

LUCIANA FERNANDES VOLPATO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS
NA ÁREA DA SAÚDE**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do Título de Mestre em Odontologia, área de concentração em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim

Piracicaba

2010

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

Bibliotecária: Marilene Girello – CRB-8^a. / 6159

V888a	<p>Volpato, Luciana Fernandes. Avaliação da qualidade dos serviços na área da saúde. / Luciana Fernandes Volpato. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2010.</p> <p>Orientador: Marcelo de Castro Meneghim. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.</p> <p>1. Indicadores de qualidade em assistência à saúde. 2. Saúde - Planejamento. I. Meneghim, Marcelo de Castro. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.</p> <p>(mg/fop)</p>
-------	---

Título em Inglês: Assessing the quality of services in health

Palavras-chave em Inglês (Keywords): 1. Quality indicators, health care. 2. Health planning

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Titulação: Mestre em Odontologia

Banca Examinadora: Marcelo de Castro Meneghim, Eliel Soares Orenha, Eduardo Hebling

Data da Defesa: 26-02-2010

Programa de Pós-Graduação em Odontologia



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado, em sessão pública realizada em 26 de Fevereiro de 2010, considerou a candidata LUCIANA FERNANDES VOLPATO aprovada.

A handwritten signature in black ink, appearing to be "M. de Castro Meneghim".

Prof. Dr. MARCELO DE CASTRO MENEGHIM

A handwritten signature in black ink, appearing to be "E. Soares Orenha".

Prof. Dr. ELIEL SOARES ORENHA

A handwritten signature in black ink, appearing to be "E. Hebling".

Prof. Dr. EDUARDO HEBLING

Dedico este trabalho aos meus pais Dolores e Flavio pelo constante apoio, incentivo, compreensão e por me ensinarem a lutar e conquistar; e ao meu namorado Luiz pelo carinho, estímulo e incentivo a vida acadêmica.

Agradecimentos

Ao Magnífico Reitor da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Prof. Dr. Fernando Ferreira Costa.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/UNICAMP, representada por seu Diretor, Prof. Dr. Francisco Haiter Neto.

Ao Prof. Dr. Jacks Jorge Júnior, coordenador dos cursos de Pós-Graduação da FOP/UNICAMP.

À Prof^ª. Dr^ª. Maria Beatriz Duarte Gavião, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

À Prof^ª. Dr^ª. Maria da Luz Rosário de Sousa, coordenadora da área de Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Odontologia e a todos os docentes do Departamento de Odontologia Social, pelos ensinamentos recebidos.

Às secretárias do Departamento de Odontologia Social, principalmente à Eliana Aparecida Mônaco Nogueira, pela disponibilidade em sempre ajudar.

À secretária do Departamento de Farmacologia, Maria Elisa dos Santos, pelas informações fornecidas, disponibilidade e atenção sempre que me atendeu.

À coordenadora de Saúde Bucal, Dr^ª. Dirce Aparecida Valério, pela autorização na realização da pesquisa.

Às enfermeiras, aos médicos, aos dentistas, as auxiliares, as técnicas de enfermagem, aos agentes comunitários de saúde das Unidades de Saúde da Família, meus sinceros agradecimentos pela receptividade e colaboração na realização desta pesquisa.

Aos usuários dos serviços disponibilizados pelas Unidades de Saúde da Família, agradeço imensamente a disponibilidade em participar da pesquisa e a cooperação, pois sem vocês esta pesquisa não seria realizada.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

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 e compreensão em um momento difícil da minha vida, todo meu respeito e gratidão.

Aos ilustres professores que compuseram a banca de qualificação e defesa desta dissertação, são eles: Profa. Dra. Elaine Pereira da Silva Tagliaferro, Profa. Dra. Gláucia Maria Bovi Ambrosano e Profa. Dra. Rosana de Fátima Possobon, Prof. Dr. Eliel Soares Orenha e Prof. Dr. Eduardo Hebling.

Aos meus pais, Dolores e Flavio Volpato, pelo amor, apoio e incentivo, obrigada por acreditarem que este sonho poderia se tornar realidade. Com vocês entendi que o sonho que se sonha só é apenas um sonho, mas o sonho que se sonha juntos é realidade. A vocês minha eterna gratidão.

Ao meu namorado, Dr. Luiz Cândido Martins, pelo carinho, apoio e incentivo à vida acadêmica. Obrigada por partilhar experiências, vivências e por me auxiliar em importantes momentos da vida.

Aos colegas da Pós-Graduação: Camila Gonçalo, Claudia Elisa de Campos Esmeriz, Cristina Gibilini, Fabíola Mayumi Miyauchi Kubo, Marília de Jesus Batista, Regiane Cristina do Amaral, Telmo Oliveira Bittar, Zuleica Maria de Almeida Pedroso Meneghim por participarem da construção desta trajetória.

RESUMO

A avaliação da qualidade dos serviços é um importante instrumento para direcionar o planejamento, a gerência, a alocação de recursos e as políticas na atenção à saúde. O objetivo geral da presente pesquisa foi estudar a qualidade dos serviços na área de saúde, por meio de uma revisão bibliográfica e de uma ferramenta específica. O primeiro estudo, através de uma revisão sistemática qualitativa, teve como objetivo verificar a qualidade nos serviços de saúde utilizando a percepção dos usuários e dos profissionais como indicadores. O resultado constatou que os usuários e os profissionais auxiliam no processo de avaliação da qualidade, e concluiu-se que as expectativas e necessidades dos usuários e profissionais são componentes que contribuem no planejamento da qualidade nos serviços de saúde. O segundo estudo teve como objetivo verificar a possibilidade de planejar a qualidade dos serviços de saúde em quatro Unidades de Saúde da Família na cidade de Piracicaba – SP - Brasil, por meio da ferramenta Desdobramento da Função Qualidade (QFD). Metodologicamente, este estudo se amparou na utilização do QFD, comprovando ser um instrumento eficiente no planejamento da qualidade nas Unidades de Saúde da Família. Os resultados mostraram que houve similaridade entre a qualidade exigida pelos usuários com a qualidade planejada pelos profissionais. Concluiu-se, com os dois estudos, que a análise da qualidade na saúde deve ser determinada não apenas pelo aspecto da análise do usuário, mas, também, pelos profissionais envolvidos e, preferencialmente, com a utilização de instrumentos específicos.

Palavras-chave: Gestão de qualidade, Qualidade da assistência à saúde, Indicadores de qualidade em assistência à saúde, Planejamento em saúde.

ABSTRACT

The assessment of quality of services is an important tool to guide the planning, management, resource allocation and politics in health care. The overall objective of this research was to study the quality of services in health, through a literature review and a specific tool. The first study, through a qualitative systematic review, aimed to verify the quality of health services using the perception of users and professionals as indicators. The result found that users and professionals assist in the process of quality assessment, and concluded that the expectations and needs of users and professionals are components that contribute to quality planning in health services. The second study was to verify the possibility to plan the quality of health services in four Health Units of the Family in Piracicaba - SP - Brazil, through the tool Quality Function Deployment (QFD). Methodologically, this study has bolstered the use of QFD, proving to be an effective tool in quality planning in the Health Units of the Family. The results showed that there was similarity between the quality required by users with the quality designed by professionals. It was concluded, with the two studies, the analysis of quality in health should be determined not only by the side of the analysis of the user, but also by those involved, and preferably with the use of specific instruments.

Keywords: Quality management, Quality of health care, Quality indicators health care, Health planning.

SUMÁRIO

Introdução.....	1
Proposição.....	4
Capítulo 1: Qualidade nos serviços de saúde: percepção dos usuários e profissionais.....	5
Capítulo 2: Planejamento da qualidade nas Unidades de Saúde da Família utilizando o Desdobramento da Função Qualidade (QFD).....	25
Considerações finais.....	50
Conclusão.....	51
Referências.....	52
Anexos.....	54

INTRODUÇÃO

A qualidade sempre foi almejada pelas organizações e desde os primórdios da humanidade o homem vem aperfeiçoando técnicas para aprimorar seu trabalho. Vários conceitos, métodos e técnicas para implementar, avaliar e manter a qualidade foram desenvolvidos no contexto industrial a partir de pensadores norte-americanos e, posteriormente, pelos japoneses no pós-guerra. O movimento pela qualidade iniciou-se nos anos 50 e foi incorporado a área da saúde no final da década de 60 e início de 70 (Bonilla, 1994; Polizer & D'Innocenzo, 2006).

O tema da qualidade está sendo amplamente debatido atualmente, pois empresas de vários setores estão cada vez mais preocupadas com a qualidade dos seus serviços ou produtos, assim a qualidade deixou de ser um pré-requisito opcional e se tornou um requisito obrigatório de sobrevivência em um mercado cada vez mais competitivo (Nogueira, 1999). A área de saúde também se envolveu no processo devido o crescente aparecimento de novos procedimentos e tecnologias, além disso, os usuários estão cada vez mais exigentes e interessados não somente no custo, mas na qualidade do produto ou serviço (Rocha & Trevizan, 2009).

A qualidade nos serviços de saúde implica no questionamento de valores tradicionais, relativos aos profissionais e aos usuários, sendo necessário adotar mudanças e transferir o foco da ação centrado na doença para a produção de saúde centrada no sujeito; assim sendo, 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 disso, consideram que a saúde e o cuidado em saúde com qualidade constituem um direito básico e não privilégio para alguns (Rocha & Trevizan, 2009).

Na área da saúde a qualidade é definida através do grau com que os serviços de saúde 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 (Bitencourt & Hortale, 2007).

Algumas ferramentas e métodos podem ser utilizados no processo de avaliação da qualidade nos serviços, tais como: PDCA, Programa 5S, 5W2H e QFD.

O PDCA conhecido como ciclo de Shewhart ou ciclo de Deming, foi idealizado por Walter A. Shewhart e introduzido no Japão na década de 20, porém foi Deming quem efetivamente o divulgou e o aplicou, em 1950. O ciclo PDCA é dividido em quatro fases e corresponde as iniciais em inglês: Plan (planejar), Do (executar), Check (verificar) e Action (Ação corretiva). Esta ferramenta tem como objetivo deixar os processos envolvidos na execução mais claros e ágeis. Além disso, apresenta duas metas: manutenção do processo ou melhoramento contínuo do mesmo. O processo de melhoria contínua deve ser realizado a partir do momento em que as metas estabelecidas sejam atingidas, neste caso, deve-se voltar à fase inicial (Plan) e revisar as metas já atingidas traçando novos desafios (Tengan, 2008).

O Programa 5S é um conjunto de técnicas desenvolvidas no Japão, em 1950, por Kaoru Ishikawa, devido à necessidade de reorganização do país, após diversos problemas decorrentes da 2ª Guerra Mundial. Pode ser implantado como um plano estratégico e, com o passar do tempo, ser incorporado à rotina da instituição, contribuindo para a qualidade e promovendo alterações de comportamento em todos os níveis hierárquicos. A denominação 5S corresponde as iniciais de cinco palavras de origem japonesas: Seiri (descarte), Seiton (arrumação), Seiso (limpeza), Seiketsu (saúde e higiene) e Shitsuke (disciplina). Os objetivos do Programa 5S são: melhorar o ambiente de trabalho, prevenir acidentes, incentivar a criatividade, reduzir custos, eliminar o desperdício, desenvolver o trabalho em equipe, melhorar as relações humanas e a qualidade de produtos e serviços. (Volpato et al., 2009).

A metodologia 5W2H foi criada por profissionais da indústria automobilística japonesa e se constitui de sete palavras em inglês, sendo que cinco iniciam-se com a letra W e duas com H, são elas: what (o que?), who (quem?), where (onde?), why (por quê?), when (quando?), how (como?), how much (quanto custa?). Através destas questões pode-se explorar o tema em pauta e após o diagnóstico dos problemas, deve ser realizado o planejamento das soluções e a implantação de um plano de ação, definindo as mudanças a curto, médio e longo prazo com a finalidade de melhoria no processo (Volpato et al., 2009).

A ferramenta Desdobramento da Função Qualidade (QFD) foi desenvolvida no Japão, visando ações de manutenção e melhoria da qualidade. Com o uso dessa ferramenta pode-se melhorar o gerenciamento do serviço através da opinião do usuário do serviço, além de aprimorar as ações desenvolvidas pela equipe de profissionais. O QFD pode ser considerado como uma alternativa para a avaliação dos serviços na área da saúde (Cheng et al., 1995).

No Brasil, o direito de acesso aos serviços de saúde é garantido pela Constituição para todos os cidadãos, sendo dever e responsabilidade do Estado. Dessa forma, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) assegurou, a todo cidadão, o direito à vida, a serviços de saúde eficientes e a assistência de qualidade (Roncalli, 2003). As Unidades de Saúde da Família são integrantes desse sistema e, como serviços de assistência à saúde, devem ter a sua qualidade avaliada.

O objetivo deste estudo, tematizando a qualidade nos serviços de saúde, foi planejar a qualidade levando em consideração a percepção dos profissionais e dos usuários, tanto na revisão sistemática como na utilização da ferramenta QFD.

Nas Unidades de Saúde da Família há ausência de estudos realizados sobre o planejamento da qualidade utilizando-se a ferramenta QFD. Aqui se encontra a justificativa para o seu desenvolvimento e os resultados obtidos comprovam a importância dessa ferramenta no processo da gestão da qualidade nos serviços de saúde.

PROPOSIÇÃO

O presente estudo foi realizado em formato alternativo conforme deliberação da Comissão Central de Pós-Graduação (CCPG) da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP n°. 001/98 e foi composto por 2 capítulos, cujos objetivos foram:

- Capítulo 1

Título: Qualidade nos serviços de saúde: percepção dos usuários e profissionais.

Autores: Luciana Fernandes Volpato, Marcelo de Castro Meneghim, Antonio Carlos Pereira e Gláucia Maria Bovi Ambrosano.

Objetivo: Verificar a qualidade nos serviços de saúde utilizando como indicadores a satisfação dos usuários e dos profissionais de saúde.

- Capítulo 2

Título: Planejamento da Qualidade nas Unidades de Saúde da Família utilizando o Desdobramento da Função Qualidade (QFD).

Autores: Luciana Fernandes Volpato, Marcelo de Castro Meneghim, Antonio Carlos Pereira e Gláucia Maria Bovi Ambrosano.

Objetivo: Planejar a qualidade dos serviços de saúde nas Unidades de Saúde da Família, por meio da metodologia QFD (Desdobramento da Função Qualidade).

Capítulo 1:

Qualidade nos serviços de saúde: percepção dos usuários e profissionais¹

(O artigo será submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva)

Quality in health care: perceptions of users and professionals

Volpato LF¹, Meneghim MC¹, Pereira AC¹, Ambrosano GMB¹

¹ Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Piracicaba, SP, Brasil.
Avenida Limeira, 901 – CEP 13.414-903, Piracicaba, SP.

Autor responsável pela correspondência:

Luciana Fernandes Volpato

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

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

E-mail: lucianavolpato@superig.com.br

¹ Artigo elaborado de acordo com as normas da Revista de Ciência e Saúde Coletiva.

