dificulta o gerenciamento da qualidade, especialmente no âmbito do SUS, contudo gerenciar a qualidade significa assegurar que o entendimento das expectativas do usuário pode contribuir com a melhora de todo o processo de entrega do serviço (SLACK et al., 2008).

Devido a importância da participação popular na avaliação dos serviços de saúde no SUS, optou-se por realizar um estudo na cidade de Pato Branco – PR, a escolha foi motivada pela necessidade de acompanhamento por parte da gestão da satisfação do usuário do SUS, bem como pela conveniência já que a mesma possui um Conselho Municipal de Saúde instituído pela Lei Municipal Nº 2.862 de 2007 que

define em seu artigo 4º “É competência do Conselho Municipal de Saúde de Pato Branco” no inciso V- Acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de Saúde prestados à população pelos órgãos e entidades públicas e privados integrantes do SUS no município; no inciso VI – Definir critérios de qualidade para o funcionamento dos serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS; no inciso XV - Estimular a participação comunitária no controle social da administração do SUS; e no inciso XVII - Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisa sobre assuntos e temas na área de saúde pertinentes ao desenvolvimento do SUS (PATO BRANCO, 2007).

A Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco tem por missão e visão:

“Fortalecer a política municipal de saúde na atenção primária por meio de ações vinculadas às necessidades locais e regionais. Privilegiando a prevenção e humanização do atendimento, garantindo saúde e qualidade de vida para a população. Ser um modelo de gestão em saúde pública para o Estado do Paraná, articulado com as diversas áreas governamentais, não-governamentais e sociedade civil, garantindo saúde e qualidade de vida a todo cidadão pato-branquense” (MUNICÍPIO DE PATO BRANCO, 2019).

De forma que, optou-se por realizar o estudo da satisfação com os serviços de saúde do usuário no SUS como forma de reportar dados à gestão municipal e contribuir para o aperfeiçoamento das práticas em saúde no município de Pato Branco.

1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

Alguns dispositivos normativos e políticos reforçam a ideia de regulação e avaliação da qualidade no âmbito do SUS, com influência na delimitação da fronteira de autonomia decisória local, dentre eles pode-se citar: a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB); a Política Nacional de Regulação do SUS; e as Diretrizes para organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS (SILVA, SOUZA, BARRETO, 2014). Porém, para Righi et al. (2010), ainda há necessidade de iniciativas que abordem a avaliação da satisfação do usuário, visto que a maioria desses dispositivos são voltados para os profissionais e gerentes, ou contemplam a visão do usuário sobre o sistema de saúde de uma maneira parcial.

A avaliação de políticas, programas e serviços de saúde no Brasil tem assumido um importante crescimento em decorrência de vários fatores. Entre eles, as normativas regulamentadoras, onde se preconiza a descentralização e por consequência maior necessidade de gerenciamento; maior exigência de controle de gastos e até mesmo a diversidade de perfil epidemiológico no país (CARVALHO et al., 2012). O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) vem ao encontro dessas necessidades ao desenvolver um instrumento de autoavaliação (AMAQ) que contempla os diferentes pontos de vista dos envolvidos nos serviços de saúde, ele também estimula a efetiva mudança do modelo de atenção e o fortalecimento da orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários, porém o instrumento considera as ações tomadas em função deste e não questiona diretamente o usuário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Pela necessidade de avaliação em saúde, gerou-se um campo propício para pesquisas de avaliação a partir das percepções dos usuários, que geralmente passam a ser feitas por meio da coleta direta de informações junto aos respondentes, disso surgem indagações sobre em que momento do atendimento o usuário deve ser abordado, que tipo de pergunta e qual escala utilizar, e o que exatamente avaliar (VAITSMAN, ANDRADE, 2005). Em seu trabalho HOLLANDA et al. (2012), definiram o conceito de responsividade delimitando possíveis variáveis a serem investigadas, considera estrutura, organização e aspectos éticos na atenção à saúde do usuário do sistema de saúde.

A avaliação da satisfação dos utentes foi o foco do trabalho de Pedro, Ferreira, Mendes (2010) e permitiu obter indicadores que contribuíram na implementação de estratégias de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, apoiados na expressão da opinião de quem recebe esses cuidados.

No campo da avaliação em saúde existe uma série de fatores que devem ser considerados, de forma que tornam multidimensionais os aspectos relevantes, a satisfação dos usuários é um deles, e pode contribuir para maior participação popular (BRANDÃO, GIOVANELLA, CAMPOS, 2017; ESPERIDIÃO, TRAD, 2006). Para Moimaz et al. (2010), a percepção do usuário sobre as ações desenvolvidas em saúde direciona e dá a dimensão da qualidade no serviço, aponta para decisões estratégicas

e operacionais que podem influenciar no nível de qualidade dos serviços prestados pela organização.

A avaliação da satisfação do usuário no âmbito do SUS é, portanto, um assunto pertinente e que compõe um dos aspectos relacionados à qualidade da atenção em saúde que pode ser mais bem explorada (RIGHI et al., 2010; DONABEDIAN, 1990).

Referente a modelos de avaliação em saúde, pode-se verificar a existência de diversos trabalhos de cunho qualitativo ou que utilizaram questionários construídos pelos próprios autores (FONSECA et al. 2012; MARTINS, 2009; RIBEIRO et al., 2014; COTTA, CAZAL, MARTINS, 2010; BENAZZI, FIGUEIREDO, BASSANI, 2010; COMES et al. 2016; SILVA, SANTOS, BONILHA, 2014; MENDONÇA, GUERRA, 2007), contemplando avaliações de indicadores em saúde (CASTANHEIRA et al., 2011), avaliações internas dos programas de saúde pelos profissionais (LINS et al., 2014) e baseado nas teorias econômicas (GARCES, SILVEIRA, 2002).

Nas operações de serviços, a opinião e expectativas dos clientes fornecem *input* para o gerenciamento da qualidade, é preciso entender o que ele espera da operação (JOHNSTON, CLARK, 2002). Na área da saúde, isso também é uma necessidade, desta forma, um instrumento que avalie a satisfação do usuário, por meio de questionamento direto ao respondente, pode contribuir para que se preencha uma lacuna teórica verificada pela revisão de literatura pertinente ao assunto na área da saúde.

Diante do exposto, o presente estudo busca responder à seguinte questão de pesquisa: **Como avaliar a satisfação com os serviços de saúde do usuário do SUS no município de Pato Branco-PR?**

1.3 OBJETIVOS

Este item aborda o objetivo geral e os objetivos específicos almejados com este estudo.

1.3.1 Objetivo Geral

Propor um modelo de avaliação da satisfação do usuário do SUS com os serviços de saúde por meio de um instrumento elaborado a partir do contexto da saúde pública.

1.3.2 Objetivos Específicos

- a) Definir quais aspectos da satisfação em saúde são relevantes para o usuário do SUS;
- b) Analisar a satisfação do usuário com os serviços de saúde como indicador da qualidade na gestão de serviços;
- c) Favorecer a participação social pela análise da satisfação do usuário com os serviços de saúde no SUS;
- d) Contribuir para o gerenciamento dos serviços de saúde no município de Pato Branco-PR.

1.4 JUSTIFICATIVA

No Brasil os órgãos regulamentadores da saúde e as próprias instituições reconhecem a satisfação do paciente como um indicador significativo para a qualidade da saúde (RIGHI et al., 2010). A satisfação do usuário configura um dos objetivos específicos do programa Política Nacional de Avaliação dos Serviços em Saúde-PNASS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Em acompanhamento de políticas públicas voltadas ao idoso, Romero et al. (2018), trazem a satisfação como um dos elementos aplicados a multiplicidade de aspectos voltados à saúde, onde o usuário avalia a qualidade do atendimento que está obtendo do programa. Também para Comes et al. (2016), a satisfação dos usuários é priorizada e relacionada como uma dimensão da qualidade da atenção.

As ações em saúde beneficiam grande parte da população, de forma que avaliar a satisfação do usuário é importante ao avaliar qualidade na área da saúde (MOIMAZ et al., 2010). O usuário satisfeito com o serviço em saúde demonstra que o

objetivo de atendimento foi cumprido (MEDEIROS, 2010). Verificar a qualidade sob a ótica de quem utiliza o serviço é um elemento importante na avaliação dos sistemas em saúde e está relacionada a melhorias e adequações no uso daquele serviço, além de servir como parâmetro para ações e políticas em saúde (MOIMAZ et al., 2010).

Apesar disso, Brandão, Giovanella, Campos (2017), dizem que avaliações em saúde que contemplem a perspectiva do usuário e instrumentos que a tornem mensurável ainda são de pouco uso. Ainda se discute sobre a pertinência de um referencial próprio e consistente para a pesquisa de satisfação no Brasil (ESPERIDIÃO, TRAD, 2006).

No que diz respeito ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção e Sistemas, na área de concentração “Gestão dos Sistemas Produtivos” a pesquisa está associada à linha de pesquisa “Engenharia Organizacional e do Trabalho”, que aborda a gestão das organizações especificamente no que concerne à avaliação de desempenho organizacional (UTFPR, 2019).

Portanto, como justificativa teórica, o presente trabalho contribui para a instrumentalização de uma avaliação voltada a satisfação do usuário do SUS com os serviços de saúde, por meio de um questionário que poderá ser reproduzido às demais estruturas que atendem ao SUS, especificamente no município avaliado, uma vez que a verificação da literatura apresentou lacunas no que se refere à questionários específicos de avaliação da opinião do usuário do SUS. Os resultados dos serviços em saúde necessitam ser avaliados visto que dependem e se interseccionam com a experiência vivida, de modo que o usuário que teve uma boa experiência atinge uma boa satisfação (JOHNSTON, CLARK, 2002).

A justificativa prática da pesquisa sob a ótica dos gerentes de operações do SUS é de que ela vai gerar um formulário de avaliação da satisfação do usuário do SUS, que poderá ser replicado a outros locais de assistência à saúde no âmbito do SUS. Bem como, o trabalho pode contribuir para a adequação do cumprimento das normas e instruções do SUS no que tange ao controle e participação social.

1.5 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

A fundamentação teórica da pesquisa está discutida no capítulo dois e aborda temas referentes à qualidade dos serviços na área da saúde, participação social do usuário, satisfação do usuário, questionários utilizados na pesquisa de satisfação de usuários, validação de questionário e método multicritério na área da saúde; como fechamento deste capítulo é apresentado um mapa conceitual do contexto em que se insere a pesquisa. No terceiro capítulo foi apresentado o método da pesquisa. Seguindo, no capítulo quatro, deu-se a apresentação da análise e discussão dos resultados. Finalizando, no capítulo cinco, foi realizada a conclusão do estudo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo tem como objetivo expor conceitos, teorias e considerações encontradas na literatura científica e normativa que fundamentaram o referencial teórico abordado na pesquisa.

De maneira que se possa verificar o estado da arte no que compete ao assunto abordado, e que se oriente ao leitor a respeito dos questionários encontrados em avaliações na área da saúde que embasaram a construção do questionário proposto.

O processo de busca pelo referencial teórico será descrito nos aspectos metodológicos. Assim, obteve-se um portfólio bibliográfico adequado e influente para embasar a elaboração do trabalho.

2.1 QUALIDADE EM SAÚDE

Entende-se por qualidade de um serviço a conformidade entre as expectativas do cliente e o resultado produzido pela entrega do serviço, de maneira que, se essa relação for consistente e positiva, a qualidade está assegurada (Slack et al., 2008). Para Johnston, Clark (2002), o serviço está atrelado à experiência do cliente, e o foco no cliente é uma característica dos serviços profissionais que buscam qualidade em seus serviços.

Qualidade nos serviços é uma temática bastante discutida, Miguel, Salomi (2004) ao realizar uma revisão dos modelos adotados para avaliação da qualidade trouxeram de maneira bastante sintética e esclarecedora os principais deles, além de direcionar as suas áreas de utilização. De forma que, conforme observado no Quadro 1, os serviços em saúde foram incorporados aos modelos de serviços de uma forma geral, sem preocupação com as especificidades deste tipo de serviço.

Quadro 1 – Resumo dos modelos de qualidade na literatura

| Autor | Modelo | Características principais | Área de aplicação |
|-----------------|--|---|----------------------------|
| Grönroos (1984) | Não apresenta modelo com representação algébrica | Qualidade = f (expectativa desempenho e imagem) | Diversos tipos de serviços |

| | | | |
|--------------------------------|--|---|--|
| Parasuraman et al. (1985,1988) | SERVQUAL $Q_i = D_i - E_i$ | 22 itens distribuídos em cinco dimensões da qualidade | Diversos tipos de serviços |
| Brown e Swartz (1989) | $Q_i = E_i - D_i$ | $Q_i = E_i - D_i$ | Atendimento em consultórios da área médica |
| Bolton e Drew (1991) | Modelo de Avaliação do serviço e valor representado por várias equações algébricas | -Utiliza quatro dimensões desenvolvidas por Parasuraman et al. (1988) - Introduz o conceito do valor na avaliação da qualidade do cliente | Serviços de telefonia |
| Cronin e Taylor (1992) | SERVPERF $Q_i = D_i$ | Utiliza as cinco dimensões gerais desenvolvidas por Parasuraman et al. (1988) | Diversos tipos de serviços |
| Teas (1993) | Modelo do Desempenho Ideal | Utiliza as cinco dimensões gerais desenvolvidas por Parasuraman et al. (1988) | Lojas de varejo e privado. |

Fonte: Adaptado de Miguel e Salomi (2004)

Como pode-se observar no quadro 1, os modelos da qualidade em serviços são pautados na expectativa dos clientes e, conforme Slack et al. (2008), muitas características da qualidade são difíceis de serem medidas pelos seus aspectos ora tangíveis, ora intangíveis. Na área dos serviços em saúde esse fato é bastante relevante já que suas operações se caracterizam pelos serviços profissionais de alto contato, linha de frente ou *front-office*, onde o cliente/usuário recebe o serviço e já correlaciona com o resultado ou efeito produzido pelo serviço (GIANESI, CORRÊA, 2014; JOHNSTON, CLARK, 2002).

A qualidade em saúde foi discutida por Donabedian (1990), considerado um dos principais estudiosos da avaliação em saúde (RIGHI, 2009). O autor define que a qualidade deve considerar os cuidados médicos em termos técnicos, a relação interpessoal médico-paciente e aspectos ligados ao ambiente das instalações ou equipamentos utilizados. Para tanto, ele fundamentou os “7 Pilares da Qualidade”, descritos no Quadro 2 (DONABEDIAN, 1990). Pode-se notar que, a avaliação da qualidade na área saúde é complexa uma vez que as variáveis envolvidas no cuidado não costumam seguir a padrões estabelecidos. O componente relacional entre usuários e profissionais torna a satisfação um item pertencente a qualidade em saúde (RIGHI, 2009).

Quadro 2– “Os Sete Pilares da Qualidade” segundo Donabedian

| Dimensão | Qualidade em saúde |
|-----------------|--|
| Eficácia | Está relacionada aos resultados alcançados por meio dos recursos disponíveis para uma dada situação. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias. |
| Efetividade | Trata-se da melhora real na saúde do paciente, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana em saúde. |
| Eficiência | Relacionada à medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde do paciente é atingida. Ou seja, o melhor tratamento oferecido com o menor custo. |
| Otimização | Associado a relação custo-benefício, melhora do cuidado e da saúde do paciente utilizando o menor recurso possível, em termos de tempo, quantidade de insumos ou equipamentos necessários. |
| Aceitabilidade | Adaptação do paciente aos cuidados, envolve a relação médico-paciente, a forma mais fácil e conveniente de se executar o tratamento em termos de comodidade e custos para o paciente e família. |
| Legitimidade | Reconhecimento da comunidade pelo cuidado prestado ao paciente como o melhor possível. |
| Equidade | Capacidade na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os que necessitam do cuidado de maneira igual. |

Fonte: Adaptado de Donabedian, 1990.

Ainda hoje os pilares da qualidade em saúde são referenciados pelos autores como norteador das avaliações em saúde (CARNUT, NARVAI, 2016; BÜYÜKÖZKAN, G.; ÇIFÇI, G.; GÜLERYÜZ, S. 2011; BONATO, 2011; DUGGIRALA, RAJENDRAN, ANANTHARAMAN, 2008; ESPERIDIÃO, TRAD, 2006).

2.1.1 Avaliação da Qualidade em Saúde

A qualidade pode ser avaliada percebendo-se o que o cliente esperava do serviço e o que ele realmente recebeu (GIANESI, CORREA, 2014). Essa diferença também é chamada de lacuna entre as expectativas e as percepções e por meio dela pode-se avaliar, diagnosticar e melhorar possíveis causas de problemas na qualidade (SLACK et al., 2008).

Gianesi e Corrêa (2014), dizem que alguns serviços não podem ser avaliados com segurança pelos clientes pois eles não podem ter uma imagem real do produto, como no caso dos serviços profissionais no qual se enquadram os serviços em saúde. Além disso, as empresas de serviços profissionais, como as da área da saúde, podem negligenciar a opinião de seus clientes por terem a ideia de que seus técnicos retêm todo o conhecimento necessário para execução do serviço (JHONSTON, CLARK, 2002). No entanto, apesar dos clientes terem essa dificuldade na avaliação, eles conseguem distinguir entre qualidade inaceitável, satisfatória e ideal (GIANESI, CORRÊA, 2014).

A avaliação em saúde exigiu uma transformação do modelo médico de avaliação, no qual se avaliava a qualidade em saúde considerando apenas a adesão do paciente ao tratamento, para análise com foco nas práticas e processos em saúde (CARRAPATO, CASTANHEIRA, PLACIDELI, 2018). Carnut, Narvai (2016), reconhecem que a avaliação é indispensável à função de controle e o modelo avaliativo do desempenho para as condições de saúde é complexo, seja pela natureza dos serviços prestados em saúde, seja pelos direitos sociais envolvidos no SUS.

Esperidião, Trad (2006), reforçam que as avaliações dos serviços em saúde contribuem como medidas úteis para auxiliar tomadas de decisão, na conversão de conceitos em estratégias voltadas ao aperfeiçoamento da saúde. Para tanto, a contratualização de resultados é uma maneira de materializar a responsabilização, de forma que os resultados se tornam possíveis de serem avaliados, o que permite um mecanismo de controle nas políticas públicas (GARCES, SILVEIRA, 2002). O Ministério da Saúde (2004) considera a avaliação imprescindível como uma etapa na execução das ações de saúde com vistas a sua melhor eficiência, eficácia e efetividade. Ainda reforça a satisfação dos cidadãos como um dos itens capazes de

aperfeiçoar o sistema de saúde nos seus diversos ambientes e níveis de atenção à saúde, seja ambulatorial ou hospitalar.

O aspecto qualitativo das pesquisas em saúde foi levado em consideração no trabalho de Arruda, Bosi (2017), que consideraram a importância da satisfação do usuário para melhoria da qualidade dos serviços em saúde ao ressignificar as políticas públicas de saúde com foco no usuário, além de retroalimentar os processos de trabalho em saúde.

O bom desempenho em saúde inclui características relacionadas às técnicas e, também as associadas aos cuidados e respeito ao paciente. A esta denomina-se responsividade, condição em que se consideram aspectos éticos como a confidencialidade e autonomia do paciente, aspectos estruturais em que se observam as condições de instalações e ambiente físico ou organizacional do serviço em saúde (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2019).

2.1.2 Responsividade

O conceito de responsividade busca complementar a mensuração da satisfação do usuário, uma vez que a mesma reflete a sua opinião e está sujeita a subjetividade do julgamento de valor, que é bastante complexo, de maneira que a responsividade avalia o sistema de saúde como um todo (BENAZZI, FIGUEIREDO, BASSANI, 2010; COMES et al., 2016). Para Vaitsman, Andrade (2005), satisfação considera a qualidade do atendimento clínico e dos profissionais enquanto responsividade engloba características não médicas do cuidado. Nesse sentido Righi et al. (2010), dizem que os usuários e profissionais de saúde ocupam lugares diferentes no processo de avaliação, embora ambos contribuam para a execução dos serviços visto que o mesmo não existiria sem a presença tanto de um quanto do outro.

Portanto, o processo de avaliação da qualidade em serviços de saúde deve contemplar tanto quem utiliza os serviços como quem os produz, para isso, a responsividade do sistema deve ser considerada ao se avaliar qualidade em serviços de saúde (VAITSMAN, ANDRADE, 2005). Alinhado ao conceito de responsividade, Righi et al. (2010), dizem que para se medir a satisfação, deve-se incorporar dimensões e aspectos de cuidados técnicos, interpessoal, social e moral.

2.2 PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A valorização da participação do usuário por meio da análise de sua satisfação é um fator que contribui para o uso de indicadores da qualidade do serviço prestado, isso permite maior adequação ao mesmo. Ao dar voz ao usuário as avaliações caminham no sentido do controle social pois monitoraram e controlam os serviços públicos de saúde e valorizam as relações interpessoais (ESPERIDIÃO, TRAD, 2006).

O termo usuário possui uma conotação mais ampla que paciente ou consumidor de serviços em saúde, uma vez que ele incorpora ideia de direito social (ESPERIDIÃO, TRAD, 2006). Neste sentido, a participação social é garantida pelo Conselho Municipal de Saúde cuja composição se dá por representantes do governo municipal, entidades que representam os profissionais das áreas da saúde, instituições de saúde e usuários. A proporção de participação destinada aos usuários é paritária em relação aos demais, sendo que as vagas ocupadas por esses correspondem a 50% das mesmas (BRASIL, 2003). Isso confere ao Conselho Municipal de Saúde o caráter participativo e integrador do usuário junto aos sistemas de controle social do governo e, proporciona transparência de ações ao permitir canais de comunicação com a população (COTTA, CAZAL, MARTINS, 2010).

A proposta de reordenamento do modelo de atenção em saúde, na qual os atores locais estariam iniciando o processo de construção de um novo modelo para a saúde pública, demonstra que o processo de participação social é incipiente e frágil (VERMELHO, FIGUEIREDO, 2017). Apesar da existência de legislação específica para a participação do usuário nos Conselhos de Saúde, muitas vezes esta não é respeitada, como mostra o trabalho de Cotta, Cazal, Martins, (2010) ao afirmarem que a composição do Conselho Municipal de Viçosa (MG) não obedece às recomendações da legislação vigente, pois a maioria dos participantes não representa os usuários. Situação semelhante é encontrada por Moimaz et al. (2010), ao verificarem que nem todos os municípios do estudo conduzido no estado de São Paulo estavam com seus Conselhos Municipais de Saúde em atividade regular.

A busca pela avaliação do SUS tem se mostrado, em muitos aspectos, sob a ótica dos profissionais, como mostra o trabalho de Lins et al. (2014), no qual se utilizou um instrumento de medição para a avaliação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Natal- Rio Grande do Norte, a partir do conhecimento dos profissionais, já que os

mesmos são os implementadores do sistema. De forma que, considera que o conhecimento das crenças dos profissionais pode fornecer informações aos seus gestores e comunidade, pois são eles os agentes que conhecem o funcionamento do sistema e, portanto, tem o poder de mudança nas medidas para o seu aperfeiçoamento.

