



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO EM SAÚDE**

**VALÉRIA CORRIÇA DE FREITAS DA CUNHA**

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DOS SERVIÇOS**  
**HOSPITALARES DO SUS: elaboração de plataforma para aplicação do**  
**IAQH-IA.**

**PRODUTO TECNOLÓGICO**

**FORTALEZA - CEARÁ**

**2019**

VALÉRIA CORRIÇA DE FREITAS DA CUNHA

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DOS SERVIÇOS  
HOSPITALARES DO SUS: elaboração de plataforma para aplicação do  
IAQH-IA.**

**PRODUTO TECNOLÓGICO**

Produto Tecnológico apresentado ao curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Gestão em Saúde. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Garcia  
Filho

FORTALEZA – CEARÁ

2019



A Plataforma Eletrônica para Aplicação da Versão Brasileira do IAQH-IA e visualização do painel de resultados, está hospedada no endereço eletrônico: <http://www.saudenemesis.com/index.php?exe=restrito>

## 1. Questionário Eletrônico

### PESQUISA DE SATISFAÇÃO

[1.] AS PRIMEIRAS QUESTÕES SÃO SOBRE OS DADOS GERAIS DE SEU INTERNAMENTO -> Além desta hospitalização, quantas vezes esteve internado/a neste hospital, pelo menos uma noite?

- Nunca, esta foi a primeira vez                       Mais uma vez  
 Mais duas vezes     Três ou mais vezes

[2.] Já foi atendido/a neste hospital no Ambulatório ou na Emergência?

- Sim                       Não

[3.] Em qual enfermaria esteve internado/a?

- Obstetrícia                       Cirurgia                       Clínica Médica  
 Não sabe/não lembra

[4.] Quantos dias ficou internado/a?

[5.] Considerou que este tempo internado no hospital foi ...

- O necessário                       Curto demais                       Longo demais  
 Não tenho certeza

[6.] Na alta, foi marcada alguma consulta de retorno?

- Sim                       Não

[7.] Você foi informado sobre como fazer uma reclamação, caso necessitasse?

- Sim                       Não

[8.] A PARTIR DESSA QUESTÃO, PEDIMOS QUE VOCÊ AVALIE ASPECTOS RELATIVOS AO SEU INTERNAMENTO. ESCOLHA APENAS

UMA RESPOSTA SOBRE CADA UM DOS TEMAS. -> EFICIÊNCIA DO PROCESSO DE ADMISSÃO: Facilidade em conseguir o internamento, incluindo o tempo de espera.

Excelente  Muito Bom  Bom  Regular  Ruim  Não se aplica

[9.] PREPARAÇÃO PARA O INTERNAMENTO: Instruções sobre o internamento (documentos necessários, realização de cadastro, disponibilidade de vaga/leito).

Excelente  Muito Bom  Bom  Regular  Ruim  Não se aplica

[10.] ATENÇÃO QUE FOI DADA ÀS SUAS NECESSIDADES: Forma como foi recebido/a pelos profissionais de enfermagem.

Excelente  Muito Bom  Bom  Regular  Ruim  Não se aplica

[11.] SATISFAÇÃO DAS SUAS NECESSIDADES: Empenho dos profissionais em satisfazer as suas necessidades.

Excelente  Muito Bom  Bom  Regular  Ruim  Não se aplica

[12.] COORDENAÇÃO DE CUIDADOS: O trabalho da equipe de profissionais que cuidaram de você.

Excelente  Muito Bom  Bom  Regular  Ruim  Não se aplica

[13.] AJUDA E SIMPATIA: Capacidade dos profissionais de fazer você sentir-se confiante e seguro/a.

Excelente  Muito Bom  Bom  Regular  Ruim  Não se aplica

[14.] SENSIBILIDADE PARA OS PROBLEMAS: Sensibilidade dos profissionais em relação aos seus problemas e preocupações.

Excelente  Muito Bom  Bom  Regular  Ruim  Não se aplica

[15.] FACILIDADE EM OBTER INFORMAÇÕES: Empenho dos profissionais de responder às suas perguntas.

Excelente  Muito Bom  Bom  Regular  Ruim  Não se aplica

[16.] INFORMAÇÕES: Forma como foi informado/a sobre exames ou tratamentos e o que esperar deles.

Excelente       Muito Bom       Bom       Regular        
Ruim       Não se aplica

[17.] INFORMAÇÕES A FAMILIARES OU AMIGOS: Forma como eles foram informados sobre seu estado de saúde e necessidades.

Excelente       Muito Bom       Bom       Regular        
Ruim       Não se aplica

[18.] ASPECTOS TÉCNICOS: Forma como os enfermeiros desempenharam suas atividades de dar os medicamentos ou injeções, de alimentação, higiene e

conforto.  Excelente       Muito Bom       Bom       Regular  
 Ruim       Não se aplica

[19.] ATENÇÃO PRESTADA PELA ENFERMAGEM AO SEU ESTADO DE SAÚDE: Frequência com que os enfermeiros verificaram a evolução do seu estado de saúde.

