



**LUCIANA FERNANDES VOLPATO**

**UTILIZAÇÃO DE UMA FERRAMENTA PARA ANÁLISE DA  
QUALIDADE NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE**

**PIRACICABA**

**2014**





**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**

**FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

**LUCIANA FERNANDES VOLPATO**

**UTILIZAÇÃO DE UMA FERRAMENTA PARA ANÁLISE DA  
QUALIDADE NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE**

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Doutora em Odontologia, na Área de Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim

Este exemplar corresponde à versão final da tese defendida por Luciana Fernandes Volpato e orientada pelo Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim.

---

Assinatura do Orientador

PIRACICABA

2014

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba  
Marilene Girello - CRB 8/6159

V888u Volpato, Luciana Fernandes, 1974-  
Utilização de uma ferramenta para análise da qualidade nos serviços públicos de saúde / Luciana Fernandes Volpato. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Marcelo de Castro Meneghim.  
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Qualidade da assistência à saúde. 2. Organização social. 3. Gestão da qualidade. I. Meneghim, Marcelo de Castro, 1965-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Use of a tool for analysis of quality public health services

**Palavras-chave em inglês:**

Quality of health care

Social organization

Quality management

**Área de concentração:** Saúde Coletiva

**Titulação:** Doutora em Odontologia

**Banca examinadora:**

Marcelo de Castro Meneghim [Orientador]

Silvia Amélia Scudeler Vedovello

Luciane Zanin de Souza

Antonio Carlos Pereira

Glaucia Maria Bovi Ambrosano

**Data de defesa:** 24-02-2014

**Programa de Pós-Graduação:** Odontologia



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**  
**Faculdade de Odontologia de Piracicaba**



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de Doutorado, em sessão pública realizada em 24 de Fevereiro de 2014, considerou a candidata LUCIANA FERNANDES VOLPATO aprovada.

Prof. Dr. MARCELO DE CASTRO MENEGHIM

Profa. Dra. SILVIA AMÉLIA SCUDELER VEDOVELLO

Profa. Dra. LUCIANE ZANIN DE SOUZA

Prof. Dr. ANTONIO CARLOS PEREIRA

Profa. Dra. GLÁUCIA MARIA BOVI AMBROSANO



## RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) assegurou a todo cidadão o direito a serviços de saúde eficientes e de qualidade. Entretanto, a eficiência e a qualidade dos serviços são questionadas, pois diversas pessoas, carentes de cuidados e de uma assistência adequada, têm permanecido a espera de atendimento devido à falta de vagas para consultas e número insuficiente de profissionais. Diante das dificuldades na saúde pública e com a finalidade de obter serviços mais qualificados, em outubro de 1995, foi apresentada a proposta da Reforma Administrativa do Sistema de Saúde do Brasil, mencionando que os serviços públicos poderiam ser transformados em organizações sociais (OS). Como parte do processo de gestão, o planejamento da qualidade é essencial para a obtenção de serviços eficientes e qualificados, desta forma a ferramenta Desdobramento da Função Qualidade (QFD) foi selecionada para analisar a qualidade dos serviços prestados nas Unidades de Saúde da Família (USF). O presente estudo foi apresentado em formato alternativo e consiste em três capítulos. O capítulo 1 teve como objetivo verificar a percepção dos usuários e dos profissionais sobre a qualidade nos serviços de saúde, através de uma revisão sistemática. Os resultados mostraram que a atenção básica foi objeto de aplicação da análise na maioria dos estudos e a percepção dos usuários, a mais aferida. Concluiu-se que na atenção básica, a boa relação profissional-usuário, o número adequado de profissionais e as boas condições na estrutura física foram itens comuns aos usuários e profissionais. A média complexidade apresentou o item facilidade para agendar consulta comum à percepção dos usuários e dos profissionais. A boa relação profissional-usuário foi comum à percepção dos usuários e dos profissionais na alta complexidade. O objetivo do Capítulo 2 foi analisar a qualidade em quatro USF gerenciadas por uma OS, através da percepção dos usuários e dos profissionais, utilizando a ferramenta QFD. Os resultados revelaram, segundo a percepção dos usuários, a necessidade de aperfeiçoamento nos itens: facilidade para agendar consultas na USF, atendimento cordial, atencioso e rápido, diminuir a rotatividade profissional, pontualidade no atendimento médico e motivação profissional. Para os profissionais, os requisitos necessários para a melhoria do serviço, foram: educação continuada, incentivo profissional e financeiro e necessidade de diminuir o número de

famílias cadastradas. As OS foram criadas para fornecer serviços de saúde mais eficientes e de qualidade, e, desta forma, satisfazer as necessidades dos seus usuários. Entretanto, este fato não foi comprovado na pesquisa. O Capítulo 3 apresentou como objetivo avaliar o acesso em oito USF, gerenciadas ou não por uma OS, através da perspectiva dos usuários e dos profissionais, utilizando o QFD. Os resultados mostraram que nas USF gerenciadas pela OS, o item mais relevante aos usuários foi a facilidade para agendar consultas na unidade. Nas USF não gerenciadas pela OS, a facilidade para agendar consultas no serviço especializado e na unidade foi referida como o item mais importante. Concluiu-se que as USF gerenciadas pela OS não obtiveram melhores resultados na qualidade do acesso quando comparado as USF não gerenciadas pela OS.

Palavras-chave: Qualidade da assistência à saúde; Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde; Organização social; Gestão da qualidade.

## ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) assured to every citizen the right to efficient health services and quality. However, the efficiency and quality of service are questioned because several people, lacking adequate care and assistance, have remained awaiting care due to lack of vacancies for consultations and insufficient number of professionals. Against difficulties in public health and in order to more qualified services in October 1995, the proposal of the Health System Administrative Reform was presented Brazil, stating that public services could be transformed into social organizations (OS). As part of the management process, quality planning is essential for obtaining more efficient and skilled and thus services, Function Deployment tool Quality (QFD) was selected to analyze the quality of service in Unit Family Health (USF). This study was presented in an alternative format and consists of three chapters. Chapter 1 aimed to determine the perceptions of users and professionals on quality in health services through a systematic review. The results showed that primary care was the object of analysis application in most studies and the perception of users, more measured. It was concluded that in primary care, a good professional -user relationship, the appropriate number of professional and good conditions in the physical structure were common to users and professional items. The average complexity presented the item to easily schedule common query to the perception of users and professionals. A good professional-user relationship was the common perception of users and professionals of high complexity. The aim of Chapter 2 was to assess quality in four USF managed by an OS, through the perception of users and professionals, using the QFD tool. The results showed, as perceived by the users, the need for improvement in the items: facility to schedule appointments at USF, friendly, attentive and quick service, lower staff turnover, punctuality in medical and professional motivation. For professionals, necessary for the improvement of the service requirements were: continuing education, professional and financial incentives and the need to reduce the number of registered families. The OS was created to provide more efficient and quality health services, and thus meet the needs of its users. However, this fact has not been proven in research. Chapter 3 presented to evaluate access in eight USF, managed by an OS or not, from the perspective

of users and professionals, using QFD. The results showed that the USF managed by the OS, the most important item was the users the facility to schedule appointments in the unit. In USF unmanaged by the OS, the facility to schedule appointments in specialized service and drive was reported as the most important item. It was concluded that USF managed by the OS did not obtain better results in the quality of access compared the USF not managed by the OS.

Keywords: Quality of health care; Health care quality, access, and evaluation; Social Organization; Quality management.

## SUMÁRIO

<b>DEDICATÓRIA.....</b>	<b>xiii</b>
<b>AGRADECIMENTOS.....</b>	<b>xv</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 1: Avaliação da qualidade nos serviços públicos de saúde baseada na percepção dos usuários e dos profissionais.....</b>	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO 2: Aplicação de uma ferramenta de qualidade em Unidades de Saúde da Família gerenciadas pela organização social.....</b>	<b>29</b>
<b>CAPÍTULO 3: Avaliação do acesso por meio de uma ferramenta de qualidade em USF gerenciadas ou não pela Organização Social.....</b>	<b>55</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>79</b>



**Dedico este trabalho**

À Julia, minha filha, o presente mais lindo  
e mais precioso que recebi de Deus

Ao meu esposo Luiz, pelo carinho, incentivo e força  
constantes durante toda a jornada

Aos meus pais, Dolores e  
Flavio, pelo amor e apoio incondicional



## **Agradecimentos**

À Universidade Estadual de Campinas, na pessoa do Magnífico Reitor, Prof. Dr. José Tadeu Jorge.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp, na pessoa do Senhor Diretor, Prof. Dr. Jacks Jorge Júnior.

À Profa. Dra. Renata Cunha Matheus Rodrigues Garcia, Coordenadora dos cursos de Pós-Graduação da FOP- UNICAMP.

Ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, na pessoa da Coordenadora, Profa. Dra. Cinthia Pereira Machado Tabchoury.

Ao Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira pela possibilidade de cursar a Pós-Graduação nesta conceituada instituição.

Aos Professores Doutores Glaucia Maria Bovi Ambrosano, Elaine Pereira da Silva Tagliaferro, Rosana de Fátima Possobon, Fábio Luiz Mialhe, Dagmar de Paula Queluz, Antonio Carlos Pereira, Silvia Vedovello e Luciane Zanin de Souza por participarem como membros da Banca de Pré-Qualificação, Qualificação e Defesa deste trabalho e por contribuírem com sugestões e correções.

A Secretária Eliana Aparecida Mônico Nogueira do Departamento de Odontologia Social da FOP-Unicamp pela convivência agradável, pela ajuda em várias situações.

A Secretária do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Maria Elisa dos Santos pela disposição, delicadeza e paciência.

À Fapesp pelo apoio financeiro, concedendo Bolsa de Doutorado, durante o desenvolvimento deste estudo.

As Prefeituras Municipais de Piracicaba e de São Paulo, Organização Social de Atenção Básica à Saúde Santa Marcelina pela oportunidade de realizar a coleta de dados nas Unidades de Saúde da Família.

Aos usuários e aos profissionais das Unidades de Saúde da Família, agradeço imensamente a disponibilidade em participar da pesquisa e a cooperação, pois sem vocês esta pesquisa não seria realizada.

### **Agradecimentos especiais**

A Deus, fonte de todo o bem e amor incondicional. A sua suprema sabedoria e inspiração me conduziram neste caminho.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim, pelos conhecimentos transmitidos e paciência na orientação desta pesquisa, pelo apoio, incentivo e compreensão, todo meu respeito e gratidão.

A minha filha Julia, obrigada pelo seu amor e pelo seu sorriso nos momentos de tensão. Obrigada por existir e tornar minha vida muito mais feliz.

Ao meu esposo Luiz Cândido Martins, pelo carinho, apoio e incentivo à vida acadêmica. Obrigada pelos sábios conselhos, agradeço a Deus por ter ao meu lado uma pessoa tão especial.

Aos meus pais, Dolores e Flavio Volpato, pelo amor, apoio e incentivo, e, principalmente pelo exemplo de dedicação e coragem.

## INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo a Constituição Federal de 1988, assegurou, a todo cidadão, o direito a serviços de saúde eficientes e de qualidade. Ao se tornar um direito, a saúde teve seu acesso ampliado à população, mas a qualidade dos serviços prestados é questionada constantemente, uma vez que diversas pessoas, carentes de cuidados e de uma assistência com qualidade, têm permanecido a espera de atendimento devido à falta de vagas para consultas e número insuficiente de profissionais (Martha et al., 2011; Volpato et al., 2010; Roncalli, 2003).

Diante das dificuldades dos serviços públicos de saúde e para a obtenção de serviços mais eficientes e qualificados, em outubro de 1995, no primeiro mandato do governo de Fernando Henrique Cardoso, o ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, Luiz Carlos Bresser Pereira, apresentou a proposta de Reforma Administrativa do Sistema de Saúde do Brasil, contendo os seguintes pressupostos: a descentralização permitiria melhor controle da qualidade e dos custos dos serviços prestados, a descentralização favorece o controle social por parte da comunidade, sistema de encaminhamento via postos de saúde evita internações hospitalares desnecessárias, a responsabilização do município é mais eficiente e fortalece a auditoria dos poderes federal e estadual, a participação e o controle social em nível municipal são mais efetivos na medida em que asseguram o acesso dos usuários ao sistema e esse controle é fortalecido pelos Conselhos Municipais de Saúde (Carneiro Junior e Elias, 2006).

A proposta foi concluída com a indicação das organizações sociais (OS) como um lócus operacional da reforma. Desta forma, os serviços públicos de saúde podem ser transformados em OS, ou seja, entidades públicas não-estatais de direito privado com autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com o poder executivo e participar do orçamento federal, estadual ou municipal (Modesto, 1997).

As OS foram criadas com a finalidade de transferir certas atividades exercidas pelo poder público para o privado, sem necessidade de concessão ou permissão. Portanto, possuem maior flexibilidade gerencial com relação à compra de insumos e materiais, à contratação e dispensa de recursos humanos, à gestão financeira dos recursos, além de

estimular a implantação de uma gestão que priorize resultados, satisfação dos usuários e qualidade dos serviços prestados (Ibañez e Vecina Neto, 2007). O pressuposto é que os serviços de saúde seriam mais eficientes se operacionalizados pelo setor público não-estatal, uma vez que as OS teriam maior autonomia administrativa e financeira.

Modesto (1997) cita que as OS em sua gestão podem: a) contratar pessoal sem concurso público, seguindo as normas do mercado de trabalho, adotando a CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), b) adotar normas próprias para compras e contratos, c) receber recursos orçamentários do governo através dos Contratos de Gestão, d) ser dirigidas por um Conselho de administração composto de 20 a 40 % de representantes do poder público, 20 a 40% de representantes da sociedade civil, 20 a 40% eleitos pelos demais integrantes do conselho e 10% indicados ou eleitos.

O vínculo entre a OS e o poder público é estabelecido através de um contrato de gestão, ou seja, instrumento jurídico de parceria entre o setor público e o privado no qual são fixados direitos e obrigações para a realização de objetivos de interesse comum. Este contrato menciona as atribuições, responsabilidades e obrigações do poder público e da OS, mas também devem especificar o programa de trabalho proposto, a fixação das metas a serem atingidas e os respectivos prazos de execução, os critérios objetivos de avaliação de desempenho, mediante indicadores de qualidade e produtividade (Carneiro Junior e Elias, 2006).

O descumprimento dos indicadores de qualidade e produtividade, das metas a serem alcançadas e prazos de execução, pode ocasionar a substituição dos diretores ou até a cassação do título de OS pelo poder público. Deste modo, o contrato de gestão é o instrumento do controle a ser exercido pelo Estado sobre a atuação da OS.

Como parte do processo de gestão, o planejamento da qualidade é essencial aos serviços de saúde, seja gerenciado pela OS ou pelo município, uma vez que objetiva maior eficiência e efetividade dos serviços, podendo ser analisada através das percepções e necessidades dos usuários e dos profissionais.

Uma ferramenta que pode ser selecionada para auxiliar no planejamento da qualidade nos serviços de saúde é o Quality Function Deployment (QFD), traduzida como Desdobramento da Função Qualidade, metodologia que planeja a qualidade baseando-se na

satisfação dos usuários, com envolvimento dos profissionais (Miguel e Weidmann, 1999) e da instituição (Chaplin et al., 1999; Porto, 1999).

Esta metodologia foi desenvolvida no Japão por Yoji Akao e Shiguro Mizuno, entre 1960 e 1965, período de grande crescimento da indústria automobilística japonesa, e em decorrência disso, eram realizadas constantes alterações nos modelos e lançamento de novos veículos, proporcionando a necessidade de um método que garantisse a qualidade do produto desde a fase inicial do projeto (Cheng et al., 1995; Akao, 1996). Em virtude da elevada concorrência mundial, a ferramenta passou a ser utilizada nos Estados Unidos e Europa, na década de 80, e no Brasil, na década de 90 (Carnevalli et al., 2004).

O QFD utiliza ferramentas e matrizes, deste modo, a construção da “Casa da Qualidade” é um dos aspectos mais importante (Chaplin et al., 1999), uma vez que correlaciona os requisitos aspirados pelos usuários com as características do serviço necessárias para satisfazer os profissionais, possibilitando estabelecer metas, sanar as barreiras inerentes à organização e auxiliar no processo de planejamento dos serviços (Cheng et al., 1995; Miguel e Weidmann, 1999; Chan e Wu, 2002).

Primeiramente, a ferramenta foi implantada nas indústrias e atualmente está presente em segmentos voltados à prestação de serviços de saúde, principalmente hospitais e serviços de enfermagem (Einspruch et al., 1996; Matsuda et al., 2000; Tengan, 2008), comprovando a viabilidade da aplicação dessa ferramenta na área da saúde (Curry e Herbert, 1998; Volpato et al., 2010).

Este estudo utilizou a ferramenta QFD para analisar a qualidade dos serviços nas Unidades de Saúde da Família (USF), gerenciadas por uma OS e por um município. Esta pesquisa se justifica pela carência de estudos que abordam a qualidade dos serviços prestados nas USF gerenciadas por uma OS e, também, pela ausência de estudos que confrontam a qualidade dos serviços nas USF gerenciadas por uma OS e nas USF gerenciadas por um município.

O presente estudo foi apresentado em formato alternativo conforme deliberação da Comissão Central de Pós-Graduação (CCPG/01/2008) da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP e consiste em três capítulos, cujos objetivos foram: verificar a percepção dos usuários e dos profissionais na avaliação da qualidade nos serviços públicos

de saúde, através de uma discussão sistemática (Capítulo 1). Analisar a qualidade nas USF gerenciadas por uma organização social, utilizando o Desdobramento da Função Qualidade (QFD) (Capítulo 2). Analisar o acesso nas USF, gerenciadas ou não por uma organização social, através da perspectiva dos usuários, utilizando a ferramenta Desdobramento da Função Qualidade (QFD) (Capítulo 3).

## CAPÍTULO 1

### **Avaliação da qualidade dos serviços públicos de saúde baseada na percepção dos usuários e dos profissionais\***

(Artigo submetido à Revista da Faculdade de Odontologia - Universidade de Passo Fundo)

Luciana Fernandes Volpato - Doutoranda em Saúde Pública no Departamento de Odontologia Social na Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/UNICAMP, Piracicaba/SP/Brasil.

Marcelo de Castro Meneghim - Professor Doutor junto ao Departamento de Odontologia Social na Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/UNICAMP, Piracicaba/SP/Brasil.

Luiz Cândido Martins - Professor Doutor, Programa de Pós-Graduação em Educação na Universidade Metodista de Piracicaba – UNIMEP, Piracicaba/SP/Brasil.

Antonio Carlos Pereira - Professor Doutor junto ao Departamento de Odontologia Social na Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/UNICAMP, Piracicaba/ SP/ Brasil.

O presente trabalho está vinculado ao Departamento de Odontologia Social, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/UNICAMP.

Autor responsável pela correspondência:

Luciana Fernandes Volpato

Avenida Limeira, 901 Caixa Postal 52 - Piracicaba - SP CEP 13414-903

E-mail: lucianavopato@superig.com.br

---

\* De acordo com as normas da “Revista da Faculdade de Odontologia Universidade Passo Fundo”.

## **Resumo**

O SUS assegurou a universalização do direito a serviços de saúde eficientes, tornando a busca pela qualidade um desafio permanente. Para isso, a percepção dos usuários e dos profissionais é importante para avaliar a qualidade dos serviços de saúde, seja na atenção primária, secundária ou terciária. Este estudo levanta a hipótese de uma limitação nas pesquisas sobre a qualidade dos serviços públicos de saúde no Brasil, pois enfatizam a percepção dos usuários, deixando os profissionais em um plano de relevância inferior. O objetivo deste estudo foi verificar a percepção dos usuários e profissionais na avaliação da qualidade nos serviços públicos de saúde, através de uma revisão sistemática. Foi realizada uma busca nas bases bibliográficas Medline, Lilacs e Scielo, no período de 1990 a 2013, utilizando as palavras-chave: qualidade em serviços de saúde, satisfação do usuário, satisfação dos consumidores, satisfação no emprego e trabalhadores de saúde. Os resultados mostraram que a atenção primária foi objeto de aplicação da análise na maioria dos estudos, a região Sudeste predominou como local de pesquisa, o método de pesquisa quantitativo foi o mais utilizado e a percepção dos usuários, a mais aferida. Concluiu-se que na atenção primária, a boa relação profissional-usuário, o número adequado de profissionais e as boas condições na estrutura física foram características de qualidade comuns aos usuários e profissionais. A atenção secundária apresentou o item facilidade para agendar consulta comum à percepção dos usuários e dos profissionais. A boa relação profissional-usuário foi comum à percepção dos usuários e profissionais na atenção terciária.

**Palavras-chave:** Indicadores de qualidade em assistência à saúde, Qualidade da assistência à saúde, Satisfação dos consumidores, Satisfação no emprego, Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde.

## **Abstract**

The SUS has assured the universalization of the right to health services efficient, making the search for quality a permanent challenge. In this challenge, the perception of users and professionals is important to assess the quality of health services, in primary care, secondary or tertiary. The objective was to verify evidence capable of sustaining the limitations of research on quality in the public health services, through a systematic discussion. It was performed a search in bibliographic databases Medline, Lilacs and Scielo, in the period from 1990 to 2013, using the keywords: quality in health services, user satisfaction, consumer satisfaction, job satisfaction and health workers. The results showed that the primary attention has been object of analysis application in most studies, the Southeast region predominated as local search, the method of quantitative research was the most used and the perception of the users, the more measured. It was concluded that in primary care, the good professional relationship-user, adequate number of professionals and maintenance of the site were characteristics of quality common to users and professionals. The secondary care presented the item easy to schedule consultation common perception of users and professionals. The good professional relationship-user was the common perception of users and professionals in tertiary care.

