



Pontifícia Universidade Católica do Paraná

ELIZABETH BERNARDINO

**NÍVEL DE SATISFAÇÃO DOS PACIENTES EM UM
HOSPITAL DE ENSINO. ESTUDO POR AMOSTRAGEM
DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO
DE CURITIBA**

CURITIBA

1998

ELIZABETH BERNARDINO

**NÍVEL DE SATISFAÇÃO DOS PACIENTES EM UM HOSPITAL DE EN
ESTUDO POR AMOSTRAGEM DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANG
DE CURITIBA**

**MESTRADO : EDUCAÇÃO
PUC-PR**

**CURITIBA
1998**

ELIZABETH BERNARDINO

**NÍVEL DE SATISFAÇÃO DOS PACIENTES EM UM HOSPITAL DE ENSINO.
ESTUDO POR AMOSTRAGEM DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO
DE CURITIBA**

Dissertação apresentada à Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação, sob a orientação do prof. Dr. Almeri Paulo Finger .

**CURITIBA
1998**



Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Centro de Teologia e Ciências Humanas
Departamento de Educação
Mestrado em Educação

ATA DO EXAME DA DISSERTAÇÃO

Exame de Dissertação n.º 95

No dia **19 de março de 1998**, às **10h**, reuniu-se a Banca Examinadora, composta pelos seguintes professores:

MEMBROS DA BANCA	ASSINATURA
Prof. Dr. Almeri Paulo Finger	
Prof. Dr. João Carlos Simões	
Prof. Dr. Éder Paschoal Pinto	

designada para a Exame de Dissertação da mestranda **Elisabeth Bernardino**, ano de ingresso 1995, do Programa de Pós-Graduação em Educação, Nível de Mestrado, intitulada **NÍVEL DE SATISFAÇÃO DOS PACIENTES EM UM HOSPITAL DE ENSINO. ESTUDO POR AMOSTRAGEM DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA.**

Prof. Dr. Almeri Paulo Finger	Conceito <u>A</u>
Prof. Dr. João Carlos Simões	Conceito <u>A</u>
Prof. Dr. Éder Paschoal Pinto	Conceito <u>B</u>
	Conceito Final <u>A</u>

Observações: _____

Prof. Dr. Peri Mesquida
Coord. do Curso de Mestrado em Educação

Ao Dr. Constantino Miguel Neto
pelo apoio e amizade.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	iv
LISTA DE GRÁFICOS.....	vi
RESUMO.....	vii
ABSTRACT.....	viii
1 INTRODUÇÃO.....	01
2 METODOLOGIA.....	03
2.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	03
2.2 PERGUNTAS DE PESQUISA.....	03
2.3 OBJETIVOS DA PESQUISA.....	04
2.4 JUSTIFICATIVA.....	04
2.5 DEFINIÇÃO DA PESQUISA.....	06
2.6 FORMA DE LEVANTAMENTO DOS DADOS.....	07
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	08
4 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA.....	71
4.1 O CARÁTER ASSISTENCIAL.....	71
4.2 A ÁREA DE ENSINO E PESQUISA.....	77
5 TRATAMENTO DOS DADOS.....	79
6 DISCUSSÃO.....	94
6.1 EM RELAÇÃO À QUESTÃO DA QUALIDADE.....	94
6.2 EM RELAÇÃO AOS RESULTADOS DA PESQUISA.....	100
6.3 EM RELAÇÃO AO ENSINO.....	104
6.4 EM RELAÇÃO A GESTÃO DE HOSPITAIS DE ENSINO.....	108
7 CONCLUSÕES.....	110
ANEXOS.....	112
ANEXO 1 – INSTRUMENTO DA PESQUISA.....	113
ANEXO 2 – DADOS COLETADOS.....	116
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	118

LISTA DE TABELAS

1	INTERNAÇÕES HUEC 1996.....	72
2	ATENDIMENTOS PRONTO SOCORRO 1996	73
3	NÚMERO DE LEITOS POR UNIDADES DE INTERNAÇÃO	74
4	NÚMERO DE LEITOS POR UTI	74
5	ATENDIMENTO AMBULATORIAL 1996	75
6	RESUMO DAS CIRURGIAS NO ANO 1996	76
7	NÚMERO DE SALAS POR CENTRO CIRÚRGICO	77
8	RESIDÊNCIA MÉDICA – HUEC	78
9	QUESTÃO 03: IDENTIFICAÇÃO DOS PESQUISADOS	79
10	QUESTÃO 06: ORIGEM DO PACIENTE.....	80
11	QUESTÃO 8: IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONDENTES.....	82
12	QUESTÃO 07: PRIMEIRA INTERNAÇÃO E RETORNO AO HOSPITAL	82
13	QUESTÃO 09: MOTIVOS DE ESCOLHA DO HOSPITAL PARA RETORNO	83
14	QUESTÃO 10: MOTIVOS PELOS QUAIS O PACIENTE ESCOLHEU O HOSPITAL	84
15	QUESTÃO 11: CERTEZA SOBRE O QUE O PACIENTE SABE SOBRE SUA INTERNAÇÃO	85
16	QUESTÃO 12: CERTEZA QUE O PACIENTE TEM SOBRE SUA DOENÇA.....	85
17	COMPARAÇÃO DA RESPOSTA DO PACIENTE À QUESTÃO 09 COM A INFORMAÇÃO DO PRONTUÁRIO	85
18	QUESTÃO 13: SE O PACIENTE SABE O NOME DO SEU MÉDICO	86
19	COMPARAÇÃO DA RESPOSTA DO PACIENTE À QUESTÃO 13 COM A INFORMAÇÃO DO PRONTUÁRIO	86
20	QUESTÃO 14: AVALIAÇÃO DA EQUIPE MÉDICA	87
21	QUESTÃO 15: AVALIAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	87

22	QUESTÃO 16: AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO.....	88
23	QUESTÃO 17: AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE HOTELARIA	88
24	QUESTÃO 18: AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE LIMPEZA.....	88
25	QUESTÃO 19: AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE INTERNAMENTO	89
26	QUESTÃO 20: NOTA DADA PELOS PACIENTES PARA O SERVIÇO	89
27	QUESTÃO 21: O QUE O PACIENTE ACHA QUE DEVE MELHORAR NO HOSPITAL.....	90
28	DETALHAMENTO DA QUESTÃO 21: ITENS MAIS CITADOS.....	90
29	DETALHAMENTO DA QUESTÃO 21 RELATIVO ÀS CITAÇÕES SOBRE BANHEIROS.....	91
30	DETALHAMENTO DA QUESTÃO 21 RELATIVO ÀS CITAÇÕES SOBRE ENFERMAGEM.....	92
31	QUESTÃO 22: RENDA FAMILIAR DOS PACIENTES.....	92
32	QUESTÃO 23: NÍVEL DE ESCOLARIDADE DOS PACIENTES	93

LISTA DE GRÁFICOS

1	INTERNAÇÕES HUEC 1996.....	72
2	ATENDIMENTOS PRONTO SOCORRO 1996	73
3	ATENDIMENTO AMBULATORIAL 1996	75
4	CIRURGIAS REALIZADAS EM 1996.....	77
5	IDENTIFICAÇÃO DOS PESQUISADOS	80
6	ORIGEM DO PACIENTE	81

RESUMO

Este trabalho é um estudo por amostragem dos pacientes do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC) no período de 03/07/1997 a 18/08/1997, com idades entre 1 mês e 90 anos, internados nas diversas clínicas do hospital. A pesquisa visou obter informações sobre a opinião dos pacientes ou pais dos pacientes quanto ao atendimento recebido durante a internação, bem como o conhecimento que o paciente tem sobre o seu médico e sua doença. Dados adicionais como idade, renda familiar, origem e os motivos de retorno do paciente ao serviço foram também pesquisados como forma de traçar um perfil do paciente que procura os serviços do HUEC. Os resultados da pesquisa foram separados respeitando a categoria do paciente no que diz respeito a ele ser um usuário do Sistema Único de Saúde, ter um plano de saúde ou ele ter um atendimento particular. O presente trabalho está baseado nos princípios da Qualidade Total, movimento criado por pesquisadores americanos na década de 40 e desenvolvido pelos industriais japoneses no pós-guerra e difundido mundialmente, o qual restituiu a importância do cliente para o futuro das organizações, em parte graças ao fenômeno da globalização e em parte pela consciência que ele tem hoje de seus direitos de consumidor. Através do resultado da pesquisa realizada junto aos 786 pacientes entrevistados foi possível identificar algumas informações a respeito da clientela e do atendimento prestado.

ABSTRACT

This is a study through sampling of the patients of Hospital Universitário Evangélico de Curitiba - HUEC (Evangélico University Hospital of Curitiba) from July 3rd to August 18th, 1997. The patients, which ages ranged from one month to 90 years old, were admitted in the clinics of the hospital. The research aimed at getting information about the patients or their parents' opinion related to the attendance received during the staying at the hospital, as well as about the knowledge that the patient had about his doctor and his own illness. Additional data were also researched, as age, familiar income, origin and reasons of the patient's returning to the hospital, as a way of tracing a profile of the patient who looked for the HUEC's services. The research data were classified, according to the category of patients, as a client of Sistema Único de Saúde -SUS. (Brazilian National Medicare), having a Health Plan, or having a private health care services. The present work is based on the Total Quality principles, movement created by American researchers in the 1940s, and developed by Japanese industrialists during Post-War and worldly spreaded, which restored the importance of the client for the future of the organizations, partly thanks to the "globalization" phenomenon and partly due to the consciousness everyone has today about costumer's rights. 786 patients were interviewed. The results showed that it was possible to identify some data concerning to the clientele and the hospital's attendance, based on the challenge of listening to the clients and using this resource in order to develop a work of quality.

1 INTRODUÇÃO

Os anos 90 alteraram de forma definitiva a estruturação das empresas exigindo que cargos e funções se transformassem em virtude de uma nova exigência do que se chama a "década do cliente", regida pelo Código de Defesa do Consumidor. Vê-se então que o cliente passa a atuar como grande agente de mudança decidindo o que comprar e como pagar os produtos e serviços a ele oferecidos, criando paradigmas de excelência de atendimento entre empresas, eliminando-se as que não os adotam (GIANGRANDE e FIGUEIREDO, 1997, p.9).

A preocupação com a qualidade dos serviços de saúde vem de tempos remotos até porque suas atividades estão profundamente comprometidas com os resultados. Entretanto no Brasil vê-se dois fenômenos distintos: por um lado o surgimento de novas tecnologias tornando os custos do setor cada vez mais elevados e por outro lado vê-se com freqüência a deterioração dos serviços de saúde e dificuldade de acesso por um número significativo da população ocasionando descontentamentos e reclamações (NOGUEIRA, 1996).

A existência de hospitais é anterior à era cristã e dos anos 40 até a agora o impulso tecnológico se deu somente a partir dos anos 70. Dos 6.532 hospitais brasileiros, 60,1% são de pequeno porte (até 50 leitos), 28,3% de médio porte (entre 51 e 150 leitos) e 11,5% de grande porte (entre 151 a 500 leitos) e especial (acima de 500 leitos), sendo que 79% deles são privados (BITTAR, 1996 p.1).

Ainda segundo BITTAR (1996,p.1), o Hospital, além de ser uma estrutura complexa, é também completa pela definição do Ministério da Saúde e pode ser entendido como parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e

preventiva, sob quaisquer regime de atendimento, inclusive domiciliar sendo também um centro de educação e capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, prestando assistência de forma integral, mantendo-se a vinculação dos níveis primário, secundário e terciário, significando que ações de promoção da saúde devam ser aplicadas em uma seqüência lógica (prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação).

Este movimento constante de modernização e melhoria da qualidade faz com que esta preocupação deixe de ser um referencial e passe a se tornar um imperativo, um pré-requisito para a sobrevivência das organizações, inclusive as de prestação de serviços de saúde, pois há muito espaço para melhoria no setor já que se estima que 30 a 40 % de todo dinheiro investido em saúde são consumidos em desperdício, retrabalho e ineficiência pela complexidade excessiva dos processos (NOGUEIRA, 1996).

Consciente da grande dicotomia existente hoje na área da saúde o próprio Ministério da Saúde, através do GERAS (Grupo Executivo da Reforma Administrativa do Ministério da Saúde) elaborou um documento baseado nas leis nº 8.080/90 e 8.142/90 e nas conclusões da IX Conferência Nacional de Saúde e que norteia hoje a Política Nacional de Saúde. Este modelo de atenção descentraliza as ações de saúde, aumenta a participação dos usuários do sistema (através das conferências municipais de saúde e dos conselhos municipais), determina as responsabilidades (sobretudo as sanitárias) e estabelece controles e sistemas de avaliação na tentativa de resgatar a credibilidade do sistema de saúde para a população.

Neste contexto se insere o Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, instituição filantrópica de categoria especial (mais de 500 leitos), hospital de ensino, de referência e de grande relevância na comunidade acadêmica, reunindo em um mesmo ambiente todos os grandes conflitos existentes nas grandes instituições prestadoras de serviços de saúde, tornando-se um valioso objeto para este estudo.

2 METODOLOGIA

2.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

O problema objeto de estudo pode ser assim definido:

Devido existir uma carência de estudos sobre o nível de satisfação de pacientes de hospitais gerais e a necessidade de se formular e implementar proposições para a melhoria contínua a partir da visão do paciente, pretendeu-se investigar o nível de satisfação dos pacientes internados no HUEC em relação aos vários serviços ali prestados como: corpo médico, serviço de enfermagem, de hotelaria, de higiene, de internamento, etc., visando a qualidade da gestão de um hospital de ensino.

2.2 PERGUNTAS DE PESQUISA

A fim de orientar o trabalho de pesquisa, formulou-se as seguintes perguntas:

- Qual a taxa de retorno e quais os motivos pelos quais os clientes escolhem ou retornam ao Hospital Universitário Evangélico de Curitiba?
- Quais são as principais queixas dos pacientes atendidos pelo SUS?
- Quais são as principais queixas dos pacientes particulares e de convênios?
- Os pacientes conhecem seu diagnóstico?
- Os pacientes conhecem seus médicos?

2.3 OBJETIVOS DA PESQUISA

Esta pesquisa tem como objetivo:

Identificar a percepção do paciente em relação à qualidade dos serviços prestados pela instituição pesquisada e propor recomendações para uma melhoria contínua através de:

- Conhecimento da opinião dos pacientes de diversas categorias (SUS, particular e de convênios), sobre o atendimento dos vários profissionais do HUEC.
- Identificação de pontos fracos e pontos fortes do hospital.

2.4 - JUSTIFICATIVA

O presente estudo justifica-se na medida que, uma vez conhecida a opinião da clientela do Hospital, poder-se-á definir melhor linhas de atuação do mesmo o que, em última análise, poderá significar qualidade na saúde da população.

