



**Universidade Federal do Tocantins – UFT
Campus de Palmas
Curso de Administração**

ALLANE THÁSSIA TENÓRIO

**QUALIDADE DO ATENDIMENTO NA REDE HOSPITALAR
PÚBLICA DE PALMAS - TO**

Palmas – TO
2008

Allane Thássia Tenório

**QUALIDADE DO ATENDIMENTO NA REDE HOSPITALAR
PÚBLICA DE PALMAS - TO**

Monografia apresentada à Banca Examinadora, como exigência parcial para a obtenção de título de Graduação do Curso de Administração, da Universidade Federal do Tocantins, sob orientação do Prof^a Msc. Suzana Gilioli.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

T312q Tenório, Allane Thássia.
Qualidade do atendimento na rede hospitalar pública de Palmas - TO. /
Allane Thássia Tenório. – Palmas, TO, 2008.
82 f.

Monografia Graduação - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus
Universitário de Palmas - Curso de Administração, 2008.

Orientadora : Suzana Gilioli

1. Qualidade. 2. Atendimento. 3. Serviços públicos. 4. Saúde.. I. Título

CDD 658

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer
forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte.
A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184
do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da
UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a monografia intitulada Qualidade do Atendimento na Rede Hospitalar Pública de Palmas – TO, em _____ de _____ de 2008.

BANCA EXAMINADORA:

Professora, Mestre Suzana Gilioli
Orientadora

Professor(a)
Membro da Banca

Professor(a)
Membro da Banca

“Dedico este trabalho aos meus pais, que sempre me deram apoio e são para mim exemplos de dignidade e perseverança, motivos de orgulho, merecedores do meu maior amor e de todo meu esforço”.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois sem ele “eu nada seria”.

Aos meus pais, pelo apoio, paciência e por terem acreditado em meu sonho e lutado comigo pela realização e concretização deste. Não poderia deixar de dizer que eles foram os principais colaboradores deste trabalho.

À minha filha por me fazer feliz todos os dias e por ser motivo de minha luta constante por melhorar em tudo.

Agradeço também aos meus irmãos, que para mim representam segurança, e mais que amigos, são apoio eterno. Aproveito o momento para falar do amor que sinto por eles, sentimento poucas vezes demonstrado.

Ao Idimário, Maria Helena, José Andrade e Eleonor, supervisores de estágio e colegas de trabalho do Ministério da Saúde, onde desenhei os primeiros passos da carreira profissional e que certamente servirão de exemplo para minha trajetória.

Aos colegas de turma, pela alegria que contagiou e me estimulou a continuar o curso, especialmente aos amigos cuja amizade conquistada não termina com o fim do curso, mas será para sempre.

À Doutora Maria Roseli de Almeida Pery, pelo apoio, compreensão e contribuição para conclusão do curso.

Aos professores que contribuíram para minha formação e pela busca incessante do conhecimento.

Agradeço a Naila, Thainna e Michela, pelos incentivos e amizade.

Aos meus primos Yuri e Lys, pelo incentivo, carinho e companheirismo.

À minha orientadora pela paciência.

Aos membros da banca, por suas contribuições.

E a todos que de alguma forma contribuíram para a concretização do trabalho, mas que deixei de citar aqui. Saibam que sou eternamente grata.

EPÍGRAFE

“É necessário mudar a forma como os hospitais se posicionam frente ao seu principal objeto de trabalho: a vida, o sofrimento e a dor de um indivíduo fragilizado pela doença – sem o que, valerão menos os esforços para o aperfeiçoamento gerencial – financeiro e tecnológico das organizações de saúde. A mais formidável tecnologia, sem ética, sem delicadeza, não produz bem-estar, muitas vezes desertifica o homem.”

Doutor Fernando Cembranelli

RESUMO

TENÓRIO, Allane Thássia. **Qualidade do Atendimento na Rede Hospitalar Pública de Palmas – TO**. 2008. 81 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Administração de Empresas). Fundação Universidade Federal do Tocantins - UFT. Palmas – TO.

A qualidade do atendimento no sistema público de saúde do Brasil tem sido alvo de discussões cada vez mais freqüentes por parte de gestores, órgãos fiscalizadores e cidadãos. Há críticas de que, apesar de toda a sua amplitude funcional e de seu amparo legal, os hospitais não seguem os princípios que norteiam o sistema de saúde, ferindo os direitos dos usuários. O Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição Federal de 1988, além dos princípios básicos que norteiam suas gestões, é constituído por dimensões que fazem parte de um processo de reconstrução das políticas públicas de saúde, tais quais: *vínculo*, *acolhimento* e *humanização*, no sentido de assegurar a qualidade no atendimento. O estudo foi desenvolvido com o objetivo de analisar a qualidade do atendimento da rede hospitalar pública de Palmas – TO. Discute a importância de entender as necessidades e desejos do consumidor. Analisa o atendimento hospitalar no sentido de alcançar a excelência. Destaca ferramentas que podem ser úteis para melhoria contínua dos processos de atendimento. Para isso, foram aplicados questionários para mensurar a satisfação do consumidor e entrevistas com gestores, a fim de identificar os programas e ferramentas, utilizados nos hospitais, em busca da qualidade. Após análise dos dados colhidos durante a pesquisa de campo e de acordo com o embasamento teórico, foram verificados pontos que contribuem para a imagem negativa ou positiva dos hospitais em estudo e sugeridas oportunidades que podem ser incrementadas para contribuir com a melhoria na qualidade do atendimento nas instituições pesquisadas.

Palavras-chave: qualidade, atendimento, serviços públicos, saúde.

ABSTRACT

TENÓRIO, Allane Thássia. **Quality of Care in the Public Hospital Network of Palmas – TO**. 2008. 81 pages. Course Completion Work (Bachelor of Business Administration). Federal University of Tocantins Foundation - UFT. Palmas – TO.

The quality of care in Brazil's public health system has been the subject of increasingly frequent discussions by managers, supervisory bodies and citizens. There is criticism that, despite all their functional breadth and legal support, hospitals do not follow the principles that guide the health system, violating users' rights. The Unified Health System, established by the Federal Constitution of 1988, in addition to the basic principles that guide its management, is made up of dimensions that are part of a process of reconstruction of public health policies, such as: bonding, welcoming and humanization, in to ensure quality of care. The study was developed with the objective of analyzing the quality of care in the public hospital network of Palmas – TO. Discusses the importance of understanding consumer needs and desires. Analyzes hospital care in order to achieve excellence. Highlights tools that can be useful for continuous improvement of service processes. To this end, questionnaires were applied to measure consumer satisfaction and interviews with managers in order to identify the programs and tools used in hospitals in the search for quality. After analyzing the data collected during the field research and in accordance with the theoretical basis, points were verified that contribute to the negative or positive image of the hospitals under study and opportunities were suggested that can be increased to contribute to improving the quality of care in the hospitals. institutions researched.

Keywords: quality, service, public services, health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – FAIXA ETARIA HGP.....	41
FIGURA 2 – SEXO HGP.....	42
FIGURA 3 - RESIDÊNCIA HGP.....	42
FIGURA 4 – ESCOLARIDADE HGP.....	43
FIGURA 5 - MOTIVOS DA ESCOLHA HGP.....	44
FIGURA 6 – FREQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO HGP.....	44
FIGURA 7 - ESPERA PELO ATENDIMENTO HGP.....	45
FIGURA 8 - SATISFAÇÃO COM A ESPERA HGP.....	45
FIGURA 9 – RESPEITO HGP.....	46
FIGURA 10 – INTERESSE HGP.....	47
FIGURA 11 – CONHECIMENTO HGP.....	47
FIGURA 12 – SATISFAÇÃO COM O TRABALHO DA EQUIPE HGP.....	48
FIGURA 13 – LIMPEZA HGP.....	48
FIGURA 14 – VENTILAÇÃO HGP.....	49
FIGURA 15 – ILUMINAÇÃO HGP.....	49
FIGURA 16 – BEM ESTAR HGP.....	50
FIGURA 17 – SINALIZAÇÃO HGP.....	50
FIGURA 18 – CONFIANÇA HGP.....	51
FIGURA 19 – ESTADO DE SAUDE HGP.....	52
FIGURA 20 – IDENTIFICAÇÃO HGP.....	52
FIGURA 21 – FUTUROS ATENDIMENTOS HGP.....	53
FIGURA 22 – GRATUIDADE HGP.....	54
FIGURA 23 – EXPECTATIVAS HGP.....	54
FIGURA 24 - FAIXA ETARIA HRDR.....	55
FIGURA 25 – SEXO HRDR.....	56
FIGURA 26 – RESIDÊNCIA HRDR.....	56
FIGURA 27 - ESCOLARIDADE HRDR.....	57
FIGURA 28 - MOTIVOS DA ESCOLHA HRDR.....	58
FIGURA 29 - FREQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO HRDR.....	58
FIGURA 30 - ESPERA PELO ATENDIMENTO HRDR.....	59
FIGURA 31 - SATISFAÇÃO COM A ESPERA HRDR.....	59

FIGURA 32 - RESPEITO HRDR.....	60
FIGURA 33 - INTERESSE HRDR.....	60
FIGURA 34 - CONHECIMENTO HRDR.....	61
FIGURA 35 - SATISFAÇÃO COM O TRABALHO DA EQUIPE HRDR.....	61
FIGURA 36 - LIMPEZA HRDR.....	62
FIGURA 37 - VENTILAÇÃO HRDR.....	63
FIGURA 38 - ILUMINAÇÃO HRDR.....	63
FIGURA 39 - BEM ESTAR HRDR.....	64
FIGURA 40 - SINALIZAÇÃO HRDR.....	64
FIGURA 41 - CONFIANÇA HRDR.....	65
FIGURA 42 - ESTADO DE SAUDE HRDR.....	66
FIGURA 43 - IDENTIFICAÇÃO HRDR.....	66
FIGURA 44 - FUTUROS ATENDIMENTOS HRDR.....	67
FIGURA 45 - EXPECTATIVAS HRDR.....	68

SUMÁRIO

1	. INTRODUÇÃO.....	11
1.1	Justificativa.....	11
1.2	Problemática.....	12
1.3	Objetivos.....	13
1.3.1	Objetivo Geral.....	13
1.3.2	Objetivos Específicos.....	13
2	METODOLOGIA DA PESQUISA.....	14
2.1	Método.....	14
2.2	Fonte de Coleta de Dados.....	15
2.2.1	Fontes Primárias.....	15
2.2.2	Fontes Secundárias.....	16
2.3	Objeto da Pesquisa.....	17
3	DESENVOLVIMENTO CONCEITUAL.....	18
3.1	Qualidade.....	18
3.1.1	Conceito.....	18
3.1.2	Gurus.....	21
3.2	Serviços.....	22
3.2.1	Conceitos.....	22
3.2.2	Classificação.....	23
3.3	Qualidade dos Serviços.....	24
3.4	Serviços de Atendimento ao Público.....	25
3.5	Ferramentas de Qualidade Aplicáveis aos Serviços de Atendimento.....	27
3.6	Qualidade em Serviços de Saúde.....	28
3.7	Serviço de Saúde Pública no Brasil.....	31
3.7.1	Origens e Desenvolvimento.....	31
3.7.2	Humanização, Acolhimento e Vínculo.....	34
4	UNIDADES DE CASO.....	37
4.1	Hospital Geral de Palmas - HGP.....	37
4.2	Hospital de Referência Dona Regina – HRDR.....	38
5	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	39
5.1	Entrevistas aos gestores.....	39
5.2	Questionários.....	41
5.3	Análise Comparativa dos Resultados.....	68
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
APÊNDICE A -	ROTEIRO DE ENTREVISTA AOS GESTORES DOS HOSPITAIS PÚBLICOS DE PALMAS – TOCANTINS.....	78
APÊNDICE B -	TERMO DE CONSENTIMENTO DE ENTREVISTA LIVRE E INFORMADO	79
APÊNDICE C -	MODELO DO QUESTIONÁRIO APLICADO.....	80

1 INTRODUÇÃO

O mundo vem sofrendo profundas e aceleradas transformações econômicas, políticas e sociais, devido principalmente à globalização e aos avanços tecnológicos. Como consequência, tem-se uma população bem mais informada e consciente de seus direitos. Neste cenário as organizações públicas e seus gestores são levados a adotar estratégias em busca de se tornarem cada vez mais essenciais à comunidade em que estão inseridos.

Assim, algumas empresas públicas têm se posicionado de forma inovadora, adotando medidas inéditas de melhoria de seus processos pela qualidade dos serviços prestados. O que antes era utilizado apenas pelas empresas privadas em busca de competitividade no mercado, agora é inserido como ferramenta também nas políticas públicas, para que através da qualidade, comprovem à sociedade que paga por esse serviço, sua utilidade pública.

Na produção do atendimento é ainda maior a necessidade de investimentos no sentido de melhorar, continuamente, os processos de contato direto com os clientes. Na rede hospitalar, tipo de organização em que o grau de contato é elevado, esta preocupação vem crescendo ao longo dos anos, tomando uma maior dimensão na medida em que o seu público-alvo, a população, através dos seus representantes, intensifica o controle dos serviços.

Além do alto nível de contato empresa-cliente, estas organizações devem atentar para a situação física e/ou psicológica de seu público. O estado emocional e psíquico dos clientes (pacientes) da rede hospitalar exige dos colaboradores de atendimento, conhecidos também por alguns autores como “pessoal de frente”, muita cautela e competência para atender e satisfazer este público. Um atendimento de qualidade será, para estes clientes, prenúncio de que o tratamento de saúde se dará de forma satisfatória.

1.1 Justificativa

O ser humano, em condições debilitadas de saúde, tende a ficar mais sensível às ações do meio externo, por esse motivo é importante que os gestores de hospitais reúnam esforços na tentativa de melhorar a qualidade do contato empresa-cliente, buscando tornar o ambiente hospitalar agradável para que essas instituições possam “acolher” os clientes pacientes, minimizando possíveis conflitos.

Uma pesquisa que dê tratamento especial à questão da qualidade, num cenário atual no qual a primazia pela melhoria contínua não se atém mais apenas ao produto e sim a todos os

processos organizacionais, aplicada para medir a satisfação do usuário dos serviços públicos de saúde disponibilizados em Palmas, além de contribuir para o aprofundamento no âmbito acadêmico, poderá resultar na melhoria dos processos de atendimento dessas instituições públicas, despertarem nos gestores a necessidade de implantação de programas e/ou utilização das ferramentas para este fim, como também estimular a comunidade a fiscalizar e a cobrar seus direitos. Eis aí a relevância do estudo.

1.2 Problemática

Organizações públicas que prestam serviços de qualidade, além de cumprirem seu papel social, estando a serviço da comunidade e garantindo o atendimento devido, levam em consideração todos os aspectos ambientais. Assim, administrando suas rotinas de atendimento de acordo com o perfil dos seus usuários e atendendo àquilo que a população entende por essencial nos serviços, gerando satisfação plena do seu público.

Quando se fala em saúde, boa parte das pessoas não mede esforços na busca pela qualidade dos serviços que precisa. Quando não se sentem satisfeitas com o atendimento oferecido tendem a buscar alternativas. Porém, muitas vezes, devido às restrições financeiras, as pessoas são forçadas a consumirem serviços gratuitos de baixa qualidade. Neste caso, podem recorrer a órgãos fiscalizadores a fim de reclamarem e validarem seus direitos.

Os fatos acima citados demonstram a importância de um trabalho permanente para melhoria contínua do processo de atendimento nos hospitais, principalmente porque estas organizações são constituídas essencialmente pelo atendimento, que engloba desde o pessoal de frente (administradores e recepcionistas, entre outros) e até os profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, etc.

Diante do exposto, questiona-se:

A qualidade do serviço de atendimento das redes hospitalares públicas de Palmas atende as expectativas dos clientes?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Analisar a qualidade do atendimento da rede hospitalar pública de Palmas – TO.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar a existência programas de qualidade do atendimento implantados nos hospitais em estudo e descrevê-los.
- Identificar os pontos fortes e fracos do atendimento na visão dos clientes.
- Fazer uma análise comparativa entre os hospitais estudados.

1 . METODOLOGIA DA PESQUISA

2.1 Método

O método de procedimento escolhido para desenvolver o projeto foi o estudo de caso. Este método investiga um número relativamente pequeno de casos de maneira intensiva. Para Gil (2002, p.54), o estudo de caso “consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento, tarefa praticamente impossível mediante outros delineamentos”.

Para Chizzotti (2000, p. 102):

O estudo de caso é uma caracterização abrangente para designar uma diversidade de pesquisas que coletam e registram dados de um caso particular ou de vários casos a fim de organizar um relatório ordenado e crítico de uma experiência, ou avaliá-la analiticamente, objetivando tomar decisões a seu respeito ou propor uma ação transformadora.

O método possibilita a escolha de um ou mais objetos de estudo que representarão, através de generalizações, os casos semelhantes, sem deixar de lado seu caráter unitário. De acordo com Lakatos (2001, p.108), “a vantagem do método consiste em respeitar a 'totalidade solidária dos grupos, ao estudar, em primeiro lugar, a vida do grupo na sua unidade concreta, evitando, portanto, a prematura dissolução de seus elementos”.

Para estudar o objeto deste trabalho, o estudo de caso teve características vantajosas, uma delas foi a visão mais generalizada do processo, facilitando assim a identificação de fatores que influenciaram o atendimento ou que por ele foram influenciados. De acordo com Oliveira (2002, p. 135), “o estudo intensivo de um caso pode fazer aparecer relações que de outra forma não seriam descobertas”.

Foi efetuada a pesquisa exploratória por adequar-se ao método escolhido. Este tipo de pesquisa aprimora idéias através da descoberta de intuições. Além disso, é bastante flexível, possibilitando a consideração de inúmeros aspectos relativos ao fato estudado.

De acordo com o pensamento de Lakatos (2001, p.188), as pesquisas exploratórias:

São investigações de pesquisa empírica cujo objetivo é a formulação de hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com o ambiente, fato ou fenômeno, para a realização de uma pesquisa futura mais precisa ou modificar e clarificar conceitos.

De acordo com Acevedo et al (2007, p. 59) esse tipo de pesquisa escolhido para a realização deste trabalho tem por objetivo principal “ampliar a compreensão da autora sobre o tema e propiciar subsídio para a formulação do modelo[...]”.

Outra característica da pesquisa exploratória é a rapidez na descoberta e elaboração de hipóteses que tem como objetivo a formulação de um problema para efeito de uma pesquisa mais precisa. A investigação foi realizada através de documentos e contatos diretos com o objeto de estudo.

A seleção de tais instrumentos metodológicos deveu-se diretamente à adequação que estes possuíam com o problema a ser estudado, com a natureza dos processos, o objeto da pesquisa, e com os recursos disponíveis para a realização da investigação.

2.2 Fonte de Coleta de Dados

2.2.1 Fontes Primárias

No intuito de realizar coletas de dados primários foram realizados contatos diretos com pessoas que forneceram dados e sugeriram fontes de informações úteis. O contato foi feito através de questionários, entrevistas.

Os questionários são documentações diretas preenchidos por pessoas que integram o grupo, objeto de estudo. Neste tipo de coleta de dados, um grande número de pessoas é consultado, as respostas podem ser fechadas, o que facilita a análise e escalares que possibilita uma reflexão prévia do autor sobre as possíveis respostas, assim podendo ser organizadas em forma de escala (VIEIRA, 2007).

Gil (2002) ressalta que o questionário é uma das técnicas de coleta de dados mais utilizadas, principalmente, por ser a forma “rápida e barata para a obtenção de informações”.

Já a entrevista, de acordo com VIEIRA (2007, p. 82), “é realizada com pessoas que conhecem muito bem o assunto. [...]. Neste caso o ideal é que as respostas sejam abertas, evitando-se limitações e possibilitando a ampliação do conhecimento”.

Os requisitos básicos para uma boa entrevista, segundo Oliveira (2002), são a imparcialidade, precisão, confiabilidade, facilidade de comunicação, adaptação e honestidade no cumprimento do trabalho.

Lakatos (2001, p.195) acredita que:

A entrevista é o encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. É um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social.

