



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB  
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA  
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E ECONOMIA - DAEC  
CURSO DE ADMINISTRAÇÃO  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO - TCC**

**JURANDI GOUVEIA FARIAS JUNIOR**

**DIAGNÓSTICO DA PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE SERVIÇOS MUNICIPAIS  
DE SAÚDE EM TAPEROÁ – PB.**

**CAMPINA GRANDE  
2015**

JURANDI GOUVEIA FARIAS JUNIOR

**DIAGNÓSTICO DA PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE SERVIÇOS MUNICIPAIS  
DE SAÚDE EM TAPEROÁ – PB.**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Administração, pelo Curso de Administração, da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB - Campus I – Campina Grande – PB.

**Orientadora:** Profa. Dra. Yêda Silveira  
Martins de Lacerda

Campina Grande  
2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

F224d Farias Júnior, Jurandi Gouveia  
Diagnóstico da percepção da qualidade de serviços municipais de saúde em Taperoá - PB [manuscrito] / Jurandi Gouveia Farias Júnior. - 2015.  
29 p. : il. color.

Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2015.  
"Orientação: Profa. Dra. Yeda Silveira Martins de Lacerda, Departamento de Administração e Contabilidade".

1. Serviços de saúde. 2. Qualidade em serviços. 3. idosos. 4. Qualidade de vida. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

**JURANDI GOUVEIA FARIAS JUNIOR**

**DIAGNÓSTICO DA PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE SERVIÇOS MUNICIPAIS  
DE SAÚDE EM TAPEROÁ - PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Administração da Universidade Estadual da  
Paraíba, como requisito para a obtenção do grau  
de Bacharel em Administração.

Aprovado em:

03/12/2015

10,0 (Dez)

**BANCA EXAMINADORA**

*Yeda Silveira Martins Lacerda*

**Profª. Dra. Yeda Silveira Martins Lacerda (UEPB)**

**Orientadora**

*Luís de Sousa Lima*

**Prof. MSc. Luís de Sousa Lima (UEPB)**

**Examinador**

*Maria Dilma Guedes*

**Profa. Msc. Maria Dilma Guedes (UEPB)**

**Examinadora**

**CAMPINA GRANDE - PB**

## DIAGNÓSTICO DA PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE SERVIÇOS MUNICIPAIS DE SAÚDE EM TAPEROÁ – PB.

FARIAS JÚNIOR, Jurandi Gouveia<sup>1</sup>

LACERDA, Yêda Silveira Martins<sup>2</sup>

### RESUMO

Considerando o elevado índice de envelhecimento humano, assim como a importância de criar mecanismos e políticas, capazes de ofertar serviços que mantenham a qualidade de vida e saúde satisfatória dessa população crescente, este artigo orientou-se pelo objetivo principal de diagnosticar a percepção dos idosos, usuários dos serviços municipais de saúde de Taperoá – PB, em relação à qualidade dos serviços recebidos. Para alcançar o objetivo proposto realizou-se um estudo exploratório-descritivo, baseado no levantamento bibliográfico-documental de diversas fontes, além de uma pesquisa de campo, junto a idosos, usuários dos serviços municipais de saúde, da cidade de Taperoá – PB. Como ferramenta de coleta de dados utilizou-se um questionário direto, aplicado a uma amostra de 5,2% da população idosa local, durante o mês de abril de 2015. Os resultados apontaram que os respondentes percebem um elevado nível de qualidade acerca das dimensões de tangibilidade, confiabilidade, atendimento, garantia e empatia envolvidos nos serviços municipais de saúde de Taperoá – PB, uma vez que os níveis de concordância aferidos foram predominantes.

**Palavras-chave:** Saúde. Qualidade na prestação de serviços. Idosos. Qualidade de vida.

### 1 INTRODUÇÃO

Seguindo uma tendência mundial, o envelhecimento populacional é uma realidade brasileira que se acentua a cada ano. Conforme dados do IBGE, entre 1991 e 2011, o número de pessoas com mais de 60 anos de idade, mais que dobrou, chegando neste último ano a 23,5 milhões de habitantes, o que representa mais de 12% do total da população do país. Estimativas apontam que em 2025, o país terá a sexta maior população idosa do mundo.

Paralelo ao fenômeno do envelhecimento, causado pelo aumento da expectativa de vida, o poder público deve atentar para o surgimento de um novo e crescente perfil de brasileiros que demanda por condições diferenciadas de tratamento, por serviços e produtos que possam suprir suas necessidades e expectativas. Diante deste cenário, criou-se um aparato legal e políticas públicas de apoio e promoção à saúde e bem-estar desses novos atores

---

<sup>1</sup> Graduando em administração pela UEPB. E-mail: <jurandi-32@outlook.com>.

<sup>2</sup> Professora orientadora. Doutora em Administração pela Universidad San Carlos. E-mail: <yedasilveira@hotmail.com>.

sociais, que necessitam viver mais e com qualidade. Registre-se que, conforme a Organização Mundial de Saúde – OMS, saúde não é apenas a não apresentação de adoecimento.

O envelhecimento da população, bem como a questão da percepção da qualidade nos mais diversos tipos de serviços de saúde são temas de diversos estudos, como os de Santos; Karsch e Montañés (2010), Fadel e Filho, R. (2009), Pilger; Menon e Mathias (2013), Parasuraman (1985, 1988 apud Cozendey, 2007), Las Casas (1999, apud Fadel e Filho, 2009), Segre e Ferraz (1997), Vecchia et al. (2005), Santiago et al. (2013), dentre outros que serviram de embasamento teórico para este artigo.

É fato que, “a maior demanda aos serviços de saúde é constituída pela população idosa, [...] realidade com tendência a intensificação, devido ao aumento da longevidade da população brasileira”(PILGER; MENON; MATHIAS, 2013, p. 2), considerando que o conceito de saúde depende de fatores subjetivos e que, os serviços de saúde destinados a esse público, devem ter um tratamento diferenciado para atender às suas reais necessidades, pergunta-se: Qual a percepção dos idosos sobre qualidade dos serviços de saúde, em Taperoá – PB? O objetivo geral do presente estudo é diagnosticar a percepção dos idosos, usuários dos serviços municipais de saúde em Taperoá – PB. A pesquisa justifica-se pela relevância, não só acadêmica como também social, uma vez que os resultados obtidos podem gerar subsídio para adequação da gestão municipal de saúde em aspectos que apresentem nível de satisfação inferior ao esperado.

Buscando a coesão e a coerência das informações apresentadas neste trabalho, foi feita uma divisão do seu conteúdo nas seguintes seções respectivas: resumo; fundamentação teórica; caracterização do objeto de estudo; apresentação e discussão dos resultados; considerações finais e referências.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE**

O acelerado processo de envelhecimento da população, sobretudo, brasileira, traz à tona uma reflexão sobre as condições desse mais novo e crescente nicho populacional. Sim, pois, viver mais, por si só não significa melhorias no padrão de vida de uma nação; é preciso envelhecer com qualidade. Além disso, os idosos trazem consigo a necessidade de criação de novos serviços que atendam às suas demandas por mobilidade, autonomia, informações, segurança e, principalmente, saúde e qualidade de vida.

Embora, no Brasil, existam algumas medidas legais de proteção e promoção do bem estar dos idosos, ainda há um grande descaso e desrespeito a estas pessoas que sofrem diariamente com diversas formas de violência, conforme apontado por Brasil (2012), ao indicar os principais tipos de violência sofridos pelos idosos brasileiros em 2012, dos quais destacam-se negligência (68,7%); violência psicológica (59,3%); abuso financeiro e econômico/violência patrimonial (40,1%) e violência física (34,0%), fatos que confirmam saúde e qualidade de vida são, de fato, as principais necessidades existentes entre estes atores sociais.

A definição atual de saúde, apresentada pela OMS<sup>3</sup>, diz que esta é “um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Este conceito é amplamente questionado em vários estudos, tais como o de Segre e Ferraz (1997), que consideram tratar-se de uma descrição positivista equivocada, uma vez que o estado de bem-estar representa uma “utopia”, algo inatingível, mutável para cada indivíduo. Além disso, os autores não percebem uma separação confiável entre o físico, o mental e o social, por representarem indicadores que se manifestam conjuntamente.

Já o conceito de qualidade de vida,

está relacionado à auto-estima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive. O conceito de qualidade de vida, portanto, varia de autor para autor e, além disso, é um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo (VECCHIA et al., 2005, p. 2).

Embora seja difícil atingir esse estado de homeostase, sobretudo na velhice, tendo em vista os diversos agravos trazidos pela idade e por outros fatores, faz-se necessário que o ancião tenha um

monitoramento/acompanhamento do seu estado de saúde, quando não há agravos, e, na presença destes, precisa de tratamento, acompanhamento, medicamentos, consultas, aparelhos ou materiais para terapias, exames em geral, além, é claro, de suporte social, de forma que ele possa sobreviver com dignidade, como, por exemplo: aposentadoria digna, lazer, recreação, informação, relações sociais e outros (SANTOS; KARSCH; MONTAÑÉS, 2010, p.5).

Para que essa atenção ao idoso seja efetiva, além do cuidado doméstico é de suma relevância a implementação de políticas públicas que atendam às devidas questões, de modo a identificar fatores de risco e possíveis agravos de ordem física e social, tendo em vista que os autoressupra referenciados, identificaram, ainda, que

---

<sup>3</sup> Organização Mundial de Saúde.

a incidência de doenças não transmissíveis, além de serem frequentes em indivíduos acima de sessenta anos, reduz a capacidade de esses indivíduos desenvolver atividades de vida diária, o que pode denotar maior dependência de outros para viver [...]. Acresce-se a isto que os idosos com limitações funcionais não estão sendo assistidos suficientemente pela família ou corresidentes, ao mesmo tempo que as políticas públicas não suprem os déficits assistenciais (SANTOS; KARSCH; MONTAÑÉS, 2010, p. 4).

