INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Avaliação da qualidade do serviço de anestesiologia percebida pelos pacientes: estudo realizado no hospital municipal Souza Aguiar, Rio de Janeiro- Brasil

Carlos Frederico Fávero Costa

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientador:
Professor PhD Leandro Pereira, Professor Auxiliar, Departamento de Economia, Iscte Business School

Outubro, 2020

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Avaliação da qualidade do serviço de anestesiologia percebida pelos pacientes: estudo realizado no hospital municipal Souza Aguiar, Rio de Janeiro- Brasil

Carlos Frederico Fávero Costa

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientador:
Professor PhD Leandro Pereira, Professor Auxiliar, Departamento de Economia, Iscte Business School

Outubro, 2020

DEDICATÓRIA

"Eu aprendi que as pessoas vão esquecer o que você disse, as pessoas vão esquecer o que você fez, mas as pessoas nunca vão esquecer como você as fez sentir." - MAYA ANGELOU

A todos os pacientes que de forma educada, respeitosa e mesmo com outras preocupações legítimas, entenderam que esta pesquisa é fundamental em apontar os erros e buscar melhorias no atendimento. E mesmo conscientes que os benefícios angariados, por não serem imediatos, provavelmente não serão por eles experimentados, tiveram a solidariedade de saber que outras pessoas serão em um futuro próximo beneficiadas.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a minha mãe, irmão e esposa pelo incentivo que me deram desde o primeiro momento em que decidi fazer esse mestrado internacional.

Ao meu orientador Prof. Doutor Leandro Pereira, pela ajuda, apoio, disponibilidade, generosidade e considerações dispensadas durante a realização desta dissertação. Meu muito obrigado por toda paciência e sabedoria.

Aos queridos amigos do mestrado que compartilharam ao longo desses 2 anos das mesmas alegrias, desafios, incertezas e angústias. Obrigada pela convivência inesquecível.

As minhas duas queridas residentes de anestesiologia do HMSA que muito me ajudaram com opiniões, formulação dos questionários, entrevistas com os pacientes, coleta e tratamento dos dados. Sem vocês teria sido bem mais difícil. Obrigado Maria Clara Hissa e Michelle de Sá Guerra.

Aos chefes das clínicas cirúrgicas ortopédica, Dr. Almir Antunes Júnior e urológica, Dr. Leandro Koifman, que consentiram que essa pesquisa fosse efetivada em suas enfermarias.

À dona Lurdes, do Centro de Estudos do Hospital Municipal Souza Aguiar, que sempre me orientou na burocracia junto ao Comitê de Ética e Pesquisa da freguesia do Rio de Janeiro, e intercedeu junto ao diretor do hospital Dr. Antônio Araújo da Costa, a quem também agradeço, por ter liberado de pronto a realização das entrevistas.

Foram momentos de aprendizado, muita leitura, conhecimento, burocracias, mas de muita satisfação. Não foi tão difícil assim!

RESUMO

O questionário validado *Heidenberg Peri-Anesthetic* foi aplicado nos pacientes de um hospital público do Rio de Janeiro. Todos os entrevistados foram submetidos às cirurgias eletivas. A avaliação, além de obter o nível de satisfação da qualidade do serviço anestésico prestado, correlacionou a satisfação percebida pelos pacientes. Os 71 pacientes foram avaliados através de um questionário com 38 perguntas. O anestesiologista responsável pela entrevista, não fez parte da equipe anestésica daquele dia. O questionário avaliou 3 dimensões (1- equipe; 2- medo; 3-desconforto). O nível de satisfação com todo o tratamento anestésico despendido foi alto. Correlacionando-se todas as variáveis, não foram encontrados resultados significativamente importantes para sexo e nível de escolaridade. As dimensões medo e desconforto tiveram correlação significativa positiva, mas essas duas não se relacionaram com confiança na equipe anestésica, que foi bem avaliada. A estratificação de risco anestésico/cirúrgico, demonstrou que pacientes sem comorbidades clínicas, têm mais medo e consequentemente, mais desconforto anestésico que os pacientes ASA 2. Vários trabalhos científicos analisados correlacionam sexo e nível de escolaridade como fatores correlacionados com grau de satisfação. Neste trabalho, isso não aconteceu. Acreditamos que o n pequeno, graças a gravidade da COVID-19 no Brasil, inviabilizou um melhor resultado. Ponderamos também, que a enorme fila de espera na rede pública brasileira, faz com que os pacientes fiquem tão gratos em terem seu problema resolvido, que a insatisfação seja mais tolerável. O questionário aplicado foi de fácil manuseio, rápido e bem entendido pelos pacientes.

Palavras-chave: Anestesia, satisfação do paciente, questionário

ABSTRACT

The validated Heidenberg Peri-Anesthetic questionnaire was applied to patients at a public hospital of Rio de Janeiro. All respondents underwent elective surgery. The assessment, in addition to obtaining the level of satisfaction with the quality of the anesthetic service provided, correlated the satisfaction perceived by the patients. The 71 patients were assessed using a 38-question questionnaire. The anesthesiologist responsible for the interview was not part of the anesthetic team that day. The questionnaire assessed 3 dimensions (1- team; 2- fear; 3- discomfort). The level of satisfaction with all the anesthetic treatment expended was high. Correlating all variables, no significant results were found for sex and educational level. The fear and discomfort dimensions had a significant positive correlation, but these two were not related to trust in the anesthetic team, which was well evaluated. Anesthetic / surgical risk stratification has shown that patients without clinical comorbidities are more afraid and, consequently, more anesthetic discomfort than ASA patients 2. Several studies analyzed correlate gender and level of education as factors correlated with degree of satisfaction. In this work, this did not happen. We believe that the small number, thanks to the gravity of COVID-19 in Brazil, made a better result unfeasible. We also consider that the huge waiting list in the Brazilian public network makes patients so grateful to have their problem solved, that dissatisfaction is more tolerable. The questionnaire applied was easy to handle, fast and well understood by the patients.

Key-words: Anaesthesia, satisfaction of patients, questionnaire

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO..... 01
1.1 Contexto do problema e relevância do estudo..... 01
1.2 Objetivos do estudo..... 03
2 REVISÃO DE LITERATURA..... 04
2.1 Necessidade/ Produtividade/ Qualidade..... 04
2.2 A difícil medição da qualidade..... 09
2.2.1 Qualidade/ Satisfação/ Indicadores..... 10
2.3 Medição por processos ou por desfechos..... 11
2.4 As dimensões da qualidade..... 12
2.5 O que espera o consumidor dos serviços de saúde..... 15
2.6 Os dados científicos viram realidade..... 17
2.7 Satisfação, lucro e sustentabilidade..... 19
2.8 A importância dos colaboradores e profissionais da saúde na satisfação percebida..... 20
2.9 Funcionários e preconceitos..... 21
2.10 Menos satisfação, mais doença..... 23
2.11 A anestesia..... 24
3 OS QUESTIONÁRIOS VALIDADOS..... 28
4 A INSTITUIÇÃO PESQUISADA..... 30
5 METODOLOGIA..... 33
5.1 Análise estatística..... 35
6 RESULTADOS..... 37
7 DISCUSSÃO..... 45
7.1 Limitações do estudo..... 45
7.2 Comparando com outros estudos..... 45
7.3 Rede pública tem menos exigência..... 46
8 CONCLUSÃO..... 47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 48
ANEXOS..... 53

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Taxa de mortalidade associada à anestesia em diversos estudos..... 02

Tabela 2 – Fatores de análise..... 04

Tabela 3 – Justificativa para a mensuração contínua da qualidade da assistência.... 09

Tabela 4 – Diferença no nível de satisfação percebida..... 14

Tabela 5 – Correlação das dimensões da qualidade..... 15

Tabela 6 - Nível de escolaridade dos participantes da pesquisa..... 37

Tabela 7 - Percentual de tipos de cirurgias de acordo com a especialidade..... 38

Tabela 8 - Análise da regressão linear – questão 7 – "O medo da anestesia foi importante?"..... 41

Tabela 9 - Análise da regressão linear – questão 8 – "O medo da cirurgia foi importante?"..... 42

Tabela 10 - Análise da regressão linear – questão 9 – "Antes da cirurgia sentiu-se calmo?"..... 42

Tabela 11 - Análise da regressão linear – questão 16 – "Sentiu frio ou tremor na sala onde foi anestesiado"..... 42

Tabela 12 - Análise da regressão linear – questão 31 – "A sensação de frio ou tremor foi um problema após a anestesia?"..... 43

Tabela 13 - Análise da regressão linear da dimensão Desconforto..... 43

Tabela 14 - Análise da regressão linear da dimensão Medo..... 44

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Ganho de relação clínica do paciente..... 16

Figura 2 - Hospital Souza Aguiar..... 30

Figura 3 - Cirurgias eletivas do Hospital Souza Aguiar no ano de 2016..... 31

Figura 4 - Cirurgias de urgência do Hospital Souza Aguiar no ano de 2016..... 31

Figura 5 - Total de cirurgias eletivas do Hospital Souza Aguiar em 2016..... 32

Figura 6 - Total de cirurgias de urgência do Hospital Souza Aguiar em 2016..... 32

Figura 7 - Classificação ASA dos participantes da pesquisa..... 39

Figura 8 - Avaliações (%) dos participantes da pesquisa em relação ao serviço de saúde utilizado..... 39

Figura 9. Nível de satisfação em relação as dimensões de Equipe, Medo e Desconforto.....40

Figura 10- Correlação das dimensões Equipe, Medo e Desconforto..... 41

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contexto do problema e relevância do estudo

A primeira demonstração pública de uma anestesia foi praticada em 1846, por William Thomas Green Morton, jovem estudante da Faculdade de Medicina de Harvard e odontologista, em importante ambiente médico. Embora o paciente não tivesse sentido dor na extração de dois tumores no pescoço, o uso (extremamente precário da anestesia geral) de vapores de éter sulfúrico, não era seguro (Reis, 2006). No Brasil, a primeira anestesia, foi realizada pelo Dr. Roberto Jorge Haddock Lobo, nascido em Portugal, em um estudante da Escola de Medicina do Rio de Janeiro, Francisco d'Assis Paes Leme, com intenção apenas experimental, em 20 de maio de 1847 (Reis, 2006).

Em um estudo antigo (Nocite, 1991), foram levantadas várias referências nacionais e internacionais, imputando o percentual de óbitos cuja causa foi o mal gerenciamento anestésico durante procedimentos cirúrgicos. Os valores variaram de três a 15 % do total das mortalidades. No estudo de Lunn e Mushin (1982), em 169 dos 365 casos fatais (46,3%) houve alguma deficiência na condução da anestesia.

Um levantamento ainda no estudo de Nocite (1991), comparou 11 trabalhos científicos, desde 1954 até 1988, em relação a mortalidade anestésica. Como apresentado na tabela 1, a média ficou em 1,3 para cada 10.000 anestesias.

Além da mortalidade alta, as complicações desconfortáveis como náuseas, vômitos, dores intensas, constipações e uma infinidade de outras reclamações relacionadas ao procedimento anestésico, sempre ocuparam o estudo e as preocupações da comunidade científica. Podemos citar estudo remoto (Carvalho, Vianna & Braz, 1999), que constatou que essas complicações acometiam 75 a 80% dos pacientes.

Tabela 1

Taxa de mortalidade associada à anestesia em diversos estudos

Autores	Ano	Mortes/10.000
Beecher & Todd	1954	3,7
Hingson & Cols	1956	1,7
Clifton & Rotten	1963	1,6
Bodlander	1975	0,7
Minuck	1976	1,9
Harrison	1978	2,2
Hovi-Viander	1960	2,0
Turnbull & cols.	1980	2,0
Lunn & Mushin	1982	1,0
Keenan & Boyan	1985	0,90
Tiret & cols.	1966	0,75
Olsson & Hallen	1988	0,36

Fonte: Adaptado de Nocite (1991)

A partir de então, fica claro que os anestesiologistas não poderiam estar atentos a nenhuma outra preocupação legítima, que não manter o paciente vivo e sem efeitos colaterais severos.

Como observamos imensa evolução tecnológica em todo mundo, com a medicina, em especial a anestesia, não foi diferente. As cirurgias tornaram-se menos invasivas. As drogas utilizadas e os equipamentos de segurança na monitorização e diagnósticos de complicações evoluíram. As técnicas anestésicas estão revolucionárias, diminuindo os índices de mortalidade por complicações anestésicas, para uma em cada 300.000 cirurgias (Souza & Temer, 2016). Assim, em vista da segurança anestésica adquirida, abre-se espaço para novas perspectivas no atendimento.

Na maioria dos serviços médicos a satisfação é voltada para o cliente, no entanto, na maior parte da literatura científica, a avaliação do serviço anestésico prestado sempre foi feita apenas pela mensuração dos desfechos como dor, náusea e vômitos (Liu & Wu, 2007). Novos enfoques são necessários.

No ano de dois mil e vinte, no qual as demandas e exigências são muito maiores, a medicina e todas as especialidades estão buscando diferenciais no atendimento. Singh e Prasher (2019), afirmam que a única maneira da sobrevivência de uma instituição hospitalar no mercado competitivo das operadoras de saúde, é atender as expectativas do paciente. Mais que uma atitude humanitária, as instituições aprenderam, que avaliar o atendimento sob a ótica do cliente vale dinheiro.

No *Forrester Research's Annual Customer Experience Index*, avaliado em cinco anos, a valorização dos dez melhores hospitais que preconizaram sua performance no alinhamento com o paciente foi três vezes maior que a rentabilidade do índice Standard & Poor´s 500 (S&P 500). As dez melhores avaliações tiveram uma rentabilidade cinco vezes maior que as dez piores instituições avaliadas na saúde (Burns & Manning, 2013). Segundo a *American Productivity Quality Center*, pacientes satisfeitos falam do hospital para cinco pessoas. Em contrapartida, os pacientes insatisfeitos falam da baixa qualidade do serviço prestado para um número entre nove e 20 indivíduos (Barouldi & Nofal, 2009).

A partir do exposto, é nítida a importância da avaliação dos serviços de saúde visando não apenas a melhoria do atendimento dos pacientes, mas também, a evolução do empreendimento em si. Tendo em vista que, esses dois pilares estão totalmente conectados e orientados rumo a um objetivo só: a saúde do paciente.

1.2 Objetivos do estudo

Avaliar por meio de um questionário validado, como os pacientes de uma instituição pública, localizada na freguesia do Rio de Janeiro, percebem a qualidade do serviço anestésico ofertado. Decerto que este hospital não visa lucro, mas estamos avaliando o nosso atendimento, reconhecendo nossos méritos ou falhas, e usando tal pesquisa para que possamos incentivar o nosso serviço e todos os outros serviços do hospital Souza Aguiar, a trilhar um caminho de renovação, benéfica a toda sociedade carente, que precisa dos nossos serviços.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Necessidade/Produtividade/Qualidade

A revolução industrial iniciada no século XVIII possibilitou a produção em maior escala. Entre os séculos XIX e XX a humanidade vivenciou a segunda e terceira revolução industrial. Nesse período, os avanços científicos e tecnológicos fizeram os padrões de consumo mudar. A quantidade não bastava, a entrega da qualidade do produto ofertado passaria a ser fundamental (Kifkin, 2012).

As indústrias dos períodos pós-guerras, por falta de trabalhadores, mortos em combate, e pela escassez de matérias primas, tiveram de se reinventar. Iniciaram uma busca incessante por protocolos, com embasamentos científicos, cujo objetivo era diminuir os gastos, aumentar a produção, sem deixar de atender o novo valor criado na segunda metade do século XX - o consumidor quer qualidade. Assim, a estratégia competitiva era ser diferente, o que significava entregar uma combinação única de valores (Stevenson, 2009 como citado por Ablanedo-Rosas *et al*., 2010).

Na indústria, diversas metodologias vêm sendo testadas, visando a melhoria do desempenho, segurança e qualidade. Filosofias como *Brain Storm*, 5S, *Kaisen*, *Sistema Lean e Six Sigma* estão entre as mais comuns (Garcia & Rivera, 2013).