A diversidade da clientela do HUEC dificulta uma padronização de atendimento, até porque, além das características individuais, existe uma fragilidade emocional gerada pela própria situação de saúde em que ele se encontra, tornando o reconhecimento real e individual de suas necessidades tarefa de primeira ordem para as pessoas envolvidas em sua recuperação. O que torna imprescindível o conhecimento do resultado da avaliação é a implicação imediata que um mau atendimento pode causar. Além das implicações óbvias como um tratamento mal sucedido, há a questão de que não se pode sujeitar uma pessoa em condições precárias de saúde, portanto lutando pela sua sobrevivência a se preocupar com questões administrativas ou problemas

estruturais que passam despercebidas pelas instituições mas que causam grande instabilidade para os pacientes.

Para o Diretor Coordenador do Instituto Brasileiro dos Consultores de Organização, se a empresa precisa conquistar clientes ou mantê-los satisfeitos ela terá que se preocupar em procurar saber se isto está acontecendo e a melhor maneira de fazê-lo é perguntar-lhes. O cliente final é o consumidor do bem ou serviço, e isto significa que não é só aquele que compra mas todos aqueles que vão se utilizar do resultado, da expectativa adquirida. Quem compra um automóvel compra na realidade, uma expectativa, seja ela transporte, conforto, status, o que quer que seja. Embora o automóvel seja o mesmo para todos, alcança cada um de forma diferente (Revista Gerência Geral, supl n. 2, p. 20-21).

A preocupação com a qualidade acontece desde o início das atividades assistenciais dentro de um serviço hospitalar visto ser este o objetivo básico de recuperação ou manutenção da vida. Ao longo dos anos a enfermagem incorporou às suas funções assistenciais as funções administrativas do serviço e, por conseguinte, passou a ser um importante consumidor intermediário de materiais, equipamentos e procedimentos dentro do âmbito hospitalar. A estas novas atividades ditadas pelo próprio dinamismo interno dos serviços hospitalares foram acrescentadas novas responsabilidades advindas do grande poder de decisão adquirido pelos novos rumos da profissão.

Como chefe de equipe, o enfermeiro moderno tem de administrar a assistência de forma que o paciente receba o cuidado certo para o seu problema. Como administrador, o enfermeiro tem de escolher, no mercado, equipamentos e materiais para que médicos, equipes de enfermagem e outros profissionais possam atender seus pacientes.

Desta forma, o enfermeiro tem hoje importante papel nos hospitais como formador de opinião com a equipe multidisciplinar que atende o paciente. No caso específico de hospitais de ensino, este papel assume uma dimensão ainda maior visto o número de acadêmicos de enfermagem, de medicina e outros que usam este campo para desenvolver suas habilidades práticas no seu aprendizado escolar.

Nesta questão o enfermeiro tem relevância na formação acadêmica direta ou indiretamente como agente educador seja quando instrui sua equipe, quando escolhe materiais ou quando presta cuidados já que alunos vão se espelhar nestes modelos para complementar sua formação acadêmica.

Baseada nestes conhecimentos práticos é que, como gerente do serviço de Enfermagem do HUEC tive necessidade de ter um instrumento que me desse subsídios para compreender melhor a clientela do serviço e, por conseguinte, orientar ações futuras no sentido de adequar o cuidado às necessidades do paciente internado em um hospital de ensino onde a função educativa é tão ou mais importante que as funções assistenciais ou administrativas do serviço de enfermagem e este é o motivo maior que originou este trabalho.

2.5 DEFINIÇÃO DA PESQUISA

Esta pesquisa pode ser definida como um estudo por amostragem, considerando o hospital como um caso, ou seja, uma amostra foi selecionada dentre os pacientes do HUEC, alvo desta pesquisa.

Foram utilizados para o desenvolvimento da mesma os seguintes procedimentos:

- Pesquisa de campo para conhecimento da área pesquisada;
- Revisão teórica sobre o assunto;
- Aplicação de questionário para os usuários do serviço (Anexo).

2.6 FORMA DE LEVANTAMENTO DOS DADOS

Como a coleta de dados foi definida para ser realizada durante o mês de julho de 97, a determinação do número de pacientes para compor a amostra foi baseada no número médio de pacientes mensais do hospital durante o ano de 1996 (2693 pacientes), subdivididos em pacientes do SUS (2160 pacientes), particulares (62 pacientes) e de convênios (471 pacientes). Sendo assim, a amostra ficou composta proporcionalmente por 600 pacientes do SUS, 170 pacientes de convênios e 16 pacientes particulares, totalizando 786 pacientes (29,18% do total médio de pacientes/mês). Esta amostra prevê um erro de 3,5% nas estimativas de proporções, com um nível de 95% de confiança.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Desde que W. Edwards Deming iniciou seu Programa de Qualidade Total por ocasião da reconstrução do Japão no pós-guerra, e apesar de ter sido reconhecido pelo mundo apenas trinta anos depois, a revolução causada foi notável. Não se via uma mudança de comportamento tão expressiva desde a Revolução Industrial, responsável em grande parte pela massificação de produtos e pessoas.

A produtividade que até então ditava as regras da produção foi substituída pelo valor qualidade, imprescindível diante da grande competitividade instalada, sobretudo na área industrial, do mundo moderno.

Com os Programas de Qualidade Total de Deming e Joseph M. Juran, as organizações tomaram um rumo inesperado: o cliente ganhou tal notoriedade que passou a escolher produtos e serviços, tornando-se um crítico implacável sobre os produtos por ele consumidos.

Júlio Lobos classifica os clientes de diversas maneiras: por localização, por distância (em relação ao produto final), por relação comercial. Didaticamente os clientes podem ser divididos em clientes internos e externos. Por clientes externos ou finais entende-se aquelas pessoas que irão usar o produto ou serviço de uma empresa. O cliente interno são pessoas dentro da organização que desempenham sua função na direção de servir direta ou indiretamente os clientes finais.

Clientes são, então, todas aquelas pessoas cujas decisões determinam se uma organização irá ou não prosperar. Pode-se tratar de um grupo complexo, como nas universidades ou nos hospitais, e conhecê-los tornou-se uma questão

de sobrevivência pois o consumidor está cada vez mais exigente sobre produtos e serviços, procurando valores que possam decidir sua escolha.

A maturidade das novas gerações e os benefícios da alta tecnologia fizeram nascer o famoso “cliente global” que é potencialmente um crítico sobre os produtos que consome. Ele questiona especificações, qualidade, fórmula e principalmente marca (ou nome). Ele quer sentir competência por detrás de uma marca. As organizações que conhecem seu comportamento saem na frente neste mundo de competição exacerbada (ABUD, 1994, p. 183-6).

O Código do Rei Hamurabi (1792-1751 A.C.) da Babilônia regulamentava sobre direito patrimonial, direito da família e herança, preços, quantidade e qualidade dos produtos, direito e obrigações de profissionais, como médicos, veterinários, construtores. Qualquer problema com o produto ou serviço era cobrado do responsável que era severamente punido, inclusive com pena de morte (ZÜLKE, 1991, p.3).

A trajetória da defesa do consumidor não é recente e está intimamente relacionada aos aspectos políticos e sociais do país. Particularmente no Brasil, ela está relacionada aos movimentos populares ligados à fome, como o que aconteceu em Piracicaba-SP, em 1979 com o boicote à carne, ou aos movimentos das Associações de Donas-de-Casa, em Minas Gerais, São Paulo e Brasília.

Dentre as dificuldades enfrentadas pelos órgãos de defesa do consumidor, destacavam-se as normas técnicas existentes, porém desconhecidas pelos consumidores e não respeitadas pelos fabricantes. Em 24 de julho de 1985, foi criado o Conselho Nacional de Defesa do Consumidor, com a finalidade de assessorar o Presidente José Sarney na formulação e condução da política nacional de defesa do consumidor (ZÜLKE, 1991, p. 21-4).

O amadurecimento a favor do cliente consolidou-se em 1988, no artigo 5º da Constituição que estabeleceu que o Estado promoveria a defesa do consumidor e que seria elaborado o Código de Defesa do Consumidor.

Os órgãos de defesa do consumidor são acionados ainda muito pouco pelas pessoas, apenas elas deixam de utilizar o produto ou serviço antes de fazer uma queixa formal ou de procurar seus direitos junto aos órgãos competentes. O setor industrial, de posse do conhecimento deste padrão de comportamento do consumidor brasileiro, criou espontaneamente, vários instrumentos de atendimento ao consumidor. Alguns são mostrados nas embalagens, em linhas diretas para informações e sugestões, em cartas-respostas. Esta estratégia visa formar junto ao cliente uma opinião favorável da empresa e do produto que vai ser consumido como um ponto de consideração e importância do cliente para a empresa, fato que não passa despercebido pelo usuário que se sente prestigiado.

O motivo desta preocupação das empresas com seus clientes é pertinente, pois as estatísticas sobre queixas e reclamações dos clientes baseadas em registros de garantia, devoluções de produtos e serviços de reparos demonstram certa fraqueza neste processo, pois aos olhos do cliente o estrago já aconteceu. É portanto, natural que as empresas usem estes dados para corrigir ações danosas antes que elas aconteçam, ganhando assim o respeito do cliente.

Alguns casos são famosos pois desenvolvem este serviço há muitos anos. A Rhodia, por exemplo lançou em 1981, a campanha "Você fala, a Rodhia escuta", e a Kodak possui desde 1985 o Centro de Informação ao Consumidor, onde presta orientação e treinamento aos seus usuários (ZÜLKE, 1991, p.99).

Os serviços de atendimento ao consumidor não são geralmente implantados por empresas que adotam Programas de Qualidade Total e também

não costumam estar a serviço desses programas, mas têm o mérito de perseguir e alcançar a satisfação do cliente.

A Colgate-Palmolive, voltou a usar tampas de rosca no creme dental depois que recebeu reclamações de mil usuários regulares de pasta de dente Colgate a respeito de um novo tubo com tampa *flipper keep*, mesmo que a empresa confiasse na funcionabilidade da nova tampa e já tivesse investido em máquinas para sua fabricação. Neste caso a empresa não teve dúvidas, o prejuízo para a imagem da empresa é pior do que o prejuízo financeiro. Aquelas pessoas que reclamaram receberam em casa o produto na embalagem desejada comunicando a mudança e o cliente se sentiu valorizado e satisfeito com a atenção (Qualidade Total, maio/1995, p. 35-7).

A importância dada ao cliente externo é, sem dúvida, bastante oportuna mas não é suficiente, pois apesar dele ter o poder até de alterar o produto final, é preciso que o cliente interno tenha ciência das necessidades e expectativas dos seus clientes. Estas devem ser comunicadas com clareza e segurança para evitar as possíveis distorções e o cliente interno deve ser estimulado a participar do processo contínuo de mudar e melhorar.

A tarefa de inserir o cliente interno em um processo de melhoria contínua não é muito fácil. Além dos problemas usuais de resistência à mudanças, comum na maioria das organizações, ele mesmo não se reconhece como um cliente em potencial, seja de que forma for em algum momento ele também é cliente ou de outra empresa, de um colega ou de um outro setor de sua própria organização.

Quanto maior o tamanho das organizações, mais complicado é o trabalho de inserir os clientes internos em uma filosofia de melhoria contínua. Com suas estruturas diferenciadas, de relações complexas, cada qual lutando por seus próprios interesses as vezes fica difícil diferenciar interesses individuais ou

grupais dos interesses dos clientes externos ou internos. É por este motivo que toda atividade de melhoria externa é precedida por outra que atinge os clientes internos. As grandes empresas ou corporações têm desenvolvido incessantemente, mecanismos e estratégias para alcançar seus clientes internos e que o reflexo desta satisfação seja visto e sentido nos produtos e serviços que a empresa oferece aos seus clientes externos.

A organização que estiver orientada para a parceria e sintonizada com a voz do cliente seja ele interno ou externo está em vantagem competitiva pois ela não conseguirá, no futuro, se manter no mercado se não aprender que o cliente é quem determina o produto final.

Nos Estados Unidos, uma pesquisa revela que um cliente insatisfeito conta para até 15 pessoas com efeito multiplicador enquanto que o satisfeito só está disposto a contar para outras 5 pessoas.

Até o momento, as técnicas desenvolvidas não atingem ex-clientes que abandonaram o uso do produto ou serviço porque não gostaram da forma como a empresa lidou com uma situação irregular. Simplesmente um dia a empresa deixa de contar com um cliente regular e na maioria dos casos quando chega a saber, os números já estão assustadoramente altos. Quando isso acontece a empresa tem de abrir mão de estratégias de recuperação de mercado envolvendo toda uma estrutura que poderia estar empenhada em adquirir novos clientes e não desperdiçando tempo e dinheiro na tentativa de recuperar clientes antigos (VASSALO, 1993).

É por este motivo que as empresas que ouvem seus clientes têm vantagens em relação às outras pois conseguem fazer correções antes que eles possam formar uma imagem ruim da empresa.

O movimento dos consumidores, dos ecologistas e outros movimentos sociais são os porta-vozes de uma mudança em curso de conceitos e valores que exigem reformas radicais nas estruturas das organizações.

Os antibióticos, por exemplo, louvados no início deste século, são hoje medicamentos de uso restrito e sob suspeita, devido à resistência natural que causam no organismo humano. Como efeito dominó, os novos paradigmas voltados ao consumidor exigirão redefinições do mundo interno das organizações desde o operacional até os seus dirigentes (ZÜLKE, 1991, p. 138).

As organizações inteligentes, em sintonia com a mutação constante do mercado sabem aprender nas crises e usa um velho ditado “o vendedor não vende nada. É o cliente quem compra”. A Revlon, indústria de cosméticos, afirma que o produto que ela vende é baton, entretanto normalmente o que o cliente compra é algo mais sutil como esperança, desejo, vaidade, sensualidade, etc.

Grandes empresas como a Coca-Cola, a Antártica, a Gessy Lever, atravessaram o século com nome e marcas fortes. Vencendo a concorrência, nem sempre com preços mais acessíveis, pela conquista de um cliente fiel às custas de um histórico de qualidade, inovação e credibilidade.

Muitos produtos ou serviços encontram insucesso porque não respeitam alguns princípios básicos de *marketing*; que devem ser concebidos de fora para dentro, junto aos clientes ou consumidores evitando distorções ou expectativas sobre o conteúdo, objetivo ou área de atuação. Isto se faz necessário sobretudo em áreas onde as expectativas têm chances de serem frustradas como é o caso da medicina, onde uma falsa perspectiva pode se transformar em catástrofe. Uma informação realista estabelece um vínculo mais honesto e portanto mais durável com o cliente em questão. A organização que conseguir comunicar-se abertamente com seus clientes estará sempre um passo á frente pois seu

objetivo não pode ser apenas querer vender o seu produto mas atender às necessidades de seus clientes.

Em um hospital, muito mais do que ganhar clientes, ou manter a organização no topo, há a questão ética do atendimento ao cliente, pois se trata de uma vida humana, não há muito espaço para se contar erros pois não há uma segunda chance. A ausência de qualidade pode significar a vida ou a morte. Se de um lado se tem um avanço tecnológico como nunca se viu, com o conhecimento médico dobrando a cada cinco anos; por outro lado os custos estão praticamente ficando fora de controle, com a qualidade dos serviços discutível, problemas éticos surgindo em abundância, sem que exista uma legislação coerente ou esclarecedora.

