

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

JOÃO BATISTA MOGLIA JUNIOR

**ESCALAS CONCORRENTES PARA MENSURAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO
CLIENTE HOSPITALAR**

São Paulo

2015

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

JOÃO BATISTA MOGLIA JUNIOR

**ESCALAS CONCORRENTES PARA MENSURAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO
CLIENTE HOSPITALAR**

São Paulo

2015

João Batista Moglia Junior

**ESCALAS CONCORRENTES PARA MENSURAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO
CLIENTE HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde**.

Orientador: Prof. Dr. Evandro Luiz Lopes

São Paulo

2015

Moglia Junior, João Batista.

Escalas concorrentes para mensuração da satisfação do cliente hospitalar./ João Batista Moglia Junior. 2015.

93 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2015.

Orientador (a): Prof. Dr. Evandro Luiz Lopes.

1. Satisfação. 2. Atendimento de enfermagem. 3. Avaliação geral do hospital.

I. Lopes, Evandro Luiz.

II. Título

CDU 658:616

JOÃO BATISTA MOGLIA JUNIOR

**ESCALAS CONCORRENTES PARA MENSURAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO
CLIENTE HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde**.

Prof. Dr. Evandro Luiz Lopes – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Prof. Dr. Eduardo Eugênio Spers – Escola Superior de Propaganda e Marketing - ESPM

Prof. Dr. Renato Ribeiro Nogueira Ferraz – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Profissional de Mercado: Profª. Dra. Cristina Helena Costanti Settervall – Conjunto Hospitalar do Mandaqui - CHM

São Paulo, 16 de dezembro de 2015.

**Dedico este trabalho aos meus
queridos pais João Batista Moglia (*in
memoriam*) e Maria Helena dos Santos
Moglia, também à minha amada
esposa Daiana de Souza Silva Moglia e
filha Barbara Moglia.**

AGRADECIMENTO

Primeiramente a Deus pela oportunidade, saúde, e condições de realizar mais este sonho.

Aos meus pais João Batista Moglia (*in memoriam*,) e Maria Helena dos Santos Moglia pelos valores, princípios e apoio.

À minha esposa Daiana de Souza Silva Moglia e filha Barbara Moglia, pela compreensão, companheirismo, carinho e amor.

Aos meus avós, paternos Gaudêncio (*in memoriam*) e Dionizia (*in memoriam*) e maternos, vô Careca (*in memoriam*) e vó Lilli (*in memoriam*), pelo amor, ensinamentos e orações.

Aos meus irmãos, Flávio, Fátima, Fernando (*in memoriam*), Marcos, José, Tereza, Janaina, Fabiana e Ana pelo amor, confiança, apoio, exemplo e todos os ensinamentos.

Aos demais familiares tios, sobrinhos, primos cunhados e amigos pelo amor, incentivo e apoio. Não citarei o nome para não se esquecer de ninguém.

Ao meu orientador Prof. Dr. Evandro, pela paciência, apoio, incentivo e todo o conhecimento que me passou nessa trajetória.

A todos os Professores do Programa de Mestrado Profissional em Administração – Gestão de Sistemas em Saúde pela excelência e todo o conhecimento adquirido.

A todos os meus amigos da turma 2014 e 2013 pela boa convivência, pelas experiências, aventuras e conhecimentos adquiridos em todo o curso e principalmente no módulo internacional.

Ao Prof. Eduardo Storópoli, Reitor da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, pela bolsa de estudos concedida e por acreditar no Programa de Mestrado Profissional em Administração – Gestão de Sistemas em Saúde.

A todos os pacientes, que na vigência do sofrimento, foram fundamentais, contribuindo com o desenvolvimento e resultados desta pesquisa.

**“Como é feliz o homem que acha a
sabedoria, o homem que obtém
entendimento, pois a sabedoria é mais
proveitosa do que a prata e rende mais do
que o ouro. É mais preciosa do que rubis;
nada do que você possa desejar se compara
a ela. ”**

Salomão - Provérbios 3:13-15

RESUMO

A satisfação do cliente hospitalar não é um tema novo, mas ganha importância diante do cenário atual de concorrência, principalmente nos serviços privados. A relevância está na contribuição de uma nova perspectiva de visualização da satisfação do cliente hospitalar. O objetivo geral desse trabalho é identificar para o contexto nacional, qual das escalas de satisfação do paciente é capaz de refletir melhor a avaliação geral do hospital. Para tanto, utilizou-se de 03 escalas de satisfação com o atendimento de enfermagem: A escala PSI de Hinshaw & Atwood, (1982) na versão brasileira de Oliveira (2004), a escala NSNS de Thomas, McColl, Priest, Bond, & Boys, (1996) na versão brasileira de Dorigan & Guirardello (2013), e a escala GPNS de Halcomb, Caldwell, Salamonson, & Davidson (2011) na sua versão já nacionalizada (Moglia Junior, Motta, & Lopes, 2015). E para a avaliação geral do hospital utilizou-se a escala de (Johnston, 1995). Por meio da análise de um modelo de equações estruturais, identificou-se que a escala NSNS é mais adequada para mensuração da qualidade da equipe de enfermagem que as demais escalas testadas.

Palavras-chave: satisfação, atendimento de enfermagem, avaliação geral do hospital.

ABSTRACT

Patient satisfaction is not a new theme but gains importance in the current competitive scenario, mainly in private hospitals. The relevance is in the contribution of a new viewing perspective of the hospital customer's satisfaction. The goal of this study is to identify for the national context which one of the patient satisfaction scales is able to better reflect the general assessment of the hospital. Therefore, we used three satisfaction scales with the nursing care: PSI scale of Hinshaw & Atwood (1982) in the Brazilian version of Oliveira (2004), the NSNS scale of Thomas, McColl, Priest, Bond & Boys (1996) in the Brazilian version of Dorigan & Guidardello (2013), and the GPNS scale of Halcomb, Caldwell, Salamonson & Davidson (2011) in its already nationalized version by Moglia Junior, Motta and Lopes (2015). For the general assessment of the hospital it was used the Johnston scale (1995). Through the analysis of model of structural equations, the NSNS scale was identified as the most appropriate for measuring the quality of the nursing team comparing to the others scales tested.

Keywords: satisfaction, nursing care, overall assessment of hospital.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo do estudo a ser testado.....	42
Figura 2 - Distribuição da amostra por tempo de internação	50
Figura 3 - Distribuição da amostra por idade	50
Figura 4 - Distribuição da amostra por renda.....	52
Figura 5 - Distribuição da renda por sexo	52
Figura 6 - Distribuição da amostra por escolaridade.....	53
Figura 7 - Distribuição do nível de escolaridade por faixa etária.....	54
Figura 8 - Comparação das médias os construtos com as das escalas e do estudo geral.	57
Figura 9 - Distribuição das médias das questões do construto CC.....	58
Figura 10 - Distribuição das médias das questões do construto RIC	59
Figura 11 - Distribuição das médias das questões do construto EPCE	60
Figura 12 - Distribuição das médias das questões do construto SPCE	61
Figura 13 - Distribuição das médias das questões do construto ATP	62
Figura 14 - Distribuição das médias das questões do construto ED.....	63
Figura 15 - Distribuição das médias das questões do construto CO	64
Figura 16 - Distribuição das médias das questões do construto AGH	65
Figura 17 - Caminho estrutural do modelo final	72
Figura 18 - <i>Bootstrap</i> do modelo final	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Principais pesquisas sobre satisfação do paciente	30
Tabela 2 - Principais artigos e citações	35
Tabela 3 - Itens da escala PSI.....	37
Tabela 4 - Itens da escala NSNS	38
Tabela 5 - Itens traduzidos da escala GPNS.....	39
Tabela 6 - Itens utilizados para mensuração da Avaliação geral.....	41
Tabela 7 - Distribuição da amostra no serviço pesquisado	49
Tabela 8 - Dados sobre idade	51
Tabela 9 - Distribuição da amostra por sexo e trabalho	51
Tabela 10 - Médias das questões em ordem decrescente	54
Tabela 11 - Validade convergente	66
Tabela 12 - Validade discriminante rodada 1	67
Tabela 13 - Indicadores validade discriminante 1	67
Tabela 14 - Validade discriminante rodada 2.....	68
Tabela 15 - Indicadores de validade discriminante 2	68
Tabela 16 - Validade discriminante rodada 3.....	69
Tabela 17 - Indicadores de validade discriminante 3	69
Tabela 18 - Validade discriminante rodada 4.....	70
Tabela 19 - Indicadores de validade discriminante 4	70
Tabela 20 - Validade discriminante rodada 5.....	71
Tabela 21 - Análise dos caminhos estruturais - Teste de hipótese	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSI: *American Customer Satisfaction Index*

AGH: Avaliação Geral do Hospital

ATP: Área Técnica Profissional

AVE: *Average Variance Extracted*

β : Beta

Bootstrap: Teste de reamostragem *Bootstrap*

CAAE: Certificado de apresentação para apreciação ética

CARE/SAT: *Care satisfaction*

CC: Confiança e credibilidade na enfermagem

CECSS: *Consumer emergency care satisfaction scale*

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CO: Confiança

COFEN: Conselho Federal de Enfermagem

COMFORTS: *Care in Obstetrics Measure For Testing Satisfaction Scale*

CQI: *Consumer Quality Index*

CSB: *Customer Satisfaction Barometer*

ECSI: *European Customer Satisfaction Index*

ED: Educacional

EPCE: Experiências do paciente com o cuidado de enfermagem

EPCE: Experiências do paciente com o cuidado de enfermagem

ESEN: Escala de Satisfação com Enfermagem

ESCCE: Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem

EUA: Estados Unidos da América

Europep: *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care*

Ex.: exemplo

Fund.: Fundamental

Γ : Gama

GPNS: *General Practice Nurse Satisfaction Scale*

ISP: Instrumento de Satisfação do Paciente

Jd.: Jardim

LOPSS: *La monica oberst Patient Satisfaction scale*

MEE: Modelagem de equações estruturais

n.s. : não significativa

NANDA: *North American Nursing Diagnosis Association*

NSNS: *Newcastle Satisfaction with Nursing Scales*

p – p valor

PESS: *Patient Enablement and Satisfaction Survey*

PPHEN: *Patient perception of Hospital Experience with Nursing*

Pq: Parque

PSI: *Patient Satisfaction Instrument*

PSS: *Patient Satisfaction Scala*

PSS Fin: *Patient Satisfaction Scala - Finland*

QHCQ e SF-36: *Quality Health care Questionnaire e Health survey*

R²: Coeficiente de explicação

RIC: Relacionamento Interpessoal e comunicação com enfermagem

SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem

SCSI: *Swedish Customer Satisfaction Index*

Short GCQ: Escala *Short GCQ*

Sig.: Significância

Smart PLS: *Smart Partial Least Square*

SNHI: *Satisfaction with Nursing Home Instrument*

SPCE: Satisfação do paciente com o cuidado de enfermagem

SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences*

SSE: Satisfação com o Serviço de Enfermagem

SUCE: Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem

SUCEBO: Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem Hospitalar

SUCECS: Satisfação dos Utentes com o Cuidado de Enfermagem

SUCEH: Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem Hospitalar

t: teste t de *student*

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

USP: Universidade de São Paulo

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

VC: Validade convergente

VD: Validade Discriminante

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	OBJETIVOS	18
1.1.1	Objetivo Geral	18
1.1.2	Objetivos Específicos	18
1.2	ESTRUTURA DO TRABALHO	19
2	REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE).....	20
2.1.1	História da enfermagem.....	20
2.1.2	Gestão dos cuidados de enfermagem.....	22
2.2	GESTÃO HOSPITALAR	24
2.2.1	Gestão da qualidade.....	25
2.3	SATISFAÇÃO DO CLIENTE HOSPITALAR	27
2.3.1	Satisfação do cliente	27
2.3.2	Satisfação do paciente no ambiente hospitalar	28
2.3.3	Satisfação do cliente / paciente com atendimento de enfermagem	29
2.3.4	As escalas de satisfação do cliente/paciente com o atendimento de enfermagem	30
2.3.5	Seleção das escalas de satisfação do cliente/paciente	34
2.3.6	Escala de avaliação geral do hospital	40
2.4	MODELO TEÓRICO DO ESTUDO	41
3	MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA	43
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	43
3.2	LOCAL DO ESTUDO	44
3.3	ESCALAS DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE DESTA PESQUISA.....	44
3.4	PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS	45

3.5	PROCEDIMENTOS E ANÁLISE DE DADOS	46
3.6	COMITÊ DE ÉTICA.....	46
4	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA	48
4.1	RESULTADOS	48
4.1.1	Caracterização da amostra	48
4.1.2	Apresentação dos resultados do modelo avaliado	54
5	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
5.1	CONTRIBUIÇÃO TEÓRICA.....	77
5.2	CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA DE GESTÃO EM SAÚDE	78
5.3	LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE PESQUISA FUTURAS	80
5.4	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	81
	REFERÊNCIAS	82
	APÊNDICES.....	888

1 INTRODUÇÃO

A satisfação do cliente hospitalar não é um tema novo, mas a abordagem que é proposta neste estudo tem uma visão diferente da grande maioria dos estudos de satisfação do paciente hospitalar. Ao longo dos anos vem sendo estudada de várias formas (Oliveira & de Brito Guirardello, 2006; Odicino & Guirardello, 2010; Halcomb et al., 2011; Oliveira, 2004; Hinshaw & Atwood, 1982; Cacique et al., 2012; Moura & Luce, 2004), por exemplo, de forma bem generalizada como satisfação geral vendo pontos específicos como portaria, recepção, acomodação, instalação, tecnologia, exames realizados e também em relação ao atendimento de profissionais específicos da saúde, principalmente com médicos e enfermeiros, além de outros profissionais de saúde como fonoaudiólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros.

A avaliação da satisfação do cliente hospitalar cada vez mais vem ganhando força neste cenário atual de ampla concorrência, principalmente nos serviços privados. Entende-se que o cliente satisfeito tem confiança, podendo desenvolver lealdade e fidelização ao serviço com potencial de reutilização e recomendação, assim contribuindo para a sobrevivência do serviço hospitalar.

Dentro do serviço hospitalar, para avaliar a satisfação do cliente, analisamos os profissionais de saúde que atendem o cliente, e dentre todos os que mantém maior relacionamento com o cliente são as categorias médica e de enfermagem, observa-se que o atendimento médico é contínuo em Unidades de Terapia Intensiva, Unidades Semi-Intensiva, e Pronto-socorro, mas nas unidades de internações, como enfermarias clínicas e cirúrgicas o atendimento é pontual, ele faz o exame clínico, solicita exames, prescreve as medicações e retorna no dia seguinte para reavaliar o paciente, sendo que as intercorrências são atendidas por outro médico plantonista específico para intercorrências, ou do Pronto-socorro. O enfermeiro fica responsável pela unidade e todos os clientes nas 24 horas. Ele também examina o paciente e prescreve os cuidados básicos de saúde como controle de sinais vitais, alimentação, higiene, movimentação e transporte que auxiliam ao tratamento médico. Aos outros membros da equipe de enfermagem como os técnicos de enfermagem e aos auxiliares de enfermagem cabem seguir as prescrições médicas e de enfermagem, portanto entende-se que a clientela internada acaba tendo maior contato com a equipe de enfermagem, em todas as unidades do hospital, pela natureza do serviço.

O contato mais expressivo da enfermagem com o cliente faz com que a marca da instituição acabe por refletir nesta categoria, com grande peso. Deste modo, na revisão teórica deste estudo, verificou-se que em nível mundial existem algumas escalas de satisfação do cliente com a enfermagem, e que algumas estão validadas para a cultura brasileira. Logo, devido a este contato mais expressivo da enfermagem com o cliente, e a existência de alguns instrumentos de avaliação desta satisfação no mundo, definiu-se a enfermagem para a base deste estudo.

A relevância deste estudo está na contribuição aos pesquisadores acadêmicos e principalmente aos gestores dos serviços de saúde sobre uma nova perspectiva de visualizar a satisfação do cliente hospitalar. Hoje há muitas escalas que medem a satisfação do cliente hospitalar, e devido ao grande número de escalas, fica difícil estabelecer a melhor. Por isso, é importante para o gestor conhecer as escalas de maior relevância mundial e identificar a melhor para o contexto brasileiro e também relacioná-las com a avaliação geral do hospital.

Assim, para este estudo tem-se a seguinte questão de pesquisa: qual escala de mensuração da satisfação do cliente com o atendimento de enfermagem estudada tem a melhor relação com a avaliação geral que o cliente faz do hospital?

1.1 OBJETIVOS

Os objetivos desse estudo serão apresentados a seguir.

1.1.1 Objetivo Geral

Identificar para o contexto nacional qual das escalas de satisfação do paciente com o serviço de enfermagem é mais eficaz.

1.1.2 Objetivos Específicos

Comparar escalas concorrentes que medem a satisfação do cliente com o atendimento de enfermagem.

Verificar se as escalas de satisfação do cliente com o atendimento de enfermagem medem a avaliação geral do hospital.

Estabelecer a melhor escala de satisfação do cliente com o atendimento de enfermagem.

Contribuir para a gestão de serviços de saúde com um indicador de saúde com relevância na imagem do hospital.

1.2 ESTRUTURA DO TRABALHO

Para responder a questão de pesquisa e aos objetivos gerais e específicos deste estudo prossegue-se com o referencial teórico. Posteriormente a metodologia empregada para responder esta pesquisa, os resultados, a análise dos resultados, as contribuições e as conclusões.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O objetivo dessa seção é discorrer sobre os principais conceitos teóricos que embasam essa pesquisa, e os polos teóricos utilizados são a Sistematização da Assistência de Enfermagem, a Satisfação do Cliente Hospitalar e a Gestão Hospitalar. Na sequência, ao final deste tópico, propõe-se o modelo teórico do estudo.

2.1 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)

A SAE é um conjunto de ações de enfermagem organizada para garantir o cuidado com qualidade. A seguir, para entender melhor a SAE é feita uma descrição da história da enfermagem e da gestão dos cuidados de enfermagem.

2.1.1 História da enfermagem

Para entender como funciona o atendimento de enfermagem inicia-se agora um breve histórico.

Os primeiros achados sobre a enfermagem segundo Nauderer & Lima (2005) foram encontrados na Bíblia, no Antigo Testamento. E ao longo dos séculos a figura do enfermeiro foi evoluindo para a pessoa que cuida dos enfermos.

Nos primórdios, o cuidado era considerado como parte da natureza feminina, entretanto, esta afirmativa perdeu forças, haja vista o cuidado ser desempenhado em toda a vida, desde a saúde até a doença. O cuidar é inerente ao ser humano. O enfermeiro une o cuidado ao conhecimento científico, surgindo assim o cuidado de enfermagem baseado em evidências (Barcellos, 2015; Galvão, Sawada, & Trevizan, 2004).

Em Waldow (2001), vê-se que a função de cuidar, nas civilizações antigas e na Idade Média, era função da mulher e situava-se em especial na assistência ao parto. Em Lunardi (1998) identificamos que a origem da enfermagem está ligada ao cuidado materno. Para Oguisso (2005), a história da Enfermagem diz respeito ao cuidar, base de atividade que tem início em meados do século XIX. Os primeiros Manuais de Enfermagem desenvolveram-se nos países europeus no norte do continente principalmente nos atingidos pelos movimentos da Reforma Protestante, como a Alemanha e a Inglaterra. Já nos países católicos localizados do

sul da Europa, como França, Espanha, Portugal e Itália, os cuidados de enfermagem estreitaram-se à vocação religiosa.

Um dos Grandes nomes da enfermagem é o de Florence Nightingale, que participou da guerra da Criméia em 1854, com sua teoria ambientalista, na qual separava os feridos de guerra por sua gravidade, criando conseqüentemente ambientes diferentes, de maior e menor gravidade. Em 1860, ela auxiliou na construção da Escola de Enfermagem Nightingale, no Hospital Saint Thomas, na Inglaterra, o que passou a valorizar a categoria como profissão e concorreu para reconhecê-la mundialmente. Por tal contribuição, Florence é a precursora da enfermagem, pois elevou o *status* dessa carreira, qualificando a assistência por meio de seus ensinamentos. No Brasil, a enfermeira Anna Nery participou da Guerra do Paraguai, em 1923, onde teve atuação semelhante a da Florence Nightingale, observando os clientes que necessitavam de cuidados imediatos. Posteriormente ela criou a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde, no Brasil (Amante, Anders, Meirelles, Padilha, & Kletemberg, 2010; Cardozo, Silva, Guilherme, Ferreira, & others, 2015).

Na década de 50, a enfermagem começa a vislumbrar outros campos distinguindo cliente da enfermagem entre os doentes e os sãos, deixando o olhar curativo e adquirindo um mais intervencionista (Rodrigues, Pereira, & Amendoeira, 2015).

Entre os anos 50 e 60 começa a surgir nos Estados Unidos uma visão de processo de enfermagem, trazendo um marco na assistência de enfermagem, deste modo vários autores contribuíram para a base do cuidado de enfermagem sistematizado, como: Hildegard Peplau, Lydia Hall, Faye Abdellah, Myra Levine, Madeleine Leininger, Virginia Henderson, Dorothy Johnson, Ida Orlando, Imogene King, Jean Watson, Margaret Newman, Callista Roy e Dorothea Orem (Moorhouse & Doenges, 1994).

No Brasil na década de 1950 uma importante lei foi sancionada, a lei Nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, que regula o exercício da enfermagem profissional, promulgada por João Fernandes Campos Café Filho, 18º presidente do Brasil, junto com os Ministros Cândido Motta Filho, Ministro da Educação e Cultura e Napoleão de Alencastro Guimarães, Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio do Brasil.

Já na década de 1970 no Brasil, dois importantes acontecimentos ocorreram para a enfermagem brasileira, a lei Nº 5.905, de 12 de julho de 1973, que trata da criação dos conselhos federal e regionais de enfermagem, promulgada por Emílio Garrastazu Médici, 28º presidente do Brasil e Júlio de Carvalho Barata Ministro do Trabalho e Previdência Social. E o outro grande acontecimento foi a Teoria das Necessidades Básicas, da Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) Wanda de Aguiar Horta, baseada em

Maslow, na qual influenciou a prática cotidiana do cuidado de enfermagem, dando base para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (Vall, Lemos, & Janebro, 2005; Horta, 1975; Horta, 1979).

Seguindo a trajetória legal, na década de 1980 a lei Nº 7.498 de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem foi promulgada por José Sarney 31º presidente do Brasil, e Almir Pazzianotto Pinto Ministro do Trabalho.

No âmbito internacional foi fundada em 1982 a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) com o objetivo de padronizar a terminologia da enfermagem e relançada em 2002 como NANDA internacional para desenvolver os termos de enfermagem (Garces, 2010).

E na década de 1990, a lei Nº 8.967, de 28 de dezembro de 1994, que altera a redação do parágrafo único do art. 23 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem foi promulgada por Itamar Augusto Cautiero Franco, 33º Presidente da República do Brasil e por Marcelo Pimentel Ministro do Trabalho do Brasil.

Já seguindo esta trajetória o Conselho Federal de Enfermagem na década de 2000 aprova importantes resoluções, como a Resolução COFEN Nº 311/2007 que Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, a Resolução COFEN Nº 370/2010 que Altera o Código de Processo Ético das Autarquias Profissionais de Enfermagem para aperfeiçoar as regras e procedimentos sobre o processo éticoprofissional que envolvem os profissionais de enfermagem e Aprova o Código de Processo Ético. E as resoluções que tratam da Sistematização da Enfermagem: Resolução COFEN Nº 272/2002 – Revogada pela Resolução COFEN Nº 358/2009 que dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem.

2.1.2 Gestão dos cuidados de enfermagem

O cuidado de enfermagem acontece na relação profissional de enfermagem com o paciente/cliente, e vai de um simples aperto de mão até um procedimento de alta complexidade (Barcellos, 2015; Haddad, 2000).

A definição mais conhecida de enfermagem é a ciência e arte do cuidar, prezando em sua marca o cuidado com a vida humana, que traz junto consigo o bem estar físico, psíquico e social (Gusmão, dos Santos, da Costa, & dos Santos Maia, 2015).

Esta é a essência do cuidar, do cuidado de enfermagem que para Waldow (2015) tem um sentido maior e mais amplo, não apenas a realização de um procedimento, e sim uma conotação moral e enobrecedora da arte do cuidar do ser humano, cuidar do outro, que requer envolvimento e comprometimento.

Um ponto importante do cuidado é a corresponsabilização como um fator primordial evitando a exclusão da parte envolvida no cuidado, permitindo uma resolubilidade maior das demandas em saúde (Rodrigues et al., 2015).

No Brasil a categoria de enfermagem é composta por profissionais de nível médio que são os auxiliares de enfermagem e os técnicos de enfermagem, e o profissional de nível superior: o enfermeiro, responsável por toda a Sistematização da Assistência de Enfermagem (Lei n. 7.498, 1986).

Há alguns anos no Brasil, o cuidado de enfermagem é baseado pela resolução que determina a criação da Sistematização da Assistência de Enfermagem que é uma forma de cuidar organizada em etapas, vindo para facilitar o trabalho de enfermagem (Conselho Federal de Enfermagem, 2009).

A Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que trata da Sistematização da Assistência de Enfermagem, prevê sua obrigação em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o atendimento do profissional de Enfermagem. Refere-se a todas as instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, entre outros (Conselho Federal de Enfermagem, 2009).

A SAE consiste em um processo sequencial de etapas: o Histórico de Enfermagem quando se procedem a anamnese e o exame físico. A segunda etapa é o diagnóstico de enfermagem baseado no livro e diagnóstico da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA); como terceira etapa inicia-se o planejamento assistencial das ações que o profissional e sua equipe executarão. Na prescrição de enfermagem, o que seria a quarta etapa, faz-se a descrição em impresso próprio de enfermagem do que sua equipe deverá executar de cuidados ao paciente nas 24 horas e então, como etapa final, procede-se acerca da evolução do caso em dia subsequente, em caráter avaliativo de suas condutas e se fazem os ajustes necessários (Garces, 2010).