**Keywords:** Quality Indicators, Health Care; Quality of Health Care; Consumer Satisfaction; Job Satisfaction; Quality Assurance, Health Care.

## INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, assegurou a todo cidadão o direito a serviços de saúde eficientes e de qualidade. Ao se tornar um direito, a saúde teve seu acesso ampliado à população, mas a eficiência e a qualidade dos serviços prestados são questionadas constantemente mostrando sua ineficácia e ineficiência através das imensas filas e dos atendimentos em macas espalhadas pelos corredores<sup>1,2,3</sup>.

Diante das dificuldades da saúde pública o Governo Federal desenvolveu o Programa Mais Médicos, em 2013, com a intenção de ampliar o número de médicos na atenção básica das periferias de grandes cidades e municípios do interior do país, onde há escassez e ausência de profissionais. Os médicos com diploma no Brasil tiveram prioridade e as vagas remanescentes foram oferecidas, primeiramente aos brasileiros graduados no exterior e, em seguida, aos estrangeiros. Antes de iniciar as atividades, os médicos estrangeiros foram avaliados e supervisionados por universidades federais, de todas as regiões do País que se inscreveram no programa, e começaram a atuar com autorização profissional provisória, restrita à atenção básica e nas regiões onde foram alocados pelo programa.

Trava-se, atualmente, um debate de importante proporção e alcance político entre os Conselhos de Medicina (Regional e Federal) e o Governo, pelo fato dos médicos estrangeiros, já presentes no país, terem sido isentos do exame Revalida. Muitos Conselhos de Medicina estão negando aos médicos estrangeiros credenciais que os habilitem ao desenvolvimento de suas funções. Não se pretende, neste estudo, o juízo de mérito, senão a constatação do fato e a evidência das dificuldades dos serviços públicos de saúde no Brasil,

seja pela falta de estrutura física, falta de profissionais e condições dignas de trabalho para estes.

Nos serviços públicos de saúde, a busca pela qualidade se faz necessária devido às profundas desigualdades sociais, péssimas condições de vida e de saúde da população, má alocação dos recursos, a ineficiência, os custos crescentes e a desigualdade nas condições de acesso dos usuários<sup>4,5</sup>.

A avaliação, compreendida como parte do processo de gestão, objetiva maior eficiência e efetividade dos serviços, considerando os usuários e os profissionais através de suas percepções e necessidades<sup>2,6</sup>.

Avaliar a satisfação dos usuários é fundamental para a gestão dos serviços, pois podem indicar decisões estratégicas e operacionais que venham a influenciar na qualidade dos serviços prestados pelo sistema de saúde. Estas avaliações expressam uma resposta efetiva de que o cuidado possui certos atributos que podem ser avaliados pelos usuários<sup>7,8,9</sup>.

A qualidade dos serviços de saúde depende da responsabilidade do profissional e da sua experiência, do seu compromisso com a organização, com os usuários e com as atividades que desenvolve<sup>2,10</sup>. Diante disso, é necessário averiguar as necessidades e expectativas dos profissionais, sua satisfação com o trabalho e sua visão dos usuários, uma vez que na organização de serviços há uma relação de troca entre os sujeitos e este relacionamento refletirá na qualidade do serviço<sup>11,12</sup>.

Assim, a percepção dos usuários sobre os serviços de saúde permite avaliar sua relação com o profissional, o trato humanitário durante o atendimento<sup>13</sup> e a satisfação do atendimento<sup>14,15</sup>. Por sua vez, a percepção do profissional permite diagnosticar as

características do serviço, segundo a ótica dos próprios funcionários em relação aos seus aspectos administrativos e a relação profissional-usuário<sup>2, 10</sup>.

Conhecer a percepção dos usuários e dos profissionais a respeito da qualidade pode ser um primeiro passo para o desenvolvimento de ações que levarão a melhoria do serviço de saúde, tanto por parte do gestor do sistema, que precisa conhecer a percepção de ambos para melhor direcionar suas estratégias e ações, como por parte dos próprios profissionais que, entendendo a percepção da qualidade sob a perspectiva de seus usuários, estarão mais preparados para atender suas expectativas<sup>2, 16</sup>.

Neste estudo, discute-se a hipótese de que há uma limitação nas pesquisas sobre a qualidade nos serviços públicos de saúde no Brasil, uma vez que apresentam forte ênfase na perspectiva dos usuários, enquanto indicador de qualidade, deixando a perspectiva dos profissionais, que também é um indicador de qualidade, relegado a um plano de relevância inferior.

O objetivo deste estudo foi verificar a percepção dos usuários e dos profissionais na avaliação da qualidade nos serviços públicos de saúde, por meio de uma revisão sistemática.

## **METODOLOGIA**

Para a elaboração da revisão sistemática foi realizada uma busca ativa de informações nas bases bibliográficas Medline, Lilacs e Scielo, no período compreendido entre 1990 e 2013. A data de início para levantamento de artigos científicos foi em 1990,

pois os estudos sobre a percepção da qualidade nos serviços de saúde foram mais frequentes a partir deste ano.

As buscas eletrônicas foram realizadas utilizando as seguintes palavras-chave: qualidade em serviços de saúde, satisfação do usuário, satisfação dos consumidores, satisfação no emprego e trabalhadores de saúde.

Foram incluídos artigos realizados com a população brasileira nos serviços públicos de saúde da atenção básica, da média e da alta complexidade e que abordavam a percepção dos usuários e/ou dos profissionais. Estudos internacionais, revisões sistemáticas e de literatura, teses, dissertações e pesquisas populacionais foram excluídos desta pesquisa.

Dos artigos selecionados, foram retiradas informações sobre as características do artigo (autores e ano de publicação), local da pesquisa, tipo de assistência em saúde, método da pesquisa, percepção dos usuários e dos profissionais sobre os serviços de saúde.

## **RESULTADOS**

Foram identificados 195 artigos nas bases Medline, Lilacs e Scielo, entretanto após a leitura, 165 artigos foram excluídos, pois 54 estavam repetidos e 111 não correspondiam aos critérios de inclusão. Assim, foram para análise 30 artigos, apresentados no Quadro 1, onde estão descritas as principais características sobre a percepção dos usuários e/ou dos profissionais referente a qualidade dos serviços públicos de saúde.

Dos 30 artigos selecionados, a atenção básica em saúde foi objeto de aplicação da análise em 15 estudos, a média complexidade em 08 e a alta complexidade em 07 estudos.

Os estudos envolvendo a atenção básica em saúde foram realizados nas regiões Sudeste (05), Sul (04), Nordeste (04), Norte (01) e Centro-oeste (01). A metodologia qualitativa (07) foi a mais frequente na atenção básica, seguida da quantitativa (05) e da qualitativo-quantitativa (03). A percepção dos usuários foi observada em 11 estudos, enquanto que a dos profissionais em 01 e ambas as percepções em 03 estudos.

Os serviços de saúde de média complexidade foi alvo de pesquisa nas regiões Sudeste (04), Nordeste (03) e Sul (01). A metodologia quantitativa foi realizada em 06 estudos, o qualitativo em 01 e o qualitativo/quantitativo em 01 estudo. A percepção dos usuários foi abordada em 06 artigos, dos profissionais em 01 e dos usuários e profissionais em 01 artigo.

A região Sudeste foi citada em 05 estudos realizados nos serviços de saúde de alta complexidade, enquanto a região Nordeste em 02. As pesquisas quantitativas foram aplicadas em 06 estudos e a qualitativa em 01 e, finalmente, a percepção dos usuários foi relatada em 05 estudos, enquanto a dos profissionais em 02.

Os estudos mostraram que para garantir a qualidade nos serviços de saúde da atenção básica, segundo a percepção dos usuários, é necessário: 1º- facilidade para agendar consulta no serviço de saúde, 2º- diminuir o tempo de espera, 3º- cordialidade no atendimento, 4º- facilidade para agendar consulta no serviço especializado, 5º- boa relação profissional-usuário, 6º- resolução dos problemas, 7º- boas condições na estrutura física, 8º- número adequado de profissionais. A percepção dos profissionais revelou que a qualidade do serviço de saúde depende da educação continuada (1º), da boa relação profissional-usuário (2º), da motivação profissional (3º), do número adequado de profissionais (4º), do trabalho em equipe (5º) e das boas condições na estrutura física (6º).

Nos serviços de média complexidade, os usuários declararam a necessidade dos seguintes itens para a qualidade do serviço: 1º- diminuir o tempo de espera, 2º- boa relação profissional-usuário, 3º- cordialidade no atendimento, 4º- facilidade para agendar consulta, 5º- resolução dos problemas, 6º- número adequado de profissionais. Já os profissionais abordaram como itens de qualidade a organização do serviço (1º), a facilidade para agendar consulta (2º) e o trabalho em equipe (3º).

A garantia da qualidade aos usuários dos serviços de alta complexidade depende da diminuição do tempo de espera (1º), das boas condições na estrutura física (2º), da capacitação profissional (3º), da boa relação profissional-usuário (4º), da cordialidade no atendimento (5º) e do número adequado de profissionais (6º). Os profissionais revelaram que a qualidade do serviço depende: 1º- trabalho em equipe, 2º- motivação profissional e 3º- boa relação profissional-usuário.

## **DISCUSSÃO**

Os resultados apontaram que nos serviços públicos de saúde da atenção básica prevaleceram os estudos utilizando a percepção dos usuários, a metodologia de pesquisa qualitativa e a região Sudeste como local da pesquisa. Nos serviços de média complexidade predominou os estudos utilizando o método quantitativo, a percepção dos usuários e como região o Sudeste. Enquanto que na alta complexidade, as pesquisas quantitativas foram mais realizadas nos serviços de saúde, a percepção dos usuários foi a mais citada e o Sudeste, a região onde predominou os estudos.

Mesmo sendo a região mais rica do Brasil, o Sudeste enfrenta vários problemas nos serviços públicos de saúde, segundo as percepções dos usuários e dos profissionais. As demais regiões também apresentaram graves problemas na área da saúde pública, principalmente o Norte e o Nordeste, onde se encontram os piores indicadores de pobreza e de desigualdade social. Para amenizar os problemas de saúde nestas regiões, o Governo Federal disponibilizou, através do Programa Mais Médicos, cerca de 90% dos médicos cubanos que vieram ao Brasil. Entretanto, discute-se as dimensões políticas, o ponto de visto técnico e se o Programa Mais Médicos seria ou não a solução para o grave problema da saúde pública, esta discussão transcende os limites deste estudo, o que resta é a constatação do vácuo de qualidade do sistema de saúde público brasileiro.

Os estudos quantitativos predominaram nos serviços de saúde de média e de alta complexidade. Na maioria das vezes, os processos avaliativos contemplam a medição quantitativa e avaliam a importância, risco e ameaças, além de abordar probabilidades, associações estatisticamente significantes e importantes para se conhecer uma realidade<sup>17</sup>.

Por outro lado, o campo da saúde envolve aspectos biológicos, físicos, psicológicos, sociais e ambientais. Muitas vezes, há necessidade de avaliar valores, atitudes e crenças dos grupos estudados, assim, o binômio saúde-doença traz uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não está contida numa fórmula numérica ou num dado estatístico<sup>17, 18, 19</sup>.

A pesquisa qualitativa, geralmente, analisa o comportamento, as perspectivas e as experiências dos voluntários. Os aspectos subjetivos podem levar a resultados objetivos, desde que o pesquisador interprete os dados de acordo com o que foi transmitido pelos sujeitos pesquisados e não utilizando a sua visão pessoal sobre o tema investigado<sup>18, 19</sup>.

A escolha da metodologia de estudo (qualitativa, quantitativa ou mista) é de grande importância para uma pesquisa, assim é necessário observar as limitações que o tipo de estudo pode acarretar nos resultados. Na pesquisa qualitativa algumas limitações devem ser consideradas: a subjetividade, a possibilidade de viés do observador que pode comprometer a validade do estudo, além do trabalho ser intenso e demorado, podendo ter um custo elevado. Já a abordagem quantitativa é restritiva, representando um retrato reducionista da complexidade social, não conseguindo captar o ponto de vista do indivíduo, por utilizar grandes amostras e afastar o pesquisador do objeto de estudo<sup>18, 19</sup>.

Um bom método de pesquisa permite a construção correta dos dados, adequado aos objetivos da investigação e oferece elementos teóricos para análise. Desta forma, as metodologias quantitativas ou qualitativas apresentam igual valor, desde que utilizadas em função das necessidades, dos objetivos da pesquisa e com o rigor científico que diferencia e dá credibilidade a qualquer estudo<sup>17</sup>.

As pesquisas sobre a percepção dos usuários prevaleceram na atenção básica, média e alta complexidade, entretanto nos três níveis de assistência dos serviços públicos de saúde foram realizadas pesquisas de percepção com os usuários e com os profissionais.

Na atenção básica, segundo os resultados, os pontos de maior importância para a percepção dos usuários sobre a qualidade dos serviços de saúde foram: facilidade para agendar consultas no serviço e no serviço especializado, tempo de espera, cordialidade no atendimento, boa relação profissional-usuário, resolução dos problemas e boas condições na estrutura física. Para os profissionais, a qualidade do serviço depende da educação continuada, boa relação profissional-usuário, motivação profissional, número adequado de profissionais e boas condições na estrutura física.

Os usuários dos serviços de média complexidade declararam como itens de qualidade: tempo de espera, boa relação profissional-usuário, cordialidade no atendimento, facilidade para agendar consultas e resolução dos problemas. Já os profissionais mencionaram a organização do serviço, facilidade para agendar consultas e trabalho em equipe.

A qualidade para os usuários dos serviços de saúde de alta complexidade depende da diminuição do tempo de espera, boas condições na estrutura física, capacitação profissional, boa relação profissional-usuário, cordialidade no atendimento e número adequado de profissionais. Os profissionais revelaram que a qualidade do serviço depende do trabalho em equipe, motivação profissional e boa relação profissional-usuário.

A qualidade aferida pela percepção do usuário baseia-se no conceito que este faz em relação a um serviço responder ou não às suas necessidades de cuidado. No entanto, é uma tarefa complexa, pois se trata de mensuração de opiniões, influenciadas por diferentes situações (aspectos culturais, sociais, pessoais e psicológicos), expectativas e antecedentes<sup>20, 21, 22</sup>.

A utilização de um serviço de saúde está associada às necessidades e expectativas vinculadas a um problema de saúde. Assim, após o uso desses serviços, o usuário poderá mencionar se suas necessidades e expectativas foram atendidas. O nível de percepção possibilita interferir na qualidade nos diversos momentos de atendimento, desde a entrada até a saída do serviço<sup>2, 20, 23</sup>.

Ao avaliar a qualidade, os usuários realizam comparações entre o desempenho do serviço e suas expectativas, os resultados são bons quando a qualidade percebida é obtida.

A qualidade pode ser percebida através de aspectos tangíveis (boas condições na estrutura física) e intangíveis (cordialidade no atendimento)<sup>24, 25, 26</sup>.

A percepção profissional, assim como a percepção dos usuários, é um fenômeno complexo, pois referem um estado subjetivo que varia de circunstâncias, de pessoa para pessoa e pode ainda variar ao longo do tempo para a mesma pessoa. A satisfação no trabalho é resultante da interação entre o profissional, suas características pessoais, valores, expectativas com o ambiente e empresa; podendo ser observada através da qualidade do trabalho, desempenho, produtividade, pontualidade, absenteísmo e rotatividade<sup>2, 27, 28</sup>.

Os profissionais nem sempre tem suas necessidades e expectativas levadas em consideração, contudo a atuação e a qualidade dos serviços de saúde dependem do profissional e de sua experiência, do seu compromisso com a organização, com os usuários e com as atividades que desenvolve. Diante disso, é necessário averiguar as necessidades e expectativas dos profissionais, sua satisfação com o trabalho e sua visão dos usuários, uma vez que na organização de serviços há uma relação de troca entre os sujeitos e este relacionamento refletirá na qualidade do serviço, além de proporcionar efeitos positivos ao tratamento<sup>2, 11</sup>.

Ainda que as percepções de um serviço estejam vinculadas a uma avaliação subjetiva, é imprescindível que o profissional conheça as expectativas dos usuários para trazer melhorias no desempenho do trabalho e para isso é necessário ouvi-los, uma vez que os usuários dependem dos serviços e possuem a habilidade de julgar a qualidade percebida dos serviços de saúde e sugerir ideias úteis de melhoria<sup>4, 29</sup>.

O serviço de saúde pode ser afetado pelo grau de percepção dos profissionais, assim a satisfação de suas necessidades no trabalho é essencial para a melhoria da

produtividade e está atrelada à motivação. Desta forma, para que o trabalho represente fonte de satisfação, é preciso que as relações estabelecidas sejam satisfatórias para o profissional e usuário<sup>2,30</sup>.

Quadro 1. Principais características dos estudos brasileiros referente à percepção dos usuários e dos profissionais sobre a qualidade dos serviços de saúde.

<b>Autores, Ano publicação</b>	<b>Local</b>	<b>Tipo da assistência</b>	<b>Método da pesquisa</b>	<b>Percepção dos usuários</b>	<b>Percepção dos profissionais</b>
Halal et al., 1994	Pelotas/RS	Atenção básica	Quantitativo	Facilidade no agendamento de consulta no serviço e nos serviços especializados, resolução do problema.	Boa relação profissional-usuário, educação continuada.
Franco e Campos, 1998	Campinas/SP	Média complexidade	Quantitativo	Boa relação profissional-usuário, tempo de espera, intervalo para retornos.	--
Kloetzel et al., 1998	Areal/RJ	Atenção básica	Quantitativo	Facilidade no agendamento de consulta, tempo de espera, cordialidade no atendimento, confiança na equipe.	--
Ramos e Lima, 2003	Porto Alegre/RS	Atenção básica	Qualitativo	Boa relação profissional-usuário, tempo de espera.	--
Kovacs et al., 2005	Recife/PE	Média complexidade	Quantitativo	Tempo de espera, resolução do problema, acessibilidade geográfica.	--
Silveira, Hayashi e Scarpi, 2005	São Paulo/SP	Média complexidade	Quantitativo e Qualitativo	Cordialidade no atendimento, tempo de espera, resolução do problema.	--
Oliveira e Spiri, 2006	Conchas/SP	Atenção básica	Qualitativo	--	Educação continuada, boa relação profissional-usuário, trabalho em equipe.
Ferri et al., 2007	Interior/SP	Atenção básica	Qualitativo	Boas condições na estrutura física, tempo de espera, facilidade no agendamento de consulta, cordialidade no atendimento.	--
Jorge et al., 2007	Fortaleza, Quixadá, Aracati, Cascavel e	Atenção básica	Quantitativo	Cordialidade no atendimento, boa relação profissional-usuário.	--

	Canindé/CE				
Lima et al., 2007	Porto Alegre/RS	Atenção básica	Qualitativo	Tempo de espera, facilidade no agendamento de consulta, cordialidade no atendimento.	--
Paiva e Gomes, 2007	Interior/SP	Alta complexidade	Qualitativo	Boas condições na estrutura física, capacitação profissional, boa relação profissional-usuário, profissionais sobrecarregados.	--
Santos, Meneghim e Pereira, 2007	Campos dos Goytacazes/RJ	Média complexidade	Quantitativo	Facilidade no agendamento de consultas, boa relação profissional-usuário.	Organização do serviço, facilidade no agendamento de consultas, demanda de usuários.
De Marco et al., 2008	São Paulo/SP	Alta complexidade	Quantitativo	--	Relação entre os profissionais, serviços oferecidos, impacto emocional.
Moura et al., 2008	Fortaleza/CE	Atenção básica	Quantitativo	Cordialidade no atendimento, organização da recepção, boas condições na estrutura física.	--
Mendes et al., 2009	Recife/PE	Alta complexidade	Quantitativo	Cordialidade e privacidade no atendimento, tempo de espera, falta de profissionais, boas condições na estrutura física.	--
Souza et al., 2009	Fortaleza/CE	Alta complexidade	Quantitativo	Tempo de espera, cordialidade no atendimento.	--
Benazzi, Figueiredo e Bassani, 2010	Canoas/RS	Média complexidade	Quantitativo	Cordialidade no atendimento, tempo de espera, falta de profissionais, consultas rápidas.	--
Lima, Cabral e Vasconcelos, 2010	Recife/PE	Média complexidade	Quantitativo	Facilidade no agendamento de consulta, tempo de espera, boa relação profissional-usuário.	--
Medeiros et al., 2010	São Gonçalo do Amarante/RN	Atenção básica	Quantitativo e Qualitativo	Facilidade no agendamento de consulta e no encaminhamento aos serviços especializados, resolução dos problemas, boa relação	--

				profissional-usuário.	
Nery, Marcelo e Dantas, 2010	Goiânia/GO	Atenção básica	Qualitativo	Facilidade no agendamento de consulta, tempo de espera, estrutura do local.	--
Schwartz et al., 2010	Vitória/ES	Atenção básica	Qualitativo	Facilidade no agendamento de consulta no serviço e nos serviços especializados, rotatividade profissional, tempo de espera.	--
Souza e Soares, 2010	Rio de Janeiro/RJ	Média complexidade	Qualitativo	--	Processo de trabalho, diálogo em equipe.
Volpato et al., 2010	Piracicaba/SP	Atenção básica	Qualitativo	Facilidade para agendar consultas no serviço e nos serviços especializados, cordialidade no atendimento, tempo de espera.	Educação continuada, motivação profissional, incentivo financeiro, rotatividade profissional.
Gonçaves et al., 2011	Campo Maior/PI	Média complexidade	Quantitativo	Acesso ao serviço, tempo de espera, disponibilidade de aparelhos, esclarecimento sobre procedimentos, boa relação profissional-usuário.	--
Ricci et al., 2011	São Carlos/SP	Alta complexidade	Quantitativo	Tempo de espera, boas condições na estrutura física, boa relação profissional-usuário, resolução dos problemas.	--
Rosa, Pelegrini e Lima, 2011	Porto Alegre/RS	Atenção básica	Quantitativo e Qualitativo	Facilidade no encaminhamento a serviços especializados, resolução dos problemas.	--
Serapioni e Silva, 2011	Ceará	Atenção básica	Quantitativo e Qualitativo	Boa relação profissional-usuário, cordialidade no atendimento, facilidade no agendamento de consulta, tempo de espera.	Boa relação profissional-usuário, boas condições na estrutura física, educação continuada, rotatividade profissional.
Pena e Melleiro,	Interior/SP	Alta	Quantitativo	Tempo de espera, atendimento ágil da campanha	--

2012		complexidade		nos leitos, boa relação profissional-usuário.	
Sousa e Coleta, 2012	Uberlândia, Araguari/MG	Alta complexidade	Quantitativo	--	Boa relação entre profissionais, realização profissional, contato com paciente, desenvolvimento profissional/pessoal, reconhecimento público.
Santiago et al., 2013	Recife/PE	Atenção básica	Quantitativo	Tempo de espera, facilidade no agendamento de consulta no serviço e no serviço especializado, cordialidade no atendimento.	--

## CONCLUSÃO

As pesquisas sobre a qualidade dos serviços públicos de saúde no Brasil, no período avaliado, enfocaram, principalmente, a percepção dos usuários.