RESUMO

Atualmente, a sociedade se notabiliza pela competitividade e como consequência deste processo, a qualidade dos produtos e dos serviços oferecidos é fundamental. O objetivo deste estudo foi verificar a qualidade nos serviços de saúde utilizando como indicadores a percepção dos usuários e dos profissionais. Com esta finalidade, foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados MEDLINE, COCHRANE, LILACS e SciELO, no período de 1990 a 2009, utilizando as seguintes palavras-chave: qualidade, qualidade da assistência à saúde, qualidade em serviços, serviços de saúde, satisfação do usuário, satisfação dos consumidores, satisfação no emprego, trabalhadores de saúde. Discute-se, no estudo, que para planejar a qualidade nos serviços de saúde, é necessário considerar que a percepção baseia-se em critérios objetivos e subjetivos. Conclui-se que os usuários e os profissionais são fundamentais no processo de avaliação da qualidade, pois através de suas percepções e necessidades auxiliam no desenvolvimento de ações que levarão a melhoria dos serviços de saúde.

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

ABSTRACT

Currently, the society is remarkable for its competitiveness and as a result of this process, the quality of products and services offered is essential. The objective of this study was to assess the quality of health care using indicators such as the perception of users and professionals. To this end, we performed a literature review in the databases MEDLINE, COCHRANE, LILACS and SciELO, from 1990 to 2009, using the following keywords: quality, quality health care, quality services, health services, user satisfaction, consumer satisfaction, job satisfaction, health care workers. It discusses the study, which to plan for quality in health services, one must consider that the perception is based on objective criteria and subjective. It is concluded that users and professionals are essential in the process of quality assessment, because through their perceptions and needs help in the development of actions that will lead to improvement of health services.

Keywords: Quality indicators, Health care, Quality of health care, Quality management, Consumer satisfaction, Job satisfaction.

INTRODUÇÃO

A sociedade contemporânea, marcada por rápidas e profundas transformações, se notabiliza pela acirrada competição e como consequência deste processo, pessoas e instituições estão se conscientizando que mudanças são inevitáveis e necessárias para acompanhar tais transformações. Nesta configuração social identifica-se que o critério da qualidade dos produtos e dos serviços oferecidos é fundamental, pois os usuários estão cada vez mais exigentes e interessados não somente no custo, mas na qualidade do produto ou serviço ¹.

A preocupação com a qualidade tornou-se um fenômeno mundial e a área da saúde não ficou isenta neste processo. Assim, quando se estabelece a meta de buscar qualidade na atenção à saúde, a avaliação é necessária e fundamental para nortear o planejamento, a gerência, a reorientação das políticas de saúde e a alocação de recursos, sendo um poderoso instrumento de transformação ². No entanto, a avaliação ainda participa de forma muito rudimentar e marginal nos processos de decisão, constituindo um desafio para administradores, autoridades e gestores da saúde.

Na área da saúde, a preocupação com a avaliação dos serviços se manifestou devido à diminuição dos recursos financeiros e elevação dos custos; pressões vindas do governo, da indústria, dos clientes e da rápida evolução tecnológica na medicina ¹ e, também, do crescimento da população idosa ³. E deve-se considerar que o Brasil possui importante desigualdade socioeconômica, que se distribui diferentemente de acordo com as regiões. Segundo a OPAS ⁴, o Brasil não é um país pobre e sim extremamente injusto e desigual, pois muitas pessoas enfrentam enormes dificuldades, refletindo na qualidade de vida e na saúde da população. Para a Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde ⁵, as condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade geram uma estratificação socioeconômica dos indivíduos e grupos populacionais, conferindo-lhes posições sociais distintas que acabam provocando diferenciais de saúde e de percepção.

Quando há intenção de avaliar a qualidade na área da saúde, o primeiro passo é selecionar um indicador que pode basear-se no serviço de saúde, no usuário ou no profissional ⁶. Segundo o consenso atual, a avaliação da qualidade deve basear-se na

satisfação dos usuários e profissionais de saúde ⁷, pois se trata de importantes indicadores de qualidade ⁸ e permite avaliar a relação profissional-paciente; o trato humanitário durante o atendimento: acesso, tempo de espera, área física, organização, informações do paciente em relação ao tratamento realizado ⁹; a satisfação do atendimento ^{10, 11} e fornecer sugestões para contribuir na melhoria da qualidade do serviço ¹⁰. Por sua vez, a satisfação do profissional permite diagnosticar as características do serviço, segundo a ótica dos próprios funcionários em relação aos aspectos administrativos e gerais do serviço ¹².

Em face deste cenário, o objetivo deste estudo foi verificar, por meio de uma revisão bibliográfica, a importância da qualidade nos serviços de saúde utilizando como indicadores a percepção dos usuários e dos profissionais.

DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DA QUALIDADE

A qualidade não é um tema novo, visto que sempre foi almejada pelas organizações e desde os primórdios da humanidade o homem vem aperfeiçoando técnicas para aprimorar seu trabalho e os consumidores sempre tiveram o cuidado de inspecionar os bens e os serviços que recebiam ou tinham acesso.

No final do século XVIII e início do século XIX já havia preocupação com a qualidade, entretanto os processos de produção eram escassos e estavam vinculados aos artesãos que, com suas produções em pequena escala, eram os responsáveis pela confecção e pela qualidade do produto fabricado ¹³.

Na década de 20, iniciou-se a produção em massa e inevitavelmente os problemas sobre qualidade. Neste período, Taylor, através dos fundamentos da Administração Científica, criou o sistema de inspeção e a função do inspetor ou supervisor, responsável pela qualidade dos produtos, mantendo-os semelhantes e uniformes. Porém, a inspeção de todas as peças confeccionadas tornava os procedimentos lentos e dispendiosos tanto para o produtor quanto para os clientes ^{13, 14}.

Nos anos 30 e 40 teve início o controle estatístico da qualidade através de um grupo de pesquisadores liderados por Walter Shewhart, responsável em desenvolver técnicas de controle do processo produtivo que permitiram reduzir o número de peças

imperfeitas ou fora de especificação, além de desenvolver técnicas de inspeção por amostragem ¹³.

Entre 1950 e 1960 passou a existir a preocupação com a garantia da qualidade, originando uma nova filosofia gerencial baseada no desenvolvimento, ampliando os conceitos de controle e inspeção da qualidade e agregando os fatores humanos aos técnicos. A qualidade ganha um significado mais amplo, excedendo a qualidade do produto e o comprometimento de todos os membros da organização passa ser indispensável ¹⁴.

A gestão da qualidade total (GQT) ou, na língua inglesa, Total Quality Management (TQM) surgiu no final da década de 70, com a introdução de produtos japoneses de alta qualidade e menor preço nos Estados Unidos, levando grandes empresas a adotarem uma nova filosofia de qualidade - a qualidade total, tendo como objetivo a melhoria dos produtos ou serviços, através do aprimoramento do trabalho nos diversos setores da organização. Na GQT a qualidade não é apenas um aspecto do produto ou responsabilidade apenas de um departamento específico, além disso, a ênfase está na valorização dos clientes e na sua satisfação, como fator de preservação e ampliação da participação no mercado ¹⁵.

Nas décadas de 80 e 90 houve um avanço no desenvolvimento de ações pela busca da qualidade, devido à preocupação com os custos de produção, incorporação do conceito da satisfação do cliente, acirrada concorrência do mercado, clientes cada vez mais exigentes e amparados pela criação de leis e códigos de defesa do consumidor. Segundo Gurgel Júnior e Vieira ¹⁶ neste período iniciou-se a aplicação dos programas de qualidade originando as certificações ISO (International Organization for Standardization), que incorporam rigorosos parâmetros de avaliação do desempenho de uma empresa e vinculam, de acordo com a classificação da organização avaliada, a possibilidade de obter maior volume de recursos e expansão do mercado.

No Brasil, a qualidade na área da saúde surgiu nos anos 70, tendo como parâmetro da qualidade as decisões, habilidades e competências da equipe médica. Entretanto na década de 90, dado o processo de redemocratização do país e do surgimento de movimentos de luta pelos direitos sociais e do acesso a políticas públicas de saúde ¹⁷, as

pesquisas de satisfação dos usuários se tornaram mais habituais, constituindo-se em um fator importante no processo de planejamento da qualidade na área de saúde.

METODOLOGIA

Para a elaboração da revisão bibliográfica foi realizada uma busca ativa de informações nas bases de dados MEDLINE, COCHRANE, LILACS e SciELO, no período de 1990 a 2009. A pesquisa teve seu início em 1990, pois os estudos sobre satisfação dos usuários foram mais frequentes a partir deste ano.

As buscas eletrônicas foram realizadas utilizando várias combinações das seguintes palavras-chave: qualidade da assistência à saúde, qualidade em serviços, serviços de saúde, satisfação do usuário, satisfação dos consumidores, satisfação no emprego e trabalhadores de saúde.

Como critérios de inclusão foram selecionados os estudos nacionais que discutiram o tema da qualidade, mencionando a qualidade dos serviços de saúde, seja público ou privado, e, também, os estudos que relacionavam a qualidade dos serviços de saúde e a qualidade da assistência à saúde com a percepção ou satisfação dos usuários e/ou com a percepção ou satisfação dos profissionais que atuavam nos serviços de saúde.

Foram identificados, ao todo, cento e quinze artigos que relataram sobre a qualidade dos serviços de saúde, qualidade dos serviços de saúde na percepção dos usuários e/ou dos profissionais de saúde. Entretanto, trinta e nove estavam repetidos em mais de uma base de dados e quarenta e dois artigos foram excluídos por tratarem de alguns tipos específicos de serviços (fonoaudiologia, oftalmologia, obstetrícia, entre outras), assim foram selecionados para a pesquisa trinta e quatro artigos.

A preferência pelos artigos nacionais se deu com a finalidade de obter uma melhor visão da qualidade nos serviços de saúde brasileiros, além de verificar as reais necessidades dos usuários e profissionais dos serviços de saúde no Brasil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conceito de Qualidade

Atualmente, o termo qualidade está sendo muito utilizado, porém nem sempre é possível transmiti-lo de forma clara e com o significado desejado, devido às várias formas de se definir conceitualmente qualidade ¹⁸.

O vocábulo qualidade tem sua raiz no latim *qualitate* e significa propriedade, atributo, ou condição das coisas ou das pessoas, capaz de distingui-las das outras e lhes determinar a natureza; permite avaliar e, conseqüentemente, aprovar, aceitar ou recusar qualquer coisa ¹⁹.

As definições a seguir oferecem uma visão aproximativa, resguardando a noção da complexidade conceitual e do aspecto da necessidade da qualidade exigida pelos diversos segmentos que dela utilizam.

Para Longo ¹⁵ qualidade é um valor conhecido por todos, no entanto trata-se de um conceito definido de forma diferenciada por distintos grupos ou camadas da sociedade - a percepção dos indivíduos difere em relação aos mesmos produtos ou serviços, de acordo com suas necessidades, experiências e expectativas.

Já para Nascimento et al. ²⁰, qualidade expressa a satisfação dos usuários e estes possuem necessidades distintas e uma avaliação própria do que é ofertado, assim, algo que pode ter boa qualidade para alguns, pode não ter para outros.

Entretanto, quando se fala em qualidade são necessárias definições mais abrangentes, para Lobos ²¹ a qualidade está relacionada ao processo pelo qual produtos ou serviços são materializados e se este processo for bem realizado, o produto final terá qualidade.

Qualidade nos Serviços de Saúde

Durante os últimos anos, o setor de saúde passou por profundas mudanças e reordenamento das ações do atendimento, o que justifica a demora em incorporar as práticas para a garantia da qualidade nos serviços.

Antigamente, o Estado oferecia assistência à saúde apenas aos trabalhadores com carteira assinada e suas famílias, enquanto as outras pessoas tinham acesso a esses serviços como um favor e não como um direito. A Constituição Federal de 1988 alterou este quadro e assegurou que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) está diretamente relacionada com a tomada de responsabilidade por parte do Estado, apresentando como princípios doutrinários a equidade, a universalidade e a integralidade e como princípios organizativos a descentralização, a regionalização e o controle social. Assim, todo cidadão tem direito à vida, a serviços de saúde eficientes e à assistência de qualidade.

O SUS foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) que dispõe sobre a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência, partindo do princípio de que a assistência à saúde é livre a iniciativa privada e na mesma Lei, no Artigo 22, diz que “na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do SUS quanto às condições de seu funcionamento”, deste modo é necessário aprimorar e desenvolver a qualidade em qualquer setor de assistência à saúde, seja ele público ou privado. Uma vez que os serviços de saúde englobam estruturas organizacionais e técnicas extremamente diversificadas, apresentando desde consultórios e unidades básicas até hospitais e serviços especializados.

A construção do SUS visava romper com o modelo até então vigente de atenção à saúde médico-assistencial de caráter curativo, discriminatório, subordinado à lógica mercantilista e que privilegiava o produtor privado em detrimento do público. Quase vinte

anos após a promulgação da lei 8.080 que constituiu, ordenou e organizou o SUS, o quadro da saúde no Brasil não é muito diferente daquele que o movimento buscava superar.

Na teoria, o SUS proporciona aos usuários um serviço de saúde com qualidade e de fácil acesso, entretanto, de acordo com Roncalli ²² não é de hoje que o SUS vem sendo atacado devido às mutilações ocorridas nas suas características fundamentais: a universalidade, a integralidade e a garantia da saúde como direito do cidadão.

A saúde ao se tornar um direito teve seu acesso ampliado a toda a população, mas permanece a questão da qualidade dos serviços prestados, uma vez que o sistema público de saúde no Brasil é precário e a busca pela qualidade se faz necessária diante das 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 ²³. Não alheia aos acontecimentos, a imprensa exhibe constantemente a falência do sistema público de saúde, sua ineficácia e ineficiência podem ser observadas nas imensas filas e nos atendimentos em macas espalhadas pelos corredores ²².

Atualmente, a procura por qualidade nos serviços de saúde se faz presente principalmente no setor privado, onde o alvo é a otimização do processo e a atenção ao usuário ²⁴, podendo incluir o setor público, de forma que a participação do usuário unido aos profissionais traduza em um serviço mais humano e eficaz.

A adoção de programas de qualidade justifica-se pelo fato de não ser suficiente reunir o melhor corpo clínico para que a organização preste assistência de qualidade, já que esta depende de um conjunto de outros fatores. No entanto, a implantação de programas de qualidade nos serviços de saúde pode apresentar algumas dificuldades devido ao fato de que estes serviços possuem algumas particularidades de caráter econômico e organizacional, como: as leis de mercado não se aplicam ao setor em face das necessidades humanas e prioridades não-mercantis; a concorrência não é um elemento forte no ambiente destas organizações; a variabilidade da assistência, dificultando a padronização do processo de trabalho em saúde e a racionalização da oferta de serviços; as informações na área de saúde são desiguais, não abrangem todos os usuários da mesma forma e geralmente os usuários são leigos e não possuem a capacidade de julgar seu tratamento e suas necessidades, dificultando a escolha das suas opções de consumo; não há tempo disponível

para se realizar o controle da qualidade, uma vez que o consumo do serviço é imediato à produção; a produção do serviço é efetuada por vários profissionais de diversos níveis de escolaridade e formação; os médicos apresentam forte resistência aos programas por se sentirem fiscalizados na conduta clínica ¹⁶.