Em relação ao usuário, a Política Nacional de Humanização do SUS (Brasil, 2003), aponta para a direção de formação de vínculos com esse, por meio do acolhimento. Fato que valoriza o usuário e orienta para a corresponsabilização e resolubilidade na organização do processo do trabalho (CARRAPATO, CASTANHEIRA, PLACIDELI, 2018). Portanto, a avaliação dos serviços de saúde deve direcionar-se em relação à percepção do usuário, e encontra na satisfação do mesmo, uma maneira de se obter dados para o acompanhamento por parte dos profissionais da saúde (BENAZZI, FIGUEIREDO, BASSANI, 2010). Acolhimento e satisfação do usuário também foi tema da pesquisa de Medeiros (2010), no que se refere à resolução de seus problemas e o nível de participação desses no controle social.

A percepção do usuário também é considerada como fator importante no controle social por Esperidião, Trad (2006), ao dizer que a satisfação pode refletir a qualidade pela avaliação de eventos médicos e não médicos. Além disso, a avaliação da satisfação do paciente remete a uma forma de fortalecer a cultura participativa, uma vez que a valorização do relato do paciente outorga-lhe um lugar privilegiado como sujeito de direitos (HOLLANDA et al., 2012).

2.3 SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

A satisfação na área da saúde surgiu como tema de estudo nos Estados Unidos e Inglaterra, em torno da década de 1970, com enfoque para a adesão do paciente ao tratamento e com uma visão voltada ao consumo dos serviços (ESPERIDIÃO, TRAD, 2006). No Brasil, o olhar para a satisfação em saúde inicia na década de 1990, quando o conceito de prestação de contas passa a ser fortalecido e associado com a

participação da comunidade no processo de planejamento e fiscalização (ARRUDA, BOSI, 2017).

A participação dos usuários no processo avaliativo permite que ele integre sua importância e desenvolva a corresponsabilidade pela atuação do SUS, exercendo sua cidadania na efetivação do princípio da integralidade (BENAZZI, FIGUEIREDO, BASSANI, 2010; LINS et al., 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Para tanto, a existência de canais de participação é necessária e os questionários de avaliação de satisfação contribuem para isso pois vão ao encontro das relações de poder entre os atores do setor saúde. Ainda, consolidam o gerenciamento baseado na performatividade onde se cria uma cultura de regulamentação para comparações de desempenho (PRESOTO, WESTHAL, 2005). Concordando com esta ideia Benazzi, Figueiredo, Bassani (2010) dizem que, o registro da satisfação torna-se um indicador que contribui para melhora do desempenho do sistema de saúde e dos profissionais nele inseridos.

Órgãos regulamentadores e instituições de saúde reconhecem a satisfação do paciente como um indicador significativo para a qualidade da saúde. Logo, para se medir a satisfação deve-se incorporar dimensões de aspectos de cuidados técnicos, interpessoal, social e moral (RIGHI, 2009).

A satisfação do usuário é parte integrante das diretrizes para a construção do SUS e direcionam as ações estratégicas para seu funcionamento. No documento do Plano Estadual da Saúde da Bahia 2008-2011, considerado um dos marcos normativos do SUS-Bahia, busca-se consolidar o conjunto das políticas públicas da área de saúde e está ancorado nas diversas políticas e programas de desenvolvimento da saúde pública no país (JESUS, TEIXEIRA, 2010).

Na composição da relação profissional de saúde-paciente, Donabedian (1990) define a satisfação como uma medida necessária que surge desta interação. Atribui a satisfação como um dos itens associados à qualidade. No ano de 2006, o Ministério da Saúde também considerou a satisfação e a percepção do usuário como um dos componentes da avaliação do sistema em sua Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS, a avaliação foi baseada nos diferentes níveis de atendimento e proporcionou o usuário a oportunidade de opinar sobre as políticas de saúde e sobre o atendimento recebido (BRASIL, 2006).

Ainda em relação à satisfação dos usuários, é importante ressaltar que as teorias a respeito da mesma provêm de abordagens da psicologia social e do *marketing* (ESPERIDIÃO, TRAD, 2006). Transpondo as mesmas para área da saúde, aspectos como crenças, expectativas e percepções são considerados, conforme Quadro 3.

Quadro 3 – Teorias da satisfação do usuário em serviços de saúde

| Classificação | Principais elementos |
|--|---|
| Teoria da atitude | Satisfação é uma avaliação positiva ou negativa feita pelo indivíduo sobre um determinado aspecto do serviço. |
| Teoria da discrepância | Satisfação é a diferença entre as expectativas e a percepção da experiência. |
| Teoria da realização (de expectativas e de necessidades) | A satisfação se dá pela diferença entre o que é desejado, ou esperado, e o que é obtido. |
| Teoria da equidade. | Satisfação é definida em termos de “ganhos” e “perdas” individuais e na comparação com outros usuários. |

Fonte: Adaptado Esperidião e Trad (2006)

Conforme Esperidião, Trad (2006), a teoria da discrepância é utilizada na maioria das pesquisas de satisfação, assim como a teoria da realização. A teoria da atitude foi considerada para o presente trabalho, pois considera as opiniões positivas ou negativas sobre os aspectos do serviço de saúde. Esses aspectos foram considerados ao se formular os constructos que compõem o questionário formulado para instrumentalizar a avaliação, bem como, foram observados nos questionários a seguir apresentados e que respaldaram essa pesquisa.

2.4 QUESTIONÁRIOS UTILIZADOS NA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO EM SAÚDE

O IAQH (Instrumentos de Avaliação da Qualidade Hospitalar) desenvolvido pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, adaptado para o português e validado no Brasil, avalia tendências da qualidade da organização, percebida pelos doentes. É composto por módulos de aplicação conforme a área hospitalar em que é aplicado. O IAQH tem como objetivo medir vários aspectos da Satisfação do Cliente, durante o período de experiência do doente no hospital. As questões envolvem o processo de admissão, cuidados, informação,

serviços médicos, serviços de enfermagem, serviços administrativos, entre outros (CASTRO, 2016).

Outro instrumento existente é o HCAHPS (*Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems*) formulado pelo *Centers for Medicare and Medicaid Services* e aplicado em todos os hospitais dos Estados Unidos da América, também possui sua versão em português. A vantagem deste questionário é a produção de dados comparativos e tem por objetivo incentivar os hospitais a melhorar a qualidade dos cuidados prestados (CASTRO, 2016).

O instrumento *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care* (EUROPEP) é um questionário de avaliação da satisfação do usuário que foi adaptado ao uso no Brasil para avaliar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Atenção Primária à Saúde (APS). É composto por cinco dimensões de satisfação: relação e comunicação, cuidados médicos, informação e apoio, continuidade e cooperação, e organização dos serviços. O instrumento mostrou ser de fácil aplicação, podendo ser utilizado rotineiramente para monitoramento da ESF em relação à prática, desempenho e organização dos cuidados dos profissionais médicos, sendo importante ferramenta para a institucionalização da avaliação (BRANDÃO, GIOVANELLA, CAMPOS, 2017).

O Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB), de abordagem qualitativa, como foco à organização das práticas no cotidiano dos serviços em relação aos aspectos técnicos e éticos. Foi desenvolvido para ser respondido pelos profissionais de saúde e fornece uma avaliação válida, simples e com a possibilidade de retorno imediato para gerentes e profissionais. Mostrou factibilidade, aceitabilidade, bom poder de discriminação e utilidade para auxiliar a gestão da rede de atenção básica do SUS em São Paulo. Outra potencialidade do QualiAB é sua validade para todas as Unidades Básicas de Saúde no Brasil, ou seja, sua replicabilidade, característica fundamental para os modelos cientificamente fundados (CASTANHEIRA. et al., 2011).

Na Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMAQ), o foco da atenção básica no usuário, induzindo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde. Nele a satisfação dos usuários ocupa uma subdimensão da qualidade e corresponde a um

questionário com questões fechadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). A AMQ surge com a finalidade de estreitar a relação entre os campos da avaliação e da qualidade no âmbito da mesma, possibilitando aos atores diretamente envolvidos nos municípios a apropriação dos princípios, métodos e ferramentas para a construção da qualidade (BRASIL, 2005).

O instrumento SERVQUAL, modelo já consolidado e utilizado em diferentes setores de atividade para mensuração da qualidade em serviços foi utilizado na pesquisa de Righi et al., (2010) para avaliação da qualidade de serviços em saúde na Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul. Contempla as cinco dimensões da qualidade: tangibilidade, confiabilidade, responsividade, segurança e empatia. A mensuração deu-se através de um Escala Likert de cinco pontos, que varia de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente).

A Escala de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR) foi elaborada originalmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e validada para o uso no Brasil como um instrumento de avaliação para serviços de saúde mental que inclui a satisfação tanto de pacientes quanto de profissionais. Ela contém alternativas de resposta dispostas em uma escala Likert de 5 pontos, na qual o valor 1 indica o menor grau de satisfação e o valor 5 indica o maior grau de satisfação com o serviço (BANDEIRA, SILVA, 2012).

Na pesquisa realizada por Silva, Santos, Bonilha (2014) a avaliação, por parte dos usuários, foi um método adotado e que expressou a opinião de quem usufrui dos serviços ou das ações em saúde no aspecto do tratamento fisioterápico. Similar a esse estudo, Mendonça, Guerra (2007), também tornou disponível um instrumento de medida da satisfação do paciente com a assistência fisioterapêutica. Em ambos, os itens indagados consideraram capacidades técnicas, organizacionais estruturais, convergindo para os conceitos de satisfação e responsividade (VAITSMAN, ANDRADE, 2005).

Pode-se observar, nos instrumentos acima citados, que os aspectos relevantes para satisfação com os serviços de saúde contemplam uma multiplicidade de fatores. Para formulação do questionário proposto nesse trabalho, considerou-se os que mais se alinhavam as teorias propostas, bem como, os itens que melhor representavam a realidade local.

2.5 VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA

Uma das maneiras de se medir a validade de conteúdo de um questionário é por meio da aplicação do Método de Lawshe, que tem sido bastante utilizado em diversas áreas, com decisões multicritérios, incluindo a área da medicina e saúde (AYRE, SCALLY, 2014; CAETANO et al., 2017; SILVA et al., 2018; MATOS, 2017; WILSON, PAN, SCHUMSKY, 2012).

Lawshe idealizou o método em 1975, ele estabeleceu e quantificou a validade de conteúdo de um instrumento por meio de um painel de especialistas no assunto a ser avaliado (LAWSHE, 1975). Para tanto, o método utiliza-se de considerações sobre cada item proposto e os analisa de forma individual em três categorias ditas como: “essencial”; “útil, mas não essencial” e “não importante” (AYRE, SCALLY, 2014; SILVA et al., 2018; CHORAGWICKA, MOSCOSO, 2007). Lawshe propôs que existe um CVR (índice de validade de conteúdo) no qual um número mínimo de especialistas deve considerar o item como essencial para que seja mantido no instrumento final (CHORAGWICKA, MOSCOSO, 2007; LAWSHE, 1975). Os itens analisados mostram a importância das preferências dos especialistas e os pesos dos critérios podem assumir igual valor independente de ordem (SILVA et al., 2018). Para Caetano et al. (2017), um mínimo de 50% dos especialistas teria que classificar o item como essencial para o mesmo ser validado.

O Método de Lawshe é considerado robusto por Wilson, Pan, Schumsky (2012) por ser um procedimento matemático simples que consegue tornar consensual a opinião subjetiva de cada avaliador.

2.6 MÉTODO MULTICRITÉRIO APLICADO NA ÁREA DA SAÚDE

No setor de serviços, muitas vezes, vários são os objetivos a serem alcançados e muitos decisores podem estar envolvidos no processo de decisão (KHAN et al., 2012). De forma que, os avaliadores podem divergir em alguns pontos da avaliação, mas a decisão final pode ser apoiada pelo Método de Apoio Decisão (AMD) para tornar objetivo o resultado de todas as opiniões (GOMES E GOMES, 2019). Os métodos de Decisão por Multicritérios podem auxiliar o decisor na tomada de decisões

complexas por meio de análise de preferência entre alternativas e pesos dados a elas (TZENG; HUANG, 2011).

Nos serviços em saúde o mercado competitivo tem direcionado as empresas, tanto do setor privado como do público, a uma preocupação em perceber as condições que asseguram e mantêm a qualidade do serviço de cuidados de saúde (SHIRAZI, KIA, GHASEMI, 2020).

Na área da saúde, uma abordagem pela Análise de Decisão Multicritérios MCDA, embora iniciante, contribui para respaldar a justificativa de algumas decisões tomadas por órgãos públicos (Thokala, Duenas, 2012). No contexto brasileiro, Souza, Santos, Cintra (2018) realizaram uma revisão dos critérios utilizados nas decisões MCDA nos setores público ou privado para a incorporação de novas tecnologias em saúde.

Após realizar um levantamento da literatura, foram encontrados os seguintes artigos e métodos aplicados ao contexto de serviços em saúde, conforme Quadro 4.

Quadro 4- Métodos multicritério aplicados ao contexto de serviços em saúde

| Autores/ano | Título artigo | Método Multicritério utilizado |
|--|---|---------------------------------------|
| BÜYÜKÖZKAN, G.; ÇIFÇI, G.; GÜLERYÜZ, S. (2011) | Strategic analysis of healthcare service quality using fuzzy AHP methodology. | Fuzzy AHP |
| BÜYÜKÖZKAN, G.; ÇIFÇI, G.; (2012) | A combined fuzzy AHP and fuzzy TOPSIS based strategic analysis of electronic service quality in healthcare industry | Fuzzy AHP e TOPSIS |
| KHAN, A.M.R.; PRASAD, P.N.; RAJAMANO HARANE, S. (2012) | Service quality performance measurement management in corporate hospitals using analytical hierarchy process. | AHP |
| ULKHAQ, M.M. et al. (2018) | Evaluating Hospital Service Quality: A Combination of the AHP and TOPSIS. | AHP e TOPSIS. |
| SHIRAZI, H.; KIA, R.; GHASEMI, P. (2020) | Ranking of hospitals in the case of COVID-19 outbreak: A new integrated approach using patient satisfaction criteria. | Fuzzy AHP e PROMETHEE |

Fonte: Elaboração própria autora (2020)

Conforme apresentado nos artigos do Quadro 4 e visando atingir o objetivo de analisar a satisfação do usuário com os serviços de saúde como indicador da qualidade na gestão de serviços, optou-se pela utilização do AHP para peso dos critérios, por ser um dos métodos mais utilizados no contexto de serviços de saúde.

2.6.1 Método AHP

O Método *Analytic Hierarchy Process* (AHP) aplica-se a problemas complexos por meio da abordagem multicritério, permite ser usado quando o decisor se depara com problemas qualitativos e quantitativos ao criar uma hierarquia estruturada de problemas, e que podem ser comparados entre si até chegar a uma priorização das alternativas (WOLFF, 2008).

Para Gomes e Gomes (2019), a composição dos pesos no método AHP é dada após a comparação par a par dos critérios elencados. As comparações são feitas por meio de questionamento ao decisor, ou grupo de decisores, da seguinte forma “qual destes critérios é o mais importante? Quanto este critério é mais importante que o outro?” (GOMES E GOMES, 2019, p.97).

Cada decisor apresenta sua preferência e o método AHP permite transformar essa preferência num modelo matemático por meio de uma escala de razão (PARREIRAS, 2006). Os critérios são analisados aos pares e a resposta ao questionamento comparativo é dada pelo valor numérico da Escala Fundamental do Método AHP conforme Quadro 5, realiza-se então a média geométrica entre as respostas dos decisores (VAIDYA, KUMAR, 2006).

Quadro 5- Escala de importâncias relativas

| Intensidade | Definição |
|--------------------|---|
| 1 | As duas alternativas têm a mesma importância |
| 3 | A experiência e o julgamento do decisor favorece ligeiramente a uma alternativa |
| 5 | A experiência e o julgamento do decisor favorece fortemente a uma alternativa |
| 7 | A experiência e o julgamento do decisor é muito fortemente favorecida em relação a uma alternativa e isso pode ser demonstrado na prática |
| 9 | A experiência e o julgamento do decisor é extremamente favorecida a uma alternativa |
| 2,4,6,8 | Valores usados para quantificar julgamentos intermediários |

Fonte: Adaptado de Parreiras, 2006

De acordo com Saaty (2003), o julgamento é considerado consistente quando o índice de consistência for inferior ou igual a 0,10, caso contrário, a matriz é considerada inconsistente, e o julgamento deve ser refeito. Após calcular as prioridades e verificar a consistência de cada julgamento, encontra-se a contribuição relativa de cada elemento, ou seja, os pesos para cada critério (RIBEIRO E ALVES, 2016).

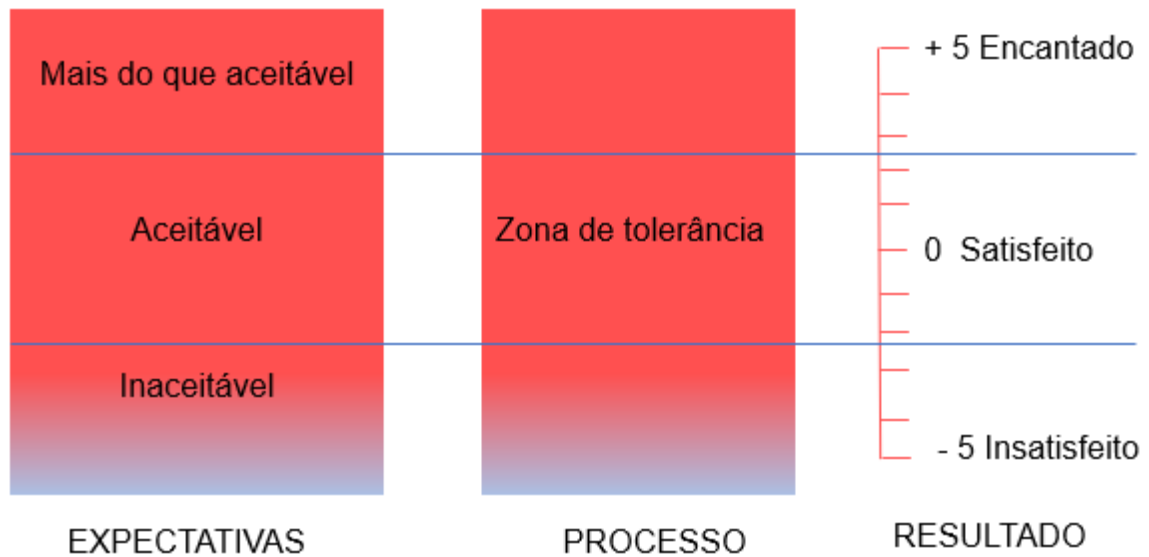
2.7 ESCALA DE SATISFAÇÃO

Os serviços em saúde entregam seus produtos durante o processo de utilização e os efeitos desta entrega devem ser analisados para que se possa entender o que satisfaz ou encanta os clientes (JHONSTON, CLARK, 2002). Disto advêm a importância de conhecer suas expectativas para poder atendê-las em todos os ciclos do serviço, ou seja, desde o início do processo até o final (GIANESI, CORRÊA, 2014).

A satisfação constitui uma das medidas da qualidade que pode ser mensurada em uma escala de atributos ou variáveis, em serviços de saúde o *spectrum* dos critérios é mais complexo devido ao contato mais intenso entre os usuários e o sistema de operações (JHONSTON, CLARK, 2002; GIANESI, CORRÊA, 2014; SLACK et al., 2008).

Jhonston, Clark (2002), chamam de “*continuum* de satisfação” uma escala, onde a percepção, experiência e os resultados atendem a expectativa do cliente, que deve ficar satisfeito ou minimamente satisfeito. Para tanto, os autores tratam do gerenciamento das percepções pela abordagem das expectativas dentro de uma faixa com o que é inaceitável, aceitável e mais do que aceitável, conforme Figura 1. Os autores citam ainda que, os clientes podem aceitar variação dentro de uma faixa de tolerância sem que o desempenho tenha efeito real sobre a qualidade percebida, contudo se a percepção estiver acima da zona de tolerância o resultado será altamente satisfatório e produzirá efeito de encantamento.

Figura 1- Escala de Satisfação



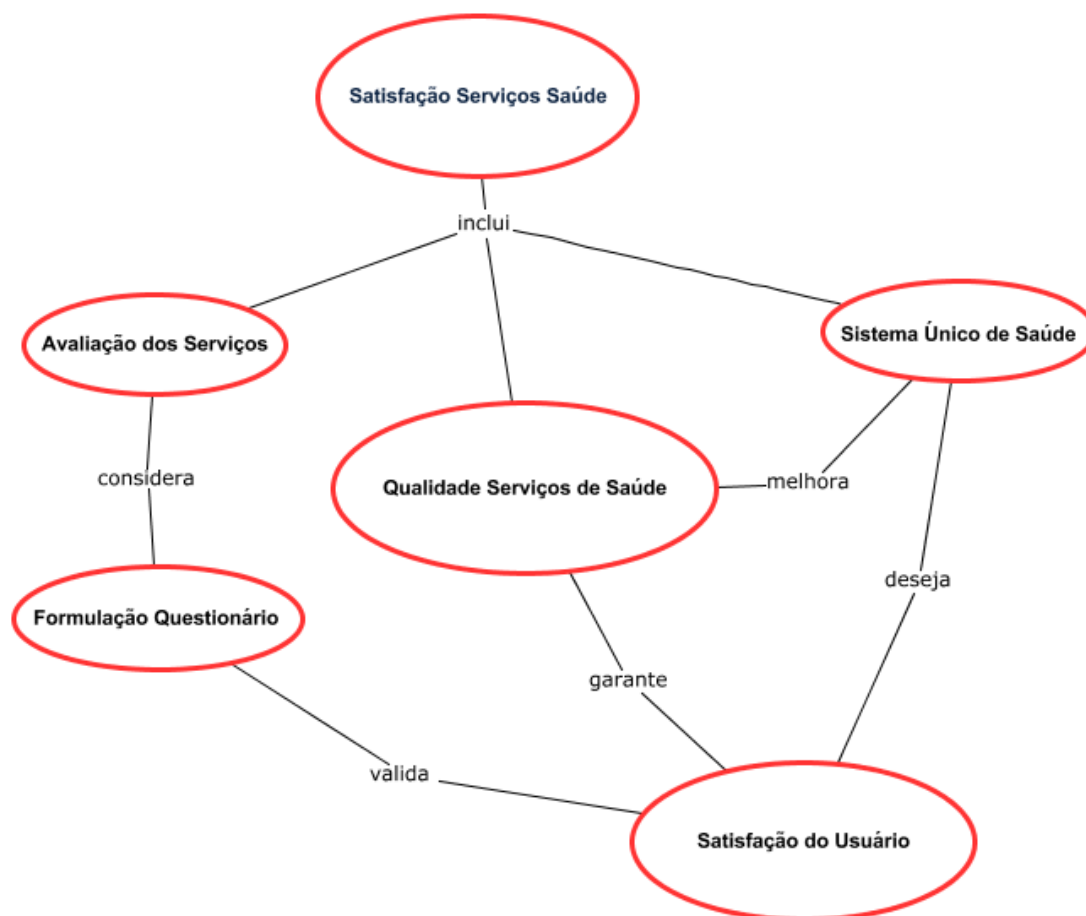
Fonte: Adaptado de Johnston e Clark, 2002.