Na atenção básica, algumas características de qualidade foram comuns aos usuários e aos profissionais: boa relação profissional-usuário, número adequado de profissionais e boas condições na estrutura física. Outros itens foram descritos apenas pelos usuários: tempo de espera, cordialidade no atendimento e resolução dos problemas; e outro apenas pelos profissionais, a educação continuada. Analisando os últimos itens, percebe-se uma correlação entre as aspirações dos usuários e dos profissionais, pois a educação continuada pode solucionar os problemas relacionados a tempo de espera, cordialidade no atendimento e resolução dos problemas.

Os serviços de média complexidade apresentaram o item facilidade para agendar consulta comum à percepção dos usuários e dos profissionais. Os profissionais mencionaram outras características importantes para a qualidade: a organização do serviço e o trabalho em equipe, já os usuários citaram tempo de espera, cordialidade no atendimento, resolução dos problemas e boa relação profissional-usuário. Mais uma vez, nota-se uma correlação entre as percepções, ou seja, se o serviço de saúde estiver organizado e existir trabalho em equipe, o usuário poderá ser beneficiado com um menor tempo de espera, atendimento cordial, seus problemas de saúde serão resolvidos e haverá uma boa relação entre usuários e profissionais.

A boa relação profissional-usuário é comum a percepção dos usuários e profissionais nos serviços de alta complexidade. O tempo de espera, as boas condições na

estrutura física, capacitação profissional, a cordialidade no atendimento são características de qualidade mencionadas pelos usuários dos serviços de saúde e que se correlacionam com o desejado pelos profissionais, trabalho em equipe e motivação profissional.

## **AGRADECIMENTOS**

À FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo) por conceder bolsa de estudo que viabilizou a realização deste estudo.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1- Martha SN, Gatti MAN, Vitta A, Simeão SFAP, Conti MHS, Saes SO, Palma R, Carvalho RS. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita* 2011; 30 (3): 159-77.
- 2- Volpato LF, Meneghim MC, Pereira AC, Ambrosano GMB. Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o Desdobramento da Função Qualidade (QFD). *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(8): 1561-72.
- 3- Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC (org.). *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre, RS: Artmed; 2003. p. 28-49.
- 4- Fadel MAV, Regis Filho GI. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. *Revista de Administração Pública*, 2009; 43(1): 7-22.

- 5- Polizer R, D'Innocenzo M. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 2006: 59(4).
- 6- Samico I, Hartz ZMA, Felisberto E, Carvalho EF. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2005; 5(2): 229-40.
- 7- Dias OV, Vieira MA, Dias JP, Ramos LH. As dimensões da satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família: confiabilidade e empatia. *Acta paul. enferm.* 2011; 24(2): 225-31.
- 8- Ribeiro JM, Siqueira SAV, Pinto LFS. Avaliação da atenção à saúde da criança (0-5 anos) no PSF de Teresópolis (RJ) segundo a percepção dos usuários. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010; 15(2): 517-27.
- 9- Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2005; 10(3).
- 10- Bittencourt RJ, Hortale VA. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. *Rev Ciênc e Saúde Colet.* 2007; 12(4): 929-34.
- 11- Oliveira EM, Sipiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Revista Saúde Pública.* 2006; 40(4): 727-33.
- 12- Rocha ESB, Trevizan MA. Gerenciamento da qualidade em um serviço de enfermagem hospitalar. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2009; 17(2).

- 13- Assunção MCF, Santos IS, Gigante DP. Atenção primária em diabetes no sul do Brasil: estrutura, processo e resultados. *Revista de Saúde Pública*. 2001; 35(1): 88-95.
- 14- Kotaka F, Pacheco MLR, Higaki Y. Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no Estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 1997; 31(2): 171-77.
- 15- Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande de Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003; 19(1): 27-34.
- 16- Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008; 13(1): 23-34.
- 17- Tanaka OY, Melo CM. Reflexões sobre a Avaliação em Serviços de Saúde e a Adoção das Abordagens Qualitativa e Quantitativa. In: Maria Lúcia Magalhães Bosi; Francisco Javier Mercado. (Org.). *Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde*. São Paulo: Editora Vozes; 2004. p. 121-36.
- 18- Serapioni M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciênc. saúde coletiva*. 2000; 5(1).
- 19- Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde Pública*. 1993; 9(3): 239-62.
- 20- Schwartz TD, Ferreira TB, Maciel ELN, Lima RCD. Estratégia saúde da família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da unidade de saúde de resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória/ES. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010; 15(4).

- 21- Medeiros FA, Souza GCA, Barbosa AAA, Costa ICC. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. *Rev Salud Publica*. 2010; 12(3): 402-13.
- 22- Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Campos VPG, Santos RN. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. A satisfação do usuário. *Cadernos de Saúde Pública*. 1998; 14(3): 623-28.
- 23- Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006; 22(6): 1267-76.
- 24- Damasceno RF, Souza LPS, Ruas MFL, Brito PA, Silva EA, Silva JLS. O acolhimento no contexto da Estratégia Saúde da Família. *J. Health Sci. Inst*. 2012; 30(1): 37-40.
- 25- Lima ACS, Cabral ED, Vasconcelos MMVB. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do município do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(5): 991-1002.
- 26- Jorge MSB, Guimarães JMX, Vieira LB, Paiva FDS, Silva DR, Pinto AGA. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará: a satisfação dos usuários. *Rev. baiana saúde pública*. 2007; 31(2): 256-66.
- 27- Novaes MRCG, Lima ACV, Nogueira DY, Cerqueira F, Mello GF, Souza HS, et al. Estudo etnográfico e de satisfação de profissionais e usuários do Programa de Saúde da Família em Samambaia, Distrito Federal. *Com. Ciências Saúde*. 2010; 21(4): 289-300.
- 28- Oliveira SF, Albuquerque FJB. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. *Psicol. Soc*. 2008; 20(2): 237-46.

29- Sousa AA, Coleta MFD. O bem-estar no trabalho de psicólogos em serviços de saúde pública. *Psicol. ciênc. prof.* 2012; 32(2): 404-21.

30- Kurcgant P, Tronchin DMR, Melleiro MM. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. *Acta paul. enferm.* 2006; 19(1): 88-91.

## **CAPÍTULO 2**

### **Aplicação de uma ferramenta de qualidade em Unidades de Saúde da Família gerenciadas por uma organização social**

**Luciana Fernandes Volpato  
Marcelo de Castro Meneghim  
Luiz Cândido Martins  
Antonio Carlos Pereira**

Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia de Piracicaba,  
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Piracicaba, SP, Brasil.

Autor responsável pela correspondência:

Luciana Fernandes Volpato Martins

Avenida Limeira, 901 – CEP 13.414-903, Piracicaba, SP.

Telefone: (19) 2106-5209 Fax: (19) 2106-5218

E-mail: [lucianavolpato@superig.com.br](mailto:lucianavolpato@superig.com.br)

## RESUMO

A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde idealizou as Organizações Sociais (OS) para transferir certas atividades exercidas pelo poder público para o privado, com a finalidade de estimular a implantação de uma gestão que priorizasse resultados, satisfação dos usuários e qualidade dos serviços prestados. O objetivo deste estudo foi analisar a qualidade em quatro Unidades de Saúde da Família (USF) gerenciadas por uma OS, através da percepção dos usuários e dos profissionais, utilizando a ferramenta Desdobramento da Função Qualidade (QFD). Os resultados revelaram, segundo a percepção dos usuários, a necessidade do aperfeiçoamento em alguns itens: facilidade para agendar consultas na USF, atendimento cordial, atencioso e rápido, diminuir a rotatividade profissional, pontualidade no atendimento médico e motivação profissional. Para os profissionais, os requisitos necessários para a melhoria do serviço, foram: educação continuada, incentivo profissional e financeiro e necessidade de diminuir o número de famílias cadastradas. As OS foram criadas para fornecer serviços de saúde mais eficientes e de qualidade, e, desta forma, satisfazer as necessidades dos seus usuários. Entretanto, este fato não foi comprovado na presente pesquisa.

**Palavras-chave:** Organização social; Saúde pública; Qualidade da assistência à saúde; Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde.

## **ABSTRACT**

The Administrative Reform of the Health System envisioned Social Organizations (OS) to transfer certain activities performed by the public power for private, in order to stimulate the deployment of a management that prioritize outcomes, user satisfaction and quality of services. The aim of this study was to assess quality in four Family Health Units (USF) managed by an OS, through the perception of users and professionals, using the Quality Function Deployment tool (QFD). The results showed, as perceived by the users, the need for improvement in some items: facility to schedule appointments at USF, service friendly, attentive and quick, decrease staff turnover, punctuality in medical and professional motivation. For professionals, necessary for the improvement of the service requirements were: continuing education, professional and financial incentives and the need to reduce the number of registered families. The OS was created to provide more efficient and quality health services, and thus meet the needs of its users. However, this fact was not proven in this study.

**Keywords:** Social organization; Public health; Quality of health care; Health care quality, access, and evaluation.

## INTRODUÇÃO

A preocupação com a qualidade é um fenômeno mundial e a área da saúde está envolvida nesse processo. Na saúde, a qualidade é definida pelo grau com que os serviços satisfazem as necessidades, expectativas e padrões de atendimento dos usuários e suas famílias nas dimensões de resolutividade, eficácia e efetividade da atenção à saúde; na redução dos riscos a saúde; na humanização das relações entre os profissionais, entre profissionais e usuários e entre os profissionais e o sistema de saúde (Volpato et al., 2010; Bitencourt e Hortale, 2007).

A qualidade nos serviços de saúde implica o questionamento de valores tradicionais, relativos aos profissionais e usuários, sendo necessário adotar mudanças e transferir o foco da ação centrado na doença para o sujeito, assim o trabalho não pode ser fragmentado, individualizado e hegemônico. Uma explicação para esta ocorrência é o fato das pessoas estarem mais conscientes de seus direitos e deveres, além de considerarem a saúde e o cuidado em saúde com qualidade um direito básico e não privilégio para alguns (Rocha e Trevizan, 2009).

A procura por qualidade nos serviços de saúde está presente, principalmente, no setor privado (Matsuda et al., 2000), mas o setor público também deve ser preocupar com a qualidade, pois é o maior prestador de serviços e possui uma relação de responsabilidade com a população que depende da qualidade, da agilidade e da localização dos serviços, no entanto o poder público ainda focaliza sua própria existência, deixando a qualidade em segundo plano (Munro, 1994).

Com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) surge uma política social inovadora que trouxe vantagens à saúde da população e, ao mesmo tempo, desafios ao país em função do contexto econômico, tais como: políticas de redução do gasto público, acarretando na diminuição dos recursos financeiros e elevação de custos devido à complexidade e sofisticação tecnológica dos tratamentos médicos e hospitalares (Brasil, 1998).

A partir de outubro de 1995, no primeiro mandato do governo de Fernando Henrique Cardoso, o ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, Luiz Carlos

Bresser Pereira, apresentou a proposta de Reforma Administrativa do Sistema de Saúde do Brasil, onde mencionava que a descentralização permite um melhor controle da qualidade e dos custos dos serviços prestados, além de favorecer a participação e o controle social por parte da comunidade atendida, tornando-o duplamente efetivo (Carneiro Junior e Elias, 2006). A proposta foi concluída com a indicação das organizações sociais (OS) como um locus operacional da reforma, dando-lhe materialidade: os serviços públicos de saúde podem ser transformados em organizações sociais, ou seja, entidades públicas não-estatais de direito privado com autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com o poder executivo e participar do orçamento federal, estadual ou municipal (Modesto, 1997).

Segundo Melo e Tanaka (2001), a proposta de Reforma do Estado reconhece que a administração dos serviços de saúde não é exclusiva do Estado, podendo ser transferida para o setor privado como administração pública não-estatal e garantindo o direito de receber recursos orçamentários públicos. O pressuposto é que tais serviços seriam mais eficientes se operacionalizados pelo setor público não-estatal, pois as OS teriam maior autonomia administrativa e financeira.

Assim sendo, as OS foram criadas com a finalidade de ser um instrumento que permitisse a transferência de certas atividades exercidas pelo poder público e que melhor seriam desempenhadas pelo setor privado, sem necessidade de concessão ou permissão, ou seja, conferir maior flexibilidade gerencial com relação à compra de insumos e materiais, à contratação e dispensa de recursos humanos, à gestão financeira dos recursos, além de estimular a implantação de uma gestão que priorizasse resultados, satisfação dos usuários e qualidade dos serviços prestados (Ibañez e Vecina Neto, 2007).

Na literatura há várias pesquisas sobre a qualidade nos serviços públicos de saúde, mencionando a satisfação dos usuários, dos profissionais ou ambas. Entretanto, não foram encontrados estudos que analisaram a qualidade nos serviços públicos de saúde gerenciados por uma OS, neste sentido a presente pesquisa torna-se inédita, pois seu objetivo foi analisar a qualidade nas Unidades de Saúde da Família (USF) gerenciadas por uma OS, utilizando a ferramenta Desdobramento da Função Qualidade (QFD).

A ferramenta QFD (iniciais da expressão inglesa “Quality Function Deployment”, traduzida como Desdobramento da Função Qualidade) pode ser definida

como um processo estruturado que planeja a qualidade baseando-se na satisfação do usuário, no envolvimento dos profissionais (Miguel e Weidmann, 1999) e da instituição (Chaplin et al., 1999; Porto, 1999). Assim, com o uso dessa ferramenta pode-se melhorar o gerenciamento do serviço por meio da opinião dos usuários, além de aprimorar as ações desenvolvidas pelos profissionais.

O QFD utiliza ferramentas e matrizes, deste modo, a construção da “Casa da Qualidade” é um dos aspectos mais importante (Chaplin et al., 1999), pois correlaciona os requisitos aspirados pelo usuário com as características do serviço necessárias para satisfazer os profissionais, possibilitando o estabelecimento de metas, sanar as barreiras inerentes à organização e auxiliar no processo de planejamento dos serviços (Chan e Wu, 2002; Miguel e Weidmann, 1999; Cheng et al., 1995).

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com amostragem por conglomerados. Para a realização da pesquisa foram coletados dados com usuários e profissionais de quatro USF (denominadas Unidade 1, 2, 3 e 4), selecionadas aleatoriamente e gerenciadas por uma OS, localizadas na cidade de São Paulo/SP.

A amostra de profissionais constituiu-se de 80 voluntários, 20 em cada Unidade, compreendendo médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, cirurgiões-dentistas, técnicos em saúde bucal, agentes comunitários de saúde, auxiliares administrativos e gerentes que atuavam nas quatro Unidades quando a pesquisa foi realizada. A amostra de usuários foi composta por 200 voluntários, sendo 50 de cada Unidade, respeitando os seguintes critérios de inclusão: pertencer à Unidade, ambos os gêneros, faixa etária de 18 a 70 anos, sendo que os pacientes idosos deveriam ser independentes ou parcialmente dependentes.

A coleta de dados teve início após o parecer favorável da Organização Social, da Coordenadoria Regional de Saúde Leste, do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/UNICAMP, do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e dos responsáveis pelas equipes das Unidades

de Saúde da Família. A pesquisa foi realizada entre agosto de 2011 e outubro de 2012, em dias e horários aleatórios, com a finalidade de abordar os diferentes tipos de usuários.

Os profissionais e os usuários foram convidados a participar da pesquisa, caso a resposta fosse positiva, assinavam o Termo de consentimento livre e esclarecido. Em seguida, iniciou-se a coleta das informações nas Unidades, em local reservado para evitar inibição, constrangimentos e interferências nas respostas e, após a coleta, começou a construção da Casa da Qualidade.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/UNICAMP, parecer nº. 147/2010 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, parecer nº. 139/11.

## **CASA DA QUALIDADE**

Após a definição da amostra dos profissionais e dos usuários, iniciou-se a construção da Casa da Qualidade, matriz do QFD, para determinar as características da qualidade necessárias para satisfazer profissionais e usuários dos serviços de saúde.

Segundo Volpato et al. (2009, 2010), as etapas para a construção da Casa da Qualidade (Figura 1) são:

### **A) Identificação da Qualidade Exigida**

Com a finalidade de identificar a qualidade exigida (itens de qualidade necessários para satisfazer os usuários) foi realizada, em cada uma das Unidades, uma entrevista com os profissionais das equipes de saúde, onde responderam: “Quais os itens de qualidade necessários para satisfazer os usuários desta USF?”.

Inicialmente, os profissionais responderam a questão baseando-se nas reclamações mais frequentes dos usuários em relação ao serviço de saúde. Posteriormente, a mesma pergunta foi feita aos usuários para verificar se haveria incongruências nas informações coletadas entre os profissionais e o resultado revelou não haver divergências na identificação da qualidade exigida.

## B) Ranqueamento da Qualidade Exigida

Através dos dados obtidos na etapa anterior foram elaborados questionários para serem aplicados aos usuários. Nos questionários havia duas colunas, uma relacionada à importância que o usuário atribui ao serviço, onde se perguntava: “Qual o grau de importância que você atribui ao serviço?” e outra mencionando a avaliação sobre o serviço ofertado, onde era questionado: “Como você avalia o serviço desta Unidade de Saúde da Família?”.

Durante a aplicação dos questionários, os usuários foram orientados a responder as questões da seguinte maneira: primeiramente, deveriam ranquear cada um dos itens relacionados ao grau de importância, desta forma deveriam atribuir valores de 1 a 5 de acordo com o grau de importância que aquele item possui para o usuário, onde: 1 – nenhuma importância, 2 - pouca importância, 3 - alguma importância, 4 - importante e 5 - muito importante. Na compilação dos dados foi realizada a média aritmética e o valor resultante foi descrito no campo GI (Grau de Importância) da Casa da Qualidade (Figura 1), determinando as qualidades exigidas mais importantes.

O mesmo procedimento foi realizado para a segunda coluna, ou seja, os usuários deveriam avaliar cada um dos itens referentes a qualidade do serviço prestado na Unidade, atribuindo valores de 1 a 5, onde 1 - péssimo, 2 - ruim, 3 - regular, 4 - bom e 5 - ótimo. Os valores resultantes obtidos pela média aritmética foram utilizados no campo da Qualidade Planejada, descrita posteriormente.

## C) Estabelecimento das Características da Qualidade

As qualidades exigidas de cada uma das Unidades foram identificadas, após a aplicação dos questionários aos usuários. Utilizando essas informações, o gerente do serviço de saúde definiu as características da qualidade, ou seja, características importantes aos profissionais para a melhoria do atendimento na USF. Assim, cada uma das qualidades exigidas corresponde a pelo menos uma característica da qualidade (Tabela 1).

Tabela 1. Exemplo de estabelecimento das Características da Qualidade.