Ao gestor em saúde foi constatado a importância do cumprimento da resolução do COFEN N° 358/09, a qual obriga a realização da SAE em todos os estabelecimentos de saúde assistidos por enfermeiros (Conselho Federal de Enfermagem, 2009). Hoje os novos enfermeiros que chegam ao campo de trabalho não têm uma boa base teórica da assistência de Enfermagem, apenas demonstram preocupações sobre as realizações corretas de técnicas, adquiridas na graduação, porém com muitas limitações na prestação do cuidado integral e baixo desempenho crítico-reflexivo; logo, é muito importante ao gestor em saúde ter como constância um bom serviço e uma permanente ressignificação educacional (Barcellos, 2015).

A SAE permite a mensuração da qualidade da assistência prestada pela enfermagem aos clientes/pacientes por meio de indicadores e por auditoria. Serve também para criar o planejamento das ações e procedimentos de enfermagem, e dão base para a compra de insumos e equipamentos hospitalares (Harada, 2011).

2.2 GESTÃO HOSPITALAR

Dentro da gestão hospitalar a avaliação dos serviços feitos pelos clientes cada vez mais ganham força e acabam por direcionar os gestores em saúde a buscarem a qualidade dos seus serviços, mas é muito difícil entender as expectativas do cliente em relação aos serviços prestados. Muitas estratégias têm sido adotadas pelos gestores em saúde, baseado nestas opiniões. Por isso, ouvir e observar o cliente é fundamental, para conseguir entender o comportamento do cliente e implementar ações que resultem em melhorias nos serviços prestados e no ambiente hospitalar (Kotaka, Pacheco, & Higaki, 1997).

Em Juran (1990), citado por Rodrigues, Silva, Severino, Souza, & Kanaane (2010) viu-se que para compreender a real necessidade do cliente é necessário ir muito mais além do que do que é observado é preciso descobrir quais são as suas necessidades não mencionadas. E para compreendê-lo utilizou-se do seguinte método: ser o cliente, comunicação com o cliente e simulação do uso dos serviços dos clientes.

Assim, para um gestor em saúde conseguir atender às solicitações dos clientes deve conhecer a complexidade de seu hospital e da repercussão das ações implementadas e buscar entender os processos de trabalho da organização. O gestor precisa conhecer ou ter noção do sistema de direção e controle que envolve os demais seguimentos da organização, ou seja, a governança. Uma técnica para compreender o funcionamento da empresa/hospital/serviço de

saúde seria por meio de uma ilustração dos processos de trabalho, fazendo-se portanto uma representação, denominada modelagem (Araújo, Garcia, & Martines, 2011).

A satisfação do cliente/paciente é um importante indicador de qualidade do atendimento. As unidades de saúde estão cada vez mais interessadas em manter elevados níveis de satisfação, a fim de manterem-se competitivas no mercado de saúde, além de que os pacientes devem ser vistos como “consumidores” de saúde (Wagner & Bear, 2009); o que acaba a forçar o hospital a investir na atualização e padronização das ações de seus profissionais. E com a concorrência entre hospitais que visam o lucro e a consolidação de sua marca no mercado de negócios em saúde, tem-se aberto grande campo de pesquisa e diversos autores têm pesquisado sobre como aperfeiçoar a tecnologia, exames modernos de alta complexidade, acomodações de alto padrão, equipe com conhecimento científico e qualidade no atendimento.

Qual o segredo para deixar um cliente satisfeito com o serviço prestado diante de tanta concorrência? O que fazer para que ele volte a utilizar a instituição? Qual a intenção do cliente em recomendar a instituição aos amigos, colegas e parentes? Como gerar no cliente uma confiança no hospital, na sua equipe multiprofissional, na sua tecnologia e nas suas instalações? Como avaliar os serviços prestados, a qualidade da assistência, atendendo de modo simplificado a percepção e expectativas do cliente? Estas e muitas outras indagações fazem parte do cotidiano de gestores em saúde. Porém, nossa pesquisa não tem a pretensão de responder tais questões todavia sim mostrar ao gestor qual o melhor instrumento de mensuração de satisfação do cliente em relação à enfermagem para lhe conduzir a algumas respostas (Silva & da Silva, 2014).

2.2.1 Gestão da qualidade

Neste tópico é abordado um ponto muito importante e fundamental a este trabalho e a todos os serviços de saúde: a gestão da qualidade e se inicia com a percepção de Donabedian, (1969) que diz ser extremamente difícil definir o que é qualidade, pois a qualidade é composta por um grande conjunto de características diferentes e com pesos e formas de avaliação muito diferentes, como por exemplo é comum associar a qualidade com custo-eficiência ou custo-benefício.

Os resultados, em geral, são os validadores da eficácia e da qualidade dos cuidados. Porém uma outra abordagem é necessária, a que avalie o processo de atendimento em si, pois os resultados mostram a visão do final, o resultado bom ou o ruim. Na ótica de Donabedian

(1966) há uma necessidade de separar os valores dos elementos do processo, os quais devem ser aprofundados e melhor compreendidos antes que qualquer juízo de valor possa ser anexado ao processo. Então uma investigação das deficiências ou pontos fortes do processo deve ser realizado para valorizar o resultado (Donabedian, 1969).

Ao falar de qualidade é comum fazermos relação à sociedade com nossa expectativa individual, que também é influenciada pela expectativa de qualidade da sociedade como um todo; então, ao falar de qualidade diz-se de um produto ou serviço e se este produto ou serviço atendeu ou não às nossas expectativas ou mesmo se as superou (Silva *et al.*, 2015).

Os valores de qualidade para a sociedade estão em constante mudanças e determinar a percepção de qualidade de uma sociedade torna-se um trabalho de constante aperfeiçoamento, visto que as facetas da qualidade são modificadas conforme a sociedade evolui. Neste sentido a relação de qualidade percebida sobre a avaliação do serviço é fundamental para o crescimento e desenvolvimento da instituição de saúde (Fadel & Regis Filho, 2009).

Para avaliar a qualidade de um serviço hospitalar considera-se também o que Silva & da Silva (2014) traz como boa referência para a imagem do hospital que trabalha bem o seu *marketing*, aproveitando-se do conceito “hospital-empresa” levando vantagem sobre os seus concorrentes que não dão a devida importância ao tema, pois ao se preocupar com a imagem de seu serviço de saúde, já estão à frente de seus concorrentes e buscam não só atender ao seu cliente mas também o que é mais importante: deixá-lo satisfeito.

Nas observações da pesquisa de Donabedian (1966) viu-se que os hospitais foram avaliados e classificados usando opiniões sobre a qualidade, levando em consideração os cuidados médicos, as outras categorias de profissionais, o conhecimento da comunidade e outras características. Notou-se também que estudos de qualidade estão geralmente preocupados com o cuidado real fornecido por uma categoria de profissionais, o cuidado real recebido e a capacidade dos profissionais de prestarem cuidados. A realização de uma avaliação multidimensional da assistência médica é custosa e trabalhosa. Os dados que podem ser utilizados nas pesquisas envolvem aspectos de estrutura, processo ou resultado. E os requisitos para bons indicadores é que eles sejam facilmente, rotineiramente mensuráveis e validados. Outros aspectos de qualidade hospitalar envolvem ainda índices tradicionais de qualidade da assistência hospitalar, incluindo as taxas de mortalidade, infecção pós-operatória, cesariana, entre outros.

A qualidade do serviço oferecido tem papel fundamental na repercussão da avaliação e satisfação do paciente sobre os serviços oferecidos e esta percepção do paciente é avaliada direta e indiretamente, levando em conta o desempenho da organização, serviços oferecidos, a

limpeza, a organização, a acomodação, a aparência, o conhecimento técnico de seus profissionais, a atenção, a cortesia no atendimento, a demonstração de conhecimento de ponta, a tecnologia, a inovação, o ensino e a pesquisa. Tudo isso faz com que o cliente sinta confiança e credibilidade no profissional e na instituição o que pode acarretar diretamente a satisfação e fidelização do cliente (Fialho & Sousa, 2014).

Em gestão de serviços de saúde, sabe-se que a qualidade da assistência ou dos serviços prestados refletem diretamente na satisfação do cliente, e em Souza, Nascimento, Santos, Gomes, & Machado (2015) coloca-se que a qualidade e satisfação do cliente estão muito próximos. Dessa forma, para finalizar este tópico ressalta-se neste trabalho que a busca da qualidade nunca pode acabar (Donabedian, 1969).

2.3 SATISFAÇÃO DO CLIENTE HOSPITALAR

Neste tópico será abordado a satisfação do cliente hospitalar, e para iniciar será apresentada a história da satisfação do cliente, seguidos de satisfação do cliente no ambiente hospitalar, satisfação do cliente com o atendimento de enfermagem, escalas de satisfação do cliente com o atendimento de enfermagem e por fim da seleção das escalas de satisfação do cliente com o atendimento de enfermagem.

2.3.1 Satisfação do cliente

A origem da palavra satisfação é originária do advérbio *satis*, (bastante, suficiente, em quantidade adequada) mais o verbo *facere* (fazer), ambos do latim clássico, o que poderia carregar o significado de “fazer do modo desejado” e a palavra cliente vem de *cliens*, que era o indivíduo que dependia da proteção de outro na Roma antiga (Consultório Etmológico, [s.d.]).

Nas últimas décadas, as mudanças na economia mundial tem fortalecido o crescimento das empresas, a disputa por mercados e o desejo de manter seus clientes, contribuindo para a sobrevivência da empresa (Fornell, Johnson, Anderson, Cha, & Bryant, 1996).

A partir deste pensamento começou-se a desenvolver métodos para efetuar a mensuração da satisfação do cliente. Na década de 1980, foi desenvolvido na Suécia o *Swedish Customer Satisfaction Index* (SCSI), um instrumento sueco de satisfação do cliente; e alguns anos depois instrumentos semelhantes foram desenvolvidos na Alemanha, em Israel, em

Taiwan e na Nova Zelândia, contudo o grande marco de mensuração da satisfação do cliente foi em 1994 com o *American Customer Satisfaction Index* (ACSI) (Fornell et al., 1996). Na Europa, o ACSI foi a base para o *European Customer Satisfaction Index* (ECSI) (Urdan & Rodrigues, 1999).

O primeiro índice de satisfação do cliente foi o *Customer Satisfaction Barometer* (CSB), desenvolvido na Suécia, em mais de 30 indústrias e mais de 100 empresas (Fornell, 1992). O modelo ACSI também foi traduzido e deu origem a muitos trabalhos publicados no Brasil (Urdan & Rodrigues, 1999).

2.3.2 Satisfação do paciente no ambiente hospitalar

A satisfação do paciente é considerada um fenômeno complexo que inclui o relacionamento com a equipe multiprofissional, o ambiente físico hospitalar, as instalações, os equipamentos e tecnologias e a atualização da equipe multiprofissional (Odinino & Guirardello, 2010). Em uma internação hospitalar o cliente/paciente sai de seu ambiente “casa, família e trabalho” e tem que se adaptar a normas e rotinas, como: limitação ao seu quarto, restrição de contato com familiares, de intimidade, roupas privativas, o não uso de seus pertences particulares, compartilhar espaço com estranhos, mudança nos hábitos de alimentação e muitos procedimentos que são realizados à noite causando interrupções do sono; entre outros, estes fatores já são suficientes para causarem insatisfação com o atendimento (Oliveira & de Brito Guirardello, 2006; Odinino & Guirardello, 2010).

As pesquisas de satisfação mostram a visão momentânea do cliente e o momento da instituição de saúde e ambos devem ser aprimorados dia a dia. Os serviços de saúde pedem investimento para atender às novas demandas da população (Machado & Nogueira, 2008). Com isso aponta aos Gestores, sob a ótica do cliente, qual direcionamento dar aos recursos a fim de atender estas demandas que estão em constante modificação (Polizer & D’innocenzo, 2006).

A satisfação do cliente/paciente visa a excelência do atendimento, a prestação de serviços em saúde, o atendimento às necessidades e anseios do cliente/paciente, atrair e fidelizar todos os clientes, sejam visitantes, pacientes ou acompanhantes. As instituições de saúde têm a necessidade de estabelecerem um vínculo satisfatório com todos os seus clientes a fim de que a qualidade da assistência mais a satisfação do cliente/paciente se tornem a sua principal ferramenta de marketing hospitalar (Silva & da Silva, 2014).

2.3.3 Satisfação do cliente / paciente com atendimento de enfermagem

A compreensão da percepção do cliente deve ser o ponto de partida para entender a sua satisfação. O cliente não tem conhecimento das técnicas de enfermagem, e na sua avaliação considera o que tem de conhecimento sobre qualidade e o relacionamento interpessoal (Halcomb et al., 2011).

O olhar do cliente sobre os cuidados de enfermagem é importante para direcionar melhorias na assistência de qualidade dos serviços em saúde (Alves & D’Innocenzo, 2009). A internação é um momento de fragilidade do paciente, fragilidade física e/ou psicológica. Neste momento deve-se tomar cuidado com as pesquisas de satisfação do paciente internado, pois sua condição pode induzir a falsas respostas, devido o medo de represalias, por isso é importante realizar pesquisas com uma parcela dos pacientes fora do ambiente hospital (Halcomb et al., 2011).

A satisfação do paciente pode ser entendida como a percepção de suas necessidades aliada ao atendimento de suas expectativas, bem como a avaliação das características e dos resultados de sua experiência com o tratamento. Pacientes satisfeitos têm melhor adesão ao tratamento, fornecem informações mais fidedignas aos profissionais que os assistem e tendem a continuar utilizando os serviços de saúde. A literatura também sugere a existência de uma correlação positiva entre satisfação e qualidade de vida (Oliveira, 2004).

A satisfação do paciente é considerada um construto complexo e multifatorial que inclui o relacionamento com a equipe multiprofissional, com o ambiente físico e com o ambiente organizacional. Sua avaliação como um indicador de resultados propicia o envolvimento do paciente em seu próprio cuidado, o que possibilita que sejam identificados aspectos que necessitam de maior atenção pelos profissionais de saúde, bem como suas necessidades e prioridades para a assistência em saúde (Odinino & Guirardello, 2010; Guirardello, 2011).

Uma definição de satisfação do paciente, que é bem aceita por muitos pesquisadores sobre satisfação com o atendimento de enfermagem, é a de Risser (1975), que a considera como o grau de congruência entre as expectativas e as percepções subjetivas do paciente sobre o cuidado de enfermagem recebido durante sua estadia hospitalar.

Importante deixar claro que não se pode ter a satisfação do cliente sem conhecer sua opinião, para tanto é necessário um processo de pesquisa e análise, para isso emprega-se um

método de análise estatística, entretanto pode-se conhecer o cliente e as suas expectativas (Siqueira, Leão, Daltro, & Gimenez, 2014).

2.3.4 As escalas de satisfação do cliente/paciente com o atendimento de enfermagem

As pesquisas de satisfação do paciente têm origem na década de 1970, com o objetivo de melhores resultados clínicos por meio de adesão ao tratamento (Vaitsman & Andrade, 2005). Uma das principais escalas de satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem foi desenvolvida e testada por Risser (1975). Este trabalho é pioneiro e foi muito replicado mundialmente por centenas de vezes e em vários países, dando origem a várias adaptações.

Nas décadas de 1980, 90 e anos 2000, várias escalas que mensuram a satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem foram desenvolvidas em diversos países, sempre valorizando a visão, percepção e julgamento do cliente hospitalizado, sendo que a valorização da queixa do paciente tem sido cada vez mais observada como indicador importante na gestão do cuidado (Oliveira, 2004).

Durante esta pesquisa foi feito um levantamento das escalas de satisfação do paciente com o atendimento de enfermagem, e na Tabela 1 são apresentados os principais trabalhos.

Tabela 1 – Principais pesquisas sobre satisfação do paciente

País	Autor	Ano	Escala	Sigla	Base do estudo
<i>General Practice Nurse Satisfaction Scala</i>					
Austrália	Halcomb <i>et al.</i>	2011		GPNS	GPNS
Brasil	Moglia, Motta, Lopes	2015		GPNS	GPNS
<i>Instrumento de Satisfação do Paciente</i>					
Brasil	Oliveira e Guirardello	2006		ISP	PSI
Brasil	Dorigan e Guirardello	2010		ISP	PSI
Brasil	Odinino e Guirardello	2010		ISP	PSI
Portugal	Silva	2011		ISP	PSI
Brasil	Levandovski	2013		ISP	PSI
Brasil	Freitas <i>et al.</i>	2014		ISP	PSI

Brasil	Moraes	2014	ISP	PSI
--------	--------	------	-----	-----

Patient Satisfaction Instrument

Não informado	Kovner	1989	PSI	PSI
Não informado	Sirguthardottir	1996	PSI	PSS
Não informado	Willians	1997	PSI	PSI
Não informado	Kangas <i>et al.</i>	1999	PSI	PSI
Não informado	Yu-Chuan	2001	PSI	PSI
Irã	Joolae <i>et al.</i>	2011	PSI	PSI

Patient Satisfaction Scala

Não informado	Risser	1975	PSS	PSS
Não informado	Ventura <i>et al.</i>	1981	PSS	PSS
Não informado	Ventura	1982	PSS	PSS
Não informado	Yellen	2002	PSS	PSS
Finlândia	Suhonen	2007	PSS-fin	PSS
Grécia	Charalambous	2012	PSS	PSS
Grécia	Charalambous e Adamakidou	2012	PSS	PSS
Portugal	Saruga <i>et al.</i>	2013	PSS	PSS

La monica oberst Patient Satisfaction scale

Não informado	La monica <i>et al.</i>	1986	LOPSS	PSS
Egito	Zahr <i>et al.</i>	1991	LOPSS	LOPSS
Não informado	Munro	1994	LOPSS	LOPSS
Não informado	Gillead e Reed	1998	LOPSS	LOPSS
Não informado	O'connell <i>et al.</i>	1999	LOPSS	LOPSS
Não informado	Di Twigg <i>et al.</i>	1999	LOPSS	LOPSS
Nigéria	Eegunranti <i>et al.</i>	2015	LOPSS	LOPSS

Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem

Portugal	Rodrigues e Dias	2003	ESCCE	LOPSS
----------	------------------	------	-------	-------

Portugal	Dinis	2013		ESCCE	LOPSS
Portugal	Ribeiro <i>et al.</i>	2014		ESCCE	LOPSS

Newcastle Satisfaction with Nursing Scales

Não informado	McColl <i>et al.</i>	1996		NSNS	NSNS
Não informado	Thomas <i>et al.</i>	1996		NSNS	NSNS
Portugal	Dias e Rodrigues	2002		NSNS	NSNS
Jordânia	Alasad já	2003		NSNS	NSNS
Jordânia	Ahmad mm 2004	2004		NSNS	NSNS
Canada	Peterson	2005		NSNS	NSNS
Espanha	Alonso	2005		NSNS	NSNS
Não informado	Peterson	2007		NSNS	NSNS
Itália	Piredda	2007		NSNS	NSNS
Polônia	Gutysz- Wojnicka & Dyk	2007		NSNS	NSNS
Turquia	Akin s	2007		NSNS	NSNS
Jordânia	Alhusban	2009		NSNS	NSNS
Portugal	Rodrigues	2010		ESEN	NSNS
Portugal	Rodrigues SPF	2010		NSNS	NSNS
Brasil	Dorigan e Guirardello	2013		NSNS	NSNS
Polônia	Dyk Wojnicka et al	2014		NSNS	NSNS
Arábia Saudita	Qahtani e Qahtani	2015		NSNS	NSNS

Outras escalas

Não informado	Larson e Ferketich	1993	<i>Care satisfaction</i>	CARE/SAT	CARE/SAT
Austrália	Meehan	1999	<i>Consumer emergency care satisfaction scale</i>	CECSS	CECSS
Não informado	Janssen <i>et al.</i>	2006	<i>COMFORTS</i>	COMFORTS	COMFORTS
Holanda	Wiegers	2009	<i>Consumer Quality Index</i>	CQI	CQI
Portugal	Cerqueira	2012	<i>Questionário Europep</i>	Europep	Europep

Não informado	Nahm, Helen	1950	<i>Hoppock Job</i>	Hoppock Job	
Austrália	Desborough <i>et al.</i>	2013	<i>Patient Enablement and Satisfaction Survey (PESS)</i>	PESS	
Não informado	Dozier <i>et al.</i>	2001	<i>Patient perception of Hospital Experience With Nursing</i>	PPHEN	PPHEN
Não informado	Oermann e Templin	2000	<i>Qualith Health care Questionnaire e Health survey</i>	QHCQ e SF-36	QHCQ e SF-36
Portugal	Souza, Peixoto e Martins	2008	<i>Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem</i>	SUCE	Ribeiro, 2005
Portugal	Chaves <i>et al.</i>	2013	<i>Escala Short GCQ</i>	Short GCQ	Short GCQ
Não informado	Ryden <i>et al.</i>	2000	<i>Satisfaction with Nursing Home Instrument</i>	SNHI	SNHI
Portugal	Clemente <i>et al.</i>	2008	<i>Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Bloco Operatório</i>	SUCEBO	Ribeiro, 2003
Não informado	Alves	2009	<i>Satisfação com Utentes com os Cuidados de Enfermagem</i>	SUCECS	Ribeiro, 2003
Portugal	Gomes	2008	<i>Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem Hospitalar</i>	SUCEH	Ribeiro, 2003
Portugal	Ribeiro	2003	<i>Satisfação dos Utentes com o Cuidado de Enfermagem</i>	SUCEH e SUCECS	SUCEH e SUCECS
Portugal	Alves	2007	<i>Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem Hospitalar</i>	SUCEH e SUCECS	Ribeiro, 2003

O grande marco para as pesquisas de satisfação do paciente com o atendimento de enfermagem é o instrumento denominado *Patient Satisfaction Scala* (PSS) de Nancy L. Risser de 1975, que investiga a satisfação do paciente com a enfermagem em nível ambulatorial. Esta escala de satisfação do cliente com a enfermagem foi traduzida e adaptada em vários estudos, conforme fora exposto no decorrer desta secção e como mostra a Tabela 1 (Risser, 1975).

Hinshaw & Atwood (1982) realizaram uma adaptação da escala de satisfação PSS de Risser (1975) para o ambiente hospitalar e foi renomeada para *Patient Satisfaction Instrument* (PSI), após uma série de cinco longos estudos clínicos com pacientes internados e ambulatorias, com uma amostra de 600 indivíduos. Esta escala (PSI) foi traduzida e muito replicada mundialmente e também foi adaptada para a cultura brasileira por Oliveira (2004), como apresentado na Tabela 1.

No estudo de La Monica, Oberst, Madea, & Wolf (1986) a escala PSS foi adaptada novamente e replicado em outro contexto sendo renomeado como *Lamonica Orbest Patient Satisfaction Scala* (LOPSS) e esta escala também é muito replicada.

Thomas et al. (1996) desenvolveram o *Newcastle satisfaction with nursing scales* (NSNS), uma escala de satisfação com o atendimento de enfermagem que também foi traduzida e adaptada à cultura brasileira por Dorigan, de Brito Guirardello, da Silva, & McColl (2014) e também é uma das principais escalas de satisfação.

Outras escalas de satisfação foram criadas como a de Larson & Ferketich (1993) os quais desenvolveram o instrumento de mensuração de satisfação denominado *Care satisfaction* (CARE/SAT). Em 2001 outra escala de satisfação com o serviço de enfermagem foi desenvolvido por Dozier, Kitzman, Ingersoll, Holmberg, & Schultz (2001) no qual nomearam o instrumento de mensuração em *Patient Perception of Hospital Experience with Nursing* (PPHEN).

O trabalho de Ribeiro (2003) foi o primeiro instrumento de medição da satisfação com o serviço de enfermagem em língua portuguesa, porém para a cultura portuguesa, e tal instrumento nunca foi testado no Brasil, o instrumento foi denominado de Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem Hospitalar (SUCEH).

Na Austrália, Halcomb et al., (2011) desenvolveu um instrumento de satisfação chamado de *General Practice Nurse Satisfaction Scale* (GPNS), traduzido e adaptado para o Brasil por Moglia Junior, Motta, & Lopes (2015). E Assim neste tópico elencaram-se as principais escalas de satisfação em nível mundial, visto na Tabela 1 com os principais trabalhos de tradução, replicação e adaptação e na Tabela 2 mais resumida somente com as principais escalas.

2.3.5 Seleção das escalas de satisfação do cliente/paciente

Para esta pesquisa decidiu-se comparar as três principais escalas de satisfação com o atendimento de enfermagem. Desse modo, os critérios de escolhas das escalas foram: i) a primeira escala utilizada foi selecionada pelo critério de maior número de citações; ii) a segunda escala foi selecionada por apresentar o maior número de replicações e; iii) finalmente a terceira escala utilizada foi definida pelo critério de atualidade, pois é o instrumento mais novo e recentemente desenvolvido. Para atender a estes critérios utilizou-se a base de dados do Google acadêmico por meio da ferramenta *Herzing Publish or Perish*.

A primeira escala selecionada pelo critério de maior número de citações é a escala PSS de Risser (1975). Suas versões, traduções e adaptações foram consideradas como sendo uma única escala, sendo adaptada para contextos diferentes, portanto somou-se a quantidade de citações e replicações dela e de suas versões.

Porém como no Brasil já existe uma versão, o Instrumento de Satisfação do Paciente (ISP), de Oliveira (2004), sendo a mais replicada no Brasil, como apresentado na Tabela 1, uma versão traduzida e adaptada da escala PSI de Hinshaw & Atwood, (1982), que por sua vez também é uma tradução e adaptação da escala PSS de Risser (1975), optou-se por incluir esta versão, no critério da mais citada e replicada mundialmente.

A escala LOPSS de La Monica *et al.* (1986) também foi adaptada da escala PSS de Risser (1975), e também foi muito replicada conforme Tabela 1. E considerando somente os artigos originais publicados com escalas, PSS, PSI e LOPSS, juntas elas já foram citadas 814 vezes, como apresentado na Tabela 2.

A segunda escala selecionada – identificada pelo critério de mais replicações do estudo – é a escala NSNS de Thomas, McColl, Priest, Bond, & Boys, (1996), que foi utilizada em vários trabalhos e também traduzida e adaptada para o contexto nacional por Dorigan e Guirardello (2013) é considerada a segunda mais utilizada no contexto mundial, também tem mais citações e replicações do que suas concorrentes mais próximas, a escala CARE/SAT e a escala PPHEN, SUCEH e SUCECS, portanto está incluída neste estudo, veja Tabelas 1 e 2.

