

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE GESTÃO E NEGÓCIOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO ORGANIZACIONAL
MODALIDADE MESTRADO PROFISSIONAL

WESLEY ROEL DUTRA

ASSOCIAÇÃO ENTRE CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS, ASSISTÊNCIA E
ENSINO, NA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DA HUBRASIL - HOSPITAIS
UNIVERSITÁRIOS DO BRASIL

UBERLÂNDIA (MG)
2026

WESLEY ROEL DUTRA

ASSOCIAÇÃO ENTRE CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS, ASSISTÊNCIA E
ENSINO, NA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DA HUBRASIL - HOSPITAIS
UNIVERSITÁRIOS DO BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional - Mestrado Profissional da Faculdade de Gestão e Negócios da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Prof. Dr. Peterson Elizandro Gandolfi

UBERLÂNDIA (MG)
2026

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

D978
2026 Dutra, Wesley Roel, 1990-
ASSOCIAÇÃO ENTRE CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS,
ASSISTÊNCIA E ENSINO, NA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DA
HUBBRASIL - HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DO BRASIL [recurso
eletrônico] / Wesley Roel Dutra. - 2026.

Orientador: Prof. Dr. Peterson Elizandro Gandolfi.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Pós-graduação em Gestão Organizacional.

Modo de acesso: Internet.

DOI <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2026.324>

Inclui bibliografia.

1. Administração. I. Gandolfi, Prof. Dr. Peterson Elizandro, 1973-,
(Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação
em Gestão Organizacional. III. Título.

CDU: 658

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091

Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Gestão
Organizacional

Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 1F, Sala 206 - Bairro Santa Mônica, Uberlândia-MG,
CEP 38400-902

Telefone: (34) 3291-6333 - www.ppggo.fagen.ufu.br - ppggo@ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Gestão Organizacional				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional, 141, PPGGO				
Data:	Trinta e um de março de dois mil e vinte e seis	Hora de início:	14:00	Hora de encerramento:	16:00
Matrícula do Discente:	12412GOM002				
Nome do Discente:	Wesley Roel Dutra				
Título do Trabalho:	ASSOCIAÇÃO ENTRE CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS, ASSISTÊNCIA E ENSINO NA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DA HUBBRASIL - HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DO BRASIL.				
Área de concentração:	Gestão Organizacional				
Linha de pesquisa:	Gestão Pública				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	-				

Reuniu-se, por meio de webconferência, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Gestão Organizacional, assim composta: Doutor José Alexandre Buso Weiller (EBSERH); Professores Doutores: Alvaro Escrivão Junior (FGV) e Peterson Elizandro Gandolfi, orientador(a) do(a) candidato(a).

Iniciando os trabalhos, o(a) presidente da mesa, Prof. Dr. Peterson Elizandro Gandolfi, apresentou a Comissão Examinadora e o(a) candidato(a), agradeceu a presença do público e concedeu ao(a) Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do(a) Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o(a) senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos examinadores, que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovado(a).

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Peterson Elizandro Gandolfi, Professor(a) do Magistério Superior**, em 01/04/2026, às 12:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **ALVARO ESCRIVÃO JUNIOR, Usuário Externo**, em 01/04/2026, às 13:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **José Alexandre Buso Weiller, Usuário Externo**, em 01/04/2026, às 15:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **7192611** e o código CRC **14D853FE**.

AGRADECIMENTOS

A todos que, ao longo deste caminho, me incentivaram e estenderam a mão, contribuindo para a concretização deste sonho pessoal. À Deus que me ilumina e me guarda. À minha esposa Carine, minha maior incentivadora, amiga, revisora e, de certa forma, coorientadora. Seu apoio, neste trabalho e na vida, foi essencial em cada etapa desta jornada. À minha filha Manuela, que diariamente me inspira a seguir lutando e buscando ser uma pessoa melhor. Seu sorriso e leveza dão sentido a esta caminhada, que também é feita para inspirá-la a acreditar que a educação transforma o mundo. À minha mãe, Maria, que faz jus ao próprio nome: com sua fé inabalável e amor infinito, sempre incentivou o estudo e o crescimento pessoal em prol do outro. Suas lições ecoam em minha trajetória. Ao meu orientador, Prof. Dr. Peterson, agradeço pela confiança, pela orientação precisa e pela generosidade intelectual, fundamentais para o desenvolvimento desta pesquisa. Sua dedicação e rigor acadêmico contribuíram decisivamente para o meu crescimento profissional e pessoal. Aos professores da pós-graduação, que foram essenciais para minha formação e para a concretização deste trabalho. Além de competentes em suas áreas, foram incentivadores e sensíveis às demandas de discentes de um mestrado profissional que exige intensa dedicação. Aos colegas da pós-graduação, com quem compartilhei frustrações, incertezas e alegrias. Enfrentamos juntos os desafios e saímos vitoriosos, pois, neste percurso, tão importante quanto o resultado é o caminho que nos conduz a ele. À Universidade Federal de Uberlândia, instituição que transformou profundamente a minha vida e a da minha família. Ao longo de doze anos como servidor e discente, permitiu meu crescimento pessoal e profissional e me possibilita, diariamente, aplicar o conhecimento adquirido para impactar positivamente a vida de centenas de pessoas.

“Há pessoas que desejam saber só por saber, e isso é curiosidade; outras, para alcançarem fama, e isso é vaidade; outras, para enriquecerem com a sua ciência, e isso é um negócio torpe; outras, para serem edificadas, e isso é prudência; outras, para edificarem os outros, e isso é caridade.”

Santo Agostinho

RESUMO

ROEL, W. **Apresentação do trabalho acadêmico:** normas de acordo com as orientações da NBR 14724/2025.

Introdução: A satisfação dos usuários é um componente essencial na avaliação da qualidade dos serviços de saúde, especialmente em hospitais universitários, que integram assistência, ensino e pesquisa. **Objetivo:** Avaliar em que medida variáveis estruturais, assistenciais e acadêmicas estão associadas à satisfação dos usuários dos hospitais universitários da Rede EBSEH. **Material e Métodos:** Analisaram-se dados de 38 hospitais referentes ao ano de 2023, incluindo informações estruturais, assistenciais e acadêmicas (gasto total, leitos, área construída, funcionários, residentes, alunos, programas de residência, consultas, exames, cirurgias e internações). As notas de satisfação foram obtidas das pesquisas das ouvidorias, consolidadas em plataforma Business Intelligence. Utilizaram-se Modelos Aditivos Generalizados (GAM), selecionados pelo Critério de Informação de Akaike (AIC). **Resultados:** O número de cirurgias foi o principal preditor da satisfação geral, apresentando relação não linear. As dimensões estruturais e acadêmicas não explicaram a variação da satisfação, resultando em modelos nulos. Observou-se ainda que maior número de internações e maior número de funcionários se associaram a menores níveis de satisfação, enquanto o volume assistencial, em especial cirurgias, mostrou maior capacidade preditiva. **Conclusão:** A satisfação dos usuários está mais associada à organização e à resolutividade dos processos assistenciais do que ao porte estrutural ou à atividade acadêmica dos hospitais. Os achados reforçam a importância da gestão de fluxos, eficiência assistencial e governança clínica na experiência do usuário. Como produto técnico-tecnológico, os achados deste estudo serão consolidados em um Relatório Técnico Conclusivo, a ser encaminhado à EBSEH, estruturado em formato replicável e orientado ao uso por gestores hospitalares e órgãos de planejamento e controle, com potencial de impacto direto na gestão pública hospitalar e na tomada de decisão baseada em evidências no âmbito do SUS.

Palavras-chave: governança; experiência do paciente; qualidade em saúde; complexidade hospitalar; indicadores de desempenho; avaliação de serviços de saúde.

ABSTRACT

ROEL, W. Presentation of the academic work: standards according to NBR 14724/2025.

Introduction: User satisfaction is an essential component in evaluating the quality of healthcare services, especially in university hospitals that integrate care, teaching, and research. **Objective:** To assess the extent to which structural, care-related, and academic variables are associated with user satisfaction in the university hospitals of the EBSEH Network. **Materials and Methods:** Data from 38 hospitals for the year 2023 were analyzed, including structural, care-related, and academic information (total expenditure, number of beds, built area, number of employees, residents, students, residency programs, outpatient visits, diagnostic exams, surgeries, and hospitalizations). Satisfaction scores were obtained from institutional surveys conducted by hospital ombudsman offices and consolidated in a Business Intelligence platform. Generalized Additive Models (GAM) were applied and selected using the Akaike Information Criterion (AIC). **Results:** The number of surgeries was the main predictor of overall satisfaction, showing a non-linear relationship. Structural and academic dimensions did not explain the variation in satisfaction, resulting in null models. Higher numbers of hospitalizations and employees were associated with lower satisfaction levels, while care-related variables—particularly surgical volume—showed greater predictive capacity. **Conclusion:** User satisfaction is more closely associated with the organization and effectiveness of care processes than with the structural size or academic activity of hospitals. The findings reinforce the importance of workflow management, care efficiency, and clinical governance in the user experience. As a technical-technological product, the findings of this study will be consolidated into a Conclusive Technical Report to be submitted to EBSEH, structured in a replicable format and intended for use by hospital managers, health planning and budgeting sectors, and internal and external control bodies, with potential for direct impact on public hospital management and evidence-based decision-making within the Brazilian Unified Health System (SUS).

Keywords: governance; patient experience; healthcare quality; hospital complexity; performance indicators; health services evaluation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Evolução dos paradigmas de reforma da administração pública.....	23
Figura 2 – O modelo de Avedis Donabedian e os Seis Domínios da Qualidade em Saúde no contexto da experiência do paciente.....	26
Figura 3 - Modelo SERVQUAL para avaliação da qualidade em serviços	27
Figura 4 – Mapa estratégico da EBSEH: missão, visão, objetivos e indicadores estratégicos	33
Figura 5 – Distribuição dos hospitais universitários da Rede EBSEH no território nacional (2025).	37
Figura 6 - Princípios do Sistema Único de Saúde	40
Figura 7 - Estrutura do Sistema Único de Saúde.....	41
Figura 8 - Painel de Informações Orçamentárias e Financeiras da Rede EBSEH.....	50
Figura 9 - Painel de Informações Orçamentárias e Financeiras da Rede EBSEH: Informações Gerais da Rede EBSEH	52
Figura 10 - Capa da Pesquisa de Satisfação dos Usuários do SUS da Rede EBSEH.....	55
Figura 11 - Página seis da Pesquisa de Satisfação dos Usuários.....	56
Figura 12 – Resultado da avaliação do critério “roupa/lixo/limpeza” da PSU	57
Figura 13 - Satisfação geral após a utilização dos serviços do HUF’s.....	58
Figura 14 - Variação do nível de satisfação dos usuários dos hospitais universitários da rede EBSEH de acordo com o número de funcionários do hospital (2023).....	70
Figura 15 – Variação do nível de insatisfação dos usuários dos hospitais universitários da rede EBSEH de acordo com o número de funcionários do hospital (2023).....	71
Figura 16 – Variação do nível geral de satisfação dos usuários dos hospitais universitários da rede EBSEH de acordo com o número de cirurgias realizadas por ano no hospital (n=38) (2023).	74
Figura 17 - Variação do nível de satisfação dos usuários dos hospitais universitários da rede EBSEH de acordo com o número de cirurgias do hospital (2023).....	76
Figura 18 - Variação do nível de satisfação dos usuários dos hospitais universitários da rede EBSEH de acordo com o número de internações do hospital (2023).....	77
Figura 19 - Variação do nível de satisfação dos usuários dos hospitais universitários da rede EBSEH de acordo com o número de funcionários do hospital (2023).....	78
Figura 20 - Variação da porcentagem de usuários dos hospitais universitários da rede EBSEH que indicam o hospital de acordo com o número de exames laboratoriais realizados (2023).	79

Figura 21 - Variação do nível de insatisfação dos usuários dos hospitais universitários da rede EBSERH de acordo com o número de internações do hospital (2023).....	81
Figura 22 – Diferentes medidas de satisfação dos usuários do SUS nos hospitais da Rede Ebserh no ano de 2023.	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Articulação entre o modelo de Donabedian, as variáveis estruturais, assistenciais e acadêmicas do Painel de Informações orçamentárias e as Dimensões da Pesquisa de Satisfação da EBSEERH.	44
Tabela 2 - Relação entre Objetivos Específicos e Hipóteses do Estudo.....	48
Tabela 3 - Características estruturais dos hospitais universitários da rede EBSEERH de 2023.	51
Tabela 4 - Variáveis acadêmicas dos hospitais universitários da rede EBSEERH de 2023.	53
Tabela 5 - Características assistenciais dos hospitais universitários da rede EBSEERH de 2023.	54
Tabela 6 - Correlação entre as variáveis preditoras estruturais de hospitais universitários federais a fim de avaliar multicolinearidade.....	61
Tabela 7 – Continuação da correlação entre as variáveis preditoras estruturais de hospitais universitários federais a fim de avaliar multicolinearidade.....	62
Tabela 8 – Resultado da seleção de modelos que melhor explicam a satisfação dos usuários dos hospitais universitários da rede EBSEERH em relação a estrutura física (2023).....	67
Tabela 9 – Resultado da seleção de modelos que melhor explicam a satisfação dos usuários dos hospitais universitários da rede EBSEERH em relação aos serviços de hotelaria (2023).	67
Tabela 10 – Resultado da seleção de modelos que melhor explicam a satisfação dos usuários dos hospitais universitários da rede EBSEERH em relação aos serviços de refeição (2023). ...	68
Tabela 11 – Resultado da seleção de modelos que melhor explicam a satisfação dos usuários dos hospitais universitários da rede EBSEERH em relação aos atendimentos ambulatoriais (2023).	72
Tabela 12 – Resultado da seleção de modelos que melhor explicam a satisfação dos usuários dos hospitais universitários da rede EBSEERH em relação aos serviços de internação (2023). ...	73
Tabela 13 – Resultado da seleção de modelos que melhor explicam a satisfação geral dos usuários dos hospitais universitários da rede EBSEERH (2023).....	73
Tabela 14 – Resultado da seleção de modelos que melhor explicam a satisfação dos usuários dos hospitais universitários da rede EBSEERH (2023).....	75
Tabela 15 – Resultado da seleção de modelos que melhor explicam a indicação dos hospitais universitários da rede EBSEERH em relação aos exames laboratoriais (2023).	78
Tabela 16 – Resultado da seleção de modelos que melhor explicam a insatisfação dos usuários dos hospitais universitários da rede EBSEERH (2023).	80

Tabela 17 - Resultado da seleção de modelos que melhor explicam a satisfação dos usuários dos hospitais universitários da rede EBSEH em relação ao ensino (2023).	84
Tabela 18 - Relação entre Objetivos Específicos, Hipóteses do Estudo e Resultados	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGHU – Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários

AIC – Critério de Informação de Akaike

BUSINESS INTELLIGENCE – Inteligência de Negócios

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CCH-UFPR – Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Paraná

CGU – Controladoria-Geral da União

CH-UFC – Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará

CHU-UFPA – Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Pará

Covid-19 – Doença causada pelo vírus SARS-CoV-2

DOF – Diretoria de Orçamento e Finanças

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

GAM – Modelos Aditivos Generalizados

HCAHPS – Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems

HC-UFG – Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

HC-UFMG – Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

HC-UFPE – Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco

HC-UFTM – Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

HC-UFU – Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

HDT-UFT – Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins

HE-UFPEL – Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas

HU – Hospital Universitário

HUAB-UFRN – Hospital Universitário Ana Bezerra da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

HUAC-UFCG – Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande

HUAP-UFF – Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense

HUB-UNB – Hospital Universitário de Brasília

HUCAM-UFES – Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo

HU-FURG – Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande

HUGD-UFGD – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados

HUGG-UNIRIO – Hospital Universitário Gaffrée e Guinle da Universidade Federal do

Estado do Rio de Janeiro

HUGV-UFAM – Hospital Universitário Getúlio Vargas da Universidade Federal do Amazonas

HUJB-UFCG – Hospital Universitário Júlio Bandeira da Universidade Federal de Campina Grande

HUJM-UFMT – Hospital Universitário Júlio Muller da Universidade Federal de Mato Grosso

HUL-UFS – Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe

HULW-UFPB – Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba

HUMAP-UFMS – Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

HUOL-UFRN – Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

HUPAA-UFAL – Hospital Universitário Professor Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas

HUPES-UFBA – Hospital Universitário Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia

HUSM-UFMS – Hospital Universitário de Santa Maria da Universidade Federal de Santa Maria

HU-UFJF – Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

HU-UFMA – Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

HU-UFPI – Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí

HU-UFS – Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe

HU-UFSC – Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina

HU-UFSCAR – Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos

HU-UNIFAP – Hospital Universitário da Universidade Federal do Amapá

HU-UNIVASF – Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco

IBGC – Instituto Brasileiro de Governança Corporativa

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICE – Indicador de Complexidade Estrutural

IFES – Instituição Federal de Ensino Superior

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LIKERT – Escala de mensuração psicométrica para percepções subjetivas

MCO-UFBA – Maternidade Climério de Oliveira da Universidade Federal da Bahia

MEJC-UFRN – Maternidade Escola Januário Cicco da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OECD – Organization for Economic Co-operation and Development

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PDE – Plano Diretor Estratégico

PNS – Plano Nacional de Saúde

PTT – Produto Técnico Tecnológico

REDCAP – Research Electronic Data Capture

REHUF – Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais

RUTE – Rede Universitária de Telemedicina

SERVQUAL – Modelo de avaliação da qualidade em serviços

SUS – Sistema Único de Saúde

TCU – Tribunal de Contas da União

UFU – Universidade Federal de Uberlândia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Apresentação do tema e relevância	15
1.2	Objetivos	19
1.2.1	Objetivo Geral	19
1.2.2	Objetivos específicos	19
1.3	Justificativas	20
1.3.1	Justificativa teórica	20
1.3.2	Justificativa social	20
1.3.3	Justificativa pessoal	21
1.3.4	Justificativa para o Programa	21
1.4	Estrutura do texto	21
2	REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1	Do Patrimonialismo à Governança: Conceito e Evolução	23
2.2	Satisfação do usuário em serviços de saúde	25
2.3	Governança em hospitais: O caso da EBSEERH	31
2.3.1	A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEERH	32
2.3.2	Sistema único de saúde (SUS)	40
2.3.3	Desafios e avanços na gestão hospitalar da rede EBSEERH	42
2.3.4	Estrutura organizacional dos hospitais da EBSEERH	43
2.4	Hipóteses do Trabalho	44
3	METODOLOGIA	49
3.1	Introdução	49
3.2	Coleta de dados	50
3.3	Preparação e análise dos dados	58
3.4	LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS	63
4	RESULTADO	66
4.1	Objetivo específico 1 (estrutural) relacionado à H1 e H2	66
4.1.1	Satisfação referente à estrutura física	66

4.1.2	Satisfação referente ao serviços de Hotelaria.....	67
4.1.3	Satisfação referente aos serviços de refeições	68
4.2	Objetivo específico 2 (assistencial) H3 e H4	72
4.2.1	Satisfação referente a atendimento no ambulatório	72
4.2.2	Satisfação referente ao atendimento na internação	73
4.3	Objetivo específico 3 (acadêmico) H5	83
4.4	Objetivo geral (satisfação geral, satisfeitos e insatisfeitos) H1 – H5.....	85
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
5.1	Conclusão	90
5.2	Contribuições do estudo.....	92
5.3	Limitações	93
5.4	Pesquisas futuras	93
6	REFERÊNCIAS	95
	Apêndice 1 - Produto técnico tecnológico (PTT): Relatório Técnico Conclusivo.....	104

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação do tema e relevância

Nos últimos anos, nos sistemas públicos de saúde, a busca por qualidade, eficiência e transparência tornou-se uma exigência cada vez mais presente, tanto por parte da sociedade quanto dos órgãos de controle, em consonância com as diretrizes de governança pública estabelecidas pelo Decreto nº 9.203/2017 (Brasil, 2017). Nesse contexto, os princípios de governança em saúde ganham relevância, pois orientam práticas de gestão voltadas à transparência, à responsabilidade e à eficiência na utilização dos recursos públicos, aspectos amplamente discutidos na literatura sobre governança e accountability em hospitais públicos (Nunes; Gomes; Santana, 2023). A governança hospitalar, especialmente em instituições complexas como os hospitais universitários federais (HUF's), é fundamental para alinhar estratégias organizacionais às políticas públicas, garantindo a integração entre assistência, ensino e pesquisa, além de responder às demandas contemporâneas por qualidade e eficiência no serviço público (Maria; Ferreira, 2017; Tcu, 2018).

No Brasil, HUF's possuem uma tripla missão: atender à população no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), formar profissionais da área da saúde e desenvolver pesquisa científica (Araújo; Leta, 2014). São instituições de alta complexidade e relevância estratégica, por estarem vinculadas a universidades públicas e por representarem centros de excelência em diversas regiões do país (Araújo; Leta, 2014). A gestão dessas unidades, no entanto, historicamente enfrentou desafios relacionados à infraestrutura, ao financiamento e à manutenção de pessoal qualificado (Araújo; Leta, 2014).

Visando enfrentar parte dos desafios históricos vividos pelos hospitais universitários federais (HUF's), foi criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) por meio da Lei nº 12.550/2011 (Abbade, 2022). Por meio da centralização administrativa e da adoção de modelos de gestão mais modernos e padronizados, a EBSERH passou a atuar como uma instância de coordenação e qualificação dessas instituições (Brasil, 2011; Ebserh, 2025e). Atualmente, a rede gerida pela EBSERH compreende 45 hospitais universitários vinculados a instituições federais de ensino superior, distribuídos por todas as regiões do país. Esses hospitais são responsáveis por mais de 30 milhões de atendimentos ambulatoriais por ano, incluindo consultas, exames e procedimentos diversos, além da realização de cerca de 300 mil internações hospitalares e mais de 200 mil cirurgias anuais (Ebserh, 2025e). A maioria dessas unidades é

referência regional ou estadual em atendimentos de média e alta complexidade, além de prestar serviços especializados que não estão amplamente disponíveis em outras instituições do SUS. Com uma força de trabalho que envolve mais de 80 mil profissionais, entre celetistas, servidores públicos, empregados terceirizados e residentes, os hospitais da Rede EBSEERH exercem um papel estratégico na consolidação do SUS, ao mesmo tempo em que sustentam a formação de milhares de estudantes e profissionais da área da saúde em ambiente real de prática (Ebserh, 2025e). Dado o caráter público, gratuito e universitário desses hospitais, torna-se ainda mais importante compreender como a estrutura e o funcionamento institucional impactam a experiência dos usuários (Ebserh, 2025e). Nesse contexto, a magnitude e a complexidade das atividades desempenhadas pelos hospitais da Rede EBSEERH tornam ainda mais relevante a adoção de mecanismos sistemáticos de avaliação da qualidade assistencial. Assim, compreender como os usuários percebem os serviços prestados torna-se fundamental, especialmente em instituições que acumulam as funções de ensino, pesquisa e assistência.

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde é uma preocupação crescente em hospitais ao redor do mundo, especialmente em contextos em que coexistem ensino, pesquisa e assistência (Donabedian, 1988). Nesse cenário, a avaliação da qualidade dos serviços prestados não pode se limitar a indicadores técnico-operacionais; ela deve incluir também a perspectiva dos usuários, cuja satisfação é considerada uma dimensão essencial da qualidade assistencial (Donabedian, 1988; Sitzia; Wood, 1997). Para (Donabedian, 1988; Pascoe, 1983), a satisfação do usuário reflete o quanto a experiência vivenciada corresponde às suas expectativas, resultado de fatores que extrapolam o atendimento imediato. Assim, a literatura aponta que a satisfação é um constructo multifatorial, moldado por dimensões estruturais do serviço, pela qualidade das interações estabelecidas no processo assistencial e pelos resultados que o usuário percebe após o cuidado recebido, refletindo a percepção dos pacientes sobre diferentes dimensões do cuidado, como confiabilidade, empatia e atendimento (da Silva *et al.*, 2019; Moimaz *et al.*, 2010).

Contudo, a percepção dos usuários vai além da dimensão quantitativa da estrutura, sendo fortemente impactada por aspectos subjetivos e relacionais, como a resolutividade clínica percebida, o tempo de espera, a qualidade da comunicação com os profissionais de saúde, a humanização no atendimento e as condições físicas e organizacionais do ambiente hospitalar (Ferreira; Salgado Junior; Costa, 2019; Moimaz *et al.*, 2010). Dessa forma, a satisfação dos usuários tem se destacado como um componente central da avaliação em saúde, pois reflete diretamente a percepção da população sobre o atendimento recebido, além de influenciar a

adesão ao tratamento, a confiança nos serviços e a imagem das instituições (Moimaz *et al.*, 2010; Sitzia; Wood, 1997).

A satisfação dos usuários, embora amplamente utilizada como indicador de qualidade em saúde, é um construto multidimensional e subjetivo que exige definição operacional precisa para fins de pesquisa. Entre os modelos clássicos de mensuração destaca-se o SERVQUAL, desenvolvido por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), que avalia a qualidade percebida a partir da comparação entre expectativas e percepções do usuário em cinco dimensões: tangibilidade, confiabilidade, responsividade, segurança e empatia (Parasuraman; Zeithaml; Berry, 1985). De forma complementar, instrumentos internacionais como o Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (Cms, 2020) e abordagens consolidadas na literatura reforçam que a satisfação envolve aspectos como acesso, comunicação, condições físicas, organização do cuidado e resultados percebidos (Sitzia; Wood, 1997; Ware *et al.*, 1983). O Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) é o primeiro instrumento padronizado, nacional e de domínio público desenvolvido nos Estados Unidos para medir e comparar a experiência dos pacientes hospitalizados. Trata-se de um survey estruturado que avalia aspectos como comunicação com profissionais, manejo da dor, ambiente físico, transições de cuidado e informações recebidas durante a internação (Cms, 2020). Diferentemente das iniciativas internas de satisfação utilizadas por hospitais antes de sua criação, o HCAHPS estabelece um método uniforme de coleta e divulgação pública dos resultados, permitindo comparações válidas entre instituições em nível local, regional e nacional (Cms, 2020).

No contexto da Rede EBSERH, a satisfação é mensurada por meio de pesquisas institucionais aplicadas pelas ouvidorias hospitalares, utilizando escala tipo Likert de 1 a 5, posteriormente convertida em percentuais de satisfação, insatisfação e recomendação. Esses indicadores são consolidados em plataforma Business Intelligence e padronizados nacionalmente, permitindo comparabilidade entre hospitais e ao longo do tempo (Ebserh, 2023a). O questionário avalia cinco áreas: roupa/limpeza/lixo, estrutura, atendimento no ambulatório, atendimento na internação e refeições. Cada uma composta por cerca de oito itens. Os formulários permanecem abertos durante todo o ano, com campanhas internas para estimular a participação. Como dito, a avaliação utiliza uma escala Likert, que permite mensurar percepções subjetivas em níveis graduais de satisfação, possibilitando análises estatísticas e identificação de padrões. Cada dimensão contempla critérios específicos:

- Roupas/limpeza/lixo: limpeza geral, retirada de lixo, higiene e qualidade das roupas fornecidas, limpeza do banheiro e agilidade do serviço.
- Estrutura: conforto, conservação, iluminação, acessibilidade, sinalização e condições ambientais.
- Atendimento no ambulatório: atuação da equipe médica e demais profissionais, recepção, estrutura física e orientações fornecidas.
- Atendimento na internação: atendimento multiprofissional, estrutura da unidade, orientações para procedimentos e alta.
- Refeições: aparência, sabor, temperatura, variedade, quantidade, pontualidade e atendimento dos funcionários

Assim, a EBSEH institucionalizou a aplicação periódica de pesquisas de satisfação pelas ouvidorias hospitalares, tornando disponíveis dados valiosos para análise da qualidade percebida (Ebserh, 2023a). No entanto, não há estudos que buscam entender os fatores que se relacionam com a variação da satisfação dos usuários em HUF's sob a gestão da EBSEH. Assim, embora diversos indicadores estruturais e assistenciais existam, como número de leitos, número de profissionais, exames e cirurgias realizados, entre outros, pouco se sabe sobre quais dessas variáveis realmente contribuem para explicar as diferenças na percepção dos usuários entre os hospitais.

Para sustentar a análise proposta, o referencial teórico desta dissertação será estruturado de forma a contextualizar os elementos institucionais, organizacionais e conceituais que se relacionam com a satisfação dos usuários em hospitais universitários. Inicialmente, discute-se a evolução da administração pública brasileira, do patrimonialismo aos modelos contemporâneos de governança, destacando os princípios que orientam a gestão pública orientada a resultados. Em seguida, apresenta-se o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e os desafios específicos da governança em hospitais públicos, com ênfase no papel estratégico da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) na modernização da gestão dos hospitais universitários federais. O capítulo também aborda os avanços e limitações da rede EBSEH, bem como aspectos da estrutura organizacional hospitalar que se associam com desempenho e eficiência. Por fim, discute-se o conceito de satisfação do usuário em serviços de saúde, suas dimensões teóricas e sua relevância como indicador de qualidade

assistencial, estabelecendo as bases conceituais que orientam as hipóteses e análises empíricas deste estudo.

Diante desse cenário, emerge a seguinte pergunta de pesquisa que orienta este estudo: em que medida variáveis estruturais, assistenciais e acadêmicas estão associadas a satisfação dos usuários dos hospitais universitários da Rede EBSEH? A partir dessa questão central, busca-se compreender quais fatores institucionais explicam a variação da qualidade percebida pelos usuários, contribuindo para a gestão baseada em evidências, para o aprimoramento dos processos assistenciais e para o fortalecimento do papel estratégico dos HUF's no SUS. Além disso, este trabalho será acompanhado do desenvolvimento de um Produto Técnico-Tecnológico (PTT), apresentado na forma de relatório técnico conclusivo, que sintetizará os principais achados da pesquisa e oferecerá recomendações aplicáveis à Rede EBSEH e a gestores públicos hospitalares.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Avaliar em que medida variáveis estruturais, assistenciais e acadêmicas estão associadas a satisfação dos usuários dos hospitais universitários da Rede EBSEH.

