



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
BACHARELADO EM ADMINISTRAÇÃO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**

FERNANDA ALMEIDA LIMA

**A SATISFAÇÃO DOS CIDADÃOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE
SAÚDE PRESTADOS PELA INICIATIVA PRIVADA: UM ESTUDO NO MUNICÍPIO
DE RIACHÃO DO JACUIPE**

Feira de Santana - BA

2020

FERNANDA ALMEIDA LIMA

**A SATISFAÇÃO DOS CIDADÃOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE
SAÚDE PRESTADOS PELA INICIATIVA PRIVADA: UM ESTUDO NO MUNICÍPIO
DE RIACHÃO DO JACUÍPE**

Monografia apresentada ao curso de Administração da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como requisito para obtenção do grau de Bacharela em Administração.

Orientador: Prof. Miguel Angel Rivera Castro

Feira de Santana - BA

2020

FERNANDA ALMEIDA LIMA

A SATISFAÇÃO DOS CIDADÃOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE
PRESTADOS PELA INICIATIVA PRIVADA: UM ESTUDO NO MUNICÍPIO DE
RIACHÃO DO JACUÍPE

Monografia aprovada como requisito para obtenção do título de Bacharela em Administração da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), pela banca examinadora:

Miguel Angel Rivera Castro _____

Universidade Estadual de Feira de Santana

Dedico este trabalho a meu tio Roland (*in memoriam*), por ter sido exemplo presente em minha vida de que o conhecimento é o bem mais precioso a ser buscado todos os dias.

AGRADECIMENTOS

Estudar pode, por vezes, parecer ser uma tarefa árdua. Não somente pela possível complexidade do que se estuda, mas por nos fazer sentir, muitas vezes, participar do “Bloco do Eu Sozinho”.

No entanto, em diversos momentos, a presença de Deus em nossas vidas se materializa em forma de pessoas e a elas devemos agradecer.

Primeiramente, a Ele agradeço pela certeza do Seu amparo em cada passo meu.

A minha família: minha mãe, Denise, principalmente pela ajuda com a aplicação dos questionários, sem a qual, certamente, tudo seria mais difícil; meu pai, José Orlando, por todo o suporte nessa caminhada e por ter, junto comigo, abraçado minhas escolhas; meus avós, Ingraça e Ademar, pelo amor incondicional; meus irmãos, Milena e Neto, pelo primeiro acesso à Escola do Respeito ao Próximo (risos); meu sobrinho, Cauê, por me fazer amar incondicionalmente; minhas tias, Adinalva e Sinthia, pela preocupação e amizade leal; minha prima Jana, por ser minha irmã de outros pais; e meu tio Roland (*in memoriam*), porque sempre será lembrado.

À UEFS pelo substrato na minha formação, não apenas profissional, mas também pessoal. A seu corpo docente, em especial ao professor Saulo José, pela competente orientação inicial, em Monografia I; ao professor Miguel Rivera, pela orientação, sempre muito paciente, em Monografia II; e ao professor Reinaldo Andrade, pelo carinho e recomendação ao intercâmbio acadêmico. E a seus servidores, sejam da limpeza, da segurança, da alimentação ou da parte administrativa, por fazerem “a coisa” acontecer, especialmente a Norma do Colegiado de Administração, por ser sempre tão solícita.

Aos colegas e amigos de curso, Luana, Dney, Thiago e Uéslei, pelas trocas (de conhecimento e de afeto).

Aos amigos da infância por me permitirem SER e alegrar toda e qualquer jornada.

Aos amigos da rota Riachão – UEFS por fazerem o caminho parecer mais curto.

A todos que, gentilmente, disponibilizaram seu tempo para responder ao questionário.

Às “quatro patas”, Bela e Aurora, por me mostrarem que Deus também se materializa em animaizinhos.

Por fim, a outros não citados, mas igualmente reconhecidos.

Para ser grande, sê inteiro: nada teu exagera ou
exclui. Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
no mínimo que fazes. Assim em cada lago a
lua toda brilha, porque alta vive.

Fernando Pessoa

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo avaliar o grau de satisfação dos cidadãos usuários dos serviços públicos de saúde concedidos à iniciativa privada. Foi realizado em Riachão do Jacuípe, município do interior da Bahia, e faz referência aos serviços do Hospital Municipal da cidade. A uma amostra aleatória, foram aplicados 401 questionários, por meio dos quais foi possível extrair dados quantitativos relativos ao objetivo da pesquisa e chegar a algumas conclusões: em relação ao atendimento prestado pela recepção, médicos e outros profissionais de saúde, à adequação da infraestrutura para atender à demanda de pacientes, à comodidade, à limpeza e à segurança, pode-se dizer que os cidadãos usuários mostram-se contentes, mas esperam melhorias; quanto ao tempo de espera para atendimento, é possível observar que esse quesito, da forma que tem sido operado, representa uma falha na prestação dos serviços. Foi verificado também, usando um modelo de regressão logística ordenada, que a percepção do atendimento e da infraestrutura independe da renda dos usuários, do município em que eles residem e da frequência com que são atendidos no hospital. Mas depende da escolaridade, pois quanto mais elevado é seu nível, maior é a insatisfação. As variáveis sexo e idade são significativas para explicar o grau de satisfação relacionado ao atendimento da recepção e ao atendimento dos profissionais de saúde. Estando os homens, nos dois casos, mais satisfeitos do que as mulheres, e as pessoas entre 41 e 60 anos, majoritariamente, mais satisfeitas do que as demais.

Palavras-chave: Satisfação dos usuários. Serviços públicos de saúde. Concessão de serviços.

ABSTRACT

This work aimed to assessing the rate of satisfaction from citizens using public health services managed by companies of the private sector. The study was held in Riachão do Jacuípe, a countryside city in the state of Bahia in Brazil, and analysed specifically the services of the city's Municipal Hospital. To a random sample were applied 401 questionnaires from which was possible to extract quantitative data related to the study's goals and to reach some conclusions: in relation to the service provided by the reception, doctors and other health professionals, the adequacy of the infrastructure to meet the demand of patients, comfort, cleanliness and safety, it can be said that the user citizens are happy, but expect improvements; as for the waiting time for assistance, it is possible to observe that this item, as it has been operated, represents a failure in the provision of services. Furthermore, it was verified, using an orderly logistic regression model, that the perception either of care or lack of good infrastructure does not depend on the users' income, the county they live, and the frequency they are treated at the hospital. However, it depends on the level of education, since the higher the level of education, the greater the dissatisfaction. Sex and age variables are significant to explain the degree of satisfaction related to the reception service and the care provided by health professionals. In both cases, men are more satisfied than women, and people between 41 and 60 years old are mostly more satisfied than the others.

Keywords: User satisfaction. Public health services. Concession of services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa da literatura da pesquisa	20
Figura 2: “Apóstolos” e “Terroristas” na Curva de Satisfação-Fidelidade	41
Figura 3: Equação do cálculo amostral	47
Figura 4: Regressão logística ordenada	49

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Sexo	52
Gráfico 2: Idade	53
Gráfico 3: Renda	53
Gráfico 4: Escolaridade	54
Gráfico 5: Município em que reside	55
Gráfico 6: Frequência	56
Gráfico 7: Atendimento da recepção	57
Gráfico 8: Atendimento prestado pelo médico	58
Gráfico 9: Expectativa sobre o atendimento dos profissionais de saúde	59
Gráfico 10: Adequação da infraestrutura do hospital	60
Gráfico 11: Tempo de espera para atendimento – satisfação	69
Gráfico 12: Tempo de espera para atendimento – importância	70
Gráfico 13: Conforto – satisfação	71
Gráfico 14: Conforto – importância	71
Gráfico 15: Limpeza – satisfação	72
Gráfico 16: Limpeza – importância	73
Gráfico 17: Segurança – satisfação	74
Gráfico 18: Segurança – importância	74
Gráfico 19: Satisfação	75
Gráfico 20: Importância	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Variáveis determinantes da qualidade dos serviços	40
Tabela 2 – Variáveis dependentes e independentes	50
Tabela 3 – Relação dos objetivos específicos com bloco de dados coletados	51
Tabela 4 – Escolaridade	55
Tabela 5 – Perfil do cidadão usuário	56
Tabela 6 – Atendimento da recepção	57
Tabela 7 – Atendimento prestado pelo médico	58
Tabela 8 – Expectativa sobre o atendimento prestado pelos profissionais de saúde	59
Tabela 9 – Adequação da infraestrutura do hospital	60
Tabela 10 – Regressão logística ordenada para atendimento da recepção (AR)	62
Tabela 11 – Regressão logística ordenada para atendimento prestado pelo médico (AM)	64
Tabela 12 – Regressão logística ordenada para atendimento dos profissionais de saúde (APS)	66
Tabela 13 – Regressão logística ordenada para adequação da infraestrutura (I)	68
Tabela 14 – Tempo de espera para atendimento – satisfação	69
Tabela 15 – Tempo de espera para atendimento – importância	70
Tabela 16 – Conforto – satisfação	71
Tabela 17 – Conforto – importância	72
Tabela 18 – Limpeza – satisfação	72
Tabela 19 – Limpeza – importância	73
Tabela 20 – Segurança – satisfação	74
Tabela 21 – Segurança – importância	75
Tabela 22 – Comparativo entre grau de satisfação e grau de importância	76
Tabela 23 – Resultado da pesquisa	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
FUSAS	Fundação de Saúde e Assistência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
ISAS	Instituto de Saúde e Ação Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
SRT	Serviços de Residência Terapêutica
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	15
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	16
1.2 QUESTÕES ORIENTADORAS	16
1.3 OBJETIVOS DO TRABALHO.....	17
1.3.1 Objetivo Geral.....	17
1.3.2 Objetivos Específicos	17
1.4 JUSTIFICATIVA	17
1.5 DIVISÃO DO TRABALHO	18
2. REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1 SERVIÇOS PÚBLICOS	22
2.1.1 Definição de serviços públicos	22
2.1.2 Delegação de serviços públicos	25
2.1.2.1 Concessão de serviços públicos	26
2.1.2.2 Parcerias público-privadas	27
2.1.2.3 Permissão de serviço público.....	27
2.1.2.4 Autorização de serviço público.....	28
2.1.3 Justificativas para a concessão de serviços públicos à iniciativa privada.....	28
2.2 SAÚDE	30
2.2.1 Conceito de saúde.....	31
2.2.2 Saúde como direito constitucional.....	31
2.2.3 O SUS	32
2.2.3.1 Antecedentes do SUS.....	33
2.2.3.2 Implantação do SUS	34
2.2.3.3 O SUS atualmente.....	35
2.2.3.4 Responsabilidades dos entes que compõem o SUS	36
2.3 PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS	37
2.3.1 Definição de serviços.....	37
2.3.2 Características dos serviços	37
2.3.3 Qualidade em serviços	38
2.3.4 Expectativa e satisfação dos clientes/usuários.....	39
2.3.4.1 Variáveis ou dimensões determinantes da qualidade dos serviços.....	39
2.3.4.2 A hora da verdade	40

2.3.4.3 Dados de satisfação.....	41
3.METODOLOGIA.....	43
3.1 CARACTERIZAÇÃO E TIPO DE PESQUISA	44
3.1.1 Do ponto de vista da natureza	44
3.1.2 Dlassificação quanto ao objetivo da pesquisa.....	44
3.1.3 Classificação da pesquisa quanto à sua abordagem	44
3.2 DEFINIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS TÉCNICOS	45
3.3 DEFINIÇÃO DO MÉTODO CIENTÍFICO	46
3.4 PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS DA PESQUISA.....	46
3.4.1 População e amostra	46
3.4.2 Instrumentos de coleta de dados.....	47
3.4.3 Técnica de análise de dados	49
4.APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	52
4.1 ATRIBUTOS PESSOAIS.....	52
4.1.1 Sexo	52
4.1.2 Idade.....	53
4.1.3 Renda	53
4.1.4 Escolaridade	54
4.1.5 Município em que reside	55
4.1.6 Frequência com que utilizou o hospital municipal de novembro de 2017 até a aplicação do questionário	56
4.1.7 Perfil do cidadão usuário	56
4.2 ATRIBUTOS DA SATISFAÇÃO.....	57
4.2.1 Atendimento da recepção	57
4.2.2 Atendimento prestado pelo médico	58
4.2.3 Expectativa sobre o atendimento dos profissionais de saúde	59
4.2.4 Adequação da infraestrutura do hospital.....	60
4.2.5 Percepção do atendimento e da infraestrutura em função dos atributos pessoais	61
4.2.6 Comparativo entre grau de satisfação e grau de importância.....	69
4.2.6.1 Tempo de espera para atendimento.....	69
4.2.6.2 Comodidade	71
4.2.6.3 Limpeza dos espaços físicos	72
4.2.6.4 Segurança.....	74

4.3 RESULTADO DA PESQUISA.....	78
5.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS	83
APÊNDICE A – Questionário aplicado aos cidadãos usuários dos serviços públicos de saúde do Hospital Municipal de Riachão do Jacuípe.....	87
APÊNDICE B – Mensagem encaminhada aos cidadãos via <i>WhatsApp</i> e <i>Instagram</i> com a solicitação para responder ao questionário.....	91

1.INTRODUÇÃO

A saúde, conceituada pelo Ministério da Saúde como qualidade de vida e não apenas como ausência de doenças, faz parte do rol dos direitos sociais elencados na Constituição Federal de 1988, e as ações e serviços a ela ligados são, como previsto em seu artigo 197, de relevância pública, “cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (BRASIL, 1988).

A satisfação dos usuários desses serviços, sejam eles públicos ou privados, é imprescindível, pelo seu caráter social, devendo ser algo a nortear as atividades de seus prestadores, que, por meio de mensuração, monitoramento e correção, quando necessária, podem primar pela qualidade dos serviços.

Quando a saúde pública é prestada por meio de terceiros, o Estado faz uso do instrumento da delegação, amparado pelo artigo 175 da Constituição Federal, no qual consta que “Incumbe ao Poder Público, na forma da lei, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, sempre através de licitação, a prestação de serviços públicos.” (BRASIL, 1988).

Pela delegação, o Estado transfere a prestação do serviço para particulares (descentralização) e conserva a titularidade ao Poder Público.

A concessão de serviços públicos passou a ocorrer, principalmente, após a década de 80, com o ideal de o setor privado subsidiar o Estado, de modo que houvesse diminuição em seu tamanho, por motivos financeiro (por meio da redução dos gastos públicos com empresas deficitárias do Estado), jurídico (com a redução do controle excessivo da Administração centralizada) e político (pela maior participação da iniciativa privada nos setores em que é mais apta do que o Estado para gerenciar) (DI PIETRO, 2017, p. 17).

A Lei Municipal nº 903, de 14 de julho de 2017, autorizou o Poder Executivo Municipal de Riachão do Jacuípe, “município brasileiro do estado da Bahia situado a 186 km de distância da capital estadual, e pertencente à Área de Expansão Metropolitana de Feira de Santana”, a outorgar, conforme seu art. 1º, “através da Fundação de Saúde e Assistência Social – FUSAS, a concessão para exploração dos serviços públicos de saúde e uso de bens públicos”, pelo prazo de 10 (dez) anos, prorrogável uma vez por igual período. (BAHIA, 2017)

Hoje, desde novembro de 2017, “as ações e procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, de urgência e emergência, avaliações cirúrgicas e cirurgias” do Hospital Municipal de Riachão do Jacuípe são geridos pelo Instituto de Saúde e Ação Social – ISAS, uma associação civil de direito privado. (BAHIA, 2017)

Este trabalho buscou avaliar o grau de satisfação dos cidadãos usuários dos seus serviços, após a concessão, por meio de 401 questionários a esses aplicados.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Qual é o grau de satisfação dos cidadãos usuários dos serviços públicos de saúde do Hospital Municipal de Riachão do Jacuípe, após a concessão à iniciativa privada?

1.2 QUESTÕES ORIENTADORAS

As questões que norteiam este trabalho são as seguintes:

1. Qual o perfil do cidadão usuário dos serviços públicos de saúde do Hospital Municipal de Riachão do Jacuípe?
2. Qual a percepção dos cidadãos usuários quanto ao atendimento e à infraestrutura após a concessão à iniciativa privada e de que forma a percepção se comporta em função dos atributos pessoais?
3. Em que nível de serviço se encontra a prestação?

A primeira questão é válida por se conseguir, por meio dessa, compreender os atributos pessoais (sexo, idade, renda, escolaridade, município em que reside e frequência com que utilizou os serviços) predominantes.

A segunda, por favorecer o conhecimento: da percepção que há sobre o atendimento prestado pela recepção, pelo médico e por demais profissionais da saúde; da concordância ou discordância sobre a adequação da infraestrutura para atender aos cidadãos usuários; e o comportamento da percepção em função dos atributos pessoais.

Já a terceira, por averiguar o quanto a satisfação relacionada a determinados itens (tempo de espera para atendimento, comodidade, limpeza e segurança no tratamento) se aproxima ou se distancia da importância atribuída a cada um deles.

1.3 OBJETIVOS DO TRABALHO

1.3.1 Objetivo Geral

Verificar o grau de satisfação dos cidadãos usuários dos serviços públicos de saúde do Hospital Municipal de Riachão do Jacuípe, após sua concessão à iniciativa privada.

1.3.2 Objetivos Específicos

- a. Conhecer o perfil do cidadão usuário do Hospital Municipal de Riachão do Jacuípe;
- b. Analisar a percepção dos cidadãos usuários, com relação a determinados atributos (atendimento da recepção, atendimento prestado pelo médico, atendimento dos profissionais da saúde e infraestrutura) na prestação dos serviços do Hospital Municipal de Riachão do Jacuípe, após a transferência da sua execução à iniciativa privada e avaliar como tal percepção se comporta em função dos atributos pessoais (sexo, idade, renda, escolaridade, município e frequência);
- c. Identificar em que nível de serviço se encontra a prestação, estabelecendo a comparação entre a satisfação com relação a certos itens (tempo de espera para atendimento, comodidade, limpeza e segurança no tratamento) e a importância dada a esses.

1.4 JUSTIFICATIVA

Antes mesmo de iniciar a graduação, já me interessava pela Administração Pública, em virtude de percebê-la, frequentemente, estigmatizada por muitos cidadãos, incluindo-me muitas vezes na parcela que tem essa visão, principalmente quando feita a execução dos seus serviços pela iniciativa privada. Hoje, compreendo que toda e qualquer graduação, principalmente a Administração, deve também voltar-se para além do ambiente empresarial.

Por me ver inserida no ambiente em que se deu o processo de mudança da gestão (do município à iniciativa privada) do Hospital Municipal de Riachão do Jacuípe, cidade da qual sou natural, o tema se tornou importante para mim.

Também se mostrou pertinente por possibilitar a demais pessoas, sejam elas estudantes, gestores ou os próprios cidadãos usuários objetos da pesquisa (já que muitas foram as discussões acerca do tema no período em que antecedeu a concretização da

concessão), que porventura também tenham interesse pela Administração Pública, o acesso ao resultado da pesquisa de satisfação.

1.5 DIVISÃO DO TRABALHO

O trabalho está dividido em cinco capítulos, a saber: introdução; referencial teórico; metodologia; apresentação, análise e tratamento dos dados; e considerações finais.

Na introdução há a exposição do problema de pesquisa, das questões que a norteiam, dos objetivos (geral e específicos) que se deseja alcançar por meio dessa, da justificativa acerca de se trabalhar com o tema em apreço e da forma como está dividida.

No referencial teórico é feito um levantamento da literatura para compreensão dos termos centrais do tema trabalhado, que são: concessão dos serviços públicos à iniciativa privada, saúde e qualidade em serviços.

A metodologia apresenta o modo como o trabalho é conduzido de forma a alcançar os objetivos desejados. Traz, portanto, a caracterização da pesquisa, a definição dos procedimentos técnicos, do método científico e dos procedimentos operacionais.

A apresentação, análise e interpretação dos resultados referem-se à parte em que os dados obtidos por meio da aplicação de questionários são expostos e posteriormente tratados, a fim de se chegar a conclusões para os objetivos propostos.

Considerações finais é o capítulo que apresenta um resumo do que foi exposto no decorrer do trabalho e a resposta ao problema de pesquisa.

Além disso, há, ainda, a apresentação das referências e de apêndices.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O alcance dos objetivos (geral e específicos) para os quais este trabalho se propõe necessita que se percorram os caminhos ilustrados na Figura 1 abaixo. Dos termos maiores, considerados centrais (a saber: serviços públicos, saúde e percepção da qualidade dos serviços prestados), são derivados outros.