Justamente a falta de recursos é paradoxalmente o maior entrave para o desenvolvimento de Programas de Qualidade Total, isto porque, na verdade, um dos objetivos primeiros dos Programas de Qualidade é otimizar os recursos disponíveis e não gastá-los sem critérios. As instituições de saúde brasileiras que implementaram Programas de Qualidade fazem parte de um grupo seletivo de hospitais na sua maioria privados ou públicos com destaque a nível nacional ou regional.

Somente na década de 80 é que os hospitais começaram a desenvolver Programas de Qualidade Total na tentativa de resolver ou minimizar os custos crescentes do setor. Os princípios utilizados foram os mesmos do setor de manufatura com algumas adaptações, necessárias devido às particularidades naturais do setor. O que há de comum entre o setor industrial, serviços e o setor de saúde é a ênfase que cada um dá a seu cliente potencial e como a sua opinião pode influir em processos decisórios transformando-a em um importante instrumento de gestão (MOTA, RIBEIRO e RUAS, 1996 p.237- 42).

Segundo GREEN (1995, p. 130), o relatório do Gunneson Group, firma de consultoria em Qualidade; somente 15% das empresas de serviço dos Estados Unidos desenvolvem hoje Programas de Qualidade. Estima-se que por volta do ano 2.000 serão 75% principalmente aquelas que prestam serviços financeiros, as empresas de saúde e o governo, seguidas provavelmente das empresas varejistas e as universidades.

No Brasil o quadro é mais difícil pois ainda é inexpressivo o número de serviços hospitalares que levam a sério a qualidade. Índices como taxa de mortalidade, de morbidade, de infecção hospitalar, entre outras, são usados oficialmente na administração da saúde como índices de qualidade, e embora ajudem a nortear ações diretivas estão muito longe de espelhar a realidade dos serviços de saúde do país.

O maior impecilho para aumentar a qualidade em serviços de saúde é a própria natureza fugidia do serviço, sendo que uma única ação terapêutica depende de muitas pessoas para executá-la. Até agora tanto os hospitais como centros de saúde sempre funcionaram como se a qualidade só dependesse da habilidade dos médicos. Na verdade, ela depende da coordenação de dezenas de departamentos e empregados, ao invés do desempenho isolado.

Dentro de um serviço de saúde, as ações são muito técnicas e específicas não havendo dúvidas sobre a atividade de cada um. Esta especialização produz ações isoladas, e o reconhecimento do conjunto não é muito estimulado talvez até pelo próprio valor cultural que cada profissão tem na comunidade. Para cada profissão é atribuído um peso cujo valor intrínseco está relacionado a fatores como escola, cultura, comunidade e tradição. O trabalho de associações e sindicatos, bem como o desenvolvimento das atividades paramédicas mostram uma tendência a valorizar igualmente todas as

profissões, como já acontece nos países de primeiro mundo, mas ainda existem poucos resultados neste sentido.

Os clientes de um hospital diferem dos outros em alguns pontos: enquanto as indústrias tudo fazem para segurar seus clientes, os hospitais querem que os seus clientes fiquem pouco; quanto maior o tempo de permanência do cliente é porque mais grave é o seu caso ou o trabalho não foi executado no sentido de sua recuperação. Caso o cliente nunca mais procure o serviço, nem sempre significa que ele está insatisfeito, muito pelo contrário, pode significar que ele está satisfeítíssimo, ou seja, curado. Quando o cliente procura muito o serviço é porque ele não se recuperou, e o objetivo não foi atingido.

Os clientes externos de um hospital procuram o serviço para si próprios ou para alguém bem próximo, a diferença básica com o setor industrial é que caso haja alguma perda ou prejuízo, o valor perdido não é mensurável pelos padrões normais pois o que se perde tem um valor muito particular para cada pessoa.

Nem sempre a recuperação é o objetivo, pois alguns casos são irrecuperáveis e a gravidade da enfermidade pode impedir tal fato, então, o objetivo é manter a qualidade e a integridade de vida do ser humano. O que acontece usualmente é que ainda que um hospital seja uma área bastante especializada, mecanismos devem ser desenvolvidos no sentido de colocar a disposição do cliente todos os recursos técnicos e humanitários conhecidos e disponíveis pelo serviço, para assegurar ao cliente que todo esforço foi feito. A certeza do cliente que o serviço utilizou todos os seus recursos para atendê-lo é que vai classificá-lo como um serviço de qualidade ou não.

De todos os princípios gerais da qualidade conhecidos, os serviços de saúde se detiveram principalmente no que eles consideram como sendo o mais importante: a

prevenção. Isto significa lidar com o problema em uma fase preliminar identificando os processos que estão sujeitos a falhas (GREEN, 1995, p.130).

A fim de que se possa identificar os processos sujeitos a falhas é preciso ter um conhecimento abrangente e interrelacionado com todas as áreas que tenham contato ou vão influir no tratamento direta ou indiretamente do paciente, para isso os dirigentes devem se valer de instrumentos que os ajudem, tais como: avaliações quantitativas ou estatísticas, nível de satisfação de seus funcionários e o nível de satisfação de seus pacientes. É importante que o paciente possa dizer sem intermediários até que ponto o hospital corresponde ou correspondeu as suas expectativas e que a sua opinião chegue ao conhecimento do corpo diretivo para que ele possa no futuro, se antecipar às necessidades de seus clientes criando um serviço de qualidade, com menor custo e mais competitivo no mercado de Serviços.

Um dos meios mais usados para isto é a avaliação, a qual faz parte de toda atividade humana pois está estreitamente ligada à reflexão. As pessoas avaliam permanentemente segundo seus critérios, valores e seus próprios objetivos pessoais. As empresas, principalmente as privadas, reconhecem a avaliação como um instrumento poderoso de gestão pois direciona seus produtos, reconhece seus clientes, faz o planejamento, recruta seus funcionários e estabelece planos de carreira, cargos e salários e promove o desenvolvimento organizacional.

Porquanto utilizada no ensino, sobretudo no que diz respeito a aprendizagem, a avaliação não é tão amadurecida como no meio empresarial, e a de caráter institucional ainda é mais recente. Salvo algumas instituições de ensino privadas que já começaram esta prática, a maioria ainda carece de sistemas de informações confiáveis e pessoas concretizadas para uma avaliação

que atenda suas metas e que possa estabelecer uma relação estreita entre a avaliação, o planejamento, a garantia de qualidade e a locação de recursos.

Para STONER; FREEMAN (1995, p.289), existem algumas armadilhas que se aplicam a quaisquer instituições, inclusive as de ensino, em seus programas de avaliação formal ou informal e que podem ser assim resumidas:

- Padrões variáveis: o(s) avaliador(es) avalia(m) uma pessoa, um grupo, uma situação segundo diferentes padrões e expectativas. Por isso, a avaliação requer uniformidade.
- Viés do avaliador: são distorções da avaliação.
- Efeito Halo: avaliar todos os itens tendo por base apenas uma característica do que ou quem se está avaliando.

MOURA (s.d, n.p), diz que avaliar não é atribuir uma nota, classificar ou seriar elementos, quantificar taxas e que embora estas sejam expressões de avaliação, não constituem a avaliação em si. Para o autor, avaliar é levantar dispositivos múltiplos de análise que permitam uma imagem concreta e compatível do que se passa ou está em processo. Requer, portanto intencionalidade e objetivação.

Nesta linha de pensamento, é impreterível que cada instituição tenha clareza no objeto de avaliação (o que), na metodologia de avaliação (como), no objetivo da avaliação (por que?) e nas pessoas que avaliam (quem?).

SCHWARTZMAN (1993, p. 29) diz que não há dúvidas quanto a importância e necessidade de avaliação, mas a maneira como esta avaliação está ou deveria estar sendo feita, quem avalia e quais as consequências que os novos processos poderiam ter.

O grande desafio parece ser diminuir então as distâncias e passar de um enfoque quantitativo a outro onde seja fundamental incrementar a qualidade

acadêmica, determinar áreas de excelência e apontar os processos de inovação institucional, que pode ser alcançado através da avaliação, em todos os níveis, não apenas para planejar o futuro mas também para saber se os objetivos institucionais estão sendo atingidos.

ARREDONDO (1995, p. 17-20), aponta alguns conceitos básicos de estratégia geral de avaliação:

- A avaliação não é um fim em si mesma sendo que seus resultados devem ter uma utilização real.
- É um processo contínuo, integral e participativo que permite identificar um problema, analisá-lo, e explicá-lo mediante informação relevante.
- Deve ser permanente e permitir melhorar a qualidade do objetivo de estudo e que possa promover ações corretivas.
- A seleção do que avaliar depende da natureza das decisões a tomar, do contexto situacional e das prioridades identificadas.
- Deve ser participativa no sentido de que todos tenham consciência do papel que desempenham.
- Deve utilizar critérios, indicadores e parâmetros que reflitam a realidade de cada instituição.
- Deve utilizar tanto indicadores numéricos como qualitativos.
- No caso das universidades deve haver avaliação a nível individual, dos programas e departamentos, da instituição e do sistema nacional.
- Deve realizar-se em três modalidades: a auto-avaliação, a avaliação interna, a avaliação externa.

- A avaliação tem diferentes propósitos: a análise histórica, a avaliação diagnóstica, a avaliação formativa, a avaliação sumativa, a prospectiva e a meta avaliação.

3.1 QUALIDADE TOTAL

Para OAKLAND (1994) e CARAVANTES (1997, p.58) a noção da qualidade depende da percepção de cada um. O que tem qualidade para uns, pode não atender as necessidades de outros, portanto o primeiro conceito de qualidade a ser entendido é que a noção de qualidade depende da percepção de cada indivíduo. Segundo GARVIN (1992) a qualidade como conceito existe há muito tempo, porém, só recentemente surgiu como forma de gestão.

Nos séculos XVIII e XIX, o conceito de qualidade era diferente do que se conhece hoje, pois tudo era fabricado por artesãos experientes cujo treinamento era feito ao longo de muitos anos como aprendizes sob a supervisão de mestres de ofício e que davam muito valor a sua reputação. A qualidade se baseava em dois princípios: a) inspeção do produto pelo consumidor; b) o conceito de artesanato onde o comprador confiava na técnica e na reputação do artesão.

Somente por ocasião do surgimento da produção em massa é que apareceu a inspeção formal. Com a expansão do comércio e o aumento da tecnologia, conceitos e algumas ferramentas foram utilizadas para garantir a qualidade: a) verificações por amostragem; b) garantia de qualidade nos contratos de venda. A Revolução Industrial e o sistema fabril trouxeram algumas estratégias adicionais como: especificações escritas, mensurações com

- A avaliação tem diferentes propósitos: a análise histórica, a avaliação diagnóstica, a avaliação formativa, a avaliação sumativa, a prospectiva e a meta avaliação.

3.1 QUALIDADE TOTAL

Para OAKLAND (1994) e CARAVANTES (1997, p.58) a noção da qualidade depende da percepção de cada um. O que tem qualidade para uns, pode não atender as necessidades de outros, portanto o primeiro conceito de qualidade a ser entendido é que a noção de qualidade depende da percepção de cada indivíduo. Segundo GARVIN (1992) a qualidade como conceito existe há muito tempo, porém, só recentemente surgiu como forma de gestão.

Nos séculos XVIII e XIX, o conceito de qualidade era diferente do que se conhece hoje, pois tudo era fabricado por artesãos experientes cujo treinamento era feito ao longo de muitos anos como aprendizes sob a supervisão de mestres de ofício e que davam muito valor a sua reputação. A qualidade se baseava em dois princípios: a) inspeção do produto pelo consumidor; b) o conceito de artesanato onde o comprador confiava na técnica e na reputação do artesão.

Somente por ocasião do surgimento da produção em massa é que apareceu a inspeção formal. Com a expansão do comércio e o aumento da tecnologia, conceitos e algumas ferramentas foram utilizadas para garantir a qualidade: a) verificações por amostragem; b) garantia de qualidade nos contratos de venda. A Revolução Industrial e o sistema fabril trouxeram algumas estratégias adicionais como: especificações escritas, mensurações com

organizações. Desta forma pode-se dizer que a Gestão da Qualidade Total passa a englobar todas as formas anteriores de inspeção, controle e garantia (GREEN,1995,p.15-6).

QUADRO 1: EVOLUÇÃO DOS CONCEITOS DE QUALIDADE

Época aproximada	Qualidade assegurada por	Gestão: responsabilidade do nível	Tipo de administração	Visão
1900 até 1920/ 30	Inspeção 100%	Operacional	Voltada para o produto	Pontual (técnica)
1925/30 até 1945/50	Controle Estatístico do Processo e Inspeção por Amostragem	Operacional	Voltada ao Processo	Pontual (técnica)
1945/50 até 1980/85	Garantia da Qualidade	Tático	Voltada para o Sistema e o Consumidor	Sistêmica Fechada (técnica e pontual)
A partir de 1980/85	Gestão Estratégica	Estratégico	Voltada para o Consumidor e o Concorrente	Sistêmica Contingencial (técnica, pontual e econômica)

Fonte: Gestão pela qualidade total - Golden Cross.

Em reconhecimento ao papel de Juran, a União Japonesa de Cientistas e Engenheiros (JUSE) propôs a “Medalha Juran”, para os vencedores do “Prêmio Deming” que apresentassem uma melhoria contínua da qualidade durante cinco anos (GREEN, 1995, p.130). Philip Crosby é conhecido como criador do zero defeito. Deming, Juran e Crosby são considerados por especialistas como os “gurus” da qualidade americana e são reconhecidos mundialmente pelos conselhos sobre como administrar a qualidade (CARAVANTES, 1997, p.74).

Para DEMING (1990, p.14-72) nenhuma empresa pode comprar sua rota para a qualidade, os melhores esforços constituem um elemento essencial, porém se eles não forem baseados em princípios podem ser muito danosos. Há que se evitar a dispersão de conhecimento e de esforços, a experiência, sem o auxílio da teoria pouco pode fazer para melhorar a qualidade e a produtividade. Em 1950 o sistema dos 14 princípios fundamentou os ensinamentos a altos executivos no Japão e nos anos subsequentes, e constituem a base para a transformação da indústria norte-americana sendo um indicativo de que a administração pretende manter a empresa em atividade, protegendo os investidores e os empregos.

Os 14 princípios aplicam-se às pequenas, médias e grandes organizações sejam elas indústrias ou de serviços, e podem ser resumidos sucintamente da seguinte forma:

1. Estabelecer constância de propósitos para a melhora do produto e do serviço considerando os problemas de hoje e os de amanhã, mantendo o nível do material produzido e se dedicando a melhorar cada vez mais tornando-se competitivo e criando emprego.

2. Adotar a nova filosofia recusando a aceitar como certo os erros e falhas, métodos e materiais antiquados, atrasos e re-trabalhos.

3. Qualificar o produto desde o primeiro estágio, deixando de depender da inspeção em massa. Quando o produto já está sendo entregue é muito tarde e dispendioso corrigir o erro.

