

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL
INOVAÇÃO NO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE**

Luiz Fernando Machado

**QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO AOS PACIENTES DE
CIRURGIA CARDÍACA**

São Caetano do Sul

2021

LUIZ FERNANDO MACHADO

**QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO AOS PACIENTES DE
CIRURGIA CARDÍACA**

**Trabalho Final de Curso apresentado
ao Programa de Pós-graduação
Mestrado Profissional Inovação no
Ensino Superior em Saúde da
Universidade Municipal de São
Caetano do Sul como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre
em Ensino em Saúde.**

**Área de concentração: Inovações
Educacionais em Saúde Orientada
pela Integralidade do Cuidado.**

Orientador: Prof. Dr. Daniel Leite Portella

São Caetano do Sul

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Universidade Municipal de São Caetano do Sul. Pró-Reitoria de Pós-graduação e Pesquisa.

Dissertação: qualidade do serviço prestado aos pacientes de cirurgia cardíaca Hospital Angelina Caron – Campina grande do Sul - PR / Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde; Luiz Fernando Machado. São Caetano do Sul: USCS, 2021.

58 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Leite Portella

1. Normalização da documentação. 2. Trabalho final de mestrado profissional. 3. Dissertação. 4. Documentos (elaboração). 5. Documentos eletrônicos. I. Machado, Luiz Fernando. II. Qualidade do serviço prestado aos pacientes de cirurgia cardíaca – Hospital Angelina Caron – Campina Grande do Sul - PR.

Reitor da Universidade Municipal de São Caetano do Sul

Prof. Dr. Leandro Campi Prearo

Pró-reitora de Pós-graduação e Pesquisa

Profa. Dra. Maria do Carmo Romeiro

**Gestor do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Inovação no
Ensino Superior em Saúde**

Prof. Dr. Carlos Alexandre Felício Brito

Trabalho Final de Curso defendido e aprovado em 08/06/2021 pela Banca Examinadora constituída pelos(as) professores(as):

Prof. Dr. Daniel Leite Portella – Universidade Municipal de São Caetano do Sul

Profa. Dra. Amanda Costa Araujo - Universidade Municipal de São Caetano do Sul

Prof. Dr. Marco Aurelio Marangoni – Centro Integrado Campo Mourão

DEDICATÓRIA

Heloisa, minha querida e amada esposa que me reinventou para a vida

Luiz Henrique, meu querido e amado filho, perseverante

Fernanda Cristina, minha querida e amada filha, incentivadora

Renata, minha querida e amada nora, motivadora

Bruno, meu querido e amado genro-afilhado, corajoso

Luiz Gustavo, meu querido e amado enteado, companheiro

AGRADECIMENTOS

Prof . Dr. Daniel Leite Portella, meu orientador

Dr. Henrique Ventura

Jociane do Rocio Santos Alves, minha secretária

Luciene Yuri Fujii

Aos meus familiares Hospital Angelina Caron

Centro Universitário Integrado

EPÍGRAFE

“Sem esperança você não encontrará o inesperado.”
(Heráclito)

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a qualidade do serviço prestado com relação às expectativas e percepções aos pacientes que serão submetidos à Cirurgia Cardíaca durante o período de internamento hospitalar, no Serviço de Cirurgia Cardíaca no Hospital Angelina Caron, com relação às expectativas e percepções. **MÉTODOS:** Foram recrutados 30 pacientes acima de 14 anos, operados por um mesmo cirurgião, em uma mesma equipe, por abordagem tradicional (esternotomia mediana, uso de circulação extracorpórea), com utilização de escala SERQUALCard no período de pré e pós-operatório. **RESULTADOS:** Identificou-se valorização do recurso humano no período pós-operatório comparado ao período pré-operatório, com melhor pontuação em todos os domínios. Empatia e atendimento apresentaram as diferenças mais significativas, atingindo valores 4 e 5 no pós-operatório em proporção mais elevada em relação aos valores 2, 3, 4 e 5 observados no pré-operatório.

CONCLUSÃO: Conclui-se que a integralidade e individualidade do atendimento ao paciente se faz importante para uma melhor relação médico-paciente.

Palavras-chave: Cardiologia; Currículo em saúde; Ensino; Qualidade de serviço.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate the quality of the service provided to patients who will undergo Cardiac Surgery during the hospitalization period, at the Cardiac Surgery Service at Hospital Angelina Caron, regarding expectations and perceptions.

METHODS: Thirty patients over 14 years of age, operated by the same surgeon, in the same team, using the traditional approach (median sternotomy, use of cardiopulmonary bypass) were studied, using the SERQUALCard scale in the preoperative and postoperative period. **RESULTS:** It was identified an appreciation of the human resource in the postoperative period compared to the preoperative period, with better scores in all domains. Empathy and care showed the most significant differences, reaching values 4 and 5 in the postoperative period in higher proportion compared to values 2, 3, 4 and 5 observed in the preoperative period.

CONCLUSION: It is concluded that the integrality and individuality of patient care is important for a better doctor-patient relationship.

Keywords: Cardiology; Quality of service; Teaching; Resume in health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Análise descritiva da amostra através dos valores absolutos e frequências das variáveis sociodemográficas.....	25
Tabela 2: Frequência absoluta e percentuais atribuídos aos itens e comparação entre os itens nos períodos pré-operatório e pós-operatório.....	30

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Empatia e atendimento no pós-operatório: diferenças significantes.....	26
Gráfico 2: TANGIBILIDADE: instalações físicas do hospital devem ser visualmente bonitas e agradáveis.....	26
Gráfico 3: CONFIABILIDADE: hospital deve realizar suas atividades na hora marcada.....	27
Gráfico 4: ATENDIMENTO: no hospital a equipe deve atender prontamente seus pacientes.....	27
Gráfico 5: SEGURANÇA: pacientes do hospital devem sentir-se seguros em utilizarseus serviços.....	27
Gráfico 6: SEGURANÇA: no hospital, a equipe deve ser educada e cortês com seus pacientes.....	28
Gráfico 7: EMPATIA: no hospital, a equipe deve dar atenção individualizada ao paciente.....	28
Gráfico 8: TANGIBILIDADE: o hospital deve ter equipamentos conservados e modernos.....	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS – Sistema Único de Saúde

DCNs – Diretrizes Curriculares Nacionais

PSF – Programa de saúde da família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
3 MÉTODOS	22
3.1 Amostra e Tipo de Estudo	22
3.2 Delineamento do estudo	22
3.3 Critérios de Inclusão e exclusão	22
3.4 Técnicas e Procedimentos.....	23
3.5 Análise de Dados.....	24
4 RESULTADOS.....	25
5 DISCUSSÃO	36
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
7 PRODUTO	40
REFERÊNCIAS.....	42
ANEXOS	45
APÊNDICE A	47

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são as que mais matam no Brasil e no mundo. Dados de 2017 mostram mais de 169 mil óbitos no Brasil com prevalência para síndrome coronariana aguda (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

As doenças cardiovasculares são mais comuns em indivíduos idosos, com histórico familiar e com comorbidades tais como sedentarismo, diabetes, hipertensão arterial, tabagismo, dieta alimentar inadequada e falta de atividades físicas regulares. Entretanto, não significa que pessoas mais jovens sem histórico familiar e comorbidades não possam apresentar essas patologias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

As doenças cardiovasculares mais comuns são as insuficiências coronarianas, seguidas de doenças valvares (valvas mitral e aórtica, com ênfase para doenças reumáticas) e congênitas (doenças com hiperfluxo pulmonar).

No Brasil, o direito e o acesso à saúde estão assegurados para os cidadãos brasileiros ou em território brasileiro pela constituição de 1998 e pela instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS corresponde a aproximadamente 80% dos atendimentos prestados aos pacientes com doenças cardiovasculares, sejam eles clínicos ou que necessitem tratamento intervencionista, tais como cateterismos cardíacos e sua abordagem terapêutica, e àqueles que necessitem de cirurgias cardiovasculares. O restante corresponde à rede privada e aos atendimentos particulares, que hoje estão em número cada vez menor (GOMES, MENDONÇA e BRAILE, 2008).

Como a maior parte dos pacientes é proveniente do SUS, o atendimento ocorre primariamente em unidades ambulatoriais, hospitalares ou em consultórios particulares, se as condições socioeconômicas permitirem. Tão logo o atendimento inicial demonstre necessidade de atendimento especializado em Cardiologia, o paciente é encaminhado ao serviço referido neste trabalho e o procedimento da investigação continuado. Nesse sentido, os serviços prestados pela atenção especializada servem de referência para um conjunto de Unidades de Atenção Básica (UBS), bem como individualmente aos médicos, e disponibiliza atendimento mediante encaminhamento.

Assim sendo, o acesso ao serviço ora referendado e motivo do estudo neste trabalho, é baseado em protocolos definidos para atendimento de pacientes de alta

complexidade em Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular.

Ao ser recebido no serviço o paciente é acolhido pela secretária, direcionado para primeiro atendimento com Médico Residente do Hospital, realização de exames complementares, internamento hospitalar e procedimento intervencionista, cateterismo cardíaco. Uma vez confirmada a necessidade de Cirurgia Cardiovascular, o paciente é atendido pela equipe cirúrgica e toda a abordagem é iniciada.

Fatores humanos e organizacionais têm um significativo impacto em determinar o sucesso de um tratamento médico; os dados precisam ser interpretados, além da competência individual.

A realização de um tratamento médico complexo, que inclui a cirurgia cardiovascular, só é possível com suporte organizacional adequado. Os resultados transcendem a habilidade operatória. Além da competência técnica, o sucesso de uma operação depende do estágio evolutivo da doença, preparação adequada e detalhada para cirurgia, anestesia especializada, cuidados intensivos pós-operatórios adequados, equipamentos indispensáveis e em bom estado de funcionamento, disponibilidade de pessoal treinado, laboratórios capazes de realizar exames com rapidez e precisão, banco de sangue com competência.

A maioria das cirurgias cardiovasculares tem a capacidade de mudar a história natural da doença em evolução, revertendo ou melhorando os defeitos que estão colocando em risco a vida do paciente, melhorando a qualidade e a quantidade de vida (GOMES et al., 2008).

Fatores socioeconômicos, nível educacional e outros também afetam resultados de tratamento de doenças cardiovasculares, especificamente as Cirurgias Cardiovasculares.