<b>Qualidade Exigida</b>	<b>Características da Qualidade</b>
Facilidade para agendar consultas na USF	Prioridade e perfil epidemiológico Diminuir número de famílias atendidas

#### D) Características da Qualidade mais significativas

Após definir as características de qualidade, o gerente correlacionou, individualmente, as qualidades exigidas com as características de qualidade, respondendo a pergunta: “A característica da qualidade atende as necessidades dos usuários?”. A resposta, ou seja, a correlação foi descrita no interior de cada célula utilizando os seguintes símbolos: forte  $\odot$ , médio  $\bullet$ , fraco  $\triangle$ , inexistente (em branco), sendo que cada um destes símbolos apresenta um valor: forte  $\odot$  - 9, médio  $\bullet$  - 3, fraco  $\triangle$  - 1 e o inexistente - zero.

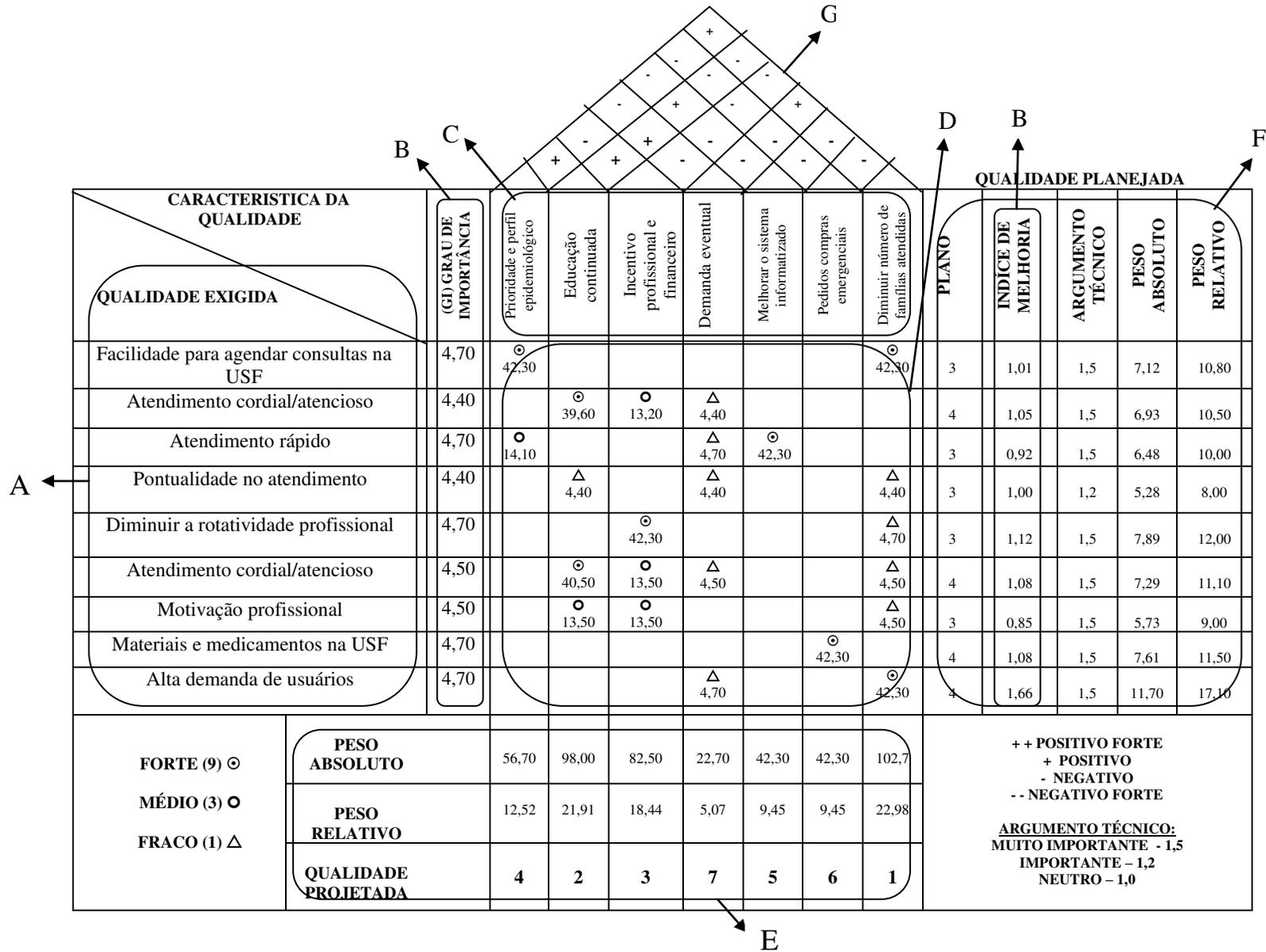
A seguir, os dados foram convertidos multiplicando o valor do símbolo pelo valor do Grau de Importância (GI) e o resultado registrado no interior de cada célula. Este procedimento foi realizado em todas as células que apresentaram algum símbolo.

#### E) Qualidade Projetada

A qualidade projetada indica a ordem de importância das características da qualidade, fornecendo alvos técnicos aos profissionais.

Para estabelecer a qualidade projetada, devem ser calculados os pesos absolutos e os pesos relativos referentes às características da qualidade. O peso absoluto foi calculado somando os valores das células referentes a cada uma das características de qualidade e o peso relativo através dos pesos absolutos, resultando em percentuais para cada característica, determinando, assim, as características mais importantes para a melhoria dos serviços.

Figura 1. Casa da Qualidade



- Legenda:
- A – Qualidade Exigida
  - B - Ranqueamento da Qualidade Exigida
  - C – Características da Qualidade
  - D - Características da Qualidade mais significativas
  - E – Qualidade Projetada
  - F – Qualidade Planejada
  - G – Correlação das Características de Qualidade

## F) Qualidade Planejada

A qualidade planejada indica as qualidades exigidas mais importantes, apresentando estratégias para satisfazer os usuários da Unidade. Para obter a qualidade planejada é necessário determinar valores para alguns itens: argumento técnico, plano, índice de melhoria, peso absoluto e peso relativo.

O gerente responsável pela Unidade estabeleceu, através dos pesos 1,0 (neutro), 1,2 (importante) e 1,5 (muito importante), o argumento técnico, ou seja, a importância de cada item de qualidade no serviço de saúde.

Para estabelecer o plano, o gerente atribuiu valores de 1 a 5, sendo que o valor máximo é o ideal, aos itens de qualidade exigida de acordo com o serviço oferecido.

A partir do plano de melhoria determinou-se:

- Índice de melhoria: divide-se o plano pela avaliação do usuário
- Peso absoluto: multiplica-se o grau de importância, o índice de melhoria e o argumento técnico
- Peso relativo: percentual do peso absoluto para cada item avaliado.

## G) Correlação das Características da Qualidade

A correlação das características da qualidade indica o quanto uma característica interfere com a outra. O gerente correlacionou as características da qualidade, entre si, no telhado da Casa da Qualidade, através dos pesos: positiva (+), fortemente positiva (++), negativa (-) ou fortemente negativa (- -).

## **RESULTADO E DISCUSSÃO**

Para observar os indicadores qualitativos foi confeccionada uma Casa da Qualidade para cada serviço de saúde, pois as Unidades de Saúde da Família possuíam características próprias. Os resultados obtidos através da Casa da Qualidade estão apresentados a seguir:

## A) Identificação da Qualidade Exigida

Alguns itens da qualidade exigida foram citados em todas as USF: facilidade para agendar consultas na USF (prazo de alguns dias, após o agendamento, para ser consultado), atendimento cordial/atencioso, atendimento rápido na recepção, pontualidade no atendimento médico e diminuir a rotatividade profissional. Os itens motivação profissional e materiais e medicamentos na USF foram citados em três USF. Outros itens foram mencionados em duas Unidades: alta demanda de usuários, facilidade para agendar consultas no serviço especializado (prazo de alguns dias, após o agendamento, para ser consultado) e conhecimento da população sobre os níveis de atendimento. Houve itens referidos em apenas uma Unidade: melhorar a estrutura física, capacitação profissional, valorização profissional e acesso aos exames laboratoriais.

Os estudos de Volpato et al. (2010) e de Tengan (2008) investigaram a qualidade na atenção básica, utilizando a mesma ferramenta, o QFD, e obtiveram itens de qualidade exigida semelhantes: facilidade para agendar consulta na Unidade e no serviço especializado, postura de atendimento (cordial/atencioso, rápido, pontualidade), valorização profissional, confiança na equipe e melhorar a estrutura física.

O atendimento cordial/atencioso apareceu como item de grande importância aos usuários nos estudos de Dias et al. (2011), Ronzani e Silva (2008) e Samico et al. (2005). Novaes et. al (2010), Ribeiro, Siqueira e Pinto (2010) e Oliveira e Albuquerque (2008) mencionaram que o acesso a exames laboratoriais e a falta de medicamentos são alguns problemas que os usuários enfrentam nos serviços públicos de saúde.

## B) Ranqueamento da Qualidade Exigida

Os usuários determinaram o grau de importância de cada um dos itens da qualidade exigida e, para melhor identificação, estas informações foram descritas por USF:

- Unidade 1: facilidade para agendar consulta na USF, atendimento rápido, diminuir a rotatividade profissional, materiais e medicamentos na USF, alta demanda de usuários.

Todos os itens tiveram o grau de importância no valor de 4,70.

- Unidade 2: facilidade para agendar consulta na USF (grau de importância de 4,76), facilidade para agendar consulta de tratamento especializado e diminuir a rotatividade profissional (grau de importância de 4,70).
- Unidade 3: capacitação profissional (grau de importância de 4,94), materiais e medicamentos na USF (4,92), facilidade para agendar consulta na USF e no tratamento especializado (4,90).
- Unidade 4: pontualidade no atendimento (4,72).

Os itens facilidade para agendar consultas na USF e no tratamento especializado, atendimento ágil, pontualidade no atendimento e capacitação profissional também apresentaram elevado grau de importância nos estudos de Volpato et al. (2010) e de Tengan (2008).

Os estudos de Ronzani e Silva (2008) e de Schwartz et al. (2008) corroboram com os resultados desta pesquisa quando mencionam a importância da facilidade para agendar consultas na USF. Enquanto que a facilidade para agendar consulta de tratamento especializado foi identificada por Schwartz et al. (2008) e Franco e Campos (1998).

A rotatividade profissional é um grande problema enfrentado nas USF, sendo notificada nos estudos de Novaes et al. (2010), Ronzani e Silva (2008) e Samico et al. (2005), enquanto que a capacitação profissional foi referida nas pesquisas de Ribeiro, Siqueira e Pinto (2010), Oliveira e Albuquerque (2008) e Samico et al. (2005). Os dois últimos também mencionaram a alta demanda de usuários nas USF.

Os estudos de Novaes et al. (2010), Mendes et al. (2009), Matsuda et al. (2000) e Kloetzel et al. (1998) corroboram com os resultados desta pesquisa e mencionam a importância da pontualidade no atendimento.

### C) Estabelecimento das Características da Qualidade

Após a definição das características da qualidade, constatou-se que a educação continuada e a melhoria salarial foram itens comuns as quatro USF. Outros itens foram encontrados em três Unidades: melhorar o sistema informatizado, diminuir número de famílias atendidas e licitação mais rápida foram encontrados em três Unidades. Ambulatório especialidades no bairro, esclarecimento da população sobre o funcionamento

da USF e grupos de prioridade para o acesso foram encontrados em duas Unidades. Outros itens foram mencionados em uma USF, tais como: reforma no prédio da USF, grupos médicos/enfermeiros para melhor resolutividade, absenteísmo, aumentar tempo de consultas, monitoramento da recepção através de senha eletrônica e integração com a comunidade.

A pesquisa de Volpato et al. (2010) confirmam os achados deste estudo nos seguintes itens: educação continuada, incentivo financeiro, reforma no prédio da USF e necessidade de diminuir as famílias cadastradas. A educação continuada foi indicada em outros estudos: Ronzani e Silva (2008), Oliveira e Albuquerque (2006) e Oliveira e Spiri (2006). Este último e Novaes et al. (2010) mencionaram melhoria salarial.

O estabelecimento de vínculos entre os profissionais e a população foi citado pelos autores Novaes et al. (2010), Oliveira e Albuquerque (2008) e Oliveira e Spiri (2006). Os estudos de Oliveira e Albuquerque (2008), Ronzani e Silva (2008), Samico et al. (2005) revelaram a dificuldade do usuário em entender a proposta da USF.

Oliveira e Albuquerque (2008) mostraram grande quantidade de pacientes atendidos, falta de investimento nas condições estruturais, falta dos materiais de trabalho e dificuldade no encaminhamento aos serviços especializados.

#### D) Características da Qualidade mais significativas

Para verificar as características da qualidade mais importantes, os itens da característica da qualidade foram correlacionados, separadamente, com a qualidade exigida.

Na Casa da Qualidade da Unidade 1, por exemplo: a correlação entre Atendimento cordial e atencioso e Educação continuada foi considerada forte ( $\odot$ ), uma vez que o treinamento dos profissionais pode interferir no atendimento. A correlação entre Atendimento cordial e atencioso e Incentivo profissional e financeiro foi média ( $\ominus$ ), pois com o Incentivo profissional e financeiro provavelmente os usuários seriam mais bem recebidos no serviço de saúde. A relação existente entre Atendimento cordial e atencioso e Demanda eventual foi considerada fraca ( $\triangle$ ), já que o número de usuários de demanda eventual foi considerado mínimo e não iria interferir na qualidade do atendimento ao

usuário. E para finalizar, não houve nenhuma relação entre o Atendimento cordial e atencioso e Melhorar o sistema informatizado, assim esta célula não foi preenchida.

E) Qualidade Projetada (requisitos necessários para a melhoria do serviço):

As qualidades projetadas foram estabelecidas e descritas de acordo com a classificação (prioridade do ponto de vista profissional), conforme Tabela 2.

Analisando as quatro USF observaram-se os seguintes resultados para a qualidade projetada: educação continuada (68,45%), incentivo profissional e financeiro/ mercado de trabalho x salário/ feedback e elogios/ melhoria salarial (59,23%), necessidade de diminuir número de famílias cadastradas (50,04%), esclarecimento da população sobre o funcionamento da USF (46,55%), esclarecimento do fluxo da USF para a comunidade (33,18%), melhorar o sistema informatizado (29,03%), pedidos de compras emergenciais/licitação mais rápida (21,19%), prioridade e perfil epidemiológico da população (16,74%), ambulatório de especialidades no bairro (13,73%), monitoramento da recepção através de senha eletrônica (11,36%), grupos médicos/enfermeiros para melhor resolutividade (10,80%), absenteísmo (8,17%), aumentar tempo de consultas (7,90%), reforma do prédio da USF (7,30%) e demanda eventual (5,07%).

A educação continuada foi o item de qualidade mais importante na perspectiva dos profissionais. Embora, esse dado tenha sido coletado em USF gerenciadas pela OS, o estudo de Volpato et al. (2010) utilizando a mesma ferramenta de qualidade e realizado em USF gerenciadas por um município também apresentou a necessidade de educação continuada. Os estudos de Ronzani e Silva (2008), Oliveira e Albuquerque (2006) e Oliveira e Spiri (2006), realizados em USF gerenciadas pelo município, obtiveram a mesma conclusão. Este item da qualidade projetada se correlacionou com três pontos da planejada (descrita abaixo): atendimento cordial e atencioso, atendimento ágil e capacitação profissional. Isso pode significar que o profissional inserido no processo de educação continuada apresenta melhores condições técnicas e humanas para se relacionar com o usuário e realizar um atendimento com mais qualidade.

O próximo item de destaque foi o incentivo profissional e financeiro, também observado nos estudos de Volpato et al. (2010), Novaes et al. (2010) e Oliveira e Spiri

(2006). O incentivo profissional e financeiro pode-se correlacionar com itens de qualidade considerados importante ao usuário, como: diminuir a rotatividade profissional, pontualidade no atendimento (médico) e motivação profissional. Essa informação sugere que se a empresa incentivar e remunerar adequadamente o profissional, a tendência é este permanecer mais tempo no serviço e com uma atuação mais satisfatória.

A necessidade de diminuir o número de famílias cadastradas apareceu como uma das necessidades dos profissionais nas pesquisas de Volpato et al. (2010) e Oliveira e Albuquerque (2008). Esse item se correlacionou com a qualidade planejada nos seguintes aspectos: facilidade para agendar consultas na USF, atendimento cordial e atencioso, atendimento rápido (recepção), pontualidade no atendimento (médico) e alta demanda de usuários. Através desses dados pode-se dizer que se diminuir o número de famílias cadastradas nas USF as consultas poderiam ser agendadas mais rapidamente, pois os profissionais estariam menos sobrecarregados e aptos para proporcionar um atendimento ágil, atencioso e com mais qualidade.

Os profissionais mencionaram a importância de esclarecer a população sobre o funcionamento da USF. Os estudos de Oliveira e Albuquerque (2008), Ronzani e Silva (2008), Samico et al. (2005) também revelaram a dificuldade do usuário em entender a proposta da USF. O esclarecimento da população sobre o funcionamento do USF se vinculou aos seguintes itens da qualidade planejada: facilidade para agendar consultas na USF, atendimento cordial, atencioso e rápido, conhecimento sobre os níveis de atendimento (atenção básica, média e alta complexidade). Durante a pesquisa, os profissionais relataram que a grande maioria dos usuários desconhece que a USF é um serviço preventivo e não curativo, assim se a população for esclarecida sobre o funcionamento da USF e os níveis de atendimento a tendência é o aperfeiçoamento do agendamento de consultas, ou seja, diminuirão as consultas curativas e a demanda eventual, deixando os profissionais menos estressados e aptos para um melhor atendimento.

Tabela 2. Classificação das qualidades projetadas nas USF.

Unidades	Qualidade Projetada
<b>Unidade 1</b>	1- Diminuir número de famílias cadastradas (23,00%) 2- Educação continuada (21,91%) 3- Incentivo profissional e financeiro (18,44%) 4- Prioridade e perfil epidemiológico da população (12,52%) 5- Pedidos de compras emergenciais (9,45%) 6- Melhorar o sistema informatizado (9,45%) 7- Demanda eventual (5,07%)
<b>Unidade 2</b>	1- Educação continuada (19,20%) 2- Diminuir número de famílias cadastradas (18,90%) 3- Melhoria salarial (13,10%) 4- Esclarecimento da população sobre funcionamento da USF (10,40%) 5- Ambulatório de especialidades no bairro (7,60%) 6- Melhorar o sistema informatizado (7,50%) 7- Reforma no prédio da USF (7,30%) 8- Licitação mais rápida (5,60%)
<b>Unidade 3</b>	1- Educação continuada (20,34%) 2- Feedback/elogios (12,00%) 3- Grupos médicos/enfermeiros para melhor resolutividade (10,80%) 4- Absenteísmo (8,17%) 5- Diminuir número de famílias cadastradas (8,14%) 6- Aumentar tempo de consultas (7,90%) 7- Melhorar o sistema informatizado (7,86%) 8- Melhoria salarial (6,70%) 9- Licitação mais rápida (6,14%) 10- Ambulatório de especialidades no bairro (6,13%) 11- Esclarecimento da população sobre funcionamento da USF (5,75%)
<b>Unidade 4</b>	1- Esclarecimento do fluxo da USF para a comunidade (33,18%) 2- Integração com a comunidade (30,40%) 3- Monitoramento da recepção através senha eletrônica (11,36%) 4- Mercado de trabalho x salário (9,62%) 5- Educação continuada (7,00%) 6- Grupos de prioridade para o acesso (4,22%) 7- Melhorar o sistema informatizado (4,22%)

F) Qualidade Planejada (permite estabelecer melhorias em cada item da qualidade exigida)

Através da avaliação dos usuários, a qualidade planejada permite estabelecer melhorias em cada item da qualidade exigida. A qualidade planejada referente aos serviços de saúde pesquisados pode ser observada na Tabela 3.

Avaliando a somatória das quatro USF pesquisadas, foram observados os seguintes resultados: facilidade para agendar consultas na USF (58,34%), atendimento cordial e atencioso (médicos/dentistas/enfermeiros/recepção) (56,77%), atendimento rápido (recepção) (46,28%), diminuir a rotatividade profissional (42,15%), pontualidade no atendimento (médico) (39,18%), motivação profissional (37,27%), alta demanda de usuários (27,95%), falta de materiais e medicamentos (25,02%), facilidade para agendar consultas especializadas (23,35%), tempo de espera para exames laboratoriais (17,92%), capacitação profissional (9,78%), conhecimento sobre os níveis de atendimento (9,51%) e melhorar a estrutura física (6,40%).

Para os usuários, o item mais importante foi facilidade para agendar consultas na USF, este mesmo dado foi observado nos trabalhos de Volpato et al. (2010), Tengan (2008), Ronzani e Silva (2008), Schwartz et al. (2008) e Samico et al. (2005). Foi possível correlacioná-lo com algumas características de qualidade projetada: necessidade de diminuir número de famílias cadastradas, esclarecimento da população sobre o funcionamento da USF, esclarecimento do fluxo da USF para a comunidade, prioridade e perfil epidemiológico da população, grupos médicos/enfermeiros para melhor resolutividade, absenteísmo e demanda eventual.

Os usuários necessitam de mais rapidez para agendar consultas nas Unidades, isso é uma realidade não apenas nos serviços públicos de saúde, mas também nos serviços privados. Todo usuário deseja que seu problema seja resolvido o mais rápido possível e, segundo os gerentes dos serviços de saúde, isso seria possível se mais USF fossem instaladas nos bairros carentes; se a população tivesse conhecimento sobre a característica preventiva da USF; ausência de absenteísmo, ou seja, todo usuário que não comparecer a consulta, deveria avisar com antecedência, pois outro poderia ser consultado.