4. Mudar a prática de aprovar orçamentos apenas com base no preço desenvolvendo relações de amizade e confiança com fornecedores, que em uma relação a longo prazo tende a melhorar seu produto. Incertezas sobre prazo de entrega e a qualidade levam alguns clientes a contratar dois ou três fornecedores

na esperança que um deles possa atendê-lo encarecendo o produto final pois o que uma empresa adquire da outra não é apenas algo material, compra tecnologia e capacidade.

5. Melhorar constantemente o sistema de produção e de serviços pois a qualidade começa com a intenção, que é determinada pela direção. A primeira é traduzida para planos, especificações, testes tentando oferecer ao cliente a qualidade pretendida e é da competência da administração. É essencial haver uma melhora contínua nos métodos de teste e uma compreensão clara das necessidades do cliente e das formas que usa um produto.

6. Instituir treinamento, não o já conhecido, mas um treinamento remodelado seguindo o princípio que o administrador deve conhecer e compreender para poder atuar sobre os problemas que possam privar o empregado da possibilidade de executar seu trabalho com satisfação. Neste ponto, o modelo japonês tem grande vantagem sobre o modelo ocidental pois um gerente japonês inicia sua carreira como um longo estágio que pode durar de quatro a doze anos, desincumbindo-se de diversas tarefas dentro da empresa. Porém o tempo e dinheiro gastos em treinamento são ineficazes a menos que os fatores que inibem o trabalho sejam removidos. O dinheiro gasto em treinamento e na formação dos profissionais de uma empresa não aparece no balanço patrimonial; não aumenta o patrimônio líquido da empresa, mas o dinheiro gasto com equipamentos consta do balanço patrimonial da empresa.

7. Adotar e instituir liderança para trabalhar as fontes de melhora, o que se tem intenção de se obter em relação a qualidade do produto ou do serviço traduzindo esta intenção para o projeto e produto final. O enfoque nos resultados (administração por números, por objetivos, zero-defeito, avaliação de

desempenho) deve ser substituído por liderança. A administração deve promover as correções propostas pelos líderes.

8. Afastar o medo pois ninguém pode dar o melhor de si a menos que se sinta seguro, que neste caso significa poder exprimir suas idéias sem preocupação, sem temor em fazer perguntas. Muitas pessoas têm resistência ao conhecimento visto que um conhecimento novo pode revelar algumas de nossas fraquezas ou que isto mostre a incapacidade de servir os interesses da empresa.

9. Romper as barreiras entre os diversos setores de pessoal pois o trabalho em equipe é uma necessidade da empresa como um todo porque exige que um compense com sua força a fraqueza do outro, e que todos agucem as inteligências um do outro com perguntas. A avaliação de desempenho nos moldes costumeiros impede o trabalho em equipe, pois aquele que trabalha para ajudar outros pode não ter tanta produção a mostrar quanto aquele que trabalha sozinho.

10. Eliminar “slogans”, exortações e metas para a mão-de-obra pois se parte do pressuposto que se os operários quisessem poderiam mostrar maior zelo, melhorar a qualidade, aprimorar a produtividade sem levar em conta o fato que a maior parte do problema vem do sistema. O efeito imediato de uma campanha por meio de cartazes pode ter até uma melhora imediata e temporária da qualidade, como efeito da eliminação de algumas causas especiais mais óbvias, porém com o passar do tempo a melhora cessa ou acaba mesmo sendo invertida.

11a. Suprimir as quotas numéricas para a mão-de-obra. Os coeficientes de produção são freqüentemente determinados para o trabalhador médio ou seja metade deles estará acima da média e outra metade abaixo sendo que a pressão dos colegas mantém a metade superior a nível do coeficiente, e não mais. O

pessoal abaixo da média não consegue atingir o coeficiente resultando em insatisfação, perda e rotatividade.

11b. Eliminar os objetivos numéricos para o pessoal da administração pois metas internas colocadas na administração de uma empresa sem um método, torna-se uma farsa pois qualquer flutuação coloca todos ou eufóricos ou frustrados. A administração com base em objetivos numéricos representa uma tentativa de administrar sem conhecimento do que fazer porque o único número aceitável é o que diz respeito à sobrevivência da empresa.

12. Remover as barreiras que privam as pessoas do justo orgulho pelo trabalho bem executado.

13. Estimular a formação e o auto-aprimoramento de todos.

14. Tomar a iniciativa para realizar a transformação. A administração deve assumir cada um dos princípios, adotar a nova filosofia usando todos os meios para a sua divulgação, com coragem para romper com antigas tradições, explicando ao maior número possível de pessoas o motivo das transformações até que cada um tenha envolvimento no processo de mudança propriamente dito.

Toda atividade e toda tarefa constitui parte de um processo que dividirá o trabalho em etapas e o conjunto dessas se constitui no processo propriamente dito.

O trabalho ingressa em determinada etapa, muda de estado e desloca-se para a etapa seguinte, sendo que cada uma delas diz respeito a um cliente ou destinatário, até a última que leva o produto ou serviço ao cliente final, aquele que compra o bem ou serviço. Cada etapa trabalha com a etapa seguinte e com a precedente buscando otimizar cada uma delas visando a qualidade que traz satisfação ao cliente.

Para JURAN (1992, p.15-26) a gerência para a qualidade é feita baseada em três processos gerenciais de planejamento, controle e melhoramento conhecidos como Trilogia Juran.

Planejamento da qualidade: é a atividade de desenvolvimento dos produtos e processos exigidos para a satisfação das necessidades dos clientes. Envolve uma série de passos que podem ser assim resumidos:

- estabelecer metas de qualidade;
- identificar os clientes;
- determinar suas necessidades;
- devolver produtos para atendê-los;
- desenvolver processos capazes de produzir estes produtos;
- estabelecer controles desses processos e transferir planos resultantes para forças operacionais.

Controle da qualidade, que consiste nos seguintes passos:

- avaliar o desempenho real da qualidade;
- comparar o desempenho real com as metas da qualidade;
- agir a respeito da diferença.

Melhoramento da qualidade é o processo que eleva o desempenho da qualidade e sua metodologia consiste em uma série de passos:

- estabelecer a infra-estrutura necessária para garantir o melhoramento anual da qualidade;
- identificar as necessidades específicas de melhora ou seja, os projetos de melhoramento;
- estabelecer, para cada projeto, uma equipe;

- prover os recursos, motivação, treinamento de que as equipes necessitam para diagnosticar as causas, estimular o estabelecimento de remédios, estabelecer controles para manter os ganhos.

Ainda para JURAN (1992, p.73-115) o ponto talvez mais importante no gerenciamento é determinar quais são realmente as necessidades dos clientes. Em sua maioria os seres humanos são aquisitivos, se tiverem oportunidade eles acumulam grandes domínios territoriais, enormes quantias, poder político e outros. Quem nunca atinge estes domínios concentra esforços para atender suas necessidades básicas como sobrevivência, conforto e assim por diante. Devido a complexidade das necessidades humanas influenciada por variáveis como cultura, tecnologia e outras, deste modo existem várias formas de classificar as necessidades dos clientes.

Necessidades declaradas e reais: são aquelas expressas segundo seu ponto de vista e em sua linguagem, principalmente com os clientes externos. Eles podem declarar suas necessidades em termos de bens que desejam comprar, entretanto suas necessidades reais são pelos serviços que aqueles bens podem prestar, por exemplo:

O cliente deseja comprar	O cliente quer realmente
Alimentos	nutrição, sabor agradável
Automóvel	transporte
Televisor	entretenimento
Casa	espaço para viver

Fnte: Juran, 1992, p.74.

A não percepção das necessidades reais das necessidades declaradas podem ter conseqüência como focalizar a atenção no produto e não nas necessidades dos clientes. A compreensão das necessidades reais dos clientes devem responder as seguintes perguntas: por que você está comprando este produto? Que serviço você espera dele?

Necessidades percebidas: são aquelas declaradas segundo as percepções dos clientes. Algumas destas estão relacionadas com os produtos. Neste caso existe uma diferença entre a percepção do cliente e do fornecedor do produto em questão. Esta diferença tanto pode representar um problema como uma oportunidade. As indústrias de serviços talvez constituem nos casos mais clássicos onde as percepções dos clientes diferem daquelas dos fornecedores como, por exemplo, o caso de uma pessoa que quer cortar o cabelo; a primeira procura um barbeiro, a segunda procura um salão habitado por estilistas. Embora cada um deles seja tosquiado por um artesão qualificado e tenham saído com a mesma aparência externa as diferenças podem ser percebidas nos preços que eles pagaram e nas suas percepções do que estava incluído no produto.

Necessidades culturais: incluem necessidades de auto respeito, respeito dos outros, continuidade de padrões e hábitos e ainda outros elementos daquilo que é chamado em geral de padrão cultural e vão além de produtos e processos. Muitas falhas na determinação das necessidades dos clientes podem ser atribuídas à falta de compreensão da natureza e mesmo da existência deste padrão cultural. O conceito de padrões culturais podem ser assim resumidos:

- Toda organização é também uma sociedade humana abrigando no seu interior muitas sociedades;

- Toda sociedade humana desenvolve um padrão de crenças, hábitos, práticas, valores, etc., baseados em sua experiência acumulada e é conhecido como padrão cultural;
- Este padrão provê à sociedade certos elementos de estabilidade como leis e ordem, mistérios, rituais, tabus, símbolos de status e outros, vistos pela sociedade como possuidores de valores importantes;
- Qualquer mudança proposta torna-se uma ameaça a estes valores enfrentando resistência até que a natureza da ameaça seja entendida.

A resistência não está limitada às sociedades organizadas e se estende aos indivíduos que estão sentindo seus valores pessoais ameaçados. No caso de resistência cultural, as razões reais raramente são óbvias e os disfarces costumam ser sutis, desta maneira olhar para além das razões declaradas pode ser um meio de entender quais são as ameaças em potencial aos padrões culturais daqueles que estão envolvidos. Frequentemente pode-se atender às objeções ao mesmo tempo em que também são atendidas as necessidades da empresa.

Necessidades atribuíveis a usos inesperados: é quando o cliente usa o produto de maneira diferente daquela pretendida pelo fornecedor assumindo muitas formas:

- Trabalhadores não treinados são designados para processos que exigem mão de obra treinada;
- O equipamento é sobrecarregado, ou é permitido que opere sem respeito às programações de manutenção;
- Os documentos são mal arquivados;
- As carrocerias de automóveis enferrujam porque os projetistas não estão cientes de que eles estão expostos ao sal.

O que é crítico é se o planejamento da qualidade foi baseado no uso pretendido ou no uso real e tais fatores de segurança podem elevar os custos. Neste caso é essencial saber: qual será o uso real, quais são os custos associados e quais são as conseqüências do respeito ao uso pretendido. Para tanto a aquisição dessas informações exige um estreito trabalho em equipe entre fornecedor e cliente.

Uma outra classificação das necessidades dos clientes é a separação entre as necessidades de satisfação e insatisfação com o produto.

Necessidades dos clientes relativas à satisfação com o produto: alguns produtos têm proporcionado notáveis benefícios aos seres humanos que vivem em países desenvolvidos, tais como antibióticos, TV a cores, computadores. Porém estes mesmos seres humanos tornaram-se dependentes do desempenho permanente desses mesmos produtos. Qualquer quebra de continuidade (de fornecimento de energia, de serviços telefônicos, de transportes, etc) resulta em grandes crises.

Um exame das categorias das necessidades relativas à satisfação dos clientes pode ser útil:

- Segurança humana: a tecnologia coloca produtos perigosos as vezes em mãos de amadores. Cria também sub-produtos que ameaçam a saúde, a segurança e o meio ambiente. Esta problemática leva um grande esforço por parte dos planejadores a reduzir os riscos a níveis aceitáveis. Algumas dessas medidas de segurança são garantidas por leis criminais e civis, tornando esses esforços obrigatórios.
- Amigável com os usuários: considera o usuário um amador na utilização do produto devendo ser este bem especificado em manuais

que possam permitir que o usuário conheça o produto e faça bom uso dele. Neste caso também o produto deve ser compatível através de uma padronização como o sistema telefônico, que segue algumas padronizações universais, independente do lugar em que se esteja o uso dele é o mesmo.

- Presteza no serviço: para isso em alguns lugares esta presteza é um elemento de competição. O crescimento da indústria *fast-food* se baseia nessa presteza, em um esforço de se incluir o fator tempo em todo planejamento, a fim de atender as necessidades dos clientes.
- Manter os clientes informados: os clientes são muitos sensíveis ao descobrirem as ações secretas de um fornecedor, estas quando descobertas e divulgadas podem causar danos sem precedentes para a imagem do fornecedor. Alguns produtos são fornecidos sem estarem dentro da conformidade. Outros podem até serem adequados ao uso a despeito da não conformidade. A questão torna-se discutível se levar em conta a questão ética ou até ilegal. O pior de tudo é a não informação ao cliente como por exemplo um caso onde um carro é visto na fábrica com algum defeito podendo ou não ser consertado, porém é vendido como novo, mesmo que ele não dê nenhum problema, caso o cliente descubra ele tem todo o direito de se sentir lesado.

Necessidades dos clientes relacionadas à insatisfação com o produto:

no caso de uma falha do produto, surge um novo conjunto de necessidades dos clientes, como obter a restauração do produto ou serviço e como ser compensado pelos prejuízos inconvenientes associados. A melhor forma de evitar estas intercorrências é sem dúvida planejar a qualidade de modo a evitar falhas. Como

nem sempre isto é possível, as necessidades dos clientes quando ocorrem falhas podem ser assim resumidas:

- Garantias: nas sociedades mais complexas torna-se necessário que as garantias sejam feitas através de contratos específicos por escrito, para definir os termos da garantia como o que é coberto por ela e por quanto tempo. A garantia implica necessariamente na elevação dos custos pelo fabricante a não ser que ele se tome providências a fim de seu produto tenha qualidade e reduza a incidência de falhas.
- Melhorando o atendimento às reclamações dos clientes: as respostas aos clientes têm sido amplamente estudadas e utilizadas. Para tanto, é preciso ter um bom sistema de respostas ou de atendimento ao cliente incluindo: a) um centro de atendimento equipado para prover acesso aos consumidores 24 horas por dia; b) um número de telefone livre de tarifas; c) uma base de dados computadorizada; d) treinamento especial para as pessoas que atendam o telefone; e) solicitação ativa das reclamações para minimizar a perda de clientes no futuro.
- Manter os clientes informados: existem muitas situações nas quais uma interrupção no serviço força os clientes a esperar por tempo indefinido até a restauração do serviço. Exemplos óbvios podem ser a interrupção da energia ou greve nos transportes públicos. Embora nada podendo fazer a respeito eles gostam de ser informados sobre a situação.

Ainda para JURAN algumas formas para descobrir as necessidades dos clientes são:

- Ser um cliente. A melhor maneira de descobrir as necessidades de um cliente é sendo um deles, propiciando informações concretas a respeito de como os clientes gastam seu tempo, quais atividades exigem mais

de seus recursos, quais são as tarefas desagradáveis e quais são os problemas não resolvidos.