1.2.2 Objetivos específicos

- I) Avaliar a associação de características estruturais, como o nível de complexidade, gasto total, área construída em metros quadrados e número de leitos, sobre a níveis de satisfação dos usuários.
- II) Avaliar a associação de características assistenciais incluindo número de consultas, exames de imagem, exames laboratoriais, cirurgias e internações e os níveis de satisfação dos usuários.
- III) Avaliar a associação de características acadêmicas, como o número de programas de residência, número de residentes e de alunos de medicina, sobre a níveis de satisfação dos usuários.
- IV) Elaborar um produto técnico tecnológico na forma de relatório técnico conclusivo, apresentando os achados desta dissertação

O relatório fornecerá evidências quantitativas sobre a relação entre variáveis estruturais, assistenciais, acadêmicas e os níveis de satisfação dos usuários, podendo subsidiar análises e decisões estratégicas voltadas à melhoria da alocação de recursos, ensino e assistência, com foco na experiência do usuário do SUS. O objetivo do relatório é ser utilizado por: Diretores e gestores hospitalares da EBSEH; Setores de planejamento e orçamento em saúde; Controladorias internas e órgãos de controle externo; Pesquisadores e demais gestores públicos interessados em políticas de avaliação e melhoria da eficiência no serviço público.

1.3 Justificativas

1.3.1 Justificativa teórica

A satisfação do usuário consolidou-se como um dos principais indicadores de qualidade em saúde, especialmente em ambientes hospitalares complexos, nos quais coexistem assistência, ensino e pesquisa (Donabedian, 1988; Sitzia; Wood, 1997). Apesar da relevância do tema, ainda há lacunas na literatura brasileira sobre os determinantes estruturais, assistenciais e acadêmicos que se associam com a percepção dos usuários em hospitais universitários públicos. No contexto da Rede EBSEH, essa lacuna é ainda mais evidente, uma vez que a instituição dispõe de dados padronizados e comparáveis, mas nenhum estudo tentou identificar preditores de satisfação. Assim, este trabalho contribui teoricamente ao integrar conceitos de governança, gestão hospitalar e avaliação de desempenho com técnicas quantitativas robustas, ampliando o entendimento sobre os fatores que moldam a qualidade percebida no SUS.

1.3.2 Justificativa social

Os HUF's desempenham papel estratégico no SUS, oferecendo serviços de média e alta complexidade, formando profissionais e produzindo conhecimento científico (Araújo; Leta, 2014). Compreender os fatores que se associam com a satisfação dos usuários é essencial para aprimorar a experiência do paciente, fortalecer a confiança no SUS e orientar políticas públicas voltadas à eficiência e à humanização do cuidado. Ao identificar quais variáveis estruturais, assistenciais e acadêmicas mais impactam a percepção dos usuários, este estudo fornece subsídios para decisões gerenciais que podem melhorar fluxos assistenciais, reduzir gargalos, otimizar recursos e elevar a qualidade dos serviços prestados à população.

1.3.3 Justificativa pessoal

A motivação pessoal para este estudo decorre da minha trajetória como servidor da Universidade Federal de Uberlândia e participante ativo do ambiente hospitalar universitário. A vivência cotidiana em uma instituição da Rede EBSEH permitiu observar de perto os desafios relacionados à infraestrutura, à gestão de pessoas, à organização dos processos assistenciais e à integração entre ensino e assistência. Assim, esta pesquisa representa não apenas um esforço acadêmico, mas também um compromisso pessoal com a melhoria contínua dos serviços públicos de saúde, buscando gerar conhecimento aplicável e relevante para a realidade institucional na qual o autor está inserido.

1.3.4 Justificativa para o Programa

Este estudo está plenamente alinhado aos objetivos, missão e diretrizes do Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional (PPGO) da Faculdade de Gestão e Negócios (FAGEN/UFU). O PPGO, reconhecido pela CAPES e inserido na grande área de Administração, Ciências Contábeis e Turismo, tem como propósito capacitar profissionais para atuar em funções técnicas e gerenciais, desenvolvendo senso crítico e habilidades para produção intelectual e tecnológica voltada à solução de problemas reais. Ao investigar a relação entre variáveis estruturais, assistenciais e acadêmicas e a satisfação dos usuários em HUF's, esta pesquisa aborda um problema concreto de gestão pública, alinhado à linha de pesquisa em Gestão Pública do programa. Produz ainda um Produto Técnico-Tecnológico (PTT) aplicável à EBSEH, atendendo à missão do mestrado profissional de gerar conhecimento útil para organizações públicas e privadas, contribuindo para o desenvolvimento de práticas de governança, eficiência e accountability, temas centrais da formação oferecida pelo programa.

1.4 Estrutura do texto

Esta dissertação está organizada em seções, além desta introdução, de modo a apresentar de forma sistemática os fundamentos teóricos, os procedimentos metodológicos, os resultados obtidos e as considerações finais do estudo.

A segunda seção apresenta o referencial teórico, abordando os principais conceitos relacionados à modelos de administração pública; satisfação dos usuários; e governança em

hospitais públicos que traz o caso da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH no contexto do Sistema único de saúde (SUS), seus desafios e avanços e estrutura organizacional. Por fim, o referencial conclui tendo fornecido a base conceitual necessária para a compreensão do objeto de pesquisa e traz as hipóteses do trabalho

A terceira seção intitulada “metodologia” descreve os procedimentos metodológicos adotados no estudo, com uma breve introdução seguida de subtópicos como: coleta de dados, preparação e análise dos dados e limitações metodológicas

A quarta seção intitulada “resultados” apresenta e discute os resultados da pesquisa, com ênfase na análise das variáveis estruturais, assistenciais e acadêmicas dos HUF’s e sua relação com os níveis de satisfação dos usuários. Aqui os resultados encontrados nesta pesquisa são interpretados, analisados e explicados.

Por fim, a quinta e última seção reúne as considerações finais, destacando as principais conclusões do estudo alinhadas aos objetivos, suas contribuições teóricas e práticas, as limitações da pesquisa e sugestões para estudos futuros.

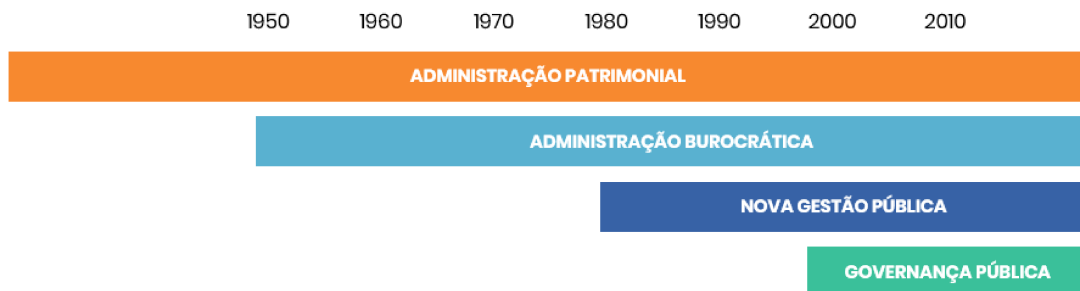
2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Do Patrimonialismo à Governança: Conceito e Evolução

A trajetória da administração pública brasileira é marcada por sucessivas reformas que buscaram superar fragilidades históricas. Inicialmente, predominou o patrimonialismo, caracterizado pela confusão entre patrimônio público e privado, práticas de nepotismo e ausência de controles formais (Carneiro; Brasil, 2016). A partir da década de 1930, emergiu o modelo burocrático weberiano, que introduziu princípios de racionalidade, impessoalidade e profissionalização, visando maior previsibilidade e combate ao clientelismo (Secchi, 2009; Stephan; Campelo, 2010; Weber, 1999). Contudo, a rigidez burocrática levou à adoção da administração gerencial, inspirada no setor privado, com foco em resultados, descentralização e eficiência, conforme preconizado pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (Abrucio, 1997; Bresser Pereira, 1998). Posteriormente, o modelo empreendedor ampliou a lógica gerencial, incorporando inovação, competição e coprodução de serviços com a sociedade (Dowbor, 2015). Por fim, surge a governança pública, que transcende a gestão operacional e enfatiza princípios como transparência, integridade e accountability, articulando mecanismos de liderança, estratégia e controle para geração de valor público (Castro; Neto; Cunha, 2022).

O conceito de governança é polissêmico, multidimensional e carregado de ambiguidade (Rose-Ackerman, 2017). Ainda na década de 1940, o economista Friedrich Hayek defendeu o mecanismo de mercado como a melhor forma de governança econômica, como bem discorreu Jessop (1999, *apud* (Cunha; Ferreira; Murari, 2024)). Este último explica que a governança surge da necessidade, tentativa ou aspiração de reduzir o risco e a complexidade inerente. A linha do tempo das mudanças de reforma administrativa pode ser vista na figura 1:

Figura 1 - Evolução dos paradigmas de reforma da administração pública



Fonte: (Neves; Guimarães; Júnior, 2017).

Em termos normativos, boa governança representa condições ideais a serem perseguidas, condições estas que têm sido cada vez mais infladas, a ponto de se tornarem uma panaceia para diversos males sofridos ao redor do globo. Assim, os desafios relacionados à boa governança não se restringem apenas à efetividade, *accountability*, transparência e legalidade, mas passaram a abranger também condições de equidade, participação social, democracia, inclusão e respeito aos direitos humanos (Grindle, 2017). Uma questão essencialmente problemática no que se refere aos aspectos normativos de governança são os diferentes significados e operacionalizações do seu conceito, o que provoca comparações entre diversos objetos (Gisselquist, 2014).

No âmbito corporativo, a OCDE define governança como um conjunto de relações entre gestão, órgãos sociais, acionistas e partes interessadas, estabelecendo a estrutura por meio da qual os objetivos da sociedade são definidos e monitorados (Ocde, 2023).

O Relatório Cadbury (1992), marco histórico na governança corporativa, enfatizou princípios como transparência, prestação de contas e responsabilidade, que posteriormente foram incorporados por organismos internacionais e nacionais, como o Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (Ibgc, 2025). Para o IBGC, governança corporativa é o sistema pelo qual as organizações são dirigidas, monitoradas e incentivadas, envolvendo práticas que alinham interesses e preservam valor.

A evolução do conceito levou à ampliação para o setor público. No Brasil, a governança corporativa ganhou força nos anos 1990, impulsionada pelas privatizações e pela abertura do mercado, culminando na criação do IBGC em 1995 e na publicação do primeiro Código das Melhores Práticas em 1999 (Ibgc, 2025). Paralelamente, a governança pública passou a ser discutida no contexto da reforma gerencial do Estado, iniciada com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (1995), e foi fortemente influenciada por organismos internacionais como a ONU e o Banco Mundial. Segundo este último, “governança pública é a maneira pela qual o poder é exercido na administração dos recursos econômicos e sociais de um país para o desenvolvimento” (Banco Mundial, 1992). A institucionalização normativa ocorreu com o Decreto nº 9.203/2017, que estabeleceu princípios e diretrizes para a administração pública federal.

A OCDE define governança pública como o conjunto de mecanismos, processos e instituições por meio dos quais cidadãos e grupos articulam seus interesses, exercem seus direitos e responsabilidades e mediam diferenças. Essa abordagem amplia a visão tradicional

de administração pública, incorporando princípios como: accountability, responsabilização dos gestores perante a sociedade; transparência, acesso às informações e processos decisórios; eficiência e efetividade, uso racional dos recursos públicos para maximizar resultados.

No contexto brasileiro, a governança pública foi incorporada como diretriz no serviço público pelo Tribunal de Contas da União (TCU), que define governança como “a capacidade de direcionar, avaliar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade” (Tribunal de Contas da União, 2020). Essa definição reforça a importância de instrumentos como planejamento estratégico, gestão de riscos e mecanismos de controle interno.

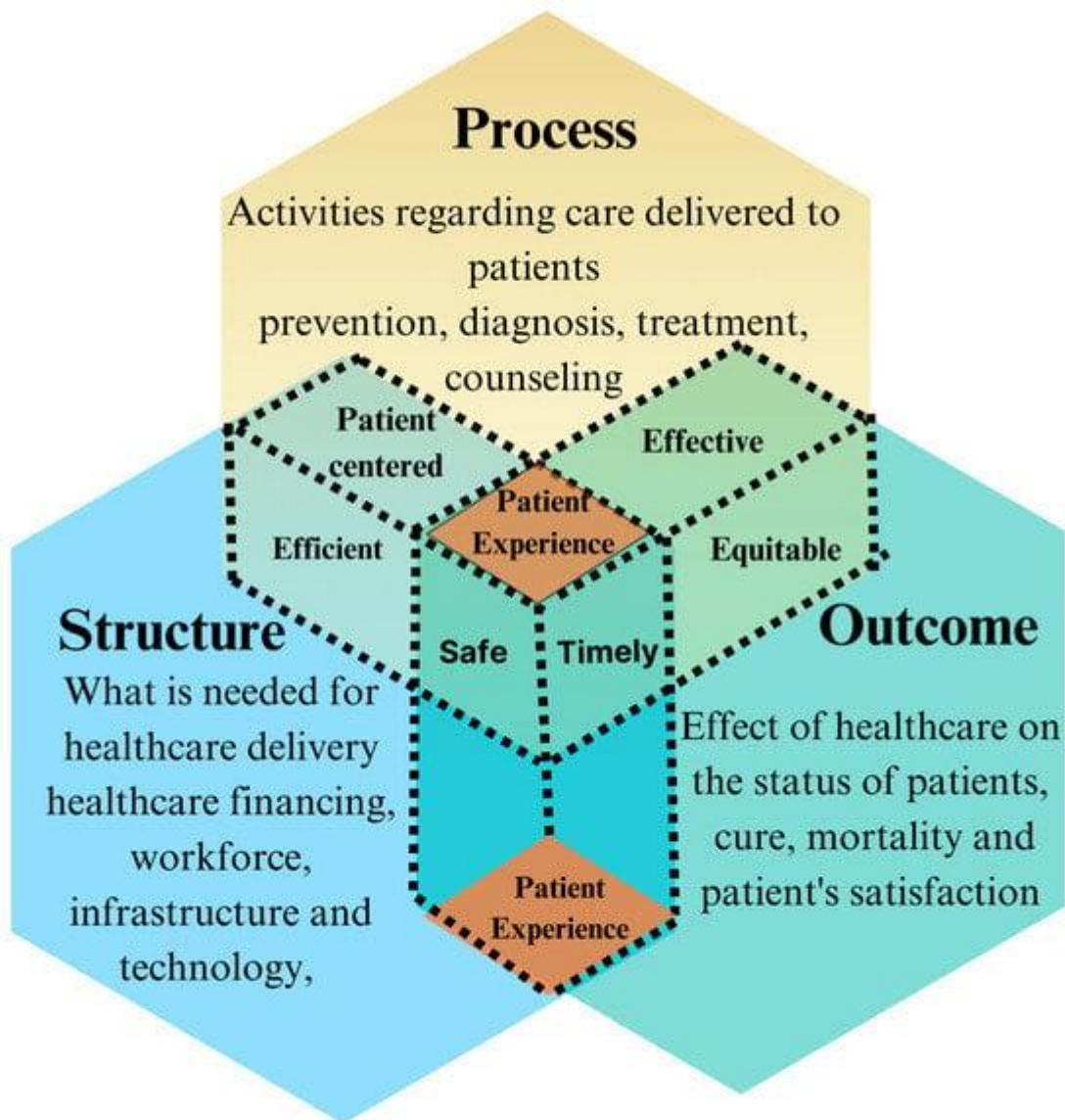
A governança pública é essencial para enfrentar desafios como a complexidade das políticas sociais, a escassez de recursos e a necessidade de maior legitimidade das ações governamentais (Christopher Pollitt; Geert Bouckaert, 2000). Em economias emergentes, como o Brasil, a adoção de práticas de governança é vista como fator importante para melhorar a qualidade dos serviços públicos, incluindo a saúde.

2.2 Satisfação do usuário em serviços de saúde

A satisfação do usuário é um indicador essencial para avaliar a qualidade dos serviços de saúde, pois reflete a percepção do paciente sobre aspectos técnicos, relacionais e estruturais do atendimento. Segundo (Donabedian, 1988), a qualidade pode ser analisada por meio de três dimensões: estrutura, processo e resultado, que se inter-relacionam. A dimensão estrutura refere-se aos recursos físicos, humanos e organizacionais disponíveis, como instalações, equipamentos e qualificação da equipe. O processo envolve as ações e interações durante o cuidado, incluindo tempo de espera, comunicação e adesão a protocolos. O resultado diz respeito aos efeitos do atendimento sobre a saúde e à percepção do paciente, como melhora clínica e satisfação. Essas dimensões se conectam, pois, uma estrutura adequada favorece processos eficientes, que, por sua vez, impactam positivamente os resultados.

Estudos recentes confirmam essa abordagem, indicando que fatores como infraestrutura, tempo de espera, comunicação e empatia influenciam diretamente a experiência do paciente e sua satisfação (Costa *et al.*, 2020; Paula *et al.*, 2023). A seguir, a figura 2, resume o modelo de Donabedian e seus domínios da qualidade em saúde:

Figura 2 – O modelo de Avedis Donabedian e os Seis Domínios da Qualidade em Saúde no contexto da experiência do paciente



Fonte: (Casillas-Ávila *et al.*, 2025).

De acordo com (Ware *et al.*, 1983), a satisfação é um constructo multidimensional que envolve expectativas, experiências e valores individuais. Modelos desenvolvidos por (Parasuraman; Zeithaml; Berry, 1985), são amplamente utilizados para mensurar a qualidade percebida, considerando dimensões como confiabilidade, empatia, tangibilidade, segurança e responsividade. No contexto hospitalar, essas dimensões se traduzem em aspectos como limpeza, cordialidade da equipe, clareza das informações e conforto físico, conforme resumo da figura 3:

Figura 3 - Modelo SERVQUAL para avaliação da qualidade em serviços

SERVQUAL MODEL



Fonte: (Batheories, 2025).

A satisfação do paciente é reconhecida como um constructo multidimensional, envolvendo expectativas, experiências vividas e valores individuais (Ware *et al.*, 1983). Para mensurar a qualidade percebida, um dos modelos mais utilizados é o SERVQUAL, desenvolvido por (Parasuraman; Zeithaml; Berry, 1985), que propõe cinco dimensões fundamentais: confiabilidade, empatia, tangibilidade, segurança e responsividade. A confiabilidade refere-se à capacidade de oferecer serviços de forma precisa e consistente; a empatia diz respeito à atenção individualizada e ao acolhimento; a tangibilidade envolve aspectos físicos e visíveis, como limpeza e conforto; a segurança relaciona-se à competência técnica e à transmissão de confiança; e a responsividade expressa a prontidão para atender às necessidades do paciente com agilidade. No contexto hospitalar, essas dimensões se materializam em fatores como cumprimento de horários, cordialidade da equipe, clareza das informações, higiene das instalações e rapidez no atendimento, elementos que influenciam diretamente a percepção de qualidade e a satisfação do usuário (Rahmatia *et al.*, 2025; Tripathi; Siddiqui, 2020).

Estudos internacionais reforçam a importância da satisfação como indicador de desempenho. Nos Estados Unidos, o Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) é um instrumento padronizado que avalia a experiência do paciente

em hospitais norte-americanos, contemplando múltiplas dimensões da qualidade percebida. Entre os aspectos mensurados estão a comunicação com médicos e enfermeiros, a responsividade da equipe às necessidades do paciente, o controle da dor, a clareza das informações sobre medicamentos, a limpeza e o silêncio no ambiente hospitalar, além das orientações fornecidas no momento da alta. O questionário também inclui itens sobre a transição do cuidado e uma avaliação global do hospital, permitindo comparações entre instituições e influenciando políticas de financiamento baseadas em desempenho. Essa abordagem reforça a importância da experiência do paciente como indicador de qualidade e como componente estratégico na gestão hospitalar (Cms, 2020). Pesquisas apontam que fatores como tempo de espera, comunicação eficaz e privacidade são determinantes consistentes da satisfação (Kraska; Weigand; Geraedts, 2017).

Uma revisão sistemática identificou que a qualidade técnica e o cuidado interpessoal são os determinantes mais constantes da satisfação do paciente, enquanto variáveis sociodemográficas atuam como moderadores (Batbaatar *et al.*, 2017). Essa revisão analisou os determinantes da satisfação do paciente em serviços de saúde, incluindo 109 estudos publicados entre 1980 e 2014, provenientes de diferentes países e contextos. Os resultados indicaram que a qualidade técnica e o cuidado interpessoal são os fatores mais consistentes para explicar a satisfação, enquanto variáveis sociodemográficas, como idade, sexo, escolaridade e renda, atuam como moderadores. Esses moderadores não influenciam diretamente a qualidade do atendimento, mas alteram a intensidade ou direção da relação entre os determinantes principais e a satisfação do paciente, evidenciando que características individuais podem modificar a percepção sobre aspectos técnicos e relacionais do cuidado. Essa abordagem reforça a necessidade de considerar tanto atributos objetivos do serviço quanto fatores contextuais e pessoais na avaliação da experiência do paciente (Batbaatar *et al.*, 2017).

O estudo realizado por (Kraska; Weigand; Geraedts, 2017) analisou dados de 999 hospitais alemães e mais de 300 mil questionários de pacientes, relacionando características estruturais e indicadores de qualidade com níveis de satisfação. Entre as variáveis avaliadas estavam a orientação de lucro do hospital, o número de leitos, a razão de profissionais por leito e indicadores de processo e resultado extraídos de relatórios obrigatórios. Os autores verificaram que hospitais com maior número de profissionais por leito e melhores indicadores de qualidade apresentaram níveis superiores de satisfação, especialmente nas dimensões atendimento médico, cuidado de enfermagem, organização do serviço e impressão geral. Além disso, hospitais menores, sem fins lucrativos e localizados na Alemanha Oriental também

demonstraram maior satisfação dos pacientes, evidenciando que fatores estruturais e de processo exercem influência significativa sobre a percepção do usuário.

Embora estudos realizados em hospitais universitários brasileiros indiquem níveis elevados de satisfação geral, com destaque para a competência técnica dos profissionais, a cordialidade da equipe e a qualidade da comunicação, também revelam fragilidades importantes. Entre os pontos positivos, os pacientes relatam confiança no atendimento e percepção de cuidado humanizado, especialmente pela atenção individualizada e explicações claras sobre procedimentos. Por outro lado, as principais limitações referem-se ao tempo de espera prolongado para consultas e exames, bem como às condições físicas das instalações, incluindo conforto e manutenção dos ambientes. Esses achados evidenciam que, mesmo em instituições de ensino com forte qualificação técnica, aspectos estruturais e organizacionais permanecem como desafios para a melhoria da experiência do paciente (da Silva *et al.*, 2019; Molina; Moura, 2016).

A satisfação do usuário não é apenas um indicador de qualidade, mas também um fator que influencia a fidelização e a continuidade do uso dos serviços. (Rostami *et al.*, 2019) demonstraram que pacientes mais satisfeitos tendem a retornar à instituição, reforçando a importância estratégica desse indicador para hospitais públicos e universitários.

A literatura aponta que variáveis acadêmicas, como número de programas de residência e alunos de medicina, impactam diretamente indicadores de produtividade e qualidade (Kraska; Weigand; Geraedts, 2017). Hospitais com maior densidade de profissionais por leito tendem a apresentar melhores resultados assistenciais e maior satisfação dos usuários (Kraska; Weigand; Geraedts, 2017).

Estudo realizado em hospital universitário no Sul do Brasil investigou a satisfação de usuários segundo o tipo de internação (emergência ou eletiva). Mostrou alto nível de satisfação (mais de 66% “muito satisfeitos”), evidenciando que características do atendimento influenciam a percepção do usuário (Molina; Moura, 2016). A análise dos resultados evidencia que a percepção de satisfação dos usuários está diretamente relacionada a atributos específicos do atendimento. Entre os fatores mais relevantes destacam-se a qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem, caracterizada pela competência técnica e atenção individualizada; a comunicação clara e efetiva entre profissionais e pacientes, que contribui para reduzir incertezas e aumentar a confiança; a agilidade no atendimento, especialmente em emergências; e a humanização do cuidado, expressa por atitudes de cordialidade e respeito.

Além disso, aspectos estruturais como conforto, limpeza e condições físicas do ambiente hospitalar, bem como a segurança percebida durante os procedimentos, foram apontados como determinantes para uma experiência positiva. Esses elementos reforçam a importância de práticas integradas que considerem tanto dimensões técnicas quanto relacionais na assistência hospitalar (Molina; Moura, 2016).

Outro estudo, na USP, utilizou a escala SERVQUAL para avaliar a satisfação dos usuários internados em um hospital universitário, comparando períodos letivo e não letivo. As dimensões analisadas foram empatia, confiabilidade, tangibilidade, segurança e responsividade. Os resultados indicaram que a empatia foi a dimensão com maior insatisfação no período letivo, enquanto a percepção de atendimento foi melhor nesse mesmo período. Não houve diferenças significativas para tangibilidade, confiabilidade e segurança (Silva *et al.*, 2019).

Um estudo em hospitais acadêmicos revelou que a satisfação do paciente, especialmente nos aspectos “visita médica” e “tempo de espera”, influencia diretamente sua fidelização à instituição. Essa ligação entre satisfação e continuidade no uso reforça a importância de variáveis como atendimento e infraestrutura na percepção institucional, tema central da sua pesquisa (Rostami *et al.*, 2019).

A disponibilidade adequada de profissionais de saúde é um fator essencial para garantir qualidade assistencial e alcançar a cobertura universal. Estudos da Organização Mundial da Saúde destacam que a escassez e a má distribuição da força de trabalho comprometem a segurança do paciente e a efetividade dos serviços. Nesse sentido, não basta apenas ampliar o número de profissionais; é necessário implementar estratégias de gestão que assegurem formação, retenção e alocação equitativa, promovendo eficiência e equidade no sistema de saúde (Campbell *et al.*, 2013).

A alta carga assistencial, medida por internações e exames, pode reduzir a qualidade percebida, conforme o modelo de (Donabedian, 1988), que relaciona estrutura e processo aos resultados. Hospitais com excesso de demanda tendem a apresentar falhas em comunicação, tempo de espera e conforto, impactando negativamente a satisfação.

Estudos mostram que alta demanda pode impactar negativamente a satisfação do usuário, devido ao aumento do tempo de espera e sobrecarga das equipes (Kraska; Weigand; Geraedts, 2017).

2.3 Governança em hospitais: O caso da EBSEH

Os hospitais universitários, mantidos por universidades públicas brasileiras, desempenham papel estratégico na formação de profissionais de saúde e na produção científica, integrando ensino, pesquisa e assistência no chamado tripé acadêmico. Além de serem centros de referência para atendimento de alta complexidade, essas instituições enfrentam desafios de governança decorrentes da necessidade de conciliar demandas educacionais com eficiência operacional e qualidade do cuidado (Paula *et al.*, 2023; Silva; Abreu, 2024). Estudos apontam que a adoção de modelos de governança, como os propostos pela EBSEH, busca modernizar a gestão e ampliar a transparência, embora gere tensões entre atores internos e externos (Silva; Abreu, 2024). Revisões sistemáticas indicam que práticas de accountability e transparência são fundamentais para garantir a efetividade da gestão hospitalar e a sustentabilidade do SUS (Nunes; Gomes; Santana, 2023).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (Oms, 2014) a governança em saúde envolve a definição de políticas, a regulação e a coordenação das ações para assegurar que os sistemas de saúde funcionem de forma equitativa e eficaz. Em hospitais públicos, isso significa estabelecer mecanismos que promovam transparência na alocação de recursos, responsabilização dos gestores e equipes, participação dos usuários e controle social.

Indicadores como número de cirurgias, internações, exames e consultas são amplamente utilizados para avaliar a capacidade e eficiência hospitalar. A Organização Mundial da Saúde (Oms, 2014) recomenda o monitoramento desses indicadores como parte da governança clínica, pois eles refletem tanto a carga assistencial quanto a qualidade do cuidado.

Estudos indicam que características estruturais e práticas de gestão influenciam diretamente a qualidade assistencial e a satisfação dos pacientes. Pesquisas mostram que hospitais com melhor qualidade de processos e resultados, além de maior proporção de profissionais por leito, apresentam níveis mais altos de satisfação (Kraska; Weigand; Geraedts, 2017). De forma semelhante, (Aiken *et al.*, 2012) evidenciaram que melhores condições de trabalho e maior número de enfermeiros por paciente estão associados à maior segurança e satisfação do paciente. Além disso, (Doyle; Lennox; Bell, 2013) demonstraram, em revisão sistemática, que experiências positivas dos pacientes estão consistentemente ligadas à segurança clínica e à efetividade do cuidado, reforçando a importância de modelos de governança voltados para qualidade e accountability.

Um exemplo de prática de governança é a implementação do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) nos hospitais da Rede EBSEH. Trata-se de um sistema de gestão hospitalar e prontuário eletrônico, disponível para uso gratuito no Sistema Único de Saúde (SUS), utilizado em toda a rede de 41 hospitais universitários federais, com cerca de 3 milhões de acessos mensais e uma base de 25 milhões de pacientes. Sua instalação é local, garantindo autonomia na gestão da base de dados, e permite a automatização dos processos assistenciais e administrativos, fornecendo informações em tempo real para a tomada de decisão e agilizando o atendimento aos pacientes (Ebserh, 2025c). O desenvolvimento do AGHU iniciou em 2009, no âmbito do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), e sua implantação foi consolidada após a criação da EBSEH em 2011, com evoluções significativas em 2020, como prontuário unificado, teleconsultas e rastreabilidade de materiais. (Silva; Farias, 2017), ao analisar a adoção do sistema AGHU nos hospitais universitários federais, destacam os desafios de gerir sistemas complexos em ambientes acadêmicos, caracterizados por múltiplos níveis de governança. A pesquisa aponta que a diversidade institucional representa um obstáculo à padronização, embora a implementação do sistema contribua para melhorias nos processos administrativos e assistenciais. Além disso, evidencia que fatores como governança e suporte técnico influenciam diretamente a continuidade do uso do sistema e, conseqüentemente, a qualidade dos serviços prestados.

2.3.1 A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) é uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, criada pela Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, com a missão de apoiar hospitais universitários federais na prestação de serviços de saúde e no desenvolvimento das atividades de ensino, pesquisa e extensão (Brasil, 2011; Ebserh, 2025e). Trata-se da maior rede hospitalar pública do país, composta por 45 Hospitais Universitários Federais (HUF's) e uma administração central, atuando de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS) e oferecendo procedimentos de média e alta complexidade. Além de garantir assistência integral pelo SUS, os hospitais da rede desempenham papel estratégico na formação de profissionais e na produção científica, consolidando-se como centros de referência e excelência. A estrutura da EBSEH busca promover eficiência administrativa, transparência e sustentabilidade econômico-financeira, fortalecendo a integração entre saúde e educação e ampliando a capacidade de

atendimento às demandas regionais. (Ebserh, 2025d, 2025a). Seu mapa estratégico 2024-2028 pode ser visto na Figura 4:

Figura 4 – Mapa estratégico da EBSEH: missão, visão, objetivos e indicadores estratégicos



Fonte: (Ebserh, 2023b).