Atendimento cordial e atencioso pelos médicos, dentistas, enfermeiros e recepcionistas foi outra qualidade exigida pelos usuários dos serviços de saúde, sendo

também referida nas pesquisas de Dias et al. (2011), Volpato et al. (2010), Ronzani e Silva (2008), Tengan (2008) e Samico et al. (2005). Este item de qualidade se correlacionou com outros da qualidade projetada: educação continuada, incentivo profissional e financeiro, necessidade de diminuir número de famílias cadastradas.

Os usuários dos serviços de saúde, independente do nível cultural e financeiro, necessitam de atendimento cordial e atencioso, uma vez que proporciona confiança no profissional e aderência ao tratamento. E, isso pode se tornar realidade através de uma adequada educação continuada, do incentivo profissional e financeiro e da diminuição no número de famílias cadastradas.

A preocupação com a rotatividade profissional foi citada nos estudos de Novaes et al. (2010), Ronzani e Silva (2008) e Samico et al. (2005). Este item de qualidade planejada foi correlacionado com incentivo profissional e financeiro e necessidade de diminuir número de famílias cadastradas. Os gerentes revelaram que as prováveis causas da alta rotatividade de profissionais (médicos, dentistas, enfermeiros) nas Unidades podem ser relacionadas a longa distância entre a residência e o local de trabalho, além da falta de incentivo profissional e financeiro.

Passados aproximadamente dezoito anos do início da Reforma Administrativa do SUS, este estudo avaliou a qualidade dos serviços oferecidos pelas USF gerenciadas por uma OS utilizando a ferramenta QFD e os resultados encontrados evidenciaram características semelhantes a um estudo realizado nas USF gerenciadas por um município, onde se utilizou o mesmo instrumento para se avaliar a qualidade dos serviços de saúde (Volpato et al., 2010).

A percepção dos profissionais que atuavam nas USF gerenciadas pela OS, revelou a importância e a necessidade de melhorias nos seguintes itens: educação continuada, incentivo profissional e financeiro e necessidade de diminuir número de famílias cadastradas. Enquanto que os profissionais das USF gerenciadas pelo município mencionaram a educação continuada, a necessidade de aumentar o número de profissionais, motivação profissional e o incentivo profissional e financeiro.

Os usuários das USF gerenciadas pela OS citaram como itens de qualidade que devem ser aperfeiçoados: facilidade para agendar consultas na USF, atendimento cordial e

atencioso, atendimento rápido, diminuir a rotatividade profissional, pontualidade no atendimento e motivação profissional. Os usuários das USF gerenciadas pelo município mencionaram a facilidade para agendar consultas na USF e no tratamento especializado, atendimento cordial e atencioso, confiança e valorização da equipe e pontualidade no atendimento.

Observa-se que os itens de qualidade que devem ser aperfeiçoados, na percepção dos profissionais e dos usuários das USF gerenciadas por uma OS e por um município, são semelhantes. Assim sendo, frisa-se que as OS foram criadas com a finalidade de estimular a implantação de uma gestão que priorizasse resultados, satisfação dos usuários e qualidade dos serviços prestados. Ou seja, os serviços de saúde seriam mais eficientes se operacionalizado pela OS, uma vez que teriam maior autonomia administrativa e financeira, entretanto esta realidade não foi comprovada.

#### G) Correlação das Características da Qualidade

A correlação das características da qualidade está demonstrada no telhado da Casas da Qualidade e mostra a correlação entre os indicadores de qualidade.

A Unidade 4 apresentou prevalência da correlação positiva (++), demonstrando que se houver ocorrência em um dos indicadores, seja positiva ou negativa, também afetará o outro indicador. Ex.: integração com a comunidade e esclarecimento do fluxo da USF para a comunidade.

Entretanto, as Unidades 1, 2 e 3 apresentam resultados diferente, ocorreu maior prevalência da correlação negativa (-), mostrando que podem ocorrer alterações nos indicadores, mas a grande maioria não será afetada.

Tabela 3. Classificação da qualidade planejada nas USF.

Unidades	Qualidade Planejada
<b>Unidade 1</b>	1- Alta demanda de usuários (17,10%) 2- Diminuir a rotatividade profissional (12,00%) 3- Materiais e medicamentos na USF (11,50%) 4- Atendimento cordial e atencioso (médicos/dentistas/enfermeiros) (11,10%) 5- Facilidade para agendar consultas na USF (10,80%) 6- Atendimento cordial e atencioso (recepção) (10,50%) 7- Atendimento rápido (recepção) (10,00%) 8- Motivação profissional (9,00%) 9- Pontualidade no atendimento (médicos/dentistas/enfermeiros) (8,00%)
<b>Unidade 2</b>	1- Facilidade para agendar consultas na USF (14,88%) 2- Atendimento rápido (recepção) (12,20%) 3- Facilidade para agendar consultas especializadas (12,04%) 4- Diminuir a rotatividade profissional (11,51%) 5- Alta demanda de usuários (10,85%) 6- Atendimento cordial/atencioso (recepção) (9,82%) 7- Pontualidade no atendimento (médicos/dentistas/enfermeiros) (8,50%) 8- Motivação profissional (7,18%) 9- Materiais e medicamentos na USF (6,62%) 10- Melhorar a estrutura física (6,40%)
<b>Unidade 3</b>	1- Facilidade para agendar consultas na USF (13,28%) 2- Motivação profissional (12,80%) 3- Atendimento cordial e atencioso (12,04%) 4- Pontualidade no atendimento (médicos/dentistas/enfermeiros) (11,71%) 5- Facilidade para agendar consultas especializadas (11,31%) 6- Capacitação dos profissionais (9,78%) 7- Atendimento rápido (recepção) (9,63%) 8- Materiais e medicamentos na USF (6,90%) 9- Conhecimento sobre níveis de atendimento (6,42%) 10- Diminuir a rotatividade profissional (6,07%)
<b>Unidade 4</b>	1- Facilidade para agendar consultas na USF (19,38%) 2- Tempo de espera para exames laboratoriais (17,92%) 3- Atendimento rápido (recepção) (14,45%) 4- Atendimento cordial e atencioso (recepção) (13,35%) 5- Diminuir a rotatividade profissional (12,57%) 6- Pontualidade no atendimento (médicos/dentistas/enfermeiros) (10,97%) 7- Valorização profissional (8,29%) 8- Conhecimento sobre os níveis de atendimento (3,05%)

## **CONCLUSÃO**

A percepção dos usuários sobre a qualidade das USF gerenciadas por uma OS, revelou a necessidade do aperfeiçoamento de alguns itens: facilidade para agendar consultas na USF, atendimento cordial e atencioso, atendimento rápido, diminuir a rotatividade profissional, pontualidade no atendimento médico e motivação profissional. E, de acordo com a percepção dos profissionais, os requisitos necessários para a melhoria do serviço, foram: educação continuada, incentivo profissional e financeiro e necessidade de diminuir o número de famílias cadastradas.

As OS foram criadas com a finalidade de fornecer serviços de saúde mais eficientes e de qualidade, e, desta forma, satisfazer as necessidades dos seus usuários. Entretanto, este fato não foi comprovado na presente pesquisa que analisou a percepção dos usuários e dos profissionais utilizando a ferramenta de qualidade QFD.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Bittencourt RJ, Hortale VA. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. *Rev Ciênc e Saúde Colet.* 2007; 12(4): 929-34.

Brasil. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. A reforma administrativa do sistema de saúde. Brasília: MARE; 1998. (Cadernos do MARE de Reforma do Estado nº. 13).

Carneiro Junior N, Elias PE. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. *Rev. Saúde Pública.* 2006; 40(5): 914-20.

Chan LK, Wu ML. Quality function deployment: A literature review. *European Journal of Operational Research.* 2002; 143(3): 463-97.

Chaplin E, Bailey M, Crosby R, Gorman D, Holland X, Hippe C, et al. Using quality function deployment to capture the voice of the customer and translate it into the voice of the provider. *Comm J Qual Improv.* 1999; 25(6): 300-15.

Cheng LC, Scapin CA, Oliveira CA, Krafetuski E, Drummond FB, Boan FS, et al. *Planejamento da qualidade.* Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni; 1995.

Dias OV, Vieira MA, Dias JP, Ramos LH. As dimensões da satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família: confiabilidade e empatia. *Acta paul. enferm.* 2011; 24(2): 225-31.

Franco SC, Campos GW. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. *Cad Saúde Pública.* 1998; 14(1): 61-70.

Ibañez N, Vecina Neto G. Modelo de gestão e o SUS. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2007; 12: 1831-40.

Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Campos VPG, Santos RN. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. A satisfação do usuário. *Cad Saúde Pública.* 1998; 14(3): 623-28.

Matsuda LM, Évora YDM, Boan FS. O método Desdobramento da Função Qualidade QFD – no planejamento do serviço de enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2000; 8(5): 97-105.

Melo C, Tanaka OY. As organizações sociais no setor saúde: inovando as formas de gestão? *Organizações e Sociedade.* 2001; 8(22).

Mendes ACG, Araújo Junior JLCA, Furtado BMAS, Duarte PO, Santiago RF, Costa TR. Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2009; 9(2).

Miguel PAC, Weidmann A. Construção da casa da qualidade: exemplo didático para o ensino do desdobramento da função qualidade. *Rev. de Ensino de Engenharia*. 1999; 18(1): 41-50.

Modesto PEG. Reforma administrativa e marco legal das organizações sociais no Brasil: as dúvidas dos juristas sobre o modelo das organizações sociais. *Revista do Serviço Público*. 1997; 48(2): 27-57.

Munro ACM. Divergências entre as expectativas do usuário e a percepção da gerência em relação a qualidade do serviço (dissertação de Mestrado). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1994.

Novaes MRCG, Lima ACV, Nogueira DY, Cerqueira F, Mello GF, Souza HS, et al. Estudo etnográfico e de satisfação de profissionais e usuários do Programa de Saúde da Família em Samambaia, Distrito Federal. *Com. Ciências Saúde*. 2010; 21(4): 289-300.

Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev. Saúde Pública*. 2006; 40(4): 727-33.

Oliveira SF, Albuquerque FJB. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. *Psicol. Soc*. 2008; 20(2): 237-46.

Porto MBS. Avaliação de processo em hospitais: uma abordagem pelos princípios do QFD (dissertação) Florianópolis: Faculdade de Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina; 1999.

Ribeiro JM, Siqueira SAV, Pinto LFS. Avaliação da atenção à saúde da criança (0-5 anos) no PSF de Teresópolis (RJ) segundo a percepção dos usuários. Ciênc. saúde coletiva. 2010; 15(2): 517-27.

Rocha ESB, Trevizan MA. Gerenciamento da qualidade em um serviço de enfermagem hospitalar. Rev Lat Am Enfermagem. 2009; 17(2).

Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. Ciênc. saúde coletiva. 2008; 13(1): 23-34.

Samico I, Hartz ZMA, Felisberto E, Carvalho EF. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2005; 5(2): 229-40.

Schwartz TD, Ferreira TB, Maciel ELN, Lima RCD. Estratégia saúde da família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da unidade de saúde de resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória/ES. Ciênc e Saúde Coletiva 2008. Disponível em:

[http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=3042](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3042)  
(acessado em 15/dez/2012).

Tengan C. Abordagem teórica e aplicação de um método de qualidade em serviço público odontológico (tese de Doutorado). Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba/Universidade de Campinas; 2008.

Volpato LF, Meneghim MC, Tengan C, Meneghim ZMAP. Avaliação da qualidade: a possibilidade do uso de uma ferramenta de avaliação no serviço de saúde pública. In: Pereira AC (org.). Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia. Nova Odessa: Napoleão Ltda; 2009. p. 111-30.

Volpato LF, Meneghim MC, Pereira AC, Ambrosano GMB. Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o Desdobramento da Função Qualidade (QFD). Cad. Saúde Pública. 2010; 26(8): 1561-72.

## **CAPÍTULO 3**

### **Avaliação do acesso por meio de uma ferramenta de qualidade em USF gerenciadas ou não pela organização social\***

(Artigo submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública)

**Luciana Fernandes Volpato**  
**Marcelo de Castro Meneghim**  
**Luiz Cândido Martins**  
**Antonio Carlos Pereira**

Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia de Piracicaba,  
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Piracicaba, SP, Brasil.

---

\* De acordo com as normas da revista “Cadernos de Saúde Pública”

## RESUMO

O acesso aos serviços de saúde não tem sido um direito garantido a todos, uma vez que diversas pessoas permanecem nas filas a espera de atendimento devido à falta de vagas para consultas e número insuficiente de profissionais. A presente pesquisa foi realizada com profissionais e usuários de oito Unidades de Saúde da Família (USF), sendo quatro gerenciadas pelo município de Piracicaba/SP e quatro por uma organização social (OS) na cidade de São Paulo/SP. Esta pesquisa levanta a hipótese de que nas USF gerenciadas pela OS, os usuários teriam melhor acesso aos serviços de saúde. O objetivo deste estudo foi avaliar o acesso nas USF, gerenciadas ou não por uma OS, através da percepção dos usuários, utilizando a ferramenta Desdobramento da Função Qualidade (QFD). Os resultados mostraram que o pior item de qualidade, tanto nas gerenciadas pela OS como nas não gerenciadas pela OS, foi o agendamento de consultas na USF. A pesquisa constatou que as USF gerenciadas pela OS não obtiveram melhores resultados na qualidade do acesso quando comparado as USF não gerenciadas pela OS.

**Palavras-chave:** Acesso aos serviços de saúde; Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde; Qualidade da assistência à saúde; Satisfação do paciente.

## **ABSTRACT**

Access to health services has not been a right guaranteed to all, since many people remain in the queue waiting for service due to lack of vacancies for consultations and insufficient number of professionals. This research was conducted with professional users and eight Family Health Units (USF), four managed by the municipality of Piracicaba/SP and four by a social organization (OS) in São Paulo/SP. This research raises the hypothesis that the USF managed by the OS, users would have better access to health services. The aim of this study was to evaluate access in USF, managed by an OS or not, through the perception of users, using the Quality Function Deployment tool (QFD). The results showed that the worst quality item, both managed by the OS as unmanaged in the OS, was scheduling appointments at USF. The survey found that USF managed by the OS did not obtain better results in the quality of access compared the USF not managed by the OS.

**Keywords:** Health services accessibility; Health care quality, access, and evaluation; Quality of health care; Patient satisfaction.

## RESUMEN

El acceso a la salud no ha sido un derecho garantizado para todos, ya que muchas personas permanecen en la cola de espera para el servicio por falta de vacantes para las consultas y el número insuficiente de profesionales. Esta investigación se llevó a cabo con los usuarios profesionales y ocho Unidades de Salud de la Familia (USF), cuatro gestionado por el municipio de Piracicaba / SP y cuatro por una organización social (OS), en São Paulo / SP. El objetivo de este estudio fue evaluar el acceso en USF, gestionado por un sistema operativo o no, a través de la percepción de los usuarios, utilizando el Quality Function Deployment (QFD). Los resultados mostraron que el elemento peor calidad, ambos gestionados por el sistema operativo como no administrado en el sistema operativo, se programo citas en USF. La encuesta encontró que el USF gestionada por el sistema operativo no obtuvo mejores resultados en la calidad del acceso comparó la USF no gestionada por el sistema operativo.

**Palabras clave:** Accesibilidad a los servicios de salud; Calidad, acceso y evaluación de La atención de salud; Calidad de La atención de salud; Satisfacción Del paciente.

## INTRODUÇÃO

O acesso universal, igualitário e integral aos serviços de saúde faz parte dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, o acesso não tem sido um direito garantido a todos, uma vez que diversas pessoas, carentes de cuidados e de uma assistência com qualidade, têm permanecido nas filas a espera de atendimento devido à falta de vagas para consultas e número insuficiente de profissionais<sup>1, 2,3</sup>. Para um serviço público com qualidade algumas mudanças no acesso são necessárias: usuários atendidos de forma digna e igualitária, responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos indivíduos e vínculo entre usuários e profissionais para maior confiança e alcance de um adequado nível de resolutividade<sup>4</sup>.

O conceito de acesso é complexo e muitas vezes utilizado de forma ambígua nos serviços de saúde, além da terminologia empregada variar entre os autores. Alguns preferem o substantivo acessibilidade para indicar a qualidade do que é acessível, outros preferem o termo acesso para designar a entrada nos serviços de saúde. Outros utilizam ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm os cuidados de saúde<sup>5</sup>.

Para Donabedian (2003)<sup>6</sup>, a acessibilidade é a capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população, neste sentido refere-se às características dos serviços que facilitam ou restringem o uso pelos usuários. Segundo Travassos e Martins (2004)<sup>5</sup>, o acesso é um dos elementos do sistema de saúde, vinculado a organização do serviço, que se refere à entrada no serviço e à continuidade do tratamento.

O conceito de acesso implica na relação entre o usuário, suas necessidades de saúde e os serviços de saúde. Portanto, ao tratar do tema acesso, além de focar na organização dos serviços e dos recursos tecnológicos, devem-se considerar, também, os usuários e os profissionais da saúde<sup>5</sup>.

Com a finalidade de permitir melhor controle da qualidade e dos custos dos serviços prestados, resolubilidade, efetividade, integralidade, continuidade, participação e controle social mais efetivo na medida em que assegura o acesso dos usuários ao sistema de saúde, em outubro de 1995, no primeiro mandato do governo de Fernando Henrique

Cardoso, o ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, Luiz Carlos Bresser Pereira, apresentou a proposta de Reforma Administrativa do Sistema de Saúde do Brasil<sup>7</sup>. Nesta proposta, os serviços públicos de saúde poderiam ser transformados em organizações sociais (OS), ou seja, entidades públicas não-estatais de direito privado com autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com o poder executivo e participar do orçamento federal, estadual ou municipal<sup>8</sup>. O pressuposto é que tais serviços podem ser mais eficientes se operacionalizados pelo setor público não-estatal, pois têm maior autonomia administrativa e financeira<sup>9</sup>.

Assim, esta pesquisa levanta a hipótese de que nas Unidades de Saúde da Família (USF) gerenciadas por uma OS, os usuários teriam melhor acesso aos serviços de saúde, uma vez que este tipo de gestão facilita a contratação e dispensa de recursos humanos, não há burocracia na gestão financeira dos recursos, além de priorizar a satisfação dos usuários e a qualidade dos serviços prestados<sup>10</sup>.

O objetivo deste estudo foi avaliar o acesso nas USF, gerenciadas ou não por uma OS, através da perspectiva dos usuários, utilizando a ferramenta Desdobramento da Função Qualidade (QFD).

## **METODOLOGIA**

O estudo é do tipo exploratório-descritivo e a técnica de amostragem utilizada foi por conglomerados. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/UNICAMP, parecer nº. 147/2010 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, parecer nº. 139/11.

Para a realização da pesquisa foram coletados dados com profissionais e usuários de oito USF, selecionadas aleatoriamente, sendo quatro gerenciadas pelo município de Piracicaba/SP (denominadas 1, 2, 3 e 4) e quatro gerenciadas por uma OS na cidade de São Paulo/SP (denominadas 1, 2, 3 e 4).

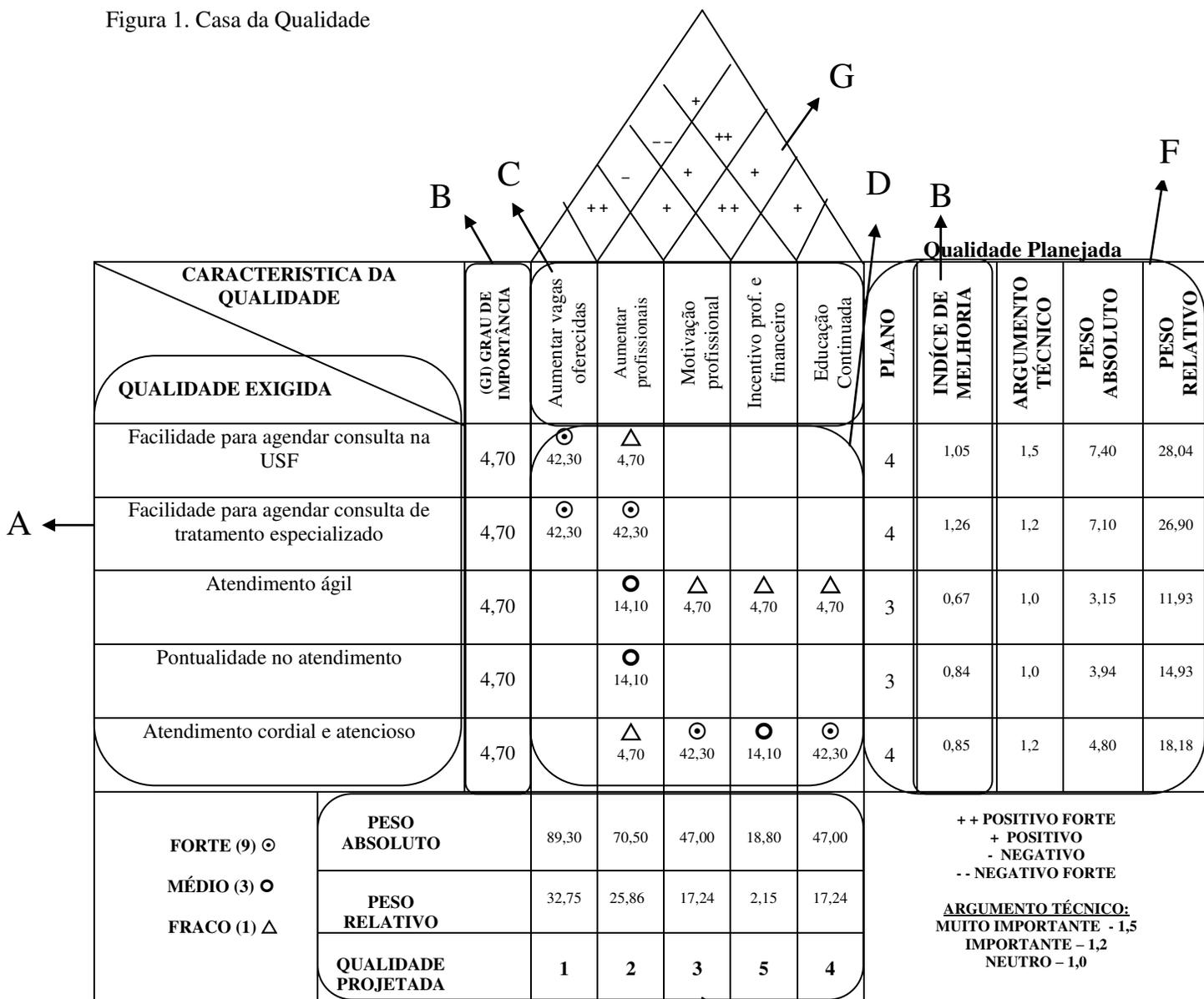
A pesquisa foi realizada entre agosto de 2011 e outubro de 2012, em dias e horários aleatórios com a finalidade de abordar os diferentes tipos de usuários.