Além disto, os serviços de saúde possuem algumas peculiaridades, dificultando a avaliação da qualidade se comparada com produtos manufaturados e, por este motivo, para cada tipo de serviço pode existir determinantes de qualidade. Santos ²⁵ menciona os seguintes determinantes para os serviços de saúde: confiabilidade (prestação de serviços segundo o prometido, com precisão e segurança), rapidez (velocidade de atendimento e prontidão para o usuário), tangíveis (referem-se a evidências físicas do serviço, tais como: instalações físicas, aparência dos profissionais e equipamentos utilizados), empatia (cordialidade, atenção e cuidado fornecido ao usuário), flexibilidade (capacidade de mudar e adaptar o serviço para se ajustar às necessidades dos clientes), acesso (facilidade de entrar em contato ou acessar fisicamente o serviço), disponibilidade (facilidade de encontrar disponível pessoal de atendimento, bens facilitadores e instalações).

Os serviços de saúde podem apresentar alguns determinantes críticos e, em certos momentos, sofrer de um maior ou um menor impacto dos diferentes determinantes de qualidade. A percepção da qualidade e avaliação do serviço ocorre em função dos determinantes considerados mais importantes aos usuários.

Dada a importância da qualidade nos serviços de saúde, as instituições devem dispor de meios para alcançar a excelência na prestação dos serviços. A percepção da qualidade baseia-se em critérios objetivos e subjetivos e 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 poder 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.

Satisfação dos Usuários

Para Santos ²⁵ e Vasconcellos ²⁶, a diferença fundamental ao se definir qualidade na prestação de serviços encontra-se na subjetividade e na dificuldade de estabelecer o que é qualidade, uma vez que os usuários reagem diferentemente ao que parece ser o mesmo serviço. Isso se deve ao fato que cada usuário possui uma determinada percepção sobre qualidade e no caso dos serviços, as percepções podem variar ainda mais, devido ao fato dos serviços serem intangíveis. Além disso, a própria tendência de variabilidade dos serviços pode fazer que uma mesma pessoa tenha percepções diversas do mesmo serviço em diferentes momentos de sua vida.

Segundo o dicionário Aurélio, satisfação é um contentamento, um prazer que resulta da realização do que se espera ou se deseja. Desta forma, a qualidade aferida pela satisfação do usuário baseia-se no conceito que este faz em relação a um serviço responder ou não às suas necessidades de cuidado.

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 satisfação possibilita interferir na qualidade nos diversos momentos de atendimento, desde a entrada até a saída do serviço de saúde.

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 (aquilo que pode ver ou sentir, como a aparência física do local) e intangíveis (ligados à relação dos profissionais com os usuários, como cordialidade e amabilidade). De forma geral, observa-se que a concepção dos usuários é fundamentada mais nos aspectos pessoais do que técnicos ^{2, 23}.

A satisfação dos usuários de serviços de saúde está cada vez mais em evidência na literatura, enfocando, principalmente, a qualidade da atenção ^{2, 3, 7, 10, 27} e tais estudos são dotados de grande importância, uma vez que podem auxiliar na melhoria da qualidade de um serviço. 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 ²⁸.

As primeiras pesquisas utilizavam o termo satisfação do paciente e focalizavam a relação médico-paciente e possuíam o objetivo de obter resultados clínicos, através da adesão ao tratamento, englobando: comparecimento às consultas, aceitação das sugestões e prescrições e uso adequado dos medicamentos. Atualmente, as pesquisas nacionais mencionam satisfação dos usuários e focalizam as diferentes dimensões que envolvem o cuidado à saúde, desde a relação médico-paciente até a qualidade das instalações do serviço, passando pela qualidade técnica dos profissionais de saúde ²⁹.

Há várias terminologias relacionadas à satisfação: paciente, usuário, consumidor e cliente. O termo “satisfação do paciente” carrega certa passividade e pode expressar atitude ou resposta baseada na crença de que o cuidado possui certos atributos que podem ser avaliados pelos pacientes. A “satisfação do usuário” passou a ser mencionada com o intuito de coletar informações do indivíduo que usa os serviços de saúde, tanto público como privado, e que está além de ser um paciente ou um consumidor, tais como: a relação médico-paciente, a qualidade das instalações do serviço e a qualidade técnica dos profissionais de saúde. Nas últimas duas décadas, os termos “consumidor” e “cliente” passaram a ser utilizados, principalmente pelo setor privado, sendo que o primeiro refere-se a um indivíduo racional, consciente de suas escolhas e capaz de defender seus direitos; enquanto que o segundo trata-se de um indivíduo que paga pelo serviço e, assim, concerne certos direitos ^{29,30}.

As metodologias de pesquisa de satisfação dos usuários e as dimensões (componentes) mencionadas variam com o decorrer do tempo. Segundo Bowling ³¹, na década de 70, Ware e Snyder selecionaram quatro dimensões como principais: acesso ao cuidado, continuidade do cuidado, disponibilidade do serviço e conduta médica; e nos anos 80 ampliaram para oito: arte do cuidado, qualidade técnica, acesso, eficácia do serviço, custo com o cuidado, ambiente físico, disponibilidade e continuidade do cuidado.

Além do estudo de Bowling ³¹, outros estudos vieram comprovar as dimensões relacionadas às expectativas e satisfação dos usuários, são eles: pesquisa de Donabedian ³² e de Carâp ³³, este definiu as seguintes dimensões (componentes): acesso (tempo, distância,

disponibilidade, facilidade de agendamento), relações humanas (respeito, gentileza), competência profissional, informações (sobre tratamento, procedimentos) e resultado do tratamento.

Ao aferir a qualidade nos serviços de saúde, Donabedian ³² identificou que a aceitabilidade é a dimensão (componente) que mais se relaciona com as expectativas e satisfação dos usuários. O conceito aceitabilidade engloba o acesso, relação humana, dependências e instalação, além do efeito e do custo do tratamento.

Há vários instrumentos que podem ser aplicados na verificação da qualidade dos serviços de saúde, segundo a satisfação dos usuários, tais como: questionários, entrevistas, observações, urnas de sugestões e telefonemas. No caso de questionários ou entrevistas pode-se solicitar ao usuário para expressar sua opinião segundo uma escala numérica a cada item avaliado ⁷.

Segundo Vaitsman e Andrade ²⁹, as críticas mais comuns às pesquisas de satisfação são: a) o aspecto subjetivo da "satisfação", uma vez que depende da expectativa e exigência do indivíduo em relação ao atendimento, além das características individuais como idade, gênero, classe social e estado psicológico. A expectativa é um dos fatores mais complicados, pois os usuários possuem diferentes capacidades críticas e, assim, uma boa avaliação pode ocorrer devido uma baixa capacidade crítica dos usuários e uma avaliação mais baixa pode ser feita devido um elevado grau de exigência; b) as consequências práticas dessas avaliações, ou seja, se as pesquisas realmente auxiliam em uma melhor qualidade dos serviços de saúde.

No Brasil, a satisfação do usuário é utilizada como indicador em várias pesquisas na área de saúde, tais como: por Carâp ³³ e por Kotaka et al. ¹⁰ no serviço hospitalar; por Franco e Campos ² no atendimento ambulatorial pediátrico; por Kloetzel et al. ⁷ e por Schwartz et al. ³⁴ no atendimento primário; por Polaro ³⁵ no cuidado a saúde do idoso; por Milan e Trez ²⁷ nos planos de saúde; por Polizer e D'Innocenzo ³ na assistência de enfermagem, por Fadel e Regis Filho ²³ no serviço odontológico e por Mendes et al. ¹⁷ nos serviços de emergência.

Satisfação dos Profissionais

A maioria dos estudos realizados no Brasil enfoca, principalmente, a satisfação e a qualidade nos serviços de saúde sob o ponto de vista dos usuários e não mencionam os profissionais, que são um importante instrumental de atuação na área da saúde. Nesse sentido, as pesquisas deveriam incluir os dois segmentos envolvidos – os usuários e os profissionais de saúde.

Satisfação profissional é um tópico importante na área da saúde, uma vez que bem-estar e qualidade de vida no trabalho são fatores que interferem na qualidade da assistência e percepção dos aspectos relacionados à profissão.

A satisfação profissional, assim como a satisfação dos usuários, é um fenômeno complexo e de difícil definição, pois se trata de um estado subjetivo que varia de circunstâncias, de pessoa para pessoa e pode ainda variar ao longo do tempo para a mesma pessoa. Pode-se dizer que 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. As frustrações decorrentes do trabalho influenciam a vida pessoal e emocional, originando doenças ocupacionais, dificuldades de ajustamento pessoal, desequilíbrio emocional e insatisfação no trabalho³⁶.

A insatisfação no trabalho pode ser decorrente de vários fatores, entre eles se destacam: sentimentos de obrigação em executar um serviço desinteressante e sem significado, desconhecimento da importância do trabalho desenvolvido na instituição, desqualificação, questões salariais, promoção, reconhecimento, condições e tipo de trabalho, ambiente, colegas, supervisão, gerenciamento, instituição, além da diferença de personalidade e valores que a pessoa atribui ao trabalho³⁷.

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.

É imprescindível que o profissional propicie aos usuários dos serviços de saúde, a promoção, o resgate e a manutenção da sua saúde. Porém, esses profissionais enfrentam situações ambientais e psicossociais relacionadas ao seu ambiente de trabalho que podem repercutir diretamente na qualidade dos serviços prestados.

Um bom relacionamento entre os profissionais e os usuários traz efeitos positivos ao tratamento, sendo a maior contribuição que se pode oferecer aos usuários dos serviços de saúde. Mas, a relação profissional/usuário pode tornar-se uma dificuldade ao aferir a qualidade dos serviços de saúde, uma vez que o bom relacionamento pode compensar falhas no cuidado técnico. Por este motivo, durante as pesquisas de satisfação procura-se analisar a efetividade do tratamento, ou seja, é necessário verificar se os cuidados técnicos dispensados atingem os resultados esperados.

Segundo Lino ³⁶, as pesquisas de satisfação profissional nos serviços de saúde podem conter variáveis pessoais e profissionais. As variáveis pessoais contemplam: idade, tempo de experiência (quanto maior a idade e o tempo de experiência, maior é a tendência de ser estável na instituição e de demonstrar satisfação profissional) e nível de formação educacional (quanto mais alto é o nível educacional, maior é a necessidade expressa de importância do trabalho e uma relação inversamente proporcional de satisfação do trabalho). As variáveis profissionais são: autonomia (responsabilidade individual pelo trabalho ou controle sobre as decisões profissionais), compromisso (lealdade), comunicação entre os profissionais (integração social), profissionalismo (motivação para o trabalho e compromisso com a carreira), reconhecimento (feedback), rotinização (o desempenho de tarefas repetitivas associa-se a variedade e especialização) e estresse.

Segundo Fadel e Regis Filho ²³, ainda que as percepções de um serviço estejam vinculadas a uma avaliação pessoal, 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.

A avaliação dos artigos selecionados demonstrou que o serviço de saúde pode ser afetado pelo grau de satisfação dos profissionais e a satisfação das necessidades de trabalho é essencial para a melhoria da produtividade e está atrelada à motivação. Sendo assim, para que o trabalho represente fonte de satisfação, é preciso que as relações estabelecidas sejam satisfatórias, tanto para o profissional como para o usuário, evitando um possível surgimento das insatisfações no trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A área da saúde, no Brasil, dentro do desenvolvimento histórico da qualidade, começa a ganhar maior atenção a partir da década de 70 e dois aspectos contribuíram para isto: o processo de redemocratização do país associado ao surgimento de lutas pelos direitos sociais de acesso a políticas públicas.

Seguramente não é simples conceituar e estabelecer um padrão de qualidade capaz de satisfazer a todos, assim quando se fala em qualidade são necessárias definições mais abrangentes, evitando reducionismos que contemplem apenas um seguimento do processo. As palavras de Lobos ²¹ sinalizam um caminho: “a qualidade está relacionada ao processo pelo qual produtos ou serviços são materializados e se este processo for bem realizado, o produto final terá qualidade”.

Ao se tratar da qualidade nos serviços de saúde, é necessário levar em consideração a percepção de que ela baseia-se em critérios objetivos e subjetivos. Além disso, a percepção dos usuários e dos profissionais a respeito da qualidade do serviço é importante para o desenvolvimento de ações que levarão a melhoria.

Os profissionais e os usuários ocupam posições diferentes dentro dos serviços de saúde, entretanto, suas expectativas e necessidades determinam a qualidade dos serviços.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Antunes AV, Trevizan MA. Gerenciamento da qualidade: utilização no serviço de enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem* 2000; 8(1): 35-44.
2. Franco SC, Campos GW. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. *Cad Saude Publica* 1998; 14(1): 61-70.
3. Polizer R, D'Innocenzo M. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2006; 59(4).
4. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Saúde nas Américas*. Washington: Opas; 2007. v. 1. (Publicação Científica e Técnica, 622).
5. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
6. Donabedian A. The Quality of Care: how can it be assessed? *Jama*. 1988; 260(12): 23-30.
7. Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Campos VPG, Santos RN. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. A satisfação do usuário. *Cad Saude Publica* 1998; 14(3): 623-628.
8. Zaicaner R. *Satisfação da clientela: um objetivo a ser alcançado pelo serviço público de saúde* (dissertação). São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2001.
9. Assunção MCF, Santos IS, Gigante DP. Atenção primária em diabetes no sul do Brasil: estrutura, processo e resultados. *Rev Saude Publica* 2001; 35(1): 88-95.
10. Kotaka F, Pacheco MLR, Higaki Y. Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 1997; 31(2): 171-177.
11. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande de Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2003; 19(1): 27-34.
12. Rocha HJ. *Como preparar a empresa para a qualidade total*. São Paulo: Sebrae; 1999.
13. Garcia GE. A qualidade no serviço público: um estudo de caso sobre a implantação e a continuidade do programa de gestão pela qualidade total. *Revista do Centro Universitário Barão de Mauá* 2001; 1(2).