2.2.2 Fontes Secundárias

Marconi e Lakatos (1996, p. 17) mencionam que toda “pesquisa deve basear-se em uma teoria, que serve como ponto de partida para a investigação bem sucedida de um problema”.

Como fonte de pesquisa secundária, foram utilizadas bibliografias relacionadas com o tema, o que contribuiu para o embasamento teórico do trabalho. De acordo com Oliveira (2002, p.119), “a pesquisa bibliográfica tem por finalidade conhecer as diferentes formas de contribuição científica que se realizaram sobre determinado assunto ou fenômeno”.

Este tipo de pesquisa abrange, segundo Lakatos (2001, p.183), “desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico etc., até meios de comunicação orais: rádio[...]e audiovisuais: filmes e televisão”.

Outra ferramenta usada para a coleta de dados foi a internet, que ajudou na elaboração da pesquisa. Acevedo et al (2007, p.84) descreve a internet para pesquisas através dos sistemas de buscas como “uma imensa base de dados com incalculável quantidade de artigos, textos, livros, jornais, fotografias, músicas, jogos, programas de computador, catálogos de produtos e serviço”.

Vieira (2007, p. 63), recomenda “inicialmente, a pesquisa preliminar via internet. Esta deve, certamente, preceder a pesquisa na biblioteca, pela sua amplitude, agilidade e maior eficiência, e, ainda, pelas facilidades de acesso a essas ferramentas em qualquer lugar do país”.

2.3 Objeto da Pesquisa

Os objetos de pesquisa foram os Hospitais Públicos de Palmas: Hospital Geral de Palmas – HGP e Hospital de Referência Dona Regina – HRDR e os usuários e ou acompanhantes dos serviços prestados por estes hospitais.

A área a ser pesquisada é a de serviços de atendimento. Esta pesquisa foi realizada por meio de entrevistas aos diretores administrativos dos hospitais. Além disso, foram aplicados questionários fechados aos clientes que, de alguma forma, já utilizaram os serviços destas organizações, seja como usuários diretos, seja como acompanhantes de usuários. Optou-se, intencionalmente, por aplicar a maior parte dos questionários em locais públicos próximos aos hospitais em estudo, para que o público alvo alcançado na pesquisa fossem os pacientes que acabaram de utilizar o serviço, tornando assim, a pesquisa bem mais atualizada e fiel ao real serviço prestado. Alguns foram aplicados em outros órgãos públicos de Palmas. A pesquisa de campo foi realizada nos meses de março e abril de 2008. Os resultados foram obtidos pelo método de amostragem aleatória.

Para o cálculo do tamanho da amostra utilizamos a fórmula fornecida por Barbetta (2001, p.60), observando-se a margem de erro amostral tolerável, conseguimos aplicar os questionários à uma média de 60% dos usuários atendidos por mês em cada hospital estudado, sendo que a média total no HGP é de 8.600 atendimentos por mês e no HRDR é de aproximadamente 2.500 atendimentos mensais. Essa porcentagem resultou em 180 questionários aplicados aos usuários e acompanhantes do HGP e 50 questionários aos do HRDR. Consideradas as variáveis probabilísticas obtivemos uma amostra para pesquisa maior do que a necessária para o tamanho da população em estudo, tendo, portanto uma margem de erro menor que a máxima tolerável.

A transmissão dos dados dos questionários ao presente trabalho foi realizada através do software Microsoft Access, que subsidiou a análise das informações e geração dos gráficos e tabelas necessários para o bom desenvolvimento deste trabalho.

2 . DESENVOLVIMENTO CONCEITUAL

3.1 Qualidade

3.1.1 Conceito

No Minidicionário Soares Amora da Língua Portuguesa, encontramos a seguinte definição para a palavra qualidade: “*s.f.*1. Aquilo que caracteriza uma coisa; 2. modo de ser; disposição moral; 3. predicado; nobreza; 4. espécie; casta; 5. aptidão. O termo **Qualidade** vem do latim *Qualitate*. No Dicionário On line Michaelis (<<http://dic.busca.uol.com.br/result.html?q=qualidade&group=0&t=10>>), a palavra qualidade é definida como atributo, condição natural, propriedade pela qual algo ou alguém se individualiza, distinguindo-se dos demais; maneira de ser, essência, natureza; excelência, virtude, talento; Grau de perfeição, de precisão, de conformidade a um certo padrão.

Para consubstanciar as práticas administrativas, vários autores discorreram sobre a subjetividade e amplitude do conceito da qualidade. Juran (1991) estudou várias definições do termo qualidade propostas por diversos autores, todavia, para ele nenhuma delas atingiu aceitação universal. Em seu *Handbook*, Juran (1991, p.21) define qualidade como “adequação ao uso”, que, segundo ele, dá ao termo uma “definição simples com ampla aceitação”. Juran (1992, p.9) cita as “características do produto” e “ausência de deficiência” de bens e/ou serviços e a “adequação” desses fatores à demanda como variáveis da qualidade.

Ainda segundo Juran (1991, p.20), os conceitos de qualidade que melhor se adequaram à gestão empresarial foram aqueles norteados pelas necessidades dos clientes.

Nessa forma de qualidade não existe uma unidade de medida universal. Em vez disso, o ponto de partida é o de descobrir dos clientes como eles avaliam a qualidade, ou seja, quais características eles consideram ser as mais importantes para atenderem suas necessidades (JURAN 1993, p.20).

O autor supra citado, dentre as inúmeras definições de qualidade que observou pôde apontar algo comum a elas: a adequação dos produtos ou serviços aos anseios dos clientes, como veremos a seguir.

Segundo o raciocínio de Gil (1997, p. 23, 24), qualidade traduz-se em:

[...]eficácia no atendimento ao consumidor/cliente, na satisfação de seus anseios/desejos de consumo. Na realidade, qualquer organização, para ter lucro e continuidade operacional, tem de captar o que se passa na “cabeça” dos clientes[...] cumprimento/atendimento à legislação, à jurisprudência vigente e ao enfoque governamental, quanto ao segmento econômico e às características operacionais da organização[...] imagem junto à comunidade, ao povo, aos profissionais do mercado, aos funcionários em potencial da organização[...]parceria, entrosamento com os fornecedores.

Grönroos (1993, p.89), defende que “qualidade não é aquilo que é planejado em medidas objetivas, mas sim como os clientes percebem de forma subjetiva o que foi planejado”.

Nesta mesma linha de raciocínio, Rangel (1995, p.16), discorre que “a qualidade focalizada na satisfação do cliente é um conceito estratégico que as empresas têm que introduzir para reter os clientes atuais e conquistar novas fatias de mercado”.

O autor acima citado faz ainda, uma síntese do ciclo da qualidade nas organizações, na qual, ele afirma que, “qualidade produz menos defeitos, gera produtos melhores, incrementa a posição financeira, propicia bem-estar dos funcionários e leva à menor rotação de pessoal. Resultado final: clientes mais satisfeitos” (RANGEL, 1995, p.22).

Dois grandes pensadores também expuseram suas opiniões sobre a definição de qualidade, a saber: Chiavenato (2000), para o qual qualidade é o atendimento das exigências dos clientes, e Maximiano (1997), que defendeu que qualidade significa o melhor que se pode fazer, o padrão mais elevado de desempenho.

Neste contexto, KOTLER (1995, p.64) define qualidade como “a totalidade de aspectos e características de um produto ou serviço que proporcionam a satisfação de necessidades declaradas ou implícitas”.

Moura (1999, p.XI) concorda que a “qualidade de um produto ou de um serviço se traduz na satisfação dos requerimentos ou expectativas do seu consumidor ou seu cliente”.

Mendes (1998, pgs. 6-7) supõe que “a linguagem da qualidade é subjetiva, considerando-se que, o que representa qualidade para um pode não representar para outro”.

No pensamento de Deming (1990), existem dificuldades em se definir qualidade, e grande parte delas esta na dificuldade na mensuração das necessidades futuras do usuário, e em como modificar o produto para dar satisfação por um preço que o usuário pague. Também segundo ele, a qualidade deve ser definida pelos consumidores.

Crosby (1990), afirmou que qualidade significa conformidade às especificações, após pesquisa de mercado, para adequação às necessidades e expectativas dos clientes. De acordo com essas pesquisas, por meio da prevenção e que se deve alcançar a qualidade e o nível de

desempenho deve ser o de zero defeito, um conceito traduzido pelo autor como fazer certo na primeira vez.

Qualidade para Rothery (1993, p.13) é “a adequação ao uso. É a conformidade às exigências. É o produto projetado e fabricado para executar apropriadamente a função designada”.

Já Deming (1990, p.1) relaciona qualidade e produtividade através de suas pesquisas junto aos próprios operários de fábrica. Segundo essas experiências, a produtividade aumenta a medida que a qualidade melhora devido à redução do trabalho, ou seja, evitando desperdícios. Este pensador acredita também que a qualidade está ligada à conformidade dos produtos e ou serviços com suas especificações técnicas.

Dale e Cooper (1992) abordaram a qualidade em vários aspectos, tais como: uniformidade das características do produto ou entrega de um serviço em torno de um valor nominal ou alvo; conformidade com especificações acordadas; adequação ao propósito/uso; satisfazer as expectativas dos clientes e entender suas necessidades e desejos futuros.

Para Malik (1992, p.33), “qualidade é uma palavra de domínio público, trabalhada dentro dos amplos limites daquilo que se considera senso comum. Poucos sabem o que o termo qualidade significa, porém, 'todo mundo sabe reconhecê-la quando está diante dela' ou 'todo mundo sabe quando ela está ausente de determinado produto ou serviço’”.

Urdan (1993) concorda que é difícil definir qualidade em poucas palavras, e ressalta que sua natureza complexa está refletida na ampla gama de definições existentes. Encontram-se desde enfoques de cunho humanista (preocupação com clientes, funcionários, cultura etc.) até perspectivas puramente técnicas (visão de operações).

Segundo o ponto de vista da companhia ISO 9000, “qualidade é adequação ao uso. É a conformidade às exigências. É o produto projetado e fabricado para executar apropriadamente a função designada” (ROTHERY, 1993, p.13).

Ferreira (1997) entende qualidade como propriedade, atributo ou condição das coisas ou pessoas, que as distingue das outras e lhes determina natureza.

Também para Nogueira (1994) qualidade também são as propriedades, ou seja, as características da coisa analisada. O valor que se atribui a essas características é que determina se elas satisfazem individualmente a necessidade de quem julga, discriminando a qualidade boa da má de acordo com critérios de avaliação pessoal.

3.1.2 Gurus

Edward Deming é reconhecido por muitos autores como precursor do movimento pelo controle de qualidade e produtividade (Brocka; Brocka, 1994, p.7; Maximiano, 1997, p.125). Vejamos, a seguir, o que dizem alguns deles:

De acordo com informações do ILB (Instituto Brasileiro Legislativo), a preocupação com a qualidade surgiu no Japão, após a Segunda Guerra Mundial, suscitada pelas orientações do Dr. W Edwards Deming. Após a derrota na guerra os japoneses se fixaram na possibilidade de alcançarem, de maneira simples, a qualidade e a produtividade. A partir daí, a experiência de sucesso dessa nação começou a ser implantada em outros países.

Gomes também (2004, p.7) acredita que, “provavelmente o guru da qualidade mais famoso, e verdadeiro precursor do movimento da qualidade a nível mundial é, W. Edwards Deming”. Para ele além de Deming, Crosby, Juran, Feigenbaum, Ishikawa e Taguchi também foram grandes pensadores que contribuíram para a qualidade através do desenvolvimento de conceitos e técnicas específicas, realçando um conjunto de conceitos-chave que são pilares da teoria da qualidade, definidos resumidamente pelo envolvimento de todos os participantes do processo, gestores e colaboradores, tendo o cliente como foco central das ações destinadas à qualidade.

Cardoso (1996) considera que, dentre os principais autores que contribuíram para a formação dos conceitos de qualidade estão Deming, Crosby, Juran, Feigenbaum, Ishikawa e Taguchi. Estes foram considerados, entre tantos que escreveram a respeito deste tema, *gurus* que marcaram o movimento sobre como gerir a qualidade em empresas.

Moura (1999, p.1) concorda que, o “ênfase de qualidade sofreu profunda influência dos professores Deming e Juran e, posteriormente, Philip Crosby; considerados os gurus da moderna visão de qualidade”.

Kaoru Ishikawa, também foi considerado um grande colaborador japonês que desenvolveu ferramentas da qualidade e juntamente com outros pensadores japoneses, foram além das técnicas e criaram a filosofia da administração da qualidade (BROCKA; BROCKA, 1994, p.90).

Moura (1999, p.3) relatando sobre a visão dos gurus da qualidade, sintetizou assim:

Qualidade, na visão daqueles autores, significa gerar produtos ou serviços que atendam plenamente aos requerimentos dos clientes. Por cliente, deve-se entender não somente o consumidor final do produto ou serviço a ser fornecido, mas também os componentes internos das organizações.

3.2 Serviços

3.2.1 Conceitos

Grönroos (1993, p.47), discorre sobre serviços:

Os serviços que constituem uma série de processos mais ou menos intangivelmente vivenciados, onde a produção e o consumo não podem ser totalmente separados e onde o cliente, com frequência, participa ativamente no processo de produção, são provavelmente percebidos como sendo de extrema complexidade.

Outro autor que discorre amplamente sobre este tema é Lovelock et al, que conceituaram serviços como “... ato ou desempenho que cria benefícios para os clientes por meio de uma mudança desejada no – ou em nome do – destinatário” (Lovelock et al, 2003, p.5).

De acordo com Juran (1993), serviços são trabalhos desempenhados para outra pessoa dentro da própria organização, ou ainda serviço de apoio. Outra definição bastante simples de serviços foi a dada por Zeithaml e Bitner (2000, p. 2): “atos, processos e desempenhos”. Segundo Berry (1980), bens podem ser descritos como objetos ou dispositivos físicos, enquanto serviços são ações ou desempenhos.

Os serviços estão tomando uma dimensão muito maior no ambiente organizacional, além de servir como grande ferramenta gerencial de agregação de valor aos bens, agora também é comumente empregado como principal atividade econômica empresarial. Aliado à esse crescimento surgem novas teorias a respeito desse conceito. Para Kotler¹ e Bloom (1984); e Kotler (1988), apud Grönroos (1993, p. 35) “um serviço é qualquer atividade ou benefício que uma parte possa oferecer à outra que seja essencialmente intangível e que não resulte em propriedade de coisa alguma”.

Grönroos (1993, p.38) afirmou que “um serviço é normalmente percebido de maneira subjetiva. Quando os serviços são descritos pelos clientes, expressões como experiência, confiança, tato e segurança são utilizados”. Segundo o autor (1993, p.40), “a heterogeneidade dos serviços cria um dos maiores problemas nos gerenciamentos dos serviços, ou seja, como manter uma qualidade uniforme percebida dos serviços produzidos e entregues ao cliente”.

3.2.2 Classificação

1 Kotler, P. E Bloom, P.N. (1984) *Marketing para Serviços Profissionais*. São Paulo: Atlas, 1990.

Para Grönroos (1993, p.41) “existe uma diversidade de serviços; alguns são de uma forma ou de outra, extremamente distinto dos outros”. Devido a essa diversidade de serviços ofertados por vários tipos de organizações, muitos autores diferenciaram os serviços por meio de classes de serviços, para que pudessem ser distinguidos e estudados separadamente. Chase (1978), apud Loures (2003, p. 21), classificou os serviços em quatro grupos que englobam todos os tipos de serviços prestados, que são: serviço puro, serviços mistos, quase manufatura e manufatura.

A importância de vários aspectos dos serviços, que tipo de recursos devem ser utilizados e como o processo deve ser gerenciado variam, dependendo da natureza dos serviços e da interface com os clientes. Para ser capaz de tomar as melhores decisões à respeito, o gerente pode aprender a identificar o seu serviço dentro de um ou de vários esquemas de classificação GRÖNROOS (1993, p.41).

Lovelock et al (2003, p.32) pontuou sete maneiras que são consideradas por ele como significativas na classificação dos serviços, são elas:

...grau de tangibilidade ou intangibilidade dos processos de serviço; destinatário direto dos processos de serviço; tempo e lugar da entrega do serviço; grau de personalização ou padronização; natureza da relação com os clientes; medida na qual oferta e demanda estão em equilíbrio; medida na qual instalações, equipamento e pessoal participam da experiência de serviço.

Para o autor essas características são as principais observadas na classificação dos serviços. Para o tipo de serviço em estudo neste trabalho, a classificação citada por Lovelock et al (2003, p.36) que se adequa é a de serviço de “processamento com pessoas”. Este tipo de serviço envolve ações tangíveis nos corpos das pessoas. Para isso, segundo o autor os clientes precisam estar fisicamente presentes durante a entrega do serviço para receber seus benefícios desejados.

Esse contato físico é que irá determinar a percepção da qualidade do serviço prestado, como veremos no tópico a seguir.

3.3 Qualidade dos Serviços

Referindo-se a questões de qualidade dos serviços prestados, Grönroos (1993, p.85) adverte que: “deve-se sempre lembrar que o que conta é qualidade na forma que é percebida pelos clientes”.

Para desenvolver modelos de gestão de serviços e marketing é importante compreender o que os clientes, de fato procuram e o que eles avaliam[...] O que se faz necessário é um modelo de qualidade do serviço, ou seja, um modelo de como a qualidade do serviço é percebida pelos clientes (GRÖNROOS, 1993, p.47).

O ILB – Instituto Legislativo Brasileiro (2007) cita como princípios de qualidade de serviços de atendimento sete dimensões que surgiram na Europa, são elas:

1. validade (para que serve o produto ou serviço);
2. disponibilidade (o produto ou o serviço devem estar à disposição do usuário);
3. precisão (o serviço deve ser executado conforme o previsto);
4. rapidez (na execução do serviço e no atendimento ao usuário);
5. solução do problema (todo usuário quer ter o seu problema resolvido);
6. confiabilidade (cumprimento de prazos e horários);
7. respeito à norma (transparência no processo).

Lovelock et al (2003, p.37) discorre sobre gestão e qualidade do serviço da seguinte maneira:

É importante os gerentes pensarem em processo e produção em termos do que acontece ao cliente, ou outro objeto que está sendo processado, porque isto os ajuda a identificar os benefícios que estão sendo criados. Refletir sobre o processo de serviço em si ajuda a identificar alguns custos não financeiros – como tempo, esforço mental e físico e até o medo e a dor – incorridos pelos clientes para obterem estes benefícios.

Para Lovelock et al (2003, p.102), “a qualidade do serviço é o grau em que um serviço atende ou supera as expectativas do cliente”.

Noções tradicionais de qualidade (baseadas na conformidade com os padrões definidos por gerentes operacionais) foram substituídas pelo novo imperativo de deixar a qualidade ser dirigida pelo cliente [...]. Numerosas organizações de serviços têm investido em pesquisas para determinar o que os clientes desejam em cada dimensão do serviço, em programas de melhoria da qualidade destinados a entregar aquilo que os clientes almejam e na avaliação contínua do grau de satisfação dos clientes com a qualidade do serviço recebido (LOVELOCK, 2003, p.14).

Deming (1990, p.137), afirma que “a satisfação do cliente com relação a qualquer serviço ou item fabricado, medida por qualquer critério que seja, mostrará uma distribuição que varia desde a insatisfação extrema até altamente satisfeitos, exultantes”.

A medida de qualidade que satisfaz ao cliente, para Grönroos (2003, p.129), varia de acordo com a “estratégia da empresa e das expectativas dos clientes para quais os serviços são destinados”.

Lovelock et al (2003, p.41) acredita que “os clientes se encantam quando recebem serviços por meio de procedimentos mais rápidos, mais simples e mais convenientes”.

Pensando em qualidade de serviço atrelada à satisfação do cliente, pode-se citar como fatores que influenciam essa satisfação: os encontros entre clientes e funcionários, as características e comportamento de outros clientes e inclusive a aparência e características das instalações físicas, onde o serviço é prestado (LOVELOCK et al, 2003, p.41).