A amostra constituiu-se de 400 usuários dos serviços, ou seja, 50 voluntários em cada uma das USF gerenciadas ou não pela OS. Os critérios de inclusão para a amostra foram: pertencer à Unidade, ambos os gêneros, faixa etária de 18 a 70 anos, sendo que os idosos deveriam ser independentes ou parcialmente dependentes. A amostra de profissionais foi composta por 80 voluntários, 10 em cada USF, compreendendo médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, cirurgiões-dentistas, técnicos em saúde bucal, agentes comunitários de saúde e gerentes que atuavam nos serviços de saúde quando a pesquisa foi realizada.

Após a definição da amostra, iniciou-se a coleta dos dados nas USF e, posteriormente, a construção da Casa da Qualidade (Figura 1), quesito fundamental do QFD. Para construir a Casa da Qualidade, algumas etapas foram realizadas:

A) Identificação da Qualidade Exigida: Com a finalidade de identificar a qualidade exigida (itens de qualidade necessários para satisfazer os usuários e que não se encontram disponíveis no serviço de saúde) foram realizadas entrevistas individuais com os usuários das Unidades, onde o propósito era responder a seguinte questão: “Em relação ao acesso, quais os itens de qualidade necessários para satisfazer os usuários da USF?”. As respostas mais frequentes foram descritas na Casa da Qualidade, no campo qualidade exigida.

Figura 1. Casa da Qualidade



Legenda:

- A – Qualidade Exigida
- B – Ranqueamento da Qualidade Exigida
- C – Estabelecimento das Características da Qualidade
- D – Características da Qualidade mais significativas
- E – Qualidade Projetada
- F – Qualidade Planejada
- G – Correlação das Características da Qualidade

B) **Ranqueamento da Qualidade Exigida:** Através dos itens identificados na qualidade exigida foram elaborados questionários para serem aplicados aos usuários, assim cada USF teve seu próprio questionário. Neste havia duas colunas, uma relacionada à importância que o usuário atribui ao serviço, com a pergunta “Qual o grau de importância que você atribui ao serviço?” e outra mencionando a avaliação sobre o serviço ofertado, onde era questionado: “Como você avalia o serviço desta USF?”.

Durante a aplicação dos questionários, os usuários foram orientados a responder as questões da seguinte maneira: primeiramente, deveriam ranquear cada um dos itens relacionados ao grau de importância, desta forma deveriam atribuir valores de 1 a 5 de acordo com o grau de importância que aquele item possui para o usuário, onde: 1 – nenhuma importância, 2 - pouca importância, 3 - alguma importância, 4 - importante e 5 - muito importante. Na compilação dos dados foi realizada a média aritmética e o valor resultante foi descrito no campo GI (Grau de Importância) da Casa da Qualidade (Figura 1), determinando as qualidades exigidas mais importantes.

O mesmo procedimento foi realizado para a segunda coluna, ou seja, os usuários deveriam avaliar cada um dos itens referentes a qualidade do serviço oferecido pela Unidade, atribuindo valores de 1 a 5, onde 1 - péssimo, 2 - ruim, 3 - regular, 4 - bom e 5 - ótimo. Os valores resultantes obtidos pela média aritmética foram utilizados no campo da Qualidade Planejada, descrita posteriormente.

C) **Estabelecimento das Características da Qualidade:** Partindo das qualidades exigidas, o gerente do serviço de saúde definiu as características da qualidade, ou seja, itens importantes para a melhoria do atendimento oferecido na Unidade. Assim, cada uma das qualidades exigidas corresponde a pelo menos uma característica da qualidade.

D) **Características da Qualidade mais significativas:** Após definir as características de qualidade, o gerente correlacionou, individualmente, as qualidades exigidas com as características de qualidade, respondendo a pergunta: “A característica atende as necessidades dos usuários?” e no interior de cada célula foram utilizados os seguintes símbolos para determinar a correlação: forte ⊙, médio ●, fraco △, inexistente (em

branco), sendo que cada um destes símbolos apresenta um valor: forte  $\odot$  - 9, médio  $\bullet$  - 3, fraco  $\triangle$  - 1 e o inexistente - zero.

Na Casa da Qualidade (Figura 1), por exemplo: a correlação entre aumentar o número de vagas oferecidas e a facilidade em agendar consultas é forte ( $\odot$ ), uma vez que se houverem mais vagas disponíveis, mais consultas serão agendadas. A correlação entre aumentar número de profissionais e pontualidade no atendimento é média ( $\bullet$ ), pois com o aumento do número de profissionais provavelmente os usuários não teriam que aguardar muito tempo para serem atendidos. A relação existente entre incentivo profissional e financeiro e atendimento ágil ( $\triangle$ ), já que o incentivo profissional e financeiro não interfere de forma significativa na agilidade do atendimento. E para finalizar, não há nenhuma relação entre o incentivo profissional e financeiro e facilidade para agendar consultas, assim esta célula não foi preenchida.

A seguir, os dados foram convertidos multiplicando o valor do símbolo pelo valor do Grau de Importância (GI) e o resultado registrado no interior de cada célula. Este procedimento foi realizado em todas as células que apresentaram algum símbolo.

E) Qualidade Projetada (ordem de importância dos itens necessários para a melhoria do atendimento na Unidade): Para estabelecer a qualidade projetada, os pesos absolutos e relativos, referentes às características da qualidade, devem ser calculados. O peso absoluto foi calculado somando os valores das células referentes a cada uma das características de qualidade e o peso relativo através dos pesos absolutos, resultando em percentuais para cada característica, determinando, assim, os itens mais importantes para a melhoria dos serviços.

F) Qualidade Planejada (classificação dos itens de qualidade necessários para satisfazer os usuários): Para obter a qualidade planejada foi necessário determinar valores para alguns itens, como: argumento técnico, plano, índice de melhoria, peso absoluto e peso relativo.

O gerente responsável pela Unidade estabeleceu, através dos pesos 1,0 (neutro), 1,2 (importante) e 1,5 (muito importante), o argumento técnico, ou seja, a importância de cada item de qualidade no serviço de saúde.

Para estabelecer o plano, o gerente atribuiu valores de 1 a 5, sendo que o valor máximo é o ideal, aos itens de qualidade exigida de acordo com o serviço oferecido.

A partir do plano de melhoria determinou-se o índice de melhoria (divide-se o plano pela avaliação do usuário), o peso absoluto (multiplica-se o grau de importância, o índice de melhoria e o argumento técnico) e o peso relativo (percentual do peso absoluto para cada item avaliado).

G) Correlação das Características da Qualidade (indica o quanto uma característica interfere com a outra): O gerente correlacionou as características da qualidade no telhado da Casa da Qualidade, através dos pesos: positiva (+), fortemente positiva (++), negativa (-) ou fortemente negativa (- -).

## **RESULTADOS**

As USF apresentam características próprias, portanto seus resultados diferem entre si e por este motivo foi construída uma Casa da Qualidade para cada serviço de saúde.

Após as entrevistas nas USF gerenciadas pela OS foram obtidas as seguintes qualidades exigidas: facilidade para agendar consultas na USF e no serviço especializado (prazo de alguns dias, após o agendamento, para ser consultado), atendimento rápido (recepção), pontualidade no atendimento médico e atendimento cordial/atencioso. Nas USF não gerenciadas pela OS foram mencionados os seguintes itens: facilidade para agendar consultas na USF e no serviço especializado (prazo de alguns dias, após o agendamento, para ser consultado), atendimento rápido (recepção), pontualidade no atendimento médico, resolução dos problemas e atendimento cordial/atencioso.

Alguns itens não se relacionam ao acesso, porém foram mencionados pelos usuários de ambos os serviços de saúde, gerenciados ou não pela OS, como sendo de grande importância para a qualidade, desta forma, foram incluídos na pesquisa.

As características de qualidade definidas pelos gerentes das USF gerenciadas pela OS foram: educação continuada, incentivo profissional e financeiro, diminuir o número de famílias cadastradas, melhorar o sistema informatizado, ambulatório especialidades no

bairro, grupos de prioridade, grupos de médicos/enfermeiros para melhor resolatividade e absenteísmo. Enquanto que os gerentes das USF não gerenciadas pela OS definiram: educação continuada, incentivo profissional e financeiro, aumentar o número das vagas oferecidas, aumentar o número de profissionais nos serviços especializados, diminuir o número de famílias cadastradas.

Após a construção da Casa da Qualidade foi estabelecida a qualidade planejada (classificação dos itens de qualidade necessários para satisfazer os usuários das USF gerenciadas ou não pela OS), descritas na Tabela 1, e, também, a qualidade projetada (classificação dos itens de qualidade necessários para proporcionar melhorias no atendimento das USF gerenciadas ou não pela OS), apresentadas na Tabela 2.

Tabela 1. Classificação da qualidade planejada nas USF gerenciadas ou não pela organização social.

<b>Unidades</b>	<b>Qualidade Planejada USF gerenciadas pela OS</b>	<b>Qualidade Planejada USF não gerenciadas pela OS</b>
<b>Unidade 1</b>	1- Atendimento cordial e atencioso (médico) (22,02%) 2- Facilidade para agendar consulta na USF (21,43%) 3- Atendimento cordial e atencioso (recepção) (20,83%) 4- Atendimento rápido (recepção) (19,84%) 5- Pontualidade no atendimento (15,87%)	1- Facilidade para agendar consulta na USF (28,04%) 2- Facilidade para agendar consulta no serviço especializado (26,90%) 3- Atendimento cordial e atencioso (18,18%) 4- Pontualidade no atendimento (14,93%) 5- Atendimento rápido (recepção) (11,93%)
<b>Unidade 2</b>	1- Facilidade para agendar consulta na USF (25,90%) 2- Atendimento rápido (recepção) (21,23%) 3- Facilidade para agendar consulta no serviço especializado (20,96%) 4- Atendimento cordial/atencioso (recepção) (17,09%) 5- Pontualidade no atendimento médico (14,80%)	1- Facilidade para agendar de consulta no serviço especializado (23,90%) 2- Facilidade para agendar consulta na USF (21,91%) 3- Pontualidade no atendimento (20,06%) 4- Resolução dos problemas (17,73%) 5- Atendimento cordial e atencioso (16,40%)
<b>Unidade 3</b>	1- Facilidade para agendar consultas na USF (22,92%) 2- Atendimento cordial e atencioso (20,71%) 3- Pontualidade no atendimento médico (20,21%) 4- Facilidade para agendar consulta no serviço especializado (19,52%) 5- Atendimento rápido (recepção) (16,62%)	1- Facilidade para agendar consulta na USF (22,09%) 2- Facilidade no agendamento de consulta no serviço especializado (20,92%) 3- Resolução dos problemas (18,78%) 4- Atendimento cordial e atencioso (16,53%) 5- Pontualidade no atendimento (13,11%) 6- Atendimento rápido (recepção) (8,55%)
<b>Unidade 4</b>	1- Facilidade para agendar consultas na USF (33,32%) 2- Atendimento rápido (recepção) (24,85%) 3- Atendimento cordial e atencioso (recepção) (22,95%) 4- Pontualidade no atendimento médico (18,86%)	1- Facilidade para agendar consulta na USF (39,15%) 2- Facilidade no agendamento de consulta no serviço especializado (33,41%) 3- Atendimento cordial e atencioso (27,43%)

Tabela 2. Classificação da qualidade projetada nas USF gerenciadas ou não pela OS.

<b>Unidades</b>	<b>Qualidade Projetada USF gerenciadas pela OS</b>	<b>Qualidade Projetada USF não gerenciadas pela OS</b>
<b>Unidade 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1- Educação continuada (30,24%)</li> <li>2- Prioridade e perfil epidemiológico da população (20,29%)</li> <li>3- Diminuir número de famílias cadastradas (18,32%)</li> <li>4- Melhorar o sistema informatizado (15,14%)</li> <li>5- Incentivo profissional e financeiro (9,55%)</li> <li>6- Demanda eventual (6,44%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1- Aumentar número de vagas oferecidas (32,75%)</li> <li>2- Aumentar número de profissionais nos serviços especializados (25,86%)</li> <li>3- Motivação profissional (17,24%)</li> <li>4- Educação continuada (17,24%)</li> <li>5- Incentivo profissional e financeiro (2,15%)</li> </ul>
<b>Unidade 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1- Educação continuada (40,19%)</li> <li>2- Diminuir número de famílias cadastradas (23,27%)</li> <li>3- Melhorar o sistema informatizado (18,17%)</li> <li>4- Ambulatório de especialidades no bairro (14,02%)</li> <li>5- Melhoria salarial (1,20%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1- Diminuir número de famílias cadastradas (30,70%)</li> <li>2- Capacitação profissional (19,85%)</li> <li>3- Motivação profissional (19,85%)</li> <li>4- Aumentar número de profissionais nos serviços especializados (19,64%)</li> <li>5- Construção de outra unidade (9,95%)</li> </ul>
<b>Unidade 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1- Educação continuada (18,60%)</li> <li>2- Grupos médicos/enfermeiros para melhor resolutividade (16,27%)</li> <li>3- Absenteísmo (13,12%)</li> <li>4- Melhorar o sistema informatizado (12,64%)</li> <li>5- Incentivo profissional e financeiro (10,20%)</li> <li>6- Ambulatório de especialidades no bairro (9,84%)</li> <li>7- Diminuir número de famílias cadastradas (9,84%)</li> <li>8- Aumentar tempo de consultas (9,44%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1- Aumentar número de profissionais nos serviços especializados (46,90%)</li> <li>2- Aumentar número de vagas oferecidas (28,20%)</li> <li>3- Educação continuada (18,70%)</li> <li>4- Diminuição da rotatividade profissional (4,64%)</li> <li>5- Incentivo profissional e financeiro (1,55%)</li> </ul>
<b>Unidade 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1- Educação continuada (33,14%)</li> <li>2- Mercado de trabalho x salário (26,67%)</li> <li>3- Grupos de prioridade (20,10%)</li> <li>4- Melhorar o sistema informatizado (3,22%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1- Aumentar número de profissionais nos serviços (31,03%)</li> <li>2- Humanização no atendimento (25,87%)</li> <li>3- Motivação profissional (15,74%)</li> <li>4- Aumentar número de profissionais nos serviços especializados (15,54%)</li> <li>5- Qualificação profissional (10,34%)</li> </ul>

## DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que os itens da qualidade exigida (facilidade para agendar consultas na USF e no serviço especializado, atendimento rápido, pontualidade no atendimento médico e atendimento cordial/atencioso) mencionados pelos usuários das USF gerenciadas por uma OS e pelos usuários das USF não gerenciadas por uma OS foram semelhantes, com exceção do item resolução dos problemas que foi citado apenas no último serviço de saúde.

A facilidade para agendar consulta na unidade e no serviço especializado também foi considerado importante e almejado pelos usuários dos serviços de saúde nos estudos de Corrêa et al. (2011)<sup>11</sup>, Martha et al. (2011)<sup>1</sup>, Volpato et al. (2010)<sup>2</sup>, Cunha e Silva (2010)<sup>12</sup>, Medeiros et al. (2010)<sup>13</sup>, Souza et al. (2008)<sup>14</sup> e Ramos e Lima (2003)<sup>15</sup>. A dificuldade na obtenção das consultas se deve ao número insuficiente de profissionais em relação à demanda. O agendamento de consultas, seja na Unidade ou no serviço especializado, é um direito da população, portanto instâncias superiores devem ser envolvidas no processo para solucionar o problema<sup>1, 15</sup>.

O longo tempo de espera para o atendimento também foi relatado nas pesquisas de Corrêa et al. (2011)<sup>11</sup>, Volpato et al. (2010)<sup>2</sup>, Cunha e Silva (2010)<sup>12</sup>, Souza et al. (2008)<sup>14</sup> e Ramos e Lima (2003)<sup>15</sup>, enquanto que a pontualidade nas consultas médicas foi um dos problemas observado nos estudos de Volpato et al. (2010)<sup>2</sup>, Souza et al. (2008)<sup>14</sup>, Ramos e Lima (2003)<sup>15</sup>.

Damasceno et al. (2012)<sup>16</sup>, Corrêa et al. (2011)<sup>11</sup>, Martha et al. (2011)<sup>1</sup>, Volpato et al. (2010)<sup>2</sup>, Medeiros et al. (2010)<sup>13</sup>, Ramos e Lima (2003)<sup>15</sup> mencionaram sobre a resolução dos problemas. Os profissionais devem ouvir os problemas relatados pelos usuários e utilizar os recursos disponíveis na rede de serviços de saúde para obter melhor nível de resolutividade<sup>16, 13</sup>.

O atendimento cordial/atencioso foi citado em Damasceno et al. (2012)<sup>16</sup>, Martha et al. (2011)<sup>1</sup>, Corrêa et al. (2011)<sup>11</sup>, Volpato et al. (2010)<sup>2</sup>, Medeiros et al. (2010)<sup>13</sup>, Souza et al. (2008)<sup>14</sup> e Ramos e Lima (2003)<sup>15</sup>. O bom atendimento aos usuários faz parte da humanização e esta é essencial para a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, assim a

postura de acolhimento dos profissionais se revela através de atitudes, como: aproximação ao usuário, cumprimento, individualização, concentração no atendimento e demonstração de envolvimento ou sentimento em relação aos problemas do usuário<sup>17</sup>. A relação humanizada eleva a credibilidade com o profissional, facilitando na cooperação ao tratamento e continuidade do cuidado<sup>1</sup>.

Os gerentes das USF administradas ou não pela OS concordaram na determinação de algumas características da qualidade, são elas: educação continuada, incentivo profissional e financeiro e diminuição no número de famílias cadastradas. Volpato et al. (2010)<sup>2</sup> confirmam os achados deste estudo nos seguintes itens: educação continuada, incentivo financeiro e diminuição no número de famílias cadastradas. O último item também foi descrito no estudo de Souza et al. (2008)<sup>14</sup>. A educação continuada foi descrita em outros estudos<sup>18, 19, 20</sup>. Novaes et al. (2010)<sup>21</sup> e Oliveira e Spiri (2008)<sup>20</sup> mencionaram melhoria salarial.

Na qualidade planejada, os resultados indicaram que o item mais importante e problemático para os usuários das USF gerenciadas pela OS foi a facilidade para agendar consultas na unidade. Os outros itens citados, segundo a ordem de importância para os usuários nos serviços, foram: atendimento cordial e atencioso, atendimento rápido e pontualidade no atendimento. A facilidade para agendar consultas na unidade também foi referida como o item mais importante da qualidade planejada nas USF não gerenciadas pela OS, seguido pela facilidade para agendar consultas no serviço especializado e atendimento cordial e atencioso.

Portanto, a qualidade planejada foi similar nas USF gerenciadas pela OS e nas não gerenciadas pela OS, pois a facilidade para agendar consultas na Unidade foi o item mais significativo para os usuários de ambos os serviços de saúde, denotando a dificuldade no agendamento de consultas nas USF.

Nas USF gerenciadas pela organização social, os dados revelaram que a qualidade projetada mais relevante foi a educação continuada. Esta informação demonstra a preocupação dos profissionais em disponibilizar serviços de saúde com qualidade, uma vez que se o profissional estiver inserido no processo de educação continuada estará mais qualificado para interagir com o usuário, tanto no aspecto técnico como no humano. A

educação continuada pode solucionar alguns itens de qualidade necessários para satisfazer os usuários, descritos na qualidade exigida, como: pontualidade no atendimento, atendimento rápido e atendimento cordial e atencioso. Outros itens de qualidade projetada mencionados como relevantes, foram: diminuição no número de famílias cadastradas, sistema informatizado lento, incentivo profissional e financeiro.