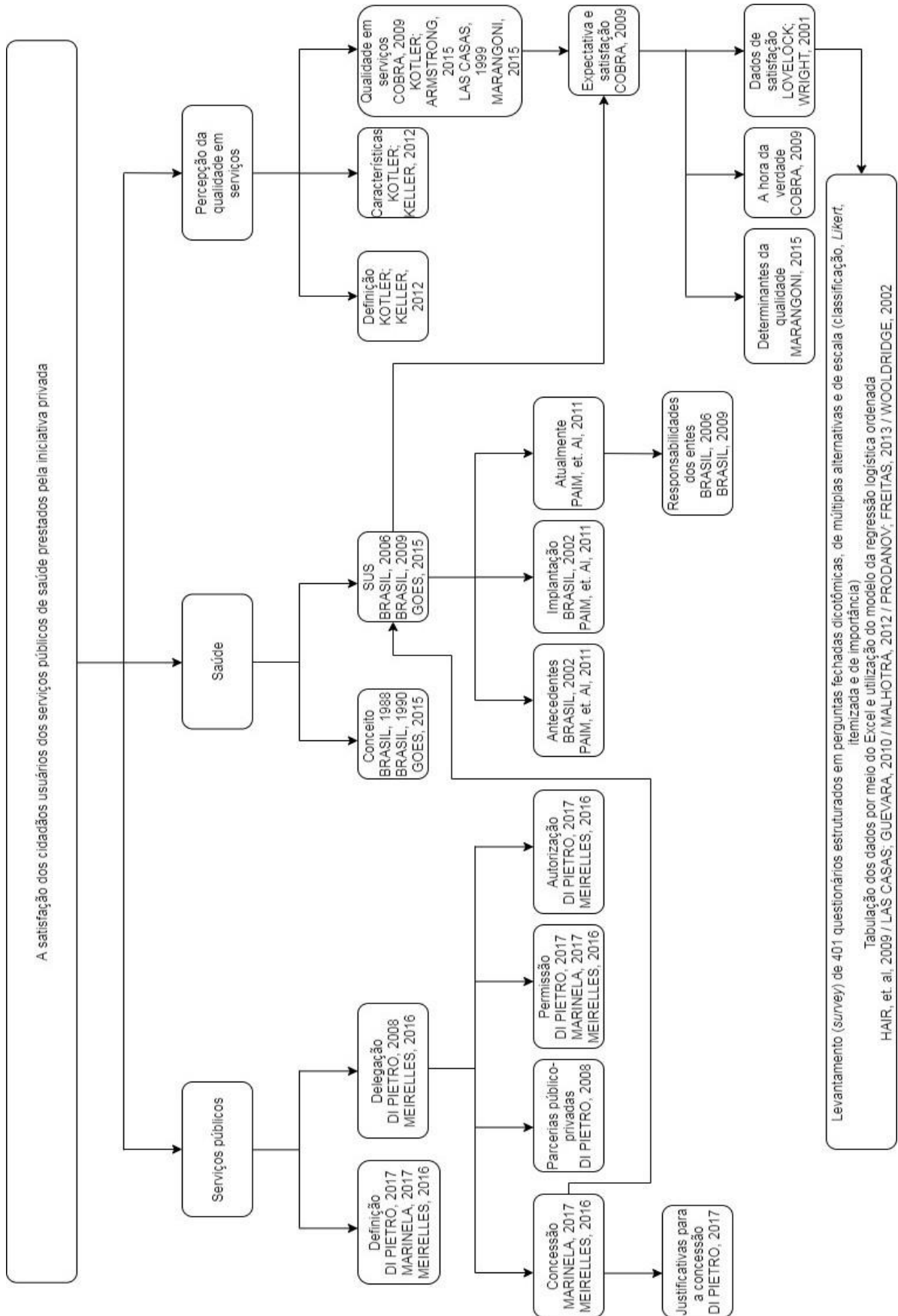
Em “Serviços públicos”, passamos pela sua definição e pelo conhecimento do instrumento da delegação, bem como seus quatro tipos (concessão, parcerias público-privadas, permissão e autorização) e sua razão de acontecer.

Em “Saúde”, são apresentados seu conceito e o SUS, desde seus antecedentes, passando pela sua implantação e, finalmente, chegando a sua estrutura atual, com as respectivas responsabilidades dos entes que o regem.

Já em “Percepção da qualidade dos serviços prestados”, são vistas a definição de serviços, suas características e o termo qualidade, que abarca outros termos, expectativa e satisfação dos clientes/usuários, que, por sua vez culminam em determinantes da qualidade, a hora da verdade e dados de satisfação.

Da concessão dos serviços do SUS chega-se em expectativa e satisfação para, então, por meio do levantamento de 401 questionários, verificar a satisfação dos cidadãos usuários dos serviços públicos de saúde prestados pela iniciativa privada.

Figura 1: Mapa da literatura da pesquisa



Fonte: elaborado pela autora (2019).

Inicialmente, para compreender a concessão de serviços públicos, exige-se o discurso sobre: as expressões Estado e sociedade civil, que, embora distintas, são interdependentes; e a importância do Estado como detentor de poder.

Segundo Bobbio (1998), o termo sociedade civil apresentou diversos e sucessivos significados desde sua aceção original, a que a contrapôs à “sociedade natural” e a aproximou de “sociedade política” ou “Estado”.

O Estado ou Sociedade civil nasce por contraste com um estado primitivo da humanidade em que o homem vivia sem outras leis senão as naturais. Nasce, portanto, com a instituição de um poder comum que só é capaz de garantir aos indivíduos associados alguns bens fundamentais como a paz, a liberdade, a propriedade, a segurança, que, no Estado natural, são ameaçados seguidamente pela explosão de conflitos, cuja solução é confiada exclusivamente à autotutela. (BOBBIO, et. Al, 1998, p. 1206)

A sociedade civil, portanto, nessa primeira aceção, se contrapõe à natural, aquela na qual existem muitos conflitos oriundos das diferenças e da falta de um agente que os gerencie e os resolva, e se confunde com o termo Estado, representando ambos a mesma ideia.

Numa segunda aceção, além de a sociedade civil se contrapor à natural, também se diferencia da sociedade dos primitivos, pela aquisição de novo significado: “civilizada”. Mas ainda não é dissociada do termo Estado. (BOBBIO, et. Al, 1998, p. 1207)

Já com uma terceira aceção, trazida por Hegel, a expressão sociedade civil é colocada entre a família, por esta ser considerada uma sociedade natural, e o Estado.

Para fazer compreender que a Sociedade civil possui algumas características do Estado, mas não é ainda Estado, Hegel define-a como "Estado externo" ou "Estado do intelecto". O que falta à Sociedade civil para ser um Estado é a característica da organicidade. (BOBBIO, et. Al, 1998, p. 1208)

Outras aceções foram trazidas por diversos outros estudiosos, como Marx e Gramsci, ora distanciando os significados de sociedade civil e Estado, ora aproximando-os. Hoje, sociedade civil e Estado são interdependentes, mas se contrapõe:

Na contraposição Sociedade civil-Estado, entendeu-se por Sociedade civil a esfera das relações entre indivíduos, entre grupos, entre classes sociais, que se desenvolvem à margem das relações de poder que caracterizam as instituições estatais. Em outras palavras, Sociedade civil é representada como o terreno dos conflitos econômicos, ideológicos, sociais e religiosos que o Estado tem a seu cargo resolver, intervindo como mediador ou suprimindo-os; como a base da qual partem as solicitações às quais o sistema político está chamado a responder; como o campo das várias formas de mobilização, de associação e de organização das forças sociais que impelem à conquista do poder político. (BOBBIO, et. Al, 1998, p. 1210)

Logo, o Estado, hoje definido por Paulo e Alexandrino (2015) como “[...] organização de um povo sobre um território determinado, dotada de soberania”, surge da necessidade de se regular as relações na sociedade civil, de modo a resolver os conflitos e promover o bem comum.

Na definição apresentada, verificam-se os elementos essenciais à existência de um Estado: a soberania, o povo e o território. (PAULO, Vicente, ALEXANDRINO, Marcelo, 2015, p. 45)

2.1 SERVIÇOS PÚBLICOS

2.1.1 Definição de serviços públicos

Segundo Di Pietro (2017), “as primeiras noções de serviço público surgiram na França, com a chamada Escola de Serviço Público, e foram tão amplas que abrangiam, algumas delas, todas as atividades do Estado”.

Duas grandes ideias estavam presentes nos conceitos de serviço público formulados pela Escola do Serviço Público: (a) trata-se de atividade ou organização assumida por uma coletividade pública (a chamada *publicatio*); e (b) o seu objetivo é o de satisfazer a uma necessidade de interesse geral. (DI PIETRO, 2017, p. 172)

A definição de serviço público tem dois vieses: conceito amplo e conceito restrito. Influenciados pelas ideias da Escola de Serviço Público, “alguns doutrinadores brasileiros adotaram conceito amplo de serviço público”. (DI PIETRO, 2017)

Em relação ao conceito amplo, Di Pietro (2017, *apud* Araújo, 2010, p. 123) diz que “serviço público é toda atividade exercida pelo Estado, através de seus Poderes (Legislativo, Executivo e Judiciário) para a realização direta ou indireta de suas finalidades”.

Sob o prisma do conceito restrito, ainda para Di Pietro (2017, *apud* Araújo, 2010, p. 123) serviço público é:

[...] todo aquele que o Estado exerce direta ou indiretamente para a realização de suas finalidades, mas somente pela Administração, com exclusão das funções legislativa e jurisdicional, sob normas e controles estatais, para satisfação de necessidades essenciais ou secundárias da coletividade ou simples conveniência do Estado.

Marinela (2017) fala em três critérios para definir um serviço como público: substrato material, elemento subjetivo e elemento formal. Define o primeiro como “a prestação de uma utilidade ou comodidade fruível singularmente pelos administrados e que o Estado as assume

como próprias, podendo prestá-las diretamente ou não”. Justifica a existência do segundo por conta da exigência da presença do Estado. E aponta para o terceiro elemento por conta da necessidade que se tem de que a prestação seja de interesse coletivo, demandando, portanto, um regime jurídico público¹.

Di Pietro (2017), no entanto, fala em possíveis dissociações dos três critérios, o que rendeu o título de “crise na noção de serviço público”. Os elementos são afetados: o subjetivo, “porque não mais se pode considerar que as pessoas jurídicas públicas são as únicas que prestam serviço público; os particulares podem fazê-lo por delegação do Poder Público”; o formal, “uma vez que nem todo serviço público é prestado sob regime jurídico exclusivamente público”; e o material:

Existem necessidades de interesse geral que a autoridade atende satisfatoriamente, mas que nem por isso confia a órgãos públicos; e também pode acontecer que entidades públicas, como autarquias, desempenhem atividade industrial ou comercial idêntica à das empresas privadas similares, e que não pode ser considerada serviço público, uma vez que nenhuma peculiaridade distingue o seu regime do adotado no setor privado. Há, aí, uma dissociação dos sentidos subjetivo e material.

O conceito de serviço público, como observado em Marinela (2017) não é uma constante, sofreu, e é passível de sofrer, mudanças no decorrer do tempo. O Estado, usando como instrumentos a Constituição e as leis, determina quais atividades são caracterizadas como de interesse geral e as rotula como serviços públicos. Sua definição de serviço público é:

[...] toda atividade de oferecimento de utilidade e comodidade material, destinada à satisfação da coletividade, mas que pode ser utilizada singularmente pelos administrados, e que o Estado as assume como pertinentes a seus deveres e presta-a por si mesmo, ou por quem lhe faça as vezes, sob regime de direito público, total ou parcialmente. (MARINELA, 2017, p. 601)

Meirelles (2016, p. 417-426) acrescenta a variabilidade do conceito em função “das necessidades e contingências políticas, econômicas, sociais e culturais de cada comunidade, em cada momento histórico”. Conceitua serviço público como “todo aquele prestado pela Administração² ou por seus delegados, sob normas e controles estatais, para satisfazer

¹ A Administração Pública pode submeter-se a regime jurídico de direito privado ou a regime jurídico de direito público. [...] quando a Administração emprega modelos privatísticos, nunca é integral a sua submissão ao direito privado; às vezes, ela se nivela ao particular, no sentido de que não exerce sobre ele qualquer prerrogativa de Poder Público; mas nunca se despe de determinados privilégios [...]. (DI PIETRO, 2017, p. 130 e 131)

² “[...] todo o aparelhamento do Estado preordenado à realização de serviços, visando à satisfação das necessidades coletivas. A Administração não pratica atos de governo; pratica, tão somente, atos de execução [...] são os chamados atos administrativos. (MEIRELLES, 2016, P. 68 e 69)

necessidades essenciais ou secundárias da coletividade ou simples conveniências do Estado”. E, devido à generalidade do conceito, classifica os serviços públicos:

Fora dessa generalidade não se pode, em doutrina, indicar as atividades que constituem serviço público, porque variam segundo as exigências de cada povo e de cada época. Nem se pode dizer que são as atividades coletivas vitais que caracterizam serviços públicos, porque ao lado destas existem outras, sabidamente dispensáveis pela comunidade, que são realizadas pelo Estado como serviço público. MEIRELLES (2016, p. 418)

Meirelles (2016) estabelece diferenças entre “públicos e de utilidade pública; próprios e impróprios do Estado; administrativos e industriais [...]”.

Considera como serviços públicos, propriamente ditos, os que visam atender às necessidades essenciais da sociedade, os quais permitem sua sobrevivência e a do Estado. “Exemplos desses serviços são os de defesa nacional, os de polícia, os de preservação da saúde pública”. MEIRELLES (2016, p. 420 e 421)

Entendem-se como serviços de utilidade pública os que têm sua conveniência reconhecida, mas que não são essenciais. “São exemplos dessa modalidade os serviços de transporte coletivo, energia elétrica, gás, telefone”. MEIRELLES (2016, p. 420)

Como integrantes da categoria serviços próprios do Estado são citados os de higiene, saúde, política, segurança públicas, judiciário. “[...] só devem ser prestados por órgãos ou entidades públicas, em regra sem delegação a particulares. Mas, por força de norma constitucional ou infraconstitucional³ pode ser delegado ao particular [...]”. (MEIRELLES (2016, p. 422)

“Serviços impróprios do Estado: são os que não afetam substancialmente as necessidades da comunidade, mas satisfazem interesses comuns de seus membros [...] a Administração os presta remuneradamente, por seus órgãos⁴ ou entidades descentralizadas⁵ [...]”.

Segundo Meirelles (2016), os serviços administrativos são os voltados para as necessidades internas da Administração ou têm a finalidade de adequar atividades que serão prestadas ao público, a exemplo da imprensa oficial.

³ A Constituição, juntamente com as emendas constitucionais, é a norma máxima. Abaixo dela, de modo hierarquizado, encontram-se, entre outras, as leis (ordinárias e complementares), os decretos, os regulamentos, as resoluções.

⁴ Para Meirelles (2016), centros de competência que desempenham funções do Estado, por meio dos agentes.

⁵ A Administração desempenha suas atividades de modo centralizado, quando as exerce por meio das entidades estatais (União, Estados-membros, Municípios e Distrito Federal); e de modo descentralizado, por meio das entidades autárquicas, fundacionais, empresariais e paraestatais. (MEIRELLES, 2016)

Os serviços industriais são considerados como impróprios do Estado, porque estão relacionados à atividade econômica. São rentáveis para os que os prestam (sejam órgãos ou entidades do Poder Público⁶ ou, ainda, particulares), mediante tarifa ou preço público (definidos pelo Poder Público). (MEIRELLES (2016, p. 422)

Di Pietro (2017, p. 178), por fim, conceitua serviço público como “toda atividade material que a lei atribui ao Estado para que a exerça diretamente ou por meio de seus delegados, com o objetivo de satisfazer concretamente às necessidades coletivas, sob regime jurídico total ou parcialmente público”.

2.1.2 Delegação de serviços públicos

O Poder Público é formado pelos três Poderes de Estado, independentes e harmônicos entre si: Legislativo, Executivo e Judiciário. O primeiro tem como função principal a normativa (elaboração das leis); o segundo, a executiva (execução das leis por meio de seus atos); o terceiro, a judicial (aplicação coerciva da lei aos litigantes). (MEIRELLES, 2016, p. 64)

[...] embora o ideal fosse a privatividade de cada função para cada Poder, na realidade isso não ocorre, uma vez que todos os Poderes têm necessidade de praticar atos administrativos, ainda que restritos à sua organização e ao seu funcionamento, e, em caráter excepcional admitido pela Constituição, desempenham funções e praticam atos que, a rigor, seriam de outro Poder. (MEIRELLES, 2016, p. 65)

Vê-se em Meirelles (2016, p. 485) que os serviços prestados pelo Poder Público podem ocorrer de modo centralizado, diretamente pelos órgãos da Administração, ou de modo descentralizado, por meio das entidades autárquicas, fundacionais, empresas estatais, entes paraestatais, empresas privadas e particulares individualmente (concessionários, permissionários e autorizatários).

Di Pietro (2008) traz a diferenciação de duas formas de descentralização: por serviços (também chamada de técnica ou funcional) e por colaboração. A primeira pode ser verificada na criação, por lei, seja pela União, pelos Estados-membros ou pelos Municípios, de autarquias, fundações e empresas estatais. Nessa modalidade, são transferidas a titularidade e a execução do serviço público. Cada ente “desempenha o serviço com independência em relação à pessoa que lhe deu vida, podendo opor-se a interferências indevidas; estas somente são admissíveis nos limites expressamente estabelecidos em lei”. (DI PIETRO, 2008, p. 46)

⁶ Constituído pelos três Poderes de Estado: Executivo, Legislativo e Judiciário.

Já na descentralização por colaboração “se transfere a execução de determinado serviço público a pessoa jurídica de direito privado, previamente existente, conservando o poder público a titularidade do serviço”. Dá-se por acordo de vontades ou ato administrativo unilateral. No primeiro caso, estão à concessão de serviço público tradicional e as parcerias público-privadas, no segundo, a autorização de serviço público e a permissão de serviço público. (DI PIETRO, 2008, p. 46 e 47)

De acordo com Marinela (2017), a transferência da prestação do serviço para particulares (descentralização) e a conservação da titularidade ao Poder Público é um instituto conhecido por delegação de serviços.

A delegação é amparada pelo artigo 175 da Constituição Federal, na qual consta: “Incumbe ao Poder Público, na forma da lei, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, sempre através de licitação, a prestação de serviços públicos.”.

Independente da forma como é ofertado o serviço, “há cinco princípios regedores de todo serviço público ou de utilidade pública de presença obrigatória na sua prestação: generalidade, permanência, eficiência, modicidade e cortesia”. (MEIRELLES, 2016, p. 496)

Portanto, não deve haver discriminação na prestação dos serviços; eles devem ser prestados de forma constante; devem ser considerados como satisfatórios (em qualidade e quantidade); os preços cobrados devem estar ao alcance dos destinatários; e deve haver bom tratamento ao público. (MEIRELLES, 2016, p. 496)

2.1.2.1 Concessão de serviços públicos

A concessão, regulamentada pela Lei n. 8.987/95, após a edição da Lei n. 11.079/2004 passou a ser chamada de concessão “comum”, pois a partir dela surgiu o termo parcerias público-privadas, as quais também são classificadas como concessão, porém de caráter especial. (MARINELA, 2017)

A concessão comum é resultado de acordo administrativo, contrato bilateral, entre o poder concedente e o concessionário. Nesse acordo não há transferência alguma de propriedade ao concessionário, o qual apenas executa o serviço do Poder Público, estando a execução sujeita a regulamentação e fiscalização de quem a concede. (MEIRELLES, 2016)

Meirelles (2016): “O contrato de concessão é o documento escrito que encerra a delegação do poder concedente, define o objeto da concessão, delimita a área, forma e tempo da exploração, estabelece os direitos e deveres das partes e dos usuários do serviço.” (MEIRELLES, 2016, p. 493).

Quanto à regulamentação das concessões, Meirelles (2016) afirma que “cabe à entidade concedente editar a lei [...], o que não impede sobrevenha norma federal-nacional com preceitos gerais para todas as concessões.” (MEIRELLES, 2016, p. 489).

