



Universidade de Brasília  
Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas  
Públicas  
Departamento de Administração

ELAINE RIBEIRO ROCHA

**A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS QUANTO A USABILIDADE DOS  
SERVIÇOS DE SAÚDE EM PLANALTINA-DF**

Brasília, DF

2018

ELAINE RIBEIRO ROCHA

**A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS QUANTO À USABILIDADE DOS  
SERVIÇOS DE SAÚDE EM PLANALTINA-DF**

Monografia apresentada ao Departamento de Administração como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Evaldo César Cavalcante Rodrigues

Brasília, DF

2018

Catálogo na publicação

---

R672

Rocha, Elaine Ribeiro.

A percepção dos usuários quanto à usabilidade dos serviços de saúde em Planaltina DF / Elaine Ribeiro Rocha; Orientador: Evaldo César Cavalcante Rodrigues; Co-orientador: Roberto Bernardo da Silva. – Brasília, 2018.

80 f.

Monografia (Graduação em Administração) – Universidade de Brasília, 2018

1. Serviço de saúde; 2. Análise de percepção; 3. Saúde pública; 4. Usabilidade. I. Rodrigues, Evaldo César Cavalcante, orient. II. Silva, Roberto Bernardo da, co-orient. III. Título.

---

ELAINE RIBEIRO ROCHA

**A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS QUANTO A USABILIDADE DOS  
SERVIÇOS DE SAÚDE EM PLANALTINA-DF**

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão do  
Curso de Administração da Universidade de Brasília da aluna

**Elaine Ribeiro Rocha**

---

**Prof. Dr. Evaldo César Cavalcante Rodrigues**  
Professor orientador

---

**Dra. Vanessa Cabral Gomes**  
Professora-Examinadora

---

**Dra. Clarissa Melo Lima**  
Professora-Examinadora

---

**Dr. Roberto Bernardo da Silva**  
Avaliador Externo – IFB

**Brasília, 11 de dezembro de 2018**

Dedico esta monografia a Deus, que nos fortalece e capacita. Dedico também aos meus pais, Aldinete e Edmilson (*in memoriam*), por todo amor, paciência, apoio e encorajamento aplicados em minha criação, tornando possível a realização dos meus sonhos. E aos meus irmãos, que compartilham desse presente comigo; James e Carmelina. Eu amo imensamente vocês.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por ser meu guia, alento em desafios e sempre ponto de paz. Aos meus pais, Aldinete e Edmilson, pela família que criaram, pelo amor depositado em minha criação e de meus irmãos, devendo a eles minha visão de mundo. Aos meus irmãos, James e Carmelina, aqueles com quem aprendi e aprendo as melhores lições e responsabilidades, prova de amor mais sincero que pode existir. À minha família, que de modo geral, sempre depositaram confiança nos meus sonhos, me encorajando a seguir em frente mesmo com os desafios, em especial aos meus tios Marilene e Paulo, presentes desde sempre. E aos meus amigos, que pela individualidade de cada um, formam minha segunda família; Kimberlly, Tais, Maciel, James, Aninha, Luiza, Flávia, Matheus, Kelly, Laura, Luana, Thaynara, Letícia, Tainá, Alexandra, Felipe, João Marcos e Lucas Emanuel, muito obrigada pela construção da palavra amizade!

À instituição que me abriu as portas do mercado de trabalho, e há quatro anos constitui fonte de aprendizado, agradeço à Fiocruz Brasília, pelo apoio e compreensão durante a graduação. Obrigada Edward e Claudinha por terem acreditado que eu poderia! Obrigada Antônio pela segunda oportunidade e obrigada Solange e Rosangela pela amizade construída neste ambiente.

Agradeço também aos professores que incentivaram o sonho de ser e fazer parte da Universidade de Brasília durante o ensino médio e agradeço a própria Universidade de Brasília pela acolhida e experiência que jamais esquecerei.

E finalmente, agradeço ao curso de Administração e o que ele representa em minha vida; aos professores que foram indescritíveis durante esta caminhada expondo um mundo desconhecido anteriormente e por destacarem o universo organizacional, pelo qual me apaixonei. E com carinho especial, agradeço ao Prof. Evaldo César Cavalcante, por me apresentar a Gestão de Produção e ter aceito fazer parte deste trabalho. Obrigada pela orientação, construção e apoio!

Gratidão!

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas,  
mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra  
alma humana. ”

Carl Jung

## RESUMO

A saúde brasileira pouco se desenvolveu ao longo dos anos, mesmo com um sistema de saúde reconhecido internacionalmente, continua sendo uma área crítica na sociedade, pouco inclusiva e homogênea. Os esforços em disponibilizar serviços que gerem satisfação aos usuários, em esfera pública ou particular, geram custos, porém pouca efetividade. A gestão destas atividades produz, também, conotação sensível por ser definida como serviço, logo, de difícil mensuração da qualidade por fatores como a intangibilidade. Mesmo não gerando lucros empresariais, no sentido de serviços públicos, a administração dos serviços de saúde deve ser orientada para o máximo de qualidade e satisfação dos seus usuários. Assim, este trabalho visou identificar a usabilidade deste serviço em Planaltina-DF, por meio da percepção de seus usuários. Utilizando a metodologia de Multicritério de Apoio à Decisão Construtivista – MCDA-C foram identificados os critérios acesso, atendimento, profissionais e estrutura para avaliação dos agidos da pesquisa. A análise demonstrou que a usabilidade é percebida como negativa em todos os aspectos, destacando-se a Estrutura como critério de pior desempenho. Dessa maneira, foi possível inferir que a saúde como processo, está interligada em uma rede de atenção, onde os seus critérios se complementam e necessitam de equilíbrio a fim de gerar disponibilidade com qualidade.

**Palavras-chave:** Processos; MCDA-C; Redes de Atenção; Satisfação



## ABSTRACT

The Brazilian health has developed little through along years, even with the health system being recognized internationally, it continues been a critical area in society, it few inclusive and homogeneous. Efforts to provide services that generate satisfaction to users, in the public or private sphere, generate cost, but little effectiveness. The manage of that activities produces also a sensitive connotation because it is defined as services, and therefore difficult to measure the quality because factors such as intangibility. Although not generating business profits, in the sense of public services, the administration of health services should be oriented to the maximum quality and satisfaction of its users, thus, this scientific work aimed to identify the usability flow in Planaltina-DF, through of perception of its users to diagnose the problematic of the context. Using the methodology of Multi-criteria Decision Aid - Constructivist (MCDA-C), the Access, Attendance, Professionals and Structure criteria were identified for evaluation of the research agents. The analysis showed that the usability is perceived as negative in all aspects, highlighting the Structure as a criterion of poor performance. In this way, it was possible to infer that health as a process is interconnected in a network of attention, where its criteria complement each other and need balance in order to generate availability with quality.

Keywords: *Processes; MCDA-C; Attention Networks; Satisfaction*

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Modelo geral da administração de produção	22
Figura 2 Aspectos de serviços	23
Figura 3 Estrutura da usabilidade	38
Figura 4 Esquema da metodologia adotada no trabalho	41
Figura 5 Atores do processo decisório e rótulo de pesquisa	49
Figura 6 Ideias preliminares	51
Figura 7 Filtragem dos elementos e nova disposição em Pontos de Vista Fundamentais	53
Figura 8 Árvore de valor	56

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Quantitativo de empresas pelo segmento de serviços	26
Gráfico 2	Receita segundo os segmento de serviço	26
Gráfico 3	População por utilização de hospital, posto de saúde e planos de saúde	44
Gráfico 4	Amostra aleatória simples e percentual de confiança	45
Gráfico 5	Gênero dos respondentes	59
Gráfico 6	Idade dos respondentes	60
Gráfico 7	Nível de escolaridade dos respondentes	60
Gráfico 8	Nível de renda dos respondentes	61
Gráfico 9	Frequência de uso dos serviços de saúde	61
Gráfico 10	Frequência de utilização das unidades de saúde	62
Gráfico 11	Recomendação de utilização dos serviços médicos	63
Gráfico 12	Acesso aos serviços de saúde	65
Gráfico 13	Nível de satisfação em relação ao atendimento	66
Gráfico 14	Nível de satisfação em relação aos profissionais envolvidos no processo	68
Gráfico 15	Nível de satisfação em relação à estrutura física	69
Gráfico 16	Análise global	70
Gráfico 17	Análise global da usabilidade dos serviços	71

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Taxonomia dos conceitos	20
Quadro 2 Elementos da administração Integrada	24
Quadro 3 Taxonomia dos atores envolvidos no processo	50
Quadro 4 Critérios e pesos definidos no grupo focal	55
Quadro 5 Pergunta padrão e descritor	56
Quadro 6 Análise e sistematização dos objetivos propostos	72

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CODEPLAN	Companhia de Planejamento do Distrito Federal
DF	Distrito Federal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBOPE	Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística
MCDA-C	Multicritério de Apoio à Decisão Construtivista
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PVE	Pontos de Vista Elementares
PVF	Pontos de Vista Fundamentais
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>16</b>
1.1. Contextualização	16
1.2. Problema de pesquisa	17
1.3. Objetivos da pesquisa	18
1.4. Justificativa	19
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>20</b>
2.1. Gestão de serviços	21
2.2. Saúde	27
2.3. Usabilidade	36
2.4. Percepção	39
<b>3. MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA</b>	<b>40</b>
3.1. Tipo e descrição geral da pesquisa	41
3.2. Lócus da pesquisa	43
3.3. População e amostra aplicada	44
3.4. Justificativa e conceitos analíticos do modelo MCDA-C	45
3.5. Estruturação da coleta de dados do modelo MCDA-C	48
3.6. Coleta e análise de dados: Modelo MCDA-C	57
<b>4. USABILIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM PLANALTINA DF</b>	<b>59</b>
4.1. Análise dos dados demográficos e perguntas gerais	59
4.2. Análise da usabilidade dos serviços de saúde de Planaltina DF	63

4.3.	Análise global da percepção dos usuários	69
4.4.	Análise dos objetivos específicos propostos	71
<b>5.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>73</b>
5.1.	LIMITAÇÕES	
	REFERÊNCIAS	75
	APÊNDICE A – Critérios distribuídos por ordem de esforço	86
	APÊNDICE B – Instrumento de pesquisa	87
	APÊNDICE C – Tabulação dos dados	90
	ANEXO A – Questões éticas da pesquisa	92

## 1. INTRODUÇÃO

Neste capítulo apresenta-se a introdução do trabalho. Buscou-se apresentar o contexto da saúde brasileira e seus pontos críticos, onde a ferramenta do trabalho pode ser melhor aplicada e também os itens fundamentais do trabalho, que correspondem aos: problema, objetivos e justificativas da pesquisa.

### 1.1. Contextualização

A saúde pública brasileira foi, por longos anos, administrada informalmente pela administração pública, e também tratada como objeto de caridade; o Estado discorria apenas sobre emergências, como epidemias e a saúde mental. (CARVALHO, 2013)

“Os primeiros indícios de **assistência e atenção ao cidadão** ocorreram com a criação, em 1923, da Lei Elói Chaves” (CARVALHO, 2013, pág. 7) e apenas em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde por Getúlio Vargas, com pouco destaque para a saúde.

Tais ações tornaram possível a oferta de serviços médicos a funcionários e às suas famílias, e também descontos em medicamentos. Entretanto, qualquer benefício deste período era entregue apenas aos trabalhadores, excluindo-se os desempregados e meio rural.

**Em meio aos anos de crises que o Brasil vivenciou, tornou-se ainda mais difícil consolidar medidas de atenção básica ao cidadão.** Entretanto, muitos grupos se uniram e discutiram por anos a necessidade de um sistema de saúde social, movimento que ficou conhecido como a Reforma Sanitarista. (CARVALHO, 2013).

Deste movimento, foi construída a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Logo, "O Sistema Público de Saúde resultou de décadas de luta. Foi instituído pela Constituição Federal (CF) de 1988 e consolidado pelas Leis 8.080 e 8.142." (CARVALHO, 2013, pág. 10).

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 dispõe que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)



Assim, o SUS é elogiado internacionalmente pois apresenta a saúde como igualitária e inclusiva, com a premissa de oferecer a qualquer brasileiro, serviços de qualidade.

Contudo, ainda que existam especialidades e localidades **com níveis de excelência**, há núcleos defasados, como a linha de frente do sistema; atendimento ambulatorial ou de emergência, além da má distribuição de profissionais no país, reduzindo as chances de atendimento médico em determinadas regiões.

O cumprimento das medidas denotadas no SUS, defronta-se em diversos aspectos que atrasam e prejudicam a efetivação do sistema. Neste sentido, Gomes (2018) destaca a deficiência na estrutura física, ausência de materiais, equipamentos e medicamentos, além do pequeno número de funcionários.

Portulhalk (2018, pág. 22) completa que os problemas apresentados, conhecidos dos brasileiros, “são de tamanha intensidade que a saúde já foi considerada a principal preocupação da população, de acordo com a pesquisa IBOPE (Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística) de 2010.” Dessa forma, o autor afirma que, como consequência, “os gestores públicos sofrem pressões sociais e políticas contínuas para maximizar a utilização dos recursos destinados ao sistema público de saúde.”

**As variáveis apresentadas são aplicáveis na região administrativa de Planaltina-DF próximo a Brasília. Onde a população utiliza os serviços de saúde de maneira unilateral, de acordo com a Pesquisa por Amostra de Domicílios PMAD (2015). E o contexto demonstra que a pouca efetividade na aplicação da legislação vigente tem gerado insatisfação na população, exigindo do Estado uma postura para enfrentamento dos gargalos do sistema.**

## **1.2. Problema de pesquisa**

A gestão da saúde é o resultado de todos os esforços despendidos em audiências públicas, projetos parlamentares e também o manejo dos recursos para investimentos nesta área. Dessa maneira, espera-se dos agentes públicos que os serviços oferecidos reflitam a qualidade pré-estabelecida na Constituição Federal e atenda aos princípios do SUS.

Para inferir melhorias ou desmitificar a proposição negativa acerca dos serviços de saúde, faz-se necessário conhecer o nível de satisfação dos usuários deste

sistema. A satisfação dos clientes é um indicador para as empresas, logo, o estudo a seguir contrasta os processos de saúde com a percepção que estes usuários demonstram ter sobre os serviços.

Este trabalho utiliza-se do conceito de usabilidade, que analisa aspectos da experiência do usuário diante do processo do serviço ofertado e é definida por Nielsen (1993) como a facilidade de uso, nesta pesquisa é um sinônimo concreto para a qualidade dos serviços.

O termo usabilidade, remete-se ao que é usual, e de acordo com a ISO 9241 (2015), exprime o quanto uma atividade, serviço, sistema ou produto tende a ser eficaz a partir da satisfação do usuário, e também alenta à investigação do trabalho, fornecendo uma visão palpável da problemática.

Conhecendo a visão dos usuários, é possível identificar as carências do setor apresentado, assim como destacar as condições de eficiência existentes. Informados, os gestores podem administrar melhor estes gaps, preencher as lacunas, e, ainda, fortalecer as premissas de qualidade já existentes.

Com isso, foi escolhida uma região no Distrito Federal para análise do fluxo de saúde, com todas as implicações aqui já discorridas. Trata-se da cidade satélite de Planaltina-DF, próximo à região central do Brasil, Brasília-Distrito Federal.

Logo, questiona-se: **a usabilidade dos serviços de saúde em Planaltina-DF pode gerar quais análises?**

### **1.3. Objetivos da pesquisa**

Os objetivos constituem a finalidade de um trabalho científico, ou seja, a meta que se pretende atingir com a elaboração da pesquisa. Apresenta-se nos tópicos seguintes, o objetivo geral e específicos da pesquisa.

#### **1.3.1. Objetivo geral**

Analisar a usabilidade dos serviços de saúde de Planaltina-DF, a partir da percepção dos usuários.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

Os objetivos específicos desta pesquisa são:

- Definir critérios e subcritérios para identificação da usabilidade;
- Levantar dados pertinentes entre os usuários;
- Conhecer a percepção dos usuários acerca dos diversos critérios;
- Identificar a usabilidade dos serviços de saúde de modo geral.

#### 1.4. Justificativa

A administração, sendo o estudo da otimização dos recursos e maximização dos lucros, pode contribuir abundantemente para gerar não apenas resultados monetários, mas também sociais, e que atinjam as diversas camadas da sociedade.

A ferramenta utilizada, baseada em análise multicritério e pesquisa operacional, o MCDA-C (Multicritério de Apoio à Decisão Construtivista), constrói uma ampla perspectiva de critérios que julgam o processo, mas também fortalecem as análises necessárias para encontrar respostas ao problema de pesquisa.

O estudo valida-se por apresentar a usabilidade oferecida pelos gestores e o retorno dado aos usuários. O resultado da pesquisa tende a oferecer a estes mesmos gestores mais uma ferramenta de gestão, com cunho informativo sobre os **serviços** que concedem.

A pesquisa sobre administração de processos de saúde pode contribuir positivamente para o bem-estar social, que depende da qualidade dos serviços ofertados. A promoção de saúde orientada pela qualidade é direito de todo cidadão e deve ser algo corriqueiro em unidades hospitalares, clínicas e demais centros de saúde.

Ademais, a instabilidade percebida em nosso país nas diversas estruturas, principalmente em saúde, não deve ser modelo aceito, e necessita de estudos cada vez mais específicos e criteriosos. Há potencial para desenvolver serviços de valor nos diversos setores, como segurança, educação e também saúde. Deve-se reconhecer esta premissa e aprimorar as técnicas utilizadas, para implementar o desenvolvimento a longo prazo.

E, por fim, as informações apresentadas e os resultados obtidos além de norteadores para os serviços apresentados, podem sustentar estudos futuros de usabilidade de saúde no bairro de Planaltina, como também da gestão dos processos em saúde.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, discorre-se sobre as definições teóricas e a revisão de literatura necessárias para a realização do trabalho. Os conceitos aqui elencados são direcionamentos para a melhor discussão dos resultados da pesquisa. Destaca-se no Quadro 1, os conceitos norteadores da pesquisa

	DEFINIÇÃO	AUTOR
Serviços	<p>“São como um ato ou desempenho essencialmente intangível que uma parte pode oferecer a outra e que não resulte na posse de um bem, estando ligados ou não a um produto físico”.</p> <p>“(…)trabalho em processo, e não o resultado da ação do trabalho; não se produz um serviço, e sim se presta um serviço. ”</p>	<p>Kotler (1998)</p> <p>Meirelles (2006)</p>
Saúde	<p>“Situação de perfeito bem-estar físico, mental e social”, e os serviços de saúde refletem as ações e esforços a fim de promover este nível de saúde. ”</p> <p><b>“Recurso para a vida cotidiana. ”</b></p>	<p>Organização Mundial da Saúde (OMS)</p> <p>Sanchez (2012)</p>
Usabilidade	<p>“Capacidade de um produto ser usado por usuários específicos para atingir objetivos específicos com eficácia, eficiência e satisfação em um contexto específico de uso”.</p> <p>“Importante critério de tomada de decisão para os usuários finais, consumidores e também de gestores de produto ou processos.</p>	<p>Norma ISO 9241 (1998)</p> <p>Ryu (2005)</p>
Percepção	<p>“Processo que começa com a exposição e a atenção do consumidor aos estímulos (...) e termina com a interpretação do consumidor”.</p> <p>“Importante para o estudo do comportamento do consumidor”.</p>	<p>Hawkins, Mothersbaugh e Best (2007)</p> <p>Oliveira (2010 apud GUILHOTO, 2001)</p>

Quadro 1 Taxonomia dos conceitos  
Fonte: Elaboração própria

## 2.1. Gestão de serviços

As organizações possuem fluxo de trabalho que se justificam por ofertarem algo para o cliente, seja ele um consumidor comum ou mesmo outras empresas e o governo. Segundo Gonçalves (2000, pág. 7), "não existe um produto ou um serviço oferecido por uma empresa sem um processo empresarial. Da mesma forma, não faz sentido existir um processo empresarial que não ofereça um produto ou um serviço".

De acordo com Slack (2015), a função produção na organização representa a reunião de recursos destinados à produção de seus bens e serviços. Entende-se, por processo de produção, a transformação que ocorre na utilização de recursos para modificar algo, gerando bens tangíveis ou intangíveis para o consumidor.

Gonçalves (2000, pág. 7), define processo como "qualquer atividade ou conjunto de atividades que toma um *input*, adiciona valor a ele e fornece um *output* a um cliente específico." Dessa forma, as organizações possuem métodos e sistemas que justificam o valor agregado daquilo que ofertam.

A função produção desenvolve uma atividade **essencial** para os fins organizacionais e contribui estrategicamente para os objetivos da empresa. Fortalecendo essa premissa, Slack (2015) elenca cinco critérios de competitividade da função produção: quando alavancam o potencial de venda das empresas; qualidade de bens e serviços fornecidos pela operação; a rapidez com que são entregues os bens e serviços; a confiabilidade na entrega; a flexibilidade do processo de produção e o custo de todo o processo.

Reconhecida a satisfação dos clientes, demonstra-se que houve um planejamento do processo de produção e que há concordância entre os objetivos e as decisões da empresa. Potencializa-se, então, a vantagem baseada na produção, obtendo-se efeitos externos e internos (SLACK, 2015).

Na Figura 1 podemos observar o modelo geral da administração da produção, definido por Slack (2015), onde apresenta a combinação entre recursos e processos de trabalho que resultam no produto final. Este modelo reforça que existem diversos processos organizacionais que contribuem para o desenvolvimento das atividades no dia a dia das empresas, sendo de responsabilidade do gerente de produção conhecer como o modelo adapta-se melhor a sua realidade.