A terceira escala selecionada, pelo quesito de atualidade, foi a escala GPNS de Halcomb et al. (2011), que é o instrumento de satisfação do cliente mais atual, em tempo de criação, traduzido e adaptado à cultura brasileira por Moglia Junior et al. (2015). No entanto a seguir, será explicado mais detalhadamente cada escala selecionada.

Na Tabela 2 foram listados os principais trabalhos e o número de citações referidas pelo Google acadêmico.

Tabela 2 - Principais artigos e citações

Artigo	Autor	Ano	Pais	Citações Google acadêmico
Development of an Instrument to Measure Patient Satisfaction with Nurses and Nursing Care in Primary Care Settings	PSS Risser	1975	EUA	345
A Patient Satisfaction Instrument: precision by replication.	PSI Hinshaw, Atwood	1982	EUA	249

Development of a patient satisfaction scale	LOPSS	La Monica <i>et al.</i>	1986	EUA	220
Patients' satisfaction with nurses' caring during hospitalization.	CARE/SAT	Larson, Ferketich	1993	EUA	98
Newcastle satisfaction with nursing scales: an instrument for quality assessments of nursing care.	NSNS	Thomas <i>et al.</i>	1996	Reino Unido	101
Development of an instrument to measure patient perception of the quality of nursing care	PPHEN	Dozier <i>et al.</i>	2001	EUA	88
Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem: Construção e validação de um instrumento de medida	SUCEH e SUCECS	Ribeiro	2003	Portugal	11
Development and psychometric validation of the general practice nurse satisfaction scale	GPNS	Halcomb <i>et al.</i>	2011	Austrália	18

2.3.5.1 ESCALA PSI

No Brasil, a escala PSI foi traduzida e adaptada sendo renomeada como Instrumento de Satisfação do Paciente por Oliveira (2004). Este instrumento aborda três dimensões para analisar a satisfação do cliente, sendo: o profissional, o técnico e o educacional. O profissional com questões sobre a parte técnica, o educacional com questões sobre as atitudes do profissional da Enfermagem frente ao paciente e a confiança com questões sobre o relacionamento interpessoal (Oliveira & de Brito Guirardello, 2006). Desta maneira, a escala PSI é composta por 25 itens em três domínios, sendo 07 itens na Área Técnica Profissional, 07 na área Educacional, e 11 na área Confiança, conforme a Tabela 3.

O escala ISP foi aplicada no Brasil em um alojamento conjunto, setor em que as mães ficam com os seus bebês após o parto, originalmente não foi desenvolvido para este ambiente, e sua aplicação demonstrou uma satisfação dos clientes de 3,7 na escala (1-5) (Odinino & Guirardello, 2010). Também foi replicado em um estudo de uma unidade de Gastroenterologia (Dorigan & Guirardello, 2010). Em outro estudo, foi aplicada em um hospital de ensino do Centro Oeste do Brasil por Freitas, de Camargo Silva, Minamisava, Bezerra, & de Sousa, (2014).

Tabela 3 – Itens da escala PSI

Item	Afirmativa
<i>Dimensão: Área Técnica Profissional</i>	
ATP1	O enfermeiro(a) faz questão de me mostrar como seguir as orientações médicas.
ATP2	O enfermeiro(a) está muito sempre desorganizado para aprarentar calma*.
ATP3	O enfermeiro(a) dá bons conselhos.
ATP4	O enfermeiro(a) realmente sabe do que está falando.
ATP5	O enfermeiro(a) é muito lento(a) pra fazer as coisas pra mim.*
ATP6	O enfermeiro(a) não faz corretamente o seu trabalho.*
ATP7	O enfermeiro(a) é habilidoso(a) para auxiliar o médico nos procedimentos.
<i>Dimensão: Educacional</i>	
ED1	O enfermeiro(a) muitas vezes acha que você não é capaz de entender explicação médica sobre a sua doença, então ele(a) simplismente não se preocupa em explicar*
ED2	O enfermeiro(a) explica as coisas em uma linguagem simples
ED3	O enfermeiro(a) faz muitas perguntas, mas quando ele(a) recebe a resposta, parece não fazer nada a respeito.*
ED4	Eu gostaria que o enfermeiro(a) me desse mais informações sobre os resultados dos meus exames.*
ED5	É sempre fácil entender o que o(a) enfermeiro(a) está dizendo.
ED6	O enfermeiro(a) fornece as orientações na velocidade correta.
ED7	O enfermeiro(a) sempre dá explicações completas e suficientes do porquê os exames foram solicitados.
<i>Dimensão: Confiança</i>	
CO1	O enfermeiro(a) deveria ser mais atencioso(a) do que ele ou ela é.*
CO2	O enfermeiro(a) é uma pessoa agradável de se ter por perto.
CO3	A gente se sente à vontade pra fazer pergunta ao enfermeiro(a).
CO4	O enfermeiro(a) deveria ser mais amigável do que ele ou ela é.
CO5	O enfermeiro(a) é uma pessoa que consegue entender como eu me sinto.
CO6	Quando eu preciso conversar com alguém, eu posso contar meus problemas ao enfermeiro (a).
CO7	O enfermeiro(a) está muito ocupado(a) no posto para perder tempo conversando comigo.*
CO8	O enfermeiro(a) é compreensivo ao ouvir o problema do paciente.
CO9	O enfermeiro(a) não tem paciência suficiente.*
CO10	Eu estou cansado(a) do(a) enfermeiro(a) falar comigo como se eu fosse uma pessoa inferior.*
CO11	Só de conversar com o enfermeiro(a) já me sinto melhor.

Fonte: Oliveira 2004, Hinshaw & Atwood, (1982)

Nota: itens sinalados com (*) são invertidos

2.3.5.2 ESCALA NSNS

A escala *Newcastle satisfaction with nursing scales* (NSNS) de Thomas, McColl, Priest, Bond, & Boys, (1996) foi traduzida para a língua portuguesa e adaptada para a cultura brasileira por Dorigan & Guirardello (2013). Esta escala apresenta duas dimensões, com total de 45 itens, com 26 itens para experiências do paciente com o cuidado de enfermagem e 19 itens para a satisfação do paciente com o cuidado de enfermagem, apresentada na Tabela 4.

Tabela 4 – Itens da escala NSNS

Item	Afirmativa
<i>Experiências do paciente com o cuidado de enfermagem</i>	
EPCE1	Era fácil dar boas risadas com a equipe de enfermagem.
EPCE2	A equipe de enfermagem tratava melhor alguns pacientes do que outros.*
EPCE3	A equipe de enfermagem não forneceu informações suficientes sobre o meu tratamento.*
EPCE4	A equipe de enfermagem era muito desatenta e despreocupada.*
EPCE5	A equipe de enfermagem demorava muito tempo para atender quando era chamada.*
EPCE6	A equipe de enfermagem dava informações exatamente quando eu precisava.
EPCE7	A equipe de enfermagem parecia não saber pelo que eu estava passando.*
EPCE8	A equipe de enfermagem apagava as luzes muito tarde à noite.*
EPCE9	A equipe de enfermagem me forçava a fazer atividades antes que eu estivesse pronto.*
EPCE10	A equipe de enfermagem, por mais ocupada que estivesse, sempre tinha tempo para mim.
EPCE11	Eu via a equipe de enfermagem como amigos.
EPCE12	A equipe de enfermagem passava tempo confortando os pacientes que estavam aborrecidos.
EPCE13	A equipe de enfermagem verificava regularmente para ter certeza se eu estava bem.
EPCE14	A equipe de enfermagem deixava as coisas saírem fora do controle.*
EPCE15	A equipe de enfermagem não se interessava por mim como pessoa.*
EPCE16	A equipe de enfermagem explicava o que estava acontecendo comigo.
EPCE17	A equipe de enfermagem explicava o que ia fazer comigo antes de realizar qualquer atividade ou procedimento.
EPCE18	A equipe de enfermagem passava informações sobre os meus cuidados à equipe do próximo plantão.
EPCE19	A equipe de enfermagem sabia o que fazer na hora de prestar o cuidado sem precisar verificar a todo momento com os médicos.
EPCE20	A equipe de enfermagem costumava sair e esquecer o que os pacientes haviam pedido.*
EPCE21	A equipe de enfermagem garantia que os pacientes tivessem privacidade quando eles precisavam.
EPCE22	A equipe de enfermagem tinha tempo para conversar comigo.*
EPCE23	A equipe de enfermagem e os médicos trabalhavam bem em conjunto.
EPCE24	A equipe de enfermagem não parecia saber o que cada um da equipe estava fazendo.*
EPCE25	A equipe de enfermagem sabia o que era melhor a ser feito.
EPCE26	Graças à equipe de enfermagem, havia um ambiente alegre na unidade de internação.
<i>Satisfação do paciente com o cuidado de enfermagem</i>	
SPCE1	A quantidade de tempo que a equipe de enfermagem passava com você.
SPCE2	O quanto a equipe de enfermagem era capaz no seu trabalho.
SPCE3	A presença de alguém da equipe de enfermagem sempre que você precisasse.
SPCE4	O quanto a equipe de enfermagem sabia sobre o cuidado que eu precisava.
SPCE5	A rapidez com que a equipe de enfermagem vinha quando você chamava.
SPCE6	O modo como a equipe de enfermagem fazia para que você se sentisse à vontade.
SPCE7	A quantidade de informação que a equipe de enfermagem dava para você sobre sua condição e tratamento.
SPCE8	A frequência com que a equipe de enfermagem verificava se você estava bem.
SPCE9	A disposição da equipe de enfermagem em ajudar.
SPCE10	O modo como a equipe de enfermagem explicava as coisas para você.
SPCE11	A ajuda da equipe de enfermagem para tranquilizar seus parentes e amigos.
SPCE12	A maneira como a equipe de enfermagem realizava o seu trabalho.

- SPCE13 As informações que a equipe de enfermagem dava para você sobre sua condição e tratamento.
- SPCE14 A atenção que a equipe de enfermagem dava a você como pessoa.
- SPCE15 O modo como a equipe de enfermagem ouvia suas preocupações e ansiedades.
- SPCE16 A quantidade de liberdade que lhe era dada na unidade.
- SPCE17 A disposição da equipe de enfermagem para atender os seus pedidos.
- SPCE18 A quantidade de privacidade que a equipe de enfermagem dava a você
- SPCE19 A consciência da equipe de enfermagem de suas necessidades.

Fonte: Dorigan & Guirardello (2013), Thomas (1996)

Nota: itens sinalados com (*) são invertidos

2.3.5.3 ESCALA GPNS

Este instrumento de satisfação analisa duas dimensões sob a perspectiva do cliente, que são: relacionamento interpessoal/comunicação e confiança/credibilidade. O instrumento GPNS mostrou-se eficiente na sua avaliação das habilidades clínicas, de comunicação, de relacionamento interpessoal, e de confiança/credibilidade (Halcomb et al., 2011). Este instrumento foi traduzido, adaptado e validado para a cultura brasileira em um hospital público de São Paulo por Moglia Junior et al. (2015).

Tabela 5 – Itens traduzidos da escala GPNS

Item	Afirmativa
<i>Confiança e credibilidade na enfermagem</i>	
CC1	Eu sinto confiança no (a) enfermeiro (a) que me atendeu.
CC2	Eu acredito no (a) enfermeiro (a) que me atendeu.
CC3	Eu recomendaria este (a) enfermeiro (a) para meus parentes e amigos.
CC4	Eu seguirei as recomendações do (a) enfermeiro (a) que me atendeu.
CC5	O (a) enfermeiro (a) me deu recomendações úteis.
CC6	O (a) enfermeiro (a) parecia atualizado (a) com as informações sobre saúde.
CC7	Eu gostaria que este (a) enfermeiro (a) repetisse o procedimento adotado em minha próxima consulta.
CC8	Caso o (a) médico (a) me pedisse uma opinião sobre este (a) enfermeiro (a), minha opinião seria positiva.
CC9	O (a) enfermeiro (a) foi muito cuidadoso.
CC10	O (a) enfermeiro (a) e o (a) médico (a) trabalharam muito bem como um time.
CC11	O (a) enfermeiro (a) dedicou tempo suficiente comigo.
CC12	O (a) enfermeiro (a) estava confiante quanto a minha capacidade de cuidar da minha própria saúde.
CC13	O (a) enfermeiro (a) foi atencioso e se importava comigo
<i>Relacionamento Interpessoal e comunicação com enfermagem</i>	
RIC1	O (a) enfermeiro (a) foi amigável e caloroso.
RIC2	O (a) enfermeiro (a) me respeitou.
RIC3	O (a) enfermeiro (a) foi paciente quanto as minhas perguntas e preocupações.
RIC4	O (a) enfermeiro (a) prestou atenção naquilo que falei.
RIC5	O (a) enfermeiro (a) me incentivou a fazer perguntas.
RIC6	O (a) enfermeiro (a) explicou tudo com clareza.
RIC7	O (a) enfermeiro (a) me ajudou a compreender aquilo que o (a) médico (a) disse.

Fonte: Halcomb *et al.* (2011)

2.3.6 Escala de avaliação geral do hospital

Na busca por instrumentos que avaliem o serviço hospitalar para ser utilizado como referência e variável dependente no estudo, encontrou-se alguns trabalhos que eram descritos no decorrer deste tópico.

Dessa maneira, o primeiro encontrado que trata de avaliação hospitalar foi o de Kotaka *et al.* (1997), do Programa de Qualidade Hospitalar no Estado de São Paulo, neste trabalho observou-se a avaliação de pacientes por meio do questionário CQH-06 que apresenta questões abertas e fechadas, com os seguintes itens: Atendimento na Recepção, Atendimento na Enfermagem, Atendimento Médico, Alimentação Fornecida, Limpeza do Quarto, Roupas da Cama e Outros, e desta maneira estes itens avaliam o serviço hospitalar em escala tipo likert 0-10, e em espaço ao paciente para discorrer sobre os itens apresentados.

Na busca de um instrumento para avaliar o hospital, viu-se em outro estudo, a investigação de alguns atributos divididos em categorias e subcategorias. Dessa maneira, para a categoria Admissão, incluem-se as sub-categorias portaria e admissão. Na categoria internação e Centro Cirúrgico têm-se as subcategorias pré-operatório, sala de cirurgia e sala de recuperação. A categoria transporte contém subcategoria transporte. Dentro da categoria unidade de internação as subcategorias equipe médica, equipe de nutrição, equipe de enfermagem, equipe de higienização e limpeza, equipe de fisioterapia, exames e pastoral, e por último na categoria alta as subcategorias alta médica, alta de enfermagem, secretária, conta hospitalar e portaria. E considerando estes itens Moura & Luce (2004) realizaram a avaliação do serviço hospitalar.

Revisando a melhor forma de avaliar o serviço hospitalar, encontrou-se no estudo Cruz & Melleiro (2010), um instrumento derivado da escala *Service Quality* que para avaliar a satisfação de pacientes em unidade de internação, utilizou-se como variáveis na pesquisa os seguintes itens: equipe médica, equipe de enfermagem, serviço de nutrição, atributos gerais e atendimento inicial, sendo que para avaliar os atributos gerais foram utilizados: conforto do quarto, limpeza, instalações do banheiro, barulho à noite, respeito à privacidade, resultado do tratamento, orientações de tratamento e alimentação no pós alta.

Dessa maneira, na busca por um instrumento que direcione melhor a avaliação geral do hospital, com base nas características de qualidade da instituição hospitalar e de seus

representantes, os profissionais que nela atuam, ao invés de perguntarmos diretamente sobre cada item, como acomodação, atendimento dos profissionais, tecnologia, ensino, pesquisa, conhecimento dos profissionais, dentre outras, optou-se por uma escala de avaliação geral do hospital que não seja extensa, porém, objetiva e que avalie a confiança, intenção de recomendar, de reutilizar, a fidelização, a lealdade e a credibilidade na instituição.

Então na evolução das pesquisas encontrou-se na escala proposta por Johnston (1995), com alguns itens que individualmente avaliam a intenção do cliente a intenção de recomendar o serviço hospitalar, a intenção que o cliente tem de reutilizar o serviço, a sua lealdade e confiança no serviço, um instrumento que melhor se adapta ao estudo para avaliar escalas concorrentes que medem a satisfação do paciente com o serviço hospitalar, e viu-se no conjunto desta escala com seus 07 itens, a melhor opção, pois este modelo já foi testado em estudo semelhante e obteve bons dados para referência para a avaliação do cliente sobre a instituição hospitalar de modo geral (Moglia Junior et al., 2015). Por conseguinte, a adaptação semântica de seus itens para aplicação em serviços de saúde é apresentada na Tabela 6.

Tabela 6 – Itens utilizados para mensuração da Avaliação geral

Item	Afirmativa
AGH1	Eu pretendo recomendar este hospital aos meus parentes e amigos.
AGH2	Eu certamente utilizaria este hospital novamente.
AGH3	Mesmo que houvesse outro hospital próximo da minha residência, eu viria neste hospital.
AGH4	Acho este hospital muito melhor que os outros que conheço.
AGH5	Considero-me leal a este hospital.
AGH6	Quando me perguntam sobre um bom hospital, sempre indico este.
AGH7	Confio neste hospital.

Fonte: adaptado de Johnston (1995)

2.4 MODELO TEÓRICO DO ESTUDO

Após a revisão da literatura o modelo teórico deste estudo, que contempla a concorrência de três escala de mensuração da satisfação do cliente/paciente com o atendimento de enfermagem, a saber, a escala GPNS, escala NSNS e escala PSI, na versão de Oliveira (2004), todas estas escalas foram relacionadas com a avaliação geral do hospital.

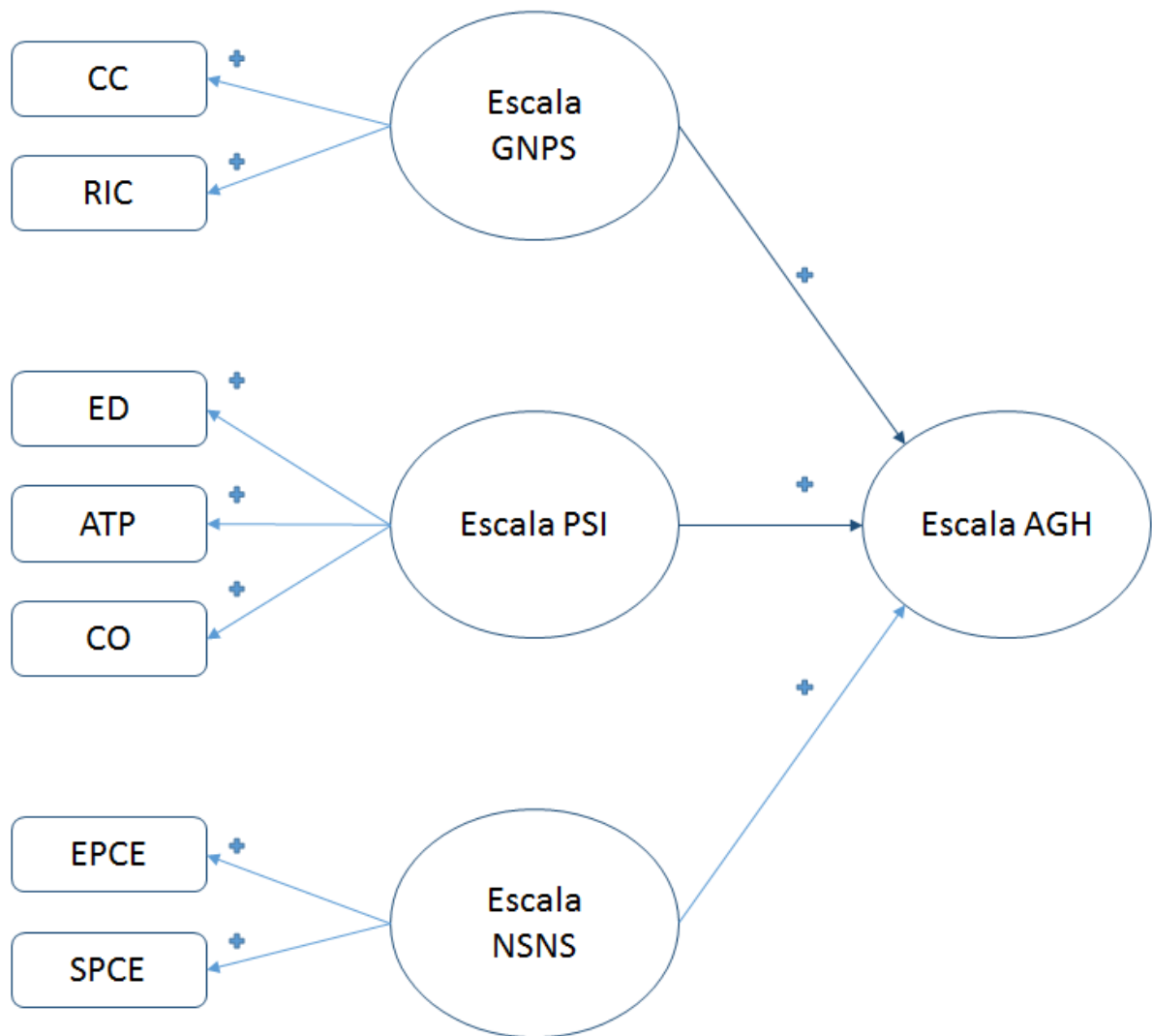


Figura 1 – Modelo do estudo a ser testado

Para facilitar o entendimento da Figura 1, a escala GPNS tem como antecedentes as dimensões Confiança e Credibilidade (CC), Relacionamento Interpessoal e Comunicação (RIC). A escala NSNS tem como construtos de primeira ordem as dimensões Experiências do Paciente com os Cuidados de Enfermagem (EPCE) e a Satisfação do Paciente com os Cuidados de Enfermagem (SPCE), e a escala ISP tem como dimensões Área Técnica Profissional (ATP), Educacional (ED) e Confiança (CO).

3 MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA

A seguir apresenta-se o delineamento da pesquisa, os procedimentos de coleta de dados, os procedimentos de análise, análise e a interpretação dos resultados.

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Para responder ao problema de pesquisa proposto neste estudo, o método que foi utilizado ficou definido como pesquisa de Natureza quantitativa, empírica, descritiva, com a estratégia de pesquisa de levantamento, que também é de campo. A amostra é do tipo não probabilística, por conveniência, em corte único e transversal. Para a coleta dos dados foi utilizada uma escala tipo *Likert* de cinco pontos variando entre 1 (Discordo totalmente) e 5 (Concordo totalmente) conforme Martins & Theóphilo (2009).

Esta é uma pesquisa que pela natureza de dados é quantitativa e pelo local da pesquisa é de campo (Ringle, da Silva & Bido, 2014). A abordagem é considerada empírica, pois se descreve apenas a face observável da realidade, o que nos permite fazer induções (Martins & Theóphilo, 2009).

Em relação ao empirismo Martins & Theóphilo (2009) depende-se que os empiristas buscam reproduzir em ciências sociais as condições aproximadas do laboratório, de forma a superar subjetividades, juízo de valor, influências ideológicas. Para conter o excesso especulativo, o empirismo valorizou a capacidade dos sentidos de produzirem a evidência, a certeza e a objetividade do dado.

Este estudo também é classificado como descritivo pois o objetivo não é explicar e nem explorar a fundo, mas conforme Freitas & Jabbour, (2011) é somente descrever o fenômeno. No caso desta pesquisa o fenômeno a ser descrito é satisfação do cliente/paciente com o atendimento de enfermagem e relacioná-la com a avaliação geral do hospital.

As pesquisas descritivas têm por finalidade a descrição das características de uma população específica, estabelecendo-se também uma relação entre variáveis. (Ringle, da Silva & Bido, 2014).

A estratégia de pesquisa adotada neste estudo é a do levantamento ou *Survey* (Ringle, Da Silva & Bido, 2014).

As pesquisas deste tipo caracterizam-se pela interrogação direta das pessoas, cujo comportamento se deseja conhecer. Basicamente, procede-se à solicitação de informações a um

grupo significativo de pessoas acerca do problema estudado para, em seguida, mediante análise quantitativa, obter-se as conclusões correspondentes aos dados coletados.

Segundo Martins & Theóphilo (2009) o levantamento pode ser utilizado quando se pretende responder questões acerca da distribuição de variável, ou para estudar as relações entre as variáveis, as relações entre características de pessoas ou grupos, como elas ocorrem em situações naturais. Embora os levantamentos possam ser planejados para estudar relações entre as variáveis, inclusive as de causa e efeito, são estratégias mais apropriadas para a análise de fatos e descrições. Logo nesta pesquisa a estratégia de levantamento é usada para identificar as fortes relações entre as variáveis do fenômeno satisfação do paciente e sua relação com a avaliação geral do hospital.

Segundo Moscarota (2000) o levantamento é a estratégia de pesquisa de escolha mais apropriada quando não se tem interesse ou não é possível controlar as variáveis dependentes e independentes. E em relação ao local do estudo, o ambiente natural é o melhor local para se estudar o fenômeno desejado, neste caso no hospital, onde foi realizada a pesquisa de satisfação do cliente internado com o atendimento de enfermagem.

Para utilizar-se da estratégia de levantamento, verificou-se que algumas etapas deveriam ser seguidas, como: objetivos, operacionalização dos conceitos/das variáveis, instrumento de coleta de dados, pré-teste, seleção do tipo de amostra, coleta dos dados, análise e interpretação e relatório (Ringle, da Silva & Bido, 2014). E nesta pesquisa todas as etapas e requisitos necessários para a estratégia adotada são contemplados.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Para responder a questão deste estudo, esta pesquisa foi realizada em um hospital público, geral, especializado em atendimento de vítimas politraumatizadas, de grande porte, terciário, também classificado como hospital de ensino, dentro dos 182 credenciados no Brasil. O mesmo possui 450 leitos e está localizado na cidade de São Paulo.