O serviço concedido é remunerado por tarifa (preço público) e a extinção da concessão pode ocorrer por: findo prazo da concessão; interesse da administração; inadimplência do concessionário; descumprimento, pelo poder concedente, de cláusulas contratuais; ilegalidade da concessão. (MEIRELLES, 2016, p. 496)

2.1.2.2 Parcerias público-privadas

A regulamentação da parceria público-privada é a Lei n. 11.079/2004 e segundo Di Pietro (2008) há duas modalidades para ela: a concessão patrocinada e a concessão administrativa.

Pelo § 1º, “concessão patrocinada é a concessão de serviços públicos ou de obras públicas de que trata a Lei nº 8.989, de 13-2-1995, quando envolver, adicionalmente à tarifa cobrada dos usuários, contraprestação pecuniária do parceiro público ao parceiro privado”.

E, pelo § 2º, “concessão administrativa é o contrato de prestação de serviços de que a Administração Pública seja a usuária direta ou indireta, ainda que envolva execução de obra ou fornecimento e instalação de bens”. (DI PIETRO, 2008, p. 145)

Quanto às expressões “usuária direta” e “usuária indireta”:

[...] quando o dispositivo fala na Administração como usuária direta, pode-se imaginar qualquer dos serviços prestados diretamente a ela [...] quando se fala em usuária indireta, está-se pressupondo que os usuários diretos sejam terceiros aos quais a Administração Pública presta serviços públicos (como os estudantes de uma escola, os pacientes de um hospital público etc.). (DI PIETRO, 2008, p. 152)

Conclui-se que as modalidades diferem no modo como o serviço é remunerado. A concessão patrocinada tem como remuneração, além da tarifa cobrada dos usuários (assim como na concessão comum), a contraprestação do parceiro público ou privado. Já na concessão administrativa não há cobrança de tarifa dos usuários. Sua forma de remuneração é “fundamentalmente a contraprestação paga pela Administração”. (DI PIETRO, 2008, p. 153)

2.1.2.3 Permissão de serviço público

Os serviços permitidos são cometidos, por ato unilateral, a particulares que detenham capacidade para desempenhá-los. “A permissão é, em princípio, discricionária e precária, mas admite condições e prazos para exploração do serviço”. (MEIRELLES, 2016)

O fato de a permissão ser um ato precário significa dizer que a Administração dispõe de poderes para flexivelmente estabelecer alterações ou encerrá-la a qualquer tempo, desde que fundadas razões de interesse público a aconselhem, sem obrigação de indenizar o permissionário. (MARINELA, 2017, p. 646)

Segundo Meirelles (2016), a execução da permissão é por conta e risco do permissionário, porém a Administração preestabelece as condições e requisitos a serem perseguidos. Além disso, “presta-se à execução de serviços ou atividades transitórias, ou mesmo permanentes, mas que exijam frequentes modificações para acompanhar a evolução da técnica [...] tais como o transporte coletivo”. (MEIRELLES, 2016, p. 506)

Por permissionário entende-se tanto pessoa jurídica como pessoa física, diferentemente da concessão, que só pode ocorrer para com pessoa jurídica. (DI PIETRO, 2017, p. 388)

Vê-se em Marinela (2017) que a permissão pode se dar de modo gratuito ou oneroso. Neste último caso, o permissionário fica responsável por pagar uma contraprestação ao Poder Público. A remuneração do serviço, assim como nas concessões comuns, ocorre por meio de tarifa. (MARINELA, 2017, p. 645)

2.1.2.4 Autorização de serviço público

Segundo Di Pietro (2017), a autorização consiste em “ato unilateral, discricionário e precário pelo qual o poder público delega a execução de um serviço público de sua titularidade, para que o particular o execute predominantemente em seu próprio benefício”. (DI PIETRO, 2017, p. 388)

Não ocorre licitação e a execução do serviço autorizado é se dá “em nome do autorizatário, por sua conta e risco, sujeitando-se à fiscalização pelo poder público”. (DI PIETRO, 2017, p. 388)

Meirelles (2016) acrescenta a figura da autorização sem a delegação, a qual diz respeito à autorização de uso, diferente da autorização de serviço público.

Quando o Poder Público permite o uso privativo de bem público não há delegação, mas a chamada autorização de uso. [...] É o que ocorre com os serviços de táxi, de despachantes, de pavimentação de ruas por conta dos moradores, de guarda particular de estabelecimentos ou residências [...] (MEIRELLES, 2016, p. 509).

2.1.3 Justificativas para a concessão de serviços públicos à iniciativa privada

De acordo com Di Pietro (2017), o termo privatização, além de utilizado em sentido restrito, quando ocorre “a transferência de ativos ou de ações de empresas estatais para o setor

privado”, é também utilizado de modo abrangente por diversos autores quando os mesmos querem se referir a toda e qualquer forma de processo que tenha como objetivo “reduzir o tamanho do Estado e fortalecer a iniciativa privada e os modos privados de gestão dos serviços públicos”. (DI PIETRO, 2017, p. 7)

Di Pietro cita que “O próprio vocábulo privatização, ligado a privado, evoca as ideias de gestão por pessoas privadas e de gestão pelos métodos do setor privado”. (DI PIETRO, 2017, p. 8)

Ainda segundo Di Pietro (2017), até o século XIX, o Estado Liberal, que se voltava à proteção da igualdade e da liberdade, mostrou-se insuficiente por ter gerado uma profunda desigualdade social. Em virtude disso, passada a Segunda Guerra Mundial, consolidou-se o Estado Social, a partir do qual foi atribuída ao Estado a função de intervir nos âmbitos econômico e social, com a finalidade de buscar a igualdade. Vê-se, desse modo, a mudança do foco, da liberdade para a igualdade, e maior preocupação com o interesse público (bem comum). (DI PIETRO, 2017, p. 8 e 9)

Em virtude disso, fora implantada a ideia de Estado Social de Direito nas democracias ocidentais, que idealizara o Estado como provedor de serviços, em proporções grandes, à população. Esse aumento de atribuições, no entanto, o fez adotar novas medidas. (DI PIETRO, 2017, p. 9)

Os serviços foram divididos em três categorias, para as quais o Estado assumiu diferentes posturas: considerou uma categoria como serviços públicos e para o desempenho desses criou mais empresas estatais; outra categoria o Estado deixou para desempenho pela iniciativa privada, mas também passou a executá-la, “a título de intervenção no domínio econômico, por meio de sociedades de economia mista, empresas públicas e outras empresas sob controle acionário do Estado”; a terceira categoria é representada pelas atividades que foram deixadas à iniciativa privada e o Estado “limitou-se a fomentá-las, por considerá-las de interesse para a coletividade”. (DI PIETRO, 2017, p. 9 e 10)

No Brasil, a atividade de fomento está presente tanto no âmbito social (nos ajustes com o terceiro setor) como no econômico (na parceria público-privada). (DI PIETRO, 2017, p. 11)

A superação do liberalismo pelo Estado Social foi marcada pela exigência da ação do Estado. “A sociedade quer subvenção, financiamento, escola, saúde, moradia, transporte; quer proteção ao meio ambiente, ao consumidor, ao patrimônio histórico e artístico nacional e aos mais variados tipos de interesses difusos e coletivos”. (DI PIETRO, 2017, p. 13)

Assegurou-se a justiça social, mas agravou-se a intervenção por parte do Estado, seja nos direitos ou na atividade do setor privado. (DI PIETRO, 2017, p. 13)

Diante dos pontos negativos oriundos do Estado Social de Direito, necessário foi o surgimento do Estado Democrático de Direito, que acrescenta às ideias de proteção das liberdades individuais e do bem comum a participação do povo no processo político. (DI PIETRO, 2017, p. 14)

Há ainda outra ideia acrescida às anteriores: a do Estado Subsidiário, segundo a qual, primeiro, “o Estado deve abster-se de exercer atividades que o particular tem condições de exercer por sua própria iniciativa e com seus próprios recursos”; segundo, o Estado deve funcionar de modo a promover a condução dos empreendimentos dos particulares; terceiro, deve haver parceria entre público e privado. (DI PIETRO, 2017, p. 15 e 16)

A privatização, que passou a ocorrer principalmente após a década de 80, é uma das decorrências da ideia da subsidiariedade e seu intuito fora diminuir o tamanho do Estado, por motivos financeiro (redução dos gastos públicos com empresas deficitárias do Estado), jurídico (redução do controle excessivo da Administração centralizada) e político (maior participação da iniciativa privada nos setores em que é a mais apta do que o Estado a gerir). (DI PIETRO, 2017, p. 17)

Como consequência também há a necessidade de aumento da atividade de fomento, que é o incentivo à iniciativa privada, em virtude de uma sociedade pluralista, representada por diversos interesses públicos e para a qual o Estado passa a não mais poder desempenhar todas as atividades. (DI PIETRO, 2017, p. 19)

Devem ficar a cargo do Estado as atividades que lhe são próprias com ente soberano, consideradas indelegáveis ao particular (segurança, defesa, justiça, relações exteriores, legislação, polícia); e devem ser regidas pelo princípio da subsidiariedade as atividades sociais (educação, saúde, pesquisa, cultura, assistência) e econômicas (industriais, comerciais, financeiras), as quais o Estado só deve exercer em caráter supletivo da iniciativa privada, quando ela for deficiente. (DI PIETRO, 2017, p. 19 e 20)

Além da privatização, do fomento e da parceria, que prestigiam a livre concorrência, o Estado renovado busca ser eficiente na prestação dos serviços públicos pelo processo da desburocratização. (DI PIETRO, 2017, p. 21)

2.2 SAÚDE

A saúde é uma das espécies, juntamente com a previdência e a assistência social, do gênero seguridade social, prevista no art. 194 da Constituição Federal: “A seguridade social

compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” (GOES, 2015, p. 14).

A lei que regula as ações e os serviços de saúde em âmbito nacional é a Lei 8.080 de 19/09/1990.

2.2.1 Conceito de saúde

No site do Ministério da Saúde, encontra-se, amparado ao art. 196 da Constituição Federal de 1988, o texto:

A saúde deve ser compreendida como qualidade de vida e não apenas como ausência de doenças. Isso deve ser garantido por políticas sociais e econômicas, reduzindo o risco de doenças e promovendo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

O art. 2º da Lei 8.080/90 ao enunciar que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” compactua com o texto previsto na Constituição Federal.

Ao conceituar a saúde como qualidade de vida e não como mera ausência de doenças, deve-se perceber que para usufruí-la não de existir:

[...] fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais [...] Dizem respeito também à saúde às ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (GOES, 2015, p. 791)

2.2.2 Saúde como direito constitucional

A Constituição Federal de 1988 traz, em seu Capítulo II, artigo 6º, a saúde como um dos direitos sociais: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

Em seu art. 197, prevê que “são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”.

Além disso, no art. 199, cita que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” e completa, em seu § 1º: “As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde”.

No primeiro dispositivo, cuida-se da saúde como serviço público (integrado em um sistema único) a cargo do Estado e contempla-se a possibilidade de que esse serviço seja prestado diretamente (pelo próprio Poder Público) ou através de terceiros, podendo esses terceiros ser pessoas físicas ou jurídicas de direito privado (o que implica a possibilidade de parceria com a iniciativa privada ou a delegação da execução a terceiros). No segundo dispositivo, cuida-se da saúde como atividade privada exercida pelo particular, por sua própria iniciativa; no § 1º do art. 199 volta-se à ideia de parceria entre público e privado, ao prever-se que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. (DI PIETRO, 2017, p. 25)

Sendo assim, a saúde não é exclusiva do Poder Público, havendo para ela “duas possibilidades: prestação pelo Poder Público, com a participação da comunidade ou prestação pelo particular”. (DI PIETRO, 2017, p. 24)

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. (GOES, 2015, p. 791)

2.2.3 O SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema de saúde pública do Brasil, um “sistema ímpar no mundo, que garante acesso integral, universal e igualitário à população brasileira, do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos”. (BRASIL, 2006)

O SUS é “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. (GOES, 2015, p. 793)

“O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da saúde, a previdência (INSS) e a assistência social”. (BRASIL, 2009)

2.2.3.1 Antecedentes do SUS

Antes da criação do SUS, a assistência à saúde pelo poder público não abarcava a totalidade da população brasileira, de modo universal e igualitário.

Segundo Paim et. Al (2011), no início do século XX e antes de 1930, no Brasil, as escassas campanhas relacionadas à saúde pública ocorriam de forma autoritária e geravam oposição por parte, inclusive, da população.

A expansão da proteção social ocorreu no governo do Presidente Getúlio Vargas (1930 a 1945) e no regime militar (1964 a 1984). A população, no entanto, não participava das decisões ou da gestão e a proteção era desigual. (PAIM, et. Al, p. 16 e 17).

“O sistema de saúde era formado por um Ministério da Saúde subfinanciado e pelo sistema de assistência médica da previdência social”. (PAIM, et. Al, p. 17)

A atuação do Ministério da Saúde (MS) se dava por meio de hospitais especializados, mas em número pequeno. Em caráter universal, também pelo MS, com o auxílio dos estados e municípios, eram desempenhadas algumas ações, porém basicamente voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças. (BRASIL, 2002)

A assistência por meio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), ocorria somente aos seus associados e dependentes. Os associados eram os que tinham um emprego formal, ou seja, “carteira assinada”. (BRASIL, 2002)

“As pessoas com empregos esporádicos tinham uma oferta inadequada de serviços, composta por serviços públicos, filantrópicos ou serviços de saúde privados pagos do próprio bolso.” (PAIM, et. Al, p. 17).

Com o desdobramento do INPS, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ficou responsável pela assistência à saúde aos associados e dependentes e para que essa pudesse acontecer, demandou, além da construção de unidades de atendimento, a contratação de serviços privados. (BRASIL, 2002)

Após o golpe ocorrido em 1964, houve uma aceleração da expansão do sistema de saúde privado, principalmente nos maiores centros urbanos. No período entre 1970 e 1974, o setor privado recebeu recursos federais para reforma e construção de hospitais privados; os sindicatos passaram a ser responsáveis pela assistência à saúde e instituições filantrópicas ficavam encarregadas de assistir à saúde de trabalhadores rurais. As empresas privadas, em troca de redução no imposto de renda, passaram a ofertar assistência médica a seus empregados, o que culminou no crescimento de planos de saúde privados.

Percebe-se que os brasileiros que viviam no período que antecedeu a criação do SUS eram: os amparados pela assistência prestada pelo INAMPS; ou os que detinham poder aquisitivo suficiente para pagar pelos serviços privados de saúde; ou, ainda, os que não estavam enquadrados em nenhuma das possibilidades anteriores, ou seja, os desassistidos. (BRASIL, 2002)

A crise de financiamento na previdência social, em virtude de, primeiro, maior cobertura da previdência social e, segundo, “mercado de saúde baseado em pagamentos a prestadores do setor privado com base nos serviços realizados”, além da recessão econômica em 1980 foram as razões para se buscar uma reforma. (PAIM, et. Al, p. 18)

2.2.3.2 Implantação do SUS

O processo de implantação do SUS começou com a finalidade de abranger a cobertura dos serviços e ações de saúde a todos e não mais abarcar somente os beneficiários (associados e dependentes) do INAMPS. (BRASIL, 2002)

A concepção de saúde que se tem hoje (saúde como qualidade de vida e não só como ausência de doenças) já vigorava na sociedade da década de 1970, quando a reforma sanitária era defendida “como uma questão social e política a ser abordada no espaço público.” (PAIM, et. Al, p. 18).

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) foi fundado em 1976, organizando o movimento da reforma sanitária e, em 1979, formou-se a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Ambas propiciaram a base institucional para alavancar as reformas. (PAIM, et. Al, p. 18)

A partir de 1979 passaram a acontecer reuniões entre técnicos e gestores municipais e em 1980 foi constituído o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Em 1986, houve o reconhecimento da saúde como um direito do cidadão, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, o que delineou os fundamentos do SUS. Já na Assembleia Nacional Constituinte (1987-88), a reforma sanitária foi aprovada, ainda que em meio à forte oposição do setor privado. (PAIM, et. Al, p. 18)

Em 1988 a atual Constituição Federal foi promulgada, trazendo a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, e em 1990 foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080), especificando as atribuições e a organização do SUS.

2.2.3.3 O SUS atualmente

Hoje, as atividades desenvolvidas pelo SUS são classificadas em: atenção básica (ou atenção primária), atenção secundária e atenção terciária e hospitalar.

A atenção básica tem como objetivo:

[...] oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado (p. ex., assistência especializada e hospitalar), bem como implementar ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças. Para isso, têm sido utilizadas diversas estratégias de repasse de recursos (p. ex., o PAB) e organizacionais, em particular o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família (PSF). (PAIM, et. Al, p. 21)

O PSF se concentra nas famílias e comunidades, de modo a promover a saúde e a desempenhar ações preventivas, podendo as atividades ser desempenhadas tanto nas unidades quanto nas casas dos pacientes e na comunidade (PAIM, et. Al, p. 22).

Cada PSF possui uma equipe de saúde da família, que é composta, por sua vez, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. No ano de 2004, começou a incluir também equipes de saúde bucal. (PAIM, et. Al, p. 22)

Buscando melhorar a qualidade, o acesso aos serviços e expandir a cobertura e o escopo da atenção básica, em 2006, o governo lançou a Política Nacional de Atenção Básica e em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). (PAIM, et. Al, p. 23)

A atenção secundária diz respeito aos serviços especializados.

[...] a oferta é limitada e o setor privado contratado muitas vezes dá preferência aos portadores de planos de saúde privados. A atenção secundária é pouco regulamentada e os procedimentos de média complexidade frequentemente são preteridos em favor dos procedimentos de alto custo. O SUS é altamente dependente de contratos com o setor privado, sobretudo no caso de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. (PAIM, et. Al, p. 24)

É relevante, quando se fala da atenção secundária, levantar a importância da criação, em 2001, dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos serviços de residência terapêutica (SRT) para egressos de longa internação, serviços ambulatoriais estes que possibilitaram a redução de 20.000 leitos psiquiátricos entre os anos de 2001 e 2010. (PAIM, et. Al, p. 24)

A atenção terciária no SUS diz respeito a alguns procedimentos de custo elevado, que são, em sua maioria, realizados por prestadores privados contratados e hospitais públicos com

finalidade de ensino, pagos com recursos públicos e a preços equiparados ao valor de mercado.

Como ocorre em vários outros sistemas de saúde em todo o mundo, os desafios da assistência hospitalar no Brasil incluem o controle de custos, o aumento da eficiência, a garantia da qualidade da atenção e da segurança do paciente, a provisão de acesso a cuidados abrangentes, a coordenação com a atenção básica e a inclusão de médicos na resolução de problemas. (PAIM, et. Al, p. 25)

2.2.3.4 Responsabilidades dos entes que compõem o sus

Quando o art. 196 da Constituição do Brasil traz a saúde como um direito de todos e dever do Estado, “deve-se entender Estado não apenas como o governo federal, mas como Poder Público, abrangendo a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios”. (BRASIL, 2009)

O governo federal é o principal financiador da saúde, responsável pela aplicação da metade de todos os recursos gastos no Brasil em saúde pública. Os estados e os municípios contribuem, juntos, com a outra metade dos recursos. (BRASIL, 2006)

O Ministério da Saúde, vinculado à esfera federal, formula as políticas nacionais de saúde que serão desempenhadas pelos estados, municípios, fundações, empresas, ONGs, entre outros parceiros. Também planeja, cria normas, avalia e utiliza os instrumentos de controle do SUS. (BRASIL, 2006)

Os estados, por sua vez, atuam por meio das suas secretarias específicas, formulando suas próprias políticas de saúde, mas respeitando a normatização federal. (BRASIL, 2006)

O gestor estadual além de aplicar recursos próprios, aplica também os repassados pela União. (BRASIL, 2006)

Enquanto o governo federal é o principal financiador, os municípios são os principais responsáveis pela execução das atividades voltadas à saúde. Incumbindo ao gestor municipal, desde o ano de 2006, a assinatura do termo de compromisso, por meio do qual assume integralmente as ações e serviços do território que lhe diz respeito. (BRASIL, 2006)

Assim como os estados, os municípios também possuem secretarias específicas para a gestão da saúde e formula suas próprias políticas, mas respeitando as normatizações federais e estaduais. (BRASIL, 2006)

Os recursos aplicados correspondem aos próprios e aos repassados pela União e estado. (BRASIL, 2006)

De modo a atender a procedimentos de complexidade para os quais não tenham condições de oferecer para garantir pleno atendimento à população, os municípios podem estabelecer parcerias com outros municípios. (BRASIL, 2006)

2.3 PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS

2.3.1 Definição de serviços

Fora apresentado, inicialmente, o conceito de serviço público. Não obstante, faz-se necessária também a apresentação do conceito de serviço de modo abrangente, bem como das suas características, para que se possa compreender a satisfação dos usuários em relação à sua prestação.