Além disso, os resultados de uma intervenção cardiovascular são dependentes de complexa interação entre destreza técnica da equipe e aspectos organizacionais que permitam uma abordagem conjunta do problema.

A avaliação de um serviço de saúde e, no caso do presente trabalho, a avaliação específica de um serviço de Cirurgia Cardiovascular, está ligada ao consenso de produção social e implica no interesse do consumidor e da população no tangente à perspectiva do que espera receber e no que efetivamente recebeu, ou seja, percepção (BORGES et al., 2010).

A perspectiva é a expectativa e, quando relacionada à percepção, avalia a satisfação ou insatisfação do paciente quanto ao atendimento (RODRÍGUEZ-

CUÉLLAR et al., 2004).

Há uma grande escassez ou praticamente ausência de trabalhos que avaliam a qualidade dos serviços prestados ao paciente de cirurgia cardiovascular em âmbito mais amplo que não somente a parte técnica propriamente dita, motivo pelo qual justifica-se tal procedimento.

Um deles foi desenvolvido por Borges e cols, em 2006, chamado tabela *SERVQUALCard*, modificada e adaptada da tabela originalmente desenvolvida por Parasuraman e cols, em 1985. Através desse questionário é possível verificar a qualidade do serviço específico cardiológico.

Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo principal avaliar os pacientes que serão submetidos à Cirurgia Cardiovascular em relação as expectativas no pré e pós-operatório.

Objetivo geral:

- Avaliar a qualidade do serviço de Cirurgia Cardíaca Dr. Luiz Fernando Machado, no Hospital Angelina Caron.

Objetivo específico:

- Verificar qual item do serviço de Cirurgia Cardíaca tem maior associação coma avaliação final do serviço;
- Verificar a aplicabilidade do instrumento de avaliação.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A preocupação e o cuidado com o preparo dos profissionais que cuidam da saúde é uma constante. Em tempos remotos, cargos como pajé das tribos indígenas exigiam preparo adequado para essa arte de curar, com orientação dos mais experientes e o prático da comunidade (BOTTI et al., 2008).

Os primeiros passos para as faculdades de medicina foram dados na Idade Média, com iniciação na Escola de Salerno (cidade dos monges), na Itália, começando nos mosteiros com tradições beneditinas e numa associação entre ensino médico e hospitais da Igreja. Para lá passaram a migrar estudantes de todas as partes do mundo, incentivados pelos preceitos do “*Regimen Sanitatis Salernitanum*”, baseado em Galeno e Hipócrates, segundo descreve Muñoz, 2017. Em 1075, os estudantes aprovados nesta instituição passaram a receber licença para o exercício da medicina.

Já nos séculos XII e XIII surgiram as Universidades, inicialmente entendidas como corporação de alunos e professores e depois como instituição. Mais uma vez, nota-se a participação da Igreja, fazendo das universidades uma extensão dos colégios episcopais, em cujo corpo docente era permitida somente a presença de professores e integrantes da Igreja, como relata Muñoz. Surgiram assim, as Universidades de Bolonha, Paris, Cambridge, Pádua, Nápoles, Toulouse.

Com o período renascentista, em que o homem passou a ser o centro do universo, os estudos em anatomia evoluíram muito e o hospital passou a ser o centro da prática, ensino e aprendizagem dos alunos (BATISTA, 2005). Iniciou-se o modelo da ciência médica moderna, criou-se o modelo anátomo clínico, com a introdução das disciplinas laboratoriais a anatomia patológica (GUIMARÃES, 2009).

Entretanto, um grave problema ocorria: não havia uma sequência lógica e axiológica. As disciplinas eram cursadas de maneira desordenada e não havia um tempo definido para a formação dos profissionais da saúde (GUIMARÃES, 2009).

A faculdade de medicina da Universidade Johns Hopkins teve uma importância fundamental no estabelecimento de normativas e orientações, ao estabelecer um período de quatro anos para a formação médica.

Foi criado, no início do século XX, pela *American Medical Association*, um conselho de educação médica para avaliação das escolas médicas dos Estados Unidos da América. Começava uma nova era no ensino médico na América do Norte

que, mais tarde, influenciaria o ensino médico no mundo inteiro, incluindo o Brasil.

O modelo criado, chamado “Relatório *Flexner*”, dava importância para a Medicina Mecanicista, Biologicismo e Unicausalidade, ou seja, o homem é uma máquina, as doenças são do corpo e os aspectos sociais não eram importantes na origem das patologias. O projeto atentava para a medicina curativa, conforme relatos de Guimarães em sua tese de doutorado em 2009. Este modelo foi implantado no Brasil nos anos 40, século XX.

Porém, com o processo evolutivo, gastos cada vez maiores com este projeto e recursos cada vez menores fizeram com que uma mudança fosse necessária. Começava um repensar, e a introdução de políticas de “Estado de Bem-Estar Social” na Europa foram tendo relevância cada vez maior, culminando com a introdução da “Medicina Social” na Inglaterra. Fontoura (2006) e Paim e Silva (2010) salientam que começava a era da prevenção das doenças e do pensamento do “Homem Integral”. Inicia-se a “Medicina Integral”, no Brasil a partir dos anos 60, conforme relatos de González e Almeida, 2010.

O conceito para a formação do Médico também começava a mudar, com ênfase para o Médico Generalista, priorizando a atenção primária à saúde, programa “saúde para todos no ano 2000” (Conferência de Alma-Ata, 1980).

Com a chegada da família real portuguesa ao Brasil criaram-se as primeiras escolas médicas, em 1808, inicialmente em Salvador e logo a seguir no Rio de Janeiro. Essas escolas, assim chamadas Escola de Anatomia e Cirurgia, limitavam-se a formar cirurgiões, e não médicos, e tinham duração de quatro anos.

As primeiras reformas ocorreram entre 1812 e 1815, com as Academias Médico- Cirúrgicas; o curso passou a ser de cinco anos e a partir de 1822, os estudantes graduados no Brasil passaram a ser diplomados no Brasil, segundo Guimarães (2009).

A partir de 1832, as escolas de medicina no Brasil passaram a ser Faculdades de Medicina e a duração do curso passou para seis anos.

Somente no século XX, em 1930, foi criada a primeira universidade no Brasil, a Universidade de São Paulo.

A preocupação com o ensino médico, por ser uma constante, tem como objetivo a integralidade do homem. A formação do médico generalista se faz cada

vez mais necessária, com foco na atenção primária à saúde. Conceitos como generalista, que são considerados aqueles que pouco preparo têm, precisam ser revistos. No entanto, as especialidades nunca perderam e nunca perderão sua importância pois, além das doenças primárias, as outras patologias específicas continuam a ocorrer e com prevalência cada vez maior, tais como as doenças do coração.

A constituição de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e as Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação do curso de Medicina, em 2014, expressam bem essa preocupação.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de graduação em Medicina preveem mudanças na organização, desenvolvimento e avaliação do Curso de Medicina, no âmbito nacional, estipulando um período de seis anos para a graduação, obtendo o Médico ao final desses seis anos uma formação geral, humanista, crítica e ética, além da possibilidade de atuação na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, individual e coletivamente, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania e dignidade humana, da saúde integral do ser humano.

O modelo assistencial foi reorientado, os programas de saúde da família (PSF) trouxeram a necessidade de enxergar o homem como uma individualidade, fazendo parte de um todo e de uma totalidade, caracterizando-o em seus aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais e econômicos. O homem integral passou a ser visto por uma equipe multidisciplinar, como citam Fontoura (2006) e Paim (2010) e como objetivam as novas DCNs.

As faculdades de Medicina, bem como as demais faculdades da área de saúde, os profissionais da área de saúde e os hospitais estão adequados para o atendimento ao homem integral? As expectativas e as percepções dos serviços prestados estão de acordo com o esperado pelos clientes?

Fontoura e Mayer (2006) avaliam que para o atendimento ao homem integral faz-se necessário o atendimento integral, com realização de ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação. O atendimento integral tem por objetivo o atendimento das necessidades dos indivíduos de uma maneira ampla, transformando e construindo um ser melhor.

O atendimento integral envolve a valorização e o acolhimento dos indivíduos como um todo, não limitados somente à doença ou ao aspecto biológico que lhe causa

sofrimento. Refere-se ao tratamento digno, respeitoso, com qualidade de acolhimento e vínculo, respeitando direitos e valores, em sua universalidade, igualdade, resolutividade.

Para isso, os profissionais da saúde devem inserir no seu dia a dia abordagens que também os tornem mais integrais, trabalhando com ideia de equipe, colocando as necessidades do paciente como centro do pensamento e da produção do cuidado, desenvolvendo parcerias, aproximando instituições, serviços e outros setores envolvidos na atenção integral e promoção da saúde. “O HOMEM DEVE SER TRATADO COMO INTEGRALIDADE E NÃO FRAGMENTADO”.

Segundo Fontoura e Mayer (2006), há três grandes conjuntos de sentidos do princípio de integralidade. O primeiro, relacionado às práticas dos profissionais de saúde, o segundo, à organização dos serviços e o terceiro, às respostas aos problemas de saúde. A busca é no sentido de as expectativas se tornarem percepções, refletindo a qualidade dos serviços de cuidado à saúde. A integralidade diz respeito também à necessidade de humanização da relação do profissional com o paciente.

Na busca da avaliação da qualidade de serviços prestados ao cliente, Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) desenvolveram um questionário “service quality” (SERVQUAL), onde constavam inicialmente vinte e dois itens. Consideraram que uma competição intensa e rápida desregulamentação tinham levado muitos serviços e empresários do varejo a procurar caminhos mais rentáveis para eles mesmos. Uma estratégia que foi relatada para o sucesso desses empresários foi a entrega de serviços de alta qualidade.

O questionário de avaliação de expectativas e percepções de Parasuraman foi sendo adaptado para a área médica, passando por consultórios de especialidades, incluindo oftalmologia e outros, como demonstrado por Hercos e Berezovsky (2006).

Em 2006, Borges e cols., preocupados com a qualidade dos serviços prestados aos pacientes com doença cardíaca e com indicação para realização de cirurgias cardíacas na Santa Casa de Marília, aperfeiçoaram o questionário SERVQUAL de Parasuraman, desenvolveram e qualificaram o questionário SERVQUAL-Card, específico para o trabalho por eles proposto na avaliação de expectativas e percepções dos pacientes.