Parasuraman e outros (1988) apud Hegedus (2000) pontuam alguns fatores que influenciam na qualidade do serviço de atendimento, dentre elas as mais importantes são: instalações físicas e equipamentos além da aparência do pessoal; capacidade de proporcionar o que foi prometido, com segurança e precisão; disposição para ajudar os clientes e fornecer um atendimento imediato; conhecimentos e cortesia dos empregados e capacidade de transmitir confiança e segurança; e o grau de cuidado e atenção individual proporcionado aos clientes.

Para Juran (1992, p.122) alguns aspectos da qualidade de serviços envolvem características como a “cortesia do pessoal que os presta”.

O IBL – Instituto Legislativo Brasileiro entende que é necessário primeiramente identificar quem é o usuário ou cliente da organização quando se deseja mudar os padrões de atendimento em busca de qualidade. Conforme conceituou o Instituto “usuários externos são aqueles que recebem serviços ou produtos na sua versão final. Os usuários ou clientes internos correspondem aos setores, grupos de trabalho e pessoas que integram a organização”.

Dizer, e talvez até acreditar que os serviços de uma empresa são tão complexos e difíceis de produzir que não é possível conseguir qualidade é apenas uma desculpa para não tentar fazer o máximo possível. É verdade que isso poderá exigir esforços de longo prazo, mas nunca é impossível (GRÖNROOS, 2003, p. 128).

3.4 Serviços de Atendimento ao Público

Richard Normann (1978), especialista em marketing de serviços, apud Lovelock (2003, p.62) faz uma comparação entre o encontro entre empresa cliente e uma tourada:

Poderíamos dizer que a qualidade percebida é realizada no momento da verdade, quando o fornecedor do serviço e o cliente do serviço se confrontam na arena. Nesse momento, eles estão, em grande parte, entregues a seus próprios recursos. (...) É a habilidade, a motivação e as ferramentas empregadas pelo representante da empresa

e as expectativas e comportamento do cliente em conjunto, criarão o processo de entrega de serviço.

As pessoas que procuram serviços dirigidos a elas próprias precisam entrar fisicamente no sistema de serviço. Devido ao alto grau de contato que certos serviços necessitam, é que se torna relevante uma maior preocupação por parte dos gestores com o pessoal de frente, àqueles que lidam diretamente com o público alvo (LOVELOCK et al, 2003).

Grönroos (2003, p.452-455), possui uma visão semelhante a esse respeito. Para ele, “o foco principal na competição por serviços é o gerenciamento contínuo das séries de momentos da verdade no processo de serviço, bem como o apoio adequado de gerentes e funções de suporte e dos investimentos em tecnologia, operações e sistemas administrativos”. Esses momentos foram definidos pelo autor como os encontros de serviço entre o cliente e a organização. Segundo o autor, a imagem que a empresa terá perante seus clientes e para o mercado, ou seja, “o valor final para os clientes” será determinado durante os *momentos da verdade*, pela satisfação ou não das expectativas. Será essa a medida de qualidade do serviço prestado.

Moura (1999, p.25) entende que “toda empresa que almeja alcançar níveis de satisfação de seus clientes terá de, necessariamente, dispor de uma força de trabalho motivada, capacitada e comprometida com os objetivos do negócio”.

Deming (1990, p.142) relata um pouco sobre contatos entre cliente empresa:

Todos, vendo ou não o cliente, têm a oportunidade de integrar qualidade ao produto ou serviço oferecido[...]. Muitos clientes formam sua opinião a respeito do produto ou do serviço apenas pelos contatos com as pessoas que vêem – eu os chamarei de homens de contato[...]. A capacidade de agradar os clientes deveria ser, para a boa administração, a mais alta prioridade na contratação e no treinamento de empregados.

Para Rangel (1995, p. 43), “os clientes exigem uma atendimento cada vez melhor. O vendedor está deixando de ser um tirador de pedidos e passando a ocupar a função de um autêntico consultor voltado ao atendimento das necessidades do cliente”.

Segundo Rangel (1995, p.75), “pesquisas mostram com bastante clareza a importância que os clientes dão ao item atendimento”[...] “(p.78) Portanto, seja no relacionamento *empresa-empresa* ou *empresa-consumidor*, a importância do atendimento é fundamental”.

Ainda para Rangel (1995, p.58), é importante “valorizar os funcionários e atender às necessidades deles de desenvolvimento e de reconhecimento pelo bom desempenho. Isso é

essencial para gerar mudança do comportamento das pessoas e melhorar a qualidade de vida do trabalho”.

Na visão de Juran (1991, p.151), “os gerentes envolvidos no contato com o cliente devem garantir que as expectativas de desempenho sejam definidas com clareza e que seus funcionários estejam qualificados para atender a essas expectativas”.

Dentre os 14 princípios para a qualidade dos serviços médicos, estabelecidos pelos Doutores Paul B. Batalben e Loren Vorlicky, citados por Deming (1990, p.147-149), é relevante citar a melhoria dos serviços, reestruturação do treinamento e a instituição de programas de reciclagem de pessoal.

“O envolvimento direto na produção do serviço significa que os clientes avaliam a qualidade a partir da aparência e habilidades sociais dos funcionários, bem como de suas habilidades técnicas”. (Lovelock et al, 2003, p.48)

3.5 Ferramentas de Qualidade Aplicáveis aos Serviços de Atendimento

Algumas ferramentas de qualidade podem ser utilizadas pela empresa no sentido de tentar garantir um bom atendimento ao cliente. Sejam elas puramente de controle, ou apenas ferramentas de recursos humanos, e até mesmo estratégias de marketing interno e/ ou externo.

Relacionamos algumas que tem uma maior aplicabilidade ao setor de serviço de atendimento, conforme veremos a seguir.

De acordo com Lovelock et al (2003, p.111), os fluxogramas são ferramentas úteis para examinar completamente os processos de entrega de serviço. Uma vez que os gerentes entendam esses processos, fica mais fácil identificar potenciais pontos de falha que são elos frágeis da cadeia. Saber o que pode dar errado, e quando, é um primeiro passo importante na melhoria da produtividade e prevenção de problemas na qualidade do serviço.

Já os Diagramas de controle, segundo Lovelock et al (2003, p.111,112), representam um método simples de mapear o desempenho ao longo do tempo em função de critérios específicos de qualidade. Uma vez que os diagramas são visuais as tendências são facilmente identificadas. Já o diagrama de causa-e-efeito, inicialmente desenvolvido pelo especialista japonês de qualidade, Kaouru Ishikawa, para uso em indústrias é uma técnica gráfica que relaciona problemas específicos de serviços e diferentes categorias de causas subjacentes.

Ainda de acordo com Lovelock et al (2003, p.112), outra ferramenta que pode ser usada para melhoria dos serviços é o diagrama de causa-e-efeito, que testa cinco categorias: pessoal, procedimentos, equipamentos e instalações, material e suprimento, porém como falhas muitas vezes são seqüenciais, com um problema levando a outro em uma categoria diferente, o diagrama pode ser expandido incluindo e testando novas categorias como clientes, possíveis atrasos, informação e outros.

Os 5s é uma filosofia de trabalho que busca promover a disciplina na empresa através de consciência e responsabilidade de todos, de forma a tornar o ambiente de trabalho agradável, seguro e produtivo, ideal para organizações que buscam prestar serviços de qualidade. De acordo com pesquisas realizadas em locais que são inseridas estas formas de gerir o 5S permite aos colaboradores trabalhar com segurança, ter um rendimento elevado, trabalhar em um ambiente descontraído, climatizado, com pessoas positivas e incentivadoras. (<http://www.pucrs.br/feng/5s/capa.php>).

3.6 Qualidade em Serviços de Saúde

“Nos serviços de saúde, a qualidade da assistência tem sido muito enfatizada e o conceito de qualidade vem se transformando, incorporando novos parâmetros” (PAIVA, 2006, p. 45).

A área da saúde foi uma das últimas a aderir aos processos de qualidade, entretanto tem demonstrado resultados positivos após a adoção desses sistemas (TAUBLIDE, 1998 apud MENDES, 1998, p.24).

Entre as questões relativas à “modernidade” da administração de saúde estão certamente aquelas voltadas ao desenvolvimento de recursos humanos, cultura organizacional e qualidade[...]. Sua chegada ao setor de saúde foi mais tardia e, até hoje, se mantém basicamente como assuntos de debate, não tendo chegado ainda à operacionalização (MALIK, 1992, p.2).

Os conceitos de gestão em saúde em geral, relacionam a qualidade à integração dos setores administrativos, envolvendo principalmente o setor de recursos humanos, que é tido como decisivo para obtenção de satisfação e qualidade dos serviços prestados.

Neste sentido Malik (1992, p.38) acredita que:

[...]existe uma necessidade de desenvolver um novo pacto interno, em que a valorização do trabalhador é um passo inicial e pré-requisito para qualquer

segmento[...] “uma das primeiras constatações para se implantar a administração da qualidade é que recursos humanos devem passar a ser vistos como investimento e não apenas, como é tão comum observar no setor de saúde, como mais um item de custeio.

Outra posição do autor também relacionada à gestão desses serviços, é a de que:

Os administradores do setor de saúde devem assumir que a necessidade por qualidade como entidade definível existe e que faz parte de seu papel a criação de um ambiente que facilite sua obtenção. Em última instância, isto significa interferir sobre a cultura da organização de modo a partilhar com todo seu corpo vivo a responsabilidade pela qualidade. Ou seja, qualidade se torna indelegável (Malik 1992, p.41).

Mendes (1998) também idealizou os serviços de saúde como sistemas na medida em que, segundo o autor, são compostos por pessoas que interagem com máquinas, integram esforços e cooperam com objetivo de propiciar atendimento à saúde da população.

...o trabalho em saúde é diferente dos outros trabalhos de prestação de serviços, porque não produz bens a serem estocados e comercializados e sim serviços que são consumidos no momento da prestação do cuidado, diferente de outros trabalhos de prestação de serviços, na medida em que lidam com um objeto humano (FELLI; PEDUZZI, 2005, p.1).

Levando-se em consideração a classificação de serviços dada por Chase (1978), os serviços de saúde, definidos como serviços puros, possuem uma variabilidade de satisfação muito maior devido ao seu alto grau de contato. Para o autor, neste tipo de serviço o cliente exerce mais influência sobre a variação no tempo da demanda e as características do serviço, devido principalmente a seu maior envolvimento no processo de serviços.

Por isso torna-se importante salientar que o:

...ambiente terapêutico, bem como, os serviços nele prestados, influenciam, potencialmente, o processo da comunicação, podem ajudar a elevar a auto-estima do usuário, o desenvolvimento de sua confiança nos profissionais e, conseqüentemente, levam ao respeito mútuo (TAYLOR, 1992, p.89; TEIXEIRA et al., 1997, p.27).

Para Lovelock et al (2003, p.54), compartilha da mesma idéia de que os serviços de saúde representam um alto grau de contato entre empresa e cliente (paciente), pois estes estão ativamente envolvidos na organização e com o seu pessoal, ao longo da prestação do serviço.

Nestes momentos de contato é que se devem ser aplicadas as diretrizes do SUS. Passos (2006, p.15), acredita que é devido a uma série de problemas de gestão do pessoal que neste setor que o acompanhamento das necessidades dos usuários permanece com várias lacunas, conforme dito pelo autor:

Um dos aspectos que mais tem chamado a atenção quando da avaliação dos serviços é o despreparo dos trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva que toda

prática de saúde supõe. Ligado a esse aspecto, um outro que se destaca é a presença de modelos de gestão centralizados e verticais, desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho.

As falhas no atendimento somadas a um recurso humano mal preparado pela gestão estão diretamente relacionadas à desumanização. As falhas de atendimento são entendidas como longas esperas, ausência de regulamentos, de normas e de rotinas, deficiência das instalações e equipamentos, falhas na estrutura física; a despersonalização, o anonimato, a estruturação física inadequada, inexistência de privacidade e de preparo psicológico, a falta de informação e às infrações éticas por parte dos profissionais no modo como tratam os usuários, entre outros (CASATE E CORREA, 2005).

No conceito de qualidade em serviço de saúde desenvolvido pelo PNHAH (2003, p.34), são descritas as habilidades que devem caracterizar os profissionais que lidam com serviços de saúde:

A noção de qualidade do trabalho em saúde compõe-se tanto da competência técnica quanto da competência para interagir, isto é, para se relacionar. A experiência mostra que um grande número de queixas e demandas dos usuários pode ser resolvido, ou pelo menos bastante minimizado, quando o usuário se sente ouvido, compreendido, acolhido, considerado e respeitado pelos profissionais que o estão atendendo.

Desta forma a noção de responsabilidade dos profissionais deve ser ampliada para além da dimensão técnica a partir de uma nova cultura de responsabilidade pela qualidade da assistência prestada no desempenho do trabalho (CECÍLIO, 1994, p.316).

“Atitudes compreensivas e centradas na pessoa promove transformações profundas na organização e na administração da assistência” (PAIVA, 2006, p.17).

Devido a subjetividade tanto do conceito de qualidade, quando dos fatores que implicam em satisfação para os clientes, existe uma grande dificuldade em se desenvolver padrões de qualidade para este tipo de serviço. Seguindo este raciocínio, Malik (1992) atribui esta dificuldade à amplitude dos conceitos da qualidade, que, torna impossível definir medidas de qualidade impossibilitando a criação de leis que obriguem as organizações de saúde à manutenção de padrões. Devido a esse fato, e, principalmente ao desconhecimento, por parte dos cidadãos, de que é direito de todos o acesso a bens ou serviços de qualidade, e que se perpetua impunibilidade a esse tipo de infração dos direitos da cidadania.

Paiva (2006) é convicta de que o profissional que desempenha suas atividades no setor de saúde, seguindo os caminhos pela valorização da vida, irá certamente oferecer atenção individualizada, respeitando às individualidades dos sujeitos, conseqüentemente criando um

ambiente de bem estar e contribuindo para a humanização da assistência, prestando cuidados de qualidade.

A atual corrida pela qualidade não se trata apenas de boas intenções adquiridas dos serviços de saúde, mas da necessidade de atender às exigências de uma população cada vez mais consciente de seus direitos, da essência das relações humanas no trabalho e, principalmente, de diminuir os custos da alta tecnologia utilizada pela medicina. (ANTUNES, 1997, p.3).

“O novo paradigma de gerenciamento das organizações de saúde, portanto, reconhece que a qualidade não é apenas atributo de um serviço, e sim a medida de um relacionamento entre todos os envolvidos no processo” (CADAH, 2000, p.4).

3.7 Serviço de Saúde Pública no Brasil

3.7.1 Origens e Desenvolvimento

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Constituição Federal 1988, Art. 196).

A organização dos serviços de saúde no Brasil que culminou com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e garantiu a democratização da assistência à saúde foi resultado da organização de movimentos sociais e, entre esses, o movimento da reforma sanitária nos anos 70 que se contrapôs ao modelo econômico vigente sobre a saúde da população, que priorizava as questões econômicas no lugar das sociais (BRASIL, MS, 2001a, p.36).

...esse sistema estabeleceu assim uma forma de unificação das instituições de saúde, integrando e descentralizando as ações e os serviços e democratizando o acesso através da disponibilização dos serviços mais próximos da população. Essa mudança exigiu dos serviços uma nova forma de gestão e uma nova ética dos profissionais de saúde (BRASIL. MS, 2001a, p.38).

Além da legislação vigente que preconiza sobre a área da saúde e normatiza os parâmetros do SUS, o Governo Federal tem investido em programas de melhoria do atendimento aos usuários. A exemplo disso temos o “HumanizaSUS”, que é um programa de

humanização dos serviços de saúde no Brasil, entendido também como um movimento que tem por objetivo fortalecer o SUS como política pública de saúde.

A saúde é direito de todos e dever do Estado'. Essa é uma conquista do povo brasileiro. Toda conquista é, entretanto, resultado e início de um outro processo. Em 1988, votamos a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Com ele afirmamos a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção em saúde. Com ele também apontamos para uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doença, mas a uma vida com qualidade (PASSOS, 2006, p.15).

Apesar de todo o amparo legal existente no Brasil, muitas são às críticas tecidas os serviços de saúde pública.

[...]é necessário algum grau de otimismo para que se possa aceitar o conceito de consumidor quando se fala de saúde[...]. Embora o acesso universal esteja entre os preceitos constitucionais desde 1998, este é muito mais um anseio que uma realidade. Portanto, para a maioria da população, o consumo em saúde precisaria primeiro existir, para depois ser qualificado. No entanto, isto certamente não invalida a busca da qualidade na área. A rigor apenas obriga que, entre os objetivos parciais a atingir, esteja o acesso (MALIK, 1992, p.33).

Analisando os princípios do Sistema Único de Saúde, Paiva (2006) entendeu por princípios filosófico-ideológicos como sendo a equidade, integralidade e universalização do acesso e por princípios organizativos a descentralização, a regionalização e hierarquização, a resolutividade a participação e o controle social. Estes princípios todos contribuem determinantemente para a qualidade dos serviços públicos de saúde uma vez que expressam em grande medida o processo de consolidação do direito à saúde. Além desses, outros fatores como o acolhimento, a humanização e satisfação do usuário são considerados elementos essenciais da qualidade.

O ministério da Saúde vem se esforçando para a construção de novo modelo do processo de trabalho, a partir de princípios que levem em conta os conceitos de saúde/doença e das diretrizes de universalidade do acesso, integralidade das ações, da equidade, da regionalização e hierarquização; da resolutividade, da qualificação e do controle social como estratégias para a melhoria da qualidade da assistência no campo da saúde (Paiva, 2006, p.18).

Entretanto, Paiva (2006) constatou que estes princípios propostos pelo sistema público de saúde não alcançando seus objetivos, sendo considerados de baixa resolutividade na medida em que a população continua desassistida em grande parte e os princípios básicos não são postos em prática.

O próprio ex-ministro da saúde, José Serra, durante o lançamento do Programa Nacional de Humanização Hospitalar – PNHAH, afirmou: “a qualidade da atenção ao usuário é uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro, em função do número significativo de queixas referentes a maus tratos nos hospitais” (PERY, 2003, p.10).

Mehry (1994) também verificou que as práticas de saúde utilizadas na prática não são acolhedoras, e que, frequentemente se observa o contrário. Segundo ele predomina a morosidade, pouca efetividade e baixa qualidade no atendimento; as filas parecem não ter fim, não há comunicação, muito menos informação aos usuários, e muitas vezes, os pacientes, já com sua saúde debilitada e mentalmente abalados, são expostos ao desrespeito dos profissionais.

Um dos aspectos que mais tem chamado a atenção quando da avaliação dos serviços é o despreparo dos trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe. Ligado a esse aspecto, um outro que se destaca é a presença de modelos de gestão centralizados e verticais, desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho (PASSOS, 2006, p.15).

Por isso “esse sistema de saúde, que deveria ser universal e gratuito, se transformou num sistema para os pobres, ao passo que a dificuldade para o acesso às ações e serviços de saúde na rede pública têm levado as pessoas com um maior poder aquisitivo ao setor privado” (MENDES, 2001a, p.109).

De forma inversa, os exames de alta complexidade que muitas vezes não são garantidos pelos planos de saúde, levam ao sistema único uma demanda que recorre aos seus serviços, acarretando o aumento do tempo de espera daqueles menos favorecidos que dependem unicamente dos serviços públicos para recuperação de sua saúde (URBANO, 2003, p.42).

Outra dificuldade na gestão dos serviços de saúde é enfrentada pelos gestores e pelo controle dos órgãos fiscalizadores, principalmente no tocante às características do setor de serviços na área da saúde no Brasil, que ajudam a confundir variáveis envolvidas na avaliação dos resultados e, por conseguinte, dos efeitos que programas de melhoria podem trazer. A exemplo podemos citar o impasse pelo que passam os poucos profissionais com formação administrativa que ousam discutir com médicos sobre a afirmação de que os procedimentos diagnósticos ou terapêuticos são prescritos com vistas ao bem-estar do paciente (independente do tipo de financiamento do serviço) ou de que determinada despesa deve ser feita, sob pena de provocar a morte de algum paciente, por culpa do administrador (MALIK, 2001).