De acordo com Kotler e Keller (2012), serviço pode ser definido como “qualquer ato ou desempenho, essencialmente intangível, que uma parte pode oferecer a outra e que não resulta na propriedade de nada. A execução de um serviço pode estar ou não ligada a um bem concreto”. (KOTLER; KELLER, 2012, p. 382)

2.3.2 Características dos serviços

Os serviços apresentam quatro características que o distinguem dos bens (produtos tangíveis): intangibilidade, inseparabilidade, variabilidade e perecibilidade. (KOTLER; KELLER, 2012, p. 384)

Pela primeira característica, intangibilidade, entende-se que um serviço não poderá ser visto, provado, sentido, ouvido ou cheirado antes de ser adquirido. A fim de se minimizar a incerteza quanto à sua qualidade, os prestadores de serviço devem evidenciar pontos que de algum modo possam “tangibilizar o intangível”, ou seja, preocupando-se com as instalações, as pessoas, os equipamentos, o material de comunicação, os símbolos e o preço. (KOTLER; KELLER, 2012, p. 384)

Sobre a inseparabilidade, “enquanto os bens materiais são fabricados, estocados, distribuídos e mais tarde consumidos, de modo geral os serviços são produzidos e consumidos simultaneamente”. (KOTLER; KELLER, 2012, p. 385)

Os serviços são altamente propícios à variabilidade em virtude de depender de quem, onde e quando são fornecidos. “Alguns médicos são muito afáveis, outros nem tanto”. (KOTLER; KELLER, 2012, p. 386)

Para que os clientes/consumidores/usuários sejam menos expostos à variabilidade nos serviços, é necessário que os prestadores estejam atentos às garantias de serviço, que, de

acordo com Kotler e Keller (2012) representam: o investimento em contratação e treinamento de funcionários, de modo que apresentem “seis características: competência, cortesia, credibilidade, confiabilidade, capacidade de resposta e comunicação”; a padronização do processo de execução do serviço; e o acompanhamento da satisfação do cliente, por meio de sistema de sugestão e reclamação. (KOTLER; KELLER, 2012, p. 386)

A última característica, perecibilidade, refere-se a não possibilidade de se estocar serviços, como se faz com bens (produtos tangíveis). Em virtude disso, torna-se necessário o gerenciamento da demanda, seja: pela prática de preços diferenciados em diferentes períodos, para estimular quando a demanda for baixa; pelo fornecimento de serviços complementares, quando houver fila de espera; e/ou por um sistema de reservas, que permite administrar o nível da demanda. (KOTLER; KELLER, 2012, p. 387)

2.3.3 Qualidade em serviços

Qualidade em serviços pode ser compreendida, pela definição apresentada por Marangoni (2015), como:

[...] capacidade que uma experiência ou qualquer outro fator tenha para satisfazer uma necessidade, resolver um problema ou fornecer algum benefício a alguém. Em outras palavras, serviço com qualidade é aquele que tem a capacidade de proporcionar satisfação. (ALBRECHT, 1992, p. 254 apud LAS CASAS, 2006, p. 16).

A qualidade do serviço, portanto, “se refere à expectativa e ao valor percebido da qualidade do serviço oferecido. Em outras palavras, é o fator determinante da satisfação ou insatisfação do consumidor.” (COBRA, 2009, p. 217).

Porém, como traz Las Casas (1999), a percepção da qualidade de determinado serviço poderá variar de acordo com cada cliente/usuário, a depender das suas necessidades, desejos, estímulos ou estado de espírito no momento da sua prestação.

Kotler e Armstrong ainda acrescentam que “a qualidade dos serviços sempre vai variar, dependendo das interações entre funcionários e clientes.” (KOTLER; ARMSTRONG, 2015, p. 263).

A qualidade em serviços, como explica Las Casas (1999), sofre, desse modo, interferência por parte de dois componentes: do serviço em si e da percepção por cada cliente/usuário, individualmente.

A mensuração da qualidade de serviços, como citam Kotler e Armstrong (2015), é mais difícil de ser feita do que a de bens físicos. “Por exemplo, é mais difícil chegar a um

consenso com relação à qualidade de um corte de cabelo do que à qualidade de um secador de cabelo”. (KOTLER; ARMSTRONG, 2015, p. 263)

2.3.4 Expectativa e satisfação dos clientes/usuários

A satisfação do cliente/usuário está intimamente ligada à comparação resultante do que ele esperava (expectativas) e o que ele obteve do serviço prestado.

As expectativas, compreendidas como a qualidade esperada do serviço, por sua vez, segundo Cobra (2009), são decorrentes das necessidades pessoais, das experiências passadas e da promoção boca a boca. (COBRA, 2009, p. 217)

Muitas vezes pode ocorrer um *Gap* (hiato) entre a expectativa do cliente e a qualidade que ele, de fato, percebe. (COBRA, 2009, p. 218)

Quando a diferença entre a expectativa e a percepção é muito grande, pode-se dizer que o cliente ficou insatisfeito. Portanto, um *Gap* (hiato) pode ser favorável ou desfavorável. Quando o cliente espera menos da qualidade do serviço, a impressão que ele tem do serviço é favorável, caso contrário é desfavorável. (COBRA, 2009, p. 218)

2.3.4.1 Variáveis ou dimensões determinantes da qualidade dos serviços

Fala-se em variáveis ou dimensões determinantes da qualidade dos serviços e cada uma delas é considerada uma necessidade dos clientes/usuários, que, quando analisadas pelas organizações, as possibilitam identificar os aspectos em que devem ser focalizados seus esforços. (MARANGONI, 2015, p. 74)

Segundo Marangoni (2015, apud Carvalho e Paladini, 2005, p. 344), as dimensões mais relevantes em serviços são:

Tabela 1 – Variáveis determinantes da qualidade dos serviços

TANGIBILIDADE	Aparência das facilidades físicas, equipamentos, pessoal e comunicação material.
ATENDIMENTO	Nível de atenção dos funcionários no contato com os clientes.
CONFIABILIDADE	Habilidade em realizar o serviço prometido de forma confiável e acurada.
RAPIDEZ NA RESPOSTA	Vontade de ajudar o cliente e fornecer serviços rápidos.
COMPETÊNCIA	Possuir a necessária habilidade e conhecimento para efetuar o serviço.
CONSISTÊNCIA	Grau de ausência de variabilidades entre a especificação e o serviço prestado.
CORTESIA	Respeito, consideração e afetividade no contato pessoal.
CREDIBILIDADE	Honestidade, tradição, confiança no serviço.
SEGURANÇA	Inexistência de perigo, risco ou dúvida.
ACESSO	Proximidade e contato fácil.
COMUNICAÇÃO	Manter o cliente informado em uma linguagem que ele entenda.
CONVENIÊNCIA	Proximidade e disponibilidade a qualquer tempo dos benefícios entregues pelos serviços.
VELOCIDADE	Rapidez para iniciar e executar o atendimento/serviço.
FLEXIBILIDADE	Capacidade de alterar o serviço prestado ao cliente.
ENTENDER O CLIENTE	Fazer o esforço de conhecer o cliente e suas necessidades.

Fonte: Marangoni (2015, apud Carvalho e Paladini, 2005, p. 344)

2.3.4.2 A hora da verdade

O momento em que o cliente/usuário entra em contato com o provedor do serviço é conhecido como a hora da verdade, pois é nele que se dá a percepção da qualidade do serviço. (COBRA, 2009, p. 218)

Os primeiros momentos desse contato preparam a percepção do cliente/usuário para os próximos momentos. Por isso, deve-se prezar pela qualidade a cada passo da prestação do serviço, desde o atendimento do pessoal da linha de frente, que se defronta mais vezes com o cliente/usuário, até o atendimento fim. (COBRA, 2009, p. 218)

São considerados da linha de frente de uma empresa de serviços: o pessoal de check-in de aeroportos de empresas aéreas; o pessoal de recepção de hotel ou hospital; caixas de bancos; e assim por diante.

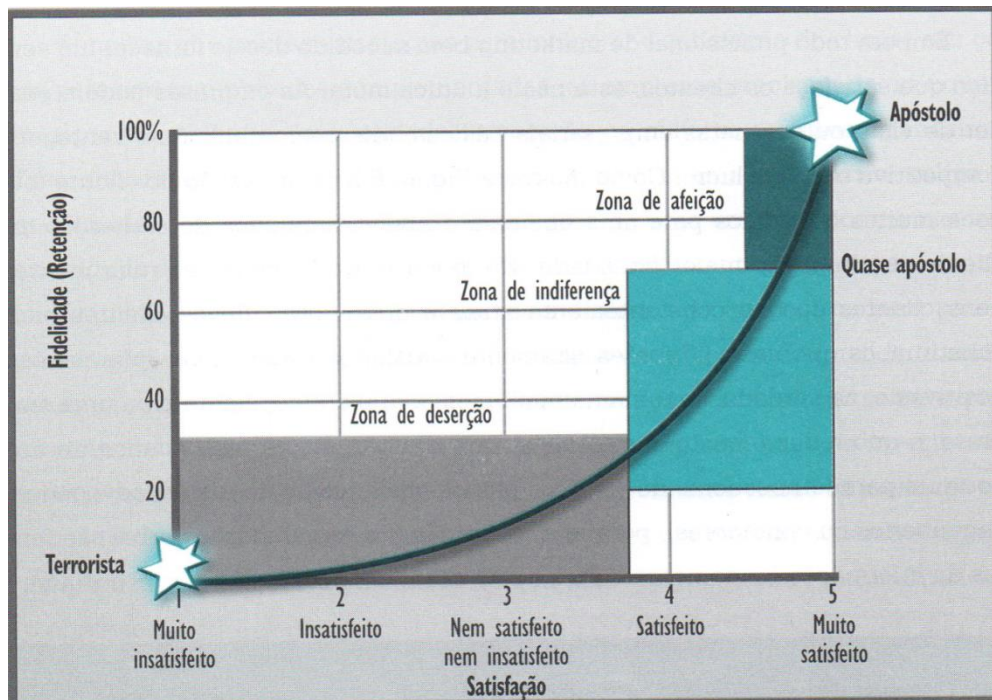
O pessoal de segunda linha de atendimento também encontra o consumidor, satisfeito ou insatisfeito. Após um atendimento complicado no check-in, por exemplo, o passageiro carrega para dentro do avião todo o seu mau humor, ávido de despejá-lo no primeiro comissário que encontrar. Há então uma conjugação de atendimentos desencontrados que refletem mal-estar. Por essa razão, a empresa de serviços deve manter a qualidade dos seus serviços em cada encontro com o comprador. (COBRA, 2009, p. 218)

2.3.4.3 Dados de satisfação

Conforme preconizam Lovelock e Wright (2001), “as organizações conhecidas por fornecer excelente qualidade de serviço são boas para ouvir tanto seus clientes como seus funcionários de frente. Para fazer isto eficazmente, as empresas precisam criar um constante processo de pesquisa de serviço que forneça aos gerentes dados úteis e oportunos”. (LOVELOCK; WRIGHT, 2001, p. 117)

Dados de satisfação coletados, quando analisados, servem para orientar as organizações quanto aos esforços que devem ser despendidos e focalizados, de forma a elevar, onde e quando for necessário, os níveis de satisfação.

Figura 2: “Apóstolos” e “Terroristas” na Curva de Satisfação-Fidelidade



Fonte: LOVELOCK; WRIGHT, 2001.

Da Figura 1 extrai-se que caso a maioria das notas esteja entre as faixas 2 e 3, “provavelmente há um problema na entrega do serviço básico da empresa – ou seja, o pacote

básico de benefícios que os clientes esperam que cada empresa de um ramo de atividades deva ser capaz de fornecer”. (LOVELOCK; WRIGHT, 2001, p. 115)

De acordo com Lovelock e Wright (2001), a solução para esse problema é a certificação de que o produto básico atenda aos padrões definidos pelos clientes. (LOVELOCK; WRIGHT, 2001, p. 115)

Ainda segundo Lovelock e Wright (2001), “clientes indiferentes ou satisfeitos (notas 3 e 4) provavelmente estão contentes com o serviço básico mas gostariam de ter um conjunto consistente de serviços suplementares que tornem o produto básico mais eficaz”. (LOVELOCK; WRIGHT, 2001, p. 115)

Caso haja grande proporção de indiferentes ou satisfeitos, deve-se “desenvolver estratégias de recuperação preventiva para corrigir problemas que ocorram durante a entrega de serviço”. (LOVELOCK; WRIGHT, 2001, p. 115)

Quando a nota atribuída à satisfação é 5, significa que os fornecedores dos serviços conseguiram atender às “preferências, necessidades, expectativas e problemas pessoais” dos seus clientes. Isso, porém, não afasta a necessidade de “ouvir constantemente os clientes e descobrir novas maneiras de encantá-los”. (LOVELOCK; WRIGHT, 2001, p. 116)

A lógica da qualidade dos serviços deve ser pensada independente do setor que os preste (privado ou público) e da forma com que são prestados (direta ou indiretamente), pois a finalidade será sempre a mesma: a satisfação dos seus usuários. E a avaliação do seu grau é um indicador que possibilita o fomento do planejamento das ações.

3.METODOLOGIA

Segundo Prodanov e Freitas (2013), “a Metodologia é compreendida como uma disciplina que consiste em estudar, compreender e avaliar os vários métodos disponíveis para a realização de uma pesquisa acadêmica”. (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 14)

Prodanov e Freitas (2013, *apud* Lakatos e Marconi, 2007, p. 80) citam que ciência se trata de “uma sistematização de conhecimentos”, além de ser “um conjunto de proposições logicamente correlacionadas sobre o comportamento de certos fenômenos que se deseja estudar”. (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 14)

Quando os estudantes procuram a Universidade para buscar o “saber”, precisamos entender que Metodologia Científica nada mais é do que a disciplina que “estuda os caminhos desse saber”, se entendermos que “método” quer dizer caminho, que “logia” quer dizer estudo e “ciência”, que se refere ao próprio saber. (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 12)

O trabalho em apreço, como dito anteriormente na introdução, objetivou conhecer o grau de satisfação dos cidadãos usuários dos serviços públicos de saúde do Hospital Municipal de Riachão do Jacuípe, após sua concessão à iniciativa privada.

Para isso, utilizando-se a técnica de levantamento (*survey*), a pesquisa procedeu à coleta de dados, por meio de uma amostra representativa da população, que respondeu a um questionário aplicado, em parte, pessoalmente e, em parte, *online*, por meio de formulário do *Google Forms*.

Os levantamentos podem ser feitos por entrevistas pessoais, telefone, mala direta ou Internet. Esse método de coleta de informações é o preferido em muitas pesquisas, principalmente aquelas que procuram respostas para determinados assuntos, alguma forma de conhecimento, intenções, características demográficas, opiniões, entre uma série de outras possibilidades. É um dos métodos mais utilizados para as pesquisas descritivas. (LAS CASAS; GUEVARA, 2010, p. 188).

A coleta de dados ocorreu no período entre 11 de novembro e 16 de dezembro de 2019 e seu posterior tratamento, por meio de recursos e técnicas de estatística, para que se obter uma conclusão acerca do tema, em janeiro e fevereiro de 2020.

3.1 CARACTERIZAÇÃO E TIPO DE PESQUISA

3.1.1 Do ponto de vista da natureza

Em virtude de com esta pesquisa não ter se buscado aplicação prática para a solução de problemas específicos, que Prodanov e Freitas (2013) a caracterizaria como aplicada, o trabalho se trata de uma pesquisa básica, pois somente “objetiva gerar conhecimentos novos úteis para o avanço da ciência”. (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 51)

Não houve um problema conhecido a ser solucionado por meio deste trabalho. Somente a pretensão de conhecer o grau de satisfação dos cidadãos usuários dos serviços públicos de saúde prestados pela iniciativa privada, de modo que esse conhecimento possa ser utilizado para análise e monitoramento da gestão da qualidade de serviços.

3.1.2 Classificação quanto ao objetivo da pesquisa

Quanto à finalidade, a pesquisa é considerada como descritiva, em virtude de ter se buscado, por meio dela, “essencialmente a enumeração e a ordenação de dados, sem o objetivo de comprovar ou refutar hipóteses exploratórias”. (ALYRIO, 2009, p. 60)

Segundo Prodanov e Freitas (2013), trata-se de pesquisa descritiva:

[...] quando o pesquisador apenas registra e descreve os fatos observados sem interferir neles. Visa a descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática. (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 52)

Esta pesquisa se propôs a descrever a concessão de serviços públicos de saúde à iniciativa privada, estudando o grau de satisfação dos seus cidadãos usuários após a concessão.

3.1.3 Classificação da pesquisa quanto à sua abordagem

A pesquisa apresenta uma abordagem do tipo quantitativa, aquela que, segundo Prodanov e Freitas (2013), utiliza “dados estatísticos como o centro do processo de análise de um problema [...] tendo, portanto, a prioridade de numerar ou medir unidades”. (PRODANOV; FREITAS, p. 70)

O aspecto quantitativo, então,

[...] considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas (percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão etc.). (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 69)

Os aspectos quantitativos estão presentes neste trabalho no momento em que há coleta de dados por meio de questionário aplicado a uma amostra dos cidadãos usuários dos serviços públicos de saúde do Hospital Municipal de Riachão do Jacuípe, com o intuito de traduzir tais dados em informações que possibilitem sua posterior análise.

3.2 DEFINIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

Uma das caracterizações deste trabalho é de pesquisa bibliográfica, pois dentre as fontes de coleta de dados utilizadas estão livros e artigos científicos.

Para Alyrio (2009), “a atividade básica na pesquisa bibliográfica é a investigação em material teórico sobre o assunto de interesse” e, ainda, a pesquisa bibliográfica “é o fundamento que ampara todo o plano de investigação, pois é através desse referencial teórico que o investigador se atualiza sobre o assunto indicado e aumenta seus conhecimentos teórico e intelectual”. (ALYRIO, 2009, p. 80 e 81)

Trata-se também de pesquisa documental, por conta da análise e interpretação da Lei nº 903, de 14 de julho de 2017, que concedeu a exploração dos serviços públicos de saúde do Hospital Municipal de Riachão do Jacuípe, além da utilização de leis federais e dispositivos da Constituição Federal de 1988.

De acordo com Prodanov e Freitas (2013), “a pesquisa documental baseia-se em materiais que não receberam ainda um tratamento analítico ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa”. (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 55)

Por fim, a pesquisa também é caracterizada como levantamento (*survey*), que, para Prodanov e Freitas (2013)

[...] ocorre quando envolve a interrogação direta das pessoas cujo comportamento desejamos conhecer através de algum tipo de questionário. Em geral, procedemos à solicitação de informações a um grupo significativo de pessoas acerca do problema estudado para, em seguida, mediante análise quantitativa, obtermos as conclusões correspondentes aos dados coletados. (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 57 e 58).

Uma amostra dos cidadãos usuários dos serviços públicos de saúde respondeu a um questionário, com a finalidade de levantar as informações necessárias para a compreensão da percepção da qualidade que os mesmos têm desses serviços. Posteriormente, por meio de uma

análise quantitativa, conclusões puderam ser obtidas, culminando na resposta ao problema de pesquisa.

3.3 DEFINIÇÃO DO MÉTODO CIENTÍFICO

De acordo com Prodanov e Freitas, “por método podemos entender o caminho, a forma, o modo de pensamento. É a forma de abordagem em nível de abstração dos fenômenos. É o conjunto de processos ou operações mentais empregados na pesquisa”. (PRODANOV; FREITAS, 2013, p 26).

O método utilizado neste trabalho é o indutivo, aquele em que “parte do particular para o geral. De acordo com o raciocínio indutivo, a generalização não deve ser buscada como ponto de partida, mas constatada a partir da observação de um número de casos concretos e confirmados dessa realidade” (ALYRIO, 2009, p. 105).