Ressalta-se se que o termo políticas públicas não é definido por um conceito específico, tendo em vista que, “qualquer definição de política pública é arbitrária. [...] por conta da disparidade de respostas para alguns questionamentos” (SECCHI, 2010, p. 2). Contudo, Souza M. (2014), com base no estudo de Souza (2003), elaborou um quadro que apresenta os principais conceitos para o termo, com seus respectivos autores e ano de publicação das obras, conforme segue:

**Quadro 1:** Conceitos de políticas públicas

<b>AUTOR</b>	<b>CONCEITO</b>	<b>ANO</b>
Mead	Campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas.	1995
Lynn	Conjunto específico de ações do governo que irão produzir efeitos específicos.	1980
Peters	Soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos.	1986
Dye	O que o governo escolhe fazer ou não fazer.	1984
Laswell	Quem ganha o quê, por quê e que diferença faz.	1936/1958

**Fonte:**Souza (2014, p. 15)

Os déficits assistenciais são resultado, dentre outros fatores, das políticas neoliberais entranhadas no país, especialmente, a partir das últimas décadas do Século XX, a partir de quando o Estado vem se ausentado do seu papel de provedor de bem-estar social, delegando tal função à iniciativa, o que, de certa forma, impulsiona uma maior procura e oferta de planos de saúde privados.

A Lei 8.842/1994 é o dispositivo legal que “dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso” (BRASIL, 1994, p.77), representando um preponderante mecanismo que “tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e direito à vida” (IDEM, 1994, p.77). Logo, visa proporcionar a saúde e a qualidade de vida das pessoas com idade superior a sessenta anos.



O inciso 2º, presente no artigo 10, da Lei supracitada trata das competências dos órgãos e entidades públicas, durante a fase de implementação da política nacional do idoso, na área de saúde, quais sejam:

a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde; b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas; c) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde; d) elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares; e) desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais; f) incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais; g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação; e h) criar serviços alternativos de saúde para o idoso; (BRASIL, 1994, p. 77).

Vale ressaltar que, segundo a Lei em questão tais medidas devem ser tomadas em todos os níveis da administração pública, desde o federal, passando pelo estadual e, conseqüentemente, o municipal, devendo os gestores municipais implantarem uma rede municipal de atenção ao idoso, em vários aspectos sociais, inclusive, na promoção, manutenção e recuperação da saúde.

Nesse sentido, os serviços de saúde ofertados devem respeitar a um padrão mínimo de qualidade e corresponderem aos anseios dos idosos de determinada localidade, para que estes possam ter uma estrutura física e técnica à sua disposição, prontamente, tão logo necessitem. Logo, com a maior abertura e integração social perante à administração pública é interessante a participação ativa da população tanto na implementação, quanto na avaliação de tais serviços. Para isso, deve-se ter noção do que é qualidade e que indicadores manifestam uma maior/menor qualidade.

## 2.2 QUALIDADE NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS EM SAÚDE

O desenvolvimento tecnológico, a abertura e expansão dos mercados e a globalização da economia mundial são fatores apontados por autores, como Pereira (2010), como responsáveis pelo surgimento da administração pública gerencial, modelo administrativo que visa a uma melhor performance do Estado em relação à qualidade dos serviços prestados, buscando maximizar a relação custo-benefício, de modo a atingir os resultados mais eficazes com o menor custo possível, levando em consideração a necessidade dos clientes, a flexibilização e avaliação dos processos. Sua implementação fez com que a

preocupação com a qualidade se tornasse um fator relevante na prestação dos serviços públicos de todas as áreas.

Outrora, a metodologia da gestão da qualidade, que originou-se no Japão, na década de 1950, só era praticada no meio privado, no qual passou por um grande processo de aprimoramento, chegando à gestão da qualidade total que, “tem como princípios centrais o atendimento das necessidades e das expectativas dos consumidores, o comprometimento de todos os membros da organização e o melhoramento da qualidade dos processos e produtos da organização” (SOBRAL; PECI, 2008, p.283).

Ademais, considerando as características inerentes a serviços, sobretudo, a intangibilidade, percebe-se que há uma grande diferença entre gerenciar a produção de bens e gerenciar a prestação de serviços, conforme destacam Fadel e Filho R. (2009). Logo, a forma de definir qualidade nas duas situações também é diversa, sendo que

a diferença fundamental ao se definir qualidade na prestação de serviços encontra-se na subjetividade e na dificuldade de estabelecer o que é qualidade, uma vez que os clientes reagem diferentemente ao que parece ser o mesmo serviço. Cada cliente possui uma determinada percepção sobre qualidade e, muitas vezes, esta diferença implica até mesmo ‘estado de espírito do cliente’ no momento da prestação de serviço. As pessoas possuem diferentes padrões de qualidade em diferentes momentos de sua vida (VASCONCELLOS, 2002, apud FADEL; FILHO, R., 2009, p. 4).

Neste sentido, Campos (2004), apresenta as definições de qualidade sob a ótica de três grandes estudiosos, considerados gurus da qualidade total, quais sejam, Juran, Deming e Feigenbaum, segundo os quais, qualidade diz respeito, respectivamente, a “características do produto que vão ao encontro das necessidades dos clientes e proporciona satisfação com o produto”; “perseguição às necessidades dos clientes e homogeneidade dos resultados do processo e deve visar às necessidades do cliente, presentes e futuras”; e, “combinação de características referentes ao marketing, engenharia, fabricação e manutenção e através destes o produto ou serviço devem corresponder às expectativas dos clientes”. Como se observa, a inclusão de serviços no conceito de qualidade, se deu através da evolução sofrida pelo termo.

A esse propósito, Las Casas (1999), elenca quatro dimensões básicas da qualidade em serviços, a saber:

confiabilidade — é importante para prestar serviços de qualidade, gerada pela habilidade de fornecer o que foi prometido de forma segura e precisa; segurança — clientes querem dos prestadores de serviços a habilidade de transmitir segurança e confiança, caracterizada pelo conhecimento e cortesia dos funcionários; aspectos tangíveis — os aspectos físicos que circundam a atividade de prestação de serviço também têm sua importância como fator de influência, como instalações, equipamentos, aparência dos funcionários etc.; empatia — grau de cuidado e atenção pessoal dispensado aos clientes, com a capacidade de se colocar no lugar dos outros e, também, a receptividade, que é a disposição de ajudar os clientes e fornecer serviços com presteza (LAS CASAS, 1999 apud FADEL; FILHO R., 2009, p. 6)

Tais aspectos são interdependentes e cumulativos, ou seja, a falta de um deles poderia comprometer a percepção de qualidade do cliente ou usuário, que será positiva sempre que suas expectativas ou necessidades forem superadas no recebimento do serviço. Registre-se que, mesmo o serviço sendo intangível, para a sua execução faz-se necessário um instrumentário palpável (ferramentas, máquinas, equipamentos, materiais diversos), que também estarão sob julgo do usuário, durante sua avaliação acerca da experiência vivenciada.

Em contrapartida a Las Casas (1999), Parasuraman et al. (1985, 1988), já haviam proposto um conjunto de dez dimensões como determinantes da qualidade que, após aprimoramento dos seus estudos, identificaram as correlações existentes entre alguns parâmetros, agrupando-as em cinco grandezas, a saber, como fundamentais na utilização pelos clientes para julgarem a qualidade dos serviços recebidos:

a) Aspectos tangíveis: aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoal e materiais de comunicação; b) Confiabilidade: capacidade de executar o serviço prometido com confiança, precisão e consistência. Significa um serviço cumprido no prazo, sem modificações e sem erros; c) Responsividade: disposição para ajudar os clientes e fornecer o serviço prontamente; d) Segurança: conhecimento e cortesia dos funcionários e sua habilidade de inspirar confiança, confidencialidade e credibilidade; e) Empatia: cuidado, interesse e atenção individualizada dedicada ao cliente. A empatia inclui a acessibilidade e o esforço em entender as necessidades específicas dos clientes (PARASURAMAN et al., 1985,1988, apud COZENDEY, 2007, p. 17).

Vários outros modelos foram desenvolvidos posteriormente, com inclusão de tópicos como, consistência, critério, dentre outros. Contudo, segundo observações de Cozendey (2007, p. 18),

Para Parasuraman et al. (1988), independentemente do tipo de serviço analisado, o determinante confiabilidade é constantemente a dimensão mais crítica, sendo considerada a mais importante entre as cinco dimensões propostas. Em seguida temos segurança, responsividade e tangíveis. [...] A empatia, apesar de aparecer como a dimensão menos importante, também mostrou uma correlação significativa com a qualidade geral do serviço, sendo talvez o fator menos importante entre os demais, porém não podendo ser considerado sem importância. Enquanto Parasuraman et al. (1988) consideram o determinante tangível como um dos últimos em importância, Johnston e Mathews (1997) e Gianesi e Corrêa (1996), trazem uma visão diferenciada. Segundo Gianesi e Corrêa (1996), em função da característica intangível dos serviços, que dificulta a sua avaliação prévia, os clientes acabam dando bastante atenção aos aspectos tangíveis que são mais facilmente percebidos. Johnston e Mathews (1997) também ressaltam a importância do determinante tangível, pois segundo ele, dependendo do tipo de serviço, como por exemplo, no setor de varejo, os tangíveis são o critério chave na avaliação da qualidade percebida pelo cliente.