14. Alberton L. *Análise da implantação da qualidade total em uma instituição pública de educação* (dissertação). Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1999.
15. Longo RMJ. *Gestão da qualidade: evolução histórica, conceitos básicos e aplicação na educação*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 1996. (acessado 2009 Fev 06) (cerca de 20 p.) Disponível em: http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_397.pdf
16. Gurgel Júnior GD, Vieira MMF. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Cien Saude Colet* 2002; 7(2): 325-334.
17. 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 Saude Mater Infant* 2009; 9(2).
18. 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. 111-130.
19. Pinto VB. Informação: a chave para a qualidade total. *Ciência da Informação* 1993; 22(2): 133-137.
20. Nascimento RB, Filho NT, Barros FGF. Avaliação da qualidade dos serviços prestados nas unidades de informação universitárias. *Transinformação* 2005; 17(3): 235-251.
21. Lobos J. *Qualidade através das pessoas*. São Paulo: Instituto da Qualidade; 1991.
22. Roncalli AG. *O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde*. In: Pereira, AC (organizador). *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 28-49.
23. Fadel MAV, Regis Filho GI. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. *Rev de Administração Pública* 2009; 43(1): 7-22.
24. 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.
25. Santos LC. *Projeto e análise de processos de serviços: avaliação de técnicas e aplicação em uma biblioteca* (dissertação). Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.

26. Vasconcellos PP. *Desenvolvimento de um modelo de avaliação da qualidade do serviço odontológico* (dissertação). Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
27. Milan GS, Trez G. Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde. *RAE - eletrônica* 2005; 4(2).
28. Anderson EW. *Customer satisfaction and word-of-mouth*. NQRC (National Quality Research Center): The University of Michigan; 1998.
29. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Cien Saude Colet* 2005; 10(3).
30. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad Saude Publica* 2006; 22(6): 1267-1276.
31. Bowling A. *Social research on health: sociological and psychological concepts and approaches*. In: *Research Methods in Health: investigating health services*. Buckingham: Open University Press; 1997.
32. Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Quality Review Bulletin* 1992; 20(6): 975-992.
33. Carâp LJ. *A satisfação do usuário como meta da gestão pela qualidade total: qual a sua real dimensão nos serviços de assistência médico-hospitalar: a experiência do Hospital Orêncio de Freitas* (dissertação). São Paulo (SP): Fundação Getúlio Vargas; 1997.
34. 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. *Cien Saude Colet* (periódico na Internet). 2008. (acessado 2009 Dez 15); (cerca de 10 p.). Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3042
35. Polaro SHI. *A qualidade do cuidado á saúde do idoso: segundo a satisfação do usuário* (dissertação). Belém (PA): Universidade Federal do Pará; 2001.
36. Lino MM. *Satisfação profissional entre enfermeiras de UTI: adaptação transcultural do Index of Work Satisfaction (IWS)* (dissertação). São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1999.
37. Rosa CS, Peres AM, Maftum MA. Satisfação profissional da equipe de atendimento domiciliar terapêutico de uma unidade de referência ao portador de HIV/AIDS do estado do Pará. *Cogitare Enferm* 2009; 14(2): 247-253.

Capítulo 2:

Planejamento da Qualidade nas Unidades de Saúde da Família utilizando o Desdobramento da Função Qualidade (QFD) *

(Artigo submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública)

Volpato LF¹, Meneghim MC¹, Pereira AC¹, Ambrosano GMB¹

¹ Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Piracicaba, SP, Brasil.

Título corrido: Planejamento da Qualidade nas Unidades de Saúde da Família.

Palavras-chave: Qualidade da assistência à saúde, Serviços de saúde, Profissional de saúde, Gestão de qualidade, Planejamento em Saúde.

Autor responsável pela correspondência:

Luciana Fernandes Volpato

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

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

E-mail: lucianavolpato@superig.com.br

* Artigo elaborado de acordo com as normas do periódico Cadernos de Saúde Pública.

RESUMO

A qualidade é um requisito indispensável na área da saúde e sua procura se faz presente devido à necessidade de atender as exigências de uma população ciente de seus direitos, da essência das boas relações no trabalho e diminuição dos custos tecnológicos. Assim, a qualidade envolve todos que fazem parte do processo (usuários e profissionais), deixando de ser um atributo do serviço. A pesquisa teve como objetivo verificar a possibilidade de planejar a qualidade nas Unidades de Saúde da Família, através do Desdobramento da Função Qualidade (QFD). Este planeja a qualidade segundo a satisfação do usuário, envolvendo os profissionais da instituição e identificando novos caminhos para aperfeiçoar os processos de trabalho. A construção da matriz, denominada Casa da Qualidade, é o aspecto mais importante desse método. Os resultados mostram que há similaridade entre a qualidade exigida pelos usuários e a qualidade planejada pelos profissionais. A presente pesquisa comprovou que a ferramenta QFD constitui-se em instrumento eficiente no planejamento da qualidade nos serviços públicos de saúde.

ABSTRACT

The quality is a prerequisite for health and your search is present due to the need to meet the demands of a population aware of their rights, the essence of good relationships at work and lower costs of technology. Thus, the quality involves all who are part of the process (users and professionals) and is no longer an attribute of the service. The research aims to verify the possibility of planning for quality in health clinics of the family, through the Quality Function Deployment (QFD). This plan according to the quality of user satisfaction, involving professionals in the institution and identifying new ways to improve work processes. The construction of the array, called the House of Quality, is the most important aspect of this method. The results show that there is similarity between the quality required by users and as planned by professionals. This research shows that the QFD tool is based on an efficient tool in quality planning in public health.

Keywords: Quality of health care, Health services, Health personnel, Quality management, Health planning.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ¹, entretanto, diante da abrangência e profundidade desse conceito, pode-se pensar que não há uma pessoa absolutamente saudável e que não necessite de serviços de saúde. Assim, a qualidade é um requisito indispensável na área da saúde, uma vez que parece improvável a probabilidade de alguém cuidar da vida de seu semelhante sem fazer da melhor forma possível.

A procura pela qualidade se faz presente devido à necessidade de atender as exigências de uma população cada vez mais ciente de seus direitos, da essência das boas relações no trabalho e da diminuição dos custos tecnológicos na saúde. Desta forma, a qualidade envolve todos aqueles que fazem parte do processo e deixa de ser apenas um atributo do serviço ².

Atualmente, a qualidade está sendo amplamente discutida, pois se trata de um tema essencial em qualquer instituição e a busca pela qualidade nos serviços de saúde ocorre principalmente no setor privado ³, podendo incluir o setor público, de forma que a participação do usuário unido aos profissionais traduza em um serviço mais humano e eficaz.

O setor público é o maior prestador de bens e serviços à população, possuindo uma relação de responsabilidade com esses que dependem da qualidade, da agilidade e da localização dos serviços, no entanto o poder público ainda focaliza a própria existência do serviço, deixando a qualidade em segundo plano ⁴.

Segundo Paiva ⁵, quando se pretende administrar um serviço de saúde tendo como perspectiva a qualidade, deve-se realizar transformações e focalizar as ações centradas no indivíduo e não mais na doença, provando que os indivíduos estão mais interessados na prevenção e promoção da saúde.

Assim, a atenção básica é considerada uma das colunas da organização do sistema de saúde, sendo o primeiro contato do usuário. As Unidades de Saúde da Família, local onde foi realizada esta pesquisa, está inserida no nível básico de atenção e apresenta

potencial para resolver a maioria dos problemas de saúde da população, uma vez que esse nível de atenção não se restringe ao diagnóstico de uma doença e ao seu tratamento, mas, também, realiza ações de prevenção e de promoção à saúde ^{6, 7}. Diante desses fatores, o planejamento da qualidade na atenção primária se faz necessário, entretanto estes serviços não possuem mecanismos sistematizados e validados para seu monitoramento e avaliação ⁸.

Para auxiliar no processo de planejamento da qualidade nos serviços de saúde há várias alternativas de ferramentas e entre elas destaca-se o Desdobramento da Função Qualidade (Quality Function Deployment - QFD), metodologia pouco utilizada na área da saúde e que pode ser definida como um processo estruturado que procura planejar a qualidade baseando-se na satisfação do usuário, envolvendo os profissionais ⁹ e transferindo para toda a instituição ^{10, 11}.

A ferramenta QFD foi desenvolvida no Japão por Yoji Akao e Shiguero Mizuno, entre 1960 e 1965, período de grande crescimento da indústria japonesa ¹². 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 para o problema foi o método QFD ¹³.

Em virtude da elevada concorrência mundial e de seus benefícios, o QFD passou a ser utilizado em vários países, como EUA e Europa, na década de 80 e no Brasil, na década de 90. Embora quase vinte anos de divulgação no país, seu uso é relativamente recente, havendo carência de dados sobre sua aplicação ¹⁴.

O QFD foi implantado, primeiramente, nas indústrias com a finalidade de auxiliar no desenvolvimento de produtos e atualmente, no exterior, está presente em segmentos voltados à prestação de serviços de saúde ¹⁵ e no caso do Brasil há poucos estudos que utilizam o QFD para o planejamento da qualidade na área da saúde.

A ferramenta QFD procura identificar novos caminhos que conduzam a melhores processos de trabalho daqueles que são os responsáveis para a garantia da qualidade, os profissionais. Segundo Barley ¹⁶, a estrutura de uma organização influencia o desempenho dos profissionais e vice-versa. Dentro deste enfoque, é necessário resgatar o

desempenho dos profissionais no setor de serviços de saúde para que tenham disponível uma estrutura de trabalho adequada para atender suas necessidades e de seus clientes ^{3,11}.

Assim sendo, o QFD planeja a qualidade conforme a satisfação do usuário e envolve todos os profissionais da instituição, além de identificar novos caminhos para aperfeiçoar os processos de trabalho. Enquanto os outros métodos, em sua grande maioria, limitam-se a aplicação de manuais, metas e planos de melhoria sem a visão global do ambiente e avaliam a qualidade restringindo-se a indicadores quantitativos, como: taxa de mortalidade, atendimento à demanda e, raras vezes, satisfação do usuário ¹⁷.

O QFD possibilita planejar a qualidade, utilizando ferramentas e matrizes, deste modo, a construção de uma matriz, denominada “Casa da Qualidade”, é um dos aspectos mais importante deste método, pois sua finalidade é executar o projeto da qualidade ¹³. A Casa correlaciona os requisitos aspirados pelo usuário com as características do serviço necessárias para satisfazer os profissionais, possibilitando o estabelecimento de metas que deverão ser atingidas, visando sanar as barreiras inerentes à organização e auxiliar no processo de planejamento dos serviços ^{9,12,18}.

Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa é verificar a possibilidade de planejar a qualidade dos serviços de saúde nas Unidades de Saúde da Família, por meio da metodologia QFD. Em face da necessidade de aprimoramento nos processos de análise da qualidade na área da saúde, no Brasil, levanta-se a hipótese de que essa ferramenta é um instrumento capaz de oportunizar contribuições na referida área.

METODOLOGIA

O estudo realizado é do tipo exploratório-descritivo e a técnica de amostragem utilizada foi por conglomerados.

Na cidade de Piracicaba há trinta e duas Unidades de Saúde da Família e para a pesquisa foram selecionadas quatro, localizadas em bairros com índices de exclusão social de -1 a -0,5 e de -0,5 a 0.

Este índice funciona como uma espécie de controle social do bem-estar e da qualidade de vida da população, assim algumas variáveis estão ligadas a ele, tais como: violência, desigualdade, nível de escolaridade e emprego formal.

Os resultados dos índices podem variar de -1 a 1 e foram agrupados em classes para separar as melhores condições de inclusão (os mais próximos de 1) dos casos mais graves de exclusão social (os mais próximos de -1).

A amostra do estudo constituiu-se de 240 voluntários, entre profissionais e usuários das quatro Unidades que, no estudo, são denominadas de 1, 2, 3 e 4. Desta amostra, 40 são profissionais de saúde vinculados as Unidades e 200 são usuários dos serviços, sendo que foram selecionados 50 voluntários em cada uma das Unidades.

Os critérios de inclusão para os profissionais foram: todos os profissionais que atuavam nas Unidades quando a entrevista foi realizada, ou seja: médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista e atendente de consultório dentário; ambos os gêneros e faixa etária de 18 a 70 anos. Enquanto que para os usuários os critérios foram: pertencer à Unidade; ambos os gêneros; faixa etária de 18 a 70 anos, sendo que os pacientes idosos deveriam ser independentes ou parcialmente dependentes; orientados no tempo e espaço; com capacidade de verbalização.

A coleta de dados teve início após a obtenção de um parecer favorável da Secretaria da Saúde do Município de Piracicaba e dos responsáveis pelas equipes das Unidades de Saúde da Família. O período da coleta compreendeu os meses de março a junho de 2009 e a pesquisa foi realizada em dias aleatórios com a finalidade de obter uma amostra heterogênea.

No momento da coleta dos dados, o usuário foi comunicado sobre a pesquisa, seu propósito, garantia do anonimato e convidado a participar, caso a resposta fosse positiva, assinava o Termo de consentimento livre e esclarecido para a pesquisa em duas vias, sendo que uma via foi entregue para ele e a outra ficava com a pesquisadora. A seguir, foi realizada a coleta das informações nas próprias Unidades, em local reservado para evitar inibição, constrangimentos e interferências nas respostas.

Os dados, em cada uma das Unidades, foram coletados em duas fases: a primeira com os profissionais de cada um dos serviços de saúde através de entrevistas e a

segunda fase constituiu da aplicação de questionários aos usuários, assim cada uma das Unidades teve seu próprio questionário e após a coleta dos dados, iniciou-se a construção da Casa da Qualidade.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/UNICAMP, sob processo nº. 129/2008.

CONSTRUÇÃO DA CASA DA QUALIDADE

A primeira etapa para a construção da Casa da Qualidade é definir a amostra dos profissionais e dos usuários, como descrito na metodologia, uma vez que estes são fundamentais no planejamento da qualidade. Nesse sentido, é necessário ouvir suas opiniões e necessidades para, posteriormente, determinar as características da qualidade necessárias para satisfazer os profissionais e os usuários.

Volpato et al.¹⁹ mencionam que, além da definição da amostra, há outras etapas necessárias para construir a Casa da Qualidade:

a) Identificação da Qualidade Exigida (o que) pelo usuário

Com a finalidade de identificar a qualidade exigida para satisfazer as necessidades dos usuários foi realizada uma entrevista, em cada uma das Unidades, visando a participação de todos os profissionais das equipes de saúde, com o propósito de responder a seguinte questão: “Quais os itens de qualidade necessários para satisfazer os usuários desta Unidade de Saúde da Família?”.

A qualidade exigida, respondida pelos profissionais, foi baseada nas reclamações mais frequentes dos usuários em relação ao serviço de saúde. Posteriormente, esta qualidade exigida pelos usuários, definida inicialmente pelos profissionais, foi confrontada com as necessidades exigidas pelos usuários, no sentido de verificar se haveria incongruências. O resultado deste confronto revelou não haver divergências na identificação da qualidade exigida, efetivamente, pelos usuários.

b) Desdobramento da Qualidade Exigida

As respostas obtidas durante a etapa de identificação da qualidade exigida foram desdobradas em níveis (Tabela 1) e descritas na Casa da Qualidade (Figura 1).

Tabela 1 - Exemplo de Desdobramento da Qualidade Exigida.