- Estudar o comportamento dos clientes. É um indicador melhor das suas ações futuras do que aquilo que eles dizem. Assim torna-se importante distinguir entre o comportamento do cliente e sua opinião. A primeira consiste em ações efetuadas em tempo e no mundo real. A segunda são indicadores sujeitos a uma revisão posterior quando são enfrentadas as realidades.
- Ações dos clientes ligadas a insatisfações. Neste caso verifica-se a validade da reclamação e, caso seja constatada, satisfazer o cliente. Menos comum e mais efetivo é analisar as reclamações em conjunto, para descobrir se existe alguma causa subjacente que é inerente ao sistema, continua existindo e gerando uma corrente de insatisfações futuras. Neste caso torna-se necessário replanejar revisando as necessidades dos clientes.
- Ações dos clientes relacionadas à receita de vendas: grande parte do comportamento dos clientes se traduz em um efeito sobre a receita do fornecedor como a venda de alguns declinam ou crescem, os preços podem ser rejeitados ou aceitos, ou o sucesso pode declinar ou crescer. Todas estas flutuações são resultantes do comportamento do cliente e está comumente relacionado à qualidade do produto.
- Observação direta: algumas empresas usam métodos sofisticados de observação direta como dispositivos eletrônicos para observar o comportamento dos clientes e fazer correções que julgarem necessárias. Pode-se observar em um hotel por exemplo, que o sabonete ofertado não está sendo utilizado, neste caso uma pesquisa

direcionada pode ser feita no sentido de oferecer um produto que agrade mais ao usuário.

CROSBY (1979) in CARAVANTES (1997, p. 77-8) apresenta quatro pontos absolutos da Qualidade:

- definição - conformidade com os requisitos;
- sistema - prevenção;
- padrão de desempenho;
- medida - preço da não conformidade.

Ainda oferece um programa com 14 pontos para o melhoramento da qualidade que são:

1. Comprometimento da gerência: deixar claro que a administração é comprometida com a qualidade;
2. Times de melhoramento da qualidade: formar grupos de melhoramento da qualidade com representantes de todas os setores;
3. Medida da qualidade: devem ser estabelecidas medidas de qualidade a cada atividade para identificar as áreas que necessitam de melhoramento;
4. Avaliar o custo da qualidade: estimar o custo da qualidade para se identificar áreas onde as melhorias da qualidade são úteis;
5. Conscientização sobre a qualidade: despertar a conscientização sobre a qualidade de todos os empregados fazendo com que eles entendam a importância da conformidade com os requisitos do produto e os custos da não-conformidade;
6. Ação corretiva: oportunidades de correção são gerados pelos itens 3 e 4 e as discussões entre os empregados. As idéias resultantes dessas discussões devem ser levadas à supervisão.

7. Planejamento do programa zero-defeito: um comitê *ad doc* de zero defeito deve ser formado pelos membros do time de melhoramento, deve planejar o programa de acordo com a cultura da empresa;

8. Treinar supervisores: todos os níveis de gerência devem ser treinados para implementar sua parte do programa de melhoramento da qualidade;

9. Dia do zero defeito: instituir um dia em que todos os empregados percebam que houve mudança;

10. Estabelecer metas de melhoria: transformar um comprometimento em ação estabelecendo metas de melhoria para si próprias e para o grupo;

11. Remoção das causas dos erros: estimular os empregados a comunicar à gerência os obstáculos que encontram para atingir sua meta de zero-defeito;

12. Reconhecer e valorizar aquele que conseguir sua meta de qualidade;

13. Conselhos de qualidade: estabelecer conselhos para fazer comunicações a intervalos regulares para compartilhar problemas, experiências e idéias;

14. Repetir tudo: para enfatizar o processo de melhoria o programa deve ser repetido renovando o compromisso dos velhos empregados e trazendo os novos para o processo (CARAVANTES, 1997, p.77-8).

As visões da qualidade segundo os três autores pode ser assim definida segundo OAKLAND (1994, p.442-3):

QUADRO 2: VISÕES DA QUALIDADE SEGUNDO CROSBY, DEMING E JURAN

	CROSBY	DEMING	JURAN
Definição da qualidade	Conformidade com os requisitos.	Um grau previsível de uniformidade e confiança a baixo custo.	Adequação ao uso.
Grau de responsabilidade da gerência	Responsável pela qualidade.	Responsável por 94% dos problemas da qualidade.	Menos de 20% dos problemas da qualidade são devidos aos trabalhadores.
Padrão de desempenho/motivação	Zero-defeito.	Usar medidas estatísticas para medir o desempenho em todas as áreas/crítico do zero-defeito.	Evitar campanhas para fazer trabalho perfeito.
Abordagem geral	Prevenção, não inspeção.	Reduzir a variabilidade através de contínuos melhoramentos em massa.	Abordagem do gerenciamento geral da qualidade-especialmente dos elementos humanos.
Estrutura	14 passos para o melhoramento da qualidade.	14 pontos para o gerenciamento.	10 passos para o melhoramento.
Base de melhoramento	Um "processo" não um programa.	Metas de melhoramento contínuo, para reduzir a variação. Eliminar metas sem métodos.	Abordagem do grupo projeto-a-projeto. Estabelecer metas.
Trabalhos em grupos	Grupos de melhoramento da qualidade. Conselhos da qualidade.	Participação do empregado na tomada de decisão. Demolir as barreiras entre departamentos.	Abordagens de grupos e círculos da qualidade.
Custo da qualidade	Custo da não-conformidade. A qualidade não tem custo.	Não existe ótimo pois o melhoramento é contínuo.	A qualidade não é isenta de custo - existe um ótimo.
Compras e mercadorias recebidas	Formular os requisitos fornecedor é um extensão do negócio sendo que a maior falha é dos compradores.	A inspeção é demasiado tardia permitindo que os defeitos entrem no sistema.	Os problemas são complexos. Realizar análises formais.
Avaliação dos fornecedores	Necessária para fornecedores e compradores. Auditorias da qualidade são inúteis.	Não-crítico da maioria dos sistemas.	Sim, porém deve-se ajudar o fornecedor a melhorar.

Fonte: OAKLAND, 1994, p.442-443.

Para CAMPOS (1992, p.2) um produto ou serviço de qualidade é aquele que atende perfeitamente, de forma confiável, de forma acessível, de forma segura e no tempo certo às necessidades do cliente. Não adianta um carro confortável, seguro mas inacessível do ponto de vista financeiro. O verdadeiro critério de boa qualidade é a preferência do consumidor. Ele é o inspetor final do produto ou serviço produzido.

Em 1950, o "Made in Japan" significava refugio e, qualquer coisa que se fizesse na América, conseguiria vender. Esperava-se um carro durante meses e as pessoas já ficavam satisfeitas se pudessem recebê-lo. Em 1989, tudo já era diferente. A Honda estava prestes a se tornar o terceiro maior fabricante de carros nos Estados Unidos, oito das dez marcas de carro preferidas pelos americanos eram alemãs ou japonesas. Linhas de produtos inteiras como aparelhos de video cassete, câmaras fotográficas, CD players, não tinham um único fabricante americano. A indústria americana permaneceu relativamente inconsciente da teoria do controle de qualidade e da sua aplicação, enquanto os japoneses desenvolviam sua revolução. A linguagem do controle da qualidade conforme desenvolvida por Walter Shewhart nos Bell Telephone Laboratories e aqueles que o seguiram como W. Edwards Deming, Joseph Juran e Kaoru Ishikawa escreveu sobre processos de produção, controle estatístico, defeitos, clientes, fornecedores e custos de má qualidade (BERWICK, 1994, p.16-7).

Desde 1982 os Estados Unidos da América começaram a se preocupar em analisar formas diferentes de recompensar a produtividade e a competitividade. A idéia amadureceu para a instituição de um prêmio nos moldes do Prêmio Deming no Japão; o que aconteceu em agosto de 1987, quando o Presidente Ronald Reagan subscreveu o Ato Malcom Baldrige (na época Secretário da Fazenda, morto em um acidente e dado seu nome ao prêmio em

sua homenagem), de Aperfeiçoamento da Qualidade em Lei, dando início a uma nova era da indústria norte-americana. O Prêmio Nacional da Qualidade Malcom Baldrige foi criado com a finalidade de promover as quatro metas a seguir:

- Prestar auxílio e estímulo às empresas norte-americanas no aperfeiçoamento da qualidade e produtividade;
- Reconhecer os avanços de empresas que aperfeiçoam a qualidade de seus produtos e serviços;
- Estabelecer diretrizes e critérios que possam ser utilizados pela empresa, organizações na avaliação de seus esforços no aperfeiçoamento da qualidade;
- Fornecer orientação específica para outras empresas que desejam aprender como gerenciar com qualidade (HART, 1994, p. 15-17).

Segundo GREEN (1995, p. 29-33) em 1982, a gigante suíça Ciba-Geigy Ltda, recebeu um comunicado da Miliken, um de seus principais clientes na área de corantes têxteis dizendo que se quisesse continuar vendendo teria que adotar práticas de Controle de Qualidade Total. A Ciba ficou incrédula pois estava há 200 anos no ramo e desconhecia este controle. No entanto aprofundando-se em suas pesquisas descobriu que seu processo para atingir a qualidade era extremamente ineficiente, lotes defeituosos de corantes, reclamações com as remessas de produtos, negócios perdidos pela falta de produtos, entre outros, estavam dando um prejuízo de 20% nas vendas. Demorava em média dois anos para que os novos produtos fossem aprovados pelas autoridades governamentais, o dobro do que seria necessário. Como a Ciba ainda não tinha se dado ao trabalho de pesquisar junto aos clientes quais eram suas necessidades de produtos e serviços, novas empresas da Índia e Taiwan roubavam suas vendas com corantes de pureza menor, embora aceitáveis a

preços menores. O que a Ciba aprendeu é que administrar para a qualidade é muito mais do que fazer ajustes finos na produção. Um estudo recente com 358 empresas européias, realizado pela Erasmus University de Roterdã e pela Universidade de Manchester na Inglaterra, revela que a Europa ainda precisa começar a empregar técnicas de controle de qualidade tão comuns nos Estados Unidos e Japão. Uma análise feita por Philip Crosby Associates Inc., um consultor de qualidade nos Estados Unidos, mostram que os bancos britânicos gastam mais de 50% em custos operacionais por causa de procedimentos passíveis de erro, como, por exemplo, perda de documentos. Ainda segundo ele, um valor equivalente a 30% das vendas na França é desperdiçado nas operações de produção e serviços e na Itália este percentual chega a 40%.

Para o autor, os primeiros europeus a entrar na onda da TQM no início da década de oitenta foram os que primeiro tiveram que enfrentar a concorrência japonesa, a Rank Xerox em equipamentos de escritório, Philips Eletronics NV em produtos eletrônicos de consumo, Ing. C. Olivetti & Co. SPA em computadores. Como nos Estados Unidos a implantação de círculos de qualidade, grupos de trabalho e outras técnicas que apenas copiavam o modelo japonês não atingiu totalmente os seus objetivos. Em 1988 os presidentes de 14 das maiores empresas formaram a European Foundation for Quality Management (EFQM) para promover técnicas de TQM. Ao invés de relegar o treinamento de qualidade às aulas de engenharia, mais de 50 universidades também o incorporam ao currículo geral da administração. A EFQM distribuiu o primeiro European Quality Award em 1992. Mais importante do que a criação do prêmio é que a maioria dos executivos está considerando a qualidade total como prioridade. A Ciba, depois do sucesso na divisão de corantes está desenvolvendo um programa de qualidade em todas as suas unidades do mundo. A Philips, implantou em 1991

procedimentos para lidar com reclamações e pesquisas sobre satisfação dos clientes. Mesmo empresas com maior tradição em TQM, tentam aumentar seu desempenho. O líder sueco Eletrolux Ab teve um espantosa redução de 40% em reparos pós venda no início dos anos oitenta em consequência de modificações nos métodos de projeto e outros processos de trabalho (GREEN,1995,p.29-33).

Segundo REIS (1997) em 1987 surgiu, na Europa a série ISO 9000 (ISO 9000, 9001, 9002, 9003 e 9004), inicialmente para dar garantia ao cliente para que os requisitos contratuais fossem cumpridos, posteriormente, assumiu novo papel de "padrão de qualidade". Em 1991 a International Organization for Standardization publicou a norma ISO 9004-2 fornecendo diretrizes exclusivamente para a gestão da qualidade em serviços. As normas da família ISO 9000 são reconhecidas internacionalmente e constituem hoje os requisitos básicos para a implementação de um processo de Qualidade Total. Esta norma privilegia alguns aspectos sociais e humanos envolvidos no fornecimento de serviços como:

- Gerenciamento dos processos envolvidos no serviço;
- Interações humanas, como parte essencial da qualidade dos serviços; reconhecimento da importância da percepção dos clientes (qualidade percebida) para a imagem, cultura e desempenho da organização de serviços;
- Motivação do pessoal e desenvolvimento de suas habilidades (treinamento) para atendimento das expectativas (qualidade esperada) dos clientes (REIS, 1997, p.4-8).

Ainda para REIS (1997, p.8-10) a qualidade em serviços é o único processo que simultaneamente satisfaz o cliente, motiva os funcionários, promove uma redução de custos, aumenta a produtividade, aumenta a

rentabilidade da empresa, fortalece a imagem da organização, tanto interna como externamente. Considerando que o cliente é difícil de conquistar e fácil de perder, a sua contínua satisfação só é real quando consegue agregar valor ao serviço que aumenta a lealdade pela marca/prestador de serviço, aumenta o uso do produto e o consumo do serviço e divulga as experiências positivas.

Para o autor a qualidade tem algumas facetas a seguir:

- **Características da qualidade percebida:** são aquelas que o cliente percebe e agregam valor. Qualidade e custos estão aqui interligados, pois apenas as características da qualidade percebida pelos clientes é que realmente importam. Tudo que a empresa gastar na melhoria do serviço e que o cliente não percebe pode se transformar em um esforço inútil e um gasto desnecessário.
- **Características da qualidade realizável:** são as características do serviço que o prestador tem capacidade de atender ou realizar. Neste caso os contratos devem ser analisados de forma crítica, para verificação desta capacidade.
- **Características da qualidade realizada:** são as características do serviço entregue ao cliente e sobre as quais ele faz o seu julgamento ou percebe a qualidade do serviço fornecido.
- **Características do serviço:** são as características gerais que compõem o serviço que o fornecedor utiliza para a divulgação do mesmo, representam a base de escolha dos clientes. O prestador cuida para que durante a prestação do serviço as características divulgadas sejam cumpridas.

Para CAMPOS (1992, p.40-8) a prática do controle de qualidade é o cerne de qualquer programa de Qualidade Total. Por controle entende-se

localizar o problema, analisar o processo, padronizar e estabelecer itens de controle de tal forma que o problema nunca mais ocorra. O controle da qualidade é abordado com três objetivos:

- Planejar a qualidade desejada pelos clientes, isto implica num esforço de localizar o cliente, saber de suas necessidades, traduzir estas necessidades em ações;
- Manter a qualidade desejada pelo cliente, cumprindo padrões, mantendo os resultados;
- Melhorar a qualidade desejada pelo cliente, localizando os problemas e utilizando métodos para resolvê-los.