Ao tratar de serviços em saúde, observa-se que “existem características das organizações de saúde que tornam difícil internamente a avaliação dos resultados nela obtidos” (FADEL; FILHO, R., 2009, p. 12). Uma dessas características pode ser o fato de as pessoas buscarem serviços de saúde, por vezes, não em termos preventivos, mas curativos;

dessa forma, o usuário chega à unidade de saúde trazendo queixas, incômodos e outras situações traumáticas que podem influenciar negativamente sua percepção sobre a qualidade dos serviços recebidos.

Uma observação pertinente de Pilger; Menon e Mathias (2013), relata que,

Estudos epidemiológicos tem mostrado que a utilização dos serviços de saúde é um comportamento complexo resultante de um conjunto de determinantes que interferem na utilização pela população em geral e pelos idosos em particular. O processo de envelhecimento traz como consequência menor expediente para o idoso procurar os serviços de saúde e deslocar-se nos diferentes níveis de atenção, além de diferenças relativas à faixa de idade, já que os idosos apresentam alta prevalência na utilização se comparados às pessoas mais jovens. Outros fatores, como variações geográficas, socioeconômicas, necessidades individuais, qualidade de vida, nível de conhecimento sobre saúde, associados ao perfil de morbidade são determinantes na utilização de serviços de saúde e em sua frequência (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013, p. 2).

Os fatores apontados pelos autores, podem interferir não apenas na utilização dos serviços, mas na avaliação dos usuários sobre sua qualidade. Registre-se que a avaliação dos usuários é uma ferramenta de suma importância, tendo em vista o modelo gerencial de administração pública, pressupõe também, a maior participação social, aumentando assim,

a possibilidade dos usuários intervirem nos serviços de saúde, tanto na proposição de políticas e ações quanto na finalização de sua efetivação. [...] pressupõem a concepção do usuário como corresponsável pela gestão do sistema de saúde e com competência para avalia-lo, bem como para nele intervir e modifica-lo (SANTIAGO et al., 2013, p. 2).

Com vista a otimizar a qualidade percebida, o Sistema Único de Saúde (SUS), prevê a humanização do atendimento em serviços de saúde, de modo que o acolhimento das pessoas idosas em unidades de saúde seja capaz de atender às especificidades deste público-alvo. Para tanto, os profissionais em saúde devem:

Estar preparados para lidar com as questões do processo de envelhecimento, particularmente no que concerne à dimensão subjetiva da pessoa idosa; Romper com a fragmentação do processo de trabalho e interação precária nas equipe multiprofissionais, pois, é preciso reconhecer que a complementaridade interdisciplinar e a integração entre a rede básica e o sistema de referências; Facilitar o acesso dos idosos aos diversos níveis de complexidade da atenção; Investir na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à saúde da pessoa idosa. (BRASIL, 2006, p. 14).

Além dessas recomendações, o Caderno de Atenção Básica nº 19, do Ministério da Saúde, ainda lista outros aspectos que devem ser observados quando do acolhimento da pessoa idosa nas unidades de serviço de saúde, quais sejam:

O estabelecimento de uma relação respeitosa, considerando que, com a experiência de toda uma vida, as pessoas se tornam em geral mais sábias, desenvolvem maior senso de dignidade e prudência e esperam ser reconhecidas por isso; Partir do pressuposto de que o idoso é capaz de compreender as perguntas que lhe são feitas ou as orientações que lhe são fornecidas, nunca se dirigindo primeiramente a seu acompanhante; Chamar a pessoa idosa por seu nome e manter contato visual,

preferencialmente, de frente e em local iluminado, considerando um possível declínio visual ou auditivo; A utilização de uma linguagem clara, evitando-se a adoção de termos técnicos que podem não ser compreendidos (BRASIL, 2006, p.14).

Assim, percebe-se que o princípio de humanização preconizado pela legislação, visa ao estabelecimento de relações éticas com as pessoas idosas, partindo do pressuposto de que estas merecem receber um atendimento de qualidade, que garanta sua integridade e dignidade, evitando assim, atitudes grosseiras, desrespeitosas ou de ignorância à sua capacidade de cognição e sensibilidade, especialmente em relação à saúde, tendo em vista a fragilidade que muitos deles apresentam em decorrência de fatores diversos, desenvolvidos ao longo da vida.

### **3 CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO**

Taperoá é uma cidade paraibana, localizada no Planalto da Borborema, na Mesorregião da Borborema e Microrregião do Cariri ocidental. Dista 245 Km da Capital João Pessoa e 20 Km da cidade de Campina Grande. A área total do município é de 663 Km<sup>2</sup>, distribuídos em uma altitude de 532m acima do nível do mar, conforme informações da página oficial do município na internet.<sup>4</sup> Informações do censo demográfico do IBGE em 2010, registrou um total de 14.938 habitantes no município naquele ano.

Ainda conforme informações censitárias, no referido ano, o município dispunha de dois estabelecimentos de saúde estaduais, dois particulares e oito, municipais, apresentando baixo índice de morbidade hospitalar, com apenas um caso em uma pessoa do sexo feminino.

Atualmente, segundo informações da Secretaria de Saúde Taperoense, a estrutura de atenção à saúde está composta de sete Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), estando três destas, localizadas na zona rural, distribuídas por regiões: uma no Sítio Salgado, que atende a uma média de 980 habitantes; uma no Sítio Mineiro da Volta, que cobre cerca de 2.200 pessoas e, a outra no Sítio Quixaba, com cobertura de 2.100 indivíduos; cada uma dessas unidades oferece cobertura em serviços de saúde a uma média de dez comunidades rurais, agrupadas pela localização geográfica. As demais UBSF estão localizadas na zona urbana, sendo duas delas no bairro São José, atendendo a 4.200 habitantes; uma terceira no bairro do Alto, que oferece a maior abrangência (3.900 usuários) e por fim, existe uma unidade mista que atende a habitantes das zonas rural e urbana, com população atendida de 2.000 pessoas.

---

<sup>4</sup>Outras informações do município podem ser acessadas no site: <http://www.taperoa.pb.gov.br/>

Cada Unidade Básica de Saúde da Família é composta por uma equipe multidisciplinar, com 01 enfermeiro; 01 técnico de enfermagem; 01 dentista; 01 assistente de consultório dentário; 01 médico e agentes comunitários de saúde, em quantidade compatível com a população ali atendida e da área coberta.

Outro serviço de saúde oferecido à população com objetivos preventivos é a academia de saúde, que atende a um grupo de 120 idosos, que realizam diversas atividades físicas, sob orientação do professor de educação física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Conta ainda com um laboratório de análises clínicas e uma policlínica com 14 especialidades médicas, a saber, urologia, ortopedia, mastologia, endocrinologia, reumatologia, cardiologia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, pediatria, ginecologia, obstetrícia, dermatologia e fonoaudiologia. O centro de fisioterapia tem duas profissionais da área, munidas de modernos equipamentos para tratamento de reumatismos, buscando a reabilitação de pacientes com diversas lesões.

O município ainda oferta, mensalmente, 150 exames de ultrassonografia, 35 eletrocardiogramas e 5 ecocardiogramas, 80 exames oftalmológicos e entrega de 80 óculos, duas cirurgias de próstata, 1 cirurgia de desligamento de trompas; mutirão trimestral de mamografias para mulheres com mais de 50 anos de idades; exames citológicos preventivos em todas as mulheres do município, além de 30 coposcopias mensais.

Portanto, verifica-se, de acordo com as informações repassadas pelos profissionais da secretaria de saúde do município, que este mantém uma rede de serviços de saúde bem articulada, restando saber se os usuários de tais serviços estão satisfeitos com a qualidade dos mesmos.

#### **4METODOLOGIA**

Metodologia, segundo Vergara (2011) é o conjunto de técnicas necessárias para o desenvolvimento de procedimentos que permitam alcançar um determinado objetivo, considerando que este é “um caminho, uma forma, uma lógica de pensamento”.

Este estudo constitui-se de pesquisas baseadas na classificação Vergara (2011), a partir da qual pode-se nomeá-lo:

**Quanto aos fins:** Exploratório-descritiva, uma vez que “[...] expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno [...]” (idem, p. 47), o que se justifica pela caracterização da organização objeto deste estudo, bem como da amostra pesquisada.

**Quanto aos meios:** Estudo de caso, por meio do qual o procedimento de coleta “[...] privilegia um caso particular, uma unidade significativa, considerada suficiente para análise de um fenômeno [...]” (idem, p. 67). Neste caso, utilizou-se como objeto de estudo o serviço municipal de saúde da cidade de Taperoá – PB.

O universo da pesquisa constituiu-se da população idosa daquele município, estimada em 2.152 pessoas, conforme informações do censo 2010, considerando que todos podem utilizar, de alguma forma, algum dos serviços disponíveis. A amostra foi do tipo não probabilística por acessibilidade, resultando em um total de 112 respondentes, que corresponde a 5,2% do total de idosos. O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário dirigido, com questões de múltipla escolha, divididas em duas partes, com objetivos específicos, em que a primeira mapeou o perfil geral dos respondentes, em termos sociais, econômicos e epidemiológicos e a segunda, por sua vez, verificou o nível de satisfação destes, por meio da Escala Likert, utilizando-se de cinco gradações variantes de concordo totalmente a discordo totalmente, considerando as afirmações, adaptadas do estudo de Cozendey (2007), acerca das dimensões determinantes da qualidade estabelecidas por Parasuraman et al. (1985, 1988), o que ocorreu durante o mês de abril de 2015.