Os clientes dos serviços têm suas expectativas baseadas em imagens reais dos produtos ou, em alguns casos, em aspectos intangíveis para avaliar a qualidade de um serviço durante o próprio processo de execução, o resultado final se dá por meio de um julgamento da qualidade inaceitável, satisfatória ou ideal (GIANESI, CORRÊA, 2014).

2.8 MAPA CONCEITUAL DO CONTEXTO DA PESQUISA

Considerando os conceitos anteriormente estudados, foi elaborado um mapa conceitual do contexto da pesquisa que norteará as etapas do método de pesquisa. O mapa conceitual está apresentado na Figura 2.

Figura 2- Contexto da pesquisa



Fonte: Elaboração própria autora (2019)

Como pode ser observado na Figura 2, o contexto da pesquisa é baseado na qualidade dos serviços em saúde, formulação de um questionário de avaliação da satisfação dos usuários do SUS, como pode ser detalhado nas variáveis a seguir:

- Sistema Único de Saúde: é o sistema de saúde no qual todo cidadão brasileiro está inserido de forma universal, equânime e integral (PAIM,2011; MOIMAZ et al., 2010). Regulamentado e direcionado segundo diretrizes que contemplam a participação e controle social (CARVALHO et al., 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

- Qualidade Serviços Saúde: ao se tratar de serviços da saúde, os aspectos da complexa interação entre eventos médicos e não médicos devem ser considerados. A responsividade surge como conceito no qual esses aspectos são englobados (RIGHI, 2009; HOLLANDA et al., 2012; VAITSMAN, ANDRADE, 2005; DONABEDIAN, 1990; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2019).

- Avaliação da satisfação: sobre os diversos aspectos da qualidade, a satisfação é um item que considera as expectativas do usuário, promove a participação e aprimora o sistema (PEDRO, FERREIRA, 2010; MENDES; BRANDÃO, GIOVANELLA, CAMPOS, 2017; ESPERIDIÃO, TRAD, 2006; RIGHI et al., 2010; MOIMAZ et al., 2010).
- Formulação de questionário: o questionário possui a finalidade de aprofundar o conhecimento de uma população a respeito de um assunto de interesse específico (Cauchick, 2012). Para chegar ao instrumento de avaliação da satisfação do usuário no presente trabalho, buscou-se por referências de instrumentos já utilizados na avaliação de satisfação em saúde (CASTRO, 2016; BRANDÃO, GIOVANELLA, CAMPOS, 2017; CASTANHEIRA al., 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016; RIGHI et al., 2010; BANDEIRA, SILVA, 2012; VAITSMAN, ANDRADE, 2005; SILVA, SANTOS, BONILHA, 2014 ; MENDONÇA, GUERRA, 2007).
- Satisfação do usuário: a participação social faz parte das prerrogativas que envolvem o SUS, nela se insere a satisfação do usuário como parte que integra o controle social frente a melhorias e adequações no sistema (RIGHI, 2009; JESUS, TEIXEIRA, 2010; ESPERIDIÃO, TRAD, 2006; DONABEDIAN, 1990).

3 MÉTODO DE PESQUISA

O referencial teórico foi construído, com adaptações pois se ateuve na primeira fase do processo de busca, a partir do processo de revisão sistemática de literatura proposta por Ensslin et al. (2010), pelo método *Knowledge Development Process–Constructivist* (Proknow-C), e também por meio da pesquisa das leis e normativas que regulamentam o SUS nos canais digitais oficiais do governo brasileiro.

Os eixos de pesquisa definidos foram: Sistema Público de Saúde, Qualidade em Saúde, Validação de Conteúdo e Método Multicritério de apoio à decisão, utilizou-se as expressões booleanas *AND* e *OR* entre as palavras-chave. A busca foi feita em títulos, palavras-chave e resumos sem delimitação de período, os artigos foram organizados por meio do gerenciador *Mendeley*. As bases de dados para buscas foram *Scopus*, *Web of Science*, *Science Direct* por serem as bases mais adequadas nas áreas das engenharias, e a base *EBSCO Health* por ser uma base voltada a área na saúde . O Quadro 6 demonstra essas informações.

Quadro 6 - Eixos de Pesquisa

| EIXO DE PESQUISA | PALAVRAS-CHAVE |
|---|---|
| Sistema Público de Saúde | " <i>publican national health system</i> " " <i>unified health system</i> " " <i>health polic* public*</i> " |
| Qualidade em Saúde | " <i>service quality</i> " " <i>health quality</i> " " <i>health services</i> " " <i>health satisfaction</i> " |
| Validação de Conteúdo | " <i>lawshe</i> " " <i>content validity</i> " " <i>content validity ratio</i> " |
| Método Multicritério de apoio à decisão | " <i>multicriteria</i> " " <i>MCDM</i> " " <i>evaluat*</i> " |

Fonte: Elaboração própria autora (2019)

3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa social utiliza a metodologia científica no campo da realidade social, envolve aspectos relativos ao homem na sua interação com outros homens ou instituições sociais e, segundo Gil (2008, p. 26), "aplica-se às investigações realizadas no âmbito das mais diversas ciências sociais".

Quanto ao nível de pesquisa, define-se como descritiva ou de levantamento, pois se pretende incidir sobre a característica de um grupo e se propõem verificar o nível de atendimento de um órgão público (HUBNER, 2001; GIL, 2008).

Relacionado à natureza da pesquisa, classifica-se como quantitativa de corte transversal, uma vez que as variáveis a serem mensuradas partem de estudos bibliográficos de quesitos já existentes (CAUCHICK, SOUSA, 2012).

Ademais, a abordagem metodológica enquadra-se como pesquisa de avaliação ou *survey*, muito utilizada na gestão de operações. Ela consiste em um questionamento direto das pessoas por meio de um instrumento de coleta de dados, que deve ser calibrado pela testagem antes da efetiva coleta, no qual o pesquisador encontra as variáveis por meio de referências anteriormente descritas (GIL, 2008; CAUCHICK, SOUSA, 2012).

3.2 DEFINIÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

A população estimada de Pato Branco no ano de 2020 é de 83.843 pessoas, segundo dados públicos fornecido pelo IBGE. O município de Pato Branco pertence a 7ª Regional de Saúde, conforme figura 3, contando com atendimentos do SUS em 15 Unidades Básica de Saúde (UBS), 2 Hospitais e 1 Pronto Atendimento.

Figura 3- Regional de Saúde a qual pertence Pato Branco



Fonte: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2759>

3.2.1 SUS Pato Branco

Para definir o *locus* de pesquisa, foram descritas as Unidades Básica de Saúde (UBS), Hospitais e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com seus respectivos números de atendimentos mensais (tomou-se como mês de referência março de 2019), bem como os resultados de avaliação de desempenho realizados pelo Programa Nacional de Melhoria no Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, identificando quais os locais que prestam atendimento ao SUS no município de Pato Branco-PR.

Para participar do estudo, além dos dois Hospitais que prestam serviços ao SUS e a UPA, foi escolhida a UBS Morumbi como representante das UBS por apresentar em seu funcionamento a equipe de saúde completa, conforme dados passados pela Secretaria Municipal de Saúde, bem como ter desempenho muito acima da média no PMAQ-AB. Além do mais, a aplicação do questionário em todas as 15 UBS tornaria o processo de coletas de dados impraticável no tempo de execução da pesquisa.

Quadro 7- Locais de Pato Branco com atendimento à saúde pelo SUS

| Estrutura | Tipo | Número de atendimentos mensal | Desempenho no PMAQ-AB |
|--------------------------|-------------|--------------------------------------|--|
| UNIDADE DE SAÚDE MORUMBI | UBS | 588 | Situação em relação a estrutura física e ambiência Desempenho muito acima da média |
| | | | Situação em relação a adaptações para deficientes e idosos Desempenho muito acima da média |
| | | | Situação em relação aos equipamentos Desempenho muito acima da média |
| | | | Situação em relação aos Medicamentos Desempenho muito acima da média |
| UAPSF PINHEIRINHO | UBS | 1624 | Situação em relação a estrutura física e ambiência Desempenho muito acima da média |
| | | | Situação em relação a adaptações para deficientes e idosos Desempenho muito acima da média |
| | | | Situação em relação aos equipamentos Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média |
| | | | Situação em relação aos Medicamentos Desempenho muito acima da média |

| | | | |
|---------------------------------------|-----|------|---|
| UNIDADE DE SAUDE ALVORADA | UBS | 724 | Situação em relação a estrutura física e ambiência Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média |
| | | | Situação em relação a adaptações para deficientes e idosos Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média |
| | | | Situação em relação aos equipamentos Desempenho acima da média |
| | | | Situação em relação aos Medicamentos Desempenho muito acima da média |
| UNIDADE DE SAUDE SAO JOAO | UBS | 574 | Situação em relação a estrutura física e ambiência Desempenho muito acima da média |
| | | | Situação em relação a adaptações para deficientes e idosos Desempenho muito acima da média |
| | | | Situação em relação aos equipamentos Desempenho muito acima da média |
| | | | Situação em relação aos Medicamentos Desempenho muito acima da média |
| CAIC NIS II NUCLEO INTEGRADO DE SAUDE | UBS | 1644 | Situação em relação a estrutura física e ambiência Desempenho muito acima da média |
| | | | Situação em relação a adaptações para deficientes e idosos Desempenho muito acima da média |
| | | | Situação em relação aos equipamentos Desempenho acima da média |
| | | | Situação em relação aos Medicamentos Desempenho muito acima da média |
| UNIDADE DE SAUDE SAO ROQUE DO CHOPIM | UBS | 196 | Situação em relação a estrutura física e ambiência Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média |
| | | | Situação em relação a adaptações para deficientes e idosos Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média |
| | | | Situação em relação aos equipamentos Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média |
| | | | Situação em relação aos Medicamentos Desempenho muito acima da média |
| UNIDADE DE SAUDE PASSO DA ILHA | USB | 158 | Situação em relação a estrutura física e ambiência Desempenho acima da média |
| | | | Situação em relação a adaptações para deficientes e idosos Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média |
| | | | Situação em relação aos equipamentos Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média |
| | | | Situação em relação aos Medicamentos Desempenho acima da média |
| | UBS | 1682 | Situação em relação a estrutura física e ambiência Desempenho muito acima da média |

| | | | |
|-----------------------------------|-----|------|---|
| NIS III NUCLEO INTEGRADO DE SAUDE | | | Situação em relação a adaptações para deficientes e idosos Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média |
| | | | Situação em relação aos equipamentos Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média |
| | | | Situação em relação aos Medicamentos Desempenho muito acima da média |
| UNIDADE DE SAUDE SEDE DOM CARLOS | UBS | 158 | Situação em relação a estrutura física e ambiência Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média |
| | | | Situação em relação a adaptações para deficientes e idosos Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média |
| | | | Situação em relação aos equipamentos Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média |
| | | | Situação em relação aos Medicamentos Desempenho acima da média |
| UNIDADE DE SAUDE BORTOT | UBS | 739 | Situação em relação a estrutura física e ambiência Desempenho acima da média |
| | | | Situação em relação a adaptações para deficientes e idosos Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média |
| | | | Situação em relação aos equipamentos Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média |
| | | | Situação em relação aos Medicamentos Desempenho muito acima da média |
| UNIDADE DE SAUDE VILA ESPERANÇA | UBS | 273 | Situação em relação a estrutura física e ambiência Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média |
| | | | Situação em relação a adaptações para deficientes e idosos Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média |
| | | | Situação em relação aos equipamentos Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média |
| | | | Situação em relação aos Medicamentos Desempenho muito acima da média |
| UNIDADE DE SAUDE INDEPENDENCIA | UBS | 158 | Situação em relação a estrutura física e ambiência Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média |
| | | | Situação em relação a adaptações para deficientes e idosos Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média |
| | | | Situação em relação aos equipamentos Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média |
| | | | Situação em relação aos Medicamentos Desempenho muito acima da média |
| UNIDADE DE SAUDE NOVO HORIZONTE | UBS | 1094 | Situação em relação a estrutura física e ambiência Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média |

| | | | |
|-----------------------------------|----------|------|---|
| | | | Situação em relação a adaptações para deficientes e idosos Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média |
| | | | Situação em relação aos equipamentos Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média |
| | | | Situação em relação aos Medicamentos Desempenho muito acima da média |
| UNIDADE DE SAUDE SAO CRISTOVAO | UBS | 867 | Situação em relação a estrutura física e ambiência Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média |
| | | | Situação em relação a adaptações para deficientes e idosos Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média |
| | | | Situação em relação aos equipamentos Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média |
| | | | Situação em relação aos Medicamentos Desempenho muito acima da média |
| UNIDADE DE SAUDE FAZENDA DA BARRA | UBS | 474 | Situação em relação a estrutura física e ambiência Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média |
| | | | Situação em relação a adaptações para deficientes e idosos Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média |
| | | | Situação em relação aos equipamentos Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média |
| | | | Situação em relação aos Medicamentos Desempenho acima da média |
| SÃO LUCAS | Hospital | 1163 | não possui avaliação |
| POLICLÍNICA | Hospital | | não possui avaliação |
| PRONTO ATENDIMENTO | UPA | 9514 | não possui avaliação |

Fonte: <https://www.cnes.datasus.gov.br>

3.2.2 População e amostra

A população da pesquisa foi tomada a partir de dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Pato Branco, embasados no mês de março de 2019 e março de 2020, para que houvesse um comparativo no quantitativo de atendimentos realizados pelo SUS, uma vez que o número de atendimentos poderia ter influência no impacto causado pela pandemia da COVID-19 no local em questão. Os dados serão apresentados no Quadro 8, e como se observa, no mês de referência, não houve impacto no número de atendimentos.

Quadro 8- Comparativo do número de indivíduos atendidos SUS

| Local | Março de 2019 | Março de 2020 |
|---------------------------------|----------------------|----------------------|
| Unidade Básica de Saúde Morumbi | 588 | 522 |
| Hospitais | 1163 | 1069 |
| Unidade de Pronto-atendimento | 9514 | 7273 |

Fonte: Elaboração própria autora (2020)

Para o cálculo do tamanho da amostra, foi realizado um levantamento amostral na população alvo usuária do SUS das unidades amostrais escolhidas para a pesquisa. Como o número de usuários que utilizam o serviço é bastante significativo (8864 indivíduos atendidos), torna-se inviável a aplicação em todo o universo da pesquisa (BARBETTA, 2002). De forma que a estimação dos valores populacionais com erro amostral de 10%, conforme Becker (2015), resultou em 99 pessoas entrevistadas no local das unidades escolhidas para o estudo, distribuídos por estratificação proporcional conforme o quadro 9, por meio de amostragem não aleatória intencional (MARTINS E THEÓPHILO, 2016).

Quadro 9- Tamanho mínimo da amostra estratificada

| Local | Número de pessoas atendidas | Amostra estratificada |
|---------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| Unidade Básica de Saúde Morumbi | 522 | 6 |
| Hospitais | 1069 | 12 |
| Unidade de Pronto-atendimento | 7273 | 81 |
| Total | 8864 | 99 |

Fonte: Elaboração própria autora (2020)

Para que houvesse garantia da representatividade da amostra, buscou-se intencionalmente entrevistar pacientes com atendimentos diversos nos serviços de saúde oferecidos.

Como critério de inclusão na pesquisa, foi estabelecido que o respondente estivesse utilizando algum serviço de saúde na estrutura participante no dia da coleta, que fosse maior de idade, bem como não estivesse apresentando sinais físicos de sofrimento, tais como respiração ofegante ou fisionomia de dor. Os critérios de exclusão foram os usuários do SUS crianças ou incapazes de responder pelos seus atos, bem como os pacientes que estivessem sintomáticos para COVID-19.

Os participantes responderam ao questionário, após assinarem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, diretamente à pesquisadora que os instruiu sobre as opções de respostas para cada item do questionário.

3.3 DEFINIÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA A SER APLICADO

O *survey* utilizado no presente trabalho se caracteriza por ser do tipo explanatório, uma vez que se trata de um instrumento para testar a adequação das variáveis frente ao fenômeno satisfação do usuário, já abordado pela literatura (CAUCHICK, SOUSA, 2012).

A revisão de literatura respaldou a formulação de questionário para apontamento de quais itens constarão para apreciação dos respondentes. A variação de complexidade no atendimento prestado nos serviços do SUS e a diversidade do público usuário do sistema foram consideradas na elaboração dos itens. De maneira que se buscou usar uma linguagem de fácil entendimento, fato que concorda com o que é preconizado no sentido de adequação de instrumentos adaptados à realidade brasileira (LINS et al., 2014; GIL, 2008).

Foram averiguados 18 instrumentos utilizados em avaliações de satisfação do usuário em saúde, nos quais se constatou diversas abordagens: qualitativas, quantitativas, em ambiente hospitalar, ambulatorial, com participação de diversos profissionais da saúde, envolvendo instituições de saúde privada ou governamentais (FONSECA et al. 2012; MARTINS, 2009; RIBEIRO. et al., 2014; FOOTMAN et al., 2013; COTTA, CAZAL, MARTINS, 2010; BENAZZI, FIGUEIREDO, BASSANI, 2010; CASTANHEIRA et al, 2011; COMES et al., 2016; LINS et al., 2014; SILVA, SANTOS, BONILHA, 2014; RIGHI, et al., 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; BANDEIRA, SILVA, 2012; CASTRO, 2016; BRANDÃO, GIOVANELLA, CAMPOS, 2017; HOLLANDA et al., 2012; MENDONÇA, GUERRA, 2007).

Para construção do questionário proposto pela pesquisa, considerou-se 10 instrumentos que abordaram a avaliação da qualidade dos serviços e a satisfação dos pacientes. Foram descartados os que continham abordagens qualitativas, os instrumentos que consideravam os processos internos de gerenciamento pelo apontamento de indicadores, bem como aqueles que ponderaram a satisfação dos trabalhadores da saúde com o sistema organizacional, sem considerar a participação do usuário. Os instrumentos de origem estão descritos no Quadro 10.

Quadro 10- Instrumentos de origem do Questionário

| Instrumento (I) | Documento de origem | Autores | Local de publicação |
|---|---|---------------------------|---|
| IAQH-CE | A satisfação do cliente em contexto de consulta externa, num hospital privado | Castro, 2016 | Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde - INDEG-IUL |
| EUROPEP | Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPE para grandes centros urbanos brasileiros | Brandão et al., 2013 | Ciência & Saúde Coletiva, 18(1):103-114, 2013 |
| PNASS | PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde | Ministério da Saúde, 2004 | http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass_programa_nacional_avaliacao_servicos.pdf |
| SATIS- BRASIL | Escala de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR): estudo de validação | Bandeira e Silva, 2012 | J Bras Psiquiatr. 2012;61(3):124-32. |
| SERVQUAL | Qualidade em serviços públicos de saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família | Righi et al., 2010 | Revista Produção Online, v.10, n.3, p. 649-669, set., 2010 |
| I1-Questionário estruturado desenvolvido para os fins do estudo | Avaliação do usuário sobre o atendimento oftalmológico oferecido pelo SUS em um centro urbano no sul do Brasil | Bassani et al., 2010 | Ciência & Saúde Coletiva, 15(3):861-868, 2010 |
| I2-Questionário estruturado desenvolvido para os fins do estudo. | Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Medicos | Comes et al., 2016. | Ciência & Saúde Coletiva, 21(9):2749-2759, 2016 |
| I3-Questionário estruturado desenvolvido para os fins do estudo. | Desenvolvimento e validação de um instrumento de medida da satisfação do paciente com a fisioterapia | Mendonça e Guerra, 2007 | Rev. bras. fisioter., São Carlos, v. 11, n. 5, p. 369-376, set./out. 2007 |
| I4-Questionário estruturado desenvolvido para os fins do estudo. | Fisioterapia ambulatorial na rede pública de saúde de Campo Grande (MS, Brasil) na percepção dos usuários: resolutividade e barreiras | Silva et a.l., 2014 | Comunicação Saúde Educação 2014; 18(48):75-86 |
| I5- Questionário estruturado desenvolvido para os fins do estudo. | Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz | Hollanda et al., 2012 | Ciência & Saúde Coletiva, 17(12):3343-3352, 2012 |

Fonte: Elaboração própria autora (2019)

Os instrumentos analisados apresentaram 209 itens de avaliação que foram agrupados em 09 categorias, a saber: infraestrutura; recepção/acolhimento; tempo de espera /tempo duração consulta; privacidade; cortesia/ dignidade/ respeito;

confiança/segurança; procedimentos; recomendação do serviço e satisfação. Desta forma, pode-se observar as semelhanças nos quesitos e excluir os que eram parecidos semanticamente ou muito específico da realidade da avaliação de origem.

A distribuição da frequência de categorias possibilitou a visualização de quais delas apareceram mais vezes nos instrumentos analisados, conforme mostrado no Quadro 11.

