



Revista Brasileira de Cirurgia
Cardiovascular/Brazilian Journal of
Cardiovascular Surgery

ISSN: 0102-7638

revista@sbccv.org.br

Sociedade Brasileira de Cirurgia
Cardiovascular

Bassalobre Carvalho BORGES, Juliana; Ribeiro de CARVALHO, Sebastião Marcos; de
Moraes SILVA, Marcos Augusto

Qualidade do serviço prestado aos pacientes de cirurgia cardíaca do Sistema Único de
Saúde-SUS

Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular/Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery,
vol. 25, núm. 2, abril-junio, 2010, pp. 172-182
Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular
São José do Rio Preto, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=398941876008>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Qualidade do serviço prestado aos pacientes de cirurgia cardíaca do Sistema Único de Saúde-SUS

Quality of service provided to heart surgery patients of the Single Health System-SUS

Juliana Bassalobre Carvalho BORGES¹, Sebastião Marcos Ribeiro de CARVALHO², Marcos Augusto de Moraes SILVA³

RBCCV 44205-1170

Resumo

Objetivo: Avaliar qualidade do serviço prestado aos pacientes de cirurgia cardíaca no período hospitalar, em serviço do SUS, identificando as expectativas e percepções dos pacientes. Relacionar qualidade de serviço com gênero, faixa etária e circulação extracorpórea.

Métodos: Estudaram-se 82 pacientes (52,4% do sexo feminino e 47,6% do masculino) submetidos a cirurgia cardíaca eletiva, operados por toracotomia médio-esternal, idade: 31 a 83 anos (média $60,4 \pm 13,2$ anos), período: março a setembro de 2006. Avaliou-se a qualidade do serviço em dois momentos: expectativas no pré-operatório e percepções do atendimento recebido no 6º dia de pós-operatório; mediante aplicação da escala SERVQUAL modificada (SERVQUAL-Card). O resultado foi obtido pela diferença da somatória das notas das percepções e expectativas por meio de análise estatística.

Resultados: A escala SERVQUAL-Card foi validada estatisticamente, apresentando adequado índice de consistência interna. Encontrou-se maior frequência de revascularização do miocárdio 55 (67,0%); primeira cirurgia cardíaca 72 (87,8%) e utilização de CEC 69 (84,1%). Verificaram-se altos valores para expectativas e percepções, com resultados significantes ($P < 0,05$). Observou-se relação significante entre qualidade de serviço com gênero, na empatia ($P = 0,04$) e faixa etária, na confiabilidade ($P = 0,02$). Não se observou significância entre CEC e qualidade de serviço.

Conclusão: A qualidade dos serviços foi satisfatória. O paciente demonstrou expectativa alta ao serviço médico-hospitalar. Mulheres apresentaram maior percepção da qualidade na empatia, jovens na confiabilidade. A utilização de CEC não está relacionada com qualidade do serviço nesta amostra. Os dados obtidos sugerem que a qualidade deste serviço de saúde pode ser monitorada pelo emprego periódico da escala SERQUAL.

Descritores: Procedimentos cirúrgicos cardíacos. Qualidade da assistência à saúde. Escalas. Indicadores de qualidade em assistência à saúde. Sistema Único de Saúde.

Abstract

Objective: To evaluate the service quality provided to heart surgery patients during their hospital stay, identifying the patient's expectations and perceptions. To associate service quality with: gender, age and the use of extracorporeal circulation.

Methods: We studied 82 elective heart surgery patients (52.4% females and 47.6% males), operated by midsternal thoracotomy, age: 31 to 83 years (60.4 ± 13.2 years); period: March to September 2006. Service quality was evaluated in two instances: the expectations at pre-operative and the perceptions of the service received on the 6th post-operative; through the application of the modified SERVQUAL scale (SERVQUAL-Card). The result was obtained by the

1. Doutora em Cirurgia pelo Programa de Pós-Graduação Bases Gerais da Cirurgia da FMB/UNESP; Professora Universitária do Curso de Fisioterapia da UNESP - Marília/SP e da Faculdade da Alta Paulista - Tupã/SP.
2. Doutor; Professor Universitário, Responsável pela Disciplina de Bioestatística, consultor da FAMEMA - Marília/SP e Docente UNESP - Marília/SP.
3. Livre Docente; Professor Adjunto responsável pela Disciplina de Cirurgia Cardiovascular do Departamento de Cirurgia e Ortopedia da FMB/UNESP.

Trabalho do Programa de Pós-Graduação Bases Gerais da Cirurgia da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP, Botucatu, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Juliana Bassalobre Carvalho Borges. Rua Venâncio de Souza, 422. CEP: 17514-072, Bairro Aeroporto, Marília, SP, Brasil.
E-mail: jubassalobre@ig.com.br

Artigo recebido em 9 de março de 2010
Artigo aprovado em 24 de maio de 2010

difference of the sum of the scores on perception minus those of the expectations, and through statistical analysis.

Results: The SERVQUAL-Card scale was statistically validated, showing adequate level of internal consistency. We found a higher frequency of myocardial revascularization 55 (67.0%); first heart surgery 72 (87.8%) and the use of ECC 69 (84.1%). We noticed high mean values for expectations and perceptions with significant results ($P<0.05$). We observed a significant relationship between the quality of service with: gender, in empathy ($P= 0.04$) and age, in reliability ($P = 0.02$). There was no significant association between ECC and quality of service.

Conclusion: Service quality was satisfactory. The patient demonstrated a high expectation to hospital medical service. Women present a higher perception of quality in empathy and younger people in reliability. The use of ECC is not related to service quality in this sample. The data obtained in this study suggest that the quality of this health service can be monitored through the periodical application of the SERVQUAL scale.

Descriptors: Cardiac surgical procedures. Quality of health care. Scales. Quality indicators, health care. Single health system.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a garantia do direito à saúde e a configuração de uma política de proteção social em saúde abrangente, nos princípios da universalidade, equidade e integralidade se configuraram muito recentemente, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Entende-se a Universalidade como um direito e não um serviço ao qual se tem acesso de uma contribuição ou pagamento de qualquer espécie. Por equidade não se deve entender igualdade, mas diz respeito a tratar desigualmente o desigual, atentando para as necessidades coletivas e individuais, procurando investir onde a iniquidade é maior. Por integralidade, a concepção de saúde, na organização de uma prática em saúde integral [1].