O *Six Sigma* é uma estratégia de gerenciamento de negócios desenvolvida originalmente na Motorola em 1990, nos Estados Unidos. Essa metodologia é aplicada em muitas áreas da indústria e a partir de 1990 começa a ser usada na saúde. O *Six Sigma* busca melhorar a qualidade das saídas dos produtos, identificando e removendo as causas desses defeitos (erros) e reduzindo a variabilidade na fabricação e nos processos. O resultado é a redução nos custos, aumento da qualidade e satisfação do consumidor (Quintela & Maturidade, 2006).

O *Kaizen,* originária do Japão no meio do século passado, por Masaaki Imai (1986) no livro "*Kaisen - The key to Japanese Competitive advantage*", é uma das metodologias mais importantes usadas para gerenciar a melhoria contínua nas indústrias. Sete variáveis compõe a filosofia: melhorias contínuas, criação de equipe, autodisciplina, desenvolver funcionários, transparência na resolução dos problemas, *feedback* constantes e o primeiro da lista; foco no cliente.

Um estudo utilizando a metodologia Kaizen, conduzido por Garcia e Rivera (2013), usou uma tabela de regressão linear para analisar o quanto algumas variáveis explicavam o fator de sucesso das empresas. A maior correlação foi o fator número sete - a opinião do consumidor

(0.796), que em termos gerais foi responsável por 5,76% dos fatores críticos de sucesso, como mostra a tabela 2.

Tabela 2

Fatores de Análise

Número do Fator	Tarefas	Regressão do Fator	Fator
1	Os operadores são treinados para fazer o trabalho em diferentes posições.	0.711	Treinamento e educação (var.10.488%)
	Os grupos são organizados para fazer sugestões de melhoria de produtos/ processos ou resolver problemas: círculos de qualidade, esquemas de sugestões em grupos.	0.683	
	O gerente da empresa recebe treinamento de trabalho em grupo e resolução dos problemas.	0.659	
2	Existe uma comunicação entre líderes dos projetos, gerente e sua equipe.	0.683	Processo de comunicação (var. 8.712%)
	A gerência comunica-se com seus funcionários avaliando se o trabalho executado está ou não sendo bem realizado.	0.580	
3	Formatos são uados para controle e registro das atividades necessárias para medida do desempenho.	0.714	Documentação e avaliação (var.8.164%)
	Existem normas, indicadores, diretrizes ou procedimentos para a medição dos processos.	0.619	
	Os sistemas de avaliação são usados regularmente para medir o desempenho das atividades relacionadas à melhoria de projetos.	0.550	
4	Os operadores são aconselhados com informações estratégicas e/ou econômica da corporação.	0.701	Integração e premiação dos funcionários (var. 7.783%)
		0.659	

	São realizadas reuniões em que trabalhadores expressão suas ideias e opiniões.	0.572	
	Há um programa de reconhecimento para os membros das equipes que tiverem mais esforços e realizações nos projetos Kaizen.		
5	A organização tem a cultura de encorajar as mudanças.	0.690	Cultura de mudanças e melhorias (var. 7.08%)
	Há uma cultura bem desenvolvida de melhoria contínua.	0.618	
	Existe apoio para as pessoas envolvidas em trabalhos de mudança.	0.588	
	Participantes demonstram uma atitude positiva frente às mudanças.	0.518	
6	O gerente da corporação recebe treinamento para trabalhar em equipe e resolução de problemas.	0.832	Compromisso de gestão (var. 6.815%)
	A gerência fornece recursos para implementação de novos programas (econômico, espaço físico e tempo).	0.760	
	Há sempre apoio e compromisso por parte dos gerentes.	0.703	
	Existe motivação e engajamento por cada membro da equipe.	0.656	
7	As opiniões dos consumidores são consideradas na hora da aplicação e modificação dos layouts dos processos.	0.796	Foco no consumidor (var. 5.76%)
	Metodologias são usadas para entender a "voz" do consumidor.	0.661	

Fonte: Garcia e Rivera (2013)

A metodologia 5S também originária do Japão por kaoro IshiKawa em 1950 é mais uma ferramenta de sucesso na indústria que preza pela qualidade. Definida por Osada (1991), como

um ambiente de base para a qualidade total. É vista por muitos autores como uma filosofia de qualidade do dia a dia, que fortalece a implementação de outros sistemas de longo prazo como *Lean, Six Sigma* e *Kaisen* (Scherrer-Rathje *et al.,* 2009 como citado por Ablanedo-Rosas *et al*., 2010).

Na área da saúde tem sido um viabilizador de sucesso quando implementado em diversas instituições (Printezis & GopalaKrishnan, 2007; Wihanachchi *et al.* 2007; Gabow *et al.*, 2008 como citado por Ablanedo-Rosas *et al.*, 2010).

Por outro lado, a filosofia *Lean* foi criada no final de década de 1940 por Taiichi Ohno e implementado pela montadora Toyota de automóveis na reconstrução do Japão pós-guerra. O termo foi popularizado por James P. Womack e Daniel T. Jones no livro "A Mentalidade Enxuta nas Empresas *Lean Thinking*: Elimine o Desperdício e Crie Riqueza" (Ablanedo-Rosas *et al*., 2010).

O objetivo de todo processo é uma abordagem sistemática que permita a identificação e eliminação de perdas nos processos produtivos, enquanto tem seu foco principal em agregar qualidade e entregar ao cliente somente o que ele considera importante (Graban, 2009). Assim, os pilares do sistema são a "perda" e o "valor". O valor é tudo que o provedor perceba como importante para o cliente (Buzzi & Plytiuk, 2011). A perda é tudo aquilo que foi desfavorável sob a ótica do consumidor (Graban, 2009).

Nos cuidados à saúde, a observação da qualidade teve seu início em meados da década de 1980 (Henao Nieto *et al*., 2017) e vem se tornando um fator de destaque desde então. A opinião do consumidor, que na saúde é o paciente e seus familiares, tem buscado a fidelização dos clientes em um mercado tão lucrativo e acirrado.

O conceito de qualidade nos serviços de saúde, ganha novas perspectivas baseadas na percepção do consumidor. Gronroos (1984 e 1988) afirma em seus estudos que se o serviço prestado for igual ou superior à expectativa do paciente, essa instituição tem qualidade.

Com a crescente demanda da população por saúde, a qualidade exigida agora é regra. Os serviços devem oferecer novos enfoques e soluções no trato com o paciente.

A qualidade é considerada um fator chave na diferenciação e excelência dos hospitais (Schiffer, 2005), pois centros de saúde podem prestar os mesmos serviços, porém com qualidades diferentes (Henao Nieto *et al.,* 2017). Segundo o mesmo estudo, a melhora da qualidade é decisiva para o incremento do número de pacientes satisfeitos e a lealdade adquirida.

Os sistemas de saúde ao redor do mundo encontram-se em um momento de necessidade eminente de melhorias. Longos períodos de espera, falta de qualidade no atendimento, erros

médicos e medicação inconsistente são apenas alguns dos problemas que permeiam o dia a dia de um ambiente hospitalar (Buzzi & Plytiuk, 2011).

A maioria das falhas, dentro de um contexto complexo, resultam em incidentes desastrosos que ocorrem com grande frequência e poderiam ser evitadas se alguns modelos simples de prevenção fossem seguidos (Institue of Medicina [IOM], 2000). Todos os anos, milhares de pessoas adoecem, tornam-se inválidas ou morrem, devido a erros em procedimentos médicos que poderiam ser prevenidos (IOM, 2001). Como resultado dessas falhas, há a contínua elevação dos custos, médicos e funcionários sobrecarregados, além de pacientes insatisfeitos, culminando em um ciclo de estresse elevado permanente no ambiente hospitalar (Graban, 2009).

Líderes e governantes veem -se obrigados a adotar nos hospitais, mudanças que levarão a melhor performance do sistema (cuidado), melhor desenvolvimento profissional (aprendizado) e maior qualidade percebida pelos pacientes (Batalden & Davidoff, 2007). De forma geral, os resultados apresentados por casos de sucesso incluem reduções significativas de desperdícios de tempo, recursos, materiais e mão de obra, que em paralelo, causam a elevação da qualidade dos serviços e da satisfação dos colaboradores (Aherne & Whelton, 2010).

No entanto, embora os resultados sejam inteiramente compatíveis e a perspectiva promissora, "a questão da aplicabilidade à área da saúde permanece obscurecida pela incerteza" (Young & Mcclean, 2009). Se do ponto de vista de processos e complexidade, indústrias e hospitais tem grandes similaridades; a observação da perspectiva dos elementos envolvidos no sistema, torna a questão um tanto mais complexa. No cenário ideal, deveríamos ter serviços de excelência, sob a argumentação da importância e risco de processos envolvendo vidas, em função das peculiaridades que envolvem o tratamento individual de cada paciente (Young *et al*., 2004). Porém, o cenário real apresenta um sistema de saúde, muito aquém do esperado; falho e incapaz de prover um atendimento de qualidade.

Considerando a perspectiva de quem recebe o serviço, os sistemas de saúde são por muitos vistos como "um pesadelo para se navegar", chegando a um grau de descontentamento da ordem de 75% (YIH, 2011). Do ponto de vista de processo sofrem-se: longas esperas para atendimento, etapas realizadas em duplicidade, conselhos conflitantes em relação ao tratamento, medicação improcedente, entre outros (Picker Institute, 2000 como citado por YIH, 2011).

O produto entregue, muitas vezes não atinge a cura do paciente, mesmo em doenças com tratamento já estabelecido, incorrendo em necessidade de retorno ao hospital; ou muitas vezes

o paciente termina por adquirir outras doenças, infecções hospitalares, sofrer lesões ou até chegar à morte em função de processos deficientes ou sistemas falhos (Graban, 2009).

2.2 A difícil medição da qualidade

Com o estabelecimento da definição do que seja assistência de qualidade e quais são seus objetivos, os indicadores de qualidade constituem-se então, em ferramentas para mensurar os processos assistenciais e seus resultados; as percepções dos usuários e as estruturas sistêmicas - permitindo que se avalie e aprimore a assistência à saúde (Santos, 2016).

Singh e Prasher (2019) dizem que os hospitais têm de reconhecer as necessidades do cliente e entregar o serviço desejado. Esta abordagem prioriza a percepção do paciente como a única maneira de posicionar o *ranking* de qualidade entre os hospitais da região.

Segundo Losada e Rodríguez (2007), o contexto de qualidade na saúde iniciaria uma perspectiva técnica para alcançar objetivos desejáveis, fazendo-se uso de meios legítimos. Esta definição, antagonicamente, relegaria a um plano inferior a opinião dos pacientes quanto ao serviço prestado, uma vez que eles nem sempre, são profissionais de saúde. Mais tarde ele reconheceria que é a percepção sobre a prestação do serviço, que determina de forma definitiva, seu nível de qualidade. Esta definição vincula uma visão pessoal e subjetiva da qualidade e reconhece o usuário, mesmo não sendo profissional de saúde, que a partir das interações humanas, experimenta sensações agradáveis ou desagradáveis, satisfação ou insatisfação. Dessa forma, o enfoque subjetivo da satisfação visa corrigir as discrepâncias observadas entre a expectativas do usuário e o serviço recebido (Parasumaran & Zeithaml, 1985 como citado por Henao Nieto *et al.,* 2017).

Qualidade do serviço é mais difícil para os clientes avaliarem do que a qualidade de mercadorias. A avaliação da qualidade de serviços de saúde pelos clientes é mais complexa e difícil que a avaliação da qualidade de carros, por exemplo. (Zeithaml *et al*., 1990). E mais, clientes não avaliam qualidade somente pelo resultado de um serviço (por exemplo, como está a aparência do cabelo do cliente após o corte do cabelo). Eles também consideram o processo de entrega do serviço; como o tempo de espera, a aparência do estabelecimento, o envolvimento dos funcionários, a sensibilidade e quanto amigável foi o cabeleireiro durante o corte, no caso de um salão de beleza.

Uma boa avaliação percebida, é um ótimo indicador de performance dos objetivos de uma instituição de saúde; embora atender à satisfação do paciente seja complicado, devido as

constantes mudanças das demandas e necessidades de atendimento. Manter uma qualidade sustentável é um diferencial no *status* de qualquer instituição (Hardy, 2014).

A saúde tem uma grande preocupação para avaliar a satisfação do paciente. Portanto, a mensuração da satisfação é considerada um componente essencial na qualidade da melhoria. Summet Sigh (2013) considera difícil medir a satisfação e a velocidade de resposta das variáveis dos sistemas de saúde, pois não apenas os resultados clínicos, mas também os não clínicos do tratamento são levados em conta.

Para Woldehaimanot *et al.* (2015), a satisfação do paciente é fácil de entender, mas difícil de ser medida. Ela na maioria das vezes dependerá simplesmente das percepções cognitivas. Em outras situações basear-se-á em fatores emocionais, culturais, religiosos e experiências vividas; fatores psicossociais como a depressão e experimentação da dor são muito importantes nesta análise.

Indicadores são indispensáveis para gestão e planejamentos estratégicos, financeiros e operacionais em qualquer organização (Yosef, 2006). Isto não é diferente em hospitais. Pelo contrário, a melhoria da qualidade assistencial só é possível com dados agregados sobre processos clínicos e seus resultados. Não há possibilidade de melhoria quando não há reconhecimento dos problemas, e para que haja esse reconhecimento, o uso de indicadores é indispensável, pois eles fornecem informações objetivas do processo assistencial e seus resultados (Yosef, 2006).

A Agência Norte-Americana para Pesquisa e Qualidade nos Cuidados em Saúde (AHRQ) aponta motivos que suportam a mensuração da qualidade como uma ferramenta fundamental para gestão (Rockville, 2016), conforme a Tabela 3. As agências de acreditação e de regulação, seguindo essa lógica, consideram a gestão da qualidade baseada em indicadores dos cuidados, como um requisito fundamental nos processos de avaliação e auditoria.

Tabela 3
Justificativa para mensuração contínua da qualidade da assistência

• Promove, de modo efetivo, o uso de recursos limitados e a oferta dos serviços necessários
• Fornece informações necessárias para gerenciar planos de saúde, provedores de saúde e contratantes de serviços de saúde.
• Permite a comparação de desempenho.
• Permite o acompanhamento das tendências ao longo do tempo.
• Fornece uma base objetiva para programas de melhoria de qualidade contínua.

Fonte: Santos (2016)

Nesse sentido, é importante diferenciar a mensuração com objetivo de melhoria da assistência, daquela que é realizada em pesquisas ou para julgamento de desempenho (Lloyd, 2010). São abordagens distintas, com objetivos, métodos e estratégias de análises também distintos. Quando é feita a medição para melhoria de processos, há um aprendizado desenvolvido ao longo dela e a hipótese pode mudar no decorrer do projeto; ao invés de questionar se a intervenção funciona, o interesse é como fazer para que a intervenção funcione em dado contexto. Lloyd (2010) pondera que misturar a mensuração para melhoria com aquela feita para julgamento ou para pesquisa é contra produtivo.

Donabedian (1966 e 1988), autor pioneiro e consagrado sobre o tema, propôs que a avaliação da qualidade deveria ser fundamentada com a definição do que é qualidade assistencial e quais elementos a constituem. Eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade foram os atributos estabelecidos pelo autor. Já as categorias de mensuração são: estrutura, processo e o resultado da assistência à saúde.

As três categorias estabelecidas são usadas até hoje, e desde a década de 1990, a discussão sobre o tema da qualidade na assistência em saúde vem ganhando espaço, proporcionando que outros autores e grupos contribuam para definir a qualidade por meio de novas dimensões ou atributos do cuidado. Dessa forma, novos elementos são apresentados e devem, consequentemente, ter seu desempenho avaliado.

Pesquisas de satisfação têm sido aplicadas, como no hospital Shree Bajrangdasbapa na cidade de Bhavnagar, na Índia. A avaliação do atendimento por parte dos pacientes é uma ferramenta realista para oferecer oportunidades de melhorias, aprimorar as tomadas de decisões estratégicas, reduzir custos, atender às expectativas dos pacientes, estruturar estratégias para um gerenciamento eficaz, monitorar o desempenho dos planos de saúde e fornecer comparações com todo o mundo (Darji & Gohil, 2018).