Quadro 11- Distribuição da frequência das categorias de origem do questionário

| INSTRUMENTO | PROCEDIMENTOS | CONFIANÇA SEGURANÇA | INFRAESTRUTURA | SATISFAÇÃO | CORTESIA DIGNIDADE RESPEITO | TEMPO ESPERA TEMPO DURAÇÃO CONSULTA | RECEPÇÃO ACOLHIMENTO | PRIVACIDADE | RECOMENDAÇÃO DO SERVIÇO |
|------------------|---------------|------------------------|----------------|------------|-----------------------------------|---|-------------------------|-------------|----------------------------|
| IAQH-CE | 8 | 6 | 9 | 7 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 |
| EUROPEP | 7 | 4 | 0 | 0 | 3 | 3 | 0 | 2 | 0 |
| PNASS | 12 | 4 | 7 | 5 | 0 | 5 | 2 | 0 | 0 |
| SATIS- BRASIL | 0 | 3 | 2 | 0 | 1 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| SERVQUAL | 2 | 10 | 7 | 3 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| I1 | 5 | 3 | 1 | 5 | 4 | 3 | 2 | 0 | 1 |
| I2 | 4 | 4 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 |
| I3 | 1 | 4 | 6 | 1 | 5 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| I4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| I5 | 0 | 0 | 5 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 |
| TOTAL | 41 | 39 | 38 | 25 | 22 | 20 | 12 | 7 | 5 |

Fonte: Elaboração própria autora (2020)

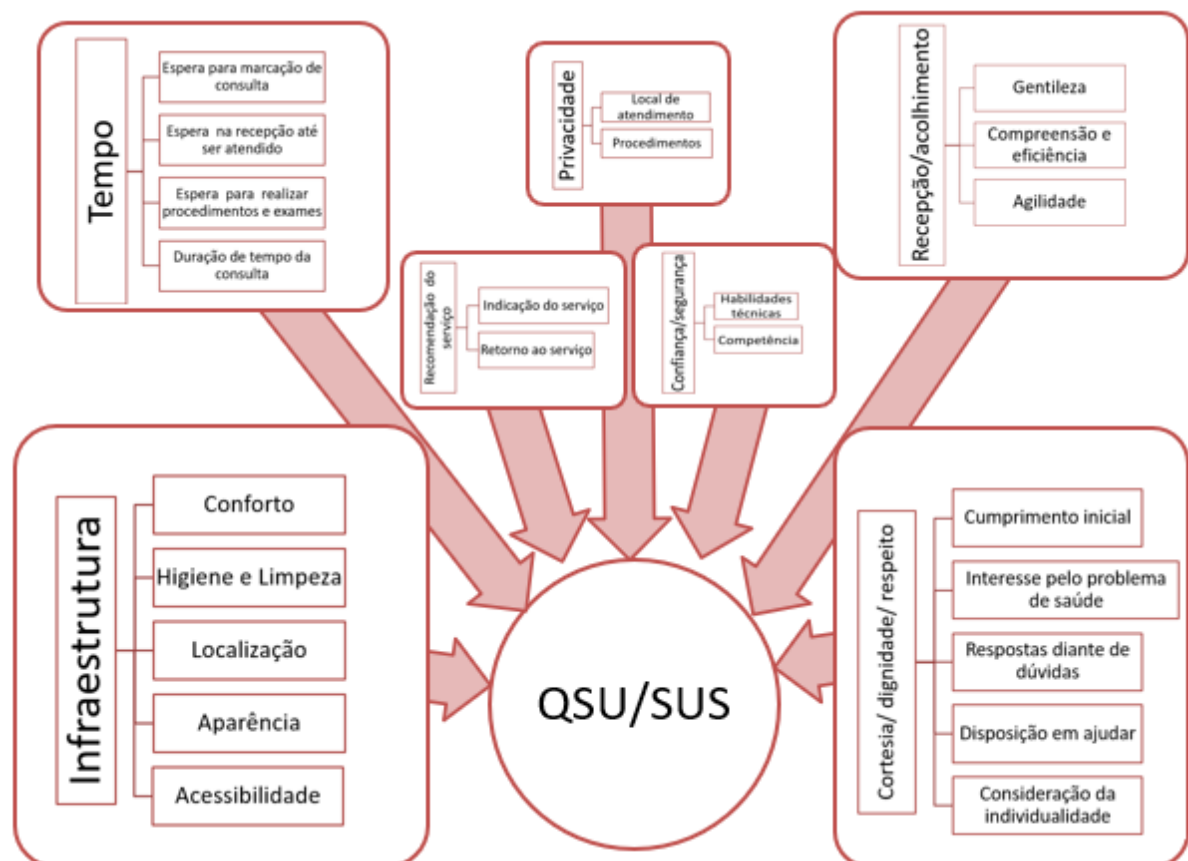
Para finalidade deste estudo, desconsiderou-se a categoria procedimento, uma vez que ela trata de avaliação de conduta profissional característica da saúde, de maneira que o objeto de estudo desta pesquisa, usuário do SUS, não estaria capacitado para tal fim. Bem como, a categoria satisfação também foi desconsiderada por questionar diretamente a expectativa dos respondentes em relação ao serviço prestado.

O instrumento que culminou desse processo foi chamado de “Questionário de satisfação do usuário do SUS: QSU/SUS” é composto de 07 constructos representados na Figura 4 e descritos como: C1- Infraestrutura; C2- Recepção e acolhimento; C3- Cortesia, dignidade e respeito; C4- Privacidade; C5-Tempo; C6-

Confiança e segurança e C7- Recomendação do serviço de saúde. De acordo com Cauchik e Miguel (2012) “esses representam os elementos conceituais considerados como relevantes dos quais se desdobram as variáveis a serem testadas”. O QSU/SUS é estruturado, não disfarçado, ou seja, suas perguntas são diretas, e possui 27 itens com questões fechadas de conteúdo que envolvem fatos, crenças, atitudes e comportamento (GIL, 2008). As respostas utilizaram uma escala de intensidade tipo Likert de 5 pontos (CAUCHIK E MIGUEL, 2012) associada ao diferencial semântico por meio de imagens pictográficas (GIL, 2008).

As perguntas estão apresentadas no apêndice D, na sua formulação foi considerado aspectos que surgiram na literatura e que se tornam pertinente ao cenário local da pesquisa, bem como a diversidade sociocultural do público envolvido.

Figura 4- Constructos do QSU/SUS



Fonte: Elaboração própria autora (2019)

O constructo C6-Confiança e Segurança surgiu em nove dos 10 instrumentos analisados e consideraram quesitos referentes ao quanto o paciente se sentia seguro em termos de confiança no profissional de saúde e nos procedimentos realizados.

Os constructos C1-Infraestrutura e C4-Tempo aparecem em oito dos 10 instrumentos analisados e abarcam quesitos que consideram toda a estrutura física, em termos de edificação e condições de uso, bem como o intervalo de tempo para agendamentos, espera na recepção e tempo de consulta.

O constructo C3-Cortesia, dignidade e respeito aparece em sete instrumentos analisados, comportam itens que envolvem relacionamento interpessoal, empatia e humanização dos serviços em saúde. Também envolveram questionamentos sobre os esclarecimentos prestados ao usuário, e percepção destes em relação a sua condição de saúde e ao tratamento proposto.

O constructo C2-Recepção e acolhimento é visualizado em cinco instrumentos analisados, inclui características de primeiro contato com público e seu direcionamento ao restante do processo do serviço em saúde.

O constructo C4-Privacidade constou em cinco instrumentos, reflete questões de ética e bom senso no atendimento ao público já que saúde envolve o ser humano e sua individualidade.

Por fim, C7-Recomendação do serviço foi um constructo observado em três instrumentos analisados e constituiu indagações acerca de retorno ao local do serviço em saúde mesmo considerando a possibilidade de outros locais para o atendimento.

3.5.1 Validação do Instrumento de Pesquisa pelo Método de Lawshe

Após a aprovação pelo Comitê de ética em pesquisa (CEP) da UTFPR sob o parecer número 3.849.696, o QSU/SUS foi submetido a um grupo de especialistas que classificaram cada item como: “essencial”; “útil, mas não essencial” ou “não é necessário”. O Método de Lawshe passa por cinco etapas: i) formula-se um conjunto de critérios iniciais pela revisão de literatura; ii), avalia-se as preferências dos decisores sobre cada item julgando-os como “essencial”; “útil, mas não essencial” ou “não é necessário”; iii) cada critério avaliado como essencial tem sua quantidade calculada para se chegar no CVR; iv) compara-se o CVR calculado com o valor de corte na tabela de CVR crítico revisada por Ayre e Scally (2014) e v) os critérios que obtiveram valores CVR acima dos respectivos CVR crítico permanecem no instrumento (SILVA et al., 2018).

Os itens considerados como essencial foram computados e calculado seu CVR (índice de validade de conteúdo), posteriormente foram comparados aos valores de $CVR_{crit.}$ (índice de validade de conteúdo crítico) definidos pela tabela de valores revisado por AYRE e SCALLY (2014). Permaneceram no instrumento, os itens que obtiveram CVR acima do $CVR_{crit.}$ (LAWSHE, 1975).

A equação 1 a seguir calcula o CVR:

$$CVR = \frac{\eta e^{-\frac{N}{2}}}{\frac{N}{2}} (1)$$

Onde: CVR: índice de validade de conteúdo; η : número de especialistas que consideram o critério como “essencial”; N: número total de especialistas que participaram da pesquisa, excluindo os que preferiram não opinar.

A Tabela 1 mostra os valores de $CVR_{crit.}$ definidos pela tabela de valores revisado por AYRE e SCALLY (2014), para um mínimo de 5 e máximo de 25 especialistas.

Tabela 1- Valores de CVR crítico

| Painel de especialistas | $CVR_{crit.}$ |
|-------------------------|---------------|
| 5 | 1 |
| 10 | 0,8 |
| 20 | 0,5 |
| 21 | 0,429 |
| 22 | 0,455 |
| 23 | 0,391 |
| 24 | 0,417 |
| 25 | 0,44 |

Fonte: Adaptado de Ayre e Scally, 2014

3.3.2 Consulta aos Especialistas

Participaram desta fase da pesquisa 24 especialistas. Para apreciação do Questionário QSU/SUS aos especialistas, foram considerados os membros do Conselho Municipal de Saúde, entidade que comporta profissionais da saúde (representantes de entidades de classe médica, enfermagem, fisioterapia, odontologia, educação física), responsáveis governamentais (funcionários da Secretaria Municipal de Saúde) representantes dos estabelecimento de saúde

(diretor, coordenador, tesoureiro) e usuários do SUS que estiveram presentes na reunião ordinária, bem como um especialista acadêmicos da área da Engenharia de Produção e Sistemas e um especialista acadêmico da área da Saúde. O número mínimo de agentes de decisão foi composto por $D = \{d \mid d \text{ é o número de decisores tal que } d > 5\}$ (SILVA et al., 2018).

Os conselheiros do CMS, bem como os especialistas acadêmicos foram informados acerca da pesquisa. Após, receberam um formulário anônimo em que apreciaram cada item do QSU/SUS e assinalaram uma das opções a seguir: “essencial”; “útil, mas não essencial” e “não importante”, o formulário encontra-se no apêndice C.

3.3.3 Pré-Teste

O pré-teste ou teste piloto, respaldou o instrumento final, pois consiste na aplicação em forma de pré-teste. O intuito do mesmo é averiguar possíveis erros de interpretação pela complexibilidade da pergunta, possibilidade de interpretação dúbia e exaustão do respondente pelo excesso de redação (HUBNER, 2001).

O pré-teste foi aplicado à 6 elementos pertencentes a população pesquisada, de acordo com Vieira e Hossne (2003), constituindo uma pequena parte da população pesquisada. Posteriormente ao preenchimento do questionário, o participante foi entrevistado sobre o procedimento e possíveis dificuldades encontradas (GIL, 2009).

O roteiro de entrevista aplicado aos participantes no teste piloto encontra-se no apêndice B. Após o apontamento de um dos respondentes em relação aos quesitos “Confiança/Segurança” e “Recomendações do serviço de saúde” a respeito das opções de resposta, às perguntas “Você acha que o(s) profissional(is) de saúde que atendeu você sabia resolver o seu caso?”, “Você acha que o(s) profissional(is) de saúde que atendeu você sabia realizar os exames/procedimentos?”, “Você indicaria esse serviço de saúde para familiares e amigos?” e “Você retornaria a esse local em busca de serviços de saúde?” passou por reformulação onde foi acrescentado a expressão “o quanto você” no intuito de melhorar a interpretação para as opções de respostas apresentadas. O questionário final encontra-se no apêndice D.

3.4 DEFINIÇÃO DE ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO QSU-SUS.

Depois de terem sido realizadas as alterações evidenciadas no pré-teste, o instrumento denominado QSU-SU foi analisado por meio da abordagem MCDA, bem como foi considerada a contribuição para satisfação global de cada pergunta específica, e por fim, foi determinada a escala de satisfação para ancorar os resultados da coleta de dados.

3.4.1 Aplicação do método multicritério AHP

Após a definição dos constructos do questionário intitulado QSU-SUS, embasados na literatura, aplicou-se o Método AHP para definição dos pesos de cada constructo, que por definição do método serão chamados de critérios. O método AHP realiza a comparação entre cada alternativa, ou critério, pareada utilizando uma escala de medida na qual o decisor julga o seu grau de preferência por uma ou outra, na sequência esses julgamentos são pareados agregados com a finalidade de se obter uma única ordenação das alternativas (PARREIRAS, 2006).

As comparações dos critérios seguem um número expresso pela Equação 2, onde n é igual ao número de critérios (GOMES E GOMES, 2019).

$$[n \times (n - 1)] \times 2 \quad (2)$$

Os julgamentos são representados numa matriz quadrada cuja ordem é igual ao número de elementos dos critérios, no qual cada um representa a dominância de um elemento da coluna sobre um elemento na linha com uso da escala de importância relativa já citada no referencial teórico (SAATY, 2003; PARREIRAS, 2006).

Os critérios estabelecidos no questionário foram de 7 constructos, o que gerou uma matriz 7x7, os pesos relativos para cada critério, foram normalizados na matriz de decisão pelo método de Normalização Aditiva, que apresenta-se como preciso e de fácil implementação computacional (Srdjevic, 2005). A Normalização Aditiva gera uma nova matriz com vetor normalizado onde é dividido cada elemento em cada coluna, pelo somatório da coluna conforme a equação (3).

$$w_i = (1/n) \sum_{j=1}^n a_{ij}^i, \quad i = 1, 2, \dots, n. \quad (3)$$

A opinião dos três especialistas a respeito dos constructos foi agregada pela media geométrica normalizada conforme equação 4.

$$w_j = (w_{j_1} \times w_{j_2} \dots w_{j_n})^{1/n} \quad (4)$$

O grau de consistência dos julgamentos deve ser considerado pela Razão da Consistência (RC) proposta por Stein e Mizzi (2007). A equação 5 apresenta o cálculo do RC.

$$RC = ICH/HRI \quad (5)$$

A razão da Consistência (RC) é fornecida de acordo com o tamanho da matriz (n) conforme Quadro 12.

Quadro 12- Valores de RC para matriz de tamanho n

| N | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 15 | 20 | 25 |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| RC | 0,550 | 0,859 | 1,061 | 1,205 | 1,310 | 1,381 | 1,437 | 1,484 | 1,599 | 1,650 | 1,675 |

Fonte: Adaptado de Stein, Mizzi (2007)

Para aplicação do método AHP considerou-se três especialistas da área da saúde, sendo eles: i) Secretária Municipal de Saúde do Município de Pato Branco-PR; ii) Presidente do Conselho Municipal de Saúde do Município de Pato Branco-PR e iii) professor da disciplina de Saúde Pública no curso de medicina de uma Instituição de Ensino Superior do Município de Pato Branco-PR.

Para definição dos pesos atribuídos pelos três especialistas utilizou-se a média geométrica conforme Ishisaka e Labib (2011), a aplicação desse método foi operacionalizada no Microsoft Excel.

3.4.2 Distribuição dos pesos em cada pergunta

O questionário QSU-SUS passou por validação de itens por meio do método de Lawshe e ficou composto de 27 perguntas de avaliação apresentados no Apêndice D, distribuídos em 7 constructos (ou critérios) descritos na Figura 4. Após a definição dos pesos de cada constructo pelo método AHP, foi definido o quanto cada pergunta contribui para composição da satisfação.

Para tanto, os três especialistas, anteriormente descritos, atribuíram notas a cada pergunta do QSU-SUS por meio de uma escala LIKERT de cinco pontos

conforme Quadro 13, considerando o questionamento “você considera a importância da pergunta”.

Quadro 13- Escala de importância das perguntas do QSU-SUS

| Escala | Nota atribuída |
|---------------|-----------------------|
| Muito baixa | 1 |
| Baixa | 2 |
| Média | 3 |
| Alta | 4 |
| Muito alta | 5 |

Fonte: Elaboração própria autora (2020)

Na sequência, foi realizado o cálculo da média geométrica entre as opiniões dos três especialistas e a normalização dos resultados conforme equação 4 para chegar ao peso de cada pergunta dentro do constructo ao qual pertence e posteriormente, o cálculo do peso global da questão multiplicando-se o peso de cada pergunta pelo valor do peso de cada constructo conforme equação 6.

$$R_i = \sum_{j=1}^m W \times P_{ij} \quad (6)$$

Onde: W= Peso da pergunta e P= Peso do constructo

3.4.3 Coleta de dados

Os participantes da pesquisa foram questionados diretamente pela pesquisadora, após assinarem o TCLE, nas unidades elencadas para o estudo. A coleta de dados foi realizada no mês de julho de 2020, com autorização para entrevistar pacientes que não estivessem nos setores destinados aos pacientes com suspeita de contaminação por COVID-19.

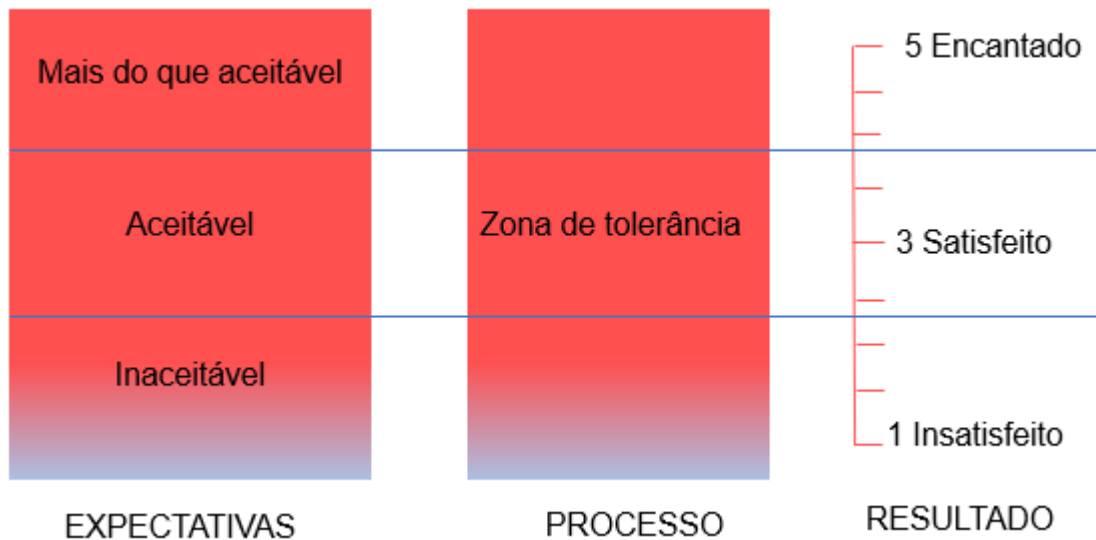
Foram entrevistados 99 pacientes distribuídos pela amostra estratificada conforme apresentado no Quadro 9, os dados foram tabulados no Microsoft Excel e foi realizado o cálculo da média geométrica de cada item do questionário, bem como o cálculo da média que cada constructo obteve nas respostas.

3.4.4 Escala de Satisfação

Para a mensuração da satisfação com os serviços de saúde do usuário do SUS, adaptou-se a escala proposta por Johnston descrita anteriormente no referencial

teórico. De maneira que, a escala de *continuum* de satisfação utilizada está representada na Figura 5- Escala satisfação QSU-SUS, onde o termo insatisfeito ocupa uma faixa do *continuum* no qual o serviço é inaceitável, satisfeito corresponde ao serviço aceitável e encantado significa que o serviço é considerado mais que aceitável e capaz de produzir o efeito de encantamento sobre o usuário.

Figura 5- Escala de Satisfação QSU-SUS



Fonte: Elaboração própria autora, 2020.

A escala QSU-SUS foi ancorada nos valores de 1 a 5 que correspondem as opções de respostas do instrumento da pesquisa. Em relação aos limites dos níveis da escala optou-se por 3 níveis regulares que representam os termos insatisfeito, satisfeito e encantado, de modo que os intervalos da escala, compreendem os números reais, conforme as expressões a seguir: i) Insatisfeito $\{x \in \mathbb{R} / 1 \leq x \leq 2,33\}$, ii) Satisfeito $\{x \in \mathbb{R} / 2,34 \leq x \leq 3,67\}$ e iii) Encantado $\{x \in \mathbb{R} / 3,68 \leq x \leq 5\}$.

Os dados obtidos com a coleta foram comparados à escala de satisfação do QSU-SUS para tanto, buscou-se realizar a soma ponderada das respostas por meio da média geométrica multiplicada pelo peso da questão para se chegar ao peso agregado conforme equação 7 e assim ancorar na escala.

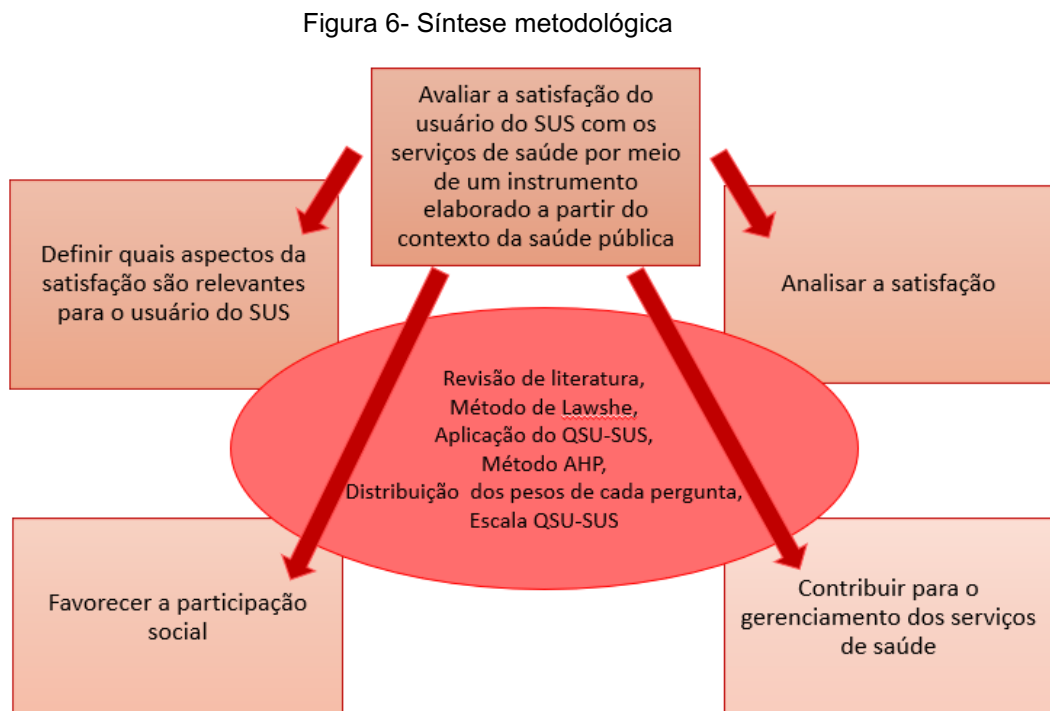
$$R_i = \sum_{j=1}^m W \times P_{ij} \quad (7)$$

Onde W= média geométrica, P= peso das perguntas

3.5 SÍNTESE METODOLÓGICA

Para alcançar o objetivo geral, foram estabelecidos quatro objetivos com o intuito de definir quais aspectos da satisfação são relevantes para o usuário do SUS, analisar a satisfação, favorecer a participação social e contribuir para o gerenciamento dos serviços de saúde.

A síntese pode ser vista na figura 6.



Fonte: Elaboração própria autora (2020)

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A seguir serão apresentados os resultados obtidos com a validação de conteúdo do QSU-SUS, os pesos definidos pelo método AHP, a contribuição de cada item do questionário, o resultado da coleta de dados com a amostra da pesquisa e a agregação com a escala de satisfação QSU-SUS para a satisfação do usuário do SUS com os serviços de saúde.

4.1 MÉTODO DE LAWSHE

Após a revisão da literatura e definição dos constructos do questionário QSU-SUS, a aplicação do Método de Lawshe para validação do conteúdo definiu as perguntas que permaneceriam no questionário segundo a opinião dos especialistas, membros do CMS do município de Pato Branco e especialista acadêmico da área da saúde e da Engenharia de Produção. O resultado da aplicação do método de Lawshe está apresentado na Tabela 2, onde Ne representa o número de especialistas que consideraram cada item como essencial e N significa o número de respondentes excluindo-se os que preferiram não opinar.