As variáveis consideradas para análise da ferramenta de pesquisa, no que tange ao perfil do respondente foram: Faixa-etária; gênero; estado civil; grau de instrução; renda familiar; número de pessoas que moram na mesma casa; principal responsável pelo sustento familiar; aposentadoria; abandono ou descaso; violência psicológica; abuso financeiro/patrimonial; presença de problemas crônicos de saúde; principais problemas de saúde; frequência de utilização dos serviços municipais de saúde e disponibilização de medicamentos pelo município. Na segunda parte, analisou-se as cinco dimensões a saber: Aspectos tangíveis (questões 16, 17, 18, 19 e 20); Confiabilidade (questões 21, 22, 23, 24 e 25); Atendimento (questões 26, 27, 28, 29 e 30); Garantia (questões 31, 32, 33 e 34); e, Empatia (35, 36, 37, 38 e 39).

A tabulação dos dados foi feita através da frequência absoluta e relativa, com o uso do software Microsoft Excel 2013, sendo os dados são apresentados em gráficos do tipo coluna na parte 1 e 3 e tipo barras na parte 2, no sentido de melhor representar as informações levantadas a partir do estudo de campo.

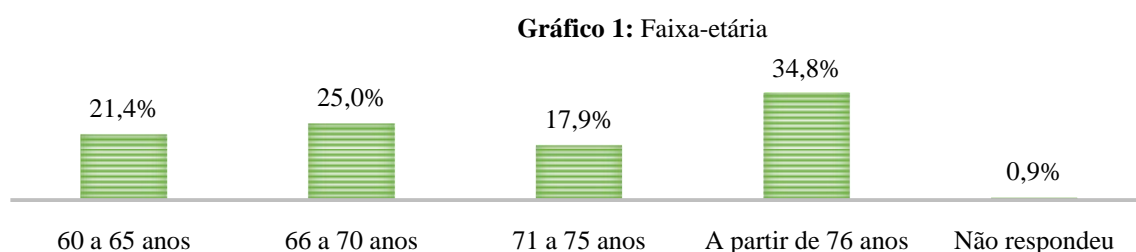
Vale registrar que nos gráficos da segunda parte, foi feito um agrupamento nas categorias de julgamento, em que concordo totalmente e concordo, resultaram em nível de concordância; discordo e discordo totalmente, passaram a constituir o nível de discordância e, indiferente, nível de indiferença.

## 5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

### PARTE I - PERFIL DOS RESPONDENTES

#### Q1. Quanto à faixa-etária

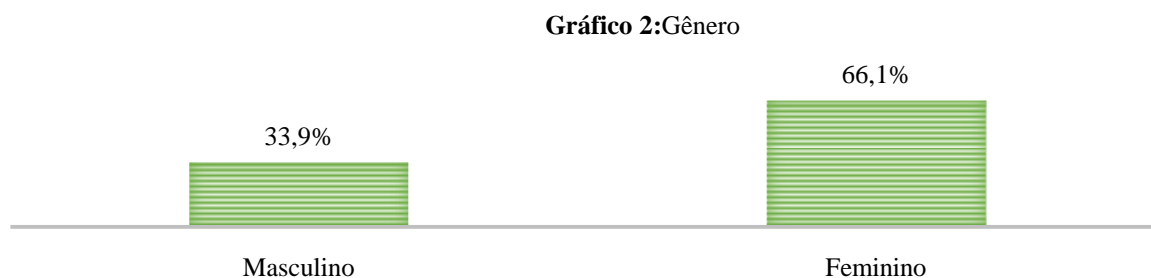
De acordo com o gráfico 1, observa-se que maior parte dos respondentes (52,7%) tem a partir de 71 anos de idade, enquanto 46,4% têm entre 60 e 70 anos.



**Fonte:** Pesquisa direta, abr. 2015.

#### Q2. Quanto ao gênero

A partir da observância do gráfico 2, infere-se que a grande maioria dos respondentes (66,1%) é constituída de mulheres, o que implica dizer que este é o sexo predominante entre os questionados.

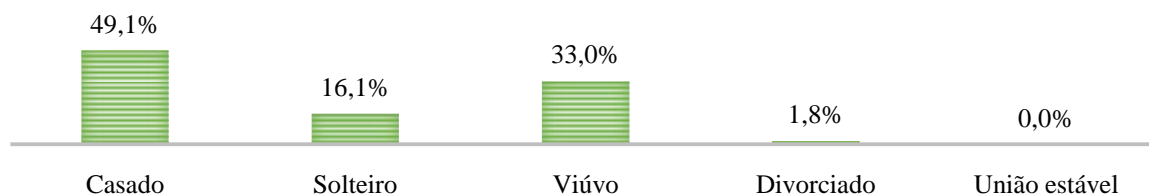


**Fonte:** Pesquisa direta, abr. 2015.

#### Q3. Quanto ao estado civil

Conforme o gráfico 3, vê-se que os casados têm a maior representação entre os questionados (49,1%), ao passo que o segundo maior percentual de respondentes (33%), declarou-se viúvo e os solteiros são 16,1%. Apenas 1,8% afirmou ser divorciado.

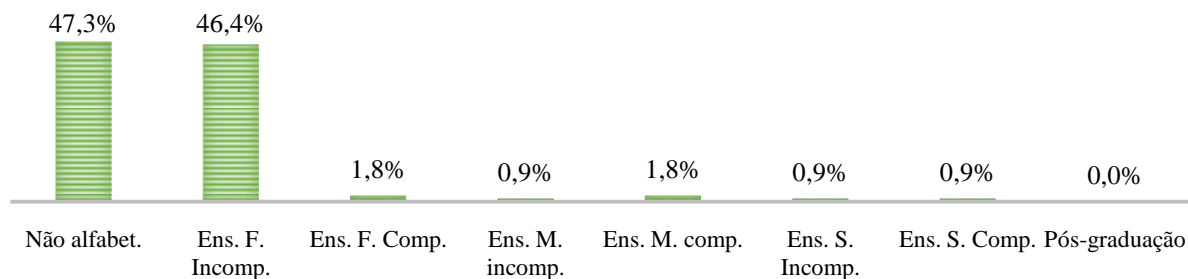


**Gráfico 3: Estado civil**

Fonte: Pesquisa direta, abr. 2015.

#### Q4. Quanto ao Grau de instrução

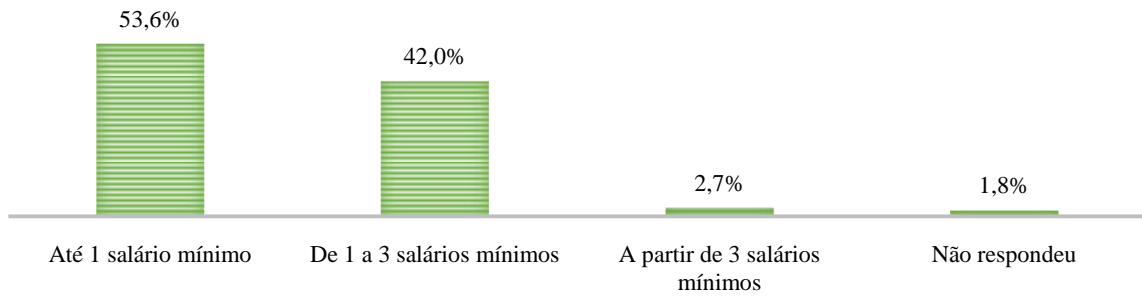
Observando o gráfico4, infere-se que o grau de instrução entre os respondentes é baixo, tendo em vista que destes, 47,3% declararam-se não alfabetizados e 46,4%, com ensino fundamental incompleto, enquanto os demais níveis tiveram percentuais irrisórios e o nível de pós graduação não apresentou respondentes.

**Gráfico 4: Grau de instrução**

Fonte: Pesquisa direta, abr. 2015.

#### Q5. Quanto à Renda familiar

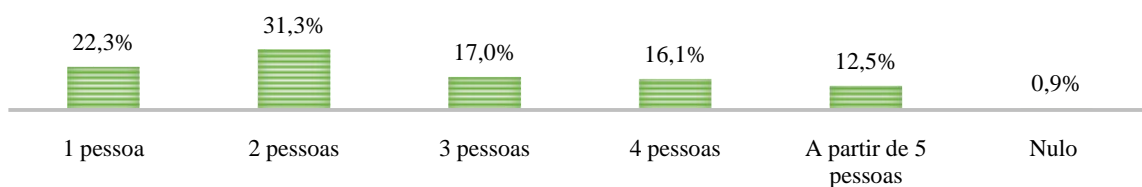
No concernente à renda familiar, a quase totalidade dos respondentes (95,6%) recebe até 3 salários mínimos mensais, sendo que destes, a maioria recebe até um salário mínimo, o que pode ser considerada uma renda baixa.

**Gráfico 5:** Renda familiar mensal

**Fonte:** Pesquisa direta, abr. 2015.

### Q6. Quanto ao número de pessoas que moram na mesma residência

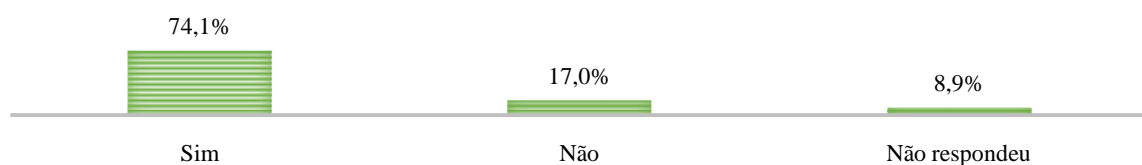
Ao investigar com quantas pessoas os idosos moram, obteve-se representação em todas as configurações apresentadas, sendo que, o percentual mais expressivo de respondentes (31,3%), mora com duas pessoas, ao passo que 22,3% moram com um pessoa, o que leva a inferir que maior parte dos respondentes tem famílias consideravelmente pequenas, enquanto um percentual significativo de 45,6% mora acompanhado por três ou mais pessoas.