Esse empasse poderia ser revolucionado se fossem postos em práticas alguns dos princípios do SUS. Entre estes princípios podemos citar o da resolutividade:

...a resolutividade ou ação resolutiva significa usar tudo o que se dispõe para eliminar o sofrimento e as causas reais do problema do usuário. Significa colocar à disposição do usuário toda a tecnologia disponível a fim de agilizar o diagnóstico e propor o tratamento adequado para cada caso, utilizando-se de uma abordagem que envolve a dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde. O desdobramento

esperado desse processo e uma alteração do quadro da doença e a satisfação do usuário (CECÍLIO, 1994, p.139; CECÍLIO, 1997, P.332).

A Participação e o Controle Social é outro princípio que tem por objetivo garantir o exercício da cidadania e asseguram ao cidadão o direito às informações sobre sua saúde. Este é um importante instrumento da população na participação do controle da execução das políticas de saúde, para expor aos gestores os problemas que realmente ocorrem dentro desse sistema e que afetam a qualidade dos serviços de saúde (PAIVA, 2006, p.26).

Além desses princípios relacionados acima, a implantação do Sistema Único de Saúde vem demonstrando a necessidade de projetos voltados diretamente para o atendimento ao usuário com a criação de alternativas à assistência e diretrizes capazes de assegurar a qualidade do cuidado ao paciente. Discorreremos um pouco mais sobre estes projetos, devido a relação e importância com o objeto em estudo, conforme veremos a seguir.

3.7.2 Humanização, Acolhimento e Vínculo

“O acolhimento, a humanização e a satisfação do usuário são considerados hoje como elementos essenciais da qualidade e como instrumentos básicos para a reorganização dos serviços de saúde” (PAIVA, 2006, p.18).

Por acolhimento o programa “HumanizaSUS”, desenvolvido por Passos e outros (2006, p. 24) entende a:

Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.

O conceito de acolhimento para Ferreira (1997), significa o “ato ou efeito de acolher, de receber, de dar atenção, consideração”. E acolher significa dar acolhida ou agasalho, receber, hospedar, ouvir aceitar.

No serviço de saúde o acolhimento é entendido como o acesso a todos os que procuram os serviços, a comunicação de fato entre pacientes e agentes de saúde e a resolutividade dos problemas dos usuários e eficácia dos procedimentos utilizados (FRANCO, BUENO, MEHRY, 1999, p.46).

...o acolhimento, enquanto elemento fundamental do processo de construção de novos modelos de atenção, não pode se limitar apenas ao ato de receber bem e se restringir apenas as atividades de porta de entrada, envolve a humanização do atendimento e a resolutividade da necessidade de saúde de cada usuário que procura o serviço (MATUMOTO, 1998, P.11; COIMBRA, 2003, p.10).

O vínculo também é um elemento fundamental na prestação de um serviço que preza a qualidade. A construção de vínculo entre profissionais possibilita uma relação de segurança entre profissionais e pacientes, facilitando o entendimento e a reabilitação. O vínculo é criado a partir de fatores como envolvimento da família do paciente com seu tratamento, a informação, a comunicação, valorização da subjetividade, dos medos e dos sentimentos do usuário (ROLLO, 1997; WAIDMAN e STEFANELLI, 2005).

A humanização é entendida como valor, na medida em que resgata o respeito à vida humana. Abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. Esse valor é definido em função de seu caráter complementar aos aspectos técnico-científicos que privilegiam a objetividade, a generalidade, a causalidade e a especialização do saber (PNHAH 2002, p.36).

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH, 2000), foi criado por iniciativa do Ministério da Saúde ao identificar o grande número de queixas dos usuários referentes aos maus tratos nos hospitais. Esse programa tem por objetivos principais promover mudança cultural no atendimento de saúde no Brasil, aprimorando as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade.

Puccini e Cecílio (2004) vêem a humanização como resgate à essência humana perdida e como crítica à complexidade tecnológica na saúde em detrimento da natureza humana. Passos (2006, p. 18) acredita no “resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS” como fator importante na operacionalização da Humanização.

A Política de Humanização do Brasil, chamada também por “HumanizaSUS”, entende por humanização:

A valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (PASSOS, 2006, p.15).

Para os elaboradores do Programa de Humanização, com esse método renovado de gestão, evitam-se “formas burocratizadas de trabalho, com empobrecimento subjetivo e social dos trabalhadores e usuários”.

Os resultados esperados com a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH), para Passos (2006, p. 18) são: redução das filas e o tempo de espera, com ampliação

do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco; o usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e a rede de serviços se responsabilizará por sua referência territorial e atenção integral; As unidades de saúde garantirão os direitos dos usuários, orientando-se pelas conquistas já asseguradas em lei e ampliando os mecanismos de sua participação ativa, e de sua rede sócio-familiar, nas propostas de intervenção, acompanhamento e cuidados em geral; as unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, com investimento na educação permanente dos trabalhadores, na adequação de ambiência e espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, propiciando maior integração de trabalhadores e usuários em diferentes momentos (diferentes rodas e encontros); a valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde.

Os agentes públicos da área da saúde devem ser orientados e capacitados para que o serviço prestado aos usuários tenha por base a atenção individualizada, respeitando as necessidades de cada cidadão debilitado física e/ou emocionalmente, contribuindo para a assistência e prestação atendimento de qualidade. O acolhimento, a humanização, o vínculo e a conseqüente satisfação do usuário, podem ser considerados como elementos essenciais da qualidade e como ferramentas de instituição e manutenção desses sistemas de qualidade do atendimento na área da saúde.

4. UNIDADES DE CASO

4.1 *Hospital Geral de Palmas - HGP*

De acordo com a Secretaria de Estado da Saúde - SESAU (<www.to.gov.br/hgp>), o HGP – Hospital Geral de Palmas foi inaugurado em 10 de agosto de 2005, tendo como missão promover assistência à saúde, geração de conhecimento e responsabilidade social, oferecendo atendimento humanizado e de qualidade. Ainda segundo a SESAU, o hospital se destaca por ser referência para todo o Tocantins e para a região norte, especialmente Pará e Mato Grosso, por realizar procedimentos de média e alta complexidade, sendo o único hospital de Palmas que possui UTI, possui também equipamentos de última geração, um corpo técnico especializado e todas as comissões de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde.

Conta com um recurso humano composto por cerca de 1500 funcionários, sendo em média 1100 servidores públicos e 400 terceirizados. A média de atendimento do pronto socorro é de cerca de 5 mil atendimentos de urgência e emergência por mês e o ambulatório de especialidades atende em média 60 pacientes por dia. Essa demanda é dividida em demanda local, que são os pacientes encaminhados pelos Pronto-atendimentos, SAMU e PSF's – Programa de Saúde da Família, residente em Palmas, e demanda externa é composta por pacientes de todos os municípios do Estado e também pacientes de Estados vizinhos, como Pará, Maranhão e Mato Grosso.

Para atender a esta demanda o hospital conta com uma estrutura física com 200 leitos, 6 salas cirúrgicas, UTI com capacidade para 18 leitos, sendo 04 direcionados à cardiologia, 05 UTI's pediátricas que atendem crianças de 29 dias de nascido a 12 anos de idade, e 25 especialidades sendo elas: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Clínica Ortopédica, Cardiologia, Cirurgia Buco maxilofacial, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vasculard, Nefrologia, Psiquiatria, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Urologia, Ginecologia, Oftalmologia, Endocrinologia, Hematologia, Neurologia, Radiologia, Medicina Nuclear, Ultrassonografia, Gastroenterologia, Infectologia, Intensivista, Dermatologia, Hemoterapia. Conta com os serviços de Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Serviço Social, SND - Serviço de Nutrição Dietética Farmácia Central e Farmácias Satélites localizadas estrategicamente dentro no Pronto Socorro, Centro Cirúrgico, UTI e Unidades de Internação.

O ambulatório de especialidades oferece atendimento a pacientes referenciados de outros municípios ou que já foram atendidos anteriormente na emergência do HGP. Cerca de 1800 pessoas são atendidas mensalmente no Ambulatório de Especialidades na área de ortopedia, pneumologia, psiquiatria, ginecologia e dermatologia sanitária.

Foi implantado recentemente o serviço de hemodiálise, que possibilitou o acompanhamento e tratamento aos portadores de doenças renais substitutivas. Neste setor é disponibilizado não só o tratamento patológico por médicos e enfermeiros especialistas, como também um atendimento mais amplo com psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais, aos pacientes e aos seus familiares.

4.2 Hospital de Referência Dona Regina – HRDR

O HRDR – Hospital de Referência Dona Regina é uma Instituição Assistencial de natureza pública, classificada como hospital-maternidade, sendo credenciado no serviço de referência e contra-referência na assistência Materno Infantil, para o atendimento de urgências e emergências com abrangência Regional. Possui 102 leitos, distribuídos em quartos e enfermarias nas clínicas de Ginecologia e Obstetrícia, Alojamento Conjunto, Pediatria, Assistência a Berçário de Cuidados Intermediários e UTI Neonatal; dispendo ainda de uma Agência Transfusional, um Banco de Leite Humano e o Serviço de Radiologia. Conta em seu Corpo Clínico, com várias especialidades de assistência de apoio em regime de sobreaviso. Atende em média 2.500 usuários por mês em todas as suas especialidades e áreas. A Instituição conta com prestação de serviços terceirizados para apoio de assistência diagnóstica, que estão em fase de renovação de contatos e convênios.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

5.1 Entrevistas aos gestores

Hospital Geral de Palmas – HGP

Em entrevista à gestora administrativa do HGP, Renata Nogueira Duran Marquez de Souza, conforme roteiro do Apêndice “A” (pg. 80) do presente trabalho, obteve-se as seguintes informações a respeito das políticas de qualidade do atendimento adotadas pelo hospital:

O Programa de Qualidade atualmente utilizado pelo Hospital Geral de Palmas é o **5S**, uma filosofia de trabalho que busca promover a disciplina na empresa através de consciência e responsabilidade de todos, de forma a tornar o ambiente de trabalho agradável, seguro e produtivo, ideal para organizações que buscam prestar serviços de qualidade. Segundo a gestora este programa tem demonstrado resultados satisfatórios na medida em que proporciona ao hospital uma maior organização e, conseqüentemente, um ambiente de trabalho bem mais agradável, proporcionando bem estar tanto dos colaboradores, quanto dos usuários. Neste programa foi envolvida toda a equipe de profissionais do hospital.

Há também nesta organização, um instrumento de medição de satisfação dos usuários denominado PNASH (Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares), que é um programa desenvolvido pelo Ministério da Saúde com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços hospitalares prestados aos usuários do SUS, respeitando os princípios de universalidade e da equidade. O PNASH é aplicado, periodicamente, pelos setores de serviço social, nutrição, enfermagem, e outros.

Além disso, na busca pela qualidade dos serviços, foram criadas rotinas padronizadas de atendimento através de ferramentas tais quais: fluxogramas de rotina, normas e procedimentos, sendo estas rotinas monitoradas pelas chefias dos setores no sentido de averiguar se são seguidas pelos funcionários. A gestora afirmou que existem falhas nessas padronizações devidas à dificuldade existente em se atingir o grande número de funcionários que atuam nas diversas áreas do hospital. Porém, estas falhas são constantemente monitoradas, e a padronização é restabelecida pelo setor de recursos humanos através da gestão das pessoas envolvidas.

Segundo a gestora administrativa, existe um canal de contato com os clientes pacientes para ouvir reclamações e/ou sugestões. Este contato é realizado por meio da caixa de

sugestão, bem como por meio de reunião com os acompanhantes dos usuários, que ocorrem com uma frequência de duas vezes por semana para se obter feedback do atendimento. Estas reuniões são feitas pela gerência de atendimento. Quando se trata de reclamações a respeito de agentes públicos, o setor responsável pelo atendimento busca entender, através de diálogos com os reclamantes e profissionais que supostamente tenham cometido alguma infração ou erro, para esclarecer e resolver a situação, de forma que os problemas de mesma ordem sejam sanados. Se as reclamações têm relação com os serviços do hospital ou questões estruturais, a gestão, seguindo os princípios do sistema único de saúde e legislações, busca adequar-se às normas, e, se não for possível, esclarece aos usuários os motivos pelos quais estejam sendo utilizados tais procedimentos.

Quanto ao fator recursos humanos e atendimento, o HGP desenvolve a capacitação dos funcionários em geral, também com o intuito de melhoria de serviços de atendimento, e, além disso, segundo as declarações da gestora administrativa, existe todo um acompanhamento psicológico dos profissionais que tem contato direto com os clientes para que sejam minimizadas as seqüelas advindas dos possíveis conflitos de encontros com usuários e acompanhantes, como também para cuidar do estado emocional de quem trabalha diretamente com pessoas acometidas pelos diversos problemas de saúde.

Alguns dos problemas mais comuns enfrentados pela gestão em busca da melhoria da qualidade do atendimento, têm sido, segundo a própria gestora, a questões da conscientização dos agentes públicos, no sentido de envolvê-los no processo de implantação dos programas de qualidade relacionados ao atendimento, principalmente porque estes profissionais demonstram uma forte resistência a mudanças.

Hospital de Referência Dona Regina – HRDR.

Em entrevista ao gestor administrativo do HRDR, Giovani Merenda, conforme roteiro de entrevistas localizado no Apêndice “A” do presente trabalho, obteve-se as seguintes informações a respeito das políticas de qualidade do atendimento adotadas pelo hospital:

Existiam alguns programas de qualidade implantados pela gestão anterior, inclusive de pesquisa de satisfação realizada por profissionais da área de humanização, porém, devido às mudanças na gestão que aconteceram em no hospital 2007, mais especificamente no mês de fevereiro, houve uma paralisação para reformulação das estratégias administrativas em busca de melhoria dos programas e ampliação do que já vinha sendo desenvolvido.

Atualmente o HRDR não possui nenhum tipo de programa de melhoria da qualidade dos serviços de atendimento sendo implantados. Estes programas estão em fase de desenvolvimento, dentro do planejamento estratégico que está sendo realizado pela atual gestão administrativa.

5.2 Questionários

Os questionários, cujo modelo encontra-se no Apêndice C deste trabalho, foram aplicados, em locais públicos em geral, aleatoriamente, junto aos usuários dos hospitais públicos de Palmas, totalizando 230 pessoas questionadas que utilizaram os serviços entre 2007 e 2008, como usuários ou acompanhantes. A montagem do questionário foi descrita no item “Objeto de Pesquisa” localizado às folhas 17 do presente trabalho.

5.1.1 Hospital Geral de Palmas - HGP

Dos 230 questionários aplicados, 180 foram respondidos por usuários ou acompanhantes dos serviços prestados pelo Hospital Geral de Palmas - HGP.

Perfil do usuário do HGP

Este quesito aborda questões como: faixa etária, sexo, residência e escolaridade, e foi elaborado com o objetivo de qualificar o usuário.

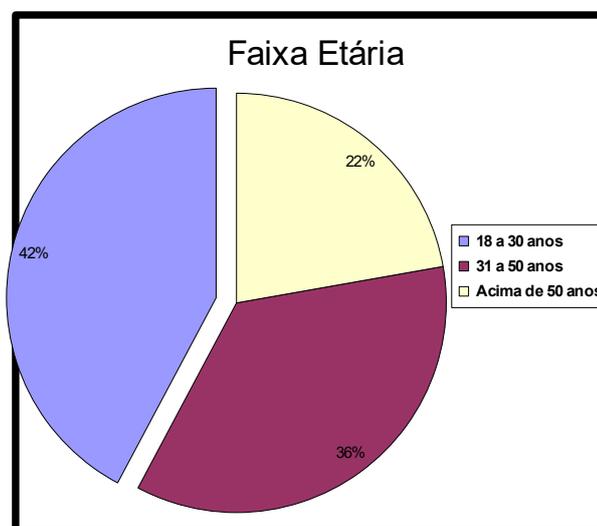


Figura 1 – Faixa Etária - HGP

Das pessoas que responderam ter utilizado os serviços do HGP, 42,22 % têm idade entre 18 a 30 anos; 35,56% entre 31 a 50 anos e 22,22% têm mais de 50 anos.

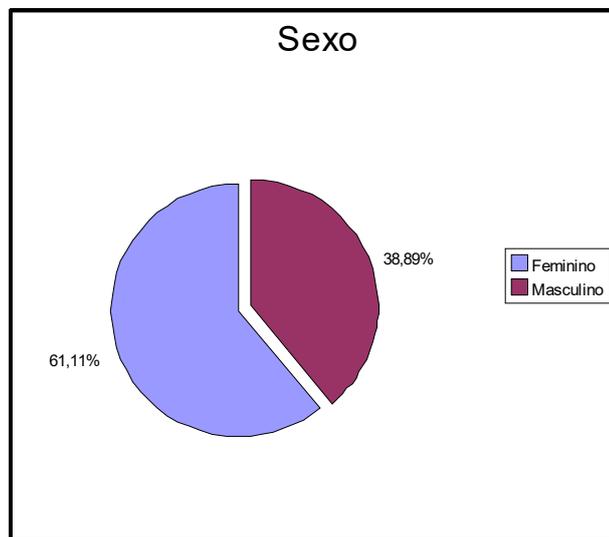


Figura 2 - Sexo - HGP

Dentre os usuários que responderam ao questionário, 61,11% é do sexo feminino e 38,89% do sexo masculino.

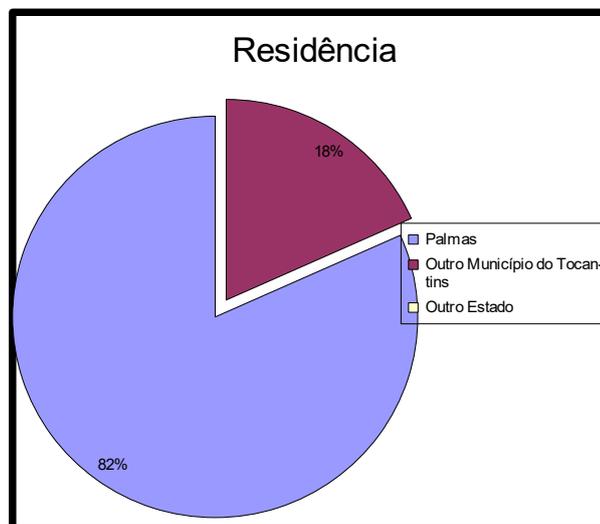


Figura 3 – Residência - HGP

Quando questionados sobre seus domicílios, 81,67% afirmaram morar em Palmas, e 18,33% em outra cidade.

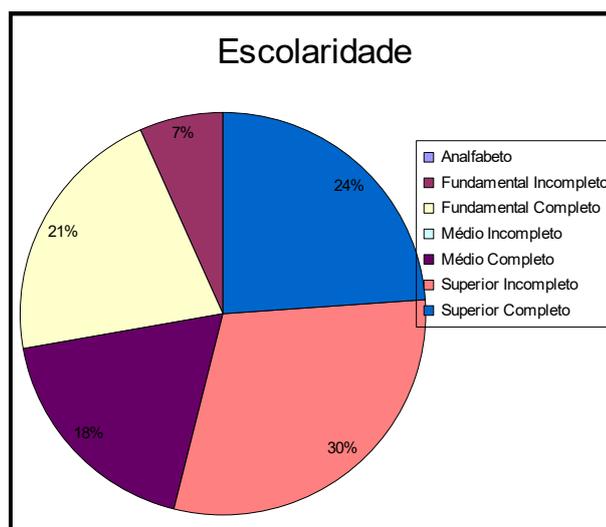


Figura 4 – Escolaridade - HGP

Quanto à escolaridade, 30% disseram ter nível superior incompleto e 23,89% nível superior completo. Os de escolaridade de nível médio perfazem 18,33%, para 21,11% de nível fundamental completo e 6,67% com fundamental incompleto. Nenhum dos questionados marcou a opção nível médio incompleto.

Atendimento

Com este quesito desejaram-se avaliar como o atendimento é repercutido aos futuros usuários, ou seja, saber se no ambiente externo, a imagem da organização é positiva ou negativa. Outro fator relevante estudado foi a satisfação do usuário com relação ao atendimento prestado por todos os profissionais envolvidos no processo, durante os contatos de serviço.

A primeira questão foi elaborada para sabermos se as pessoas tinham outras opções de atendimento à saúde que não fossem os serviços públicos, ou se estariam optando por receber aquele serviço por indicação, ou ainda, se foi porque já tiveram experiências anteriores que lhes foram satisfatórias.