2.2.1 Qualidade/satisfação/indicadores

O cuidado de qualidade envolve não somente a dimensão técnica, mas também as interações entre cuidador e paciente. Para avaliar o cuidado centrado no paciente, considerado como uma das dimensões da qualidade, indicadores de satisfação do usuário vêm sendo utilizados, mediante aplicação de instrumentos específicos para avaliar sua experiência (Vaitsman, 2005 & Silva, 2013).

Uma revisão sistemática (Doyle, 2013) avaliou a relação entre satisfação do usuário, segurança e efetividade clínica em todos os níveis de atenção em saúde. Foram encontrados 55

estudos com diferentes delineamentos e houve associação consistentemente positiva entre a experiência do usuário, a segurança e efetividade clínica.

Considerando somente o cuidado hospitalar, o estudo de Zaslavky (2010), correlacionou a pesquisa de avaliação dos usuários de hospitais sobre seus provedores, com resultados de indicadores de qualidade e segurança de 927 hospitais nos Estados Unidos. Foi usado o instrumento *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* (HCAHPS). Nesse estudo, encontrou-se uma associação positiva entre o resultado da avaliação dos usuários e o desempenho das organizações no cuidado ao infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e pneumonia. A maior frequência de infecção e de úlcera de decúbito foi associada com pior desempenho na avaliação dos usuários.

Outro estudo no âmbito de hospitais, também nos Estados Unidos, relacionou desfechos clínicos dos pacientes com infarto agudo do miocárdio e pesquisa de satisfação mensurada também por meio do HCAHPS em 25 hospitais, encontrando melhor avaliação do usuário associada com mortalidade menor (Glickman, 2010).

Na avaliação da qualidade pelos usuários, pode-se utilizar a mensuração dos desfechos "do cuidado" relatados pelo próprio paciente – *Patient-related Outcomes Measures* (PROM's). Medidas padronizadas já estabelecidas para uso em pesquisas clínicas estão sendo utilizadas como instrumentos que apresentam a perspectiva do paciente em seu cuidado, e podem contribuir na melhoria da qualidade ao melhorar a comunicação entre médicos e pacientes- na qual a tomada de decisões contemple as necessidades e vontades dos doentes. Essas medidas são utilizadas em algumas condições clínicas ou cirúrgicas específicas. O escopo da avaliação inclui capacidade funcional, qualidade de vida, sintomas das doenças e seu impacto, experiência pessoal com o cuidado em saúde e algumas condições emocionais relacionadas ao estado de saúde (Weldring, 2013).

Ao contrário dos achados acima, um estudo que buscou a associação entre maior satisfação do usuário e melhores processos de cuidado cirúrgico, conforme estabelecidos no Programa de Melhoria do Cuidado Cirúrgico, não encontrou associação entre maior adesão da instituição e maior satisfação do usuário (Lyu, 2013).

2.3 Medição por processos ou por desfechos

Interessante pontuar que "satisfação" não é igual a "qualidade percebida". Satisfação é uma avaliação susceptível que pode ser modificada a cada experiência de consumo enquanto a qualidade percebida é uma avaliação mais global e estável ao longo do tempo. O cliente pode

até não estar totalmente satisfeito com o desfecho do serviço prestado, mas tem certeza de que houve qualidade no atendimento (Larson, 2002; Velandia, 2007; Murphy, 2015; Mohammed, 2016).

Não é sempre que um desfecho desfavorável acompanha processos com mau desempenho. Estudo sugere que para relacionar medidas de processos de cuidados com resultados de indicadores de desfechos, alguns aspectos precisam ser analisados antes que se façam generalizações sobre desempenho. Por exemplo, a melhoria do desfecho obtida em um ensaio clínico que testou uma intervenção, não pode ser transposta para o processo de cuidado, atribuindo-se o mesmo resultado. Os autores propõem um fluxo de análise a ser seguido quando se busca relacionar um indicador que mede processo com um provável desfecho (Parast, 2015).

Organizações que possuem pacientes com maior gravidade documentada da doença tendem a pontuar pior o ambiente hospitalar. Os hospitais com pacientes mais doentes podem ter pontuações mais baixas e maior dificuldade para determinar o que afeta a percepção do paciente (Merlino, 2015).

Outros estudos demonstraram que certos grupos de pacientes pontuam hospitais de maneira diferente; por exemplo, aqueles admitidos por exacerbação de condições crônicas têm percepções piores da experiência hospitalar do que aqueles admitidos para procedimentos cirúrgicos eletivos de menor gravidade.

2.4 As dimensões da qualidade

A relação entre melhor avaliação do usuário e melhor qualidade hospitalar nem sempre é direta, pois outros fatores, que não a qualidade da assistência, têm influência na avaliação do paciente sobre o cuidado recebido (Stolzmann, 2010; Zarei, 2015 como citado por Santos, 2016).

Foi conduzido um estudo em Abu Dhabi, nos Emirados Árabes Unidos por Al-Neyadi, Abdallah e Malik (2018), sobre satisfação percebida pelo paciente. Este tema continua sendo um desafio na área médica e na melhoria dos serviços prestados, na região do Oriente Médio.

A freguesia de Abu Dhabi é tão rica que dos 70 hospitais que possui, 29 são públicos; e neste trabalho não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p > 0.01$) em relação a qualidade do serviço prestado. O fato é que a pesquisa evidenciou que somente 25 a 30% dos consumidores estavam satisfeitos.

Esse índice de satisfação levantou uma bandeira vermelha, considerando que os hospitais em Abu Dhabi estão bem equipados, com instalações tecnológicas modernas e avançadas, além de serem administrados por profissionais de saúde altamente qualificados e competentes.

Por serem classificados como um dos países emergentes do mundo, os Emirados Árabes Unidos, muito embora tenham uma excelente condição financeira[1], ainda é precária a quantidade de estudos que avaliem a qualidade dos serviços de saúde prestados ao paciente com base em sua satisfação. Isso evidencia à nível global, como é recente esse interesse que há muito é sabido e praticado na indústria. Para ajudar a preencher essa lacuna do conhecimento, este estudo foi realizado para avaliar a qualidade dos serviços de saúde, investigando os fatores que afetam a satisfação do paciente em hospitais públicos e privados do país avaliado.

Usando o instrumento SERVQUAL, que por meio de um questionário (40 componentes com 37 afirmações), avalia o que o consumidor achou do serviço prestado. O questionário obteve em r = 0,944, o que indica que as questões foram excelentes para o estudo. Foram medidas e comparadas 5 dimensões de qualidade:

1. Tangíveis: mede os equipamentos, instalações e quantidade de funcionários.
2. Confiança: capacidade de executar o serviço prometido com responsabilidade e precisão.
3. Capacidade de resposta: capacidade e vontade de fornecer pronta ajuda às demandas feitas pelo paciente.
4. Garantias: o conhecimento e cortesia dos funcionários em transmitir segurança.
5. Empatia: carinho e compreensão que uma empresa fornece em termos de atenção individualizada e personalizada.

O grau de relacionamento das cinco dimensões da qualidade do serviço foi examinado usando a Correlação de Pearson. A Tabela 4 mostra que todas as dimensões do SERVQUAL são significativamente correlacionados, exceto pela capacidade de resposta (3), que apenas se correlaciona significativamente com a empatia (4).

Isso indica que os pacientes perceberam a capacidade de resposta do serviço mais com base nos cuidados prestados a eles. Deve-se ainda notar na Tabela 5 que os pacientes estavam satisfeitos com a empatia que sentiram, mas não tinham certeza sobre sua satisfação com a capacidade de resposta dos serviços prestados.

[1] Recuperado de Mundoeducação.bol

Com base na correlação, a capacidade de resposta percebida dos serviços prestados poderia ser consideravelmente melhorada, mostrando mais cuidado e dando mais atenção aos pacientes.

Tabela 4

Diferença no nível de satisfação percebida

Dimensões	Hospital	n	Média	Desvio padrão	F	Sig
Confiança	Público	58	3.6130	0.85593	3.490	0.065
	Privado	46	3.9372	0.90711		
	Total	104	3.7564	0.88944		
Empatia	Público	57	3.4812	0.62715	1.615	0.207
	Privado	45	3.6635	0.82187		
	Total	102	3.5616	0.72154		
Tangível	Público	56	3.7421	0.71824	1.234	0.269
	Privado	48	3.9028	0.75555		
	Total	104	3.8162	0.73650		
Garantia	Público	59	3.8508	0.89873	4.582	0.035
	Privado	47	4.2085	0.79559		
	Total	106	4.0094	0.86910		
Capacidade de resposta	Público	24	2.6667	0.70826	0.070	0.742
	Privado	33	2.7186	0.74444		
	Total	57	2.6967	0.723543		

Fonte: Al-Neyadi *et al.* (2018)

Tabela 5

Correlação nas dimensões de qualidade

		Confiança	Empatia	Tangível	Segurança
Empatia	Sig (2 tailed)	0.791**	_	_	_
	n	100	_	_	_
Tangível	Sig (2 tailed)	0.794**	0.673**	_	_
	n	101	99	_	_
Segurança	Sig (2 tailed)	0.873**	0.742**	0.762**	_
	n	104	103	103	_
Tempo de resposta	Sig (2 tailed)	-0.083	0.358**	0.141	0.006
	n	57	54	54	57

Fonte: Al-Neyadi *et al*. (2018)

2.5 O que espera o consumidor dos serviços de saúde

A excelência no atendimento aos pacientes, com instalações modernas e confortáveis, hospital limpo e atenção por parte dos funcionários faz com que, sintam-se mais seguros e confiantes em aderir ao tratamento (Coutinho, 2018).

Porém, embora saiba-se que os meios tangíveis da organização sejam fundamentais para a qualidade, os pacientes não os valorizam tanto quanto os fazem com os objetivos intangíveis, que muitas das vezes envolvem custos menores para a entrega do que o paciente espera no atendimento (Lee; Delene; Bunda & Kim, 2000).

No artigo de Ryan e Brown (2019), os pesquisadores revisaram o questionário validado PPPC (*Patient Perception of Patient-Centeredness*). O intuito foi acrescentar novas questões no que eles consideram fundamental para o desfecho no tratamento; a qualidade percebida pelo paciente. A avaliação desses autores teve tanta importância que houve mais de 200 pedidos para ser usado em países como Austrália, Bélgica, Brasil, Canadá, Israel, Japão, Nigéria, Rússia, Espanha, Turquia, Reino Unido e Estados Unidos (Ryan & Brown, 2019).

O que o paciente espera de uma instituição, segundo esse estudo, é dividido em três etapas:

A primeira explora a doença e todo processo que a envolve com perguntas como:

- Você sabe qual o seu problema?
- Você entende o seu problema?
- Você acha que a instituição é capaz de diagnosticá-lo e tratá-lo corretamente?

A segunda, o paciente espera ser visto não como uma “doença”, mas como ser humano.

“- Do you understand my life?’

Ele quer que o hospital saiba da sua cultura, suas crenças, seu modo de pensar, seus sentimentos, quem são seus familiares, se ele se sente confortável para falar de seus problemas e se realmente ele confia na equipe que o assiste.

A terceira etapa em que os profissionais de saúde vão expor toda a problemática ao paciente e este, junto à sua equipe, tomará as decisões, definirá seus problemas e objetivos, assumindo o seu papel no tratamento. Algumas culturas, principalmente latinas, podem observar esta atitude como insatisfação por considerarem frieza da instituição, comprometendo o resultado da pesquisa (Ryan & Brown, 2019).

Em populações anglo-saxônica, esse excesso de cuidado pode causar um viés de insatisfação, uma vez que a cultura desses países é de independência e o excesso de zelo os deixa desconfortável (O’Brien, 2001).

A quarta etapa integra o paciente e a instituição como ilustra a figura 1.

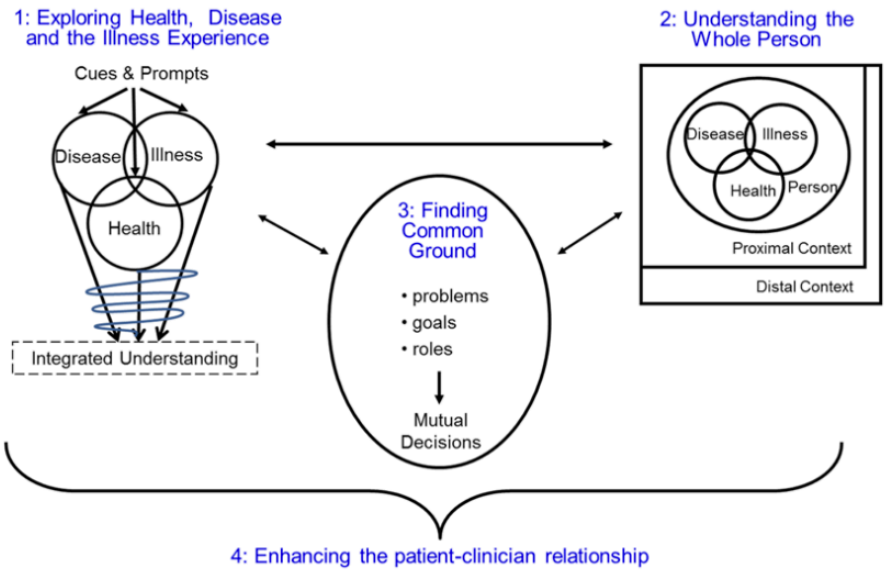

Figura 1. Ganho de relação clínica do paciente.

Fonte: Transforming the Clinical Method, (2014)

Como forma de integração entre paciente e a instituição, a dimensão de uma imagem corporativa forte, baseada nas crenças, cultura, valores, tecnologias e conhecimento dos seus profissionais são pontos chaves na avaliação dos consumidores (Tran *et al.*, 2015).

A imagem corporativa positiva produz uma vantagem competitiva sustentável. Além de atributos tangíveis, quando possuem atributos intangíveis, tornam a empresa única e difícil de reproduzir (Eckert, 2017).

Coutinho (2108) diz que muitos pacientes avaliam a eficácia de seu tratamento baseado na imagem de confiança social da corporação.

Pacientes satisfeitos tendem a ser fidelizados e indicar a instituição (Choi & Ra, 2016).

No trabalho de Coutinho (2018), o hospital avaliado pelos pacientes internados, teve como ponto mais forte a imagem de referência no tratamento; como uma instituição com alta capacidade técnica e histórico de desfechos positivos

2.6 Os dados científicos viram realidade

A qualidade percebida pelos pacientes foi um divisor de águas quando o doutor James Merlino resolveu transformar seu hospital, um dos piores desempenhos medidos dos Estados Unidos, em primeiro lugar deste mesmo ranking (Merlino, 2015). Os serviços de saúde do hospital de Cleveland precisavam voltar a colocar os pacientes em primeiro lugar.

> Como um hospital classificado como um dos melhores da América pelo *U.S. News & World Report* podia estar entre os de menor desempenho em relação à experiência do paciente? – afirmava James (Merlino, 2015, p.24).

Antes disto, Dr. Cosgrove, um ex residente do serviço de Proctologia, insatisfeito com o tratamento que os pacientes do hospital Cleveland recebiam, resolveu deixar à instituição. Neste período afastado em organizações médicas menores, ele descobriu que o principal fator crítico com que ele poderia enfrentar o "poderoso" antigo hospital, era ser superior na prestação de cuidados em torno do atendimento - melhorando a experiência do paciente (Merlino, 2015).

Alinhados sob o mesmo ponto de vista, os caminhos de Merlino & Cosgrove (2015), cruzaram-se novamente quando o primeiro resolver convidar Cosgrove para assumir a direção da instituição.

Esse processo de mudança começou quando Cosgrove tornou-se *CEO* em 2004. Um de seus primeiros esforços foi mergulhar no que descreve como "escola de *CEO*".

Ele consultou e passou um tempo com especialistas em negócios como Jack Welch, ex-presidente e *CEO* da *General Electric* e Michael E. Porter, professor da Universidade Bishop William Lawrence, no Instituto de Estratégia e Competitividade da *Harvard Business School*. Entre os problemas imediatos que Cosgrove identificou por meio dessa educação, estava a necessidade de que a assistência médica retornasse ao cliente - ao paciente - ao foco principal.