**Gráfico 6:** Número de pessoas que moram na mesma casa

**Fonte:** Pesquisa direta, abr. 2015.

### Q7. Quanto ao principal responsável pelo sustento familiar

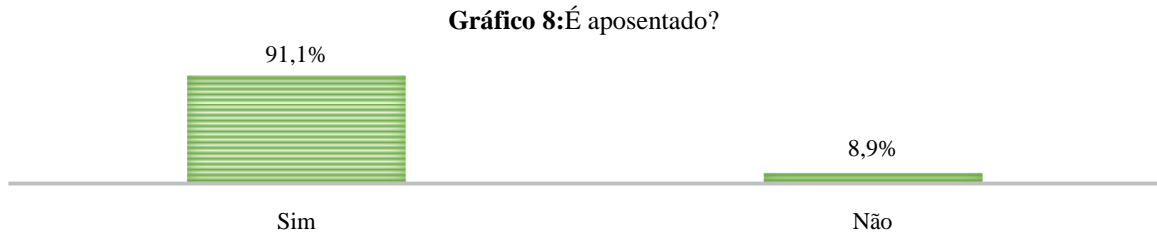
O gráfico 7 explicita que quase  $\frac{3}{4}$  dos idosos respondentes são os principais mantenedores de suas famílias, ou seja, são as pessoas que tem maior participação na renda familiar.

**Gráfico 7:** É o principal responsável pelo sustento da família?

**Fonte:** Pesquisa direta, abr. 2015.

### Q8. Quanto à aposentadoria

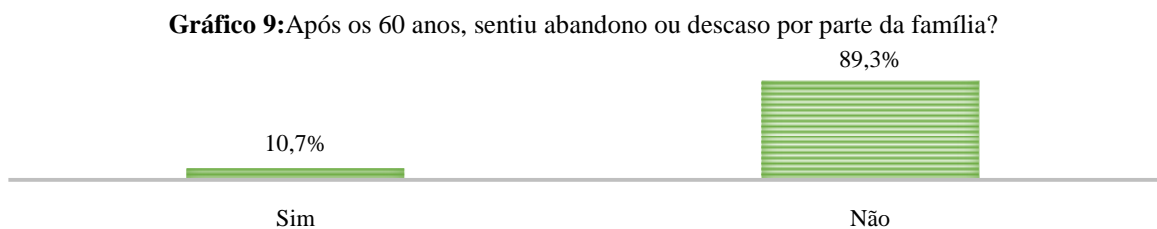
De acordo com o gráfico 8, apenas 8,9% dos declarantes não são aposentados, enquanto a quase totalidade, o é.



**Fonte:** Pesquisa direta, abr. 2015.

### Q9. Quanto ao abandono ou descaso

Para Brasil (2011), a negligência é o tipo de violência contra o idoso com maior incidência no país. Todavia, ao serem perguntados sobre situações de abandono e de descaso, que caracterizam este tipo de violação, quase 90% dos idosos respondentes declararam não as sentir, enquanto um percentual de 10,7% respondeu sim. Dessa forma, percebe-se que, mesmo em uma frequência menor, o abandono familiar contra idosos é um fator presente entre a população idosa taperoaense, devendo ser investigado e combatido.



**Fonte:** Pesquisa direta, abr. 2015.

### Q10. Quanto à violência psicológica

Em relação à violência psicológica, identificada por Brasil (2011), como a violação contra o idoso que assume a vice-liderança em número de ocorrências, a quase totalidade dos participantes da pesquisa, responderam não sofrê-la, ao passo que um pequeno percentual de 3,6% respondeu sim e 1,8% absteve-se da resposta, conforme apresentado no gráfico 10.

**Gráfico 10:** Após os 60 anos, sofreu algum tipo de violência psicológica?

Fonte: Pesquisa direta, abr. 2015.

### Q11. Quanto ao abuso financeiro/patrimonial

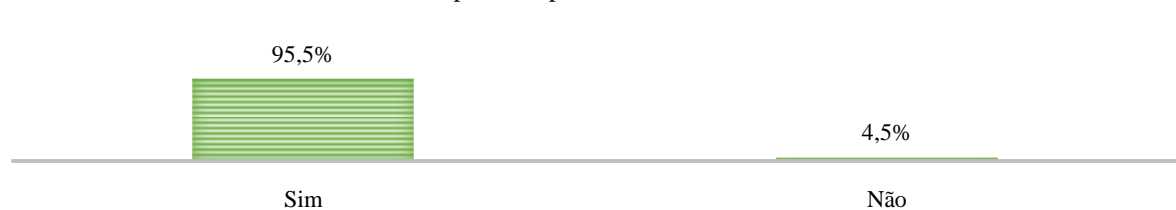
O abuso financeiro também lidera o ranking dos tipos de violência contra pessoas da terceira idade, contudo, entre os pesquisados, a percepção desse tipo de violência é baixa, tendo em vista que apenas 2,7% dos questionados responderam sim, enquanto outros 2,7% não responderam e a quase totalidade (94,6%) disse não sofrer esse tipo de problema.

**Gráfico 11:** Após os 60 anos, sofreu alguma forma de abuso financeiro/patrimonial por parte de terceiros?

Fonte: Pesquisa direta, abr. 2015.

### Q12. Quanto à presença de problemas crônicos de saúde

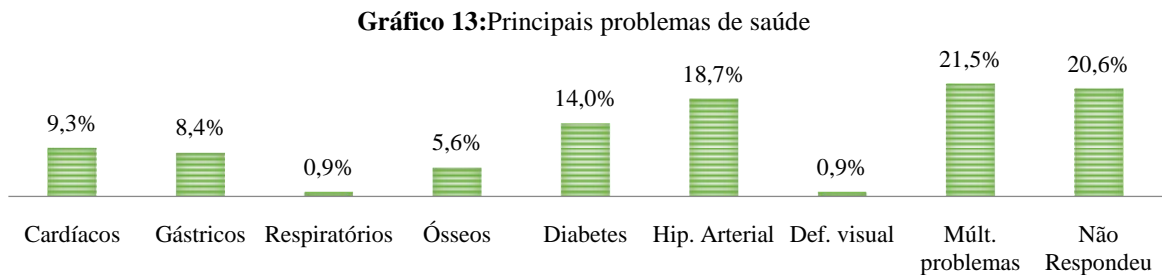
No sentido de traçar o perfil epidemiológico dos idosos pesquisados, o gráfico 12 aponta que a quase totalidades destes (95,5%.) apresenta problemas de saúde crônicos, enquanto uma pequena minoria não tem.

**Gráfico 12:** Apresenta problemas de saúde crônicos?

Fonte: Pesquisa direta, abr. 2015.

### Q13. Quanto aos principais problemas de saúde

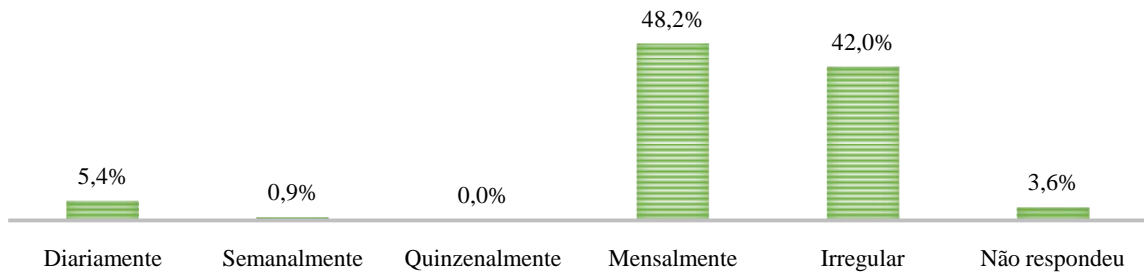
Considerando os diferentes problemas de saúde enumerados, vários não apresentaram incidência e, portanto, não constam na representação gráfica. Um fato que chama atenção no gráfico 13 é que a coluna mais representativa do gráfico não refere-se a uma doença específica, mas a múltiplos problemas, que foi apontada por 21,5% dos respondentes como sendo sua situação epidemiológica. Dentre as doenças específicas, a hipertensão arterial obteve maior incidência (18,7%), seguida da diabetes (14%), ao passo que os problemas respiratórios são os menos significativos (0,9%). Nessa assertiva, 20,6% daqueles que na questão anterior tinham declarado ter algum tipo de problema de saúde crônico, abstiveram-se da resposta.



**Fonte:** Pesquisa direta, abr. 2015.

### Q14. Quanto à frequência de utilização dos serviços municipais de saúde

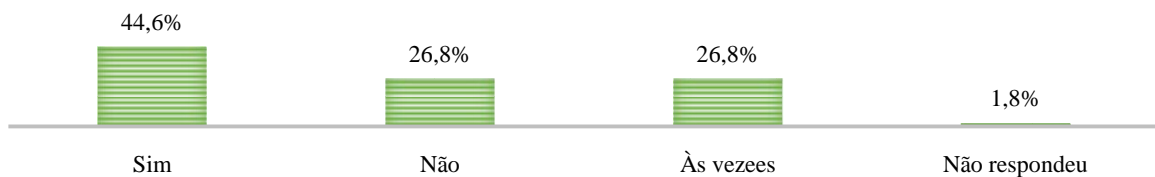
No tocante à frequência de utilização dos serviços municipais de saúde, maior parte dos usuários participantes da pesquisa, declararam fazê-lo de forma mensal, ao passo que uma grande parcela (42%), afirmou que isto ocorre de forma irregular. Um percentual de 5,4% ainda frequenta os serviços de saúde diariamente, considerando que 3,6% não responderam a essa questão.