Essa generalização não ocorre mediante escolhas a priori das respostas, visto que essas devem ser repetidas, geralmente com base na experimentação. Isso significa que a indução parte de um fenômeno para chegar a uma lei geral por meio da observação e de experimentação, visando a investigar a relação existente entre dois fenômenos para se generalizar. (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 28)

Este trabalho parte de um caso específico (satisfação dos usuários do Hospital Municipal de Riachão do Jacuípe quanto aos serviços prestados pela iniciativa privada) como forma de representar a totalidade dos casos que se enquadram na mesma realidade (satisfação dos usuários de serviços públicos de saúde executados pela iniciativa privada).

3.4 PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS DA PESQUISA

3.4.1 População e amostra

Segundo Lakatos e Marconi (2003) “universo ou população é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum.” (LAKATOS; MARCONI, 2003, p. 223).

Já amostra, para Prodanov e Freitas, pode ser “entendida como “um subconjunto de indivíduos da população-alvo”, sobre o qual o estudo será efetuado”. (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 98)

A razão de se trabalhar com apenas uma parte dos elementos que compõe o universo está na impossibilidade de se colher informações de todos os elementos do estudo, seja pelo

tempo demandado, custos envolvimento ou outra razão. (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 97)

“[...] é muito frequente trabalhar com uma amostra, ou seja, com uma pequena parte dos elementos que compõem o universo. Quando um pesquisador seleciona uma pequena parte de uma população, espera que ela seja representativa dessa população que pretende estudar.” (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 97).

O universo desta pesquisa foi definido como a população jacuipense auferida no último censo, de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), correspondendo a 33.172 pessoas. (IBGE, 2017)

A amostra é probabilística, aquela que, de acordo com Prodanov e Freitas (2013), possibilita, com auxílio de cálculo estatístico, “originar uma generalização estatística”; e do tipo aleatória simples, a que ocorre quando “cada elemento da população tem oportunidade igual de ser incluído na amostra.”. (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 98 e 99).

Para o cálculo amostral, foi utilizada a fórmula abaixo:

Figura 3: Equação do cálculo amostral

$$\text{Tamanho da amostra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

Onde z corresponde ao grau de confiança em desvios padrões; e, à margem de erro escolhido; N, ao tamanho da população; e p, a uma constante igual a 0,5.

Ao grau de confiança de 95% e margem de erro de 5%, chegou-se a uma amostra de 380 respondentes. O levantamento, porém, foi de 401 questionários, sendo os elementos de estudo os cidadãos usuários dos serviços públicos de saúde do Hospital Municipal de Riachão do Jacuípe abordados, aleatoriamente, pelas ruas da cidade, e questionados, mediante aceitação e interesse desses.

3.4.2 Instrumentos de coleta de dados

“Os “dados”, em uma pesquisa, referem-se a todas as informações das quais o pesquisador pode se servir nas diferentes etapas do trabalho.” (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 102) •.

Segundo Prodanov e Freitas (2013), sobre os dados, “existem aqueles já disponíveis, acessíveis mediante pesquisa bibliográfica e/ou documental. São chamados dados secundários por se tratarem de “dados de segunda-mão””. (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 102)

Com relação aos “extraídos da realidade, pelo trabalho do próprio pesquisador, são chamados de dados primários. Recebem essa designação por se tratarem de informações em “primeira-mão”, ou seja, por não se encontrarem registrados em nenhum outro documento”. (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 103).

Esta pesquisa faz uso tanto de dados já existentes, ou seja, dados secundários, que norteiam o referencial teórico, quanto de dados primários, coletados por meio de questionários, extraídos da realidade.

O questionário, em parte adaptado da monografia de Santos (2016), por sua vez, está estruturado em perguntas fechadas, por ora dicotômicas, por ora com múltiplas alternativas e por ora com alguma escala (classificação, *Likert*, itemizada e de importância). Buscou-se, por meio delas, identificar os atributos pessoais (sexo, idade, renda, escolaridade, município em que residem os respondentes e frequência com que precisam dos serviços do hospital) e os atributos relacionados à percepção que se tem da qualidade dos serviços públicos de saúde prestados pela iniciativa privada.

Questionário estruturado com perguntas fechadas é aquele em que as respostas não são livres e os respondentes não utilizam suas próprias palavras, mas são dadas alternativas de respostas, diferente de quando as perguntas são abertas. (LAS CASAS; GUEVARA, 2010, p. 93).

Perguntas dicotômicas são aquelas que, segundo Las Casas e Guevara (2010), permitem apenas duas opções. No questionário desta pesquisa elas se apresentam na identificação do sexo dos respondentes (feminino ou masculino) e do município em que residem (Riachão do Jacuípe ou outro). (LAS CASAS; GUEVARA, 2010, p. 94).

Perguntas de múltipla escolha incluem três ou mais respostas possíveis, podendo o respondente assinalar para cada uma delas mais de uma opção, conforme instrução no questionário. As perguntas de múltipla escolha desta pesquisa são referentes à idade, renda, escolaridade dos respondentes e frequência com que utilizaram os serviços de saúde do Hospital Municipal de Riachão do Jacuípe, após a concessão, para as quais apenas uma resposta seria possível.

Nas escalas, os objetos que estão sendo mensurados são colocados ao longo de um *continuum*. (LAS CASAS; GUEVARA, 2010, p. 96).

Nesta pesquisa, as de classificação encontram-se nas perguntas em que se pede para classificar o atendimento de “péssimo” a “excelente”; as *Likert*, nas que se pede para evidenciar o grau de concordância ou discordância; as itemizadas, na que pede para indicar o grau de satisfação com relação aos aspectos: disponibilidade do serviço, conforto (comodidade e limpeza) e segurança; e as de importância, na que pede aos respondentes para avaliar os atributos conforme seu grau de importância.

3.4.3 Técnica de análise de dados

A tabulação de parte dos dados foi feita por meio da utilização das ferramentas do *Excel*, que, neste caso, consistem em tabelas e gráficos a elas correspondentes. O intuito foi analisar, em cada questão, o percentual de cada resposta dada em relação ao total de respostas.

Além disso, há também a análise de outra parte dos dados por meio da utilização do modelo da regressão logística ordenada, que é um modelo estatístico que permite trabalhar com variáveis qualitativas, como as trazidas neste trabalho que mensuram a satisfação dos cidadãos usuários.

A equação do modelo que apresenta os resultados é a seguinte:

Figura 4: Regressão logística ordenada

$$y = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_3 + \beta X + \varepsilon$$

Na qual, y é a variável dependente ordenada que representa, neste trabalho, a mensuração do grau de satisfação dos cidadãos usuários com relação ao atendimento (da recepção, do médico e dos profissionais de saúde de um modo geral) e à infraestrutura do hospital, x_1, x_2, \dots, x_k são as variáveis independentes (sexo, idade, renda, escolaridade, município e frequência), β_0 o parâmetro do intercepto, $\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_k$ os coeficientes de cada variável independente (MALHOTRA, 2012).

O termo de erro, ε , é assumido normalmente distribuído com média zero e variância σ^2 . (HAIR, et. Al, 2009)

Busca-se encontrar uma relação de dependência entre a variável dependente a partir da combinação das variáveis independentes, isso significa encontrar os valores dos β 's que melhor se adequem aos dados do problema (HAIR, et. Al, 2009). Em posse dos β 's, resta analisar a validade do modelo, que diz respeito à verificação dos sinais e magnitude dos coeficientes (WOOLDRIDGE, 2002).

A tabela a seguir permite visualizar melhor a divisão das variáveis (dependentes e independentes) que foram tratadas neste modelo. No primeiro grupo, AR significa atendimento da recepção; AM, atendimento prestado pelo médico; APS, atendimento prestado pelos profissionais de saúde; e I, adequação da infraestrutura do hospital.

Tabela 2 – Variáveis dependentes e independentes

Variáveis dependentes	Descrição	Tipo de variável
AR	Grau de satisfação com o atendimento da recepção	Qualitativa
AM	Grau de satisfação com o atendimento prestado pelo médico	Qualitativa
APS	Grau de satisfação com o atendimento prestado pelos profissionais de saúde	Qualitativa
I	Grau de satisfação com relação à infraestrutura do Hospital	Qualitativa
Variáveis independentes	Descrição	Tipo de variável
Sexo	Sexo do respondente	Qualitativa
Idade	Faixa etária	Qualitativa
Renda	Faixa salarial	Qualitativa
Escolaridade	Nível educacional	Qualitativa
Município	Local em que reside	Qualitativa
Frequência	Frequência de uso do Hospital Municipal	Qualitativa

Fonte: elaborada pela autora, com dados da pesquisa (2020).

O tratamento dos dados obtidos por meio das respostas ao questionário permitiu explicar a percepção que os cidadãos usuários do Hospital Municipal de Riachão do Jacuípe têm com relação a determinados atributos (qualidade no atendimento, infraestrutura do hospital, disponibilidade do serviço, comodidade, limpeza e segurança) na prestação dos seus serviços, após a transferência da sua execução à iniciativa privada.

Sendo possível, também, a verificação do perfil socioeconômico dos respondentes, quanto ao sexo, à idade, à renda, ao nível de escolaridade e ao município em que reside, favorecendo a correlação entre essas variáveis e a percepção que têm dos serviços.

Além disso, e por fim, evidenciou o grau de satisfação dos cidadãos usuários.

A tabela a seguir favorecerá a compreensão da relação existente entre os objetivos específicos da pesquisa e seu respectivo bloco de dados coletados, de modo a atingir determinadas finalidades:

Tabela 3 – Relação dos objetivos específicos com bloco de dados coletados

Objetivos específicos da pesquisa	Bloco de perguntas do instrumento de coleta de dados	Finalidade
Conhecer o perfil do cidadão usuário do Hospital Municipal de Riachão do Jacuípe;	Atributos pessoais (sexo, idade, renda, escolaridade, município em que reside e frequência com que utilizou os serviços).	Identificar as características predominantes do cidadão usuário.
Analisar a percepção dos cidadãos usuários, com relação a determinados atributos na prestação dos serviços do Hospital Municipal de Riachão do Jacuípe, após a transferência da sua execução à iniciativa privada, e avaliar como tal percepção se comporta em função dos atributos pessoais (sexo, idade, renda, escolaridade, município e frequência);	Atributos de qualidade no serviço (atendimento da recepção, atendimento prestado pelo médico, atendimento dos profissionais da saúde e infraestrutura); Percepção da qualidade do serviço prestado, referente a cada atributo.	Conhecer a percepção que se tem sobre os serviços e verificar como essa se comporta em função dos atributos pessoais.
Verificar em que nível de serviço se encontra a prestação, estabelecendo a comparação entre a satisfação com relação a certos itens e a importância dada a esses.	Satisfação com relação aos atributos tempo de espera para atendimento, comodidade, limpeza e segurança no tratamento; Importância dada a cada um desses atributos.	Identificar o nível de adequação dos serviços e as deficiências identificadas pelos cidadãos usuários, por meio do comparativo entre a satisfação relacionada aos itens e a importância atribuída a cada um deles.

Fonte: elaborada pela autora, com dados da pesquisa (2019).

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Neste capítulo, são analisadas as respostas dos 401 questionários válidos respondidos (362, presencialmente, pelos cidadãos abordados pelas ruas do município de Riachão do Jacuípe e 39 de modo *online*, por meio de *link* do *Google Forms* enviado pelo *WhatsApp* e *Instagram*).

O questionário, composto por 12 questões, ficou estruturado de forma que as cinco primeiras perguntas dizem respeito a atributos pessoais (sexo, idade, renda, escolaridade e residência) e as demais à satisfação com relação a diferentes quesitos da prestação dos serviços de saúde do Hospital Municipal de Riachão do Jacuípe, a saber: atendimento prestado pela recepção, atendimento prestado pelo(s) médico(s) e outro(s) profissional(is) da saúde, infraestrutura do hospital, disponibilidade do serviço, conforto (comodidade e limpeza) e segurança.

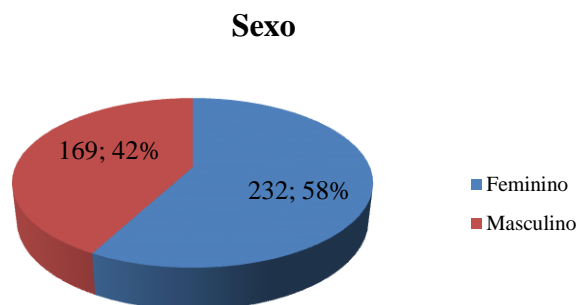
A aplicação dos questionários ocorreu entre 11 de novembro de 2019 e 16 de dezembro do mesmo ano e, à medida que isso ocorria, a planilha eletrônica do *Excel* era alimentada.

A partir dos dados extraídos, foi possível construir os gráficos que servem de substrato para as interpretações que culminam na resposta ao problema apresentado neste trabalho.

4.1 ATRIBUTOS PESSOAIS

4.1.1 Sexo

Gráfico 1 – Sexo

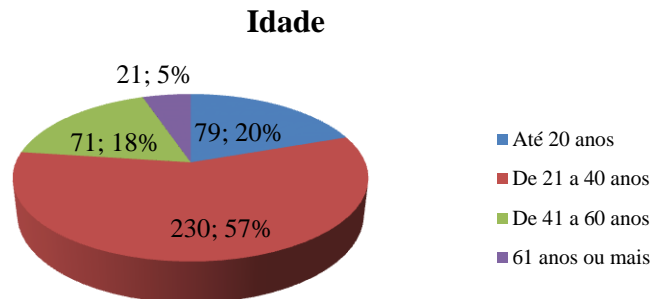


Fonte: dados da pesquisa (2019).

Conforme evidencia o Gráfico 1, 232 respondentes foram do sexo feminino e 169 do sexo masculino. Correspondendo esses números, respectivamente, a 58% e 42%.

4.1.2 Idade

Gráfico 2 – Idade



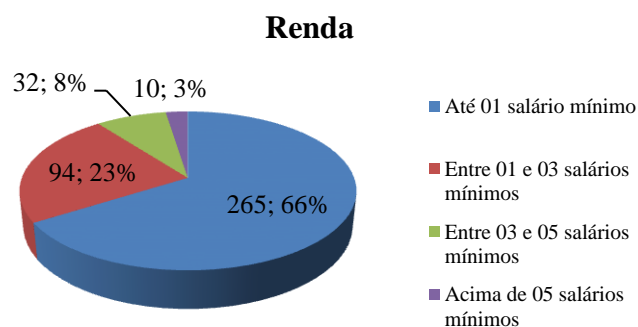
Fonte: dados da pesquisa (2019).

Exceto as classificações primeira (Até 20 anos) e última (61 anos ou mais), o atributo idade foi dividido em faixas de 20 anos. Sendo os números de cada classificação, como mostra o Gráfico 2, os seguintes: até 20 anos, 79 respondentes, correspondendo a 20%; de 21 a 40 anos, 230 respondentes, correspondendo a 57%; de 41 a 60 anos, 71 respondentes, correspondendo a 18%; e 61 anos ou mais, 21 respondentes, correspondendo a 5%.

Vale ressaltar que, ao abordar as pessoas para proceder à aplicação do questionário, foi considerada a idade mínima de 16 anos.

4.1.3 Renda

Gráfico 3 – Renda



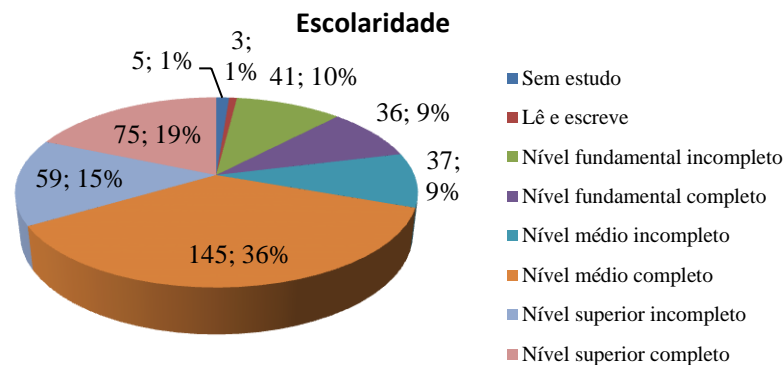
Fonte: dados da pesquisa (2019).

A variável renda foi dividida em quatro faixas. Pode-se perceber pelo Gráfico 3 que mais da metade das pessoas (265, correspondendo a 66%) que responderam ao questionário se

enquadram na primeira faixa, ou seja, auferem até 01 salário mínimo mensal; 94 delas, o equivalente a 23%, recebem entre 01 e 03 salários mínimos; 32 delas, correspondendo a 8%, entre 03 e 05 salários mínimos; e apenas 10 delas, o equivalente a 3%, acima de 05 salários mínimos.

4.1.4 Escolaridade

Gráfico 4 – Escolaridade



Fonte: dados da pesquisa (2019).

Nesta pesquisa, a escolaridade foi fracionada, conforme mostra o Gráfico 4, em: sem estudo, que diz respeito às pessoas que não frequentaram a escola nem tiveram instrução em casa, correspondendo a 5, o equivalente a, aproximadamente, 1% dos respondentes; lê e escreve, que diz respeito às pessoas que, embora não tenham frequentado a escola, receberam instrução em casa, com um número de 3, equivalente a, aproximadamente, 1% dos respondentes; nível fundamental incompleto, com um número de 41, o equivalente a 10%; nível fundamental completo, com um número de 36, o equivalente a 9%; nível médio incompleto, com um número de 37, o equivalente a 9%; nível médio completo, com um número de 145, o equivalente a 36%; nível superior incompleto, com um número de 59, o equivalente a 15%; e nível superior completo, com um número de 75, o equivalente a 19% dos respondentes.

A Tabela 4 a seguir permite outra visualização para essa explicação:

Tabela 4 – Escolaridade

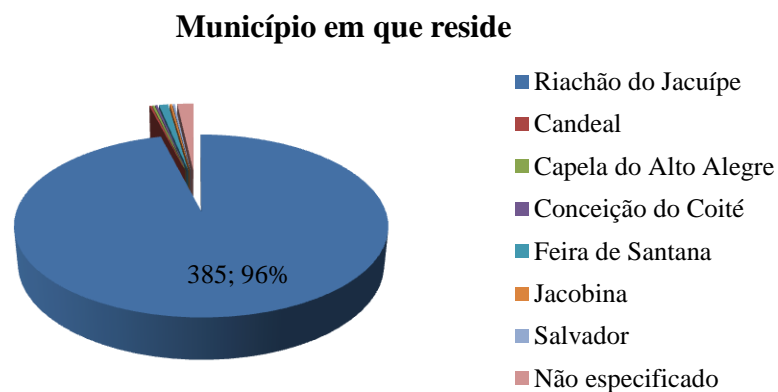
Escolaridade	Respondentes	Percentual
Sem estudo	5	1%
Lê e escreve	3	1%
Nível fundamental incompleto	41	10%
Nível fundamental completo	36	9%
Nível médio incompleto	37	9%
Nível médio completo	145	36%
Nível superior incompleto	59	15%
Nível superior completo	75	19%
Total	401	100%

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Frisa-se que, em relação às pessoas que se enquadram na categoria “sem estudo”, foi necessária a leitura do questionário para essas e o devido preenchimento das respostas, conforme dadas.

4.1.5 Município em que reside

Gráfico 5 – Município em que reside

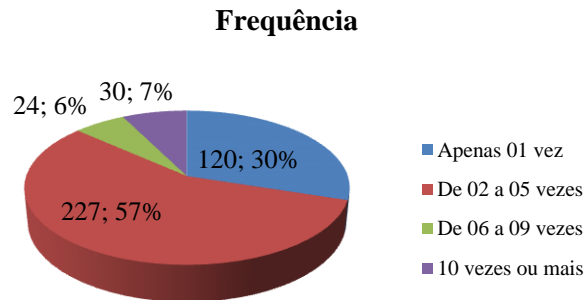


Fonte: dados da pesquisa (2019).

O Gráfico 5 mostra que dos 401 respondentes, 385, o equivalente a 96%, residem em Riachão do Jacuípe. Os demais 16, 4%, residem em municípios diversos: Candéal (1), Capela do Alto Alegre (1), Conceição do Coité (1), Feira de Santana (4), Jacobina (1), Salvador (1) e em municípios não especificados no questionário impresso (7).

4.1.6 Frequência com que utilizou o hospital municipal de novembro de 2017 até a aplicação do questionário

Gráfico 6 – Frequência



Fonte: dados da pesquisa (2019).