3.3 ESCALAS DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE DESTE ESTUDO

Para estes estudo foram utilizadas a Escala GPNS validada no estudo de Moglia Junior et al. (2015), a escala PSI, validada por Oliveira (2004) e a escala NSNS, validada por Dorigan

et al., (2014); Dorigan & Guirardello, (2013). Para a Avaliação Geral do Hospital foi utilizada a escala adaptada de Johnston (1995). Deste modo o questionário final com todas as questões, apresentados aos clientes do hospital pesquisado podem ser visualizados no apêndice A. O instrumento contém todas as escalas, formando um único questionário, que está codificado com as questões em distribuição aleatórias. Como o questionário é extenso, o leitor pode ficar cansado e isto pode induzi-lo a resposta automáticas. Para minimizar este efeito sobre as questões finais, a cada 30 impressões a ordem das questões sofreu alteração.

Neste questionário, também foram colhidos dados complementares, como renda bruta mensal, se trabalha atualmente, cidade e bairro de residência, nível educacional, idade, sexo e do tempo de internação, conforme o apêndice A e B.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Para este tipo de estudo, a maioria das pesquisas, é composta por populações grandes, e muitos obstáculos que acabam dificultando a análise total da população investigada, logo, diante do cenário real seleciona-se uma amostra mediante procedimento estatístico (Ringle, da Silva & Bido, 2014).

As quatro escalas – GPNS, ISP, NSNS e AGH – estão unificadas, conforme o apêndice A e B, em um único formulário de autopreenchimento e com as questões aleatoriamente apresentadas. Acrescidos de dados sócio-demográficos e tempo de internação (ver apêndice A e B), sendo apresentado de forma completa e formatado como questionário de pesquisa e em Apêndice A no final deste trabalho.

Para a coleta dos dados foram treinados dois entrevistadores que aplicaram os questionários junto aos indivíduos amostrários.

Neste estudo admitem-se como sujeito de pesquisa os pacientes que tenham idade igual ou superior a 18 anos e que sejam capazes de responder as questões propostas no questionário, e que tenham sido atendidos pelo serviço de enfermagem. Também são admitidos como sujeitos de pesquisa os familiares que estejam acompanhando o paciente internado, desde que o paciente seja incapaz de responder por si, ou que sejam menores de 18 anos, porém para serem inclusos os familiares também devem ter tido algum contato com o serviço de enfermagem.

Para todos os clientes, aqui os pacientes e familiares que atenderem aos requisitos, e concordaram em participar da pesquisa foram entregues o questionário, o termo de consentimento, uma caneta e uma prancheta, para o preenchimento do questionário. Além disso

assegurou-se o tempo necessário para responder todas as questões e auxílio, se solicitado, no entendimento de alguma questão, desde que não houvesse indução de qualquer resposta.

A amostra deste estudo é classificada como não probabilística, pois não há uma escolha deliberada dos elementos da amostra e não é possível generalizar os resultados obtidos para a população (Martins & Theóphilo, 2009). A amostra não probabilística é aquela obtida a partir de algum critério, e também nem todos os elementos têm a chance de serem selecionados, o que acaba por tornar os resultados não generalizados (Mocarola, 2000).

Esta amostra é considerada de conveniência na qual os elementos participantes são escolhidos por estarem disponíveis (Mocarola, 2000), e no caso desta pesquisa os clientes/pacientes foram escolhidos por estarem internados ou terem sido atendidos pelo serviço de enfermagem.

Em relação ao momento de coleta de dados, esta foi classificada em corte único e transversal, momento em que a coleta de dados ocorre em um único momento, com o objetivo de descrever e analisar o estado de uma ou mais variáveis (Malhotra, 2012), com isso, o tempo definido para a coleta de dados foi de 02 (dois) meses. Desta forma, a amostra estimada para este estudo é de aproximadamente de 450 respondentes.

3.5 PROCEDIMENTOS E ANÁLISE DE DADOS

Para a análise de dados utilizou-se os softwares SPSS - para a estatística descritiva e análises preliminares do banco de dados - e o SmartPLS para a modelagem de equações estruturais.

3.6 COMITÊ DE ÉTICA

A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Ela contempla e garante o anonimato dos participantes, como preconizado na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que aborda as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Também tomou-se o cuidado de atender a Resolução COFEN nº 311/2007, que institui o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, em especial o capítulo III: das responsabilidades, dos deveres e das proibições concernentes ao ensino, à pesquisa e à produção tecnocientífica.

A todos os participantes da pesquisa foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e após sua assinatura e autorização a aplicação do questionário. E também foi oferecido uma sala privada para o paciente que desejar responder ao questionário com privacidade.

4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

O objetivo desta seção é apresentar os resultados encontrados na fase empírica da pesquisa.

4.1 RESULTADOS

Agora são apresentados os resultados com a caracterização da amostra, os aspectos demográficos da amostra e a avaliação do modelo testado.

4.1.1 Caracterização da amostra

Na coleta de dados foram encontradas algumas dificuldades. Muitos pacientes recusaram-se a responder o questionário, pois este é composto por 97 questões além dos dados demográficos, o que o torna muito extenso; com isso, muitos pacientes se queixaram da quantidade e nem aceitaram pegar o questionário, ou até começaram a respondê-lo e desistiram no decorrer do preenchimento.

Em 30 dias foram entregues 750 questionários, distribuídos em unidades de Pronto-socorro Adulto, Pronto-socorro Infantil, na Maternidade, no Centro Obstétrico, na Enfermaria de Clínica Médica, na Enfermaria de Clínica Cirúrgica, na recepção da UTI Adulto, na recepção do Centro Cirúrgico, na UTI Pediátrica, Enfermaria Pediátrica e no Ambulatório, ver Tabela 7.

Na ocasião de devolução dos formulários, alguns pacientes não o fizeram, pois muitos ficaram com os mesmos para respondê-lo protelando sua entrega. Por fim, um total 86 questionários não foram devolvidos.

Os questionários devolvidos somaram 664, porém 89 estavam totalmente em branco, sendo assim 575 apresentavam alguma resposta. Nos que foram preenchidos, foi verificado que 198 apresentavam-se muito incompletos e portanto foram eliminados, desta forma, somaram-se 377 questionários respondidos em condições de análise (40,3% dos entregues). Portanto, para este estudo, a partir de agora a amostra oficial corresponde a 377 respondentes.

Muitos pacientes alegaram dificuldades no preenchimento, pois não estavam no seu vigor pleno, queixando-se de dores, mal-estar, ou estavam acamados e/ou eram muitos idosos e estavam sem acompanhantes e não apresentavam condições de responder, outros alegaram

dificuldades pela baixa acuidade visual e uma parte destes tinha o interesse de responder, mas estavam sem óculos.

Tabela 7 - Distribuição da amostra no serviço pesquisado

Unidade	Frequência	% Válida	% Acumulada
Ambulatório	47	12,5	12,5
Centro Obstétrico	7	1,9	14,3
Enfermaria da Clínica Cirúrgica	67	17,8	32,1
Enfermaria Da Clínica Médica	85	22,5	54,6
Maternidade	10	2,7	57,3
Pediatria	14	3,7	61,0
Pronto-socorro Adulto – Pronto-atendimento	50	13,3	74,3
Pronto-socorro Adulto – Enfermaria	39	10,3	84,6
Pronto-socorro Infantil – Pronto-atendimento	25	6,6	91,2
Pronto-socorro Infantil – Retaguarda	14	3,7	95,0
Hall espera do Centro Cirúrgico	3	0,8	95,8
Hall de espera do Setor de Apoio Diagnóstico	1	0,3	96,0
Hall de espera da UTI – Adulto	11	2,9	98,9
UTI – Pediátrica	4	1,1	100,0
Total	377	100,0	

Na formação da amostra houve a preocupação de ter uma parcela da amostra de pacientes que não estavam internados, pois é importante na composição da amostra, uma vez que muitos repondentes têm medo de sofrer represálias, sendo que, 37,9% da amostra declarou não estar internada, conforme a Figura 2.

Em relação ao tempo de internação, 62,1% apresentavam-se internados, sendo que 49,2% referiram tempo de internação entre 02 e 29 dias. O tempo de internação indica neste trabalho que quanto maior ele for, maior será o contato e experiências do paciente com o serviço de enfermagem. Ver a Figura 2

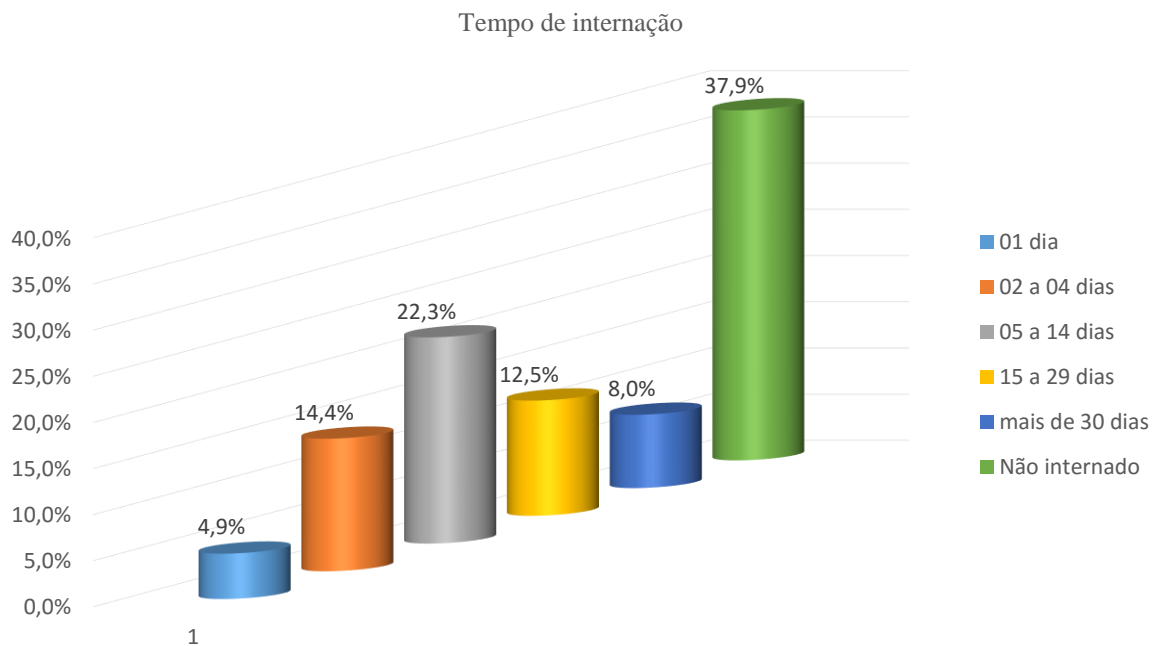


Figura 2 – Distribuição da amostra por tempo de internação

Na distribuição por idade, conforme a Figura 3, somando-se os que têm a idade entre 18 e 55 anos, observa-se que nesta idade concentram-se 80,22% da amostra, e afunilando viu-se que a maior concentração dos pacientes tem idade entre 26 e 45 anos de idade, portanto compondo 50,77% da amostra.

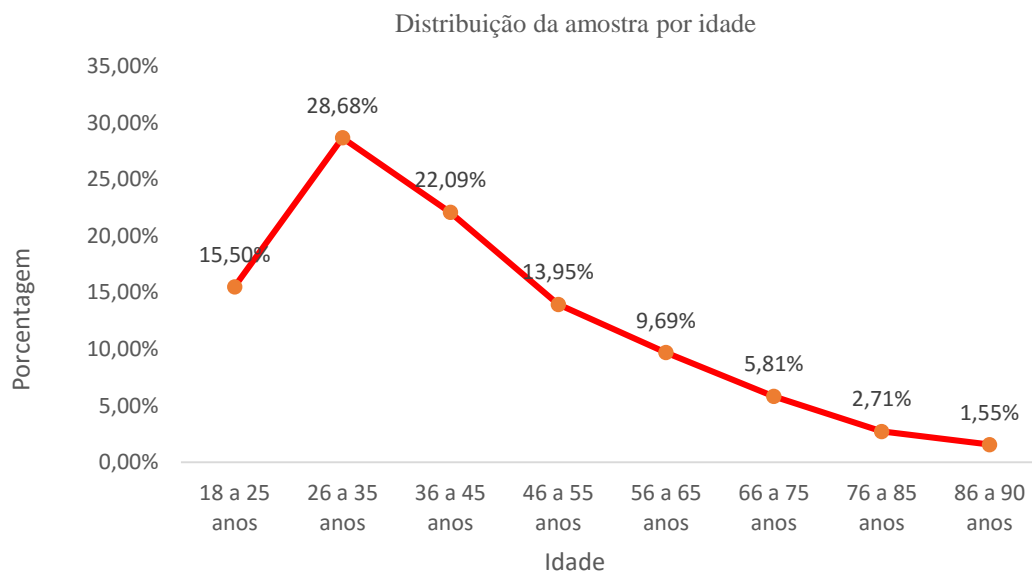


Figura 3 – Distribuição da amostra por idade

Na Tabela 08, complementando os dados sobre a idade, vê-se que a mediana é 37,00 e a moda de 27 e 33 anos, e a idade média de toda a amostra é de 41,18 anos.

Tabela 8- Dados sobre idade

Idade	
Média geral	41,18
Mediana	37,00
Moda	27 e 33
Desvio padrão	16,692
Variância	278,637
Mínimo	18
Máximo	90

Na amostra percebeu-se que a maioria dos respondentes são mulheres, com 72% dos respondentes, com idade média das mulheres de 40,33 anos (mínima = 18 e máxima = 90 anos), deve-se ressaltar que algumas unidades do hospital a característica predominante de clientes do sexo feminino, como a Maternidade, o Centro Obstétrico, a Pediatria (mãe), a UTI pediátrica (mãe), e a quantidade de respondentes homens é bem menor com 28%, apresentando idade média de 42,76 anos (mínima = 18 e máxima = 90 anos) conforme a Tabela 09.

Tabela 9 – Distribuição da amostra por sexo e trabalho

Dados sobre trabalho e sexo	
Trabalham	
	% Válida
Sim	51,2
Não	48,8
Sexo	
Feminino	72%
Masculino	28%

Em relação à condição de trabalho e renda, 51,2% da amostra válida declarou que trabalha atualmente, ver Tabela 09, e a renda dos respondentes, como apresentado na Figura 4, vê-se que 45,89% possuem renda bruta mensal de até R\$ 1.685,00, e 37,67 % dos respondentes preferiram não se manifestar sobre a renda.

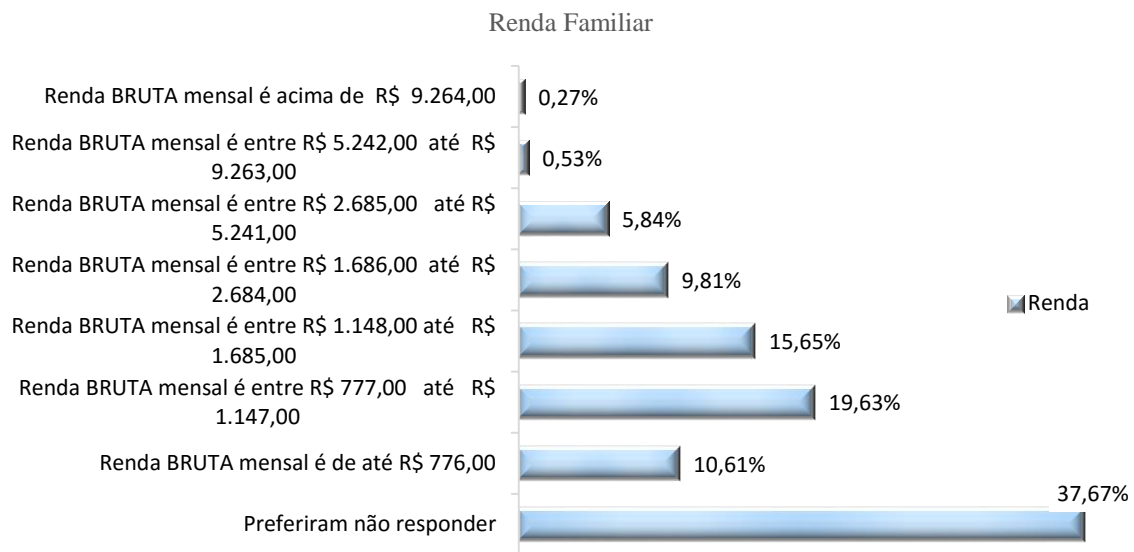


Figura 4 – Distribuição da amostra por renda

Observar-se na Figura 5, que a distribuição da renda no sexo masculino é proporcionalmente maior que a amostra do sexo feminino. Por conseguinte, os dados sobre a distribuição da renda e a distribuição da renda por sexo são mais bem apresentados na Figura 4 e 5.

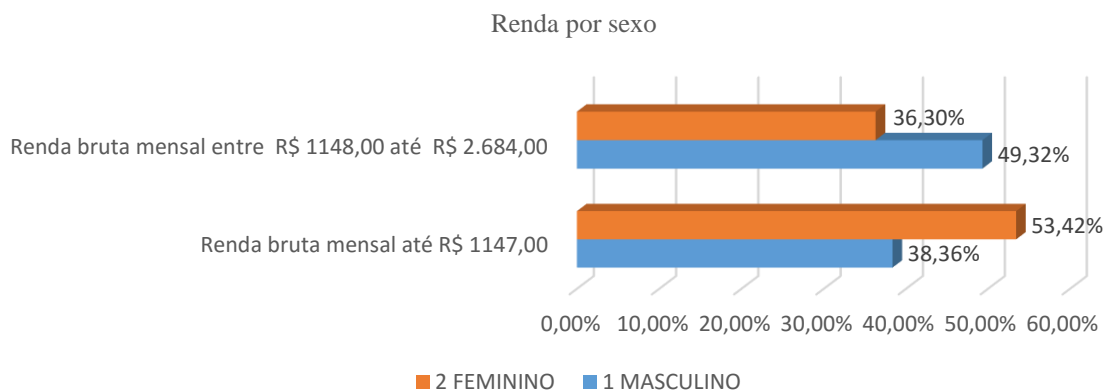


Figura 5 – Distribuição da renda por sexo

O hospital onde o modelo do estudo foi testado situa-se na zona norte de São Paulo, logo a maioria dos respondentes deste estudo também são da zona norte de São Paulo (67,37%), e devido ao hospital ser referência para algumas especialidades médicas, ele possui clientes de todas as regiões, das zonas norte, sul, leste, oeste e região central, além de outras 13 cidades da grande São Paulo, do litoral e do interior paulista, ver apêndice D.

Na amostra verificou-se a presença de 25 distritos dos 96 da cidade de São Paulo (26,04%), sendo que destes, 18 distritos são da zona norte, ou seja, todos os distritos da zona norte, e os outros 07 distritos são das demais regiões da cidade, conforme apêndice D.

Dentro da divisão distrital encontram-se os bairros. Na composição da amostra pelos bairros da cidade de São Paulo, e observou-se que a localidade com mais representantes é o bairro de Lauzane Paulista com 4,24%. Ver apêndice E.

Na avaliação do nível de escolaridade nota-se que 23,39% dos respondentes apontaram nível superior completo ou incompleto, visto na Figura 6 deste estudo.

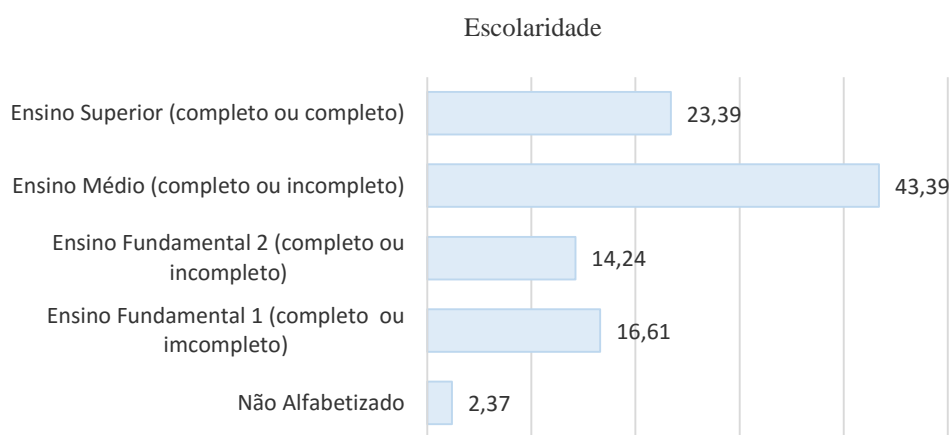
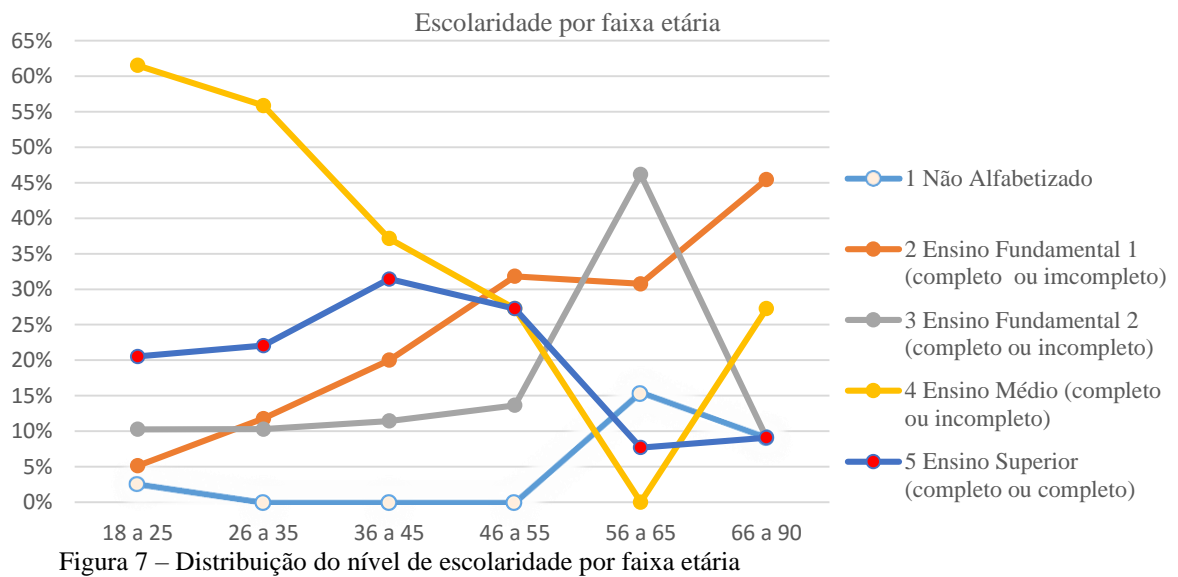


Figura 6 – Distribuição da amostra por escolaridade

Finalizando a apresentação dos dados demográficos, expõem-se os dados sobre a distribuição do nível de escolaridade por faixa etária, e observa-se que dentro desta faixa etária que varia do 36 aos 45 anos de idade têm-se a maior distribuição de respondentes com nível superior chegando a ultrapassar os 30%. Ver Figura 8.



4.1.2 Apresentação dos resultados do modelo avaliado

Neste item são apresentados os resultados da avaliação do cliente sobre o questionário de satisfação do paciente com o atendimento de enfermagem.

4.1.2.1 Médias gerais

As médias do estudo são tratadas de forma geral e depois por construto. Na Tabela 10, apresenta-se todas as médias das questões em ordem decrescente, observa-se que a questão com a maior média de todo o estudo é RIC 2, com média de 4,28 e mediana de 5,0. Esta questão será melhor tratada quando for abordado o construto Relacionamento Interpessoal e Comunicação (RIC). E a menor média do estudo é a da questão ED 4 com 2,39 pertencente ao construto Educacional (ED), também tratar-se-á detalhadamente no construto Educacional (ED).