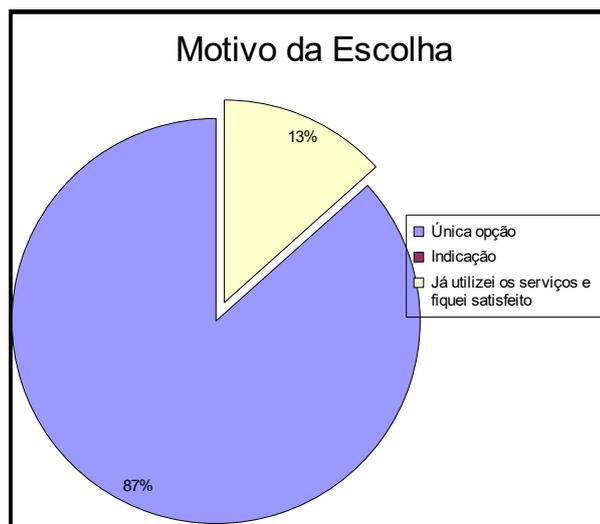


Figura 5 - Motivo da Escolha – HGP

A pesquisa demonstrou que a maior parte, ou seja, 86,67% dos entrevistados buscaram o HGP por ser a única opção encontrada para recuperarem a saúde e 13,33% optaram pelo serviço por já haverem utilizado, e se sentirem satisfeitos.

A segunda questão foi feita com o fim de identificar de que forma a frequência de utilização do serviço hospitalar influencia na percepção de qualidade do usuário.

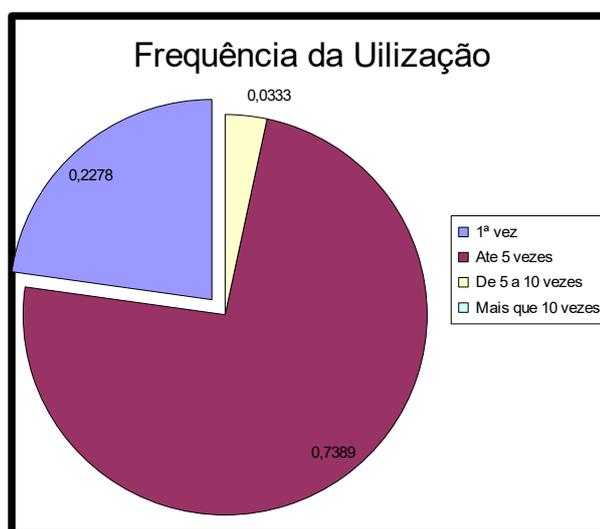


Figura 6 - Frequência da Utilização – HGP

Neste item 73,89% responderam terem utilizado menos de cinco vezes, 22,78% disseram terem utilizado o serviço uma vez e 3,33% falaram que usaram mais de seis vezes. Dos que responderam, nenhum utilizou mais de 10 vezes o hospital em estudo.

Na terceira questão verificou-se quanto tempo, em geral, o usuário do hospital HGP espera para ser atendido.

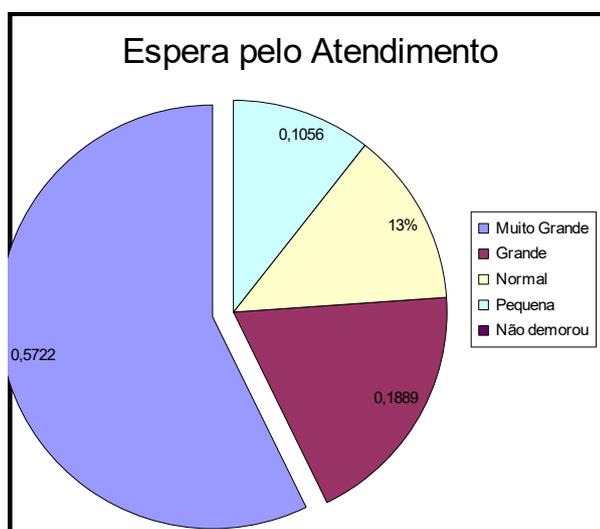


Figura 7 – Espera pelo Atendimento - HGP

A espera pelo atendimento foi considerada muito grande por 57,22% dos pesquisados. Grande por 18,89%. Normal por 13,33% e pequena por 10,56% das pessoas.

Na Questão 4 a proposta foi testar como o tempo de espera influenciou na percepção de qualidade tomando como base o conceito de satisfação do usuário.

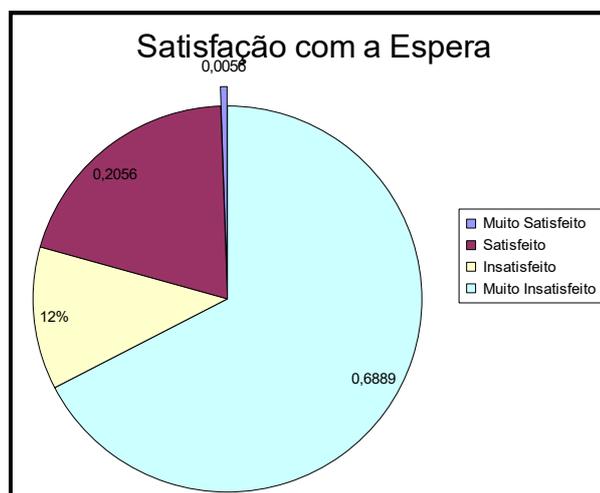


Figura 8 – Satisfação com a Espera - HGP

A maioria, 68,89%, se revelou muito insatisfeita com o tempo esperado pelo atendimento. O percentual para os satisfeitos foi de 20,56% e o restante 11,95% se disse insatisfeitos.

Trabalho da Equipe de Saúde

Este quesito foca a atenção dispensada, pela equipe de saúde, aos usuários, e ainda, se os profissionais estão capacitados para prestar serviços de qualidade baseados nos princípios que norteiam o sistema público de saúde, com relação a excelência no atendimento.

Com a questão 5 pretendeu-se verificar se os elementos essenciais da qualidade dos serviços do SUS, a saber, vínculo, acolhimento e humanização, foram percebidos pelo usuário durante o atendimento.

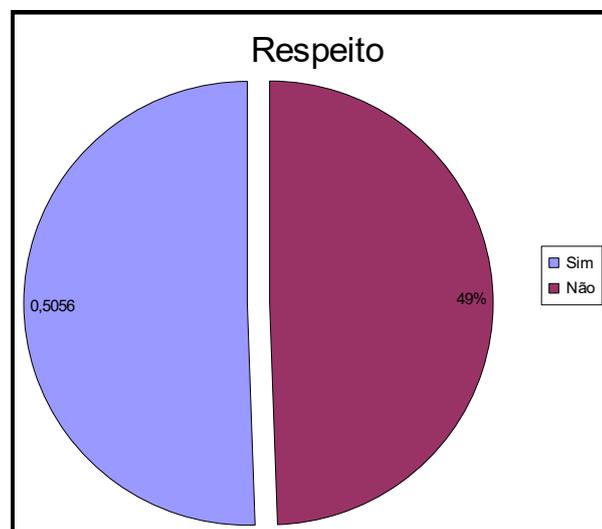


Figura 9 - Respeito - HGP

No item respeito, 50,56%, dos entrevistados afirmou que sentiram respeito por parte da equipe de saúde, durante o atendimento, contra 49,44% que responderam que não.

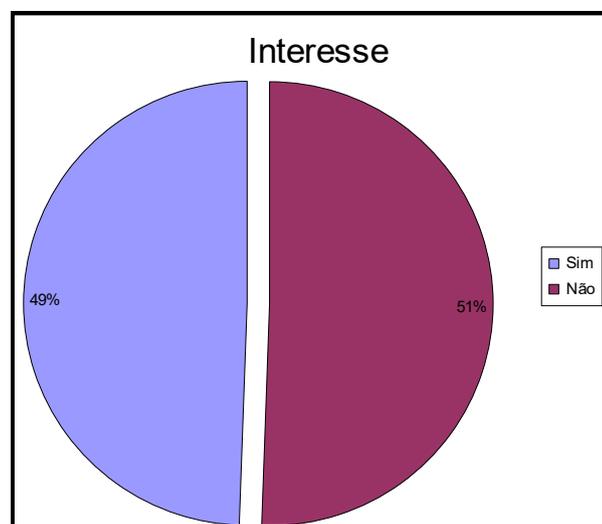


Figura 10 – Interesse - HGP

No item interesse, 50,56% respondeu que não, para 49,44% que disseram ter sentido interesse por parte dos profissionais.

Já no item conhecimento, tentou-se entender se o usuário sentiu-se seguro com relação à habilidade técnica da equipe.

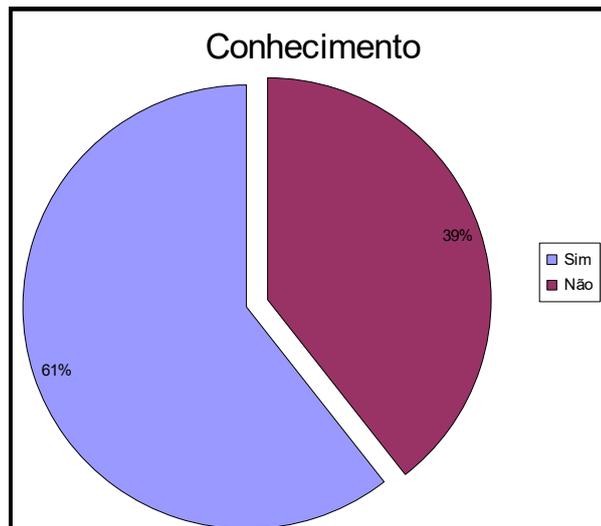


Figura 11 - Conhecimento - HGP

Para o item conhecimento 60,56% afirmaram que sim e 39,44 disseram que não.

Com a questão 6 pretendeu-se mensurar como trabalho da equipe de saúde influi na satisfação geral do cliente.

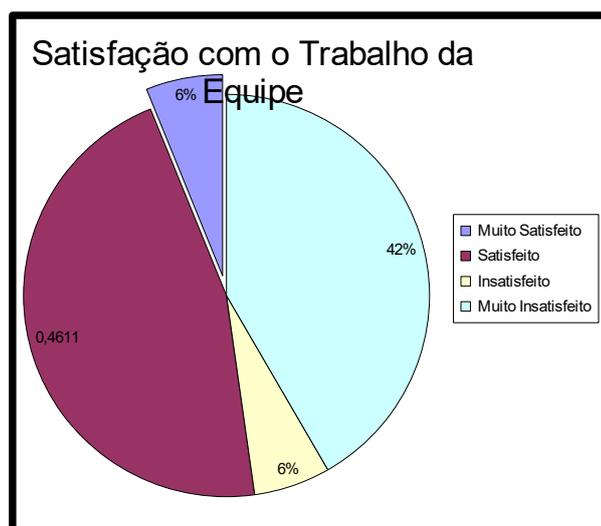


Figura 12 – Satisfação com o Trabalho da Equipe - HGP

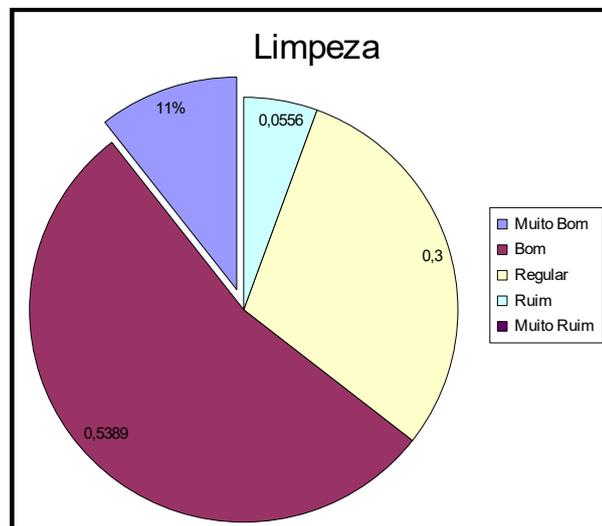
Do total de questionados, 46,11% se disseram satisfeitos com trabalho da equipe, 41,67% muito insatisfeitos, 6,11% falaram que estavam muito satisfeitos e 6,11% que se sentiram insatisfeitos.

Ambiente

Este quesito teve como propósito identificar se, na opinião dos usuários e acompanhantes, os fatores – limpeza, iluminação e ventilação – estão presentes nas instalações físicas do HGP, e se contribuem com a sensação de bem estar dos usuários.

A questão 7 julga a limpeza dos ambientes.

Figura 13 – Limpeza – HGP



Quanto à limpeza dos ambientes 53,89% julgaram boa, 30% regular, 10,56% muito boa e 5,56% apontaram como ruim.

A questão 8 julga a ventilação do ambiente a partir da opinião do usuário ou acompanhante.

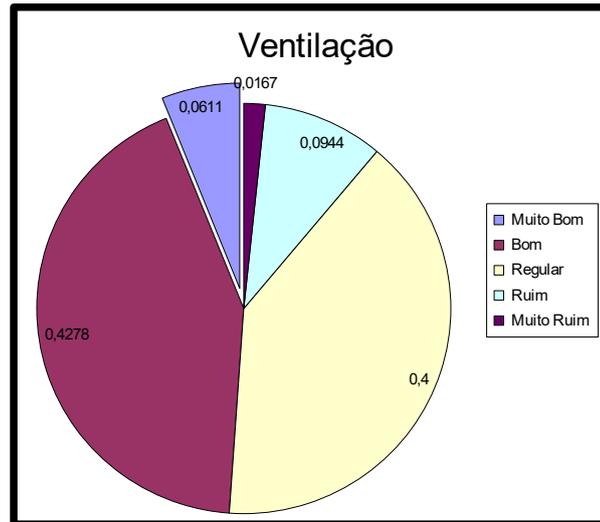


Figura 14 – Ventilação - HGP

A ventilação no hospital foi julgada, por 42,78% dos questionados, como boa, 40% regular, 9,44% consideraram ruim, 6,11% achou muito boa e 1,67% disse ser muito ruim.

A questão 9 julga a iluminação.

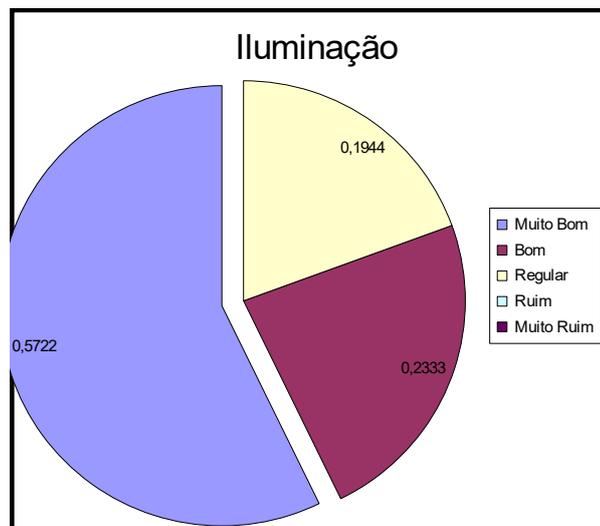


Figura 15 – Iluminação - HGP

No item iluminação dos ambientes 57,22% achou muito boa, 23,33% boa e 19,44% regular. Os outros quesitos não receberam pontuação.

A questão 10 verifica se os usuários ou acompanhantes se sentiram bem com os itens relacionados ao ambiente hospitalar, acima citados.

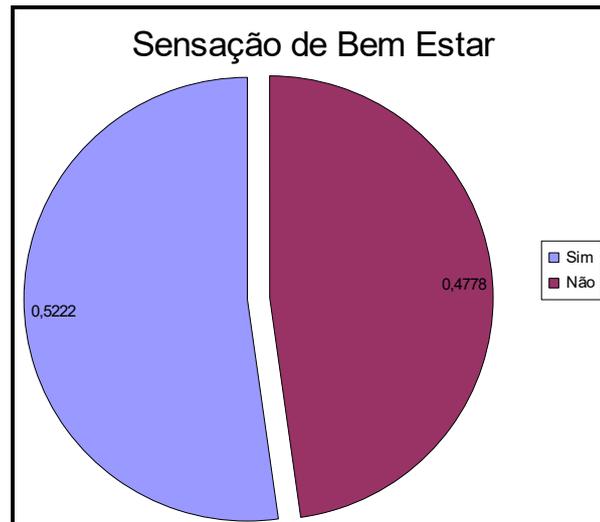


Figura 16 – Sensação de Bem Estar - HGP

Quando consultados se o ambiente hospitalar contribuiu para seu bem estar, 52,22% responderam que sim e 47,78% disseram que não.

Sinalização

A sinalização (questão 11) também foi averiguada do ponto de vista dos usuários e acompanhantes, destinatários diretos do serviço. Para tanto, questionou-se se as localizações dos setores necessários ao fluxo do serviço dentro do hospital, estão sinalizadas de forma satisfatória ao usuário, de forma que este encontre com facilidade os setores para os quais necessita ir.

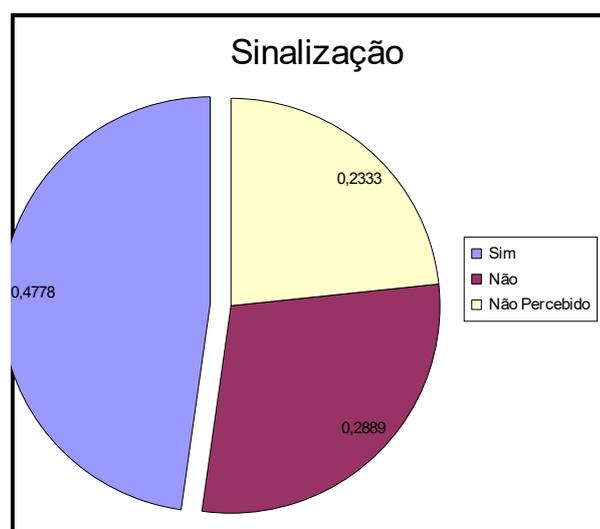


Figura 17 – Sinalização - HGP

Sobre a sinalização, 47,78% responderam que sim, são bem sinalizados, 28,89% disseram que isso não acontece e 23,33% falaram que não perceberam.

Confiança

Com este quesito (questão 12) a intenção foi medir a confiança que o usuário ou acompanhante sentiu com o atendimento.

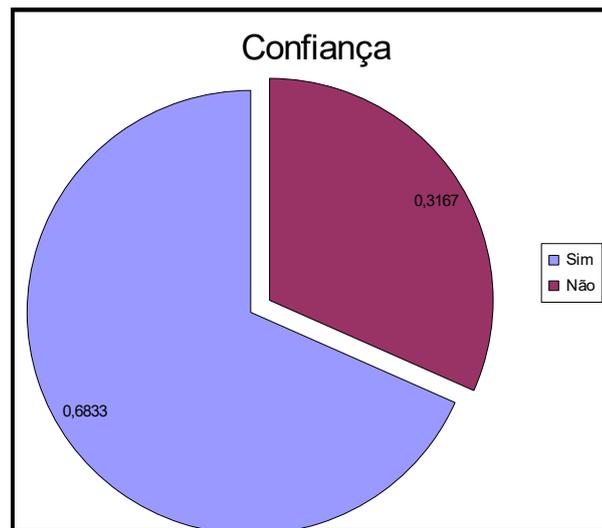


Figura 18 – Confiança - HGP

Neste item, 68,33% disseram que sentiram confiança e 31,67% falaram que não.

Informações e Comunicação

Este quesito foi elaborado na intenção de verificar se, para o usuário e acompanhante, a equipe de saúde e profissionais de apoio administrativo do hospital estabelece comunicação, prestando as informações necessárias ao seu esclarecimento, de forma a criar um vínculo entre os envolvidos no processo de entrega e eficácia nos resultados dos serviços.

A questão 13 presta-se a informar se os usuários e/ou acompanhantes obtiveram da equipe, esclarecimentos sobre o estado de saúde do paciente, se obtiveram, mas não suficientes, ou se não obtiveram nenhum esclarecimento a esse respeito.