A qualidade projetada mais significativa nas USF não gerenciadas pela OS foi aumentar o número de profissionais nos serviços, item que corrobora com algumas qualidades exigidas citadas pelos usuários, como: facilidade no agendamento de consulta na unidade e no serviço especializado, resolução dos problemas e pontualidade no atendimento. Aumentar número de vagas oferecidas para agendamento de consultas e diminuir o número de famílias cadastradas também foram mencionadas pelos gerentes.

## **CONCLUSÃO**

Segundo a percepção dos usuários, a facilidade para agendar consultas na USF foi o item mais relevante, entretanto não se encontra disponível nas USF gerenciadas pela OS e nas USF não gerenciadas pela OS, interferindo na qualidade dos serviços de saúde. Percebe-se que os usuários de ambos os serviços almejam itens básicos e essenciais para o acesso, ou seja, tanto as USF gerenciadas pela OS como as não gerenciadas pela OS estão falhando no início do processo de atendimento.

A presente pesquisa, realizada em USF gerenciadas pela OS e em USF não gerenciadas pela OS, utilizou a ferramenta QFD para avaliar a qualidade e constatou que as USF gerenciadas pela OS, mesmo tendo maior autonomia administrativa e financeira, não obtiveram melhores resultados na qualidade do acesso aos serviços de saúde quando comparado as USF não gerenciadas pela OS. Assim, o acesso constitui um desafio na construção do cuidado integral e como elemento de fundamental importância para a gestão e avaliação de serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Martha SN, Gatti MAN, Vitta A, Simeão SFAP, Conti MHS, Saes SO, et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*. 2011; 30 (3): 159-177.
- 2- Volpato LF, Meneghim MC, Pereira AC, Ambrosano GMB. Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o Desdobramento da Função Qualidade (QFD). *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(8): 1561-1572.
- 3- Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC (org.). *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre, RS: Artmed; 2003. p. 28-49.
- 4- Silva LG, Alves MS. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. *Rev. APS*. 2008; 11 (1): 74-84.
- 5- Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20: 190-196.
- 6- Donabedian A. *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press, 2003.
- 7- Carneiro Junior N, Elias PE. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. *Rev. Saúde Pública*. 2006; 40(5): 914-920.
- 8- Modesto PEG. Reforma administrativa e marco legal das organizações sociais no Brasil: as dúvidas dos juristas sobre o modelo das organizações sociais. *Revista do Serviço Público*. 1997; 48(2): 27-57.

- 9- Melo C, Tanaka OY. As organizações sociais no setor saúde: inovando as formas de gestão? *Organizações e Sociedade*. 2001; 8(22).
- 10- Ibañez N, Vecina Neto G. Modelo de gestão e o SUS. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2007; 12: 1831-1840.
- 11- Corrêa ACP, Ferreira F, Cruz GSP, Pedrosa ICFP. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2011; 32(3): 451-457.
- 12- Cunha ABO, Silva LMV. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26 (4): 725-737.
- 13- Medeiros FA, Souza GCA, Barbosa AAA, Costa ICC. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. *Rev. salud pública*. 2010; 12 (3): 402-413.
- 14- Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24 (1): 100-110.
- 15- Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19 (1).
- 16- Damasceno RF, Souza LPS, Ruas MFL, Brito PA, Silva EA, Silva JLS. O acolhimento no contexto da Estratégia Saúde da Família. *J Health Sci Inst*. 2012; 30 (1): 37-40.

- 17- Carvalho CAP, Marsicano JA, Carvalho FS, Peres AS, Bastos JRM, Peres SHCS. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. *Arq Ciênc Saúde*. 2008; 15(2): 93-95.
- 18- Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008; 13(1): 23-34.
- 19- Oliveira SF, Albuquerque FJB. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. *Psicol. Soc.* 2008; 20(2): 237-246.
- 20- Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev. Saúde Pública*. 2006; 40(4): 727-733.
- 21- Novaes MRCG, Lima ACV, Nogueira DY, Cerqueira F, Mello GF, Souza HS, et al. Estudo etnográfico e de satisfação de profissionais e usuários do Programa de Saúde da Família em Samambaia, Distrito Federal. *Com. Ciências Saúde*. 2010; 21(4): 289-300.

## CONCLUSÃO

Os usuários estão cada vez mais exigentes e conscientes que a saúde e o cuidado em saúde com qualidade são direitos básicos e não privilégio para alguns. Assim, o planejamento da qualidade é fundamental à área da saúde, pois possibilita maior eficiência e efetividade nos serviços.

A ferramenta Desdobramento da Função Qualidade (QFD) se mostrou eficaz no planejamento da qualidade nos serviços de saúde, uma vez que utiliza a percepção e as necessidades dos usuários e dos profissionais. A percepção dos usuários permite avaliar sua relação com o profissional, o trato humanitário e a satisfação do atendimento. Por sua vez, a percepção do profissional permite diagnosticar as características do serviço e a relação profissional-usuário.

Conhecer a percepção dos usuários e dos profissionais a respeito da qualidade do serviço pode ser um primeiro passo para o desenvolvimento de ações que levarão a melhoria, tanto por parte do gestor do sistema, que precisa conhecer a percepção de ambos para direcionar suas estratégias e ações, como por parte dos próprios profissionais que, entendendo a percepção da qualidade sob a perspectiva de seus usuários, estarão mais preparados para atender suas expectativas.

Visando a qualidade e a redução de custos, foi proposto pelo Governo Federal a Reforma Administrativa do Sistema de Saúde, onde se idealizou a Organização Social (OS). Entretanto, este estudo constatou que as Unidades de Saúde da Família gerenciadas pela OS, mesmo tendo maior autonomia administrativa e financeira, não obtiveram melhores resultados na qualidade dos serviços de saúde quando comparado as Unidades não gerenciadas pela OS. Desta forma, concluiu-se que os serviços de saúde gerenciados pela OS não são mais eficientes que os não gerenciados pela OS.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Akao Y. Introdução ao desdobramento da qualidade. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni; 1996.

Carneiro Junior N, Elias PE. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. Rev. Saúde Pública. 2006; 40(5): 914-20.

Carnevalli JA, Sassi AC, Miguel PAC. Aplicação do QFD no desenvolvimento de produtos: levantamento sobre seu uso e perspectivas para pesquisas futuras. Gestão e Produção. 2004; 11(1): 33-49.

Chan LK, Wu ML. Quality function deployment: A literature review. European Journal of Operational Research. 2002; 143(3): 463-97.

Chaplin E, Bailey M, Crosby R, Gorman D, Holland X, Hippe C, et al. Using quality function deployment to capture the voice of the customer and translate it into the voice of the provider. Comm J Qual Improv. 1999; 25(6): 300-15.

Cheng LC, Scapin CA, Oliveira CA, Krafetuski E, Drummond FB, Boan FS, et al. Planejamento da qualidade. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni; 1995.

Curry A, Herbert D. Continuous improvement in public services - a way forward. Managing Service Quality. 1998; 8(5): 339-49.

Einspruch EM, Omachonu VK, Einspruch NG. Quality function deployment: application to rehabilitation services. Int J Health Care Qual Assur. 1996; 9(3): 42-7.

Ibañez N, Vecina Neto G. Modelo de gestão e o SUS. Ciênc. Saúde Coletiva. 2007; (12): 1831-40.

Martha SN, Gatti MAN, Vitta A, Simeão SFAP, Conti MHS, Saes SO, et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita* 2011; 30(3): 159-77.

Matsuda LM, Evora YDM, Boan FS. O método desdobramento da função qualidade QFD – no planejamento do serviço de enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2000; 8(5): 97-105.

Miguel PAC, Weidmann A. Construção da casa da qualidade: exemplo didático para o ensino do desdobramento da função qualidade. *Rev. de Ensino de Engenharia*. 1999; 18(1): 41-50.

Modesto PEG. Reforma administrativa e marco legal das organizações sociais no Brasil: as dúvidas dos juristas sobre o modelo das organizações sociais. *Revista do Serviço Público*. 1997; 48(2): 27-57.

Porto MBS. Avaliação de processo em hospitais: uma abordagem pelos princípios do QFD (dissertação) Florianópolis: Faculdade de Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina; 1999.

Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC (org.). *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre, RS: Artmed; 2003. p. 28-49.

Tengan C. Abordagem teórica e aplicação de um método de qualidade em serviço público odontológico (tese). Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba/Universidade de Campinas; 2008.

Volpato LF, Meneghim MC, Pereira AC, Ambrosano GMB. Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o Desdobramento da Função Qualidade (QFD). *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(8): 1561-72.

## Anexo 1. Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa da FOP/UNICAMP.

11/12/13

Comitê de Ética em Pesquisa - Certificado



### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



## CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "**Aplicação de uma ferramenta de qualidade em unidades de saúde da família gerenciadas pelo município e pelas organizações sociais**", protocolo nº 147/2010, dos pesquisadores Luciana Fernandes Volpato e Marcelo de Castro Meneghim, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 15/12/2010.

The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project "**Application of a tool for quality in health of family units by city manager and organizations for social**", register number 147/2010, of Luciana Fernandes Volpato and Marcelo de Castro Meneghim, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee at 12/15/2010.

**Prof. Dr. Pablo Agustin Vargas**  
Secretário  
CEP/FOP/UNICAMP

**Prof. Dr. Jacks Jorge Junior**  
Coordenador  
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.  
Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.

## Anexo 2. Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS São Paulo.



### SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0009.0.162.167-11

São Paulo, 23 de Maio de 2011.  
PARECER Nº 139/11 – CEP/SMS

Ilma. Sra.  
Luciana Fernandes Volpato

**Projeto de Pesquisa:** Aplicação de uma ferramenta de qualidade em Unidades de Saúde da Família gerenciadas pelo município e pelas organizações sociais.

**Pesquisador Responsável:** Luciana Fernandes Volpato

**Instituição:** Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/UNICAMP

**Local onde os dados serão coletados:** Unidades de Saúde da Família da Coordenadoria Regional de Saúde Leste

**Patrocinador:** FAPESP

#### I - Sumário Geral do Protocolo

A administração dos serviços de saúde não é exclusiva do Estado, podendo ser transferida para o setor privado como administração pública não-estatal e garantindo o direito de receber recursos orçamentários públicos. O pressuposto é que tais serviços são mais eficientes se operacionalizados pelo setor público não-estatal. As organizações sociais tem maior autonomia administrativa, financeira, maior flexibilidade gerencial com relação à compra de insumos e materiais, à contratação e dispensa de recursos humanos, à gestão financeira dos recursos e estimula uma gestão que priorize resultados, satisfação dos usuários e qualidade dos serviços prestados.

#### O projeto tem como objetivo geral:

Utilizar a ferramenta Desdobramento da Função Qualidade (QFD) em Unidades de Saúde da Família gerenciadas pelo município e pelas organizações sociais com a finalidade de verificar os indicadores qualitativos, quantitativos e o planejamento da qualidade.

Trata-se de uma pesquisa de doutorado de abordagem quantitativa e qualitativa do tipo transversal onde a Pesquisadora pretende fazer uso da ferramenta QFD (iniciais da expressão inglesa "Quality Function Deployment", traduzida como Desdobramento da Função Qualidade), metodologia definida como um processo estruturado que procura planejar a qualidade baseando-se na satisfação não somente do usuário, mas com o envolvimento dos profissionais e da instituição. A ferramenta QFD foi desenvolvida no Japão por Yoji Akao e Shiguero Mizuno, entre 1960 e 1965, período de grande crescimento da indústria japonesa e em decorrência disso, a indústria automobilística fazia constante alteração nos modelos e lançamento de novos veículos, proporcionando a necessidade de um método que garantisse a qualidade do produto desde a fase inicial do projeto e a solução foi o QFD.

Local do estudo – O estudo se desenvolverá no Município de São Paulo, em 4 unidades gerenciadas pelo OSS APS Santa Marcelina localizadas na Coordenadoria Regional de Saúde Leste e, no Município de Piracicaba, em 4 unidades gerenciadas pela Administração Direta.

O projeto é patrocinado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

Amostra - será composta pelos usuários e pelos profissionais das Unidades.

\* Rua General Jardim, 36 – 1º andar – V. Buarque - fone: 3397.2464 – email: smscep@gmail.com  
[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/comite\\_de\\_etica/](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/comite_de_etica/)

Página 1/3

- Usuários: serão convidados para participar da pesquisa 50 usuários de cada uma das Unidades, totalizando 400 voluntários. Critérios de inclusão: ambos os sexos, idade de 18 a 70 anos, sendo que os pacientes idosos devem ser independentes ou parcialmente dependentes; orientados no tempo e espaço; com capacidade de verbalização.

- Profissionais: serão convidados a participar do estudo todos os profissionais que atuam nas USFs, ou seja: um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde e um cirurgião-dentista (quando houver este profissional na USF), num total de aproximadamente 80 profissionais.

Critérios de inclusão: todos os profissionais que atuam nas USF (descritos acima), ambos os sexos com idade de 18 a 70 anos.

A pesquisa será dividida em quatro etapas:

1ª Etapa - Definição de oito Unidades de Saúde da Família, sendo que quatro deverá ser administrada pelo município e quatro pelas organizações sociais.

2ª Etapa - Identificação e desdobramento da qualidade exigida: serão realizadas reuniões com a equipe multiprofissional de cada uma das Unidades. Nesta etapa, a finalidade principal da equipe é responder a seguinte questão: "Quais os itens de qualidade considerados necessários para satisfazer o usuário?". Os itens obtidos durante a identificação da qualidade exigida serão desdobrados em níveis e agrupados por afinidade, conforme exemplificado na Tabela 2:

3ª Etapa - Ranqueamento da qualidade exigida: após a definição da qualidade exigida pela equipe será realizado um estudo piloto, onde será testado um questionário para alguns usuários, a fim de confirmar as qualidades exigidas e solucionar dúvidas.

4ª Etapa - Construção da casa da qualidade, levantamento da qualidade exigida e avaliação: na posse de todas as informações colhidas através de questionários, entrevistas e reuniões é o momento de estruturar a Casa da Qualidade, que pode ser descrita da seguinte forma:

## **II – Considerações**

A Folha de Rosto está corretamente preenchida. Os Currículos dos pesquisadores estão de acordo com a proposta da pesquisa. O Orçamento está adequado. O Cronograma da pesquisa está adequado

A Metodologia está de acordo com o objetivo proposto.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): necessitava retificações.

Foi solicitado em pendência que a pesquisadora redigisse de forma clara, direta e objetiva, em linguagem adequada ao nível sociocultural do voluntário; apresentasse um TCLE para o usuário e outro para os profissionais de saúde; no documento destinado ao usuário, esclarecesse em linguagem adequada termos como: indicadores qualitativos e quantitativos, desdobramento da função de qualidade, planejamento da qualidade e outros termos técnicos e científicos. Informasse que o contato com o CEP/SMS é para dúvidas e denúncias quanto a questões éticas; acrescentasse o telefone celular do pesquisador; e esclarecesse que o contato com o pesquisador ou orientador é para dúvidas quanto ao projeto; retirasse do aceite o número do RG do voluntário. Incluiu no documento que em caso de recusa ou desistência: aos usuários não haverá prejuízo dos seus cuidados e que aos profissionais não haverá constrangimento institucional. Realizadas as mudanças solicitadas o TCLE foi considerado adequado.



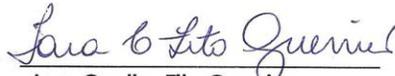
**III - Situação do Protocolo: Aprovado**

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.



**Lara Coelho Zito Guerniero**  
**Vice - Coordenadora**  
**Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS**

### Anexo 3. Artigo enviado a Cadernos de Saúde Pública.

The screenshot shows a Gmail interface in a browser window. The address bar displays the URL: <https://mail.google.com/mail/u/0/?shva=1#inbox/1441f21656a13a89>. The Gmail header includes the 'Mail' logo, a search bar, and the user's email address: [lucianavolpato@superig.com.br](mailto:lucianavolpato@superig.com.br). The email list on the left shows 'Novo artigo (CSP\_0208/14)' as the selected item. The email content is as follows:

**Novo artigo (CSP\_0208/14)** Entrada

**Cadernos de Saude Publica** 02:07 (Há 22 horas)

para mim

Prezado(a) Dr(a). Luciana Fernandes Volpato:

Confirmamos a submissão do seu artigo "Avaliação do acesso por meio de uma ferramenta de qualidade em USF gerenciadas ou não pela organização social" (CSP\_0208/14) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no [link](http://www.ensp.fiocruz.br/csp) "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página <http://www.ensp.fiocruz.br/csp>.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Prof. Marília Sá Carvalho  
Prof. Claudia Travassos  
Prof. Claudia Medina Coeli  
Editoras

**Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health**  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
Fundação Oswaldo Cruz  
Rua Leopoldo Bulhões 1480  
Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil  
Tel.: +55 (21) 2598-2511, 2508 / Fax: +55 (21) 2598-2737  
[cadernos@ensp.fiocruz.br](mailto:cadernos@ensp.fiocruz.br)  
<http://www.ensp.fiocruz.br/csp>

**Anexo 4.** Exemplo de questionário aplicado aos usuários.

Itens a serem avaliados pelo usuário		Qual o grau de importância que você atribui ao serviço?					Como você avalia o serviço desta USF?				
		NENHUMA	POUCA	ALGUMA	IMPORTANTE	MUITO IMPORTANTE	PÉSSIMO	RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO
Acesso	Facilidade para agendar consultas										
Recepção	Atendimento cordial/atencioso										
	Atendimento rápido										
Profissionais	Pontualidade no atendimento										
	Atendimento cordial/atencioso										
	Faltam profissionais										
	Faltam médicos										
Recursos	Faltam materiais (odontológicos, medicamentos, exames)										
Outros	Profissionais desmotivados										
	Alta demanda de usuários										

Gênero: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Anexo 5. Casa da Qualidade USF 1 (Gerenciada pela OS)  
(Capítulo 2)

CARACTERÍSTICA DA QUALIDADE		(GD) GRAU DE IMPORTÂNCIA	QUALIDADE PLANEJADA						PLANO	ÍNDICE DE MELHORIA	ARGUMENTO TÉCNICO	PESO ABSOLUTO	PESO RELATIVO	
			Prioridade e perfil epidemiológico	Educação continuada	Incentivo profissional e financeiro	Demanda eventual	Sistema informatizado lento	Pedidos compras emergenciais						Diminuir número de famílias atendidas
Facilidade para agendar consultas na USF	4,70	42,30							42,30	3	1,01	1,5	7,12	10,80
Atendimento cordial/atencioso	4,40		39,60	13,20	4,40					4	1,05	1,5	6,93	10,50
Atendimento rápido	4,70	14,10			4,70	42,30				3	0,92	1,5	6,48	10,00
Pontualidade no atendimento	4,40		4,40		4,40				4,40	3	1,00	1,2	5,28	8,00
Rotatividade profissional	4,70			42,30					4,70	3	1,12	1,5	7,89	12,00
Atendimento cordial/atencioso	4,50		40,50	13,50	4,50				4,50	4	1,08	1,5	7,29	11,10
Desmotivação	4,50		13,50	13,50					4,50	3	0,85	1,5	5,73	9,00
Falta de medicamentos/materiais	4,70							42,30		4	1,08	1,5	7,61	11,50
Alta demanda de usuários	4,70				4,70				42,30	4	1,66	1,5	11,70	17,10
<b>FORTE (9) ⊙</b>  <b>MÉDIO (3) ○</b>  <b>FRACO (1) △</b>	<b>PESO ABSOLUTO</b>		56,70	98,00	82,50	22,70	42,30	42,30	102,7	<b>++ POSITIVO FORTE</b> <b>+ POSITIVO</b> <b>- NEGATIVO</b> <b>-- NEGATIVO FORTE</b>  <b>ARGUMENTO TÉCNICO:</b> <b>MUITO IMPORTANTE - 1,5</b> <b>IMPORTANTE - 1,2</b> <b>NEUTRO - 1,0</b>				
	<b>PESO RELATIVO</b>		12,52	21,91	18,44	5,07	9,45	9,45	22,98					
	<b>QUALIDADE PROJETADA</b>		<b>4</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>1</b>					

Anexo 6. Casa da Qualidade USF 2 (Gerenciada pela OS)  
(Capítulo 2)