Tabela 10 – Médias das questões em ordem decrescente

Questão	Média da Questão	Mediana	Desvio Padrão	Variância	Mínimo	Máximo
<i>Confiança e Credibilidade</i>						
CC2	4,11	4,00	1,03	1,07	1	5
CC1	4,08	4,00	1,03	1,06	1	5
CC4	4,06	4,00	1,12	1,25	1	5
CC9	3,91	4,00	1,29	1,67	1	5
CC13	3,89	4,00	1,22	1,49	1	5
CC5	3,89	4,00	1,22	1,48	1	5
CC6	3,88	4,00	1,18	1,39	1	5

CC3	3,84	4,00	1,27	1,61	1	5
CC12	3,84	4,00	1,17	1,36	1	5
CC10	3,81	4,00	1,32	1,74	1	5
CC8	3,80	4,00	1,29	1,66	1	5
CC11	3,72	4,00	1,29	1,67	1	5
CC7	3,70	4,00	1,31	1,72	1	5

Relacionamento Pessoal e Comunicação

RIC2	4,28	5,00	1,08	1,16	1	5
RIC1	3,83	4,00	1,28	1,63	1	5
RIC4	3,83	4,00	1,21	1,46	1	5
RIC6	3,80	4,00	1,26	1,59	1	5
RIC3	3,78	4,00	1,23	1,50	1	5
RIC7	3,78	4,00	1,25	1,56	1	5
RIC5	3,24	3,00	1,49	2,21	1	5

Experiência do Paciente com Cuidados de Enfermagem

EPCE13	3,96	4,00	1,17	1,38	1	5
EPCE21	3,95	4,00	1,21	1,47	1	5
EPCE17	3,90	4,00	1,28	1,63	1	5
EPCE23	3,89	4,00	1,27	1,62	1	5
EPCE25	3,86	4,00	1,19	1,41	1	5
EPCE6	3,77	4,00	1,27	1,61	1	5
EPCE4	3,75	4,00	1,37	1,88	1	5
EPCE14	3,73	4,00	1,36	1,84	1	5
EPCE16	3,72	4,00	1,31	1,70	1	5
EPCE18	3,71	4,00	1,28	1,63	1	5
EPCE10	3,67	4,00	1,37	1,87	1	5
EPCE15	3,62	4,00	1,38	1,90	1	5
EPCE11	3,62	4,00	1,41	1,99	1	5
EPCE26	3,60	4,00	1,35	1,81	1	5
EPCE19	3,54	4,00	1,34	1,79	1	5
EPCE9	3,53	4,00	1,47	2,17	1	5
EPCE1	3,51	4,00	1,37	1,87	1	5
EPCE2	3,44	4,00	1,41	2,00	1	5
EPCE24	3,43	3,00	1,43	2,06	1	5
EPCE7	3,23	3,00	1,46	2,14	1	5
EPCE3	3,20	3,00	1,42	2,02	1	5
EPCE12	3,19	3,00	1,36	1,86	1	5
EPCE5	3,19	3,00	1,45	2,11	1	5
EPCE8	3,15	3,00	1,40	1,95	1	5
EPCE20	3,12	3,00	1,43	2,04	1	5
EPCE22	2,59	2,00	1,36	1,86	1	5

Satisfação do Paciente com Cuidados de Enfermagem

SPCE2	4,03	4,00	1,13	1,28	1	5
SPCE12	4,02	4,00	1,15	1,32	1	5
SPCE18	3,93	4,00	1,23	1,52	1	5
SPCE19	3,93	4,00	1,16	1,35	1	5

SPCE6	3,92	4,00	1,19	1,41	1	5
SPCE9	3,91	4,00	1,18	1,38	1	5
SPCE17	3,86	4,00	1,23	1,52	1	5
SPCE10	3,83	4,00	1,26	1,58	1	5
SPCE11	3,83	4,00	1,22	1,50	1	5
SPCE14	3,83	4,00	1,24	1,55	1	5
SPCE1	3,79	4,00	1,30	1,69	1	5
SPCE4	3,79	4,00	1,28	1,65	1	5
SPCE7	3,76	4,00	1,26	1,59	1	5
SPCE15	3,76	4,00	1,26	1,58	1	5
SPCE8	3,75	4,00	1,27	1,62	1	5
SPCE13	3,74	4,00	1,22	1,48	1	5
SPCE3	3,72	4,00	1,28	1,64	1	5
SPCE5	3,70	4,00	1,37	1,87	1	5
SPCE16	3,48	4,00	1,39	1,93	1	5
Área Técnico Profissional						
ATP3	3,93	4,00	1,12	1,26	1	5
ATP1	3,89	4,00	1,29	1,66	1	5
ATP7	3,88	4,00	1,14	1,31	1	5
ATP4	3,86	4,00	1,11	1,24	1	5
ATP6	3,53	4,00	1,51	2,28	1	5
ATP5	3,40	3,50	1,46	2,14	1	5
ATP2	3,38	3,00	1,44	2,07	1	5
Educacional						
ED2	3,88	4,00	1,23	1,52	1	5
ED5	3,83	4,00	1,20	1,43	1	5
ED6	3,67	4,00	1,27	1,62	1	5
ED7	3,61	4,00	1,40	1,96	1	5
ED3	3,43	4,00	1,39	1,93	1	5
ED1	3,18	3,00	1,38	1,91	1	5
ED4	2,39	2,00	1,32	1,75	1	5
Confiança						
CO2	3,92	4,00	1,20	1,45	1	5
CO10	3,86	4,00	1,33	1,76	1	5
CO8	3,81	4,00	1,23	1,52	1	5
CO3	3,81	4,00	1,32	1,75	1	5
CO5	3,70	4,00	1,27	1,62	1	5
CO11	3,65	4,00	1,31	1,72	1	5
CO9	3,31	3,00	1,41	1,99	1	5
CO1	3,15	3,00	1,50	2,26	1,00	5,00
CO6	3,13	3,00	1,39	1,93	1	5
CO7	3,04	3,00	1,41	1,99	1	5
CO4	3,03	3,00	1,50	2,24	1	5
Avaliação Geral do Hospital						
AGH7	4,11	4,00	1,08	1,16	1	5
AGH2	4,05	5,00	1,24	1,53	1	5

AGH1	3,85	4,00	1,32	1,75	1	5
AGH3	3,85	4,00	1,35	1,81	1	5
AGH5	3,82	4,00	1,33	1,76	1	5
AGH6	3,74	4,00	1,36	1,85	1	5
AGH4	3,72	4,00	1,32	1,73	1	5

Desta maneira, após expor as médias de cada questão na Tabela 10, são apontados na Figura 8 as médias das escalas de satisfação com o atendimento de enfermagem, as médias da escala de avaliação geral do hospital, e as médias de cada um de seus construtos, e também a média de todo o estudo.

Na Figura 8, percebe-se que a escala com maior média é a escala AGH (3,88), seguida da GPNS, NSNS e por último a escala PSI (3,53). Já na análise por construto foi visto que a maior média é de CC (3,89) seguidos de SPCE, RIC, ATP, ED, EPCE, CO e por último ED com 3,43 de média.

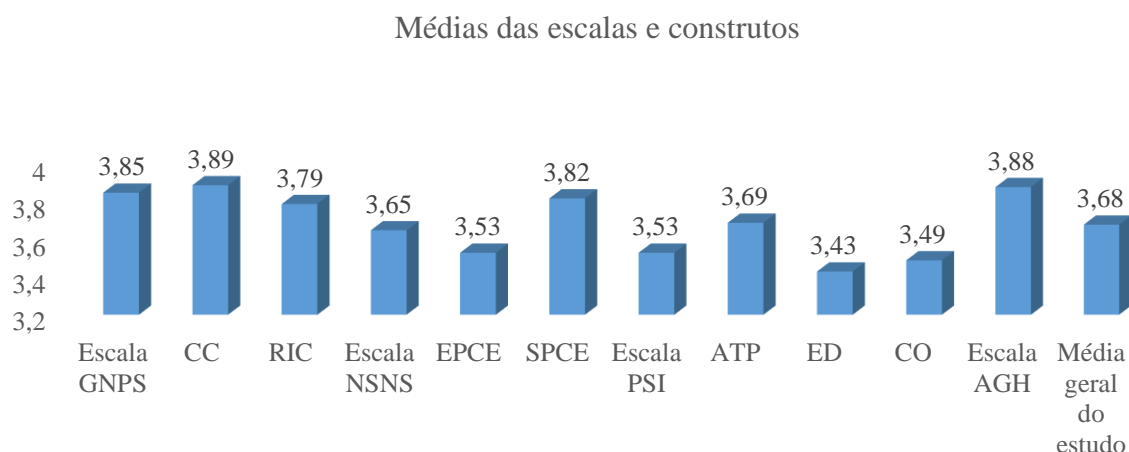


Figura 8 – Comparação das médias os construtos com as das escalas e do estudo geral.

No estudo de Odino & Guirardello (2010), observa-se que a maior média dos construtos da escala PSI foi ATP (3,8) seguidos de ED (3,6) e CO (3,6). No estudo de (Oliveira & de Brito Guirardello, 2006) observa-se o mesmo achado com o construto ATP obtendo melhor avaliação e média de 3,9 e 3,6 nos dois hospitais onde foram realizadas as pesquisas.

Igualmente neste estudo viu-se que as áreas técnicas profissionais têm média superior aos demais construtos da escala PSI.

4.1.2.2 Médias por construto

Neste t3pico ser3 aboradada as m3dias por construtos, comeando pela escala GPNS, e pelo construto confianaa e credibilidade, onde apresenta-se as m3dias de todas as das quest3es, comparando-as entre si. Ver Figura 09.

No construto CC, nota-se que a maior m3dia 3 em CC2, que obteve m3dia de 4,11 que se refere 3 quest3o “Eu acredito no (a) enfermeiro (a) que me atendeu” mostrando credibilidade no atendimento do enfermeiro. Em (Moglia Junior et al., 2015) vimos que CC2 obteve m3dia 4,5 (escala *likert* 1-5) e ficou com a segunda melhor avaliaaa3o do construto.

Duas quest3es tiveram destaque com menor m3dia: s3o as quest3es CC7 com m3dia 3,70 e CC11 com m3dia 3,72. Quanto 3 quest3o CC11 “O (a) enfermeiro (a) dedicou tempo suficiente comigo” mostra que para o cliente o enfermeiro precisa dedicar mais tempo no atendimento. J3 na quest3o CC7 que tem a menor m3dia do construto “Eu gostaria que este (a) enfermeiro (a) repetisse o procedimento adotado em minha pr3xima consulta” exp3e que para o cliente n3o importa se 3 o mesmo enfermeiro (a) que far3 o atendimento, pois se for relacionado com a quest3o de maior m3dia, verifica-se que o cliente acredita no atendimento de enfermagem. Vide Figura 7.

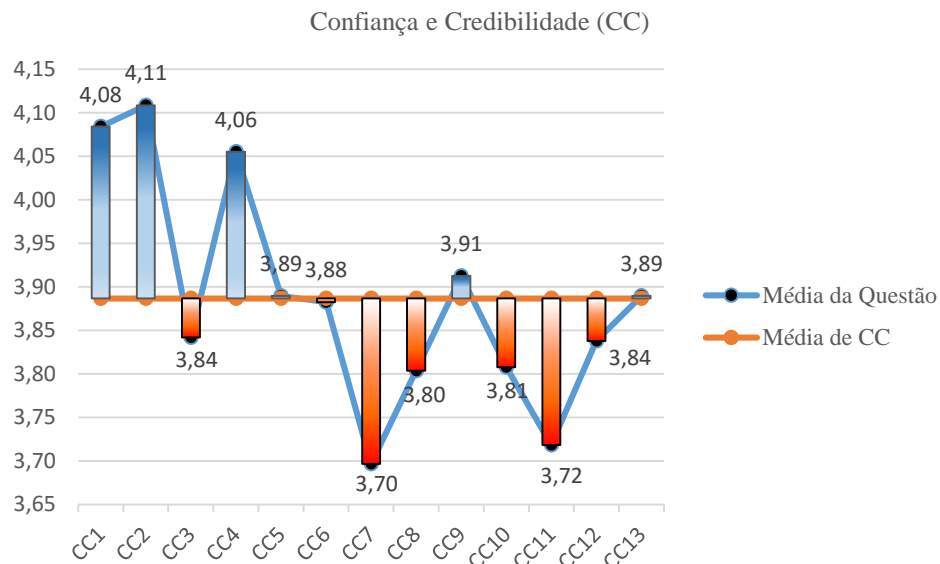


Figura 9 – Distribuaa3o das m3dias das quest3es do construto CC

Ainda na escala GPNS, no construto Relacionamento Interpessoal e Comunicaaa3o (RIC), verificou-se na Figura 10 que duas quest3es que se destacam muito da m3dia de RIC, a RIC 2 positivamente com m3dia de 4,28, que tamb3m 3 a maior m3dia de todas as quest3es deste estudo (ver Tabela 10) e a RIC 5 negativamente com m3dia de 3,24. Ao se analisar as

questões encontra-se em RIC 2 “O (a) enfermeiro (a) me respeitou” mostrando o alto grau de respeito da equipe de enfermagem pelo cliente.

Na questão de menor média RIC 5 vê-se “O (a) enfermeiro (a) me incentivou a fazer perguntas” exhibe que o enfermeiro não está preocupado se o cliente tem ou não dúvidas, demonstrando que a enfermagem realiza o seu atendimento de forma automatizado.

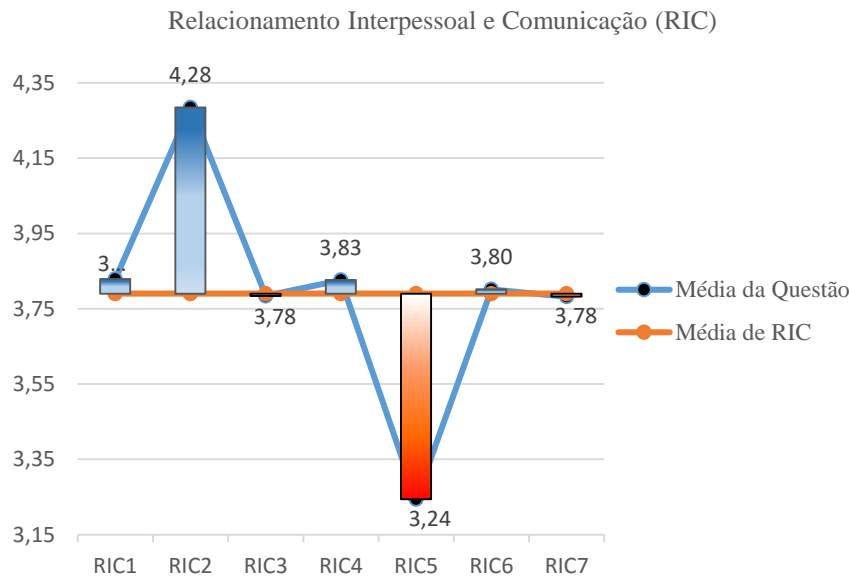


Figura 10 – Distribuição das médias das questões do construto RIC

Na escala de satisfação NSNS, foi analisado as médias dos seus construtos, desta maneira, no construto Experiência do Paciente com os Cuidados de Enfermagem (EPCE) observa-se duas questões que estão em destaque com as maiores médias, que são EPCE 13 com média de 3,96 e EPCE 21 com média 3,95. Vide Figura 11.

Na questão EPCE 21 que tem a segunda maior média “A equipe de enfermagem garantia que os pacientes tivessem privacidade quando eles precisavam”, entende-se que a equipe de enfermagem garantiu a privacidade do cliente. Desse modo, na questão EPCE 13 a que se destaca com maior média do construto “A equipe de enfermagem verificava regularmente para ter certeza se eu estava bem” mostrando que o cliente tem a percepção da preocupação da equipe de enfermagem com a condição de saúde do paciente, conforme Figura 11.

A questão EPCE 20 apresentou a segunda menor média 3,12 a qual seria “A equipe de enfermagem costumava sair e esquecer o que os pacientes haviam pedido”, entende-se que a equipe de enfermagem tem muitas tarefas e está envolvida no trabalho com os outros clientes, e por uma carga de trabalho elevada acaba por esquecer os pedidos do cliente, ou simplesmente não consegue atendê-los.

Também se destaca a questão de menor média, EPCE 22 com 2,59 (A equipe de enfermagem tinha tempo para conversar comigo). Logo, percebe-se que para os respondentes, a equipe de enfermagem não tinha tempo disponível para conversar com o cliente. Neste âmbito, torna-se visível que as duas questões com menor avaliação referem-se ao tempo disponível do profissional de enfermagem na percepção do cliente.

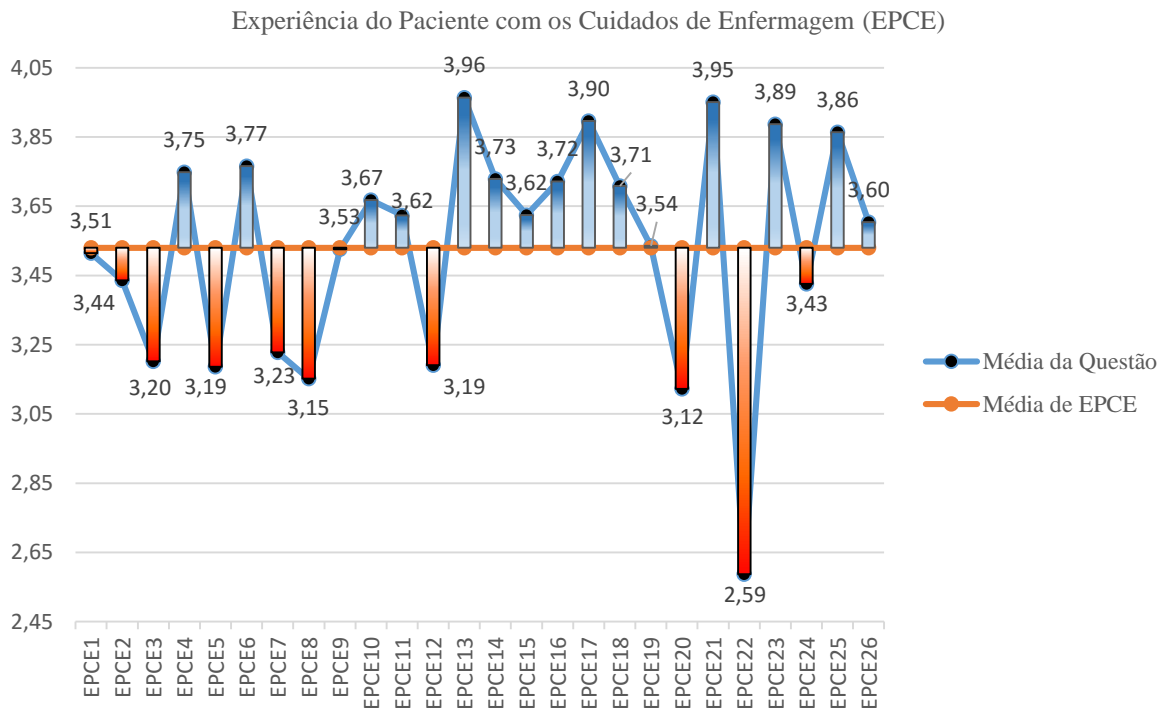


Figura 11 – Distribuição das médias das questões do construto EPCE

Ainda na escala NSNS, no construto Satisfação do Paciente com os Cuidados de Enfermagem (SPCE), verifica-se duas questões com as maiores médias. A maior média é a SPCE 2 com 4,03 e a segunda maior média da SPCE 12 com 4,02; e a de menor média a SPCE 16 com 3,48, conforme a Figura 12.

Em relação às duas questões melhores avaliadas, foi analisado em SPCE 2 “A equipe de enfermagem é muito capaz no seu trabalho” e na questão SPCE 12 “A maneira como a equipe de enfermagem realiza o seu trabalho é eficiente” expondo que o cliente percebe que a equipe de enfermagem tem habilidade, capacidade e eficiência quanto ao trabalho de enfermagem.

Na questão SPCE 16 “Eu tenho liberdade dentro da unidade” mostra que na percepção do paciente ele tem que se submeter além do tratamento a regras da instituição, que limita a liberdade do cliente nas rotinas de horários como sono, alimentação, banho, atividades físicas, entretenimento etc.

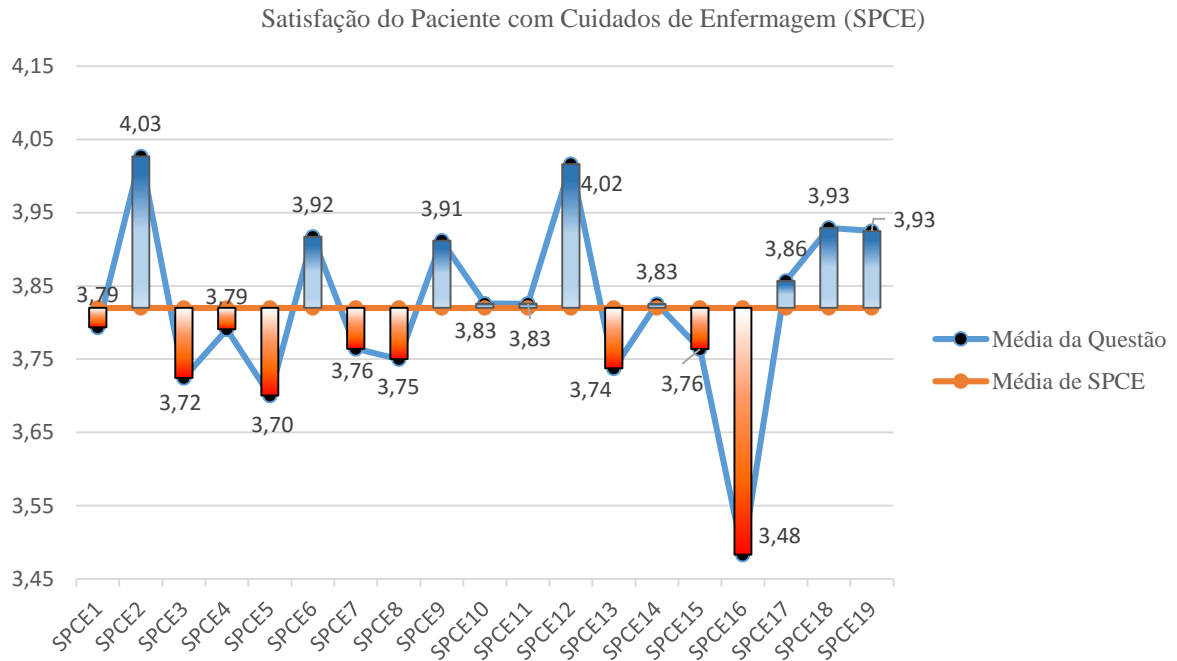


Figura 12 – Distribuição das médias das questões do construto SPCE

Na terceira escala de satisfação do paciente com atendimento de enfermagem, a escala PSI, têm três construtos, sendo apresentado as médias de seus construtos a seguir, iniciando pelo construto Área Técnico Profissional (ATP). Neste construto foi ressaltado a maior e menor média, sendo a maior média de ATP 3 com 3,93 e a menor média a ATP 05 com média 3,40, como visto na Figura 13.

Na questão ATP 3, a de maior média, foi visto que “O enfermeiro (a) dá bons conselhos” e foi relacionado este achado aos conselhos sobre saúde que o profissional da enfermagem dá aos clientes durante os momentos de conversa com o cliente. Na outra questão a de menor média ATP 5 “O enfermeiro (a) é muito lento para fazer as coisas pra mim” vê-se que na percepção do cliente o enfermeiro dedica pouco tempo aos pedidos do cliente, entende-se que o profissional da enfermagem tem outros clientes para atender e não consegue atender aos pedidos dos clientes no tempo e da maneira que eles almejam.

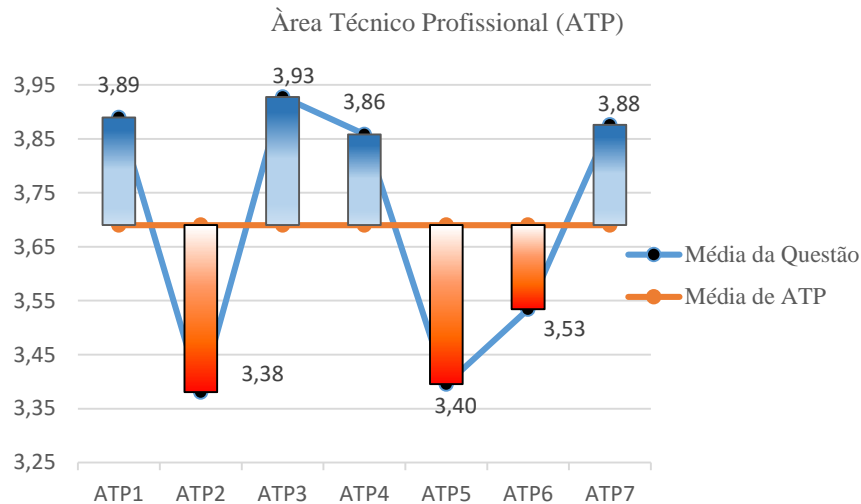


Figura 13 – Distribuição das médias das questões do construto ATP

No construto Educacional (ED), da escala PSI, visto na Figura 14, em relação às médias observou-se que a maior média é a de ED 2 com 3,88 e a de menor média do construto é de ED 4 com 2,39 que é também a menor média de todas as questões da pesquisa (Tabela 10).

A questão de ED 2, de maior média, foi visto que “O enfermeiro (a) explica as coisas em uma linguagem simples” com isso se entende que o profissional de enfermagem, conversa com clientes utilizando-se de termos de fácil entendimento, linguagem popular, facilitando a compreensão do cliente.

A questão ED 4, que obteve a menor média deste construto e de todo o estudo, refere-se a “Eu gostaria que o enfermeiro(a) me desse mais informações sobre os resultados dos meus exames”, com isso se entende que o profissional de enfermagem, ou não tem visualizado os resultados de exames do cliente, e por isso não comenta com o mesmo, ou por ter pouco tempo até olha o resultado dos exames, porém não consegue conversar com o paciente, ou por saber que o médico vai conversar com o cliente e falar sobre os resultados de exames. Ele não se precipita nas informações, a fim de não aumentar a ansiedade do paciente, ou por achar que é de responsabilidade do médico a comunicação dos resultados dos exames, ou mesmo por insegurança sobre a informação; Desta forma, face à relevância da temática relacionada a questão, seria lícito e até desejável um estudo mais apurado, em caráter investigativo.

No estudo da satisfação de Odinino & Guirardello (2010), vimos que as três últimas questões apontadas no estudo com menor avaliação têm médias iguais (média 3,2 para escala likert 1-5) e uma é a mesma questão de ED 4 a saber “Eu gostaria que o enfermeiro(a) me desse mais informações sobre os resultados dos meus exames.” Mostrando a mesma deficiência no serviço de enfermagem, a falta de atenção com o cliente pelo serviço de enfermagem. Este

evento também foi identificado em outro estudo de Oliveira & de Brito Guirardello (2006) esta questão ficou com pior média de avaliação com 2,61 (escala *likert* 1-5).

No estudo de Ribeiro, Vieira, & Cunha (2014) verificou-se que a satisfação com o atendimento de enfermagem foi maior quando o cuidado foi prestado por estudantes de enfermagem, e no processo de ensino–aprendizagem o estudante presta uma assistência mais reflexiva, sem pressa, mais detalhada e com maior atenção ao paciente.

Em Oliveira & de Brito Guirardello (2006) vê-se que para o cliente se o profissional de saúde for atencioso isso demonstra na percepção do cliente que ele está sendo bem cuidado, ou bem assistido pela equipe de saúde.

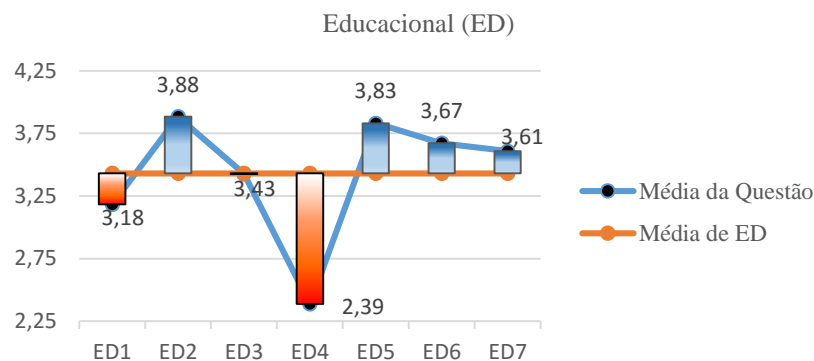


Figura 14 – Distribuição das médias das questões do construto ED

No último construto da escala PSI, trata-se da Confiança (CO): vide Figura 15. O destaque é a questão CO 2 com maior média com 3,92 “O enfermeiro(a) é uma pessoa agradável de se ter por perto” exibe que o enfermeiro é um profissional de saúde que agrada ao cliente. Visto também no estudo de Odino & Guirardello (2010) que teve o mesmo achado, onde esta questão ficou entre as três melhores avaliadas com mesma nota média (4,0).