Como exposto no Gráfico 6, o atributo da frequência com que os respondentes precisaram utilizar o Hospital Municipal, de novembro de 2017 (período em que a iniciativa privada passou a executar os serviços) até a aplicação do questionário, foi dividido em quatro faixas: 120 pessoas, o equivalente a 30%, afirmam ter utilizado apenas 01 vez; mais da metade dos respondentes, 227 (correspondendo a 57%), afirmou ter utilizado de 02 a 05 vezes; na faixa de 06 a 09 vezes, o número é 24, o equivalente a 6%; e na última faixa, 10 vezes ou mais, o número é 30, correspondendo a 7%.

4.1.7 Perfil do cidadão usuário

Tabela 5 – Perfil do cidadão usuário

Perfil do cidadão usuário		
Variável	Perfil	Percentual
Sexo	Feminino	58%
Idade	De 21 a 40 anos	57%
Renda	Até 01 salário mínimo	66%
Escolaridade	Nível médio completo	36%
Município em que reside	Riachão do Jacuípe	96%
Frequência	De 02 a 05 vezes	57%

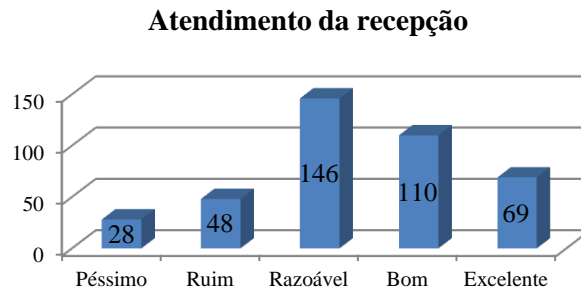
Fonte: dados da pesquisa (2019).

Pela Tabela 5, pode-se verificar que o perfil do cidadão usuário dos serviços públicos de saúde do Hospital Municipal de Riachão do Jacuípe, prestados pela iniciativa privada é: feminino (58%), com idade entre 21 e 40 anos (57%), que recebe até 01 salário mínimo (66%), tem nível médio completo (36%), reside em Riachão do Jacuípe (96%) e precisou dos serviços de 02 a 05 vezes (57%), desde novembro de 2017 até a aplicação do questionário (entre 11 de novembro e 16 de dezembro de 2020).

4.2 ATRIBUTOS DA SATISFAÇÃO

4.2.1 Atendimento da recepção

Gráfico 7 – Atendimento da recepção



Fonte: dados da pesquisa (2019).

Tabela 6 – Atendimento da recepção

Atendimento da recepção		
Classificação	Respondentes	Percentual
Péssimo	28	7%
Ruim	48	12%
Razoável	146	36,4%
Bom	110	27,4%
Excelente	69	17,2%
Total	401	100%

Fonte: dados da pesquisa (2019).

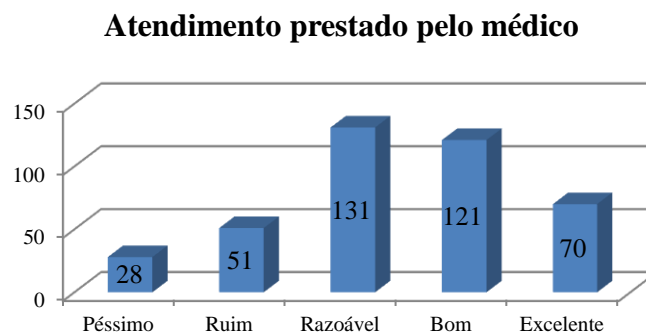
O atendimento ao cidadão usuário prestado pela recepção foi avaliado quanto à cortesia (gentileza, cuidado e atenção) e, conforme mostram o Gráfico 7 e a Tabela 6, 28 dos respondentes o consideram péssimo, o que representa 7%; 48, ruim, o que representa 12%; 146, razoável, o que representa 36,4%; 110, bom, o que representa 27,4%; e 69, excelente, o que representa 17,2%.

Não se pode saber se os respondentes que classificaram o atendimento da recepção como razoável estão mais inclinados para classificá-lo positiva ou negativamente, mas é possível verificar que 179 respondentes (44,6%) o classificam como bom ou excelente e 76 (18%) como péssimo ou ruim.

Além disso, também é notável que a maioria das notas, 256 delas, o correspondente a 63,8%, estão situadas entre “razoável” e “bom”, o que significa dizer que os cidadãos usuários provavelmente estão contentes com o atendimento da recepção, mas gostariam que fosse mais eficaz.

4.2.2 Atendimento prestado pelo médico

Gráfico 8 – Atendimento prestado pelo médico



Fonte: dados da pesquisa (2019).

Tabela 7 – Atendimento prestado pelo médico

Atendimento prestado pelo médico		
Classificação	Respondentes	Percentual
Péssimo	28	7%
Ruim	51	13%
Razoável	131	33%
Bom	121	30 %
Excelente	70	17%
Total	401	100%

Fonte: dados da pesquisa (2019).

Quanto ao atendimento prestado pelo médico, a avaliação foi baseada em seu comprometimento (interesse e boa vontade) em investigar e tratar o problema de saúde. Conforme mostram o Gráfico 8 e a Tabela 7, 28 dos respondentes o consideram péssimo, o

que representa 7%; 51, ruim, o que representa 13%; 131, razoável, o que representa 33%; 121, bom, o que representa 30%; e 70, excelente, o que representa 17%.

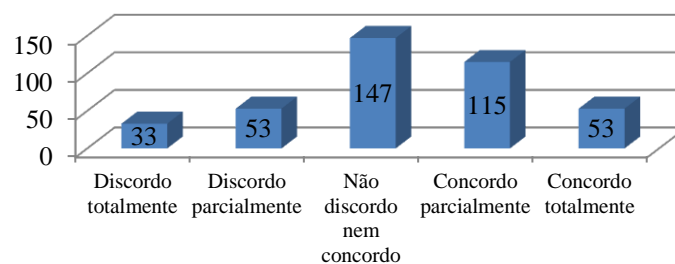
Pode-se observar que o número de respondentes que classificam positivamente (bom ou excelente) o atendimento, 191 (47%), é superior ao de respondentes que classificam negativamente (ruim ou péssimo), 79 (20%).

Além disso, a maioria das notas, 252 delas, o correspondente a 63%, estão situadas entre “razoável” e “bom”, o que significa dizer que os cidadãos usuários provavelmente estão contentes com o atendimento prestado pelo médico, mas gostariam que fosse mais eficaz.

4.2.3 Expectativa sobre o atendimento dos profissionais de saúde

Gráfico 9 – Expectativa sobre o atendimento dos profissionais de saúde

**Atendimento prestado pelos profissionais de saúde
(médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem)
melhor do que o esperado**



Fonte: dados da pesquisa (2019).

Tabela 8 – Expectativa sobre o atendimento dos profissionais de saúde

**Atendimento prestado pelos profissionais de saúde (médicos,
enfermeiros, técnicos em enfermagem) melhor do que o esperado**

Alternativa	Respondentes	Percentual
Discordo totalmente	33	8%
Discordo parcialmente	53	13%
Não discordo nem concordo	147	37%
Concordo parcialmente	115	29%
Concordo totalmente	53	13%
Total	401	100%

Fonte: dados da pesquisa (2019).

Os respondentes assinalaram o grau de concordância para a seguinte afirmação: “O atendimento prestado pelos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, dentre outros) superou as expectativas quanto à qualidade.”.

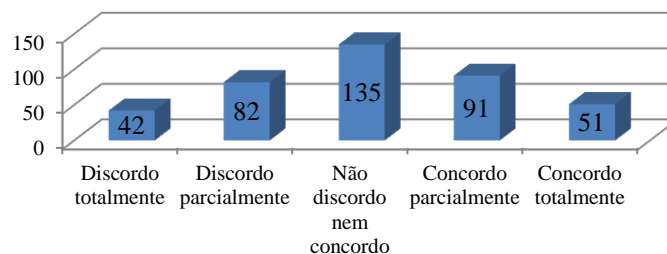
Como visto no Gráfico 9 e na Tabela 8, 33 pessoas (8%) discordam totalmente da afirmação; 53 (13%) discordam parcialmente; 147 (37%) não discordam nem concordam; 115 (29%) concordam parcialmente; e 53 (13%) concordam totalmente.

Dessa forma, 42% dos respondentes (ou 168) consideram que o atendimento dos profissionais atende às suas expectativas, já outros 21% (ou 86), que não atende. Além disso, 262 notas, o correspondente a 66%, estão situadas entre “não discordo nem concordo” e “concordo parcialmente”, o que significa dizer que os cidadãos usuários provavelmente consideram ter suas expectativas atendidas, mas gostariam que fossem superadas.

4.2.4 Adequação da infraestrutura do hospital

Gráfico 10 – Adequação da infraestrutura do hospital

Infraestrutura adequada para suprir a demanda de pacientes



Fonte: dados da pesquisa (2019).

Tabela 9 – Adequação da infraestrutura do hospital

Infraestrutura adequada para suprir a demanda de pacientes		
Alternativa	Respondentes	Percentual
Discordo totalmente	42	10%
Discordo parcialmente	82	20%
Não discordo nem concordo	135	34%
Concordo parcialmente	91	23%
Concordo totalmente	51	13%
Total	401	100%

Fonte: dados da pesquisa (2019).

Para a afirmação “A infraestrutura do hospital é adequada para suprir a demanda de pacientes, levando em consideração o espaço físico, a quantidade de equipamentos e leitos, a disponibilidade de medicamentos e o quadro de funcionários.”, verifica-se que 42 pessoas, o equivalente a 10%, discordam totalmente; 82 (20%) discordam parcialmente; 135 (34%) não discordam nem concordam; 91 (23%) concordam parcialmente; e 51 (13%) concordam totalmente. As informações podem ser verificadas no Gráfico 10 e na Tabela 9 acima.

Sendo assim, 36% dos respondentes (ou 142) consideram que a infraestrutura é adequada para a demanda de pacientes, já outros 30% (ou 124), que não é adequada.

É evidenciado, portanto, que a diferença entre os que consideram a infraestrutura adequada (36%) e os que não a consideram adequada (30%) é pequena (6%), sendo necessário, por esse motivo, voltar a atenção para esse quesito.

Além disso, 226 notas, o correspondente a 57%, estão situadas entre “não concordo nem concordo” e “concordo parcialmente”, o que significa dizer que os cidadãos usuários provavelmente estão contentes com a infraestrutura, mas gostariam que fosse melhorada para atender à demanda.

4.2.5 Percepção do atendimento e da infraestrutura em função dos atributos pessoais

As tabelas a seguir (10, 11, 12 e 13) mostram os resultados da regressão logística ordenada. A variável dependente é a satisfação e as independentes são os atributos pessoais (sexo, idade, renda, escolaridade, município e frequência).

As Tabelas 10 e 11 expressam a satisfação nos níveis péssimo, ruim, razoável, bom e excelente e dizem respeito ao atendimento da recepção e ao atendimento prestado pelo médico, respectivamente.

Já as Tabelas 12 e 13 apresentam a satisfação em níveis de concordância com afirmações sobre a qualidade, expressando discordo plenamente, discordo parcialmente, não discordo nem concordo, concordo parcialmente e concordo plenamente e comunicam sobre o atendimento prestado pelos profissionais de saúde e sobre a adequação da infraestrutura.

O intervalo de confiança definido para o modelo foi de 95% e a existência da correlação entre as variáveis relaciona-se com o valor P, sendo que: caso $P \leq 0,05$, pode-se inferir que a variável independente é suficiente para explicar a variável dependente; caso $P > 0,05$, a variável independente é irrelevante para explicar a variável dependente.

Conferido o valor $P \leq 0,05$, analisa-se o coeficiente. Sendo ele positivo, a correlação é de satisfação, sendo negativo, de insatisfação.

Observa-se pelos resultados da regressão, que o modelo tem validade estatística (todos os F de significância são inferiores a 5%) e, pela Tabela 10, que ele consegue explicar 4% da variabilidade do AR (Pseudo R² = 0,04) aplicado a 401 respondentes.

Tabela 10 – Regressão logística ordenada para atendimento da recepção (AR)

Número de observações = 401

LR chi2(18) = 51.78

Prob > chi2 = 0.0000

Pseudo R2 = 0.0441

AR	Coef.	Std. Err.	z	P> z
2.Sexo				
	.412373	.2038001	2.02	0.043
Idade				
2	.2252921	.2516375	0.90	0.371
3	1.211007	.3359218	3.61	0.000
4	1.231473	.5079481	2.42	0.015
Renda				
2	.3741962	.2428873	1.54	0.123
3	.5204153	.3834396	1.36	0.175
4	.6929745	.6200028	1.12	0.264
Escolaridade				
2	-1.478757	1.823957	-0.81	0.418
3	-2.615001	1.165713	-2.24	0.025
4	-2.395941	1.194972	-2.01	0.045
5	-2.526471	1.200022	-2.11	0.035
6	-2.42188	1.162272	-2.08	0.037
7	-2.807697	1.182333	-2.37	0.018
8	-2.839129	1.18908	-2.39	0.017
2.Município				
	-.2733488	.4403962	-0.62	0.535
Frequência				
2	-.060888	.2119705	-0.29	0.774
3	.7787234	.4184214	1.86	0.063
4	-.0447445	.3959785	-0.11	0.910

Fonte: dados da pesquisa (2019).

Conforme a tabela, as variáveis sexo, idade a partir dos 41 anos e escolaridade acima do nível fundamental incompleto são significativas para justificar o grau de satisfação com relação ao atendimento da recepção. Sendo que: o gênero masculino mostra-se mais satisfeito do que o feminino; os usuários que têm 41 anos ou mais estão mais satisfeitos do que os de idades inferiores; e as pessoas que no mínimo tenham o nível fundamental incompleto tendem a estar insatisfeitas.

A renda do respondente, o município em que reside e a frequência com que utiliza os serviços do Hospital Municipal são irrelevantes para a explicação do grau de satisfação. Ou seja, auferir ou não renda (e essa ser baixa ou alta), morar em Riachão do Jacuípe ou em outro município e ser atendido apenas uma ou mais de dez vezes não faz diferença para a percepção do serviço.

Na Tabela 11, os resultados da regressão indicam que o modelo consegue explicar 2% da variabilidade do AM (Pseudo $R^2 = 0,02$) aplicado a 401 respondentes.

Tabela 11 – Regressão logística ordenada para atendimento prestado pelo médico (AM)

AM	Coef.	Std. Err.	z	P> z

Número de observações = 401				
LR chi2(18) = 30.20				
Prob > chi2 = 0.0355				
Pseudo R2 = 0.0254				

2.Sexo				
	.1703503	.1988167	0.86	0.392
Idade				
2	.0385305	.2544111	0.15	0.880
3	.3125268	.3304824	0.95	0.344
4	.4953149	.4999932	0.99	0.322
Renda				
2	.3514453	.237422	1.48	0.139
3	.3756529	.3714431	1.01	0.312
4	.8815344	.6486453	1.36	0.174
Escolaridade				
2	-2.720907	1.61364	-1.69	0.092
3	-1.766909	.9556013	-1.85	0.064
4	-1.059343	.9792295	-1.08	0.279
5	-1.094239	.9925511	-1.10	0.270
6	-1.757663	.9511572	-1.85	0.065
7	-2.023505	.9757522	-2.07	0.038
8	-2.35976	.9839696	-2.40	0.016
2.Município				
	-.3270925	.4598952	-0.71	0.477
Frequência				
2	-.3156726	.2100349	-1.50	0.133
3	-.3218729	.4129453	-0.78	0.436
4	-.2558704	.3807216	-0.67	0.502

Fonte: dados da pesquisa (2019)

Vê-se também que, quanto ao atendimento prestado pelo médico, apenas a variável escolaridade a partir do nível superior incompleto é significativa para justificar o grau de

satisfação, evidenciando que pessoas que têm um nível de instrução mais elevado tendem a estar insatisfeitas.

As demais variáveis (sexo, idade, renda, município e frequência) não se mostraram significativas, sendo indiferentes para a percepção do serviço.

Na Tabela 12, os resultados da regressão indicam que o modelo consegue explicar 5% da variabilidade do APS (Pseudo $R^2 = 0,05$) aplicado a 401 respondentes.

Tabela 12 – Regressão logística ordenada para atendimento dos profissionais de saúde (APS)

APS	Coef.	Std. Err.	z	P> z

Número de observações = 401				
LR chi2(18) = 59.83				
Prob > chi2 = 0.0000				
Pseudo R2 = 0.0509				

2.Sexo				
	.6891416	.2056472	3.35	0.001
Idade				
2	.3774002	.2624856	1.44	0.150
3	1.012526	.3392424	2.98	0.003
4	1.047788	.5456196	1.92	0.055
Renda				
2	.2242328	.2446714	0.92	0.359
3	-.4567901	.3768703	-1.21	0.225
4	.050195	.6388996	0.08	0.937
Escolaridade				
2	15.28594	1199.682	0.01	0.990
3	-1.629148	.9506938	-1.71	0.087
4	-.8336115	.9925282	-0.84	0.401
5	-1.678033	.9936979	-1.69	0.091
6	-1.321895	.9502945	-1.39	0.164
7	-1.792095	.9766427	-1.83	0.067
8	-1.941106	.9867196	-1.97	0.049
2.Município				
	-.2254038	.4719459	-0.48	0.633
Frequência				
2	.0097624	.2122737	0.05	0.963
3	.1392436	.4146133	0.34	0.737
4	.2297333	.3949983	0.58	0.561

Fonte: dados da pesquisa (2019).

É possível verificar, também na Tabela 12, que as variáveis que explicam o grau de satisfação relacionado ao atendimento prestado pelos profissionais de saúde são sexo, idade dos 41 aos 60 anos e escolaridade.

Sento assim, quanto à variável sexo, os homens mostram-se mais satisfeitos com o atendimento prestado pelos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, dentre outros) do que as mulheres; quanto à idade, os usuários que têm entre 41 e 60 anos tendem a estar mais satisfeitos do que os das demais faixas etárias; e quanto à escolaridade, indivíduos que têm nível superior completo mostram-se insatisfeitos.

As demais variáveis não são significativas para explicar o comportamento da percepção.

Na Tabela 13, os resultados da regressão indicam que o modelo consegue explicar 2% da variabilidade do I (Pseudo $R^2 = 0,02$) aplicado a 401 respondentes.

Tabela 13 – Regressão logística ordenada adequação da infraestrutura (I)

Número de observações = 401
 LR chi2(18) = 29.26
 Prob > chi2 = 0.0453
 Pseudo R2 = 0.0239

I	Coef.	Std. Err.	z	P> z
2.Sexo				
	.1277124	.1982325	0.64	0.519
Idade				
2	.1171333	.2550085	0.46	0.646
	.4639675	.3290899	1.41	0.159
4	.4586591	.529397	0.87	0.386
Renda				
2	-.1293905	.2381318	-0.54	0.587
3	-.0139657	.3720558	-0.04	0.970
4	-.0100004	.6530889	-0.02	0.988
Escolaridade				
2	.7450446	1.468139	0.51	0.612
3	-.9301729	.842791	-1.10	0.270
4	-.9923113	.8804051	-1.13	0.260
5	-1.216857	.8917599	-1.36	0.172
6	-1.46106	.843089	-1.73	0.083
7	-1.590865	.874944	-1.82	0.069
8	-1.960041	.8818991	-2.22	0.026
2.Município				
	.1683681	.424454	0.40	0.692
Frequência				
2	-.0494727	.205311	-0.24	0.810
3	-.1649087	.4022887	-0.41	0.682
4	-.0931845	.3934405	-0.24	0.813

Fonte: dados da pesquisa (2019).

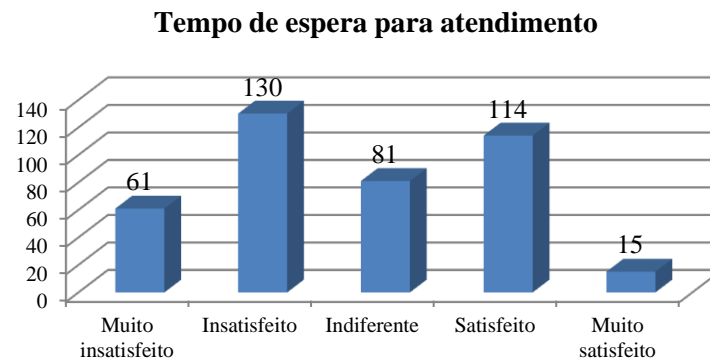
Quanto à adequação da infraestrutura para o suprimento da demanda, somente a variável escolaridade no nível superior é significativa para explicar o grau de satisfação, sendo que usuários nessa faixa tendem a estar insatisfeitos com tal quesito. As outras variáveis não se mostraram significativas para explicar o grau de satisfação (Tabela 13).