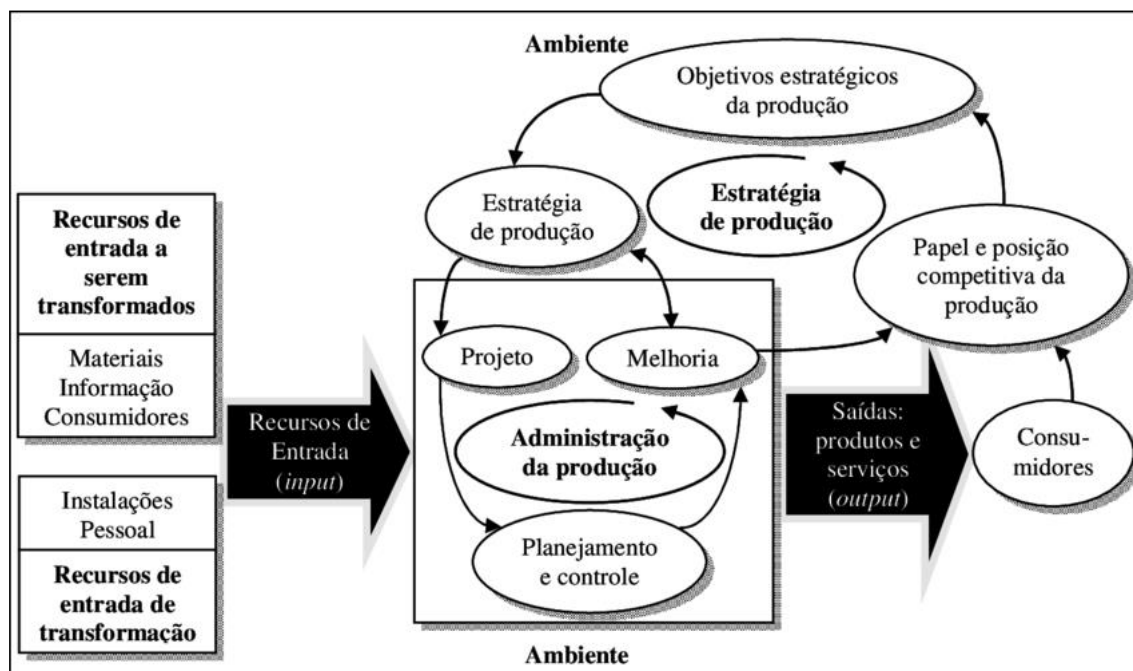


Figura 1 Modelo geral da administração de produção  
Fonte: Slack (2015)

Para fins desta pesquisa, faz-se necessário diferenciar produto de serviço. Para Casas (2007), serviços podem estar ligados ou não a produtos físicos, entretanto são atividades/desempenho essencialmente intangíveis e de acordo com Kotler e Armstrong (2007, pág. 200), produto é “algo que pode ser oferecido a um mercado para sua apreciação, aquisição, uso ou consumo para satisfazer um desejo ou necessidade”. Assim, ao adquirir um produto estamos fazendo uso de um bem material, enquanto a utilização de serviços não gera propriedade.

Dessa forma, serviços não sofrem depreciação, sendo adjunto da satisfação dos clientes no ato de seu consumo, e quão logo se realiza pode-se avaliar a qualidade do que foi apresentado. Abaixo, Meirelles (2006) **discorre** sobre o processo de produção de serviços e a sincronia que ocorre no ato:

No fluxo de trabalho de natureza intangível, a prestação de serviço tende a acontecer *pari passu* ao consumo, ou seja, a produção simultânea ao consumo. A produção só acontece a partir do momento em que o serviço é demandado e se encerra assim que a demanda é atendida. Esta simultaneidade entre o ato de produzir e consumir torna, por sua vez, o serviço inestocável, pois o seu fornecimento se dá de forma contínua no tempo e no espaço e ele se extingue tão logo se encerra o processo de trabalho. (MEIRELLES, 2006, pág. 133).

Dessa maneira, esse processo é delicado por não ser palpável, e é gerado também pela necessidade (o que não se pode evitar) do consumidor e não apenas o

desejo material. Além disso, sua mensuração ocorre pela ‘rápida’ experiência obtida pelo cliente, logo, a Gestão de Serviços deve ser orientada pela satisfação dos clientes e pela qualidade do seu processo, de forma a gerar fidelização dos consumidores, visto que é um processo avaliado simultaneamente à sua utilização, o que pode gerar satisfação ou insatisfação instantâneas.

Sintetizando, serviço é “trabalho em processo, e não o resultado da ação do trabalho; não se produz um serviço, e sim se presta um serviço” (MEIRELLES, 2006, pág. 134). Sendo a intangibilidade uma grande característica dos bens de serviços, isso quer dizer que serviço é uma atividade que beneficia uma parte, vinculando-se a um bem físico ou não, mas a sua essência não constitui um bem final, e sim uma experiência de valor.

Para Machado (2006, pág. 262), de maneira geral, a prestação de serviços envolve, “uma atividade realizada em um produto tangível fornecido pelo cliente; uma atividade realizada em um produto intangível fornecido pelo cliente; a entrega de um produto intangível; e a criação de um ambiente agradável para o cliente”.

A gestão de serviços, todavia, não se baseia apenas na intangibilidade, sendo necessário o gestor conhecer todas as vertentes que podem contribuir na melhor experiência para o cliente, como destaca a Figura 2, Kotler e Armstrong (2007) destacam a intangibilidade, a inseparabilidade, a variabilidade e a perecibilidade como características dos serviços. Tais particularidades conferem à oferta de serviços, uma delicadeza que não se pratica em outros tipos de produção.

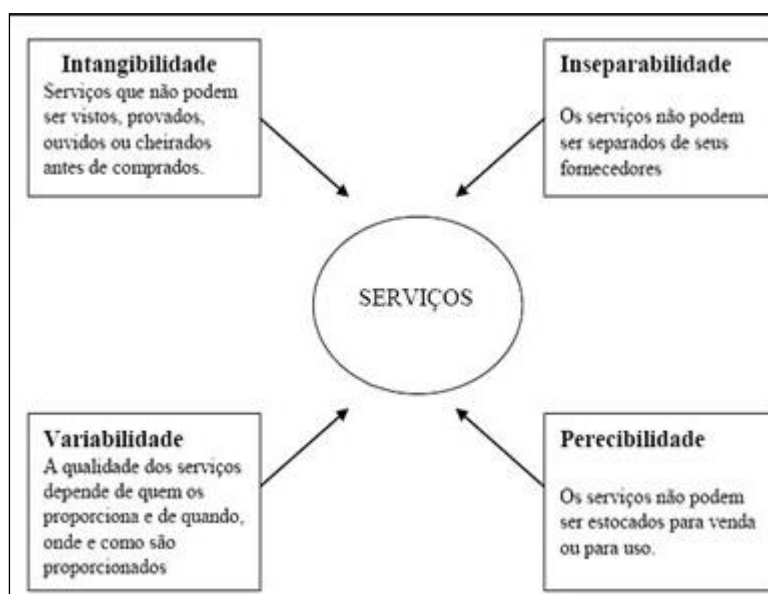


Figura 2 Aspectos de serviços  
Fonte: Kotler e Armstrong (2007)

Kotler e Armstrong (2007) destacam a intangibilidade, a inseparabilidade, a variabilidade e a perecibilidade como características dos serviços. Tais particularidades conferem à oferta de serviços, uma delicadeza que não se pratica em outros tipos de produção.

As estratégias de serviços passam pelo fortalecimento dessa atividade com o apoio do marketing, que estuda percepção e sensação para compreender a relação dos clientes com algumas empresas/serviços.

Lovelock (2008) discorre sobre as estratégias da tomada de decisão no setor de serviços. O autor relembra que em se tratando de um produto, o marketing utiliza dos 4p (produto, preço, praça e promoção), entretanto, ele também afirma que pela natureza dos serviços; a relação próxima do cliente no processo de produção, diretamente intrínseco à oferta de serviços, e o tempo faz-se necessário a inclusão de outros fatores estratégicos, estes que são apresentados no Quadro 2;

<b>Elementos do produto</b>	Todos os componentes do desempenho do serviço que criam valor para os clientes.
<b>Lugar e o Tempo</b>	Decisões gerenciais sobre quando, onde e como entregar serviços aos clientes.
<b>Processo</b>	Um método particular de operações ou série de ações, normalmente envolvendo passos que precisam ser dados em uma sequência definida / o grau de eficácia com que os insumos de serviço são transformados em produtos que adicionam valor para os clientes.
<b>Qualidade</b>	O grau em que um serviço satisfaz os clientes ao atender suas necessidades, desejos e expectativas.
<b>Pessoas</b>	Profissionais e, às vezes, outros clientes envolvidos na produção do serviço.
<b>Promoção e educação</b>	Todas as atividades e incentivos de comunicação destinados a aumentar a preferência do cliente por determinado serviço ou fornecedor de serviços.
<b>Evidência física</b>	Pistas visuais ou outras pistas tangíveis que fornecem evidência da qualidade do serviço.
<b>Preço e outros custos do serviço</b>	Despesas em dinheiro, tempo e esforço que os clientes incorrem ao comprar e consumir serviços.

Quadro 2 Elementos da Administração Integrada

Fonte: Lovelock (2006)



Assim, Lovelock (2008) destaca oito variáveis de decisão para os gerentes de organizações de serviço, trata-se da Administração Integrada de Serviços; uma mescla entre as áreas da administração que podem ser determinantes para o sucesso da empresa. Estas atividades em sincronia, objetivando sempre a máxima capacidade produtiva pode ser decisório para uma empresa sair a frente de seus concorrentes, oferecendo o máximo de valor aos clientes.

Quanto às atividades de serviços, demanda-se a todo momento; quando se contrata uma operadora de celular, plano de saúde ou serviço de seguros; ao consumir serviços de lazer como ir ao cinema, teatro ou apresentação musical. A realização dessas atividades acarreta em mais empregos e conseqüente crescimento econômico.

Corrêa (2009) discorre que fatores como a urbanização, mudanças demográficas/socioeconômicas/tecnológicas demandam serviços básicos como segurança, transporte, educação e saúde; além de atividades de entretenimento e lazer.

Meirelles (2006, pág. 123) afirma que, pela visão utilitarista, os serviços “são componentes fundamentais do sistema econômico, pois, assim como os bens materiais, os serviços respondem por uma parte significativa das necessidades humanas”, destacando também a relevância deste segmento para a economia do país.

No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nas últimas décadas o desempenho das atividades que compõem o setor vem se destacando pelo dinamismo e pela crescente participação na produção econômica brasileira. Os gráficos abaixo demonstram este fato em números para o ano de 2014 (dados mais recentes disponibilizados pelo IBGE);

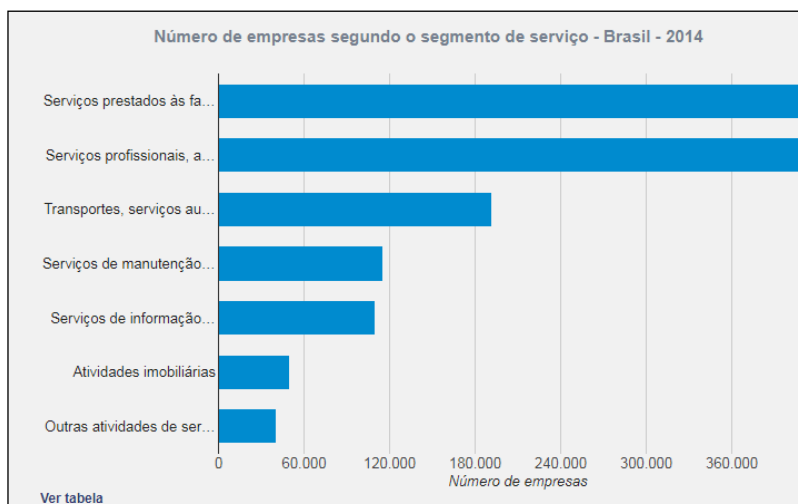


Gráfico 1 Quantitativo de empresas pelo segmento de serviços  
Fonte: IBGE, 2014

Retrata-se no Gráfico 1 a ocorrência dos serviços prestados, destacando-se os serviços que são entregues às famílias como educação, saúde e lazer. O número de empresas destes serviços supera 360 mil, paralelo às atividades imobiliárias que não alcançam 60 mil empresas no ramo.

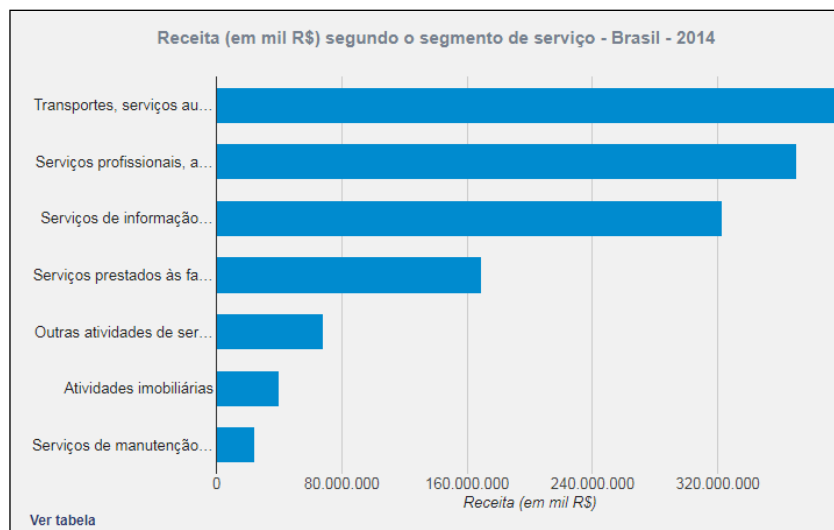


Gráfico 2 Receita segundo o segmento de serviço  
Fonte: IBGE, 2014

O Gráfico 2 ressalta a relevância econômica do segmento de serviços no Brasil, destacando-se o ramo de transportes, ultrapassando 320 milhões de lucro, para o ano de 2014.

Com a globalização cada vez mais crescente e o fácil acesso dos consumidores às diversas experiências de compra, as empresas precisam ser

capazes de atuar competitivamente. Isso ocorre prestando serviços que estejam atentos às inovações do mercado e também às necessidades dos consumidores, ressaltando a qualidade na gestão da produção. EXCLUI, essa afirmação foi um resumo de tudo que já li sobre qualidade/competitividade, e não encontrei autores que a certifiquem.

A gestão de serviços, compreendendo toda a dinâmica de oferecer uma experiência de qualidade, orientada a utilizar todos os recursos que aproximam o cliente do fornecedor direto possui grande potencial competitivo para alcançar a satisfação e fidelização dos consumidores.

Entre as diversas atividades de serviços, o eixo central deste trabalho são os serviços de saúde. Tal atividade demanda dos gestores capacidade analítica do processo; visando alcançar o ponto ótimo da capacidade produtiva com o mesmo nível de qualidade na prestação dos serviços (FGV, 2015).

O próximo tópico deste referencial destaca as vertentes inseridas no contexto desta atividade, que em âmbito privado torna-se um produto empresarial, mas em perspectiva pública, abarca questões de desenvolvimento social.

## **2.2. Saúde**

A Organização Mundial da Saúde (OMS), define saúde como "situação de perfeito bem-estar físico, mental e social", e os serviços de saúde refletem as ações e esforços a fim de promover este nível de saúde.

A OMS (2018) também afirma que a promoção de saúde é definida como o processo pelo qual as pessoas são habilitadas a melhorar a sua saúde e aumentar o controle sobre ela. Sanchez (2012, pág. 261), discorre que essa perspectiva "compreende o indivíduo como capaz de atender suas próprias aspirações e necessidades, assim como também de modificar e cooperar com o ambiente." Ainda para o autor, a saúde é vista como um "recurso para a vida cotidiana". Infere-se que, uma sociedade com desenvolvimento de promoções de saúde resulta em indivíduos ativos que podem atuar positivamente nas atividades em que estiverem inseridos ou nos grupos em que fizer parte.

Entretanto, os serviços de saúde estão em uma dimensão diferenciada de consumo, como ressalta Malik (2001), a procura pelos serviços de saúde ocorre no

momento da doença, sendo assim irregular e imprevisível, não permitindo uma decisão consciente do consumidor.

A articulação destes serviços constitui um sistema de atenção orientado para a manutenção, a restauração e a promoção da saúde das pessoas (OMS, 2018). São exemplos de serviços de saúde: demandas por assistência sanitária, consultas, exames, e demais atividades relacionadas ao tratamento e prevenção de aspectos que possam influenciar o bem-estar do indivíduo.

Os serviços em saúde são realizados nos hospitais e clínicas, com equipamentos e procedimentos próprios para a realização das atividades. Entre os processos administrativos, incluem-se: a Gestão clínica; documental; estoques; farmácia; financeira e recursos Humanos.

Em paralelo a estas atividades, estão ainda trabalhando por interesse da saúde, serviços como creches e asilos, óticas, salões de beleza, clubes, academias de ginástica e cemitérios, entre outros.

### **2.2.1. Aspectos da saúde pública brasileira e o Serviço Único de Saúde**

Ainda no sentido de oferecer bem-estar às pessoas, e diligenciando as demandas e interesses do povo na amplitude da saúde, a saúde pública mostra-se como importante aspecto de gestão.

Neste âmbito, e previsto em legislação, cabe ao governo depreender ações a fim de promover a satisfação dos usuários de qualquer um dos serviços realizados, priorizando, ainda, que os cidadãos não cheguem a ficar doentes.

Segundo a legislação do SUS (BRASIL 1990), é responsabilidade do Estado desenvolver homogeneamente a saúde de qualidade, tanto nos aspectos pré e pós serviço, quanto em sua fiscalização, em centros genuinamente públicos ofertados diretamente pelo SUS, como também em estruturas particulares, visando o bem-estar geral.

Por definição, “saúde pública é um conjunto de discursos, práticas e saberes que objetivam o melhor estado de saúde possível das populações, isto é, ela se refere à saúde da coletividade (ALMEIDA, 2013, pág. 3)”. ALMEIDA (2013) infere também que a situação de enfermidade de uma sociedade se desdobra sobre outros aspectos da vida dos indivíduos, como questões sociais, políticos, econômicos, ambientais e biológicos.

Atualmente, a saúde pública brasileira é regida pelas diretrizes do SUS, este que fora implementado pelas leis Orgânicas de Saúde 8.080/1990 e 8.142/1990 - e também descrito nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal, e representa uma grande conquista para a sociedade e para o estado de direito. Nesse sentido, Santos (2013) aborda que:

No seu processo histórico o SUS começou na prática nos anos 70, há 40 anos, com movimentos sociais e políticos contra a ditadura, pelas Liberdades Democráticas e Democratização do Estado, que se ampliava e fortalecia por uma sociedade justa e solidária e um novo Estado com políticas públicas para os direitos humanos básicos, com qualidade e universais. Na saúde, este movimento libertário fortaleceu-se com a bandeira da Reforma Sanitária, antecipando o que viria, anos depois, a ser as diretrizes constitucionais da Universalidade, Igualdade e Participação da Comunidade (SANTOS, 2013, p. 274)

As Leis n.º 8.080/1990 e 8.142/1990, ambas votadas em 19 de setembro de 1990, abordam, respectivamente, sobre as condições para promover, proteger e recuperar a saúde, além da organização e o funcionamento dos serviços relacionados à saúde, e sobre a participação popular na gestão do sistema, assim como sobre os seus recursos financeiros.

Já os artigos de 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 abarcam, entre outros aspectos, os princípios norteadores do SUS que são a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a participação da população e a organização da rede de serviços de modo regionalizado e hierarquizado.

Quanto à gestão do SUS, O Ministério da Saúde (MS) acentua que seja fundamentada na distribuição de competências entre a União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal, segundo as premissas já pré-estabelecidas pelo próprio SUS.

[...] cabe às três esferas de governo, de maneira conjunta, definir mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde, monitorar o nível de saúde da população, gerenciar e aplicar os recursos orçamentários e financeiros, definir políticas de recursos humanos, realizar o planejamento de curto e médio prazo e promover a articulação de políticas de saúde, entre outras ações (MS, 2018).

Para que as ações do SUS sejam realizáveis, necessitam de financiamento como qualquer outro empreendimento. **Uma importante mudança na Constituição com os aspectos de saúde fora “assumir a Seguridade Social em seu todo (...), estabelecer financiamento pelas mesmas fontes de receita, e guiar os mesmos princípios da igualdade, da universalidade, etc.”** (CARVALHO, 1993, pág. 12).

Reforça-se que apenas os segurados pela previdência social recebiam algum auxílio do governo para complemento da saúde, e com a adoção do SUS, “passamos do conceito de previdência para aqueles que contribuem (incluindo benefícios, assistência médica e social), para o conceito mais amplo de direitos de cidadania, extensível a todos os cidadãos brasileiros, sem discriminação” (CARVALHO, 1993, pág. 12).

Com isso, os recursos para a saúde passam a ser não apenas previdenciários, mas um compromisso do Estado em estabelecer a condição de plenitude da saúde. Logo, os recursos para o SUS, advém da esfera federal – União, e como afirma o MS, repassado aos Estados e Municípios, visando a descentralização e maior alcance destes fundos.

Nesse sentido, Carvalho (2013, pág 25) aponta que o SUS executou, ao longo dos anos, “inúmeros cuidados de saúde individuais e coletivos. De baixa, média e alta complexidade. Preventivos e curativos”. Afirma, ainda, que o SUS tornou o sistema de saúde pública uma rede “abrangente, incluindo o individual e o coletivo, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os campos”. Completa dizendo que a abrangência atinge, também, a “vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador, alimentação e nutrição, saúde da pessoa portadora de deficiência e todos os procedimentos: consultas, exames, urgências, internações, cirurgias, transplantes, UTI etc”. (CARVALHO, 2013, pág. 13)

Entretanto, ainda que haja supremacia em definir as premissas do SUS como precursoras de engajamento político-social que acolhe todo cidadão brasileiro e torna-lo ainda elogiado a nível mundial, o sistema possui reclamações recorrentes daqueles que utilizam os serviços, situando o SUS como caótico.