No quesito menor média viu-se duas questões que se destacaram CO 4 e CO 7. A questão com a menor média foi CO 4 (3,03) “O enfermeiro (a) deveria ser mais amigável do que ele ou ela é”, o termo amigável tem por significado, 1 próprio de amigo, 2 que denota amizade ou afeição, 3 conciliador, 4 complacente, 5 que se faz por bem, pelo consentimento mútuo (“Dicionário Online - Dicionários Michaelis - UOL”, 2009). Entende-se que na percepção do cliente o enfermeiro não é uma pessoa com características de um amigo, e/ou que o cliente sente falta dessa característica no profissional de enfermagem.

Na questão CO 7 com média de 3,04 “O enfermeiro (a) está muito ocupado (a) no posto para perder tempo conversando comigo” a segunda menor média e muito próxima da anterior, nota-se mais uma vez a questão temporal, na percepção do cliente o profissional de enfermagem

tem pouco tempo disponível, pois tem muitos clientes para atender e ele sente falta desta interação.

Desta maneira, no estudo também se comprova o achado de Dorigan & Guirardello (2010) pois a questão CO 2 com melhores índices de satisfação, relaciona-se com o bom relacionamento entre companheirismo, confiança e empatia e a satisfação do paciente. Mostrando-se que a avaliação do paciente não está relacionada somente aos cuidados recebidos.

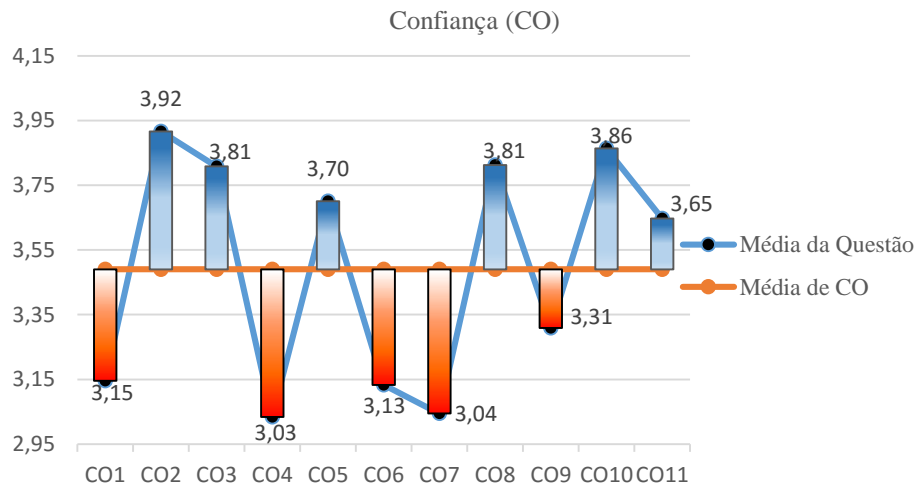


Figura 15 – Distribuição das médias das questões do construto CO

Na última escala deste estudo, a escala de Avaliação Geral do Hospital (AGH), percebe-se que AGH 7 se destaca com a maior média 4,11 e AGH 4 se destaca com a menor média 3,72, conforme a Figura 16.

Em AGH 7, maior média “Confio neste hospital” constata que o cliente confia no serviço hospitalar que foi investigado nesta pesquisa que como em (Moglia Junior et al., 2015) que também obteve maior média do construto com 4,55.

E em AGH 4, menor média (3,72): “Acho este hospital muito melhor que os outros que conheço” expõe que o cliente apesar de confiar nesta instituição hospitalar tem referências de outros bons hospitais, o qual não o deixa colocar este hospital como o melhor. Também vai de encontro ao achado de Moglia Junior et al. (2015) onde obteve a menor média com 4,09.

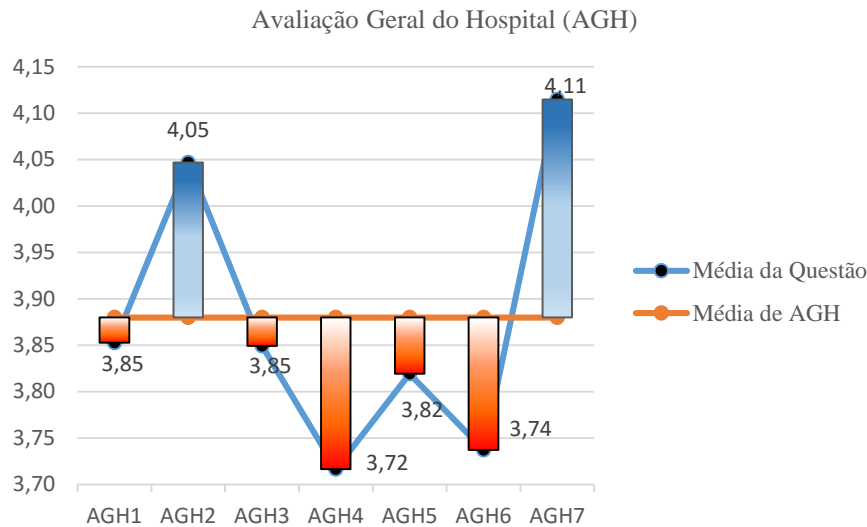


Figura 16 – Distribuição das médias das questões do construto AGH

4.1.2.3 Modelagem de equações estruturais

A MEE seguiu os pressupostos preconizados por Ringle, Silva & Bido (2014), por meio da análise das Validades Convergente (VC) e Validade Discriminante (VD). Na primeira, a VC identifica-se a relação significativa entre o item e o construto ao qual se refere; já na segunda, a VD, busca-se identificar a baixa correlação entre os construtos, como forma de garantir que as medidas são oriundas de variáveis diferentes (Malhotra, Lopes & Veiga, 2014).

4.1.2.4 Validade convergente

Na análise das cargas fatoriais dos itens de validade convergente, percebe-se muitos itens com carga muito baixa e optou-se por retirá-los, então os itens que permaneceram têm $AVE > 0,50$ e de todos os 97 itens do questionário, 20 deles apresentam carga fatorial abaixo de 0,50 sendo, portanto retirados conforme os critérios de Chin & Newsted (1999).

Na escala GPNS no construto Confiança e Credibilidade (CC) foram removidos CC12 (carga de 0,433) e no construto Relacionamento Interpessoal e Comunicação (RIC) nenhum foi retirado.

Na escala NSNS, no construto Experiência do Paciente com os Cuidados de Enfermagem (EPCE) os itens retirados foram: EPCE 12 (carga 0,497), EPCE 14 (carga 0,287), EPCE 15 (carga 0,274), EPCE 02 (carga 0,263), EPCE 20 (carga 0,339), EPCE 24 (carga 0,386), EPCE 03 (carga 0,114), EPCE 04 (carga 0,216), EPCE 05 (carga 0,394), EPCE 07 (carga 0,044), EPCE 08 (carga 0,269), e EPCE 09 (carga 0,333).

No construto Satisfação do Paciente com os Cuidados de Enfermagem (SPCE) nenhum item deste construto foi removido.

Na escala PSI, no construto Área Técnica Profissional (ATP), alguns os itens que foram removidos, e estes são: ATP 02 (carga 0,442), ATP 05 (carga 0,414), e ATP 06 (carga 0,485).

Ainda na escala PSI, no construto Educacional (ED) os itens que foram removidos são: ED 01 (carga 0,296) e ED 04 (carga 0,111).

E por último na escala PSI, no construto Confiança (CO) foram removidos os itens: CO 07 (carga 0,379) e CO 09 (carga 0,442).

Após a retirada de todos os itens com carga fatorial abaixo de 0,50, conforme Chin & Newsted (1999) apresentam-se na Tabela 11 os indicadores após a validade convergente.

Tabela 11 - Validade convergente

	<i>Confiabilidade</i>	<i>R²</i>	<i>Alpha de Cronbach</i>	<i>Comunalidade</i>	<i>Redundância</i>
ATP	0,9008	0,8574	0,8527	0,6946	0,5936
Avaliação Geral do Hospital	0,9295	0,7298	0,9113	0,6535	0,1173
CC	0,9288	0,9697	0,9159	0,5224	0,5061
CO	0,8833	0,9459	0,8261	0,5333	0,5038
ED	0,8418	0,8684	0,7639	0,5211	0,4513
EPCE	0,9195	0,9661	0,8828	0,527	0,5089
Escala GPNS	0,9534	0	0,9481	0,5209	0
Escala NSNS	0,9725	0	0,9668	0,5495	0
Escala PSI	0,9369	0	0,918	0,5245	0
RIC	0,9084	0,9297	0,8817	0,5876	0,5454
SPCE	0,9642	0,9852	0,9605	0,588	0,5792

4.1.2.5 Validade discriminante

A validade discriminante, ou seja, o quanto cada construto é unidimensional foi verificada pelo critério de Fornell-Lacker como citado em Ringle, Silva & Bido (2014), no qual a raiz quadrada da variância média extraída (AVE) do construto deve ser maior que a correlação desse com os demais construtos do modelo. Mesmo que para essa metodologia não exista um limite crítico, sabe-se que qualquer valor de AVE superior à correlação deve existir. Deste modo, na Tabela 12 é apresentado a rodada 1 da validade discriminante.

Na primeira rodada da validade discriminante, com a finalidade de ajuste da escala, não atingimos a unidimensionalidade dos construtos e por isso alguns itens foram removidos na escala GPNS, no construto Confiança e Credibilidade (CC) os itens são: CC 03, CC 04, CC 05. E no construto Relacionamento Interpessoal e Comunicação (RIC) nenhum item foi removido.

Na escala NSNS, no construto Experiência do Paciente com os Cuidados de Enfermagem (EPCE), nenhum item foi removido. No construto de Satisfação do Paciente com os Cuidados de Enfermagem (SPCE) os itens removidos foram: SPCE 02, SPCE 10, SPCE 11, SPCE 13, SPCE 15, SPCE 17, ver Tabela 12.

Na escala PSI, no construto Área Técnico Profissional (ATP) foi removido o item ATP 03. No construto Confiança (CO) foram removidos os itens: CO 02 e CO 11, ver Tabela 12.

Tabela 12 - Validade discriminante rodada 1

Validade Discriminante rodada 1									
	<i>AVE</i>	<i>Raiz da AVE</i>	<i>ATP</i>	<i>CC</i>	<i>CO</i>	<i>ED</i>	<i>EPCE</i>	<i>RIC</i>	<i>SPCE</i>
ATP	0,695	0,833	,833	0	0	0	0	0	0
CC	0,522	0,723	0,8889	,722	0	0	0	0	0
CO	0,533	0,730	0,8711	0,9061	,730	0	0	0	0
ED	0,521	0,722	0,8042	0,8548	0,8639	,721	0	0	0
EPCE	0,527	0,726	0,8957	0,9274	0,9117	0,8538	,725	0	0
RIC	0,588	0,767	0,8736	0,9035	0,9195	0,8435	0,9256	,766	0
SPCE	0,588	0,767	0,9013	0,9365	0,9242	0,8698	0,9533	0,9311	,766

Nota: a diagonal em destaque apresenta a raiz quadrada da AVE do construto.

Assim após a rodada 1 da validade discriminante, apresenta-se os indicadores de validade discriminante na Tabela 13, logo após a remoção dos itens foi necessária uma nova rodada para avaliar a validade discriminante.

Tabela 13 - Indicadores validade discriminante 1

Indicadores de validade Discriminante 1						
	<i>AVE</i>	<i>Confiabilidade</i>	<i>R²</i>	<i>Alpha de Cronbach</i>	<i>Comunalidade</i>	<i>Redundância</i>
ATP	0,7523	0,901	0,8061	0,8344	0,7523	0,605
Avaliação Geral do Hospital	0,6535	0,9295	0,7288	0,9113	0,6535	0,1359
CC	0,5152	0,9048	0,9479	0,8812	0,5152	0,4875
CO	0,5094	0,8279	0,898	0,7279	0,5094	0,4569
ED	0,5212	0,8419	0,8752	0,7639	0,5212	0,4554
EPCE	0,527	0,9195	0,9755	0,8828	0,527	0,514
Escala GPNS	0,5144	0,9438	0	0,9359	0,5144	0
Escala NSNS	0,5414	0,9646	0	0,9558	0,5414	0
Escala PSI	0,4996	0,9126	0	0,8813	0,4996	0
RIC	0,5876	0,9084	0,9339	0,8817	0,5876	0,548
SPCE	0,5842	0,9478	0,9771	0,9399	0,5842	0,5708

Após a segunda rodada da validade discriminante verificou-se que não atingimos a unidimensionalidade dos construtos e por isso foram removidos da escala GPNS, no construto

Credibilidade e Confiança (CC) os itens CC 02 e CC 06. E no construto Relacionamento Interpessoal e Comunicação (RIC) foram removidos os itens: RIC 01, RIC 02 e RIC 05, vide Tabela 14.

Na escala NSNS, no construto Satisfação do Paciente com os Cuidados de Enfermagem (SPCE) foram removidos os itens: SPCE 03, SPCE 16, SPCE 18. No construto Experiência do Paciente com os Cuidados de Enfermagem (EPC) foram retirados os itens: EPCE 01, EPCE 06, EPCE 11, EPCE 17, EPCE 19 e EPCE 22, vide Tabela 14.

Tabela 14 - Validade discriminante rodada 2

Validade Discriminante rodada 2									
	<i>AVE</i>	<i>Raiz da AVE</i>	<i>ATP</i>	<i>CC</i>	<i>CO</i>	<i>ED</i>	<i>EPCE</i>	<i>RIC</i>	<i>SPCE</i>
ATP	0,752	0,867	0,867						
CC	0,515	0,718	0,832	0,718					
CO	0,509	0,714	0,811	0,881	0,714				
ED	0,521	0,722	0,768	0,850	0,829	0,722			
EPCE	0,527	0,726	0,863	0,906	0,894	0,853	0,726		
RIC	0,588	0,767	0,829	0,882	0,898	0,843	0,925	0,767	
SPCE	0,584	0,764	0,859	0,918	0,889	0,852	0,953	0,919	0,764

Nota: a diagonal em destaque apresenta a raiz quadrada da AVE do construto.

Logo após a segunda rodada da validade discriminante é apresentado na Tabela 15 os indicadores de validade discriminante, sendo necessário outra rodada.

Tabela 15 - Indicadores de validade discriminante 2

Indicadores de validade Discriminante 2						
	<i>AVE</i>	<i>Confiabilidade</i>	<i>R²</i>	<i>Alpha de Cronbach</i>	<i>Comunalidade</i>	<i>Redundância</i>
ATP	0,7523	0,901	0,8061	0,8344	0,7523	0,605
Avaliação Geral do Hospital	0,6535	0,9295	0,7205	0,9113	0,6535	0,2205
CC	0,5415	0,9039	0,9488	0,8781	0,5415	0,5132
CO	0,5094	0,8279	0,898	0,7279	0,5094	0,4569
ED	0,5212	0,8419	0,8752	0,7639	0,5212	0,4554
EPCE	0,5965	0,9219	0,9498	0,903	0,5965	0,5663
Escala GPNS	0,5632	0,9339	0	0,9218	0,5632	0
Escala NSNS	0,5881	0,9625	0	0,9587	0,5881	0
Escala PSI	0,4996	0,9126	0	0,8813	0,4996	0
RIC	0,6917	0,8997	0,8905	0,8513	0,6917	0,6154
SPCE	0,6236	0,943	0,9712	0,9328	0,6236	0,605

Após a terceira rodada da validade discriminante, ainda não foi atingido a unidimensionalidade e a VD na escala GPNS foram retirados no construto Credibilidade e Confiança (CC) os itens: CC 01, CC 06, CC 07, CC 08 e CC 10. No construto Relacionamento Interpessoal e Credibilidade (RIC) nenhum item foi removido. Assim na escala GPNS foi alcançado o objetivo de validade discriminante, onde na escala GPNS atingimos a VD e cada construto mede o proposto ver Tabela 16.

Na escala NSNS, também não foi atingido a VD e no construto Satisfação do Paciente com os Cuidados de Enfermagem (SPCE) foram removidos os itens: SPCE 05, SPCE 08, SPCE 09, SPCE 12. No construto Experiência do Paciente com os Cuidados de Enfermagem (EPCE) foram removidos os itens EPCE 10 e EPCE 26, ver Tabela 16.

Tabela 16 - Validade discriminante rodada 3

Validade Discriminante rodada 3									
	<i>AVE</i>	<i>Raiz da AVE</i>	<i>ATP</i>	<i>CC</i>	<i>CO</i>	<i>ED</i>	<i>EPCE</i>	<i>RIC</i>	<i>SPCE</i>
ATP	0,752	0,867	0,867						
CC	0,542	0,736	0,834	0,736					
CO	0,509	0,714	0,811	0,881	0,714				
ED	0,521	0,722	0,768	0,852	0,829	0,722			
EPCE	0,597	0,772	0,861	0,890	0,861	0,809	0,772		
RIC	0,692	0,832	0,806	0,855	0,850	0,817	0,850	0,832	
SPCE	0,624	0,790	0,855	0,924	0,888	0,855	0,922	0,885	0,790

Nota: a diagonal em destaque apresenta a raiz quadrada da AVE do construto.

Assim após a terceira rodada é apresentado na Tabela 17 os indicadores de validade discriminante, após a retirada dos itens é necessária uma nova rodada de validade discriminante.

Tabela 17 - Indicadores de validade discriminante 3

Indicadores de validade Discriminante 3						
	<i>AVE</i>	<i>Confiabilidade</i>	<i>R²</i>	<i>Alpha de Cronbach</i>	<i>Comunalidade</i>	<i>Redundância</i>
ATP	0,7523	0,901	0,8061	0,8344	0,7523	0,605
Avaliação Geral do Hospital	0,6535	0,9295	0,7133	0,9113	0,6535	0,22
CC	0,7191	0,8847	0,8632	0,8046	0,7191	0,6203
CO	0,5094	0,8279	0,898	0,7279	0,5094	0,4569
ED	0,5212	0,8419	0,8752	0,7639	0,5212	0,4554
EPCE	0,656	0,905	0,911	0,8686	0,656	0,5969
Escala GPNS	0,6278	0,9218	0	0,9009	0,6278	0
Escala NSNS	0,6092	0,9492	0	0,9415	0,6092	0
Escala PSI	0,4996	0,9126	0	0,8813	0,4996	0

RIC	0,6916	0,8997	0,9164	0,8513	0,6916	0,6327
SPCE	0,6677	0,9234	0,9413	0,9004	0,6677	0,6274

Na quarta tentativa, como apresentado na Tabela 18 não se verificou a validade discriminante do modelo. Então foram removidos na escala NSNS, no construto Experiência do Paciente com os Cuidados de Enfermagem (EPCE) o item EPCE 23. E no construto Satisfação do Paciente com os Cuidados de Enfermagem (SPCE) foram removidos os itens SPCE 14 e SPCE19.

Tabela 18 - Validade discriminante rodada 4

Validade Discriminante rodada 4									
	<i>AVE</i>	<i>Raiz da AVE</i>	<i>ATP</i>	<i>CC</i>	<i>CO</i>	<i>ED</i>	<i>EPCE</i>	<i>RIC</i>	<i>SPCE</i>
ATP	0,752	0,867	0,867	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
CC	0,719	0,848	0,720	0,848	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
CO	0,509	0,714	0,811	0,799	0,714	0,000	0,000	0,000	0,000
ED	0,521	0,722	0,768	0,798	0,829	0,722	0,000	0,000	0,000
EPCE	0,656	0,810	0,855	0,769	0,835	0,785	0,810	0,000	0,000
RIC	0,692	0,832	0,805	0,783	0,850	0,817	0,827	0,832	0,000
SPCE	0,668	0,817	0,844	0,857	0,887	0,852	0,863	0,874	0,817

Agora é exposto na Tabela 19 os indicadores de validade discriminante e após a quarta rodada de validade discriminante.

Tabela 19 - Indicadores de validade discriminante 4

Indicadores de validade Discriminante 4						
	<i>AVE</i>	<i>Confiabilidade</i>	<i>R²</i>	<i>Alpha de Cronbach</i>	<i>Comunalidade</i>	<i>Redundância</i>
ATP	0,7523	0,901	0,8061	0,8344	0,7523	0,605
Avaliação Geral do Hospital	0,6535	0,9295	0,6902	0,9113	0,6535	0,283
CC	0,7191	0,8847	0,8632	0,8046	0,7191	0,620
CO	0,5094	0,8279	0,898	0,7279	0,5094	0,457
ED	0,5212	0,8419	0,8752	0,7639	0,5212	0,456
EPCE	0,6973	0,902	0,8931	0,8552	0,6973	0,622
Escala GPNS	0,6278	0,9218	0	0,9009	0,6278	0
Escala NSNS	0,6239	0,9371	0	0,9244	0,6239	0
Escala PSI	0,4996	0,9126	0	0,8813	0,4996	0
RIC	0,6916	0,8997	0,9164	0,8513	0,6916	0,633
SPCE	0,7073	0,9062	0,9062	0,8621	0,7073	0,639

Na rodada número 5 confirma-se então a unidimensionalidade de todos os construtos, portanto atingiu-se a validade discriminante, como pode ser visto na Tabela 20, onde o modelo empírico testado atendeu ao critério de discriminação.

Tabela 20 - Validade discriminante rodada 5

Validade Discriminante rodada 5									
	<i>Raiz da</i>								
	<i>AVE</i>	<i>AVE</i>	<i>ATP</i>	<i>CC</i>	<i>CO</i>	<i>ED</i>	<i>EPCE</i>	<i>RIC</i>	<i>SPCE</i>
ATP	0,752	0,867	0,867						
CC	0,719	0,848	0,720	0,848					
CO	0,509	0,714	0,811	0,799	0,714				
ED	0,521	0,722	0,768	0,798	0,829	0,722			
EPCE	0,697	0,835	0,843	0,722	0,812	0,746	0,835		
RIC	0,692	0,832	0,805	0,783	0,850	0,817	0,807	0,832	
SPCE	0,707	0,841	0,814	0,845	0,859	0,834	0,815	0,855	0,841

Nota: a diagonal em destaque apresenta a raiz quadrada da AVE do construto.

4.1.2.6 Avaliação geral e modelo estrutural

Os indicadores de ajuste gerais do modelo testado atenderam satisfatoriamente os limites críticos impostos pela literatura. Todas as AVEs das comunalidades extraídas foram superiores a 0,5, a confiabilidade composta e o alfa de Cronbach superiores a 0,7, além do indicador de redundância se apresentar inferior a 0,64, ver Tabela 21 (Chin, 1999; Ringle, da Silva & Bido, 2014).

Diante desses resultados preliminares, realizou-se a análise dos caminhos estruturais do modelo concebido evidenciado na Figura 17.

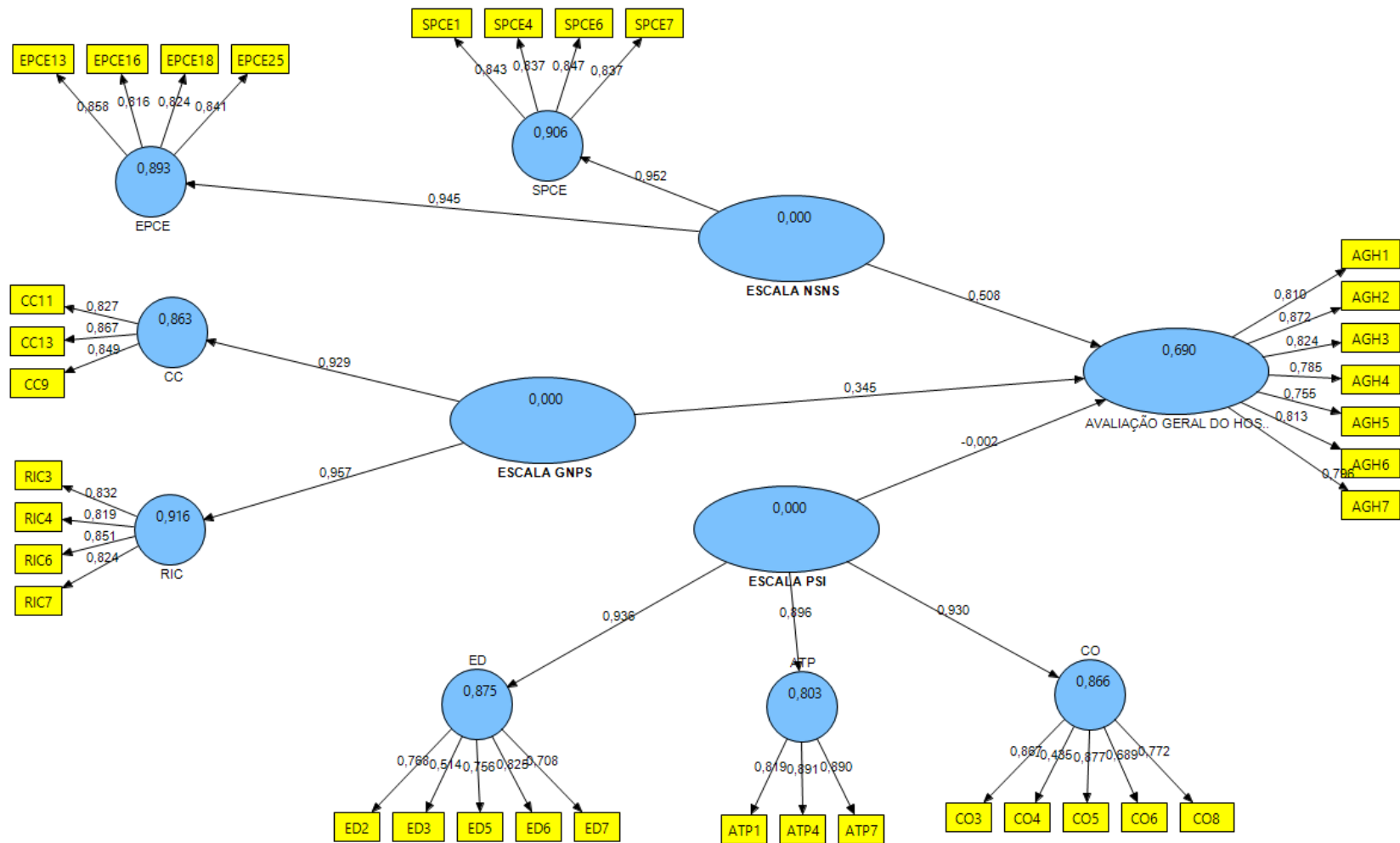


Figura 17 – Caminho estrutural do modelo final

Com o objetivo de facilitar o entendimento das relações estruturais, observa-se o resultado do modelo na Tabela 21, como indicado pela literatura (Chin & Newsted, 1999; Ringle, Silva & Bido, 2014), onde é calculada a significância das cargas dos caminhos estruturais, por meio do teste de reamostragem bootstrap com 200 repetições, ver Figura 18.