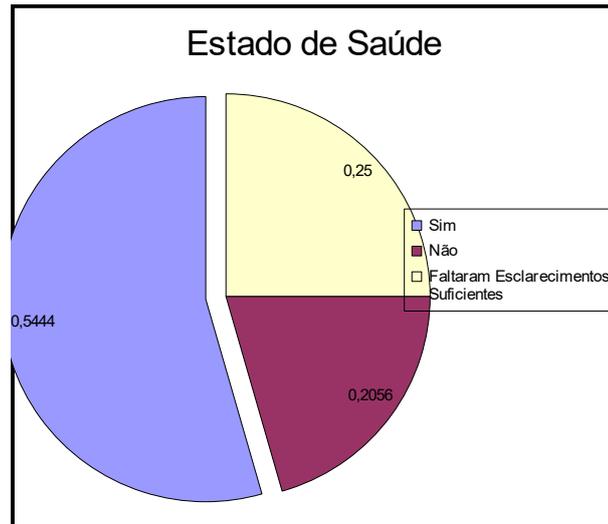


Figura 19 - Estado de Saúde - HGP

Para esta questão, a maioria, 54,44%, respondeu que sim, obtiveram as informações e esclarecimentos necessários; 25% responderam que tiveram informações e esclarecimentos, mas que estes não foram suficientes. Já para 20,56% restantes a resposta foi a de que não obtiveram esclarecimentos e nem informações.

A identificação é essencial para qualidade na formação do vínculo entre profissional e usuário e acompanhantes, estabelecendo uma comunicação mais ativa e afetuosa, tornando o atendimento humanizado. A questão 14 verifica se houve esta identificação nos hospitais em estudo.

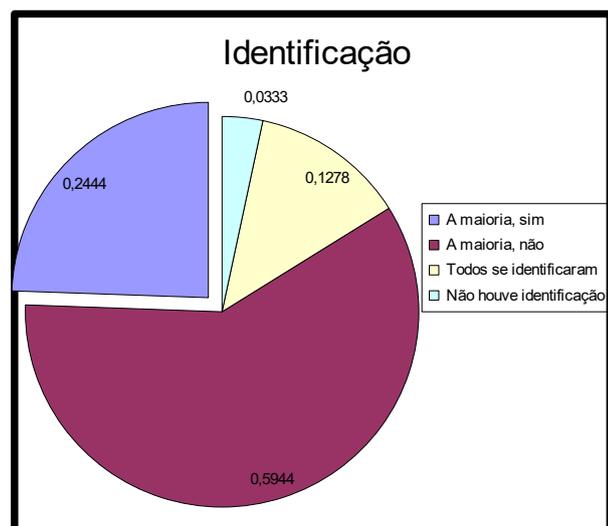


Figura 20 – Identificação - HGP

Sobre esta questão, 59,44%, responderam que a maioria, dos profissionais que lhes atenderam, não se identificou, 24,44% disseram que sim, a maioria se identificou; 12,78%

disseram que todos os profissionais se identificaram e 3,33% falaram que não houve identificação por parte dos profissionais.

Com a questão 15 testamos se houve esclarecimentos sobre a continuidade dos tratamentos estabelecidos pela equipe de saúde.

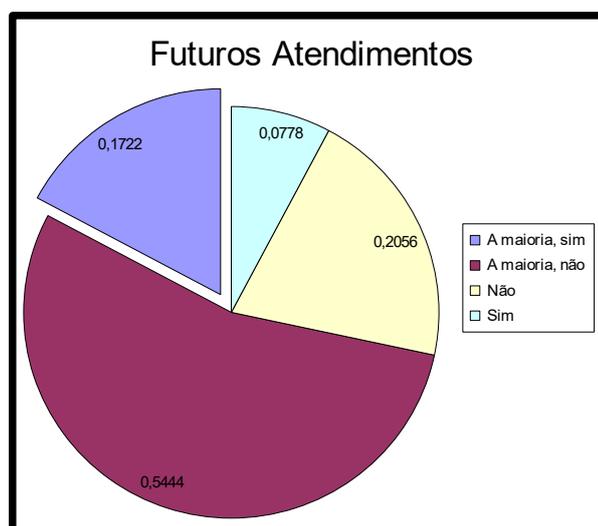


Figura 21 – Futuros Atendimentos -HGP

Com relação à necessidade de retorno ou outras ações necessárias ao tratamento, 54,44% dos entrevistados afirmaram que não receberam a maioria dos esclarecimentos e 20,56% disseram não ter recebido esclarecimentos, nem informações. Já para 17,22% a maioria das informações e esclarecimentos foi fornecida. O restante disse que sim, tiveram todas as informações e esclarecimentos sobre os atendimentos futuros.

Gratuidade dos serviços

Este tópico (questão 16) pesquisa a gratuidade obrigatória de qualquer procedimento realizado no âmbito hospitalar, como também de medicamentos e ou materiais que são usados nos tratamentos.

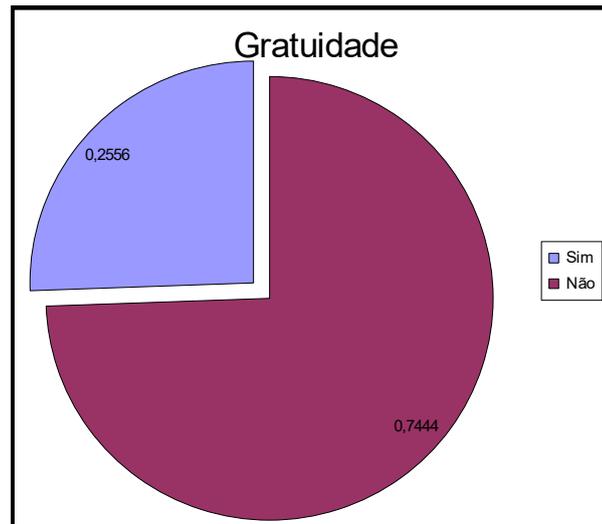


Figura 22 – Gratuidade - HGP

Aqui as pessoas foram questionadas sobre se pagaram por algum procedimento no hospital. A maioria, ou seja, 74,44%, respondeu que não e 25,56% disseram que sim.

Expectativas

A resposta (questão 17) revela se a qualidade esperada pelo usuário está em consonância com os conceitos de excelência na qualidade dos serviços públicos de saúde. Outro fator depreendido da questão é: quais variáveis dos serviços mais influem na satisfação, do ponto de vista do usuário.

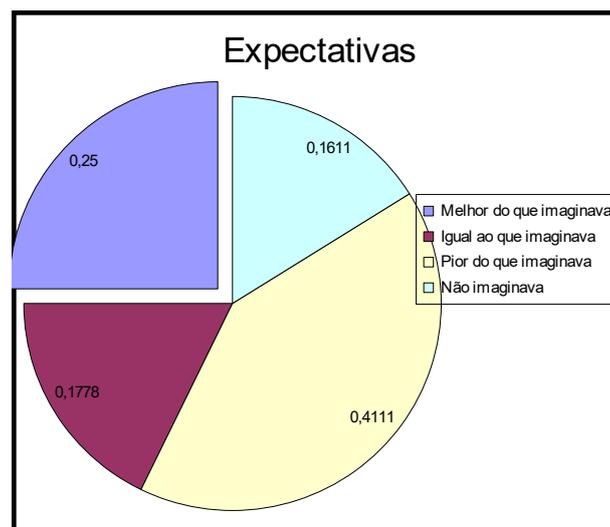


Figura 23 – Expectativas - HGP

Neste item os questionados responderam sobre se, de maneira geral, imaginavam que o hospital era melhor, igual ou pior; e ainda se não imaginavam como seria. Do total de entrevistados 41,11% responderam que é pior do que pensavam, 25% declararam que é

melhor do que imaginavam, 17,78% consideraram que é como esperavam e o restante disse que não imaginava como seria.

5.1.2 Hospital de Referência Dona Regina - HRDR

No total dos questionários aplicados, 50 foram respondidos por usuários e ou acompanhantes dos serviços de saúde oferecidos pelo Hospital de Referência Dona Regina – HRDR.

Perfil do usuário

Este quesito que aborda as questões: faixa etária, sexo, residência e escolaridade, foram elaboradas com o objetivo de qualificar o usuário.

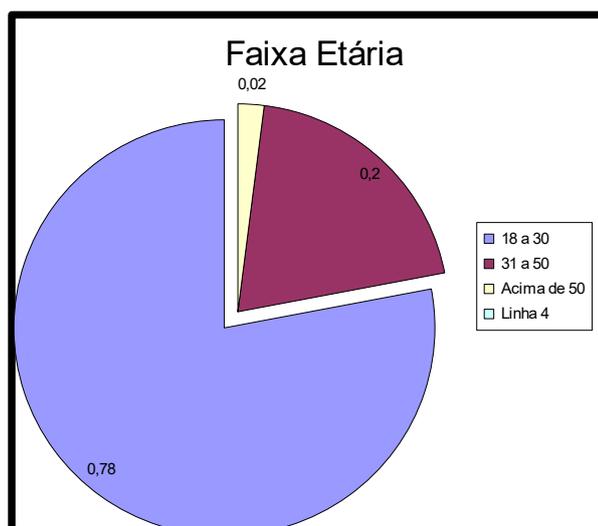


Figura 24 – Faixa Etária - HRDR

Das pessoas que responderam ter utilizado os serviços do HRDR, 78 % têm idade entre 18 a 30 anos; 20% entre 31 a 50 anos e 2% têm mais de 50 anos.

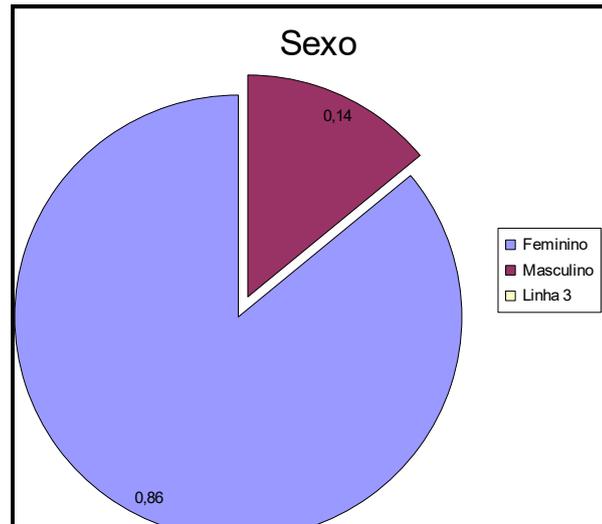


Figura 25 – Sexo - HRDR

Dentre os entrevistados, 86% são do sexo feminino e 14% do sexo masculino.

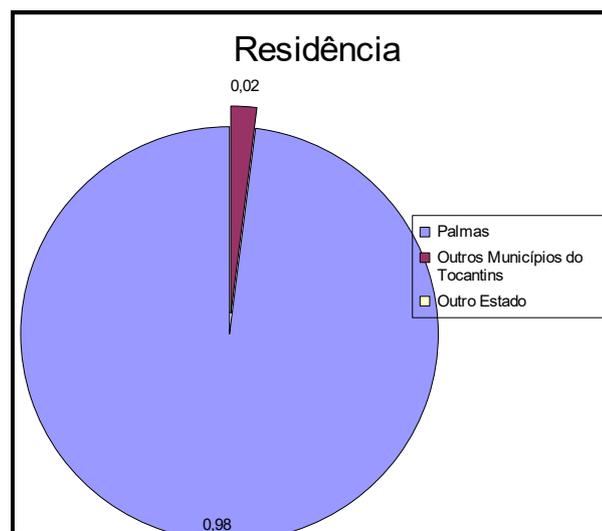


Figura 26 – Residência - HRDR

Quando questionados sobre seus domicílios, 98% afirmaram morar em Palmas, e 2% em outros municípios.

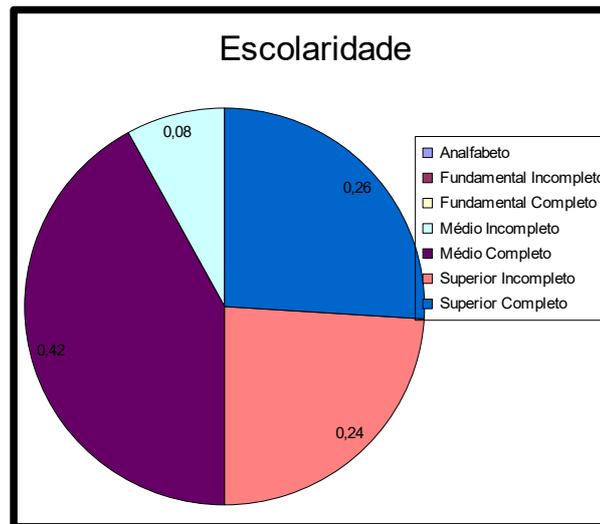


Figura 27 – Escolaridade - HRDR

Quanto à escolaridade, 42% disseram ter nível médio completo e 26% nível superior completo. Os de escolaridade de nível superior incompleto perfazem 24%, para 8% que têm nível médio incompleto.

Atendimento

Com este quesito desejaram-se avaliar como o atendimento é repercutido aos futuros usuários, ou seja, saber se no ambiente externo, a imagem da organização é positiva ou negativa. Outro fator relevante estudado foi a satisfação do usuário com relação ao atendimento prestado por todos os profissionais envolvidos, durante os contatos de serviço.

A primeira questão foi elaborada para sabermos se as pessoas tinham outras opções de atendimento à saúde que não fossem os serviços públicos, ou se estariam optando por receber aquele serviço por indicação, ou ainda se foi porque já tiveram outras experiências anteriores que lhes foram satisfatórias.

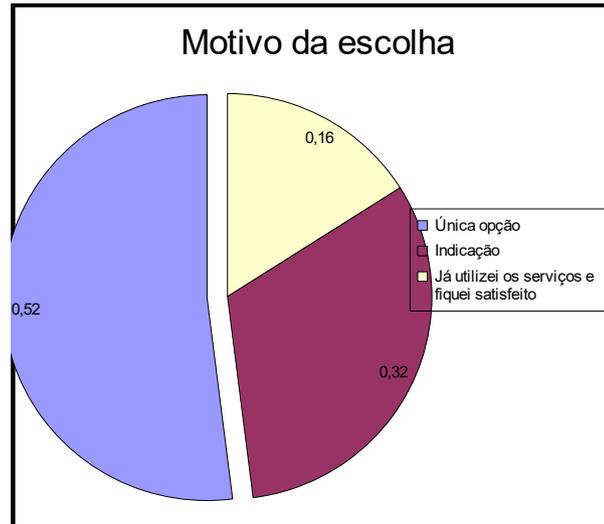


Figura 28 – Motivo da Escolha - HRDR

A pesquisa demonstrou que a maior parte, ou seja, 52% dos entrevistados buscaram o HRDR por ser a única opção encontrada para recuperarem a saúde, 32% receberam indicação para usar os serviços, enquanto 16% optaram pelo serviço por já haverem utilizado, e se sentirem satisfeitos.

A questão 2 foi feita com o fim de identificar de que forma a freqüência de utilização do serviço hospitalar influencia na percepção de qualidade do usuário.

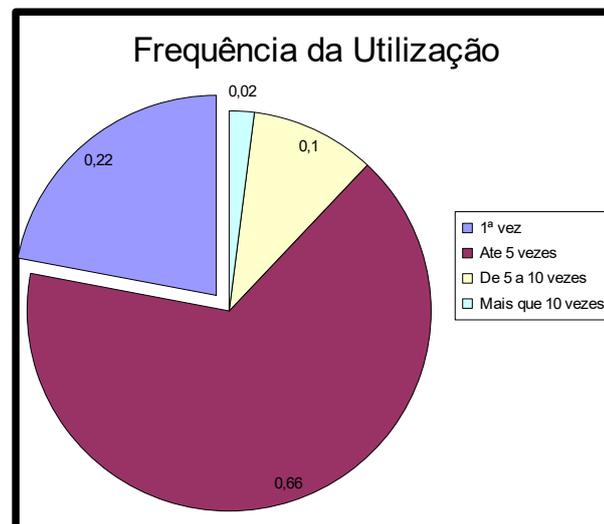


Figura 29 – Frequência da Utilização - HRDR

Nesta questão, 66% respondeu ter utilizado o serviço com uma freqüência de até cinco vezes, 22% disseram ter utilizado o serviço uma única vez, 10% falaram que usaram o serviço com uma freqüência entre cinco e dez vezes e 2% confirmaram usar os serviços mais de 10 vezes.

Com a questão 3 foi verificado quanto tempo, em geral, o usuário do hospital Dona Regina espera para ser atendido.

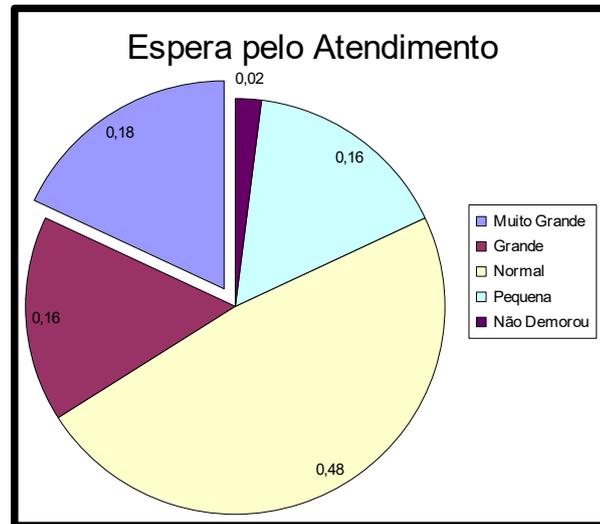


Figura 30 – Espera pelo Atendimento - HRDR

A espera pelo atendimento foi considerada normal por 48% dos pesquisados; muito grande por 18%; grande por 16%; pequena por 16% e que não houve demora na opinião de 2% das pessoas entrevistadas.

Na questão 4 a proposta foi testar como o tempo de espera influenciou na percepção de qualidade tomando como base o conceito de satisfação do usuário.

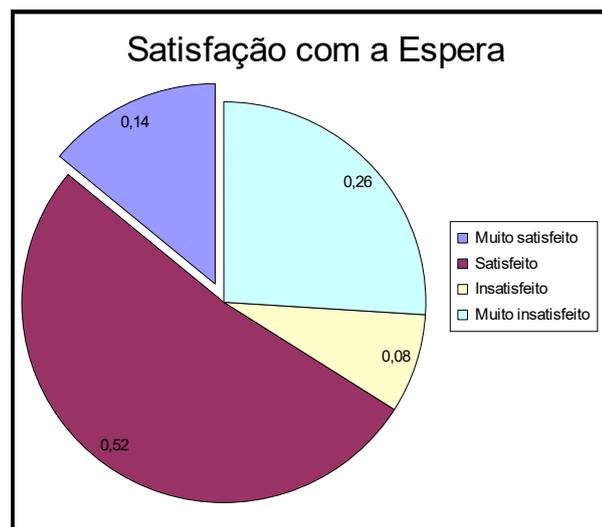


Figura 31 – Satisfação com a Espera - HRDR

A maioria, 52%, se revelou satisfeita com o tempo esperado pelo atendimento. O percentual para os muito insatisfeitos foi de 26%. Quatorze por cento se disseram muito satisfeitos e o restante, 8%, se disseram insatisfeitos.

Trabalho da Equipe de Saúde

Este quesito foca a atenção dispensada, pela equipe de saúde, aos usuários e ainda se os profissionais estão capacitados para prestar serviços de qualidade baseados nos princípios que norteiam o sistema público de saúde com relação à excelência no atendimento.

Na questão 5 pretendeu-se verificar se os elementos essenciais da qualidade dos serviços do SUS, a saber, vínculo, acolhimento e humanização, foram percebidos pelo usuário durante o atendimento, através do respeito dos profissionais para com os usuários e seus acompanhantes.