Este questionário é composto por 23 perguntas, distribuídas em seis grandes grupos, tangibilidade, confiabilidade, atendimento, segurança, empatia e qualidade do serviço.

Desde então, a escassez de temas relevantes como tal, em que se aborda a integralidade do homem, e não o homem fragmentado, é muito perceptível no que diz respeito à qualidade de serviços prestados em pacientes que serão submetidos à cirurgias cardiovasculares. Os pacientes quase sempre conhecem pouco sobre os aspectos da qualidade técnica, mas, em geral, não têm dificuldade em avaliar o lado interpessoal.

3 MÉTODOS

3.1 Amostra e Tipo de Estudo

A amostra é do tipo não probabilística e a estimativa do N entre 60 e 80 pacientes, que serão submetidos à Cirurgia Cardíaca no serviço de Cirurgia Cardíaca chefiado pelo Dr. Luiz Fernando Machado, no Hospital Angelina Caron, Campina Grande do Sul, PR. O estudo caracteriza-se por ser do tipo transversal, observacional, descritivo, quantitativo.

3.2 Delineamento do estudo

Os pacientes responderão ao questionário, desde que manifestem desejo de participar desse estudo; após, é feita assinatura de termo de anuência e concordância no internamento hospitalar que ocorre um dia antes da intervenção cirúrgica e no quarto dia de pós-operatório, que geralmente é o dia da alta hospitalar ou se o internamento se prolongar, quando da alta hospitalar.

O presente trabalho teve como objetivo avaliar as “expectativas” do paciente no dia do internamento, que antecede o ato operatório, e no momento da alta hospitalar avaliar as “percepções” do que realmente foi percebido pelo mesmo. Não visa o tratamento médico sob o ponto de vista do ato operatório propriamente dito, mas expectativas e percepções, levando em conta também o aspecto cognitivo.

3.3 Critérios de Inclusão e exclusão

Como critérios de inclusão:

- 1) Idade mínima de quatorze anos;
- 2) Internados para cirurgias cardíacas eletivas;
- 3) Internados para procedimentos de revascularização do miocárdio, correção de doenças valvares e/ou congênitas.

Como critérios de exclusão:

- 1) Pacientes que necessitem atendimento da cardiopediatria;
- 2) Pós-operatório em unidade de terapia intensiva pediátrica;
- 3) Pacientes que internem exclusivamente para implante de marcapasso artificial definitivo;

- 4) Pacientes que evoluam para óbito.

3.4 Técnicas e Procedimentos

O questionário SERVQUAL foi desenvolvido por Parasuraman e cols. (1985), melhorado pelo mesmo grupo (Parasuraman et al., 1991) e, passando por adaptações, foi aplicado em várias especialidades médicas, tais como oftalmologia e oncologia, assim como em serviços hospitalares diferenciados.

Em 2010, Borges realizou um trabalho semelhante ao agora apresentado na Santa Casa de Misericórdia de Marília, tendo para isso aperfeiçoado o questionário SERVQUAL para o fim específico, chamando-o de “escala SERVQUALCard” (Borges et al., 2010).

A escala SERVQUALCard constitui-se de 23 itens inicialmente aplicados pela escala *Likert* de sete pontos e validada por estudo de fidedignidade pelo cálculo do alfa de *Cronbach* por Borges et al. (2006).

No presente trabalho utilizaremos esta escala SERVQUALCard com aplicação de cinco pontos na escala *Likert*, que é uma escala psicométrica utilizada em questionários em seu formato tópico, a saber:

1=Discordo totalmente 2=Discordo parcialmente 3=Indiferente 4=Concordo parcialmente 5=Concordo totalmente.

O questionário inclui seis itens: tangibilidade, confiabilidade, atendimento, segurança, empatia e qualidade de serviço, assim distribuídos:

Tangibilidade – a) O hospital deve ter equipamentos conservados e modernos; b) As instalações físicas do hospital devem ser visualmente bonitas e agradáveis; c) A equipe deve ter aparência e trajas bem cuidados, de acordo com as características do ambiente de trabalho; d) Os relatórios e demais documentos entregues ao paciente devem ser de fácil compreensão e visualmente atrativos.

Confiabilidade – a) O hospital deve realizar suas atividades na hora marcada; b) O hospital deve demonstrar interesse sincero em resolver os problemas do paciente; c) O hospital deve executar os serviços e procedimentos de forma correta da primeira vez, não ocasionando retrabalho; d) O hospital deve prestar seus serviços no prazo de execução prometido; e) O hospital deve apresentar relatórios, documentos e informações sobre o paciente sem erros.

Atendimento – a) No hospital, a equipe deve informar aos pacientes com

exatidão quando os serviços serão executados; b) No hospital, a equipe deve atender prontamente seus pacientes; c) No hospital, a equipe deve procurar ajudar seus pacientes; d) No hospital, a equipe deve estar disponível para atender aos pedidos do paciente.

Segurança – a) No hospital, o comportamento da equipe deve transmitir confiança aos pacientes; b) Pacientes no hospital devem sentir-se seguros em utilizar os seus serviços; c) No hospital, a equipe deve ser educada e cortês com seus pacientes; d) No hospital, a equipe deve ter conhecimento adequado para responder às perguntas dos pacientes.

Empatia – a) No hospital, a equipe deve dar atenção individualizada ao paciente; b) O hospital deve funcionar em horários adequados aos seus pacientes; c) O hospital deve ter uma equipe que dê atenção pessoal aos seus pacientes; d) O hospital deve priorizar os interesses do paciente; e) No hospital, a equipe deve entender as necessidades específicas de seus pacientes.

Qualidade do serviço – a) No hospital, a qualidade geral do atendimento em cirurgia cardíaca deve ser satisfatória.

3.5 Análise de Dados

Os dados coletados foram analisados sob uma abordagem quantitativa com objetivos descritivos e comparativos. Para descrever os dados foram utilizadas as frequências, tanto em valores absolutos quanto em percentuais para cada item.

Aplicou-se o teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade dos dados coletados. Em seguida, utilizou-se o teste t pareado para verificar a comparação entre os itens no período pré-operatório e no período pós-operatório. Para verificar a diferença entre as comparações adotou-se o valor $p < 0,05$. O software estatístico utilizado foi o SPSS 20.0 (IBM, USA).

4 RESULTADOS

Os resultados foram apresentados sob a perspectiva descritiva e comparativa dos dados coletados nos períodos pré e pós-operatórios dos pacientes. Na tabela 1 encontra-se a análise descritiva. A faixa etária foi de 40 a 70 anos, com maior prevalência dos 60 aos 70 anos, com 15 pacientes; 66,6% dos pacientes tinham como nível de escolaridade o ensino fundamental, 23% ensino médio, 6,6% ensino superior e 3,3% não-alfabetizado; 60% dos pacientes foram do sexo masculino e 40% sexo feminino. Maior prevalência para cirurgias de revascularização do miocárdio (66,6%).

Tabela 1: Análise descritiva da amostra através dos valores absolutos e frequências das variáveis sociodemográficas.

	Frequência(N)	Percentual(%)
Sexo		
Masculino	18,00	60,00
Feminino	12,00	40,00
Escolaridade		
Não Alfabetizado	1,00	3,30
Ensino Fundamental	21,00	70,00
Ensino Médio	6,00	20,00
Ensino Superior	2,00	6,70
Tipo de Intervenção Cirúrgica		
Valva Aórtica	7,00	23,30
Valva Mitral	3,00	10,00
Revascularização	20,00	66,70
Procedência do Paciente		
Paraná	4,00	13,30
Santa Catarina	9,00	30,00
Mato Grosso	17,00	56,70

Fonte: dados de pesquisa (2021)

Gráfico 1: Empatia e atendimento no pós-operatório: diferenças significantes.

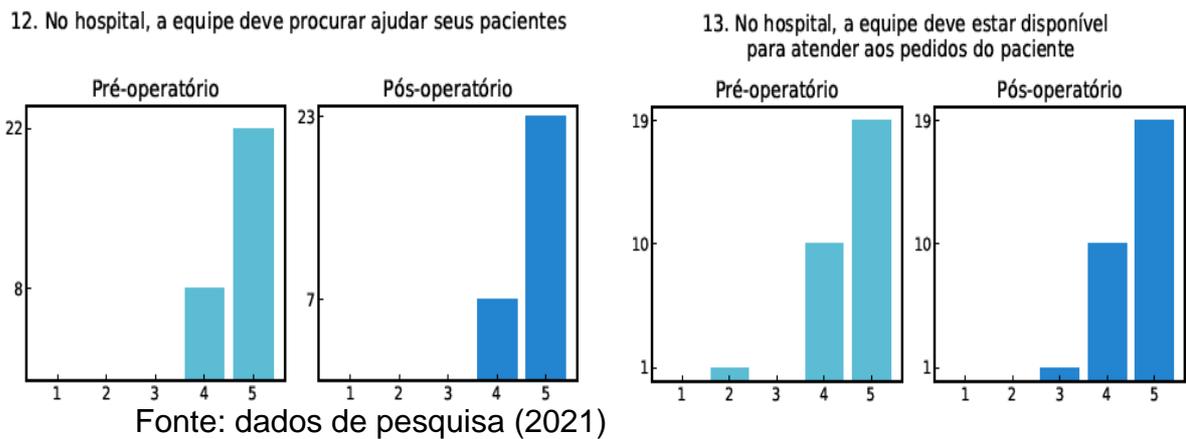
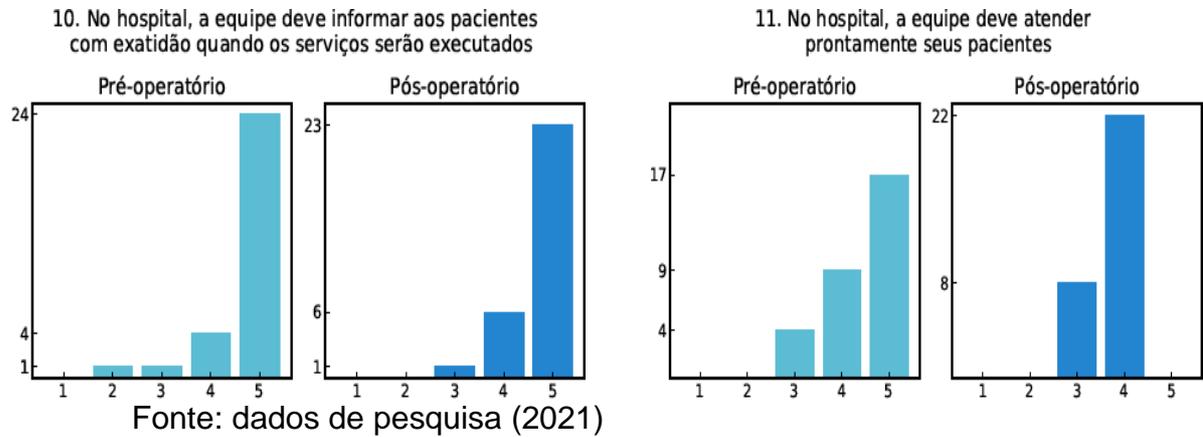


Gráfico 2: TANGIBILIDADE: instalações físicas do hospital devem ser visualmente bonitas e agradáveis.