Dr. Willian E. Lower, um dos fundadores do hospital de Cleveland, sempre disse aos seus colaboradores que o paciente é a peça mais importante de sua organização hospitalar. Sem eles não haveria cuidados na saúde, não haveria trabalho, não haveria hospital, não haveria nada para fazer (Hill, 2013).

Os pacientes são consumidores que não gostariam de estar de estar lá. Eles vêm no ponto mais vulnerável e assustador de suas vidas e entregam toda confiança à instituição. Eles almejam conforto, compaixão e cura. Querem um tratamento digno tanto para seus corpos como para suas emoções; para suas almas (Merlino, 2015).

A pesquisa do instituto de medicina de Washington, DC. nos Estados Unidos, no artigo, *Crossing the Quality Chasm* (2001), enfatizou as necessidades dos clientes:

> Não ouvimos muito bem o que os pacientes realmente querem ou o que pensam ser importante. Centrar-se no paciente envolve abranger a qualidade de compaixão, empatia e capacidade de resposta às necessidades, valores e preferências expressas de cada paciente; é também sobre cuidados espirituais e emocionais. Trata-se de atender às necessidades do paciente de forma holística.

Agora alinhado nesse pensamento, o hospital Cleveland, sob a gestão do dr. Cosgrove, realizou dois estudos que forneceram análises quantitativas das percepções e classificações dos pacientes sobre organização e atendimento, bem como análises qualitativas detalhadas do ambiente que levaram a essas conclusões e classificações (Hill, 2013).

Os resultados coletivos foram esclarecedores e surpreendentes. "Os pacientes querem mais respeito", foi uma conclusão precoce; quando isso foi revelado, trouxe preocupação pelo desperdício de dinheiro na pesquisa. Todo mundo na área de saúde sabia disso. Mas a inferência não foi tão simples. Os pacientes não querem apenas mais respeito de seus médicos ou enfermeiros; os pacientes querem mais respeito de todos que encontram no ambiente da saúde. Não se trata apenas de respeito. Na verdade, trata-se de ser reconhecido como indivíduo, não como paciente.

Os pacientes do hospital são bombardeados por interações com pessoas que nunca conheceram antes. Todo mundo é um estranho. A pessoa mais familiar, sua "melhor amiga", é o médico. Em muitos casos, esse médico é a única pessoa que um paciente conheceu antes de ser internado. Todo mundo que um paciente encontra, e são muitas pessoas - são essencialmente estranhas (Merlino, 2015).

2.7 Satisfação, lucro e sustentabilidade

A única maneira da sobrevivência de uma instituição hospitalar no mercado competitivo das operadoras de saúde, é atender as expectativas do paciente (Singh & Prasher, 2019).

Segundo a *American Productivity Quality Center,* pacientes satisfeitos falam do hospital para cinco pessoas. Já os pacientes insatisfeitos falam da baixa qualidade do serviço prestado para um número entre nove e 20 indivíduos (Barouldi & Nofal, 2009).

Na parte financeira (Burns & Manning, 2013), por meio da *Forrester Research's Annual Customer Experience Index*, avaliado em cinco anos, a valorização dos dez melhores hospitais que preconizaram sua performance no alinhamento com o paciente, foi três vezes maior que a rentabilidade do índice S&P 500. As dez melhores avaliações também tiveram uma rentabilidade cinco vezes maior que as dez piores instituições de saúde.

Segundo Merlino 2015, a maior parte dos hospitais discute o foco baseado no paciente, mas quando há uma análise operacional das instituições percebe-se que isso não é de fato posto em prática. A revista *Health Leaders Media* em janeiro de 2013 em diversas entrevistas, avaliou que 48% dos *CEO*'s apostam como principal estratégia o foco no cuidado ao paciente, porém outra pesquisa em agosto do mesmo ano, avaliou que só 15% dos executivos da gestão de fato tomam a iniciativa deste modelo. O objetivo não é só entregar saúde, mas deixar os pacientes e as famílias felizes.

O hospital Cleveland em 2008 figurava nos "*top ten*" segundo a revista *U.S. New & World Report* (gestão de negócios). Uma outra pesquisa encomendada no mesmo ano ao *Centers for Medicare and Medicaid Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* (HCAHPS), o classificou na avaliação dos pacientes, um dos mais baixos níveis de satisfação pelo serviço prestado nos Estados Unidos.

É muito clara a ideia que os pacientes não são capazes de distinguir a parte técnica do serviço prestado. Equipamentos, tecnologias, eficácia e lucratividade não são o que o paciente mais espera de um tratamento.

O *Cleveland Hospital* percebeu que focar a qualidade nas opiniões dos pacientes não era só questão de "fazer a coisa certa", mas uma questão de reputação da organização.

Beth E. Mooney, chefe executiva da clínica *Key Corp,* relata no alto de sua experiência de mais de 30 anos, que aumentar o nível de satisfação dos pacientes não é apenas a coisa certa a ser feita, mas imperativa em um mundo em constante evolução (Merlino, 2015).

2.8 A importância dos colaboradores e profissionais da saúde na satisfação percebida

Um grande problema continua sendo a baixa adesão por parte dos funcionários. No Estados Unidos um estudo conduzido por Rink (2005), realizado com 3000 organizações industriais, evidenciou que 90% delas possuem algum sistema implementado, mas que só 10% alcançam os resultados almejados.

Como muitos hospitais ainda acham que o para o paciente, a maior satisfação está nos equipamentos e no médico, com pouca ou nenhuma atenção dada às interações do paciente com a equipe de saúde não médica como: recepcionistas, assistentes médicos, enfermeiras e auxiliares; ficou evidenciado que a maior parte da insatisfação nesse artigo científico foi com esses profissionais (Sorkin *et al.,* 2010 e Fremont *et al.*, 2001).

Jaca *et al.* (2010) fez um levantamento em duas comunidades industriais do México e da Espanha, no qual das 360 empresas, 33% adotavam a filosofia *Kaisen*, reconhecida por ele como o sistema de maior adesão por parte dos funcionários, mas mesmo assim com desistência considerável (8-10%). Suáres-Barraza *et al*. (2011) realizaram um estudo empírico em 49 indústrias mexicanas diferentes e relataram as principais causas do abandono da filosofia *Kaizen* são a resistência à mudança dos funcionários e falta de implementação e monitoramento adequados dos projetos.

No artigo de Rosas e Alidaee (2010), a qualidade de um produto ou serviço é difícil de definir; é baseada na percepção das pessoas e medido em relação às suas próprias experiências. Como é desejável atender a essa qualidade "indefinida ou difícil de definir", as novas filosofias de qualidade buscam melhorias constantes e determinam que é de responsabilidade de todos os membros de uma organização.

Desse ponto de vista, o departamento de qualidade deveria ser a organização inteira, mas na prática, nas organizações, é comum considerar o departamento de qualidade responsável por resultados de qualidade. Esse artigo mexicano de 2010, por meio de uma tabela de regressão ($p = 0.57$) mostrou que não é estatisticamente relevante a relação entre a filosofia de trabalho da empresa e as demandas do setor de qualidade.

Como a filosofia da empresa é mais forte e acaba preponderando sobre o setor de qualidade, não se deve ter um setor específico, mas sim instituir uma cultura de qualidade na organização toda (Ablanedo *et al.,* 2010).

O engajamento dos funcionários é ilustrado quando James Merlino (Merlino, 2015), sentado à beira da piscina, após o término de um congresso na Flórida (EUA), é interpelado por um senhor. Ele é Felix Rappaport, presidente e diretor de operações do *Mirage Hotel e Casino*

em Las Vegas, parte do *MGM Resorts International*. Merlino à época não tinha ideia de quem ele era ou por que ele queria conversar, mas essa foram suas palavras (Merlino, 2015 p. 21-22):

> Que experiência maravilhosa eu tive na sua instituição. Enquanto minha organização se dedicava a obter um ótimo atendimento ao cliente, você e seu hospital fizeram um trabalho melhor. Todos os funcionários que me atenderam, desde o rapaz que estacionou meu carro até o menino que me transportava pelo hospital pareciam estar lá só para mim.

Quando o motorista da ambulância vem te pegar na base da escala rolante, a governanta, cujo trabalho é limpar a sala, verificava se os interruptores de luz do seu quarto estão todos funcionando, demonstra que a equipe aderiu a cultura organizacional. Todos os funcionários se esforçam para pensar um passo além do que fazem e do que é importante para o cliente. Essa é a diferença na satisfação e engajamento no trabalho. A ideia de alinhamento em torno do cliente é algo que diferencia o serviço, é algo que o eleva a outro nível, com funcionários engajados e alinhados em torno de um objetivo comum, a cultura pode até compensar possíveis falhas dos processos (Merlino, 2015).

Os profissionais de enfermagem são tão importantes na avaliação dos pacientes que até um dos aspectos de maior insatisfação na assistência, que são as esperas e os atrasos, passam a serem desconsiderados caso haja um técnico ou enfermeiro ao lado do doente (Hamda & Abdallah, 2016).

2.9 Funcionários e preconceitos

Apesar da crescente tentativa das instituições de saúde em ofertar qualidade ao paciente mediante a percepção dos mesmos, o artigo científico de Tajeu e Cherrington (2015) avaliou o baixo nível de satisfação por pacientes que relatam ter percebido preconceito.

Mais especificamente, a discriminação percebida no cenário da assistência à saúde tem sido associada à pior qualidade percebida do atendimento e à menor satisfação do paciente. Esse achado é notável porque uma maior satisfação do paciente está associada à melhora dos sintomas, melhor adesão ao plano de tratamento e melhores resultados gerais de saúde (Clancy, 2007).

Em 2001 foi publicado o *Crossing the Quality Chasm* pelo Comitê de Qualidade em Saúde de Washington, DC/ Estados Unidos. Naquele ano ficaram evidentes as diferenças nos atendimentos à pacientes negros, de baixo nível sócio econômico e sem planos de saúde.

O preconceito pela cor da pele é percebido logo no primeiro atendimento segundo vários afros americanos pesquisados por Tajeu e Cherrington (2015). Algum deles ilustram da seguinte forma:

> Somos todos negros e sabemos que existe discriminação e preconceito por aí, então esperamos isso. Então você entre armado, você deve entrar armado e pronto para lidar com isso. Acontece que o tratamento e falta de gentileza é pior do que você já esperava. Não é da mesma forma como o outro paciente foi recebido.
>
> Eles são gentis com alguém que é atendido logo antes de você (que não é negro), e não são com você. Eles têm uma fala ríspida, uma linguagem corporal agressiva; é só o que eles te oferecem.
>
> ...realmente senti que estava sendo discriminado... o primeiro lugar que você vai depois de fazer registro, é fazer a triagem, e eu sei que não é por marcação... e alguns brancos chegaram depois de mim e foram chamados. Levantei-me e perguntei, por que eles estavam sendo vistos antes de mim? E a resposta foi: "Peço desculpas, não vi seu nome". – Como, por Deus do Céu, você não viu meu nome ali?

Tadeu e Cherrington (2015) relatam que quando a maioria dos funcionários de uma clínica de saúde são negros, o preconceito contra brancos também ocorre.

Sobre a ausência de plano de saúde a pesquisa evidenciou uma insatisfação, pelo tempo de espera no atendimento, somente nos pacientes que não possuem um seguro.

Consumidores idosos sentiram-se menos prestigiados que pacientes mais jovens, foi a conclusão do estudo. Falta de paciência, pouca atenção no que eles diziam, consultas rápidas, falta de contato físico e do contato visual enquanto conversavam, foram as maiores reclamações desta população.

O fato é que reduzir a discriminação percebida e melhorar a satisfação geral dos pacientes são objetivos importantes que devem fazer parte de qualquer esforço mais amplo que vise alcançar um tratamento equitativo e melhores resultados de saúde (Sorkin *et al.,* 2010 & Fremont *et al*., 2001).

Se a comunicação entre a equipe de saúde e o paciente é fundamental (Wu & Naqibuddin, 2001), um grande motivo na insatisfação dos consumidores é a barreira do idioma. Barreira linguística e diferenças nas práticas culturais resultam em uma ampla gama de insatisfação nas classificações de pacientes provenientes de diferentes países.

Na avaliação realizada com satisfação dos pacientes nos Estados Unidos da América, pacientes hispânicos, que não falavam inglês, expressaram menor satisfação com os serviços médicos prestados a eles, em oposição aos americanos ou imigrantes que entendiam a língua (Zamil *et al.,* 2012).

Face a enorme exigência do tratamento dispendidos pelos funcionários, Crosgrove (Merlino, 2015, p. 18), em uma reunião foi interpelado a defender sua posição em "primeiro cliente" versus "primeiro funcionário", sendo argumentado se não deveria colocar os funcionários - em vez dos clientes - no centro do que faz, porque são os colaboradores que entregam o serviço.

> Foco no cliente. Discordo. O alinhamento em torno do cliente é uma estratégia organizacional que articula o porquê a empresa existir e oferece a todos que trabalham para a organização um objetivo comum - o motivo para vir trabalhar todos os dias, que é servir o cliente – ponderou o gestor. "Os funcionários são importantes? Absolutamente sim! Uma organização deve cuidar de seu pessoal. Mas o objetivo principal de qualquer empresa de serviços, especialmente na área da saúde, é manter o cliente (o paciente) no centro da estratégia organizacional. As organizações não existem para seus funcionários. Eles existem para seus clientes.

2.10 Menos satisfação, mais doença

Para Choi e Ra (2016) e Jalil *et al.* (2017) a qualidade está diretamente ligada à recuperação da saúde, redução do sofrimento e aumento do bem-estar físico e mental.

Segundo Ahmed *et al.* (2017) e Sumaedi *et al.* (2016) a qualidade percebida diminui os níveis de estresse, aumenta o conforto, melhorando assim todos os padrões físicos, incluindo a imunidade, fundamental para uma pronta recuperação.

Grupta *et al.* (2013) conduziu um estudo entre os hospitais de câncer americano e identificou que pacientes mais satisfeitos tiveram uma sobrevida maior que os menos satisfeitos. O estudo afirma que os fatores psicológicos são fundamentais para fortalecer a imunidade, dando aos pacientes mais motivação para seguir corretamente as instruções nutricionais e de tratamento.

Em outra pesquisa de Jani *et al.* (2012), o atendimento centrado no paciente foi associado a resultados positivos de saúde mental para pacientes deprimidos, com o benefício sendo encontrado igualmente em áreas ricas e/ou carentes.

O atendimento centrado no paciente tem sido associado a maior satisfação, melhor adesão ao tratamento, melhores resultados de saúde, como redução da preocupação e desconforto, melhor saúde auto referida, melhor estado fisiológico e menores custos de assistência (Stewart & Brown, 2000 como citado por Ryan *et al.,* 2019).

Para Pascoe e Richman (2009) até a discriminação percebida, está diretamente associada ao aumento da depressão, ansiedade e outros problemas de saúde mental.

2.11 A anestesia

No caso hospitalar há uma área de atuação financeiramente estratégica (Strofaro, 2005), que é o centro cirúrgico. Nessa modalidade, além da participação dos cirurgiões, enfermeiros e técnicos de enfermagem, existe uma especialidade clínica muito envolvida em todo ritual e fundamental para que todo processo operatório aconteça.

A anestesiologia caracteriza-se como especialidade médica perioperatória e possibilita a realização dos procedimentos cirúrgicos e de outros tratamentos invasivos desconfortáveis, atendendo a diversos tipos de pacientes.

Os anestesiologistas trabalham há mais de 40 anos com o objetivo de desenvolver medidas objetivas de satisfação do paciente, embora ainda haja falta de métodos uniformemente aceitos para esta avaliação (Neuman, 2011).

A relação anestesiologista-paciente é estabelecida durante a consulta pré-operatória, uma ocasião em que médicos e pacientes se examinam. A visita pré-operatória é a melhor, senão a única oportunidade de fornecer aos pacientes informações corretas sobre o procedimento anestésico (Leite *et al*., 2001).