De modo geral, a regressão para as variáveis dependentes (AR, AM, APS e I) mostra que, nos quatro casos, a renda dos usuários, o município em que eles residem e a frequência com que são atendidos no hospital não são relevantes para explicar o grau de satisfação, o que significa dizer que a percepção do serviço independe desses fatores. O contrário disso ocorre com relação à escolaridade, em que, para todos os casos, fica evidenciado que níveis mais elevados acarretam maior insatisfação. As variáveis sexo e idade são significativas para explicar o grau de satisfação relacionado ao atendimento da recepção e ao atendimento dos profissionais de saúde. Estando os homens, nos dois casos, mais satisfeitos do que as mulheres, e as pessoas entre 41 e 60 anos, majoritariamente, mais satisfeitas do que as demais.

4.2.6 Comparativo entre grau de satisfação e grau de importância

4.2.6.1 Tempo de espera para atendimento

Gráfico 11 – Tempo de espera para atendimento – satisfação



Fonte: dados da pesquisa (2019).

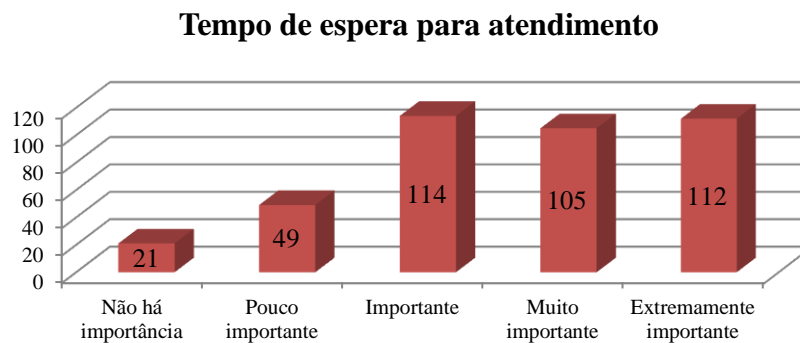
Tabela 14 – Tempo de espera para atendimento – satisfação

Tempo de espera para atendimento		
Alternativa	Respondentes	Percentual
Muito insatisfeito	61	15,21%
Insatisfeito	130	32,42%
Indiferente	81	20,20%
Satisfeito	114	28,43%
Muito satisfeito	15	3,74%
Total	401	100%

Fonte: dados da pesquisa (2019).

Neste trabalho, a disponibilidade do serviço é compreendida como o tempo que leva para o cidadão ser atendido, desde sua chegada à unidade. Percebe-se pelo Gráfico 11 e Tabela 14 que: 61 pessoas, o equivalente a 15,21%, estão muito insatisfeitas com o tempo de espera; 130 (32,42%), insatisfeitas; 81 (20,20%) posicionaram-se como indiferentes; 114 (28,43%) estão satisfeitas; e 15 (3,74%), muito satisfeitas.

Gráfico 12 – Tempo de espera para atendimento – importância



Fonte: dados da pesquisa (2019).

Tabela 15 – Tempo de espera para atendimento – importância

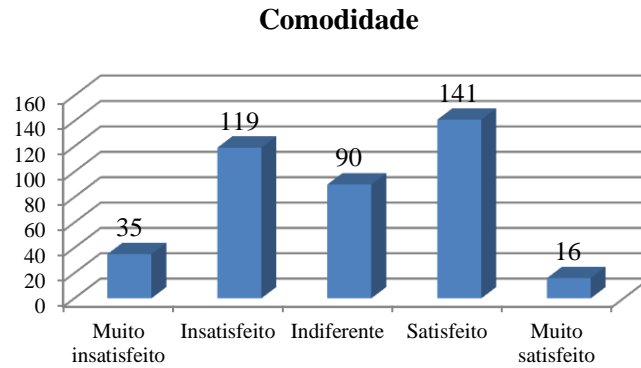
Tempo de espera para atendimento		
Alternativa	Respondentes	Percentual
Não há importância	21	5,24%
Pouco importante	49	12,22%
Importante	114	28,43%
Muito importante	105	26,18%
Extremamente importante	112	27,93%
Total	401	100%

Fonte: dados da pesquisa (2019).

Com relação à importância dada ao tempo de espera para atendimento, 21 pessoas, o correspondente a 5,24%, dizem que é algo que não há importância; 49 (12,22%) consideram como pouco importante; 114 (28,43%), importante; 105 (26,18%), muito importante; e 112 (27,93%), extremamente importante, conforme mostram o Gráfico 12 e a Tabela 15.

4.2.6.2 Comodidade

Gráfico 13 – Comodidade – satisfação



Fonte: dados da pesquisa (2019).

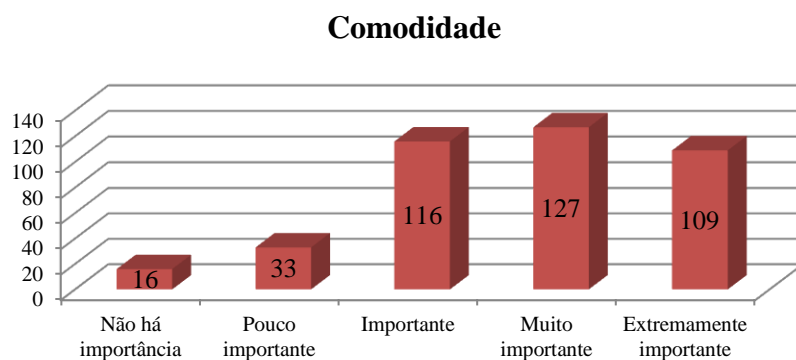
Tabela 16 – Comodidade – satisfação

Comodidade		
Alternativa	Respondentes	Percentual
Muito insatisfeito	35	8,73%
Insatisfeito	119	29,68%
Indiferente	90	22,44%
Satisfeito	141	35,16%
Muito satisfeito	16	3,99%
Total	401	100%

Fonte: dados da pesquisa (2019).

Quanto à comodidade, vê-se no Gráfico 13 e na Tabela 16 que: 35 cidadãos (8,73%) estão muito insatisfeitos; 119 (29,68%), insatisfeitos; 90 (22,44%), indiferentes; 141 (35,16%), satisfeitos; e 16 (3,99%), muito satisfeitos.

Gráfico 14 – Comodidade – importância



Fonte: dados da pesquisa (2019).

Tabela 17 – Comodidade – importância

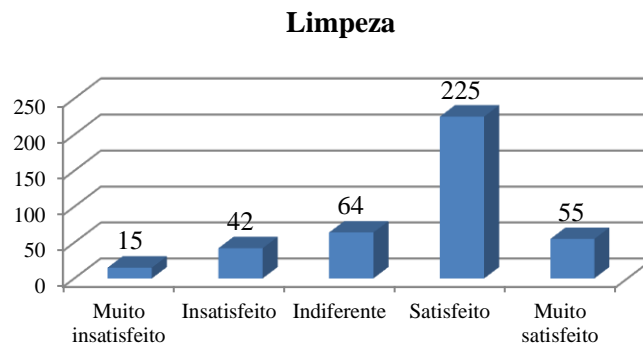
Comodidade		
Alternativa	Respondentes	Percentual
Não há importância	16	3,99%
Pouco importante	33	8,23%
Importante	116	28,93%
Muito importante	127	31,67%
Extremamente importante	109	27,18%
Total	401	100%

Fonte: dados da pesquisa (2019).

Quanto à importância da comodidade, 16 respondentes (3,99%) afirmam não haver; 33 (8,23%), que é pouco importante; 116 (28,93%), importante; 127 (31,67%), muito importante; e 109 (27,18%), extremamente importante, conforme Gráfico 14 e Tabela 17.

4.2.6.3 Limpeza

Gráfico 15 – Limpeza – satisfação



Fonte: dados da pesquisa (2019).

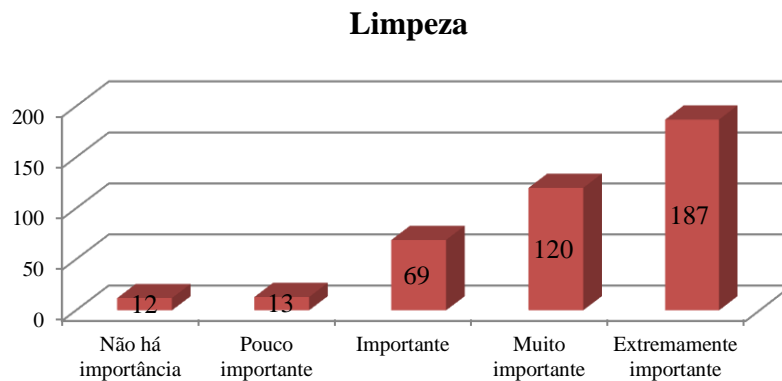
Tabela 18 – Limpeza – satisfação

Limpeza		
Alternativa	Respondentes	Percentual
Muito insatisfeito	15	3,74%
Insatisfeito	42	10,47%
Indiferente	64	15,96%
Satisfeito	225	56,11%
Muito satisfeito	55	13,72%
Total	401	100%

Fonte: dados da pesquisa (2019).

A satisfação relacionada à limpeza dos espaços físicos (recepção, corredores, consultório médico) ficou da seguinte forma: 15 cidadãos, 3,74%, dizem estar muito insatisfeitos; 42 (10,47%), insatisfeitos; 64 (15,96%) são indiferentes; 225 (56,11%) estão satisfeitos; e 55 (13,72%), muito satisfeitos, como explanado acima no Gráfico 15 e na Tabela 18.

Gráfico 16 – Limpeza – importância



Fonte: dados da pesquisa (2019).

Tabela 19 – Limpeza – importância

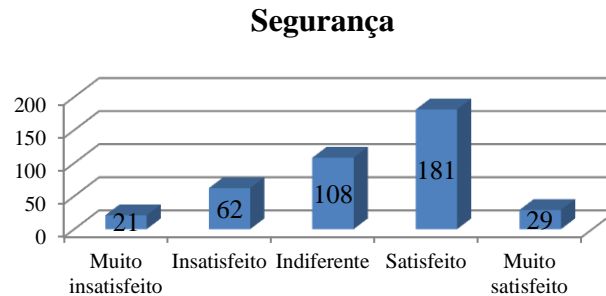
Limpeza		
Alternativa	Respondentes	Percentual
Não há importância	12	2,99%
Pouco importante	13	3,24%
Importante	69	17,21%
Muito importante	120	29,93%
Extremamente importante	187	46,63%
Total	401	100%

Fonte: dados da pesquisa (2019).

A importância da limpeza é vista da seguinte forma pelos respondentes: 12 deles, o equivalente a 2,99%, não consideram como importante; 13 (3,24%) veem como pouco importante; 69 (17,21%), como importante; 120 (29,93%), como muito importante; e 187 (46,63%) como extremamente importante. Isso pode ser visto no Gráfico 16 e na Tabela 19.

4.2.6.4 Segurança

Gráfico 17 – Segurança – satisfação



Fonte: dados da pesquisa (2019).

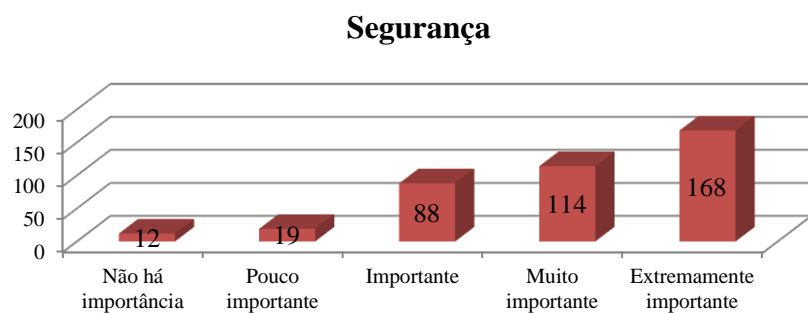
Tabela 20 – Segurança – satisfação

Segurança		
Alternativa	Respondentes	Percentual
Muito insatisfeito	21	5,24%
Insatisfeito	62	15,46%
Indiferente	108	26,93%
Satisfeito	181	45,14%
Muito satisfeito	29	7,23%
Total	401	100%

Fonte: dados da pesquisa (2019).

A segurança, aqui compreendida como a redução de danos no tratamento, por meio de procedimentos adequados para cada enfermidade, ficou dividida deste modo: 21 respondentes (5,24%) disseram estar muito insatisfeitos; 62 (15,46%), insatisfeitos; 108 (26,93%) afirmaram ser indiferentes; 181 (45,14%), que estão satisfeitos; e 29 (7,23%), que estão muito satisfeitos. Confirmam-se as informações no Gráfico 17 e na Tabela 20.

Gráfico 18 – Segurança – importância



Fonte: dados da pesquisa (2019).

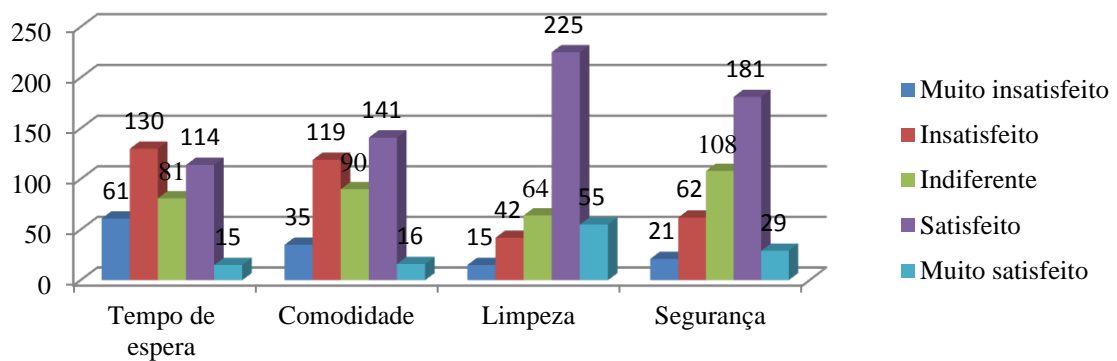
Tabela 21 – Segurança – importância

Segurança		
Alternativa	Respondentes	Percentual
Não há importância	12	2,99%
Pouco importante	19	4,74%
Importante	88	21,95%
Muito importante	114	28,43%
Extremamente importante	168	41,90%
Total	401	100%

Fonte: dados da pesquisa (2019).

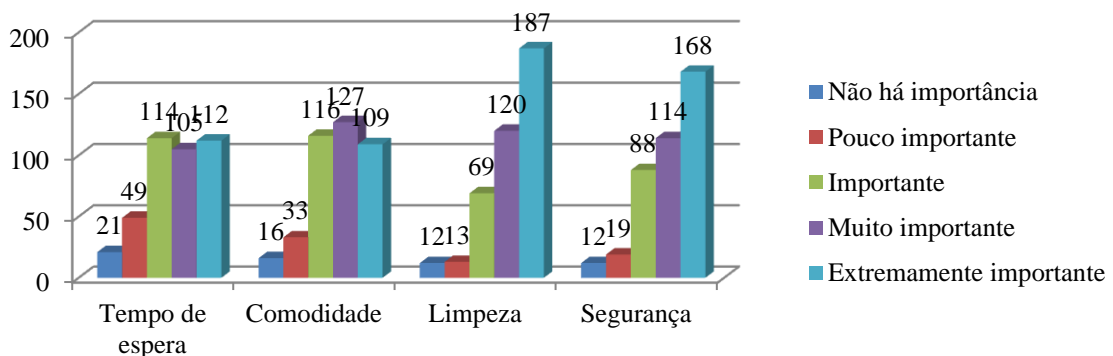
Quanto à importância, observa-se, no Gráfico 18 e na Tabela 21, que 12 pessoas, representando 2,99%, veem a redução de danos no tratamento como algo sem importância; 19 (4,74%), como pouco importante; 88 (21,95%), como importante; 114 (28,43%), como muito importante; e 168 (41,90%), como extremamente importante.

Gráfico 19 – Satisfação



Fonte: dados da pesquisa (2019).

Gráfico 20 – Importância



Fonte: dados da pesquisa (2019).

Tabela 22 – Comparativo entre grau de satisfação e grau de importância

COMPARATIVO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO E GRAU DE IMPORTÂNCIA					
Tempo de espera para atendimento					
Satisfação	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
Respondentes	61	130	81	114	15
Porcentagem	15,21%	32,42%	20,20%	28,43%	3,74%
Importância	Não há importância	Pouco importante	Importante	Muito importante	Extremamente importante
Respondentes	21	49	114	105	112
Porcentagem	5,24%	12,22%	28,43%	26,18%	27,93%
Comodidade					
Satisfação	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
Respondentes	35	119	90	141	16
Porcentagem	8,73%	29,68%	22,44%	35,16%	3,99%
Importância	Não há importância	Pouco importante	Importante	Muito importante	Extremamente importante
Respondentes	16	33	116	127	109
Porcentagem	3,99%	8,23%	28,93%	31,67%	27,18%
Limpeza					
Satisfação	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
Respondentes	15	42	64	225	55
Porcentagem	3,74%	10,47%	15,96%	56,11%	13,72%
Importância	Não há importância	Pouco importante	Importante	Muito importante	Extremamente importante
Respondentes	12	13	69	120	187
Porcentagem	2,99%	3,24%	17,21%	29,93%	46,63%
Segurança					
Satisfação	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
Respondentes	21	62	108	181	29
Porcentagem	5,24%	15,46%	26,93%	45,14%	7,23%
Importância	Não há importância	Pouco importante	Importante	Muito importante	Extremamente importante
Respondentes	12	19	88	114	168
Porcentagem	2,99%	4,74%	21,95%	28,43%	41,90%

Fonte: dados da pesquisa (2019).

Na análise grau de satisfação *versus* grau de importância, percebe-se, pelos Gráficos 19 e 20 e pela Tabela 22, que, quanto ao quesito “tempo de espera para atendimento”, 82,54% dos respondentes, o correspondente a 331, o consideram como importante ou muito

importante ou, ainda, extremamente importante, mas que, no entanto, 47,63%, o correspondente a 191, estão muito insatisfeitos ou insatisfeitos, porcentagem que supera os satisfeitos ou muito satisfeitos (32,17%). Isso pode, portanto, ser considerada uma falha na prestação dos serviços.

Tal evidência é também notada quando se observa que a maioria das notas, 211 delas, o correspondente a 52,62%, estão situadas entre “insatisfeito” e “indiferente”, confirmando que há um problema quanto ao tempo de espera considerado razoável pelos cidadãos usuários.

Com relação ao quesito comodidade, é possível verificar que 352 pessoas, o correspondente a 87,78%, conferem à comodidade grau relevante de importância (importante, muito importante e extremamente importante) e que, quando se analisa a satisfação, o total dos que estão muito insatisfeitos ou insatisfeitos, 154 (38,41%), é pouco menor do que o total dos que estão satisfeitos ou muito satisfeitos, 157 (39,15%).

Além disso, a maioria das notas, 231 delas, o equivalente a 57,6%, estão situadas entre “indiferente” e “satisfeito”. Isso favorece o entendimento de que o cidadão usuário provavelmente está contente com a comodidade, mas que essa poderia ser melhorada.

Observa-se que 376 cidadãos, o correspondente a 93,77%, conferem uma importância relevante (importante, muito importante e extremamente importante) para a limpeza dos espaços físicos e que 280 estão satisfeitos ou muito satisfeitos com esse quesito na prestação dos serviços, o que significa uma aprovação de quase 70%.

Ainda assim, por conta das notas estarem mais concentradas entre “indiferente” e “satisfeito”, totalizando 289 (ou 72,07%), o que pode confirmar que o cidadão usuário está contente com relação à limpeza, é preciso não perder de vista a manutenção ou elevação do padrão.

É possível ver também que 370 pessoas, o equivalente a, aproximadamente, 92%, conferem um grau relevante de importância (importante, muito importante e extremamente importante) à segurança no tratamento e que a diferença entre os que estão satisfeitos ou muito satisfeitos e os que estão muito insatisfeitos ou insatisfeitos, ou seja, entre 210 (52,37%) e 83 (20,7%), respectivamente, é considerável.