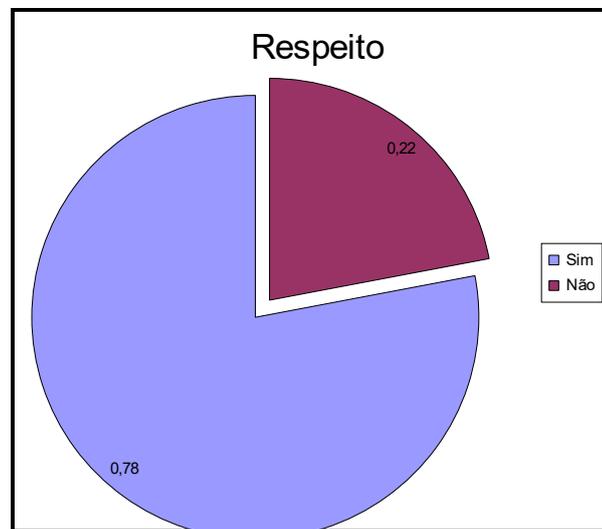


Figura 32 – Respeito - HRDR

No item respeito, 78% dos entrevistados afirmaram que sentiram respeito por parte da equipe de saúde, contra 22% que responderam que não.

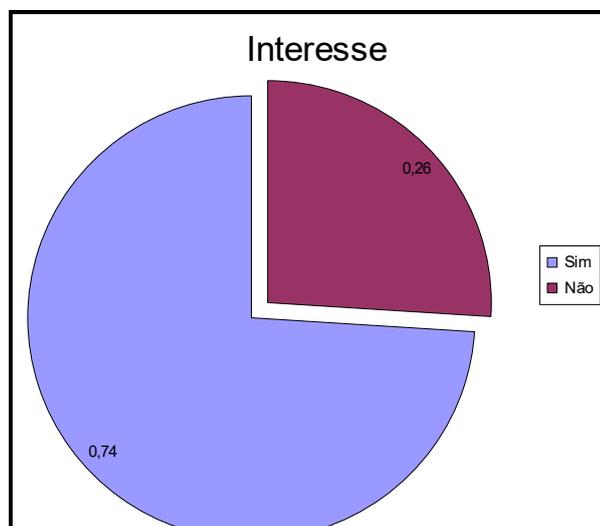


Figura 33 – Interesse - HRDR

No item interesse 74% responderam que sim, para 26% que disseram não ter sentido interesse por parte dos profissionais.

Já no item conhecimento tentou-se entender se o usuário sentiu-se seguro com relação à habilidade técnica da equipe.

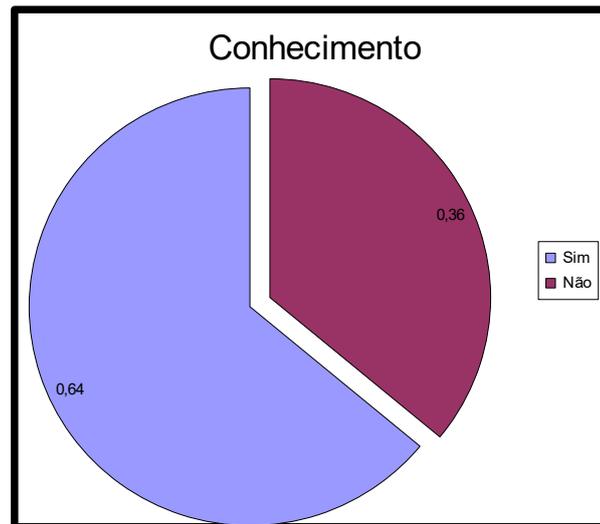


Figura 34 – Conhecimento - HRDR

Para este quesito 64% afirmaram que sim, e 36% disseram que não.

Com a questão 6 pretendeu-se mensurar como o trabalho da equipe de saúde influi na satisfação geral do cliente.

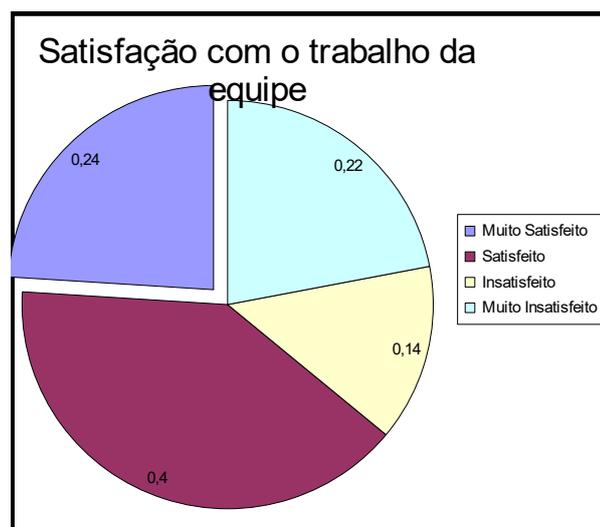


Figura 35 – Satisfação com o Trabalho da Equipe

Quando interrogados como se sentiram com relação à equipe de atendimento, 40% se disseram satisfeitos, 24% muito satisfeitos, 22% falaram que estavam muito insatisfeitos e 14% que se sentiram insatisfeitos.

Ambiente Hospitalar

Este quesito teve como propósito identificar se os fatores – limpeza, iluminação e ventilação – estão presentes nas instalações físicas do hospital Dona Regina, e se contribuem com a sensação de bem estar dos usuários.

A questão 7 julga a limpeza do ambiente na visão dos usuários ou acompanhantes.

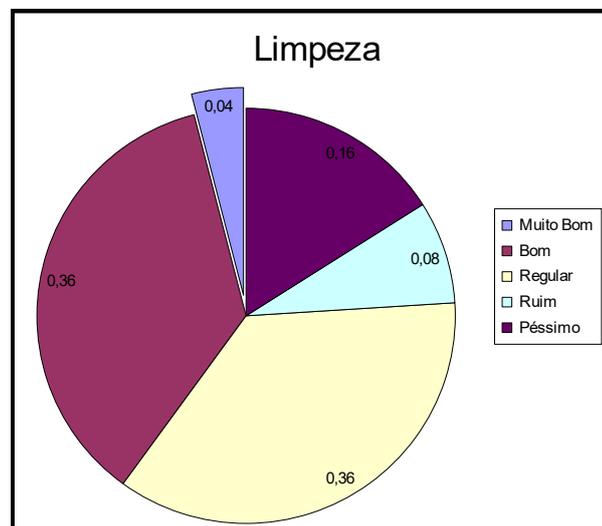


Figura 36 – Limpeza – HRDR

Quanto à limpeza dos ambientes 36% julgaram boa, 36% para o conceito regular, 16% para péssimo; 8% para ruim e 4% para muito bom.

A questão 8 verifica como os usuários e acompanhantes avaliam a ventilação.

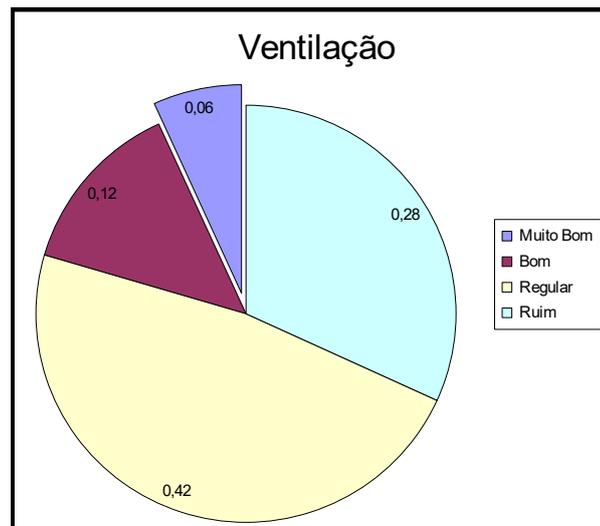


Figura 37 – Ventilação - HRDR

A ventilação do hospital foi julgada pelos entrevistados como regular por 42% dos entrevistados, 28% disseram ser ruim, 12% boa e para 6%, muito boa.

A questão 8 verifica como os usuários e acompanhantes avaliam a iluminação.

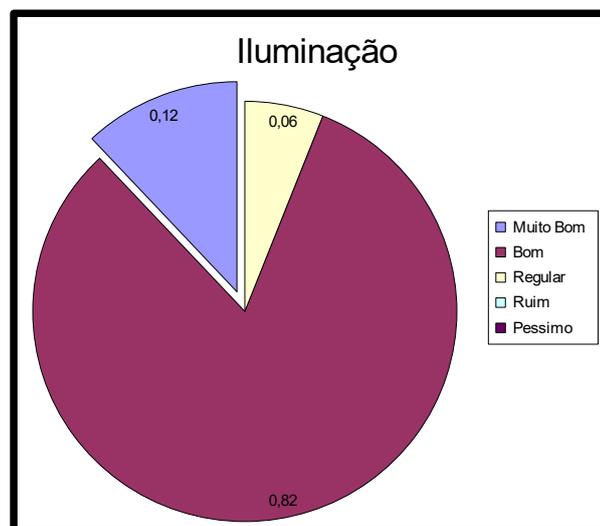


Figura 38 – Iluminação - HRDR

A iluminação do Dona Regina foi considerada boa por 82% dos usuários entrevistados. Muito boa por 12% e regular para o restante dos questionados.

A questão 10 verifica se os usuários se sentiram bem com o ambiente hospitalar.

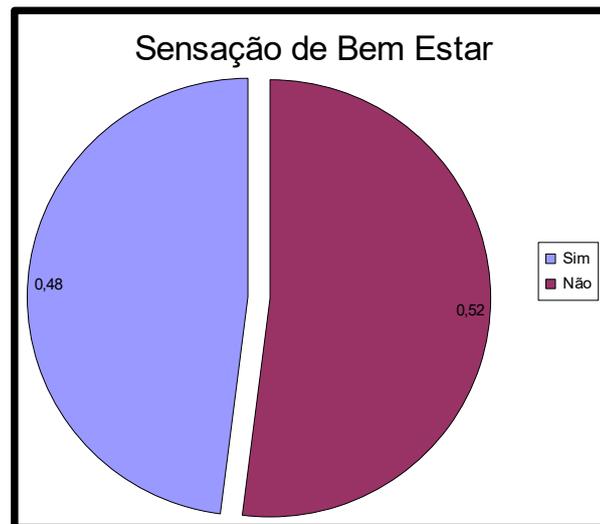


Figura 39 – Sensação de Bem Estar - HRDR

Quando consultados se o ambiente hospitalar contribuiu para seu bem estar, 52% responderam que não e 48% disseram que sim.

Sinalização

A sinalização (questão 11) também foi averiguada do ponto de vista dos usuários, destinatários diretos do serviço. Para tanto, questionou-se se a localização dos setores necessários ao fluxo do serviço dentro do hospital, está sinalizada de forma satisfatória ao usuário, de maneira que estes localizem facilmente os locais que precisam ir.

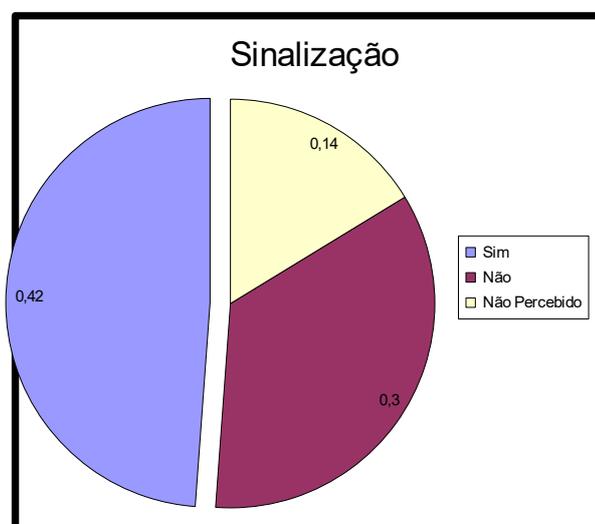


Figura 40 – Sinalização - HRDR

As pessoas questionadas responderam assim: 42% responderam que sim, é bem sinalizado, 30% disseram que isso não acontece, 14% disseram que não perceberam.

Confiança

Com este quesito (questão 12) a intenção foi medir a confiança que o usuário sentiu com o atendimento.

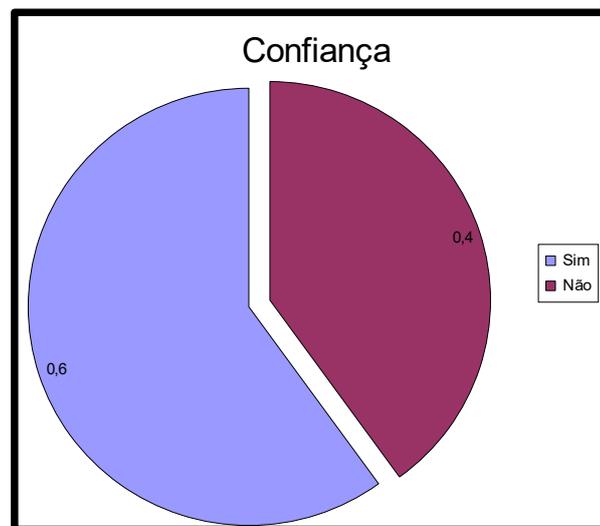


Figura 41 – Confiança - HRDR

Neste item, 60% disseram que sentiram confiança e 40% falaram que não.

Informações e Comunicação

Este quesito foi elaborado na intenção de verificar se a equipe de saúde e profissionais de apoio administrativo do hospital estabelece comunicação com os usuários e acompanhantes, prestando as informações necessárias ao seu esclarecimento de forma a criar um vínculo entre os envolvidos no processo de entrega, e eficácia nos resultados dos serviços.

A questão 13 presta-se a informar se os usuários e/ou acompanhantes obtiveram da equipe, esclarecimentos sobre o estado de saúde do paciente, se obtiveram, mas não suficientes, ou se não obtiveram nenhum esclarecimento a esse respeito.

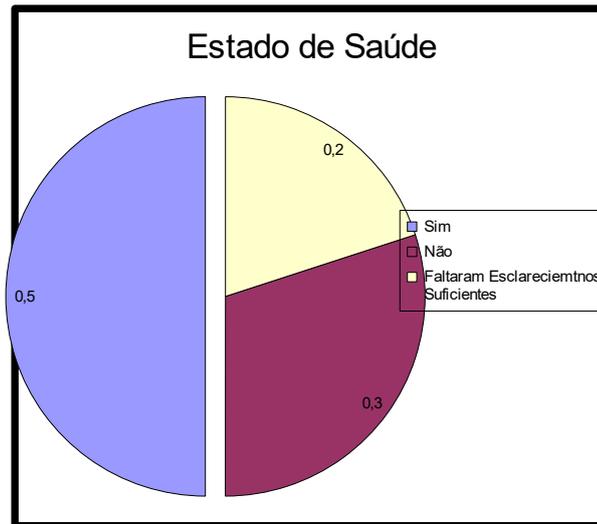


Figura 42 – Estado de Saúde - HRDR

Para esta questão, a maioria, 50%, respondeu que sim, obtiveram as informações e esclarecimentos necessários; 30% responderam que não tiveram informações e esclarecimentos. Já para 20% restantes a resposta foi a de que faltaram esclarecimentos e informações suficientes.

A identificação (questão 14) é essencial para qualidade na formação do vínculo entre profissional e usuário e acompanhantes, estabelecendo uma comunicação mais ativa e afetuosa, tornando o atendimento humanizado.

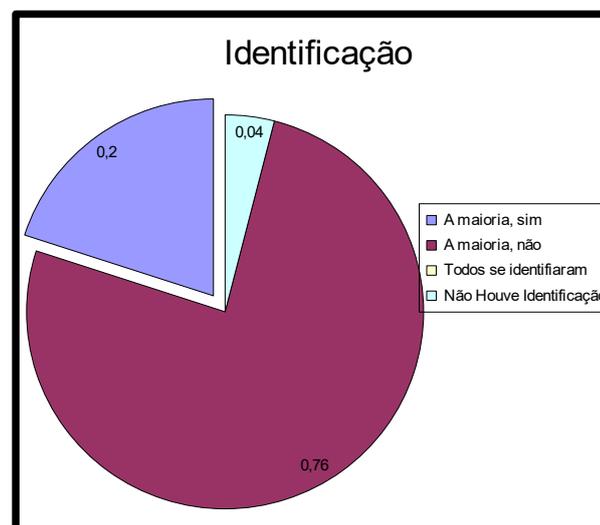


Figura 43 – Identificação - HRDR

Sobre esta questão, 76%, responderam que a maioria dos profissionais não se identificou, 20% disseram que sim, a maioria se identificou; 4% falaram que os profissionais não se identificaram.

Com a questão 15 testamos se houve esclarecimentos sobre a continuidade dos tratamentos estabelecidos pela equipe de saúde.

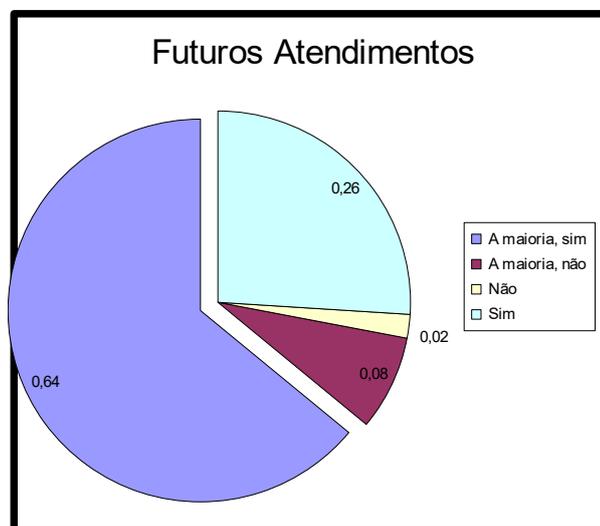


Figura 44 – Futuros Atendimentos - HRDR

Com relação à necessidade de retorno ou outras ações necessárias ao tratamento, 64% dos entrevistados afirmaram que a maioria das informações e esclarecimentos foram dados, 26% disseram que tiveram todas as informações e esclarecimentos sobre os atendimentos futuros, 8% disseram que a maioria das informações e esclarecimentos não foram prestadas e o restante, 2%, disseram que todas as informações e esclarecimentos foram prestados.

Gratuidade dos serviços

Este tópico (questão 16) pesquisa a gratuidade obrigatória de qualquer procedimento realizado no âmbito hospitalar, como também de medicamentos e ou materiais que são usados nos tratamentos.

Quanto à gratuidade dos serviços prestados pelo hospital todos (100%) afirmaram que não pagaram por nenhum procedimento realizado no hospital.

Expectativas

A pergunta (questão 17) revela se a qualidade esperada pelo usuário está em consonância com os conceitos de excelência na qualidade dos serviços públicos de saúde.

Outro fator depreendido desta questão é quais variáveis dos serviços mais influem na qualidade, do ponto de vista do usuário.

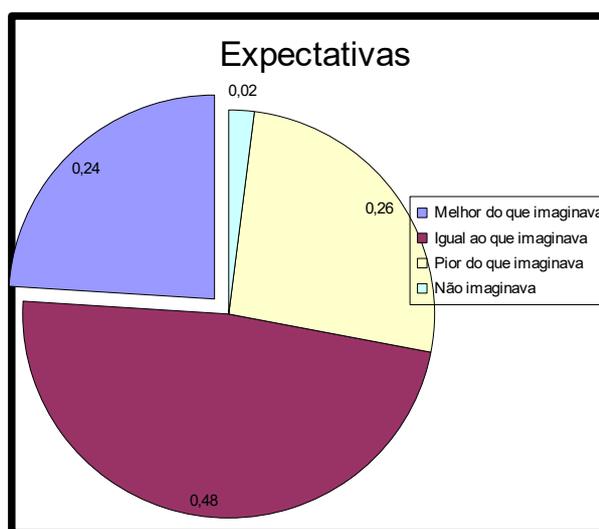


Figura 45 – Expectativas - HRDR

Neste item os questionados responderam sobre se, de maneira geral, imaginavam que o hospital era melhor, igual ou pior; e ainda se não imaginavam como seria. Do total de entrevistados 48% consideram que o atendimento no hospital Dona Regina é igual ao que imaginavam, 26% acham que é pior do que pensavam, 24% disseram ser melhor, enquanto 2% não imaginavam como seria o hospital.