Tabela 2- Resultado do método de Lawshe para os itens do Questionário

| Item do questionário | Ne | N | CVR cal | CVRcrit | Decisão |
|----------------------|----|----|---------|---------|-----------|
| 1 | 23 | 24 | 0,916 | 0,417 | Permanece |
| 2 | 24 | 24 | 1 | 0,417 | Permanece |
| 3 | 24 | 24 | 1 | 0,417 | Permanece |
| 4 | 24 | 24 | 1 | 0,417 | Permanece |
| 5 | 24 | 24 | 1 | 0,417 | Permanece |
| 6 | 23 | 23 | 1 | 0,391 | Permanece |
| 7 | 24 | 24 | 1 | 0,417 | Permanece |
| 8 | 24 | 24 | 1 | 0,417 | Permanece |
| 9 | 24 | 24 | 1 | 0,417 | Permanece |
| 10 | 23 | 24 | 0,916 | 0,417 | Permanece |
| 11 | 24 | 24 | 1 | 0,417 | Permanece |
| 12 | 23 | 24 | 0,916 | 0,417 | Permanece |
| 13 | 24 | 24 | 1 | 0,417 | Permanece |
| 14 | 24 | 24 | 1 | 0,417 | Permanece |
| 15 | 24 | 24 | 1 | 0,417 | Permanece |
| 16 | 24 | 24 | 1 | 0,417 | Permanece |
| 17 | 23 | 23 | 1 | 0,391 | Permanece |

| | | | | | |
|----|----|----|-------|-------|-----------|
| 18 | 22 | 24 | 0,833 | 0,417 | Permanece |
| 19 | 22 | 24 | 0,833 | 0,417 | Permanece |
| 20 | 22 | 24 | 0,833 | 0,417 | Permanece |
| 21 | 22 | 24 | 0,833 | 0,417 | Permanece |
| 22 | 22 | 24 | 0,833 | 0,417 | Permanece |
| 23 | 22 | 23 | 0,913 | 0,391 | Permanece |
| 24 | 22 | 24 | 0,833 | 0,417 | Permanece |
| 25 | 23 | 24 | 0,916 | 0,417 | Permanece |
| 26 | 22 | 24 | 0,833 | 0,417 | Permanece |
| 27 | 22 | 24 | 0,833 | 0,417 | Permanece |

Fonte: Dados da pesquisa

Após a apreciação do questionário pelos especialistas e aplicação do Método de Lawshe, chegou-se à decisão de manter todos os 27 itens do questionário conforme apresentado na Tabela 2. A descrição dos itens, com suas correspondentes perguntas, consta no apêndice D.

No trabalho de Duggirala, Rajendarm, Anantharaman (2008), que utilizaram um questionário para avaliar a satisfação de pacientes recém liberados de hospitais, encontrou-se sete dimensões distintas da qualidade percebida pelo paciente, sendo essas: i) infra-estrutura, ii) processo de atenção clínica, iii) procedimentos administrativos, iv) indicadores de segurança, v) experiência profissional, vi) atenção no atendimento e vii) responsabilidade social, com uma relação positiva e significativa entre as dimensões e a satisfação do paciente. O presente trabalho buscou identificar na literatura aspectos que representassem as dimensões da qualidade na área de saúde sendo elas i) Infraestrutura, ii) recepção e acolhimento, iii) cortesia, dignidade e respeito, iv) privacidade, v) tempo, vi) confiança e segurança e vii) recomendação do serviço de saúde; também buscou-se validar essas dimensões pelo método de análise de conteúdo proposto por Lawshe.

Segundo Pai, Chary, Pai (2018), a utilização de questionários nos serviços de saúde como instrumentos de mensuração da qualidade é escassa devido a utilização em alguns trabalhos, no setor público e privado, serem específicos de ambientes hospitalares. O presente estudo baseou-se literatura para formular um questionário que refletisse as necessidades e aspectos locais.

Conforme Slack et al. (2008), as medidas da qualidade devem ser mensuradas em uma escala que considere tanto atributos quanto variáveis. Para tanto, o presente

estudo elegeu constructos e formulou perguntas que tivessem uma linguagem de fácil entendimento para a população pesquisada.

4.2 MÉTODO AHP

O Método de AHP foi aplicado a três especialistas, sendo eles codificados por Espec. 1, Espec. 2 e Espec. 3. Os pesos dos julgamentos dos critérios e a integração dos julgamentos pela média geométrica, bem como a normalização dos pesos finais estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3- Pesos dos critérios

| | Espec. 1 | Espec. 2 | Espec. 3 | Média Geométrica | Normalização Pesos |
|--------------------------------------|----------|----------|----------|------------------|--------------------|
| C 1- Infraestrutura | 0,051 | 0,062 | 0,040 | 0,0501 | 0,054 |
| C2- Recepção e acolhimento | 0,157 | 0,131 | 0,167 | 0,1510 | 0,164 |
| C3- Cortesia, dignidade e respeito | 0,335 | 0,115 | 0,354 | 0,2388 | 0,259 |
| C4- Privacidade | 0,081 | 0,254 | 0,064 | 0,1099 | 0,119 |
| C5- Tempo | 0,074 | 0,153 | 0,148 | 0,1187 | 0,129 |
| C6- Confiança e segurança | 0,241 | 0,131 | 0,185 | 0,1802 | 0,195 |
| C7- Recomendação do serviço de Saúde | 0,062 | 0,153 | 0,041 | 0,0731 | 0,079 |
| | | | | $\Sigma=0,9218$ | $\Sigma=1,000$ |

Fonte: Dados da pesquisa

O índice de consistência interna das matrizes de julgamento pelos decisores obtiveram valores menores que 0,10, conforme apresentado no Quadro 14.

Quadro 14- Consistência Interna

| | Espec. 1 | Espec. 2 | Espec. 3 |
|---------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Avaliação da Consistência | 0,0427 | 0,0535 | 0,0982 |

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se que o critério C3- Cortesia dignidade e respeito, possui o maior peso no julgamento dos especialistas, seguido respectivamente do C6- Confiança e segurança; C2- Recepção e acolhimento; C5-Tempo; C4- Privacidade; C7- Recomendação do serviço de saúde e C7- Infraestrutura.

De acordo com o trabalho de Duggirala, Rajendarm, Anantharaman (2008), os fatores que relacionavam a comunicação entre médico e paciente foram considerados mais importantes que a comodidade, embora a limpeza e conforto tenham influenciado significativamente na satisfação dos pacientes. No presente estudo o constructo que englobou aspectos relacionados com limpeza e conforto está contido dentro do C7- Infraestrutura, e este obteve o menor peso pela aplicação do AHP.

Conforme Klan, Prasad, Rajamanocharane (2012), os serviços hospitalares são de grande importância para a sociedade, apesar de sua natureza intangível é necessário avaliar esse setor específico. Para tanto, os autores utilizaram o AHP para avaliar cinco hospitais na Índia em cinco dimensões (confiabilidade, garantia, tangível, empatia e responsividade) baseado do modelo SERVQUAL. No presente estudo os constructos consideraram mais dois aspectos, observados na literatura, contidos nos constructos C4- Privacidade e C6- Recomendação do serviço de saúde para complementar e adequar o instrumento de pesquisa à realidade local.

A composição de pesos por meio do AHP para os critérios profissionalismo, empatia, responsividade, confiabilidade, garantia, e tangível no trabalho de Ulkhaq et al. (2018), a fim de avaliar a qualidade do serviço do hospitais na Indonésia, definiu à responsividade como o maior peso acima de todos os critérios, ou seja, (0,281), profissionalismo(0.204), empatia (0,158), confiabilidade (0,149), garantia (0,128), e tangível (0.080) para melhorar a qualidade do serviço e ganhar mais satisfação dos pacientes. No presente estudo, o constructo que obteve maior peso foi C3-Cortesia, dignidade e respeito na opinião dos especialistas, diferenciando as prioridades para aplicação em regiões e culturas diferentes. Contudo em ambos os estudos o menor peso se deu para aspectos que consideram aspectos tangíveis, ou seja, infraestrutura.

Ainda a respeito sobre o maior peso distribuído neste trabalho, no constructo C3- Cortesia, dignidade e respeito, Johston, Clark (2002), dizem que a ideia de que o usuário não é um cliente, pode fazer com que os profissionais não o tratem bem. Esse fato pode ser bastante relevante no âmbito do SUS e a consideração dada pelos especialistas ao definir o constructo com o maior peso revela a importância por parte dos gestores em considerar as opiniões dos usuários.

4.3 PESOS DAS PERGUNTAS

A contribuição para a satisfação com os serviços de saúde de cada uma das vinte e sete perguntas do QSU-SUS foi calculada a partir da avaliação dos três especialistas conforme descrito na metodologia deste trabalho. A seguir apresenta-se os resultados alcançados para cada critério do QSU-SUS (tabelas 4 a 10).

Tabela 4- Pesos de cada pergunta C1

| C1- Infraestrutura | Espec. 1 | Espec. 2 | Espec. 3 | MG | Peso |
|--------------------|----------|----------|----------|-----------------|----------------|
| 1 | 3 | 4 | 2 | 2,884 | 0,179 |
| 2 | 3 | 3 | 3 | 3,000 | 0,186 |
| 3 | 4 | 3 | 3 | 3,302 | 0,205 |
| 4 | 4 | 5 | 1 | 2,714 | 0,168 |
| 5 | 5 | 5 | 3 | 4,217 | 0,262 |
| | | | | $\Sigma=16,118$ | $\Sigma=1,000$ |

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 5- Pesos de cada pergunta C2

| C2- Recepção e Acolhimento | Espec. 1 | Espec. 2 | Espec. 3 | MG | Peso |
|----------------------------|----------|----------|----------|-----------------|----------------|
| 6 | 3 | 4 | 3 | 3,302 | 0,269 |
| 7 | 5 | 4 | 4 | 4,309 | 0,352 |
| 8 | 5 | 5 | 4 | 4,642 | 0,379 |
| | | | | $\Sigma=12,252$ | $\Sigma=1,000$ |

Fonte: Dados da pesquisa

O acesso do paciente ao serviço de saúde é um fator que contribui bastante para o efeito exercido no restante da cadeia de serviços. Conforme Gianese, Corrêa (2014), o início do ciclo de serviço é crítico para percepção do serviço pois é neste momento que o cliente ajusta suas expectativas. No presente estudo, o constructo C2- Recepção e acolhimento obteve o terceiro peso na opinião dos especialistas.

Conforme Duggirala, Rajendarm, Anantharaman (2008), outro aspecto a se considerar referente a recepção e acolhimento, é o fato de que os clientes de serviços de saúde, chamados de pacientes, iniciam o contato com o serviço em uma condição de desconforto físico ou psicológico que pode influenciar sua percepção em relação as opiniões acerca da qualidade do serviço. Concordando com o exposto, a pergunta

que mais teve relevância dentro do constructo C2- Recepção e acolhimento questionava o seguinte: “O(s) funcionário(os) da recepção sabia(m) para onde encaminhar o seu caso”; uma vez que a assertividade nessa situação conduz ao encaminhamento eficiente no sentido de aliviar o desconforto.

De maneira que, um bom desempenho no constructo C2- Recepção e acolhimento, influencia positivamente o restante do processo de prestação do serviço em saúde (GIANESI, CORRÊA 2014).

Na presente pesquisa, obteve-se a terceira colocação na composição dos pesos dos constructos para o critério C2- Recepção e acolhimento, corroborando com o que foi citado por Johnston, Clark (2002), que dizem que algumas transações de insatisfação e satisfação possam ser compensadas, embora o encantamento no início da operação possa ter impacto positivo sobre as demais.

Tabela 6- Pesos de cada pergunta C3

| C3- Cortesia, Dignidade e Respeito | Espec. 1 | Espec.2 | Espec. 3 | MG | Peso |
|------------------------------------|----------|---------|----------|-----------------|----------------|
| 9 | 5 | 4 | 4 | 4,309 | 0,105 |
| 10 | 3 | 2 | 4 | 2,884 | 0,070 |
| 11 | 5 | 5 | 5 | 5,000 | 0,122 |
| 12 | 4 | 5 | 5 | 4,642 | 0,113 |
| 13 | 5 | 5 | 5 | 5,000 | 0,122 |
| 14 | 5 | 5 | 5 | 5,000 | 0,122 |
| 15 | 5 | 5 | 5 | 5,000 | 0,122 |
| 16 | 5 | 5 | 5 | 5,000 | 0,122 |
| 17 | 5 | 4 | 4 | 4,309 | 0,105 |
| | | | | $\Sigma=41,144$ | $\Sigma=1,000$ |

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 7- Pesos de cada pergunta C4

| C4- Privacidade | Espec. 1 | Espec. 2 | Espec. 3 | MG | Peso |
|-----------------|----------|----------|----------|----------------|----------------|
| 18 | 4 | 5 | 4 | 4,309 | 0,500 |
| 19 | 4 | 5 | 4 | 4,309 | 0,500 |
| | | | | $\Sigma=8,618$ | $\Sigma=1,000$ |

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 8- Pesos de cada pergunta C5

| C5- Tempo | Espec. 1 | Espec. 2 | Espec. 3 | MG | Peso |
|-----------|----------|----------|----------|----|------|
|-----------|----------|----------|----------|----|------|

| | | | | | |
|----|---|---|---|-----------------|----------------|
| 20 | 4 | 3 | 3 | 3,302 | 0,280 |
| 21 | 3 | 2 | 2 | 2,289 | 0,194 |
| 22 | 4 | 3 | 3 | 3,302 | 0,280 |
| 23 | 3 | 4 | 2 | 2,884 | 0,245 |
| | | | | $\Sigma=11,778$ | $\Sigma=1,000$ |

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 9- Pesos de cada pergunta C6

| C6-Confiança e Segurança | Espec. 1 | Espec. 2 | Espec. 3 | MG | Peso |
|--------------------------|----------|----------|----------|----------------|----------------|
| 24 | 5 | 4 | 5 | 4,642 | 0,500 |
| 25 | 5 | 4 | 5 | 4,642 | 0,500 |
| | | | | $\Sigma=9,283$ | $\Sigma=1,000$ |

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 10- Pesos de cada pergunta C7

| C7- Recomendações do serviço de saúde | Espec. 1 | Espec. 2 | Espec. 3 | MG | Peso |
|---------------------------------------|----------|----------|----------|----------------|----------------|
| 26 | 3 | 5 | 4 | 3,915 | 0,500 |
| 27 | 4 | 5 | 3 | 3,915 | 0,500 |
| | | | | $\Sigma=7,830$ | $\Sigma=1,000$ |

Fonte: Dados da pesquisa

A recomendação do serviço é um dos componentes que refletem a qualidade do serviço prestado. Conforme Giansi, Corrêa (2014), a comunicação oral entre pessoas que tiveram acesso à algum serviço sinaliza para possíveis expectativas de sua execução. De maneira que, considerou-se esse constructo como um item importante a ser analisado na opinião dos usuários do SUS.

No quadro 15 apresenta-se o resultado do peso global de cada uma das vinte e sete questões do QSU-SUS conforme cálculo descrito na metodologia e exemplificado na seguinte forma: O peso de cada um dos constructos apresentados na Tabela 3 é multiplicado pelo peso de cada questão que compõe o respectivo constructo. Por exemplo, o constructo Infraestrutura (Tabela 3) tem peso 0,054 e a Questão 1 que pertence a esse constructo tem peso 0,179 (Tabela 4). Desse modo, o peso global da Questão 1 é 0,0097 (Quadro 15), e assim, sucessivamente até encontrar os valores contidos em cada uma das respectivas tabelas de pesos de cada pergunta.

Quadro 15- Peso global de cada pergunta do QSU-SUS

| Questão | Peso Global da Questão |
|---|-------------------------------|
| 1- Foi fácil chegar até o lugar onde está o serviço que você precisa para o seu atendimento? (lotação, estacionamento, distância) | 0,0097 |
| 2- O prédio onde está o serviço está em boas condições? (pintura de paredes, funcionamento de portas e janelas, piso sem buraco) | 0,0101 |
| 3- Você foi atendido em um local confortável? (condições das camas, cadeiras, ventilação, iluminação) | 0,0111 |
| 4- Você consegue se deslocar em todas as partes do prédio? (presença de degraus, escadas, portas estreitas) | 0,0091 |
| 5- 5 - A limpeza do lugar é adequada? (salas, consultórios, banheiros) | 0,0142 |
| 6- Você foi atendido rapidamente na recepção? | 0,0442 |
| 7- O(s) funcionário(s) da recepção trataram você bem quando chegou? | 0,0576 |
| 8- O(s) funcionário(s) da recepção sabiam para onde encaminhar o seu caso? | 0,0621 |
| 9- O(s) profissional(is) de saúde pareceu estar disposto a ajudar você? | 0,0271 |
| 10- O profissional de saúde cumprimentou você antes da consulta? | 0,0182 |
| 11- O profissional de saúde que atendeu você teve interesse em saber sobre sua queixa? | 0,0315 |
| 12- O profissional de saúde que atendeu você respondeu as suas dúvidas de forma clara? | 0,0292 |
| 13- O profissional de saúde que atendeu você explicou sobre sua condição de saúde? | 0,0315 |
| 14- O profissional de saúde que atendeu você explicou sobre os exames/procedimentos que precisam ser realizados? | 0,0315 |
| 15- O profissional de saúde que atendeu você explicou sobre os medicamentos que você precisa? | 0,0315 |
| 16- O profissional de saúde que atendeu você o examinou? | 0,0315 |
| 17- O profissional de saúde que atendeu você foi respeitoso? | 0,0271 |
| 18- Durante a sua consulta você foi atendido em uma sala sozinho? (alguém entrou sem ser chamado) | 0,0596 |
| 19- Durante a realização de seu exame/procedimento você ficou em uma sala sozinho? (alguém viu você sem ser necessário) | 0,0596 |
| 20- Qual a nota que você dá para o tempo que demorou para marcar a consulta? | 0,0361 |
| 21- Qual a nota que você dá para o tempo de espera na recepção até ser atendido? | 0,0250 |
| 22- Qual a nota que você dá para o tempo de espera para realizar um exame/procedimento? | 0,0361 |
| 23- Qual a nota que você dá para duração de tempo da consulta? | 0,0315 |
| 24- O quanto você acha que o(s) profissional(is) de saúde que atendeu você sabia resolver o seu caso? | 0,0977 |
| 25- O quanto você acha que o(s) profissional(is) de saúde que atendeu você sabia realizar os exames/procedimentos? | 0,0977 |
| 26- O quanto você indicaria esse serviço de saúde para familiares e amigos? | 0,0397 |
| 27- O quanto você retornaria a esse local em busca de serviços de saúde? | 0,0397 |
| | $\Sigma=1$ |

Fonte: Dados da pesquisa

Na opinião dos especialistas as perguntas que mais tiveram importância, atribuída conforme os pesos distribuídos, foram as questões 24 e 25 pertencentes ao constructo C6- Confiança e segurança, compondo 0,0977 do peso global cada uma. Corroborando com os dados encontrados na presente pesquisa, Duggirala, Rajendarm, Anantharaman (2008), dizem que o estabelecimento de uma boa comunicação entre a equipe de saúde e o paciente contribuem para uma relação positiva de confiança, fator que favorece a qualidade dos serviços.

Ainda conforme a avaliação dos especialistas, a privacidade é importante, ocupando o segundo lugar na composição do peso global das questões referentes às perguntas de número 18 e 19, compondo 0,0596 do peso global cada uma. O aspecto de privacidade pode ser relacionado ao termo empatia, utilizado no trabalho de Ulkhaq et al. (2018), no qual a empatia ocupou o terceiro lugar na avaliação da qualidade do serviço dos hospitais na Indonésia, sendo precedido pela responsividade e profissionalismo.

Considerando-se os aspectos acima apresentados, que enfatizaram as opiniões dos especialistas na distribuição dos pesos dos constructos e perguntas do QSU-SUS, passa-se a apresentação dos resultados com a coleta de dados como forma de utilização do modelo de avaliação proposto.

4.4 RESULTADO DA COLETA DE DADOS

A seguir, no Quadro 16, será apresentado o resultado da média geométrica das respostas da coleta de dados com os 99 participantes que compõem a amostra da pesquisa e o resultado conforme a agregação dos pesos dados pelos especialistas, de acordo com o cálculo descrito na metodologia e exemplificado na seguinte forma:

O peso agregado a cada resposta é a soma ponderada das médias geométricas apresentadas em cada questão, multiplicado pelo peso global de cada questão apresentado no quadro 15. Por exemplo, a média geométrica da Questão 1 (4,38) multiplicado pelo peso global da questão 0,0097(Quadro 15). Deste modo, o peso agregado para Questão 1 é 0,042 (Quadro 16), e assim, sucessivamente até encontrar os pesos agregados em cada uma das respectivas questões do QSU-SUS. De maneira semelhante, o Quadro 17 apresenta o resultado do peso agregado para os constructos do QSU-SUS, por exemplo, a média geométrica do constructo C1-

Infraestrutura (4,52) multiplicado pelo peso do constructo 0,054 (Tabela 3), deste modo, o peso agregado para Constructo C1- Infraestrutura é 0,244 (Quadro 17).