Antes da criação da EBSEH, por meio da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, os Hospitais Universitários Federais (HUF's) já vinham sendo objeto de ampla preocupação por parte dos órgãos de controle, especialmente do Tribunal de Contas da União (TCU). A compreensão do processo que culminou na criação da Estatal, exige a análise de um longo percurso de fiscalização empreendido pelo TCU, cujas auditorias sucessivas revelaram, de maneira cumulativa, a incapacidade estrutural do modelo de gestão então vigente nos HUF's. Desde o final dos anos 2000, o Tribunal passou a diagnosticar uma crise institucional sistêmica, caracterizada por fragilidades jurídicas, administrativas e financeiras que comprometiam tanto a regularidade da gestão quanto a sustentabilidade da oferta assistencial e a integridade acadêmica das instituições federais de ensino superior (IFES). O primeiro marco desse processo foi o Acórdão 2731/2008, resultado de uma extensa Fiscalização de Orientação Centralizada (FOC) realizada em 21 fundações de apoio (Tribunal de Contas da União, 2008). A auditoria identificou a existência de um sistema paralelo ao Estado, no qual as fundações assumiam progressivamente funções típicas da administração pública, tais como compras, contratação de pessoal, execução financeira, gestão de serviços e até atividades de

ensino e extensão. O TCU constatou que esse fenômeno era alimentado por interpretações elásticas da Lei 8.958/1994 e do art. 24, XIII, da Lei 8.666/1993, permitindo que as IFES delegassem, sem controle, atividades-fim e atividades administrativas essenciais para entidades privadas (Tribunal de Contas da União, 2008). A partir disso, o Tribunal apontou o risco de captura institucional, a crescente opacidade na aplicação de recursos públicos, práticas de “contabilidade paralela”, utilização irregular da infraestrutura universitária por entes privados e o desvirtuamento de bolsas acadêmicas em mecanismos de complementação salarial. O acórdão de 2008 revela, portanto, não apenas irregularidades pontuais, mas a existência de um modelo que se tornara estruturalmente disfuncional e que fragilizava os pilares republicanos de controle, transparência e legalidade.

No ano seguinte, o Acórdão 2813/2009 ampliou esse diagnóstico, voltando-se especificamente aos HUF’S. As auditorias realizadas pelo TCU expuseram que o ambiente hospitalar representava a face mais crítica do modelo assentado na intermediação por fundações de apoio (Tribunal de Contas da União, 2009). Os hospitais demonstravam forte dependência de vínculos precários e extraquadros, fragilidade de financiamento, descontinuidade na oferta de insumos, ausência de padronização de processos administrativos, limitações de infraestrutura e deficiência dos sistemas de informação, além de pouca integração à rede SUS nos moldes previstos pela legislação sanitária. Somava-se a isso a instabilidade do quadro de pessoal, o déficit de servidores efetivos e a adoção de modelos de contratação incompatíveis com o regime jurídico da administração direta. O TCU determinou que o Ministério da Educação identificasse os hospitais cuja gestão estava, de fato, capturada por fundações, e que adotasse medidas estruturantes para solucionar o problema, recomendação que, implicitamente, já indicava a necessidade de uma reforma nacional do modelo de governança hospitalar (Tribunal de Contas da União, 2009).

A criação da EBSEH, em 2011, inscreve-se justamente nesse contexto de crescente preocupação com a governança e com a integridade dos HUF’s. A auditoria consolidada no Acórdão 1610/2013, já sob a vigência da empresa pública, confirma que as deficiências apontadas anteriormente persistiam, sobretudo nas unidades ainda não integradas ao novo modelo (Tribunal de Contas da União, 2013). O Tribunal evidenciou que a transição institucional era assimétrica e que coexistiam, dentro das IFES, práticas antigas e incompatíveis com padrões contemporâneos de gestão. Constatou-se a permanência de sobreposição de funções entre servidores públicos e empregados de fundações, fragilidade das unidades de auditoria interna, ausência de segregação de funções em licitações e contratos, insuficiência de

mecanismos de controle interno, falta de padronização de rotinas operacionais e deficiências na supervisão dos processos de compras e fiscalização contratual. O Tribunal recomendou que os hospitais, sobretudo os recém-integrados à EBSEH, avançassem na adoção de práticas de acreditação hospitalar, profissionalização gerencial e implantação de sistemas informatizados confiáveis, reforçando a necessidade de um modelo único e padronizado de gestão (Tribunal de Contas da União, 2013).

Esse quadro, porém, não encerrou o ciclo de preocupações do TCU. O Acórdão 1178/2018 revelou que, apesar das mudanças legais e institucionais ocorridas ao longo da década, persistiam importantes lacunas no âmbito da transparência das fundações de apoio e das próprias IFES (Tribunal de Contas da União, 2018). A auditoria nacional conduzida em 2018 mostrou que a maioria das instituições não dispunha de registros centralizados de projetos, dificultando o rastreamento de receitas, despesas, bolsas, contrapartidas e execução físico-financeira. Muitas fundações não publicavam, de forma adequada, informações mínimas exigidas pela Lei de Acesso à Informação, dificultando o controle social e institucional. O Tribunal ressaltou que, na prática, a transparência ainda não era condição plenamente observada e que, em muitos casos, a ausência de padronização de dados e a baixa granularidade das informações dificultavam o controle externo e interno. Embora não trate diretamente da EBSEH, uma vez que a adesão dos HUF'S à EBSEH é voluntária, esse acórdão evidencia que as fragilidades apontadas em 2008 e 2009 nos HUF'S, não haviam sido plenamente superadas e que o novo modelo hospitalar surgia como mecanismo necessário para recompor padrões mínimos de governança pública (Tribunal de Contas da União, 2018).

O ciclo histórico continuou com o Acórdão 1932/2019, que enfrentou um dos aspectos mais sensíveis do antigo modelo: o financiamento de pessoal extraquadro com recursos do Fundo Nacional de Saúde (Tribunal de Contas da União, 2019). A representação analisada pelo TCU revelou que a UFRJ vinha utilizando, de forma reiterada, recursos vinculados ao bloco de Média e Alta Complexidade (MAC/SUS) para pagar trabalhadores terceirizados que substituíam servidores efetivos, prática considerada incompatível com a Lei Complementar 141/2012 e com o regime jurídico da gestão orçamentária federal (Tribunal de Contas da União, 2019). O Tribunal demonstrou que tal prática não apenas violava a vinculação constitucional dos recursos da saúde, como também contribuía para o desabastecimento crônico do hospital, comprometendo a oferta assistencial, agravando riscos sanitários e expondo pacientes e profissionais a situações de insegurança hospitalar. Esse acórdão reafirma, de forma contundente, que a manutenção dos hospitais universitários sob um modelo de pessoal

fragmentado, precário e dependente de múltiplas fontes era insustentável; e que a regularização desses vínculos, nos moldes preconizados pela EBSEH, não representava apenas uma alternativa administrativa, mas uma exigência jurídica e fiscal (Tribunal de Contas da União, 2019).

Até 2020, ainda havia uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 4895 protocolada pela Procuradoria Geral da República em tramitação no Supremo Tribunal Federal. A corte suprema, por unanimidade, declarou constitucional a lei que autorizou a criação da EBSEH, julgando improcedente o pedido da PGR que alegava que a norma violaria a Constituição Federal por ausência de lei complementar que defina as áreas de atuação das estatais, por atribuir a uma empresa o exercício de serviço público típico e pela adoção do regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) para a contratação de pessoal (Supremo Tribunal Federal, 2020).

Considerados em conjunto, os cinco principais acórdãos revelam um movimento contínuo de amadurecimento do controle externo sobre a política universitária e hospitalar no Brasil. O TCU identificou, desde 2008, a formação de um sistema paralelo, híbrido e opaco, que concentrava fragilidades em múltiplas dimensões: jurídica, fiscal, administrativa, assistencial e acadêmica. As recomendações acumuladas ao longo de uma década apontam para a mesma direção: a necessidade de instituir um modelo nacional, padronizado, público, transparente e profissionalizado para a gestão dos hospitais universitários federais. A EBSEH surge, nesse sentido, como resposta institucional coerente ao conjunto de problemas diagnosticados e reiterados pelo Tribunal, representando não apenas uma inovação administrativa, mas a inflexão necessária para recompor a governança pública de um dos setores mais estratégicos para o Estado brasileiro, aquele situado na interseção entre saúde, educação, ciência e cidadania.

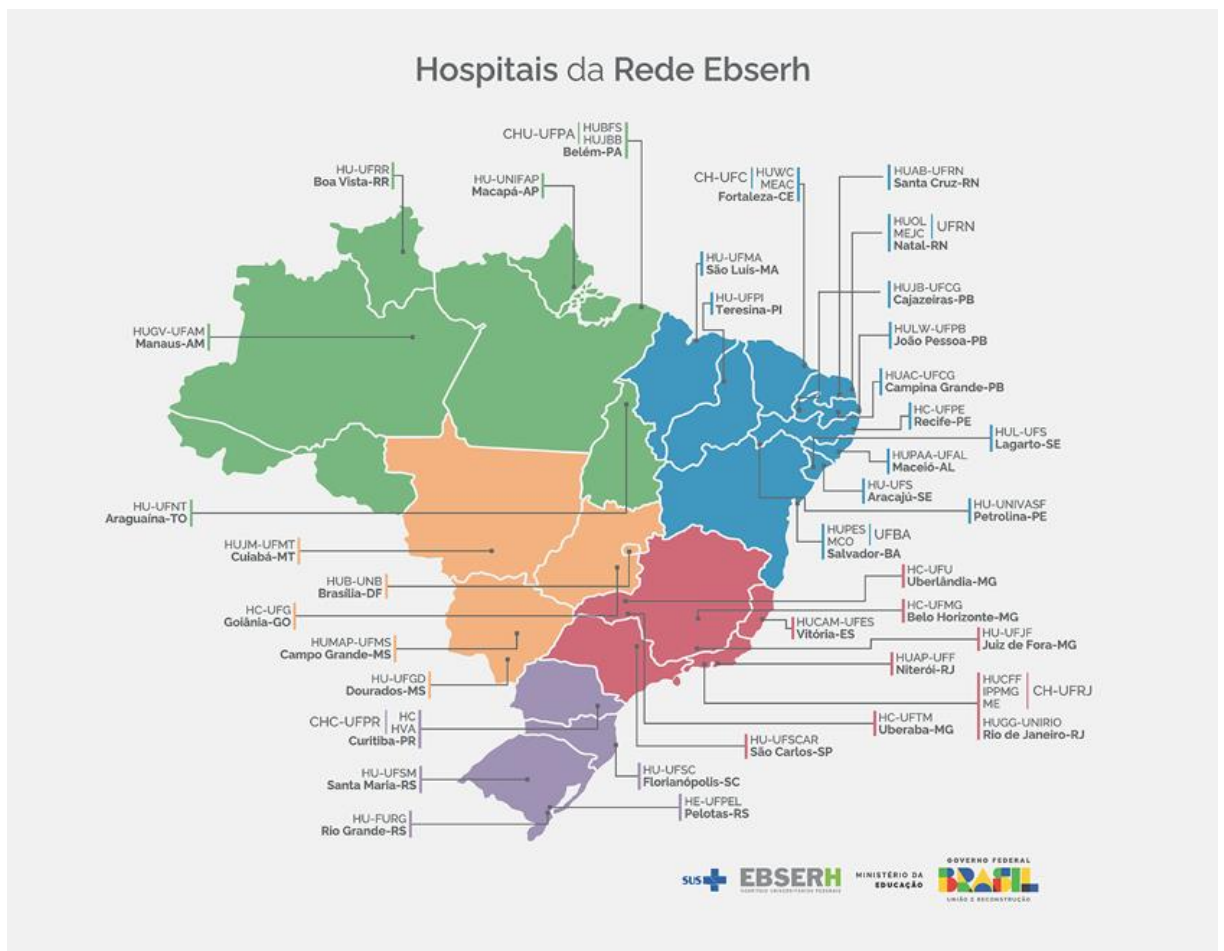
Neste sentido, com a adesão voluntária das universidades à EBSEH, formalizada por meio de Termo de Adesão e Contrato, a empresa passou a assumir atribuições como coordenação e avaliação da execução das atividades hospitalares; apoio técnico à elaboração de instrumentos de melhoria da gestão; definição da matriz de distribuição de recursos; estabelecimento de metas, indicadores e prazos para acompanhamento e avaliação (Ebserh, 2025d).

Atualmente, a Rede EBSEH é composta por 45 hospitais universitários federais, distribuídos em todas as regiões do país, figura 5, consolidando-se como a maior rede hospitalar

pública vinculada ao ensino superior no Brasil (Ebserh, 2025d). Há também novos HUF's em construção e IFES com acordo de cooperação técnica já assinados com a EBSERH.

Em 2026, a EBSERH, passou por um reposicionamento institucional e adotou o nome fantasia “HUBrasil”. A mudança, anunciada oficialmente em cerimônia pública nacional, teve como objetivo fortalecer a identidade da organização, ampliar sua capacidade de comunicação com a sociedade e reforçar a integração dos hospitais universitários federais como uma rede nacional voltada à assistência no Sistema Único de Saúde (SUS), ao ensino, à pesquisa e à inovação, mantendo-se inalterada sua natureza jurídica, atribuições legais e vinculação administrativa.

Figura 5 – Distribuição dos hospitais universitários da Rede EBSERH no território nacional (2025).



Fonte: (Ebserh, 2025e).

A Rede EBSEH apresenta heterogeneidade em termos de porte, infraestrutura e capacidade assistencial. Para garantir uma gestão eficiente e alinhada às necessidades específicas de cada unidade, a estatal realizou estudos que culminaram na definição de uma classificação hospitalar baseada em critérios quantitativos, agrupando os HUF's em quatro tipos: Tipo I, Tipo II, Tipo III e Tipo IV. Essa classificação é fundamental para orientar decisões estratégicas, alocação de recursos e definição da arquitetura organizacional (Ebserh, 2024).

A classificação dos HUF's está condicionada ao Indicador de Complexidade Estrutural (ICE), que mensura a complexidade da infraestrutura física e tecnológica instalada e operacional nas unidades. O ICE é calculado anualmente pela Diretoria de Orçamento e Finanças (DOF), considerando dados consolidados do ano anterior. Entre os componentes avaliados estão: Quantidade e diversidade de serviços assistenciais; Capacidade instalada (número de leitos, UTIs, centros cirúrgicos); Equipamentos médico-hospitalares de alta tecnologia; Estrutura para ensino e pesquisa (Ebserh, 2024). Quanto maior a pontuação do ICE, maior é a complexidade estrutural do hospital, refletindo-se na sua classificação e assim, os HUF's são agrupados em quatro tipos:

- Tipo I: Sete hospitais de grande porte, com alta complexidade assistencial e tecnológica, ampla oferta de serviços especializados e forte integração ensino-pesquisa. Geralmente possuem mais de 200 leitos e múltiplas linhas de cuidado.
- Tipo II: Quatro hospitais de porte intermediário, com capacidade significativa de atendimento em média e alta complexidade, infraestrutura consolidada e programas robustos de residência.
- Tipo III: Oito hospitais de menor porte, com foco em linhas assistenciais específicas, menor número de leitos e estrutura tecnológica reduzida, mas ainda integrados ao ensino e pesquisa.
- Tipo IV a VI: Vinte e um hospitais de pequeno porte, com atuação restrita a áreas específicas, menor complexidade tecnológica e limitada capacidade instalada.

Além da classificação individual, a EBSEH reconhece a existência de Complexos Hospitalares, que agrupam unidades pertencentes à mesma Instituição Federal de Ensino Superior (IFES) (Ebserh, 2024). Atualmente, quatro complexos já foram incorporados à Rede: CHC-UFPR (Universidade Federal do Paraná); CH-UFC (Universidade Federal do Ceará);

CHU-UFPA (Universidade Federal do Pará); CH-UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro).

Outros dez HUF's são elegíveis para organização em complexos, como os vinculados às Universidades Federais de Sergipe, Campina Grande, Rio Grande do Norte, Uberlândia e Bahia. A estruturação desses complexos está prevista no Projeto Estratégico P403, que trata da definição da arquitetura organizacional e do plano de implementação.

A classificação dos HUF's não é estática. A cada ano, a Diretoria de Orçamento e Finanças (DOF) recalcula o ICE e promove o rebalanceamento dos intervalos que definem os níveis de complexidade. Isso significa que expansões de serviços e infraestrutura só impactam a classificação após sua efetiva implementação e registro no ICE. Essa metodologia assegura que a classificação reflita a realidade operacional da Rede (Ebserh, 2024).

A classificação dos HUF's por níveis de complexidade é um instrumento estratégico para a gestão da Rede EBSEH, permitindo maior racionalidade na distribuição de recursos, definição de metas e estruturação organizacional. Além disso, possibilita a padronização de processos e a implementação de políticas alinhadas ao porte e à capacidade de cada unidade, garantindo eficiência e qualidade na assistência, ensino e pesquisa (Ebserh, 2024).

Nos hospitais universitários, a presença de estudantes e residentes é uma característica intrínseca e pode influenciar de maneira significativa a percepção dos usuários sobre a qualidade do atendimento. Um estudo realizado em um hospital universitário do Nordeste brasileiro, comparou a satisfação dos pacientes em períodos letivos e não letivos utilizando a escala SERVQUAL e identificou que a presença de alunos impacta diferentes dimensões da experiência do usuário (da Silva *et al.*, 2019). Os resultados mostraram maior satisfação no período letivo na dimensão atendimento, sugerindo que a participação de estudantes e residentes pode ampliar a atenção dedicada ao paciente, aumentar o tempo de escuta e favorecer um cuidado mais detalhado. Por outro lado, a dimensão empatia apresentou maior insatisfação no período letivo, indicando que a atuação de profissionais em formação pode, em alguns casos, gerar menor sensibilidade às necessidades individuais dos usuários. O estudo também registrou relatos de ansiedade e insegurança de pacientes diante de procedimentos realizados por acadêmicos, especialmente em situações que exigem maior habilidade técnica. Esses achados evidenciam que a atividade de ensino nos hospitais universitários exerce influência direta seja positiva ou negativa sobre a satisfação dos usuários, reforçando a necessidade de organização

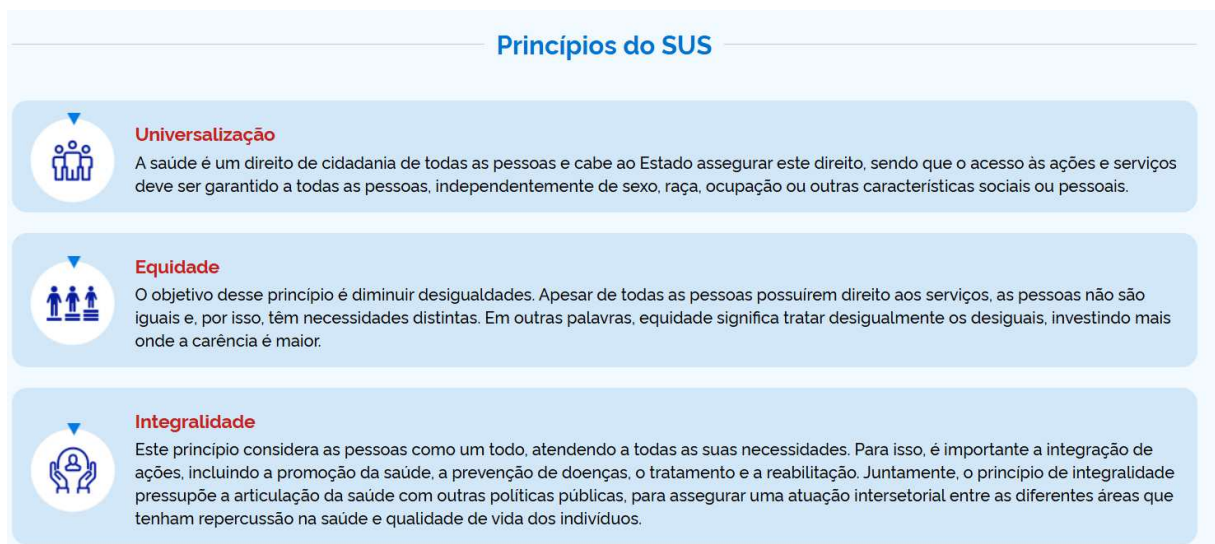
pedagógica e supervisão qualificada para equilibrar formação profissional e qualidade assistencial.

2.3.2 Sistema único de saúde (SUS)

O SUS é a política pública brasileira de saúde, instituída pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990). O SUS é baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, garantindo acesso gratuito e integral à saúde para toda a população brasileira, figura 6. (Brasil, 1990).

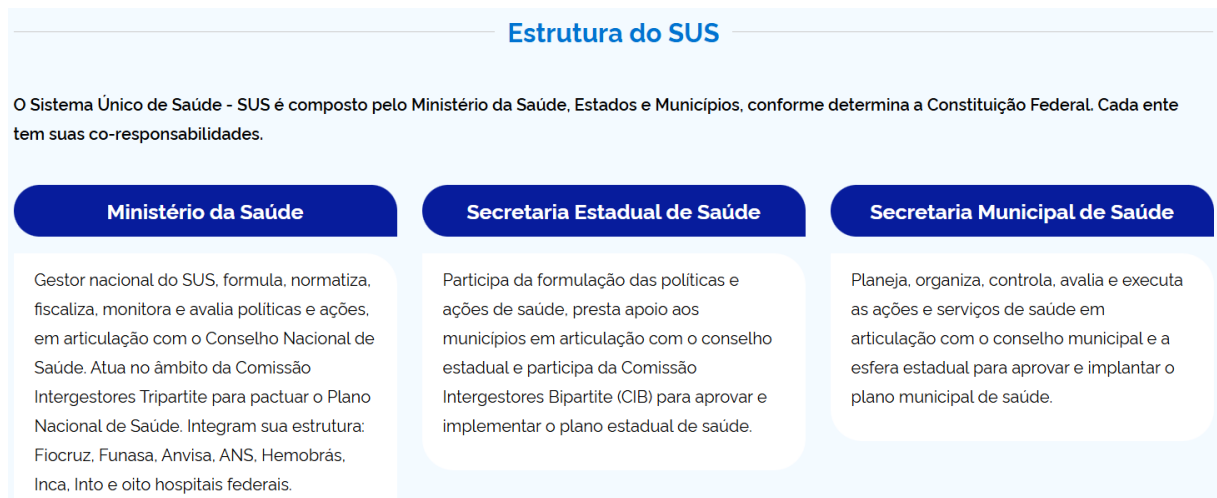
Segundo estudos internacionais, o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, oferecendo serviços gratuitos e abrangentes a toda a população brasileira, incluindo estrangeiros e pessoas sem documentação (Massuda *et al.*, 2018; Metrics Institute, 2025). Estruturado em três níveis de atenção, primária, secundária e terciária, os hospitais universitários integram a atenção terciária, caracterizada pela alta complexidade tecnológica e forte integração com ensino e pesquisa, conforme figura 7:

Figura 6 - Princípios do Sistema Único de Saúde



Fonte: (Ministério da Saúde, 2026).

Figura 7 - Estrutura do Sistema Único de Saúde



Fonte: (Ministério da Saúde, 2026).

A governança do Sistema Único de Saúde (SUS) é sustentada por mecanismos que asseguram participação social, planejamento estratégico e financiamento descentralizado. Os Conselhos de Saúde, instituídos pela Lei nº 8.142/1990, são órgãos colegiados, permanentes e deliberativos, com composição paritária entre usuários (50%), trabalhadores da saúde (25%) e gestores/prestadores (25%), responsáveis por formular estratégias e controlar a execução das políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (Roque *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2020). Complementarmente, o Plano Nacional de Saúde (PNS) é o principal instrumento de planejamento do SUS, elaborado para períodos de quatro anos, alinhado ao Plano Plurianual, definindo diretrizes, objetivos e metas para orientar as ações e serviços em todo o território nacional (Santos *et al.*, 2020). No âmbito do financiamento, a transferência fundo a fundo, prevista na Lei Complementar nº 141/2012, consiste no repasse direto de recursos do Fundo Nacional de Saúde para fundos estaduais e municipais, sem necessidade de convênios, garantindo maior autonomia aos entes federados e exigindo mecanismos de transparência e controle social, especialmente pelos Conselhos de Saúde (Santos *et al.*, 2020). Esses instrumentos, articulados, fortalecem a governança democrática do SUS, mas enfrentam desafios relacionados à fiscalização, à efetividade das deliberações e à redução das desigualdades regionais.

2.3.3 Desafios e avanços na gestão hospitalar da rede EBSEH

O período recente foi marcado por desafios inéditos, especialmente devido à pandemia da Covid-19. A Rede EBSEH respondeu com agilidade, ampliando leitos de UTI e enfermarias, criando áreas exclusivas para pacientes infectados e reorganizando fluxos assistenciais. Destaca-se a inauguração de estruturas como o Edifício de Internações do HC-UFG, com capacidade para 600 leitos, considerado um marco para a assistência hospitalar no Centro-Oeste (Ebserh, 2022).

Além da expansão física, houve contratação emergencial de profissionais, implementação de protocolos clínicos e integração com gestores locais para garantir atendimento seguro e humanizado. A humanização também se refletiu em iniciativas como brinquedotecas, centros de parto normal e reformas em áreas de espera, reforçando o compromisso com o acolhimento (Ebserh, 2022).

Mesmo diante da suspensão de procedimentos eletivos em 2020, os indicadores assistenciais demonstraram a relevância dos HUF's para o SUS, com manutenção de altas taxas de ocupação e realização de milhares de consultas, exames e cirurgias (Ebserh, 2022).

A modernização tecnológica foi outro destaque do período. A Rede EBSEH investiu na aquisição de equipamentos de alta complexidade, como tomógrafos, ventiladores pulmonares e monitores multiparamétricos, garantindo maior capacidade diagnóstica e terapêutica (Ebserh, 2022).

No campo da gestão, a implantação do AGHU representou um avanço significativo, integrando módulos assistenciais, prescrição digital, gestão de leitos e controle de estoque, promovendo maior eficiência e segurança nos processos hospitalares. Paralelamente, a expansão da telemedicina e da e-Saúde possibilitou a realização de teleconsultas e integração com a Rede Universitária de Telemedicina (RUTE), ampliando o acesso e a resolutividade (Ebserh, 2022).

A área de pesquisa também foi fortalecida, com a criação de Unidades de Pesquisa Clínica, implantação de programas de iniciação científica e desenvolvimento de projetos multicêntricos, como o ensaio clínico da CoronaVac, conduzido em parceria com universidades e instituições de referência (Ebserh, 2022).

A governança hospitalar evoluiu com a implementação do Plano Diretor Estratégico (PDE) e dos Contratos de Objetivos, instrumentos que alinham metas assistenciais, financeiras e acadêmicas (Ebserh, 2025b). Esses mecanismos permitiram maior previsibilidade orçamentária e monitoramento de indicadores, como taxa de ocupação, tempo médio de permanência e satisfação dos usuários (Ebserh, 2022).

No âmbito financeiro, a Rede EBSEH alcançou equilíbrio orçamentário, reduziu passivos históricos e otimizou a execução de recursos, mesmo diante das pressões da pandemia. A adoção de práticas de compliance e auditoria interna reforçou a transparência e a prevenção à corrupção, elevando o nível de maturidade institucional (Ebserh, 2022).

Essas ações consolidaram a Rede EBSEH como referência nacional em assistência hospitalar, ensino e pesquisa. A capacidade de adaptação frente à pandemia, aliada à modernização tecnológica e ao fortalecimento da governança, evidencia um modelo de gestão orientado para resultados e comprometido com a qualidade do cuidado. Os avanços alcançados, embora significativos, apontam para desafios futuros, como a ampliação da sustentabilidade financeira, a redução das desigualdades regionais e a continuidade da inovação tecnológica (Ebserh, 2022).

Nesse contexto, a Rede EBSEH reafirma seu papel estratégico na promoção da saúde pública e na formação de profissionais qualificados para o Brasil.

2.3.4 Estrutura organizacional dos hospitais da EBSEH

Hospitais possuem uma estrutura organizacional que garante o apoio às suas atividades fim. A EBSEH por exemplo, possui uma estrutura complexa, composta pela Administração Central e pelos 45 Hospitais Universitários Federais (HUF's), organizados em diferentes tipos e complexos hospitalares. A Administração Central é formada pela Presidência, Vice-Presidência, Diretorias temáticas (como Atenção à Saúde, Ensino, Pesquisa e Inovação, Administração e Infraestrutura, Gestão de Pessoas, Orçamento e Finanças, Tecnologia da Informação) e órgãos de governança, como Conselhos e Comitês. Nos hospitais, a estrutura padrão inclui Superintendência, Gerências de Atenção à Saúde, Administrativa e de Ensino e Pesquisa, além de setores especializados, como hotelaria hospitalar, engenharia clínica, gestão da qualidade, regulação assistencial e unidades de produção e distribuição de refeições. Essa

organização busca garantir governança, eficiência operacional e integração entre assistência, ensino e pesquisa, alinhada às diretrizes do SUS e às práticas de gestão pública (Ebserh, 2025a).

2.4 Hipóteses do Trabalho

A literatura apresentada ao longo do referencial teórico evidencia que a qualidade dos serviços de saúde resulta da interação entre estrutura, processos e resultados, conforme o modelo clássico de Donabedian (Donabedian, 1988). No contexto dos hospitais universitários da Rede EBSEH, essa dinâmica é ainda mais complexa, pois envolve a integração entre assistência, ensino e pesquisa, além de desafios específicos de governança, heterogeneidade estrutural e variações significativas na capacidade instalada. Os estudos revisados demonstram que características estruturais (porte, gasto financeiro, complexidade, funcionários), indicadores assistenciais (volume de consultas, exames, cirurgias e internações) e atividades acadêmicas (presença de residentes, número de programas de residência e estudantes) se associam diretamente com a experiência do usuário e sua satisfação, conforme a tabela 1:

Tabela 1 – Articulação entre o modelo de Donabedian, as variáveis estruturais, assistenciais e acadêmicas do Painel de Informações orçamentárias e as Dimensões da Pesquisa de Satisfação da EBSEH.