Excelente       Muito Bom       Bom       Regular        
Ruim       Não se aplica

[20.] RESPOSTA DA ENFERMAGEM ÀS SUAS CHAMADAS: Rapidez com que ajudaram você.

Excelente       Muito Bom       Bom       Regular        
Ruim       Não se aplica

[21.] CUIDADOS E CARINHO: Cortesia, respeito, amizade e gentileza com que foi atendido/a pelos enfermeiros.

Excelente       Muito Bom       Bom       Regular        
Ruim       Não se aplica

[22.] INFORMAÇÃO FORNECIDA: Forma como os enfermeiros se comunicaram com os pacientes, familiares e médicos.

Excelente       Muito Bom       Bom       Regular        
Ruim       Não se aplica

[23.] ATENÇÃO PRESTADA PELOS MÉDICOS AO SEU ESTADO DE SAÚDE: Frequência com que os médicos verificaram a evolução do seu estado de saúde.

Excelente       Muito Bom       Bom       Regular        
Ruim       Não se aplica

[24.] DISPONIBILIDADE DOS MÉDICOS: Facilidade de falar com o seu médico.  Excelente  Muito Bom  Bom  Regular

Ruim  Não se aplica

[25.] CUIDADOS E CARINHO: Cortesia, respeito, amizade e gentileza com que foi atendido/a pelos médicos.

Excelente  Muito Bom  Bom  Regular

Ruim  Não se aplica

[26.] ASPECTOS TÉCNICOS: Forma como o seu médico diagnosticou sua doença, examinou você e realizou seu tratamento.

Excelente  Muito Bom  Bom  Regular

Ruim  Não se aplica

[27.] INFORMAÇÃO FORNECIDA: Forma como o seu médico informou você sobre sua doença, seu tratamento e o que fazer depois da alta.

Excelente  Muito Bom  Bom  Regular

Ruim  Não se aplica

[28.] COORDENAÇÃO: Forma como os médicos trabalharam em equipe para atender você.

Excelente  Muito Bom  Bom  Regular

Ruim  Não se aplica

[29.] PROFISSIONAIS DE APOIO (COPA, LIMPEZA, PORTEIROS/VIGILANTES): Forma como desempenharam as suas tarefas e se relacionaram com você.

Excelente  Muito Bom  Bom  Regular

Ruim  Não se aplica

[30.] PROFISSIONAIS DO LABORATÓRIO: Forma como desempenharam as suas tarefas e se relacionaram com você.

Excelente  Muito Bom  Bom  Regular

Ruim  Não se aplica

[31.] PROFISSIONAIS DO SERVIÇO SOCIAL: Forma como desempenharam as suas tarefas e se relacionaram com você.

Excelente  Muito Bom  Bom  Regular

Ruim  Não se aplica

[32.] PROFISSIONAIS DO RAIOS-X (RADIOLOGIA E IMAGEM): Forma como desempenharam as suas tarefas e se relacionaram com você.

Excelente       Muito Bom       Bom       Regular     

Ruim  Não se aplica

[33.] FISIOTERAPEUTAS: Forma como desempenharam as suas tarefas e se relacionaram com você.

Excelente       Muito Bom       Bom       Regular     

Ruim  Não se aplica

[34.] NUTRICIONISTAS: Forma como desempenharam as suas tarefas e se relacionaram com você.

Excelente       Muito Bom       Bom       Regular     

Ruim  Não se aplica

[35.] MAQUEIROS: Forma como os profissionais transportaram você entre os serviços, desempenharam as suas tarefas e se relacionaram com você.

Excelente       Muito Bom       Bom       Regular     

Ruim  Não se aplica

[36.] PROCEDIMENTOS DA ALTA: Tempo que demorou para ter alta e a forma como ocorreu.

Excelente       Muito Bom       Bom       Regular     

Ruim  Não se aplica

[37.] PLANEJAMENTO DA ALTA: Instruções que recebeu sobre o que fazer e o que pode acontecer após a alta.

Excelente       Muito Bom       Bom       Regular     

Ruim  Não se aplica

[38.] COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS: Esforço dos profissionais do hospital para satisfazer as suas necessidades depois da alta.

Excelente       Muito Bom       Bom       Regular     

Ruim  Não se aplica

[39.] TRANSFERÊNCIA: Forma como foi assegurado o transporte para outro hospital ou instituição.

Excelente       Muito Bom       Bom       Regular     

Ruim  Não se aplica

[40.] PRIVACIDADE: Forma como a sua privacidade foi assegurada.

Excelente       Muito Bom       Bom       Regular     

Ruim  Não se aplica

[41.] O QUARTO: Limpeza, conforto, iluminação e temperatura.

Excelente       Muito Bom       Bom       Regular        
Ruim       Não se aplica

[42.] UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTO DE APOIO: Possibilidade de utilizar equipamento de apoio (ex: cadeira de rodas, cadeira de banho).