Primário	Secundário	Terciário
Acesso	Agendar consultas Encaminhar aos serviços especializados	Facilidade para agendar consultas Facilidade no encaminhamento Facilidade para agendar consultas nos serviços especializados
Recepção	Atendimento Atenção	Ágil Cordial / Simpático / Atencioso

c) Ranqueamento da Qualidade Exigida

A partir dos dados do desdobramento da qualidade exigida foram elaborados questionários para serem aplicados aos usuários. Nos questionários existiam duas colunas, uma relacionada à importância que o usuário atribui ao serviço, onde havia 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 Unidade de Saúde da Família?”.

Os usuários, durante a aplicação dos questionários, foram orientados a responder as questões da seguinte maneira: primeiramente, deveriam ranquear cada uma das questões relacionadas com o grau de importância que o serviço possui, desta forma os usuários atribuíram valores de 1 a 5 de acordo com seu grau de satisfação aos serviços ofertados pelas Unidades, 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 questão, ou seja, cada um dos itens de qualidade referentes à importância que o usuário atribui ao serviço foi atribuído

um valor 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.

d) Estabelecimento das Características da Qualidade (como)

Após a aplicação dos questionários aos usuários foram identificadas as qualidades exigidas de cada uma das Unidades e o profissional responsável pelo serviço (enfermeiro) utilizou as informações para definir as características de qualidade do serviço, ou seja, as características importantes aos profissionais. Assim, cada uma das qualidades exigidas corresponde a pelo menos uma característica da qualidade (Tabela 2).

Tabela 2 - Exemplo de estabelecimento das Características da Qualidade.

Qualidade Exigida	Características da Qualidade
Facilidade para agendar consultas	Número de vagas oferecidas Número de profissionais

e) Características da Qualidade mais significativas

Após determinar as características de qualidade, o profissional 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 ⊕ - 9, médio ⊙ - 3, fraco △ - 1 e o inexistente - zero.

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

f) Qualidade Projetada

A qualidade projetada indica a ordem de importância das características da qualidade (profissional) baseada nas necessidades dos usuários e fornece alvos técnicos aos profissionais.

Para estabelecer a qualidade projetada, os pesos absolutos e os pesos relativos das características da qualidade devem ser calculados.

O peso absoluto foi calculado somando os valores das células referentes a cada uma das colunas das características de qualidade e o peso relativo foi calculado através dos pesos absolutos, resultando em percentuais para cada característica e, assim determinando as características mais importantes para melhorar os serviços nas Unidades.

g) Qualidade Planejada

Esta etapa indica a importância das qualidades exigidas para os usuários e indicam estratégias de satisfação do usuário em relação ao serviço. Portanto, através da avaliação dos usuários, a qualidade planejada permite estabelecer melhorias em cada item da qualidade exigida.

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

Para estabelecer o plano, o profissional atribuiu valores de 1 a 5, sendo que o valor máximo é o ideal, aos itens de qualidade exigida de acordo com seu grau de importância no serviço.

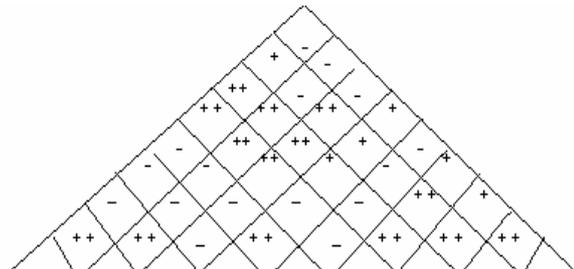
A partir do plano de melhoria determinou-se:

- Índice de melhoria para cada um dos itens da qualidade exigida, ou seja, divide-se o plano pela avaliação do usuário;
- Peso absoluto, onde o grau de importância é multiplicado pelo índice de melhoria e pelo argumento técnico;
- Peso relativo que é o percentual de cada item avaliado.

h) Correlação das Características da Qualidade

Para finalizar a construção da Casa da Qualidade, o profissional responsável pela Unidade correlacionou, entre si, as características da qualidade no telhado da matriz, esta correlação indica o quanto uma característica interfere com outra. Observou-se a correlação entre duas características, como mostra a Figura 1, através dos pesos: fortemente positiva (++), positiva (+), negativa (-) ou fortemente negativa (- -).

Figura 1 - Casa da Qualidade.



CARACTERÍSTICA DA QUALIDADE (COMO)		QUALIDADE EXIGIDA (O QUE)	(GD) GRAU DE IMPORTÂNCIA	QUALIDADE PLANEJADA							PLANO	ÍNDICE DE MELHORIA	ARGUMENTO TÉCNICO	PESO ABSOLUTO	PESO RELATIVO		
				Aumentar prof. especializados	Qualificação profissional	Motivação profissional	Aderência ao tratamento	Resiliência*	Humanização no atendimento	Qualidade no atendimento						Aumentar prof. na USF	Fornecimento verbais e mat.
Facilidade para agendar consulta			4,72				⊙	⊙					3	0,91	1,0	4,30	7,85
Facilidade para agendar tratamento especializado			4,70	⊙	⊙	△							2	0,65	1,2	3,66	6,70
Atendimento cordial e atencioso			4,68		⊙	⊙							2	0,43	1,5	3,01	5,50
Número de funcionários na USF			4,54		⊙					⊙	⊙	⊙	5	1,58	1,5	10,76	19,65
Número de funcionários no CEO (Centro Especialidades Odontológicas)			4,56	⊙	⊙	△				⊙	⊙	⊙	5	1,44	1,5	9,85	18,00
Facilidade para agendar tratamento especializado no CEO			4,56	⊙	⊙	△				⊙	⊙	⊙	4	1,16	1,5	7,93	14,50
Recursos disponíveis para promoção da saúde			4,44							⊙	⊙	⊙	4	1,21	1,2	6,45	11,80
Manutenção da USF			4,38							⊙	⊙	⊙	5	1,34	1,5	8,80	16,00
FORTE (9) ⊙ MÉDIO (3) ○ FRACO (1) △	PESO ABSOLUTO		124,38	123,84	55,94	42,48	42,48	206,64	274,26	286,74	53,58		++ POSITIVO FORTE + POSITIVO - NEGATIVO -- NEGATIVO FORTE				
	PESO RELATIVO		10,28	10,23	4,62	3,50	3,50	17,07	22,67	23,70	4,43		<u>ARGUMENTO TÉCNICO:</u> MUITO IMPORTANTE - 1,5 IMPORTANTE - 1,2 NEUTRO - 1,0				
	QUALIDADE PROJETADA		4	5	6	8	9	3	2	1	7						

Fonte: Adaptação de Milan et al.²⁰.

RESULTADO E DISCUSSÃO

O processo de planejamento da qualidade nos serviços de saúde envolve tanto quem utiliza os serviços como quem os produz, assim os usuários e os profissionais ocupam posições distintas no processo, entretanto ambos contribuem para a execução do serviço e, deste modo, suas necessidades e expectativas determinam à qualidade dos serviços.

O planejamento da qualidade dos serviços não é definitivo e estático, visto que o desenvolvimento do conhecimento e a dinâmica social exigem melhorias contínuas na maneira de oferecer o serviço ²¹.

Para cada uma das Unidades de Saúde da Família foi confeccionada uma Casa da Qualidade, pois as Unidades apresentam características próprias e, desta forma, seus resultados diferem entre si.

Os resultados obtidos através da Casa da Qualidade, matriz do QFD, serão apresentados e discutidos por etapas.

a) Identificação da Qualidade Exigida

A qualidade exigida fornecida pelos profissionais foi adicionada na Casa da Qualidade no item denominado Qualidade Exigida (o que).

Alguns itens de qualidade exigida foram comuns a todos os serviços, são eles: facilidade para agendar consultas no serviço, facilidade para agendar consultas de tratamentos especializados (ex.: oftalmologista, ortopedista, entre outros) e postura de atendimento (atencioso, cordial e ágil). Há outros itens mencionados em mais de um serviço, tais como: facilidade para encaminhamento de tratamento especializado; pontualidade no atendimento; confiança e valorização da equipe de saúde; recursos disponíveis para a promoção da saúde e manutenção do serviço (limpeza, pequenos reparos e consertos). Outras Unidades apresentaram algumas características próprias, como: melhores adequações da estrutura física e elevado número de famílias cadastradas.

O estudo realizado por Tengan ²¹ nas Unidades Básicas de Saúde e Centro de Especialidade Odontológica, utilizando a mesma ferramenta de avaliação da qualidade,

QFD, difere do presente estudo focalizado nas Unidades de Saúde da Família, entretanto obteve itens de qualidade exigida semelhantes, tais como: facilidade de agendamento no serviço, facilidade de encaminhamento de tratamento especializado, postura de atendimento, pontualidade e confiança na equipe.

b) Ranqueamento da Qualidade Exigida

Os usuários ranquearam o grau de importância dos itens descritos na qualidade exigida, ou seja, determinaram a importância que cada um dos itens possuem nos serviços de saúde.

Para melhor identificação das qualidades exigidas mais importantes aos usuários e seus respectivos grau de importância, as informações foram descritas por Unidade:

- Unidade 1: facilidade para agendar consulta no serviço, facilidade para agendar consulta de tratamento especializado, facilidade no encaminhamento de tratamento especializado, atendimento ágil, pontualidade no atendimento e valorização da equipe, sendo que todos os itens tiveram o grau de importância no valor de 4,70.
- Unidade 2: facilidade para agendar consulta de tratamento especializado e confiança na equipe de saúde (grau de importância corresponde a 4,70 nos dois itens).
- Unidade 3: facilidade para agendar consulta no serviço, pontualidade no atendimento, resolução dos problemas e confiança na equipe (grau de importância de 4,70).
- Unidade 4: facilidade para agendar consulta no serviço (com o valor de 4,72 para o grau de importância).

Os estudos de Kloetzel et al.²², Matsuda et al.³, Mendes et al.²³ corroboram com os resultados desta pesquisa e mencionam a importância da pontualidade no atendimento. Os achados também estão de acordo com as pesquisas de Schwartz et al.²⁴ e Tengan²¹ que identificaram a facilidade para agendar consulta de tratamento especializado e no serviço como aspectos de grande importância ao usuário. Franco & Campos²⁵ mostram que a demora no atendimento, excesso de pessoas para serem atendidas e dificuldade para conseguir consulta em serviço especializado são os maiores problemas que os usuários enfrentam nos serviços de saúde.

c) Estabelecimento das Características da Qualidade

As características da qualidade, definidas pelos profissionais, foram:

- Unidade 1: aumento no número das vagas oferecidas, aumento no número de profissionais, motivação profissional, incentivo profissional e financeiro, educação continuada e ampliação na estrutura da Unidade.
- Unidade 2: diminuição no número de pessoas cadastradas, aumento no número de profissionais especializados, consulta de acompanhantes, características de personalidade, motivação profissional, acolhimento, educação continuada, fornecimento de verbas e materiais e construção de outra Unidade.
- Unidade 3: aumento no número de vagas oferecidas, aumento no número de profissionais, rapidez no acesso, pontualidade na consulta, aumento no número de equipamentos de informática, incentivo profissional e financeiro, educação continuada, diminuição da rotatividade profissional e usuários satisfeitos.
- Unidade 4: aumento no número de profissionais especializados, qualificação profissional, motivação profissional, aderência ao tratamento, resiliência (habilidade humana de se adaptar diante de tragédias, traumas, adversidades, privações e de fatores estressantes significativos e corriqueiros da vida), humanização no atendimento, qualidade no atendimento, aumento no número de profissionais e fornecimento de verbas e materiais.

Algumas características da qualidade foram iguais para todas as Unidades, como: aumento no número de profissionais, educação continuada ou qualificação profissional, motivação profissional.

d) Características da Qualidade mais significativas

Para verificar as características da qualidade mais importantes é necessário correlacionar, separadamente, todos os itens da característica da qualidade (como) com o item da qualidade exigida (o que).

Na Casa da Qualidade da Unidade 1, por exemplo: a correlação entre aumentar o número de vagas oferecidas e a facilidade em agendar consultas é forte (⊙), uma vez que se houver mais vagas disponíveis, mais consultas serão agendadas. A correlação entre aumentar número de profissionais e pontualidade no tratamento é média (○), pois com o

aumento do número de profissionais provavelmente os usuários não teriam que aguardar muito tempo para serem consultados. A relação existente entre aumentar número de profissionais e facilidade no encaminhamento para tratamento especializado é fraca (Δ), já que o número de profissionais não interfere de forma significativa no encaminhamento para o tratamento especializado. E para finalizar, não há nenhuma relação entre o incentivo profissional e financeiro e a estrutura da Unidade, assim esta célula não é preenchida.

e) Qualidade Projetada

As qualidades projetadas, ou seja, os requisitos necessários para a melhoria do serviço, foram estabelecidas e descritas de acordo com a classificação (prioridade do ponto de vista profissional) nas Unidades de Saúde da Família, conforme Tabela 3.

Tabela 3 - Classificação das qualidades projetadas nas Unidades de Saúde da Família.

Unidade 1	Unidade 2
1- educação continuada 2- motivação profissional 3- incentivo profissional e financeiro 4- aumento no número de profissionais 5- aumento no número de vagas oferecidas 6- ampliação na estrutura da Unidade	1- educação continuada 2- diminuição no número de pessoas cadastradas 3- acolhimento 4- características de personalidade 5- motivação profissional 6- aumento no número de profissionais especializados 7- construção de outra Unidade 8- consulta de acompanhante 9- fornecimento de verbas e materiais
Unidade 3	Unidade 4
1- usuários satisfeitos 2- aumento no número de profissionais 3- aumento no número de vagas oferecidas 4- pontualidade na consulta 5- diminuição da rotatividade profissional 6- rapidez no acesso 7- educação continuada 8- incentivo profissional e financeiro 9- aumento no número de equipamentos de informática	1- aumento no número de profissionais 2- qualidade no atendimento 3- humanização no atendimento 4- aumento no número de profissionais especializados 5- qualificação profissional 6- motivação profissional 7- fornecimento de verbas e materiais 8- aderência ao tratamento 9- resiliência

Conforme se pode verificar, os pontos mencionados representam aspectos manifestados pelas diferentes equipes de profissionais em cada uma das unidades em estudo.

Ao analisar as referidas unidades com suas respectivas qualidades projetadas pelos profissionais, pode se chegar a identificação de quatro níveis de qualidade projetada, expressa em níveis de importância por ordem crescente:

1. Com 100% (itens de qualidade mencionados em todas as Unidades): educação continuada - incluindo o item qualificação profissional nesta mesma categoria; a necessidade do aumento de números de profissionais - sendo que este aumento de número de profissionais se subdivide em duas categorias, a primeira referente ao aumento do número de profissionais (75%) e de profissionais especializados (50%). Por profissionais compreendem os profissionais da unidade (agentes comunitários de saúde, médicos generalistas, enfermeiros). Ao passo que profissionais especializados são ortopedistas, oftalmologistas, entre outros.

2. Com 75% (itens de qualidade mencionados em três Unidades): motivação profissional.

3. Com 50% (itens de qualidade mencionados em duas Unidades): incentivo profissional e financeiro, fornecimento de verbas e materiais, aumento no número de vagas oferecidas.