Hospital	Definição segundo Donabedian	Variáveis utilizadas no estudo
Estrutura	Relaciona-se à caracterização do ambiente em que se dá a oferta de cuidado, por fatores como insumos, equipamentos, orçamento, recursos humanos, qualificação profissional e modelo de organização do serviço.	Nível de complexidade; Gasto total anual em 2023; número de leitos ativos; área construída total e total de funcionários.
Processos	Diz respeito ao percurso dos usuários na busca e obtenção de atendimento, bem como aos procedimentos adotados pelos profissionais nas ações diagnósticas e terapêuticas.	Número de internações, número de consultas, programas de residência, número de cirurgias, número de exames de imagens, número de exames laboratoriais, número de residentes; número de programas de residência e total de alunos de medicina.
Resultados	Se refere ao impacto exercido sobre o estado de saúde das pessoas, além de outras	Satisfação geral com roupa/limpeza/lixo; satisfação geral com estrutura física, satisfação geral no atendimento no ambulatório, satisfação geral no

dimensões, como a satisfação do atendimento na internação, satisfação geral
usuário com o serviço. com refeições e insatisfação geral.

Fonte: Do próprio autor.

Assim, com base nos fundamentos teóricos apresentados nas seções anteriores, formulam-se as seguintes hipóteses:

- H1: Hospitais com maior porte estrutural (maior número de leitos, maior gasto financeiro total, área construída em metros quadrados e maior complexidade) estão associados a níveis mais elevados de satisfação dos usuários.

A Rede EBSEH apresenta grande heterogeneidade em termos de porte, infraestrutura e complexidade, mensurados pelo Indicador de Complexidade Estrutural (ICE), que considera número de leitos, UTIs, centros cirúrgicos, equipamentos e estrutura para ensino e pesquisa (Ebserh, 2022). Donabedian afirma que a estrutura é a base para processos assistenciais eficientes, aumentando a probabilidade de melhores resultados (Donabedian, 1988). Estudos internacionais reforçam que características estruturais se relacionam com a satisfação dos pacientes, ainda que de forma variável (Kraska; Weigand; Geraedts, 2017). Assim, hospitais com maior porte estrutural tendem a oferecer maior diversidade de serviços, maior resolutividade e melhores condições físicas, o que pode elevar a satisfação dos usuários.

- H2: Hospitais com maior número de funcionários estão associados a maiores níveis de satisfação, dada a maior disponibilidade de profissionais para atendimento.

A disponibilidade de profissionais é um componente central da estrutura hospitalar. Estudos mostram que maior proporção de profissionais por paciente está associada a melhores resultados clínicos e maior satisfação (Aiken *et al.*, 2012). A governança hospitalar da EBSEH, reforçada pelo REHUF, buscou recompor quadros de pessoal e ampliar a capacidade de atendimento (Ebserh, 2022). Hospitais com mais funcionários tendem a reduzir filas, melhorar o acolhimento e aumentar o tempo de atenção ao paciente, o que pode elevar a satisfação. Assim, espera-se que o número de funcionários esteja positivamente associado à satisfação dos usuários.

- H3: Maiores volumes assistenciais (consultas, exames, atendimentos no ambulatório e cirurgias) estão positivamente associados à satisfação dos usuários, por refletirem maior capacidade de resposta e resolutividade.

A governança clínica, segundo a OMS, recomenda o monitoramento de indicadores como consultas, exames e cirurgias, pois refletem a capacidade de resposta e a eficiência dos serviços (Oms, 2014). Processos assistenciais bem-organizados, com maior resolutividade e menor tempo de espera, estão associados a melhores experiências dos pacientes (Doyle; Lennox; Bell, 2013). No modelo de Donabedian, o processo é o principal determinante direto dos resultados percebidos. Assim, maiores volumes assistenciais podem indicar maior capacidade operacional e maior resolutividade, influenciando positivamente a satisfação dos usuários (Donabedian, 1988).

- H4: O aumento do número de internações está positivamente associado à satisfação dos usuários.

O número de internações é um indicador clássico de processo assistencial e reflete a capacidade instalada do hospital. Hospitais com maior volume de internações tendem a ser unidades de maior porte, com maior complexidade e maior resolutividade clínica. A OMS destaca que internações são indicadores essenciais para avaliar eficiência e qualidade. Assim, espera-se que hospitais com maior número de internações apresentem níveis mais elevados de satisfação, por refletirem maior capacidade de resposta às demandas da população (Oms, 2014).

- H5: Hospitais com maior atividade acadêmica (mais residentes, mais programas de residência e alunos de medicina) se associam a maiores níveis de satisfação dos usuários.

A presença de estudantes e residentes é uma característica intrínseca dos hospitais universitários. O estudo de Silva et al, demonstra que, em períodos letivos, pacientes relatam maior satisfação no atendimento, devido ao tempo adicional dedicado pelos estudantes, ao cuidado mais detalhado e à maior atenção (Silva *et al.*, 2019). Embora possam ocorrer percepções de insegurança em procedimentos técnicos, a literatura mostra que a atividade acadêmica tende a ampliar a disponibilidade de profissionais e intensificar o acompanhamento clínico. Assim, hospitais com maior atividade acadêmica podem

apresentar níveis mais elevados de satisfação dos usuários. Na tabela 2 a seguir, podemos ver a relação entre os objetivos específicos e hipóteses do estudo:

Tabela 2 - Relação entre Objetivos Específicos e Hipóteses do Estudo

Dimensão analítica	Objetivo Específico	Hipóteses Associadas	Justificativa Teórica
Estrutural	Avaliar a influência de características estruturais, como o nível de complexidade, gasto total, área construída em metros quadrados e número de leitos, sobre a níveis de satisfação dos usuários dos hospitais da Rede EBSEH.	H1, H2	Estrutura hospitalar influencia processos e resultados (Donabedian, 1988). Estudos mostram que porte, RH e ensino afetam satisfação.
Assistencial	Avaliar a influência de características assistenciais, incluindo número de consultas, atendimentos no ambulatório, exames de imagem, exames laboratoriais, cirurgias e internações, e os níveis de satisfação dos usuários.	H3, H4	Processos assistenciais determinam resultados percebidos (Doyle; Lennox; Bell, 2013; Oms, 2014).
Acadêmica	Avaliar a influência de características acadêmicas, como o número de programas de residência e de alunos de medicina, sobre a percepção de qualidade pelos usuários.	H5	Atividade acadêmica impacta satisfação (da Silva <i>et al.</i> , 2019).
Geral	Determinar quais variáveis são os melhores preditores da satisfação.	H1–H5	As hipóteses testam dimensões estruturais, assistenciais e acadêmicas, permitindo identificar preditores.

Fonte: Do próprio autor.

3 METODOLOGIA

3.1 Introdução

A presente pesquisa adota uma abordagem quantitativa, uma vez que se fundamenta na análise de dados numéricos secundários e utiliza procedimentos estatísticos para identificar padrões, relações e efeitos entre variáveis estruturais, assistenciais e acadêmicas dos hospitais universitários da EBSEH. Segundo Gil, pesquisas quantitativas recorrem à linguagem matemática para descrever causas de fenômenos e testar relações entre variáveis (Gil, 2008).

Quanto à sua natureza, trata-se de uma pesquisa aplicada, pois busca produzir conhecimento voltado à solução de problemas concretos da gestão hospitalar pública, especialmente no que se refere à compreensão dos fatores que influenciam a satisfação dos usuários do SUS em HUF's. Conforme Gerhardt e Silveira, pesquisas aplicadas têm como finalidade gerar conhecimento para uso prático, orientado à melhoria de processos, políticas ou serviços exatamente o propósito deste trabalho ao oferecer evidências para a gestão da EBSEH (Gerhardt; Silveira, 2009).

No que se refere aos objetivos, a pesquisa é classificada como explicativa, pois busca identificar e compreender os fatores que associam a relação entre variáveis estruturais, assistenciais e acadêmicas e os níveis de satisfação dos usuários (Gil, 2008). Segundo Gil, pesquisas explicativas procuram aprofundar o conhecimento sobre a causa ou os determinantes de um fenômeno, indo além da simples descrição dos fatos. Esse enquadramento se aplica ao presente estudo ao analisar como características estruturais, assistenciais e acadêmicas dos hospitais universitários contribuem para explicar variações na satisfação dos usuários.

Quanto aos procedimentos técnicos, trata-se de uma pesquisa *ex post facto*, uma vez que analisa relações de causa e efeito entre variáveis já ocorridas, sem intervenção do pesquisador (Fonseca, 2002). Fonseca explica que pesquisas *ex post facto* investigam fenômenos após sua ocorrência, utilizando dados previamente registrados para identificar possíveis associações exatamente o caso deste estudo, que utiliza dados consolidados de 2023 disponibilizados pela EBSEH (Fonseca, 2002).

Além disso, destaca-se que a pesquisa utiliza toda a população disponível, composta pelos 38 hospitais universitários federais com dados completos no ano de 2023. Não se trata, portanto, de amostragem, mas de análise censitária, o que aumenta a robustez dos resultados e elimina erros amostrais. A escolha do ano de 2023 é justificada por duas razões principais: (i)

trata-se do ano mais recente com dados completos, padronizados e consolidados no Painel de Informações Orçamentárias que possa ser comparado à Pesquisa de Satisfação dos Usuários; e a padronização metodológica da EBSEH nesse período garante comparabilidade entre hospitais, evitando vieses decorrentes de mudanças de sistema ou alterações de coleta. Assim, o uso exclusivo de 2023 não compromete a validade da análise, pois reflete o cenário institucional mais atualizado e homogêneo disponível.

3.2 Coleta de dados

Os dados orçamentários foram obtidos através do Painel de Informações Orçamentárias e Financeiras da Rede EBSEH. A EBSEH disponibiliza em seu website um painel interativo em plataforma Business Intelligence, de informações da rede (Ebserh, 2020). O painel orçamentário foi desenvolvido pela Diretoria de Orçamento e Finanças da empresa e é diariamente atualizado contendo dados de planejamento e orçamento da rede de hospitais universitários, como realização de receitas, execução de despesas, indicadores de resultado e gestão, entre outros (Ebserh, 2020). No Painel de Informações Orçamentárias e Financeiras, figura 8, foi consultada a página três referente a informações gerais da rede para o ano de 2023.

Figura 8 - Painel de Informações Orçamentárias e Financeiras da Rede EBSEH



Fonte: (Ebserh, 2020) .

Para cada um dos hospitais, foram retiradas informações relacionadas as características estruturais, assistenciais e acadêmicas. Considerou-se como características estruturais o nível de complexidade, o gasto total, o número de leitos, área construída e número de funcionários (Tabela 3). A EBSERH terceiriza serviços de apoio, dessa forma os empregados terceirizados não fizeram parte da contabilização de número de funcionários deste trabalho considerando que estes dados não estão disponíveis no painel de informações orçamentárias. Já as variáveis acadêmicas foram o número de programas de residência, número de residentes e de alunos de medicina (Tabela 4). Apesar de residentes e alunos de medicina serem também considerados como força de trabalho nos hospitais de modo geral, neste trabalho serão avaliados como variáveis acadêmicas. Finalmente, as características assistenciais foram o número de consultas, exames de imagem, exames laboratoriais, cirurgias e internações realizados por ano (Tabela 5).

Tabela 3 - Características estruturais dos hospitais universitários da rede EBSERH de 2023.

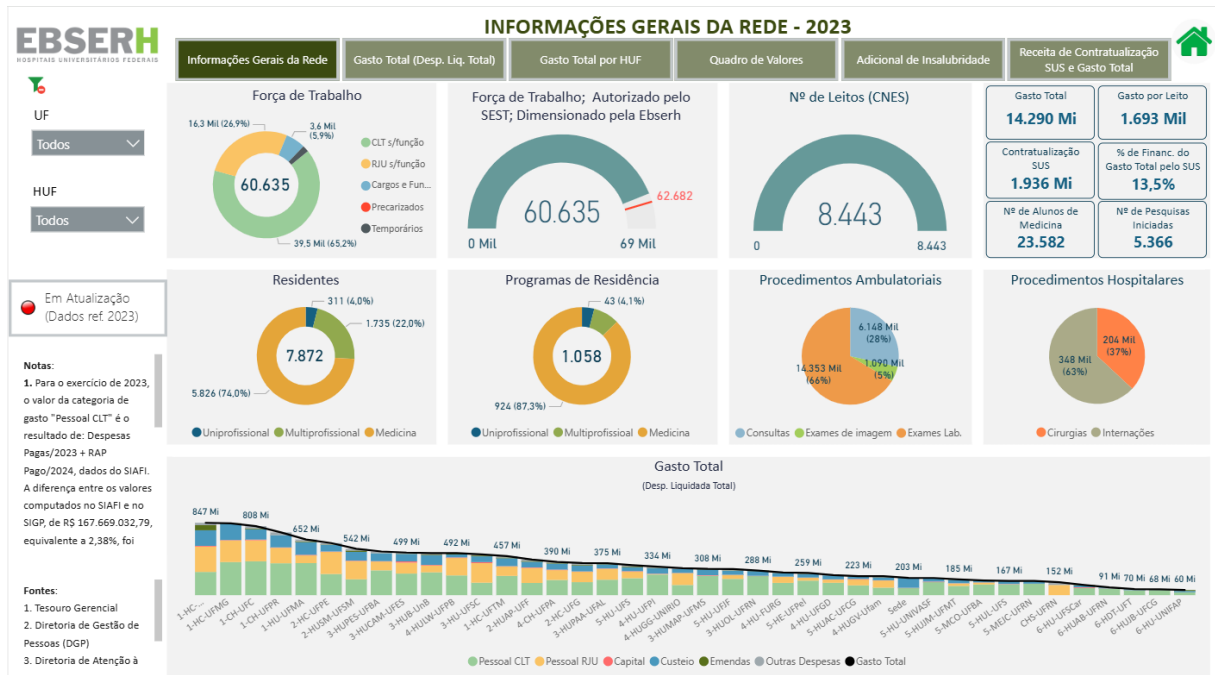
Hospital	NC	Gasto (R\$)	Leitos	Area	Funcionários
CHC-UFPR	1	735.376.721	452	62726	3437
CH-UFC	1	808.042.596	397	42318	3266
CHU-UFPA	4	389.791.528	253	33570	1616
HC-UFG	2	376.365.022	289	73657	1637
HC-UFMG	1	841.813.310	465	68016	3089
HC-UFPE	2	609.998.739	306	63438	2449
HC-UFTM	1	456.999.676	288	32197	1969
HC-UFU	1	847.269.305	472	53911	3056
HDT-UFT	6	70.469.965	55	6220	328
HE-UFPEL	5	259.334.417	171	26235	1195
HUAB-UFRN	6	90.650.100	62	5187	509
HUAC-UFCG	5	223.299.755	165	19865	1029
HUAP-UFF	2	417.033.409	246	36497	1854
HUB-UNB	3	492.962.700	226	50015	2194
HUCAM-UFES	3	498.919.381	244	32309	1934
HU-FURG	4	265.082.931	213	35243	1272
HUGD-UFGD	4	235.437.834	169	25866	1140
HUGG-UNIRIO	4	316.826.590	171	21482	1473
HUGV-UFAM	4	222.421.711	157	38036	887
HUJB-UFCG	6	68.388.118	49	5158	366
HUJM-UFMT	5	184.628.124	104	14923	825
HUL-UFS	5	166.954.609	126	7393	864
HULW-UFPB	4	492.062.036	213	41306	1879
HUMAP-UFMS	3	307.682.288	210	27145	1623
HUOL-UFRN	3	287.528.857	252	35399	1743
HUPAA-UFAL	3	374.880.510	241	35275	1399

HUPES-UFBA	3	511.389.886	369	43026	2253
HUSM-UFSM	2	542.379.490	380	40557	1843
HU-UFJF	5	306.016.561	154	19712	1354
HU-UFMA	1	652.227.675	436	42708	3106
HU-UFPI	4	334.283.465	176	23051	1487
HU-UFS	5	352.025.391	176	27961	1572
HU-UFSC	3	476.851.479	255	37861	1756
HU-UFSCAR	6	119.498.338	66	30900	532
HU-UNIFAP	6	60.276.804	60	34862	438
HU-UNIVASF	5	200.818.757	150	15663	912
MCO-UFBA	5	172.680.323	81	5445	870
MEJC-UFRN	5	166.360.668	144	12088	979

Fonte: Do próprio autor.

O nome completo dos hospitais pode ser visto na tabela de abreviaturas e siglas. A tabela acima traz as características estruturais dos hospitais universitários da rede EBSEERH de 2023, figura 9, onde: NC é Nível de complexidade; Gasto R\$: Gasto total financeiro anual em 2023 com custeio, investimento e folha salarial; Leitos é número de leitos ativos; Área é área construída total em metros quadrados; Funcionários diz respeito ao total de funcionários efetivos; e Residentes é o total de alunos de residência.

Figura 9 - Painel de Informações Orçamentárias e Financeiras da Rede EBSEERH: Informações Gerais da Rede EBSEERH



Fonte: (Ebserh, 2020).

Tabela 4 - Variáveis acadêmicas dos hospitais universitários da rede EBSEH de 2023.

Hospital	Residentes	Programas residência	Alunos
CHC-UFPR	549	59	1561
CH-UFC	349	55	952
CHU-UFPA	236	22	900
HC-UFG	348	44	521
HC-UFMG	589	72	964
HC-UFPE	340	52	630
HC-UFTM	266	36	890
HC-UFU	402	63	720
HDT-UFT	34	8	125
HE-UFPEL	90	14	753
HUAB-UFRN	71	5	218
HUAC-UFCG	65	9	294
HUAP-UFF	265	49	1041
HUB-UNB	274	40	717
HUCAM-UFES	207	28	678
HU-FURG	73	11	341
HUGD-UFGD	83	7	600
HUGG-UNIRIO	186	41	1092
HUGV-UFAM	202	28	868
HUJB-UFCG	12	1	202
HUJM-UFMT	150	18	391
HUL-UFS	28	3	216
HULW-UFPB	289	21	495
HUMAP-UFMS	210	27	480
HUOL-UFRN	238	31	600
HUPAA-UFAL	147	19	518
HUPES-UFBA	412	46	597
HUSM-UFMS	290	55	728
HU-UFJF	251	35	1350
HU-UFMA	361	35	561
HU-UFPI	219	27	416
HU-UFS	289	31	303
HU-UFSC	151	24	793
HU-UFSCAR	12	3	122
HU-UNIFAP	22	6	146
HU-UNIVASF	83	17	1035
MCO-UFBA	20	12	285
MEJC-UFRN	59	4	479

Fonte: Do próprio autor. O nome completo dos hospitais pode ser visto na tabela de abreviaturas e siglas. Programas de residência: Total de programas de residência cadastrados; Aluno: Total de alunos de graduação de medicina no hospital.

Tabela 5 - Características assistenciais dos hospitais universitários da rede EBSEERH de 2023.

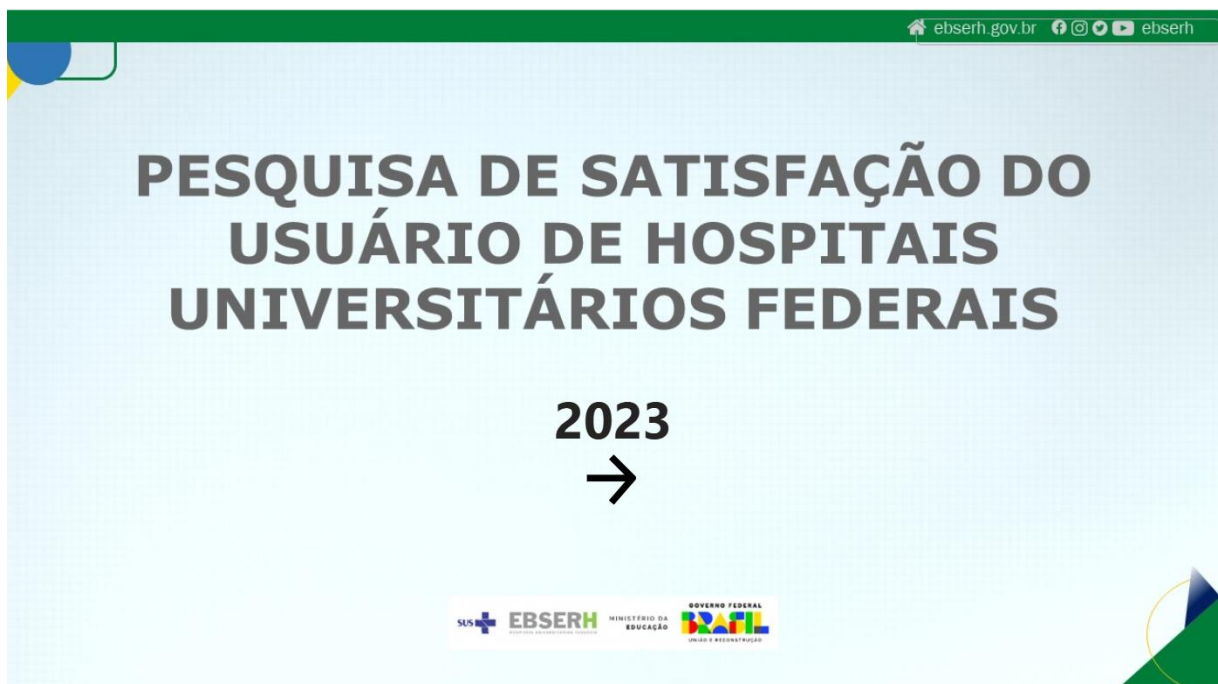
Hospital	Consultas	Imagens	Laboratório	Cirurgias	Internações
CHC-UFPR	400998	90338	904212	12411	22306
CH-UFC	338143	60381	551487	10433	20021
CHU-UFPA	280261	35027	1962883	4056	5832
HC-UFG	219400	24108	258170	5324	10249
HC-UFMG	398368	54829	972359	8981	21209
HC-UFPE	271391	36475	466933	8492	16585
HC-UFTM	299285	24879	304949	8027	12922
HC-UFU	353341	50236	604092	14801	20491
HDT-UFT	26533	1550	67602	174	1571
HE-UFPEL	116646	17708	282208	2198	5253
HUAB-UFRN	33194	14735	84431	3223	5752
HUAC-UFCG	54222	11182	67743	2417	4969
HUAP-UFF	148591	30672	590299	4276	7686
HUB-UNB	256774	43612	1047012	10197	11693
HUCAM-UFES	197061	29429	448861	7834	11798
HU-FURG	134941	38133	280706	2687	5756
HUGD-UFGD	46586	8897	235363	3659	8318
HUGG-UNIRIO	109089	13834	111872	3793	6408
HUGV-UFAM	65345	21321	299871	4083	5139
HUJB-UFCG	20173	7345	75171	890	1827
HUJM-UFMT	54634	14933	356664	2117	3766
HUL-UFS	64431	27306	38631	1364	4167
HULW-UFPB	189931	15550	158611	4720	7525
HUMAP-UFMS	110005	17756	506168	5113	10763
HUOL-UFRN	211730	34494	177818	4043	7578
HUPAA-UFAL	89386	20124	238662	5224	9855
HUPES-UFBA	236161	35350	449533	4704	9235
HUSM-UFMS	275259	43792	528810	13745	16435
HU-UFJF	163072	27412	284698	5033	5585
HU-UFMA	284987	48328	336547	9791	17320
HU-UFPI	100309	18388	131746	5751	5322
HU-UFS	194567	32554	509540	3803	6058
HU-UFSC	234487	32738	478823	7237	12092
HU-UFSCAR	18921	19965	27734	782	3483
HU-UNIFAP	7838	355	10791	64	432
HU-UNIVASF	53604	52730	20751	5162	8806
MCO-UFBA	30893	20820	454394	2142	4697
MEJC-UFRN	57388	12480	27350	5124	9117

Fonte: Do próprio autor. O nome completo dos hospitais pode ser visto na tabela de abreviaturas e siglas. Consultas: Número total de consultas realizadas no ano; Imagens: Número total de exames de imagens de

diagnóstico realizadas no ano; Laboratório: Número total de exames de laboratório realizados no ano; Cirurgias: Número total de cirurgias realizadas no ano; e Internações: Número total de internações realizadas no ano.

A EBSEERH também disponibiliza uma ferramenta de acompanhamento da pesquisa de satisfação dos usuários do SUS, figura 10, com os índices de satisfação dos usuários obtidos por meio das pesquisas institucionais de ouvidoria (Ebserh, 2023a) A pesquisa é realizada através de questionário criado de forma eletrônica por meio da ferramenta RedCap, contendo campos para avaliação em cinco grandes áreas: roupa/limpeza/lixo, estrutura, atendimento no ambulatório, atendimento na internação e refeições, além da avaliação de satisfação geral e indicação do HUF's (Ebserh, 2023a). O respondente pode optar por avaliar apenas uma ou várias dessas áreas, sendo que, em cada dimensão, há em média oito itens de avaliação. Os formulários ficam disponíveis de janeiro a dezembro e há campanhas nas ouvidorias internas para incentivo à resposta com parcerias com as áreas de comunicação, hotelaria e de serviços gerais. Foram extraídas as notas atribuídas pelos usuários aos hospitais da rede EBSEERH no ano de 2023 para os seguintes quesitos: geral, roupa/limpeza/lixo, estrutura, atendimento no ambulatório, atendimento na internação e refeições conforme figura 11.

Figura 10 - Capa da Pesquisa de Satisfação dos Usuários do SUS da Rede EBSEERH



Fonte: (Ebserh, 2023a).

Os avaliadores utilizam um questionário fundamentado na escala Likert, instrumento amplamente empregado em pesquisas de satisfação por possibilitar a mensuração de percepções subjetivas em categorias ordenadas (Dalmoro; Vieira, 2014). Essa escala consiste em um conjunto de afirmações ou itens avaliados pelo respondente em níveis graduais de concordância ou satisfação, geralmente variando de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. A atribuição de valores numéricos a essas respostas permite a análise estatística dos dados, tornando possível identificar padrões e relações entre variáveis (Da Costa Júnior *et al.*, 2024).

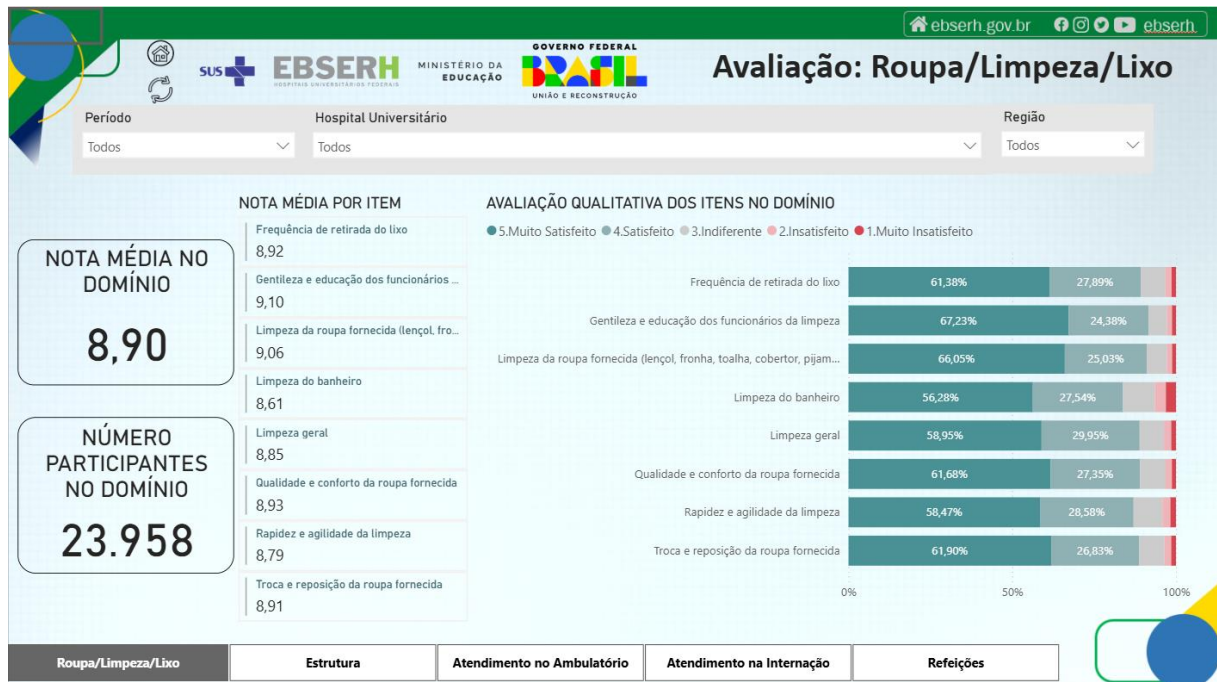
Figura 11 - Página seis da Pesquisa de Satisfação dos Usuários