Como, assim como ocorre no quesito limpeza, o total de atribuições a “indiferente” e “satisfeito” relacionadas à segurança é 289, correspondendo a 72,07%, pode-se proceder à afirmação de que o atributo segurança está satisfatoriamente operando, mas não deve ser perdido de vista, de modo que o padrão seja mantido ou elevado.

4.3 RESULTADO DA PESQUISA

Tabela 23 – Resultado da pesquisa

Item	Resultado
Perfil do cidadão usuário	As características predominantes dos cidadãos usuários são: sexo feminino (58%); idade entre 21 e 40 anos (57%); renda mensal de até 01 salário mínimo (66%); nível médio completo (36%); residência em Riachão do Jacuípe (96%); e frequência de utilização do Hospital Municipal entre 02 a 05 vezes (57%), de novembro de 2017 até a data em que responderam ao questionário.
Percepção quanto ao atendimento e à infraestrutura e comportamento da percepção em função dos atributos pessoais;	<p>Os cidadãos usuários mostraram-se contentes com o atendimento, tanto o da recepção (63,8%) quanto o prestado pelo médico (63%) e demais profissionais da saúde (66%), e com a infraestrutura do hospital (57%) para atender à demanda, mas há indicação de que esses atributos poderiam ser mais eficazes, de modo a manter ou elevar o padrão do serviço.</p> <p>A percepção do serviço independe da renda dos usuários, do município em que eles residem e da frequência com que são atendidos no hospital. Mas depende da escolaridade, pois quanto mais elevado é seu nível, maior é a insatisfação.</p> <p>As variáveis sexo e idade são significativas para explicar o grau de satisfação relacionado ao atendimento da recepção e ao atendimento dos profissionais de saúde. Estando os homens, nos dois casos, mais satisfeitos do que as mulheres, e as pessoas entre 41 e 60 anos, majoritariamente, mais satisfeitas do que as demais.</p>
Nível de serviço: satisfação e importância.	<p>Os quesitos comodidade, limpeza dos espaços físicos e segurança no tratamento conseguem satisfazer os cidadãos usuários, embora a concentração das notas entre a indiferença e a satisfação (57,6%, 72,07% e 72,07%, respectivamente) demonstrem que esforços devem acontecer para que a satisfação esteja de acordo com a importância atribuída aos itens.</p> <p>Para o quesito tempo de espera para atendimento é atribuída uma significativa importância e há uma concentração das notas entre insatisfação e indiferença (52,62%), o que evidencia uma falha na prestação dos serviços.</p>

Fonte: elaborada pela autora, com dados da pesquisa (2020).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os serviços públicos são frequentemente estigmatizados por muitos cidadãos, principalmente quando sua execução se dá pela iniciativa privada, em virtude de se imaginar que a busca pela redução de custos e o aumento do lucro resultem em cortes e se sobreponham às metas sociais.

O tema é pertinente por possibilitar aos colegas do meio acadêmico a compreensão sobre o instrumento da delegação na Administração Pública bem como sobre a qualidade em serviços; aos cidadãos usuários, objetos ou não do trabalho, e aos gestores que porventura também tenham interesse, o acesso ao resultado da pesquisa de satisfação.

Para mim, a importância se dá por me ver inserida no ambiente em que ocorreu o processo de mudança da gestão (do município à iniciativa privada) do Hospital Municipal de Riachão do Jacuípe, cidade da qual sou natural, e por compreender que o curso de Administração deve também voltar-se para além do ambiente empresarial.

Por conta deste trabalho objetivar conhecer a satisfação dos cidadãos usuários dos serviços públicos de saúde quando prestados pela iniciativa privada, foi necessário explanar no referencial teórico os termos considerados centrais: serviços públicos, saúde e percepção da qualidade dos serviços prestados.

Sobre serviço público foi visto que é toda atividade material do Estado que tem como finalidade satisfazer necessidades coletivas e que pode ser exercida diretamente ou por meio de seus delegados. Quando o serviço público é transferido para particulares, pelo instrumento da delegação, amparada pela Constituição Federal de 1988, a titularidade é conservada ao Poder Público.

Foram apresentadas as formas de delegação (concessão, parcerias público-privadas, permissão e autorização) e as justificativas para sua utilização, que podem ser de ordem financeira, jurídica ou política.

Com relação à saúde, fora apresentada sua previsão na Constituição Federal, que diz que suas ações são de relevância pública, ficando o Poder Público encarregado de regulamentá-las, fiscalizá-las e controlá-las, e que, ainda, sua execução pode ser feita diretamente ou por meio de terceiros e, também, por pessoa jurídica ou física de direito privado.

Sobre o SUS foram abarcados a definição, os antecedentes, o processo de implantação, o funcionamento e as responsabilidades dos entes. Viu-se que: ele é o agrupamento das ações

e serviços de saúde prestados pelos níveis federais, estaduais e municipais, seja pela Administração direta ou indireta e pelas fundações mantidas pelo Poder Público; antes da sua existência, a assistência à saúde pública não abarcava a totalidade da população brasileira; sua criação se deu pela Lei Nº 8.080 de 1990; e que, enquanto o nível federal é o principal financiador, os municípios são os principais executores das atividades voltadas à saúde.

Quanto ao tópico serviços, foram trazidas sua definição, suas características e sua qualidade em função de expectativa *versus* satisfação. Desse modo, serviço fora definido como toda e qualquer prestação, de natureza intangível, que não culmina em propriedade alguma. Suas características, que o diferem dos bens (produtos tangíveis), são intangibilidade, inseparabilidade, variabilidade e perecibilidade. A intangibilidade diz sobre a impossibilidade de o serviço ser percebido sensorialmente; a inseparabilidade, sobre a produção e consumo simultâneos; a variabilidade, sobre a possibilidade de variação na prestação a depender de quem, onde e quando a faça; e a perecibilidade, sobre a não possibilidade de estocagem dos serviços.

A qualidade em serviços depende da expectativa (decorrente das necessidades pessoais, das experiências e da promoção) e do valor percebido pelo cliente/usuário e ela é o fator determinante da sua satisfação ou insatisfação.

Como as pessoas não percebem os serviços de forma homogênea, seja porque têm necessidades e desejos diferentes ou porque a interação entre prestadores e clientes/usuários pode variar, a mensuração da qualidade de serviços é mais difícil de ser alcançada do que a de bens físicos. Por conta disso, fala-se em determinantes da qualidade dos serviços, que fazem com que, de algum modo, ela possa ser mensurada.

Foram citadas, dentre outras, as variáveis tangibilidade, que corresponde à aparência dos espaços físicos, dos equipamentos e das pessoas envolvidas na prestação do serviço; atendimento, nível de atenção e comprometimento de quem estabelece contato com o cliente/usuário; segurança, inexistência de perigo ou risco; e velocidade, rapidez para iniciar e executar o serviço.

Outro ponto levantado sobre serviços diz sobre a importância de prezar pela qualidade desde o momento conhecido como “a hora da verdade”, que muito se refere ao pessoal da linha de frente, pois com ele o cliente/usuário se defronta mais vezes.

Após o referencial teórico, a metodologia utilizada no trabalho foi apresentada, trazendo sua classificação quanto ao objetivo (descritiva), à abordagem (quantitativa), ao procedimento técnico (bibliográfica, documental e levantamento) e ao método (indutivo).

A população definida, da qual se extraiu uma amostra de 401 respondentes para o questionário aplicado, fora a população de Riachão do Jacuípe, município do interior da Bahia, auferida no último censo, de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O questionário aplicado buscou levantar dados para a identificação: a) dos atributos pessoais dos cidadãos usuários (sexo, idade, renda, escolaridade, município e frequência), de modo a verificar seu perfil; b) da percepção que os usuários têm sobre o atendimento (da recepção, do médico e de demais profissionais de saúde) e sobre a infraestrutura do hospital e da relação que há entre os atributos pessoais e essa percepção; e c) do nível de adequação dos serviços, por meio da comparação entre satisfação e importância atribuída aos itens tempo, comodidade, limpeza dos espaços físicos e segurança no tratamento.

Os dados foram tabulados por meio de ferramentas do *Excel*, que permitiram analisar, em cada questão do questionário, o percentual de cada resposta dada em relação ao total de respostas, e do uso do modelo da regressão logística ordenada, que permitiu trabalhar com as variáveis qualitativas e abordar a satisfação (variável dependente) em função dos atributos pessoais (variáveis independentes).

Os resultados obtidos mostraram que, primeiro, as características predominantes dos cidadãos usuários do Hospital Municipal de Riachão do Jacuípe são: sexo feminino, correspondendo a 58%; idade entre 21 e 40 anos (57%); renda mensal de até 01 salário mínimo (66%); nível médio completo (36%); residência em Riachão do Jacuípe (96%); e frequência de utilização do Hospital Municipal entre 02 a 05 vezes (57%), de novembro de 2017 até a data em que responderam ao questionário.

Segundo, os cidadãos usuários mostram-se contentes com o atendimento, tanto o da recepção (63,8%), quanto o prestado pelo médico (63%) e demais profissionais da saúde (66%), e com a infraestrutura do hospital para atender à demanda (57%), mas há indicação de que esses atributos poderiam ser mais eficazes, de modo a manter ou elevar o padrão do serviço.

Terceiro, a percepção do serviço independe da renda dos usuários, do município em que eles residem e da frequência com que são atendidos no hospital, indicando esse último atributo que os serviços estão pouco sujeitos à variabilidade. Mas depende da escolaridade, pois quanto mais elevado é seu nível de educação, maior é a sua insatisfação.

Quarto, as variáveis sexo e idade são significativas para explicar o grau de satisfação relacionado ao atendimento da recepção e ao atendimento dos profissionais de saúde. Estando

os homens, nos dois casos, mais satisfeitos do que as mulheres, e as pessoas entre 41 e 60 anos, majoritariamente, mais satisfeitas do que as demais.

Quinto, os quesitos comodidade, limpeza dos espaços físicos e segurança no tratamento conseguem satisfazer os cidadãos usuários, embora a concentração das notas entre a indiferença e a satisfação (57,6%, 72,07% e 72,07%, respectivamente) demonstre que esforços devem acontecer para que a satisfação esteja de acordo com a importância atribuída aos itens.

Sexto e por último, ao quesito tempo de espera para atendimento foi atribuída uma significativa importância, mas houve, no entanto e ao mesmo tempo, uma concentração das notas entre insatisfação e indiferença (52,62%), o que evidencia uma falha na prestação dos serviços.

Em virtude de não haver feito uma pesquisa de satisfação antes da concessão dos serviços públicos de saúde do hospital municipal à iniciativa privada, pôde-se apenas verificar a satisfação, mas uma possível comparação ficou comprometida pelo método utilizado, não podendo concluir sobre melhora ou piora da qualidade.

Além disso, com o receio de que o questionário excedesse a disponibilidade dos cidadãos usuários para respondê-lo, algumas questões tornaram-se abrangentes, principalmente a que trata sobre a infraestrutura do hospital (que abarca o espaço físico, a quantidade de equipamentos e leitos, a disponibilidade de medicamentos e o quadro de funcionários). Sobre essa é possível verificar a satisfação de um modo geral, mas não se consegue identificar a satisfação relacionada a cada item separadamente.

Por fim, fica como sugestão para as próximas pesquisas relacionadas ao tema uma abordagem qualitativa, que trabalhe, além da satisfação dos cidadãos usuários, as mudanças trazidas após a concessão, bem como a opinião dos trabalhadores alocados na unidade, antes mesmo do período que antecedeu a concessão, sobre os benefícios e as deficiências.

REFERÊNCIAS

ALYRIO, Rovigati Danilo. **Métodos e técnicas de pesquisa em administração**. Volume único / Rio de Janeiro: Fundação CECIERJ, 2009.

BAHIA. **Lei Nº 903**, de 14 de julho de 2017. Riachão do Jacuípe, 2017.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política I**; trad. Carmen C, Varriale et ai.; coord. trad. João Ferreira; rev. geral João Ferreira e Luis Guerreiro Pinto Cacais. - Brasília : Editora Universidade de Brasília, 1 la ed., 1998.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível <em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: julho de 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: julho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. Brasília: 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=136>. Acesso em: agosto de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Brasília: 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf>. Acesso em: julho de 2019.

COBRA, Marcos, 1940 - 3.ed. **Administração de marketing no Brasil**. – 3.ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 30.ed. Rev., atual. e ampl. – Rio de Janeiro: Forense, 2017.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Parcerias na administração pública: concessão, permissão, franquia, terceirização e outras formas**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOES, Hugo Medeiros. **Manual de Direito Previdenciário: teoria e questões**. – 9. ed. – Rio de Janeiro: Ed. Ferreira, 2015.

HAIR, J. F.; BLACK, W. C.; BABIN, B. J.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L. **Análise multivariada de dados**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Cidades: Bahia – **Riachão do Jacuípe – Panorama**. IBGE, 2017. (Censo 2010). Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/riachao-do-jacuipe/panorama>>. Acesso em: outubro de 2019.

INSTITUTO DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL. **Estatuto e Diretoria**. Disponível em: <<http://isas.org.br/website/estatuto-e-diretoria/>>. Acesso em: janeiro de 2020.

KOTLER, Philip; KELLER, Kevin Lane. **Administração de marketing**. 14 ed. São Paulo: Pearson Education, 2012.

KOTLER, Philip; ARMSTRONG, Gary. **Princípios de marketing**. 15. ed. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 2015.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LAS CASAS, Alexandre Luzzi; Arnoldo Jose de Hoyos, GUEVARA. **Pesquisa de Marketing**. – 1. Ed. – 2010.

LAS CASAS, Alexandre Luzzi. **Qualidade total em serviços: conceitos, exercícios, casos práticos**. 3. ed. São Paulo, SP: Atlas, 1999.

LOVELOCK, Christopher; WRIGHT, Lauren. **Serviços: marketing e gestão**. Tradução Cid Knipel Moreira; revisão técnica Mauro Neves Garcia. – São Paulo: Saraiva, 2001.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de Marketing: Uma Orientação Aplicada**. 6 ed. Porto Alegre: Bookman, 2012.

MARANGONI, Suzana. **Marketing de serviços**. Rio de Janeiro: SESES, 2015.

MARINELA, Fernanda. **Direito administrativo**. 11ed. São Paulo, SP: Saraiva, 2017.

MEIRELLES, Hely Lopes; FILHO, José Emmanuel Burle; BURLE, Carla Rosado. **Direito administrativo brasileiro**. 42. ed. / atual. até a Emenda Constitucional 90, de 15.09.2015. – São Paulo: Malheiros, 2016.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO James. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Saúde no Brasil 1. Publicado online 9 de maio de 2011. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf>. Acesso em julho de 2019.

PAULO, Vicente; MARCELO, Alexandrino. **Direito Constitucional Descomplicado**. 14. Ed. 2015.

PREFEITURA DE RIACHÃO DO JACUÍPE. **A cidade Riachão do Jacuípe**. Disponível em: <<https://www.riachaodojacuipe.ba.gov.br/acidade.php>>. Acesso em: janeiro de 2020.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

SANTOS, Péricles Bezerra dos. **Grau de satisfação dos usuários do serviço público de saúde em Patos-PB**. 2016. 38f. Monografia (Graduação em Administração). Universidade Estadual da Paraíba, Patos, 2016. Disponível em: <<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream>

m/123456789/13309/1/PDF%20-%20P%C3%A9ricles%20Bezerra%20dos%20Santos.pdf>.

Acesso em: abril de 2019.

WOOLDRIDGE, J. M. **Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data**. The MIT Press, Cambridge, MA, 2002.

APÊNDICE A – Questionário aplicado aos cidadãos usuários dos serviços públicos de saúde do Hospital Municipal de Riachão do Jacuípe

Qualidade dos serviços públicos de saúde

Este questionário é parte da pesquisa de Monografia da graduanda em Administração, pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Fernanda Almeida Lima. Tem como objetivo analisar e explanar a qualidade dos serviços públicos de saúde do Hospital Municipal de Riachão do Jacuípe.

*Obrigatório

1. Qual seu sexo? *

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
- Masculino

2. Sua idade se encontra em qual faixa? *

Marcar apenas uma oval.

- Até 20 anos
- De 21 a 40 anos
- De 41 a 60 anos
- 61 anos ou mais

3. Sua renda se encontra em qual faixa? *

Marcar apenas uma oval.

- Até 01 salário mínimo
- Entre 01 e 03 salários mínimos
- Entre 03 e 05 salários mínimos
- Acima de 05 salários mínimos

4. Qual a sua escolaridade? *

Marcar apenas uma oval.

- Sem estudo
- Lê e escreve
- Nível fundamental incompleto
- Nível fundamental completo
- Nível médio incompleto
- Nível médio completo
- Nível superior incompleto
- Nível superior completo

5. Em qual município você reside? *

Marcar apenas uma oval.

- Riachão do Jacuípe
- Outro:

6. Com que frequência precisou utilizar os serviços de saúde do Hospital Municipal de Riachão do Jacuípe, de novembro de 2017 até hoje? *

Marcar apenas uma oval.

- Apenas 01 vez
- De 02 a 05 vezes
- De 06 a 09 vezes
- 10 vezes ou mais

Caso não tenha encontrado resposta para a questão anterior, favor encerrar o preenchimento do formulário.

7. Classifique o atendimento prestado pelo profissional (ou equipe) da recepção, quanto à cortesia (gentileza, cuidado e atenção): *

Marcar apenas uma oval.

	()	()	()	()	()	
Péssimo	1	2	3	4	5	Excelente

8. Classifique o atendimento prestado pelo médico, quanto ao comprometimento (interesse e boa vontade) em investigar e tratar o problema de saúde: *

Marcar apenas uma oval.

	()	()	()	()	()	
Péssimo	1	2	3	4	5	Excelente

Para as afirmativas 9 e 10 abaixo, assinale na escala o respectivo grau de concordância:

9. O atendimento prestado pelos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, dentre outros) superou as expectativas quanto à qualidade. *

Marcar apenas uma oval.

	()	()	()	()	()	
Discordo totalmente	1	2	3	4	5	Concordo totalmente

10. A infraestrutura do hospital é adequada para suprir a demanda de pacientes, levando em consideração o espaço físico, a quantidade de equipamentos e leitos, a disponibilidade de medicamentos e o quadro de funcionários. *

Marcar apenas uma oval.

	()	()	()	()	()	
Discordo totalmente	1	2	3	4	5	Concordo totalmente

11. Para cada item das linhas abaixo, assinale na escala o respectivo grau de satisfação. *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
DISPONIBILIDADE DO SERVIÇO: Tempo de espera para atendimento	()	()	()	()	()
CONFORTO: Comodidade na recepção e no consultório médico	()	()	()	()	()
CONFORTO: Limpeza dos espaços físicos (recepção, corredores, consultório médico)	()	()	()	()	()
SEGURANÇA: Redução de danos no tratamento	()	()	()	()	()

12. Para cada item das linhas abaixo, assinale na escala o grau de importância que você atribui a cada um deles: *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Não há importância	Pouco importante	Importante	Muito importante	Extremamente importante
DISPONIBILIDADE DO SERVIÇO: Tempo de espera para atendimento	()	()	()	()	()
CONFORTO: Comodidade na recepção e no consultório médico	()	()	()	()	()
CONFORTO: Limpeza dos espaços físicos (recepção, corredores, consultório médico)	()	()	()	()	()
SEGURANÇA: Redução de danos no tratamento	()	()	()	()	()

APÊNDICE B – Mensagem encaminhada aos cidadãos via *WhatsApp* e *Instagram* com a solicitação para responder ao questionário

Pessoal, boa tarde!

Venho pedir para disponibilizarem 2 minutinhos do tempo de vocês para responder ao **questionário** que segue.

Informo que não há vínculo partidário e/ou com político para realização desta pesquisa, que tem como único fim o acadêmico!

Caso possam também aplicar com o pessoal de casa (pais, avós, irmãos, filhos...)...

Agradeço aos que puderem ajudar!

OBS.:

- 1 – Caso a resposta para a **sexta pergunta** (que pede a **frequência**) seja 0 (zero), não precisam responder às questões posteriores;
- 2 – A **questão 11** pede que informem a **satisfação** em relação a cada item (que são 4);
- 3 – Já a **questão 12** pede que indiquem a **importância** que veem em cada um desses itens.

Isso para os que residem em Riachão e/ou já tenham utilizado os serviços públicos de saúde.

https://docs.google.com/forms/u/0/d/e/1FAIpQLSdY1jz0JIkrX7nYR5_u_dmfMn1UYsCMN76xzFQQ15MW7zXyBA/formResponse