Excelente       Muito Bom       Bom       Regular        
Ruim       Não se aplica

[43.] AMBIENTE CALMO: Paz e sossego.

Excelente       Muito Bom       Bom       Regular        
Ruim       Não se aplica

[44.] QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO: No geral, no sabor, na temperatura e na variedade disponível.

Excelente       Muito Bom       Bom       Regular        
Ruim       Não se aplica

[45.] SINALIZAÇÃO: Facilidade de se orientar dentro do hospital.

Excelente       Muito Bom       Bom       Regular        
Ruim       Não se aplica

[46.] O PRÉDIO: A sua opinião sobre o prédio do hospital.

Excelente       Muito Bom       Bom       Regular        
Ruim       Não se aplica

[47.] ESTACIONAMENTO: Vagas disponíveis e sua localização.

Excelente       Muito Bom       Bom       Regular        
Ruim       Não se aplica

[48.] VISITAS: Amabilidade e simpatia com que suas visitas foram recebidas pelos profissionais do hospital.

Excelente       Muito Bom       Bom       Regular        
Ruim       Não se aplica

[49.] HORÁRIO DAS VISITAS: Facilidade com que seus familiares e amigos visitaram você.

Excelente       Muito Bom       Bom       Regular        
Ruim       Não se aplica



[50.] QUALIDADE DO HOSPITAL: Impressão geral sobre os cuidados e os serviços que foram prestados.

Excelente     Muito Bom     Bom     Regular      
Ruim     Não se aplica

[51.] IMPACTO DO SEU INTERNAMENTO: Medida em que o internamento contribuiu para a sua melhora.

Excelente     Muito Bom     Bom     Regular      
Ruim     Não se aplica

[52.] IMAGEM DO HOSPITAL: Reputação do hospital na sua comunidade.

Excelente     Muito Bom     Bom     Regular      
Ruim     Não se aplica

[53.] EM SEGUIDA SÃO APRESENTADAS FRASES QUE OS PACIENTES ÀS VEZES DIZEM SOBRE SEU INTERNAMENTO. POR FAVOR INFORME A SUA OPINIÃO EM RELAÇÃO A CADA UMA DELAS. -> Fui tão bem atendido/a no hospital que até comentei com minha família e amigos.

Concordo plenamente     Concordo     Discordo     Discordo plenamente

[54.] Gostaria de ter participado mais das decisões referentes ao meu tratamento.

Concordo plenamente     Concordo     Discordo     Discordo plenamente

[55.] O hospital deveria ter permitido que meus familiares e amigos participassem mais nos cuidados que me foram prestados.

Concordo plenamente     Concordo     Discordo     Discordo plenamente

[56.] Sempre soube quem era o médico responsável por meu tratamento.

Concordo plenamente     Concordo     Discordo     Discordo plenamente

[57.] Sempre soube quem era o enfermeiro responsável pelos meus cuidados.

Concordo plenamente     Concordo     Discordo     Discordo plenamente

[58.] Fui muito bem atendido/a pelos médicos.

Concordo plenamente     Concordo     Discordo     Discordo plenamente

[59.] Fui muito bem atendido/a pelos enfermeiros.

Concordo plenamente     Concordo     Discordo     Discordo plenamente

[60.] PENSANDO AGORA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PRESTADOS DURANTE O SEU INTERNAMENTO, DIGA-NOS, POR FAVOR, QUAL A

QUALIDADE DE CADA UM DOS SEGUINTE ASPECTOS -> A atenção que recebeu, as explicações fornecidas e o tempo que teve para fazer perguntas.

Excelente       Muito Bom       Bom       Regular     

Ruim  Não se aplica

[61.] O respeito com que foi tratado/a e a forma como a sua privacidade foi assegurada.

Excelente       Muito Bom       Bom       Regular     

Ruim  Não se aplica

[62.] O sigilo sobre seu problema de saúde e outras informações pessoais que você tenha fornecido aos profissionais de saúde.

Excelente       Muito Bom       Bom       Regular     

Ruim  Não se aplica

[63.] Forma como foi envolvido/a na decisão sobre tratamentos alternativos e o consentimento que deu para realização de exames ou tratamentos.

Excelente       Muito Bom       Bom       Regular     

Ruim  Não se aplica

[64.] Qualidade das instalações, incluindo o espaço, a ventilação nas salas de espera e a limpeza.

Excelente       Muito Bom       Bom       Regular     

Ruim  Não se aplica

[65.] Autorização de familiares e amigos para visitarem você durante o internamento.

Excelente       Muito Bom       Bom       Regular

Ruim  Não se aplica

[66.] Liberdade para escolher o profissional de saúde que atendeu você e possibilidade de uma segunda opinião.

Excelente       Muito Bom       Bom       Regular     

Ruim  Não se aplica

[67.] A agilidade com que foi atendido/a.