Assim o SUS, em suas instituições, busca modelos de gestão que privilegiam práticas de valor e humanização à sua clientela e otimizem seu próprio desempenho. Hospitais têm aperfeiçoado seus métodos de avaliação de desempenho junto ao cliente, a fim de corrigir as desconformidades dos serviços, com vista, a torná-los mais eficazes e eficientes [2,3].

A avaliação de um serviço de saúde está ligada ao consenso de produção social e implica à medida que ele atende o interesse do consumidor e da população. Nessa abordagem, o ponto relevante é a perspectiva do paciente, analisa-se a forma como ele avalia a percepção da atenção que ele recebe e se direciona a satisfazer suas necessidades e expectativas [4].

Assim, a qualidade de serviços no cuidado à saúde abrange a medida do que se espera receber, que é a expectativa, relacionada à percepção do serviço efetivamente recebido. O resultado dessa comparação gera satisfação ou insatisfação, confirmação ou negação das expectativas, determinando medida de qualidade pelo serviço. A maior insatisfação ocorre no paciente que possui uma expectativa exigente e recebe uma má assistência. A qualidade do serviço é identificada pela satisfação, que o

serviço recebido causou no paciente em decorrência do atendimento de suas expectativas e necessidades [4,5].

Ferraz [6] e Rigolin [7] salientaram que expectativas do paciente vão além de suas percepções ao processo de tratamento e se direcionam em alcançar uma recuperação com realização efetiva de suas diferentes atividades diárias.

Conhecer o paciente em sua universalidade, individualidade e contexto de saúde é a proposta da assistência de saúde que busca a satisfação do paciente e a qualidade nos processos de cuidados clínicos. A preocupação com a satisfação do paciente traz uma proposta de avanço no enfoque multidimensional da avaliação de qualidade, e o consenso de qualidade é usado para direcionar os esforços no sentido de atender ao paciente [7,8].

Parasuraman et al. [9-11] definiram a qualidade do serviço como uma função da discrepância entre as expectativas dos consumidores, sobre o serviço efetivamente prestado. Nesse modelo, apontaram lacunas ou “gaps” no processo de produção e venda do produto. A partir desses estudos, no enfoque da comparação do serviço percebido com o serviço esperado, desenvolveram um instrumento baseado na expectativa e na percepção do consumidor da qualidade de serviço, denominada escala SERVQUAL.

Esta escala é aplicada em diferentes setores, com resultados internacionais positivos [3,4,9-13]. A avaliação dos serviços de saúde por meio da escala SERVQUAL está bem documentada na literatura [3,4,12,13]. Para pacientes brasileiros, Brasil [14] avaliou a qualidade percebida em serviços hospitalares diferenciados e Hercos & Berezovsky [15] analisaram a qualidade do serviço oftalmológico prestado aos pacientes ambulatoriais do SUS, realizando a validação da escala utilizada e salientaram a importância de seu uso em outras áreas da saúde. Dias [16] avaliou a qualidade de serviço em consultórios médicos.

Considerando o exposto e a ausência de estudos centrados no paciente de cirurgia cardíaca, em relação à qualidade de serviço que recebe no hospital, justifica-se o desenvolvimento deste trabalho.

O objetivo deste estudo consistiu em avaliar a qualidade do serviço prestado aos pacientes de cirurgia cardíaca no pré e no pós-operatório recente (6º PO), em serviço do SUS, identificando as expectativas e percepções dos pacientes em relação aos serviços. Relacionar a qualidade de serviço na percepção dos pacientes com: gênero, faixa etária e uso de circulação extracorpórea.

MÉTODOS

Foi realizado estudo observacional descritivo e analítico em indivíduos que se submeteram à cirurgia cardíaca eletiva no SUS da Santa Casa de Misericórdia de Marília, no período de março a setembro de 2006.

O estudo foi aprovado por Comitê de Ética, Protocolo nº 056/05 (FAMEMA). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento.

Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos pacientes de ambos os gêneros, faixa etária entre 20 e 85 anos, com diagnóstico de coronariopatia ou valvopatia, submetidos à cirurgia cardíaca eletiva, com ou sem uso de circulação extracorpórea (CEC), operados por toracotomia médio-esternal (TME). Foram excluídos os pacientes submetidos a cirurgias de emergências, incapazes de responder ao questionário e os que evoluíram para ventilação mecânica superior a 24 horas e óbito.

Casuística

Foram estudados 82 pacientes, sendo 43 (52,4%) do gênero feminino e 39 (47,6%) do masculino; 55 (67%) pacientes tinham diagnóstico de coronariopatia e 27 (33%) de valvopatia, os quais foram divididos para fins deste estudo em três faixas etárias: 20 a 49 anos (18,3%), 50 a 69 anos (52,4% - classe de maior concentração de pacientes) e 70 a 85 anos (29,3%). A idade variou de 31 a 83 anos, com média de $60,4 \pm 13,2$ anos. O nível de instrução concentrou-se no ensino fundamental. Os pacientes entraram no estudo consecutivamente, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Procedimentos

Os pacientes foram avaliados por meio de um protocolo desenvolvido pela pesquisadora, de acordo com a literatura [16-18], constando: dados pessoais, diagnóstico, tipo de cirurgia, tipo de incisão, uso de CEC, realização de primeira cirurgia cardíaca ou reoperação, realização de fisioterapia e escala para avaliar a qualidade de serviço.

Para avaliação da qualidade do serviço percebida pelo paciente realizou-se revisão na literatura, chegando-se a um consenso de adaptação da escala SERVQUAL, conforme características específicas do ambiente desta pesquisa. Seguiu-se orientação dos autores da escala SERVQUAL

[9-11], que preconizam adaptação do instrumento e comprovação de sua efetividade, testando sua fidedignidade e validade. Utilizou-se também orientação de Hercos & Berezovsky [15], que em seus estudos adaptaram e validaram a escala SERVQUAL modificada para atendimento oftalmológico ambulatorial.