**Gráfico 14:** Frequência de utilização dos serviços municipais de saúde

Fonte: Pesquisa direta, abr. 2015.

### Q15. Quanto à disponibilização de medicamentos pelo município

O gráfico 15 retrata que grande percentual dos respondentes (44,6%), recebe gratuitamente do poder público municipal, os medicamentos de que necessita para seu tratamento. Porém, um percentual representativo de 26,8% não os recebe, ao passo que outros 26,8% os recebem de forma esporádica.

**Gráfico 15:** O Município disponibiliza os medicamentos de que você necessita, gratuitamente?

Fonte: Pesquisa direta, abr. 2015.

## PARTE II - SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

### Quanto aos aspectos tangíveis

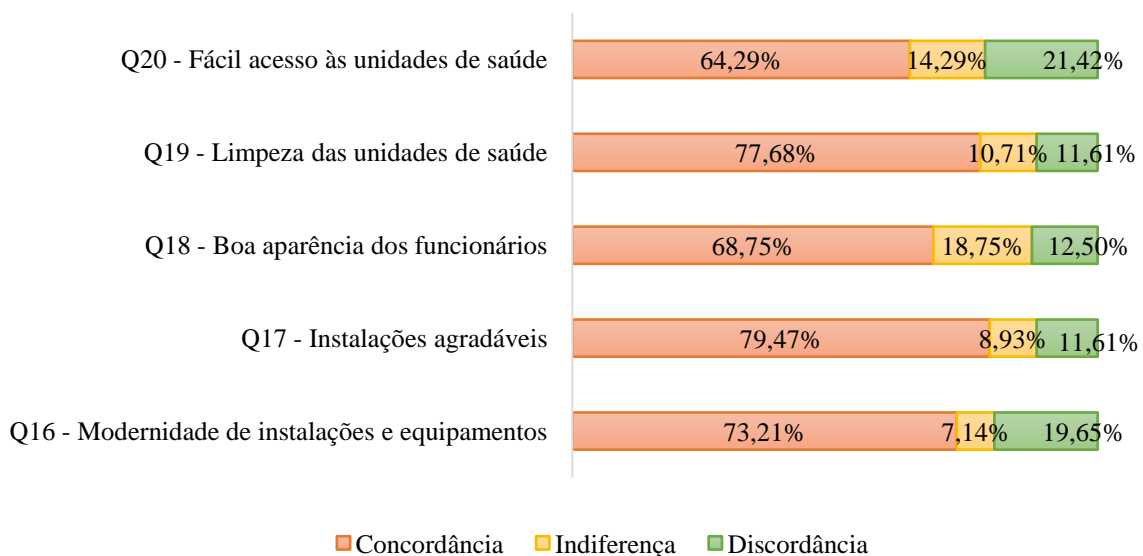
O gráfico 16 traz a indicação do nível de satisfação dos usuários, em relação à dimensão aspectos tangíveis, considerando cinco variáveis, a saber:

- Q16. As unidades de saúde possuem instalações e equipamentos modernos;
- Q17. As instalações das unidades de saúde são agradáveis;
- Q18. Os funcionários das unidades de saúde têm aparência agradável;
- Q19. As unidades de saúde são limpas e conservadas; e,
- Q20. O acesso às unidades de saúde é fácil.

De acordo com o gráfico, observa-se preponderância do nível de concordância dos usuários em todas os critérios julgados, demonstrando um elevado grau de satisfação com os

aspectos físicos dos serviços municipais de saúde em estudo, de modo que o maior nível de concordância verificado, refere-se à agradabilidade das instalações das unidades de saúde (79,47%) e o menor (64,29%), refere-se à facilidade de acesso a estas unidades. Contudo, em todas as variáveis, a concordância assumiu maioria, apresentando, ainda, um nível de indiferença considerável, ao passo que o grau de discordância varia entre 11,61% e 21,42%, sendo que a maior representatividade é observada na assertiva relativa à modernidade das instalações e equipamentos das unidades de saúde.

**Gráfico 16:** Aspectos tangíveis



**Fonte:** Pesquisa direta, abr. 2015.

A cerca dessa grandeza, Cozendey (2007), afirma que não existe um consenso em relação ao seu grau de importância na análise da qualidade de um serviço, de tal modo, que alguns autores a apontam como a menos importante, enquanto outros, dizem exatamente o contrário. O fato é que, os aspectos tangíveis, assim como os demais, devem ser satisfatórios àqueles que os utilizam.

### Quanto à confiabilidade

Cozendey (2007), apoiado nas ideias de Parasuraman (1988), considera a confiabilidade como a mais crítica e, portanto, a mais importante dimensão determinante da qualidade. A satisfação dos usuários acerca da confiabilidade nos serviços de saúde de Taperoá, são demonstrados no gráfico 17, considerando as variáveis a seguir:

Q21. Os serviços de saúde são prestados no horário marcado;

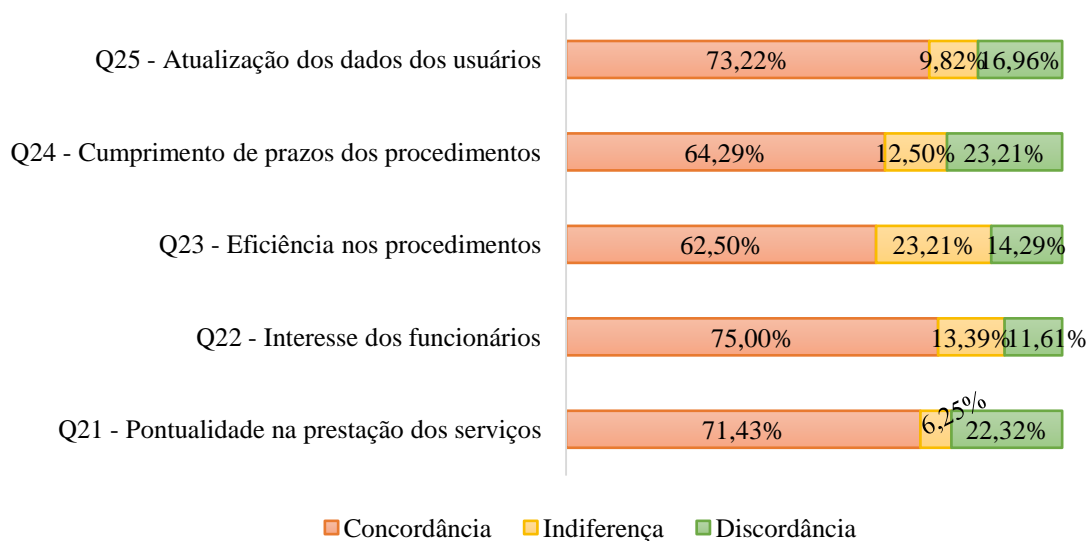
Q22. Os funcionários apresentam interesse sincero em resolver os problemas dos pacientes;

Q23. Os procedimentos são realizados corretamente da primeira vez;

Q24. Os serviços são realizados nos prazos prometidos;

Q25. Os dados dos usuários estão sempre corretos e atualizados.

**Gráfico 17:** Confiabilidade



**Fonte:** Pesquisa direta, abr. 2015.

Assim como na dimensão anterior, o nível de concordância demonstrado é expressivamente maior que a discordância, representando maioria em todas as variáveis, o que significa dizer que existe confiabilidade dos usuários diante dos serviços analisados. Entretanto, verificou-se mais uma vez, um considerável nível de indiferença que varia de 6,25% a 23,21%, ao passo que a discordância mais significativa relaciona-se às duas variáveis ligadas ao tempo, em que 22,32% dos pesquisados discordam parcial ou totalmente que os serviços de saúde são prestados no horário marcado (Q21) e, 23,21% discordam que os serviços são realizados nos prazos prometidos (Q24). O menor nível de discordância (11,60%), diz respeito à variável Q21 (os funcionários apresentam interesse sincero em resolver os problemas dos pacientes).



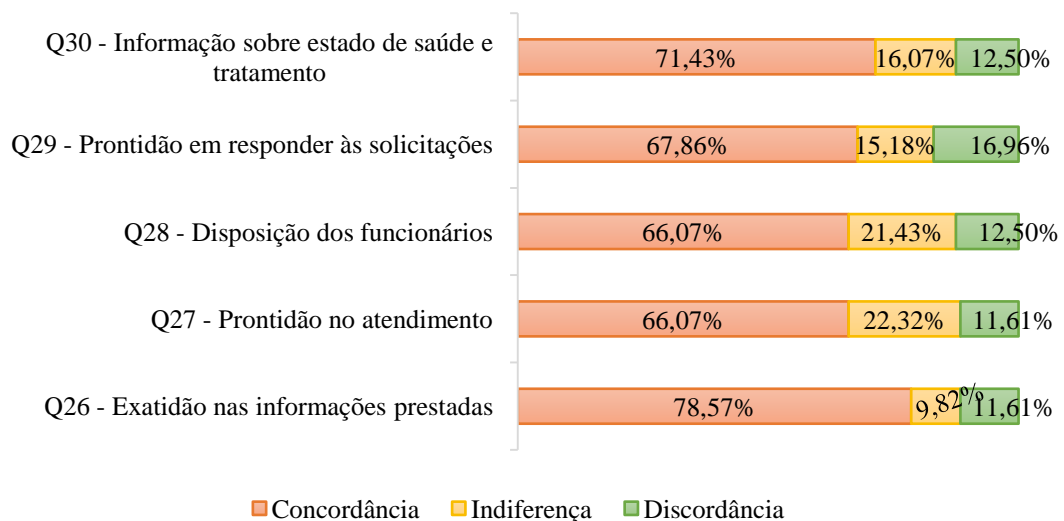
## Quanto ao atendimento

O atendimento é a próxima dimensão em questão, segundo a qual, foram julgadas as respectivas assertivas:

- Q26. Os funcionários dão informação exata de quando os serviços serão prestados;
- Q27. Os funcionários atendem imediatamente os pacientes;
- Q28. Os funcionários estão sempre dispostos a ajudar os pacientes;
- Q29. Os funcionários respondem prontamente às solicitações dos pacientes; e,
- Q30. Os funcionários dão informação sobre o estado de saúde e sobre o tratamento.