3.2 QUALIDADE TOTAL NA ÁREA DE SAÚDE

A Qualidade Total na área da saúde começou com o esforço de muitos pioneiros e não se pode deixar de mencionar talvez o mais relevante deles, a enfermeira Florence Nightingale (1820-1910), que implantou o primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde em 1854. Baseada em gráficos e estatísticas ela convenceu o governo inglês, que enviou um grupo de voluntárias à guerra da Criméia, chefiada por ela e conseguiu praticamente um milagre, após seis meses, apenas com novos padrões sanitários e cuidados de enfermagem por ela estabelecidos, ela diminuiu a taxa de mortalidade de 42,7% para 2,2% (NOGUEIRA, 1996, p.1).

De certa forma este é o melhor e o pior momento para os serviços de saúde adotarem um modelo de qualidade, há vinte anos uma criança de 5 anos com leucemia tinha 100% de chance de morrer, hoje esta mesma criança tem 95% de chance de cura, paradoxalmente a mesma tecnologia que salva é a que

inviabiliza a cura. Desde que os serviços de saúde ingressaram na era científica da prática médica do século XX, quase ninguém está satisfeito. Os serviços se tornaram muito dispendiosos, os recursos técnicos se tornaram possíveis para poucos, excluindo a maioria, gerando insatisfação tanto dos prováveis beneficiários quanto dos profissionais da área (BERWICK, 1994, p.17).

Para BERWICK (1994, p.4) os serviços de saúde estão experimentando um grau de mudança sem paralelo desde que o influente Relatório Flexner conduziu a medicina à sua era de treinamento científico e para longe do aprendizado que caracterizava a educação médica no final do século XIX. Antes deste relatório os médicos seguiam o curso da sabedoria dos mais velhos, depois se transformaram em cientistas aplicados, procurando o fundamento lógico na teoria científica. Em ambas as épocas detinham o total comando no direito de julgar a qualidade daquilo que faziam e, portanto comandavam as regras econômicas sob as quais faziam seu trabalho. No final deste século, o serviço de saúde passa por uma segunda revolução: não uma revolução teórica, mas uma revolução quanto ao local ou ponto de controle.

Ainda segundo o autor esta é uma revolução de responsabilidade. Os práticos costumavam justificar suas opções clínicas somente uns para os outros e informalmente. Hoje os sistemas de saúde administrados, as instituições do governo, os sistemas de saúde de grupo estão investigando minuciosamente e com decrescente relutância, pedindo aos médicos e aos hospitais que expliquem o que estão fazendo e porque o fazem. Sempre alguém pagava por qualquer decisão clínica tomada, atualmente padrões, protocolos e diretrizes estão derrubando a "autonomia profissional" querendo dizer com isto que somente poderão usar estratégias de diagnóstico e tratamento que forem permitidos e pelas quais serão pagos.

Esta mudança se justifica única e exclusivamente pelos custos crescentes do setor, ainda para o autor em 1989, a conta dos serviços de saúde americano chegou a US\$ 600 bilhões, mais de 11% do produto nacional bruto (PNB). Esta é uma soma tão grande que se a indústria da saúde fosse declarada uma nação, ela teria o sexto maior PNB mundial. O governo que paga 40% da conta da saúde americana, introduziu várias experiências baseadas em diferentes teorias sobre os motivos do aumento do custo e qual a melhor maneira de contê-los:

- Fomentar a competição. Mudar os regulamentos e os procedimentos de pagamento dos fornecedores de serviços de saúde e deixar que as forças de mercado empurrarem os preços para baixo.
- Limitar o pagamento total. Declarar relutância em pagar mais do certa quantia pelos serviços de saúde, mantendo os hospitais nessas linhas básicas usando o poder da regulamentação.
- Limitar preços unitários. Definir grupos de doenças ou episódios de tratamento, notificando os fornecedores antecipadamente do valor fixo a ser pago pelo atendimento a um paciente nesta situação.
- Encorajar uma melhor administração da saúde. Com base na teoria que existe muito desperdício nesta área, criar incentivos financeiros para encorajar a eficiência ao invés de permitir que produtores ineficientes de serviços de saúde repassem seus custos a consumidores.
- Limitar a própria definição de "Serviço de Saúde". Ajustar o benefício de seguro por exemplo excluindo alguns serviços como orientação matrimonial, cirurgia plástica e outros com benefícios incertos.

- Desviar os custos para os empregados. Para tornar os usuários mais sensíveis aos custos e menos pródigos em suas exigências de serviço, fazê-los pagar mais.

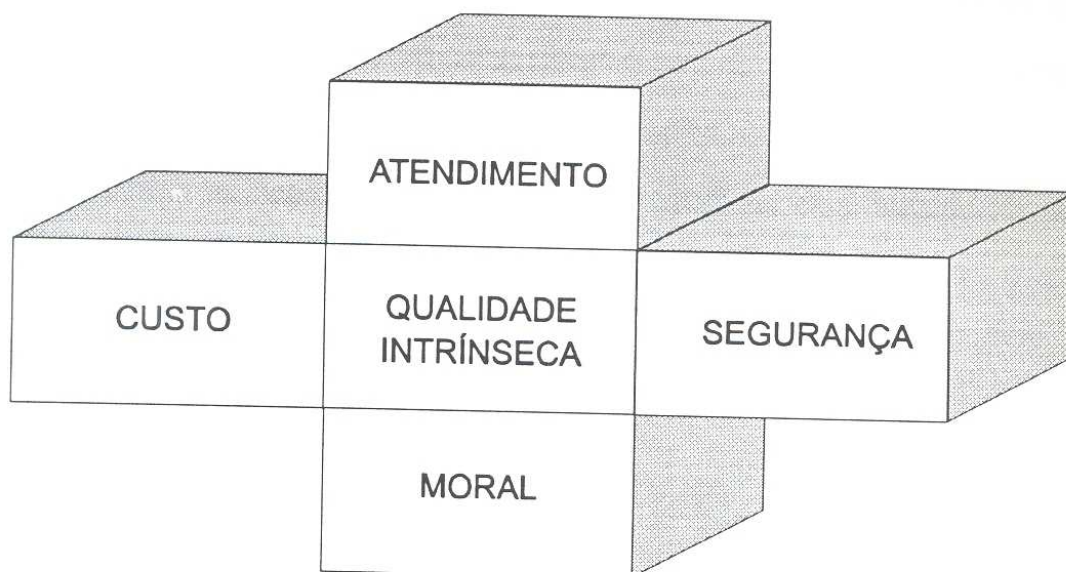
Estes esforços para limitar os custos dos serviços de saúde a medida que foram tentados, falharam enormemente. O mesmo sistema que insistia que médicos e hospitais assumissem maiores riscos financeiros para que fossem mais sensíveis aos custos agora preocupam-se com a possibilidade de os fornecedores de serviços de saúde apararem arestas na qualidade tentando poupar dólares. O medo é agravado pela falta de métodos para avaliar a qualidade dos serviços de saúde. Ainda para o autor outras forças têm ajudado a empurrar a qualidade para a linha de frente das preocupações. Ao final da década de 1970 uma linha de investigação apresentada por John Wennberg da Dartmouth Medical School, mostrou que a variabilidade nos padrões da prática clínica é assustadora. Ela foi descoberta em comparações feitas entre países, estados americanos, entre hospitais, entre médicos e até mesmo de um mesmo médico em relação a pacientes diferentes. Contudo, não é uma variação marginal, é uma variação concreta, diferenças que se duplicam ou triplicam nos índices de pedidos de exames, cirurgias, uso de medicamentos e hospitalização. Wennberg descobriu que em um condado do Maine, 70% das mulheres eram hysterectomizadas aos 70 anos e num condado vizinho este número caía para 20%. Esta variação sobreviveu a todos os esforços estatísticos para possíveis explicações como idade, diagnóstico, status econômico, nível de gravidade. Na verdade o cuidado que os pacientes recebem depende aparentemente, em grande parte, de quem os está tratando.

A chegada da medicina pelo lucro também aumentou a preocupação com a qualidade. A corporização da saúde em empresas que visam o lucro

acompanha mudanças paralelas no setor voluntário, ou seja, as organizações sem fins lucrativos perceberam que sua sobrevivência depende da administração profissional e que os médicos não são necessariamente os melhores administradores. Os pacientes em geral parecem confiar que os médicos farão o melhor que puderem, não para ganharem o máximo.

Para o autor em 1980, 3 em cada 100 médicos americanos eram processados judicialmente pelos pacientes. Em 1985, 11 em cada 100 eram processados. Em 1989, o prêmio anual do seguro de um obstetra, neurocirurgião ou ortopedista de Long Island pela imperícia no exercício da medicina ultrapassava US\$ 150 mil. A tendência para o litígio da responsabilidade é notável em todos os setores empresariais americanos, mas nos serviços de saúde ela marca um novo nível de desconfiança e distância entre médicos e pacientes.

Para NOGUEIRA (1996, p.5-15) os profissionais da área de saúde sempre acham que sabem o que é melhor para seus pacientes, se for considerado apenas o ponto de vista técnico não há muita discussão pois nem sempre o paciente poderá julgar estas questões, mas a qualidade na saúde vai além disto, ele considera a prontidão, a exatidão das informações prestadas, a qualidade da comida, dos serviços auxiliares e muitos outros aspectos. Quando se pensa em qualidade na saúde, não quer dizer apenas qualidade técnica mas todas as dimensões que afetam a percepção final do paciente e o seu nível de satisfação, descrito como Qualidade intrínseca, atendimento, segurança, custo e moral, representados no modelo do Professor Noriaki Kano como se a qualidade fosse um edifício:

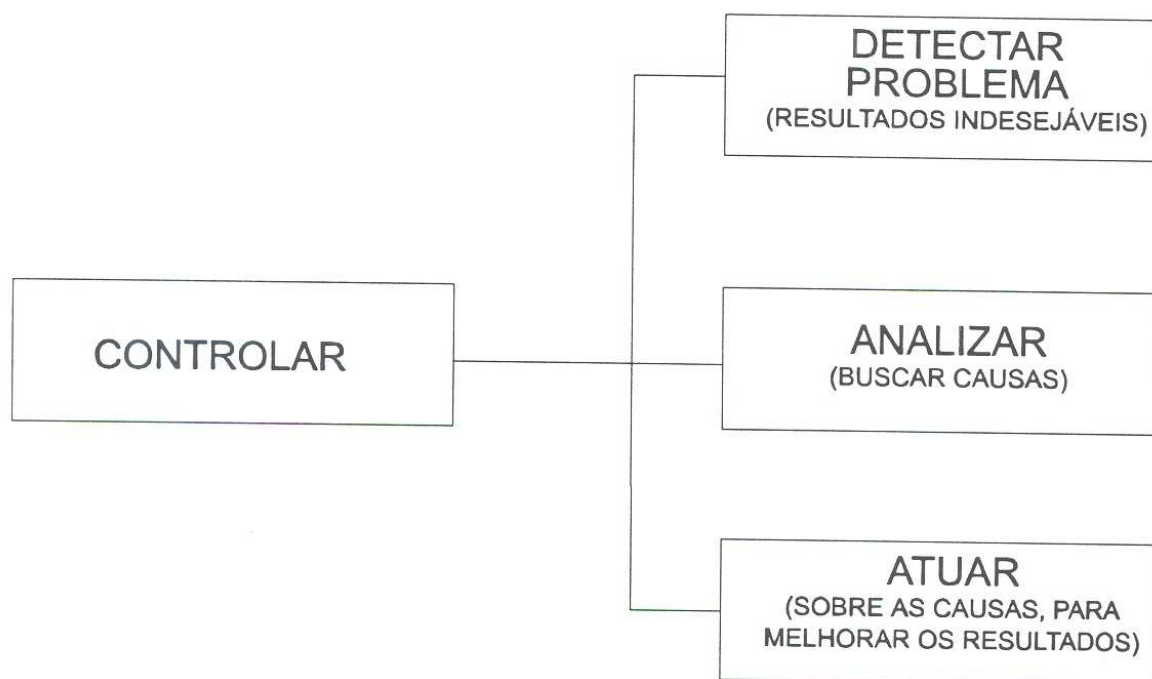


Fonte: NOGUEIRA, 1996, p.7.

Para o autor o cliente - paciente, razão primeira para a existência de qualquer serviço de saúde possui sentimentos confusos, medo do desconhecido e do desfecho, raiva por ter tido seus planos fracassados, dor frustração e impotência. Cada qual manifesta estes sentimentos de maneiras diferentes as vezes com hostilidade, carência, com resistência ao tratamento e outros com indiferença. O fato é que nenhuma destas pessoas gostaria de ser clientes de um serviço de saúde e se tivesse escolha ficaria bem longe dele. Neste ponto reside o maior desafio dos serviços de saúde que é aceitar, na relação com cada cliente, qualquer que seja ele o empenho de satisfazer suas necessidades.

Toda filosofia da Gestão pela Qualidade total está baseada no controle de processos que pode ser definido como um conjunto de causas, que gera um determinado efeito, assim pode-se imaginar um hospital como um grande processo (serviços diagnósticos, farmácia, lavanderia, enfermagem e médicos)

cujo efeito final seria o tratamento dos doentes. Quanto mais simples o processo mais fácil é o seu gerenciamento. Para isto a GQT propõe subdividir os grandes processos em outros menores afim de facilitar o seu controle como por exemplo a farmácia que pode ser subdividida em estocagem, compra, dispensação e controle podendo ainda cada um desses ser novamente desmembrado de forma que controlando os processos menores é possível localizar mais facilmente os problemas e agir sobre sua causa fundamental.



Fonte: NOGUEIRA, 1996, p.7.

A administração dos serviços de saúde tem se preocupado com a avaliação de resultados como mortalidade, taxa de ocupação de leitos, índice de infecção. Para a GQT, no entanto o controle dos processos é um dos pontos mais importantes, tanto que para Deming 85 a 95% dos problemas são resultado de falha nos processos, e não de falha das pessoas. Esta mudança de referencial é

inusitada pois há uma tendência a procurar sempre um culpado, “quem fez isto?” deve ser substituído por “porque isto aconteceu?”.

Na área da saúde a rotina diária é composta de um grande número de processos repetitivos como administração de medicamentos, realização de exames, pedidos de almoxarifado, e outros tantos pois a lista é interminável se considerar todos os profissionais envolvidos.

A tendência natural é que devido a grande repetição, os processos sofram uma deterioração progressiva, gerando produtos ou serviços de qualidade cada vez pior, necessitando de mecanismos de controle. O autor indica como método o chamado ciclo Shewhart-Deming também chamado de PDCA de controle de processos como uma forma de abordagem, constituída de quatro fases básicas:

1. **P (PLAN)**. É a fase do planejamento. Estabelece-se metas, que devem ser claras e depois define-se os métodos que levarão às metas desejadas.