5.2 Análise Comparativa dos Resultados

De acordo com o estudo, em geral a qualidade do atendimento foi prejudicada pela espera prolongada durante o primeiro contato de serviço, que se dá na recepção do usuário. Isso levou aos altos índices de insatisfação, demonstrados pelos resultados obtidos dos questionários. O Hospital Geral de Palmas – HGP obteve os piores índices no quesito espera pelo atendimento, apesar de contar com programas de padronização e de organização dos fluxos, conforme dito pela gestora, em entrevista. O Hospital Dona Regina - HRDR ficou com resultados menos insatisfatórios. Vale frisar que o HRDR não conta com programas de padronização do fluxo de atendimento.

O ambiente hospitalar do HRDR não contribui para a satisfação com os serviços segundo os usuários. O quesito sobre a ventilação do ambiente ficou com o pior índice,

seguido da limpeza, resultando em mal estar com as instalações físicas. Outra dificuldade apontada, na instituição, está na falta de identificação dos profissionais e de informações sobre o estado de saúde dos pacientes. Já no HGP, foram indicados ausência de identificação dos profissionais e carência de informações sobre a continuidade dos tratamentos de saúde.

A gratuidade dos serviços e materiais também está prevista em lei. Cabe aos gestores controlar e fiscalizar e fornecer todos os elementos necessários ao correto andamento dos serviços. No HGP a cobrança de procedimentos, medicamentos e/ou material, foi apontada pelos usuários, como fator de insatisfação durante a pesquisa.

A qualidade dos serviços prestados pelo HGP foi concebida pelos usuários como pior do que eles imaginavam ser, frustrando suas expectativas. Já no HRDR, a expectativa foi confirmada com os resultados, visto que a maioria respondeu que o atendimento recebido foi como imaginava.

Outro fator de insatisfação apontado, nos dois hospitais, diz respeito ao trabalho da equipe de saúde, que poderá ser melhorado com maior envolvimento dos profissionais com o estado de saúde dos pacientes.

Outra indicação diz respeito à divulgação de falsas expectativas, o que confirma a tese de que o importante é divulgar aquilo que a instituição faz com qualidade e o que está dentro de sua capacidade produtiva, sanando falsas promessas e propagandas enganosas que são veiculadas na intenção de induzir a população. Este fator prejudica o bom andamento dos serviços públicos, não só na área da saúde, e acaba por prejudicar a imagem da organização pública de forma irreversível.

A continuidade dos trabalhos também foi confirmada como um desafio à gestão pública dos hospitais pesquisados. Muitas vezes alguns programas que vinham sendo realizados, com resultados satisfatórios, são ignorados nas mudanças de gestão, o que prejudica o bom andamento das ações.

No HGP existe, segundo a própria gestão, um setor com a finalidade de ouvir o usuário, em suas reclamações e ou sugestões. Porém os questionários aplicados indicam ineficácia no setor. A proposta é para que sejam revistas e reestruturadas as atividades desenvolvidas e que as reclamações cabíveis aos hospitais dentro de suas atribuições legais, sejam sanadas.

Em entrevista à gestora do HGP, foram identificados programas implantados com a finalidade de obter excelência no atendimento, a exemplos dos **5S**; o PNASH (Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares) e a criação de rotinas padronizadas de

atendimento. Vale frisar que o HRDR não conta com programas de qualidade implantados formalmente, visto que estes estão em processo de planejamento.

O estudo detectou que há falhas na aplicação dos programas de qualidade, em aplicação do HGP, devido ao alto número de funcionários e unidades de saúde a se atingir, o que pode justificar os altos índices de insatisfação medidos na maioria dos tópicos da entrevista aos usuários. Há falhas na espera pelo atendimento, comunicação, trabalho da equipe de saúde e geração de falsas expectativas. A continuidade dos trabalhos também foi confirmada como um desafio à gestão pública. A favor do HGP estão sua boa estrutura e instalações físicas e o uso de tecnologia de ponta para o atendimento.

No hospital Dona Regina, as maiores reclamações estão relacionadas à estrutura, instalações físicas e ambiente hospitalar. Os pontos positivos foram dados ao trabalho desenvolvido pela equipe.

Resumindo, pode-se confirmar a carência de gestão voltada para valorização e qualificação dos profissionais, nos hospitais públicos de Palmas, para sejam resolvidos tanto os problemas técnicos quanto os de humanização dos serviços.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclusão

A atual corrida para alcançar a excelência em qualidade nos serviços de saúde vai além de oferecer, aos usuários, hospitais com boa estrutura e instalações físicas, medicamentos e tecnologia de ponta; mas trata também da importância da essência das relações humanas no trabalho como fator que pode contribuir para diminuir os custos da alta tecnologia utilizada pela medicina. O novo paradigma de gerenciamento das organizações de saúde, portanto, reconhece que a qualidade não é apenas atributo de um serviço, e sim a medida de um relacionamento entre todos os envolvidos no processo. Aponta-se, desta forma, para uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doença, mas a uma vida com qualidade.

Em Palmas, capital recém formada, e com uma estrutura com poucas opções de instituições hospitalares, a demanda pelos serviços na área de saúde é grande, apresentando deficiências em relação à qualidade no atendimento. Fundamentado neste contexto é que este trabalho foi realizado, visando conhecer a opinião dos usuários sobre a qualidade do atendimento dos hospitais públicos de Palmas.

Mediante aplicação dos questionários e análise das entrevistas com os gestores, pode-se concluir que a prática dos hospitais em estudo, refletidas na satisfação dos usuários pesquisados, aponta para pontos fracos e fortes, em relação às atribuições necessárias, defendidas pelos teóricos, para que se alcance a excelência na qualidade. As deficiências foram identificadas em todos os tópicos medidos, alguns com altos percentuais, e na grande maioria, por um percentual muito pequeno a qualidade não foi determinada como negativa.

Resumindo, pôde-se depreender que o investimento na gestão de pessoas e a padronização dos processos, sem desmerecer a individualização do serviço de saúde, são imprescindíveis à qualidade do atendimento.

Recomendações

No intuito minimizar ou sanar os problemas detectados nos hospitais em estudo, sugere-se o monitoramento dos programas de rotina e padronização dos serviços no sentido de averiguar se estão sendo seguidos pelos colaboradores da instituição. Propõe-se também que seja feito um trabalho de conscientização, para um maior envolvimento dos profissionais com

o estado de saúde dos pacientes, por meio da valorização profissional e de investimentos em qualificação. A descentralização e integração dos setores, e a delegação de responsabilidades a todos os envolvidos também podem surtir bons resultados no que se refere ao envolvimento.

Mudanças na cultura organizacional, que estimulem os processos de informação e comunicação, podem melhorar o ambiente terapêutico, desenvolvendo a confiança nos profissionais para que resulte em respeito entre os envolvidos nos encontros de serviço. Pesquisas mais aprofundadas podem ser feitas para verificar as causas do descumprimento de leis, por parte das instituições, a exemplo da gratuidade obrigatória dos serviços, que podem levar a denúncias de abusos, com a finalidade de sanar problemas.

Outra orientação é no sentido de que a instituição ofereça maior grau de satisfação e desperte menor expectativa aos futuros usuários, no intuito de não provocar sensação de frustração, que pode maximizar pontos negativos e minimizar os positivos dos serviços prestados. A continuidade dos serviços é igualmente importante, podendo ser estabelecida do fortalecendo-se os programas em andamento com a atuação contínua dos profissionais do quadro efetivo, que permanecerão em seus postos mesmo ao fim das gestões e suas possíveis mudanças. Pode-se ainda estruturar ou reestruturar canais para ouvir a opinião dos usuários e direcionar possíveis soluções. Para facilitar o controle, as reclamações devem ser registradas e respondidas, por escrito, em tempo estabelecido, dando resolutividade e credibilidade aos hospitais. Estes investimentos são considerados essenciais para se obter a excelência na qualidade. Sugere-se também a qualificação dos servidores para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe.

Da pesquisa como um todo, conclui-se que o estudo do atendimento pode ser utilizado com eficácia, como uma ferramenta capaz de detectar problemas e apontar soluções que podem colaborar para a melhoria contínua dos serviços públicos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACEVEDO, Claudia Rosa; NOHARA, Jouliana Jordan. **Monografia no curso de administração: guia completo de conteúdo e forma**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

ANTUNES, A.V. **O gerenciamento da qualidade na enfermagem**. Ribeirão Preto, 1997. p.247. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP.

BRASIL. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de Enfermagem. **Profissionalização de auxiliares de Enfermagem: cadernos do aluno: saúde coletiva**. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001a.

BROCKA; BROCKA, M. S. **Gerenciamento da qualidade**. São Paulo: Makron Books, 1994.

CADAH, C. **Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem sob a ótica da satisfação dos pacientes**. 2000. 104f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

CARDOSO, Jaime Fidalgo. **Os Mestres da Qualidade**. Lisboa: Executive Digest. Disponível em: <<http://www.centroatl.pt/edigest/edicoes/ed25cap1.html>>. Acessado em 01.out.2007.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. **Humanização do Atendimento em Saúde**. São Paulo: Revista latino-americana de enfermagem, v. 13, n .1, p.105 – 111, jan./fev., 2005.

CECÍLIO L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. São Paulo: Campus, 2000.

COIMBRA V. C. C. **O Acolhimento no Centro de Atenção psicossocial**. 2003 108f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2003. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

CROSBY, Philip B. **Qualidade – Falando sério**. São Paulo: McGraw-Hill, 1990.

DEMING, William Edwards. **Qualidade: A Revolução da Administração**. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. **O Trabalho Gerencial em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1997.

FRANCO J. B.; BUENO W. S.; MEHRY E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: FRANCO J. B. **Os processos de trabalho e a mudança do modelo técnico assistencial em saúde**. 1999. 188 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências médicas da Universidade estadual de Campinas, Campinas, 1999.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Gestão da Qualidade Empresarial**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1997.

GOMES, P. J. P. **A Evolução do conceito de Qualidade**: dos bens manufaturados aos serviços de informação. 2004. Disponível em: <<http://eprints.rclis.org/archive/00011443/01/GomesBAD204.pdf>>. Acessado em 26 de setembro de 2007.

GRÖNROOS, Christian. **Marketing: Gerenciamento e Serviços: A competição por serviços na hora da verdade**. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

GRÖNROOS, Christian. **Marketing: Gerenciamento e Serviços**. 3ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

HEGEDUS, Clóvis Eduardo Nunes. **A Compreensão da Percepção da Qualidade pelo Consumidor como Base para a Definição de Estratégias pelas Empresas e suas Cadeias de Fornecimento**. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/3/3136/tde-08122006-173436/>>. Acessado em 05 de agosto de 2007.

ILB - INSTITUTO LEGISLATIVO BRASILEIRO. **Excelência no atendimento**. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/ead/Conteudo/EXCATE/index.asp?COD_ATOM=&COD_CURSO=21&COD_MATRICULA=>>. Acessado em 19 de novembro de 2007.

JURAN, J. M. **Juran na Liderança pela Qualidade**. 2ª ed. São Paulo: Pioneira, 1993.

_____. **Juran Controle da Qualidade I Handbook: Conceito, Políticas e Filosofia da Qualidade.** Vol.1. São Paulo: Makron, McGraw-Hill, 1991.

_____. **A Qualidade desde o Projeto: Os novos passos para o planejamento da qualidade em produtos e serviços.** São Paulo: Pioneira, 1992.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LOURES, Carlos Augusto da Silva. **Um estudo sobre o uso da evidência física para gerar percepções de qualidade em serviços: Caso de Hospitais Brasileiros.** Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-22122003-131227/>>. Acessado em 05 de agosto de 2007.

LOVELOCK, Christopher. **Serviços: Marketing e Gestão.** São Paulo: Saraiva, 2003.

MALIK, Ana Maria. **Desenvolvimento de Recursos Humanos, Gerência de Qualidade e Cultura das organizações de Saúde.** RAE – Revista de Administração de Empresas, v. 32, n. 3, p. 32-41, jul./ago. São Paulo: 1992.

_____. **Hospitais e Programas de Qualidade no Estado de São Paulo.** Revista de Administração de Empresas, v.41, n.3, p. 51-59, jul./set. São Paulo: 2001.

MATUMOTO, S. O Acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. 1998. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MAXIMIANO, A. C. A. **Teoria Geral da Administração: escola científica na economia globalizada.** São Paulo: Atlas, 1997.

MEHRY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de portas abertas para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994.

MENDES, Maria Elizabete. **Avaliação da Implantação de um Sistema da Qualidade em Laboratório Clínico Público.** Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5144/tde-05062006-154725/>>. Acessado em: 05 de agosto de 2007.

MICHAELIS. **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. Disponível em: <<http://michaelis1.locaweb.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=qualidade>>. Acessado em: 06 de maio de 2008.

MOURA, José A. Marcondes. **Os Frutos da Qualidade: A Experiência da Xerox no Brasil**. 3ª ed. São Paulo: Makron Books, 1999.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectiva da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. **Tratado de Metodologia Científica**. 2ª ed. São Paulo: Pioneira, 2002.

PAIVA, Sônia Maria Alves de. **Qualidade da Assistência Hospitalar: Avaliação da Satisfação dos Usuários Durante seu Período de Internação**. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-13122006-145412/>>. Acessado em 05 de agosto de 2007.

PASSOS, Eduardo (Org.). **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde**. Organizado por Eduardo Passos e Regina Benevides. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

PERY, Maria Roseli de Almeida. **Humanização dos Serviços de Saúde: uma exigência ética**. Curso de Especialização à distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/conferenciaST2005/cdrom/CD%20coletânea%20leis%20e%20textos/Monografias%20MP/15.doc>>. Acessado em 15 de setembro de 2007.

PNHAH. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Disponível em: <<http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=80&Texto=>>>. Acessado em 01 de setembro de 2007.

PUCCINI P. T; CECILIO L. T. O. **A humanização dos serviços e o direito a saúde**. Cad. Saude Publica. Rio de Janeiro. Vol. 20, n. 5, 2004.

RANGEL, Alexandre. **Momento da Qualidade**. São Paulo: Atlas, 1995.

ROLLO, A. A. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: MEHRY E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

ROTHERY, Brian. **ISO 9000**. São Paulo: Makron Books, 1993.

TAYLOR, C. M. **Manual de Enfermagem. Psiquiatria de Mereness**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TEIXEIRA, M. B. et. al. **Manual de Enfermagem Psiquiátrica**. São Paulo: Atheneu, 1997.

URBANO, L. A. **A privatização da saúde e a implantação do SUS: cenários de uma cidade**. Ribeirão preto: FUNPEC, 2003.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1998.

URDAN, A. T. **Qualidade de serviços: proposição de um modelo integrativo**. São Paulo, 1993. Tese (Doutorado em Administração) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade.

VIEIRA, Liliane dos Santos. **Pesquisa e Monografia Jurídica na Era da Informática**. 3 ed. Brasília: Brasília Jurídica, 2007.

WAIMAN, M. A. P.; STEFANELLI, M. C. Comunicação e estratégias de intervenção familiar. In: STEFANELLI M. C.; CARVALHO E. C. (Orgs). **A comunicação nos diferentes contextos**. Barueri, Manole, 2005.

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista aos Gestores dos Hospitais Públicos de Palmas – Tocantins

1. Existem Programas de Qualidade dos Serviços implementados neste Hospital? Se existem responda também as questões 2, 3, 4 e 5.
2. Quais?
3. Quais programas têm demonstrado resultados satisfatórios?
4. Quais foram os resultados?
5. Quais profissionais são envolvidos no processo de melhoria do atendimento?
6. Existem instrumentos implementados de medição da satisfação com os usuários do Sistema Único de Saúde dentro desse Hospital? Se existem responda também as questões 7 e 8.
7. Quais são?
8. Como são aplicados esses instrumentos?
9. Os profissionais têm rotinas padronizadas de atendimento? Se sim responda as questões 10, 11 e 12.
10. Como funcionam?
11. Existe um monitoramento no sentido de verificar se essas rotinas de atendimento são seguidas fielmente pelos funcionários?
12. Há falhas nas padronizações estabelecidas pela gestão? Quais?
13. Há um canal de contato com os clientes para ouvir reclamações e ou sugestões dos usuários dos serviços prestados? Qual?
14. O que tem sido feito com as reclamações e sugestões dos usuários?
15. Existem políticas de gestão de pessoal sendo desenvolvidas por este hospital com objetivo de melhorar a qualidade do atendimento? Se sim, quais são?
16. Quais os problemas mais comuns enfrentados por esta gestão na busca pela melhoria da qualidade do atendimento?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento de Entrevista Livre e Informado

Eu _____,
aceito participar da pesquisa em data e local marcados antecipadamente e estou ciente que a entrevista será anotada para fins acadêmicos, conforme carta de apresentação da Universidade Federal do Tocantins, apresentada pela autora do presente trabalho.

APÊNDICE C - Modelo do Questionário Aplicado

Questionário de pesquisa de satisfação do usuário com relação aos serviços de atendimento nos hospitais públicos de Palmas – TO

Caro(a) usuário do SUS*(a),

Peço sua colaboração na pesquisa intitulada “Qualidade do atendimento na rede hospitalar pública de Palmas - TO”. Esta pesquisa pertence ao Trabalho de Conclusão de Curso-TCC, da acadêmica Allane Thássia Tenório, aluna do curso de Administração da Universidade Federal do Tocantins-UFT, sob a orientação da Profª. Msc Suzana Gilioli da Costa Nunes. Não é necessário identificar-se, peço o máximo de sinceridade ao responder as questões para que a pesquisa seja fidedigna.

Local da pesquisa:
HOSPITAL GERAL DE PALMAS ()
HOSPITAL DONA REGINA ()

PERFIL DO USUÁRIO

Faixa etária	<input type="checkbox"/> 18 à 30 anos <input type="checkbox"/> 31 à 50 anos <input type="checkbox"/> Mais de 50 anos	
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Residência	<input type="checkbox"/> Palmas - TO <input type="checkbox"/> Outro município no Tocantins <input type="checkbox"/> Outro Estado	
Escolaridade	<input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Fundamental completo <input type="checkbox"/> Médio incompleto	<input type="checkbox"/> Médio completo <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo

AVALIAÇÃO DO SERVIÇO

Atendimento

1. Que motivos o levaram a escolher este hospital?
 única opção indicação já utilizei os serviços e fiquei satisfeito
2. Com que frequência você utilizou os serviços deste hospital no último ano?
 1ª vez ate 5 vezes de 5 a 10 vezes mais de 10 vezes
3. Você considera que a espera pelo atendimento neste hospital é:
 Muito grande Grande Normal Pequena Não demora
4. Com esse tempo de espera você se sentiu:
 Muito satisfeito Satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito

Trabalho da equipe de saúde

5. A equipe de atendimento em geral demonstrou:
Respeito sim não
Interesse sim não
Conhecimento sim não
6. Com relação à equipe você se sente
 Muito satisfeito Satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito
Entende-se por equipe de saúde envolvidos na assistência: médicos, enfermeiros, equipe multi profissional, apoio, segurança, administrativo, etc.

Ambiente

7. Como você julga a limpeza dos ambientes?
 Muito bom Bom Regular Ruim Muito ruim
8. Como você julga a ventilação dos ambientes?
 Muito bom Bom Regular Ruim Muito ruim
9. Como você julga a iluminação dos ambientes?
 Muito bom Bom Regular Ruim Muito ruim
10. O ambiente hospitalar contribuiu para seu bem estar?
 sim não

Sinalização

11. O estabelecimento é bem sinalizado para você encontrar o local onde precisa ir?
 sim não não percebido

Confiança

12. Você sentiu confiança na equipe de saúde durante o atendimento?
 sim não

Informações e Comunicação

13. Você teve informações e esclarecimentos sobre seu estado de saúde?
 sim não faltaram esclarecimentos suficientes
14. Os profissionais que lhes atenderam se identificaram?
 a maioria, sim
 a maioria, não
 não houve identificação
 todos se identificaram
15. As informações relacionadas a futuros atendimentos foram bem esclarecidas?
 a maioria, sim
 a maioria, não
 não
 sim

Gratuidade dos serviços

16. Você pagou por algum procedimento e/ou material e medicamento, neste estabelecimento?
 sim não

Expectativas

17. De maneira geral, você considera que este hospital é:
 Melhor do que imaginava
 Igual ao que imaginava
 Pior do que imagina
 Não imaginava

Obrigada por sua colaboração.