Excelente       Muito Bom       Bom       Regular     

Ruim  Não se aplica

[68.] GOSTARÍAMOS DE SABER QUAIS SÃO SUAS RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES -> Recomendaria este hospital a um familiar ou amigo/a que precisasse ser internado?

- Sim       Provavelmente sim       Provavelmente não       Não
- Não se aplica porque moro longe do hospital

[69.] Voltaria a este hospital caso precisasse ser novamente internado/a e tivesse outra opção?

- Sim       Provavelmente sim       Provavelmente não       Não
- Não se aplica porque moro longe do hospital

[70.] Na sua opinião, como os serviços prestados por este Hospital poderiam melhorar? Por favor, responda com sinceridade.

[71.] POR FIM SOLICITAMOS QUE NOS FORNEÇA ALGUNS DADOS A SEU RESPEITO, APENAS PARA FINS ESTATÍSTICOS. -> Qual é o seu sexo?

- Feminino       Masculino

[72.] Qual é a sua idade em anos?

[73.] Qual é a sua situação familiar?

- Casado/a       União estável       Solteiro/a
- Viúvo/a       Divorciado/a       Separado/a

[74.] Qual seu grau de escolaridade?

- Não sabe ler nem escrever       Só sabe ler e escrever       Ensino fundamental completo
- Ensino médio completo       Graduação concluída       Pós-Graduação concluída

[75.] É funcionário/a deste hospital?

- Sim       Não

[76.] Alguém da sua família é funcionário/a deste hospital?

- Sim       Não

[77.] Quem respondeu este questionário?

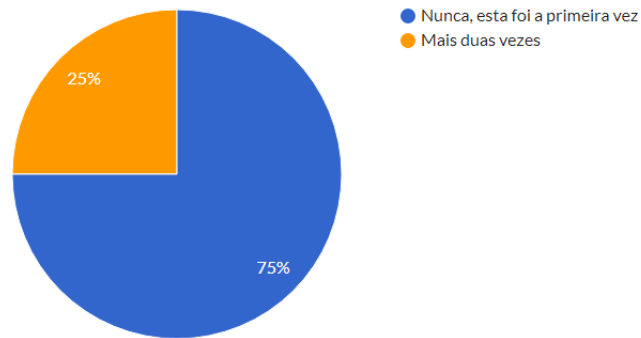
- O/A paciente
- O/A paciente com o auxílio de familiar ou amigo/a
- Familiar ou amigo/a porque o/a paciente faleceu
- Familiar ou amigo/a por qualquer outra razão

Responder

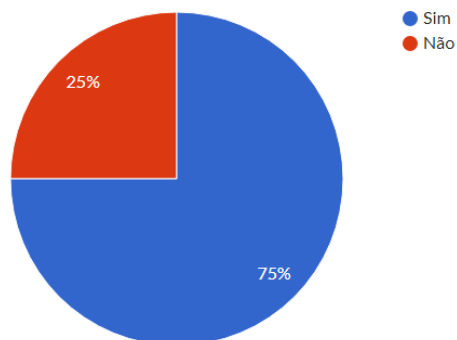
# 1. Apresentação dos Gráficos no Painel de Resultados Alimentado pelo Questionário Eletrônico



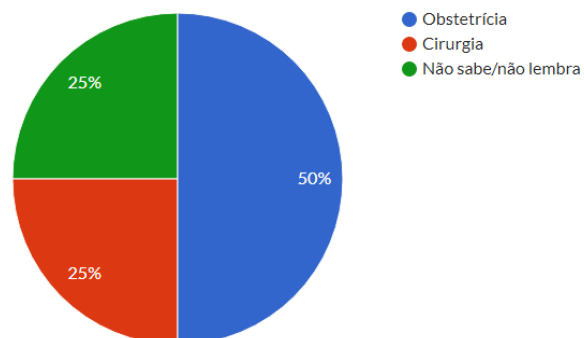
AS PRIMEIRAS QUESTÕES SÃO SOBRE OS DADOS GERAIS DE SEU INTERNAMENTO -> Além desta hospitalização, quantas vezes esteve internado/a neste hospital, pelo menos uma noite?



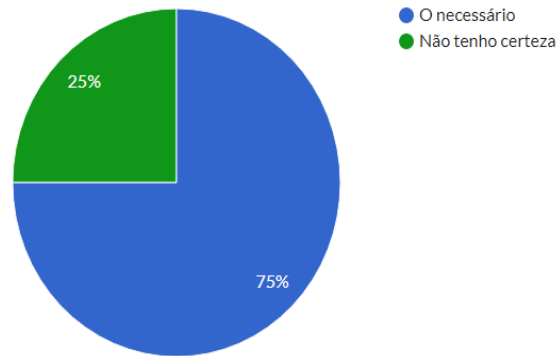
Já foi atendido/a neste hospital no Ambulatório ou na Emergência?