Observando o gráfico 18, percebe-se mais uma vez a repetição de níveis satisfatórios de concordância que indicam que a dimensão atendimento nos serviços de saúde de Taperoá atende às expectativas dos usuários idosos, uma vez que esta categoria varia de 66,07% a 78,57%, sendo consenso entre maioria dos respondentes, para todas as variáveis. Porém, o índice de indiferença é consideravelmente significativo, de modo que a menor frequência registrada (9,82%), foi na questão 26 (Os funcionários dão informação exata de quando os serviços serão prestados) e a maior (22,32%) foi na questão 27 (Os funcionários atendem imediatamente os pacientes). Já o nível de discordância mais acentuado atingiu os 16,96% para a variável 29 (Os funcionários respondem prontamente às solicitações dos pacientes), o que demonstra a necessidade de otimizar esse aspecto, quando da prestação dos serviços de saúde.

**Gráfico 18:** Atendimento



**Fonte:** Pesquisa direta, abr. 2015.

Para Cozendey (2007, p. 2), nos serviços de saúde, “o atendimento ao cliente/paciente em todos os momentos, desde a chegada até a sua recuperação, deve ser prestado vislumbrando sempre a satisfação de suas necessidades”, o que pode ser verificado, com base nos resultados acima, havendo, porém, necessidade de melhoria em alguns aspectos que causam impacto nesta dimensão.

### Quanto à Garantia

O gráfico 19 apresenta quatro variáveis, consideradas como decisivas para a percepção de segurança/garantia nos serviços de saúde, quais sejam:

Q31. As unidades de saúde têm funcionários que inspiram confiança;

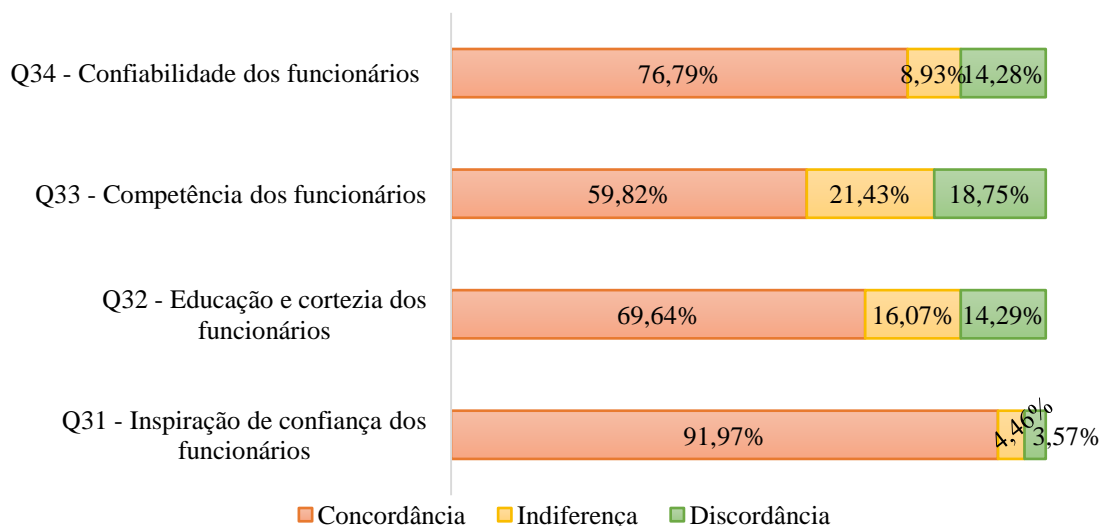
Q32. Os funcionários são educados e corteses;

Q33. Os funcionários são competentes e possuem conhecimento para responder as perguntas dos pacientes; e,

Q34. Tenho confiança nos funcionários ao utilizar os serviços de saúde.

Conforme a representação gráfica, percebe-se níveis de discordância abaixo de 20%, sendo a maior frequência (18,75%), verificada na questão 33 (Os funcionários são competentes e possuem conhecimento para responder as perguntas dos pacientes). Porém os níveis de indiferença ainda são consideravelmente altos, variando de 4,46% a 21,43%. Por outro lado, o nível de concordância varia de 59,82% a 91,97%, demonstrando preponderância dos aspectos relativos à garantia nos serviços analisados, o que leva a inferir que os idosos, usuários dos serviços de saúde em análise sentem-se seguros em relação a estes.

**Gráfico 19: Garantia**



**Fonte:** Pesquisa direta, abr. 2015.

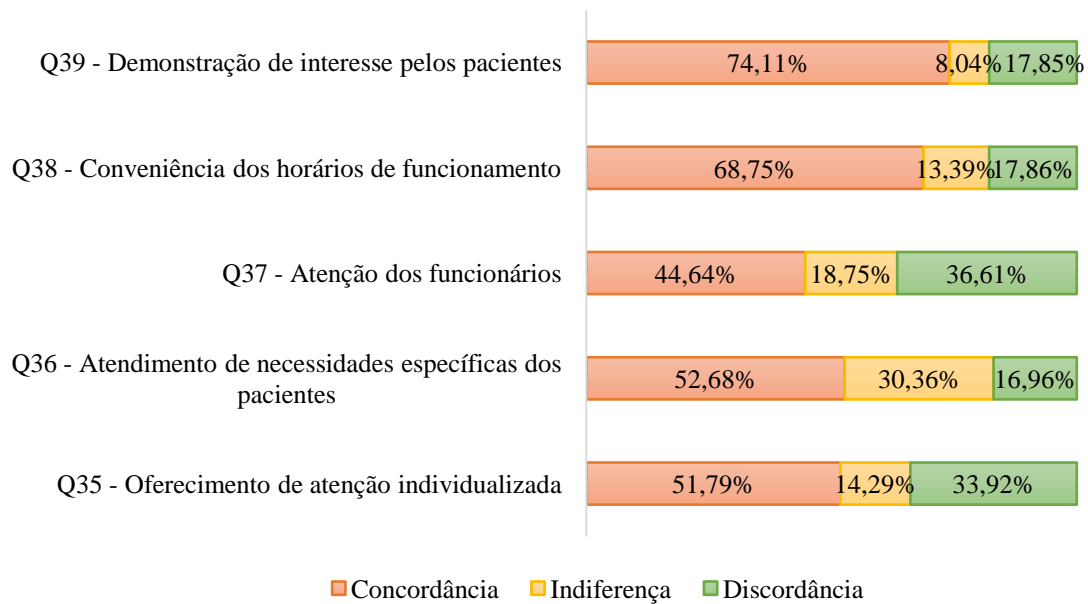
Cozendey (2007, p.52), afirma que a garantia é “uma dimensão particularmente importante da qualidade do serviço [...]; bem-estar e segurança são considerações importantes, assim como o conhecimento e cortesia dos funcionários e sua capacidade de inspirar confiança”, o que justifica dizer que essa é uma grandeza muito relevante na definição da qualidade em serviços de saúde.

### **Quanto à Empatia**

A última dimensão analisada é a empatia, para a qual considera-se as variáveis a seguir:

- Q35. Os funcionários oferecem atenção individualizada aos pacientes;
- Q36. Os funcionários atendem às necessidades específicas dos pacientes;
- Q37. Os funcionários dão atenção pessoal;
- Q38. Os horários de funcionamento das unidades de saúde são convenientes; e,
- Q39. Os funcionários demonstram interesse pelos pacientes.

Pensando a empatia como a habilidade de colocar-se no lugar do outro e lhe proporcionar aquilo que gostaria que lhe fosse feito naquela situação e, analisando a posição dos respondentes, pode-se inferir que existe empatia em nível satisfatório entre os funcionários dos serviços de saúde municipais de Taperoá – PB e os usuários idosos participantes da pesquisa, tendo em vista a concordância maioritária nas questões 35, 36, 38 e 39, variando de 51,79% a 74,11%. Contudo, há uma acentuada necessidade de melhoria em relação aos itens 35 e 37 (Os funcionários oferecem atenção individualizada aos pacientes, e; Os funcionários dão atenção pessoal), respectivamente, tendo em vista que ambos apresentaram graus de discordância superiores a 30%.