Tornou-se o vocabulário específico ao ambiente de estudo, acrescentou-se uma afirmativa para avaliação da qualidade do serviço no atendimento em cirurgia cardíaca, segundo modelo adaptado por Hercos & Berezovsky [15], obtendo-se a escala SERVQUAL-Card. No seguimento, essa versão da escala foi submetida à análise por juízes (seis especialistas), que trabalhavam com pessoas apresentando o problema em questão. Os juízes analisaram e discutiram cada um dos itens componentes do instrumento, principalmente a adaptação de frases, palavras, exemplos, expressões verbais e situações incluídas na escala para o contexto brasileiro e da pesquisa em foco, obtendo-se a versão a ser utilizada no pré-teste do instrumento.

Realizou-se o pré-teste da escala SERVQUAL-Card, aplicando-se o instrumento em 10 pacientes de cirurgia cardíaca eletiva do SUS, no pré-operatório e no 6º PO, anotando-se informações que originaram dúvidas aos respondentes e após análise das mesmas, realizaram-se as correções necessárias, sendo novamente submetidas aos juízes e após a concordância das modificações, foi escrita a versão para aplicação na pesquisa [18].

O instrumento final: escala adaptada para a cirurgia cardíaca (SERVQUAL-Card) constituiu-se de 23 itens, avaliados numa escala Likert de 7 pontos, na qual o número 1 corresponde à afirmativa “discordo totalmente” e o número 7 à afirmativa “concordo totalmente”. Estruturada nas 5 dimensões da escala original: tangibilidade, itens do 1 ao 4; confiabilidade, itens de 5 a 9; atendimento, itens de 10 a 13; segurança, itens de 14 a 17; empatia, itens de 18 a 22; com acréscimo do item 23, qualidade geral do serviço.

Para a validação da escala SERVQUAL-Card procedeu-se ao estudo da fidedignidade da mesma por meio do cálculo do alfa de Cronbach e a validade de constructo por meio da análise fatorial [2,19].

Os pacientes foram avaliados em dois momentos: pré-operatório (PRE) e 6º pós-operatório (6º PO), em cada momento foi aplicada a escala SERVQUAL-Card (Quadro 1). A aplicação da escala foi realizada pelo mesmo entrevistador nas duas avaliações, diretamente ao paciente, sem influência de terceiros. Houve um período prévio de conhecimento e treinamento.

No pré-operatório, aplicou-se a primeira parte da escala para avaliação das expectativas (E) em relação ao atendimento que gostariam de receber durante hospitalização. No 6º PO, foi solicitado aos pacientes que registrassem suas percepções (P) sobre o atendimento recebido durante o período de hospitalização.

Quadro 1. Escala SERVQUAL-Card: adaptada para cirurgia cardíaca

ITENS / DIMENSÕES	Atendimento ideal (PRE)							Atendimento recebido (6ºPO)						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
TANGIBILIDADE														
1. O hospital deve ter equipamentos conservados e modernos														
2. As instalações físicas do hospital devem ser visualmente bonitas e agradáveis														
3. A equipe ¹ do hospital deve ter aparência e trajes bem cuidados, de acordo com as características do ambiente de trabalho														
4. Os relatórios e demais documentos entregues ao paciente devem ser de fácil compreensão e visualmente atrativos														
CONFIABILIDADE														
5. O hospital deve realizar suas atividades na hora marcada														
6. O hospital deve demonstrar interesse sincero em resolver os problemas do paciente														
7. O hospital deve executar os serviços e procedimentos de forma correta da primeira vez, não ocasionando retrabalho														
8. O hospital deve prestar seus serviços no prazo de execução prometido														
9. O hospital deve apresentar relatórios, documentos e informações sobre o paciente sem erros														
ATENDIMENTO														
10. No hospital, a equipe deve informar aos pacientes com exatidão quando os serviços serão executados														
11. No hospital, a equipe deve atender prontamente seus pacientes														
12. No hospital, a equipe deve procurar ajudar seus pacientes														
13. No hospital, a equipe deve estar disponível para atender aos pedidos do paciente														
SEGURANÇA														
14. No hospital, o comportamento da equipe deve transmitir confiança aos pacientes														
15. Pacientes do hospital devem sentir-se seguros em utilizar os seus serviços														
16. No hospital, a equipe deve ser educada e cortês com os seus pacientes														
17. No hospital, a equipe deve ter conhecimento adequado para responder às perguntas dos pacientes														
EMPATIA														
18. No hospital, a equipe deve dar atenção individualizada ao paciente														
19. O hospital deve funcionar em horários adequados aos seus pacientes														
20. O hospital deve ter uma equipe que dê atenção pessoal aos seus pacientes														
21. O hospital deve priorizar os interesses do paciente														
22. No hospital, a equipe deve entender as necessidades específicas de seus pacientes														
QUALIDADE DO SERVIÇO														
23. No hospital, a qualidade geral do atendimento em cirurgia cardíaca deve ser satisfatória														

¹ Equipe = médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, auxiliares e funcionários administrativos

Ainda no 6º PO, aplicou-se conjuntamente um questionário de alocação de pontos para determinar a importância de cada uma das cinco dimensões. O paciente

dividiu 100 pontos entre as cinco dimensões originais: tangibilidade, confiabilidade, atendimento, segurança, empatia; demonstrando sua importância relativa (Quadro 2).

Quadro 2. Questionário de alocação de pontos

CARACTERÍSTICAS	PONTOS
1- A aparência das instalações físicas, do pessoal, dos materiais de comunicação e equipamentos do hospital	
2- A execução dos serviços de forma precisa, confiável e segura pelo hospital	
3- A ajuda aos pacientes e o pronto atendimento às suas necessidades pelo hospital	
4- O conhecimento, a cortesia e a confiabilidade transmitidos pela equipe (médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, nutricionistas e funcionários administrativos) aos pacientes do hospital	
5- A atenção individualizada aos pacientes pela equipe do hospital	
TOTAL	100

O resultado foi obtido pela diferença entre os valores do atendimento recebido (percepções) e os valores do atendimento ideal (expectativas), denominada *gap* [19]. As propriedades da escala foram avaliadas a partir da variável GAP, que neste estudo mede a qualidade do serviço oferecido por meio do SUS a pacientes de cirurgia cardíaca eletiva.