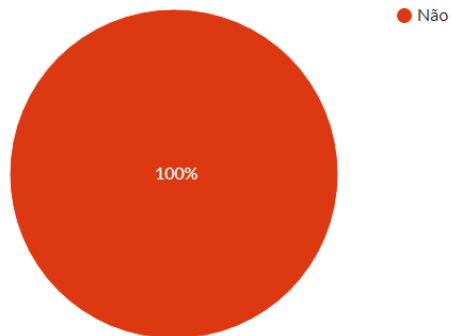
Em qual enfermaria esteve internado/a?



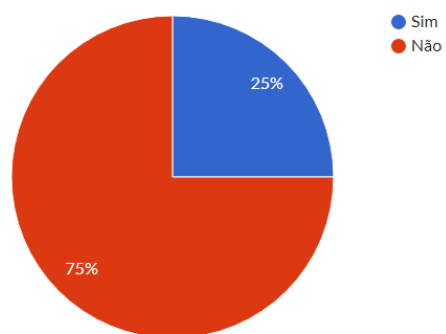
Considerou que este tempo internado no hospital foi ...



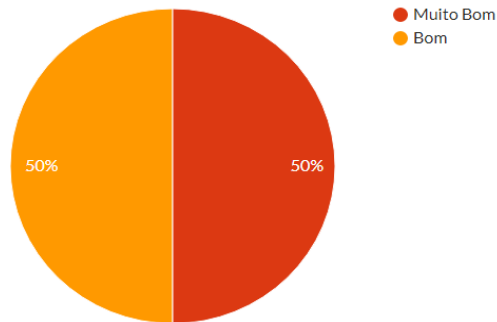
Na alta, foi marcada alguma consulta de retorno?



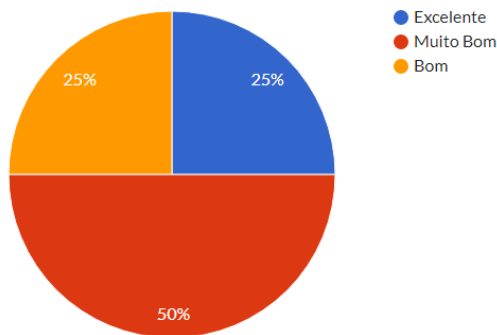
Você foi informado sobre como fazer uma reclamação, caso necessitasse?



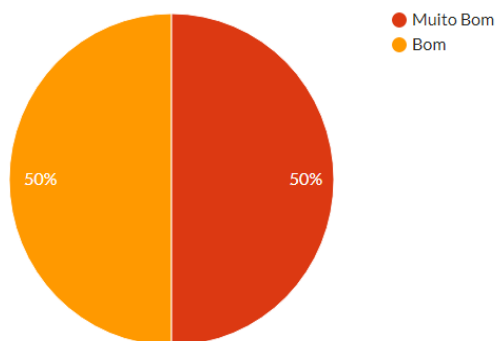
**A PARTIR DESSA QUESTÃO, PEDIMOS QUE VOCÊ AVALIE ASPECTOS RELATIVOS AO SEU INTERNAMENTO. ESCOLHA APENAS UMA RESPOSTA SOBRE CADA UM DOS TEMAS. -> EFICIÊNCIA DO PROCESSO DE ADMISSÃO:**  
Facilidade em conseguir o internamento, incluindo o tempo de espera.



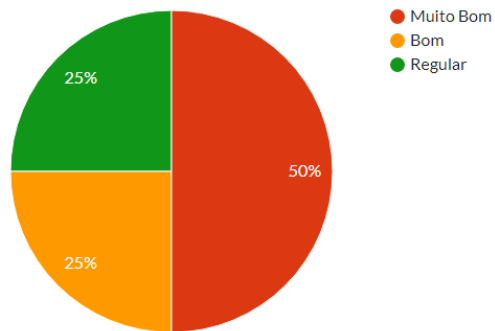
**PREPARAÇÃO PARA O INTERNAMENTO:** Instruções sobre o internamento (documentos necessários, realização de cadastro, disponibilidade de vaga/leito).



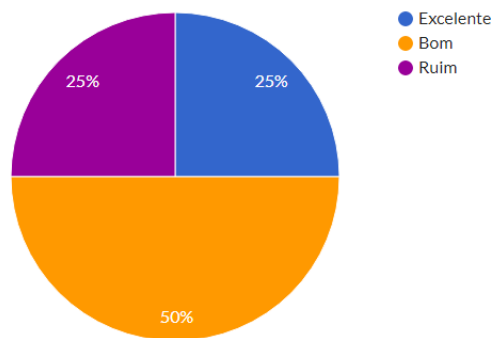
**ATENÇÃO QUE FOI DADA ÀS SUAS NECESSIDADES:** Forma como foi recebido/a pelos profissionais de enfermagem.