Roupa/Limpeza/Lixo				Estrutura				Atendimento no Ambulatório				Atendimento na Internação				Refeições			
SIGLA_HUF	(n)	Meta	%	SIGLA_HUF	(n)	Meta	%	SIGLA_HUF	(n)	Meta	%	SIGLA_HUF	(n)	Meta	%	SIGLA_HUF	(n)	Meta	%
CHC-UFRPR	1.081	380	284,47%	CHC-UFRPR	492	384	128,13%	CHC-UFRPR	504	384	131,25%	CHC-UFRPR	671	380	176,58%	CHC-UFRPR	621	380	163,42%
CHU-UFPA	378	372	101,61%	CHU-UFPA	394	384	102,60%	CHU-UFPA	412	384	107,29%	CHU-UFPA	386	372	103,76%	CHU-UFPA	374	372	100,54%
HC-UFG	375	369	101,63%	HC-UFG	415	384	108,07%	HC-UFG	387	384	100,78%	HC-UFG	372	369	100,81%	HC-UFG	387	369	104,88%
HC-UFMG	386	372	103,76%	HC-UFMG	629	384	163,80%	HC-UFMG	418	384	108,85%	HC-UFMG	429	372	115,32%	HC-UFMG	387	372	104,03%
HC-UFPE	560	371	150,94%	HC-UFPE	558	384	145,31%	HC-UFPE	408	384	106,25%	HC-UFPE	378	371	101,89%	HC-UFPE	383	371	103,23%
HC-UFTM	875	373	234,58%	HC-UFTM	879	384	228,91%	HC-UFTM	503	384	130,99%	HC-UFTM	593	373	158,98%	HC-UFTM	466	373	124,93%
HC-UFU	1.852	378	489,95%	HC-UFU	995	384	259,11%	HC-UFU	988	384	257,29%	HC-UFU	1.860	378	492,06%	HC-UFU	1.857	378	491,27%
HDT-UFT	331	296	111,82%	HDT-UFT	394	371	106,20%	HDT-UFT	387	371	104,31%	HDT-UFT	353	296	119,26%	HDT-UFT	343	296	115,88%
HE-UFPEl	894	359	249,03%	HE-UFPEl	897	383	234,20%	HE-UFPEl	501	383	130,81%	HE-UFPEl	905	359	252,09%	HE-UFPEl	898	359	250,14%
Huab-UFRN	459	353	130,03%	Huab-UFRN	457	380	120,26%	Huab-UFRN	399	380	103,42%	Huab-UFRN	361	353	102,27%	Huab-UFRN	458	353	129,75%
HUAC-UFCG	877	355	247,04%	HUAC-UFCG	912	382	238,74%	HUAC-UFCG	903	382	236,39%	HUAC-UFCG	1.053	355	296,62%	HUAC-UFCG	1.027	355	289,30%
Huap-UFF	448	361	124,10%	Huap-UFF	481	383	125,59%	Huap-UFF	487	383	127,15%	Huap-UFF	440	361	121,88%	Huap-UFF	434	361	120,22%
HUB-UnB	797	375	212,53%	HUB-UnB	529	384	137,76%	HUB-UnB	414	384	107,81%	HUB-UnB	444	375	118,40%	HUB-UnB	441	375	117,60%
Hucam-Ufes	435	368	118,21%	Hucam-Ufes	397	384	103,39%	Hucam-Ufes	682	384	177,60%	Hucam-Ufes	445	368	120,92%	Hucam-Ufes	383	368	104,08%
HU-Furg	480	360	133,33%	HU-Furg	478	384	124,48%	HU-Furg	392	384	102,08%	HU-Furg	480	360	133,33%	HU-Furg	482	360	133,89%
HUGD-UFGD	2.363	365	647,40%	HUGD-UFGD	2.360	380	621,05%	HUGD-UFGD	1.385	380	364,47%	HUGD-UFGD	979	365	268,22%	HUGD-UFGD	967	365	264,93%
HUGG-Unirio	370	363	101,93%	HUGG-Unirio	404	384	105,21%	HUGG-Unirio	703	384	183,07%	HUGG-Unirio	394	363	108,54%	HUGG-Unirio	370	363	101,93%
HUGV-UFam	607	350	173,43%	HUGV-UFam	540	388	141,36%	HUGV-UFam	474	382	124,08%	HUGV-UFam	384	350	109,71%	HUGV-UFam	382	350	109,14%
HUB-UFMG	1.244	324	383,95%	HUB-UFMG	1.253	379	330,61%	HUB-UFMG	889	379	234,56%	HUB-UFMG	433	324	133,64%	HUB-UFMG	452	324	139,51%
HUJM-UFMT	329	348	132,01%	HUJM-UFMT	514	383	134,20%	HUJM-UFMT	386	383	100,78%	HUJM-UFMT	350	348	100,57%	HUJM-UFMT	348	348	100,00%
HUL-UFS	387	351	110,28%	HUL-UFS	391	378	103,44%	HUL-UFS	392	378	103,70%	HUL-UFS	395	351	112,54%	HUL-UFS	557	351	158,69%
HULW-UFPB	414	365	113,42%	HULW-UFPB	459	383	119,84%	HULW-UFPB	397	383	103,66%	HULW-UFPB	368	365	100,82%	HULW-UFPB	371	365	101,64%
Humap-UFMS	1.164	372	312,90%	Humap-UFMS	1.168	383	304,96%	Humap-UFMS	502	383	131,07%	Humap-UFMS	704	372	189,25%	Humap-UFMS	701	372	188,45%
Huol-UFRN	422	363	116,25%	Huol-UFRN	392	384	102,08%	Huol-UFRN	409	384	106,51%	Huol-UFRN	406	363	111,85%	Huol-UFRN	396	363	109,09%
HUPAA-Ufal	338	363	93,11%	HUPAA-Ufal	689	383	179,90%	HUPAA-Ufal	729	383	190,34%	HUPAA-Ufal	338	363	93,11%	HUPAA-Ufal	331	363	91,18%
Hupes-UFBA	424	369	114,91%	Hupes-UFBA	396	384	103,13%	Hupes-UFBA	390	384	101,56%	Hupes-UFBA	430	369	116,53%	Hupes-UFBA	419	369	113,55%
HUSM-UFMS	456	376	121,28%	HUSM-UFMS	485	384	126,30%	HUSM-UFMS	483	384	125,78%	HUSM-UFMS	451	376	119,95%	HUSM-UFMS	455	376	121,01%
HU-UFJF	392	383	102,35%	HU-UFJF	412	383	107,57%	HU-UFJF	388	383	101,31%	HU-UFJF	368	363	101,38%	HU-UFJF	372	363	102,48%
HU-UFMA	631	375	168,27%	HU-UFMA	663	384	172,66%	HU-UFMA	663	384	172,66%	HU-UFMA	634	375	169,07%	HU-UFMA	630	375	168,00%
Total	24.055	13.773	174,65%	Total	24.005	14.736	162,90%	Total	19.861	14.736	134,78%	Total	19.324	13.773	140,30%	Total	19.049	13.773	138,31%

Fonte: (Ebserh, 2023a).

Para o item roupa/lixo/limpeza, figura 12, são avaliados os critérios: frequência de retirada do lixo; gentileza e educação dos funcionários da limpeza; limpeza da roupa fornecida (lençol, fronha, toalha, cobertor, pijama ou camisola); limpeza do banheiro; limpeza geral; qualidade e conforto da roupa fornecida; rapidez e agilidade da limpeza; e troca e reposição da roupa fornecida (Ebserh, 2023a).

Figura 12 – Resultado da avaliação do critério “roupa/lixo/limpeza” da PSU



Fonte: (Ebserh, 2023a).

Para o item estrutura são avaliados os critérios: conforto das áreas de recepção; conservação do ambiente em geral; conservação dos móveis; estrutura dos banheiros; iluminação dos ambientes; sinalização do local de atendimento; sinalização e estrutura de acessibilidade (calçadas, rampas, banheiros adaptados); e temperatura e ventilação dos ambientes (Ebserh, 2023a).

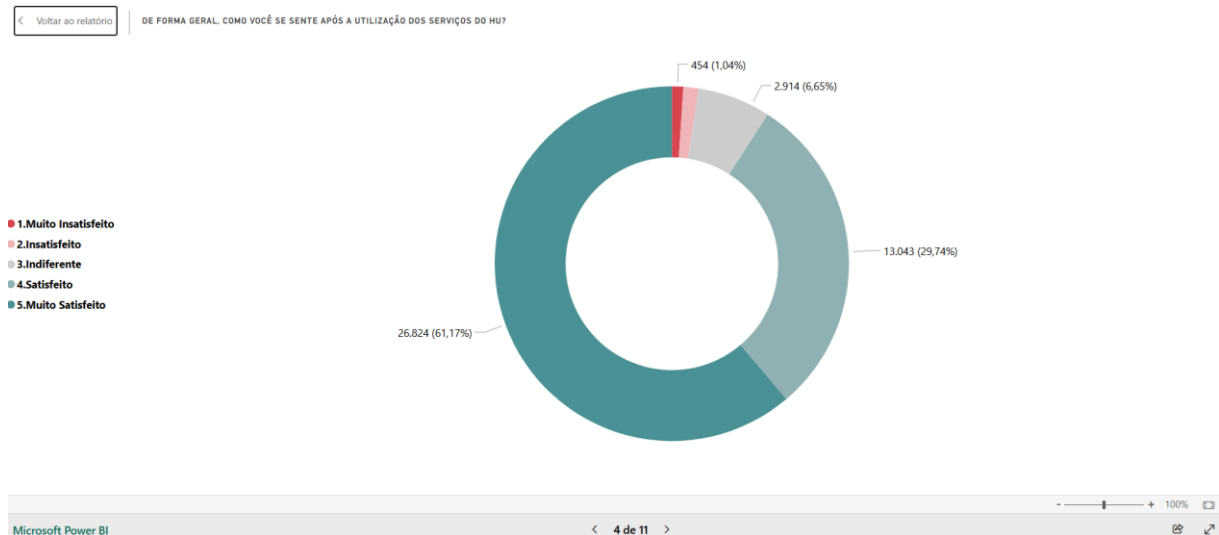
Para o item atendimento no ambulatório são avaliados os critérios: atendimento da equipe médica; atendimento da recepção e portaria; atendimento dos demais profissionais de saúde; estrutura das áreas do ambulatório; e orientações para realização de procedimentos e tratamentos (Ebserh, 2023a).

Para o item atendimento na internação são avaliados critérios como: atendimento da equipe médica; atendimento da recepção e portaria; atendimento dos demais profissionais de saúde; estrutura das áreas de internação; orientações para a alta hospitalar; e orientações para realização de procedimentos e tratamentos (Ebserh, 2023a).

Para o item refeições são avaliados critérios como: aparência; gentileza e educação dos funcionários que entregam as refeições; pontualidade na entrega; qualidade da embalagem; quantidade de alimento em cada refeição; sabor; temperatura; e variedade (Ebserh, 2023a).

Na avaliação de satisfação geral, figura 13, optou-se por avaliar as variáveis “satisfação” e a “insatisfação”, ou seja, fundiu-se os muitos insatisfeitos e insatisfeitos na variável “insatisfeitos” e os muito satisfeitos e satisfeitos na variável “satisfação”.

Figura 13 - Satisfação geral após a utilização dos serviços do HUF's



Fonte: (Ebserh, 2023a).

3.3 Preparação e análise dos dados

Os dados foram exportados da plataforma Power Bi para o Microsoft Excel. Na planilha há dados de todos os hospitais da rede EBSE RH e dados da sede da estatal em Brasília, dessa forma, os dados foram tratados excluindo as informações da sede, uma vez que se trata apenas de base administrativa da empresa.

Para além da satisfação geral tratada como variável dependente principal, este estudo analisou também as notas dimensionais da Pesquisa de Satisfação dos Usuários (PSU) como variáveis dependentes secundárias, a saber: estrutura, hotelaria (roupa/limpeza/lixo), atendimento no ambulatório, atendimento na internação e refeições, além dos índices agregados de satisfação e insatisfação. A utilização dessas dimensões se alinha ao referencial teórico adotado, especialmente ao modelo de Donabedian, no qual a qualidade em saúde é compreendida a partir das dimensões estrutura, processo e resultado (Donabedian, 1988). Assim, as notas de *estrutura* e *hotelaria* foram tratadas como proxies da dimensão Estrutura, por refletirem condições físicas, ambientais e organizacionais do hospital. As notas de *ambulatório* e *internação* foram interpretadas como proxies da dimensão Processo, por

representarem a experiência direta do usuário com o cuidado prestado. Já a *satisfação geral*, bem como os percentuais de *satisfeitos*, *insatisfeitos* e *indicação*, foram considerados indicadores da dimensão Resultado, expressando a percepção global do usuário sobre o atendimento recebido. Reconhece-se, contudo, que essas dimensões da PSU não foram originalmente concebidas para operacionalizar o modelo de Donabedian, e que o instrumento não possui estudos psicométricos publicados (validade de construto, validade de conteúdo, consistência interna ou estabilidade temporal). Dessa forma, o uso das notas dimensionais como proxies teóricas é justificável e coerente com a literatura.

A colinearidade entre as variáveis preditoras foi avaliada preliminarmente usando a função `rcorr` do pacote `Hmisc` (Harrell Jr, 2003). Dada a correlação significativa entre várias delas, optou-se pela modelagem separada para cada variável preditora, com o objetivo de mitigar o risco de multicolinearidade nos modelos finais (Tabela 4). Para identificar as variáveis que melhor explicam a satisfação dos usuários de hospitais da rede EBSEH, foram empregados Modelos Aditivos Generalizados (GAMs) (*Generalized Additive Models*) utilizando o pacote `mgcv` (Wood, 2011). Esta escolha metodológica se justifica pela necessidade de capturar de forma flexível a relação entre as variáveis, visto que a linearidade estrita não era esperada em todos os casos (Hastie; Tibshirani, 1990). Para garantir a parcimônia e obter curvas de suavização mais interpretáveis, a flexibilidade máxima dos termos aditivos foi controlada por meio da limitação do número de bases (k) em 4. Quando o `edf` (Graus de Liberdade Efetivos) do termo suavizado resultava em valores próximos a um ($\text{edf}=1$), indicando uma relação estatisticamente indistinguível de uma reta, os resultados da Regressão Linear equivalente foram utilizados e apresentados, priorizando a simplicidade e a interpretabilidade. O modelo foi especificado utilizando a família gaussiana e a função de ligação identidade (*identity link function*). As variáveis resposta utilizadas foram as notas atribuídas pelos usuários para os seguintes quesitos: geral, roupa/limpeza/lixo, estrutura, atendimento no ambulatório, atendimento na internação, e refeições, além dos níveis agregados de insatisfação e satisfação, ou seja, fundiu-se os muitos insatisfeitos e insatisfeitos na variável “insatisfeitos” e os muito satisfeitos e satisfeitos na variável “satisfeitos”. As variáveis preditoras incluídas na análise foram: nível de complexidade, gasto total anual, número de leitos, área construída (m^2), número de funcionários, número de residentes, número de programas de residência, número de alunos de medicina, número de consultas, número de exames de imagem, número de exames laboratoriais e número de internações (todos medidos anualmente) (Tabelas 3 a 5). A seleção do modelo final foi guiada pela comparação dos valores do Critério de Informação de Akaike

Corrigido (AICc). De acordo com Burnham e Anderson (2002), "o critério de informação de Akaike (AIC) é um método para a seleção de modelos que considera tanto a qualidade do ajuste quanto a complexidade do modelo, favorecendo modelos mais simples com bom desempenho preditivo." Foi considerado como melhor modelo aquele que apresentasse o menor valor de AICc, o maior coeficiente de determinação (R^2) e a maior parcimônia (menor número de variáveis preditoras). Os gráficos foram construídos com o auxílio do pacote ggplot2 (Wickham, 2016).

Tabela 6 - Correlação entre as variáveis preditoras estruturais de hospitais universitários federais a fim de avaliar multicolinearidade.

	Gasto	Leitos	Area	Funcionários	Residentes	Programas de residência
Gasto	1	0.95	0.77	0.97	0.89	0.88
Leitos	0.95	1	0.79	0.95	0.89	0.86
Area	0.77	0.79	1	0.76	0.8	0.77
Funcionários	0.97	0.95	0.76	1	0.9	0.86
Residentes	0.89	0.89	0.8	0.9	1	0.92
Programas de residência	0.88	0.86	0.77	0.86	0.92	1
Alunos	0.57	0.56	0.42	0.59	0.61	0.66
Consultas	0.93	0.92	0.78	0.93	0.9	0.86
Imagens	0.77	0.79	0.59	0.8	0.73	0.71
Laboratório	0.54	0.5	0.45	0.53	0.54	0.5
Cirurgias	0.88	0.86	0.64	0.85	0.75	0.8
Internações	0.92	0.91	0.71	0.91	0.8	0.81

Fonte: Do próprio autor.

Tabela 7 – Continuação da correlação entre as variáveis preditoras estruturais de hospitais universitários federais a fim de avaliar multicolinearidade.

	Alunos	Consultas	Imagens	Laboratório	Cirurgias	Internações
Gasto	0.57	0.93	0.77	0.54	0.88	0.92
Leitos	0.56	0.92	0.79	0.5	0.86	0.91
Area	0.42	0.78	0.59	0.45	0.64	0.71
Funcionários	0.59	0.93	0.8	0.53	0.85	0.91
Residentes	0.61	0.9	0.73	0.54	0.75	0.8
Programas de residência	0.66	0.86	0.71	0.5	0.8	0.81
Alunos	1	0.6	0.64	0.45	0.57	0.56
Consultas.	0.6	1	0.8	0.64	0.83	0.86
Imagens	0.64	0.8	1	0.52	0.75	0.8
Laboratório	0.45	0.64	0.52	1	0.44	0.42
Cirurgias	0.57	0.83	0.75	0.44	1	0.92
Internações	0.56	0.86	0.8	0.42	0.92	1

Fonte: Do próprio autor

3.4 LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

A utilização dos dados provenientes da Pesquisa de Satisfação dos Usuários (PSU) da Rede EBSEH apresenta um conjunto de limitações metodológicas que devem ser explicitadas para adequada interpretação dos resultados deste estudo. Embora a PSU represente um esforço institucional relevante, com padronização nacional, uso de plataforma eletrônica (RedCap) e fundamentação em referências metodológicas reconhecidas como o Guia de Pesquisa de Satisfação do então Ministério do Planejamento, Miot para cálculo amostral e Dalmoro e Vieira para uso da escala Likert, algumas restrições inerentes ao processo de coleta e ao instrumento utilizado precisam ser consideradas (Dalmoro; Vieira, 2014; Miot, 2011; Mpog, 2014).

A literatura especializada reconhece a escala Likert como uma metodologia amplamente utilizada e adequada para mensurar satisfação em serviços de saúde, sendo empregada em instrumentos clássicos como SERVQUAL, HCAHPS e PSQ (Parasuraman; Zeithaml; Berry, 1985; Sitzia; Wood, 1997; Ware *et al.*, 1983). Estudos metodológicos também apontam que escalas de cinco pontos apresentam boa eficiência, equilíbrio e sensibilidade para captar percepções subjetivas (Dalmoro; Vieira, 2014). No entanto, apesar de sua ampla aceitação, a utilização da escala Likert exige a verificação de propriedades psicométricas, como validade de construto, validade de conteúdo, consistência interna e estabilidade temporal. No caso da PSU da EBSEH, tais evidências não são publicadas, o que limita a robustez das inferências e exige cautela na interpretação dos resultados.

Apesar de a PSU adotar um plano amostral baseado em amostragem aleatória simples por proporções, com estimativas de tamanho amostral calculadas para cada hospital, a maior parte das respostas decorre de participação voluntária dos usuários, seja por meio de formulários eletrônicos (QR Code), formulários físicos ou abordagens presenciais. A participação espontânea tende a favorecer indivíduos mais motivados a registrar suas percepções frequentemente aqueles com experiências muito positivas ou muito negativas, o que pode introduzir viés de auto seleção e comprometer a representatividade estatística da amostra.

Além disso, as estratégias de divulgação e mobilização variam entre hospitais, envolvendo campanhas internas, ações das ouvidorias, setores de comunicação e equipes assistenciais. Essa heterogeneidade pode gerar diferenças nas taxas de resposta entre unidades, afetando a comparabilidade dos indicadores de satisfação.

Dessa forma, não é possível assegurar empiricamente que os itens avaliados medem de forma consistente e unidimensional os construtos teóricos associados à satisfação. Para fins desta pesquisa, assume-se que o instrumento possui validade e confiabilidade adequadas, dado

seu uso institucional, sua padronização nacional e sua adoção como ferramenta oficial de gestão. Ainda assim, essa ausência de evidências psicométricas constitui uma limitação a ser considerada.

Embora o plano amostral preveja amostragem aleatória simples, a própria EBSE RH reconhece que parte das respostas foi obtida por abordagens diretas realizadas por profissionais dos hospitais, com o objetivo de atingir o tamanho amostral estimado (Ebserh, 2023a). Esse procedimento pode introduzir um viés de seleção por conveniência; influência do ambiente ou do profissional na decisão de responder; e maior probabilidade de inclusão de usuários disponíveis em horários específicos. Assim, a amostra final pode não refletir plenamente a aleatoriedade prevista no desenho original (Esperidião; Trad, 2005).

O instrumento permite que o usuário avalie apenas as áreas que desejar (estrutura, hotelaria, ambulatório, internação, refeições) (Ebserh, 2023a). Isso resulta em quantidades distintas de respostas por dimensão, o que implica diferentes níveis de precisão estatística entre modelos; variação no poder explicativo das análises; e menor comparabilidade direta entre áreas.

A satisfação do usuário é um construto subjetivo, influenciado por fatores não mensurados, como: expectativas individuais; gravidade do quadro clínico; tempo de espera; comunicação com profissionais; e condições emocionais no momento da resposta (Cantalino *et al.*, 2021; Vaitsman; Andrade, 2005). Esses elementos podem introduzir variabilidade não explicada nos modelos estatísticos, limitando a capacidade de inferir relações causais.

Outro ponto deste trabalho é que as notas dimensionais da PSU foram utilizadas como variáveis dependentes secundárias, complementando a satisfação geral. As dimensões analisadas: estrutura, hotelaria (roupa/limpeza/lixo), ambulatório, internação e refeições; foram interpretadas como proxies das dimensões do modelo de Donabedian, no qual a qualidade em saúde é compreendida a partir de estrutura, processo e resultado. Assim, *estrutura* e *hotelaria* foram associadas à dimensão Estrutura, enquanto *ambulatório* e *internação* foram tratadas como indicadores da dimensão Processo. Já *satisfação geral*, *satisfeitos*, *insatisfeitos* e *indicação* foram considerados indicadores da dimensão Resultado. Contudo, reconhece-se que a PSU não foi originalmente concebida para operacionalizar o modelo de Donabedian, e que suas dimensões não possuem validação psicométrica publicada. Dessa forma, o uso dessas notas como proxies teóricas é justificável e coerente com a literatura, mas pode representar uma limitação metodológica adicional, exigindo cautela na interpretação dos achados.

Os dados utilizados são secundários, consolidados pela Ouvidoria-Geral da EBSE RH e disponibilizados em painel Business Intelligence. Assim, não é possível controlar a forma como

cada hospital operacionalizou a coleta. Também não há acesso às respostas individuais, apenas aos percentuais consolidados e não é possível verificar a distribuição das respostas ou realizar análises psicométricas independentes.

Em conjunto, essas limitações indicam que os resultados devem ser interpretados com cautela. A PSU é um instrumento valioso para captar percepções dos usuários e orientar melhorias institucionais, mas suas características metodológicas, especialmente a natureza voluntária da coleta, a ausência de validação psicométrica formal e a heterogeneidade entre hospitais impõem restrições à generalização dos achados e à precisão das estimativas produzidas pelos modelos estatísticos.

4 RESULTADO

4.1 Objetivo específico 1 (estrutural) relacionado à H1 e H2

O primeiro objetivo específico é avaliar a associação de características estruturais, como o nível de complexidade, gasto total, área construída em metros quadrados e número de leitos, sobre a níveis de satisfação dos usuários. Relacionado a esse objetivo, neste trabalho foram elaboradas duas hipóteses (H1 e H2), sendo H1 “Hospitais com maior porte estrutural (maior número de leitos, maior gasto financeiro total, área construída em metros quadrados e maior complexidade) estão associados a níveis mais elevados de satisfação dos usuários”; e H2 “Hospitais com maior número de funcionários estão associados a maiores níveis de satisfação, dada a maior disponibilidade de profissionais para atendimento”.

4.1.1 Satisfação referente à estrutura física

Para a satisfação referente à estrutura hospitalar, o modelo nulo apresentou o melhor ajuste segundo o AICc, indicando que os preditores avaliados não melhoraram o desempenho do modelo (Tabela 8). Quando o modelo nulo apresenta o melhor ajuste segundo o AICc, isso significa que nenhum dos preditores testados (como área construída, número de leitos, gasto total, nível de complexidade ou demais variáveis estruturais) melhora a capacidade do modelo de explicar a variação na satisfação dos usuários. Em outras palavras, o desempenho do modelo que não inclui nenhum preditor é superior ao dos modelos que tentam incorporar características estruturais, sugerindo que esses fatores não têm influência estatisticamente relevante sobre a satisfação relacionada à estrutura hospitalar. O AICc (Akaike Information Criterion corrected) é uma medida de qualidade do ajuste que penaliza modelos mais complexos, sendo especialmente útil em amostras pequenas. O Δ AICc representa a diferença entre o AICc de cada modelo e o AICc do melhor modelo; valores próximos de zero indicam modelos competitivos, enquanto valores maiores sugerem pior desempenho (Akaike, 1974). Já o wAICc (peso de evidência) expressa a probabilidade relativa de cada modelo ser o melhor entre os avaliados, dado o conjunto de modelos comparados. Assim, o fato de o modelo nulo apresentar o menor AICc e o maior wAICc reforça que as variáveis estruturais analisadas não contribuem para explicar a satisfação dos usuários (Burnham; Anderson; Huyvaert, 2011).

Tabela 8 – Resultado da seleção de modelos que melhor explicam a satisfação dos usuários dos hospitais universitários da rede EBSERH em relação a estrutura física (2023).

Modelo	AICc	ΔAICc	wAICc
Nulo	101.12	0.00	0.14
Internações	101.60	0.48	0.11
Funcionários	101.67	0.55	0.10
Área	101.74	0.61	0.10
Residentes	101.84	0.72	0.10
Consultas	102.26	1.14	0.08
Gasto	102.38	1.26	0.07
Leitos	102.56	1.44	0.07
Programas de residência	102.59	1.47	0.07
Cirurgias	102.61	1.49	0.06
Alunos	102.96	1.84	0.05
Imagens	103.49	2.37	0.04
Laboratório	106.18	5.06	0.01
Nível de complexidade	110.84	9.72	0.00

Fonte: Do próprio autor. AICc: valor do Critério de Informação de Akaike para amostras corrigidas. Δ AICc: diferença entre os AICc do modelo em questão com o melhor modelo. wAICc: peso de evidência do modelo.

4.1.2 Satisfação referente ao serviços de Hotelaria

Para a satisfação em relação aos serviços de hotelaria, o modelo nulo também ranqueou entre aqueles com Δ AICc < 2, não sendo identificado efeito de nenhuma variável analisada (Tabela 09). Novamente, isso significa que nenhum dos preditores testados melhora a capacidade do modelo de explicar a variação na satisfação dos usuários.

Tabela 9 – Resultado da seleção de modelos que melhor explicam a satisfação dos usuários dos hospitais universitários da rede EBSERH em relação aos serviços de hotelaria (2023).

Modelo	AICc	ΔAICc	wAICc
Nulo	79.21	0.00	0.21
Internações	80.74	1.53	0.10
Funcionários	80.82	1.61	0.09
Laboratório	81.08	1.87	0.08
Gasto	81.12	1.91	0.08
Área	81.13	1.92	0.08
Residentes	81.26	2.05	0.07
Leitos	81.38	2.16	0.07
Cirurgias	81.50	2.29	0.07
Programas de residência	81.55	2.33	0.06
Imagens	82.20	2.99	0.05
Alunos	82.97	3.75	0.03

Consultas	85.14	5.92	0.01
Nível de complexidade	88.75	9.54	0.00

Fonte: Do próprio autor. AICc: valor do Critério de Informação de Akaike para amostras corrigidas. Δ AICc: diferença entre os AICc do modelo em questão com o melhor modelo. wAICc: peso de evidência do modelo.

4.1.3 Satisfação referente aos serviços de refeições

Não foi detectada influência de nenhuma variável na satisfação em relação aos serviços de refeição, já que o modelo nulo ranqueou entre aqueles com Δ AICc < 2 (Tabela 10). Novamente, isso significa que nenhum dos preditores testados melhora a capacidade do modelo de explicar a variação na satisfação dos usuários.

Tabela 10 – Resultado da seleção de modelos que melhor explicam a satisfação dos usuários dos hospitais universitários da rede EBSEH em relação aos serviços de refeição (2023).

Modelo	AICc	Δ AiCc	wAICc
Nulo	73.41	0.00	0.20
Laboratório	74.86	1.45	0.10
Programas de residência	75.36	1.95	0.07
Internações	75.40	1.99	0.07
Funcionários	75.42	2.01	0.07
Imagens	75.46	2.05	0.07
Leitos	75.58	2.16	0.07
Consultas	75.61	2.20	0.07
Cirurgias	75.71	2.30	0.06
Residentes	75.72	2.30	0.06
Gasto	75.76	2.35	0.06
Alunos	76.02	2.61	0.05
Área	76.30	2.89	0.05
Nível de complexidade	84.19	10.78	0.00

Fonte: Do próprio autor. AICc: valor do Critério de Informação de Akaike para amostras corrigidas. Δ AICc: diferença entre os AICc do modelo em questão com o melhor modelo. wAICc: peso de evidência do modelo

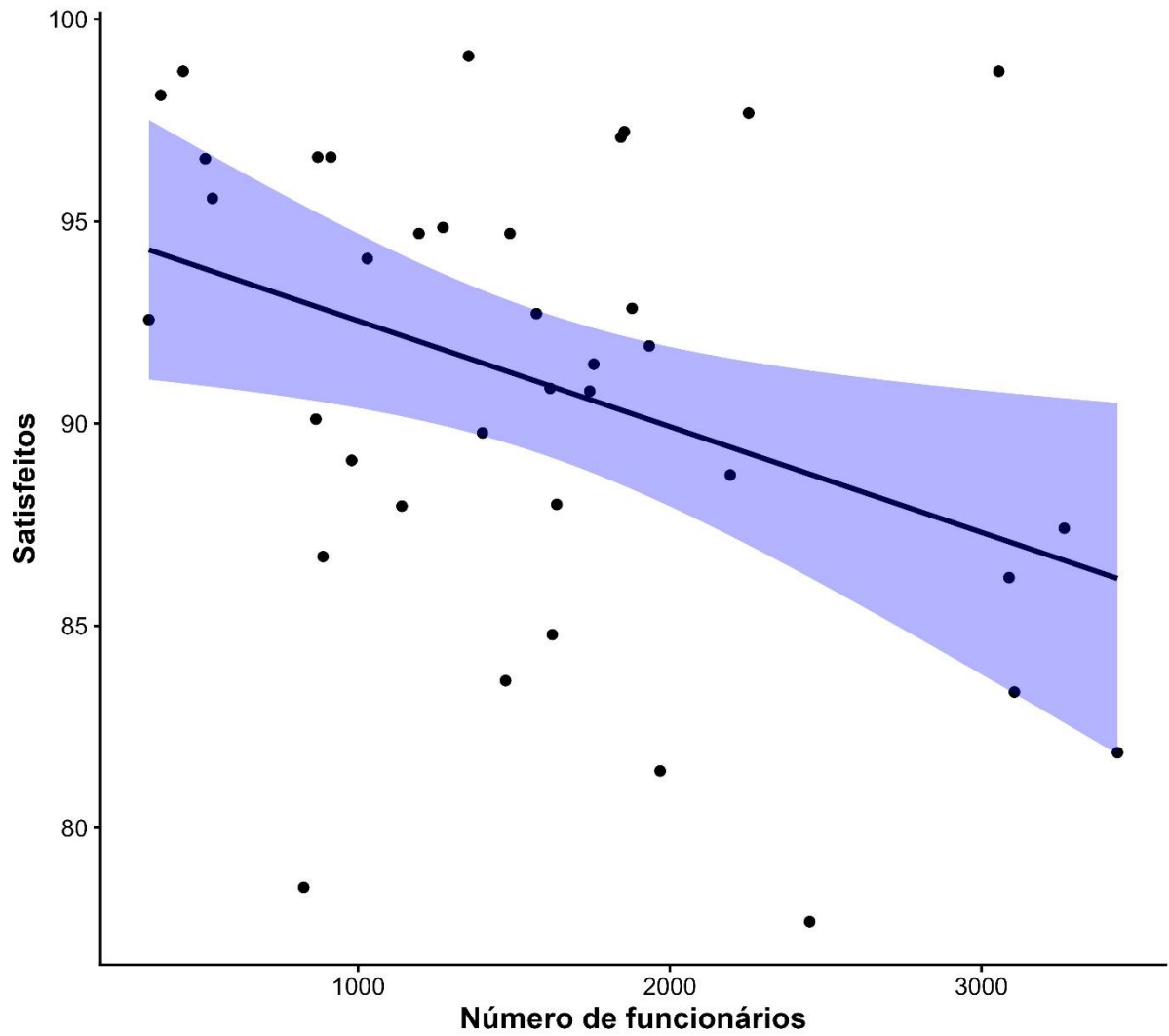
Diante dos resultados, a primeira hipótese, H1, de que hospitais com maior porte estrutural estão associados a maiores níveis de satisfação, não foi confirmada. Os modelos estatísticos indicaram que variáveis clássicas de porte como número de leitos, área construída e nível de complexidade não explicaram a variação da satisfação. Esse resultado contrasta com parte da literatura que sugere que infraestrutura adequada contribui para maior qualidade percebida (Donabedian, 1988; Moimaz *et al.*, 2010). Um outro estudo internacional reforça que características estruturais influenciam a satisfação dos pacientes, ainda que de forma variável (Kraska; Weigand; Geraedts, 2017). Assim, hospitais com maior porte estrutural

tendem a oferecer maior diversidade de serviços, maior resolutividade e melhores condições físicas, o que pode elevar a satisfação dos usuários. Entretanto, a ausência de associação pode refletir que a estrutura mínima essencial está presente em toda a Rede EBSEH, devido a investimentos homogêneos dos últimos anos (REHUF e sistemas de gestão como o AGHU), reduzindo diferenças perceptíveis pelos usuários. Além disso, aspectos subjetivos do cuidado parecem pesar mais para o usuário do que os atributos físicos, alinhando-se a estudos que apontam a relação interpessoal como elemento central da satisfação (Doyle; Lennox; Bell, 2013). Também, a satisfação elevada e pouco variável nas notas pode indicar um teto de percepção, dificultando que diferenças estruturais se expressem estatisticamente.