Para o cálculo do Escore de Satisfação (*Gapji*), utilizou-se a fórmula [20]:

(Equação 1)

Para análise dos resultados da qualidade percebida utilizaram-se os seguintes critérios [21]:

1. Expectativas < Percepção = qualidade percebida é boa, com um máximo de 6;

2. Expectativas = Percepção = qualidade percebida é aceitável; valor zero ou próximo de zero;

3. Expectativa > Percepção = qualidade percebida é pobre, com um mínimo de -6 (seis negativos)

As notas do desempenho percebido inferiores as das expectativas significarão um resultado negativo, mostrando que a qualidade percebida estará abaixo do esperado; ao contrário, indicarão que a qualidade percebida estará acima do esperado; e a nota zero será sinal de que a qualidade é satisfatória [15].

Análise dos dados

Para análise, os pacientes foram classificados segundo: gênero, faixa etária, tipo de cirurgia, primeira cirurgia cardíaca ou reoperação e uso de CEC.

As variáveis qualitativas foram apresentadas com seus valores relativos e absolutos e as variáveis quantitativas, por média e desvio padrão. Para a comparação entre os

escores médios da Expectativa (E) e Percepção (P), em cada item de cada dimensão original da escala SERVQUAL-Card foi utilizado o teste t pareado. Na comparação das dimensões originais e da importância atribuída pelos consultados, obtidos por meio da escala SERVQUAL-Card, utilizou-se o teste de Friedmann; para a comparação entre faixas etárias e as dimensões utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis. Para relacionar a qualidade de serviço na percepção dos pacientes com gênero e uso de circulação extracorpórea foi utilizado o teste de Mann-Whitney. O nível de significância adotado em todos os testes foi de 5%. Para a análise descritiva, testes de hipóteses, análise da fidedignidade e análise fatorial confirmatória foi utilizado o software estatístico SPSS 13.0 [22].

RESULTADOS e DISCUSSÃO

Os resultados obtidos para a validação da escala foram: o tamanho amostral mínimo, considerando-se um *effect size* de 1,5, foi estimado em $n=82$ indivíduos [19], levando-se em conta um nível de significância de 5%, um erro tipo II inicial de 20%, para um coeficiente de correlação paramétrico esperado mínimo $r=0,40$ (do tipo de Pearson), mantendo uma potência de 79,5% de probabilidade de rejeitar a hipótese nula quando esta é falsa [23].

O Alfa de Cronbach relativo a toda a escala foi de 0,965, com valores superiores a 0,700 para as cinco dimensões da escala original (tangibilidade, confiabilidade, atendimento, segurança e empatia) e superiores a 0,700 para todos os 23 itens, concordando com Hercos & Berezovsky [15] e atendendo os pressupostos teóricos estabelecidos neste estudo [2,19], demonstrando e confirmando a fidedignidade do instrumento.

Utilizou-se para a confirmação da validade do constructo a análise fatorial, obtendo-se os resultados a seguir. A matriz de correlação esteve dentro do esperado, com todas as correlações (em número de 231) com resultados significantes ($P<0,05$) e somente oito valores inferiores a 0,30, sendo os demais entre 0,30 e 0,70 e nenhum muito alto, sendo 17% das correlações superiores a 0,70, o que é considerado bom, concordando com Hercos & Berezovsky [15] e com os pressupostos teóricos adotados neste estudo [2,19]. A adequação da amostra para análise fatorial foi medida pelo teste Kaiser-Meyer-Olkin, obtendo-se a estatística $KMO=0,910$ (valor acima do mínimo recomendado na literatura utilizada de 0,50), com $P<0,001$ para o teste de Bartlett para esfericidade, demonstrando a adequação do uso da análise fatorial nesta amostra. Extraíndo-se os fatores, observou-se a predominância do primeiro fator, concordando com Babakus & Mangold [3], respondendo por 59,45% da variação total das categorias avaliadas para o GAP total; observou-se também carga fatorial superior a 0,50 para todos os itens, concordando com Hercos & Berezovsky [15] e

com o preconizado nesta pesquisa [2,19]. Portanto, verificou-se a confirmação da validade da escala SERVQUAL-Card, nesta amostra, para medir a percepção da qualidade do serviço por pacientes de cirurgia cardíaca eletiva do SUS.

A Tabela 1 demonstra as características gerais dos pacientes. Observou-se predominância do gênero feminino, faixa etária de 50 a 69 anos, coronariopatas que realizaram cirurgia cardíaca sem CEC. Todos os pacientes foram submetidos à TME e realizaram fisioterapia respiratória.

A idade variou de 31 a 83 anos, sendo a idade média de 60,4 anos, estando acima da idade média em estudos de pós-operatório de cirurgia cardíaca citados por Braga & Cruz [24], com 57,2 anos, e por Borges et al. [17], com 58,3 anos.

Os dias de internação foram considerados a partir do primeiro dia após a cirurgia cardíaca até o dia da alta hospitalar. Verificou-se um tempo médio de internação de 6,5 dias ($\pm 1,1$ dias), no entanto, a moda foi 6, mostrando que o maior número pacientes (78%) recebeu alta no 6º PO.