Abaixo, destaca-se algumas problemáticas da implementação do sistema:

Aumento da demanda: universalização, desemprego e baixos salários, tornando proibitivo o uso de sistemas complementares; agravamento da demanda, desemprego, miséria, pobreza e fome gerando mais doenças e agravando as existentes; encarecimento da assistência: incorporação desordenada de equipamentos, medicamentos e especialização precoce e errônea dos profissionais de saúde e queda real do financiamento em proporção às necessidades sentidas e acumuladas (CARVALHO, 1993, p. 15)

Carvalho (1993, pág 14) afirmou também que “não se pode responsabilizar pelo caos aquilo que nem aconteceu. Numa análise realista, podemos buscar em pelo

menos trinta anos de descaso com o social, a verdadeira causa do que aí está” referindo-se aos anos anteriores à Constituição de 1988.

Essa visão de 25 anos atrás, **ainda atual em nossa sociedade**, infere sobre os desafios que o SUS precisa alcançar, e os gargalos que o sistema necessita preencher, mesmo com seus aspectos positivos. **Neste sentido, Campos (2018) e Carvalho (2013)** afirmam que o SUS se quer fora implementado como descrito na Constituição.

Campos (2018) afirma que o SUS foi pensado no Brasil atrasado, e sua implementação segue esta mesma linha de pensamento, tornando lenta a sua real utilização. Para o autor, o SUS concreto está ainda distante de garantir o direito universal à saúde e à atenção integral, conforme as necessidades de saúde individuais e coletivas.

A implementação de um sistema de saúde que garanta acesso e qualidade aos usuários infere que a problemática ultrapassa o campo concreto de saúde e recai sobre todos os outros aspectos da sociedade, **o SUS torna-se importante abranger o indivíduo como um todo.**

Nesse sentido, Almeida (2013) discorre:

O direito à saúde praticamente se confunde com o direito à vida. Ter saúde exige alimentação adequada, condições de trabalhos saudáveis, moradia digna, saneamento básico eficiente, meio ambiente protegido e bem conservado, possibilidade de lazer, informação (ALMEIDA, 2013, pág. 3)

Carvalho (1993) aponta então, que a solução é a implementação do SUS juntamente com o esforço coletivo da sociedade:

A sociedade tem que perceber que existe uma saída legal para tudo isto que aí está. Ela foi descrita acima como preceito constitucional. Ainda não aconteceu, não se implantou. É necessário que, num esforço coletivo, se busque a saída via implantação do SUS (CARVALHO, 1993, p. 15)

O esforço coletivo que impulsou e impulsiona o desenvolvimento do SUS, **fomenta-se em** discussões sobre saúde. A Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz) ressalta a importância popular no desenvolvimento do SUS, apontando que os cidadãos podem e precisam intervir.

A participação social regulada pela Lei nº 8.142/90, é também denominada ‘participação comunitária’, sendo realizada pelos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, nas três esferas de governo, bem como de colegiados de gestão nos serviços de saúde (FIOCRUZ, 2018)

O espaço de discussão, segundo a Fiocruz, são os conselhos de saúde que são “órgãos deliberativos que atuam como espaços participativos estratégicos na

reivindicação, formulação, controle e avaliação da execução das políticas públicas de saúde” (FIOCRUZ, 2018). Outro âmbito são as Conferências de Saúde que

[...] consistem em fóruns públicos que acontecem de quatro em quatro anos, por meio de discussões realizadas em etapas locais, estaduais e nacional, com a participação de segmentos sociais representativos do SUS (prestadores, gestores, trabalhadores e usuários), para avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde (FIOCRUZ, 2018)

A instituição destaca ainda:

Juntamente com a gestão destas instâncias e de outras redes de articulação em prol da garantia da participação social, o desafio que se coloca é a criação de uma eficiente rede de informação e comunicação ao cidadão sobre estes espaços de participação. E mais, do cidadão perceber-se como ator fundamental na reivindicação pelo direito à saúde” ((FIOCRUZ, 2018)

Complementando o posicionamento defendido pela Fiocruz, Carvalho (2012) aponta que:

O acesso aos resultados do processo de monitoramento e avaliação constitui poderoso instrumento de democratização da informação sobre objetivos, metas e resultados alcançados pelas instâncias de gestão e pelos espaços de controle social, favorecendo o empoderamento e a mobilização social (CARVALHO, 2012, p. 169).

Nos próximos itens deste tópico apresenta-se o fluxo de atendimento do SUS, que constrói formando as Redes de Atenção à saúde.

### **2.2.2. Redes de atenção à saúde**

Para Arruda (2018), a evolução do processo da gestão do SUS traz a ideia de rede para sua efetiva consolidação. O artigo 5º da Lei 8.080/1990 (Brasil, 1990) prevê no SUS, dentre seus objetivos, a assistência à saúde às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Assim o MS (2018) descreve Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia de reestruturação, especialmente no que se refere à superação do modo fragmentado de operar a assistência e a gestão em saúde, com vistas a assegurar aos usuários o conjunto de ações e serviços que necessitam, com efetividade e eficiência.

As redes regionalizadas, baseando-se nos sistemas universais já construídos em outros países, constroem as propostas debatidas na reforma do sistema brasileiro (KUSCHNIR, 2010) e são consideradas “organizações poliárquicas de conjuntos de



serviços de saúde, vinculados entre si por missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente (MENDES, 2010 pág. 2300)”.

Campos (2013) explica que os diferentes momentos da evolução da doença e as respectivas medidas a serem tomadas seguem o modelo da história natural da doença, teoria consagrada por White na década de 1960. O autor reforça que, com base nesta teoria, o estágio em que se encontra determinado agravo à saúde está diretamente referido a níveis de intervenção segundo conhecimentos e tecnologias disponíveis para atuação em âmbitos individuais e coletivos. Estes níveis precisam estar articulados e integrados em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde.

Nesse sentido, o MS agrega:

De forma integrada aos demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e com outras políticas intersetoriais, a Assistência tem como objetivo garantir resolutividade da atenção e continuidade do cuidado, assegurando a equidade e a transparência, sempre de forma pactuada com os Colegiados do SUS (MS, 2018)

Arruda (2015) discorre que, no Brasil, a implementação das RAS é bastante recente, mas seu conceito vem sendo trabalhado desde a reforma sanitária que culminou na construção do SUS.

Assim, o Sistema de Saúde, encontra-se estruturado nos níveis hierárquicos complementares de atenção à saúde – atenção básica, de média e alta complexidade (OLIVEIRA, 2015).

O MS conclui:

O sistema de organização em três níveis gradativos de atenção à saúde serve, principalmente, como uma triagem para o Sistema Único de Saúde (SUS). Os pacientes são encaminhados de um nível ao próximo, garantindo que profissionais altamente especializados e os equipamentos mais avançados tenham uma maior disponibilidade para quem precisa, enquanto o paciente que precisa de um simples curativo já “para” no nível primário (MS, 2018)

### **2.2.2.1. Atenção primária**

A garantia de atenção ao primeiro contato está relacionada ao uso da atenção primária como a porta de entrada para as questões de saúde e à sua capacidade para lidar com problemas amplos, heterogêneos e fortemente influenciados pelo contexto social. A longitudinalidade (vínculo de cuidado) requer a existência de aporte regular de cuidados à saúde, assim como seu uso consistente ao longo do tempo, num

ambiente de relação mútua e humanizada entre a equipe de saúde, indivíduos e famílias. (GOMES, 2011)

O nível primário de atenção à saúde serve para o atendimento inicial ou de casos mais simples. Ele não dispõe de tratamentos mais complexos, tendo foco em marcações de consultas e em procedimentos e exames básicos, como curativos, radiografias e eletrocardiogramas. É o tipo de trabalho realizado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), (DNA, Saúde, 2018).

Os principais serviços oferecidos pelas UBS são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para outras especialidades clínicas e fornecimento de medicação básica (MS, 2018).

É também neste nível em que são organizadas as ações para a promoção da saúde pública em espaços comunitários, como em escolas e universidades. Campanhas para incentivar a vacinação e o combate à dengue, por exemplo, são consideradas como parte do nível primário (DNA, Saúde, 2018).

Faquinello (2010), explica que as UBS deveriam ser a primeira referência de apoio formal procurada pela população para o acompanhamento e para a prevenção em saúde, e também no que se refere à busca de orientações e informações que podem ser fornecidas pelos profissionais que ali atuam.

#### **2.2.2.2. Atenção secundária**

No nível secundário, entram as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), bem como ambulatórios e hospitais que oferecem atendimento especializado. A complexidade é maior que a do nível primário, mas ainda não como a do terciário. É aqui que aparecem os primeiros especialistas em áreas como cardiologia, oftalmologia, endocrinologia, etc. O atendimento na atenção primária encaminha para um desses profissionais, da atenção secundária, por exemplo (DNA, Saúde, 2018).

Sobre a implementação das UPAS: “Art. 2º - Definir UPA o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as UBS's/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, associada a uma rede organizada de atenção às urgências. ” (BRASIL, 1990)

De acordo com Ushimara (2015), as UPAs foram criadas para atuar como porta de entrada aos serviços de urgência e emergência; e dependendo do caso atendido,

eles poderiam ser solucionados no local, estabilizados e/ou encaminhados para os hospitais ou redirecionados às UBS's. O autor afirma ainda, que de acordo com as suas atribuições, as UPAs deveriam funcionar 24 horas por dia, realizar a classificação de risco dos pacientes, resolver os casos de baixa e média complexidade, estabilizar os casos de pacientes graves e possuir estrutura física, recursos humanos e tecnológico suficientes para o atendimento da população de sua área de abrangência.

E segundo o MS, essa é a situação atual:

As UPAs funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, e podem resolver grande parte das urgências e emergências, como pressão e febre alta, fraturas, cortes, infarto e derrame. E ainda de acordo com o MS, as UPAs inovam ao oferecer estrutura simplificada - com Raio X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação (MS, 2018).

Nas localidades que contam com as UPAs, 97% dos casos são solucionados na própria unidade. Quando o paciente chega às unidades, os médicos prestam socorro, controlam o problema e detalham o diagnóstico. Eles analisam se é necessário encaminhar o paciente a um hospital ou mantê-lo em observação por 24h (MS, 2018).

As UPAs se constituíram no principal componente fixo de urgência pré-hospitalar e têm se estabelecido como importantes pontos de acesso ao sistema, instituindo-se enquanto unidades intermediárias entre a atenção básica e as emergências hospitalares (KONDER, 2015).

São classificadas em três diferentes portes de acordo com a população do município-sede, a área física, número de leitos disponíveis, gestão de pessoas e a capacidade diária de realizar atendimentos médicos (KONDER, 2015).

### **2.2.2.3. Atenção terciária**

Na atenção terciária, chamada de alta complexidade, estão concentrados os procedimentos e a tecnologia dura (FEUERWERKER, 2014).

Este é o nível mais complexo, onde entram os grandes hospitais e os equipamentos mais avançados, como aparelhos de ressonância magnética, além de profissionais altamente especializados, como cirurgiões. Isso porque é no nível terciário de atenção à saúde que acontecem as cirurgias e são atendidos os pacientes com enfermidades que apresentam riscos contra suas vidas (DNA, Saúde, 2018).

Aqui devemos exemplificar hospitais, pois é onde realiza-se as atividades de nível terciário. Por hospital compreende-se organizações complexas que operam sob circunstâncias semelhantes com serviços relativamente padronizados, que variam significativamente em termos de operação. (PIZZINI, 2010)

O hospital necessita de trabalhadores formados adequadamente para a gestão e para a atenção e, ao mesmo tempo, cumpre um papel fundamental na conformação do perfil dos trabalhadores da área da saúde, como espaço privilegiado de aprendizagem durante a formação. (FEUERWERKER, 2007)

Salu (2013), afirma também que as atividades administrativas desenvolvidas nos departamentos assistenciais são similares umas às outras, mesmo em hospitais diferentes, diferenciando-se apenas pelo suporte tecnológico e sistemas de informação e controle individuais a cada hospital.

Silva (2011) afirma que é sustentado que o hospital é parte importante da comunidade e que toda instituição, especialmente aquelas envolvidas com o serviço público, deve ser ativamente comprometida com o planejamento para a promoção da saúde.

Hospitais possuem características peculiares, como já destacado. Bittar (1996), afirma também que as habilidades e a formação da força de trabalho, a estrutura organizacional complexa, a natureza delicada do serviço prestado os tornam, efetivamente, de difícil gerenciamento.

### **2.3. Usabilidade**

Diante dos níveis de complexidade e a fim de apresentarem uma atividade satisfatória para os pacientes, os hospitais e centros de saúde, públicos e privados, norteiam-se por creditações e normas de certificações. Destaca-se a norma ISO 9001.

Segundo Arroteia (2015), a ISO 9001:

Define os requisitos de um sistema de gestão da qualidade e tem como objetivo melhorar o controle dos processos internos das empresas que a implementam, assim como o aumento na produtividade, melhoria no relacionamento com os stakeholders e destaque no mercado global (ARROTEIA, 2015, p. 99)

Bittar (2000), fortalece também que o desenvolvimento de programas de garantia de qualidade é uma necessidade em termos de eficiência e uma obrigação em termos éticos e morais.

Evidencia-se, portanto, que a necessidade de os serviços de saúde serem de alta gestão é uma preocupação recorrente e a aplicação da administração guiada para benefícios dos usuários resulta em lucros para este sistema.

A usabilidade, análoga à questão da qualidade nos serviços de saúde, apresenta uma vertente conveniente para a gestão destes serviços, tornando-se mais uma ferramenta que contribui positivamente para estes processos.

Inicialmente, o termo usabilidade está envolto com programações de designers e se difundiu com estudos da ciência da computação nos anos 1980 e a criação de softwares como ferramenta para usuários. De modo geral, usabilidade é o fator que assegura ao usuário facilidade de uso (NIELSEN, 1993).

Jakob Nielsen, considerado o pai da usabilidade, a define como um atributo de qualidade que avalia quão fácil uma interface é de usar, ou a medida de qualidade da experiência de um usuário ao interagir com um produto ou um sistema.

Assim, a usabilidade está associada à utilização de métodos que contribuam com a facilidade de uso durante o processo de criação do produto, sua máxima utilidade (NIELSEN, 1993), ou no caso deste trabalho, a partir do desenvolvimento de um processo organizacional acessível ao usuário.

Para Ryu (2005), a usabilidade tem sido um importante critério de tomada de decisão para os usuários finais, consumidores e também de gestores de produto ou processos. Esta premissa é derivada dos estudos iniciais com o termo, que se destacava pelo foco na experiência do usuário e permite inferir sobre a percepção analisada por este mesmo usuário.

A Norma ISO 9241 (1998) conceitua usabilidade como a eficácia, eficiência e satisfação em determinado contexto da relação produto x usuário, em um cenário específico de uso. Esta definição equipara a usabilidade com padrões de análise de qualidade e a torna também instrumento de gestão.

Braga (2016), utilizando-se das definições de Nielsen (1993) elencou cinco critérios de avaliação que são contribuintes para esta perspectiva de controle:

- Capacidade de aprendizado: a facilidade com que o usuário tem de, ao primeiro contato, aprender a usar o sistema e concluir o objetivo definido;
- Eficiência: o nível de eficiência que o sistema tem após o momento que o usuário aprende a utilizá-lo;

- Capacidade de memorização: o sistema deve ser simples ao ponto que um usuário que já esteja familiarizado com ele não tenha dificuldade de usar após um período distante.
- Nível de erros e nível de correção: aqui temos dois aspectos entrelaçados, pois um sistema deve possuir uma baixa taxa de erros durante o uso e os erros que acontecerem devem ser corrigíveis, erros incorrigíveis e de difícil restauração não devem existir.
- Satisfação: um conceito extremamente subjetivo, porém muito importante qualquer que seja o sistema, ele deve agradar o usuário de modo que ele fique satisfeito ao usá-lo e não lhe cause aversão.

Ainda em relação à Norma ISO 9241 (2002), com os parâmetros exemplificados visualiza-se a possibilidade de mensuração da usabilidade a partir de alguns aspectos como valores de eficácia, eficiência e satisfação e descrição completa dos aspectos que envolvem a oferta do produto/processo.

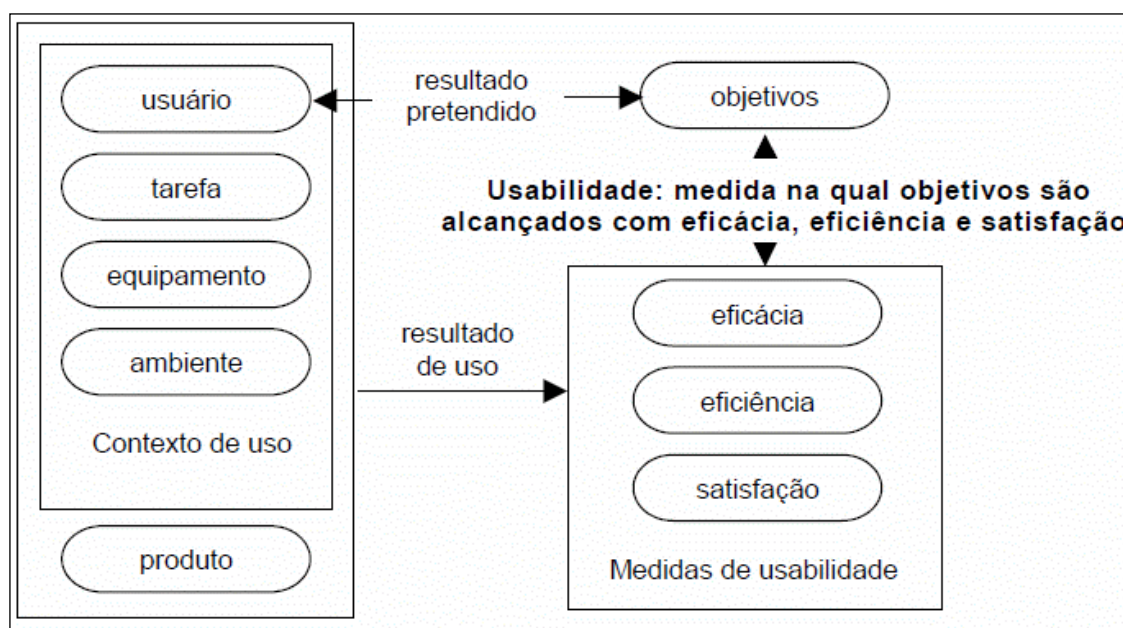


Figura 3 Estrutura da usabilidade  
Fonte: ISO 9241 (2002)

Assim, a Figura 3 exemplifica a relação entre os objetivos da oferta e o contexto de uso, que analisados pelos métodos de mensuração refletem a usabilidade percebida no sistema, por meio da eficácia, eficiência e satisfação (medidas de usabilidade).

Para fins deste trabalho, a usabilidade será relacionada a percepção dos usuários dos serviços de saúde, e alinha-se na satisfação e/ou insatisfação destes.

## 2.4. Percepção

De acordo com Fernandes (2013 *apud* MODESTO, 2016), a análise do comportamento do cliente é uma importante característica relacionada à fidelização de consumidores, sendo o comportamento do cliente influenciado por fatores culturais, sociais, pessoais e psicológicos.

Modesto (2016), também afirma que o cliente reage à experiência em relação a determinada expectativa gerada por ele mesmo anteriormente na relação com o produto/serviço. Isso é o que determina seu grau de satisfação.

Assim, a satisfação de clientes é objeto de estudo por muitos pesquisadores, com o objetivo de identificar os fatores que a determinam (RIBEIRO, 2013).

Brandão (2009), incita que existem fatores emocionais que determinam o modo como o cérebro reage aos estímulos no confronto de consumidor e produto; são os códigos auditivos, visuais e cenestésicos que sugerem ao cérebro a perceber aquele determinado produto.

Para Hawkins, Mothersbaugh e Best (2007, pág. 72), a percepção “é um processo que começa com a exposição e a atenção do consumidor aos estímulos (...) e termina com a interpretação do consumidor”.

Oliveira (2010 *apud* GUILHOTO, 2001), qualifica a percepção como de grande valia para o estudo do comportamento do consumidor, visto que os consumidores são movidos e motivados a comprar pelas impressões adquiridas dos produtos, marcas e empresas.

“Determinar as dimensões da qualidade segundo as quais o cliente avalia o serviço é essencial para que o prestador de serviço possa orientar seus esforços na busca de uma percepção favorável de seus serviços pelo cliente” (CARLAGEA, 2015, pág 725). Premissa esta, que também deve ser aplicada em organizações públicas, ainda que não existam lucros empresariais.

Carlagea (2015) destaca ainda que, além da relação da mensuração da qualidade em serviços passar pelos clientes externos, o conceito também pode ser aplicado para as relações entre clientes internos dentro de uma organização.

Para ele, “o conceito de mensuração da qualidade em serviços executados por clientes internos possui especial importância, pois a satisfação dos clientes externos depende da qualidade desses serviços” (CARLAGEA, 2015, pág 726)

Logo que “a entrega de serviços de baixa qualidade entre os clientes internos de uma organização pode ter como efeito negativo o oferecimento de um serviço de baixa qualidade ao cliente externo (CARLAGEA, 2015, pág 726). Dessa forma, ele destaca a linha de frente na promoção de qualidade de processos de serviços.

Em análise de saúde, Bittencourt (2007), explica que o Programa QualiSUS estabelece como objetivo a busca da qualidade na atenção à saúde no SUS enquanto política estratégica de governo. Definido a qualidade neste aspecto como o “grau com que os serviços de saúde satisfazem as necessidades, expectativas e padrões de atendimento dos indivíduos e suas famílias. ” (BITTENCOURT, 2007, pág. 930)

O QualiSUS apresenta seis dimensões de qualidade:

- (1) resolubilidade, eficácia e efetividade da atenção à saúde;
- (2) redução dos riscos à saúde;
- (3) humanização das relações entre os profissionais, entre os profissionais e o sistema de saúde, e entre os profissionais e os usuários do sistema;
- (4) presteza na atenção e conforto no atendimento ao usuário;
- (5) motivação dos profissionais de saúde;
- (6) controle social na atenção e organização do sistema de saúde do país.