Quadro 16- Média Geométrica das respostas e Peso agregado das perguntas

| Questão do QSU-SUS | Média Geométrica (W) | Peso agregado |
|---------------------------|-----------------------------|----------------------|
| 1 | 4,38 | 0,042 |
| 2 | 4,03 | 0,041 |
| 3 | 4,52 | 0,050 |
| 4 | 4,81 | 0,044 |
| 5 | 4,85 | 0,069 |
| 6 | 4,54 | 0,201 |
| 7 | 4,71 | 0,271 |
| 8 | 4,72 | 0,293 |
| 9 | 4,56 | 0,124 |
| 10 | 4,50 | 0,082 |
| 11 | 4,60 | 0,145 |
| 12 | 4,61 | 0,135 |
| 13 | 4,59 | 0,145 |
| 14 | 4,70 | 0,148 |
| 15 | 4,58 | 0,144 |
| 16 | 4,50 | 0,142 |
| 17 | 4,94 | 0,134 |
| 18 | 4,86 | 0,290 |
| 19 | 4,74 | 0,283 |
| 20 | 3,91 | 0,141 |
| 21 | 3,99 | 0,100 |
| 22 | 3,96 | 0,143 |
| 23 | 4,38 | 0,138 |
| 24 | 4,61 | 0,450 |
| 25 | 4,70 | 0,459 |
| 26 | 4,66 | 0,185 |
| 27 | 4,70 | 0,187 |

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 17- Média Geométrica das respostas e Peso agregado dos constructos

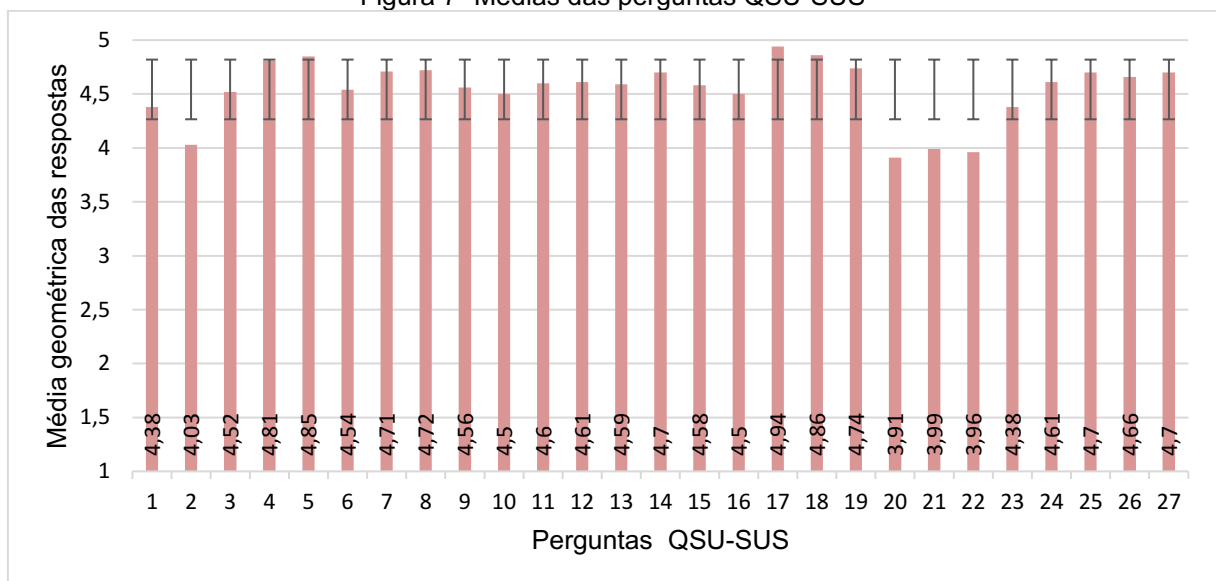
| Constructo QSU-SUS | Média Geométrica (W) | Peso agregado |
|---------------------------|-----------------------------|----------------------|
| 1 | 4,52 | 0,2440 |
| 2 | 4,66 | 0,7635 |
| 3 | 4,62 | 1,1969 |

| | | |
|---|------|--------|
| 4 | 4,80 | 0,5712 |
| 5 | 4,06 | 0,5235 |
| 6 | 4,65 | 0,9075 |
| 7 | 4,68 | 0,3700 |

Fonte: Dados da pesquisa

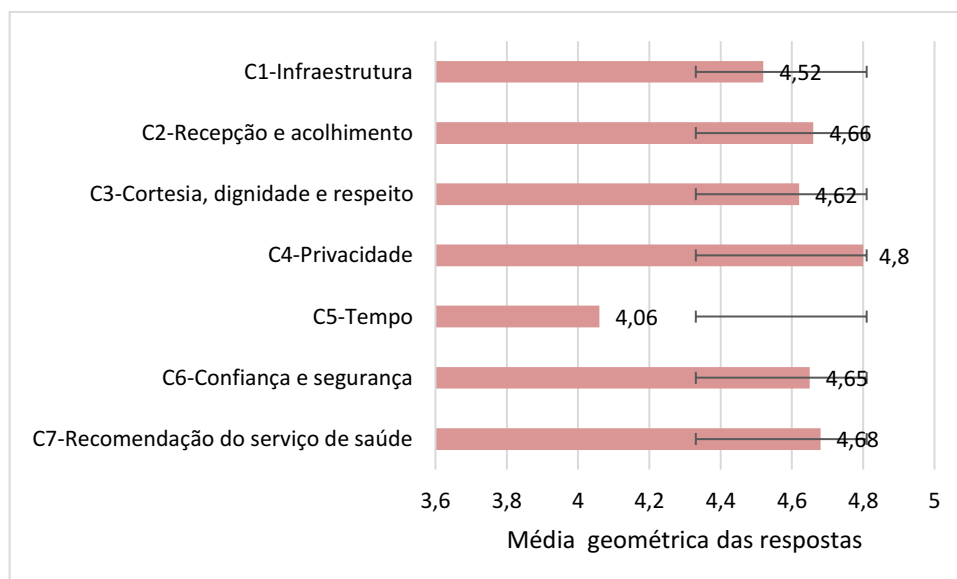
Na Figura 7, apresenta-se o desvio padrão da média das respostas para as perguntas do QSU-SUS, bem como, na Figura 8 o desvio padrão da média das respostas em cada critério.

Figura 7- Médias das perguntas QSU-SUS



Fonte: Dados da pesquisa

Figura 8- Média dos critérios QSU-SUS

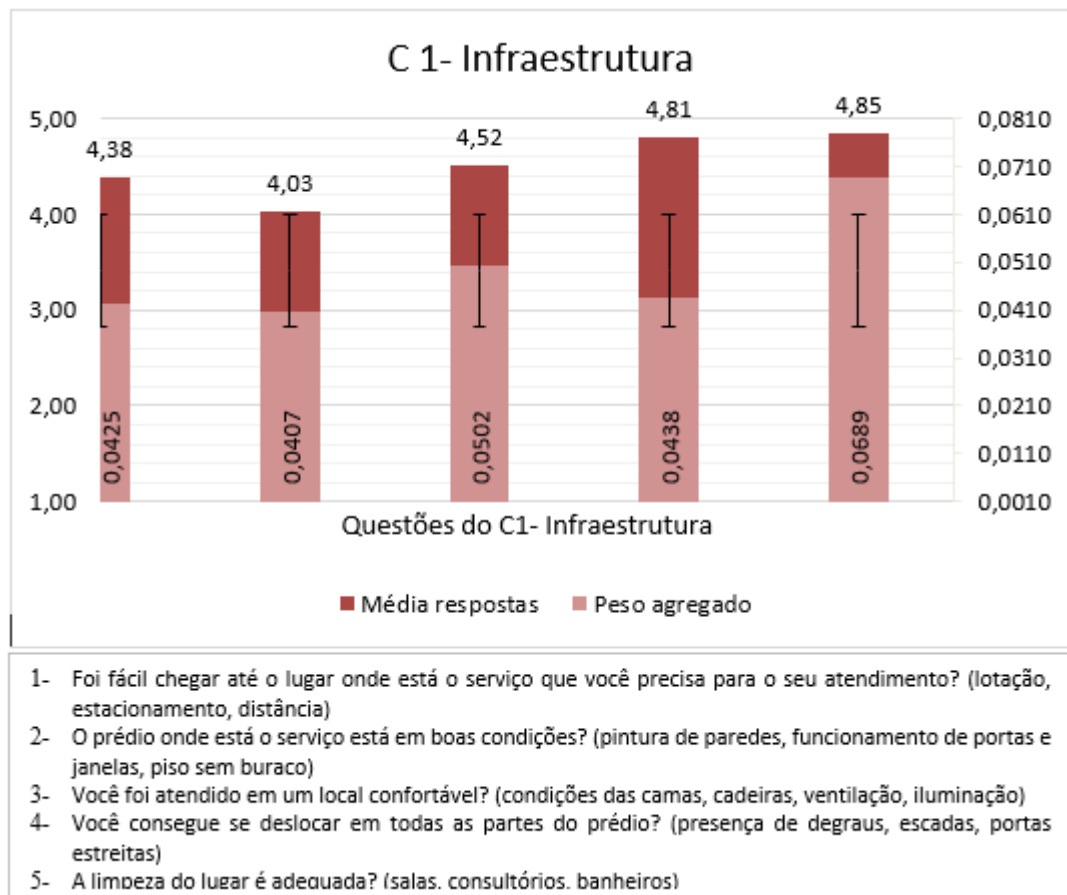


Fonte: Dados da pesquisa

A pesquisadora entrevistou diretamente 99 respondentes do QSU-SUS. No trabalho de Duggirala, Rajendarm, Anantharaman (2008), os autores também realizaram a pesquisa buscando respostas diretas quanto à experiência da qualidade de atendimento, isto porque é o paciente que entra em contato direto com os atendentes.

A análise do desvio padrão do peso agregado para cada constructo foi realizada com o intuito de nortear as ações dos responsáveis pela gestão dos serviços em saúde, uma vez que contribui para observação de aspectos de interesse em perguntas específicas. Os resultados serão apresentados nas figuras 9 a 15.

Figura 9- Desvio padrão do peso agregado para C1- Infraestrutura

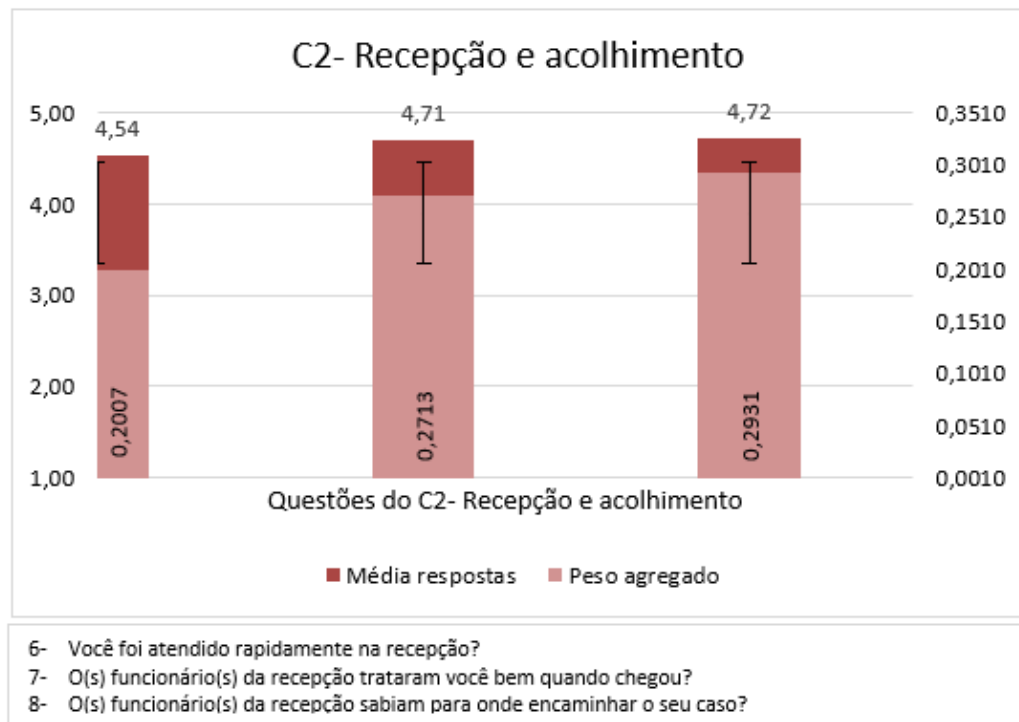


Fonte: Dados da pesquisa

Na figura 9, as barras representam as questões que estão contidas no constructo, de forma que em C1- Infraestrutura apresentam-se cinco perguntas representadas na sequência da esquerda para a direita. A maior variação das respostas da amostra se deu na pergunta referente à limpeza (quinta barra), na qual

o resultado superou a variação de respostas. Isso pode indicar que diante do processo de realização do serviço a limpeza está adequada. No que se refere a limpeza, no trabalho de Duggirala, Rajendarm, Anantharaman (2008), aspectos como limpeza e conforto foram importantes para influenciar a satisfação dos pacientes em hospitais públicos e privados na Índia.

Figura 10- Desvio padrão do peso agregado para C2- Recepção e Acolhimento



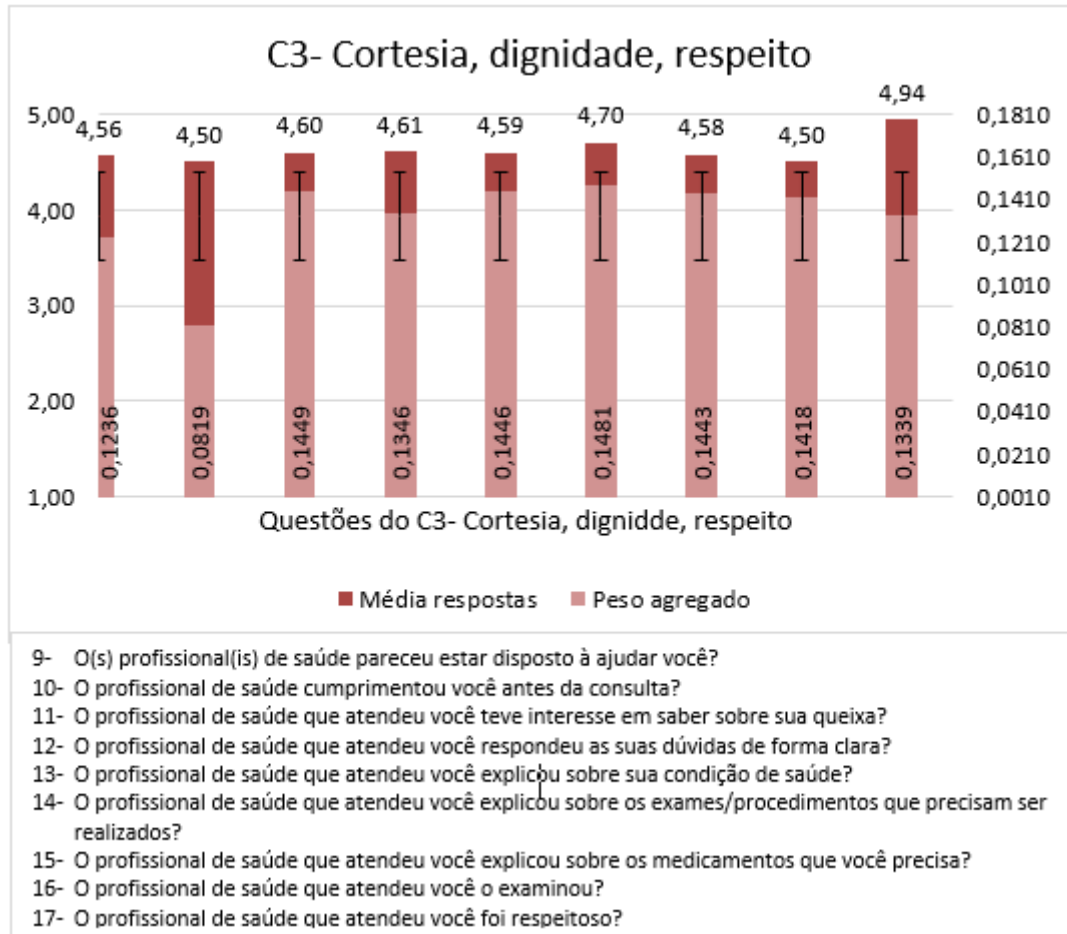
Fonte: Dados da pesquisa

Na figura 10, as barras representam as questões que estão contidas no constructo, de forma que em C2- Recepção e acolhimento apresentam-se três perguntas representadas na sequência da esquerda para a direita. A maior variação das respostas da amostra se deu na pergunta referentes à rapidez de atendimento na recepção (primeira barra). Tal situação pode se dar pelo fato de o sistema de saúde prever uma classificação de risco para atendimentos, priorizando os casos emergenciais e urgentes.

Referente a essa situação peculiar de prioridade de atendimento do setor da saúde, Gianesi, Corrêa (2014), dizem que no setor de serviços a personalização dos funcionários de linha de frente requer alto grau de autonomia no contato com o cliente,

o que enfatiza a importância de uma decisão correta a respeito dos demais encaminhamentos no processo de entrega do serviço.

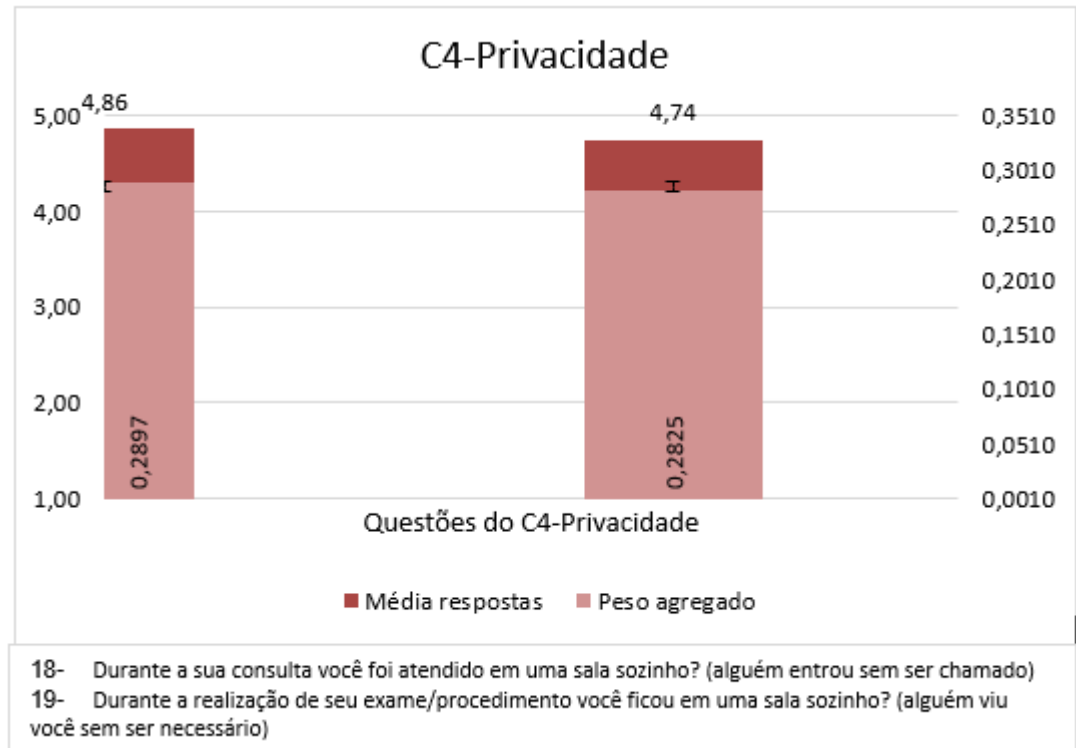
Figura 11- Desvio padrão do peso agregado para C3- Cortesia, dignidade, respeito



Fonte: Dados da pesquisa

Na figura 11, as barras representam as questões que estão contidas no constructo, de forma que em C3- Cortesia, dignidade e respeito apresentam-se nove perguntas representadas na sequência da esquerda para a direita. A maior variação das respostas da amostra se deu na pergunta referente ao cumprimento inicial do profissional de saúde para o usuário (segunda barra). Esse aspecto pode influenciar a percepção do usuário no restante do processo, principalmente se for uma percepção negativa pela falta do cumprimento inicial. Corroborando com a ideia de uma boa percepção no início da cadeia de serviços impacta nas demais etapas do processo, Johnston, Clark (2002), dizem que o contato inicial pode definir o encantamento do cliente ao longo do processo.

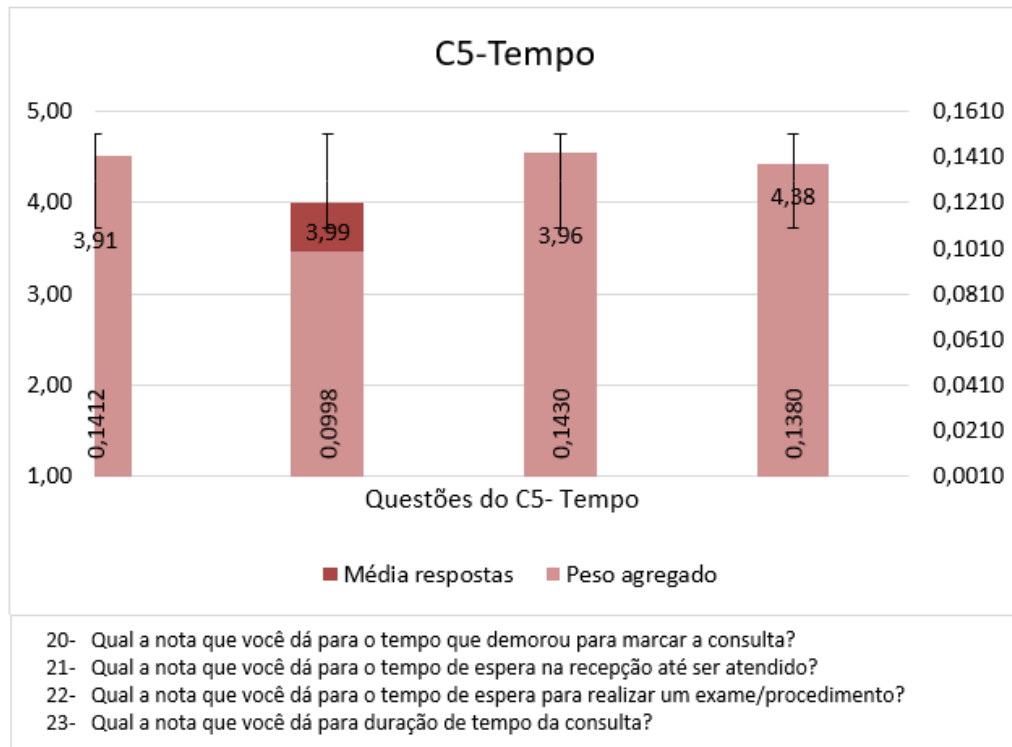
Figura 12- Desvio padrão do peso agregado para C4- Privacidade



Fonte: Dados da pesquisa

Na figura 12, as barras representam as questões que estão contidas no constructo, de forma que em C4- Infraestrutura apresentam-se duas perguntas representadas na sequência da esquerda para a direita. Percebe-se que não houve variação das respostas da amostra. Isso pode indicar que diante do processo de realização do serviço a privacidade do usuário está assegurada.

Figura 13- Desvio padrão do peso agregado para C5- Tempo

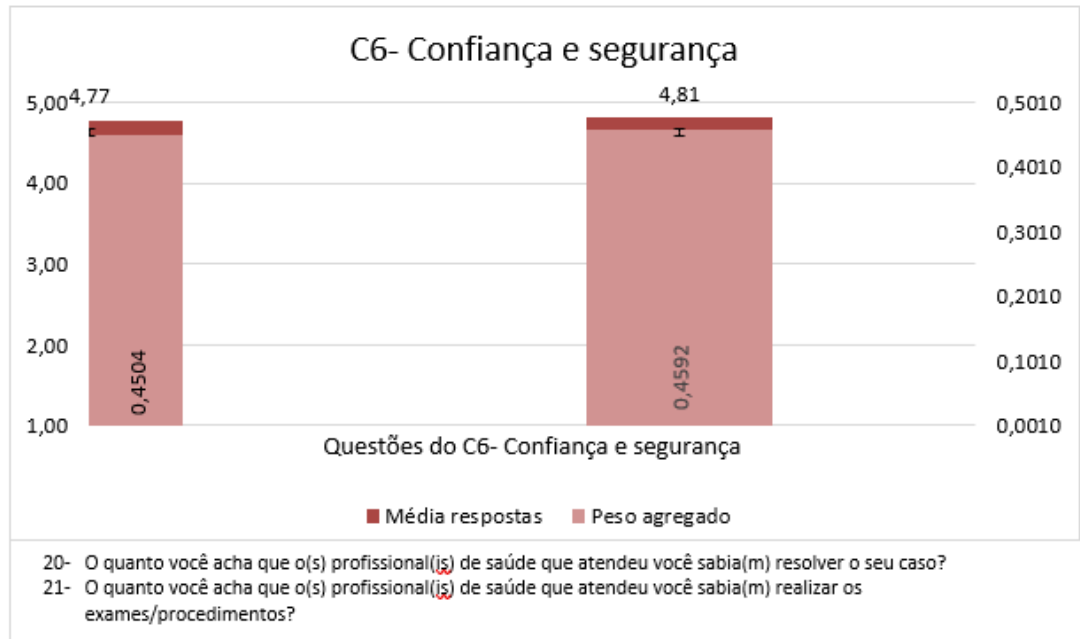


Fonte: Dados da pesquisa

Na figura 13, as barras representam as questões que estão contidas no constructo, de forma que em C5- Tempo apresentam-se quatro perguntas representadas na sequência da esquerda para a direita. A maior variação das respostas da amostra se deu na pergunta referente ao tempo de espera do usuário na recepção até ser atendido pelo profissional de saúde (segunda barra) na qual o resultado ficou abaixo da variação de respostas. Este fato, também pode estar relacionado a classificação de risco própria dos serviços em saúde, além disso, o motivo da procura pelo serviço em saúde (dor ou desconforto) pode influenciar na percepção do tempo transcorrido.