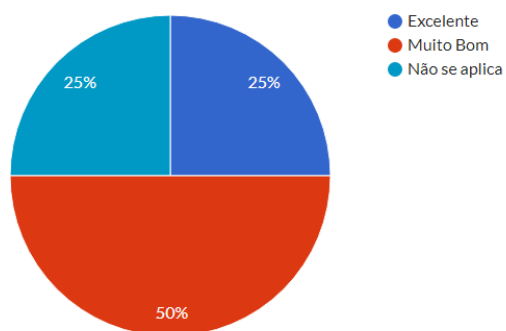
📄 SATISFAÇÃO DAS SUAS NECESSIDADES: Empenho dos profissionais em satisfazer as suas necessidades.



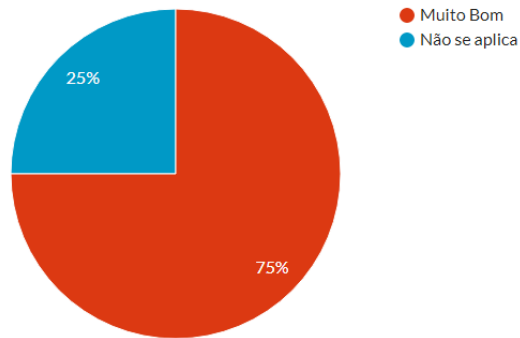
📄 COORDENAÇÃO DE CUIDADOS: O trabalho da equipe de profissionais que cuidaram de você.



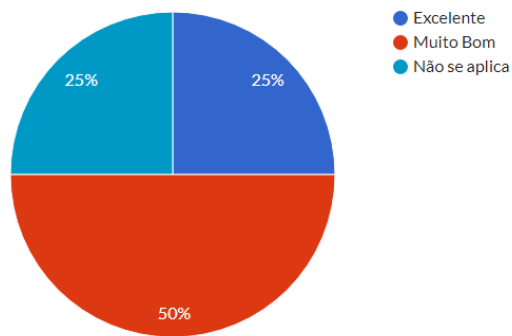
📄 AJUDA E SIMPATIA: Capacidade dos profissionais de fazer você sentir-se confiante e seguro/a.



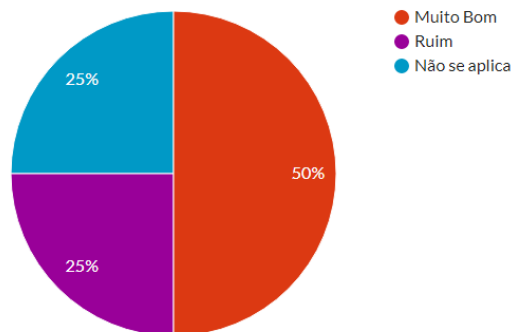
**SENSIBILIDADE PARA OS PROBLEMAS:** Sensibilidade dos profissionais em relação aos seus problemas e preocupações.



**FACILIDADE EM OBTER INFORMAÇÕES:** Empenho dos profissionais de responder às suas perguntas.

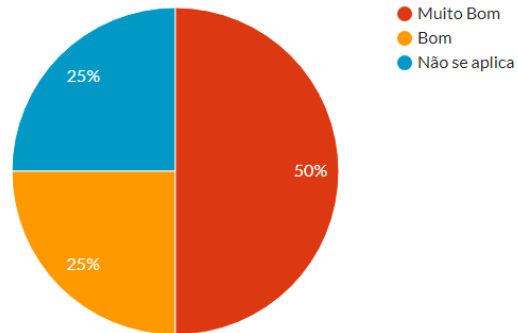


**INFORMAÇÕES:** Forma como foi informado/a sobre exames ou tratamentos e o que esperar deles.

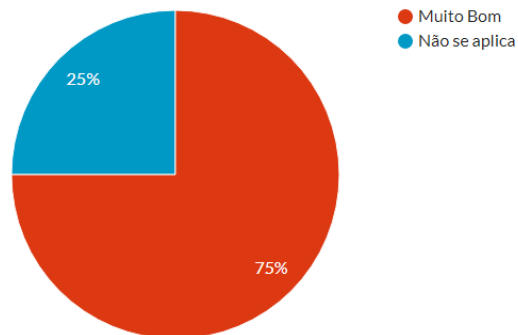




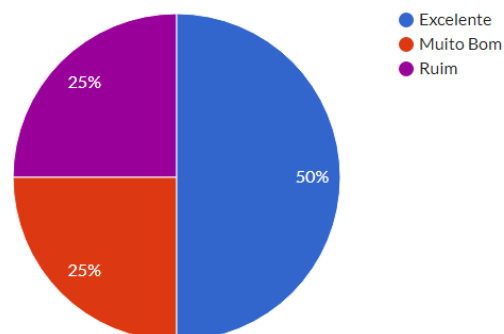
**INFORMAÇÕES A FAMILIARES OU AMIGOS:** Forma como eles foram informados sobre seu estado de saúde e necessidades.