Bittencourt (2007, pág. 930) discorre ainda que, em pesquisa promovida pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde em parceria com o Ministério da Saúde, denominada “A Saúde na Opinião dos Brasileiros”, o sistema “defronta-se com os pontos críticos: a demora em resolver seus problemas de saúde; o tempo de espera para ser atendido pelo médico e a equipe de enfermagem e a péssima recepção dos serviços. ”

Com base em informações da percepção dos usuários, os gestores podem inferir mudanças no processo de oferta dos serviços. Dessa maneira, a percepção dos usuários sobre determinado serviço é um indicador de qualidade que pode influenciar a forma como o mesmo serviço será ofertado posteriormente, logo que informações sejam trabalhadas para aprimoramento do processo.

### **3. MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA**



Neste capítulo apresenta-se a estrutura metodológica utilizada. A Figura 4 apresenta as fases do trabalho, os métodos e procedimentos aqui listados nortearam a realização da pesquisa e tornou possível a análise dos objetivos propostos.

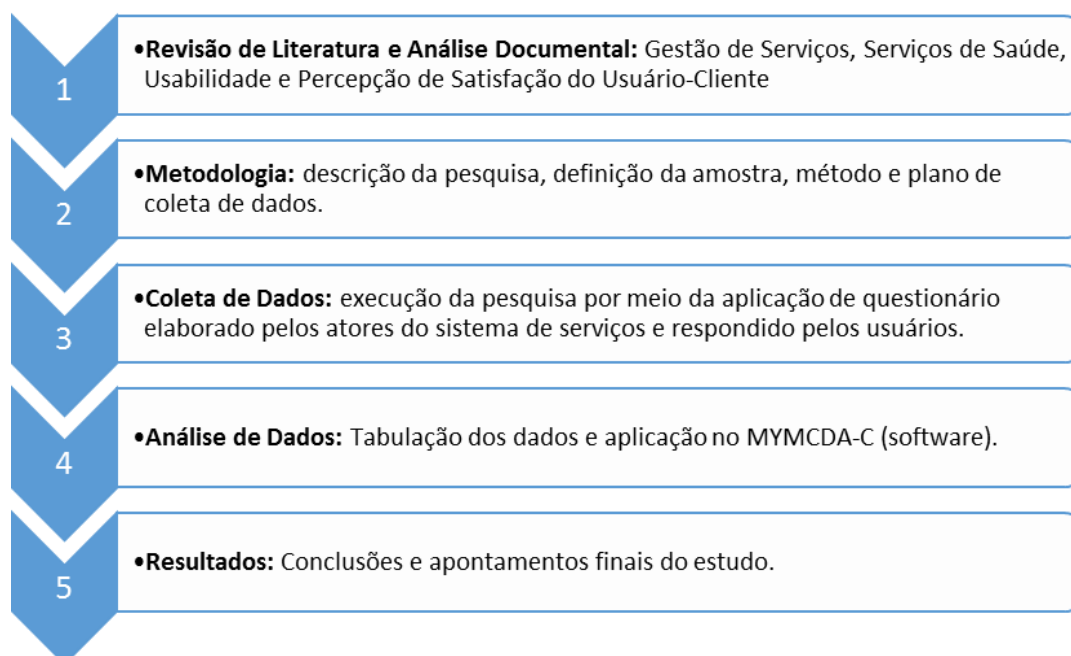


Figura 4 Esquema da metodologia adotada no trabalho  
Fonte: Elaboração própria

### 3.1. Tipo e descrição geral da pesquisa

O método científico é uma forma de utilização do raciocínio capaz de produzir ciência e gerar valor (GUTIERREZ, 1978). Este trabalho, aplicado durante o ano de 2018, segue as fases estabelecidas nos critérios de metodologia científica, entre as quais: definição do problema de pesquisa, revisão de literatura, definição da metodologia aplicada, coleta e análise dos dados.

Para Mattar (1999), uma pesquisa possui abordagem mista quando se classifica em qualitativa e quantitativa, que é o caso deste estudo.

Foi realizada uma pesquisa de campo com natureza aplicada que trata da percepção dos serviços de saúde na região de Planaltina DF. Objetiva-se em analisar a usabilidade do serviço percebida pelos usuários neste sistema.

Godoy (1995) afirma que um fenômeno pode ser melhor compreendido no contexto em que ocorre e do qual é parte, devendo ser analisado numa perspectiva integrada, descrevendo assim a pesquisa qualitativa no estado de pesquisa de campo.

O pesquisador vai a campo buscando captar o fenômeno em estudo a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas, considerando todos os pontos de vista relevantes (GODOY, 1995). Esta afirmação engloba consideravelmente o intuito da metodologia aplicada neste trabalho. Como será demonstrado a seguir, para conhecer a usabilidade dos serviços, buscou-se identificar as diversas variáveis que complementam a atividade.

Buscando exemplificar os estudos mais significativos do tema proposto, a revisão de literatura destaca estudos sobre Gestão de Serviços; Serviços de Saúde, Usabilidade e Percepção de Satisfação do Usuário-Cliente, e tem a intenção de apresentar a premissa de usabilidade em serviços, que destaca a importância dos processos para a satisfação do cliente de serviços.

O caráter quantitativo possui embasamento no tratamento dos dados com o software MyMCDA-C e aplicação da metodologia de Análise Multicritério de Apoio à Decisão Construtivista (MDCA-C), utilizando modelagem matemática para identificar os *gaps* existentes entre as necessidades que os agidos esperam que sejam atendidas e os critérios que os atores definiram como importantes para a oferta do serviço.

Introduzindo, os gestores e tomadores de decisão, baseados em seus conhecimentos sobre o fluxo de trabalho, determinam os aspectos que consideram imprescindíveis para a continuidade e excelência das atividades. Essa fase, estruturada em *brainstormings* ("tempestade de ideias") e posterior grupo focal, caracteriza as atividades e elementos que devem ser julgados pelos usuários para análise da usabilidade.

Os gestores e/ou especialistas da área são denominados atores e os usuários, que são os clientes/consumidores correspondem por agidos. No caso deste trabalho, os atores são os gestores dos processos de serviços de saúde, responsáveis pelos setores e também estudiosos da área de saúde; e os agidos são os usuários dos serviços da região observada.

Cada variável concedida pelos atores possui um peso diferenciado para o software que expõe de maneira prática e clara os esforços que eles devem atingir para que a usabilidade seja identificada no serviço pelos agidos.

Por fim, o recorte temporal da pesquisa foi transversal, com a aplicação do instrumento em apenas um momento, durante o ano de 2018.

### 3.2. Lócus da pesquisa

A escolha do lócus de pesquisa, que tendia a ser a análise de um hospital, se tornar toda a região administrativa se deu pelo conhecimento do processo a partir das discussões durante a construção do instrumento de pesquisa. Indicou-se que a estrutura de saúde não passa apenas por um hospital, sendo este uma vertente de análise e não apenas o único indicativo de usabilidade de todo o processo. A literatura e as discussões fortaleceram a questão de o processo de saúde integrar uma rede assistencial.

Logo, a região de Planaltina DF foi escolhida tentando especificar apenas uma unidade administrativa, e assim obter uma homogeneidade na análise.

Segundo dados da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan), por meio da Pesquisa Metropolitana por Amostra de Domicílios de 2015 (PMAD 2015), - a população de Planaltina se caracteriza pelas seguintes informações;

A população urbana de Planaltina totalizou, em 2015, segundo a PMAD, 100.262 habitantes. As mulheres são maioria, com 51,0% (51.168), e homens correspondem a 49,0% (49.094). Dessa forma, a razão de sexo, expressa pelo número de homens para cada 100 mulheres, é de 96%. A população do município é jovem, pois mais da metade de seus moradores (53%) têm até 29 anos de idade. A população com até 14 anos corresponde a 24,4% do total, 12,3% têm entre 15 e 19 anos, 9,0% de 20 a 24 anos e 6,9% da população municipal têm de 25 a 29 anos. A população idosa, com 60 anos e mais, corresponde a 9,8% dos habitantes. (PMAD, 2015)

Quanto à utilização dos serviços de saúde da região, a pesquisa da CODEPLAN enfatizou, que a população utiliza os serviços públicos de maneira bastante unilateral. Apenas uma pequena parte da população faz uso de planos de saúde, individual ou de empresas, e ainda 85,3% utilizam os serviços de saúde na própria localidade:

Na maioria dos municípios da periferia metropolitana de Brasília prevalece forte dependência dos serviços públicos de saúde. Em Planaltina quase 100% da população demanda os serviços de saúde pública para o atendimento de suas necessidades. Desse total, 85,3% utilizam serviços de saúde no próprio município, enquanto que 12,7% dão preferência ao uso dos equipamentos do DF. Entre os que recorrem à rede pública da Capital, 9,8% utilizam os hospitais e ou Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) localizados na Região Administrativa Plano Piloto. Quanto aos postos de saúde, até mesmo pelo caráter menos complexo dos atendimentos realizados nesses equipamentos, há expressivo percentual de utilização de serviços no próprio município (90,8%), enquanto 5,7% o utilizam no DF, de preferência na Região Administrativa Plano Piloto (5,1%). Do total da população pesquisada pela PMAD, 13,3% têm acesso a planos de saúde empresarial (6,8%) ou individual (6,4%). Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2015 do IBGE, esse percentual no Brasil é de 55,8%, no DF de 78,1% e em

Goiás de 55,3%. O Baixo percentual de aquisição de planos de saúde em Planaltina pode decorrer do baixo rendimento médio da maioria da população (PMAD, 2015)

O Gráfico 1 exemplifica o total de usuários dos serviços de saúde em Planaltina-DF.

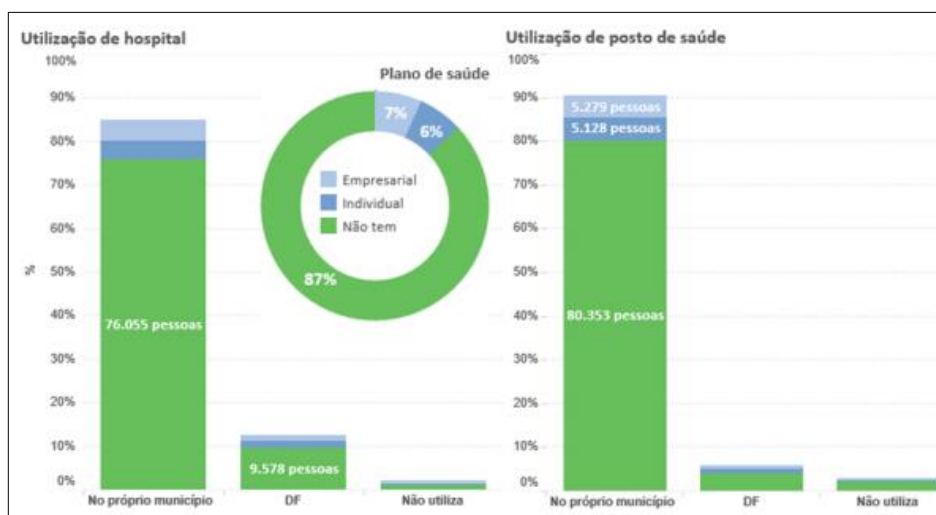


Gráfico 1 População por utilização de hospital, posto de saúde e planos de saúde  
Fonte: PMAD (2015)

### 3.3. População e amostra aplicada

Tratando da população e amostra, em outras pesquisas utilizando o método MCDA-C, verificou-se que, após a utilização de uma regressão matemática de amostras consideráveis de 500 entrevistas, as medianas encontradas para as amostras de 500, 400, 300, 200 e até 155 respondentes, foram as mesmas, obtendo-se o nível de confiança de 95%. Conclui-se, portanto, que com até 155 respondentes o grau de confiança permanece o mesmo que 500, por exemplo, como demonstra o gráfico abaixo. Logo, este é o ponto de partida da pesquisa.

**Professor, não sei como explicar de forma ainda mais clara esta situação.**

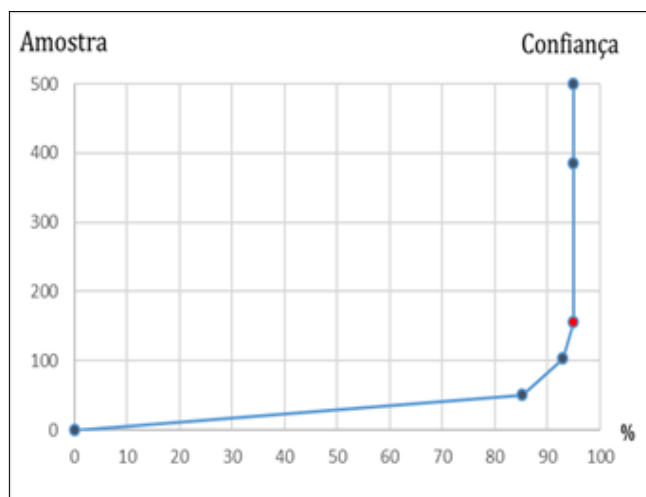


Gráfico 4 Amostra aleatória simples e percentual de confiança  
Fonte: Adaptado de Rodrigues (2014)

Considerando a população urbana de Planaltina de 100.262 habitantes, segundo dados da CODEPLAN em 2015, e os aspectos de confiabilidade do método MCDA-C, a amostra que a pesquisa necessitava era equivalente a 155 (+) usuários dos serviços de saúde da região, considerando uma amostra aleatória simples.

Ao final da aplicação do instrumento de pesquisa totalizou-se 170 usuários (validou-se os respondentes pelos critérios de terem utilizado os serviços da região ao menos uma vez e possuírem a idade mínima de 14 anos).

### 3.4. Justificativa e conceitos analíticos do modelo MCDA-C

Neste tópico, serão abordados os principais fundamentos do Modelo de Análise Multicritério de Apoio à Decisão – Construtivista.

#### 3.4.1. Histórico da Análise Multicritério e importância de usar o MCDA-C

Durante a Segunda Guerra Mundial, fez-se necessário a utilização de meios que apoiassem as decisões aplicadas ao contexto. A pesquisa operacional surgiu como maneira eficiente para respostas claras e concisas. (LYRIO et al., 2007)

Hiller e Lieberman (1988) fortalecem que no período da Segunda Guerra Mundial, as decisões necessitavam ser analíticas e práticas.

Os ambientes organizacionais desenvolveram ao longo do tempo características que também necessitam de abordagens objetivas para os impasses, assim como a utilidade da pesquisa operacional.

A metodologia de apoio à decisão construtivista, o MCDA-C, baseia-se em pesquisa operacional, utilizando a apresentação de etapas sequenciais das ações físicas que geram resultados padronizados e contribuem para a tomada de decisão. Essa modelagem matemática possui efeito determinístico e não-probabilístico como diagnóstico da realidade.

O MCDA-C destaca-se por sua polaridade de aplicação, utilizando a metodologia quali e quanti, fortalecendo a análise do cenário. A abordagem qualitativa busca a estruturação do processo analisado, os seus fatores internos e externos, já a abordagem quantitativa define matematicamente (na forma de pesos de importância) cada critério discutido anteriormente, tornando a visualização dos problemas mais completa.

O método focaliza a diferenciação e discussão de vários pontos ótimos no ambiente, levando em consideração que uma variável pode influenciar outras e assim comprometer ou fortalecer o trabalho de toda organização. A aplicação de pesos para cada variável, definidas como taxas de contribuição e níveis de esforços, apresentam um diagnóstico da situação analisada.

Bana e Costa (1990) Rodrigues (2014) salientam que o modelo MCDA-C contribui para que os tomadores de decisão criem e validem seus valores próprios através do processo interativo e construtivista.

Os valores fundamentais dos processos são construídos por meio de processos colaborativos, resultando em uma visualização clara da situação (RODRIGUES, 2014). Assim, o modelo aplicado oferta aos gestores informações que auxiliam na resolução de problemas com características diversas (base multicritério) e aprimora a compreensão do processo decisório.

### **3.4.2. Conceitos analíticos do modelo MCDA-C**

O modelo MCDA-C baseia-se na construção de critérios que sustentem a tomada de decisão. Para uso deste trabalho foi utilizado a base teórica de dois conceitos relevantes para a metodologia construtivista. Abaixo os tópicos explicativos.

### **3.4.2.1. Usabilidade**

Para Shackel (1991) a usabilidade deve ser considerada pelas empresas que desejam obter competitividade no mercado, potencializando os serviços ou produtos ofertados por meio da eficiência e eficácia.

Nielsen e Loranger (2006), afirmam que a usabilidade é uma propriedade da qualidade relacionando-se a quão fácil algo é de ser usado, a sua eficiência durante o uso, a memorização, a satisfação e os erros.

Derivando-se da perspectiva de usabilidade de interface operacionais, neste trabalho buscou-se desenhar o fluxo do processo de serviços de saúde de modo a visualizar a Usabilidade.

### **3.4.2.2. Benchmarking**

Spendolini, define o *Benchmarking* como um “processo utilizado para analisar serviços e/ou produtos ou processos de trabalho de empresas que possuem as melhores práticas percebidas pelo mercado”, podendo a organização se alinhar com o que é ofertado e ainda potencializar seus processos internos.

Já para Balm, *benchmarking* é um “processo contínuo de medirmos os produtos, serviços e práticas com os mais fortes concorrentes ou com as companhias reconhecidas como líderes da indústria”.

Mais recentemente, Rodrigues (2014), também afirma que esta metodologia realiza comparações entre os processos e práticas das empresas com o intuito de obter vantagem competitiva, podendo ocorrer uma análise interna na empresa, ou de forma comparativa, externa a ela.

Assim, o *benchmarking* tende a atualizar os gestores quanto as práticas que estão sendo realizadas em sua área. Neste trabalho buscou-se conhecer os processos de saúde e as variáveis de qualidade que o complementam atualmente.

### **3.4.3. Conceitos incorporados pelo modelo MCDA-C**

Ainda na perspectiva de construção do modelo MCDA-C, na elaboração da pesquisa foi utilizada as ferramentas construtivistas de *brainstorming* e grupo focal. Abaixo os tópicos explicativos.

### **3.4.3.1. Teoria construtivista**

Por meio da observação de diferentes pontos de vista dos interessados no processo (decisores, representantes e especialistas), a teoria construtivista, aplicada nessa pesquisa, visa adotar as melhores práticas em determinado problema/ambiente. A partir das variáveis envolvidas nas atividades, os atores podem inferir as potencialidades necessárias à empresa.

Esta pesquisa tem caráter construtivista, pois se apoia em métodos, tais como *brainstormings* e grupo focal, para a construção de critérios de avaliação.

### **3.4.3.2. Brainstorming**

Freire (2017), define *brainstorming* como uma técnica de trabalho em grupo para gerar novas ideias e propostas para a resolução de problemas em ambientes descontraídos.

Para Rodrigues (2014) a técnica auxilia uma equipe na composição e seleção de ideias para solucionar problemas em um curto espaço de tempo.

O objetivo do *brainstorming* é fomentar o desenvolvimento da criatividade dos participantes do grupo, gerando ideias livremente, sem o peso de serem consideradas inválidas. Nesta pesquisa foram realizados três *brainstormings*.

### **3.4.3.3. Grupo focal**

Rodrigues (2014), descreve o Grupo Focal (GF) como uma técnica de pesquisa qualitativa que se baseia em entrevistas grupais.

Para Lervolino e Pelicioni (2001), o grupo focal promove discussões direcionadas a tópicos específicos e diretivos.

Diferentemente dos *brainstormings*, onde o direcionamento é livre dentro do contexto, os grupos focais tendem a condicionar-se objetivamente.

## **3.5. Estruturação da coleta de dados do modelo MCDA-C**

Descreve-se abaixo a aplicação do modelo MCDA-C com foco em analisar a percepção dos usuários sobre os serviços de saúde na região de Planaltina DF. São



especificados o rótulo e os atores da pesquisa, as sessões de *brainstorming*, do grupo focal e seus derivados. E ainda os critérios e seus níveis de relevância.

### 3.5.1. Rótulos e atores da pesquisa

O rótulo da pesquisa é identificado na observação dos objetivos, sendo o objetivo geral deste trabalho, analisar a percepção da usabilidade dos serviços de saúde em Planaltina-DF.

Sendo os serviços de saúde uma rede interativa, composta por fluxos de trabalho que se complementam, os atores da pesquisa estão distribuídos entre os diversos processos e suas particularidades. A Figura 5 demonstra essa relação.

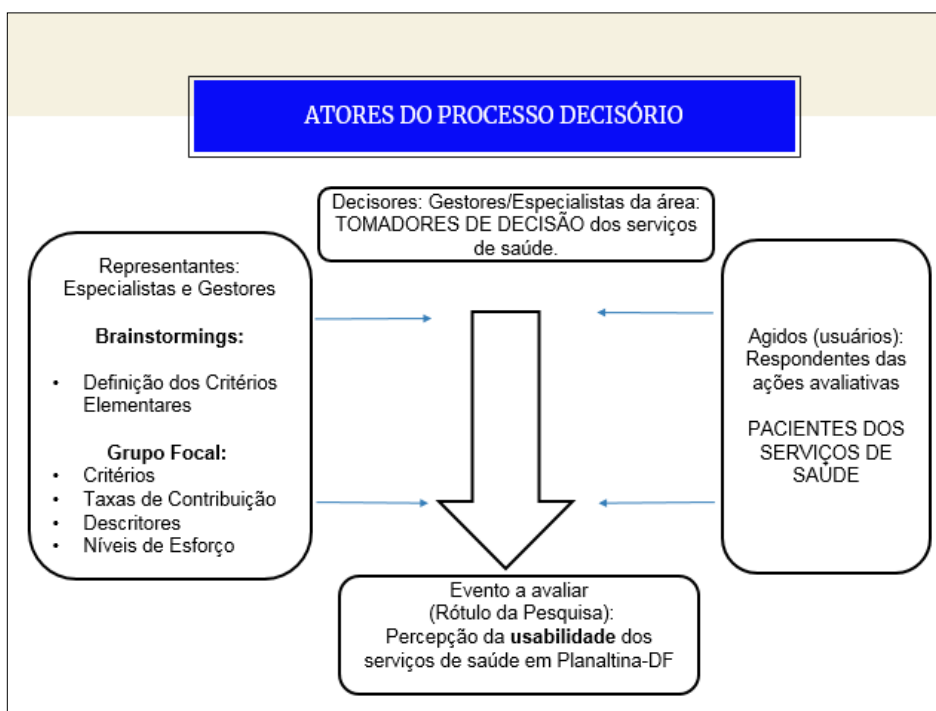


Figura 5 Atores do processo decisório e rótulo de pesquisa  
Fonte: Elaboração própria

O Quadro 3 demonstra como a metodologia MCDA-C elenca os atores envolvidos no processo decisório.