Em relação ao tempo, observa-se de maneira geral pelo senso comum, que o SUS é por marcado pela demora em filas de espera, esse cenário remete ao que nos diz Giansesi, Corrêa (2014) sobre a influência de mercado na expectativa dos clientes, ou seja, o que é esperado pelo usuário do SUS é uma demora no atendimento.

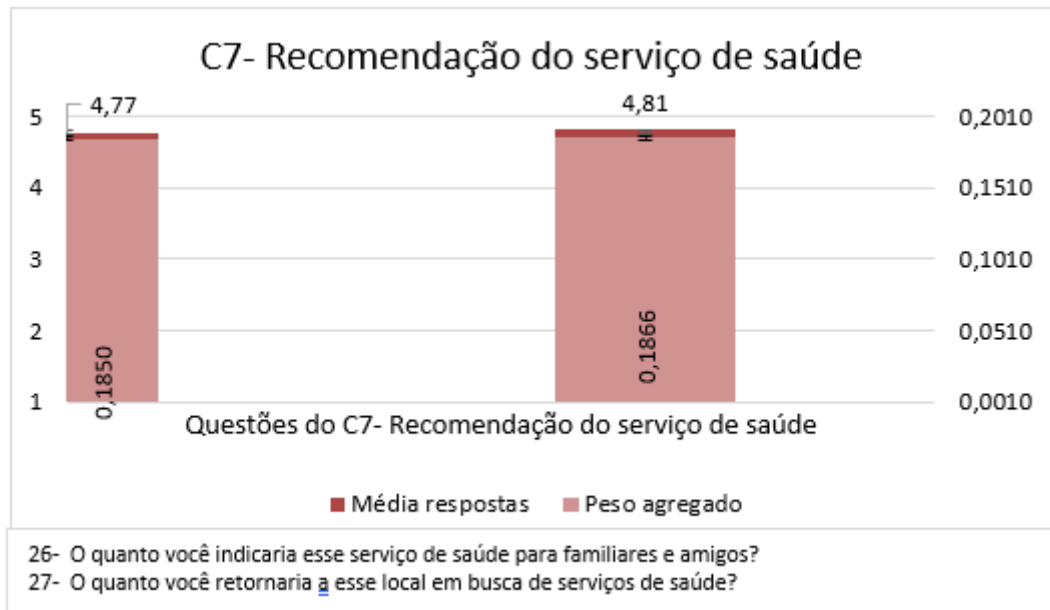
Figura 14- Desvio padrão do peso agregado para C6- Confiança e segurança



Fonte: Dados da pesquisa

Na figura 14, as barras representam as questões que estão contidas no constructo, de forma que em C6- Confiança e segurança apresentam-se duas perguntas representadas na sequência da esquerda para a direita. Para Johnston, Clark (2002), um dos atributos sobre os quais os clientes precisam ter suas expectativas atendidas é a competência, habilidade e expertise com que o serviço é prestado. De maneira que, na presente pesquisa, percebe-se que não houve variação das respostas da amostra. Isso pode indicar que diante do processo de realização do serviço a confiança e segurança do usuário nos profissionais de saúde que o assistem está adequada.

Figura 15- Desvio padrão do peso agregado para C7- Recomendação do serviço de saúde



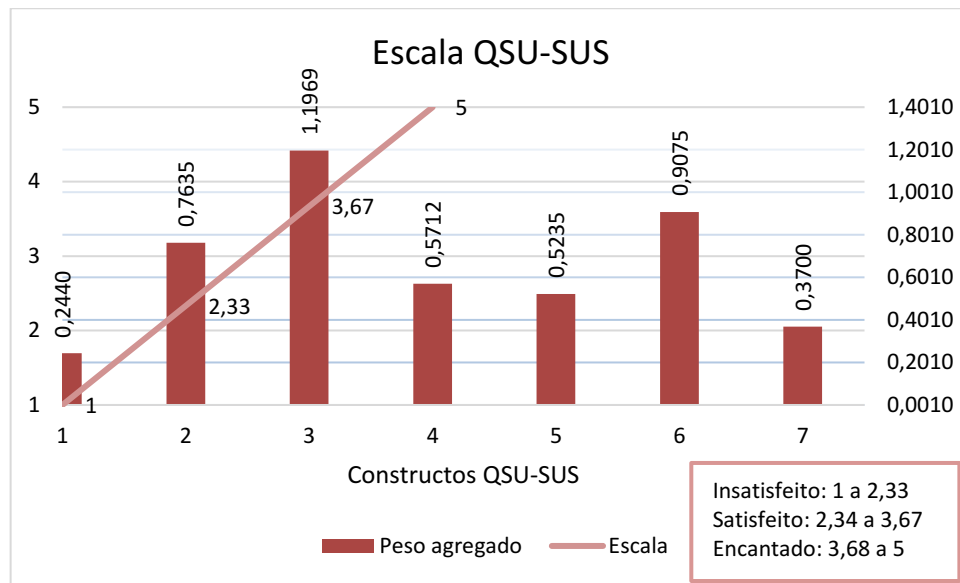
Fonte: Dados da pesquisa

Na figura 15, as barras representam as questões que estão contidas no constructo, de forma que em C7- Recomendação do serviço de saúde apresentam-se duas perguntas representadas na sequência da esquerda para a direita. Percebe-se que não houve variação das respostas da amostra. Isso pode indicar que diante do processo de realização do serviço os usuários recomendariam e retornariam ao local de atendimento, caso seja necessário. A presente pesquisa concorda com o que dizem Gianesi, Corrêa (2014), no tocante a intensão pós-compra, ou seja, a disposição em retornar ao serviço denota um aspecto de satisfação com o serviço prestado.

4.5 ESCALA QSU-SUS

Na sequência, serão apresentados os resultados da satisfação do usuário do SUS com os serviços de saúde no município de Pato Branco- PR, de acordo com a escala de *continuum* de satisfação criada para os devidos fins deste trabalho, conforme figura 16.

Figura 16- Satisfação com serviços de saúde usuários do SUS



Fonte: Dados da pesquisa

Para Johnston, Clark (2002), a rede de desempenho do serviço ajuda a compreender a satisfação dos clientes como parte do processo de prestação do serviço, como pode-se observar na figura 16, os usuários pertencentes a amostra estudada encontram-se encantados no constructo C3- Cortesia dignidade e respeito; satisfeitos nos constructos C2- Recepção e acolhimento, C4- Privacidade, C5- Tempo, C6- Confiança e segurança e insatisfeitos nos constructos C1- Infraestrutura e C7- Recomendação do serviço de saúde.

De acordo com o estudo de Duggirala, Rajendarm, Anantharaman (2008), a intenção em usar o serviço novamente deve ser considerada pois está relacionada com a melhor qualidade no serviço. Conforme visualizado na Figuras 16, os usuários dos serviços de saúde do SUS no município de Pato Branco-PR, encontram-se insatisfeitos no constructo C7- Recomendação do serviço de saúde, considerando a escala de Satisfação QSU-SUS. Alguns dos aspectos que podem contribuir para isso é a natureza pública do serviço, na qual o usuário não dispõe de outra forma de acesso ao serviço. Além disso, o retorno ao serviço de saúde está ligado à necessidade de utilização pelo processo de dor ou desconforto, o que não é uma situação desejável.

Nesse sentido, Shirazi, Kia, Ghasemi (2020), citam que a realidade no setor de saúde é que a escolha do médico não é feita pelo paciente pois os encaminhamentos

dependem da organização de saúde. Este fato é bastante condizente com a realidade da presente pesquisa, uma vez que ela foi realizada no âmbito do SUS.

Ainda Johnston, Clark (2002), afirmam que, ao mensurar a satisfação deve-se questionar sobre a intenção de pós-compra, no caso dos serviços em saúde se o usuário retornaria. No presente trabalho esse constructo apresentou insatisfação e deve ser foco de maior atenção por parte dos gestores em saúde.

A empatia e profissionalismo são aspectos destacados no trabalho de Büyüközkan, Çifçi, Gülerüz (2001), ainda ressaltam que esses resultados oferecem dados valiosos sobre dimensões que refletem as percepções de clientes dos serviços de saúde. No presente estudo, concordando com os autores citados, o constructo C3- Cortesia, dignidade e respeito obteve a marca que corresponde ao termo encantado, na qual o cliente encontra-se mais que satisfeito, na Escala de Satisfação QSU-SUS.

Após a apresentação e discussão do resultados acima, o objetivo de propor um modelo para avaliação da satisfação do usuário do SUS com os serviços de saúde no município de Pato Branco-PR foi cumprido e as conclusões do estudo serão apresentadas na sequência do trabalho.

5 CONCLUSÃO

Esse estudo buscou avaliar a satisfação com os serviços de saúde do usuário do SUS no município de Pato Branco-PR, para tanto, procurou-se entender o SUS como uma forma de contextualização do problema de pesquisa para assim, traçar o objetivo geral da pesquisa que foi propor um modelo de avaliação da satisfação do usuário do SUS com os serviços de saúde, por meio de um instrumento elaborado a partir do contexto da saúde pública.

Para cumprir com tal objetivo, realizou-se uma busca na literatura para definir quais os aspectos da satisfação em saúde são relevantes para o usuário, assunto que foi abordado no capítulo 2. Posteriormente formulou-se um questionário para avaliação da satisfação com os serviços de saúde, composto de sete constructos que englobam as características verificadas na literatura, intitulado QSU-SUS. O questionário foi validado pelo método de análise de conteúdo proposto por Lawshe e apresentado no capítulo 3.

O objetivo de analisar a satisfação do usuário com os serviços de saúde como indicador de qualidade na gestão dos serviços foi alcançado ao se aplicar o Método AHP para compor os pesos de cada constructo e assim definir contribuição de cada constructo para a satisfação do usuário com os serviços de saúde. Ainda assim, se fez necessário comparar os pesos com as respostas coletadas e comparar a uma escala de *continuum* de satisfação.

Para cumprir-se o terceiro objetivo da pesquisa, favorecer a participação social pela análise da satisfação do usuário com os serviços de saúde, o QSU-SUS foi aplicado a uma amostra da população estudada, e após a análise dos dados coletados foi possível entender a opinião da amostra para os constructos analisados.

Por fim, o objetivo de contribuir para o gerenciamento dos serviços de saúde no município de Pato Branco-PR foi alcançado ao se validar um modelo de avaliação de satisfação com os serviços de saúde por meio de uma escala de *continuum* de satisfação na qual os gestores poderão aplicar o QSU-SUS e comparar as respostas obtidas com o questionário.

No que se refere a qualidade dos serviços em saúde, pode-se observar que o cenário é complexo e dinâmico, e que as expectativas dos usuários dependem não só

da sua condição particular de saúde, mas do processo envolvido na prestação do serviço.

Pode-se concluir que os pesos dados pelos especialistas, no qual o constructo C3- Cortesia, dignidade e respeito obteve maior pontuação, reflete a importância dada pelos gestores à participação social, condizendo com os aspectos relevantes citados na literatura. Ainda acerca de C3- Cortesia, dignidade e respeito os participantes da pesquisa encontram-se na classificação de encantados na Escala QSU-SUS, o que condiz com a contribuição do gerenciamento e a participação popular.

Da mesma maneira, a insatisfação com os constructos C1- Infraestrutura e C7- Recomendação dos serviços de saúde denota que, para os especialistas, os pesos atribuídos foram os menores, sugerindo pontos fracos no processo que merecem maior atenção.

No que se refere ao modelo de avaliação proposto no presente estudo, o questionário QSU-SUS, ele foi baseado em estudos que consideraram aspectos tangíveis e intangíveis sobre os serviços prestados na área da saúde. Em sua formulação buscou-se considerar tópicos específicos de importância no contexto da saúde pública. Uma vez que os instrumentos analisados previamente, existentes para avaliação da qualidade de serviços em saúde, consideravam, no geral, ambientes de serviços hospitalares, clínicas ou entidades privadas. Bem como, consideravam aspectos específicos do processo do serviço em saúde sem voltar suas análises aqueles que, de fato, recebem o serviço.

Nesse sentido, pode-se dizer que, o QSU-SUS é um modelo de instrumento com uma abordagem ampla no que se refere ao contexto de saúde pública pois buscou reunir características aplicáveis aos diversos níveis de atenção à saúde contemplados no âmbito do SUS. Por meio de sua aplicação, é possível chegar-se às conclusões a respeito da opinião dos usuários do SUS em constructos que refletem o nível de satisfação por meio de uma escala de *continuum* de satisfação.

Ainda em relação ao questionário QSU-SUS, a sua aplicação mostrou-se de fácil entendimento por parte da amostra pesquisada, porém o fato de ter sido aplicado por meio de entrevista possa ser um limitador do estudo. Como sugestão a esse ponto, a utilização de novas tecnologias na forma de aplicativos poderia sanar tal dificuldade.

Como aplicação prática da pesquisa, a gestão municipal de saúde poderá considerar o resultado da análise de satisfação para nortear futuras ações, bem como

poderá replicar o instrumento de coleta de dados e obter índices de satisfação periodicamente.

Como sugestão de trabalhos futuros, o questionário poderá ser aplicado às demais unidades de saúde do município, uma vez que sua formulação foi pensada para cenários variados de atenção à saúde. Outra situação de interesse que pode surgir será a comparação da aplicação do questionário em diferentes municípios.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, C.A.M.; BOSI, M.L.M. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v.21, n.61, p. 321-32, 2017.

AYRE, C.; SCALLY, A.J. Critical Values for Lawshe's Content Validity Ratio: Revisiting the Original Methods of Calculation. **Measurement and Evaluation in Counseling and Development**, v. 47, n.1, p. 79-86, 2014.

BANDEIRA, M.; SILVA, M.A. Escala de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR): estudo de validação. **J Bras Psiquiatr**, v.61, n.3, p.124-32, 2012.

BARBETTA, P.A. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**. Ed. UFSC, 5ª Edição, 2002.

BECKER, L.J. **Estatística Básica: transformando dados em informação**. Porto Alegre: Bookman, 2015.

Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582603130/>. Acesso em: 05 Jul 2020

BENAZZI, L.E.B.; FIGUEIREDO, A.C.L.; BASSANI, D.G. Avaliação do usuário sobre o atendimento oftalmológico oferecido pelo SUS em um centro urbano no sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.3, p.861-868, 2010.

BONATO, V.L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, v.35, n.5, p. 319-331, 2011.

BRANDÃO, A.L.R.B.S; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, E.E.A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v.21, n.61, p.321-32, 2017.

Brasil (1990). Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 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. Diário Oficial da União.

Brasil (2003). Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Diário Oficial da União.

BÜYÜKÖZKAN, G.; ÇIFÇI, G.; GÜLERYÜZ, S. Strategic analysis of healthcare service quality using fuzzy AHP methodology. **Expert Systems with Applications**, n.38, p. 9407–9424, 2011.

BÜYÜKÖZKAN, G.; ÇİFÇİ, G. A combined fuzzy AHP and fuzzy TOPSIS based strategic analysis of electronic service quality in healthcare industry. **Expert Systems with Applications**, n.39, p. 2341–23544, 2012.

CAETANO, D.O. et al. Uso do método de Lawshe para validar itens de questionário sobre importância e satisfação dos moradores de um abrigo em Campos dos Goytacazes, RJ. In: Simpósio de Engenharia de Produção, 2017. Catalão, Goiás, Brasil. *Anais...* ISSN 2594-410X

CASTANHEIRA, E.R.L. et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saúde Soc.**, v.20, n.4, p.935-947, 2011.

CASTRO, J. M. (2016). A satisfação do cliente em contexto de consulta externa, num hospital privado. Lisboa: Dissertação de Mestrado Executivo em Gestão de Serviços de Saúde - INDEG-IUL.

CARNUT, L.; NARVAI, P.C. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. **Saúde Soc**, v.25, n.2, p.290-305, 2016.

CARRAPATO, F.J.L.; CASTANHEIRA, E.R.L.; PLACIDELI, N. Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre qualidade no processo de trabalho. **Saúde Soc.**, v.27, n.2, p.518-530, 2018.

CARVALHO, A.L.B. et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.4, p.901-911, 2012.

CAUCHICK MIGUEL, P. A.; SOUSA, R. **O método do Estudo de Caso na Engenharia de Produção**. In: Metodologia de pesquisa para engenharia de produção e gestão de operações [recurso eletrônico]. Paulo Augusto Cauchick Miguel (organizador). Rio de Janeiro: Elsevier (ABEPRO), 2012.

CELINO, S.D.M. et al. Programa Pesquisa para o SUS: a contribuição para gestão e serviços de saúde na Paraíba, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.1, p.203-212, 2013.

CHORAGWICKA, B.; MOSCOSO, S. Validez de contenido de una Entrevista Conductual Estructurada. **Revista de Psicología del Trabajo y del las Organizaciones**, v.23, n.1, p. 75-92, 2007.

COMES, Y. et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsabilidade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.9, p:2749-2759, 2016.

COTTA, R.M.M.; CAZAL, M.M.; MARTINS, P.C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2437-2445, 2010.

DONABEDIAN A. The seven pillars of quality. **Arch. Pathol. Lab Med.** V.114, n.11, p. 1115-1118. 1990.

DUGGIRALA, M.; RAJENDRAN, C.; ANANTHARAMAN, R.N. Patient-perceived dimensions of total quality service in healthcare. **Benchmarking: An International Journal**, v. 15, n. 5, p. 560-583, 2008.

ENSSLIN, L., ENSSLIN, S. R., LACERDA, R. T. O. & TASCA, J. E. Processo de Análise Bibliométrica. Processo técnico com patente de registro pendente junto ao INPI. Brasil 2010.

ESPERIDIÃO, M.A.; TRAD, L.A.B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n.6, p.1267-1276, 2006.

FONSECA, G.S. et al. Percepção de usuários e profissionais de saúde sobre o Sistema Único de Saúde no município de Santa Cruz-RN. **Rev Bras Promoç Saúde**, v.25, n.4, p. 455-461, 2012.

FOOTMAN, K. et al. Public satisfaction as a measure of health system performance: A study of nine countries in the former Soviet Union. **Health Policy**, v.112, p. 62–69, 2013.

GARCES, A.; SILVEIRA, J. P. Gestão pública orientada por resultados no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 53, n. 4, p. 53-77, 2002.

GIANESI, I.G.N.; CORRÊA, H.L. **Administração estratégica de serviços-operações para satisfação do cliente**. São Paulo: Atlas, 2014.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, L.F.A.M; GOMES, C.S.F. **Princípios e Métodos para Tomada de Decisão Enfoque Multicritério**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2019.

Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788597021592/>. Acesso em: 04 Oct 2020

HOLLANDA, E. et al. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. **Ciência & Saúde Coletiva**, v17, n.12, p.3343-3352, 2012.

HUBNER M.M. **Guia para elaboração de monografias e projetos de dissertação de mestrado e doutorado**. São Paulo: Pioneira, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020. Disponível em: www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/pato-branco.html. Acesso em 09 de março de 2020.

ISHIZAKA, A.; LABIB, A. Review of the main developments in the analytic hierarchy process. **Expert Systems with Applications** Elsevier Ltd., 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.eswa.2011.04.143>>

JESUS, W.L.A.; TEIXEIRA, C.F. Planejamento estadual no SUS: o caso da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n.5, p.2383-2393, 2010.

JOHNSTON, R.; CLARK, G. **Administração de operações de serviços**. São Paulo: Atlas, 2002.

KHAN, A.M.R.; PRASAD, P.N.; RAJAMANO HARANE, S. Service quality performance measurement management in corporate hospitals using analytical hierarchy process. **Int. J. Manufacturing Technology and Management**, Vol. 26, p.196-212, 2012.

LAWSHE, C.H. A quantitative approach to content validity. **Personnel Psychology**, n.28, p. 563-575, 1975.

LINS, C.F.M. et al. Desenvolvimento de Instrumentais para Avaliação da Estratégia Saúde da Família em Natal. **Psychology/Psicologia Reflexão e Crítica**, v.27, n.2, p.219-227, 2014.

MARTINS, R.J. Percepção dos Coordenadores de Saúde Bucal e Cirurgiões-Dentistas do Serviço. **Saúde Soc.** v.18, n.1, p.75-82, 2009.

MARTINS, G.A.; THEÓPHILO, C. R. **Metodologia da Investigação Científica para Ciências Sociais Aplicadas**. 3ª edição. São Paulo: Atlas, 2016.

Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788597009088/>. Acesso em: 18 jun 2020

MATOS, M.S. Aplicação do método do Lawshe para validação de itens de questionário sobre a satisfação de clientes de marcenaria. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, XXXVII, 2017. Joinville, SC, Brasil. Anais.

MEDEIROS, F.A. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. Salud Pública**, v. 12, n.3, p.402-413, 2010

MENDONÇA, K.M.P.P.; GUERRA, R.O. Desenvolvimento e validação de um instrumento de medida da satisfação do paciente com a fisioterapia. **Rev. bras. fisioter**, v. 11, n. 5, p. 369-376, 2007.

MIGUEL, P.A.C.; SALOMI, G.E. Uma revisão dos modelos para medição da qualidade em serviços. **Revista Produção**, v. 14, n. 1, p.12-30, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004. **PNASS Programa nacional de avaliação de serviços de saúde**. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass_programa_nacional_avaliacao_servicos.pdf> Acesso em 29 abr. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015. **Manual Instrutivo PMAQ para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf**. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf> Acesso em 09 mar. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica AMAQ.** Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/autoavaliacao_melhoria_acesso_qualidad_e_amaq_2ed.pdf > Acesso em 15 mar. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona.** Disponível em < <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude> > Acesso em: 18 mar. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020. Quais são os Princípios do SUS: doutrinários e organizativos! Disponível em <<http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principio-do-sus> > Acesso em: 20 jul. 2020.

MOIMAZ, S.A.S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.20, n.4, p. 1419-1440, 2010

MUNICÍPIO DE PATO BRANCO. **Secretaria Municipal de Saúde. Missão e Visão.** Disponível em < <http://www.patobranco.pr.gov.br/saude//>> Acesso em: 3 mai. 2019.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Cap.2 ¿Cuán bueno es el desempeño de los sistemas de salud?** Disponível em < http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=12000 > Acesso em 03 jun. 2019.