O nível de escolaridade concentrou-se no ensino fundamental (81,7%) e apenas um paciente no nível superior, esses resultados são semelhantes aos de outros pesquisadores, evidenciando o perfil dos usuários do SUS

Tabela 1. Características gerais dos pacientes e do procedimento cirúrgico, em 82 pacientes que realizaram cirurgia cardíaca eletiva no serviço de cirurgia cardíaca da Santa Casa de Misericórdia de Marília

Categoria	Frequência	%
Gênero		
Feminino	43	52,4
Masculino	39	47,6
Faixa Etária (anos)		
20 a 49	15	18,3
50 a 69	43	52,4
70 a 85	24	29,3
Tipo de cirurgia¹		
RM	55	67,0
CV	27	33,0
Cirurgia Cardíaca		
Primeira	72	87,8
Reoperação	10	12,2
CEC²		
SIM	69	84,1
NÃO	13	15,9
Tipo de incisão		
TME ³	82	100,0
Fisioterapia		
SIM	82	100,0

1- *Tipo de cirurgia: CV = cirurgia valvar; RM = revascularização do miocárdio; 2- CEC = circulação extracorpórea; 3- TME = toracotomia médio-esternal*

mais concentrados na faixa de baixa escolaridade [15,17].

Qualidade do serviço

Na Tabela 2, está apresentada de forma detalhada toda a visualização dos resultados da escala SERVQUAL-Card.

Observou-se que as expectativas médias da qualidade do serviço variaram entre 5,02 e 6,66 e a percepção do serviço recebido, foi de 5,43 a 6,89; demonstrando níveis altos de expectativas e percepções numa escala de sete pontos e quando comparados entre si estão próximos, mostrando uma discrepância ou *gaps* próximos de zero. Para Malhotra [2], esses resultados implicam na necessidade de planejamentos de serviços que sejam inovadores e ultrapassem a expectativa do paciente.

Em relação aos *gaps*, a variação negativa mostrada na Tabela 2 significa que o nível de expectativa foi superior à percepção. Isto ocorreu nos itens 4, 5, 9 e 10. Nos demais itens, os valores foram positivos, ou seja, o nível de percepção foi superior à expectativa dos pacientes.

Ainda na Tabela 2, verifica-se a relação entre escala total (resultado geral) e qualidade medida pelo item 23 com resultado não significante, ou seja, as medidas são similares, demonstrando concordância e comprovação da medida da qualidade do serviço pela escala SERVQUAL-Card, resultados também encontrados por Hercos & Berezovsky [15].

No resultado da escala total, verificou-se que o GAP 0,18 (próximo de zero) demonstrou equilíbrio entre expectativa do paciente ao serviço que iria receber, pontuada no pré-operatório, e percepção do serviço que recebeu durante a hospitalização; indicando qualidade adequada, segundo Slack et al. [21], que preconizaram em seus estudos que, quando ocorre igualdade entre expectativa e percepção, o serviço é considerado de qualidade adequada.

Quando se observaram os resultados da comparação entre expectativas e percepções para cada um dos itens da escala, verificou-se que para os itens 9, 10 e 20, os resultados são não-significantes e expressam uma qualidade de serviço aceitável, significando espaço para melhoria em informação e atenção ao paciente (Tabela 2).

Para os demais itens, as diferenças encontradas foram significativas. Nos itens 4, 5 e 8, obtiveram-se diferenças negativas, o que mostra expectativa da qualidade do serviço maior que a percepção do serviço recebido, ou seja, a qualidade percebida não satisfaz a expectativa do paciente em compreensão dos documentos recebidos e em pontualidade na realização do serviço. Os pacientes são de nível escolar médio/baixo e esperam ter entendimento dos relatórios e avisos do hospital. Portanto, é um indicador para a melhoria do serviço oferecido. Para os outros itens obtiveram-se diferenças positivas, indicando qualidade percebida no serviço prestado.

Tabela 2. Desempenho dos itens e dimensões, por meio de médias e desvios-padrão, dos escores Expectativa (E), Percepção (P), Gap = [P - E], comparação dos escores E e P por meio da estatística t e valor P, referentes a aplicação da escala SERVQUAL-Car junto aos 82 pacientes em estudo

Itens / Dimensões	E ²	dp ³	P ⁴	dp	Gap ⁵	dp	t
TANGIBILIDADE							
1. O hospital deve ter equipamentos conservados e modernos	5,87	0,60	6,15	0,42	0,28	0,48	-5,31*
2. As instalações físicas do hospital devem ser visualmente bonitas e agradáveis	5,73	0,50	5,95	0,63	0,22	0,63	-3,16*
3. A equipe ¹ do hospital deve ter aparência e trajes bem cuidados, de acordo com as características do ambiente de trabalho	5,80	0,76	6,11	0,50	0,30	0,58	-4,75*
4. Os relatórios e demais documentos entregues ao paciente devem ser de fácil compreensão e visualmente atrativos	6,30	0,86	5,84	0,58	-0,46	0,91	4,64*
MÉDIA TANGIBILIDADE	5,93				6,01		
CONFIABILIDADE							
5. O hospital deve realizar suas atividades na hora marcada	6,50	0,89	6,10	0,64	-0,40	0,94	3,87*
6. O hospital deve demonstrar interesse sincero em resolver os problemas do paciente	6,02	0,67	6,27	0,47	0,24	0,58	-3,82*
7. O hospital deve executar os serviços e procedimentos de forma correta da primeira vez, não ocasionando retrabalho	5,76	0,68	6,01	0,62	0,26	0,78	-2,96*
8. O hospital deve prestar seus serviços no prazo de execução prometido	6,29	0,87	6,01	0,56	-0,28	0,86	2,94*
9. O hospital deve apresentar relatórios, documentos e informações sobre o paciente sem erros	6,45	0,67	6,51	0,59	0,06	0,45	-1,22 ^{ns}
MÉDIA CONFIABILIDADE	6,20				6,18		-0,02
ATENDIMENTO							
10. No hospital, a equipe deve informar aos pacientes com exatidão quando os serviços serão executados	6,10	0,94	6,00	0,47	-0,10	0,90	0,99 ^{ns}
11. No hospital, a equipe deve atender prontamente seus pacientes	5,78	0,82	6,04	0,55	0,26	0,78	-2,96*
12. No hospital, a equipe deve procurar ajudar seus pacientes	5,79	0,90	6,07	0,56	0,28	0,81	-3,15*
13. No hospital, a equipe deve estar disponível para atender aos pedidos do paciente	5,00	0,67	5,55	0,79	0,55	0,74	-6,72*
MÉDIA ATENDIMENTO	5,67				5,91		0,25
SEGURANÇA							
14. No hospital, o comportamento da equipe deve transmitir confiança aos pacientes	6,39	1,13	6,76	0,56	0,37	0,76	-4,35*
15. Pacientes do hospital devem sentir-se seguros em utilizar os seus serviços	6,56	1,09	6,89	0,32	0,33	0,85	-3,52*
16. No hospital, a equipe deve ser educada e cortês com os seus pacientes	6,66	0,77	6,84	0,37	0,18	0,57	-2,91*
17. No hospital, a equipe deve ter conhecimento adequado para responder às perguntas dos pacientes	6,16	0,66	6,79	0,46	0,63	0,73	-7,88*
MÉDIA SEGURANÇA	6,44				6,82		0,38
EMPATIA							
18. No hospital, a equipe deve dar atenção individualizada ao paciente	5,02	0,65	5,43	0,67	0,40	0,73	-4,96*
19. O hospital deve funcionar em horários adequados aos seus pacientes	5,34	0,79	5,57	0,77	0,23	0,67	-3,12*
20. O hospital deve ter uma equipe que dê atenção pessoal aos seus pacientes	5,84	0,87	5,93	0,60	0,09	0,74	-1,04 ^{ns}
21. O hospital deve priorizar os interesses do paciente	5,33	0,65	5,56	0,80	0,23	0,63	-3,31*
22. No hospital, a equipe deve entender as necessidades específicas de seus pacientes	5,74	0,61	5,90	0,54	0,16	0,43	-3,34*
MÉDIA EMPATIA	5,45				5,68		0,22
QUALIDADE DO SERVIÇO: 23. No hospital, a qualidade geral do atendimento em cirurgia cardíaca deve ser satisfatória							
MÉDIA DA ESCALA SERVQUAL-Card	6,85	0,39	6,99	0,11	0,13	0,41	-2,97*
							0,18
							0,54