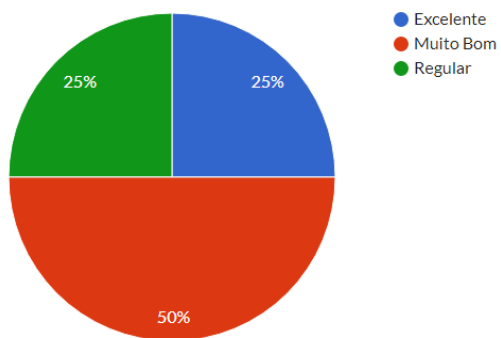
**ASPECTOS TÉCNICOS:** Forma como os enfermeiros desempenharam suas atividades de dar os medicamentos ou injeções, de alimentação, higiene e conforto.



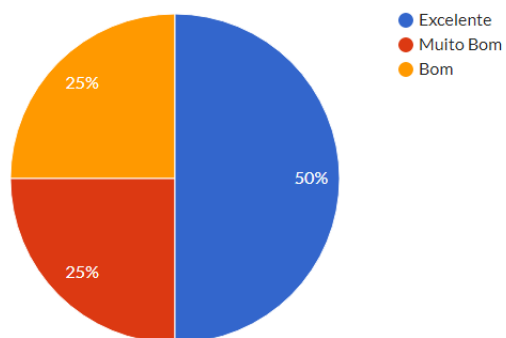
**ATENÇÃO PRESTADA PELA ENFERMAGEM AO SEU ESTADO DE SAÚDE:** Frequência com que os enfermeiros verificaram a evolução do seu estado de saúde.



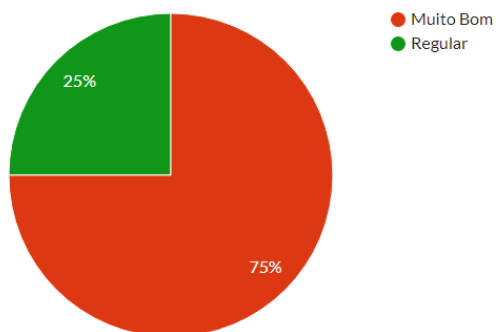
📄 RESPOSTA DA ENFERMAGEM ÀS SUAS CHAMADAS: Rapidez com que ajudaram você.



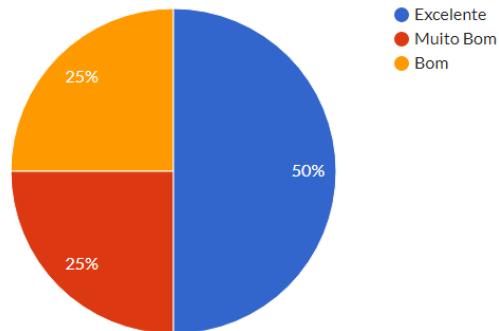
📄 CUIDADOS E CARINHO: Cortesia, respeito, amizade e gentileza com que foi atendido/a pelos enfermeiros.



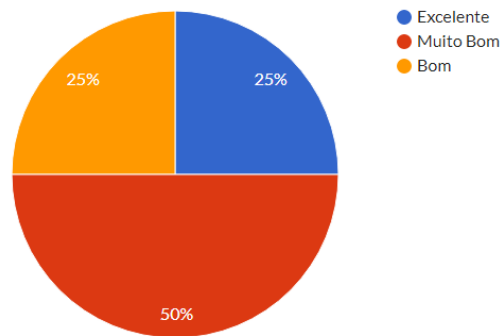
📄 INFORMAÇÃO FORNECIDA: Forma como os enfermeiros se comunicaram com os pacientes, familiares e médicos.



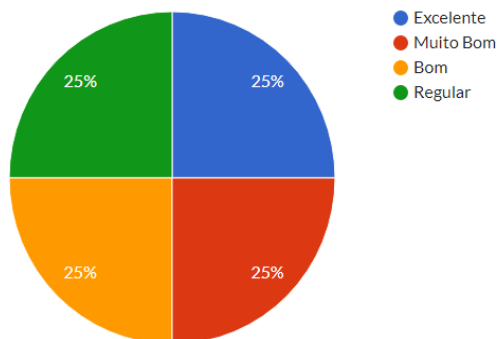
**ATENÇÃO PRESTADA PELOS MÉDICOS AO SEU ESTADO DE SAÚDE:** Frequência com que os médicos verificaram a evolução do seu estado de saúde.