Estudos sobre conhecimentos, atitudes e preocupações em relação à anestesia, bem como sobre a imagem do anestesiologista, sugerem que conversar com os pacientes durante a visita pré-operatória pode aumentar sua confiança no procedimento anestésico (Cheved, 1991; Como citado por Leite *et al.,* 2011).

Em 1993, uma pesquisa pré-operatória entre os pacientes atendidos no hospital da faculdade de medicina de Botucatu (uma cidade paulista no Brasil), mostrou que apenas 58% dos pacientes sabiam que os anestesiologistas eram médicos especializados, enquanto 31,8% os associavam apenas ao alívio da dor contra 24,5% à perda de consciência. Isso é uma clara demonstração de um pobre contato entre anestesistas e pacientes.

Devido à rápida rotatividade da sala de operações e às curtas estadias na sala de recuperação pós anestésica, a percepção da satisfação do paciente com o atendimento anestésico geralmente é perdida ou não é avaliada com a fiabilidade. Em algumas instituições, a satisfação com o atendimento anestésico está incluída como parte das pesquisas genéricas de satisfação do paciente, e entregues a eles, um a três dias após a alta; mas não é o que se vê na grande maioria dos serviços de anestesia (experiência dos cinco hospitais que trabalhei).

Infelizmente os anestesistas só valorizam relatos de insatisfação do paciente com a anestesia, em casos de feedbacks muito negativos, com resultados considerados ruins ou catastróficos.

A anestesia sempre esteve ligada a muitos eventos adversos no universo do paciente cirúrgico. Para Kennerly *et al.* (2014), a maioria dos eventos adversos podem ser ocasionados pelos cuidados anestésicos e pós operatório imediato (que também é atribuição do anestesiologista).

Tanto a cirurgia quanto a anestesia contribuem para a lesão do paciente no período perioperatório, afirmam Wacker e Staender (2014). Consequentemente, o dano perioperatório deve ser amplamente considerado e uma responsabilidade compartilhada da cirurgia e anestesia. Obviamente, as práticas de segurança do paciente devem ter como alvo os danos evitáveis ao doente e devem ser avaliadas, independentemente da disciplina, com o mesmo cuidado que qualquer outra intervenção na área de saúde quanto à sua eficácia, potenciais efeitos indesejados diretos e indiretos e custo-efetividade (Wacker & Staender, 2014).

Na América Latina, o Estudo Ibero-Americano de Eventos Adversos (IBEAS) realizado entre 2007 e 2009 em 58 hospitais em cinco países da América Latina (Argentina, Colômbia, Costa Rica, México e Peru) analisa a prevalência de eventos adversos em 11.379 pacientes internados em hospitais no dia do estudo. A prevalência de erros e danos é de 10 por 100 pacientes admitidos em um determinado dia e a incidência é de 20 erros por 100 pacientes estudados durante a internação. Pacientes internados em unidades de tratamento intensivo (CTI) e serviços de cirurgia são os mais afetados por erros médicos. De cada 100 pacientes que sofreram eventos adversos, sete morreram (dois, como consequência direta do incidente e cinco, devido à soma do incidente com outras condições), 17 ficaram com incapacidade total, 12 com incapacidade grave e 64 com incapacidade leve ou moderada. sem sequelas. O erro na administração de medicamentos é causa frequente de eventos adversos durante a hospitalização e no período perioperatório (IBEAS, 2010).

Os erros de medicação são uma das principais causas de danos iatrogênicos no sistema de saúde e também o motivo comum de reclamação por negligência médica contra anestesiologistas (Sheeba *et al.,* 2019). Anestesia e medicina intensiva correm alto risco de erros de medicação, devido ao aumento do uso de medicamentos altamente potentes, drogas de ação rápida e doses altas em um período relativamente curto. Erros, se ocorrerem nesta situação, podem levar a complicações desastrosas. Trabalhos científicos em países ocidentais como Canadá (85%), África do Sul (93,5%) e Nova Zelândia (94%) mostraram alta incidência de erros de drogas relacionados à anestesia. Estima-se que para cada 133 anestésicos administrado, há um erro de medicação e 1% deles causam danos ao paciente (Sheeba *et al.,* 2019).

No Japão os eventos adversos que ocorrem nos hospitais, os erros na seleção e uso do medicamento incorreto ocorrem com alto grau de frequência e 89% dos anestesiologistas

encontraram esse problema no período perioperatório. De acordo com uma investigação conduzida pela Sociedade Japonesa de Anestesiologistas (JSA) em 2017, erros de medicação durante a anestesia ocorreram a uma taxa de pelo menos 39,2 por 100.000 casos.

Estas estatísticas vêm sendo concisamente melhoradas, pois a especialidade empenhou-se em diminuir os eventos mórbidos maiores e a mortalidade, que foi reduzida de 6,4 a cada 10.000 pacientes na década de 1940 para 1 a cada 200.000 – 300.000 pacientes (Revista Brasileira de Anestesiologia, 2016). Porém quando eles ocorrem, continuam sendo fonte de questionamentos, insatisfação e principalmente depressão nos profissionais desta área.

Anestesiologia é uma especialidade considerada como tendo promovido grandes avanços na segurança cirúrgica do paciente nas últimas décadas. Houve uma melhoria significativa nas taxas de morbimortalidade devido a inovações no monitoramento e grande progresso no entendimento da farmacologia aplicada à prática clínica (Gastão Neto *et al*., 2015).

Os anestesiologistas são responsáveis por todo o ambiente cirúrgico pré e pós-operatório, manipulam monitores sofisticados e de difíceis leituras, são os executores de muitos procedimentos invasivos, com chances de insucesso, além de sujeitos ao risco de exposição a agentes biológicos e dependência química (Gastão Neto *et al.*, 2015).

Atualmente, muitos fatores de risco ocupacional estão em estudo, incluindo risco de abuso de opioides, estresse ocupacional, *burnout* e jornadas de trabalho. Longas horas de trabalho, ambiente estressante, pressão para obter maior produtividade e exposição frequente a fatores físicos, químicos, biológicos e riscos ergonômicos fazem parte da rotina atual desses profissionais.

Esses fatores resultam em riscos à saúde, segurança e desempenho para esses especialistas, afetando sua qualidade de vida e a de suas famílias. É por isso que a anestesiologia oferece "alto risco ocupacional" em comparação com outras profissões da área da saúde (Gastão Neto *et al.,* 2015). Frente à gama de atribuições e responsabilidades legítimas, a especialidade se defende, por todo o atraso na preocupação na satisfação percebida pelo paciente.

A abordagem da satisfação e da qualidade em anestesia automaticamente implica em avaliação do período de recuperação pós-anestésica. Na maioria dos serviços médicos a satisfação é voltada para o cliente, no entanto, na maior parte da literatura científica, a avaliação do serviço anestésico prestado sempre foi feita apenas pela mensuração dos desfechos como dor, náusea e vômitos (Liu & Wu, 2007).

Devido aos diversos fatores expostos a respeito das dificuldades e excesso de responsabilidades nesta especialidade médica, os estudos clínicos dos resultados embasados nos julgamentos dos pacientes ainda são raros. Este atraso é compreensível pois,

historicamente, a especialidade empenhou-se em diminuir os eventos mórbidos, objetivo que foi alcançado.

O fato é que mesmo com toda a problemática, não cabe mais a essa especialidade se eximir dos desafios de alcançar, não só a excelência nos resultados, como um alto nível de satisfação percebida pelos pacientes.

3 OS QUESTIONÁRIOS VALIDADOS

Muito se disse sobre as avaliações por parte dos pacientes, a importância da qualidade percebida e as medições e análise dos questionários. Um dos instrumentos que pode ser usado para esse fim são questionários com perguntas relacionadas à satisfação do paciente no cuidado recebido, sendo útil para identificar onde há espaços para melhorias.

Existem várias formas de aplicação de questionários, que podem ser feitos de diversas maneiras, porém vários autores apontam para possíveis vieses da acurácia dos resultados.

Para Santos (2016), os pacientes não têm embasamento técnico para saber o que de fato é um serviço de qualidade na medicina. Sempre irão condicionar a qualidade ao desfecho clínico. Uma revisão sistemática realizada por Doyle (2013), encontrou em 55 estudos, uma correlação positiva entre efetividade clínica, segurança e satisfação do usuário.

A satisfação também não deve ser avaliada muito cedo pois pode estar relacionado a sentimento de alívio por ter concluído o procedimento com segurança. Se muito tarde, as lembranças podem se perder. O limite máximo está por volta da quinta semana de pós-operatório (Fung, 1998 como citado por Gebremedhn *et al*. 2015).

Santos (2017), ainda menciona um tema debatido na literatura sobre avaliação por indicadores de processos ou por desfechos. Análise por desfechos influenciaram na opinião dos consumidores e, segundo Santos (2017), não seria o método mais sensível, pois nem sempre um desfecho desfavorável implica em processos inadequados.

Fung *et al*. (2005) em sua pesquisa, concluiu que a presença de um entrevistador, alcança uma taxa de resposta de quase 100 %, sem itens em falta, mas que pode induzir à alta satisfação dos pacientes.

Fung *et al*. (2005) referiram satisfação como um sentimento de gratidão à equipe médica. De fato, "viés de conveniência social" é um conceito reconhecido que transmite a tendência dos respondentes, de responder às perguntas de uma maneira que será vista favoravelmente por outros. Esse viés, ainda segundo Fung *et al*. (2005), representa um problema sério em qualquer questionário, interferindo na interpretação de resultados. Para minimizar esse "viés de conveniência social", Moura *et al*. (2014) recomenda que o questionário seja entregue ao paciente por um membro do estudo que não interveio no atendimento anestésico do paciente. Além disso, o paciente deve ser deixado sozinho preenchendo o questionário.

Em relação aos pacientes, os fatores mais conhecidos são sexo e idade, sendo os mais jovens, do sexo feminino e de maior escolaridade associados à menor satisfação. Outros fatores

encontrados na literatura que estão associados ao paciente são ansiedade, depressão, saúde percebida e comorbidades (Coyle, 2005; Myles, 2000; Darji, 2018).

É sempre bom reiterar que esses estudos populacionais com questionário, têm de ser avaliados com critérios, caso estendidos a outros países com culturas muito diferentes (Tajel *et al*., 2015).

Durante a revisão de literatura foram encontrados questionários com somente 13 perguntas (Barouldi & Nofal, 2009) até formulários com 52 perguntas (Aranaz-Andrés *et al*., 2011), que abrangiam desde somente a preocupação como náuseas e vômitos até indagações da instituição como um todo, passando pela anestesia mas com perguntas como, a velocidade de internação, a qualidade da comida ou tempo de espera dos elevadores.

Questionários como *Iowa Satisfaction in Anesthesia Scale* (Barouldi, 2010), *Surgical Fear Questionnaire* (Garcia, 2019), *The Heidelberg Peri-anaesthetic Questionnaire* (Schiff *et al*. 2008) e Taiwan Perioperative Anesthetic Care (Mui, 2009) foram analisados. Teunkens *et al*., (2017) no jornal de anestesia clínica também avaliou diversos questionários e afirma que não há um método universalmente aceito. Todos terão pontos importantes e fraquezas na análise.

4 A INSTITUIÇÃO PESQUISADA

O Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA) é uma instituição pública localizado na praça da República 111, Centro da Cidade na freguesia do Rio de Janeiro/Brasil (Figura 2). Foi fundado em 1907, inicialmente com o nome de Hospital de Pronto-Socorro. Em 1955 em homenagem ao antigo prefeito da freguesia de Brasília, Marechal Francisco Marcelino de Souza Aguiar, mudou de nome.[2]

Figura 2. Hospital Souza Aguiar.

Fontes: Jornal "o Globo" Crise na saúde (08/07/2019); internet

*Fachada (A) e visão aérea (B) do Hospital Souza Aguiar

O centenário hospital se orgulha de ter sido em suas instalações o acontecimento da primeira cirurgia de coração no Brasil, em 1927. Também se envaidece de ter tido no quadro de seus funcionários, médicos de renome internacional, como os doutores Ivo Pitangui e Paulo Niemeyer Filho (arquivo próprio).

O Souza Aguiar é considerado a maior emergência aberta (pacientes cirúrgicos com politraumas) da América latina[3]. O hospital cobre 12 especialidades médicas (figura 3 e 4) consideradas vitais para o pronto atendimento de pacientes vítimas de acidentes graves. Possui ainda uma equipe que realiza a captação dos órgãos de pacientes em morte encefálica, destinados ao transplante.

Os profissionais revezam-se em equipes de plantões de 12 horas, 24 horas por dia (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro). Em 2019 entre cirurgias eletivas e de

[2] Saudades do Rio, plataforma digital, em 25 de abril de 2018.
[3] Diário do Rio, plataforma digital em 12 de junho de 2016.

urgência atendeu 3.409 e 3.897 pacientes respectivamente, totalizando 7.306 doentes operados como mostram as figuras 4 e 5.

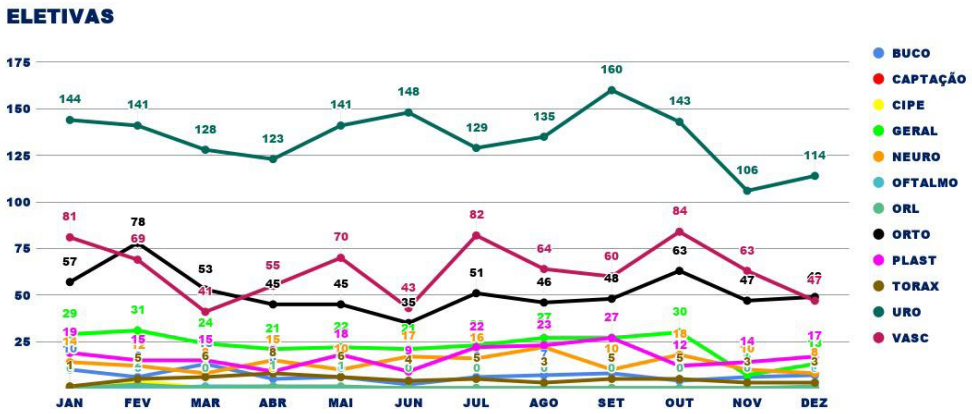

Figura 3. Cirurgias eletivas do hospital Souza Aguiar no ano de 2019
Fonte: direção do hospital

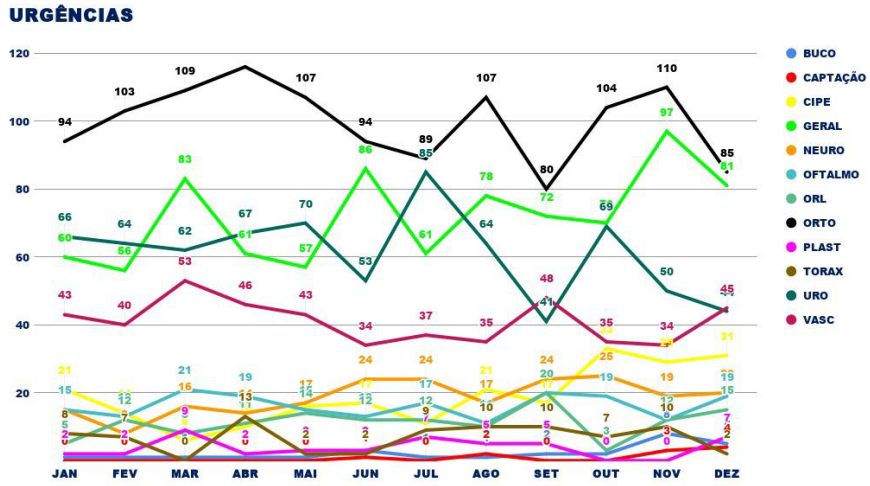

Figura 4. Cirurgias de urgência do hospital Souza Aguiar no ano de 2019
Fonte: direção do hospital

Figura 5. Total de cirurgias eletivas do hospital Souza Aguiar no ano de 2019.
Fonte: direção do hospital

Figura 6. Total de cirurgias de urgência do hospital Souza Aguiar no ano de 2019
Fonte: direção do hospital

5 METODOLOGIA

O estudo transversal, descritivo, observacional e qualitativo, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e inscrito na Plataforma Brasil sob o número (21796019.4.0000.5279). Todos os pacientes leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Os pesquisadores se comprometeram ao seguro tratamento dos dados da pesquisa.