Nota-se após a o teste de reamostragem que o caminho identificado da escala PSI para a AGH não é significativo ($t < 1$; $p = n.s.$).

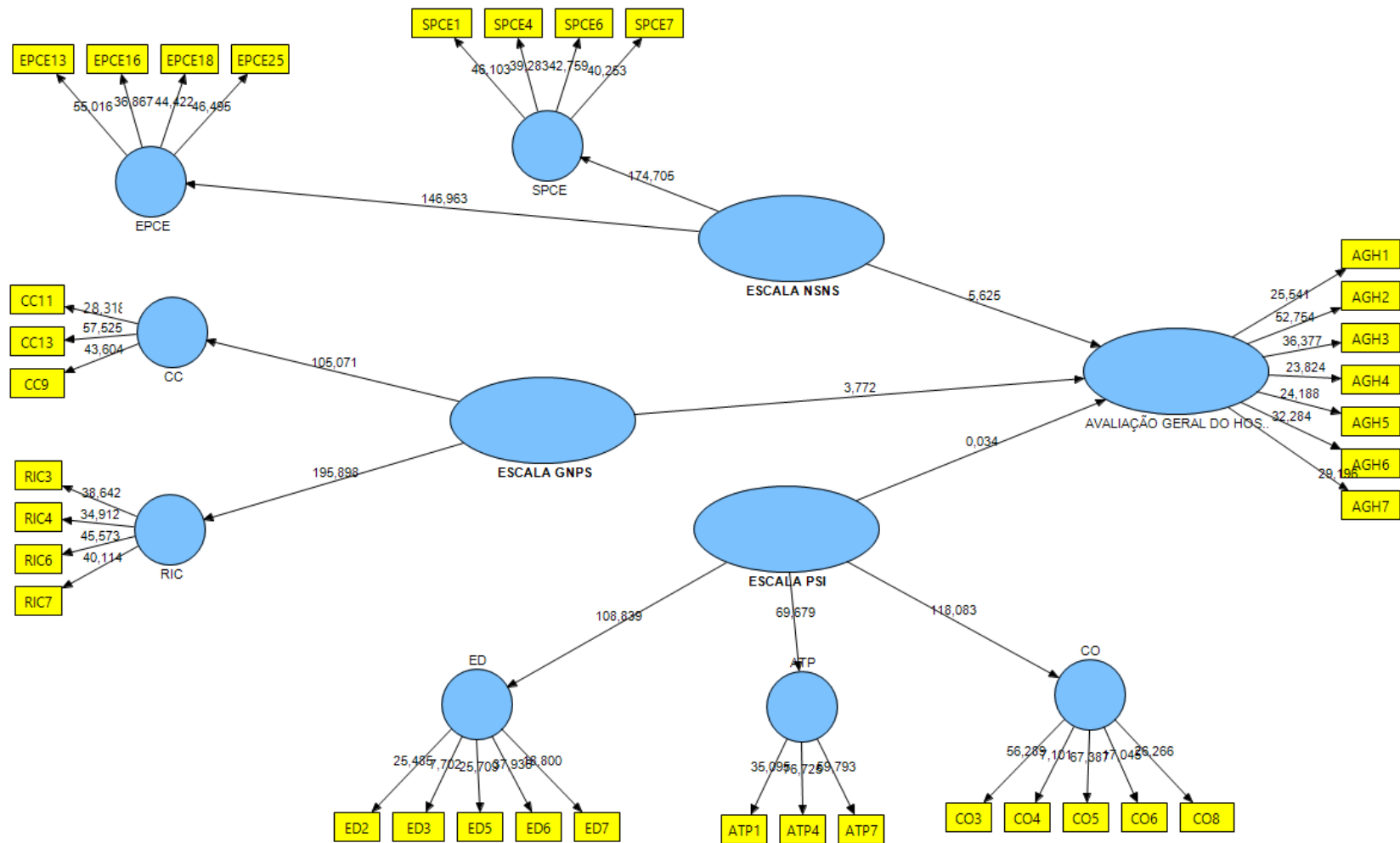


Figura 18 – Bootstrap do modelo final

Na análise identificou-se (Tabela 21) que a escala NSNS mede mais avaliação geral do hospital em comparação as outras escalas testadas, a escala GPNS e a Escala PSI. A escala GPNS também mede a AGH, porém mede menos a AGH do que a escala NSNS. Já a escala PSI não mede a avaliação geral do hospital.

Tabela 21 – Análise dos caminhos estruturais - Teste de hipótese

Teste de Hipótese					
<i>Caminho</i>	<i>Carga original</i>	<i>Média de 200 reamostragens</i>	<i>Erro padronizado</i>	<i>Teste t</i>	<i>Sig.</i>
ESCALA GPNS -> Avaliação Geral Do Hospital	0,3453	0,3489	0,0915	3,77	p<0,01
ESCALA GPNS -> CC	0,9291	0,9299	0,0088	105,070	p<0,01
ESCALA GPNS -> RIC	0,9573	0,9576	0,0049	195,890	p<0,01
ESCALA NSNS -> Avaliação Geral Do Hospital	0,5079	0,4993	0,0903	5,620	p<0,01
ESCALA NSNS -> EPCE	0,945	0,9455	0,0064	146,960	p<0,01
ESCALA NSNS -> SPCE	0,952	0,9525	0,0054	174,700	p<0,01
ESCALA PSI -> Avaliação Geral Do Hospital	-0,0017	0,0055	0,0828	0,020	p=n.s.
ESCALA PSI -> CO	0,9305	0,9309	0,0079	118,080	p<0,01
ESCALA PSI -> ED	0,9355	0,9359	0,0086	108,830	p<0,01
ESCALA PSI -> ATP	0,896	0,8968	0,0129	69,670	p<0,01

Nota: Limite crítico para t (199) gl. = para t=1,96 p<5%; para t=2,58 p<1%

Como apresentado na Tabela 21, os caminhos estruturais propostos por este modelo, mostra que dois caminhos são positivos e significantes e um deles não tem significância.

Tanto o construto Confiança e a Credibilidade ($\Gamma=0,929$; p<1%) quanto o construto Relacionamento Interpessoal e Comunicação ($\Gamma=0,957$; p<1%) foram bons antecedentes da Satisfação com o Serviço de Enfermagem, suportando a adequabilidade da escala G GPNS NPS, proposta por Halcomb *et al.* (2011), no contexto nacional.

No construto Experiência do Paciente com os Cuidados de Enfermagem ($\Gamma=0,945$; p<1%) quanto o construto Satisfação do Paciente com o Cuidado de Enfermagem ($\Gamma=0,952$; p<1%) também foram bons antecedentes da Satisfação com o Serviço de Enfermagem, suportando a adequabilidade da escala NSNS, proposta por Thomas, McColl, Priest, Bond, & Boys, (1996) ao contexto da cultura brasileira traduzido por Dorigan & Guirardello (2013).

Neste modelo verificou-se que o construto Área Técnico Profissional ($\Gamma=0,898$; p<1%), o construto Educacional ($\Gamma=0,936$; p<1%), e o construto Confiança ($\Gamma=0,948$, p<1%), da escala PSI, não são bons antecedentes da AGH (Test t 0,011 p=não significante), portanto mostra que a escala PSI não mede a avaliação geral do hospital.

Além disso, como proposto no modelo testado, a Satisfação com o Serviço de Enfermagem explicou 69% ($R^2=0,690$) da Avaliação Geral do Hospital feita pelo cliente pesquisado. A relação entre a Satisfação com o Serviço de Enfermagem e a Avaliação geral do Hospital foi positiva e bastante significativa na escala NSNS ($\beta=0,507$; $p<1\%$), e na escala GPNS ($\beta=0,345$; $p<1\%$). E foi negativa e não significativa para a escala PSI ($\beta= -0,001$; $p=n.s.$).

Nas proposições levantadas no estudo de Moura & Luce (2004) apontaram a necessidades de novos estudos para identificar a real contribuição da equipe de enfermagem na satisfação do cliente internado e sua parcela de contribuição da formação da imagem organizacional junto ao cliente.

Quanto ao momento de maior influencia na satisfação do cliente, na pesquisa de Moura & Luce (2004) identificou-se no momento de admissão, no processo de internação, no processo de alta e no atendimento recebido nos múltiplos encontros do paciente com os serviços oferecidos pelo hospital. Viu-se que nos serviços oferecidos o processo de internação é o que mais influencia na satisfação do cliente, e os atendimentos de enfermagem são os de maior influência na satisfação do cliente hospitalar.

Neste estudo foi verificado o poder de influência do serviço de enfermagem na avaliação do cliente, o alto coeficiente de determinação (R^2) apurado pelo poder preditivo de 69% da avaliação geral do hospital apontado por duas variáveis independentes, a escala NSNS com maior impacto e a escala GPNS com menor impacto. Sendo que a terceira variável independente, a escala PSI, não tem significância.

Deve-se considerar também que no momento da avaliação os clientes não tinham a oportunidade de avaliar outros profissionais de saúde como os médicos, os fisioterapeutas os nutricionistas além de outros, portanto, estima-se que é natural que a Avaliação do Serviço de Enfermagem seja bastante significava na Avaliação geral do Hospital.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta seção, será apresentado as contribuições, limitações e considerações finais do estudo realizado.

5.1 CONTRIBUIÇÃO TEÓRICA

Neste estudo foi constatado que todos os construtos precursores da satisfação do cliente com o atendimento de enfermagem, que são CC, RIC da escala GPNS, o ATP, ED e CO da escala PSI e EPCE e SPCE da escala NSNS indicam que as escalas medem bem a satisfação do cliente com o atendimento de enfermagem, pois todos estes caminhos apresentam bons indicadores (ver Figura 17, 18 e Tabela 21), e que as escalas de satisfação do cliente com atendimento de enfermagem GPNS e NSNS medem bem a avaliação geral do hospital. Porém o único caminho identificado que não mede bem a avaliação geral do hospital é o da escala PSI.

O fenômeno Satisfação com Serviço de Enfermagem foi testado nesta pesquisa sob a ótica de três escalas de satisfação do cliente com o atendimento de enfermagem, assim as escalas testadas foram NSNS, GPNS e PSI. A escala NSNS (Thomas, McColl, Priest, Bond, & Boys, 1996) foi analisada sob os construtos Satisfação do Paciente com os Cuidados de Enfermagem e do construto Experiências do Paciente com os Cuidados de Enfermagem. A escala GPNS foi analisada pelos construtos da Confiança e Credibilidade na Enfermagem e do Relacionamento Interpessoal e Comunicação, como proposto por Halcomb *et al.* (2011). Por último a escala PSI (Oliveira, 2004) foi analisada pela ótica dos construtos Área Técnico Profissional, do construto Educacional e do construto Confiança.

As três escalas de satisfação com o atendimento de enfermagem testadas foram relacionadas à avaliação geral do paciente sobre serviço hospitalar. Após testar o modelo proposto chegou-se à conclusão de que a principal contribuição teórica deste estudo está ligada à relação das escalas de satisfação com o atendimento de enfermagem com a avaliação geral do hospital.

No desenho do modelo estudado, na Figura 18 e Tabela 21, mostra-se no resultado final que a melhor escala a ser aplicada para medir a Satisfação do Serviço de Enfermagem (SSE) é a escala NSNS com maior impacto na escala AGH.

Desta forma, a escala de satisfação NSNS mede mais a avaliação geral do hospital do que as suas concorrentes, em segundo lugar a escala GPNS também mede a avaliação geral do

hospital, porém menos que a NSNS, e o terceiro achado é que a escala PSI que é a mais tradicional não mede a avaliação geral do hospital.

Procurou-se entender o porquê de a escala PSI não ser boa precursora da avaliação geral do hospital e para entender melhor este achado é necessário voltar à origem de formação da escala. Sabe-se que a escala ISP, versão brasileira da escala PSI, tem origem na escala PSS de Risser (1975) que projetou a escala para um atendimento ambulatorial e na adaptação de Hinshaw & Atwood (1982) fez um estudo por oito anos com uma série de estudos clínicos somando 600 pacientes como amostra final e sua adaptação foi justamente para a escala atender também não só os de ambulatório mas de incluir os pacientes internados.

5.2 CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA DE GESTÃO EM SAÚDE

A qualidade da assistência prestada tem reflexo direto sobre a imagem do hospital, o marketing hospitalar; desta forma é importante estabelecer ferramentas que identifiquem nos clientes os seus anseios e necessidades e que a instituição hospitalar possa criar estratégias para atender as necessidades do cliente. Nota-se, em Silva & da Silva (2014) que a satisfação do cliente é o produto do *marketing* hospitalar, e o hospital assim como qualquer outra empresa oferece serviços, no entanto os serviços oferecidos pelo hospital estão intrinsecamente ligados a saúde.

No estudo de Puggina et al. (2014) identificou-se que a comunicação do profissional, pode alterar os níveis de satisfação do cliente, independente dos recursos materiais. Logo, para o gestor de saúde identificar pontos importantes para atuar torna-se fundamental a sua gestão e pequenas ações também podem refletir em melhores níveis de satisfação.

No entanto, Coluci, Alexandre, & Milani (2014) coloca para a gestão que é essencial aos pesquisadores e profissionais em saúde utilizarem-se de instrumentos de pesquisas que medem de forma apropriada e confiável o que se propõem. Em Dorigan & Guirardello (2010) foi constatado que os achados de satisfação podem possibilitar ao enfermeiro implementar mudanças na prática e contribuição à gestão com propostas de melhorias na qualidade da assistência em saúde.

Este modelo de estudo também contribui muito para a prática de gestão em sistemas de saúde pois traz a comparação de três escalas de satisfação com o atendimento de enfermagem. E como resultado principal que a escala NSNS serve como parâmetro ao gestor de saúde para

avaliar a satisfação com o atendimento de enfermagem sendo a escala que melhor mede a avaliação geral do hospital.

A aplicação da escala NSNS trará ao gestor um indicador de maior impacto, num direcionamento correto de problemas a serem trabalhados, com dois bons resultados. O primeiro dado é a satisfação do paciente com o serviço de enfermagem e o segundo dado importante é o impacto na avaliação geral do hospital.

Hoje, para o gestor, saber qual é o melhor instrumento a ser aplicado, com boas referências apontando bons resultados e credibilidade, significa evitar desperdícios nos custos na obtenção de um indicador de satisfação da instituição hospitalar. A competitividade do setor hospitalar e da saúde, principalmente em tempos de recessão econômicas, torna ainda mais importantes pesquisas que mostram a eficiência de instrumentos, direcionando melhor os custos, com isto evidenciou-se o indicador de satisfação com o atendimento de enfermagem como sendo um bom indicador em gestão de saúde, pois foi validado por critérios científicos (Alves & D’Innocenzo, 2009; Colauto & Beuren, 2003).

Alves & D’Innocenzo (2009) contribuem afirmando que o uso de indicadores pode auxiliar na avaliação, no planejamento, no aprimoramento, na inovação, no planejamento e no controle das ações implementadas. Dorigan & Guirardello (2013), além do indicador da satisfação do cliente, também apontam para as experiências do paciente com o serviço prestado e dados são indicados para o planejamento direcionando indiretamente a participação do paciente em seu cuidado. Em Polizer & D’innocenzo (2006) viu-se que a satisfação do cliente é uma medida de qualidade e de gerenciamento do serviço hospitalar.

No estudo comparativo de Freitas *et al.*, (2014) avaliou-se a qualidade dos cuidados de enfermagem em relação à satisfação com o atendimento de enfermagem e prestou-se à observação dos pontos fortes e fracos da instituição, dando aos gestores bases para intervenções na assistência, no gerenciamento e no ensino.

Na avaliação descritiva do questionário da escala NSNS, verifica-se nas questões com menores médias de avaliação a indicação de pontos que devem ser tratados com mais atenção, auxiliando os gestores em saúde em medidas eficazes, direcionando-os no gerenciamento, na educação permanente, em investimentos, no recrutamento e seleção.

Desta maneira com a comprovação do bom poder preditivo do modelo R^2 69% de pesquisa de satisfação com atendimento de enfermagem, confirma-se o que diz Milan & Trez, (2005) sobre a importância em se ter modelos de pesquisas setoriais. Com esse potencial preditivo direciona-se o gestor nos instrumentos de pesquisa setorial com maior poder de influência.

5.3 LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE PESQUISA FUTURAS

Como principal limitação, foi constatado que o questionário de pesquisa contendo 97 questões mais os dados demográficos, somam juntos 105 itens a serem preenchidos, por isso é colocado como um importante limitador, uma vez que muitos pacientes queixaram-se ao visualizar o questionário, falando abertamente que o questionário não era adequado pela quantidade de questões.

Planejou-se entregar 500 questionários, e foi estimada uma perda total de 10 % dos questionários, mas durante a aplicação foram necessárias novas impressões de questionários, entregando-se no total 50% a mais do estimado e ainda assim não chegou-se ao número de questionários estimados (450 questionários).

Nesta pesquisa foi testado três escalas concorrentes de satisfação com o atendimento de enfermagem, mas conforme os critérios da seção método, sabe-se que existem outras escalas e a fim de aperfeiçoar as escalas de satisfação em relação à avaliação geral do hospital, sugerimos que outras escalas sejam testadas, ou que as mesmas escalas sejam testadas em outras instituições de saúde de forma a aumentar a validade ecológica da escala.

Assim como em outros estudos científicos, uma das limitações da pesquisa é não poder generalizar o resultado, já que esta é uma pesquisa que tem a amostra de natureza não probabilística.

As pesquisas feitas com pacientes que permanecem sob os cuidados do profissional de saúde têm como limite o medo de represálias da equipe, podendo deste modo influenciar nas respostas dos pacientes.

Outro limitador da pesquisa é a incerteza do cliente em saber que poderia ser constrangido se as suas respostas chegassem até os profissionais, os quais estão prestando a assistência. Portanto os clientes internados têm o risco de serem influenciados pelo medo. Por isso, para minimizar esse problema os questionários eram anônimos o que impossibilitava a identificação dos respondentes. Além disso, na formação da amostra, utilizou-se de uma parcela de clientes não internados correspondendo a 37,9%, Figura 2 (Halcomb, Caldwell, Salamonson, & Davidson, 2011). Os pesquisadores recrutados para aplicar o questionário foram treinados e no momento em que aplicava o questionário informava ao paciente sobre o anonimato, de maneira a ficar claro ao cliente que poderia expor sua opinião com segurança.

5.4 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Identificou-se no modelo estudado, com a comparação de escalas concorrentes de satisfação com o atendimento de enfermagem, a escala GPNS, a escala NSNS e a escala PSI, em relação a escala AGH, que o resultado encontrado é que a escala de satisfação com o atendimento de enfermagem que melhor mede e reflete a avaliação geral do hospital é a escala NSNS, seguida pela escala GPNS que também mede a AGH, porém menos que a anterior, e por fim notou-se que a escala PSI não mede a avaliação geral do hospital.

Logo fica estabelecido neste estudo que a escala NSNS mede bem a satisfação do cliente com o atendimento de enfermagem e é a melhor para medir a avaliação geral do hospital sob a ótica do cliente hospitalar.

E por fim, como recomendação final, sugere-se outras replicações do estudo, em uma amostra probabilística e comparações junto a outras escalas de satisfação com o atendimento de enfermagem e também a comparação com escalas que medem a satisfação do cliente com o atendimento médico e/ou de outros profissionais, a fim de obter o aperfeiçoamento máximo sobre as escalas nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- Alves, S., & D’Innocenzo, M. (2009a). Satisfação de clientes sobre cuidados de enfermagem no contexto hospitalar. *Acta Paul Enferm*, 22 (2), 136–41.
- Amante, L. N., Anders, J. C., Meirelles, B. H., Padilha, M. I., & Kletemberg, D. F. (2010). A interface entre o ensino do processo de enfermagem e sua aplicação na prática assistencial. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12 (1).
- Araújo, L. C. G., Garcia, A. A., & Martines, S. (2011). *Gestão de processos: melhores resultados e excelência organizacional*. São Paulo: Atlas.
- Barcellos, R. de A. (2015). O cuidado de enfermagem e suas representações no processo de formação. Recuperado de <https://repositorio.ucs.br>.
- Cacique, D. B., Bacha, A. M., Grassioto, O. R., Oliveira, H. C., Lima, M. T., & Fonsechi-Carvasan, G. A. (2012). A avaliação da satisfação de pacientes internadas em um hospital universitário especializado na saúde materno-infantil: questionários e resultados globais. *Rev Adm Saúde [Internet]*, 14(57), 134–42.
- Cardozo, E. G., Silva, D. L. de L. C. da, Guilherme, F. J. de A., Ferreira, R. da S., & others. (2015). A INSATISFAÇÃO PROFISSIONAL NA ENFERMAGEM: Problemas Psicossociais. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, 9(2). Recuperado de <http://publicacoes.unigranrio.br>.
- Chin, W. W., & Newsted, P. R. (1999). Structural equation modeling analysis with small samples using partial least squares. Recuperado de <http://www.researchgate.net>.
- Colauto, R. D., & Beuren, I. M. (2003). Proposta para avaliação da gestão do conhecimento em entidade filantrópica: o caso de uma organização hospitalar. *Revista de Administração Contemporânea*, 7(4), 163–185.
- Coluci, M. Z. O., Alexandre, N. M. C., & Milani, D. (2014). Construção de Instrumentos de medida na área da saúde. Recuperado de <http://www.scielo.org>.
- Conselho Federal de Enfermagem. (2009). Resolução COFEN - 358/2009. Recuperado 8 de março de 2015, de <http://www.cofen.gov.br>.
- Consultório Etimológico. ([s.d.]). Recuperado de <http://origemdapalavra.com.br>
- Cruz, W. B. S., & Melleiro, M. M. (2010). Análise da satisfação dos usuários de um hospital privado. Recuperado 12 de novembro de 2015, de <http://www.scielo.br>.
- Dicionário Online - Dicionários Michaelis - UOL. (2009). Recuperado 2 de novembro de 2015, de <http://michaelis.uol.com.br/>

- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank memorial fund quarterly*, 166–206.
- Donabedian, A. (1969). *Part II - Some Issues in evaluating the quality of nursing care* (Vol. 59).
- Dorigan, G., & Guirardello, E. de B. (2010). Satisfação do paciente em uma unidade de gastroenterologia. *Acta Paul Enferm*, 23(4), 500–5.
- Dorigan, G. H., de Brito Guirardello, E., da Silva, D., & McColl, E. (2014). Validation of the Brazilian Version of the Newcastle Satisfaction With Nursing Scales: A Partial Least Squares Path Modeling Approach. *Journal of Nursing Measurement*, 22(3), 451–460.
- Dorigan, G. H., & Guirardello, E. de B. (2013). Tradução e adaptação cultural do Newcastle Satisfaction with Nursing Scales para a cultura brasileira. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(3), 562–568.
- Dozier, A. M., Kitzman, H. J., Ingersoll, G. L., Holmberg, S., & Schultz, A. W. (2001). Development of an instrument to measure patient perception of the quality of nursing care. *Research in nursing & health*, 24(6), 506–517.
- Fadel, M. A. V., & Regis Filho, G. I. (2009). Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. *Revista de Administração Pública*, 43(1), 7–22.
- Fialho, J., & Sousa, V. (2014). Avaliação da Qualidade. Estudo percetivo da qualidade e satisfação em Radiologia [article]. Recuperado 25 de maio de 2015, de <http://dspace.uevora.pt>.
- Fornell, C. (1992). A National Customer Satisfaction Barometer: The Swedish Experience. *Journal of Marketing*, 56(1), 6–21.
- Fornell, C., Johnson, M. D., Anderson, E. W., Cha, J., & Bryant, B. E. (1996). The American customer satisfaction index: nature, purpose, and findings. *The Journal of Marketing*, 7–18.
- Freitas, J. S., de Camargo Silva, A. E. B., Minamisava, R., Bezerra, A. L. Q., & de Sousa, M. R. G. (2014). Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), 454–460.
- Freitas, W. R., & Jabbour, C. J. (2011). Utilizando estudo de caso (s) como estratégia de Pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. *Estudo & Debate*, 18(2). Recuperado de <http://univates.br>.
- Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Trevizan, M. A. (2004). Revisão sistemática. *Rev Latino-am enfermagem*, 12(3), 549–56.