4. Os pontos menos significativos em termos de importância dado o fato de que são elementos particularizados em algumas unidades são: ampliação da estrutura da unidade, diminuição do número de pessoas cadastradas, acolhimento, características de personalidade, construção de outra unidade, consulta de acompanhante, usuários satisfeitos, pontualidade na consulta, diminuição da rotatividade profissional, rapidez no acesso, aumento do número de equipamentos de informática, qualidade no atendimento, humanização no atendimento, aderência ao tratamento e resiliência.

f) Qualidade Planejada

Por meio da avaliação dos usuários, a qualidade planejada permite estabelecer melhorias em cada item da qualidade exigida. A qualidade planejada referente aos quatro serviços de saúde pesquisados, pode ser observada na Tabela 4.

Tabela 4 - Classificação da qualidade planejada nas Unidades.

Unidade 1	Unidade 2
1- manutenção da Unidade (14,90%)	1- número de famílias cadastradas (16,30%)
2- confiança na equipe (14,32%)	2- facilidade para agendar consulta de tratamento especializado (13,44%)
3- facilidade no encaminhamento para tratamento especializado (12,30%)	3- pontualidade no atendimento (11,28%)
4- facilidade para agendar consulta de tratamento especializado (12,20%)	4- facilidade para agendar consultas (11,17%)
5- facilidade para agendar consulta (10,20%)	5- recursos disponíveis para promoção da saúde (10,18%)
6- atendimento cordial e atencioso (8,25%)	6- resolução dos problemas (9,98%)
7- valorização da equipe (8,10%)	7- confiança na equipe (9,30%)
8- estrutura física da Unidade (7,51%)	8- valorização da equipe (9,02%)
9- pontualidade no atendimento (6,80%)	9- atendimento cordial e atencioso (8,63%)
10- atendimento ágil (5,42%)	
Unidade 3	Unidade 4
1- resolução dos problemas (15,33%)	1- número de funcionários na Unidade (19,65%)
2- confiança na equipe (14,50%)	2- número de funcionários no Centro de Especialidades Odontológicas - CEO (18,00%)
3- facilidade no encaminhamento para tratamento especializado (13,85%)	3- manutenção da Unidade (16,00%)
4- facilidade para agendar consulta de tratamento especializado (13,64%)	4- facilidade para agendar tratamento especializado no CEO (14,50%)
5- facilidade para agendar consulta (11,52%)	5- recursos disponíveis para promoção da saúde (11,80%)
6- atendimento cordial e atencioso (8,60%)	6- facilidade para agendar consulta (7,85%)
7- pontualidade no atendimento (8,55%)	7- facilidade para agendar tratamento especializado (6,70%)
8- valorização da equipe (8,44%)	8- atendimento cordial e atencioso (5,50%)
9- atendimento ágil (5,57%)	

Ao analisar as referidas Unidades com suas respectivas qualidades planejadas pelos usuários, pode se chegar a identificação de quatro níveis de qualidade planejada, expressa em níveis de importância por ordem crescente:

1. Com 100% estão os seguintes itens: facilidade para agendar consultas, facilidade para agendar consultas em tratamento especializado, atendimento cordial e atencioso.

2. Com 75% estão os seguintes itens: confiança na equipe, valorização da equipe, pontualidade no atendimento.

3. Com 50% estão os seguintes itens: manutenção da unidade de saúde, facilidade no encaminhamento para tratamento especializado, recursos disponíveis para promoção da saúde, atendimento ágil, resolução dos problemas.

4. Os pontos menos significativos em termos de importância dado o fato de que são elementos particularizados em algumas unidades são: estrutura física da unidade, número de famílias cadastradas, número de funcionários na Unidade e número de funcionários no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

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.

As Unidade 1, 3 e 4 apresentam prevalência da correlação fortemente positiva (++), demonstrando que se houver ocorrência em um dos indicadores, seja positiva ou negativa, também afetará o outro indicador. Ex.: aumentar vagas oferecidas e aumentar número de profissionais.

Entretanto, a Unidade 2 apresenta um resultado totalmente diferente das demais, ocorreu maior prevalência da correlação fortemente negativa (--), mostrando que podem ocorrer alterações nos indicadores, mas a grande maioria não será afetada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa possibilitou verificar que a ferramenta QFD pode ser utilizada no planejamento da qualidade nos serviços públicos de saúde, especificamente, nas Unidades de Saúde da Família.

Foi possível verificar a relação existente entre as qualidades projetadas (obtidas através das características da qualidade fornecidas pelos profissionais de saúde) e planejadas (obtidas através das qualidades exigidas fornecidas pelos usuários). Desta forma observando os dados nota-se que os profissionais e os usuários apresentam as mesmas necessidades de mudanças nos serviços de saúde, uma vez que os dois itens de qualidade analisados por diferentes atores dentro da unidade de saúde, apresentaram uma classificação semelhante.

A qualidade projetada e a planejada foram classificadas em quatro níveis e expressas em níveis de importância e nestes quatro níveis houve semelhanças entre as características.

No nível mais importante (100%), os itens da qualidade projetada que requerem alterações no serviço são: educação continuada e a necessidade de aumento no número de profissionais; enquanto que os itens da qualidade planejada, ou seja, as necessidades mais importantes dos usuários e que necessitam de alterações na estrutura são: facilidade para agendar consultas na unidade, facilidade para agendar consultas no tratamento especializado e atendimento cordial e atencioso. Nota-se aqui um forte grau de similaridade entre a qualidade projetada (profissionais) com a qualidade planejada (usuários).

Em um segundo nível de importância foi possível constatar que 75% dos profissionais destacaram como qualidade projetada o aspecto da motivação profissional e, na qualidade planejada os usuários destacaram também com 75% a confiança na equipe, valorização da equipe, pontualidade no atendimento. Ou seja, o que os usuários entenderam como aspecto importante possui íntima relação com o aspecto da motivação profissional projetada pelos profissionais. Repete-se a similaridade.

Posteriormente, constatou-se que na qualidade projetada pelos profissionais, 50% destacaram os seguintes itens: incentivo profissional e financeiro, fornecimento de verbas e materiais, aumento do número de vagas oferecidas. Paralelamente, na qualidade planejada pelos usuários verificou-se que 50% destacaram os seguintes itens: manutenção da unidade de saúde, facilidade no encaminhamento para tratamento especializado, recursos

disponíveis para promoção da saúde, atendimento ágil, resolução dos problemas. Mais uma vez, destaca-se a similitude entre ambas.

Em um quarto momento, foi possível verificar que há elementos presentes tanto na qualidade projetada pelos profissionais quanto na qualidade planejada pelos usuários e são questões muito particulares de cada unidade. Esta característica é importante para se verificar que há necessidades e expectativas generalizantes e particulares.

Ao pensar no tema da qualidade dos serviços de maneira geral, um caminho de atuação seria atingir em primeiro lugar os aspectos que apresentam 100%, tanto para profissionais quanto usuários, e daí sucessivamente até chegar ao nível das necessidades locais de cada unidade de saúde. Este mesmo raciocínio pode ser empregado de maneira inversa, partindo do particular para o geral. Mas esta é uma decisão a ser tomada pelos gestores do sistema e transcendem os limites do presente estudo.

No presente estudo, é visível a similaridade entre a qualidade exigida pelos usuários com a qualidade planejada pelos profissionais e esta informação reveste de relevância na medida em que aponta aspectos que devem merecer atenção dos gestores dos serviços de saúde nestas Unidades.

Os estudos de Matsuda et al.³ e Tengan²¹ indicam que o QFD demonstrou ser um método eficaz para a realização do planejamento da qualidade nos serviços de saúde, como hospitais, enfermagem e odontologia. O presente estudo nas Unidades de Saúde da Família confirma a hipótese inicial de que essa ferramenta é um instrumento capaz de oportunizar contribuições na referida área, além de auxiliar nas estratégias que devem ser adotadas para melhoria da instituição.

COLABORADORES

L. F. Volpato contribuiu na coleta de dados, análise e interpretação dos dados, redação do artigo para submissão à publicação. M. C. Meneghim contribuiu na concepção do estudo. A. C. Pereira e G. M. B. Ambrosano contribuíram na revisão final do texto.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) por conceder bolsa de estudo que viabilizou a realização deste estudo e Secretaria de Saúde do Município de Piracicaba pela autorização na realização desta pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. Geneva: World Health Organization; 1946.
2. Antunes AV, Trevizan MA. Gerenciamento da qualidade: utilização no serviço de enfermagem. Rev Lat Am Enfermagem 2000; 8(1): 35-44.
3. 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.
4. 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.
5. Paiva SMA, Gomes ELR. Assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação. Rev Lat Am Enfermagem 2007; 15(5): 973-9.
6. Villela WV, Araújo EC, Ribeiro AS, Cuginotti AP, Hayana ET, Brito FC, et al. Desafios da atenção básica em saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2009; 25 (6): 1316-24.
7. Stralen CJ, Belisário AS, Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre

unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24 Suppl 1: S148-58.

8. Vasconcelos SM, Bosi MLM, Pontes RJS. Avaliação e monitoramento da atenção básica no Estado do Ceará, Brasil: explorando concepções e experiências no nível central. *Cad Saúde Pública* 2008; 24 (12): 2891-900.

9. 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.

10. 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.

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

12. Cheng LC. Planejamento da qualidade no TQC. In: Cheng LC et al. QFD: planejamento da qualidade. Belo Horizonte: Littera Maciel; 1995. p. 3-17.

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

14. 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.

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

16. Barley SR. Technology as an occasion for structuring: evidence from observations of CT scanners and social order of radiology department. *Administrative Science Quarterly* 1986; 31: 78-108.

17. Gurgel Junior GD, Vieira MMF. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Ciênc e Saúde Coletiva* 2002; 7(2): 325-33.

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

19. 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. 111-130.

20. Milan M, Barros JWD, Gava JL. Planning soil tillage using Quality Function Deployment (QFD). *Scientia Agricola* 2003; 60(2): 217-21.
21. 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.
22. 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.
23. 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).
24. 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/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3042
(acessado em 15/dez/2009).
25. Franco SC, Campos GW. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(1): 61-70.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade está presente em múltiplos setores da vida humana, seja na produção ou no consumo de bens e serviços. Ressalta-se a maior relevância da qualidade quando se trata da questão da saúde pública, afinal a vida e, sobretudo a vida vivida com qualidade é o maior valor que o ser humano possui e por maiores que sejam os investimentos feitos na área da saúde, ficará sempre a noção de que se pode fazer mais.

O presente estudo contribui no processo da gestão dos sistemas de saúde, no que se refere ao estabelecimento da qualidade, contemplando as expectativas e as necessidades dos profissionais e dos usuários, através de pesquisa bibliográfica e nas Unidades de Saúde da Família no município de Piracicaba.

O primeiro estudo evidencia, através da literatura, que os serviços de saúde devem rever seus valores tradicionais em relação aos profissionais e usuários e adotar mudanças para o planejamento da qualidade, pois os usuários estão mais exigentes e interessados no custo e na qualidade do serviço e, também, conscientes de seus direitos e deveres, além disso, consideram que a saúde e o cuidado em saúde com qualidade são direitos básicos e não privilégio para alguns.

Uma metodologia utilizada com eficiência para a avaliação e o planejamento da qualidade nos serviços de saúde, especificamente nas Unidades de Saúde da Família, é o Desdobramento da Função Qualidade (QFD), descrito no segundo estudo. O QFD planeja a qualidade de acordo com a satisfação do usuário e envolve todos os profissionais da instituição, uma vez que através dessa ferramenta é possível entender e atender os usuários e profissionais, além de identificar novos caminhos para aperfeiçoar os processos de trabalho.

Os resultados desta pesquisa sugerem que o QFD pode ser aplicado com a finalidade de implementar a gestão das Unidades de Saúde da Família, auxiliando na avaliação e planejamento desses serviços. Pode-se sugerir, também, a aplicação da ferramenta QFD em outros estudos envolvendo os setores público, privado ou ambos com a finalidade de contribuir com o sistema de gestão em saúde no Brasil.

CONCLUSÃO

Os resultados das pesquisas permitem concluir que o planejamento da qualidade nos serviços de saúde deve ser determinado através da percepção e das necessidades dos usuários e dos profissionais envolvidos no processo; e, preferencialmente, com a utilização de ferramentas específicas e eficazes, como se comprovou com o QFD.

REFERÊNCIAS*

Adami NC, Maranhão AMSA. Qualidade nos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. *Acta Paulista Enf.* 1995; 8(4): 47-55.

Araújo MAP, Ximenes Neto FRG, Chagas MIO, Brasil RWN, Cunha ICKO. Qualidade na atenção hospitalar: análise da percepção dos trabalhadores de saúde de um hospital do norte cearense. *RAS (Rev de Administração em Saúde)*. 2008; 10 (39): 73-8.

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.

Bonilla JA. Qualidade total na agricultura: fundamentos e aplicações. Belo Horizonte: Centro de estudos em qualidade total na agricultura; 1994.

Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Rev Saude Publica.* 2007; 41(1): 150-3.

Cadah C. Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem sob a ótica da satisfação dos pacientes (dissertação). Universidade de São Paulo. São Paulo. 2000.

Camacho JLT. Qualidade total para os serviços de saúde. São Paulo: Nobel; 1998.

Campos VF. TQC - Controle da qualidade total (no estilo japonês). Belo Horizonte: Desenvolvimento Gerencial; 1999.

Estefano EVV. Satisfação dos recursos humanos no trabalho: um estudo de caso na biblioteca central da Universidade Federal de Santa Catarina (dissertação). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 1996.

Mello JB, Camargo MO. Qualidade na saúde. Práticas e conceitos. Normas ISO nas áreas médico-hospitalar e laboratorial. São Paulo: Best Seller; 1998.

Miguel ACA, Spoto MHF; Abrahão C, Silva PPM. Aplicação do método QFD na avaliação do perfil do consumidor de abacaxi Pérola. *Ciênc agrotec.* 2007; 31(2): 563-9.

Nascimento IJ, Leitão RER, Vargens OMC. A qualidade nos serviços de saúde pública segundo enfermeiros que gerenciam unidades básicas de saúde. *Rev Enferm UERJ.* 2006; 14 (3): 350-6.

* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseadas na norma do International Committee of Medical Journal Editors – Grupo de Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

Nogueira LCL. Gerenciando pela qualidade total na saúde. 2a ed. Belo Horizonte: Desenvolvimento Gerencial; 1999.

Oakland JS. Gerenciamento da qualidade total. São Paulo: Nobel; 1994.

Paim CRP, Ciconelli RM. Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. RAS (Rev de Administração em Saúde). 2007; 9(36): 85–92.

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

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.

Anexo 1 – Comprovante de submissão do artigo, intitulado Planejamento da qualidade nas Unidades de Saúde da Família utilizando o Desdobramento da Função Qualidade (QFD).