RESULTADO GERAL - CONTRASTE: SERVQUAL-Car X QUALIDADE DO SERVIÇO (ITEM 23)

ITEM	MÉDIA	DP	Teste t
SERVQUAL-Card (ESCALA TOTAL)	0,18	0,54	1,18 ^{ns}
QUALIDADE DO SERVIÇO (ITEM 23)	0,13	0,41	

* Para esses itens $P < 0,05$; NS = para esses itens $P > 0,05$.

1- Equipe = médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, auxiliares e funcionários administrativos.

2- E = Expectativa; 3- dp = desvio padrão; 4- P = percepção; 5- Gap = percepção - expectativa

Na Tabela 3, estão resumidos itens para expectativa e percepção, em ordem crescente de valores, divididos em faixas: 25% inferiores e 25% superiores, visando à análise dos valores extremos.

Na análise das expectativas observando-se extremos superiores (25%) e inferiores (25%), os escores superiores foram de 6,30 a 6,66 e os inferiores variaram de 5,00 a 5,74. O significado do indicador mais alto (item 16) referiu-se à relação interpessoal, significando alta expectativa do paciente na relação com a equipe profissional em cordialidade e simpatia. O significado do indicador mais baixo (item 13) referiu-se a disponibilidade da equipe de profissionais em atender aos pedidos do paciente, significando uma clientela não exigente a essa particularidade. Relacionando e comparando esses dois extremos, observou-se neste estudo que o paciente de cirurgia cardíaca demonstrou uma expectativa alta no que espera receber da equipe de profissionais em simpatia e cordialidade, mas essa relação não é necessariamente de disponibilidade a tudo que ele deseja.

Essa evidência concordou com Kurki & Laitila [25] e Sant'Anna [26] ao defenderem que o paciente no hospital

organiza a relação social com a equipe de profissionais, transformando-a em seu foco de conforto e segurança; também, Eagleton & Goldman [27] observaram que o paciente tem necessidade de ser visto dentro de um contexto de família para ser reconhecido como uma identidade.

É relevante observar que a expectativa com o aspecto relacional não chega a ser aquela de exigência baseada em “caprichos”, concordando com Willians et al. [28] ao relatar que pacientes não querem causar problemas nem serem considerados difíceis.

Quanto às percepções do serviço recebido, análise dos valores extremos superiores (25%) revelam escores variando de 6,27 a 6,89 e escores dos extremos inferiores (25%) variaram de 5,43 a 5,90. O significado do indicador mais alto (item 15) revelou que o serviço é seguro, significando que o paciente percebeu segurança no serviço da instituição. O significado do indicador mais baixo (item 18) referiu-se à atenção individualizada ao paciente, significando que o paciente não percebeu a atenção aos cuidados individuais que deseja receber. Relacionando esses dois indicadores, observou-se no presente estudo que o paciente de cirurgia cardíaca teve uma percepção

Tabela 3. Desempenho dos itens referentes às Expectativas e Percepções em função do escore médio dos extremos inferiores e superiores dos 82 pacientes em estudo