**Gráfico 20:Empatia**

**Fonte:** Pesquisa direta, abr. 2015.

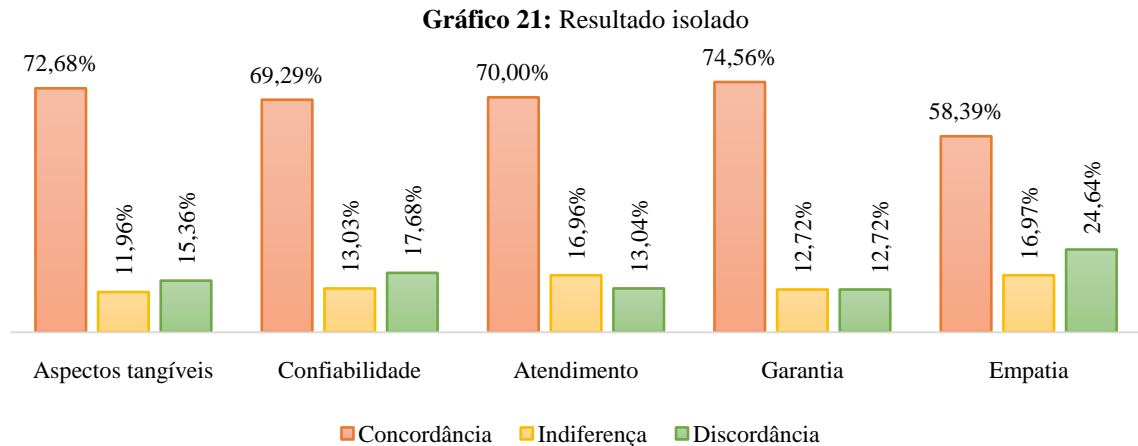
Segundo Cozende (2007), alguns autores consideram esta grandeza da qualidade em serviços como a menos relevante, porém, não pode-se dizer que não tenha importância, pois é uma das formas de agregar valor ao serviço recebido e encantar o cliente/paciente, resultando assim, em satisfação.

### PARTE III – RESULTADO ISOLADO E AGRUPADO

Analisando o resultado isolado da pesquisa, que verifica as médias das dimensões julgadas pelos questionados, percebe-se a preponderância da concordância na dimensão **aspectos tangíveis** (72,68%), que apresentou ainda, um considerável nível de indiferença (11,96%) e discordância (15,36%), demonstrando que, embora sejam satisfatórios, tais aspectos ainda necessitam de melhorias, o que também é observado na dimensão **confiabilidade**, na qual o nível de concordância também é maioritário (69,29%), ao passo que a indiferença representa 13,03% e a discordância, 17,68%.

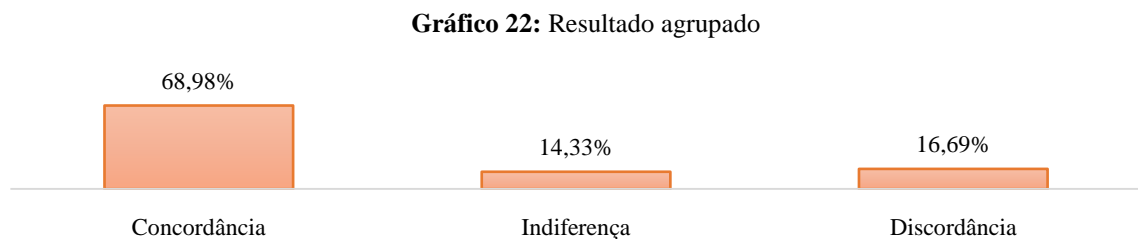
Continuando a análise as dimensões **atendimento** e **garantia** também apresentaram médias de concordância preponderantes (70% e 74,56%), respectivamente, enquanto os níveis de indiferença foram de 16,96% e 12,72% e a discordância, 13,04% e 12,72%. Os resultados expõem um equilíbrio entre as dimensões, onde é demonstrado um resultado aceitável, mas que merece atenção, no sentido de otimização.

Por fim, a dimensão **empatia**, embora tenha apresentado maioria de concordância (58,39%), foi a grandeza em que essa categoria teve menor média, ao passo a categoria discordância foi a mais representada (24,64%), assim como também a indiferença (16,97%).



**Fonte:** Pesquisa direta, abr. 2015.

Em relação ao resultado agrupado, onde são analisadas as médias das categorias estudadas, observa-se que, nessa pesquisa, a concordância teve representatividade preponderante (68,98%), enquanto a discordância representou 16,69% e o nível de indiferença foi o menos significativo (14,33%).



**Fonte:** Pesquisa direta, abr. 2015.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população taperoaense segue a tendência mundial e já possui um percentual considerável de pessoas idosas, que ultrapassa os 14%, colocando-a acima da média nacional, demonstrando que o município deve adequar-se a novos padrões que englobem estes cidadãos, de modo a garantir sua dignidade, saúde e qualidade de vida. Contudo, observa-se que já existe uma estrutura consideravelmente relevante capaz de atender a esse público.

Em relação ao perfil dos respondentes dos questionários aplicados na pesquisa, percebe-se que a maioria deles tem mais de 70 anos de idade, são do sexo feminino, casada, com baixos níveis de instrução e renda familiar mensal. Esses idosos têm famílias, consideravelmente pequenas e são responsáveis pelo sustento destas. A quase totalidade é aposentada e não percebe situações de abandono, violência psicológica ou financeira após atingir a terceira idade. Também observou-se que a maioria absoluta dos respondentes apresenta problemas crônicos de saúde, entre os quais se destacam a hipertensão arterial e aqueles que têm múltiplos problemas, por isso, frequentam os serviços de saúde mensalmente e grande parte deles, tem seus medicamentos fornecidos pelo poder público municipal, gratuitamente.

No que concerne à percepção dos idosos quanto aos serviços municipais de saúde recebidos, ficou claro que os respondentes identificam um elevado nível de qualidade, considerando as dimensões de tangibilidade, confiabilidade, atendimento, garantia e empatia, apontadas por Cozendey (2007), como fatores determinantes da qualidade. Este resultado demonstra que são colocados à disposição da população, serviços de saúde humanizados que atendem às perspectivas e necessidades do público idoso. Contudo, algumas variáveis apresentaram níveis representativos de discordância, que concentram-se mais precisamente nas dimensões confiabilidade e empatia, sinalizando a necessidade de melhorias pontuais para a otimização desses serviços que são altamente proeminentes para garantir aos idosos daquela cidade a qualidade de vida e a condição de saúde desejadas.

Um fato curioso no estudo foi o acentuado nível de indiferença dos respondentes com as questões tratadas, o que expõe uma apatia daqueles com as questões sociais em que estão inseridos, podendo prejudicar os resultados obtidos.

Embora alguns autores façam distinções sobre o grau de importância entre as dimensões aqui estudadas, dando a algumas, maior destaque que a outras, pode-se dizer que a percepção da qualidade em serviços de saúde é o resultado da união de um conjunto de dimensões interdependentes que devem estar equilibradas para que possam ser devidamente percebidas por seus usuários.

## **ABSTRACT**

Considering the high rate of human aging, as well as the importance of creating mechanisms and policies, able to offer services that maintain the quality of life and satisfactory health of this growing population, this article has been guided by the main objective to diagnose the

perception of the elderly, users of municipal services of health Taperoá - PB, regarding the quality of services received. To achieve the proposed goal held up an exploratory-descriptive study, based on bibliographic and documentary collection from various sources, as well as a field research, along with the elderly, users of the municipal health services, the city of Taperoá - PB. As data collection tool used a direct questionnaire applied to a sample of 5.2% of the local elderly population, during the month of April 2015. The results showed that respondents perceive a high level of quality about the dimensions of tangibility, reliability, service, warranty and empathy involved in municipal health service Taperoá - PB, as the measured levels of agreement were predominant.

**Keywords:** Health. Quality in service provision. Elderly. Quality of life.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, Secretaria de Direitos Humanos. **Dados sobre o envelhecimento no Brasil**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/DadosobreoenvelhecimentonoBrasil.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2015.

\_\_\_\_\_, IBGE. **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Paraíba**, 2010. Disponível em: [http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=25&dados=26#topo\\_piramid](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=25&dados=26#topo_piramid). Acesso em: 23 mar. 2015.

\_\_\_\_\_, IBGE. **Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**, Brasília, 2009. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/com\\_sobre.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf). Acesso em: 20 mar. 2015.

\_\_\_\_\_, **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Brasília, 1994, p.77. Disponível em: [http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw\\_Identificacao/lei%208.842-1994?OpenDocument](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%208.842-1994?OpenDocument). Acesso em: 25 mar. 2015.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Editora MS, 2006.

CAMPOS, V. F. **TQC – Controle da Qualidade Total (no estilo japonês)**. 8. ed. Nova Lima: INDG Tecnologia e Serviços Ltda, 2004. p. 227 – 233.

COZENDEY, M. I. **Um modelo experimental para avaliação da qualidade de serviços hospitalares**. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção) – Centro de Ciências e Tecnologia, Universidade do Norte Fluminense, campos dos Goytacazes, 2007.

FADEL, M. A. V.; FILHO, G. I. R. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. **RAP – Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, vol. 43, n. 1, p. 7-22, 2009.

PILGER, C.; MENON, M. U.; MATHIAS, T. A. F. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, vol. 47 n. 1, p. 213-220, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a27v47n1.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2015.

SANTIAGO, R. F. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 35-44, 2013.

SANTOS, A.S.; KARSCH, U. M.; MONTAÑÉS, C. M. A rede de serviços de atenção à saúde do idoso na cidade de Barcelona (Espanha) e na cidade de São Paulo (Brasil). **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 102, p. 365-386, 2010.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 1. Reimpr. 1. Ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012.



SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.

SOBRAL, F.; PECCI, A. **Administração: Teoria e prática no contexto brasileiro**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2008.

SOUZA, M. A. **Impactos da política de expansão da educação superior instituída a partir do governo Lula sobre as condições do trabalho docente na UEPB**. Monografia (Bacharelado em Administração) – Curso de Administração, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2014.

VECCHIA, R. D. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev. Bras. Epidemiol**, Botucatu, v. 8, n. 3, p. 246-252, 2005.

VERGARA, S. C. A utilização da construção de desenhos como técnica de coleta de dados. In: VIEIRA, Marcelo Milano Falcão; ZOUAIN, Deborah Moraes (Orgs). **Pesquisa qualitativa em administração – teoria e prática**. Rio de Janeiro: FGV, 2011.