Decisores	<b>São os indivíduos que possuem um posicionamento estratégico acerca do assunto.</b>
Representantes	<b>Remete-se aos participantes do grupo focal.</b>

Moderador	Refere-se ao pesquisador que media as reuniões e é responsável pela a coleta de dados.
Agidos	São os usuários dos serviços de saúde ofertados.

Quadro 3 Taxonomia dos atores envolvidos no processo  
Fonte: Elaboração própria

No âmbito macro, os atores contatados estão distribuídos em três grupos que se diferenciam na aplicação do contexto de saúde: uma equipe de planejamento em atenção hospitalar, capaz de indicar o fluxo de atendimento como também as dificuldades do processo; um grupo de enfermeiros que está na linha de frente do atendimento e também estudiosos da saúde coletiva que apresentam a perspectiva de direito de acesso aos serviços.

Na perspectiva interna estão os agidos, que são os usuários dos serviços e diante de sua utilização tornam-se capazes de analisar a usabilidade do sistema como um todo.

E ainda, em análise, o moderador e orientador, que agem de forma impessoal a fim de buscar resultados para as indagações do trabalho de forma clara e sem intervenções tanto na esfera estratégica, de planejamento e operacional quanto na interação com os usuários dos serviços.

### 3.5.2. Seleção dos sujeitos para os *brainstormings*

A seleção dos membros dos *brainstormings* buscou encontrar atores que pudessem contribuir com o tema e objetivos de pesquisa. O moderador convidou grupos atuantes na área de pesquisa.

### 3.5.3. Identificação próprias prévias dos elementos para apoiar os *brainstormings*

Antes de ocorrer as reuniões de *brainstormings*, foi elaborada uma pequena lista de elementos para instigar os participantes dos *brainstormings*. Os pontos de vista elementares prévios estão elencados na Figura 6:

IDEIAS PRELIMINARES DOS PESQUISADORES	
Itens de Usabilidade	Características dos Itens
Atendimento	-Condução -Cadastro -Procedimento -Organização
Conforto	-Ambiente adequado -Organização
Rapidez	-Confirmação -Tempo de espera -Agilidade no procedimento
Profissionais	-Disponibilidade -Habilidade -Qualificação
Materiais e Equipamentos	-Disponibilidade -Qualidade

Figura 6 Ideias preliminares  
Fonte: Elaboração própria

#### 3.5.4. Reuniões de *brainstormings* para definir os Pontos de Vista Elementares (PVE)

A pesquisa contou com a realização de três *brainstormings*, com atores envolvidos em diversas atividades dentro da oferta dos serviços. Sendo eles, um grupo de enfermeiros, um grupo do planejamento da atenção hospitalar e outro grupo com estudiosos de saúde coletiva da UnB.

Nas reuniões foi apresentado o tema processo de serviços e o conceito de usabilidade, buscou-se alinhar estes termos e observou-se como os participantes reagem, suas falas e interação com o processo discutido.

##### 3.5.4.1. Informações coletadas durante aplicação do MCDA-C e o contexto construtivista

Abaixo apresenta-se a visão dos profissionais envolvidos no processo de oferta dos serviços de saúde, o que deu embasamento para o aspecto qualitativo da pesquisa. Com as informações discutidas aqui foi possível encontrar os critérios de análise.

##### 3.5.4.2. *Brainstorming* 1: Departamento de saúde coletiva da UnB

Foi possível a realização do *brainstorming* com um professor do Departamento de Saúde Coletiva da UnB e três alunos.

A visão desse grupo é muito abrangente, tendo em vista que o curso de Saúde Coletiva é relativamente novo e visa a criação de profissionais que desenvolvam aspectos intrínsecos e extrínsecos relacionados à saúde, que resultem na evolução dessa área no país. Mais do que tratar a saúde de forma emergencial, os futuros sanitaristas possuem a missão de analisar a causa e efeito da saúde brasileira, convertendo a experiência em qualidade de vida para a população.

Foi edificante observar a perspectiva de saúde pela visão da Saúde Coletiva. Destacou-se a atenção à saúde como uma rede, um processo de acolhimento, e isso que gera a qualidade do atendimento e promove o estado de direito, previsto na Constituição Brasileira.

As informações construíram os critérios de acesso e atendimento.

#### **3.5.4.2.1. *Brainstorming* 2: Enfermeiros do CEP Saúde de Planaltina DF**

Este grupo tem experiência no atendimento da linha de frente hospitalar, diretamente com o paciente. Foram quatro enfermeiros atuantes no hospital de Planaltina, formados pela Escola Técnica de Saúde.

Aqui foi possível identificar os *gaps* com a qualidade do cliente interno da organização. Demonstrou-se uma insatisfação por parte destes em relação à quantidade de profissionais na emergência, disponibilidade de materiais e estrutura dos hospitais em que viveram suas experiências.

Entende-se que a qualidade ofertada depende de uma série de fatores positivos internos ao processo e definiu-se os critérios Estrutura e Profissionais.

#### **3.5.4.2.2. *Brainstorming* 3: Setor de planejamento de um hospital de grande porte**

Este *brainstorming* foi o mais específico, realizado diretamente com profissionais ligados ao planejamento de uma atenção hospitalar. Foram quatro profissionais que apresentaram suas perspectivas da experiência que estão vivenciando no hospital.

Foi bastante proveitoso por apresentar uma análise prática dos serviços e ainda, fortaleceu as discussões sobre estrutura e profissionais.

### 3.5.5. Conversão dos Pontos de Vista Elementares (PVE) em Pontos de Vista Fundamentais (PVF)

Posteriormente, o pesquisador sintetizou as informações coletadas e ficou definido assim os Pontos de Vista Fundamentais.

Houve uma unificação de elementos que são da mesma unidade de avaliação, permitindo o máximo de clareza na análise. Nesse momento também foi distribuído os subcritérios de avaliação que complementam o critério maior. A Figura 7 apresenta a filtragem realizada, tornando os critérios concretos.

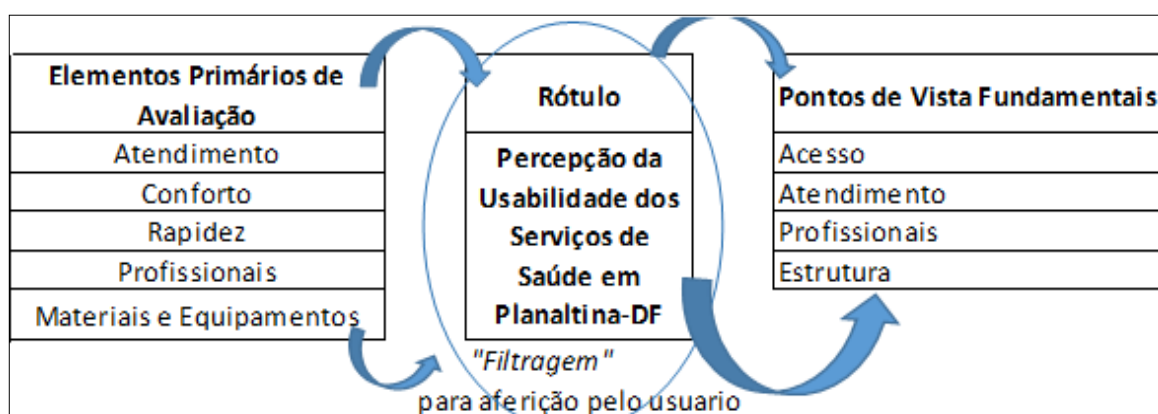


Figura 7 Filtragem dos elementos e nova disposição em Pontos de Vista Fundamentais  
Fonte: Elaboração própria

### 3.5.6. Seleção dos componentes do grupo focal

O grupo focal, realizado em julho de 2018 em uma sala de reuniões no Departamento de Administração da UnB, contou com a presença de atores com experiência no processo de oferta dos serviços de saúde, usuários dos serviços e os moderadores. A reunião foi mediada pelo pesquisador e contou com nove participantes.

O grupo focal aplicado nesta pesquisa visou consolidar os pontos de vista fundamentais e também definir as suas taxas de contribuição, níveis de esforços e construir o descritor.

### **3.5.7. Definição das taxas de contribuição dos PVF e definição dos níveis de esforço**

A taxa de contribuição é definida pela importância que cada critério possui para a composição do rótulo da pesquisa. Cada um dos critérios recebe um peso no grupo focal. Silva (2017), distribui as taxas de contribuição em percentuais de 0% a 100% e as somas dos subcritérios têm que completar 100% em cada PVF.

O grupo focal também atribui o nível de esforço para cada critério e subcritério, da mesma maneira que ocorre com a consolidação das taxas de contribuição.

O nível de esforço é concebido conforme a percepção dos atores presentes no grupo e refere-se ao nível de esforço que o critério necessita para alcançar o ponto ótimo. No grupo focal se discute qual critério demanda maior esforço para a organização alcançar a usabilidade total.

Construiu-se, então, os 22 critérios de análise da usabilidade dentro do processo de serviços, como exemplifica o Quadro 4, e as suas respectivas taxas de contribuição e níveis de esforços, destacados abaixo em vermelho.

PVF (Requisito) (Pontos de Vista Fundamentais)	Taxa de Contribuição PVF (Requisito)	SubPVF (Sub-requisito)	Taxa de Contribuição SubPVF (Sub-requisito)	Maior Esforço entre os SubPVF	Maior Esforço do PVF
1. Acesso	25%	1.1 Universalidade.	20%	2	3
		1.2 Acessibilidade.	25%	3	
		1.3 Disponibilidade.	25%	1	
		1.4 Acolhimento.	20%	4	
		1.5 Percepção da gestão.	10%	5	
2. Atendimento	30%	2.1 Rotina de atendimento.	10%	6	4
		2.2 Triagem efetiva.	15%	4	
		2.3 Agilidade no socorro.	20%	1	
		2.4 Assertividade no diagnóstico.	25%	3	
		2.5 Tratamento humanizado. Comunicação.	10%	5	
		2.6 Resolutividade para o problema do paciente.	20%	2	
3. Profissionais	30%	3.1 Qualificação.	20%	2	2
		3.2 Disponibilidade.	20%	1	
		3.3 Atitude e satisfação.	25%	3	
		3.4 Habilidade.	20%	4	
		3.5 Comunicação.	15%	5	
4. Estrutura	15%	4.1 Espaço físico	20%	2	1
		4.2 Conforto do ambiente.	10%	6	
		4.3 Disponibilidade de insumos (equipamentos, materiais e medicamentos).	25%	3	
		4.4 Tecnologia.	25%	1	
		4.5 Manutenção.	10%	4	
		4.6 Segurança.	10%	5	

Quadro 4 Critérios e pesos definidos no grupo focal  
Fonte: Elaboração própria

### 3.5.8. Construção do descritor

Em seguida, elabora-se a pergunta padrão para o questionário e as opções de respostas, cada qual com o seu nível de impacto. O MCDA-C utiliza-se de uma escala assimétrica, com três pontos: ótimos, um neutro e um ponto negativo. A diferença de uma percepção *pouco bom* para *bom* é mais significativa do que se houvesse uma diferença de *muito ruim* para *ruim*. O Quadro 5 exemplifica a situação definida no grupo focal:

Sugestão de Descritor		
Pergunta Padrão	Níveis de Impacto	Opções de Respostas
Na condição de usuário, como você avalia os serviços de saúde em Planaltina-DF em relação ao seguinte item:	N5	Excelente
	N4	Bom
	N3	Pouco Bom
	N2	Indiferente ou (Neutro)/Sem opinião
	N1	Ruim ou Pêssimo (Negativo)

Quadro 5 Pergunta padrão e descritor  
Fonte: Elaboração própria

### 3.5.9. Apresentação da árvore de valor

Abaixo, a Figura 8 apresenta a árvore de valor, que demonstra a consolidação dos critérios, visando o entendimento de sua construção.

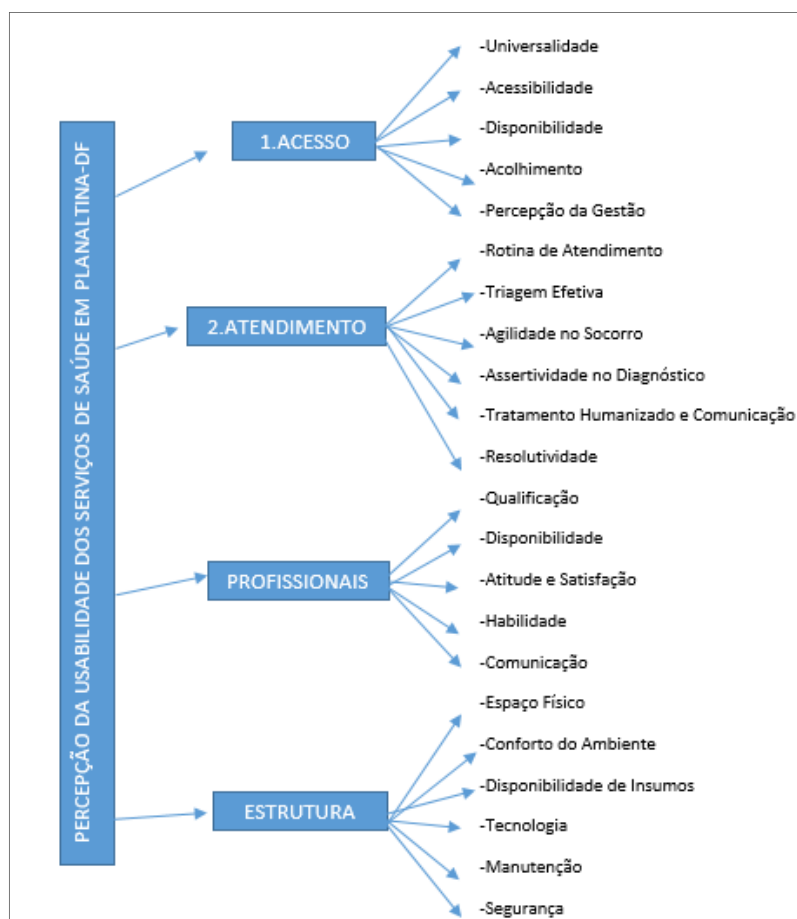


Figura 8 Árvore de valor  
Fonte: Elaboração própria



### **3.6. Coleta e análise de dados: Modelo MCDA-C**

Esta seção apresenta o processo de coleta e análise de dados, utilizando o instrumento criado durante a aplicação do método MCDA-C.

#### **3.6.1. Instrumento de coleta de dados e aplicação**

Após a delimitação dos descritores e a consolidação das taxas de contribuição e níveis de esforços, foi possível elaborar o questionário com 22 critérios de análise para quatro macros critérios.

O instrumento foi adaptado para o melhor entendimento dos agidos, dentro do seu contexto. A aplicação se deu na região de Planaltina DF com o formulário impresso e também foi elaborado um questionário online, como suporte para facilitar o alcance da meta de 155+ respostas.

#### **3.6.2. Tabulação dos dados coletados e identificação da mediana**

Após a aplicação do questionário, com 170 respostas válidas, foi realizada a tabulação dos dados e posteriormente identificada a mediana de cada item do questionário. O valor da mediana encontra-se na posição 85.

Através da mediana é possível identificar em qual nível de avaliação estava a concentração das respostas em determinado item e assim prosseguir com a análise da usabilidade de cada critério.

#### **3.6.3. Inserção dos dados no software**

O software utilizado nesta fase, o MyMCDA-C, desenvolvido pelo aluno Gabriel Tomaz Lima, com orientação do professor Rafael Rabelo, tem por base a modelagem de análise multicritério.

Inserimos as informações coletadas durante o grupo focal, como os pontos de vista fundamentais e seus subitens, as taxas de contribuição, os níveis de esforço e os valores das medianas, resultado da aplicação do instrumento. Assim, por meio de planilha eletrônica, foram gerados gráficos e tabelas que permitiram a visualização da condição analisada.

Os gráficos gerados informatizam os tomadores de decisão quanto à distância que estão do ponto ótimo nos diversos aspectos, assim como também, a diferença entre o valor máximo e o mínimo, que se refere a nível de esforço total do critério. Dessa maneira, as informações qualitativas são transformadas em valores numéricos, quantificando a pesquisa.

## 4. USABILIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM PLANALTINA DF

Neste capítulo, apresenta-se a análise dos dados demográficos e dos resultados de cada um dos quatro critérios identificados durante a construção da pesquisa, sendo eles: acesso, atendimento, profissionais e estrutura física do âmbito de serviços de saúde.

### 4.1. Análise dos dados demográficos e perguntas gerais

Abaixo, seguem as análises dos dados demográficos e perguntas direcionadas à utilização dos serviços, sendo os respondentes os usuários dos serviços de saúde da região administrativa de Planaltina-DF.

#### 4.1.1. Gênero

O Gráfico 5 apresenta o gênero; 61,8% dos respondentes são mulheres, o que corrobora com a pesquisa da CODEPLAN (2015), que afirmou que em Planaltina DF as mulheres são maioria (51%).

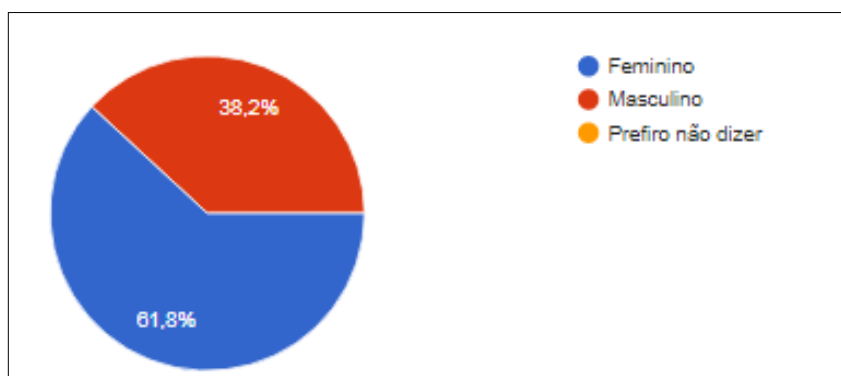


Gráfico 5 Gênero dos respondentes  
Fonte: Dados da pesquisa

#### 4.1.2. Idade

Em relação à idade dos respondentes, o Gráfico 6 demonstra que também há alinhamento com a pesquisa da CODEPLAN (2015), a qual considerou a cidade de Planaltina como jovem, visto que representam uma camada significativa da

população. Neste trabalho, 55,5% dos respondentes têm entre 20 e 29 anos e 19,7% entre 14 e 19 anos.

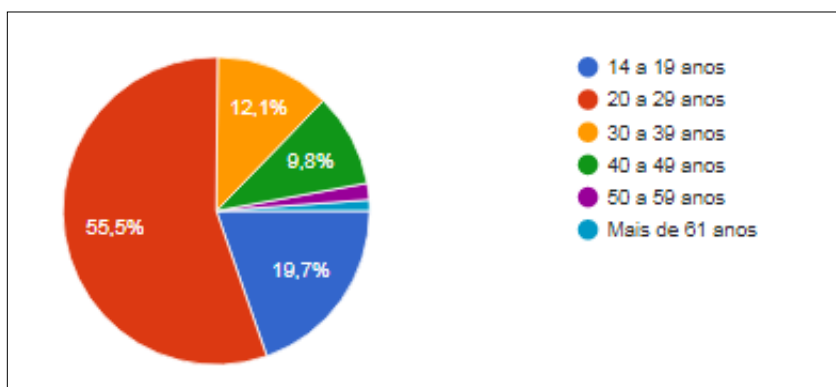


Gráfico 6 Idade dos respondentes  
Fonte: Dados da pesquisa

#### 4.1.3. Escolaridade

Abaixo o Gráfico 7 apresenta a escolaridade; 39,3% dos usuários que avaliaram a usabilidade dos serviços possuem o ensino médio, enquanto 28,9% estão cursando o ensino superior (ensino superior incompleto), e por seguinte, 9,2% possuem ensino médio incompleto e 9,2% o ensino superior completo. Esta condição também está alinhada com o fato da amostra ser considerada jovem (75%).

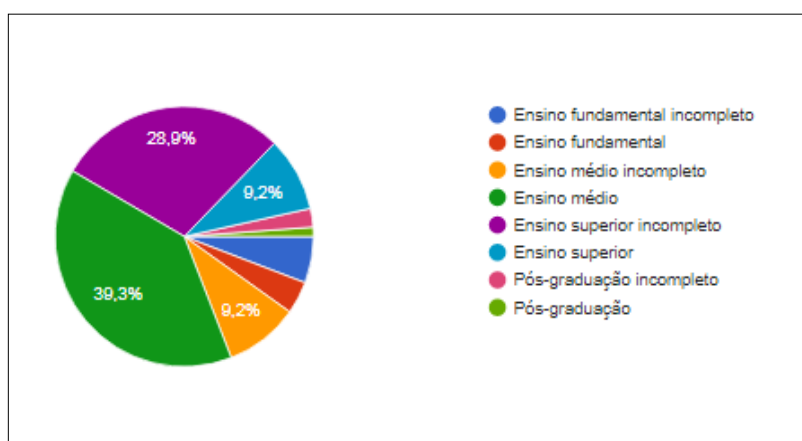


Gráfico 7 Nível de escolaridade dos respondentes  
Fonte: Dados da pesquisa

#### 4.1.4. Renda

Já a renda per capita assume os valores entre 0,00 e 2.364,00, sendo representados por 88,4% da amostra, como demonstra o Gráfico 8.