2. **D (DO)**. Conforme foi previsto na fase anterior através do planejamento, esta fase significa a sua execução, que para ser efetiva deve preceder da educação fornecendo aos executantes o conhecimento teórico necessário e o treinamento, do ponto de vista prático para a execução das tarefas. Nesta fase também coleta-se dados para serem utilizados na fase seguinte.

3. **C (CHECK)**. Nesta fase verifica-se os resultados. Os dados coletados durante a execução serão necessários para um confronto com as metas, de forma só se sabe se a meta foi atingida se puder se comparar dados de antes e depois da implementação das ações antes propostas.

4. **A (ACT)**. Nesta quarta e última fase é preciso atuar em todo o processo, se a meta planejada foi alcançada é preciso padronizar os métodos,

para garantir que os resultados sejam sempre aqueles, caso contrário, ou seja, a meta não foi alcançada, a atuação deve ser corretiva em relação aos desvios observados retornando à fase P girando novamente o ciclo, até que a meta proposta seja alcançada.

A essência da GQT está no planejamento, manutenção e melhoria dos padrões da qualidade dos produtos e serviços constituem atividades denominadas de "Trilogia de Juran" já descritas no capítulo anterior. O ciclo de controle de processos é o método utilizado para a realização dos três.

MIRSHAWKA (1993, p.133-259) adota os 14 pontos da prática de teoria de administração de W.E. Deming adaptadas para hospital que podem ser assim resumidos:

1. Criar constância de propósito na busca da melhoria de produto e serviço, com planos de se tornar competitivo e permanecer no negócio. Definir a estratégia geral da alta administração. A constância de propósitos significa uma contínua eliminação de características de não qualidade como desperdícios de tempo, comportamentos não éticos, compra de materiais com defeito e outros. Para isso é preciso um programa de melhoria contínua em uma Organização de Serviços de Saúde, adotando o compromisso de satisfazer com o mínimo custo as necessidades e expectativas de seus clientes.

2. Adotar uma nova filosofia. Nos dias atuais não se pode mais viver com níveis comumente aceitos de atrasos, erros, defeitos, trabalho imperfeito ou seja o zero defeito. O objetivo deve ser zero em tudo o que não é qualidade, isto em um serviço hospitalar pode ser difícil, pois o hospital não se limita a diagnósticos e tratamento e como foi dito no início deste trabalho não tem como não ter zero erro, mas há ainda toda a questão de hotelaria, limpeza, etc.

3. Por fim à dependência de inspeção em massa. Trabalhar nas evidências estatísticas do processo assegurando a incorporação da qualidade. Tornar todo trabalho mensurável. Serviços hospitalares têm muitos índices que podem ser usados como taxa de infecção hospitalar, índices de mortalidade, de morbidade e outros norteando ações de qualidade, tentando trabalhar antes que o erro aconteça através de um trabalho individual pois a inspeção em massa não aumenta a qualidade.

4. Acabar com a prática de negociar por preço. Premiar os fornecedores por suas evidências estatísticas e esforço pela qualidade. A qualidade de um fornecedor em um hospital pode colocar em risco todo o trabalho executado para a recuperação do paciente, pois se um material de um lote de duas mil peças por exemplo estiver contaminado, apenas esta peça poderá contaminar e por em risco a vida do doente. Ter um certificado ISO 9002 pode ainda não ser suficiente. Os produtos devem ser analisados do ponto de vista segurança para atender as exigências do usuário.

5. Encorajar a contínua busca, identificação e priorização dos problemas. É função gerencial a análise dos 5Ms (mão - de- obra, máquinas, método, materiais e meio ambiente) para aperfeiçoar constantemente o sistema de prestação de Serviços de Saúde. Para Deming, dentro de um hospital todos os gerentes devem usar o ciclo PDCA (PLAN, DO, CHECK, ACT), que significam planejar, fazer, “estudar” e agir. As ações corretivas levam sempre a um plano novo ou modificado e dessa maneira, o ciclo PDCA continua para sempre no seu movimento ascendente de aperfeiçoamento contínuo.

6. Identificar e implantar métodos eficazes na multiplicação do treinamento no local de trabalho. As concepções mais modernas de administração para este mundo em constante mudança é o treinamento em

serviço. Sabe-se que as atividades hospitalares estão em constante mudança, não somente devido aos avanços da medicina, que influenciam outras profissões afins, mas no próprio dinamismo do hospital que não permite um treinamento formal, exigindo dos administradores um esforço extra no sentido de treinar no próprio horário de trabalho, continuamente. Necessita-se que todo o pessoal esteja afinado desde a linha de frente como secretárias ou recepcionistas até outras diretamente ligados ao paciente como médicos, fisioterapeutas ou enfermeiros.

7. Novos métodos para o gerenciamento dos empregados com ênfase na Qualidade para melhorar a produtividade do Serviço de Saúde. A abolição de métodos ditatoriais dentro de um hospital é necessário, somente métodos de gerenciamento baseados em confiança e no comprometimento de cada um e do todo com a instituição e com o paciente tem mais chances de sucesso.

8. Expulsar o medo para que todos possam trabalhar efetivamente para o hospital. Encorajar a criatividade e os métodos para a solução dos problemas, e melhorar a produtividade. Em um Serviço de saúde todos os que ali trabalham o fazem assumindo muitos riscos, uma vez que para a comunidade em geral há uma certa reverência aos serviços de saúde fazendo com que profissionais se sintam sobrecarregados de responsabilidade. É portanto bom que se credite os esforços feitos no sentido da execução da tarefa para aumentar a credibilidade e portanto a confiança em si mesmo, naturalmente desde que as condições técnicas estejam devidamente asseguradas.

9. Romper as barreiras entre departamentos. Gerência, médicos, enfermeiras, laboratoristas e outros devem trabalhar em equipe para resolver os problemas que afligem o hospital. Existem barreiras em todas as organizações, particularmente nos hospitais, onde existem rivalidades históricas como médicos

x enfermeiros, entre especialidade médicas, entre departamentos. Pode levar anos para que gerentes, médicos, enfermeiros, pessoal técnico e todos os outros funcionários de um hospital comecem a trabalhar efetivamente em equipe, como já fazem, por exemplo em uma cirurgia complexa.

10. Eliminar, para os empregados de um hospital, as metas numéricas, os slogans e exortações que exijam zero defeito e novos níveis de produtividade sem fornecer métodos efetivos para alcançar isso. Quando os funcionários de um hospital são julgados com relação aos objetivos que eles não sabem como alcançar eles ficam tensos, ressentidos e com medo. É preciso que se dê condições para se executar uma tarefa e diminuir a diferença entre o que um funcionário faz e o que ele é capaz de fazer.

11. Eliminar os padrões de trabalho no hospital, substituindo-os por liderança. Eliminar o gerenciamento por objetivos, o gerenciamento por números e metas numéricas, substituindo tudo isso por liderança. Para os empregados que têm contato direto com o doente, ao invés de padrões e metas, é melhor instituir a liderança. Tem pouco sentido instituir que uma pessoa deve fazer uma tarefa em 10 minutos se a tarefa demora mais ou menos conforme o estado do paciente. Não se pode impor punições por não terem cumprido as metas pois basta que um dia seja diferente do outro ou um paciente seja diferente para as programações não darem certo.

12. Remover as barreiras que roubam ao empregado horista seu direito ao orgulho pelo trabalho realizado. A responsabilidade dos supervisores deve ser mudada de meros números para qualidade. Remover as barreiras que roubam às pessoas da gerência e às do corpo médico como um todo o direito de orgulhar-se do trabalho realizado. Isto significa, entre outras coisas, eliminar a avaliação anual de mérito e gerenciamento por objetivos. O que Deming quis dizer com esta

regra é que deve se eliminar todo o tipo de inibidores (físicos, ambientais, psicológicos e emocionais) que possam impedir a melhoria da qualidade e produtividade, bem como envolver todos as categorias que trabalham em um hospital removendo barreiras que existem entre os trabalhadores mais simples dos mais intelectualizados para possibilitar que todos se orgulhem de seu trabalho.

13. Instituir um contínuo movimento na educação e capacitação para a qualidade de forma global e em todos os níveis do hospital. É de se esperar que as pessoas que necessitam usar os serviços de um hospital esperam que todos estejam atualizados, sendo esta uma atividade contínua e da maior importância. A medicina, bem como as outras áreas estão em evolução acelerada, sendo que doenças que não tinham cura, hoje já apresentam resultados ou um aumento de sobrevivência. O paciente deve confiar que será utilizado todos os recursos disponíveis para o seu caso, em todos os níveis de atendimento.

14. Criar uma estrutura para ativar e implantar os 13 pontos citados. O que Deming acredita é que colocando em prática os 13 pontos por todos os que trabalham em um hospital é possível realizar uma transformação voltada para o alcance da Qualidade Total.

Quem já ficou esperando em filas de bancos, supermercados, tratamentos médicos, já experimentou sensações de tédio, irritação, ansiedade e até humilhação. Esperar em filas infelizmente faz parte do cotidiano de todo mundo. Há muito tempo que os prestadores de serviços desenvolvem modelos matemáticos com a finalidade de diminuir as filas e com isso ganhar pontos com os clientes, sabendo que a insatisfação dos clientes em relação as filas deteriora a imagem e a qualidade dos serviços oferecidos. As filas tornaram-se importante tema de estudos e pesquisas, sendo a redução no tempo de espera um

importante referencial competitivo nesses novos tempos. No entanto, a redução do tempo de espera pode não ser possível por questões físicas, por exemplo, o que deixaria a empresa em questão em desvantagem.

No entanto, há uma nova variável nos estudos mais recentes, que é o aspecto psicológico da percepção que o usuário tem com relação ao serviço prestado. Enquanto o usuário espera ele tenta determinar as razões da demora e ele pode concluir que foi devido a um consumidor vagaroso que estava na sua frente, um caixa ineficiente, ou horário muito agitado. Também pode concluir que a fila andou porque o caixa foi eficiente, que as pessoas melhoraram sua disponibilidade e um infinidade de outras alternativas.

O que interessa neste estudo da percepção do consumidor em relação a qualidade do serviço prestado é o significado que ele atribui. Os consumidores se tornam insatisfeitos ou satisfeitos em relação a situações onde a espera é maior do que a prevista somente quando eles percebem que isso ocorreu por culpa da instituição prestadora de serviço (COGAN, 1996, p.573).

No caso dos hospitais, o paciente pode até concordar que demoraram para atendê-lo porque chegou um paciente queimado ou uma gestante em vias de dar a luz, ou seja se pela percepção do paciente, o caso pelo qual ele foi preterido, era mais grave do que o dele. Se por um acaso, ele demorou para ser atendido por culpa de um funcionário relapso, lento, que não entendeu a gravidade do seu problema então ele é um cliente insatisfeito com uma imagem ruim da empresa, muito difícil de recuperar.

Pois em um hospital a expectativa pode ser a cura, a qualidade de vida, um bom atendimento, um consolo ou um afeto. Qualquer que seja o diagnóstico do paciente, o conteúdo a ser trabalhado diz respeito a sua vida em um futuro

próximo determinando a natureza desta. Com uma expectativa tão singular, ouvir o cliente é o único meio de atingi-lo.

Para MIRSHAWKA (1994, p. 273-290), os gerentes de um hospital dirigem todos os seus esforços para ter o paciente satisfeito, e suas decisões são baseadas em pesquisas de avaliação da satisfação do cliente cujos fatores podem ser descritos sucintamente da seguinte forma:

- **Acessibilidade e responsividade:** para que os pacientes se sintam satisfeitos é necessário que o hospital se preocupe para que os profissionais que ali trabalham sejam atenciosos e respondam prontamente às necessidades dos pacientes. A presteza, a atenção e o tempo dedicado à assistência médica do paciente são fatores que contribuem para a satisfação ou insatisfação do paciente no que se refere à acessibilidade e responsividade. Todo o pessoal que trabalha em um hospital precisa ter conhecimento da percepção do paciente sobre a rapidez com a qual ele é atendido.
- **Eliminação do atraso na ação:** para os pacientes e suas famílias, é esperado que tudo aconteça o mais rápido possível sobretudo a questão do diagnóstico e ao início do tratamento. Para o paciente uma demora ou uma falha na comunicação da urgência dos profissionais envolvidos no seu caso, causa uma insatisfação, além do paciente perder a credibilidade e gerar muita angústia.
- **Expectativas realísticas:** os pacientes que usam os serviços hospitalares chegam com expectativas bem definidas. Se elas realísticas ou não depende muito de como o serviço vai tratar esta questão e da dificuldade que terá para impor um regime de tratamento e cuidados com o paciente. A satisfação está ligada à garantia que a

instituição dá tanto à família quanto ao paciente para terem uma expectativa realísticas e um acesso as suas reclamações, esclarecimentos e orientações.

- **Comunicação:** é uma das funções mais importantes em um hospital dado ao grande entrelaçamento de especializações que existe em um hospital, pois serve de forma efetiva para reduzir erros e problemas decorrentes do fato de o paciente não entender como se comportar para ajudar no processo de sua cura. Quando a comunicação é falha o resultado pode ser um paciente desorientado que com isso não consegue estabelecer expectativas realísticas em relação ao seu próprio tratamento.
- **Profissionalismo:** é um item obrigatório para um hospital que almeja a plena satisfação de seus clientes pois mais do que a parte técnica, trata-se de questões éticas como a privacidade do paciente, a preservação de sua integridade e dignidade, o sigilo.
- **Continuidade na prestação do serviço de saúde:** está ligada a comunicação e qualquer falha pode ser desastrosa. Uma falta de documentação, especialmente no tocante a medicamentos envolvidos podem resultar na descontinuidade da assistência médica. Outro exemplo específico de falta de continuidade podem ser os seguintes: a enfermeira não sabe que o paciente é epiléptico, não foi chamado o especialista para um caso complicado, entre outros.

Para MIRSHAWKA (1994, p.25-65), a Comissão de peritos em assistência médica da Organização Mundial de Saúde (OMS), em reunião realizada em Genebra em 1956, definiu o hospital como “uma parte integral de uma organização médica e social, cuja função é prover completa assistência de

saúde à população -curativa e preventiva - cujos serviços atingem a família e seu meio ambiente". As funções padronizadas por aquela comissão da OMS foram:

1. Restaurativa, compreendendo:

- diagnóstico : ambulatório e internação;
- tratamento da doença: curativo e paliativo, envolvendo os procedimentos médicos, cirúrgicos e especiais;
- reabilitação: física, mental e social;
- cuidados de emergência: acidentes e doenças (mal súbito).

2. Preventiva, incluindo:

- supervisão da gravidez normal e nascimento da criança;
- supervisão do crescimento normal da criança;
- controle das doenças transmissíveis;
- prevenção das atividades prolongadas;
- prevenção da invalidez mental e física;
- educação sanitária;
- saúde ocupacional.

3. Ensino, incorporando:

- graduação médica;
- pós-graduação: especialidades e praticantes em geral;
- enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem;
- interessados em medicina social;
- outras profissões correlatas.

4. Pesquisa, reunindo:

- aspectos sociais, psicológicos e físicos da saúde e da doença;
- práticas hospitalares, técnicas e administrativas.