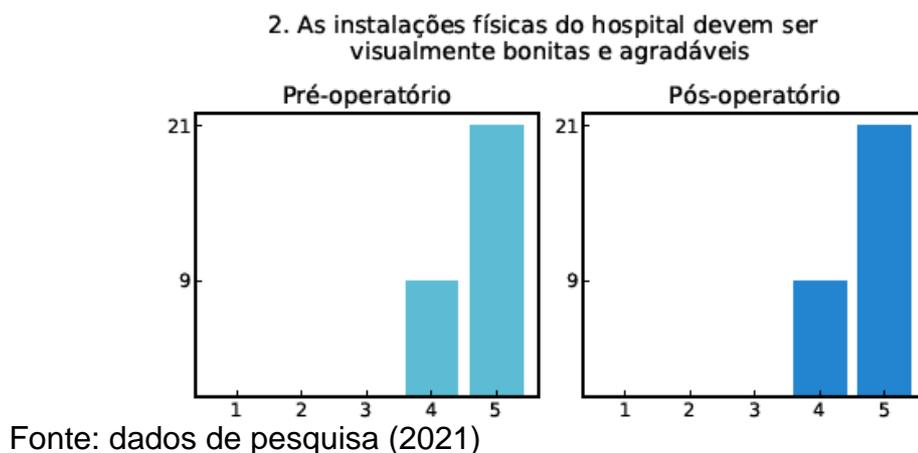
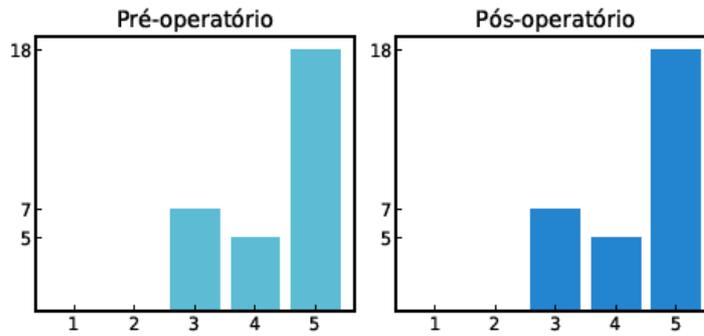


Gráfico 3: CONFIABILIDADE: hospital deve realizar suas atividades na hora marcada.

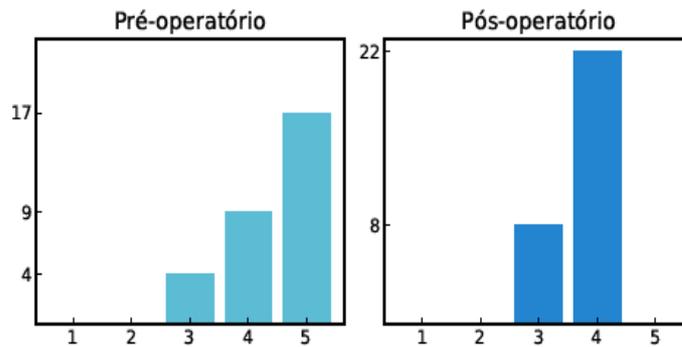
5. O hospital deve realizar as atividades na hora marcada



Fonte: dados de pesquisa (2021)

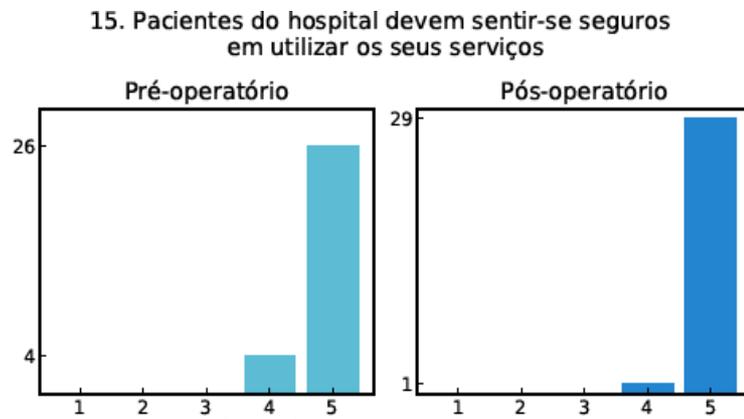
Gráfico 4: ATENDIMENTO: no hospital a equipe deve atender prontamente seus pacientes.

11. No hospital, a equipe deve atender prontamente seus pacientes



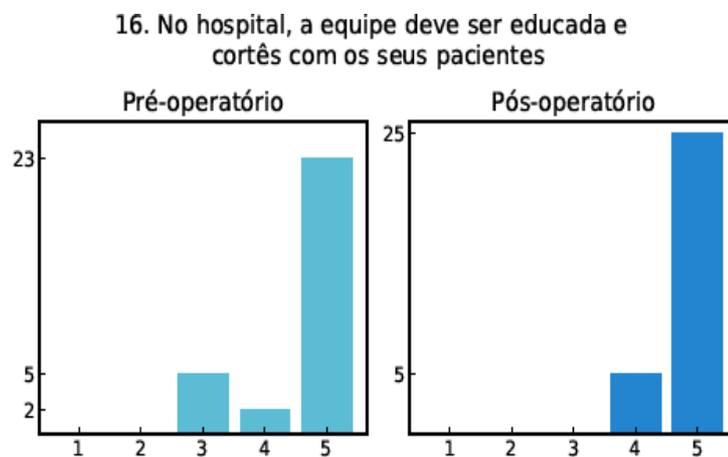
Fonte: dados de pesquisa (2021)

Gráfico 5: SEGURANÇA: pacientes do hospital devem sentir-se seguros em utilizar seus serviços.



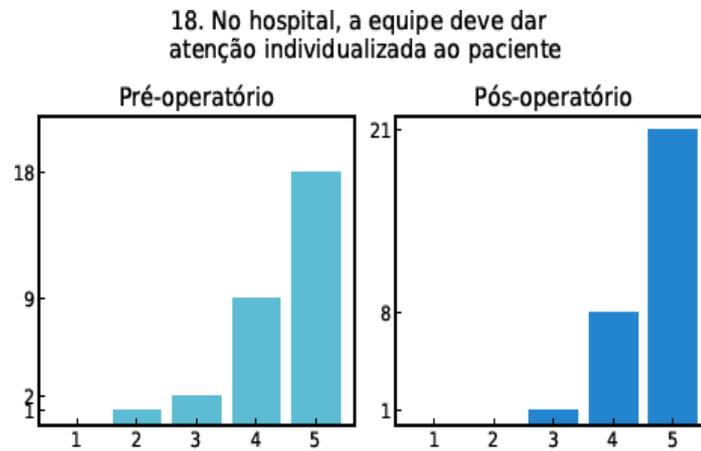
Fonte: dados de pesquisa (2021)

Gráfico 6: SEGURANÇA: no hospital, a equipe deve ser educada e cortês com seus pacientes.



Fonte: dados de pesquisa (2021)

Gráfico 7: EMPATIA: no hospital, a equipe deve dar atenção individualizada ao paciente.

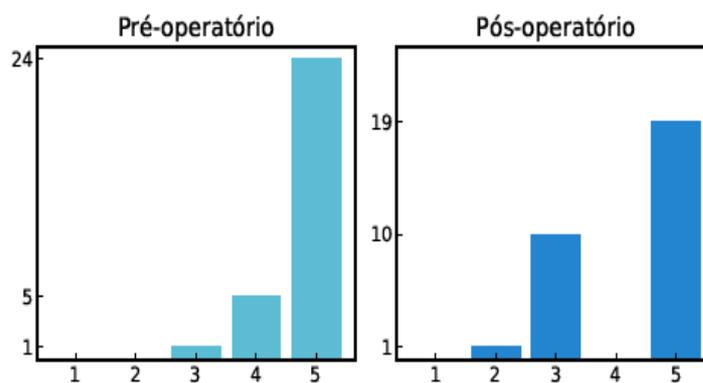


Fonte: dados de pesquisa (2021)

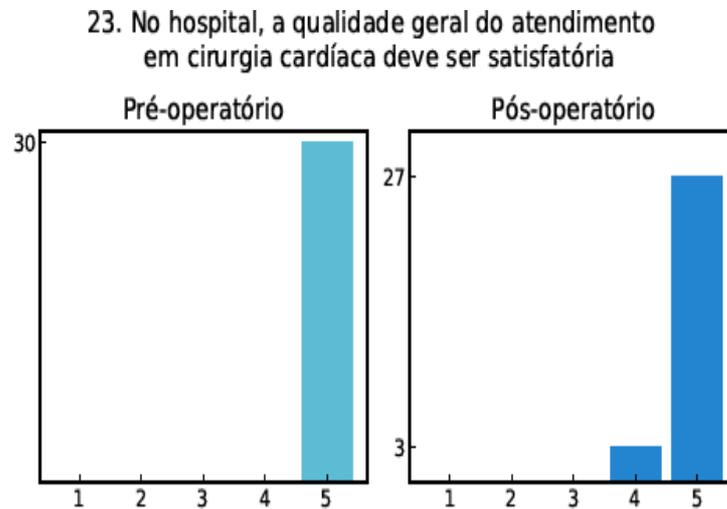
ESTRUTURA FÍSICA DO HOSPITAL: DESVALORIZAÇÃO NO PÓS-OPERATÓRIO

Gráfico 8: TANGIBILIDADE: o hospital deve ter equipamentos conservados e modernos.