ITENS SERVQUALCard	EXPECTATIVAS	PERCEPÇÕES	Escore médio
13. No hospital, a equipe deve estar disponível para atender aos pedidos do paciente			5,00
18. No hospital, a equipe deve dar atenção individualizada ao paciente			5,02
21. O hospital deve priorizar os interesses do paciente			5,33
19. O hospital deve funcionar em horários adequados aos seus pacientes			5,34
2. As instalações físicas do hospital devem ser visualmente bonitas e agradáveis			5,73
22. No hospital, a equipe deve entender as necessidades específicas de seus pacientes			5,74
4. Os relatórios e demais documentos entregues ao paciente devem ser de fácil compreensão e visualmente atrativos			6,30
14. No hospital, o comportamento da equipe deve transmitir confiança aos pacientes			6,39
9. O hospital deve apresentar relatórios, documentos e informações sobre o paciente sem erros			6,45
5. O hospital deve realizar suas atividades na hora marcada			6,50
15. Pacientes do hospital devem sentir-se seguros em utilizar os seus serviços			6,56
16. No hospital, a equipe deve ser educada e cortês com os seus pacientes			6,66
PERCEPÇÕES			
18. No hospital, a equipe deve dar atenção individualizada ao paciente			5,43
13. No hospital, a equipe deve estar disponível para atender aos pedidos do paciente			5,55
21. O hospital deve priorizar os interesses do paciente			5,56
19. O hospital deve funcionar em horários adequados aos seus pacientes			5,57
4. Os relatórios e demais documentos entregues ao paciente devem ser de fácil compreensão e visualmente atrativos			5,84
22. No hospital, a equipe deve entender as necessidades específicas de seus pacientes			5,90
6. O hospital deve demonstrar interesse sincero em resolver os problemas do paciente			6,27
9. O hospital deve apresentar relatórios, documentos e informações sobre o paciente sem erros			6,51
14. No hospital, o comportamento da equipe deve transmitir confiança aos pacientes			6,76
17. No hospital, a equipe deve ter conhecimento adequado para responder às perguntas dos pacientes			6,79
16. No hospital, a equipe deve ser educada e cortês com os seus pacientes			6,84
15. Pacientes do hospital devem sentir-se seguros em utilizar os seus serviços			6,89

alta na segurança ao utilizar o serviço no hospital e uma percepção baixa na atenção individual da equipe de trabalho.

A análise do desempenho dos atributos referentes a $Gap = P - E$, em função dos valores extremos, revelam que escores superiores (25%) variaram de 0,30 a 0,63 e nos escores inferiores (25%) de -0,46 a 0,09. O significado do indicador para a Gap mais alta (item 17) referiu-se ao conhecimento adequado para esclarecer as dúvidas do paciente e o indicador da menor Gap (item 4) ao aspecto material-visual do atendimento. Isto significou que a maior Gap mostrou uma expectativa alta para esclarecimentos que não está sendo satisfeita. A menor Gap demonstrou que a expectativa nesse item é superior ao serviço recebido.

A relação dessas Gaps indicou que o paciente de cirurgia cardíaca tem uma expectativa alta ao esclarecimento de suas dúvidas, concordando com Nogueira [29], ao salientar que a comunicação adequada estimula mudanças de atitude e comportamento no paciente, facilitando o alcance dos objetivos da assistência.

Ficou evidente que expectativas dos pacientes direcionaram-se no desejo de receber informações adequadas e necessárias para alcançarem a realização efetiva de suas atividades, concordando com as

observações de Kong et al. [30] e também com Craft [31], quando observou que os pacientes com baixo nível de escolaridade têm alta expectativa em relação à informação e educação para a saúde.

Na Tabela 4, estão apresentados os resumos dos achados relativos aos Gaps e dos indicadores de qualidade da escala SERVQUAL-Car.

Na análise dos indicadores, obteve-se diferença significativa e observou-se que o indicador prioritário foi de segurança (0,38), seguida de atendimento (0,25), empatia (0,22), tangibilidade (0,09) e confiabilidade (-0,02), não havendo diferença significativa entre atendimento e empatia. Com esses resultados, pode-se inferir que o paciente de cirurgia cardíaca centraliza sua satisfação ao aspecto de segurança que recebe no hospital. Por outro lado, os aspectos estruturais, tangibilidade e confiabilidade não foram relevantes para esses pacientes, concordando com Dias [16].

A Tabela 5 mostra a importância atribuída pelos pacientes aos indicadores. A confiabilidade foi considerada de maior importância seguida de segurança, atendimento, empatia e tangibilidade. Não se observou diferença significativa entre empatia e tangibilidade.

Tabela 4. Caracterização dos 82 pacientes que realizaram cirurgia cardíaca eletiva no serviço de cirurgia cardíaca da Santa Casa de Misericórdia de Marília, segundo os indicadores da qualidade de serviço, obtidos por meio da escala SERVQUAL-Car

Indicador da qualidade de serviço / Dimensão	Média	dp ¹
Gap relativo ao indicador Segurança	0,38	0,62
Gap relativo ao indicador Atendimento	0,25	0,68
Gap relativo ao indicador Empatia	0,22	0,50
Gap relativo ao indicador Tangibilidade	0,09	0,50
Gap relativo ao indicador Confiabilidade	-0,02	0,63
Resultado da comparação entre os indicadores segundo a importância:		
Teste de Friedman: $P < 0,05$ Comentários: C < T < A = E < S		
Gap relativo à escala SERVQUAL-Car.	0,18	0,54
Gap relativo ao indicador Serviço-Qualidade Geral (Item 23)	0,13	0,41

1- dp = desvio padrão

Tabela 5. Caracterização dos 82 pacientes que realizaram cirurgia cardíaca eletiva no serviço de cirurgia cardíaca da Santa Casa de Misericórdia de Marília, segundo a importância atribuída aos indicadores da qualidade do serviço

Dimensão da qualidade de serviço	Média	DP ¹
Confiabilidade	29,88	4,97
Segurança	26,83	4,55
Atendimento	18,72	4,83
Empatia	12,93	4,30
Tangibilidade	12,01	4,00
Resultado da comparação entre os indicadores segundo a importância:		
Teste de Friedman: $P < 0,05$ Comentários: T = E < A < S < C		
1- DP = desvio padrão		

Relação entre a percepção da qualidade do serviço e os subgrupos (gênero, CEC e faixa etária, nos momentos do Pré e do 6PO)

Ao relacionar a qualidade de serviço com os subgrupos gênero, faixa etária e uso de CEC, observou-se quanto ao gênero, relação significante somente para o indicador de qualidade empatia ($P=0,04$), onde as mulheres apresentaram maior percepção do que os homens. Nos demais subgrupos, as comparações foram não significantes.

Comparando faixa etária com a escala SERVQUAL-Card, observou-se relação significativa no indicador de qualidade confiabilidade ($P=0,02$); os pacientes de 20 a 49 anos têm maior percepção em confiabilidade, enquanto os de 50 a 69 anos apresentaram a menor percepção. Nas demais dimensões, a diferença não foi significativa.