- Garces, R. M. (2010). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011/NANDA international*. Porto Alegre: artmed. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com>.
- Gusmão, A. M., dos Santos, A. de C. C., da Costa, S. G., & dos Santos Maia, L. F. (2015). Processos do cuidar em enfermagem com o paciente esquizofrênico. *Recien-Revista Científica de Enfermagem*, (11), 18–22.
- Haddad, M. do C. L. (2000). Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. *Rev Espaço Saúde*, 2(2), 75–88.
- Halcomb, E. J., Caldwell, B., Salamonson, Y., & Davidson, P. M. (2011b). Development and psychometric validation of the general practice nurse satisfaction scale. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(3), 318–327.
- Harada, M. de J. C. S. (Org.). (2011). *COREN, Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Gestão em Enfermagem: ferramenta para a prática segura*. São Caetano do Sul: Yendis.
- Hinshaw, A. S., & Atwood, J. R. (1982a). A Patient Satisfaction Instrument: precision by replication. *Nursing Research*, 31(3), 170–175.
- Hinshaw, A. S., & Atwood, J. R. (1982b). A Patient Satisfaction Instrument: precision by replication. *Nursing Research*, 31(3), 170–175.
- Horta, W. de A. (1975). O processo de enfermagem: fundamentação e aplicação. *Rev. enferm. nov. dimens*, 1(1), 10–6.
- Horta, W. de A. (1979). Processo de enfermagem. In *Processo de enfermagem*. EPU. Recuperado de <http://bases.bireme.br>.
- Johnston, R. (1995). The zone of tolerance: exploring the relationship between service transactions and satisfaction with the overall service. *International Journal of Service Industry Management*, 6(2), 46–61.
- Kotaka, F., Pacheco, M. L. R., & Higaki, Y. (1997). Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública*, 31(2), 171–7.
- La Monica, E. L., Oberst, M. T., Madea, A. R., & Wolf, R. M. (1986). Development of a patient satisfaction scale. *Research in nursing & health*, 9(1), 43–50.
- Larson, P. J., & Ferketich, S. L. (1993). Patients' satisfaction with nurses' caring during hospitalization. Recuperado de <http://psycnet.apa.org>.
- Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. (1986). Recuperado 8 de março de 2015, de http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html

- Lunardi, T. S. L. (1998). *História da enfermagem: rupturas e continuidades*. Pelotas: UFPEL.
- Machado, N. P., & Nogueira, L. T. (2008). Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. *Rev Bras Fisioter*, 12(5), 401–8.
- Malhotra, N. K. (2012). *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada*. Bookman.
- Malhotra, N. K., Lopes, E. L., & Veiga, R. T. (2014). Modelagem de Equações Estruturais com Lisrel: Uma Visão Inicial. *Revista Brasileira de Marketing*, 13(2), 27–42.
- Martins, G. de A., & Theóphilo, C. R. (2009). *Metodologia da investigação científica para ciências sócias aplicadas* (2º ed). São Paulo: Atlas.
- Milan, G. S., & Trez, G. (2005). Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde. *RAE eletrônica*, 4(2). Recuperado de <http://www.scientificcircle.com/pt>.
- Moglia Junior, J. B., Motta, L. J., & Lopes, E. L. (2015). *Mensuração da satisfação do cliente com o serviço de enfermagem e sua relação com a avaliação do serviço hospitalar*. Apresentado em 12 th CONTECSI – International conference on information systems & technology management, Faculdade de economia, administração e contabilidade - USP.
- Moorhouse, M. F., & Doenges, M. E. (1994). *Manual de enfermagem clínica: Diagnósticos, planos de cuidados e Documentações*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Moura, G. M. S. S., & Luce, F. B. (2004). Encontros de serviço e satisfação de clientes em hospitais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(4), 434–440.
- Nauderer, T. M., & Lima, M. (2005). Imagem da enfermeira: revisão da literatura. *Rev Bras Enferm*, 58(1), 74–7.
- Odinino, N. lia G., & Guirardello, E. is de B. (2010a). Satisfação da puérpera com os cuidados de enfermagem recebidos em um alojamento conjunto. *Texto and Contexto Enfermagem*, 19(4), 682.
- Oguisso, T. (2005). *Trajetória histórica e legal da enfermagem*. Barueri: Manole.
- Oliveira, A. M. L. de. (2004). *Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: adaptação cultural e validação do Patient Satisfaction Instrument*. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Departamento de Enfermagem. Recuperado de <http://bases.bireme.br>.
- Oliveira, A. M. L., & de Brito Guirardello, E. (2006). Satisfação do paciente com os cuidados de enfer cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. *Rev Esc Enferm USP*, 40(1), 71–7.
- Polizer, R., & D’innocenzo, M. (2006). Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm*, 59(4), 548–551.

- Puggina, A. C., Ienne, A., Carbonari, K. F. B. S. da F., Parejo, L. S., Sapatini, T. F., & Silva, M. J. P. (2014). Percepção da comunicação, satisfação e necessidades dos familiares em Unidade de Terapia Intensiva. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, 18(2), 277–283.
- Ribeiro, A. L. A. (2003). *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem: Construção e validação de um instrumento de medida*. Dissertação para concurso de provas públicas para professor coordenador não publicada, Escola Superior de Enfermagem São João, Porto.
- Ribeiro, O., Vieira, M., & Cunha, M. (2014). Satisfação do cidadão face aos cuidados de enfermagem prestados por estudantes. In *II Congresso Internacional de Supervisão Clínica* (p. 159). Recuperado de <http://esenf.pt>.
- Ringle, C. M., Da Silva, D., & Bido, D. D. S. (2014). Structural Equation Modeling with the Smartpls. *Revista Brasileira de Marketing*, 13(02), 56–73.
- Risser, N. L. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nursing Research*, 24(1), 45–51.
- Rodrigues, C. E., Silva, D. C. da, Severino, F. R. G., Souza, M. das G. ds S., & Kanaane, S. (2010). *Gestão pública: Planejamento, Processos, Sistemas de Informação e Pessoas*. (A. Fiel Filho, R. Kanaane, & Ferreira, Orgs.). São Paulo: Atlas.
- Rodrigues, F. R. de A., Pereira, M. L. D., & Amendoeira, J. (2015). A TRANSIÇÃO PARADIGMÁTICA DA SAÚDE E SUAS REFLEXÕES NA ENFERMAGEM COMO DISCIPLINA. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, 9(1). Recuperado de <http://publicacoes.unigranrio.br>.
- Silva, L. F. N., & da Silva, M. A. (2014). Satisfação do Paciente como Estratégia de Marketing Hospitalar para Conquistar Clientes. *Estudos*, 41, 87–100.
- Siqueira, D. M., Leão, M. M., Daltro, O., & Gimenez, I. G. (2014). A pesquisa e análise de satisfação como ferramenta de. *Revista FAIPE*, 4(1), p–12.
- Souza, A. L., Nascimento, L. R. do, Santos, R. A. dos, Gomes, L. de F. M., & Machado, M. P. G. (2015). Qualidade do atendimento nas empresas públicas e privadas prestadoras de serviço em saúde | Sousa | Revista de Administração do Sul do Pará (REASP) - FESAR. Recuperado 12 de novembro de 2015, de <http://reasp.fesar.com.br>.
- Thomas, L. H., McColl, E., Priest, J., Bond, S., & Boys, R. J. (1996). Newcastle satisfaction with nursing scales: an instrument for quality assessments of nursing care. *Quality in Health Care*, 5(2), 67–72.

- Urdan, A. T., & Rodrigues, A. R. (1999). O modelo do índice de satisfação do cliente norte-americano: um exame inicial no Brasil com equações estruturais. *Revista de Administração Contemporânea*, 3(3), 109–130.
- Vaitsman, J., & Andrade, G. R. B. de. (2005). Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 599–613.
- Vall, J., Lemos, K. I. L., & Janebro, A. S. I. (2005). O processo de reabilitação de pessoas portadoras de lesão medular baseado nas teorias de enfermagem de Wanda Horta, Dorothea Orem e Callista Roy: um estudo teórico. *Cogitare enferm*, 10(3), 63–70.
- Wagner, D., & Bear, M. (2009). Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. *Journal of advanced nursing*, 65(3), 692–701.
- Waldow, V. R. (2001). *Cuidado humano: o resgate necessário* (3o ed). Porto Alegre: sagra Luzzato.
- Waldow, V. R. (2015). *Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 17(1), 13–25.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento e pesquisa (frente)

Questionário						
Estamos convidando você a participar voluntariamente da pesquisa de satisfação com o atendimento de Enfermagem no Conjunto Hospitalar do Mandaqui, somente por estar utilizando os nossos serviços. O motivo que nos leva a estudar a satisfação do cliente é o aperfeiçoamento e melhoria da qualidade do nossos serviços de enfermagem. O objetivo desta pesquisa é validar estes questões como instrumento de avaliação da sua satisfação com o atendimento do enfermeiro. A média de tempo para responder este questionário são 10 minutos.						
Renda familiar		Endereço		Internação		
Trabalha atualmente: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		Cidade: _____ Bairro: _____				
<input type="checkbox"/> Renda BRUTA mensal é de até R\$ 776,00		Sexo Masc <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>		Idade: _____		
<input type="checkbox"/> Renda BRUTA mensal é entre R\$ 777,00 até R\$ 1.147,00		Escolaridade		Não <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Renda BRUTA mensal é entre R\$ 1.148,00 até R\$ 1.685,00		<input type="checkbox"/> analfabeto		01 dia <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Renda BRUTA mensal é entre R\$ 1.686,00 até R\$ 2.684,00		<input type="checkbox"/> Ensino Fund. 1 (Primário) completo <input type="checkbox"/> incompleto <input type="checkbox"/>		2 dias ou <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Renda BRUTA mensal é entre R\$ 2.685,00 até R\$ 5.241,00		<input type="checkbox"/> Ensino Fund. 2 (Ginásio) completo <input type="checkbox"/> incompleto <input type="checkbox"/>		5 dias ou <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Renda BRUTA mensal é entre R\$ 5.242,00 até R\$ 9.263,00		<input type="checkbox"/> Ensino Médio (colegial) completo <input type="checkbox"/> incompleto <input type="checkbox"/>		15 dias ou <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Renda BRUTA mensal é acima de R\$ 9.264,00		<input type="checkbox"/> Ensino Superior completo <input type="checkbox"/> incompleto <input type="checkbox"/>		30 dias ou <input type="checkbox"/>		
Questionário		Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não sei ao certo	Concordo parcialmente	Concordo Totalmente
Eu acredito no (a) enfermeiro (a) que me atendeu.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A equipe de enfermagem tratava melhor alguns pacientes do que outros.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O (a) enfermeiro (a) sempre dá explicações completas e suficientes do porquê os exames foram solicitados.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu sinto confiança no (a) enfermeiro (a) que me atendeu.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A equipe de enfermagem, por mais ocupada que estivesse, sempre tinha tempo para mim.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O (a) enfermeiro (a) é compreensivo ao ouvir o problema do paciente.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A maneira como a equipe de enfermagem realiza o seu trabalho é eficiente.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Considero-me leal a este hospital.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O (a) enfermeiro (a) parecia atualizado (a) com as informações sobre saúde.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A equipe de enfermagem parecia não saber pelo que eu estava passando.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O (a) enfermeiro (a) e o (a) médico (a) trabalharam muito bem como um time.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A equipe de enfermagem explicava o que estava acontecendo comigo.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O (a) enfermeiro (a) é habilidoso (a) para auxiliar o médico nos procedimentos.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A equipe de enfermagem é consciente das necessidades do paciente.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O (a) enfermeiro (a) realmente sabe do que esta falando.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sempre que preciso a equipe de enfermagem esta presente.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O (a) enfermeiro (a) me ajudou a compreender aquilo que o (a) médico (a) disse.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A equipe de enfermagem passava informações sobre os meus cuidados à equipe do próximo plantão.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O (a) enfermeiro (a) me respeitou.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A equipe de enfermagem verificava regularmente para ter certeza se eu estava bem.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confio neste hospital.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A equipe de enfermagem garantia que os pacientes tivessem privacidade quando eles precisavam.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A quantidade de tempo que a equipe de enfermagem passou com você foi suficiente.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O (a) enfermeiro (a) muitas vezes acha que eu não sou capaz de entender a explicação médica sobre a minha doença, então ele simplesmente não se preocupa em explicar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A frequência com que a equipe de enfermagem verificou se eu estava bem foi suficiente.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O (a) enfermeiro (a) me deu recomendações úteis.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A equipe de enfermagem ouviu minhas preocupações e ansiedades.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu recomendaria este (a) enfermeiro (a) para meus parentes e amigos.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A equipe de enfermagem costumava sair e esquecer o que os pacientes haviam pedido.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O (a) enfermeiro (a) não tem paciência suficiente.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A equipe de enfermagem sabia o que fazer na hora de prestar o cuidado sem precisar verificar a todo momento com os médicos.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mesmo que houvesse outro hospital próximo da minha residência, eu viria neste hospital.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A equipe de enfermagem sabia o que era melhor a ser feito.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O (a) enfermeiro (a) explicou tudo com clareza.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A quantidade de informação que a equipe de enfermagem deu sobre minha condição de saúde e tratamento foi suficiente.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A equipe de enfermagem garantiu minha privacidade.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O enfermeiro (a) está sempre desorganizado para aparentar calma.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Graças à equipe de enfermagem, havia um ambiente alegre na unidade de internação.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu seguirei as recomendações do (a) enfermeiro (a) que me atendeu.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A equipe de enfermagem era muito desatenta e despreocupada.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A equipe de enfermagem dava informações exatamente quando eu precisava.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A equipe de enfermagem deixava as coisas saírem fora do controle.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O (a) enfermeiro (a) faz questão de me mostrar como seguir as orientações médicas.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APÊNDICE B – Instrumento de pesquisa (verso)

Questionário	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não sei ao certo	Concordo parcialmente	Concordo Totalmente
O (a) enfermeiro (a) faz muitas perguntas, mas quando ele (a) recebe a resposta, parece não fazer nada a respeito.	[]	[]	[]	[]	[]
Eu estou cansado (a) do enfermeiro (a) falar comigo como se eu fosse uma pessoa inferior.	[]	[]	[]	[]	[]
Caso o (a) médico (a) me pedisse uma opinião sobre este (a) enfermeiro (a), minha opinião seria positiva.	[]	[]	[]	[]	[]
A equipe de enfermagem ajudou a tranquilizar meus parentes e amigos.	[]	[]	[]	[]	[]
Acho este hospital muito melhor que os outros que conheço.	[]	[]	[]	[]	[]
A equipe de enfermagem me atendeu rápido assim que chamei.	[]	[]	[]	[]	[]
O (a) enfermeiro (a) foi atencioso e se importava comigo.	[]	[]	[]	[]	[]
A equipe de enfermagem não forneceu informações suficientes sobre o meu tratamento.	[]	[]	[]	[]	[]
A equipe de enfermagem fez com que eu me sentisse à vontade.	[]	[]	[]	[]	[]
O (a) enfermeiro (a) dá bons conselhos.	[]	[]	[]	[]	[]
A equipe de enfermagem é muito capaz no seu trabalho.	[]	[]	[]	[]	[]
O (a) enfermeiro (a) é uma pessoa agradável de se ter por perto.	[]	[]	[]	[]	[]
A equipe de enfermagem tinha tempo para conversar comigo.	[]	[]	[]	[]	[]
Eu certamente utilizaria este hospital novamente.	[]	[]	[]	[]	[]
A equipe de enfermagem mostrou-se sempre disposta para atender aos meus pedidos.	[]	[]	[]	[]	[]
O (a) enfermeiro (a) foi paciente quanto as minhas perguntas e preocupações.	[]	[]	[]	[]	[]
A equipe de enfermagem apagava as luzes muito tarde à noite.	[]	[]	[]	[]	[]
O (a) enfermeiro (a) deveria ser mais amigável do que ele ou ela é.	[]	[]	[]	[]	[]
O (a) chefe da equipe de enfermagem não parecia saber o que cada um da equipe estava fazendo.	[]	[]	[]	[]	[]
É sempre fácil entender o que o (a) enfermeiro (a) está dizendo.	[]	[]	[]	[]	[]
A equipe de enfermagem e os médicos trabalhavam bem em conjunto.	[]	[]	[]	[]	[]
O (a) enfermeiro (a) me incentivou a fazer perguntas.	[]	[]	[]	[]	[]
Eu tenho liberdade dentro da unidade.	[]	[]	[]	[]	[]
O (a) enfermeiro (a) é muito lento pra fazer as coisas pra mim.	[]	[]	[]	[]	[]
O (a) enfermeiro (a) explica as coisas em uma linguagem simples.	[]	[]	[]	[]	[]
Eu via a equipe de enfermagem como amigos.	[]	[]	[]	[]	[]
O (a) enfermeiro (a) deveria ser mais atencioso (a) do que ele ou ela é.	[]	[]	[]	[]	[]
Eu pretendo recomendar este hospital aos meus parentes e amigos.	[]	[]	[]	[]	[]
O (a) enfermeiro (a) não faz corretamente o seu trabalho.	[]	[]	[]	[]	[]
Eu gostaria que este (a) enfermeiro (a) repetisse o procedimento adotado em minha próxima consulta.	[]	[]	[]	[]	[]
A equipe de enfermagem não se interessava por mim como pessoa.	[]	[]	[]	[]	[]
O (a) enfermeiro (a) dedicou tempo suficiente comigo.	[]	[]	[]	[]	[]
A equipe de enfermagem sempre esta disposta para ajudar.	[]	[]	[]	[]	[]
O (a) enfermeiro (a) prestou atenção naquilo que falei.	[]	[]	[]	[]	[]
A equipe de enfermagem me forçava a fazer atividades antes que eu estivesse pronto.	[]	[]	[]	[]	[]
As informações que a equipe de enfermagem dava sobre minha condição e tratamento atenderam minhas expectativas.	[]	[]	[]	[]	[]
O (a) enfermeiro (a) estava confiante quanto a minha capacidade de cuidar da minha própria saúde.	[]	[]	[]	[]	[]
Era fácil dar boas risadas com a equipe de enfermagem.	[]	[]	[]	[]	[]
O (a) enfermeiro (a) fornece as orientações na velocidade correta.	[]	[]	[]	[]	[]
A equipe de enfermagem sempre me explicou bem as coisas.	[]	[]	[]	[]	[]
Só de conversar com o (a) enfermeiro (a) já me sinto melhor.	[]	[]	[]	[]	[]
O (a) enfermeiro (a) esta muito ocupado (a) no posto para perder tempo conversando comigo.	[]	[]	[]	[]	[]
Quando me perguntam sobre um bom hospital, sempre indico este.	[]	[]	[]	[]	[]
Quando eu preciso conversar com alguém, eu posso contar meus problemas ao enfermeiro (a).	[]	[]	[]	[]	[]
A equipe de enfermagem demorava muito tempo para atender quando era chamada.	[]	[]	[]	[]	[]
O (a) enfermeiro (a) foi muito cuidadoso.	[]	[]	[]	[]	[]
A equipe de enfermagem explicava o que ia fazer comigo antes de realizar qualquer atividade ou procedimento.	[]	[]	[]	[]	[]
O (a) enfermeiro (a) foi amigável e caloroso.	[]	[]	[]	[]	[]
A gente se sente à vontade pra fazer pergunta ao enfermeiro (a).	[]	[]	[]	[]	[]
A equipe de enfermagem sempre sabe que cuidado eu preciso.	[]	[]	[]	[]	[]
A equipe de enfermagem passava tempo confortando os pacientes que estavam aborrecidos.	[]	[]	[]	[]	[]
Eu gostaria que o (a) enfermeiro (a) me desse mais informações sobre os resultados dos meus exames.	[]	[]	[]	[]	[]
A equipe de enfermagem sempre me deu atenção como pessoa.	[]	[]	[]	[]	[]
O (a) enfermeiro (a) é uma pessoa que consegue entender como eu me sinto.	[]	[]	[]	[]	[]

APÊNDICE C – Termo de consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado como voluntário a participar da pesquisa: ESCALAS CONCORRENTES PARA MENSURAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO CLIENTE HOSPITALAR

O motivo que nos leva a estudar a satisfação do cliente é o aperfeiçoamento e melhoria da qualidade dos serviços de enfermagem. O objetivo desta pesquisa é identificar o melhor instrumento de avaliação da sua satisfação com o atendimento do enfermeiro. Você foi escolhido para participar desta pesquisa, somente utilizar os serviços de enfermagem. Este questionário possui um tempo estimado para responde-lo de 10 minutos, e para sua melhor privacidade estamos disponibilizando a sala nº 8 no 1º andar.

PROCEDIMENTOS:

1º Serão dadas informações sobre o questionário de avaliação da satisfação do cliente com o atendimento de enfermagem. Proporemos a participação do paciente e entregaremos o termo de consentimento livre e esclarecido. As dúvidas serão esclarecidas no mesmo instante.

2º Havendo necessidade de um tempo para pensar sobre sua participação na pesquisa, será dado o prazo de um dia, e em novo encontro serão esclarecimentos quaisquer duvidas relativos à pesquisa.

3º Aplicação de um questionário.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS:

Existem possíveis desconfortos mínimos que compreendem em responder ao questionário. Não há risco para sua saúde. Esta pesquisa justifica-se pelo benefício que poderá trazer a este serviço de enfermagem e conseqüentemente a todos os usuários

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA:

Caso apresente algum problema com o atendimento de enfermagem, este será esclarecido pelo enfermeiro responsável pelo setor, que tomará todos os encaminhamentos necessários.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E DE SIGILO:

Você será esclarecido sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, sendo livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da avaliação da satisfação, e o questionário são confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Sua identidade não será revelada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será fomecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:

Sua participação é voluntária, portanto não será pago por participar deste estudo. A você, não haverá nenhum custo relacionado aos procedimentos previstos nesta pesquisa. Não há nenhum seguro; no caso de sofrer algum dano decorrente dessa pesquisa, estes serão avaliados.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE:

Eu, _____ portador do RG nº _____, fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A Professor Orientador Dr. Evandro Luiz Lopes certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei contatar:

- João Batista Moglia Junior (11) 98711-8018 e-mail: joaomoglia@yahoo.com.br,
- Orientador Pofessor Dr. Evandro Luiz Lopes e-mail: elldijo@uninove.br

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Comitê de Ética da Universidade Nove de Julho: Rua Vergueiro, 235/249 telefone (11) 3385-919

Nome

assinatura do participante

Data

APÊNDICE D - Distribuição da amostra por cidade, zona e distrito

Distribuição amostra por região					
<i>Cidade</i>	<i>Zona</i>		<i>Distrito</i>		
São Paulo	74,01%	Zona Norte	67,37%	Brasilândia	5,84'
				Cachoeirinha	13,26'
				Casa Verde	5,04'
				Freguesia do ó	2,12'
				Jaçanã	1,86'
				Jaraguá	1,59'
				Limão	1,59'
				Mandaqui	7,43'
				Pari	0,27'
				Perus	0,80'
				Pirituba	1,86'
				Santana	4,51'
				São Domingos	0,27'
				Tremembé	10,88'
				Tucuruvi	5,31'
				Vila Guilherme	2,65'
				Vila Maria	0,80'
				Vila Medeiros	1,33'
		Centro	0,27%	Centro	0,27'
		Zona Oeste	0,53%	Butantã	0,53'
		Zona Leste	0,80%	Penha	0,27'
				Cidade Líder	0,27'
				Cidade Tiradentes	0,27'
		Zona Sul	0,53%	Capão Redondo	0,27'
				Jabaquara	0,27'
Caieiras	0,27%				
Carapicuíba	0,53%				
Diadema	0,27%				
Embu	0,27%				
Franco da Rocha	0,27%				
Guarulhos	2,39%				
Lorena	0,27%				
Mairiporã	0,27%				
Osasco	0,80%				
Praia Grande	0,27%				
São Bernardo do Campo	0,27%				
São Carlos	0,27%				
Sumaré	0,27%				
Preferiram não responder	19,63%		30,50%		30,50'
Total	100%		100%		100%

APÊNDICE E – Distribuição da amostra por, distrito e bairro



Distribuição da amostra por bairros em São Paulo		
<i>Distrito</i>	<i>Bairro</i>	<i>%</i>
Brasilândia	Brasilândia	1,86%
	Cohab Brasilândia	0,27%
	Jd. Cachoeira	0,53%
	Jd. Damasceno	1,33%
	Jd. Guarani	0,27%
	Jd. Princesa	0,27%
	Jd. Vista Alegre	0,27%
	Pq. Tietê	0,27%
	Tiro ao Pombo	0,27%
	Vila Rica	0,27%
	Vila Terezinha	0,27%
	Cachoeirinha	2,92%
	Jd. Peri	3,18%
	Jd. Peri Alto	2,92%
Cachoeirinha	Jd. Peri Novo	0,27%
	Jd. Antártica	2,12%
	Jd. Santa Cruz	0,53%
	Vila Amália	0,27%
	Vila Dionísia	0,53%
	Jd. Ceci	0,27%
	Paulo	0,27%
	Casa Verde	1,33%
	Imirim	2,65%
	Casa Verde	Santa Inês
Sítio Mandaqui		0,27%
Pq. Peruche		0,53%
Freguesia do Ó		1,06%
Vila Hebe		0,53%
Freguesia do Ó		Pq. São Luiz
	Vila Ramos	0,27%
	Jaçanã	0,80%
	Jaçanã	Jd. Cabuçu
Pq. Edu Chaves		0,53%
Jd. Modelo		0,27%
Jaraguá		0,80%
Jaraguá	Taipas	0,27%
	Jd. Donária	0,27%
	Jd. Rincão	0,27%
Limão	Limão	1,59%
	Horto Florestal	0,53%
	Lauzane Paulista	4,24%
Mandaqui	Mandaqui	1,86%
	Jd. Pícolo	0,27%

ANEXO A- Print da tela de aprovação do comitê de ética

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESCALAS CONCORRENTES PARA MENSURAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO CLIENTE HOSPITALAR
Pesquisador Responsável: João Batista Moglia Junior
Área Temática:
Versão: 1
CAAÉ: 50103615.3.0000.5551
Submetido em: 14/10/2015
Instituição Proponente: SAO PAULO SECRETARIA DA SAUDE
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio


 Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_608749

- DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

- ▼ Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 1
 - ▼ Projeto Original (PO) - Versão 1
 - ▼ Documentos do Projeto
 - Comprovante de Recepção - Submissão
 - Folha de Rosto - Submissão 1
 - Informações Básicas do Projeto - Submi
 - Outros - Submissão 1
 - Projeto Detalhado / Brochura Investigad
 - TCLE / Termos de Assentimento / Justifi
 - ▼ Apreciação 1 - Conjunto Hospitalar do Manc
 - ▼ Projeto Completo

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações

- LISTA DE APRECIÇÕES DO PROJETO

Apreciação ↕	Pesquisador Responsável ↕	Versão ↕	Submissão ↕	Modificação ↕	Situação ↕	Exclusiva do Centro Coord. ↕	Ações
PO	João Batista Moglia Junior	1	14/10/2015	27/10/2015	Aprovado	Não	