Foram convidados a participar da pesquisa pacientes de cirurgias eletivas, somente das clínicas cirúrgicas urológica e ortopédica.

Aplicando-se a lógica da amostra mínima de cinco pacientes para cada item do questionário (Tamaka, 1987 como citado em Cunha *et. al.,* 2014), o tamanho da amostra foi definido em 220 doentes. No entanto, devido a pandemia de COVID-19, houve drástica redução do volume de pacientes de cirurgias eletivas e somado a isso, a nova rotina de atendimentos prejudicou consideravelmente a coleta de dados que teve duração de 90 dias.

- Critérios de inclusão:
  - Pacientes maiores de 18 anos;
  - Com as funções cognitivas íntegras;
  - Classificação de risco cirúgico ASA I ou II;
  - Pacientes sem deficiência auditiva;
  - Capaz de entender a língua portuguesa;
  - Pacientes que passaram por cirurgia no referido hospital;
  - Pacientes que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o TCLE.

- Critérios de exclusão:
  - Pacientes que realizaram cirurgias de urgência;
  - Pacientes que não realizaram cirurgia durante a internação;
  - Pacientes com pós operatório em unidade de tratamento intensivo (UTI).

A revisão de literatura foi feita nas plataformas *B-on, Elsevier, Scielo e Google Academic*. Inicialmente a busca foi realizada com artigos dos últimos cinco anos, mas por ser um tema com muitos estudos renomados abriu-se exceção para trabalhos científicos mais antigos.

A primeira parte da revisão foi destinada a importância da qualidade percebida pelo paciente globalmente. Após, revisou-se a satisfação no nível perianestésico, para só então analisarmos os diversos tipos de questionários passíveis de serem usados nas entrevistas.

O questionário eleito foi o de *Heidelberg* (Schiff *et al*. 2008). O "*Heidelberg Peri-anaesthetic Questionnaire*" (Anexo 2) trata-se de um questionário multidimensional validado, que foi criado por Schiff *et al.* (2008) para avaliar a satisfação dos pacientes no período perianestésico. Ele é composto por 38 perguntas sobre cinco temas identificados: confiança e atmosfera, medo, desconforto, tratamento pela equipe, informação e espera. O paciente estabelece um nível de concordância segundo uma escala de Likert de quatro pontos. Os itens estão ordenados cronologicamente de acordo com as fases da internação: consulta pré-anestésica, perioperatório e recuperação pós anestésica (Schiff *et al.,* 2008).

O questionário é de fácil aplicação no ambiente hospitalar e funciona como um instrumento de avaliação transversal, adicionando informações relevantes aos dados do curso do tratamento anestésico, sendo possível ser usado também como ferramenta para comparar tratamentos oferecidos em outros hospitais (*Benchmarketing)*.

O questionário teve sua validação para o Português em estudo conduzido por Cunha *et al.,* em 2014. É um instrumento válido e confiável, de fácil aplicação no final do período pós-operatório.

Os critérios de escolha foram:

- as perguntas e as dimensões avaliadas são fiéis à realidade do Souza Aguiar.
- a alta confiabilidade das perguntas; no somatório (*alfa Cronbach = 0.79*) e nas 3 dimensões (*alfa Cronbach = 0.42-0.79*).
- não demasiadamente longo para ser respondido (média de 11 minutos).
- perguntas serem feitas na ordem cronológica dos acontecimentos dos fatos.
- fiel a protocolos psicométricos
- 4 respostas diretas possíveis (escala de Likert) variando do 1 (não importante para mim) a 4 (muito importante para mim), evitando assim indecisão (coluna do meio) nas respostas.

Foram correlacionadas a variável dependente (opinião dos pacientes) a algumas variáveis independentes inumeradas abaixo:

1. Idade
2. Gênero
3. Escolaridade
4. Estado físico (ASA)
5. Tipo de cirurgia
6. Tipo de anestesia
7. Anestesias anteriores

Os questionários foram aplicados por um membro do serviço de anestesiologia, que não fez parte da equipe anestésica naquele procedimento operatório, mas que é habituado às rotinas do serviço anestésico; sempre após explicações sobre o benefício do estudo. O questionário foi realizado no pós-operatório, respeitando o período de despertar, após retorno total das funções fisiológicas e cognitivas do entrevistado - não ultrapassando o tempo máximo de 24 horas do término da cirurgia.

Embora como explicitado na revisão de literatura, alguns trabalhos científicos afirmam que fazer o questionário sob forma de entrevista, e não entregando para que o paciente preencha sozinho, possa caracterizar um viés negativo, a pobre realidade educacional do Brasil não permitiu que o questionário fosse realizado desta forma (Agência Brasil, plataforma digital- setembro 2019). Foi feito com entrevistas.

5.1 Análise Estatística

Os dados serão apresentados em percentuais, média e desvio padrão. Foi realizado uma análise descritiva dos dados. Os itens do questionário foram agrupados em dimensões que avaliam o medo (itens 15, 21, 23, 26-29, 32, 33, 36, 37), o desconforto (itens (7-9, 11, 13, 14, 31) e a equipe em questão (itens 1, 3-6, 18-20, 24, 25, 34, 35, 38 e 39). A validade das dimensões para representar o que se propõe de fato foi anteriormente comprovada (Moura *et al*., 2014), pela análise do alfa Cronbach. A análise das questões negativas foi feita de forma invertida como é recomendado na literatura (Moura *et al*., 2014). Além disso, como os dados apresentaram uma distribuição não paramétrica, foi realizada a correlação de Spearman com intuito de verificar as possíveis correlações entre as dimensões acimas citadas. O teste Qui- quadrado (χ^2) foi utilizado

para verificar as associações entre as variáveis independentes. Para verificação da relação entre as variaveis dependentes e independentes foi feita análise de regressão linear considerando dois modelos: modelo demográfico com as variáveis independentes idade, gênero e escolaridade e o modelo clínico com as variáveis estado físico, tipo de anestesia e anestesias anteriores. Foi considerado significativo valores de $p< 0,05$.

Para análise da regressão foram utilizadas as seguintes definições:

Idade: 1- abaixo de 40 anos / 2- acima de 40 anos

Gênero: 1- masculino / 2- feminino

Escolaridade: 1- ensino fundamental completo/ 2- ensino médio completo e/ou superior

Estado físico: 1- ASA I / 2- ASA II

Tipo de cirurgia (especialidade): 1– ortopedia / 2- urologia

Tipo de anestesia: 1- bloqueio espinhal / 2 - geral

Anestesia anterior: 1- não / 2- sim.

6 RESULTADOS

Após o período de coleta de dados, 71 participantes responderam ao questionário, sendo 48 (67,6%) participantes do sexo masculino e 23 (32,3%) do sexo feminino. Além disso, 58% dos participantes tinham menos de 60 anos. Em relação a escolaridade, 46% completaram o ensino fundamental e o ensino médio como é possível observar na tabela 6.

Análise das variaveis independentes por meio do teste de χ^2 mostrou associações entre as variáveis anestesia anterior e especialidade (χ^2= 15,9; p=0,000), anestesia anterior e estado físico (χ^2= 6,55; p=0,010), estado físico e especialidade (χ^2= 8,87; p=0,003), estado físico e idade (χ^2= 9,89; p=0,002) e entre escolaridade e idade (χ^2= 4,64; p=0,031).

Tabela 6

Nível de escolaridade dos participantes da pesquisa

Nível de escolaridade	**%**	**n**
Analfabeto/ Ensino fundamental incompleto	12,7	9
Ensino Fundamental completo	36,6	26
Ensino Médio completo	39,4	28
Ensino Superior incompleto/completo	9,9	7
Não responderam	1,4	1

Fonte: Elaboração própria
*n= número de participantes

Ao avaliar as especialidades da cirurgia a qual o participante foi submetido, observamos que 23 participantes realizaram cirurgia de ortopedia e 48 de urologia, os tipos de cirurgias estão apresentados na tabela 7.

Tabela 7

Percentual de tipos de cirurgias de acordo com a especialidade

Tipo de Cirurgia	%	n
Ortopedia		
Fêmur	1,4	1
Fixação externa + enxerto ósseo de tíbia	1,4	1
Osteossíntese	28,2	20
Urologia		
Nefrectomia	8,5	6
Percutânea	2,8	2
RTU de bexiga	5,6	4
Ureterolitotripsia	18,3	13
Duplo J	5,6	4
Ureterolitotripsia+ Duplo J	5,6	4
Ureterolitotripsia bilateral a laser	1,4	1
Ureterolitotripsia bilateral	1,4	1
Ureteronefrectomia	1,4	1
Ureteroplastia	2,8	2
Ureterolitotripsia aberta	1,4	1
Pielotomia	1,4	1
Pra	1,4	1
Prostatectomia radical	1,4	1
Reconstrução de bolsa escrotal	1,4	1
Litotripsia	1,4	1
Troca protese infectada ombro D	1,4	1
Biópsia peritoneal	1,4	1
Cistoscopia +dj	1,4	1
UreterorrenolitotripsiA	1,4	1
Urologia	1,4	1

Fonte: Elaboração própria

*n= número de cirurgias realizadas

Analisando o histórico de anestesia dos participantes da pesquisa, constatamos que 70,4% já haviam recebido anestesia anteriormente. Em relação a cirurgia em questão, 36,6% receberam anestesia geral, enquanto 63,4% receberam bloqueio espinhal. O tempo de anestesia foi maior que 120 min para 54,9% dos participantes.

A respeito do risco operatório dos participantes, a maioria apresentava risco baixo de acordo com a classificação da *American Society of Anesthesiology* (ASA), como é possível observar na Figura 7. Ao fazer análise da correlação do ASA com a dimensão Medo, foi constado uma tendência (p=0,059) dos participantes classificados com ASA I apresentarem maior pontuação da dimensão Medo.

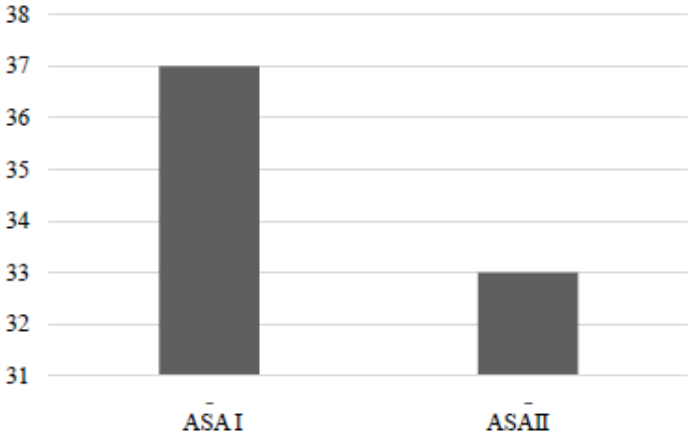

Figura 7. Classificação ASA dos participantes da pesquisa.

A respeito da avaliação dos serviços de saúdes utilizados na ocasião da pesquisa, 56,3% dos 71 participantes, fizeram considerações (positivas e negativas) por extenso do serviço. Dentre esses, 39 participantes responderam, sendo 56,4% com avaliações positivas.

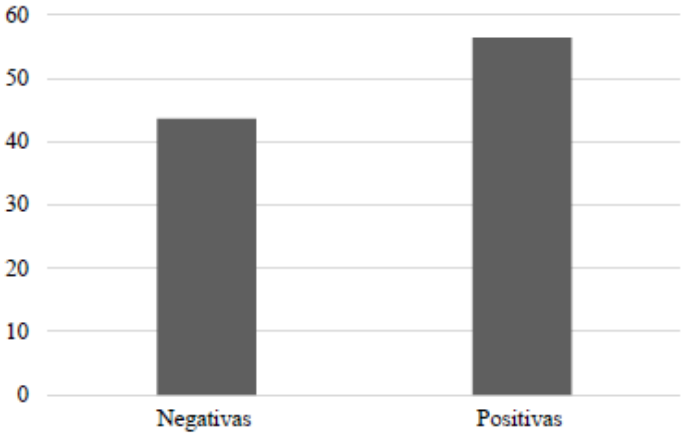

Figura 8. Avaliações (%) dos participantes da pesquisa em relação ao serviço de saúde utilizado.

A análise das dimensões, constatou que o nível de satisfação com a equipe foi relativamente alto. Bem como o percentual participantes que estavam satisfeitos em relação ao medo e ao desconforto (Figura 9).

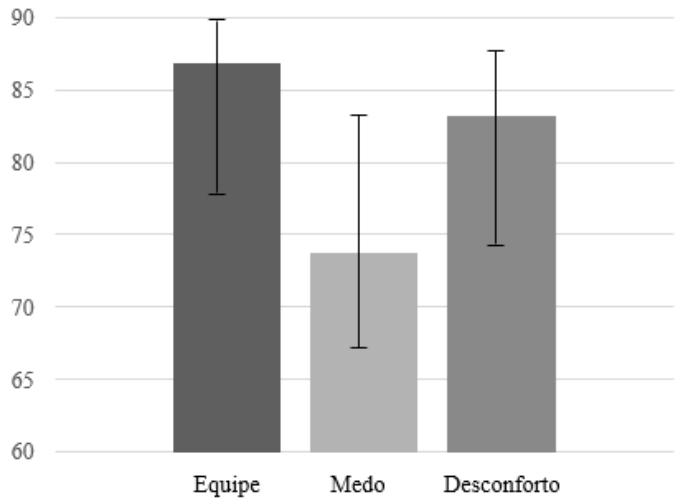

Figura 9. Nível de satisfação (%) em relação as dimensões de Equipe, Medo e Desconforto.

Quando realizada a correlação de Spearman, comparando as dimensões de Equipe, Medo e Desconforto, foi observada correlação significativa entre medo (p= 0,005) e desconforto (p=0,005). Porém não foi observado correlação em relação a equipe. Ou seja, quanto maior o medo, maiores as chances de sentir desconforto. No entanto, esse medo e desconforto não foram associados pelos pacientes à equipe envolvida na cirurgia em questão.

Após realizar análise da correlação das dimensões em relação a idade, observou-se que os pacientes com menos de 40 anos apresentaram maior medo (p=0,001) e desconforto (p= 0,10) quando comparados aos pacientes com idade acima de 40 anos (Figura 10). Não foram encontradas correlação das dimensões em relação, sexo, escolaridade, tipo de cirurgia, tipo de anestesia e anestesias anteriores.

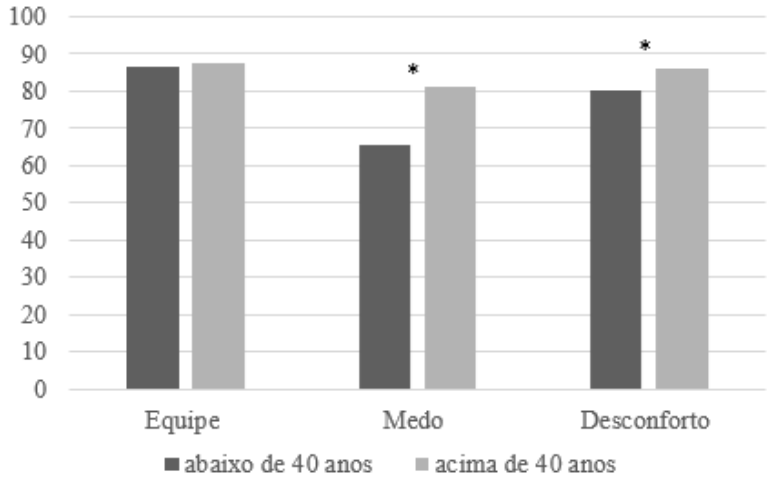

Figura 10. Correlação das dimensões equipe, medo e desconforto em relação a idade.

*p < 0,05.