A segunda hipótese foi que hospitais com maior número de funcionários estão associados a maiores níveis de satisfação. Para testar essa hipótese utilizou o resultado das avaliações de satisfeitos e insatisfeitos, que como dito anteriormente são respectivamente a soma dos dados de muito satisfeitos com satisfeitos e dos muito insatisfeitos com insatisfeitos. O número de funcionários teve um efeito linear sobre o número de satisfeitos ($edf = 1$). O número de funcionários explicou aproximadamente 14% da variação na variável resposta ($\beta = -0.0026$, $p = 0.022$, $R^2=0,11$). O nível de satisfeitos foi maior quanto menor o número de funcionários (Figura 14). Em relação a porcentagem de insatisfeitos, os melhores modelos foram aqueles contendo o número de funcionários e de internações (Tabela 17). Tanto internações ($\beta = 0.00014$, $p = 0.017$, $R^2=0,15$) quanto funcionários ($\beta = 0.00081$, $p = 0.044$, $R^2=0,11$) estão positivamente associadas a porcentagem de pessoas insatisfeitas com a utilização dos serviços do hospital (Figura 15).

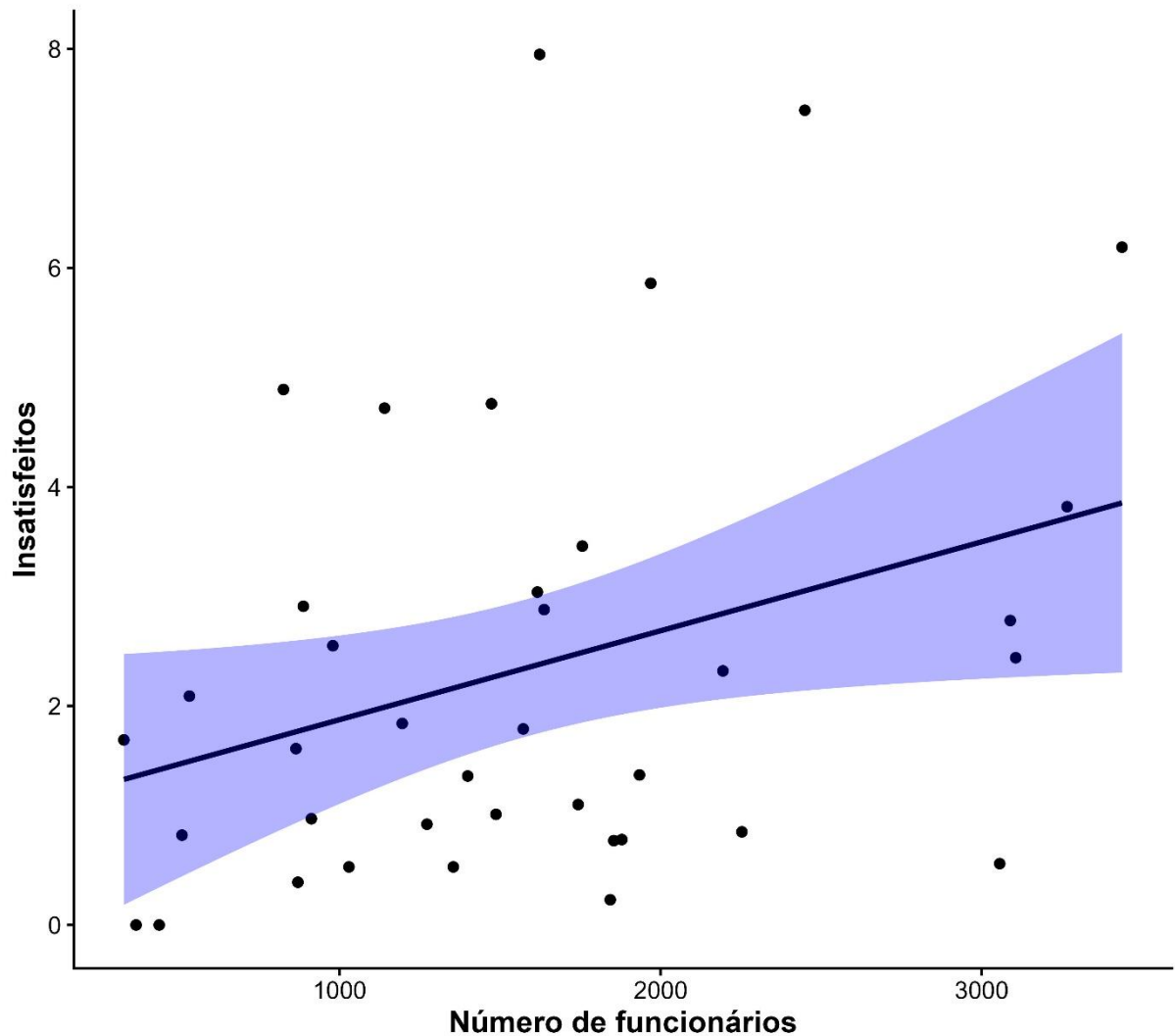
Dessa forma, a segunda hipótese não foi confirmada, tendo na verdade um efeito inverso. Contrariando a hipótese inicial e parte da literatura sobre razão profissional/leito (Aiken *et al.*, 2012), os resultados mostram que mais funcionários estão associados a menores níveis de satisfação, maiores porcentagens de insatisfeitos. Trata-se de um achado relevante e contraintuitivo. Algumas interpretações possíveis incluem hospitais maiores, com mais funcionários, enfrentam maior complexidade assistencial e maior rotatividade de usuários, o que pode gerar percepções mais críticas. Além disso, o tamanho da força de trabalho é também reflexo da complexidade estrutural, associada a fluxos mais longos, burocracia e maior tempo de espera, fatores frequentemente relatados como negativos na literatura. Outro ponto é que equipes maiores podem indicar ambientes de gestão mais desafiadores, onde a padronização do cuidado é mais difícil.

Figura 14 - Variação do nível de satisfação dos usuários dos hospitais universitários da rede EBSEH de acordo com o número de funcionários do hospital (2023).



Fonte: Do próprio autor

Figura 15 – Variação do nível de insatisfação dos usuários dos hospitais universitários da rede EBSEERH de acordo com o número de funcionários do hospital (2023).



Fonte: Do próprio autor.

Portanto, cumpriu-se o primeiro objetivo específico de avaliar a associação de características estruturais, como o nível de complexidade, gasto total, área construída em metros quadrados e número de leitos, sobre a níveis de satisfação dos usuários. As duas primeiras hipóteses relacionadas (H1 e H2), não foram confirmadas, sendo H1 “Hospitais com maior porte estrutural (maior número de leitos, maior gasto financeiro total, área construída em metros quadrados e maior complexidade) estão associados a níveis mais elevados de satisfação dos usuários”; e H2 “Hospitais com maior número de funcionários estão associados a maiores níveis de satisfação, dada a maior disponibilidade de profissionais para atendimento”.

4.2 Objetivo específico 2 (assistencial) H3 e H4

O segundo objetivo específico é avaliar a associação de características assistenciais incluindo número de consultas, exames de imagem, exames laboratoriais, cirurgias e internações e os níveis de satisfação dos usuários. Relacionado a esse objetivo, neste trabalho foram elaboradas duas hipóteses (H3 e H4), sendo H3 “Maiores volumes assistenciais (consultas, exames e cirurgias) estão positivamente associados à satisfação dos usuários, por refletirem maior capacidade de resposta e resolutividade”; e H4 “O aumento do número de internações está positivamente associado à satisfação dos usuários”.

4.2.1 Satisfação referente a atendimento no ambulatório

Em relação a satisfação referente aos atendimentos no ambulatório, o modelo nulo ranqueou entre aqueles com $\Delta AICc < 2$, não sendo identificado efeito de nenhuma variável analisada (Tabela 11).

Tabela 11 – Resultado da seleção de modelos que melhor explicam a satisfação dos usuários dos hospitais universitários da rede EBSEERH em relação aos atendimentos ambulatoriais (2023).

Modelo	AICc	$\Delta AICc$	wAICc
Nulo	68.69	0.00	0.18
Cirurgias	69.62	0.94	0.11
Laboratório	70.07	1.38	0.09
Alunos	70.08	1.40	0.09
Área	70.38	1.70	0.08
Imagens	70.68	2.00	0.07
Funcionários	70.71	2.02	0.06
Internação	70.76	2.08	0.06
Gasto	70.94	2.25	0.06
Leitos	71.00	2.32	0.06
Programas de residência	71.02	2.34	0.06
Residentes	71.14	2.45	0.05
Consultas	71.70	3.01	0.04
Nível de complexidade	79.13	10.44	0.00

Fonte: Do próprio autor. AICc: valor do Critério de Informação de Akaike para amostras corrigidas. $\Delta AICc$: diferença entre os AICc do modelo em questão com o melhor modelo. wAICc: peso de evidência do modelo.

4.2.2 Satisfação referente ao atendimento na internação

Também não foi possível identificar efeito de nenhuma variável em relação a satisfação do atendimento na internação, já que o modelo nulo ranqueou entre aqueles com $\Delta AICc < 2$ (Tabela 12).

Tabela 12 – Resultado da seleção de modelos que melhor explicam a satisfação dos usuários dos hospitais universitários da rede EBSEH em relação aos serviços de internação (2023).

Modelo	AICc	$\Delta AICc$	wAICc
Nulo	60.75	0.00	0.17
Alunos	60.80	0.05	0.17
Laboratório	61.93	1.18	0.10
Imagens	62.09	1.34	0.09
Internações	62.69	1.94	0.07
Programas de residência	62.74	1.99	0.06
Funcionários	62.97	2.22	0.06
Leitos	63.00	2.25	0.06
Cirurgias	63.07	2.32	0.05
Residentes	63.07	2.32	0.05
Gasto	63.11	2.36	0.05
Área	63.11	2.36	0.05
Consultas	66.13	5.38	0.01
Nível de complexidade	71.72	10.97	0.00

Fonte: Do próprio autor. AICc: valor do Critério de Informação de Akaike para amostras corrigidas. $\Delta AICc$: diferença entre os AICc do modelo em questão com o melhor modelo. wAICc: peso de evidência do modelo.

Neste sentido é importante citar os resultados em relação a satisfação geral, embora serão destacados e discutidos em tópico específico, é necessário trazê-los neste momento de testar as hipóteses H3 e H4. Para a satisfação geral o melhor preditor foi aquele contendo a variável número de cirurgias (Tabela 13). O efeito do número de cirurgias sobre a satisfação geral apresentou curvatura moderada ($edf = 3.21$), indicando relação não linear. O número de cirurgias explicou aproximadamente 30% da variação da satisfação geral ($F = 3.09$, $p = 0.03$, R^2 ajustado = 0.23). O nível de satisfação geral foi menor em hospitais com um número intermediário de cirurgias, entre 8 mil e 12 mil cirurgias por ano (Figura 16).

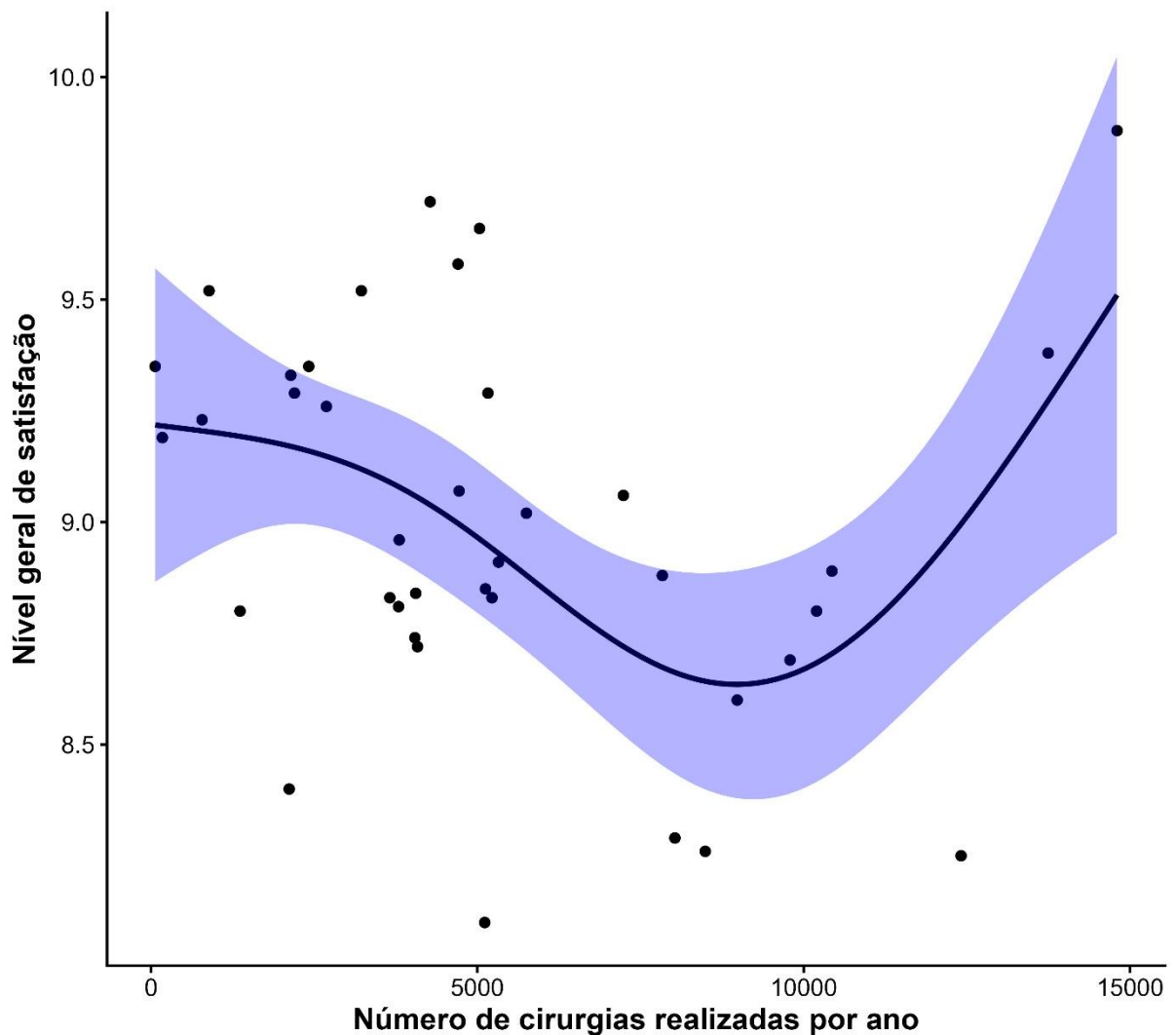
Tabela 13 – Resultado da seleção de modelos que melhor explicam a satisfação geral dos usuários dos hospitais universitários da rede EBSEH (2023).

Modelo	AICc	$\Delta AICc$	wAICc
Cirurgias	42.03	0.00	0.44
Consultas	44.17	2.14	0.15
Residentes	45.06	3.03	0.10

Internações	45.55	3.52	0.08
Funcionários	46.29	4.26	0.05
Área	46.69	4.66	0.04
Nulo	47.25	5.22	0.03
Leitos	47.54	5.51	0.03
Alunos	47.70	5.67	0.03
Imagens	48.31	6.28	0.02
Programas de residências	48.34	6.31	0.02
Gasto	49.73	7.70	0.01
Laboratório	50.96	8.93	0.01
Nível de Complexidade	52.89	10.86	0.00

Fonte: Do próprio autor. AICc: valor do Critério de Informação de Akaike para amostras corrigidas. Δ AICc: diferença entre os AICc do modelo em questão com o melhor modelo. wAICc: peso de evidência do modelo.

Figura 16 – Variação do nível geral de satisfação dos usuários dos hospitais universitários da rede EBSEH de acordo com o número de cirurgias realizadas por ano no hospital (n=38) (2023).



Fonte: Do próprio autor.

De modo similar ao testes das hipóteses H1 e H2, referente ao primeiro objetivo, para testar as hipóteses H3 e H4, referente ao segundo objetivo, utilizou-se o resultado das avaliações de satisfeitos e insatisfeitos, que como dito anteriormente são respectivamente a soma dos dados de muito satisfeitos com satisfeitos e dos muito insatisfeitos com insatisfeitos. Quando analisamos os satisfeitos, os melhores modelos foram aqueles contendo as variáveis número de cirurgias, número de internações e número de funcionários (Tabela 14).

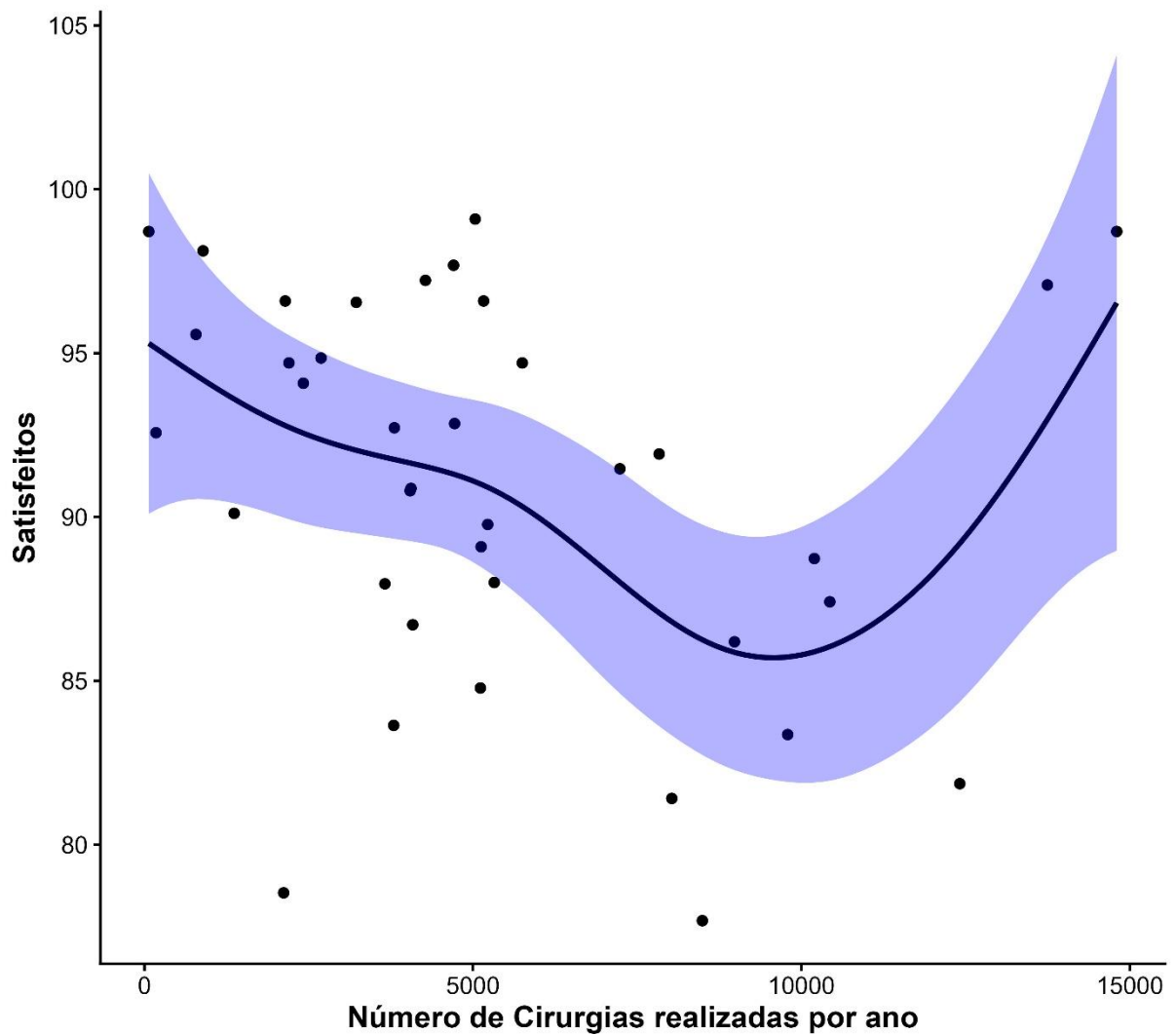
Tabela 14 – Resultado da seleção de modelos que melhor explicam a satisfação dos usuários dos hospitais universitários da rede EBSEH (2023).

Modelo	AICc	ΔAICc	wAICc
Cirurgias	240.49	0.00	0.31
Internações	241.59	1.11	0.18
Funcionários	242.43	1.94	0.12
Residentes	242.99	2.50	0.09
Área	243.79	3.31	0.06
Consultas	243.87	3.39	0.06
Leitos	244.35	3.87	0.04
Programas de residência	244.62	4.13	0.04
Gasto	244.89	4.40	0.03
Nulo	245.67	5.18	0.02
Alunos	245.71	5.23	0.02
Imagens	246.39	5.91	0.02
Laboratório	246.59	6.11	0.01
Nível de complexidade	249.30	8.81	0.00

Fonte: Do próprio autor. AICc: valor do Critério de Informação de Akaike para amostras corrigidas. Δ AICc: diferença entre os AICc do modelo em questão com o melhor modelo. wAICc: peso de evidência do modelo.

O efeito de Cirurgias sobre o número de satisfeitos apresentou curvatura moderada (edf = 3.49), indicando relação não linear. O número de cirurgias explicou aproximadamente 27% da variação na variável resposta ($F = 2.99$, $p = 0.028$, R^2 ajustado = 0.21). O nível de satisfeitos foi menor em hospitais com um número intermediário de cirurgias, entre 8 mil e 12 mil cirurgias por ano (Figura 17).

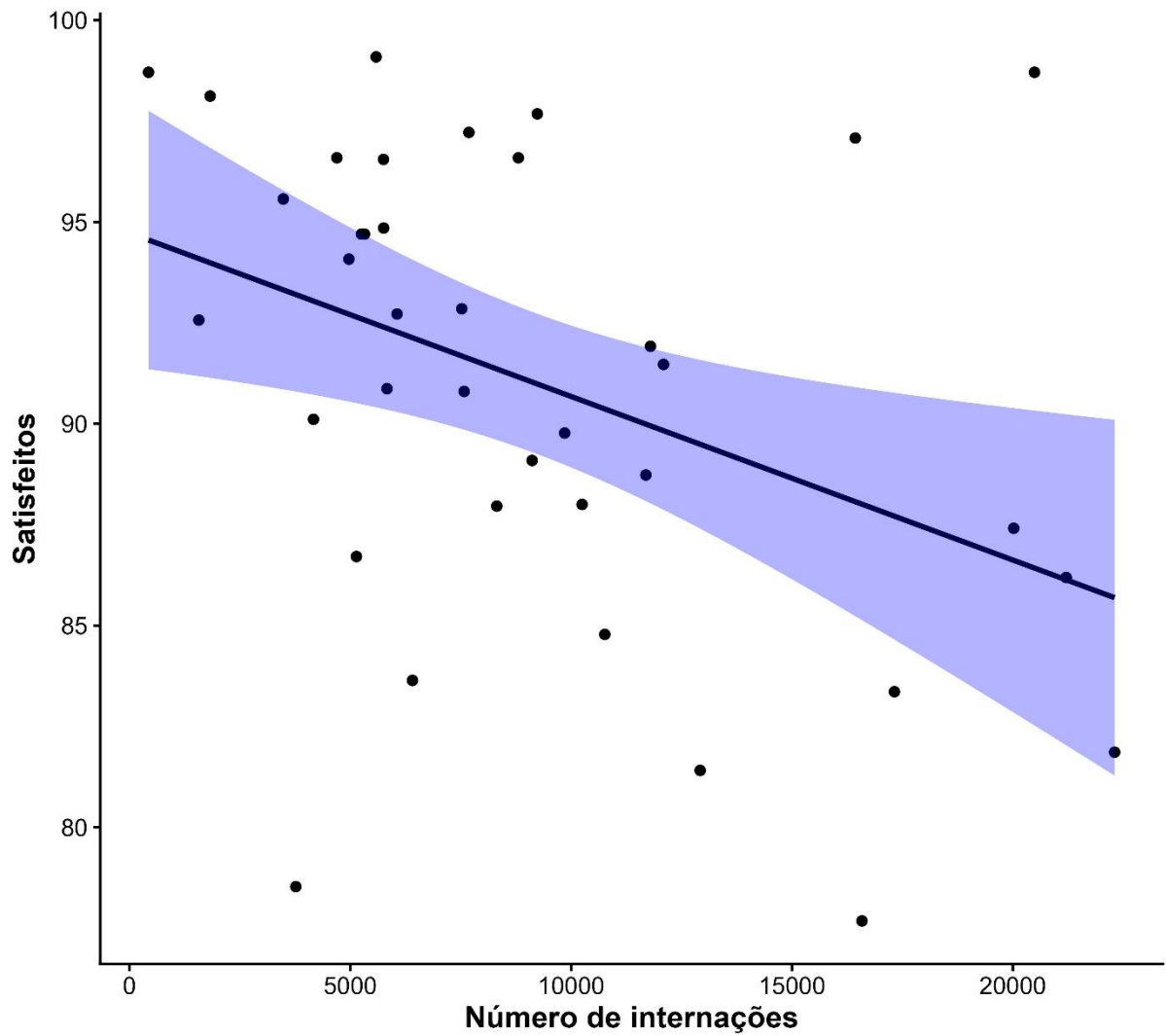
Figura 17 - Variação do nível de satisfação dos usuários dos hospitais universitários da rede EBSEH de acordo com o número de cirurgias do hospital (2023).



Fonte: Do próprio autor

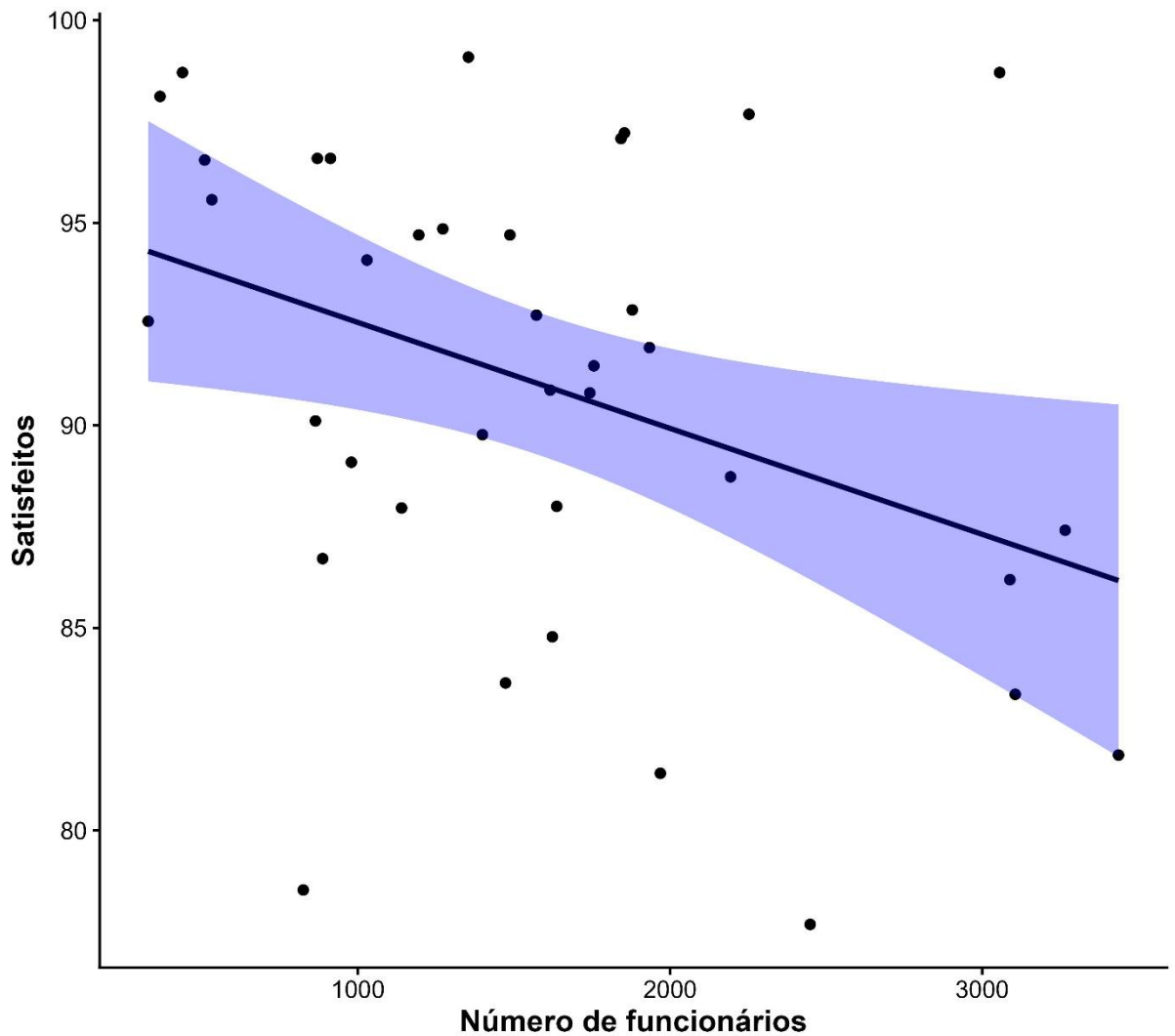
O efeito do número de internações sobre o número de satisfeitos foi linear ($edf=1$). O número de internações explicou aproximadamente 15,6% da variação na variável resposta ($F = 6.65$, $p = 0.014$, R^2 ajustado = 0.13). O nível de satisfeitos foi maior quanto menor o número de internações (Figura 18 e 19).