**DISPONIBILIDADE DOS MÉDICOS:** Facilidade de falar com o seu médico.

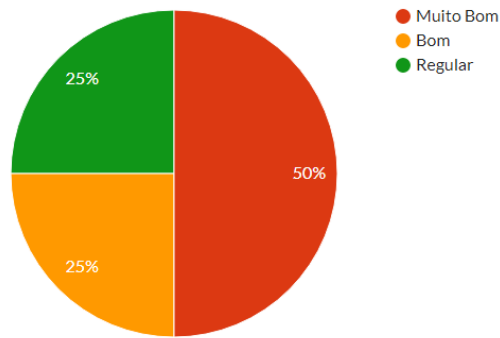


**CUIDADOS E CARINHO:** Cortesia, respeito, amizade e gentileza com que foi atendido/a pelos médicos.

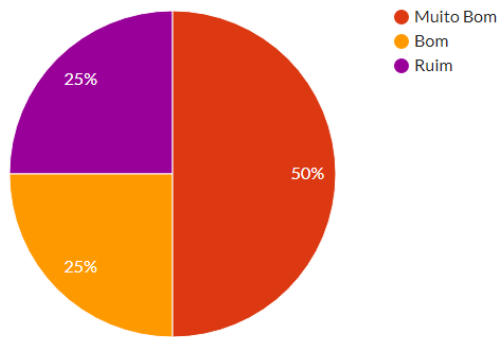




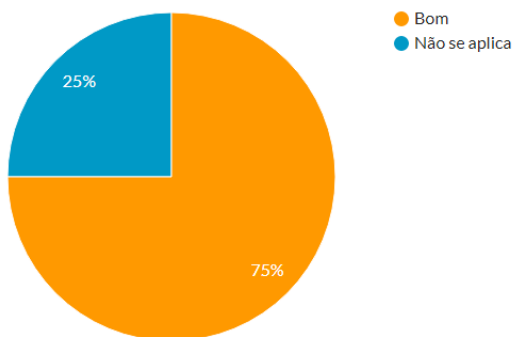
**ASPECTOS TÉCNICOS:** Forma como o seu médico diagnosticou sua doença, examinou você e realizou seu tratamento.



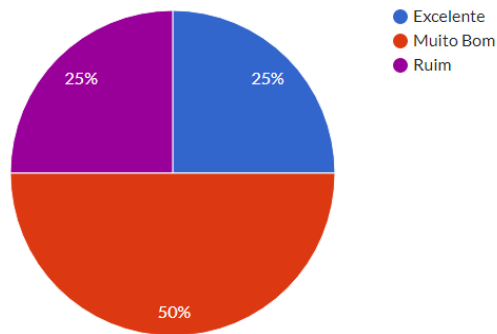
**INFORMAÇÃO FORNECIDA:** Forma como o seu médico informou você sobre sua doença, seu tratamento e o que fazer depois da alta.



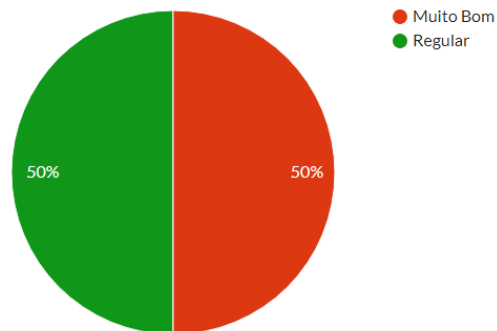
**COORDENAÇÃO:** Forma como os médicos trabalharam em equipe para atender você.



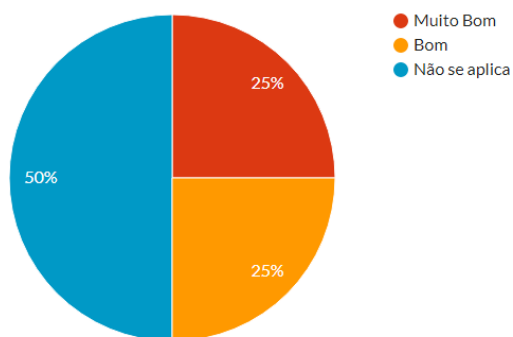
📄 **PROFISSIONAIS DE APOIO (COPA, LIMPEZA, PORTEIROS/VIGILANTES):** Forma como desempenharam as suas tarefas e se relacionaram com você.



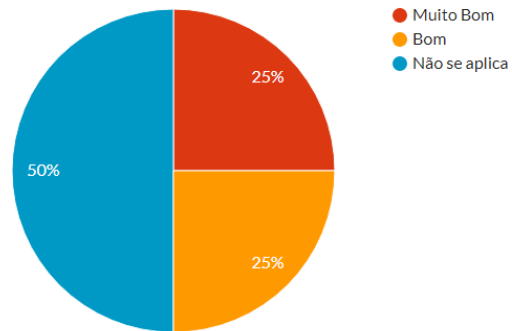
📄 **PROFISSIONAIS DO LABORATÓRIO:** Forma como desempenharam as suas tarefas e se relacionaram com você.



📄 **PROFISSIONAIS DO SERVIÇO SOCIAL:** Forma como desempenharam as suas tarefas e se relacionaram com você.



**PROFISSIONAIS DO RAIO-X (RADIOLOGIA E IMAGEM):** Forma como desempenharam as suas tarefas e se relacionaram com você.



**FISIOTERAPEUTAS:** Forma como desempenharam as suas tarefas e se relacionaram com você.