**Valores percentuais de satisfação máxima, equivalentes a análise invertida das questões negativas do questionário.

Abaixo estão apresentados os resultados das análises de regressão linear dos itens do questionário de das dimensões. Em relação a questão 7 (O medo da anestesia foi importante?), observamos resultado significativo para o modelo, ou seja, para os pacientes com idade acima de 40 anos, o medo da anestesia foi menos importante antes da cirurgia do que para os pacientes mais novos. E mais, a variável idade explica o medo independente da gênero e da escolaridade (tabela 8). Não foram observada diferenças significativas para o modelo clínico.

Tabela 8

Análise da regressão linear – questão 7 – "O medo da anestesia foi importante?"

Variável (Referência)	R^2 ajustado	B (IC 95%)	p
Modelo Sociodemográfico			
Idade (Abaixo de 40 anos)	0,76	-0,83 (-1,48; -1,91)	0,012
Gênero (Masculino)		-0,13 (-0,833; 0,575)	0,72
Escolaridade (Ensino fundamental)		-0,47 (-0,725; 0,632)	0,89

Fonte: Elaboração própria

A análise da questão 8 (O medo da cirurgia foi importante?) no modelo clínico de regressão linear, foi observado que os pacientes com classificação ASA II, apresentaram menor importância do medo da cirurgia. Não foram observada diferenças significativas para o modelo sociodemográfico.

Tabela 9
Análise da regressão linear – questão 8 – "O medo da cirurgia foi importante?"

Variável (Referência)	R² ajustado	B (IC 95%)	p
Modelo Clínico			
Estado físico (ASA I)	0,54	-0,72 (-1,357; -0,74)	0,029
Tipo de anestesia (Bloqueio espinhal)		0,48 (-0,179;1,147)	0,150
Anestesias anteriores (Sim)		-0,35 (-1,068; 0,366)	0,33

Fonte: Elaboração própria

Na questão 9 (Antes da cirurgia sentiu – se calmo?), a análise do o modelo sociodemográfico constatou que independentemente do gênero e da escolaridade a idade foi preditor de tranquilidade antes da cirurgia, ou seja, os pacientes com idade acima de 40 anos relataram mais calma antes da cirurgia do que os pacientes com idade abaixo de 40 anos (tabela 10). Não foram encontrados resultados significativos para o modelo clínico (ASA, Anestesia anteriores e tipo de anestesia).

Tabela 10
Análise da regressão linear – questão 9 – "Antes da cirurgia sentiu-se calmo?"

Variável (Referência)	R² ajustado	B (IC 95%)	p
Modelo Sociodemográfico			
Idade (Abaixo de 40 anos)	0,32	0,68 (0,008; 1,352)	0,047
Gênero (Masculino)		0,07 (-0,615; 0,766)	0,828
Escolaridade (Ensino fundamental)		0,49 (-0,174; 1,157)	0,145

Fonte: Elaboração própria

Em relação a questão 16 (Sentiu frio ou tremor na sala onde foi anestesiado), na análise da regressão linear do modelo sociodemográfico, a idade apresentou resultado significativo. Ou seja, os pacientes com idade abaixo de 40 apresentaram mais frio e tremor, independentemente do gênero e da escolaridade (tabela 11). Já para o modelo clínico não houve diferença significativa.

Tabela 11
Análise da regressão linear – questão 16 – "Sentiu frio ou tremor na sala onde foi anestesiado"

Variável (Referência)	R² ajustado	B (IC 95%)	p
Modelo Sociodemográfico			
Idade (Abaixo de 40 anos)	0,36	-0,74 (-1,403; -0,85)	0,02
Gênero (Masculino)		-0,13 (0,803; 0,551)	0,71
Escolaridade (Ensino fundamental)		-0,28 (-0,903; 0,372)	0,39

Fonte: Elaboração própria

Semelhante ao resultado observado na questão 16, a questão 31 (A sensação de frio ou tremor foi um problema após anestesia?) na análise da regressão linear, especificamente o modelo sociodemográfico, a idade apresentou resultado significativo. Ou seja, os pacientes com idade abaixo de 40 apresentaram mais frio e tremor, independentemente do gênero e da escolaridade em relação aos pacientes com idade acima de 40 anos (tabela 12). No entanto, o modelo clínico não apresentou diferença significativa.

Tabela 12
Análise da regressão linear – questão 31 – "A sensação de frio ou tremor foi um problema após a anestesia?"

Variável (Referência)	R^2 ajustado	B (IC 95%)	p
Modelo Sociodemográfico			
Idade (Abaixo de 40 anos)	0,43	-0,71 (-1,347; -0,067)	0,03
Gênero (Masculino)		-0,90 (-0,758; -578)	0,79
Escolaridade (Ensino fundamental)		-0,33 (-0,963; 0,314)	0,31

Fonte: Elaboração própria

Na regressão linear, a análise dos modelos sociodemográfico e clínico com as dimensões, as variáveis independentes idade e escolaridade foram capazes de prever a dimensão desconforto (tabela 13). A análise mostrou que com o aumento da idade aumenta em 7,6% o conforto assim como tem quem maior escolaridade aumenta a satisfação com desconforto em 6%. Em relação a dimensão Medo, apenas a idade foi preditora (tabela 14). A satisfação com medo aumenta 16% entre os pacientes com idade acima de 40 anos. Para as variáveis do modelo clínico, não foram observadas diferenças significativas.

Tabela 13
Análise da regressão linear da dimensão Desconforto

Variável (Referência)	R^2 ajustado	B (IC 95%)	p
Modelo Sociodemográfico			
Idade (Abaixo de 40 anos)	0,172	7,6 (3,30; 11,91)	0,001
Gênero (Masculino)		2,9 (-1,449; 7,418)	0,18
Escolaridade (Ensino fundamental)		6,1 (1,749; 10,34)	0,007

Fonte: Elaboração própria

Tabela 14

Análise da regressão linear da dimensão Medo

Variável (Referência)	R^2 ajustado	B (IC 95%)	p
Modelo Sociodemográfico			
Idade (Abaixo de 40 anos)	0,157	16,1 (7,479; 24,766	0,000
Gênero (Masculino)		4,39 (-4,935; 13,728)	0,35
Escolaridade (Ensino fundamental)		2,24 (-6,754; 11,233)	0,62

Fonte: Elaboração própria

As demais questões (1-6, 10-15, 17-30 e 32-38) não apresentaram diferenças significativas para as análises dos modelos de regressão linear.

7 DISCUSSÃO

7.1 Limitações do estudo

Devido a intercorrências diversas, somadas aos acontecimentos relacionados a pandemia do COVID-19, o número de participantes da pesquisa foi muito abaixo do esperado. Não conseguimos também que as variáveis comparativas fossem similares em quantidade. Várias enfermarias foram isoladas, limitando a um número mínimo, os pacientes internados. Muitas cirurgias eletivas foram postergadas e muitos pacientes desistiram de operar, com medo da contaminação. Mesmo que tivéssemos fácil acesso aos doentes internados, inclusive com COVID, achamos que o pânico geral instalado, seria um viés negativo para o nível de satisfação, além de ser uma irresponsabilidade manter um íntimo contado pessoal entre as partes. Foi muito difícil obter o n da pesquisa!

Para que a análise dos dados fosse mais robusta, o ideal seria realizar o cálculo do alfa Cronbach do estudo. No entanto, o valor de alfa para o n em questão foi muito baixo. Mas como a fiabilidade das perguntas foi anteriormente testada com êxito, mantivemos a análise das dimensões.

Não justificando qualquer falha nesta dissertação, mas como caráter informativo, devo ilustrar que o autor deste trabalho ficou do dia 01 a 25 de agosto internado, com a forma grave desta doença, no centro de tratamento intensivo de um hospital particular na freguesia do Rio de Janeiro. Foram vinte e dois dias, dos quais doze, sob intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Estou curado, porém em processo de reabilitação.

Seguindo os percalços do trabalho, inicialmente gostaríamos que o n entre as duas clínicas cirúrgicas analisadas fossem iguais. Poderíamos ter avaliado uma correlação, mesmo sem demonstrar causalidade, entre o nível de satisfação e a especialidade cirúrgica. Uma visão empírica, talvez por um tempo cirúrgico maior e/ou complexidades das lesões, provavelmente apontaria para um nível de satisfação menor nos pacientes ortopédicos.

7.2 Comparando com outros estudos

Embora muitos estudos tivessem apontado para um grau de insatisfação maior entre as mulheres, não encontramos diferenças estatísticas.

Diferentemente de dois trabalhos muito citados na literatura (Cunha & Mourão, 2014; Schiff, 2008), o estado físico (ASA) foi significante importante para o nível de satisfação em nosso estudo. Os pacientes sem comorbidades (ASA 1), tiveram um maior medo e desconforto com todo o processo. De posse desses dados, uma vez que pacientes mais novos, tendem a ser

mais saudáveis e terem experimentado menos contado com médicos e hospitais, testamos a correlação da idade e medo que foi estatisticamente significante. Usamos como corte, para delimitar maior chance de pacientes ASA 1 ou ASA 2 a idade de 40 anos, pois segundo Garcia e Pastorio (2013), os pacientes sem queixas clínicas, abaixo dessa idade, não precisariam de nenhum exame complementar para realização de cirurgia eletiva.

7.3 Rede pública tem menos exigência

Fung *et al.* (2005) referem satisfação com grau de empatia com o médico e felicidade por estar curado. É nítido em todos os níveis de atendimento anestésico (consulta pré anestésica, cirurgia e pós operatório) que os pacientes da rede pública de saúde do Rio de Janeiro, já consideram o nível alto de satisfação somente por ter sido absorvido pelo sistema (ter sido internado). Os pacientes respondem, durante o procedimento anestésico/cirúrgico, coisas que como médicos, temos certeza de que não são verdadeiras, apenas para não deixar "o doutor chateado". Isso pôde causar um viés na pesquisa, que tentamos coibir, fazendo com que o médico entrevistador nunca tivesse tido contado com o paciente antes.

8 CONCLUSÃO

O questionário foi de fácil aplicação, rápido e com resultados significativos para o serviço de anestesiologia do hospital Souza Aguiar. Todos os envolvidos na coleta dos dados, sentiram-se gratos em poderem conhecer mais intimamente os pacientes; seus medos e suas angústias. O carinho e reconhecimento pelos doentes, à nossa tentativa de conhecer e melhorar o atendimento prestado, também foram muito recompensadores.

Buscaremos adaptar o questionário, que virará rotina a cada seis meses, com perguntas mais específicas em relação a nossa realidade e as reclamações encontradas.

O trabalho também foi muito importante para que os médicos residentes, já que somos um hospital escola, vivenciassem como é fundamental ouvir os pacientes, e que, o que julgávamos empiricamente como bom ou ruim no atendimento, quando se faz um levantamento científico, chega-se à diferentes conclusões.

Ficamos felizes em saber, que com todas as mazelas da saúde pública no Brasil, não estamos deixando nossos doentes insatisfeitos. Isto nos envaidece, mas não nos liberta de continuarmos incessantes na melhoria do atendimento. Eu, Carlos Frederico, autor dessa dissertação, vi há dois meses, ficando no centro de tratamento intensivo, como ficamos fragilizados e inseguros em um leito de hospital. A qualidade e o carinho da equipe que nos assiste, nos faz mais forte e confiante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ablanedo-Rosas, J., Bahram, A., Moreno, J. C., & Urbina. (2010). Quality Improvement Support by the 5S, an empirical case study of Mexican Organization. *International Journal of Production Research*, 48 (23), 7063–7087.

Al-Neyadi, H. S., Abdallah, S., & Malik, M. (2018). Measuring patient's satisfaction of healthcare services in the UAE hospitals: Using SERVQUAL. *International Journal of Healthcare Management* 11(2), 96-105.

Aranaz-Andrés, M. Aibar Remón, C., Limón-Ramirez, R., Amarilla, A., Restrepo, F. R., Urroz, O. *et al*. (2011). Prevalence of adverse events in the hospitals of five Lan American countries: results of the 'Iberoamerican study of adverse events'. *BMJ,* (12), 1043-1051.

Auquier, P., Pernoud, N., Bruder, N., Simeoni, M. C., Auffray, J. P., Colavolpe, C. *et al.* (2005). Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire. *Anesthesiology*; 102,1116–23.

Barouldi, D., & Nofal, W. (2009). Patient Safety in Anesthesia. *Internet J Health*, 8.

Burns, M., Manning, H., Stone, A., & Knott, J. (2013). The Costumer Experience Index. Cambridg, MA: Forrester Research.

Buzzi, D., & Plytiuk, C.; (2011). Pensamento enxuto e sistemas de saúde: um estudo da aplicabilidade de conceitos e ferramentas lean em contexto hospitalar. *Revista Qualidade Emergente*, 2 (2), 18-38.

Carvalho, W. A., Vianna, P. T. G., & Braz, J. R. C. (1999) Náusea e vômitos em anestesia: Fisiologia e tratamento- *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 49 (1), 65-79.

Casado, T. (2002). A motivação e o trabalho. In: Fleury, M. T. L. (org). As pessoas nas organizações (2 ed.). São Paulo: Gente.

Chan, F. T., & Kumar, N. (2007). Global supplier development considering risk factors using fuzzy extended AHP-based approach. *Omega*, 35(4), 417–431.

Choi, Y. J., & Ra, H. J. (2016). Patient satisfaction after Total knee arthroplasty. *Knee Surgery & Related Research*, 28(1), 1–15. https://doi.org/10.5792/ksrr.2016.28.1.1.

Comitee on Quality and Heath Care in America, Institute of Medicine (2001). Crossing the quality chasm: A new heath system for 21st century. Washington DC: National Academy Press.

Coutinho, E. D. (2018). Influência da Qualidade de Serviço e da Imagem Corporativa sobre a Satisfação de Paciente do INCA: Um Estudo com Modelagem de Equações Estruturais (Mestrado), Estácio de Sá University, Rio de Janeiro, Brazil.

Coyle, T. T., Helfrick, J. F., Gonzalez, M. L., Andresen, R. V., & Perrott. D. H. (2005). Office-based ambulatory anesthesia: factors that influence patient satisfaction or dissatisfaction with deep sedation/ general anesthesia. *J Oral Maxillofac Surg*, 63, 163–72.

Cunha, A., Barbosa, J. P., Costa, C. C., Ferreira, M. A., & Mourão, I. M. (2014). Avaliação da satisfação com os cuidados anestésicos pela aplicação do questionário de Heidelberg numa população cirúrgica portuguesa. *Rev Soc Port Anestesiol,* 23 (4), 105-112.

Costa, G. (2019). Analfabetismo resiste no Brasil e no mundo do século 21. Online. *Agência Brasil.* Recuperado de https://agenciabrasil.ebc.co.br/educacao/noticia/2019/09/analfabetismo-resiste-no-brasil-e-no-mundo-do-seculo-21

Darji, N., Gohil, B., & Shukla, D. (2018). Na assessment of quality of care in inpatient of Multi-speciality hospital by patient satisfaction tool. *NJIRM,* 9(2).

Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on this links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open,*. 3(1), e001570.

Eckert, C. (2017). Corporate reputation and reputation risk: Definition and measurement from a (risk) management perspective. *The journal of risk finance*, 18(2), 145–158.

Francisco, W. C. Emirados Arábes Unidos. Online. Recuperado de AgHtpps://mundoeducação.bol.uol.com.br/geografia/emirados-arabes-unidos.htm

Fung, D., Cohen, M., Stewart, S., & Davis, A. (2005). Can the Iowa satisfaction with anesthesia scale be used to measure patient satisfaction with cataract care under topical local anesthesia and monitored sedation at a community hospital? *Anesth Analg*, 100, 1637–43.

Fung, D., & Cohen, M. M. (1998). Measuring patient satisfaction with anesthesia care: a review of current methodology. *Anesth Analg*, 87,108-97.

Garcia, A. P., Pastorio, K. A., Nunes, R. L., Locks, G. F., Almeida, M. C. S. (2013). Indicação de exames pré-operatórios segundo critérios: *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 64(1), 54-61.

Garcia, A., Eduardo, A., Peters, M., Pereira, G., Carvalho, E. (2019) Translation, Cultural Adaptation, and Psychometric Properties of the Surgical Fear Questionnaire in Brazilian Surgery Patients; *Revista Medsurge Nurse*, 28(5), 303-309.