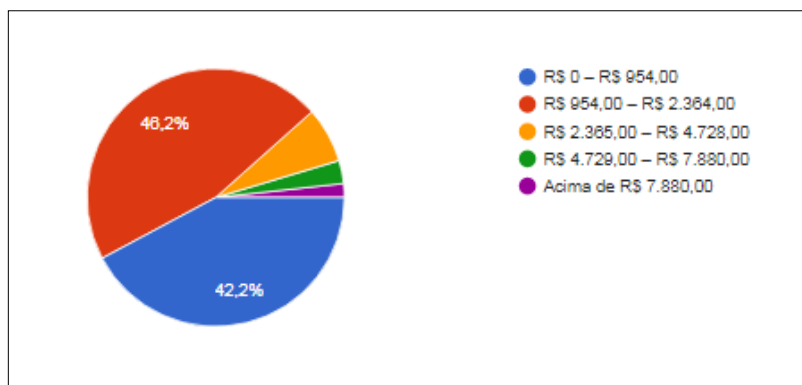


Gráfico 8 Nível de renda dos respondentes  
Fonte: Dados da pesquisa

#### 4.1.5. Frequência de utilização dos serviços

Foi questionado aos respondentes com qual a frequência eles utilizam os serviços de saúde, e existe uma regularidade a cada 3 meses de 28,3%, e entre 10/12 meses um total de 37,6% da amostra, sendo aqui os menores e maiores espaços de tempo, como exhibe o Gráfico 9.

Esse apontamento se torna abstrato e é uma questão em relação à saúde individual de cada usuário. Ainda assim, indaga-se sobre quais motivos podem levar os usuários aos centros de saúde entre 1 e 3 meses, em uma frequência corriqueira.

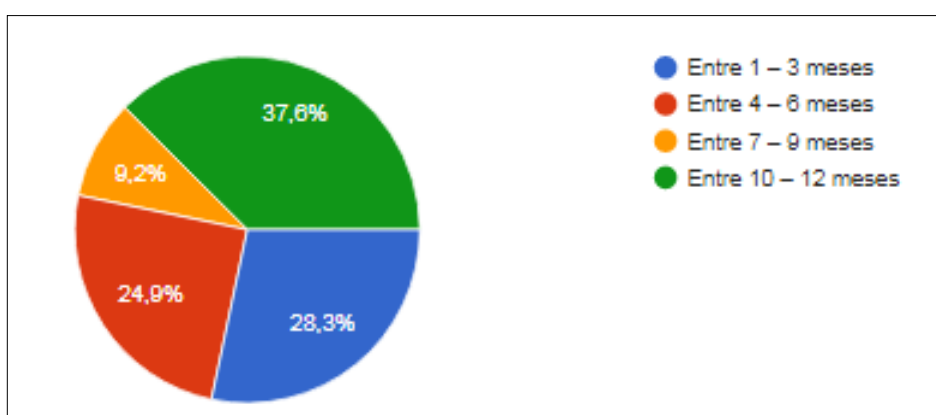


Gráfico 9 Frequência de uso dos serviços de saúde  
Fonte: Dados da pesquisa

#### 4.1.6. Rede de atenção

Em relação a qual rede de atenção hospitalar os usuários frequentaram, o Gráfico 10 demonstra que 64,2% afirmam que utilizaram o hospital regional da cidade como parâmetro avaliativo. Estas respostas afirmam que os usuários utilizam os serviços em questões de emergência, na atenção terciária, buscando maior estrutura para a resolutividade do problema.

Ressalta-se que não há UPAs em Planaltina DF (atenção secundária). A UPA mais próxima da região encontra-se na cidade satélite vizinha, Sobradinho DF, e não fez parte da análise deste trabalho.

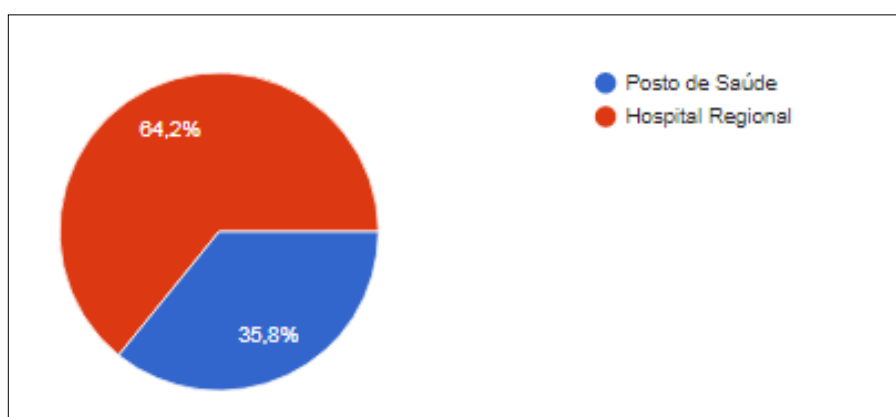


Gráfico 10 Frequência de utilização das unidades de saúde  
Fonte: Dados da pesquisa

#### 4.1.7. Recomendação dos serviços

E, por fim, respondendo à questão de recomendar os serviços que receberam, a resposta foi bastante negativa, com um total de 71,1% de usuários que não recomendam os serviços utilizados, conforme observado no Gráfico 11.

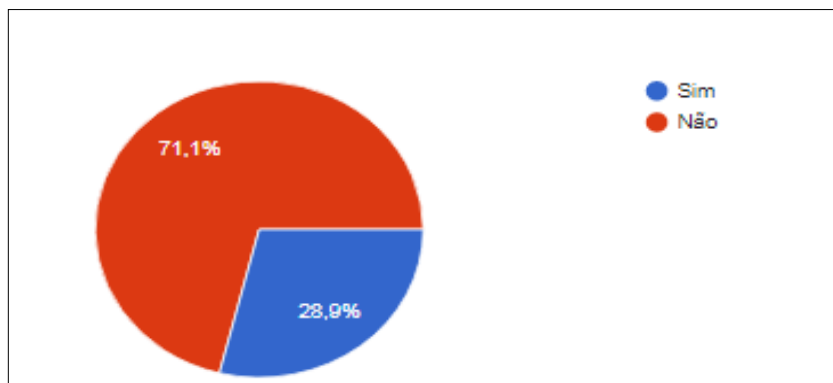


Gráfico 11 Recomendação de utilização dos serviços médicos  
Fonte: Dados da pesquisa

#### 4.2. Análise da usabilidade dos serviços de saúde de Planaltina DF

Com base na percepção dos usuários acerca da usabilidade dos serviços de saúde da região de Planaltina DF, este tópico trata da análise dos critérios elencados anteriormente, durante o processo de construção dos pontos de vista fundamentais, que são, de acordo com os especialistas e gestores da área, indispensáveis para a oferta dos serviços.

Os critérios acesso, atendimento, profissionais e estrutura física foram tratados e modelados por meio do software MyMCDA-C, sendo uma modelagem para cada PVF que integra a problemática da pesquisa.

A interpretação dos gráficos baseia-se na distância entre os níveis máximo e mínimo de cada critério, denominados degraus. Cada degrau apresenta um *gap* a ser preenchido pelos gestores a fim de alcançar o ponto ótimo da oferta do serviço e posterior satisfação dos usuários-cliente.

Os níveis máximo e mínimo são representados pelas cores azul e laranja, respectivamente, e a linha vermelha trata da percepção dos agidos desta pesquisa. Quanto mais perto o critério estiver da cor azul, ou seja, o ponto máximo, melhor ele é percebido pelos agidos e menor é seu custo para os gestores. O inverso, próximo ao laranja, representa fatores críticos no processo de entrega do serviço e onde os gestores teriam maiores custos para implementar melhorias, mas, a longo prazo significa restabelecer a qualidade do serviço e recuperar a visão dos agidos sobre o processo aqui estudado.

#### 4.2.1. Acesso

O primeiro critério – Acesso (Gráfico 12) - que consiste na facilidade e disponibilidade dos usuários em acessarem os serviços de saúde, resultou em 232 degraus entre um ponto e outro, sendo a percepção estabelecida no ponto -30, distante 36 degraus do ponto mínimo e distante 196 degraus do ponto ótimo. Este critério conta ainda com cinco subcritérios, que abarcam toda a questão do acesso aos serviços – (1.1) Universalidade; (1.2) Acessibilidade; (1.3) Disponibilidade; (1.4) Acolhimento e (1.5) Gestão do Acesso Unificado.

Os pontos críticos apresentados neste critério são os de (1.2) Acessibilidade e de (1.3) Disponibilidade, tais subcritérios estão exatamente no ponto mínimo da escala, o que os distancia 220 e 300 degraus, respectivamente, do ponto de excelência. A percepção dos usuários sobre estes subcritérios é insatisfatória, o que necessita de atenção por parte dos tomadores de decisão. Eles representam, ainda, 50% do percentual de esforços do critério, o que os torna ainda mais relevantes para os gestores.

Tais resultados estão acentuados com os estudos relevantes sobre acesso. O alcance dos serviços ainda está restrito, fortalecendo a complexidade dos processos na sociedade. A percepção dos usuários sobre a disponibilidade dos serviços demonstra, em Planaltina DF, as limitações no âmbito do desenvolvimento de políticas públicas e sua efetividade neste sentido.

Conforme citado por Campos (2018), o SUS ainda não atingiu a garantia concreta de acesso universal à saúde e à atenção integral. Ainda que atualmente programas como ‘Mais Médicos’ visem a disponibilidade dos recursos humanos até mesmo em áreas remotas, na cidade analisada, nota-se com estes resultados que o efetivo ainda não cumpre a necessidade demandada.

Os itens (1.4) Acolhimento e (1.5) Percepção da Gestão apresentam-se em ponto nulo posicionados em 0, sendo assim indiferentes para os usuários, mas distantes 140 e 120 do ponto ótimo.

Destaca-se nesse critério o item (1.1) Universalidade atingido uma percepção de 50 para o usuário (escala de 360 degraus entre os pontos), distante apenas 130 degraus para atingir a excelência. Considerando a homogeneidade de pontos negativos, a questão da Universalidade é percebida positivamente pelos usuários, o



que corrobora com um dos princípios do SUS, de que todos os cidadãos têm direito de acesso ao sistema.

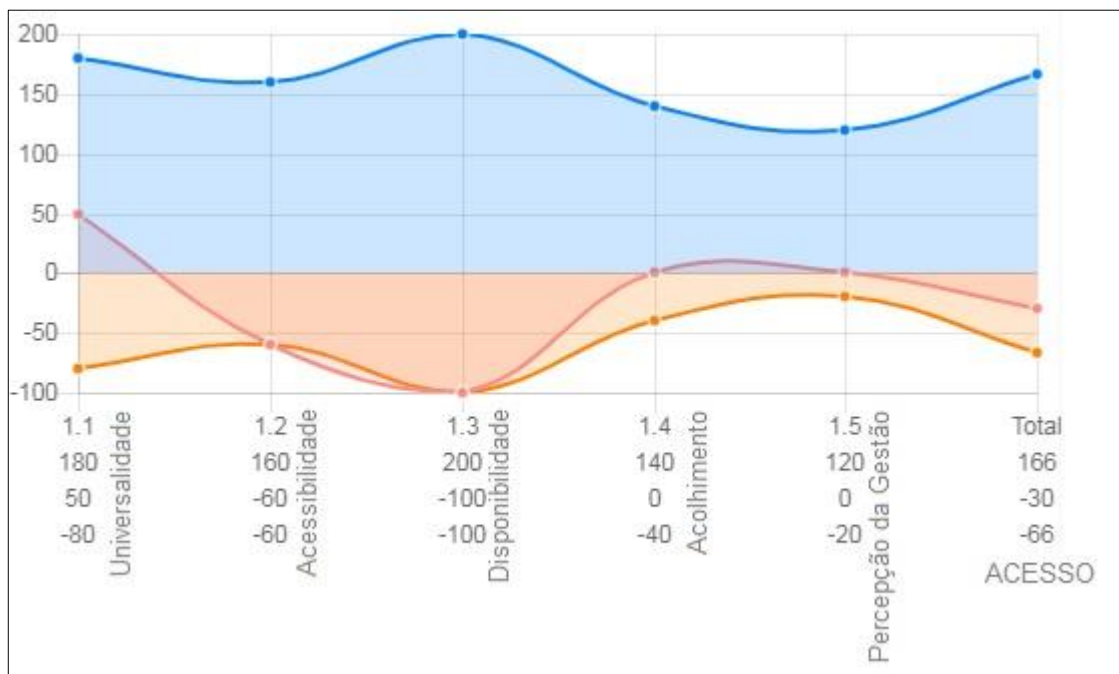


Gráfico 12 Acesso aos serviços de saúde  
Fonte: Dados da pesquisa

#### 4.2.2. Atendimento

O critério “atendimento” (Gráfico 13) explana sobre o processo de atendimento e sua efetividade. Na escala global desprende 174 passos para o ponto ótimo.

O atendimento está na linha de frente do processo, a linha de produção de serviços, e por sua intangibilidade, se fragiliza nesse momento, quando há pouca sensibilidade dos colaboradores em aplicarem a teoria sobre toda a rede de saúde, e o sistema que incita universalidade, pode não apresentar cobertura, conseqüentemente não transmitir confiança para o usuário-cliente. Sendo confiabilidade uma das prioridades da gestão da produção, conforme revisão de literatura.

Os subcritérios estão distribuídos entre (2.1) Rotina no fluxo; (2.2) Triagem efetiva; (2.3) Agilidade no socorro; (2.4) Assertividade no diagnóstico; (2.5) Tratamento humanizado e (2.6) Resolutividade.

O ponto crítico deste critério está representado no subcritério (2.3) Agilidade no socorro, sendo a demora no atendimento uma crítica recorrente nos centros clínicos

e hospitais. Aqui ele apresenta-se no ponto mínimo posicionado em -95, demandando para os gestores a alavancagem de todos os degraus da escala; 290.

Os demais subcritérios estão distantes do ponto ótimo em pelo menos 100 degraus, sendo percebido pelos usuários em ponto nulo. Destaca-se o subcritério (2.6) Resolutividade, pois está distante do ponto mínimo em 75 degraus, o que sinaliza que mesmo havendo demora para atendimento a resolutividade do problema dos pacientes está bem avaliada em relação aos outros itens e acredita-se que o usuário teve sua situação resolvida, o que corrobora com a afirmação do MS (2018) sobre a assistência ter como objetivo garantir resolutividade da atenção e a continuidade do cuidado.

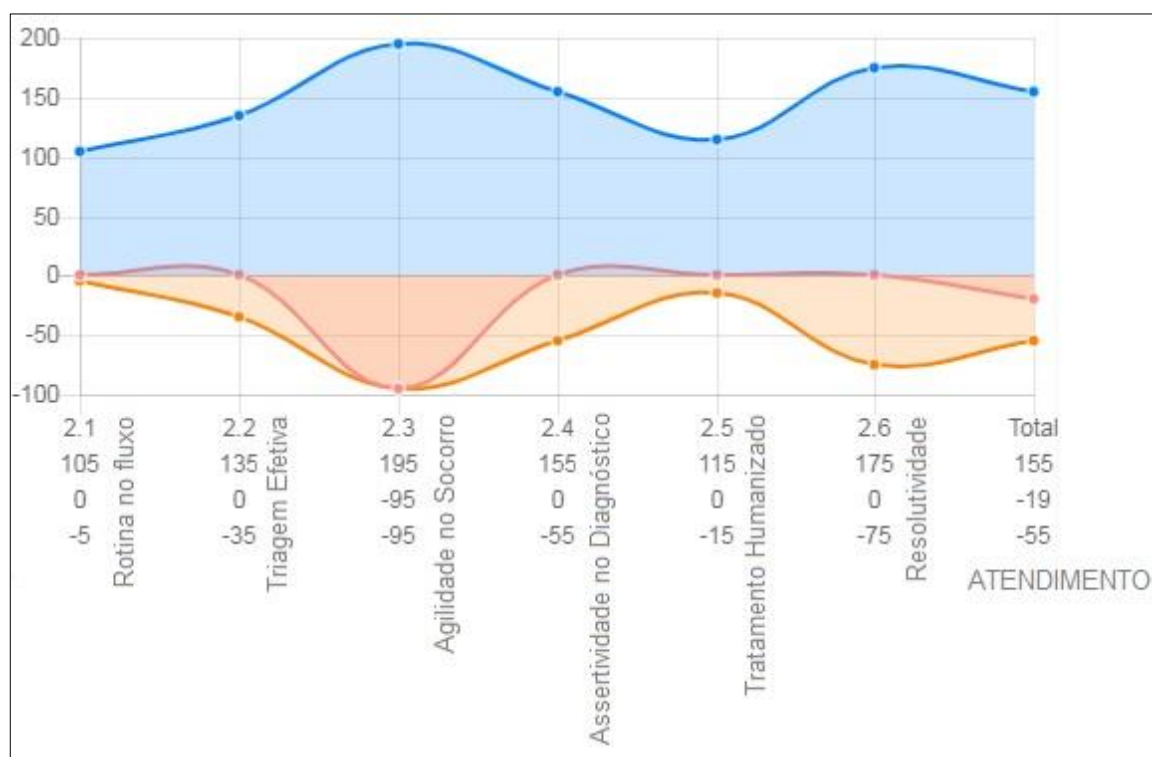


Gráfico 13 Nível de satisfação em relação ao atendimento  
Fonte: Dados da pesquisa

#### 4.2.3. Profissionais

O critério 3 – Profissionais (Gráfico 14) – compreende a presteza e disponibilidade dos profissionais envolvidos no processo dos serviços de saúde. Aqui estão inseridos mais que os médicos e enfermeiros, mas também toda a equipe que

integra os gestores e agentes de saúde, ainda que os médicos e enfermeiros possuam um papel imprescindível dentro do processo.

A percepção está posicionada em -17, e alguns aspectos o direcionam para distante do ponto mínimo em 50 passos (maior distância entre os quatro critérios), ainda assim necessita de 184 degraus para atingir o ponto ótimo.

A relevância deste critério fora definida no grupo focal, onde apresentou uma taxa de contribuição de 30% no processo dos serviços e configura como segundo aspecto que mais custa para os gestores.

Os subcritérios estão distribuídos entre (3.1) Qualificação (3.2) Disponibilidade (3.3) Atitude e satisfação (3.4) Habilidade (3.5) Comunicação. Os itens (3.1) Qualificação e (3.4) Habilidade são bem percebidos pelos usuários, alcançando ambos um ponto de 50 na escala e distanciando-se 135 e 95, respectivamente, do ponto ótimo. Logo, compreende-se que os profissionais estão qualificados e possuem habilidades para exercerem suas funções, de acordo com a visão dos usuários.

Em contrapartida, os itens (3.2) Disponibilidade e (3.3) Atitude e satisfação, foram mal percebidos, representados nos pontos mínimos do critério -105 e -65 respectivamente.

A disponibilidade de profissionais nos remete a questão da disponibilidade de serviços (1.3 de Acesso), quando não existe a contemplação da atividade sem a disposição de profissionais dentro do sistema.

Arruda (2018), cita que a evolução do processo da gestão do SUS traz a ideia de rede para sua efetiva consolidação, logo, os aspectos de avaliação estão interligados e tornam-se dependentes no fluxo de oferta do sistema. Devemos nos indagar aqui, qual questão contribui para que estes itens (disponibilidade) estejam tão baixos na compreensão dos usuários e entender também a disposição dos profissionais para que haja a alavancagem necessária, mais precisamente em 310 degraus.

Por fim, o item (3.5) Comunicação apresentou-se em ponto nulo a 125 degraus do ponto ótimo.

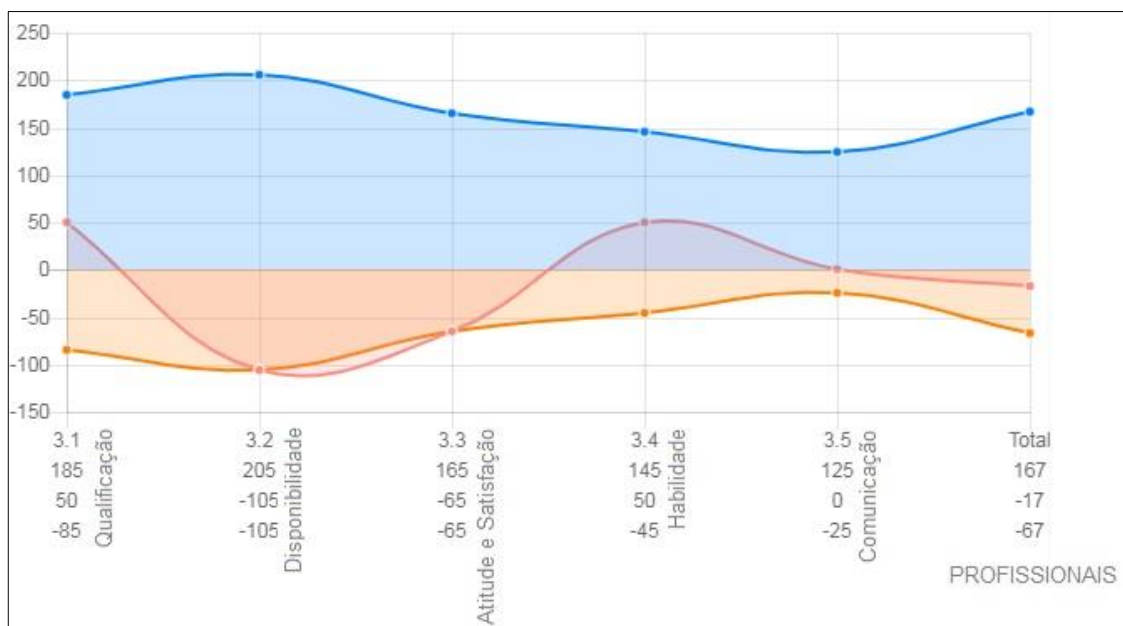


Gráfico 14 Nível de satisfação em relação aos profissionais envolvidos no processo  
Fonte: Dados da pesquisa

#### 4.2.4. Estrutura física

O critério Estrutura Física (Gráfico 15) que no grupo focal alcançou uma taxa de contribuição de 30%, e foi considerado o aspecto mais custoso para a organização em termos de alavancagem nos degraus, é na percepção dos usuários um critério mal avaliado, há 236 degraus do ponto ótimo.