CARACTERÍSTICA DA QUALIDADE		QUALIDADE PLANEJADA													
		(G) GRAU DE IMPORTÂNCIA	Esclarecimento da população sobre programa	Ambulatório especialidades na Cid. Tiradentes	Educação continuada	Sistema informatizado lento	Melhoria salarial	Diminuir número de famílias atendidas	Licitação mais rápida	Reforma no prédio da USF	PLANO	ÍNDICE DE MELHORIA	ARGUMENTO TÉCNICO	PESO ABSOLUTO	PESO RELATIVO
Facilidade para agendar consultas na USF	4,76	⊙ 42,84				⊙ 14,28		⊙ 42,84			4	1,92	1,2	10,94	14,88
Facilidade para agendar consultas no serviço especializado	4,70	⊙ 14,10	⊙ 42,30								3	1,57	1,2	8,85	12,04
Atendimento cordial/atencioso	4,36	△ 4,36		⊙ 39,24			⊙ 13,08				4	1,38	1,2	7,22	9,82
Atendimento rápido	4,50			⊙ 40,50	⊙ 40,50			⊙ 13,50			4	1,66	1,2	8,96	12,20
Pontualidade no atendimento	4,60			⊙ 41,40				⊙ 13,80			3	1,36	1,0	6,25	8,50
Rotatividade profissional	4,70	⊙ 14,10		⊙ 14,10			⊙ 42,3	⊙ 14,10			3	1,50	1,2	8,46	11,51
Desmotivação	4,40			△ 4,40			⊙ 39,6	⊙ 13,20			3	1,00	1,2	5,28	7,18
Falta de medicamentos/materiais	4,56								⊙ 41,04		3	0,89	1,2	4,87	6,62
Melhoria na estrutura física	4,40								⊙ 39,60		3	1,07	1,0	4,70	6,40
Alta demanda de usuários	4,40		⊙ 13,20					⊙ 39,60		⊙ 13,20	3	1,51	1,2	7,97	10,85
<b>FORTE (9) ⊙</b>	<b>PESO ABSOLUTO</b>	75,40	55,50	139,7	54,80	95,00	137,0	14,00	52,80	<b>++ POSITIVO FORTE</b> <b>+ POSITIVO</b> <b>- NEGATIVO</b> <b>-- NEGATIVO FORTE</b>  <b>ARGUMENTO TÉCNICO:</b> <b>MUITO IMPORTANTE - 1,5</b> <b>IMPORTANTE - 1,2</b> <b>NEUTRO - 1,0</b>					
<b>MÉDIO (3) ⊙</b>	<b>PESO RELATIVO</b>	10,40	7,60	19,20	7,50	13,10	18,90	5,60	7,30						
<b>FRACO (1) △</b>	<b>QUALIDADE PROJETADA</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>7</b>						

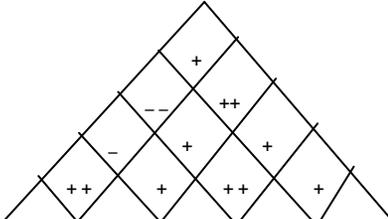
**Anexo 7. Casa da Qualidade USF 3 (Gerenciada pela OS)**  
(Capítulo 2)

CARACTERÍSTICA DA QUALIDADE		(GI) GRAU DE IMPORTÂNCIA	QUALIDADE PLANEJADA										PLANO	ÍNDICE DE MELHORIA	ARGUMENTO TÉCNICO	PESO ABSOLUTO	PESO RELATIVO
			Grupos médicos enfermeiros – melhor resolutividade	Ambulatório especialidades na Cid. Tiradentes	Absenteísmo	Educação continuada	Sistema informatizado lento	Aumentar tempo de consultas	Melhoria salarial	Diminuir número de famílias atendidas	Licitação mais rápida	Feedback/ elogios					
Facilidade para agendar consultas na USF		4,90	⊙ 44,10		○ 14,70	○ 14,70			⊙ 44,10				3	1,08	1,5	7,94	13,28
Facilidade para agendar consultas no serviço especializado		4,90	○ 14,70	⊙ 44,10	⊙ 44,10								2	0,92	1,5	6,76	11,31
Atendimento cordial/atencioso		4,56			⊙ 41,04						⊙ 41,04		4	1,05	1,5	7,18	12,00
Atendimento rápido		4,66				⊙ 41,94					△ 4,66		3	1,03	1,2	5,76	9,63
Pontualidade no atendimento		4,70	○ 14,10		⊙ 42,30		⊙ 42,30						4	1,24	1,2	7,00	11,71
Capacitação profissional		4,94			⊙ 44,46								2	0,79	1,5	5,85	9,78
Rotatividade profissional		4,85	△ 4,85		△ 4,85		○ 14,55	⊙ 43,65	○ 14,55				2	0,50	1,5	3,63	6,07
Desmotivação		4,56			○ 13,68			△ 4,56			⊙ 41,04		4	1,12	1,5	7,66	12,80
Falta de medicamentos/materiais		4,92									⊙ 44,28		2	0,56	1,5	4,13	6,90
Falta de conhecimento da população sobre os níveis de atendimento		4,60										⊙ 41,40	2	0,56	1,5	3,86	6,46
<b>FORTE (9) ⊙</b> <b>MÉDIO (3) ○</b> <b>FRACO (1) △</b>	<b>PESO ABSOLUTO</b>	77,75	44,10	58,80	146,3	56,60	56,80	48,20	58,60	44,20	86,70	41,40	<b>++ POSITIVO FORTE</b> <b>+ POSITIVO</b> <b>- NEGATIVO</b> <b>-- NEGATIVO FORTE</b>  <b>ARGUMENTO TÉCNICO:</b> <b>MUITO IMPORTANTE - 1,5</b> <b>IMPORTANTE - 1,2</b> <b>NEUTRO - 1,0</b>				
	<b>PESO RELATIVO</b>	10,80	6,13	8,17	20,34	7,86	7,90	6,70	8,14	6,14	12,00	5,75					
	<b>QUALIDADE PROJETADA</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>11</b>					

Anexo 8. Casa da Qualidade – USF 4 (Gerenciada pela OS)  
(Capítulo 2)

CARACTERÍSTICA DA QUALIDADE		(G) GRAU DE IMPORTÂNCIA	QUALIDADE PLANEJADA						PLANO	ÍNDICE DE MELHORIA	ARGUMENTO TÉCNICO	PESO ABSOLUTO	PESO RELATIVO
			Grupos de prioridade para o acesso	Educação permanente	Monitoramento da recepção através senha eletrônica	Mercado de trabalho x salário	Integração com a comunidade	Esclarecimento do fluxo da USF para a comunidade					
Facilidade para agendar consultas na USF	4,60	⊙ 41,40	○ 13,80	○ 13,80	⊙ 41,40	⊙ 41,40	⊙ 41,40	⊙ 41,40	5	1,78	1,5	12,30	19,38
Atendimento cordial/atencioso	4,52		⊙ 40,68	○ 13,56	○ 13,56	○ 40,68			4	1,25	1,5	8,47	13,35
Atendimento rápido	4,60		○ 13,80	⊙ 41,40		⊙ 41,40	⊙ 41,40		4	1,33	1,5	9,17	14,45
Pontualidade no atendimento	4,72			⊙ 42,48		⊙ 42,48	⊙ 42,48		4	1,23	1,2	6,96	10,97
Rotatividade profissional	4,36				⊙ 39,24	⊙ 39,24	⊙ 39,24		3	1,22	1,5	7,98	12,57
Valorização profissional	4,44					⊙ 39,96	⊙ 39,96		3	0,79	1,5	5,26	8,29
Conhecimento da população sobre os níveis de atendimento	4,32					⊙ 38,80	⊙ 38,80		1	0,30	1,5	1,94	3,05
Tempo de espera para exames laboratoriais	4,54					⊙ 40,86	⊙ 40,86		5	1,67	1,5	11,37	17,92
<b>FORTE (9) ⊙</b>  <b>MÉDIO (3) ○</b>  <b>FRACO (1) △</b>	<b>PESO ABSOLUTO</b>	41,40	68,30	111,20	94,20	297,7	324,82	41,40	<b>++ POSITIVO FORTE</b> <b>+ POSITIVO</b> <b>- NEGATIVO</b> <b>-- NEGATIVO FORTE</b>  <b>ARGUMENTO TÉCNICO:</b> <b>MUITO IMPORTANTE - 1,5</b> <b>IMPORTANTE - 1,2</b> <b>NEUTRO - 1,0</b>				
	<b>PESO RELATIVO</b>	4,22	7,00	11,36	9,62	30,40	33,18	4,22					
	<b>QUALIDADE PROJETADA</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>7</b>					

**Anexo 9. Casa da Qualidade – USF 1 (Não gerenciada pela OS)**  
(Capítulo 3)

CARACTERÍSTICA DA QUALIDADE		(G) GRAU DE IMPORTÂNCIA						QUALIDADE PLANEJADA				
			Aumentar vagas oferecidas	Aumentar profissionais	Motivação profissional	Incentivo prof. e financeiro	Educação Continuada	PLANO	ÍNDICE DE MELHORIA	ARGUMENTO TÉCNICO	PESO ABSOLUTO	PESO RELATIVO
Facilidade para agendar consulta na USF		4,70	⊙ 42,30	△ 4,70				4	1,05	1,5	7,40	28,04
Facilidade para agendar consulta de tratamento especializado		4,70	⊙ 42,30	⊙ 42,30				4	1,26	1,2	7,10	26,90
Atendimento ágil		4,70		⊙ 14,10	△ 4,70	△ 4,70	△ 4,70	3	0,67	1,0	3,15	11,93
Pontualidade no atendimento		4,70		⊙ 14,10				3	0,84	1,0	3,94	14,93
Atendimento cordial e atencioso		4,70		△ 4,70	⊙ 42,30	⊙ 14,10	⊙ 42,30	4	0,85	1,2	4,80	18,18
<b>FORTE (9) ⊙</b>  <b>MÉDIO (3) ○</b>  <b>FRACO (1) △</b>	<b>PESO ABSOLUTO</b>		89,30	70,50	47,00	18,80	47,00	<b>++ POSITIVO FORTE</b> <b>+ POSITIVO</b> <b>- NEGATIVO</b> <b>-- NEGATIVO FORTE</b>  <b>ARGUMENTO TÉCNICO:</b> <b>MUITO IMPORTANTE - 1,5</b> <b>IMPORTANTE - 1,2</b> <b>NEUTRO - 1,0</b>				
	<b>PESO RELATIVO</b>		32,75	25,86	17,24	2,15	17,24					
	<b>QUALIDADE PROJETADA</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>4</b>					



**Anexo 11.** Casa da Qualidade – USF 3 (Não gerenciada pela OS)  
(Capítulo 3)

CARACTERÍSTICA DA QUALIDADE		(GD) GRAU DE IMPORTÂNCIA	QUALIDADE PLANEJADA					PLANO	ÍNDICE DE MELHORIA	ARGUMENTO TÉCNICO	PESO ABSOLUTO	PESO RELATIVO
			Aumentar vagas oferecidas	Aumentar profissionais	Incentivo prof. e financeiro	Educação Continuada	Diminuir a rotatividade prof					
QUALIDADE EXIGIDA												
Facilidade para agendar consulta		4,70	⊙ 42,30	⊙ 42,30				4	1,10	1,5	7,75	22,09
Facilidade para agendar consulta de tratamento especializado		4,60	⊙ 41,40	⊙ 41,40				4	1,33	1,2	7,34	20,92
Atendimento ágil		4,60		⊙ 41,40		⊙ 13,80		3	0,65	1,0	3,00	8,55
Atendimento cordial e atencioso		4,60			△ 4,60	⊙ 41,40		4	0,84	1,5	5,80	16,53
Pontualidade no atendimento		4,70		⊙ 14,10				3	0,97	1,0	4,60	13,11
Resolução dos problemas		4,70				⊙ 14,10		5	1,17	1,2	6,59	18,78
FORTE (9) ⊙ MÉDIO (3) ○ FRACO (1) △	PESO ABSOLUTO		83,70	139,2	4,60	55,50	13,80	<b>++ POSITIVO FORTE</b> <b>+ POSITIVO</b> <b>- NEGATIVO</b> <b>-- NEGATIVO FORTE</b>  <u>ARGUMENTO TÉCNICO:</u> <b>MUITO IMPORTANTE - 1,5</b> <b>IMPORTANTE - 1,2</b> <b>NEUTRO - 1,0</b>				
	PESO RELATIVO		28,20	46,90	1,55	18,70	4,64					
	QUALIDADE PROJETADA		<b>2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>4</b>					

**Anexo 12.** Casa da Qualidade – USF 4 (Não gerenciada pela OS)  
(Capítulo 3)

CARACTERÍSTICA DA QUALIDADE		(GI) GRAU DE IMPORTÂNCIA					QUALIDADE PLANEJADA					
			Aumentar prof. Especializados	Qualificação profissional	Motivação profissional	Humanização no atendimento	Aumentar prof. na USF	PLANO	ÍNDICE DE MELHORIA	ARGUMENTO TÉCNICO	PESO ABSOLUTO	PESO RELATIVO
Facilidade para agendar consulta na unidade		4,72				⊙ 14,16		3	0,91	1,0	4,30	7,85
Facilidade para agendar tratamento especializado		4,70	⊙ 42,30	⊙ 14,10	△ 4,70	⊙ 14,10	⊙ 42,30	2	0,65	1,2	3,66	6,70
Atendimento cordial e atencioso		4,68		⊙ 14,04	⊙ 42,12	⊙ 42,12	⊙ 42,12	2	0,43	1,5	3,01	5,50
<b>FORTE (9) ⊙</b>  <b>MÉDIO (3) ○</b>  <b>FRACO (1) △</b>	<b>PESO ABSOLUTO</b>		42,30	28,14	46,82	70,38	84,42	<b>++ POSITIVO FORTE</b> <b>+ POSITIVO</b> <b>- NEGATIVO</b> <b>-- NEGATIVO FORTE</b>  <b>ARGUMENTO TÉCNICO:</b> <b>MUITO IMPORTANTE - 1,5</b> <b>IMPORTANTE - 1,2</b> <b>NEUTRO - 1,0</b>				
	<b>PESO RELATIVO</b>		15,54	10,34	15,74	25,87	31,03					
	<b>QUALIDADE PROJETADA</b>		<b>4</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>					

**Anexo 13. Casa da Qualidade – USF 1 (Gerenciada pela OS)**  
(Capítulo 3)

CARACTERÍSTICA DA QUALIDADE		(GI) GRAU DE IMPORTÂNCIA						QUALIDADE PLANEJADA					
			Prioridade e perfil epidemiológico	Educação continuada	Incentivo profissional e financeiro	Demanda eventual	Sistema informatizado lento	Diminuir número de famílias atendidas	PLANO	ÍNDICE DE MELHORIA	ARGUMENTO TÉCNICO	PESO ABSOLUTO	PESO RELATIVO
Facilidade para agendar consultas na USF		4,70	⊙ 42,30					⊙ 42,30	3	1,01	1,5	7,12	10,80
Atendimento rápido (recepção)		4,70	○ 14,10			△ 4,70	⊙ 42,30		3	0,92	1,5	6,48	10,00
Pontualidade no atendimento (médico)		4,40		△ 4,40		△ 4,40		△ 4,40	3	1,00	1,2	5,28	8,00
Atendimento cordial/atencioso (recepção)		4,40		⊙ 39,60	○ 13,20	△ 4,40			4	1,05	1,5	6,93	10,50
Atendimento cordial/atencioso (médico)		4,50		⊙ 40,50	○ 13,50	△ 4,50		△ 4,50	4	1,08	1,5	7,29	11,10
<b>FORTE (9) ⊙</b>  <b>MÉDIO (3) ○</b>  <b>FRACO (1) △</b>	<b>PESO ABSOLUTO</b>		56,70	84,50	26,70	18,00	42,30	51,20	<b>++ POSITIVO FORTE</b> <b>+ POSITIVO</b> <b>- NEGATIVO</b> <b>-- NEGATIVO FORTE</b>  <b>ARGUMENTO TÉCNICO:</b> <b>MUITO IMPORTANTE - 1,5</b> <b>IMPORTANTE - 1,2</b> <b>NEUTRO - 1,0</b>				
	<b>PESO RELATIVO</b>		20,29	30,24	9,55	6,44	15,14	18,32					
	<b>QUALIDADE PROJETADA</b>		<b>2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>3</b>					

Anexo 14. Casa da Qualidade – USF 2 (Gerenciada pela OS)  
(Capítulo 3)

CARACTERÍSTICA DA QUALIDADE		(G) GRAU DE IMPORTÂNCIA					PLANO	QUALIDADE PLANEJADA				
			Ambulatório especialidades na Cid. Tiradentes	Educação continuada	Sistema informatizado lento	Melhoria salarial		Diminuir número de famílias atendidas	ÍNDICE DE MELHORIA	ARGUMENTO TÉCNICO	PESO ABSOLUTO	PESO RELATIVO
Facilidade para agendar consultas na USF		4,76			○ 14,28		⊙ 42,84	4	1,92	1,2	10,94	14,88
Facilidade para agendar consultas no serviço especializado		4,70	⊙ 42,30					3	1,57	1,2	8,85	12,04
Atendimento rápido (recepção)		4,50		⊙ 40,50	⊙ 40,50		○ 13,50	4	1,66	1,2	8,96	12,20
Pontualidade no atendimento (médico)		4,60		⊙ 41,40			○ 13,80	3	1,36	1,0	6,25	8,50
Atendimento cordial/atencioso (recepção)		4,36		⊙ 39,24		○ 13,08		4	1,38	1,2	7,22	9,82
<b>FORTE (9) ⊙</b>  <b>MÉDIO (3) ○</b>  <b>FRACO (1) △</b>	<b>PESO ABSOLUTO</b>		42,30	121,1	54,78	13,08	70,14	<b>++ POSITIVO FORTE</b> <b>+ POSITIVO</b> <b>- NEGATIVO</b> <b>-- NEGATIVO FORTE</b>  <b>ARGUMENTO TÉCNICO:</b> <b>MUITO IMPORTANTE - 1,5</b> <b>IMPORTANTE - 1,2</b> <b>NEUTRO - 1,0</b>				
	<b>PESO RELATIVO</b>		14,03	40,19	18,17	1,20	23,27					
	<b>QUALIDADE PROJETADA</b>		<b>4</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>2</b>					

Anexo 15. Casa da Qualidade – USF 3 (Gerenciada pela OS)  
(Capítulo 3)

CARACTERÍSTICA DA QUALIDADE		(G) GRAU DE IMPORTÂNCIA	QUALIDADE PLANEJADA							PLANO	ÍNDICE DE MELHORIA	ARGUMENTO TÉCNICO	PESO ABSOLUTO	PESO RELATIVO	
			Grupos médicos enfermeiros – melhor resolatividade	Ambulatório especialidades na Cid. Tiradentes	Absenteísmo	Educação continuada	Sistema informatizado lento	Aumentar tempo de consultas	Diminuir número de famílias atendidas						Feedback/ elogios
Facilidade para agendar consultas na USF		4,90	⊙ 44,10		○ 14,70		○ 14,70		⊙ 44,10		3	1,08	1,5	7,94	13,28
Facilidade para agendar consultas no serviço especializado		4,90	○ 14,70	⊙ 44,10	⊙ 44,10						2	0,92	1,5	6,76	11,31
Atendimento rápido (recepção)		4,66					⊙ 41,94			Δ 4,66	3	1,03	1,2	5,76	9,63
Pontualidade no atendimento (médicos)		4,70	○ 14,10			⊙ 42,30		⊙ 42,30			4	1,24	1,2	7,00	11,71
Atendimento cordial/atencioso		4,56				⊙ 41,04				⊙ 41,04	4	1,05	1,5	7,18	12,00
<b>FORTE (9) ⊙</b>  <b>MÉDIO (3) ○</b>  <b>FRACO (1) Δ</b>	<b>PESO ABSOLUTO</b>		72,90	44,10	58,80	83,34	56,64	42,30	44,10	45,70	<b>++ POSITIVO FORTE</b> <b>+ POSITIVO</b> <b>- NEGATIVO</b> <b>-- NEGATIVO FORTE</b>  <b>ARGUMENTO TÉCNICO:</b> <b>MUITO IMPORTANTE - 1,5</b> <b>IMPORTANTE - 1,2</b> <b>NEUTRO - 1,0</b>				
	<b>PESO RELATIVO</b>		16,27	9,84	13,12	18,60	12,64	9,44	9,84	10,20					
	<b>QUALIDADE PROJETADA</b>		<b>2</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>5</b>					

Anexo 16. Casa da Qualidade – USF 4 (Gerenciada pela OS)  
(Capítulo 3)

CARACTERÍSTICA DA QUALIDADE		(G) GRAU DE IMPORTÂNCIA					QUALIDADE PLANEJADA				
			Grupos de prioridade para o acesso	Educação permanente	Mercado de trabalho x salário	Sistema informatizado lento	PLANO	ÍNDICE DE MELHORIA	ARGUMENTO TÉCNICO	PESO ABSOLUTO	PESO RELATIVO
Facilidade para agendar consultas na USF		4,60	⊙ 41,40	○ 13,80	⊙ 41,40	⊙ 41,40	5	1,78	1,5	12,30	19,38
Atendimento rápido (recepção)		4,60		○ 13,80			4	1,33	1,5	9,17	14,45
Pontualidade no atendimento (recepção)		4,72					4	1,23	1,2	6,96	10,97
Atendimento cordial/atencioso		4,52		⊙ 40,68	○ 13,56		4	1,25	1,5	8,47	13,35
<b>FORTE (9) ⊙</b>  <b>MÉDIO (3) ○</b>  <b>FRACO (1) △</b>	<b>PESO ABSOLUTO</b>		41,40	68,30	54,96	41,40	<b>++ POSITIVO FORTE</b> <b>+ POSITIVO</b> <b>- NEGATIVO</b> <b>-- NEGATIVO FORTE</b>  <u>ARGUMENTO TÉCNICO:</u> <b>MUITO IMPORTANTE - 1,5</b> <b>IMPORTANTE - 1,2</b> <b>NEUTRO - 1,0</b>				
	<b>PESO RELATIVO</b>		20,10	33,14	26,67	3,22					
	<b>QUALIDADE PROJETADA</b>		<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>4</b>					