Figura 18 - Variação do nível de satisfação dos usuários dos hospitais universitários da rede EBSEH de acordo com o número de internações do hospital (2023).



Fonte: Do próprio autor

Figura 19 - Variação do nível de satisfação dos usuários dos hospitais universitários da rede EBSEH de acordo com o número de funcionários do hospital (2023).



Fonte: Do próprio autor

Houve ainda resultados com o modelo que utilizou a variável número de exames laboratoriais como preditor da porcentagem dos pacientes que indica o HUF (Tabela 15), sendo esta relação linear ($edf=1$). A indicação é maior quanto menor o número de exames laboratoriais realizados ($\beta = -0.000002$, $p = 0.007$, $R^2=0,18$) (Figura 20).

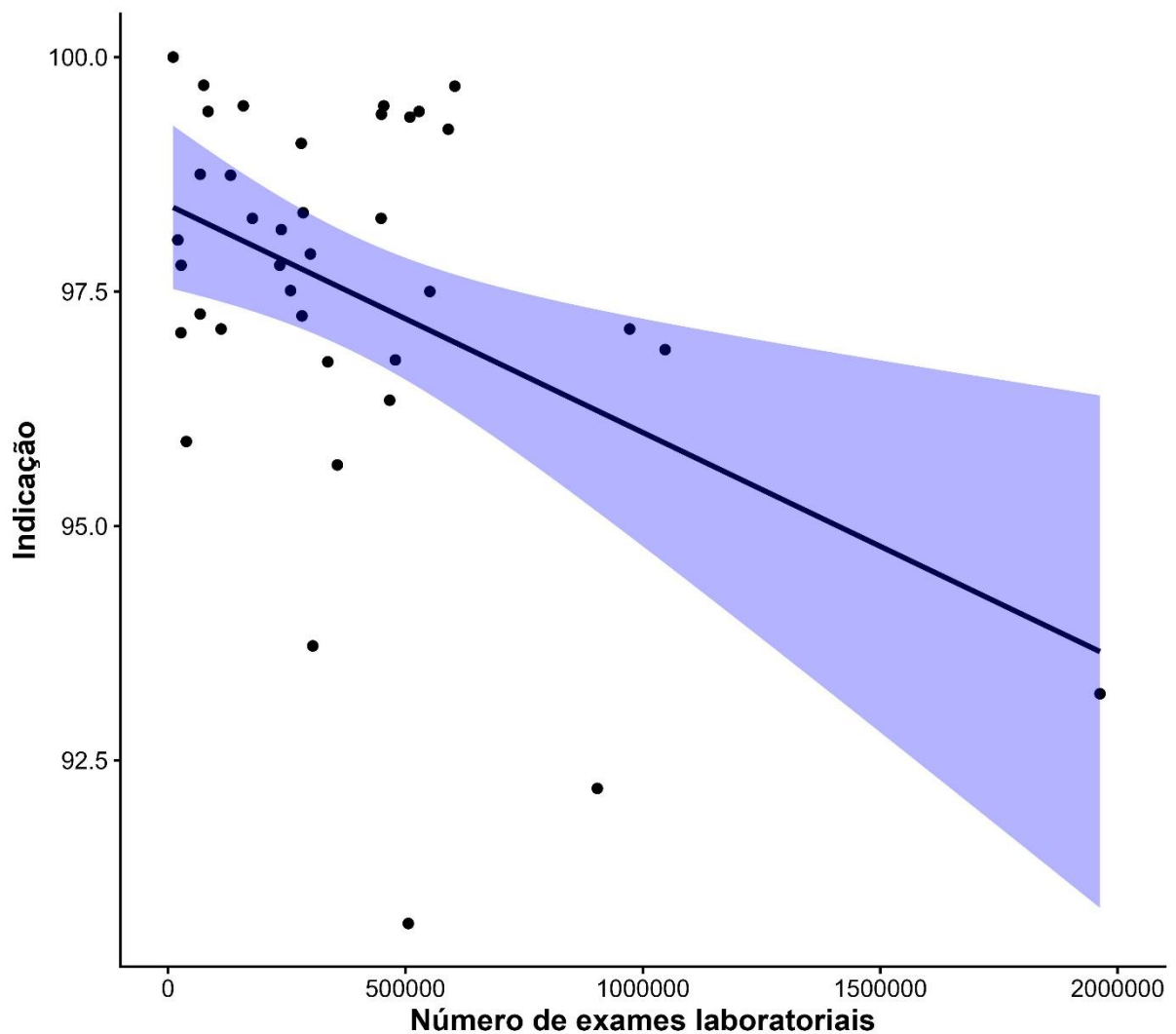
Tabela 15 – Resultado da seleção de modelos que melhor explicam a indicação dos hospitais universitários da rede EBSEH em relação aos exames laboratoriais (2023).

Modelo	AICc	$\Delta AICc$	wAICc
Laboratório	162.78	0.00	0.56
Imagens	166.48	3.71	0.09

Internações	167.15	4.37	0.06
Funcionários	167.74	4.97	0.05
Consultas	168.04	5.26	0.04
Nulo	168.06	5.28	0.04
Alunos	168.59	5.81	0.03
Leitos	168.66	5.88	0.03
Residentes	169.00	6.22	0.02
Cirurgias	169.16	6.38	0.02
Gasto	169.23	6.45	0.02
Área	169.55	6.77	0.02
Programas de residência	169.65	6.87	0.02
Nível de complexidade	175.45	12.67	0.00

Fonte: Do próprio autor. AICc: valor do Critério de Informação de Akaike para amostras corrigidas. Δ AICc: diferença entre os AICc do modelo em questão com o melhor modelo. wAICc: peso de evidência do modelo.

Figura 20 - Variação da porcentagem de usuários dos hospitais universitários da rede EBSERH que indicam o hospital de acordo com o número de exames laboratoriais realizados (2023).



Fonte: Do próprio autor

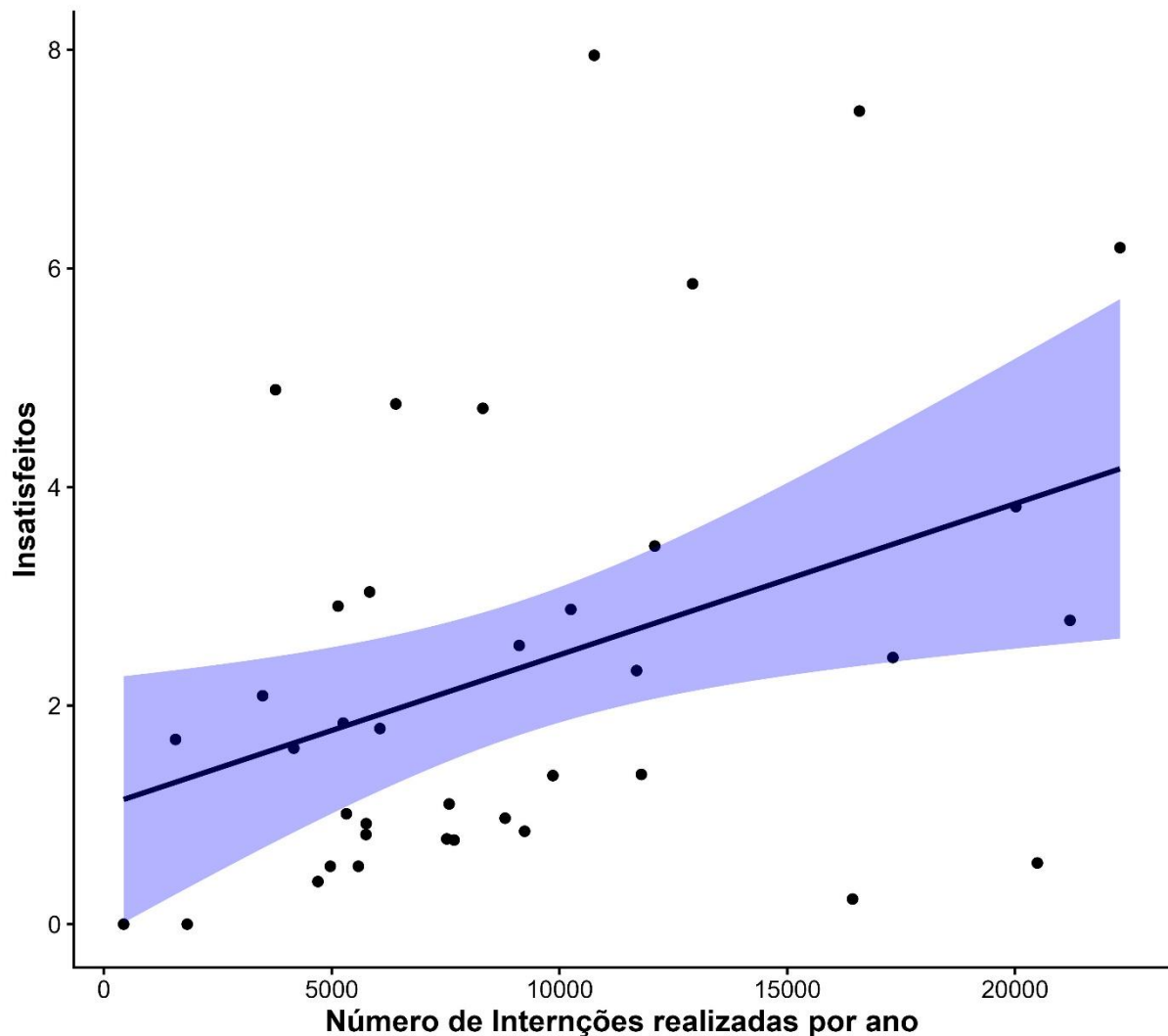
O mesmo teste foi feito para a porcentagem de insatisfeitos (muito insatisfeitos + insatisfeitos), os melhores modelos foram aqueles contendo o número de funcionários e de internações (Tabela 16). Tanto internações ($\beta = 0.00014$, $p = 0.017$, $R^2=0,15$) quanto funcionários ($\beta = 0.00081$, $p = 0.044$, $R^2=0,11$) estão positivamente associadas a porcentagem de pessoas insatisfeitas com a utilização dos serviços do hospital (Figura 21).

Tabela 16 – Resultado da seleção de modelos que melhor explicam a insatisfação dos usuários dos hospitais universitários da rede EBSEH (2023).

Modelo	AICc	ΔAICc	wAICc
Internações	162.27	0.00	0.28
Funcionários	164.02	1.75	0.12
Alunos	164.31	2.05	0.10
Cirurgias	164.67	2.40	0.09
Residentes	164.71	2.44	0.08
Programas de residência	165.40	3.13	0.06
Gasto	165.58	3.32	0.05
Laboratório	165.90	3.63	0.05
Nulo	165.98	3.71	0.04
Leitos	166.01	3.74	0.04
Imagens	166.94	4.67	0.03
Área	167.07	4.80	0.03
Consultas	167.40	5.14	0.02
Nível de complexidade	172.56	10.30	0.00

Fonte: Do próprio autor. AICc: valor do Critério de Informação de Akaike para amostras corrigidas. Δ AICc: diferença entre os AICc do modelo em questão com o melhor modelo. wAICc: peso de evidência do modelo.

Figura 21 - Variação do nível de insatisfação dos usuários dos hospitais universitários da rede EBSEERH de acordo com o número de internações do hospital (2023).



Fonte: Do próprio autor

Portanto, a terceira hipótese, H3, de que maiores volumes assistenciais aumentam a satisfação dos usuários foi parcialmente confirmada. Como dito em relação a satisfação referente aos atendimentos no ambulatório e atendimento na internação o modelo nulo ranqueou entre aqueles com $\Delta AICc < 2$, não sendo identificado efeito de nenhuma variável analisada. Todavia quando se analisou a satisfação geral, o melhor preditor foi aquele contendo a variável número de cirurgias. O efeito do número de cirurgias sobre a satisfação geral explicou aproximadamente 30% da variação da satisfação geral e o nível de satisfação geral foi menor em hospitais com um número intermediário de cirurgias, entre 8 mil e 12 mil cirurgias por ano. Além disso, quando os testes avaliaram os satisfeitos e insatisfeitos, os melhores modelos foram aqueles contendo as variáveis número de cirurgias, número de internações e número de funcionários. O efeito de Cirurgias sobre o número de satisfeitos também explicou parte da

variável resposta (27%) e de forma similar, o nível de satisfeitos foi menor em hospitais com um número intermediário de cirurgias, entre 8 mil e 12 mil cirurgias por ano. Quando se avaliou o número de exames laboratoriais como preditor da “indicação”, ou seja, da porcentagem dos pacientes que indica o HUF, resultou que a indicação é maior quanto menor o número de exames laboratoriais realizados. O mesmo teste foi feito com os dados de insatisfeitos (muito insatisfeitos + insatisfeitos), os melhores modelos foram aqueles contendo o número de funcionários e de internações, ambos estão positivamente associados a porcentagem de pessoas insatisfeitas com a utilização dos serviços do hospital. Dessa forma a hipótese H3 de que maiores volumes assistenciais aumentam a satisfação dos usuários foi parcialmente confirmada em função dos resultados contendo as variáveis números de cirurgias. Na literatura que tratava de governança clínica, a Organização Mundial da Saúde recomenda o monitoramento de indicadores como consultas, exames e cirurgias, pois refletem a capacidade de resposta e a eficiência dos serviços (Oms, 2014). Outro autor diz que processos assistenciais bem-organizados, com maior resolutividade e menor tempo de espera, estão associados a melhores experiências dos pacientes (Doyle; Lennox; Bell, 2013). Um dos autores clássicos sobre satisfação diz que o processo é o principal determinante direto dos resultados percebidos. Assim, maiores volumes assistenciais podem indicar maior capacidade operacional e maior resolutividade, influenciando positivamente a satisfação dos usuários (Donabedian, 1988). Os resultados, no entanto, mostram que o volume assistencial tem influência, mas de forma não linear. O número de cirurgias foi o principal preditor da satisfação geral e da proporção de satisfeitos, mas com uma relação em formato de “U invertido”, onde hospitais com volume muito baixo ou muito alto de cirurgias tendem a apresentar maior satisfação, enquanto hospitais com volume intermediário (8 a 12 mil cirurgias/ano) apresentaram os menores níveis de satisfação. Uma possível explicação é que hospitais de baixo volume podem oferecer atendimento mais personalizado e menor tempo de espera. Já hospitais de alto volume tendem a ser grandes centros de referência, com equipes mais experientes e processos mais consolidados.

A quarta hipótese, H4, foi que o aumento do número de internações está positivamente associado à satisfação. No entanto, os resultados tiveram um efeito inverso, não confirmando a hipótese. O número de internações apresentou dois resultados importantes: maior número de internações aumenta a proporção de insatisfeitos e reduz o de satisfeitos. Isso pode ser explicado considerando que internações refletem carga assistencial elevada, frequentemente associada a superlotação, desgaste das equipes e aumento de tempo de espera, fatores reconhecidos como

negativos para a satisfação (Kraska; Weigand; Geraedts, 2017). Hospitais com muitos internados frequentemente lidam com perfis mais graves, o que pode gerar expectativas mais altas ou percepções mais críticas. A gestão do fluxo de internação é um dos pontos mais sensíveis da experiência do paciente e, quando sobrecarregada, tende a reduzir a percepção de qualidade. Dessa forma, hospitais intermediários podem enfrentar sobrecarga sem a contrapartida de estruturas maduras, ocasionando gargalos assistenciais perceptíveis ao usuário. Além disso os resultados mostram em relação a porcentagem dos pacientes que indica o HUF, que o melhor modelo foi aquele contendo a variável número de exames laboratoriais. A indicação é maior quanto menor o número de exames laboratoriais realizados. Esse efeito sugere que pacientes que passam por processos assistenciais mais longos e complexos tendem a relatar menor satisfação. Um maior volume de exames geralmente indica quadros clínicos mais graves, maior tempo de permanência no serviço, mais etapas administrativas e maior exposição a espera. Assim, o número de exames funciona como um marcador indireto de complexidade do atendimento, o que ajuda a explicar por que pacientes com trajetórias assistenciais mais simples apresentam maior probabilidade de recomendar o hospital.

Portanto, o segundo objetivo específico foi cumprido, que é avaliar a associação de características assistenciais incluindo número de consultas, exames de imagem, exames laboratoriais, cirurgias e internações e os níveis de satisfação dos usuários. Relacionado a esse objetivo, neste trabalho previu-se duas hipóteses (H3 e H4), sendo H3 “Maiores volumes assistenciais (consultas, exames e cirurgias) estão positivamente associados à satisfação dos usuários, por refletirem maior capacidade de resposta e resolutividade”, que foi parcialmente confirmada e H4 “O aumento do número de internações está positivamente associado à satisfação dos usuários”, que não foi confirmada.

4.3 Objetivo específico 3 (acadêmico) H5

Avaliar a associação de características acadêmicas, como o número de programas de residência, número de residentes e de alunos de medicina, sobre a níveis de satisfação dos usuários.

Em relação a satisfação referente as variáveis acadêmicas (número de residentes, programas de residência e número de alunos de medicina), o modelo nulo ranqueou entre aqueles com $\Delta AICc < 2$, não sendo identificado efeito de nenhuma variável analisada (Tabela 17).

Tabela 17 - Resultado da seleção de modelos que melhor explicam a satisfação dos usuários dos hospitais universitários da rede EBSEERH em relação ao ensino (2023).

Modelo	AICc	ΔAICc	wAICc
Nulo	101.12	0.00	0.14
Internações	101.60	0.48	0.11
Funcionários	101.67	0.55	0.10
Área	101.74	0.61	0.10
Residentes	101.84	0.72	0.10
Consultas	102.26	1.14	0.08
Gasto	102.38	1.26	0.07
Leitos	102.56	1.44	0.07
Programas de residência	102.59	1.47	0.07
Cirurgias	102.61	1.49	0.06
Alunos	102.96	1.84	0.05
Imagens	103.49	2.37	0.04
Laboratório	106.18	5.06	0.01
Nível de complexidade	110.84	9.72	0.00

Fonte: Do próprio autor. AICc: valor do Critério de Informação de Akaike para amostras corrigidas. Δ AICc: diferença entre os AICc do modelo em questão com o melhor modelo. wAICc: peso de evidência do modelo.

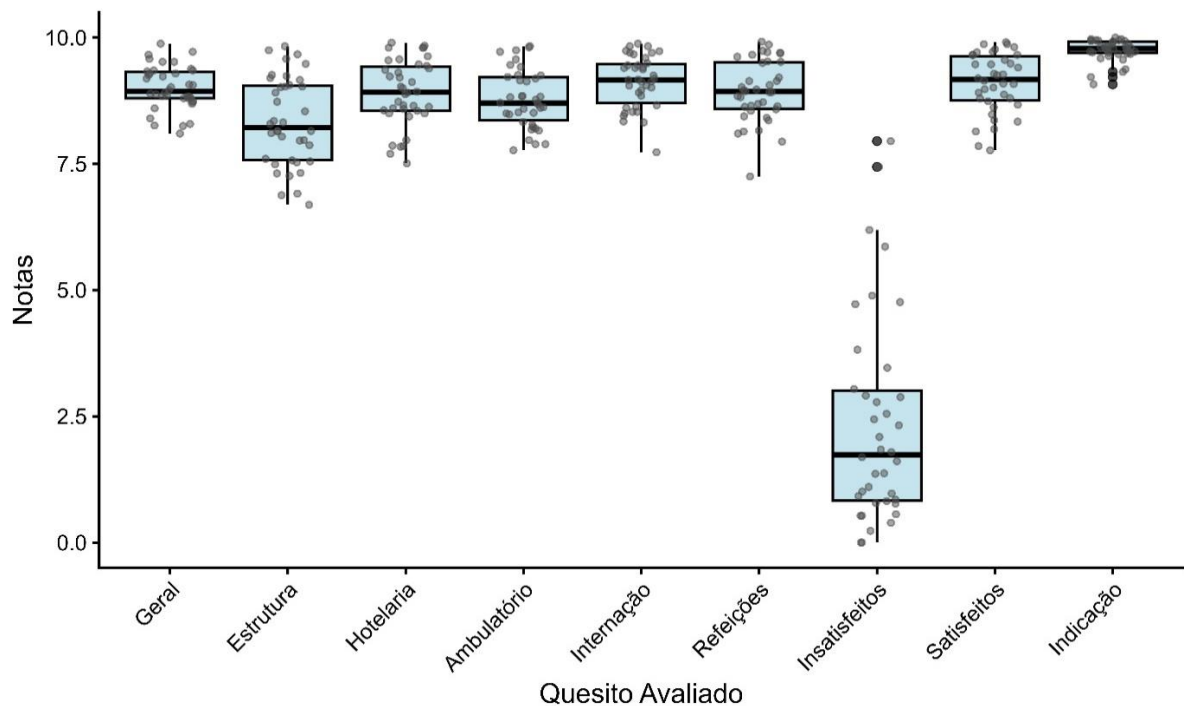
A quinta hipótese, H5, levantada é que hospitais com maior atividade acadêmica estão associados a maiores níveis de satisfação. Essa hipótese está relacionada ao terceiro objetivo específico que é “Avaliar a influência de características acadêmicas, como o número de programas de residência, número de residentes e de alunos de medicina, sobre a níveis de satisfação dos usuários.”. Nenhuma variável acadêmica como o número de residentes ou programas de residência, explicou a satisfação em qualquer uma das dimensões avaliadas. Durante o referencial, a literatura apontou que variáveis acadêmicas, como número de programas de residência e alunos de medicina, impactam diretamente indicadores de produtividade e qualidade (Kraska; Weigand; Geraedts, 2017). Outro estudo, na USP, utilizou a escala SERVQUAL para avaliar a satisfação dos usuários internados em um hospital universitário, comparando períodos letivo e não letivo. As dimensões analisadas foram empatia, confiabilidade, tangibilidade, segurança e responsividade. Os resultados indicaram que a empatia foi a dimensão com maior insatisfação no período letivo, enquanto a percepção de atendimento foi melhor nesse mesmo período. Não houve diferenças significativas para tangibilidade, confiabilidade e segurança (Silva *et al.*, 2019). Nos HUF, a presença de estudantes e residentes é uma característica intrínseca. O estudo de Silva *et al.*, demonstra que, em períodos letivos, pacientes relatam maior satisfação no atendimento, devido ao tempo adicional dedicado pelos estudantes, ao cuidado mais detalhado e à maior atenção

(Silva *et al.*, 2019). Assim, hospitais com maior atividade acadêmica podem apresentar níveis mais elevados de satisfação dos usuários, todavia é subjetivo uma vez que no trabalho citado foi avaliado que a dimensão foi a que gerou mais insatisfação no período letivo. Isso nos leva a crer que não necessariamente uma grande quantidade de residentes, programas de residência e alunos (maior atividade acadêmica) podem indicar maiores níveis de satisfação. Esse achado sugere que para o usuário comum, a presença em maior concentração de estudantes não altera significativamente a percepção de qualidade, pois depende também de outros fatores, como a empatia. Além disso, possivelmente porque a interação ocorre de forma mediada por profissionais preceptores. O efeito acadêmico pode se manifestar em resultados objetivos (segurança, aderência a protocolos), mas não de forma direta na satisfação, que é subjetiva. Dessa forma, a hipótese, H5, não foi confirmada.

4.4 Objetivo geral (satisfação geral, satisfeitos e insatisfeitos) H1 – H5

A satisfação geral apresentou média de 9,0 pontos ($\pm 0,43$), variando entre 8,10 e 9,88 (Figura 14). Entre as dimensões de satisfação avaliadas, a estrutura obteve média de 8,34 ($\pm 0,88$), com valores entre 6,69 e 9,83; a hotelaria registrou média de 8,90 ($\pm 0,66$), mínimo de 7,51 e máximo de 9,90; o ambulatório apresentou média de 8,78 ($\pm 0,57$), oscilando entre 7,77 e 9,83; e a internação alcançou média de 9,13 ($\pm 0,52$), com variação de 7,73 a 9,88. A satisfação com as refeições foi de 8,94 ($\pm 0,61$), com valores entre 7,24 e 9,92. Em relação à classificação geral, os respondentes insatisfeitos representaram, em média, 2,35% ($\pm 2,06$), com variação de 0% a 7,95%, enquanto os satisfeitos corresponderam a 91,02% ($\pm 5,87$), variando entre 77,68% e 99,09% (Figura 22). Além disso, 91,02% dos participantes afirmaram que recomendariam o hospital ($\pm 2,11$), com mínimo de 90,76% e máximo de 100%.

Figura 22 – Diferentes medidas de satisfação dos usuários do SUS nos hospitais da Rede Ebserh no ano de 2023.



Fonte: Do próprio autor. A fim de melhor visualização os índices de “satisfeitos” e “indicação” foram transformados e devem ser multiplicados por dez.

Na figura acima a categoria “Geral” se refere a satisfação geral dos usuários; “Estrutura” à satisfação em relação a estrutura física; “Hotelaria” à satisfação geral em relação aos serviços de hotelaria; “Ambulatório” relação aos atendimentos ambulatoriais; “Internação” em relação ao atendimento na internação; “Refeições” em relação às refeições fornecidas; “Insatisfeitos” como dito na metodologia refere-se a insatisfação geral somando-se muito insatisfeitos e insatisfeitos; “Satisfeitos” da mesmo forma que o anterior somando-se muito satisfeitos e satisfeitos; e pôr fim a “Indicação” referente ao percentual total de usuários que indicam o hospital.

A análise global dos resultados mostra que a satisfação dos usuários nos hospitais universitários da Rede EBSEH é um fenômeno complexo, que não se deixa explicar de forma simples por indicadores clássicos de porte, volume ou atividade acadêmica. Após os resultados, a relação entre os objetivos específicos, hipóteses do estudo e resultados, podem ser vistas na tabela 18 abaixo:

Tabela 18 - Relação entre Objetivos Específicos, Hipóteses do Estudo e Resultados

Objetivos Específicos	Hipótese	Descrição da Expectativa	Resultado Empírico	Confirmação
OE 01	H1	Maiores portes estruturais estariam associados ao aumento da satisfação	Variáveis estruturais não explicaram a satisfação	Não confirmada
	H2	Mais funcionários estariam associados ao aumento da satisfação	Mais funcionários reduziram satisfeitos e aumentaram insatisfeitos	Não confirmada (efeito inverso)
OE 02	H3	Maiores volumes assistenciais estariam associados ao aumento da satisfação	Apenas cirurgias explicaram satisfação, e de forma não linear	Parcialmente confirmada
	H4	Mais internações estariam associadas ao aumento da satisfação	Mais internações aumentaram insatisfeitos e reduziram satisfeitos	Não confirmada (efeito inverso)
OE 03	H5	Mais atividade acadêmica está associada ao aumento da satisfação	Variáveis acadêmicas não explicaram a satisfação	Não confirmada

Fonte: Do próprio autor.

Em relação ao primeiro objetivo específico, voltado às características estruturais, os modelos estatísticos indicaram que variáveis como número de leitos, área construída, gasto total e nível de complexidade não explicam a variação na satisfação em nenhuma das dimensões avaliadas. A recorrência do modelo nulo como melhor ajuste aponta para uma relativa homogeneidade estrutural na Rede, provavelmente decorrente de investimentos e padronização recentes, reduzindo diferenças perceptíveis pelos usuários. Nesse contexto, a hipótese H1, que previa maior satisfação em hospitais de maior porte estrutural, não foi confirmada, sugerindo que, uma vez garantida a estrutura mínima adequada, a percepção de qualidade passa a depender mais de outros elementos que vão além da infraestrutura física.

A hipótese H2, que postulava que hospitais com maior número de funcionários estaria associado a maiores níveis de satisfação, também não se confirmou. Ao contrário do esperado, o aumento no número de funcionários esteve associado a menor proporção de satisfeitos e maior

proporção de insatisfeitos. De forma semelhante, o maior número de internações se relacionou a maior insatisfação. Esses achados indicam que o crescimento da força de trabalho e da carga assistencial pode estar refletindo contextos de maior complexidade, superlotação e pressão sobre os serviços, com associações negativas na experiência do usuário. Em vez de traduzir disponibilidade ampliada de cuidado, volumes elevados de pessoal e de internações parecem sinalizar sistemas mais tensionados, com fluxos mais longos, mais burocracia e dificuldades de gestão.

No segundo objetivo específico, voltado aos indicadores assistenciais, a hipótese H3 de que maiores volumes assistenciais estariam positivamente associados à satisfação por refletirem maior capacidade de resposta foi apenas parcialmente confirmada. Nas dimensões específicas de ambulatório e internação, novamente o modelo nulo prevaleceu, sem efeito de consultas, ou exames ou cirurgias. Entretanto, quando observada a satisfação geral e o número de satisfeitos, o volume de cirurgias emergiu como preditor relevante, explicando parcela importante da variação, porém com uma relação não linear em formato de “U invertido”: níveis mais baixos de satisfação em hospitais com volume intermediário de cirurgias (cerca de 8 a 12 mil/ano), contrastando com níveis mais altos em hospitais de baixo e alto volume. Esse padrão sugere que parece pesar é a forma como o hospital organiza seus processos diante do volume que possui.

Já a hipótese H4, que previa associação positiva entre número de internações e satisfação, não foi confirmada. O maior número de internações esteve ligado simultaneamente à redução de satisfeitos e ao aumento de insatisfeitos. Esse resultado reforça a leitura de que a pressão da demanda assistencial sobre a capacidade instalada tende a deteriorar a experiência do usuário. Em cenários de elevada carga de internações, é plausível que se intensifiquem problemas como demora no atendimento, superlotação, desgaste das equipes e maior complexidade clínica, fatores amplamente reconhecidos na literatura como prejudiciais à percepção de qualidade.