1. O hospital deve ter equipamentos conservados e modernos



Fonte: dados de pesquisa (2021)



Fonte: dados de pesquisa (2021)

Em geral, todos os domínios apresentaram uma melhor pontuação no período pós-operatório. Houve uma maior incidência de valores absolutos 2,00 e 3,00 no período pré-operatório em relação ao pós-operatório. No período pós-operatório merecem destaque os domínios Empatia e Atendimento, que apresentaram diferenças significantes ($p < 0,05$) em alguns itens na comparação entre os períodos.

Descritivamente, observou-se uma flutuação nos valores entre diversos itens do SERVQUAL-CARD comparando o pré e pós-operatório. Esse comportamento era esperado. Entretanto, os itens 2 “As instalações físicas do hospital devem ser visualmente bonitas e agradáveis” e 5 “O hospital deve realizar suas atividades na hora marcada” apresentaram valores idênticos nos dois períodos.

Quanto aos resultados comparativos entre os períodos pré e o pós-operatório, nos domínios e itens que dizem respeito aos recursos humanos observou-se uma diferença significativa entre o pré-operatório e o pós-operatório (itens 11 $p=0,01$, 15 $p=0,04$, 16 $p=0,01$ e 18 $p=0,02$), apontando para a valorização dos recursos humanos no período pós-operatório em relação ao pré-operatório. No tocante aos domínios e itens acerca da estrutura física do hospital notou-se uma desvalorização no período pós-operatório em relação ao pré-operatório ao observamos o item 1 ($p=0,04$).

Tabela 2: Frequência absoluta e percentuais atribuídos aos itens e comparação entre os itens nos períodos pré-operatório e pós-operatório.

Domínios	Pré operatório			Pós-operatório no sexto dia			Valor de p pré e pós operatório
	1. O hospital deve ter equipamentos conservados e modernos						
	Valores	Frequência absoluta	Percentua l	Valores	Frequência absoluta	Percentua l	
	3,00	1,00	3,33	2,00	1,00	3,30	0,04
	4,00	5,00	16,67	3,00	10,00	33,30	
	5,00	24,00	80,00	5,00	19,00	63,30	
	Total	30,00	100,00	Total	30,00	100,00	
2. As instalações físicas do hospital devem ser visualmente bonitas e agradáveis							
	Valores	Frequência absoluta	Percentua l	Valores	Frequência absoluta	Percentua l	não houve valor de p
	4,00	9,00	30,00	4,00	9,00	30,00	
	5,00	21,00	70,00	5,00	21,00	70,00	
	Total	30,00	100,00	Total	30,00	100,00	
3. A equipe do hospital deve ter aparência e trajés bem cuidados, de acordo							
Tangibilidade	Valores	Frequência absoluta	Percentua l	Valores	Frequência absoluta	Percentua l	0,26
	3,00	1,00	3,33	3,00	1,00	3,30	
	4,00	6,00	20,00	4,00	6,00	20,00	
	5,00	23,00	76,67	5,00	23,00	76,70	
	Total	30,00	100,00	Total	30,00	100,00	
4. Os relatórios e demais documentos entregues ao paciente devem ser de fácil compreensão e visualmente atrativos							
	Valores	Frequência absoluta	Percentua l	Valores	Frequência absoluta	Percentua l	0,32
	3,00	3,00	10,00	4,00	8,00	26,70	
	4,00	7,00	23,33	5,00	22,00	73,30	
	5,00	20,00	66,67	Total	30,00	100,00	
	Total	30,00	100,00				
5. O hospital deve realizar suas atividades na hora marcada							
Confiabilidade	Valores	Frequência absoluta	Percentua l	Valores	Frequência absoluta	Percentua l	não houve valor de p
	3,00	7,00	23,33	3,00	7,00	23,33	
	4,00	5,00	16,67	4,00	5,00	16,67	
	5,00	18,00	60,00	5,00	18,00	60,00	
	Total	30,00	100,00	Total	30,00	100,00	

6. O hospital deve demonstrar interesse sincero em resolver os problemas do paciente

Valores	Frequência absoluta	Percentua l	Valores	Frequência absoluta	Percentua l	
3,00	4,00	13,33	3,00	1,00	3,30	0,32
4,00	8,00	26,67	4,00	10,00	33,30	
5,00	18,00	60,00	5,00	19,00	63,30	
Total	30,00	100,00	Total	30,00	100,00	

7. O hospital deve executar os serviços e procedimentos de forma correta da primeira vez, não ocasionando retrabalho

Valores	Frequência absoluta	Percentua l	Valores	Frequência absoluta	Percentua l	
3,00	5,00	16,67	3,00	2,00	6,70	0,16
4,00	7,00	23,33	4,00	7,00	23,30	
5,00	18,00	60,00	5,00	21,00	70,00	
Total	30,00	100,00	Total	30,00	100,00	

8. O hospital deve prestar seus serviços no prazo de execução prometido

Valores	Frequência absoluta	Percentua l	Valores	Frequência absoluta	Percentua l	
2,00	1,00	3,33	3,00	3,00	10,00	0,32
3,00	3,00	10,00	4,00	2,00	6,70	
4,00	6,00	20,00	5,00	25,00	83,30	
5,00	20,00	66,67	Total	30,00	100,00	
Total	30,00	100,00				

9. O hospital deve apresentar relatórios, documentos e informações sobre o paciente sem erros

Valores	Frequência absoluta	Percentua l	Valores	Frequência absoluta	Percentua l	
3,00	3,00	10,00	3,00	7,00	23,30	0,43
4,00	7,00	23,33	4,00	3,00	10,00	
5,00	20,00	66,67	5,00	20,00	66,70	
Total	30,00	100,00	Total	30,00	100,00	

10. No hospital, a equipe deve informar aos pacientes com exatidão quando os serviços serão executados

	Valores	Frequência absoluta	Percentua l	Valores	Frequência absoluta	Percentua l	
Atendimento	2,00	1,00	3,33	3,00	1,00	3,30	0,66
	3,00	1,00	3,33	4,00	6,00	20,00	
	4,00	4,00	13,33	5,00	23,00	76,70	
	5,00	24,00	80,00	Total	30,00	100,00	
	Total	30,00	100,00				

11. No hospital, a equipe deve atender prontamente seus pacientes

Valores	Frequência absoluta	Percentua l	Valores	Frequência absoluta	Percentua l	
3,00	4,00	13,33	4,00	8,00	26,70	0,01
4,00	9,00	30,00	5,00	22,00	73,30	
5,00	17,00	56,67	Total	30,00	100,00	
Total	30,00	100,00				

12. No hospital, a equipe deve procurar ajudar seus pacientes

Valores	Frequência absoluta	Percentua l	Valores	Frequência absoluta	Percentua l	
4,00	8,00	26,67	4,00	7,00	23,33	0,18
5,00	22,00	73,33	5,00	23,00	77,67	
Total	30,00	100,00	Total	30,00	100,00	

13. No hospital, a equipe deve estar disponível para atender aos pedidos do paciente

Valores	Frequência absoluta	Percentua l	Valores	Frequência absoluta	Percentua l	
2,00	1,00	3,33	3,00	1,00	3,30	0,57
4,00	10,00	33,33	4,00	10,00	33,30	
5,00	19,00	63,33	5,00	19,00	63,30	
Total	30,00	100,00	Total	30,00	100,00	

14. No hospital, o comportamento da equipe deve transmitir confiança aos pacientes

Valores	Frequência absoluta	Percentua l	Valores	Frequência absoluta	Percentua l	
3,00	5,00	16,67	3,00	2,00	6,70	0,99
4,00	1,00	3,33	4,00	7,00	23,30	
5,00	24,00	80,00	5,00	21,00	70,00	
Total	30,00	100,00	Total	30,00	100,00	

15. Pacientes do hospital devem sentir-se seguros em utilizar os seus serviços

Valores	Frequência absoluta	Percentua l	Valores	Frequência absoluta	Percentua l	
4,00	4,00	13,33	4,00	1,00	3,33	0,04
5,00	26,00	86,67	5,00	29,00	96,67	
Total	30,00	100,00	0,00	30,00	100,00	

16. No hospital, a equipe deve ser educada e cortês com os seus pacientes

Valores	Frequência absoluta	Percentua l	Valores	Frequência absoluta	Percentua l	
3,00	5,00	16,67	4,00	5,00	16,70	0,01
4,00	2,00	6,67	5,00	25,00	83,30	
5,00	23,00	76,67	Total	30,00	100,00	
Total	30,00	100,00				

17. No hospital, a equipe deve ter conhecimento adequado para responder às perguntas dos pacientes

Valores	Frequência absoluta	Percentua l	Valores	Frequência absoluta	Percentua l	
4,00	6,00	20,00	4,00	4,00	13,30	0,16
5,00	24,00	80,00	5,00	26,00	86,70	
Total	30,00	100,00	Total	30,00	100,00	

18. No hospital, a equipe deve dar atenção individualizada ao paciente

Valores	Frequência absoluta	Percentua l	Valores	Frequência absoluta	Percentua l	
2,00	1,00	3,33	3,00	1,00	3,30	
3,00	2,00	6,67	4,00	8,00	26,70	0,02
4,00	9,00	30,00	5,00	21,00	70,00	
5,00	18,00	60,00	Total	30,00	100,00	
Total	30,00	100,00				

19. O hospital deve funcionar em horários adequados aos seus pacientes

Valores	Frequência absoluta	Percentua l	Valores	Frequência absoluta	Percentua l	
2,00	2,00	6,67	2,00	2,00	6,70	
3,00	1,00	3,33	3,00	1,00	3,30	0,32
4,00	7,00	23,33	4,00	5,00	16,70	
5,00	20,00	66,67	5,00	22,00	73,30	
Total	30,00	100,00	Total	30,00	100,00	

Empatia

20. O hospital deve ter uma equipe que dê atenção pessoal aos seus pacientes

Valores	Frequência absoluta	Percentua l	Valores	Frequência absoluta	Percentua l	
3,00	4,00	13,33	3,00	2,00	6,66	0,44
4,00	8,00	26,67	4,00	10,00	33,34	
5,00	18,00	60,00	5,00	18,00	60,00	
Total	30,00	100,00	Total	30,00	100,00	