The screenshot shows a Windows Internet Explorer browser window displaying a page from 'Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health'. The page title is 'CSP_0112/10'. The main content area contains a table with the following information:

Arquivos	Versão 1 [Resumo]
Seção	Artigo
Título	Planejamento da Qualidade nas Unidades de Saúde da Família utilizando o Desdobramento da Função Qualidade (QFD)
Título corrido	Planejamento da Qualidade nas Unidades de Saúde da Família
Área de Concentração	Planejamento de Saúde
Palavras-chave	Qualidade da assistência à saúde, Serviços de saúde, Profissional de saúde, Gestão de qualidade, Planejamento em Saúde
Autores	Luciana Fernandes Volpato (Faculdade de Odontologia de Piracicaba - FOP/UNICAMP) Marcelo de Castro Meneghim (Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/UNICAMP).) Antonio Carlos Pereira (Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/UNICAMP).) Gláucia Maria Bovi Ambrosano (Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/UNICAMP).)

Below the table, there is a section for 'DECISÕES EDITORIAIS: [Exibir histórico]' with a table showing the submission details:

Versão	Recomendação	Decisão	Pareceres	Data de Submissão
1		Em avaliação. Artigo enviado em 02 de Fevereiro de 2010.		

At the bottom of the page, there is a copyright notice: '© Cadernos de Saúde Pública, ENSP, FIOCRUZ - 2010'.

Anexo 2 - Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



**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 "**Uso do método desdobramento da função qualidade em serviços de saúde**", protocolo nº 129/2008, 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 05/11/2008.

The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project "**Use of method quality function deployment in health services**", register number 129/2008, 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 .

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.

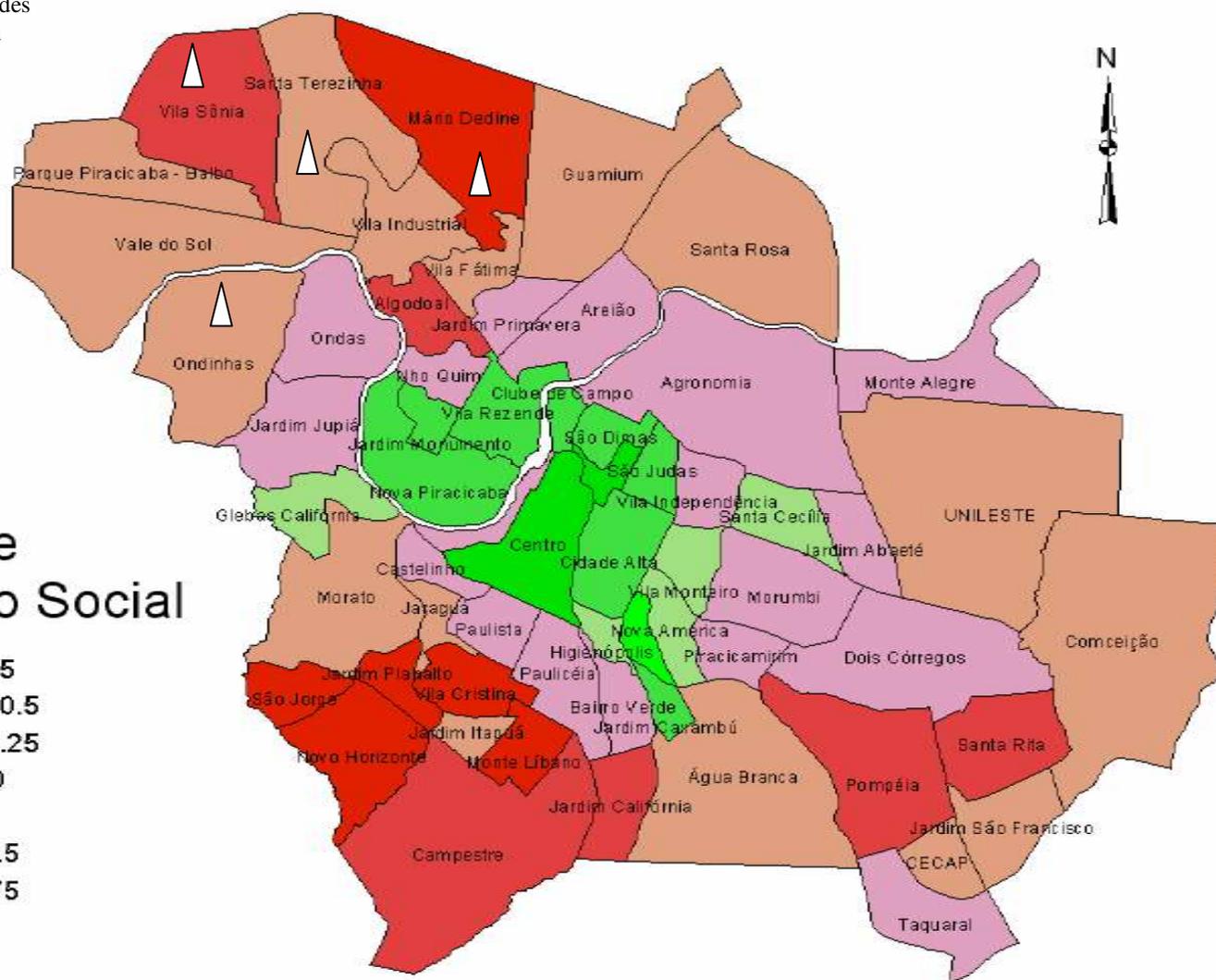
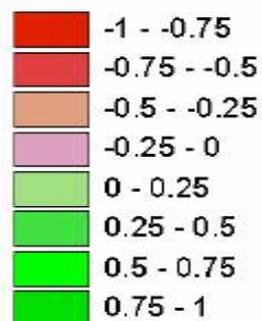
Anexo 3 - Índice de exclusão social no município de Piracicaba

Localização das Unidades de saúde da família em Piracicaba



Localização das Unidades de saúde da família em Piracicaba

Índice de Exclusão Social



Anexo 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A PESQUISA

Título: “Planejamento da qualidade nas Unidades de Saúde da Família utilizando o Desdobramento da Função Qualidade (QFD)”

Pesquisadores: Luciana Fernandes Volpato e Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim

Local: Unidade de Saúde da Família

Introdução: Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “Uso do método Desdobramento da Função Qualidade em serviços de saúde”. Os pesquisadores responsáveis pelo estudo são: Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim e Luciana Fernandes Volpato, sendo que esta será responsável pela apresentação do termo e obtenção do consentimento. Por favor, leia este termo cuidadosamente, pois as informações a seguir irão descrever esta pesquisa e sua função como participante.

Justificativa: Há necessidade de aprimorar os processos de avaliação da qualidade da saúde e o QFD (Desdobramento da Função Qualidade) é um instrumento capaz de contribuir neste processo. Em função do pequeno percentual de pesquisas na área da saúde utilizando o QFD e na ausência de aplicação desta ferramenta nos processos de avaliação da qualidade nas Unidades de Saúde da Família (USF), encontra-se a justificativa desta pesquisa.

Objetivo: O principal objetivo desta pesquisa é verificar a qualidade dos serviços que estão sendo oferecidos à população nas USF, contribuindo para a melhoria destes serviços.

Descrição do Estudo: os voluntários da presente pesquisa serão os usuários e profissionais das USF. Os profissionais irão expor, em reunião conduzida pela pesquisadora, quais os itens de qualidade que julgam necessários para satisfazer os usuários da USF (ex.: pontualidade no atendimento, informações e orientações fornecidas nas consultas, etc.) e através destes dados será elaborado um questionário. Por sua vez, o usuário responderá o questionário (distribuído pela pesquisadora) a fim de avaliar a qualidade do serviço fornecido pelas USF.

Grupo placebo ou controle: não haverá grupo controle ou placebo na pesquisa.

Informações: Os usuários têm garantia de que serão esclarecidos todos os procedimentos ou dúvidas acerca do questionário.

Garantia de sigilo: Os dados coletados na pesquisa têm finalidade exclusivamente científica, sendo assegurada total privacidade e sigilo. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em congressos ou publicados em revistas científicas, mas a identidade do voluntário não será divulgada nessas apresentações, bem como a identidade dos profissionais envolvidos nos serviços.

Desconforto e Risco: Este estudo não prevê desconforto ou risco para sua integridade física ou mental.

Benefícios: As informações obtidas serão úteis aos voluntários, pois irão aperfeiçoar ou sugerir aprimoramentos, contribuindo para uma melhoria dos serviços prestados na Unidade de Saúde da Família (USF). A comunidade ficará ciente dos resultados da pesquisa e das ações propostas e realizadas através de cartazes fixados na USF.

Métodos alternativos: Não existe método alternativo de obtenção das informações.

Forma de acompanhamento e Garantia de esclarecimentos: Os voluntários serão acompanhados e terão suas dúvidas esclarecidas durante todo o processo da pesquisa, seja na reunião com os profissionais ou quando os usuários estiverem respondendo o questionário.

Aspecto legal: O projeto foi elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos, atendendo a resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde – Brasília-DF.

Ressarcimento: os voluntários não terão gastos com a pesquisa, uma vez que irão à USF para alguma consulta ou exame pré-agendado, ou até mesmo, para marcar uma consulta.

Formas de indenização: não há previsão de indenização.

Liberdade para recusar em participar da pesquisa: O participante tem a total liberdade para se recusar a participar da pesquisa ou retirar seu consentimento em qualquer momento ou não permitir o uso de suas respostas na pesquisa, sem sofrer constrangimento ou prejuízo.

Se aceitar participar do estudo, receberá uma cópia do presente termo de consentimento livre e esclarecido.

Assistência: Se ainda houver qualquer dúvida, você poderá receber mais esclarecimentos conversando com os pesquisadores responsáveis: Luciana Fernandes Volpato ou Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim (orientador), pelo telefone (19) 21065219 ou pela Caixa Postal 52; CEP: 13414-903 Piracicaba – SP. **A participação do indivíduo em qualquer tipo de pesquisa é voluntária.** Em caso de dúvidas quanto aos seus direitos como voluntário de pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da FOP: Av. Limeira 901, FOP-Unicamp, CEP 13414-903, Piracicaba – SP. Fone/Fax (19) 21065349, e-mail cep@fop.unicamp.br e webpage www.fop.unicamp.br/cep.

Eu, _____, portador do RG nº _____
(Fone _____), declaro estar ciente dos termos desta pesquisa concordando em responder o questionário de satisfação do usuário.

Piracicaba, ____ de _____ de 2009.

Assinatura: _____

Anexo 5 - Questionário aplicado aos usuários - Unidade 1

Itens a serem avaliados pelo usuário		Qual o grau de importância que você atribui ao serviço?					Como você avalia o serviço desta USF?				
		NENHUMA (1)	POUCA (2)	ALGUMA (3)	IMPORT. (4)	MUITO IMPORT. (5)	PÉSSIMO (1)	RUIM (2)	REGULAR (3)	BOM (4)	ÓTIMO (5)
Acesso	Facilidade para agendar consultas										
	Facilidade no encaminhamento para tratamento especializado										
	Facilidade para agendar tratamento especializado										
Profissionais	Atendimento ágil (rápido)										
	Atendimento cordial/atencioso										
	Pontualidade no atendimento										
Estrutura Física	Estrutura Física (Tamanho da Unidade)										
Limpeza	Limpeza da Unidade										
Outros	Confiança na equipe										
	Valorização da equipe										

Pontos negativos da Unidade:

Pontos positivos da Unidade:

Sugestões para melhorar a qualidade dos serviços desta Unidade:

Anexo 6 - Questionário aplicado aos usuários - Unidade 2

Itens a serem avaliados pelo usuário		Qual o grau de importância que você atribui ao serviço?					Como você avalia o serviço desta USF?				
		NENHUMA (1)	POUCA (2)	ALGUMA (3)	IMPORT. (4)	MUITO IMPORT. (5)	PÉSSIMO (1)	RUIM (2)	REGULAR (3)	BOM (4)	ÓTIMO (5)
Acesso	Facilidade para agendar consultas										
	Facilidade no encaminhamento para tratamento especializado										
	Facilidade para agendar tratamento especializado										
Profissionais	Pontualidade no atendimento										
	Atendimento cordial/atencioso										
	Resolução dos problemas										
Estrutura Física	Tamanho consultório odontológico										
	Tamanho da sala de curativos										
	Tamanho da sala de reuniões										
Outros	Confiança na equipe										
	Valorização da equipe										
	Faltam recursos para eventos										
	Muitas famílias atendidas na Unidade										

Pontos negativos da Unidade:

Pontos positivos da Unidade:

Sugestões para melhorar a qualidade dos serviços desta Unidade:

Anexo 7 - Questionário aplicado aos usuários - Unidade 3

Itens a serem avaliados pelo usuário		Qual o grau de importância que você atribui ao serviço?					Como você avalia o serviço desta USF?				
		NENHUMA (1)	POUCA (2)	ALGUMA (3)	IMPORT. (4)	MUITO IMPORT. (5)	PÉSSIMO (1)	RUIM (2)	REGULAR (3)	BOM (4)	ÓTIMO (5)
Acesso	Facilidade para agendar consultas										
	Facilidade no encaminhamento para tratamento especializado										
	Facilidade para agendar tratamento especializado										
Recepção	Atendimento ágil (rápido)										
	Atendimento cordial/atencioso										
Profissionais	Pontualidade no atendimento										
	Atendimento cordial/atencioso										
	Resolução dos problemas										
Outros	Confiança na equipe										
	Valorização da equipe										

Pontos negativos da Unidade:

Pontos positivos da Unidade:

Sugestões para melhorar a qualidade dos serviços desta Unidade:

Anexo 8 - Questionário aplicado aos usuários - Unidade 4

Itens a serem avaliados pelo usuário		Qual o grau de importância que você atribui ao serviço?					Como você avalia o serviço desta USF?				
		NENHUMA (1)	POUCA (2)	ALGUMA (3)	IMPORT. (4)	MUITO IMPORT. (5)	PÉSSIMO (1)	RUIM (2)	REGULAR (3)	BOM (4)	ÓTIMO (5)
Acesso	Facilidade para agendar consultas										
	Facilidade para agendar tratamento especializado										
Profissionais	Motivação profissional										
	Capacitação profissional										
	Nº. adequado de funcionários										
Odontologia	Nº. reduzido de profissionais especializados no CEO										
	Facilidade para agendar tratamento especializado(CEO)										
	Facilidade para obter prótese total (CEO)										
Outros	Recursos para eventos										
	Profissionais para realizar serviços de manutenção										
	Farmácia na Unidade										

Pontos negativos da Unidade:

Pontos positivos da Unidade:

Sugestões para melhorar a qualidade dos serviços desta Unidade:

Anexo 9 - Resultado do Questionário aplicado aos usuários – Unidade 1

Itens a serem avaliados pelo usuário		GI (grau de import.)	Qual o grau de importância que você atribui ao serviço?					Como você avalia o serviço desta USF?					Opinião do usuário
			Nenhuma	Pouca	Alguma	Importante	Muito Importante	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Ótimo	
Acesso	Facilidade para agendar consultas	4,70	--	--	--	14	36	--	4	12	23	11	3,82
	Facilidade no encaminhamento para tratamento especializado	4,70	--	--	--	13	37	--	4	35	11	--	3,14
	Facilidade para agendar tratamento especializado	4,70	--	--	--	14	36	--	4	36	8	02	3,16
Recepção	Atendimento ágil (rápido)	4,70	--	--	--	17	33	--	--	6	13	31	4,50
	Atendimento cordial/atencioso	4,50	--	--	--	25	25	--	--	1	13	36	4,70
	Pontualidade no atendimento	4,70	--	--	--	13	37	1	2	24	14	9	3,56
Estrutura Física	Tamanho da USF	3,80	1	1	13	28	7	--	--	9	39	2	3,86
Manutenção	Limpeza da USF	4,10	--	--	7	31	12	--	--	6	35	9	4,06
Outros	Confiança na equipe	4,65	--	--	--	15	35	--	--	5	15	30	4,23
	Valorização da equipe	4,70	--	--	--	30	20	--	--	--	11	39	4,78

Anexo 10 - Resultado do Questionário aplicado aos usuários – Unidade 2

Itens a serem avaliados pelo usuário		GI (grau de import.)	Qual o grau de importância que você atribui ao serviço?					Como você avalia o serviço desta USF?					Opinião do Usuário
			Nenhuma	Pouca	Alguma	Importante	Muito Importante	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Ótimo	
Acesso	Facilidade para agendar consultas	4,26	--	--	--	13	37	1	13	10	26	--	3,22
	Facilidade no encaminhamento para tratamento especializado	4,70	--	--	--	15	35	--	14	24	12	--	2,96
	Facilidade para agendar tratamento especializado	4,70	--	--	--	15	35	--	14	24	12	--	2,96
Profissionais	Pontualidade no atendimento	4,60	--	--	--	19	31	1	3	19	27	--	3,44
	Atendimento cordial/atencioso	4,40	--	--	--	28	22	--	--	3	29	18	4,30
	Resolução dos problemas	4,68	--	--	--	16	34	--	--	11	30	9	3,96
Outros	Confiança na equipe	4,70	--	--	--	15	35	--	1	3	29	17	4,27
	Valorização da equipe	4,68	--	--	--	16	34	--	--	--	31	19	4,38
	Faltam recursos para eventos	4,28	--	--	--	36	14	--	--	33	17	--	3,34
	Muitas famílias atendidas na USF	4,40	--	--	--	28	22	9	22	15	4	--	2,28

Anexo 11 - Resultado do Questionário aplicado aos usuários – Unidade 3

Itens a serem avaliados pelo usuário		GI (grau de import.)	Qual o grau de importância que você atribui ao serviço?					Como você avalia o serviço desta USF?					Avaliação do usuário
			Nenhuma	Pouca	Alguma	Importante	Muito Importante	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Ótimo	
Acesso	Facilidade para agendar consultas	4,70	--	--	--	15	35	--	6	10	30	4	3,64
	Facilidade no encaminhamento para tratamento especializado	4,60	--	--	--	19	31	3	9	25	13	--	2,96
	Facilidade para agendar tratamento especializado	4,60	--	--	--	17	33	3	8	25	14	--	3,00
Recepção	Atendimento ágil (rápido)	4,60	--	--	--	20	30	--	1	3	11	35	4,60
	Atendimento cordial/atencioso	4,60	--	--	--	30	20	--	--	--	12	38	4,76
Profissionais	Atendimento cordial/atencioso	4,70	--	--	--	19	31	--	--	--	12	38	4,76
	Resolução dos problemas	4,70	--	--	--	12	38	--	--	7	22	21	4,28
Outros	Confiança na equipe	4,70	--	--	--	16	34	--	--	2	21	27	4,50
	Valorização da equipe	4,50	--	--	--	23	27	--	--	--	13	37	4,76

Anexo 12 - Resultado do Questionário aplicado aos usuários – Unidade 4

Itens a serem avaliados pelo usuário		GI (grau de import.)	Qual o grau de importância que você atribui ao serviço?					Como você avalia o serviço desta USF?					Avaliação do usuário
			Nenhuma	Pouca	Alguma	Importante	Muito Importante	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Ótimo	
Acesso	Facilidade para agendar consultas	4,72	--	--	--	14	36	1	9	18	19	3	3,28
	Facilidade para agendar tratamento especializado	4,70	--	--	--	15	35	1	9	21	17	2	3,08
Profissionais	Motivação profissional	4,68	--	--	--	16	34	--	--	1	18	31	4,60
	Nº. adequado de funcionários	4,54	--	--	--	23	27	2	7	23	17	1	3,16
Odontologia	Nº. reduzido de profissionais especializados no CEO	4,56	--	--	--	22	28	--	--	27	23	--	3,46
	Facilidade para agendar tratamento especializado (CEO)	4,56	--	--	--	22	28	--	1	26	23	--	3,44
Outros	Recursos para eventos	4,44	--	--	--	28	22	--	1	33	16	--	3,30
	Profissionais para realizar serviços de manutenção	4,38	--	--	--	31	19	--	2	9	38	1	3,72

Anexo 13 - Casa da Qualidade – Unidade 1

CARACTERÍSTICA DA QUALIDADE (COMO)		(GD) GRAU DE IMPORTÂNCIA	QUALIDADE PLANEJADA					PLANO	ÍNDICE DE MELHORIA	ARGUMENTO TÉCNICO	PESO ABSOLUTO	PESO RELATIVO
			Aumentar vagas oferecidas	Aumentar profissionais	Motivação profissional	Incentivo prof. e financeiro	Educação Continuada					
QUALIDADE EXIGIDA (O QUE)												
Facilidade para agendar consulta		4,70	⊙ 42,30	△ 4,70				4	1,05	1,2	1,26	10,20
Facilidade no encaminhamento para tratamento especializado		4,70	△ 4,70	△ 4,70	⊙ 14,10		⊙ 14,10	4	1,27	1,2	1,52	12,30
Facilidade para agendar consulta de tratamento especializado		4,70	⊙ 42,30	⊙ 42,30				4	1,26	1,2	1,51	12,20
Atendimento ágil		4,70		⊙ 14,10	△ 4,70	△ 4,70	△ 4,70	3	0,67	1,0	0,67	5,42
Atendimento cordial e atencioso		4,50		△ 4,50	⊙ 40,50	⊙ 13,50	⊙ 40,50	4	0,85	1,2	1,02	8,25
Pontualidade no atendimento		4,70		⊙ 14,10				3	0,84	1,0	0,84	6,80
Estrutura física da USF		3,80	△ 3,80	△ 3,80			⊙ 34,20	3	0,78	1,2	0,93	7,51
Limpeza da USF		4,10		⊙ 12,30		⊙ 12,30	△ 4,10	5	1,23	1,5	1,84	14,90
Confiança na equipe		4,65			⊙ 41,85	⊙ 41,85	⊙ 41,85	5	1,18	1,5	1,77	14,32
Valorização da equipe		4,70			⊙ 42,30	⊙ 42,30	⊙ 42,30	4	0,83	1,2	1,00	8,10
FORTE (9) ⊙ MÉDIO (3) ○ FRACO (1) △	PESO ABSOLUTO		93,10	100,50	143,45	114,65	147,55	34,20	++ POSITIVO FORTE + POSITIVO - NEGATIVO -- NEGATIVO FORTE ARGUMENTO TÉCNICO: MUITO IMPORTANTE - 1,5 IMPORTANTE - 1,2 NEUTRO - 1,0			
	PESO RELATIVO		14,70	15,90	22,70	18,00	23,30	5,40				
	QUALIDADE PROJETADA		5	4	2	3	1	6				

Anexo 14 - Casa da Qualidade – Unidade 2

CARACTERÍSTICA DA QUALIDADE (COMO)		(GD) GRAU DE IMPORTÂNCIA	QUALIDADE PLANEJADA								PLANO	ÍNDICE DE MELHORIA	ARGUMENTO TÉCNICO	PESO ABSOLUTO	PESO RELATIVO	
			Diminuir pessoas cadastradas	Aumentar prof. especializados	Consulta de acompanhante	Caract. de personalidade	Motivação profissional	Acolhimento	Capacitação profissional	Fornecimento verbas e mat.						Instalação de outro PSF
Facilidade para agendar consulta		4,26	⊙ 38,34								⊙ 38,34	5	1,55	1,5	9,90	11,17
Facilidade para agendar consulta de tratamento especializado		4,70		⊙ 42,30								5	1,69	1,5	11,91	13,44
Pontualidade no atendimento		4,60	⊙ 41,40		⊙ 41,40							5	1,45	1,5	10,00	11,28
Atendimento cordial e atencioso		4,40	△ 4,40		● 13,20	⊙ 39,60	⊙ 39,60	⊙ 39,60	⊙ 39,60			5	1,16	1,5	7,65	8,63
Resolução dos problemas		4,68	⊙ 42,12	⊙ 42,12		⊙ 42,12	⊙ 42,12	⊙ 42,12	⊙ 42,12			5	1,26	1,5	8,84	9,98
Confiança na equipe de saúde		4,70				⊙ 42,30	4,70	● 14,10	⊙ 42,30			5	1,17	1,5	8,25	9,30
Valorização da equipe		4,68					● 14,04	⊙ 42,12	⊙ 42,12			5	1,14	1,5	8,00	9,02
Recursos disponíveis para promoção da saúde		4,28								⊙ 38,52		5	1,5	1,5	9,63	10,87
Número de famílias cadastradas		4,40	⊙ 39,60						● 13,20		⊙ 39,60	5	2,19	1,5	14,45	16,30
FORTE (9) ⊙	PESO ABSOLUTO		165,86	84,42	54,60	124,02	100,46	151,14	166,14	38,52	77,94	++ POSITIVO FORTE + POSITIVO - NEGATIVO -- NEGATIVO FORTE ARGUMENTO TÉCNICO: MUITO IMPORTANTE - 1,5 IMPORTANTE - 1,2 NEUTRO - 1,0				
MÉDIO (3) ●	PESO RELATIVO		17,22	8,76	5,67	12,87	10,43	15,70	17,25	4,00	8,10					
FRACO (1) △	QUALIDADE PROJETADA		2	6	8	4	5	3	1	9	7					

Anexo 15 - Casa da Qualidade – Unidade 3

CARACTERÍSTICA DA QUALIDADE (COMO)		(GD GRAU DE IMPORTÂNCIA)	QUALIDADE PLANEJADA								PLANO	ÍNDICE DE MELHORIA	ARGUMENTO TÉCNICO	PESO ABSOLUTO	PESO RELATIVO	
			Aumentar vagas oferecidas	Aumentar profissionais	Maior rapidez no acesso	Pontualidade na consulta	Maior nº. equipamentos	Incentivo prof. e financeiro	Educação Continuada	Diminuir a rotatividade prof						Usuários satisfeitos
Facilidade para agendar consulta		4,70	⊙	⊙		⊙	△				⊙	4	1,10	1,2	6,20	11,52
Facilidade no encaminhamento para tratamento especializado		4,60	⊙	⊙	⊙		△				⊙	4	1,35	1,2	7,45	13,85
Facilidade para agendar consulta de tratamento especializado		4,60	⊙	⊙	⊙		⊙				⊙	4	1,33	1,2	7,34	13,64
Atendimento ágil		4,60		⊙		⊙	⊙			⊙	△	3	0,65	1,0	3,00	5,57
Atendimento cordial e atencioso		4,60						△	⊙		⊙	4	0,84	1,2	4,63	8,60
Pontualidade no atendimento		4,70		⊙		⊙					⊙	3	0,97	1,0	4,60	8,55
Resolução dos problemas		4,70							⊙		⊙	5	1,17	1,5	8,25	15,33
Confiança na equipe		4,70								⊙	⊙	5	1,10	1,5	7,80	14,50
Valorização da equipe		4,50						⊙		⊙	⊙	4	0,84	1,2	4,54	8,44
FORTE (9) ⊙ MÉDIO (3) ○ FRACO (1) △	PESO ABSOLUTO	125,10	180,60	82,80	97,80	36,90	45,10	55,50	96,60	199,30	++ POSITIVO FORTE + POSITIVO - NEGATIVO -- NEGATIVO FORTE ARGUMENTO TÉCNICO: MUITO IMPORTANTE - 1,5 IMPORTANTE - 1,2 NEUTRO - 1,0					
	PESO RELATIVO	13,00	18,62	8,54	10,00	3,80	4,65	5,73	10,00	20,60						
	QUALIDADE PROJETADA	3	2	6	4	9	8	7	5	1						

Anexo 16 - Casa da Qualidade – Unidade 4

CARACTERÍSTICA DA QUALIDADE (COMO)		(GI) GRAU DE IMPORTÂNCIA	QUALIDADE PLANEJADA								PLANO	ÍNDICE DE MELHORIA	ARGUMENTO TÉCNICO	PESO ABSOLUTO	PESO RELATIVO	
			Aumentar prof. especializados	Qualificação profissional	Motivação profissional	Aderência ao tratamento	Resiliência*	Humanização no atendimento	Qualidade no atendimento	Aumentar prof. na USF						Fornecimento verbas e mat.
Facilidade para agendar consulta		4,72				⊙	⊙	⊙	⊙			3	0,91	1,0	4,30	7,85
Facilidade para agendar tratamento especializado		4,70	⊙	⊙	△			⊙	⊙	⊙		2	0,65	1,2	3,66	6,70
Atendimento cordial e atencioso		4,68		⊙	⊙			⊙	⊙	⊙		2	0,43	1,5	3,01	5,50
Número de funcionários na USF		4,54		⊙				⊙	⊙	⊙	⊙	5	1,58	1,5	10,76	19,65
Número de funcionários no CEO (Centro Especialidades Odontológicas)		4,56	⊙	⊙	△			⊙	⊙	⊙		5	1,44	1,5	9,85	18,00
Facilidade para agendar tratamento especializado no CEO		4,56	⊙	⊙	△			⊙	⊙	⊙		4	1,16	1,5	7,93	14,50
Recursos disponíveis para promoção da saúde		4,44						⊙	⊙	⊙	⊙	4	1,21	1,2	6,45	11,80
Manutenção da USF		4,38						⊙	⊙			5	1,34	1,5	8,80	16,00
FORTE (9) ⊙ MÉDIO (3) ○ FRACO (1) △	PESO ABSOLUTO	124,38	123,84	55,94	42,48	42,48	206,64	274,26	286,74	53,58	++ POSITIVO FORTE + POSITIVO - NEGATIVO -- NEGATIVO FORTE ARGUMENTO TÉCNICO: MUITO IMPORTANTE - 1,5 IMPORTANTE - 1,2 NEUTRO - 1,0					
	PESO RELATIVO	10,28	10,23	4,62	3,50	3,50	17,07	22,67	23,70	4,43						
	QUALIDADE PROJETADA	4	5	6	8	9	3	2	1	7						

* Capacidade de o usuário resolver seus próprios problemas. Ex.: Diabéticos e Hipertensos – prática de exercícios físicos e alimentação saudável.