Garcia, J., & Riveira, D.; (2013). Critical success factors for Kaizen implementation in manufacturing industries in Mexico (2013). *Int J Adv Manuf Technol,* 68, 537–545.

Duval Neto, G., Gupta, P. (2015). Ocupação e bem estar em anestesiologia. *Revista Brasileira de Anestesiologia*; 237-239.

Gebremedhn, E., Chekol, W., Amberbir, W. D., & Flatie, T. D. (2015). Patient satisfaction with anesthesia services of Gondar hospital. *BMC res Notes*, 8, 377.

Glickman, S. W., Boulding, W., Manary, M., Staelin, R., Roe, M. T., Wolosin, R. J. *et al.* (2010). Patient satisfaction and its relationship with clinical quality and inpatient mortality in acute myocardial infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes,* 3(2), 188-95.

Graban, M (2009). Lean hospital Improving Quality, Patient safety, and Employee satisfaction. New York: Taylor & Francis Group.

Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *Eur J Mark.,* 18(4), 34-44.

Grönroos, C. (1988). Service quality: the six criteria of good service quality. *Rev Bus.*, 9, 10-3.

Henao Nieto, D. E., Giraldo, V. A., & Yepes, D. C. E. (2018). Instrumentos para evaluar la calidad percibida por los usuarios en los servicios de salud. *Rev Gerenc Polít Salud*., 17(34), 1-12. https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-34.iecp.

Institute of medicine (IOM). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press.

Kifkin, J. (2012); A Terceira Revolução Industrial – Como o poder lateral está transformando a energia, a economia e o mundo. São Paulo: M. Books do Brasil.

Kim C S., Spahlinger, D A, Kim J M & Billi J E (2006). Lean Health care: What can hospitals learn from a world-class automaker. *Journal of Hospital Medicine*, 01 (03), 191 - 199.

Jalil, A., Zakar, R., Zakar, M. Z., & Fischer, F. (2017). Patient satisfaction with doctor patient interactions: A mixed methods study among diabetes mellitus patients in Pakistan. *BCB Health Services Research,* 17(1), 1–13.

Jani B, Bikker AP, Higgins M, Fitzpatrick, B., Little, P., Watt, G. C. M., *et al.* (2012). Patient centerdness and the outcome of primary care consultations with patients with depression in areas of high and low socioeconomic deprivation. *Br J Gen Pract*., 62, e576–81.

Lee, H., Delene, L. M., Bunda, M. A., & Kim, C. (2000). Methods of measuring health-care service quality. *Journal of Business Research,* 48(3), 233–246.

Leite, F. & Silva, L. (2011); Patient perceptions about anesthesia and anesthesiologists before and after surgical procedures*; Sao Paulo Med J*, 129(4), 224-9.

Liu, S. S., & Wu, C. L. (2007). The effect of analgesic technique on postoperative patient reported outcomes including analgesia: a systematic review. *Anesth Analg,* 105, 789–808.

Lunn, J.N. & Mushin W.W. (1982). Mortality associated with anaesthesia. *Anaesthesia.*

Lupo, T. (2016). A fuzzy framework to evaluate service quality in the healthcare industry: An empirical case of public hospital service evaluation in Sicily. *Applied Soft Computing,* 40, 468 – 478.

Masaaki, I. (1986). Kaizen: The key to japan's competitive success. McGraw-Hill Education.

Mavridou, P., Dimitriou, V., Manataki, A., Arnaoutoglou, E., & Papadopoulos, G. (2013). Patient's anxiety and fear of anesthesia: effect of gender, age, education, and previous experience of anesthesia. A survey of 400 patients. *J Anesth.* 27, 104-8.

Merlino, J. (2015). How to build superior patient satisfaction experience the Cleveland Clinic Way, Service Fanatics. United State of America: Mc Graw Hill Education.

Moura, A. C., Ferreira, M. A., Barbosa, J., & Mourão, J. (2014). Satisfação com os cuidados anestésicos, *Acta Med Por*t, 27(1), 33-41.

Myles, P. S., Williams, D. L., Hendrata, M., Anderson, H., Weeks, A. M. (2000). Patient satisfaction after anesthesia an surgery: results of a prospective survey of 10811 patients. *Br J Anaesth*, 84, 6-10.

Mui, W., Chang, C., Cheng, K., Lee, T., Lui, P., Hwang, F. (2009). Patient Satisfaction With Anesthesia Care in Taiwan: Development and Validation of a Pilot Version of a Psychometric Questionnaire. *Acta Anaesthesiol Taiwan,* 47(4), 180−188.

Nocite, J. (1991). Mortalidade associada à anestesia: Estudos epidemiológico. *Revista Brasileira de Anestesiolgia*, 41, 1:3-7.

Parasuraman, A., Zeithaml, V., Berry, L. (1985). A Conceptual model of service quality and its implications for future research. *J Mark*., (49), 41-50.

Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1988). Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retail,* 64(1), 12-40.

Pascoe, E. A., & Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and heath: a meta analysis review. *Psychol Bull,* 135(4), 531-554.

Piette, J. D., Bibbins-Domingo, K., Schillinger, D. (2006). Heath care discrimination, process of care and diabetes. *Patient Educ Couns,* 60(1), 41-8.

Quintela, H., & Maturidade, C. M. M. (2006, agosto). Qualidade de processos lean six sigma e sua relação com a qualidade percebida pelo cliente. Anais... III CNEG, Niterói, RJ, Brasil.

Reis, A. (2006). O primeiro a utilizar anestesia em cirurgia não foi um dentista. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 56 (3).

Ryan, B., Brown, J., Tremblay, P., & Steward, M. (2019). Measuring Patients' Perceptions of Health Care Encounters: Examining the Factor Structure of the Revised Patient Perception of Patient-Centeredness (PPPC-R) Questionnaire. *J Patient Cent Res Rev,* 6, 192-202.

Santos, H. (2016). Indicadores de avaliação de qualidade hospitalar e de satisfação do usuário. *Revista Baiana de saúde pública,*40(1), 98-108.

Schiff, J. H., Fornaschon, A. S., Frankenhauser, S., Schiff, M., Snyder-Ramos, S. A., Martin, E., *et al.* (2008). The Heidelberg Peri-anaesthetic Questionnaire – development of a new refined psychometric questionnaire; *Journal of The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland; Anaesthesia*, 63, 1096–1104.

Singh, A., & Prasher, A. (2019). Measuring healthcare service quality from patients' perspective: using Fuzzy AHP application. *Total Quality Management & Business Excellence*. https://doi.org/10.1080/14783363.2017.1302794

Souza, M., Temer, P. (2016). Serviço de anestesiologia em hospital acreditado. *Revista Brasileira de Anestesiologia,* 66(1), S4-S6.

Stefano, N. M., Casarotto Filho, N., Barichello, R., & Sohn, A. P. (2015). A fuzzy SERVQUAL based method for evaluated of service quality in the hotel industry. *Procedia CIRP*, 30, 433 – 438.

Strofaro, J. R. (2005). Estudo da taxa de ocupação do centro cirúrgico através da modelagem e simulação de sistemas. (dissertação). Pontifícia Universidade Católica do Paraná/PUCP; Curitiba, PR, Brasil.

Suáres-Barraza, M. F., Castillo-Arias, I., Miguel-Dávila, J. A. (2011). La aplicación del Kaizen en las organizaciones mexicanas. Un estudio empírico: The implementation of Kaizen in Mexican organizations: An empirical study A aplicação do Kaizen em organizações mexicanas. Um estudo empírico. *Globalização, Competitividade e Gorvernabilidade*, 5(1), 60-74.

Sullivan, M. (2003). The new subjective medicine: taking the patient's point of view on health care and health. *Soc Sci Med,* 56, 1595–604.

Tajeu, G., Cherrington, L., Lynn, A., Prince, C., & Halanych, J. (2015). We'll Get to You When We Get to You": Exploring Potential Contributions of Health Care Staff Behaviors to Patient Perceptions of Discrimination and Satisfaction. *American Journal of Public Health*, 105(10).

Tran, M. A., Nguyen, B., Melewar, T. C., & Bodoh, J. (2015). Exploring the corporate image formation process. Qualitative Market Research. *An International Journal*, 18(1), 86–114.

Tsaur, S. H., Chang, T. Y., & Yen, C. H. (2002). The evaluation of airline service quality by fuzzy MCDM. *Tourism Management*, 23(2), 107–115.

Wu, C. L., Naqibuddin, M., & Fleisher, L. A. (2001). Measurement of patient satisfaction as an outcome of regional anesthesia and analgesia: a systematic review. *Reg Anesth Pain Med*, 26, 196–208.

Young, T., Brail Sford, S., Connel, C., Davies, R., Harper, P., & Klein, J. H. (2004). Using Industrial Processes to Improve Patient Care. *Britsh Journal of Medicine*, 328, 162-164.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Secretaria Municipal de Saúde

Comitê de Ética em Pesquisa
Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4o andar - Sala 401
Centro - RJ
CEP: 20031-040
Telefone: 2215-1485
E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br Site: http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em- pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado Avaliação da qualidade do serviço de anestesiologia pelos pacientes atendidos no hospital municipal Souza Aguiar por que você foi atendido pelo serviço de anestesiologia do Hospital municipal Souza Aguiar.

Este projeto tem por objetivo avaliar como tem sido a qualidade do atendimento pelo serviço de anestesiologia. Você será submetido à aplicação de um questionário por um entrevistador treinado na fase inicial do projeto.

Embora não haja nenhuma garantia de que o(a) Sr(a) terá benefícios com este estudo, as informações que o(a) Sr(a) fornecer serão úteis para melhorias do serviço de anestesiologia, podendo beneficiar outros indivíduos.

Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais. O(A) Sr(a) não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo que serão custeados pelos Hospital Municipal Souza Aguiar, também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.

Assinando esse consentimento, o(a) senhor(a) não desiste de nenhum de seus direitos. Além disso, o(a) senhor(a) não libera os investigadores de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique. A sua participação é inteiramente voluntária. Uma vez aceitando participar desta pesquisa, o(a) Sr(a) deverá se sentir livre para abandonar o estudo a qualquer momento do curso deste, sem que isto afete o seu cuidado ou relacionamento futuro com esta instituição. O investigador deste estudo também poderá retirá-lo do estudo a qualquer momento, se ele julgar que seja necessário para o seu bem estar.

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, o(a) Sr.(a) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contatando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, no telefone (21) 2215- 1485. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e/ou periódicos científicos.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, firmado abaixo, _____ *residente à* _____*concordo em participar do estudo intitulado: Avaliação da qualidade do serviço de anestesiologia pelos pacientes atendidos no hospital municipal Souza Aguiar.*

Eu fui completamente orientado pelo, _____ *que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração. Eu pude questioná-lo sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, ele / ela me entregou uma via da folha de informações para os participantes, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa.*

Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo, de financiamento próprio e informar a equipe de pesquisa responsável por mim sobre qualquer anormalidade observada.

Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar.

Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador.

Estou recebendo uma via assinada deste Termo.

Investigador: _____

Participante: _____

Responsável: _____

***Email**: Anestesiohmsa@gmail.com* ***Telefone**: 21 98851-0045/ 21 99999-9871*

Nome: Carlos Frederico Fávero Costa *Data:* _____
Assinatura: _____

Nome: Maria Clara Hissa Monteiro *Data:* _____
Assinatura: _____

Nome: Michelle Guerra Sá *Data:* _____
Assinatura: _____

ANEXO B – ESTRATIFICAÇÃO DOS PACIENTES

IDADE: _____

SEXO: (1)- MASCULINO (2)- FEMININO

ESCOLARIDADE:

(1) - Analfabeto / Ensino fundamental incompleto

(2) – Ensino fundamental completo

(3) - Ensino médio completo

(4) - Ensino superior incompleto /completo

ASA (I) (II) (III) (IV)

TIPO DE CIRUGIA_____

TIPO DE ANESTESIA:

(1) - GERAL

(2) - BLOQUEIO ESPINHAL

(3) - LOCAL + SEDAÇÃO

(4) - BLOQUEIO PERIFÉRICO

TEMPO DE ANESTESIA: (MIN)_____

ANESTESIA ANTERIOR (1) - SIM (2) - NÃO

(A) GERAL

(B) BLOQUEIO ESPINHAL

(C) LOCAL + SEDAÇÃO

(D) BLOQUEIO PERIFERICO

ANEXO C – QUESTIONÁRIO HEIDENBERG

Pesquisa de opinião do paciente - satisfação com cuidados anestésicos

Solicitamos que assinale sua opinião no questionário abaixo considerando a seguinte legenda:

1 DISCORDO TOTALMENTE / 2 DISCORDO / 3 CONCORDO / 4 CONCORDO TOTALMENTE

CONSULTA PRÉ ANESTÉSICA:

1. O tempo de espera antes da consulta com o anestesista foi longo.
2. O contato com o anestesista foi efetuado em ambiente agradável.
3. O anestesista que o contatou deveria ser mais simpático.
4. O anestesista que o contatou parecia estar com pressa.
5. O anestesista que o contatou antes da cirurgia não deu informações suficientes.
6. A informação dada pelo o anestesista que o contatou foi fácil de ser compreendida.

PERIOPERATÓRIO

7. O medo da anestesia foi importante para o senhor (a).
8. O medo da cirurgia foi importante para o senhor (a).
9. Na noite antes da cirurgia sentiu-se calmo.
10. A cirurgia foi adiada para outro dia.

11. Antes da cirurgia sentiu um medo incontrolável.

12. O tempo de espera no dia da cirurgia foi longo.

13. Sentir-se sozinho foi um incomodo.

14. Medo ou agitação no momento antes da cirurgia foi importante.

15. A sede antes da anestesia foi um problema.

16. Sentiu frio ou tremor na sala onde foi anestesiado.

17. Dor antes da anestesia causou-lhe ansiedade.

18. A anestesia ocorreu exatamente com o anestesista tinha lhe explicado.

19. O ambiente da sala onde foi anestesiado era agradável.

20. Os membros da equipe cuidaram bem de você e foram prestativos enquanto era anestesiado.

RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA

21. O acordar da anestesia foi confortável.

22. Depois de acordar da anestesia, sentiu dor na região operada.

23. Não teve dor alguma ou quase nenhuma nas outras áreas do corpo após a cirurgia. (ex: cefaléia)

24. Os membros da equipe mostraram que estavam verdadeiramente preocupados com a sua dor.

25. Os membros da equipe rapidamente aliviaram sua dor.

26. Náuseas e vômitos foram um problema após a anestesia

27. Rouquidão ou dor de garganta foi um problema após a anestesia.

28. A fraqueza muscular foi um problema após a anestesia.

29. A sede foi um problema após a anestesia.

30. Necessidade urgente de urinar foi um problema para você.

31. Sensação de frio ou tremor foi um problema após a anestesia.

32. Foi difícil respirar após a anestesia.

33. O cansaço ou incapacidade de concentração foi um problema após a anestesia.

34. Imediatamente após acordar da anestesia os membros da equipe estavam prontos a lhe ajudar.

35. Os membros da sala de recuperação pós-anestésica eram simpáticos.

36. A recuperação pós-anestésica ocorreu bem.

37. Sentiu que podia confiar na equipe anestésica

38. Teve certeza que os anestesistas tomavam as decisões que eram melhores para o paciente.

ANEXO – D CLASSIFICAÇÃO ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

Classificação de ASA (American Society of Anesthesiologists)

Estratifica o risco cirúrgico para cada paciente, sendo umas das mais aceitas pelo mundo.

Classificação	Descrição
ASA I	Pacientes saudáveis, sem comorbidades.
ASA II	Pacientes com doenças sistêmicas leves e controladas.
ASA III	Pacientes com uma doença sistêmica grave, que envolve limitações, porém não o incapacita.
ASA IV	Paciente com doença grave e incapacitante.
ASA V	Paciente grave que não sobreviverá por mais de 24 horas, caso não haja uma intervenção cirúrgica.
ASA VI	Paciente com morte encefálica; para captação de órgãos.

Fonte: Adaptado de Sociedade Americana de Anestesiologia