Os subcritérios que compõem o item são (4.1). Espaço físico; (4.2) Conforto do ambiente; (4.3) Insumos; (4.4) Tecnologia; (4.5) Manutenção e (4.6) Segurança Pública. Os pontos neutros ficaram entre os itens (4.5) Manutenção e (4.6) Segurança Pública, sendo percebidos no ponto nulo, distantes a 150 e 130 degraus, na devida ordem.

Os critérios (4.1). Espaço físico; (4.2) Conforto do ambiente; (4.3) Insumos e (4.4) Tecnologia igualaram-se no ponto mínimo da escala, o que representa que o item necessitaria de esforços grandiosos para alcançar o ponto ótimo: 280, 120, 240 e 320 mutualmente.

O entendimento dos pacientes demonstra que os recursos destinados a estrutura são empregados de maneira pouco efetiva o que compromete a satisfação dos usuários. A análise remete-se a afirmação de Gomes (2018), quando explana a estrutura física como pouco convidativa, com ausência de materiais, equipamentos e medicamentos.

Infere-se também que este critério desencadeia todo o aspecto negativo da percepção dos usuários pois ele é intrínseco aos outros critérios e subcritérios comprometendo questões aqui já avaliadas, como acesso, qualidade de atendimento, disponibilidade de profissionais e do próprio serviço.

Outra questão relevante trata da satisfação e atitude dos profissionais em realizarem a atividade; existe a necessidade de um suporte de materiais, equipamentos e aparato tecnológico, além do conforto indispensável aos usuários de um serviço, que conforme a literatura elenca, é altamente delicado.

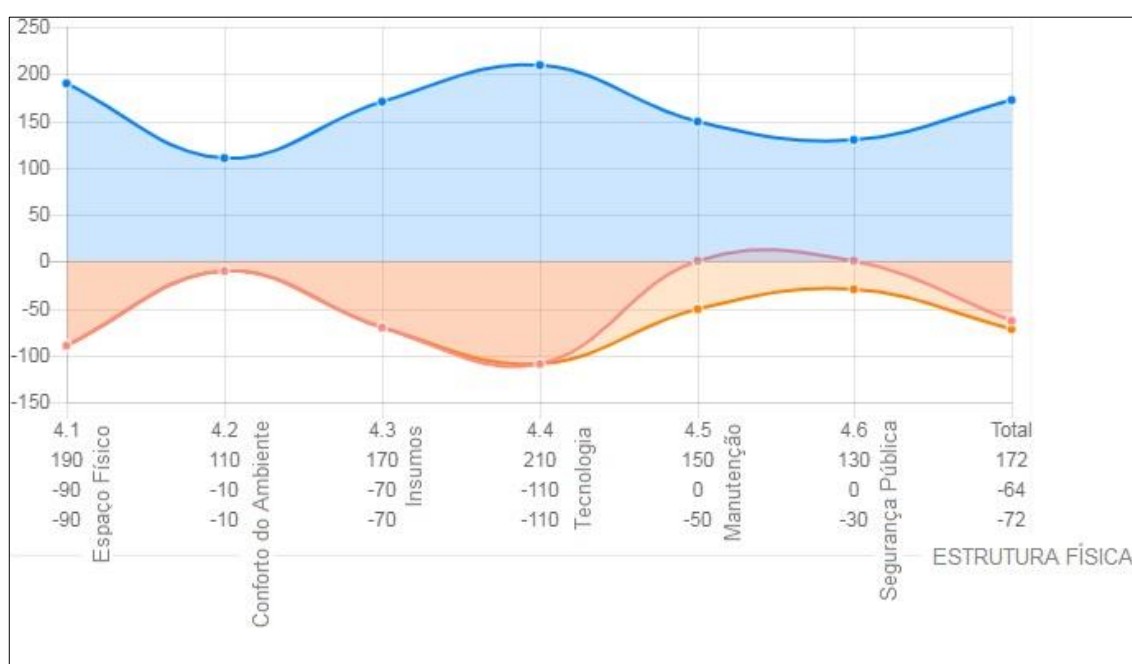


Gráfico 15 Nível de satisfação em relação à estrutura física  
Fonte: Dados da pesquisa

### 4.3. Análise global da percepção dos usuários

A análise global (Gráfico 16) incita que, na percepção dos usuários, a usabilidade dos serviços de saúde está carente de atenção por parte dos tomadores de decisão. Isso porque todos os aspectos analisados apresentam-se em um ponto negativo na modelagem matemática, de modo geral.

Os degraus entre o ponto máximo e mínimo variam entre 210 para o critério (2) Atendimento a 344 passos para o critério (4) Estrutura Física - sendo este último definido pelo grupo focal como o maior esforço para a organização alcançar o ponto ótimo, ou seja, o que demanda maiores recursos por parte da organização.

O critério atendimento necessita de um total de 174 degraus para alcançar a plenitude dos serviços e acarreta no menor dispêndio por parte dos gestores, ainda assim está próximo do ponto mínimo em 36 degraus, o que também coloca esse critério em estado de atenção.

Ainda na análise da modelagem, e como discutido na análise individual de cada critério, a estrutura física necessita de 236 degraus para alcançar o ponto ótimo, estando muito próximo do ponto mínimo - 8 degraus -, tornando-se a questão mais crítica na oferta dos serviços de saúde, pela percepção dos usuários.

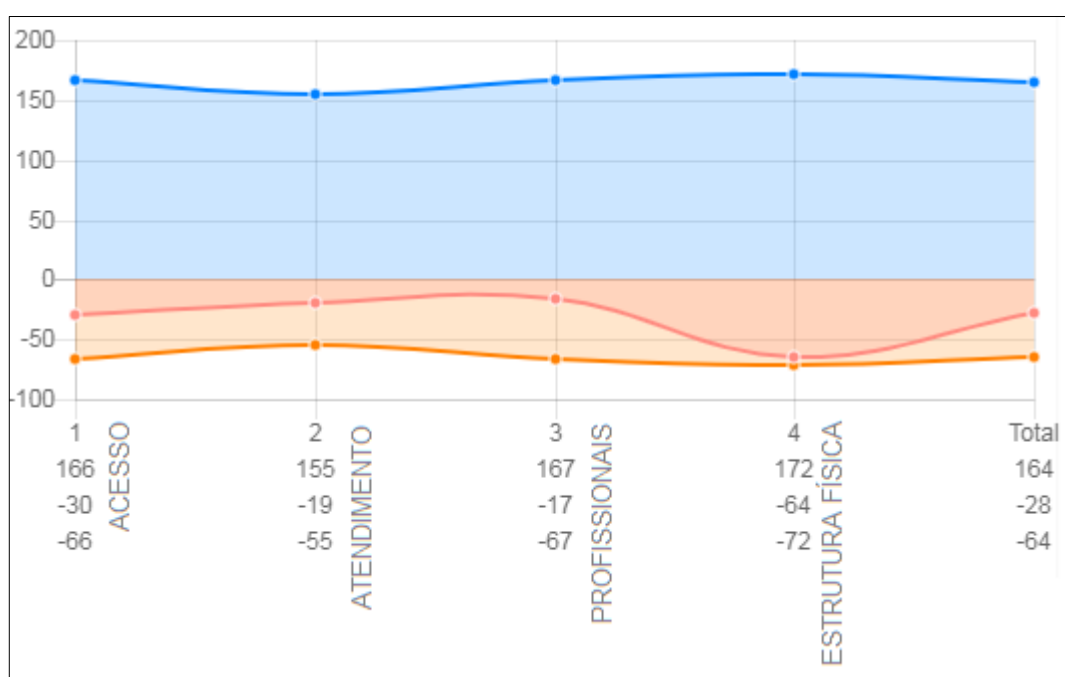


Gráfico 16 Análise global  
Fonte: Dados da pesquisa

Como apresentado no gráfico global, os critérios analisados demonstraram uma distância considerável entre o valor real percebido e o valor máximo, atingindo em sua maioria uma percepção negativa, o que torna o valor final captado próximo à percepção fraca.

Deste modo, entende-se que os serviços de saúde na região de Planaltina DF necessitam de intervenção no modo operante, sendo encontrados, diante deste estudo, diversos *gaps* a serem preenchidos.

Conforme abordado anteriormente, serviços de saúde contemplam uma rede, antes, durante e após o atendimento. Dentro do procedimento também há uma organização que discrimina responsabilidades e funções, dessa forma as partes

precisam estar interligadas de forma competente, tornando a avaliação de vários fatores uma análise completa do sistema.

Abaixo, o Gráfico 17 exhibe as pontuações dos critérios pela perspectiva de porcentagem. Assim, o desempenho total atingiu a marca de apenas 16%, confirmando os apontamentos anteriores da usabilidade dos serviços percebida como baixa.

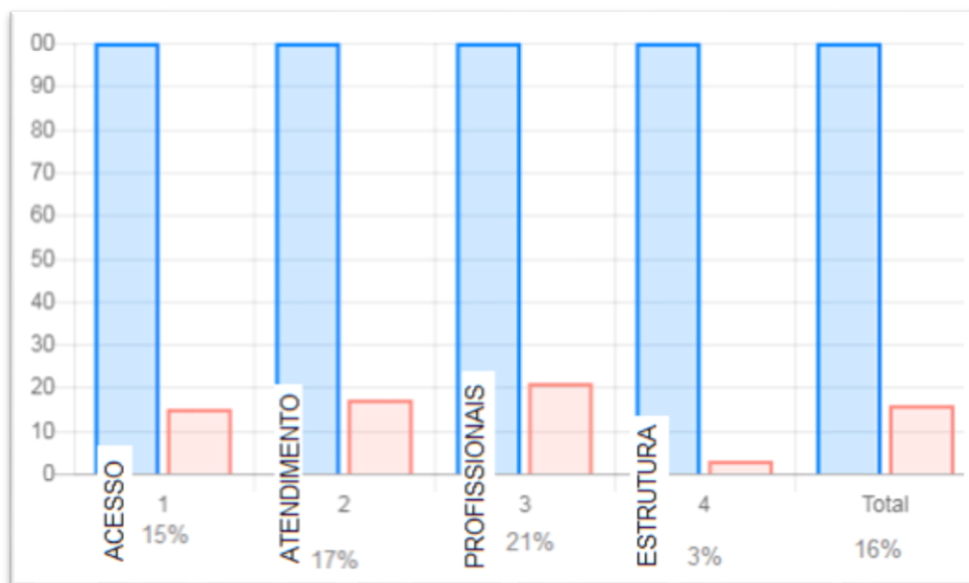


Gráfico 17 Análise global da usabilidade dos serviços  
Fonte: Dados da pesquisa

#### 4.4. Análise dos objetivos específicos propostos

O presente trabalho procurou atender os objetivos previamente estabelecidos, onde os aspectos internos e externos à oferta dos serviços de saúde foram desmitificados buscando compreender este âmbito por completo. Assim, foi possível entender como funciona o fluxo desse processo e conhecer as variáveis que contemplam a usabilidade dos serviços.

O Quadro 6 demonstra o atendimento dos objetivos específicos da pesquisa:

<b>Objetivos</b>	<b>Resultados</b>	<b>Localização</b>
Definir critérios e subcritérios para identificação da usabilidade;	Realizado após os 3 brainstormings, por meio de análise do pesquisador e concretizado no grupo focal.	Capítulo 3, páginas 42 a 56
Levantar dados pertinentes entre os usuários;	Realizado durante aplicação do instrumento de pesquisa.	Capítulo 3, página 58
Conhecer a percepção dos usuários acerca dos diversos critérios;	Foi possível após a tabulação dos dados da coleta de pesquisa e identificação da mediana.	Capítulo 3, página 58
Identificar a usabilidade dos serviços de saúde em Planaltina-DF.	Realizado durante análise dos dados.	Capítulo 4, páginas 60 a 73

Quadro 6 Análise e sistematização dos objetivos propostos  
 Fonte: Elaboração própria



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão Construtivista (MCDA-C), o presente trabalho analisou a usabilidade presente nos serviços de saúde em Planaltina DF, e com isso foi possível obter um diagnóstico da realidade. A partir dos critérios elencados por meio do processo, conheceu-se a estrutura dos serviços, o que tornou possível identificar a usabilidade como negativa na região administrativa do DF investigada.

O aspecto crítico da saúde, seja em centros particulares ou públicos, é conhecido pela população brasileira em qualquer espaço do país. Demonstrou-se, nesta pesquisa, que a alta complexidade das atividades, somada à sensibilidade dos pacientes e também ao descaso da gestão, resulta em insatisfação por parte dos usuários.

A análise fomenta que a saúde faz parte de uma rede, e suas variáveis necessitam estar em consonância para que o processo seja efetivo e gere satisfação. Os critérios se complementam e precisam ser assistidos de maneira equilibrada para que um não afete o outro negativamente.

Os resultados demonstram que existe a necessidade de desenvolver políticas que fortaleçam o aspecto de disponibilidade dos serviços, a começar pelo investimento de recursos públicos em estrutura nos centros de saúde em todas as suas variáveis: desde a oferta de insumos até o conforto mínimo do ambiente.

A estrutura é uma variável considerável mais necessitada de esforço de melhoria no âmbito de serviços de saúde, levando em consideração que, para qualquer atendimento, os profissionais necessitam de um suporte técnico e tecnológico, e ainda para a resolutividade do paciente são necessários exames e medicamentos sempre à disposição.

Conforme ressaltado em revisão de literatura, a demanda por saúde incita em uma escolha emergencial por parte dos usuários, e isso demonstrou-se significativo durante análise dos resultados, quando quase 65% da amostra utiliza os serviços no âmbito da atenção terciária.

A análise da percepção dos usuários, análoga à intangibilidade, demanda ainda mais cuidados na gestão do processo de serviços em saúde. Assim, o aspecto negativo eleva conotação pela emergência e sensibilidade em que a situação apresenta, de forma que os gestores continuam a resolver problemas instantâneos e

não as suas causas, e a população se abstém da responsabilidade de cobrar soluções, visto que a legislação prevê participação popular para o sucesso da implementação do SUS.

Ainda que os serviços aqui analisados não representem lucros empresariais, são serviços pagos por toda população, com incitação de custos. Espera-se que haja real aplicação dos recursos destinados a esta área, com fortes investimentos em estrutura.

### **5.1 Limitações**

Quanto às limitações da pesquisa, destaca-se a dificuldade de acesso aos gestores dos serviços de saúde, o que diminuiu as informações e postergou a sua aplicação e conclusão. E, ainda, pelo caráter político do tema de pesquisa, temeu-se que houvesse um direcionamento negativo propositalmente por parte dos respondentes, logo, foi feito o possível para que a pesquisa representasse uma alusão fidedigna da realidade.

### **5.2 Recomendações**

O objetivo geral da monografia foi concluído quando a pesquisa tornou possível analisar a usabilidade dos serviços de saúde, e foi constatado que a usabilidade está numa posição negativa e fora dos pontos ótimos. E desse modo, se espera que o presente trabalho possa contribuir para futuras investigações voltadas para a área de processos de saúde e também servir de cunho informativo para os gestores que podem trabalhar com as variáveis aqui apresentadas.

Destaca-se e parabeniza-se o SUS na perspectiva da oferta de uma saúde de qualidade e inclusiva e assim recomenda-se que o sistema seja aplicado em sua totalidade pelos futuros gestores da saúde pública. Mesmo conhecendo as suas limitações, a legislação deste sistema é admirável e sua aplicação deve apresentar efetividade.

Em relação aos estudos com esta mesma temática, recomenda-se a análise da usabilidade de forma comparativa com outras regiões administrativas do Distrito Federal ou até mesmo sua expansão para outros estados do país a fim de identificar os pontos críticos da saúde brasileira nestas regiões.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Nemésio Dario. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde: SUS. *Revista Psicologia e Saúde*, Campo Grande, v. 5, n. 1, p. 01-09, jun. 2013. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2013000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2013000100002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 03 dez. 2018.

ARROTEIA, Michele Cristina de Souza; ZUCCARI, Patrícia; TOMAZ, Washington Luiz. Características e decisões de implantação da ISSO 9001:2008: estudo de caso múltiplo no centro-oeste paulista. *Revista de Administração, Contabilidade e Economia da FUNDACE*, v. 6, n. 1, p. 98-110, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.13059/racef.v6i1.247>. Disponível em: <<https://www.fundace.org.br/revistaracef/index.php/racef/article/view/247>>. Acesso em: 03 dez. 2018.

ARRUDA, Cecilia et al. *Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro*, v. 19, n. 1, p. 169-173, mar. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150023>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452015000100169&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100169&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 dez. 2018.

BATTAGLIA, Daniel; BORCHARDT, Miriam. Análise do processo de recuperação de serviços a partir das reclamações dos clientes: estudo de caso em três organizações, *Production*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 455-470, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103-65132010000300013&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103-65132010000300013&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 03 dez. 2018.

BITTAR, Olímpio José Nogueira Viana. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 70-76, jan./mar. 2000. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302000000100011>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302000000100011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302000000100011)>. Acesso em: 03 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. *Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 53-60, 1996. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101996000100007>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489101996000100007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489101996000100007&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em? 03 dez. 2018.*

BITTENCOURT, Roberto José; HORTALE, Virginia Alonso. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 929-934, ago. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232007000400014&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232007000400014&script=sci_abstract)>. Acesso em: 03 dez. 2018.*

BRANCO, Gabriela Musse; RIBEIRO, José Luis Duarte; TINOCO, Maria Auxiliadora Cannarozzo. Determinantes da satisfação e atributos da qualidade em serviços de hotelaria. *Production, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 576-588, out./dez. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65132010005000057>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65132010000400007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65132010000400007&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 03 dez. 2018.*

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 04 dez. 2018.*

\_\_\_\_\_. *Lei complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 2012. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm)>. Acesso em: 04 dez. 2018.*

\_\_\_\_\_. *Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 04 dez. 2018.*

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 04 dez. 2018.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000200018>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232003000200018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232003000200018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 dez. 2018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS: o que e como fazer? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232018000601707&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232018000601707&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 03 dez. 2018.

CARVALHO, André Luis Bonifácio de. et al . A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 901-911, abr. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400012>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232012000400012&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232012000400012&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 03 dez. 2018.

CARVALHO, Gilson de Cássia Marques. *A saúde pública no Brasil. Estudos avançados*, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010340142013000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010340142013000200002)> . Acesso em: 03 dez. 2018.

**CASAS, A. L. L., Marketing de serviços. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2007, 257p.**

\_\_\_\_\_. *O momento atual do SUS... a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 9-24, 1993. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901993000100003>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412901993000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412901993000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 dez. 2018.*

**CASAS, A. L. L.,** Marketing de serviços. **5. Ed. São Paulo: Atlas, 2007, 257p.**

CASATE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Katia. *The humanization of care in the education of health professionals in undergraduate courses. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 46, n. 1, p. 219-226, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100029>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342012000100029&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342012000100029&script=sci_arttext&tlng=en)>. Acesso em: 03 dez. 2018.*

COYE, Ray W. Managing customer expectations in the service encounter. *International Journal of Service Industry Management*, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 54-71, 2004. Disponível em: <<https://www.emeraldinsight.com/doi/full/10.1108/09564230410523330>>. Acesso em: 03 dez. 2018.

CRUZ, Allan Kássio Beckman Soares da; SOARES NETO, Carlos de Salles; Revisitando as heurísticas de avaliação de Nielsen para análise da usabilidade em jogos de tabuleiro não virtuais. *Human Factors in Design, Florianópolis*, v. 3, n. 6, 35-47, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.udesc.br/index.php/hfd/article/view/6033/4330>>. Acesso em: 03 dez. 2018.

CUKIER, Rubens; SILVA, Roque Orlando da. A obtenção da vantagem competitiva medida pela análise de gap da qualidade de serviços: estudo de caso de uma farmácia de manipulação. *Revista de Tecnologia Aplicada, Campo Limpo Paulista*, v. 1, n. 1, p. 53-70, 2012. DOI: <https://doi.org/10.21714/>. Disponível em: <<http://www.cc.faccamp.br/ojs-2.4.8-2/index.php/RTA/article/view/319/217>>. Acesso em: 03 dez. 2018.

DETTMER, Brígida; SOCORRO, Ceci; KATON, Heitor Takashi. Marketing de serviços: análise da percepção da qualidade de serviços através da ferramenta SERVQUAL em uma instituição de ensino superior de Santa Catarina. *Revista de Ciências da Administração, Florianópolis*, v. 4, n. 8, p. 60-74, jul./dez. jan. 2002. DOI:

<https://doi.org/10.5007/%x>. Disponível em:  
<<https://periodicos.ufsc.br/index.php/adm/article/view/1847>>. Acesso em: 03 dez. 2018.

FAQUINELLO, Paula; CARREIRA, Ligia; MARCON, Sonia Silva. *A Unidade Básica de Saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. Texto & Contexto: enfermagem, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 736-744, dez. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000400017>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072010000400017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072010000400017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 dez. 2018.*

FERNANDES, Paula Odete; CORREIA, Luís Ferreira. Atitudes do consumidor em relação às práticas do marketing em Portugal. *Tourism & Management Studies, Faro, v. 9, n. 2, p. 86-92, jul. 2013. Disponível em <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S218284582013000200013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S218284582013000200013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 03 dez. 2018.*

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

\_\_\_\_\_. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, dez. 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000300003>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832005000300003&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832005000300003&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 03 dez. 2018.*

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *PenseSUS*. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/>>. Acesso em: 04 dez. 2018.