21. O hospital deve priorizar os interesses do paciente

Valores	Frequência absoluta	Percentua l	Valores	Frequência absoluta	Percentua l	
1,00	1,00	3,33	1,00	1,00	3,30	
2,00	2,00	6,67	2,00	1,00	3,30	0,99
3,00	6,00	20,00	3,00	5,00	16,70	
4,00	2,00	6,67	4,00	7,00	23,30	
5,00	19,00	63,33	5,00	16,00	53,30	
Total	30,00	100,00	Total	30,00	100,00	

 22. No hospital, a equipe deve entender as necessidades específicas de seus pacientes

Valores	Frequência absoluta	Percentual	Valores	Frequência absoluta	Percentual	
2,00	1,00	3,33	3,00	2,00	6,70	
3,00	3,00	10,00	4,00	9,00	30,00	0,32
4,00	6,00	20,00	5,00	19,00	63,30	
5,00	20,00	66,67	Total	30,00	100,00	
Total	30,00	100,00				

 23. No hospital, a qualidade geral do atendimento em cirurgia cardíaca deve ser satisfatória

Qualidade do Serviço	Valores	Frequência absoluta	Percentual	Valores	Frequência absoluta	Percentual	
	5,00	30,00	100,00	4,00	3,00	10,00	0,08
				5,00	27,00	90,00	
				Total	30,00	100,00	

Fonte: dados de pesquisa (2021)

5 DISCUSSÃO

Os achados da presente pesquisa são comparáveis com os relatos de outros trabalhos, como o de Gomes, Mendonça & Braile, onde o atendimento foi predominantemente SUS, constituindo a grande população dos pacientes submetidos à cirurgia cardiovascular neste serviço. Os perfis escolaridade e procedência dos mesmos, em sua maioria oriundos de regiões menos privilegiadas social, econômica e culturalmente, são compatíveis com a imensa maioria de atendimento SUS, estando de acordo com Borges et. al e com Hercos & Berezovsky (2006).

Os itens empatia e atendimento merecem destaque, com percepções maiores que expectativas. Considera-se que estes relevantes dados foram percebidos não somente pelo perfil dos pacientes, mas também pela qualidade do atendimento individualizado e integralizado que se procura dispensar aos pacientes e familiares, concordando com considerações de Fontoura & Mayer (2006) que:

a busca pela construção de práticas de atenção integral à saúde deve estar inserida no cotidiano dos profissionais, em casa atendimento prestado, visando uma assistência qualificada que atenda o indivíduo como um todo, respeitando seus direitos e valores (Fontoura & Mayer, 2006. p.102).

Para que isto seja exequível, conta-se com a colaboração de equipe multiprofissional e multidisciplinar, composta por cirurgiões cardiovasculares, cardiologistas, intensivistas, fisioterapeutas, enfermeiros e secretária com preparo, capacidade e discernimento adequados para esta finalidade, que vão desde a atenção técnica até o atendimento do indivíduo em sua singularidade, fazendo parte de um todo e na sua totalidade, tendo início a partir do momento em que o paciente é atendido pela primeira vez até a alta hospitalar, concordando com Urdan (2001).

Além disso, para que o atendimento seja compatível com a complexidade da cirurgia cardiovascular, é disponibilizada estrutura hospitalar ampla e moderna, que vai desde os exames laboratoriais mais simples até os mais complexos, como cateterismos cardíacos e ressonância magnética, acomodações confortáveis e seguras. Apesar dessas características, os itens 2 e 5 no que se referem “às instalações físicas do hospital serem visualmente bonitas e agradáveis e realizar

suas atividades na hora marcada”, respectivamente, as expectativas e percepções foram semelhantes nos períodos pré e pós-operatórios, o que torna a qualidade aceitável. No trabalho de Borges et al. (2010) a expectativa foi superior à percepção.

Acreditávamos que as percepções seriam maiores, considerando-se até mesmo a provável habitação mais simples e mais humilde dos pacientes.

Quando o item examinado é “equipamentos hospitalares conservados e modernos”, a percepção foi menor do que as expectativas. Analisando este parâmetro sob o ponto de vista de qualidade do serviço, este foi pobre ou deixou a desejar. No entanto, Donabedian (1985) relata que o paciente quase sempre conhece bem pouco os detalhes da qualidade técnica.

Esses dados nos levam a projetar que fatores de acolhimento, humanitários, que priorizem a identidade e a integralidade dos pacientes, façam com que os demais itens pesquisados se tornem não menos relevantes, mas menos essenciais na visão desta coletividade. De acordo com Fontoura & Mayer (2006), o atendimento integral refere-se ao atendimento das necessidades dos indivíduos de uma maneira ampliada, envolvendo a valorização do cuidado e o acolhimento associados ao tratamento digno, respeitoso e com qualidade, de acolhimento e vínculo. Na análise de todos os itens arguidos, a qualidade do serviço foi boa, ou seja, percepções maiores que expectativas.

Almeja-se que este trabalho se torne estímulo para futuras pesquisas relacionadas à satisfação de pacientes nas mais diversas áreas e especialidades médicas.

Apesar do número pequeno de pacientes deste trabalho, impactado pela pandemia ora vigente, os resultados são relevantes. Fatores que abordem o cognitivo dos pacientes, com ênfase na individualidade, na preservação da identidade dos mesmos têm impacto de destaque na obtenção de bons resultados.

Observa-se que o bom relacionamento médico – paciente ou equipe – paciente é fundamental para que os objetivos sejam alcançados. O paciente não almeja ser seccionado em sua patologia, mas deseja ser atendido na sua totalidade, na sua integralidade.

Concordamos com o que diz a Editora Cultrix na apresentação do livro “A Visão Sistêmica da Vida” de Fritjof Capra & Pier Luigi Luisi: “Ao longo dos últimos 35 anos, uma concepção radicalmente nova da vida emergiu na linha de frente da ciência contemporânea. Essa nova visão transcende a visão mecanicista e envolve uma nova

espécie de pensamento – um pensamento que se processa por meio de relações, padrões e contextos. O pensamento “sistêmica

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo avaliar a qualidade do serviço prestado aos pacientes que foram submetidos à cirurgia cardiovascular em um serviço específico, em um hospital de grande porte onde existem outras equipes que também realizam procedimentos semelhantes, com respeito às expectativas do que receber e ao efetivamente recebido, percepções, com resposta a um mesmo questionário no pré epós-operatório, geralmente um dia antes da intervenção cirúrgica e no momento da alta hospitalar.

Não houve enfoque à parte técnica operatória propriamente dita, mas abordagem de aspectos relacionados ao cognitivo e à estrutura hospitalar. Os pacientes portadores de patologias cardiovasculares e que têm a indicação de tratamento cirúrgico como melhor alternativa apresentam labilidade emocional numa considerável proporção, bem como os familiares. É uma entrega, onde esperanças de vida são depositadas em um grupo multiprofissional.

A abordagem do paciente deve ir além do coração como órgão isolado, mas atender ao indivíduo em sua singularidade, como componente de um todo e de uma totalidade. Abordagem do ser integral.

Em um questionário aplicado, onde itens abordados, tais como, tangibilidade, confiabilidade, atendimento, segurança, empatia e qualidade do serviço, observou-se destaque para atendimento e empatia enquanto instalações físicas do hospital, que tiveram realce menos significativo.

Acredita-se que os objetivos tenham sido atingidos com os resultados obtidos, na percepção efetiva da importância do relacionamento médico - paciente ou equipe multidisciplinar – paciente. O sucesso para o tratamento de uma patologia não fica atrelado somente a um determinado órgão, ao homem seccionado, mas à sua integralidade.

Houve fatores limitantes, no momento em que estamos passando por uma grave crise na saúde, a pandemia do novo coronavírus. A amostragem de pacientes foi reduzida devido a diminuição dos internamentos hospitalares por patologias outras que não a Covid 19. A escassez de trabalhos que abordem o ser humano na sua

integralidade e não somente à patologia isolada de um órgão e a limitação do presente trabalho constituem um incentivo para que novas pesquisas se desenvolvam

7 PRODUTO

Como proposta de produto será confeccionada uma cartilha ilustrada por desenhos, tabelas, gráficos e/ou figuras, com um total de 10 páginas, que retratem a importância do atendimento ao paciente na sua integralidade a partir das considerações realizadas frente aos resultados da presente investigação. Ou seja, a importância da relação médico-paciente e não médico-doença.

Roteiro da Cartilha

Página 1 – Três pacientes chegam ao hospital para serem internados para uma cirurgia eletiva cardíaca. Nesse hospital existem os melhores equipamentos e estrutura física possíveis em um serviço desse tipo.

Página 2 – Nos atendimentos pré-operatórios os equipamentos são de última geração, assim como os quartos e áreas comuns do hospital.

Página 3 – No mesmo período pré-operatório é solicitado que os pacientes respondam a um breve questionário sobre a estrutura física, equipamentos, segurança do hospital, confiabilidade no hospital e nos profissionais, empatia da equipe.

Página 4 – Os profissionais que atendem ao paciente (Recepcionista na entrada do hospital, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Nutricionista, Médico, etc ...) recebem os pacientes muito bem e os tratam abordando não apenas a doença e sim as dimensões que compõem o paciente na integralidade (biológica, sociais e cultural). Aqui, ilustra-se alguns exemplos sobre as diferenças biológicas, culturais e sociais de 3 pacientes.

Página 5 – Os três pacientes passam pelo mesmo processo de intervenção cirúrgica cardíaca e todos recebem a mesma conduta operatória sem intercorrências.

Página 6 – Os dias de pós-operatório transcorrem bem e os três pacientes têm atendidas suas distintas demandas nas três dimensões da integralidade de forma muito particular e específica. Aqui, ilustrar três tipos de necessidades distintas para cada paciente devido às diferenças entre eles no tocante as dimensões da integralidade.

Página 7 – No dia da alta pede-se para os pacientes responderem novamente

o questionário que responderam no período pré-operatório e logo após têm a alta médica e vão para suas casas

Página 8 – A equipe profissional observa os resultados dos questionários e descobrem que o hospital gerou uma expectativa positiva e maior durante o período pré-operatório por conta da qualidade estrutural do mesmo comparado com as expectativas referentes à equipe profissional.