Em relação à utilização de CEC, não se observou resultado significante nesta amostra. A CEC não interferiu nas percepções.

CONCLUSÕES

Na relação da expectativa e serviço recebido, o paciente de cirurgia cardíaca tem uma expectativa alta quanto ao serviço médico-hospitalar.

A qualidade dos serviços prestados aos pacientes de cirurgia cardíaca e percebidos pelos pacientes em nossos estudos foi satisfatória.

O paciente de cirurgia cardíaca dá importância à dimensão de segurança no atendimento hospitalar, não sendo relevantes aspectos estruturais de tangibilidade e confiabilidade.

O paciente de cirurgia cardíaca demonstra uma expectativa alta no que espera receber da equipe de profissionais em simpatia, cordialidade e orientação ao seu estado de saúde, mas a percepção a esses serviços resultou em insatisfação.

As mulheres apresentam maior percepção da qualidade do serviço na dimensão da empatia.

Os pacientes mais jovens apresentam maior percepção da qualidade do serviço na dimensão confiabilidade.

A CEC não se relacionou com a percepção dos pacientes quanto à qualidade do serviço.

Os dados obtidos neste estudo sugerem que a qualidade deste serviço de saúde pode ser monitorada por meio do emprego periódico da escala SERQUAL, permitindo monitorar as respostas a esse serviço da saúde.

AGRADECIMENTO

À equipe de cirurgia cardíaca da Santa Casa de Marília, em especial ao Dr. Penna, pela confiança e oportunidade no desenvolvimento deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Matta GC. Políticas de saúde. Organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro:EPSJV/Fiocruz;2007. p.29-30.
2. Malhotra NK. Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada. 4^a ed. Porto Alegre: Bookman;2006. p.720.
3. Babakus E, Mangold WG. Adapting the ServQual scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Serv Res*. 1992;26(6):767-86.
4. Rodríguez-Cuellar E, Ruiz-López P, Alcalde-Escribano J, Landa-García I, Villeta-Plaza R, Jaurrieta-Mas E. Satisfacción del paciente tras el tratamiento quirúrgico del cáncer colorretal. *Cir Esp*. 2004;76(4):237-44.
5. Donabedian A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? *Am J Public Health*. 1981;71(4):409-12.
6. Ferraz MB. Tradução para o português e validação do questionário para avaliar a capacidade funcional “Stanford Health Assessment Questionnaire” [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina;1990. 80p.
7. Rigolin VOS. Avaliação clínico-funcional de idosos hospitalizados [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina;2001.
8. Schraiber LB. No encontro da técnica e com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. 1997;1(1):123-38.
9. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *J Marketing*. 1985;49:41-50.
10. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LA. ServQual: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retailing*. 1988;64(1):12-40.
11. Parasuraman A, Berry LA, Zeithaml VA. Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. *J Retailing*. 1991;67(4):420-50.
12. Prieto Rodriguez MA, March Cerda JC, López Fernandez LA. The quality perceived by the users of health centers and by private insurance companies. *Aten Primaria*. 1999;24(5):259-66.
13. Cho WH, Lee H, Kim C, Lee S, Choi KS. The impact of visit frequency on the relationship between service quality and outpatient satisfaction: a South Korean Study. *Health Serv Res*. 2004;39(1):13-33.
14. Brasil VS. Análise da qualidade percebida em serviços hospitalares diferenciados [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul;2002.

15. Hercos BVS, Berezovsky A. Qualidade do serviço oftalmológico prestado aos pacientes ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SUS. Arq Bras Oftalmol. 2006;69(2):213-9.
16. Dias FH. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde (consultórios médicos). Pesquisa Quantitativa M.K.T. In: V Semead, 2001. [citado 2006 Jul 21] Disponível em: URL: <http://www.eadfea.usp.br/Semead/5semead/Mkt.htm>
17. Borges JBC, Ferreira DLMP, Carvalho SMR, Martins AS, Andrade RR, Silva MAM. Avaliação da intensidade de dor e da funcionalidade no pós-operatório recente de cirurgia cardíaca. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2006;21(4):393-402.
18. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Rev Psiq Clin. 1998;25(5):206-13.
19. Hair JF, Tatham RL, Anderson, RE, Black W. Multivariate data analysis. 5th ed. New Jersey:Prentice-Hall;1998.
20. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research. J Marketing. 1994;58(1):111-24.
21. Slack N, Johnston R, Chambers S. Administração da produção. São Paulo:Atlas;1997.
22. Norusis MJ. SPSS 13.0: Guide to Data Analysis. Upper Saddle River:Prentice-Hall;2005.
23. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman RB. Designing clinical research: an epidemiologic approach. 2nd ed. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins;2001.
24. Braga CG, Cruz DALM. Resposta psicossocial de impotência em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Rev Esc Enferm USP. 2003;37(1):26-35.
25. Kurki PA, Laitila AH. Good nursing practice as perceived by clients: a starting point for the development of professional nursing. J Adv Nurs. 1992;17(10):1195-9.
26. Sant'Anna DB. Pacientes e passageiros. Interface - Comunic, Saúde, Educ. 2000;4(6):11-20.
27. Eagleton BB, Goldman L. The quality connection satisfaction of patients and their families. Crit Care Nurse. 1997;17(6):76-80.
28. Williams S, Weinman J, Dale J, Newman S. Patient expectations: what do primary care patients want from the gp and how far does meeting expectations affect patient satisfaction. Fam Pract. 1995;12(2):193-201.
29. Nogueira N. Em que medida a comunicação afeta a percepção da qualidade nos serviços de saúde? Comunicação e Saúde. 2004;1(1). [citado 2006, Jul 21] Disponível em: URL: <http://www.comunicasaude.com.br/rev1artigoneisonnogueira.htm>
30. Kong KH, Kevorkian CG, Rossi CD. Functional outcomes of patients on a rehabilitation unit after open heart surgery. J Cardiopulm Rehabil. 1996;16(6):413-8.
31. Craft M. Patients expectations and satisfaction. Nurs Times. 1991;87(14):51.