GALVAO, Taís Freire; PEREIRA, Mauricio Gomes. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 23, n. 1, p. 183-184, mar. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100018>. Disponível em: <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167949742014000100018&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742014000100018&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 03 dez. 2018.*

GOMES, Camilla Alves; MACHADO, André Gustavo Carvalho. Fatores que influenciam a inovação nos serviços públicos: o caso da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, São Paulo, v. 23, n. 74, p. 47-78, abr. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.12660/cgpc.v23n74.68005>. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cgpc/article/view/68005>>. Acesso em: 03 Dez. 2018.

GOMES, Karine de Oliveira et al. Atenção primária à saúde: a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 881-892, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700020>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 nov. 2018.

GONCALVES, José Ernesto Lima. Processo, que processo? *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 8-19, out./dez. 2000. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75902000000400002>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v40n4/v40n4a02.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2018.

GUTIERREZ, Gustavo Luis. A metodologia científica e o estudo das organizações. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 91-96, jan./mar. 1986. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75901986000100009>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v26n1/v26n1a09.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2018.

JOHNSTON, Robert; CLARK, Graham. *Administração de operações de serviço*. São Paulo: Atlas, 2002.

KONDER, Mariana Teixeira; O'DWYER, Gisele. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 525-545, jun. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200011>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00525.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2018.

KOTLER, Philip. *Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1998.



KOTLER, Philip; ARMSTRONG, Gary. Princípios de marketing. 12. ed. São Paulo: Pearson, 2007.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência e Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, ago.. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a06.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2018.

LIMA, Izabel França de; OLIVEIRA, Henry Pôncio Cruz de; SANTANA, Sérgio Rodrigues de. Metodologia para avaliação do nível de usabilidade de bibliotecas digitais: um estudo na Biblioteca Virtual de Saúde. *Transinformação*, Campinas, v. 25, n. 2, p. 135-143, maio/ago. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-37862013000200004>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tinf/v25n2/a04v25n2.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2018.

LOVELOCK, Christopher. *Serviços: marketing e gestão*. São Paulo: Saraiva, 2001.

LOVELOCK, Christopher; WRIGHT, Lauren. *Serviços: marketing e gestão*. São Paulo: Saraiva, 2004.

MACHADO, Cristiani Vieira. O papel federal no sistema de saúde brasileiro. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2013. v. 3, cap. 2. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/98kjjw/pdf/noronha-9788581100173.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2018.

MALIK, Ana Maria. Oferta em serviços de saúde. *Revista USP*, São Paulo, n. 51, p. 146-157, set./nov. 2001.

MATTAR, Fauze Najib. *Pesquisa de marketing: metodologia e planejamento*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MEIRELLES, Dimária Silva e. O conceito de serviço. Revista de Economia Política, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 119-136, jan./mar. 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-31572006000100007>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rep/v26n1/a07v26n1.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2018.

MINCIOTTI, Silvio Augusto; SILVA, Edson Coutinho da. Marketing de localidades: uma abordagem ampliada sobre o desenvolvimento da cidade ou região. Turismo: Visão e Ação, Vale do Itajaí, v. 13, n. 3, p. 329-346, set./dez. 2011. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/2126/marketing-de-localidades--uma-abordagem-ampliada-sobre-o-desenvolvimento-da-cidade-ou-regiao>>. Acesso em: 03 dez. 2018.

MODESTO, Jhomyr Dias; ULBRICHT, Leandra; NEVES, Eduardo Borba. Satisfação de Clientes em Serviços de Educação Física Supervisionada na Região de Curitiba, Brasil: Aplicação do QSCSEF. Motricidade, Ribeira de Pena, v. 12, n. 2, p. 48-58, jun. 2016. DOI: <https://doi.org/10.6063/motricidade.6872>. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/motricidade/article/view/6872>>. Acesso em: 03 dez. 2018.

MONACO, Felipe de Faria; GUIMARÃES, Valeska Nahas. Gestão da qualidade total e qualidade de vida no trabalho: o caso da Gerência de administração dos Correios. Revista de Administração Contemporânea, Rio de Janeiro, v.4, n.3, p. 67-88, set./dez. 2000. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-65552000000300005>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v4n3/v4n3a05.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2018.

NASCIMENTO, Marcelo. et al. Avaliação de desempenho de micro e pequenas empresas fundamentada na metodologia MCDA-C na cidade de Lages. Future Studies Research Journal: Trends and Strategies, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 79-112, jul./dez. 2013. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/21110/avaliacao-de-desempenho-de-micro-e-pequenas-empresas-fundamentada-na-metodologia-mcda-c-na-cidade-de-lages>>. Acesso em: 04 dez. 2018.

NIELSEN, Jakob; LANDAUER, Thomas K. A mathematical model of the finding of usability problems. In: CONFERENCE ON HUMAN FACTORS IN COMPUTING SYSTEMS, 1993, Amsterdam. Anais [...] Amsterdam: 1993. DOI: [10.1145/169059.169166](https://doi.org/10.1145/169059.169166). Acesso em: 04 dez. 2018.

OLIVEIRA, Saionara Nunes de et al. *Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h: percepção da enfermagem. Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis*, v. 24, n. 1, p. 238-244, jan./mar. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015003390011>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt\\_0104-0707-tce-24-01-00238.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00238.pdf)>. Acesso em: 04 dez. 2018.

PENA, Mileide Moraes et al. *The use of the quality model of Parasuraman, Zeithaml and Berry in health services. Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 47, n. 5, p. 1227-1232, out. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000500030>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt\\_0080-6234-reeusp-47-05-1227.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1227.pdf)>. Acesso em: 04 dez. 2018.

PEREIRA, Luciano Zille; BRAGA, Clarissa Daguer; MARQUES, Antonio Luiz. *Estresse no trabalho: um desafio para os gestores das organizações brasileiras. Revista de Gestão, São Paulo*, v. 21, n. 3, p. 401-413, jul./set. 2014. DOI: 10.5700/rege53. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rege/article/view/99945>>. Acesso em: 04 dez. 2018.

PIZZINI, Mina J. *The relation between cost-system design, managers evaluations of the relevance and usefulness of cost data, and financial performance: an empirical study of US hospitals. Accounting, Organizations and Society*, v.31, n. 2, p.179-210, fev. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aos.2004.11.001>. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0361368204000947#>>. Acesso em: 04 dez. 2018.

PORTULHAK, Henrique; RAFFAELLI, Susana Cipriano Dias; SCARPIN, Jorge Eduardo. *A eficiência da aplicação de recursos voltada à saúde pública nos municípios brasileiros. Contabilidade, Gestão e Governança*, v. 21, n. 1, p. 21-39, jan./abr. 2018. Disponível em: <<https://cgg-amg.unb.br/index.php/contabil/article/view/1154/pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2018.

PRATES, Raquel Oliveira; BARBOSA, Simone Diniz Junqueira. *Avaliação de interfaces de usuário: conceitos e métodos. In: In: ÁDAN COELLO, Juan Manuel; FABBRI, Sandra Camargo Pinto Ferraz (Org.). Jornada de atualização em informática do Congresso da Sociedade Brasileira de Computação. Campinas: Sociedade Brasileira de Computação, 2003, v. 2, p. 245-293*

SILVA, R. B. ; RODRIGUES, Evaldo Cesar C. ; SILVEIRA JÚNIOR, A. ; RODRIGUES, M. M. V. O. C. ; MARTINS, N. S. . *Abordagem antropotecnológica e critérios de usabilidade para*

avaliação das condições de uso da estação central do METRÔ-DF. In: VI COMBEPRO, 2014, Ponta Grossa, PR, Brasil. Desenvolvimento do capital intelectual entre a comunidade acadêmica e a sociedade. Ponta Grossa, PR, Brasil: COMBEPRO, 2014. v. 1. p. 244-258.

SALU, Enio Jorge. Administração hospitalar no Brasil. São Paulo: Manole, 2013.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. The concepts of health access. *Revista panamericana de salud publica*, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n3/260-268/pt>>. Acesso em: 04 dez. 2018.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 273-280, jan. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100028>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/28.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2018.

SCHEFFER, Mário (Coord). Demografia médica no Brasil 2018. Brasília: Conselho Federal de Medicina; São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2018. 286 p. Disponível em: <[http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20\(3\).pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20(3).pdf)> Acesso em: 04 dez. 2018.

SOUZA, Antônio Artur de. et al. Uma análise financeira dos hospitais brasileiros entre os anos de 2006 a 2011. *Sociedade, Contabilidade e Gestão*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 6-23, set./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.atena.org.br/revista/ojs-2.2.3-06/index.php/ufrj/article/view/2432>>. Acesso em: 04 dez. 2018.

UCHIMURA, Liza Yurie Teruya. et al. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 972-983, out./dez. 2015. DOI: <<https://doi.org/10.1590/0103-110420151070253>>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-00972.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2018.

UNGAR, Michael. Unique pathways to resilience across cultures. *Adolescence*, [s. l.], v. 42, n. 166, p. 287-310, fev. 2007. Disponível em:

<[https://www.researchgate.net/publication/5990461\\_Unique\\_Pathways\\_to\\_Resilience\\_across\\_Cultures](https://www.researchgate.net/publication/5990461_Unique_Pathways_to_Resilience_across_Cultures)>. Acesso em: 04 dez. 2018.

**APÊNDICE A – Critérios distribuídos por ordem de esforço****Análise de percepção - Serviços de Saúde em Planaltina DF**

1	4.4	<i>Tecnologia.</i>
2	3.2	<i>Disponibilidade.</i>
3	1.3	<i>Disponibilidade.</i>
4	2.3	<i>Agilidade no socorro.</i>
5	4.1	<i>Espaço físico</i>
6	3.1	<i>Qualificação.</i>
7	1.1	<i>Universalidade.</i>
8	2.6	<i>Resolutividade para o problema do paciente.</i>
9	4.3	<i>Disponibilidade de insumos (equipamentos, materiais e medicamentos).</i>
10	3.3	<i>Atitude e satisfação.</i>
11	1.2	<i>Acessibilidade.</i>
12	2.4	<i>Assertividade no diagnóstico.</i>
13	2.5	<i>Manutenção.</i>
14	3.4	<i>Habilidade / paixão.</i>
15	1.4	<i>Acolhimento.</i>
16	2.2	<i>Triagem efetiva.</i>
17	4.6	<i>Segurança pública.</i>
18	3.5	<i>Comunicação</i>
19	1.5	<i>Percepção da Gestão.</i>
20	2.5	<i>Humanização no tratamento.</i>
21	4.2	<i>Conforto do ambiente.</i>
22	2.1	<i>Padrão de atendimento / Rotina.</i>

## APÊNDICE B – Instrumento de pesquisa

**Prezado (a) usuário-cliente;**

Este formulário é parte integrante do trabalho de conclusão de curso de Administração da aluna Elaine Ribeiro Rocha, sob a orientação do professor Evaldo César Calvalcante Rodrigues, cujo tema é: “**A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS QUANTO A USABILIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM PLANALTINA-DF**”. Garantimos preservar o sigilo da identificação do respondente e reforçamos que todas as respostas são para fins acadêmicos. Logo, agradecemos por sua prestimosa atenção.

Observações e orientações sobre o questionário:

- Será considerada válida a coleta de dados do usuário que utilizou algum serviço de saúde na região ao menos uma (1) vez e que tenha idade mínima de quatorze (14) anos de idade.
- Acesso – Consiste na facilidade e disponibilidade de acesso aos serviços de saúde.
- Atendimento– Explana sobre o processo de atendimento e sua efetividade.
- Profissionais – Explica sobre a empatia e presteza dos enfermeiros, médicos e funcionários para com os usuários dos serviços de saúde.
- Estrutura Física – Traduz o espaço físico, as tecnologias implantadas, esforços empregados na minimização de riscos, assim como no estado de conservação das unidades de saúde que contribuem para a qualidade do atendimento.

### Dados Demográficos – São dados gerais sobre o respondente e dados de validação

<b>Já utilizou os serviços de saúde em Planaltina ao menos uma vez?</b>			
Sim ( )		Não ( )	
<b>Gênero:</b>			
Masculino ( )		Feminino ( )	
<b>Faixa Etária:</b>			
14 a 19 anos ( )	20 a 29 anos ( )	30 a 39 anos ( )	40 a 49 anos ( )
50 a 59 anos ( )		Mais de 61 anos ( )	
<b>Escolaridade:</b>			
Ensino fundamental incompleto ( )    Ensino fundamental ( )    Ensino médio incompleto ( )    Ensino médio ( )    Ensino superior incompleto ( )    Ensino superior ( )    Pós-graduação incompleto ( )    Pós-graduação ( )			
<b>Em que categoria de renda salarial você se enquadra:</b>			
R\$ 0 – R\$ 954,00 ( )		R\$ 954,00 – R\$ 2.364,00 ( )	
R\$ 2.365,00 – R\$ 4.728,00 ( )		R\$ 4.729,00 – R\$ 7.880,00	
Acima de R\$ 7.880,00 ( )			

<b>Com qual frequência utiliza os serviços de saúde de Planaltina-DF ao ano?</b>			
Entre 1 – 3 meses ( )	Entre 4 – 6 meses ( )	Entre 7 – 9 meses ( )	Entre 10 – 12 meses ( )
<b>Qual (ais) unidade ou centros de saúde dos serviços utiliza/utilizou e irá avaliar neste formulário?</b>			
Hospital Regional ( )	Posto de Saúde ( ): Qual _____		
<b>O senhor (a) recomendaria os serviços de saúde que utilizou?</b>			
Sim ( )	Não ( )		
<b>O senhor (a) gostaria de receber o resultado dessa pesquisa?</b>			
Sim ( )	Não ( )		
Contato: _____ _____			

**Qual sugestão para melhoria dos serviços o senhor (a) gostaria de fazer:**

---



---

**Obrigada!**

**Orientações para classificar cada item**

	(1) Ruim/Péssimo	(2) Indiferente/Sem Opinião	(3) Pouco Bom	(4) Bom	(5) Excelente				
<b>Item</b>	<b>Na condição de usuário, como você avalia os serviços de saúde da unidade administrativa de Planaltina-DF em relação ao seguinte item:</b>				<b>Percepção do Usuário</b>				
	<b>Pontuações/Classificações Likert</b>				<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>1. Acesso</b>	<b>1.1. UNIVERSALIDADE - Todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, têm acesso às ações e serviços de saúde em sua região, sendo este um sistema universal.</b>								
	<b>1.2. ACESSIBILIDADE - Os serviços de saúde são de fácil acesso, independente da hora e/ou lugar em que ocorrer a necessidade de sua utilização.</b>								
	<b>1.3. DISPONIBILIDADE - Há sempre disponibilidade dos serviços para o usuário.</b>								
	<b>1.4. ACOLHIMENTO - Há sempre uma recepção; consideração; hospitalidade com o usuário.</b>								



	<b>1.5. CLAREZA DE ACESSO - O usuário possui clareza sobre o processo de atendimento e entrega dos serviços.</b>					
<b>2. Atendimento</b>	<b>2.1. Existe uma rotina padrão e igualitária, que segue etapas do processo de atendimento.</b>					
	<b>2.2. A triagem nos serviços é segura, ativa, objetiva e satisfatória.</b>					
	<b>2.3. O socorro é realizado com prontidão e agilidade.</b>					
	<b>2.4. O usuário recebe um diagnóstico preciso e assertivo durante o atendimento.</b>					
	<b>2.5. Percebe-se um tratamento humanizado nos serviços; união entre a qualidade do tratamento técnico e a qualidade do relacionamento que se desenvolve entre paciente, familiares e equipe.</b>					
	<b>2.6. Após o diagnóstico, há uma resolução objetiva para o problema do usuário.</b>					
<b>3. Profissionais</b>	<b>3.1. O nível de qualificação dos profissionais está próximo ou acima do desejável.</b>					
	<b>3.2. Existe uma grande oferta de profissionais, prontos para prestarem atendimento.</b>					
	<b>3.3. Os profissionais estão motivados em prestar os serviços com ânimo e felicidade.</b>					
	3.4. Os profissionais demonstram habilidade técnica na realização dos serviços.					
	<b>3.5. Os profissionais se comunicam muito bem; entre a equipe e com os usuários.</b>					
	<b>3.6. O espaço físico atende as necessidades do processo de prestação dos serviços.</b>					
<b>4. Estrutura</b>	<b>4.1. A estrutura é confortável, segura, limpa e agradável.</b>					
	4.2. Há uma disponibilidade de insumos (equipamentos, materiais e medicamentos) para que a entrega dos serviços seja realizada de forma satisfatória.					
	4.3. Existe um aparato tecnológico que transmite confiabilidade para a entrega dos serviços.					
	4.4. Percebe-se que a estrutura passa por manutenções ativas que garantem a continuidade dos serviços.					
	4.5. A estrutura apresenta segurança pública aos cidadãos.					

### APÊNDICE C – Tabulação dos dados

Na condição de usuário, como você avalia os serviços de saúde da unidade administrativa de Planaltina-DF em relação ao seguinte item:		N5	N4	N3	N2	N1	MEDIANA
<b>1. Acesso</b>	<b>1.1. UNIVERSALIDADE</b> - Todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, têm acesso às ações e serviços de saúde em sua região, sendo este um sistema universal.	16	24	55	24	51	N3
	<b>1.2. ACESSIBILIDADE</b> - Os serviços de saúde são de fácil acesso, independente da hora e/ou lugar em que ocorrer a necessidade de sua utilização.	3	2	44	21	90	N1
	<b>1.3. DISPONIBILIDADE</b> - Há sempre disponibilidade dos serviços para o usuário.	1	9	39	23	98	N1
	<b>1.4. ACOLHIMENTO</b> - Há sempre uma recepção; consideração; hospitalidade com o usuário.	5	8	44	28	85	N2
	<b>1.5. CLAREZA DE ACESSO</b> - O usuário possui clareza sobre o processo de atendimento e entrega dos serviços.	2	15	38	35	80	N2
<b>2. Atendimento</b>	<b>2.1.</b> Existe uma rotina padrão e igualitária, que segue etapas do processo de atendimento.	2	12	54	35	67	N2
	<b>2.2.</b> A triagem nos serviços é segura, ativa, objetiva e satisfatória.	3	11	55	27	74	N2
	<b>2.3.</b> O socorro é realizado com prontidão e agilidade.	5	8	40	30	87	N1
	<b>2.4.</b> O usuário recebe um diagnóstico preciso e assertivo durante o atendimento.	3	14	50	27	76	N2
	<b>2.5.</b> Percebe-se um tratamento humanizado nos serviços; união entre a qualidade do tratamento técnico e a qualidade do relacionamento que se desenvolve entre paciente, familiares e equipe.	3	14	43	30	80	N2
	<b>2.6.</b> Após o diagnóstico, há uma resolução objetiva para o problema do usuário.	2	16	48	32	72	N2
<b>3. Profissionais</b>	<b>3.1.</b> O nível de qualificação dos profissionais está próximo ou acima do desejável.	5	35	64	24	42	N3
	<b>3.2.</b> Existe uma grande oferta de profissionais, prontos para prestarem atendimento.	2	6	40	25	97	N1

	<b>3.3. Os profissionais estão motivados em prestar os serviços com ânimo e felicidade.</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>41</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>N1</b>
	3.4. Os profissionais demonstram habilidade técnica na realização dos serviços.	<b>3</b>	<b>30</b>	<b>61</b>	<b>29</b>	<b>47</b>	<b>N3</b>
	<b>3.5. Os profissionais se comunicam muito bem; entre a equipe e com os usuários.</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>60</b>	<b>31</b>	<b>60</b>	<b>N2</b>
<b>4. Estrutura</b>	<b>4.1. O espaço físico atende as necessidades do processo de prestação dos serviços.</b>	<b>0</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>19</b>	<b>115</b>	<b>N1</b>
	<b>4.2. A estrutura é confortável, segura, limpa e agradável.</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>34</b>	<b>27</b>	<b>102</b>	<b>N1</b>
	4.3. Há uma disponibilidade de insumos (equipamentos, materiais e medicamentos) para que a entrega dos serviços seja realizada de forma satisfatória.	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>31</b>	<b>36</b>	<b>91</b>	<b>N1</b>
	4.4. Existe um aparato tecnológico que transmite confiabilidade para a entrega dos serviços.	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>88</b>	<b>N1</b>
	4.5. Percebe-se que a estrutura passa por manutenções ativas que garantem a continuidade dos serviços.	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>23</b>	<b>39</b>	<b>99</b>	<b>N1</b>
	4.6. A estrutura apresenta segurança pública aos cidadãos.	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>41</b>	<b>39</b>	<b>79</b>	<b>N2</b>

## ANEXO A – Questões éticas da pesquisa

### - Quais tipos de pesquisa precisam ser analisadas por um Comitê de Ética em Pesquisa e quais não precisam?

Considerando a Resolução 466/12, que aprova as “diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos”; no item VII.1, “Pesquisas envolvendo seres humanos devem ser submetidas à apreciação do Sistema CEP/CONEP”. Define-se pesquisa envolvendo seres humanos (item II.14), como “pesquisa que, individual ou coletivamente, tenha como participante o ser humano, em sua totalidade ou partes dele, e o envolva de forma direta ou indireta, incluindo o manejo de seus dados, informações ou materiais biológicos”.

Deste modo, O CEP/ENSP vem esclarecer aos pesquisadores e alunos da Escola que **não aprecia pesquisas** que não se enquadrem nas definições expostas acima. Tais quais:

- Pesquisas que não envolvam seres humanos;
- Pesquisas de meta-análises ou pesquisas bibliográficas;
- Pesquisas que venham a utilizar apenas dados disponíveis a acesso público e irrestrito;
- Pesquisas que tenham como objetivo apenas o monitoramento de um serviço, para fins de sua melhoria ou implementação, que não visam obter um conhecimento generalizável, mas apenas um conhecimento que poderá ser utilizado por aquele serviço ao qual se destina.

#### **Categoria**

**Projetos de pesquisa que necessitam análise ética**

Fontes:

#### **Escola Nacional de Saúde Pública**

<http://andromeda.ensp.fiocruz.br/etica/faq-page#t51n333>

#### **Conselho Nacional de Saúde – Resolução nº 466/2012**

[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)