Página 9 – Entretanto, ao analisarem os resultados no período pós-operatório, percebeu-se que a concretização para uma boa qualidade do serviço não veio predominantemente da estrutura física oferecida pelo hospital e sim pela equipe profissional

Página 10 - Isso se deu por conta do atendimento dentro da integralidade do paciente. Aqui, ilustrar com uma imagem que possa retomar os domínios da integralidade com exemplos que ocorreram com os paciente

REFERÊNCIAS

BATISTA, N.A. Et al.; **Educação Médica no Brasil: Docência em Formação – Ensino Superior**. São Paulo, Cortez, 2015.

BORGES, J.B.C.; FERREIRA, D.L.M.P.; CARVALHO, S.M.R.; MARTINS, A.S.; ANDRADE, R.R.; SILVA, M.A.M. Avaliação da intensidade de dor e da funcionalidade no pós-operatório recente de cirurgia cardíaca. **Rev Bras Cir Cardiovascular**. 2006;21(4):393-402.

BORGES, J.B.C.; CARVALHO, S.M.R.; SILVA, M.A.M. Qualidade do serviço prestado aos pacientes de cirurgia cardíaca do Sistema Único de Saúde-SUS. **Rev Bras Cir Cardiovasc** vol.25 no.2 São José do Rio Preto Apr/June 2010.

BOTTI, S.H.O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Rev Bras Educ Med**. 2008; 32(3): 363-373.

CAPRA, Fritjof; LUISI, Pier Luigi. **A visão sistêmica da vida: uma concepção unificada e suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicas**. São Paulo: Cultrix, 2014. 615p.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**: Resolução 3/2014. Brasília (DF); 2014.

DONABEDIAN, AVEDIS. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Ann Arbor: Health Administration Press, 1985. V II: The methods and findings of quality assessment and monitoring: na Illustrated analysis.

FONTOURA, R.T.; MAYER, C.N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev Bras Enferm Santo Ângelo (RS)**; 2006 jul-ago;59(4):532-7.

GOMES, W.J.; MENDONÇA, J.T.; BRAILE, D.M. Resultados em cirurgia

cardiovascular. Oportunidade para discutir o atendimento médico e cardiológico no sistema público de saúde do país. **Rev Bras Cir Cardiovasc**. 2004.

GONZÁLEZ, A.D.; ALMEIDA, M.J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis Revista de Saúde Coletiva** 2010; 20 (2): 551-570

GUIMARÃES, M.R.C. **Os catedráticos de clínica médica e as propostas de reforma do ensino médico no Brasil nas décadas de 1950 e 1960**. Tese – Doutorado em História das Ciências e da Saúde. Fundação Osvaldo Cruz. 2009.

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.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Cardiologia/Cirurgia Cardíaca**. Portaria GM/MS no. 1559, de 1º de agosto de 2008.

MUÑOZ, R.L.S. **Como ocorreu a formação médica ao longo da história?** João Pessoa (PB); 2017.

PAIM, J.S.; SILVA, L.M.V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde** v.12 n.2. São Paulo (SP) ago 2010.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.A.; BERRY, L.L. A conceptual modelo f servisse quality and its implications for future research. **J Marketing**. 1985; 49:41-50.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.A.; BERRY, L.A. ServQual: A multipleitem scale for measuring consumer perceptions of service quality. **J Retailing**. 1988;64(1):12-40.

PARASURAMAN, A.; BERRY, L.A.; ZEITHAMI, V.A. Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. **J Retailing**. 1991;67(4):420-50

URDAN, A.T. A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente. **Revista de Administração de Empresas** v, 41 n 4 Out/Dez 2001 São Paulo (SP).

TITINGER, D.P.; LISBOA, L.A.F.; MATRANGOLO, B.R.; DALLAN, L.R.P.; DALLAN, L.A.O.; TRINDADE, E.M.; ECKI, I.; FILHO, R.K.; MEJIA, O.A.V.; JATENE, F.B. Custos das Cirurgias Cardíacas Segundo o Risco Pré-Operatório no Sistema Público de Saúde Brasileiro. **Arq. Bras. Cardiol.** vol.105 no.2 São Paulo ago.2015 Epub 23-Jun-2015.

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

APÊNDICE A

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL
INOVAÇÃO NO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE**

Luiz Fernando Machado

**CARTILHA DIDÁTICA SOBRE INTEGRALIDADE NO ATENDIMENTO
AO PACIENTE DO SERVIÇO DE CARDIOLOGIA**

**São Caetano do Sul
2021**

PRODUTO

CARTILHA DIDÁTICA SOBRE INTEGRALIDADE NO ATENDIMENTO AO PACIENTE DO SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

Luiz Fernando Machado

Orientador: Prof. Dr. Daniel Leite Portella

**São Caetano do Sul
2021**

FICHA CATALOGRÁFICA

Universidade Municipal de São Caetano do Sul. Pró-Reitoria de Pós-graduação e Pesquisa.

Produto: qualidade do serviço prestado aos pacientes de cirurgia cardíaca. Hospital Angelina Caron – Campina grande do Sul - PR / Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde; Luiz Fernando Machado. São Caetano do Sul: USCS, 2020.

14 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Leite Portella

1. Normalização da documentação. 2. Trabalho final de mestrado profissional. 3. Dissertação. 4. Documentos (elaboração). 5. Documentos eletrônicos. I. Machado, Luiz Fernando. II. Qualidade do serviço prestado aos pacientes de cirurgia cardíaca – Hospital Angelina Caron – Campina Grande do Sul - PR.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	7
2 CARTILHA	Erro! Indicador não definido.
REFERÊNCIAS	11

APRESENTAÇÃO

EXPECTATIVAS E PROJEÇÕES

No presente trabalho de conclusão de mestrado “Inovação no Ensino Superior em Saúde” realizado na Universidade Municipal de São Caetano do Sul, São Caetano do Sul, SP, foi realizada pesquisa através de questionário preenchido antes e depois do procedimento cirúrgico, o qual analisou “expectativas e percepções” quanto aos serviços prestados.

É sabido que a preocupação com o ensino médico e a formação dos médicos é uma constante, desde o começo, quando da inauguração das primeiras escolas médicas e com o tempo, com as faculdades de medicina.

No início a preocupação era quase que exclusivamente com fatores orgânicos, deixando de lado ou dando-se pouca importância ao cognitivo e ao aspecto psicológico dos indivíduos. Com o tempo esse sistema foi mudando e, ainda sob constante evolução, foi-se valorizando recursos humanos como empatia, atendimento com integralidade e individualidade, melhorando a relação médico-paciente.

Observou-se que fatores humanos e organizacionais têm impacto no sucesso do tratamento médico, com mudança na história natural das doenças, revertendo ou melhorando os problemas. Os resultados são também dependentes de um complexo de interação de aspectos organizacionais; as perspectivas e expectativas apresentadas neste trabalho avaliam satisfação ou insatisfação dos serviços prestados.

Nos séculos XII e XIII surgem as universidades e as escolas médicas com modelos anátomo-clínicos, disciplinas laboratoriais. Porém não havia sequência e tempo para formação dos profissionais. No século XX, a “American Medical Association” cria um conselho para avaliação das escolas médicas nos Estados Unidos. Surge então o “relatório Flexner”; a medicina é mecanicista, biologicismo e unicausalidade; homem máquina, as doenças são do corpo e os aspectos sociais não têm importância.

Devido aos gastos com esse programa aumentarem em demasia, tem início na Europa o “programa de medicina social”, com prevenção das doenças e valorização da “integralidade do ser humano”; passa a ter importância o “médico generalista e a atenção primária à saúde”.

No Brasil as escolas médicas têm início com a chegada da família imperial. Em

1832 surgem as primeiras faculdades de medicina, com duração de seis anos.

A preocupação com o ensino médico é recorrente, objetivando a integralidade do ser humano. Formação geral, humanista, crítica e ética com atuação na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde individual e coletiva, visando a integralidade do homem. O homem integral passou a ser visto por equipe multidisciplinar.

Os profissionais da saúde devem inserir no dia a dia abordagens que os tornem mais integrais, no trabalho em equipe, colocando as necessidades do paciente como centro do pensamento e da produção do cuidado com parcerias, aproximando instituições e serviços.

Há três conjuntos de sentidos do princípio da integralidade:

1. relacionado às práticas dos profissionais de saúde;
2. organização dos serviços;
3. expectativas se tornarem percepções.

Na busca da avaliação de expectativas e percepções quanto aos serviços prestados foi aplicado o questionário SERQUALCard, com seis grupos:

1. Tangibilidade;
2. Confiabilidade;
3. Atendimento;
4. Segurança;
5. Empatia;
6. Qualidade do serviço.

Foi observado que empatia e atendimento foram as características com maior destaque no que diz respeito às expectativas e percepções; e que estrutura física do hospital foi a que apresentou menor expressão.

Como podemos projetar os resultados obtidos por essa pesquisa de expectativas e projeções, satisfações e insatisfações na realização de procedimentos médicos não concernentes à parte técnica, mas na valorização do ser humano como um todo e apresentá-los como proposta para as escolas médicas?

É importante que as faculdades de medicina informem aos seus alunos, familiares, corpo docente e funcionários, os serviços que serão executados; que as equipes multidisciplinares atendam prontamente seus usuários no sentido de ajudá-los e resolver os problemas com presteza e dedicação.

É necessário um atendimento individualizado e pessoal, com horários

adequados, e priorizar os alunos, entendendo as necessidades específicas de cada um.

As instalações físicas dos centros universitários devem ser agradáveis, equipamentos modernos e disponíveis para a boa prática e aprendizado do ensino médico. Além disso, os horários das atividades devem ser respeitados e cumpridos, os relatórios e documentos devem ser disponibilizados de forma clara e os alunos devem se sentir seguros quanto à qualidade dos profissionais que os ensinam.

Devemos incentivar que essas boas práticas aconteçam em nossas instituições para que a formação do profissional médico seja a mais adequada, humana e integral, e para que os pacientes recebam um atendimento digno, respeitoso, com qualidade e ético, na sua integralidade.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A preocupação com o ensino médico, por ser uma constante, tem como objetivo a integralidade do homem. A formação do médico generalista se faz cada vez mais necessária, com foco na atenção primária à saúde. Conceitos como generalista, que são considerados aqueles que pouco preparo têm, precisam ser revistos. No entanto, as especialidades nunca perderam e nunca perderão sua importância pois, além das doenças primárias, as outras patologias específicas continuam a ocorrer e com prevalência cada vez maior, tais como as doenças do coração.