PAI, Y.P.; CHARY, S.T.; PAI, R.Y. Patient-perceived hospital service quality: an empirical assessment, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol. 31 No. 1, pp. 76-91. (2018). Disponível em: <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-04-2017-0064>

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, p. 1779- 1797, 2011.

PARREIRAS, R.O. (2006). **Algoritmos Evolucionários e Técnicas de Tomada de Decisão em Análise Multicritério.** Belo Horizonte: Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia Elétrica da Universidade Federal de Minas Gerais

Pato Branco (2007). Lei nº 2.862, de 13 de novembro de 2007. Súmula: Institui, reformula e estrutura o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências. Disponível em < <http://patobranco.pr.gov.br/wp-content/uploads/2014/04/2862.pdf> > Acesso em 10 nov. 2018.

PEDRO, S.; FERREIRA, P.L.; MENDES, J. Aplicação de métodos estatísticos na avaliação da satisfação dos utentes com o internamento hospitalar. **Encontros Científicos - Tourism & Management Studies**, v. 1, n. 6, p. 175-189, 2010.

PRESOTO, L.H.; WESTHAL, M.F. A participação social na atuação dos conselhos municipais de Bertioga, **Saúde e Sociedade**, v.14, n.1, p.68-77, 2005.

RIBEIRO, M. C. C.R., ALVES, A.S. Aplicação do método Analytic Hierarchy Process (AHP) com a mensuração absoluta num problema de seleção qualitativa. **Sistemas & Gestão**, v.11, n.3, p. 270-281, 2016.

RIBEIRO, M.D.A. et al. Avaliação da atuação do núcleo de apoio à saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.4, p.901-911, 2014.

RIGHI, A.W. (2009). **Avaliação da qualidade em serviços públicos de saúde – o caso da estratégia saúde da família**. Santa Maria: Dissertação de mestrado apresentada no curso de mestrado do programa de pós-graduação em engenharia de produção da Universidade Federal de Santa Maria

RIGHI, A.W. et al. Qualidade em serviços públicos de saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família. **Revista Produção Online**, v.10, n.3, p. 649- 669, 2010.

ROCHA, P.M; SÁ, A.B. Reforma da Saúde Familiar em Portugal: avaliação da implantação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.6, p.2853-2863, 2011.

ROMERO, D.M. et al. Metodologia integrada de acompanhamento de políticas públicas e situação de saúde: o SISAP-Idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 8, p.2641-2650, 2018.

SAATY, T. L. **Método de Análise Hierárquica**. São Paulo Makron Books,1991.

SAATY, T. L. Decision-making with the AHP: Why is the principal eigenvector necessary. **European Journal of Operational Research**, v. 145, n. 1, p. 85–91, 2003.

SHIRAZI, H.; KIA, R.; GHASEMI, P. Ranking of hospitals in the case of COVID-19 outbreak: A new integrated approach using patient satisfaction criteria. **International Journal of Healthcare Management**, v. 13, n. 3, p. 1-14, 2020.
Disponível em: <https://doi.org/10.1080/20479700.2020.1803622>

SILVA, F.F. et al. Seleção e ponderação de pesos de critérios: uma aplicação do método Lawshe para problemas multicriteriais. In: Simpósio de Engenharia de Produção,2., 2018. Catalão, GO, Brasil. *Anais...* ISSN 2594-410X

SILVA, M.A.; SANTOS, M.L.M.; BONILHA, L.A.S. Fisioterapia ambulatorial na rede pública de saúde de Campo Grande (MS, Brasil) na percepção dos usuários: resolutividade e barreiras. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v.18, n.48, p.75-86, 2014.

SILVA, S.F.; SOUZA, N.M.; BARRETO, J.O.M. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.11, p.4427-4438, 2014.

SLACK, N. et al. **Gerenciamento de operações e processos- princípios e prática de impacto estratégico**. Porto Alegre: Bookman, 2008.

SOUZA, A.B.; SANTOS, M.S.; CINTRA, M.A.C.T. Análise de Decisão Multicritérios (MCDA): uma revisão rápida sobre os critérios utilizados na Avaliação de Tecnologias em Saúde **J Bras Econ Saúde**, v.10, n.1, p. 64-74, 2018.

SRDJEVIC, B. Combining different prioritization methods in the analytic hierarchy process synthesis. **Computers & Operations Research**, v. 32, 1897-1919, 2005.

STEIN, W. E.; MIZZI, P. J. The harmonic consistency index for the analytic hierarchy process. **European Journal of Operational Research**, 177, 488-497, 2007.

TZENG, G.; HUANG, J. **Multiple Attribute Decision Making Methods and Applications**. Boca Raton: CRC Press, Taylor and Francis Group, 2011.

THOKALA P.; DUENAS A. Multiple criteria decision analysis for health technology assessment. **Value Health**, v.15, n.8, p.1172-81, 2012.

ULKHAQ, M.M. et al. Evaluating Hospital Service Quality: A Combination of the AHP and TOPSIS. In: ICMHI '18: 2018 2nd International Conference on Medical and Health Informatics, June 2018. Tsukuba Japan. *Anais*. ISBN: 978-1-4503-6389-1

UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ (UTFPR). **Área de concentração e linhas de pesquisa**. Disponível em <<http://www.utfpr.edu.br/patobranco/estrutura-universitaria/diretorias/dirppg/pos-graduacao/mestrados/ppgeps/conheca-o-ppgeps/area-de-concentracao-e-linhas-de-pesquisa>> Acesso em 06 mai. 2019.

VAIDYA, O. S.; KUMAR, S. Analytic hierarchy process: An overview of applications. **European Journal of Operational Research**, v. 169, n. 1, p. 1–29, 2006.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G.R.B.D. Satisfação e Responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.599-613, 2005.

VARGAS, R. Utilizando a Programação Multicritério (AHP) para Selecionar e Priorizar Projetos na Gestão de Portfólio In: **Russian Project Management Conference**, 2010. Moscow, Rússia.

VIERA, S.; HOSSNE, W.S. **Metodologia científica para área da saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001.

VERMELHO, S.C.; FIGUEIREDO, G. A percepção de secretários municipais de saúde sobre a questão do trabalho e educação na rede pública do sistema único de saúde SUS. **Saúde Soc.**, v.26, n.2, p.382-396, 2017.

WILSON, F.R.; PAN, W.; SCHUMSKY, D.A. Recalculation of the Critical Values for Lawshe's Content Validity Ratio. **Measurement and Evaluation in Counseling and Development**, v. 45, n.3, p. 197-210, 2012.

WOLFF, C.F. (2008). **O método AHP - revisão conceitual e proposta de simplificação**. Rio de Janeiro: Dissertação de mestrado apresentada no curso de mestrado do Programa de Pós graduação em Engenharia Industrial da PUC-Rio

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da pesquisa: Avaliação da satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde do município de Pato Branco-PR

Pesquisadora: Luane Paula de Souza / luane.paula@gmail.com / (46) 99130-8721.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Eduardo Gouvêa da Costa.

Local de realização da pesquisa: a definir.

Endereço, telefone do local: a definir.

A) INFORMAÇÕES AO PARTICIPANTE

1. Apresentação da pesquisa.

Você está sendo convidado a participar de um estudo para compreender a satisfação do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS). Busca-se entender quais os fatores determinantes da satisfação do usuário do SUS no município de Pato Branco-PR, e como avaliar a satisfação do usuário do SUS. O estudo pretende diagnosticar a satisfação do usuário do SUS e propor melhorias no contexto da qualidade na área da saúde, no município de Pato Branco-PR. Em síntese, a pesquisa busca contribuir para os gestores da saúde, para a sociedade e para a cidade, visando melhorias no processo de atendimento ao usuário do SUS.

2. Objetivos da pesquisa.

Avaliar a satisfação do usuário do SUS e propor melhorias no contexto da qualidade na área da saúde, tendo como estudo uma pesquisa de avaliação por meio de questionário sobre os serviços de saúde do SUS do município de Pato Branco-PR.

3. Participação na pesquisa.

Sua participação será por meio de questionário, estima-se o máximo de 30 min para o preenchimento.

4. Confidencialidade.

Os dados fornecidos serão utilizados apenas para as finalidades da pesquisa e estarão protegidos pelo sigilo.

5. Riscos e Benefícios.

5a) Riscos: Não haverá risco físico, você apenas poderá sentir-se constrangimento em relação às perguntas do questionário. Se houver constrangimento, a sua participação na entrevista poderá ser interrompida.

5b) Benefícios: Os participantes da pesquisa não obterão nenhum benefício direto. Contudo o resultado do estudo poderá proporcionar melhores serviços de saúde para a cidade.

6. Critérios de inclusão e exclusão.

6a) Inclusão: Para participar desta pesquisa é necessário que você utilize algum serviço de saúde na estrutura participante no dia da coleta e seja maior de idade, e que não esteja apresentando sinais físicos de sofrimento, tais como respiração ofegante ou fisionomia de dor.

6b) Exclusão: Usuários do SUS crianças ou incapazes de responder pelos seus atos.

7. Direito de sair da pesquisa e a esclarecimentos durante o processo.

Você tem a liberdade de não participar e pode, ainda, caso concorde em participar, interromper sua participação em qualquer fase da pesquisa sem qualquer prejuízo. Você tem liberdade de recusar ou retirar o seu consentimento a qualquer momento sem penalização. Sempre que quiser, você poderá pedir mais informações sobre o estudo contatando Luane Paula de Souza, por meio do endereço eletrônico: Luane.paula@gmail.com

Você pode assinalar o campo a seguir, para receber o resultado desta pesquisa, caso seja de seu interesse:

() quero receber os resultados da pesquisa (email para envio: _____)

() não quero receber os resultados da pesquisa.

8. Ressarcimento e indenização.

Embora sua participação no estudo não implique qualquer dispêndio financeiro ou material de sua parte, você será devidamente ressarcido de despesas comprovadamente feitas por si em função de sua participação no estudo, bem como indenizado por qualquer dano que, comprovadamente, tenha sofrido em função de sua participação, de acordo com o disposto na Resolução 466/2012 – CNS.

ESCLARECIMENTOS SOBRE O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA:

O Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEP) é constituído por uma equipe de profissionais com formação multidisciplinar que está trabalhando para assegurar o respeito aos seus direitos como participante de pesquisa. Ele tem por objetivo avaliar se a pesquisa foi planejada e se será executada de forma ética. Se você considerar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você foi informado ou que você está sendo prejudicado de alguma forma, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (CEP/UTFPR). **Endereço:** Av. Sete de Setembro, 3165, Bloco N, Térreo, Bairro Rebouças, CEP 80230-901, Curitiba-PR, **Telefone:** (41) 3310-4494, **e-mail:** coep@utfpr.edu.br.

B) CONSENTIMENTO

Eu declaro ter conhecimento das informações contidas neste documento e ter recebido respostas claras às minhas questões a propósito da minha participação direta na pesquisa e, adicionalmente, declaro ter compreendido o objetivo, a

natureza, os riscos, benefícios, ressarcimento e indenização relacionados a este estudo.

Após reflexão e um tempo razoável, eu decidi, livre e voluntariamente, participar deste estudo. Estou consciente que posso deixar o projeto a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Nome Completo: _____
 RG: _____ Data de Nascimento: ___/___/____ Telefone: _____
 Endereço: _____
 CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____
 Data: ___/___/____

Assinatura:

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

Nome completo: Luane Paula de Souza

Assinatura pesquisador (a): _____ Data: ___/___/___

Para todas as questões relativas ao estudo ou para se retirar do mesmo, poderão se comunicar com Luane, via /e-mail: luane.paula@gmail.com ou telefone: (46) 99130-8721.

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa que envolve seres humanos para denúncia, recurso ou reclamações do participante pesquisado:

Comitê de Ética em Pesquisa que envolve seres humanos da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (CEP/UTFPR)

Endereço: Av. Sete de Setembro, 3165, Bloco N, Térreo, Rebouças, CEP 80230-901, Curitiba-PR, **Telefone:** 3310-4494, **E-mail:** coep@utfpr.edu.br

OBS: este documento deve conter 2 (duas) vias iguais, sendo uma pertencente ao pesquisador e outra ao participante da pesquisa.

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista com respondentes do Questionário do Pré-Teste

Roteiro de Entrevista com respondentes do Questionário do Pré-Teste

| | |
|--|--|
| Abertura: | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Agradecer pelo tempo disponibilizado para a entrevista; 2. Informar o caráter sigiloso do respondente; 3. Explicar o objetivo da pesquisa, esclarecendo que este se trata de um teste piloto. 4. Solicitar assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. | |
| Categorias de análise | Pauta |
| A.1 Clareza | Você entendeu todas as perguntas do questionário? |
| A.2 Opção de resposta | Você julga que as respostas continham a opção desejada para marcação? |
| A.3 Tempo de preenchimento | Você julga que demorou muito tempo para responder a todas as questões? |
| A.4 Exaustão | Você se sentiu cansado para responder todas as questões? |
| A.5 Constrangimento | Você sentiu-se constrangido com alguma pergunta? |
| A.6 Sugestões | Você tem alguma sugestão em relação ao questionário? |

APÊNDICE C – Instrumento a ser utilizado na validação do questionário pelos especialistas

Consulta aos especialistas sobre o questionário: Questionário da Satisfação do Usuário no SUS (QSU/ SUS)

Prezado, você será convidado a contribuir, de forma anônima, com a elaboração de um questionário com 27 perguntas para avaliação da satisfação do usuário dos serviços do SUS no município de Pato Branco. Para tanto, leia cada item proposto e assinale a opção que lhe parece a mais adequada nas categorias: “essencial”; “útil, mas não essencial” ou “não é necessário”.

Abaixo, segue um quadro como modelo de preenchimento.

- 1) XX?- Você considera essa pergunta:
 essencial
 útil, mas não essencial
 não é necessária

Obrigada pela sua contribuição!

- 1) Foi fácil chegar até o lugar onde está o serviço que você precisa para o seu atendimento? (lotação, estacionamento, distância) Você considera essa pergunta:
 essencial
 útil, mas não essencial
 não é necessário
- 2) O prédio onde está o serviço está em boas condições? (pintura de paredes, funcionamento de portas e janelas, piso sem buraco) Você considera essa pergunta:
 essencial
 útil, mas não essencial
 não é necessário
- 3) Você foi atendido em um local confortável? (condições das camas, cadeiras, ventilação, iluminação) Você considera essa pergunta:
 essencial
 útil, mas não essencial
 não é necessário
- 4) Você consegue se deslocar em todas as partes do prédio? (presença de degraus, escadas, portas estreitas) Você considera essa pergunta:
 essencial
 útil, mas não essencial
 não é necessário
- 5) A limpeza do lugar é adequada? (salas, consultórios, banheiros) Você considera essa pergunta:
 essencial
 útil, mas não essencial
 não é necessário
- 6) Você foi atendido rapidamente na recepção? Você considera essa pergunta:
 essencial
 útil, mas não essencial
 não é necessário

- 7) O(s) funcionário(s) da recepção trataram você bem quando chegou? Você considera essa pergunta:
-) essencial
 -) útil, mas não essencial
 -) não é necessário
- 8) O(s) funcionário(s) da recepção sabiam para onde encaminhar o seu caso? Você considera essa pergunta:
-) essencial
 -) útil, mas não essencial
 -) não é necessário
- 9) O(s) profissional(is) de saúde parece estar disposto a ajudar você? Você considera essa pergunta:
-) essencial
 -) útil, mas não essencial
 -) não é necessário
- 10) O profissional de saúde cumprimentou você antes da consulta? Você considera essa pergunta:
-) essencial
 -) útil, mas não essencial
 -) não é necessário
- 11) O profissional de saúde que atendeu você teve interesse em saber sobre sua queixa? Você considera essa pergunta:
-) essencial
 -) útil, mas não essencial
 -) não é necessário
- 12) O profissional de saúde que atendeu você respondeu as suas dúvidas de forma clara? Você considera essa pergunta:
-) essencial
 -) útil, mas não essencial
 -) não é necessário
- 13) O profissional de saúde que atendeu você explicou sobre sua condição de saúde? Você considera essa pergunta:
-) essencial
 -) útil, mas não essencial
 -) não é necessário
- 14) O profissional de saúde que atendeu você explicou sobre os exames/procedimentos que precisam ser realizados? Você considera essa pergunta:
-) essencial
 -) útil, mas não essencial
 -) não é necessário
- 15) O profissional de saúde que atendeu você explicou sobre os medicamentos que você precisa? Você considera essa pergunta:
-) essencial
 -) útil, mas não essencial
 -) não é necessário
- 16) O profissional de saúde que atendeu você o examinou? Você considera essa pergunta:
-) essencial
 -) útil, mas não essencial
 -) não é necessário

17) O profissional de saúde que atendeu você foi respeitoso? Você considera essa pergunta:

-) essencial
-) útil, mas não essencial
-) não é necessário

18) Durante a sua consulta você foi atendido em uma sala sozinho? (alguém entrou sem ser chamado) Você considera essa pergunta:

-) essencial
-) útil, mas não essencial
-) não é necessário

19) Durante a realização de seu exame/procedimento você ficou em uma sala sozinho? (alguém viu você sem ser necessário) Você considera essa pergunta:

-) essencial
-) útil, mas não essencial
-) não é necessário

20) Qual a nota que você dá para o tempo que demorou para marcar a consulta? Você considera essa pergunta:

-) essencial
-) útil, mas não essencial
-) não é necessário

21) Qual a nota que você dá para o tempo de espera na recepção até ser atendido? Você considera essa pergunta:

-) essencial
-) útil, mas não essencial
-) não é necessário

22) Qual a nota que você dá para o tempo de espera para realizar um exame/procedimento? Você considera essa pergunta:

-) essencial
-) útil, mas não essencial
-) não é necessário

23) Qual a nota que você dá para duração de tempo da consulta? Você considera essa pergunta:

-) essencial
-) útil, mas não essencial
-) não é necessário

24) Você acha que o (s) profissional(is) de saúde que atendeu você sabia resolver o seu caso? Você considera essa pergunta:

-) essencial
-) útil, mas não essencial
-) não é necessário

25) Você acha que o (s) profissional(is) de saúde que atendeu você sabia realizar os exames/procedimentos? Você considera essa pergunta:

-) essencial
-) útil, mas não essencial
-) não é necessário

26) Você indicaria esse serviço de saúde para familiares e amigos? Você considera essa pergunta:

-) essencial
-) útil, mas não essencial
-) não é necessário

27) Você retornaria a esse local em busca de serviços de saúde? Você considera essa pergunta:

- essencial
- útil, mas não essencial
- não é necessário

APÊNDICE D – Questionário Satisfação Usuário do SUS: QSU/SUS

Avaliação da Satisfação do Usuário no SUS
Questionário de Satisfação do Usuário no SUS: QSU/SUS

Instruções:

Este questionário faz parte de uma pesquisa desenvolvida pela Universidade Federal Tecnológica do Paraná e tem por objetivo saber a sua opinião sobre o atendimento recebido no Sistema Único de Saúde. Para isso, o questionário não será identificado e perguntará a sua opinião sobre como foi o atendimento que você recebeu por parte do Sistema Único de Saúde. Não existe uma resposta certa, e sim a resposta que mais identifica a sua opinião. Por favor, responda a todas as 27 questões, para isso, **faça uma marcação na alternativa** que melhor representa o seu julgamento. As respostas poderão ter as seguintes opções de marcação: notas de 1 a 5. Onde: 1 representa a pior condição ou a nota mais baixa, e 5 representa a melhor condição ou a nota mais alta.

| 1☹ | 2 | 3☺ | 4 | 5☺ |
|-----------|--------------------|------------|--------------------|-------------|
| Pior nota | Nota intermediária | Nota Média | Nota intermediária | Melhor nota |

Obrigada pela sua participação!

| Infraestrutura: | 1☹ | 2 | 3☺ | 4 | 5☺ |
|--|----|---|----|---|----|
| Foi fácil chegar até o lugar onde está o serviço que você precisa para o seu atendimento? (lotação, estacionamento, distância) | | | | | |
| O prédio onde está o serviço está em boas condições? (pintura de paredes, funcionamento de portas e janelas, piso sem buraco) | | | | | |
| Você foi atendido em um local confortável? (condições das camas, cadeiras, ventilação, iluminação) | | | | | |
| Você consegue se deslocar em todas as partes do prédio? (presença de degraus, escadas, portas estreitas) | | | | | |
| A limpeza do lugar é adequada? (salas, consultórios, banheiros) | | | | | |
| Recepção e Acolhimento: | 1☹ | 2 | 3☺ | 4 | 5☺ |
| Você foi atendido rapidamente na recepção? | | | | | |
| O(s) funcionário(s) da recepção trataram você bem quando chegou? | | | | | |
| O(s) funcionário(s) da recepção sabiam para onde encaminhar o seu caso? | | | | | |
| Cortesia, Dignidade e Respeito | 1☹ | 2 | 3☺ | 4 | 5☺ |
| O(s) profissional(is) de saúde pareceu estar disposto a ajudar você? | | | | | |
| O profissional de saúde cumprimentou você antes da consulta? | | | | | |
| O profissional de saúde que atendeu você teve interesse em saber sobre sua queixa? | | | | | |

| | | | | | |
|---|----|---|----|---|----|
| O profissional de saúde que atendeu você respondeu as suas dúvidas de forma clara? | | | | | |
| O profissional de saúde que atendeu você explicou sobre sua condição de saúde? | | | | | |
| O profissional de saúde que atendeu você explicou sobre os exames/procedimentos que precisam ser realizados? | | | | | |
| O profissional de saúde que atendeu você explicou sobre os medicamentos que você precisa? | | | | | |
| O profissional de saúde que atendeu você o examinou? | | | | | |
| O profissional de saúde que atendeu você foi respeitoso? | | | | | |
| Privacidade | 1☹ | 2 | 3☺ | 4 | 5☺ |
| Durante a sua consulta você foi atendido em uma sala sozinho? (alguém entrou sem ser chamado) | | | | | |
| Durante a realização de seu exame/procedimento você ficou em uma sala sozinho? (alguém viu você sem ser necessário) | | | | | |
| Tempo | 1☹ | 2 | 3☺ | 4 | 5☺ |
| Qual a nota que você dá para o tempo que demorou para marcar a consulta? | | | | | |
| Qual a nota que você dá para o tempo de espera na recepção até ser atendido? | | | | | |
| Qual a nota que você dá para o tempo de espera para realizar um exame/procedimento? | | | | | |
| Qual a nota que você dá para duração de tempo da consulta? | | | | | |
| Confiança e Segurança | 1☹ | 2 | 3☺ | 4 | 5☺ |
| O quanto você acha que o(s) profissional(is) de saúde que atendeu você sabia resolver o seu caso? | | | | | |
| O quanto você acha que o(s) profissional(is) de saúde que atendeu você sabia realizar os exames/procedimentos? | | | | | |
| Recomendações do serviço de saúde | 1☹ | 2 | 3☺ | 4 | 5☺ |
| O quanto você indicaria esse serviço de saúde para familiares e amigos? | | | | | |
| O quanto você retornaria a esse local em busca de serviços de saúde? | | | | | |