O terceiro objetivo específico buscou avaliar a associação de características acadêmicas, número de programas de residência, número de residentes e número de alunos de medicina, sobre os níveis de satisfação, originando a hipótese H5, segundo a qual hospitais com maior atividade acadêmica estariam associados a maiores níveis de satisfação. Os resultados, no entanto, mostraram que nenhuma dessas variáveis explicou a satisfação em qualquer dimensão analisada, e o modelo nulo novamente figurou entre os melhores. Assim, a hipótese H5 não foi

confirmada. Esse achado relativiza a ideia de que maior intensidade acadêmica se traduz automaticamente em melhor experiência para o usuário. A literatura sugere que a presença de estudantes e residentes pode ter efeitos ambivalentes: por um lado, mais tempo de escuta, detalhamento e difusão de boas práticas; por outro, possíveis ruídos na empatia e na continuidade da atenção. Na prática, o simples aumento no número de alunos e residentes não parece, por si só, alterar a forma como o usuário percebe a qualidade do cuidado, que continua dependente de dimensões mais subjetivas, como a relação interpessoal, a comunicação e a organização do serviço.

Integrando os resultados dos três objetivos, o quadro que se desenha é o de uma satisfação globalmente elevada, com pouca variação entre hospitais e entre dimensões, e fortemente concentrada em patamares altos. Essa distribuição “no teto” limita a detecção estatística de efeitos sutis e sugere que, para o usuário, diferenças estruturais, assistenciais e acadêmicas da Rede EBSEH não são facilmente traduzidas em diferenças de experiência relatada. Quando efeitos aparecem, como no caso do volume de cirurgias, das internações, do número de funcionários e do volume de exames laboratoriais; eles tendem a apontar mais para o peso da complexidade e da sobrecarga assistencial do que para benefícios lineares do “mais é melhor”.

Em síntese, o estudo cumpre o objetivo geral de avaliar em que medida variáveis estruturais, assistenciais e acadêmicas estão associadas a satisfação dos usuários dos hospitais universitários da Rede EBSEH. Ao mostrar que essa associação é marcada por efeitos indiretos e forte influência de fatores organizacionais e subjetivos. Os achados sugerem que, em um contexto em que a estrutura mínima é relativamente homogênea e os níveis médios de satisfação são altos, estratégias de melhoria devem ir além do incremento de recursos físicos, profissionais ou acadêmicos, e se concentrar na gestão dos fluxos, na humanização do cuidado, na qualificação da comunicação e na redução da sobrecarga assistencial percebida pelos usuários. É nesse território mais sutil, da experiência vivida no encontro com o serviço, que parecem residir as principais oportunidades de aprimoramento da qualidade percebida na Rede EBSEH.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1 Conclusão

O presente estudo buscou avaliar em que medida variáveis estruturais, assistenciais e acadêmicas estão associadas a satisfação dos usuários dos hospitais universitários da Rede EBSEH.

O primeiro objetivo específico OE1, tratou de avaliar a associação de características estruturais, como o nível de complexidade, gasto total, área construída em metros quadrados, número de funcionários e número de leitos, sobre a níveis de satisfação dos usuários. Assim, a hipótese H1, que previa maior satisfação em hospitais de maior porte estrutural, não foi confirmada, sugerindo que, uma vez garantida a estrutura mínima adequada, a percepção de qualidade passa a depender mais de outros elementos que vão além da infraestrutura física. A hipótese H2, que postulava que hospitais com maior número de funcionários estariam associados a maiores níveis de satisfação, também não se confirmou. Ao contrário do esperado, o aumento no número de funcionários esteve associado a menor proporção de satisfeitos e maior proporção de insatisfeitos. Esses achados indicam que o crescimento da força de trabalho pode estar refletindo contextos de maior complexidade, superlotação e pressão sobre os serviços, com associações negativas na experiência do usuário.

O segundo objetivo específico, OE2, tratou de avaliar a associação de características assistenciais incluindo número de consultas, exames de imagem, exames laboratoriais, cirurgias e internações e os níveis de satisfação dos usuários. A hipótese H3 de que maiores volumes assistenciais estariam positivamente associados à satisfação por refletirem maior capacidade de resposta foi apenas parcialmente confirmada. Quando observada a satisfação geral e o número de satisfeitos, o volume de cirurgias emergiu como preditor relevante, explicando parcela importante da variação, porém com uma relação não linear em formato de “U invertido”: níveis mais baixos de satisfação em hospitais com volume intermediário de cirurgias (cerca de 8 a 12 mil/ano), contrastando com níveis mais altos em hospitais de baixo e alto volume. Esse padrão sugere que parece pesar é a forma como o hospital organiza seus processos diante do volume que possui. No caso da hipótese H4, que previa associação positiva entre número de internações e satisfação, não foi confirmada. O maior número de internações esteve ligado simultaneamente à redução de satisfeitos e ao aumento de insatisfeitos. Esse resultado reforça a leitura de que a pressão da demanda assistencial sobre a capacidade instalada tende a deteriorar a experiência

do usuário. Em cenários de elevada carga de internações, é plausível que se intensifiquem problemas como demora no atendimento, superlotação, desgaste das equipes e maior complexidade clínica, fatores amplamente reconhecidos na literatura como prejudiciais à percepção de qualidade.

O terceiro objetivo específico, OE3, tratou de avaliar a associação de características acadêmicas, como o número de programas de residência, número de residentes e de alunos de medicina, sobre a níveis de satisfação dos usuários. A hipótese H5, segundo a qual hospitais com maior atividade acadêmica estariam associados a maiores níveis de satisfação, não foi confirmada. Os resultados mostraram que nenhuma dessas variáveis explicou a satisfação em qualquer dimensão analisada, e o modelo nulo novamente figurou entre os melhores. O simples aumento no número de alunos e residentes não parece, por si só, alterar a forma como o usuário percebe a qualidade do cuidado, que continua dependente de dimensões mais subjetivas, como a relação interpessoal, a comunicação e a organização do serviço.

Integrando os resultados dos três primeiros objetivos, o quadro que se desenha é o de uma satisfação globalmente elevada, com pouca variação entre hospitais e entre dimensões, e fortemente concentrada em patamares altos. Essa distribuição “no teto” limita a detecção estatística de efeitos sutis e sugere que, para o usuário, diferenças estruturais, assistenciais e acadêmicas da Rede EBSEH não são facilmente traduzidas em diferenças de experiência relatada. Quando efeitos aparecem, como no caso do volume de cirurgias, das internações, do número de funcionários e do volume de exames laboratoriais; eles tendem a apontar mais para o peso da complexidade e da sobrecarga assistencial do que para benefícios lineares do “mais é melhor”.

O quarto objetivo específico, OE4, trata de elaborar um produto técnico tecnológico na forma de relatório técnico conclusivo, apresentando os achados desta dissertação. Este documento seguirá como apêndice dessa dissertação corroborando para o cumprimento do objetivo geral de analisar a associação entre características estruturais, assistenciais e acadêmicas e a satisfação dos usuários, demonstrando que essa relação é marcada por efeitos indiretos e forte influência de fatores organizacionais e subjetivos.

Diante deste cenário, pode-se responder à pergunta de pesquisa “em que medida variáveis estruturais, assistenciais e acadêmicas estão associadas a satisfação dos usuários dos hospitais universitários da Rede EBSEH?”. De forma objetiva, os resultados deste estudo indicam que as variáveis estruturais, assistenciais e acadêmicas influenciam a satisfação dos

usuários dos hospitais universitários da Rede EBSEERH apenas de maneira limitada e indireta. A infraestrutura e a atividade acadêmica mostraram associação praticamente nula na percepção de qualidade, enquanto os indicadores assistenciais revelaram efeitos pontuais, associados sobretudo à complexidade e à pressão sobre os serviços, e não a ganhos lineares de desempenho. Assim, conclui-se que a satisfação dos usuários é pouco sensível às diferenças formais entre os hospitais e depende muito mais de fatores organizacionais, subjetivos e relacionais do que das características estruturais, assistenciais ou acadêmicas isoladamente.

5.2 Contribuições do estudo

Este estudo contribui para o campo da gestão hospitalar ao oferecer evidências empíricas inéditas sobre os determinantes da satisfação dos usuários em hospitais universitários federais. Ao integrar dados estruturais, assistenciais e acadêmicos, a pesquisa revela que a percepção do usuário está mais fortemente associada à organização dos processos assistenciais do que ao porte físico ou à missão acadêmica das instituições.

Para a Rede EBSEERH, os achados fornecem subsídios concretos para o aprimoramento da gestão, ao indicar que investimentos em governança clínica, otimização de fluxos, aumento da resolutividade e qualificação da experiência do paciente tendem a estar mais associados à satisfação do que expansões estruturais ou ajustes isolados na força de trabalho. A identificação da faixa intermediária de volume cirúrgico como ponto crítico também oferece um sinal de alerta gerencial, evidenciando a necessidade de intervenções específicas para hospitais que operam nessa zona de vulnerabilidade operacional.

Ao demonstrar padrões não lineares e relações contraintuitivas como o efeito negativo do número de funcionários e de internações, este estudo amplia o debate sobre a complexidade da satisfação no SUS e reforça a importância de abordagens que considerem o comportamento multivariado e dinâmico dos serviços hospitalares.

Esses achados serão enviados à EBSEERH no formato de Relatório Técnico Conclusivo que é um Produto Técnico-Tecnológico previsto pela CAPES. O relatório será estruturado em formato replicável e poderá ser utilizado por Diretores e gestores hospitalares da Ebserh; Setores de planejamento e orçamento em saúde; Controladorias internas e órgãos de controle externo; Pesquisadores e demais gestores públicos interessados em políticas de avaliação e melhoria da eficiência no serviço público. O produto visa impactar diretamente a gestão pública

hospitalar, promovendo o uso de dados e evidências como base para decisões mais eficazes. Espera-se que os resultados possam ser aplicados na definição de estratégias de investimento, priorizando ações que resultem em melhorias percebidas pelos usuários, além de servir como modelo de análise para outras unidades do SUS.

5.3 Limitações

Apesar de suas contribuições, este estudo apresenta limitações importantes. A primeira refere-se ao uso de dados secundários disponibilizados pela EBSEH, o que restringe as variáveis analisadas e pode ter deixado de fora fatores essencialmente percebidos pelos usuários, como tempo de espera, comunicação com a equipe, humanização, conforto ambiental e perfil sociodemográfico dos pacientes. Tais aspectos são amplamente reconhecidos na literatura como determinantes da satisfação, mas não estavam disponíveis nos bancos analisados.

5.4 Pesquisas futuras

Considerando as limitações e os achados obtidos, recomenda-se que pesquisas futuras avancem na incorporação de variáveis qualitativas relacionadas à experiência do paciente, tais como comunicação, acolhimento, clareza das informações, humanização e tempo de espera percebido. Estudos que combinem métodos quantitativos e qualitativos, especialmente abordagens de métodos mistos, podem enriquecer a compreensão dos mecanismos que explicam a percepção do usuário no contexto hospitalar.

Sugere-se também a realização de análises regionais comparativas, a fim de identificar possíveis diferenças culturais, organizacionais e estruturais entre os hospitais da Rede EBSEH que possam influenciar a satisfação. Análises longitudinais, cobrindo períodos mais extensos, ajudariam a captar a evolução dos indicadores e os efeitos de políticas e reestruturações institucionais ao longo do tempo.

Por fim, estudos que avaliem fluxos assistenciais de forma mais pormenorizada especialmente na faixa intermediária de volume cirúrgico, identificada como ponto de vulnerabilidade, podem oferecer outras percepções para a gestão operacional, contribuindo para melhorar a experiência dos usuários e o desempenho dos hospitais universitários federais.

6 REFERÊNCIAS

- ABBADE, Eduardo Botti. O impacto da gestão EBSEH na produção dos hospitais universitários do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], vol. 27, nº 3, p. 999–1013, 2022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.44562020>
- ABRUCIO, Fernando Luiz. O impacto do modelo gerencial na Administração Pública. [s. l.], 1997.
- AIKEN, L. H. *et al.* Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. **BMJ**, [s. l.], vol. 344, nº mar20 2, p. e1717–e1717, 2012. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- AKAIKE, Hirotugu. **A New Look at the Statistical Model Identification** **IEEE TRANSACTIONS ON AUTOMATIC CONTROL**. [S. l.]: [s. d.], 1974. https://doi.org/10.1007/978-1-4612-1694-0_16
- ARAÚJO, Kizi Mendonça de; LETA, Jacqueline. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [s. l.], vol. 21, nº 4, p. 1261–1281, 2014. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014005000022>
- BANCO MUNDIAL. **LATPS Occasional Paper Series GOVERNANCE AND DEVELOPMENT: A PROGRESS REPORT FOR THE LAC REGION**. [S. l.]: [s. d.], 1992.
- BATBAATAR, Enkhjargal *et al.* Determinants of patient satisfaction: a systematic review. **Perspectives in Public Health**, [s. l.], vol. 137, nº 2, p. 89–101, 2017. <https://doi.org/10.1177/1757913916634136>
- BATHEORIES. **BA Theories (Business Administration)**. [S. l.], 2025. Disponível em: <https://www.batheories.com/servqual-model/>. Acesso em: 8 mar. 2026.
- BRASIL. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH. **Planalto**: Brasil, 15 dez. 2011.
- BRASIL. **DECRETO Nº 9.203, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2017 - Dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional**. Brasil: 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9203.htm. Acesso em: 4 jan. 2026.

BRASIL. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Planalto: Brasil, LEI Nº 8.080, 19 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 6 dez. 2025.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, [s. l.], nº 45, p. 49–95, 1998.

<https://doi.org/10.1590/S0102-64451998000300004>

BURNHAM, Kenneth P.; ANDERSON, David R.; HUYVAERT, Kathryn P. AIC model selection and multimodel inference in behavioral ecology: some background, observations, and comparisons. **Behavioral Ecology and Sociobiology**, [s. l.], vol. 65, nº 2, p. 415–415, 2011.

<https://doi.org/10.1007/s00265-010-1084-z>

CAMPBELL, James *et al.* Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. **Bulletin of the World Health Organization**, [s. l.], vol. 91, nº 11, p. 853–863, 2013. <https://doi.org/10.2471/BLT.13.118729>

CANTALINO, Juliana Leal Ribeiro *et al.* Satisfação dos usuários em relação aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], vol. 55, p. 22, 2021.

<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002533>

CARNEIRO, Ricardo; BRASIL, Flávia de Paula Duque. Gestão pública no Brasil do século XXI: tendências reformistas e o desafio da profissionalização. *In*: BRASIL SAÚDE AMANHÃ: POPULAÇÃO, ECONOMIA E GESTÃO. [S. l.]: Editora FIOCRUZ, 2016. p. 75–117. <https://doi.org/10.7476/9786557080931.0005>

CASILLAS-ÁVILA, Miriam Pavelth *et al.* Perceptions of Healthcare Quality in Duchenne Muscular Dystrophy: A Patient Experience Exploratory Study. **Healthcare**, [s. l.], vol. 13, nº 4, p. 412, 2025. <https://doi.org/10.3390/healthcare13040412>

CASTRO, Mariana Camilla Coelho Silva; NETO, João Estevão Barbosa; CUNHA, Jacqueline Veneroso Alves da. Governança pública_ uma revisão sistemática de sua aplicação a entes públicos. [s. l.], 2022. <https://doi.org/10.51341/cgg.v25i2.2695>

CHRISTOPHER POLLITT; GEERT BOUCKAERT. Public Management Reform: A Comparative Analysis. **Long Range Planning**, [s. l.], vol. 33, nº 6, p. 881–884, 2000. [https://doi.org/10.1016/S0024-6301\(00\)00083-2](https://doi.org/10.1016/S0024-6301(00)00083-2)

CMS. **HCAHPS**). [s. l.], 2020. Disponível em: <https://www.cms.gov/data-research/research/consumer-assessment-healthcare-providers-systems/hospital-cahps-hcahps>. Acesso em: 7 dez. 2025.

COSTA, Diovane Ghignatti da *et al.* Satisfaction attributes related to safety and quality perceived in the experience of hospitalized patients. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], vol. 41, nº spe, 2020. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190152>

CUNHA, Helton Souza da; FERREIRA, Cristiano Vasconcellos; MURARI, Thiago Barros. Governança nas contratações públicas: referencial teórico. **Revista de Gestão e Secretariado**, [s. l.], vol. 15, nº 7, p. e4029, 2024. <https://doi.org/10.7769/gesec.v15i7.4029>

DA COSTA JÚNIOR, João Florêncio *et al.* Um estudo sobre o uso da escala de Likert na coleta de dados qualitativos e sua correlação com as ferramentas estatísticas. **CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES**, [s. l.], vol. 17, nº 1, p. 360–376, 2024. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.1-021>

DA SILVA, Flávia Janólio Costacurta Pinto *et al.* Level of satisfaction of users of a teaching hospital: The influence of the presence of students. **Revista da Escola de Enfermagem**, [s. l.], vol. 53, 2019.

DALMORO, Marlon; VIEIRA, Kelmara Mendes. Dilemas na construção de escalas Tipo Likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados?. **Revista Gestão Organizacional**, [s. l.], vol. 6, nº 3, 2014. <https://doi.org/10.22277/rgo.v6i3.1386>

DONABEDIAN, Avedis. Donabedian-The-Quality-of-Care. **JAMA**, [s. l.], p. 1743–1748, 1988. Disponível em: <https://www.law.uh.edu/faculty/jmantel/health-regulatory-process/Donabedian-The-Quality-of-Care.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2025. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>

DOWBOR, Ladislau. Reinventando o governo: como o espírito empreendedor está transformando o setor público. **Revista do Serviço Público**, [s. l.], vol. 45, nº 1, p. 197–198, 2015. <https://doi.org/10.21874/rsp.v45i1.756>

DOYLE, Cathal; LENNOX, Laura; BELL, Derek. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. **BMJ Open**, [s. l.], vol. 3, nº 1, p. e001570, 2013. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>

EBSERH. **Estrutura Organizacional.** [S. l.], 2025a. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/estrutura-organizacional>. Acesso em: 7 dez. 2025.

EBSERH. **Governança Corporativa.** [S. l.], 2025b. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/governanca-corporativa>. Acesso em: 7 dez. 2025.

EBSERH. **Métodos de apuração de desempenho e mensuração da eficiência do gasto na rede ebserh.** [S. l.], 2024. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiY2U1NTEyOTU1ZC00OWI2LWE3MDMtMmQ0YzViMGQ5MDk3IiwidCI6IjY0ZDM0ZGRkLWFmZjAtNGQ5NS1iN2YxLTA3MzRhNW40NDVINSJ9&pageName=ReportSection7a724e5880454b7a93eb>. Acesso em: 7 dez. 2025.

EBSERH. **O que é AGHU?** [S. l.], 2025c. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/plataformas-e-tecnologias/aghu/o-que-e>. Acesso em: 7 dez. 2025.

EBSERH. **Painel de Informações Orçamentárias e Financeiras.** [S. l.], 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/receitas-e-despesas/painel-de-informacoes-orcamentarias-e-financeiras>. Acesso em: 7 dez. 2025.

EBSERH. **Pesquisa de Satisfação dos Usuários do SUS.** [s. l.], 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/ouvidoria-geral/pesquisas-de-satisfacao/pesquisa-de-satisfacao-do-usuario>. Acesso em: 7 dez. 2025.

EBSERH. **Plano de Negócios.** [S. l.], 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/gestao-estrategica/plano-de-negocios>. Acesso em: 8 mar. 2026.

EBSERH. **Relatórios gerenciais.** [S. l.], 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/relatorios-gerenciais/2019-2022>. Acesso em: 7 dez. 2025.

EBSERH. **Sobre a Ebserh.** [S. l.], 2025d. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/sobre>. Acesso em: 7 dez. 2025.

EBSERH. **Sobre os Hospitais Universitários Federais.** [S. l.], 2025e. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/sobre-os-hospitais-universitarios-federais>. Acesso em: 6 dez. 2025.

ESPERIDIÃO, Monique; TRAD, Leny Alves Bomfim. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciências & Saúde Coletiva**, [s. l.], 2005. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000500031>

FERREIRA, Gabriela Souza Assis; SALGADO JUNIOR, Wilson; COSTA, André Lucirton. Construção e análise de indicadores de desempenho do acesso à atenção especializada do SUS. **Saúde em Debate**, [s. l.], vol. 43, nº 123, p. 1003–1014, 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912302>

FONSECA, João José Saraiva. **Metodologia da Pesquisa Científica**. [S. l.]: [s. d.], 2002.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. 1ªed. [S. l.]: UFRGS, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GISSELQUIST, Rachel M. Developing and evaluating governance indexes: 10 questions. **Policy Studies**, [s. l.], vol. 35, nº 5, p. 513–531, 2014. <https://doi.org/10.1080/01442872.2014.946484>

GRINDLE, Merilee S. Good Governance, R.I.P.: A Critique and an Alternative. **Governance**, [s. l.], vol. 30, nº 1, p. 17–22, 2017. <https://doi.org/10.1111/gove.12223>

IBGC. **Instituto Brasileiro de Governança Corporativa**. [S. l.], 2025. Disponível em: <https://www.ibgc.org.br/conhecimento/governanca-corporativa>. Acesso em: 6 dez. 2025.

KRASKA, Rike Antje; WEIGAND, Marcel; GERAEDTS, Max. Associations between hospital characteristics and patient satisfaction in Germany. **Health Expectations**, [s. l.], vol. 20, nº 4, p. 593–600, 2017. <https://doi.org/10.1111/hex.12485>

MARIA, Ana; FERREIRA, Alves. **Articles 24 Revista do TCU 140 Organizational Governance applied to Public Health**. [S. l.]: [s. d.], 2017.

MASSUDA, Adriano *et al.* The Brazilian health system at crossroads: Progress, crisis and resilience. **BMJ Global Health**, [s. l.], vol. 3, nº 4, 2018. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000829>

METRICAS INSTITUTE. **Understanding Brazil’s Unified Health System (SUS): A Comprehensive Guide**. [S. l.], 2025. Disponível em:

<https://metricasinstitute.com/understanding-brazils-unified-health-system-sus-a-comprehensive-guide/>. Acesso em: 6 dez. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde**. [S. l.], 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>. Acesso em: 8 mar. 2026.

MIOT, Hélio Amante. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. **Jornal Vascular Brasileiro**, [s. l.], vol. 10, nº 4, p. 275–278, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1677-54492011000400001>

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba *et al.* Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], vol. 20, nº 4, p. 1419–1440, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400019>

MOLINA, Karine Lorenzen; MOURA, Gisela Maria Schibella Souto de. A satisfação dos pacientes segundo a forma de internação em hospital universitário. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s. l.], vol. 29, nº 1, p. 17–25, 2016. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600004>

MPOG, Brasil. **Carta de Serviços ao Cidadão: Guia Metodológico**. [S. l.]: [s. d.], 2014.

NEVES, Glaucio; GUIMARÃES, Aluísio Guimarães; JÚNIOR, Avilton. **Um Novo Modelo de Administração Pública**. [S. l.], 2017. Disponível em: <https://www.macroplan.com.br/p/um-novo-modelo-de-administracao-publica/>. Acesso em: 8 mar. 2026.

NUNES, Carlos; GOMES, Patrícia; SANTANA, Joaquim. Transparência, accountability e governance: revisão sistemática da literatura nos hospitais públicos. **Revista de Administração Pública**, [s. l.], vol. 57, nº 2, 2023. <https://doi.org/10.1590/0034-761220220238>

OCDE. **Princípios de Governança Corporativa do G20/OCDE 2023**. [S. l.]: OECD Publishing, 2023. Disponível em: https://www.oecd.org/pt/publications/principios-de-governacao-corporativa-do-g20-ocde-2023_58478f0f-pt.html.

OMS. Health Systems Governance for Universal Health Coverage. [s. l.], 2014. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/dbd515c2-67c3-4b46-a415-77effc124bc2/content>. Acesso em: 7 dez. 2025.

PARASURAMAN, A; ZEITHAML, Valarie A; BERRY, Leonard L. **A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research**Source: **The Journal of Marketing**. [S. l.]: [s. d.], 1985. <https://doi.org/10.1177/002224298504900403>

PASCOE, Gregory C. Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. **Evaluation and Program Planning**, [s. l.], vol. 6, n° 3–4, p. 185–210, 1983. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(83\)90002-2](https://doi.org/10.1016/0149-7189(83)90002-2)

PAULA, Ana *et al.* GOVERNANÇA PÚBLICA EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS: UMA ANÁLISE À LUZ DO REFERENCIAL BÁSICO DO TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Semead**, [s. l.], 2023.

RAHMATIA, Sitti *et al.* Service quality in hospital inpatient care: SERVQUAL model approach. **Health SA Gesundheit**, [s. l.], vol. 30, 2025. <https://doi.org/10.4102/HSAG.v30i0.3055>

ROQUE, Cíntia Maria Tagliatti *et al.* Os conselhos de saúde como estratégias da participação popular no SUS: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, [s. l.], vol. 10, n° 17, p. e17101724186, 2021. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i17.24186>

ROSE-ACKERMAN, Susan. What Does “Governance” Mean? **Governance**, [s. l.], vol. 30, n° 1, p. 23–27, 2017. <https://doi.org/10.1111/gove.12212>

ROSTAMI, Mina *et al.* The effect of patient satisfaction with academic hospitals on their loyalty. **The International Journal of Health Planning and Management**, [s. l.], vol. 34, n° 1, 2019. <https://doi.org/10.1002/hpm.2685>

SANTOS, Christiane Luiza *et al.* Os conselhos de saúde e a publicização dos instrumentos de gestão do SUS: uma análise dos portais das capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], vol. 25, n° 11, p. 4389–4399, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.00042019>

SECCHI, Leonardo. Modelos organizacionais e reformas da administração pública*. **Janeiro**, [s. l.], vol. 43, n° 2, p. 347–69, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122009000200004>

SILVA, Flávia Janólio Costacurta Pinto da *et al.* Grau de satisfação dos usuários de um hospital universitário: a influência da presença de alunos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], vol. 53, 2019. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018023003498>

SILVA, Gabriela de Oliveira; ABREU, Julio Cesar Andrade de. Hospital universitário_ o dilema de um novo modelo de governança. **APGS**, [s. l.], 2024. <https://doi.org/10.21118/apgs.v16i2.15409>

SILVA, Helen Ribeiro da; FARIAS, Josivania Silva. ADOÇÃO DE TECNOLOGIA EM HOSPITAIS: O CASO DA ADOÇÃO DO SISTEMA AGHU PELOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DO BRASIL. **RAHIS**, [s. l.], vol. 13, nº 4, 2017. <https://doi.org/10.21450/rahis.v13i4.3858>

SITZIA, John; WOOD, Neil. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. **Social Science & Medicine**, [s. l.], vol. 45, nº 12, p. 1829–1843, 1997a. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)00128-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00128-7)

STEPHAN, Graham; CAMPELO, Bentzen. **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA NO BRASIL: CICLOS ENTRE PATRIMONIALISMO, BUROCRACIA E GERENCIALISMO, UMA SIMBIOSE DE MODELOS** Public administration in Brazil: cycles between patronage, bureaucracy and managerialism, a symbiosis of models Jorge Jatobá Ci. & Tróp. [S. l.]: [s. d.], 2010.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Plenário confirma validade de lei que autorizou criação da Ebserh**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://noticias.stf.jus.br/postsnoticias/plenario-confirma-validade-de-lei-que-autorizou-criacao-da-ebserh/>. Acesso em: 3 mar. 2026.

TCU. **Guia de Governança e Gestão em Saúde**. [S. l.]: [s. d.], 2018.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **ACÓRDÃO 1178/2018 - PLENÁRIO**. [S. l.], 2018. Disponível em: https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/documento/acordao-completo/*/NUMACORDAO%253A1178%2520ANOACORDAO%253A2018%2520COLEGIADO%253A%2522Plen%25C3%25A1rio%2522/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/0. Acesso em: 4 mar. 2026.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **ACÓRDÃO 1610/2013 - PLENÁRIO**. [S. l.], 2013. Disponível em: https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/documento/acordao-completo/*/KEY%253AACORDAO-COMPLETO-1259988/DTRELEVANCIA%2520desc/0/sinonimos%253Dfalse. Acesso em: 4 mar. 2026.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **ACÓRDÃO 1932/2019 - PLENÁRIO**. [S. l.], 2019. Disponível em: https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/documento/acordao-completo/*/NUMACORDAO%253A1932%2520ANOACORDAO%253A2019%2520COLEGIADO%253A%2522Plen%25C3%25A1rio%2522/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/0. Acesso em: 4 mar. 2026.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **ACÓRDÃO 2731/2008 - PLENÁRIO**. [S. l.], 2008. Disponível em: https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/documento/acordao-completo/*/NUMACORDAO%253A2731%2520ANOACORDAO%253A2008%2520COLEGIADO%253A%2522Plen%25C3%25A1rio%2522/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/0. Acesso em: 4 mar. 2026.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **ACÓRDÃO 2813/2009 - PLENÁRIO**. [S. l.], 2009. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/documento/acordao-completo/202420095.PROC/%2520/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/0>. Acesso em: 4 mar. 2026.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Capítulo 1-Governança e Resultados**. Brasília: [s. d.], 2020. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/data/files/FB/B6/FB/85/1CD4671023455957E18818A8/Referencial_basico_governanca_organizacional_3_edicao.pdf. Acesso em: 6 dez. 2025.

TRIPATHI, Shalini Nath; SIDDIQUI, Masood H. Assessing the quality of healthcare services: A SERVQUAL approach. **International Journal of Healthcare Management**, [s. l.], vol. 13, nº sup1, p. 133–144, 2020. <https://doi.org/10.1080/20479700.2018.1469212>

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, [s. l.], 2005. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300017>

WARE, John E. *et al.* Defining and measuring patient satisfaction with medical care. **Evaluation and Program Planning**, [s. l.], vol. 6, nº 3–4, p. 247–263, 1983. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(83\)90005-8](https://doi.org/10.1016/0149-7189(83)90005-8)

WEBER, Max. **Max Weber ECONOMIA E SOCIEDADE Fundamentos da sociologia compreensiva VOLUME 2**. [S. l.]: [s. d.], 1999. Disponível em: www.imprensaoficial.com.br.

Apêndice 1 - Produto técnico tecnológico (PTT): Relatório Técnico Conclusivo