A constituição de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e as Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação do curso de Medicina, em 2014, expressam bem essa preocupação.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de graduação em Medicina preveem mudanças na organização, desenvolvimento e avaliação do Curso de Medicina, no âmbito nacional, estipulando um período de seis anos para a graduação, obtendo o Médico ao final desses seis anos uma formação geral, humanista, crítica e ética, além da possibilidade de atuação na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, individual e coletivamente, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania e dignidade humana, da saúde integral do ser humano.

O modelo assistencial foi reorientado, os programas de saúde da família (PSF) trouxeram a necessidade de enxergar o homem como uma individualidade, fazendo

parte de um todo e de uma totalidade, caracterizando-o em seus aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais e econômicos. O homem integral passou a ser visto por uma equipe multidisciplinar, como citam Fontoura (2006) e Paim (2010) e como objetivam as novas DCNs.

As faculdades de Medicina, bem como as demais faculdades da área de saúde, os profissionais da área de saúde e os hospitais estão adequados para o atendimento ao homem integral? As expectativas e as percepções dos serviços prestados estão de acordo com o esperado pelos clientes?

O atendimento integral envolve a valorização e o acolhimento dos indivíduos como um todo, não limitados somente à doença ou ao aspecto biológico que lhe causa sofrimento. Refere-se ao tratamento digno, respeitoso, com qualidade de acolhimento e vínculo, respeitando direitos e valores, em sua universalidade, igualdade, resolutividade.

Para isso, os profissionais da saúde devem inserir no seu dia a dia abordagens que também os tornem mais integrais, trabalhando com ideia de equipe, colocando as necessidades do paciente como centro do pensamento e da produção do cuidado, desenvolvendo parcerias, aproximando instituições, serviços e outros setores envolvidos na atenção integral e promoção da saúde.

“O HOMEM DEVE SER TRATADO COMO INTEGRALIDADE E NÃO FRAGMENTADO”.

Segundo Fontoura e Mayer (2006), há três grandes conjuntos de sentidos do princípio de integralidade. O primeiro, relacionado às práticas dos profissionais de saúde, o segundo, à organização dos serviços e o terceiro, às respostas aos problemas de saúde. A busca é no sentido de as expectativas se tornarem percepções, refletindo a qualidade dos serviços de cuidado à saúde.

A integralidade diz respeito também à necessidade de humanização da relação do profissional com o paciente.

Na busca da avaliação da qualidade de serviços prestados ao cliente, Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) desenvolveram um questionário “service quality” (SERVQUAL), onde constavam inicialmente vinte e dois itens. Consideraram que uma competição intensa e rápida desregulamentação tinham levado muitos serviços e empresários do varejo a procurar caminhos mais rentáveis para eles mesmos. Uma estratégia que foi relatada para o sucesso desses empresários foi a entrega de serviços de alta qualidade.

O questionário de avaliação de expectativas e percepções de Parasuraman foi sendo adaptado para a área médica, passando por consultórios de especialidades, incluindo oftalmologia e outros, como demonstrado por Hercos e Berezovsky (2006).

Em 2006, Borges e cols., preocupados com a qualidade dos serviços prestados aos pacientes com doença cardíaca e com indicação para realização de cirurgias cardíacas na Santa Casa de Marília, aperfeiçoaram o questionário SERVQUAL de Parasuraman, desenvolveram e qualificaram o questionário SERVQUAL-Card, específico para o trabalho por eles proposto na avaliação de expectativas e percepções dos pacientes.

Este questionário é composto por 23 perguntas, distribuídas em seis grandes grupos, tangibilidade, confiabilidade, atendimento, segurança, empatia e qualidade do serviço.

Desde então, a escassez de temas relevantes como tal, em que se aborda a integralidade do homem, e não o homem fragmentado, é muito perceptível no que diz respeito à qualidade de serviços prestados em pacientes que serão submetidos à cirurgias cardiovasculares. Os pacientes quase sempre conhecem pouco sobre os aspectos da qualidade técnica, mas, em geral, não têm dificuldade em avaliar o lado interpessoal.

A proposta de produto consta de uma cartilha ilustrada por desenhos, tabelas, gráficos e/ou figuras, com um total de 10 páginas, retratando a importância do atendimento ao paciente na sua integralidade a partir das considerações realizadas frente aos resultados da investigação. Ou seja, a importância da relação médico-paciente e não médico-doença.

2 CARTILHA DIDÁTICA

A seguir é apresentado um cenário didático na forma de história que tem por objetivo criar um cenário reflexivo sobre a integralidade no atendimento ao paciente do serviço de cardiologia nas suas diferentes dimensões.

CENÁRIO DIDÁTICO

Três pacientes chegam ao hospital para serem internados para uma cirurgia eletiva cardíaca. Nesse hospital existem os melhores equipamentos e estrutura física possíveis em um serviço desse tipo.

Nos atendimentos pré-operatórios os equipamentos são de última geração, assim como os quartos e áreas comuns do hospital.

No mesmo período pré-operatório é solicitado que os pacientes respondam a um breve questionário sobre a estrutura física, equipamentos, segurança do hospital, confiabilidade no hospital e nos profissionais, empatia da equipe.

Os profissionais que atendem ao paciente (Recepcionista na entrada do hospital, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Nutricionista, Médico, etc ...) recebem os pacientes muito bem e os tratam abordando não apenas a doença e sim as dimensões que compõem o paciente na integralidade (biológica, sociais e cultural).

Os três pacientes passam pelo mesmo processo de intervenção cirúrgica cardíaca e todos recebem a mesma conduta operatória sem intercorrências.

Os dias de pós-operatório transcorrem bem e os três pacientes têm atendidas suas distintas demandas nas três dimensões da integralidade de forma muito particular e específica.

No dia da alta pede-se para os pacientes responderem novamente o questionário que responderam no período pré-operatório e logo após têm a alta médica e vão para suas casas

A equipe profissional observa os resultados dos questionários e descobrem que o hospital gerou uma expectativa positiva e maior durante o período pré-operatório por conta da qualidade estrutural do mesmo comparado com as expectativas referentes à equipe profissional.

Entretanto, ao analisarem os resultados no período pós-operatório, percebeu-se que a concretização para uma boa qualidade do serviço não veio predominantemente da estrutura física oferecida pelo hospital e sim pela equipe profissional

Isso se deu por conta do atendimento dentro da integralidade do paciente. Aqui, ilustrar com uma imagem que possa retomar os domínios da integralidade com exemplos que ocorreram com os pacientes.

Mral da história: Apesar da importância da estrutura física em um serviço de cirurgia, o impacto da integralidade no atendimento ao paciente é predominante para o sucesso da intervenção, satisfação do paciente e por consequência da saúde do paciente.

REFERÊNCIAS

BATISTA, N.A. Et al.; **Educação Médica no Brasil: Docência em Formação – Ensino Superior**. São Paulo, Cortez, 2015.

BORGES, J.B.C.; FERREIRA, D.L.M.P.; CARVALHO, S.M.R.; MARTINS, A.S.; ANDRADE, R.R.; SILVA, M.A.M. Avaliação da intensidade de dor e da funcionalidade no pós-operatório recente de cirurgia cardíaca. **Rev Bras Cir Cardiovascular**. 2006;21(4):393-402.

BORGES, J.B.C.; CARVALHO, S.M.R.; SILVA, M.A.M. Qualidade do serviço prestado aos pacientes de cirurgia cardíaca do Sistema Único de Saúde-SUS. **Rev Bras Cir Cardiovasc** vol.25 no.2 São José do Rio Preto Apr/June 2010.

BOTTI, S.H.O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Rev Bras Educ Med**. 2008; 32(3): 363-373.

CAPRA, Fritjof; LUISI, Pier Luigi. **A visão sistêmica da vida: uma concepção unificada e suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicas**. São Paulo: Cultrix, 2014. 615p.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**: Resolução 3/2014. Brasília (DF); 2014.

DONABEDIAN, AVEDIS. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Ann Arbor: Health Administration Press, 1985. V II: The methods and findings of quality assessment and monitoring: na Illustrated analysis.

FONTOURA, R.T.; MAYER, C.N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev Bras Enferm Santo Ângelo (RS)**; 2006 jul-ago;59(4):532-7.

GOMES, W.J.; MENDONÇA, J.T.; BRAILE, D.M. Resultados em cirurgia cardiovascular. Oportunidade para discutir o atendimento médico e cardiológico no sistema público de saúde do país. **Rev Bras Cir Cardiovasc**. 2004.

GONZÁLEZ, A.D.; ALMEIDA, M.J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis Revista de Saúde Coletiva** 2010; 20 (2): 551-570

GUIMARÃES, M.R.C. **Os catedráticos de clínica médica e as propostas de reforma do ensino médico no Brasil nas décadas de 1950 e 1960**. Tese – Doutorado em História das Ciências e da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. 2009.

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.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Cardiologia/Cirurgia Cardíaca**. Portaria GM/MS no. 1559, de 1º de agosto de 2008.

MUÑOZ, R.L.S. **Como ocorreu a formação médica ao longo da história?** João Pessoa (PB); 2017.

PAIM, J.S.; SILVA, L.M.V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde** v.12 n.2. São Paulo (SP) ago 2010.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.A.; BERRY, L.L. A conceptual modelo f servisse quality and its implications for future research. **J Marketing**. 1985; 49:41-50.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.A.; BERRY, L.A. ServQual: A multipleitem scale for measuring consumer perceptions of service quality. **J Retailing**. 1988;64(1):12-40.

PARASURAMAN, A.; BERRY, L.A.; ZEITHAMI, V.A. Refinement and reassessment of tha SERVQUAL scale. **J Retailing**. 1991;67(4):420-50

URDAN, A.T. A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente. **Revista de Administração de Empresas** v, 41 n 4 Out/Dez 2001 São Paulo (SP).

TITINGER, D.P.; LISBOA, L.A.F.; MATRANGOLO, B.R.; DALLAN, L.R.P.; DALLAN, L.A.O.; TRINDADE, E.M.; ECKI, I.; FILHO, R.K.; MEJIA, O.A.V.; JATENE, F.B. Custos das Cirurgias Cardíacas Segundo o Risco Pré-Operatório no Sistema Público de Saúde Brasileiro. **Arq. Bras. Cardiol**. vol.105 no.2 São Paulo ago.2015 Epub 23-Jun-2015.