A função restaurativa pode ser considerada o papel mais importante do hospital pois é executada por um grande complexo técnico e pressupõe uma entidade provida de instalações, equipamentos e organizações a fim de permitir o estabelecimento do diagnóstico precoce e o seu respectivo tratamento.

No entanto, até a segunda metade do século XX os hospitais brasileiros foram construídos, salvo raras exceções, sem qualquer planejamento dificultando a evolução das funções, que cresceram em condições desfavoráveis ao cumprimento de suas atividades. Este empirismo no planejamento hospitalar acarretou evasão de recursos impedindo a instituição de organizações dinâmicas e eficientes até porque espera-se de uma instituição de saúde que ela assuma todas as funções de forma integrada a fim de atender todas as expectativas da comunidade. Além disso, todos os serviços hospitalares devem ser encarados como grande potencial à aplicação docente, não só para a prática da medicina, mas de enfermagem e de elementos ligados à saúde, em todos os seus aspectos e graus.

As escolas de medicina se ressentem da falta de serviços organizados, condição mínima para estágios práticos, sem os quais não é possível assegurar um padrão capaz de satisfazer a comunidade. Da mesma forma a pesquisa no hospital precisa não só de aspectos médicos como sociais e administrativos.

Desta forma a pesquisa administrativa é sempre objeto de estudo pois viabilizada a prática da medicina em toda sua extensão, ela foi fundamentada nos trabalhos pioneiros de Taylor e Fayol e atualmente se baseiam em teorias mais recentes adaptadas de Peter Drucker e W.E. Deming.

Nos serviços de saúde pode-se dizer que existem três tipos de qualidade:

1. Qualidade clínica;
2. Qualidade voltada para o paciente;
3. Qualidade econômica ou eficiência do custo da qualidade.

Todos estes modelos de qualidade estão intimamente entrelaçados, e embora a qualidade clínica seja a que é vista pelos profissionais de saúde, sobretudo os médicos, como a única que conta e que define para eles o que é qualidade. O conceito de qualidade clínica já foi antes descrito neste trabalho e é medida principalmente como as taxas usadas para medir qualidade como índice de infecção, taxa de mortalidade etc.

As pesquisas com clientes e pacientes, indicam a qualidade clínica como um dado ou um número apenas, sendo que para eles a qualidade é diferente pois ela deve ser totalmente voltada para o cliente, descrita aqui como atenção, cuidado, comunicação, preocupação.

O terceiro tipo de qualidade é a qualidade econômica ou orientada para as finanças, que é um componente muito novo nos serviços de saúde. Entretanto, os planos de saúde atuais não apenas querem qualidade clínica como também que a qualidade voltada para o cliente seja executada corretamente devendo os que fornecem serviços de saúde estar empatados nas duas qualidades, baseando-se na eficiência econômica com a qual executam ou entregam o seu produto (MIRSHAWKA, 1994, p. 41-3).

Para MIRSHAWKA (1996, p.50-53) os pacientes não esperam obter a última palavra em tecnologia e profissionais competentes, porém uma cultura totalmente voltada ao doente, pois em um hospital a maior parte do trabalho é emocional. As expectativas dos pacientes são influenciadas pelos seguintes componentes:

- Necessidades de aliviar um problema relacionado com sua própria saúde, ficar curado ou interromper a velocidade de progressão da doença é de muita importância na definição das expectativas do paciente;
- Experiências que é tudo o que o paciente já encontrou no passado alterando sua expectativa presente;
- Conhecimento da tecnologia e do ambiente que é o nível de conhecimento que o paciente tem sobre os recursos que vão ser utilizados, incluindo os riscos e o nível tecnológico que possam ser uma preocupação, inclusive o conhecimento que vem de outros como amigos, familiares e visitantes;
- Ofertas da concorrência que vem a ser o conhecimento que o paciente tem do que as outras organizações oferecem e o que permitem tendo um grande impacto sobre as expectativas dos clientes.

Para entender melhor as expectativas é útil classificá-las em três fases:

Primeira fase: antes de chegar ao hospital:

- O diagnóstico de uma eventual doença será feito de forma precisa;
- Os riscos do tratamento serão bem explicados;
- A informação que recebeu (de outros) é confiável, etc.

Segunda fase: durante a permanência no hospital:

- A recuperação acontecerá como previsto;
- As chamadas no quarto são prontamente atendidas;
- Os profissionais envolvidos transmitem atenção e calor humano (são solidários ao problema). Etc.

Terceira fase: após a saída do hospital:

- As contas a pagar estão corretas e claras;
- O problema está resolvido, não havendo mais retorno;
- O hospital e os seus profissionais atenderão caso o problema reapareça. Etc.

É importante saber se a expectativa que o paciente tem de um hospital devido à propaganda, informações de parentes e amigos antes de ser atendido e após o atendimento foram atendidas e até ultrapassadas, contudo, é difícil esperar que uma expectativa excelente seja atendida, sendo que as propagandas a respeito do serviço devem ser cautelosas no sentido de evitar expectativas muito grandes por parte do pacientes.

Após vários estudos feitos nos EEUU, principalmente por John Goodman em 1991, que revelou que o futuro paciente forma sua opinião, principalmente a partir de amigos e parentes como mostra o quadro abaixo.

QUADRO: FORMAÇÃO DA OPINIÃO DO FUTURO PACIENTE

FONTE DE INFORMAÇÃO	1984	1985	1986	1987/88	1989	1991
Parente/amigo	27,0%	25,6%	17,8%	28,1%	49,9%	51,3%
Médico da família	45,8%	41,1%	50,4%	43,8%	20,8%	19,2%
Jornal	10,9%	11,4%	7,6%	5,4%	4,6%	4,8%
Correspondência do hospital	3,1%	3,0%	4,0%	3,8%	3,7%	3,5%
Trabalho	0,0%	3,7%	3,5%	0,0%	2,8%	2,9%
Outras	13,2%	15,2%	16,7%	18,9%	18,2%	18,8%

Fonte: MIRSHAWKA, 1994, p. 53.

Existem quatro razões que forçam os Serviços de Saúde a se preocupar com a percepção dos pacientes bem como a satisfação que esses serviços oferecem:

- **Razão humanitária** pois os pacientes desejam qualidade excelente dos serviços de saúde pois eles se encontram vulneráveis, ansiosos e emocionados quando são hospitalizados;
- **Razão econômica** pois sendo os pacientes clientes eles podem optar onde e como gastar seu dinheiro, desejando desta forma valorizar o dinheiro gasto;
- **Razão de marketing** pois os pacientes podem se tornar bons ou maus veículos de comunicação após as experiências vividas no hospital;
- **Razão de eficiência** pois pacientes satisfeitos são muito mais fáceis de atender, enquanto aqueles aborrecidos tomam muito tempo valioso daqueles que o atendem.

Para ressaltar a importância dos fatores que mais contribuem para a qualidade dos serviços de saúde foi realizado um questionário, respondido por pacientes norte-americanos, em 1989, respondendo a seguinte questão: “Quais são os fatores mais importantes para ter uma alta qualidade dos serviços de saúde?”

QUADRO: NÍVEL DE IMPORTÂNCIA SEGUNDO O SETOR

NÍVEL DE IMPORTÂNCIA	SETOR
97,3%	Cuidado das enfermeiras
96,4%	Aptidão clínica dos médicos
93,3%	Atitudes dos empregados
89,9%	Estado da arte da tecnologia
85,6%	Administração do hospital
82,1%	Operações internas
74,9%	Aparência física do hospital
69,0%	Conveniência/acesso
61,0%	Serviço de alimentação
52,8%	Envolvimento da gerência na qualidade

Fonte: MIRSHAWKA, 1994, p.54.

Para os pacientes, um bom hospital é aquele que tem os seguintes atributos:

1. **Dá boa atenção ao paciente:** os pacientes que receberam atenção por parte do pessoal de enfermagem solícitos, com boas explicações, que tem compaixão pelos problemas dos pacientes.

2. **Responsividade:** os pacientes gostam quando são atendidos quase que instantaneamente.

3. **Bons médicos:** os pacientes acham que bons hospitais devem ter bons médicos atualizados com novas tecnologias e formas de tratamento.

4. **Boa reputação:** a reputação tem muito a ver com o que pensam os amigos e parentes dos pacientes e pacientes antigos do hospital.

5. **Equipamentos modernos:** bons hospitais são aqueles que possuem bons equipamentos e pessoal habilitado para manuseá-los.

6. **Limpeza:** a limpeza é um dos pontos mais observados pelos pacientes, sobretudo pelas mulheres que internam para dar à luz.

7. **Comida adequada:** nenhum paciente espera comida excepcionalmente boa, porém a tradição mostra que comida de hospital é muito ruim, não sendo de fato isto uma realidade.

8. **Ruído dentro de limites suportáveis:** os pacientes reclamam com freqüência de não conseguirem dormir em hospital devido ao barulho, principalmente aquele que vem do posto de enfermagem.

9. **Contas corretas e apresentadas rapidamente:** é surpreendente mas o paciente quer saber o quanto antes o valor de suas contas e que elas estejam corretas e discriminadas.

No que concerne aos médicos, os pacientes esperam que eles tenham:

1. **Uma boa comunicação,** que é muito apreciada além do que eles gostariam que os médicos lhes dessem mais atenção.

2. **Constante atualização**, estando eles familiarizados com os avanços da ciência médica, sobretudo sobre a sua doença em particular.

3. **Tempo disponível para atendê-los**, responder suas dúvidas e tratar sua doença.

4. **Consciência da inconveniência de longas esperas**, pois até possuem certa tolerância mas acham que os médicos não sabem como é difícil esperar (MIRSHAWKA, 1996, p.50-60).

O sistema de saúde brasileiro está atualmente baseado no Documento Básico do Ministério da Saúde do ano 1993 que foi elaborado pelo Grupo de Reforma Administrativa do Ministério da Saúde (GERAS) e foi inspirado na própria constituição, nas leis no 8.080/90 e 8.142/90, nas conclusões da IX Conferência Nacional de Saúde e no documento "Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei" e contém os subsídios para a Política Nacional de Saúde, o modelo de atenção à saúde e a proposta de reestruturação dos órgãos vinculados ao Ministério da Saúde.

As bases legais no campo da saúde (Constituição Federal de 1988/ leis n. 8.080/90 e 8.142/90) a inscrevem como direito social. Em seu artigo 194, a constituição define os seguintes princípios:

- I- Universalidade da cobertura e do atendimento;
- II- Uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III- Seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV- Irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V- Equidade na forma de participação do custeio;
- VI- Diversidade da base do financiamento ;

VII- Caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial os trabalhadores, empresários e aposentados”.

A norma operacional básica versão 30/04/93, do Ministério da Saúde, teve como objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações de saúde, na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde, norteador de todas as ações de saúde atualmente vigentes no território brasileiro. Esta norma operacional básica fundamenta-se no texto constitucional, nas leis que regulamentam o SUS - a lei 8.080 de 19/09/1990 e a lei 8.142 de 28/12/1990 e no documento “Descentralização das ações e serviços de saúde : A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei” do Ministério da Saúde, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em 15 de abril de 1993 e elaborado pelo Grupo Executivo da Reforma Administrativa do Ministério da Saúde - GERAS, instituído através da portaria Ministerial nº 698 publicada no Diário Oficial da União de 05/07/1993. Este documento contém os subsídios para a Política Nacional de Saúde, o modelo de atenção à saúde, e proposta de reestruturação dos órgãos e entidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

Pela norma operacional básica a construção do SUS é um processo continuado, no qual a diretriz descentralização das ações e serviços assumem dimensões bastante complexas, tomando como ponto de partida os seguintes pressupostos:

- A descentralização deve ser entendida como um processo que implica em redistribuição de poder; redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo; reorganização das instituições e reformulação de práticas e controle social;

- A descentralização envolve dimensões políticas, sociais e culturais pressupondo diálogo e negociação para sua efetivação;
- Para que esta prática se estabeleça é necessário que os Conselhos de Saúde existam e funcionem, como mecanismo privilegiado de participação e controle social;
- As ações de saúde devem ser financiadas pelas três esferas de governo de forma compartilhada ;
- A transformação do sistema de saúde não permite rupturas bruscas devendo haver um período de transição, no qual as medidas de caráter inovador devem atingir os estados e municípios com intensidade compatível com sua própria vontade e capacidade de absorção de responsabilidades gerenciais e políticas de forma que o atendimento à população não sofra nenhuma solução de continuidade;
- O objetivo maior da descentralização do SUS é a completa reformulação do modelo assistencial que até então dominou centrado sobretudo na assistência médi-hospitalar individual assistemática e sem garantia de qualidade deslocando este eixo para uma assistência integral, universalizada, regionalizada e hierarquizada;
- A regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que leva em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar e de estabelecer relações de caráter cooperativo.

Os municípios, estados e os próprios órgãos do Ministério da Saúde nem sempre estão no mesmo estágio em relação a descentralização do sistema, por este motivo a norma define procedimentos e instrumentos operacionais que

visam ampliar e aprimorar suas condições de gestão, para que se efetivo o comando único do SUS nas três esferas de governo, configurando a convivência simultânea de situações diferenciadas de gestão, dentro de uma nova sistemática de relacionamento entre as três esferas de governo.

O gerenciamento do processo de descentralização do SUS, tem como eixo a prática do planejamento integrado em cada esfera de governo, e como foros de negociação as Comissões Intergestores e os Conselhos de Saúde respectivamente, estruturando funcionalmente da seguinte maneira:

1. **No âmbito nacional**, a Comissão Intergestores Tripartite, integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, e dos órgãos de representação do conjunto dos secretários Estaduais de Saúde/CONASS e do conjunto dos secretários municipais de Saúde/ CONASEMS, que têm por finalidade assistir o ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do Sus, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho nacional de saúde, constituído em conformidade com o Decreto n. 99.438, de 07/08/1990, que atua como órgão deliberativo na formulação da estratégia e controle da execução da Política nacional de Saúde.

2. **No âmbito estadual** a Comissão Intergestores Bipartite integrada por representantes da Secretaria Estadual da Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado, sendo criada e formalizada através de portaria do Secretário Estadual de Saúde, sendo esta instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS. As definições e propostas da Comissão Bipartite são referendadas e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Estadual de Saúde.

3. **No âmbito municipal**, o Conselho Municipal de Saúde é uma instância permanente e deliberativa que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Municipal de Saúde, com composição e atribuições previstas em lei municipal.

Além do papel de cada um destes foros em seu âmbito próprio, a dinâmica do processo de descentralização requer uma articulação entre eles de forma que os aspectos que interessam a mais de um município serão definidos na Comissão Bipartite. Quando na presença de uma divergente este deve ser encaminhado sempre para uma instância superior sendo o Conselho Nacional de Saúde a instância máxima. Desta forma desde que não sejam contrariados os dispositivos legais contidos no documento básico "Descentralização das Ações dos Serviços de Saúde: a ousadia de Cumprir e fazer Cumprir a Lei" o município é o gestor absoluto de suas próprias ações de Saúde e prover recursos necessários para viabilizá-las.

O cliente está sendo consultado de todas as maneiras, ou por instrumentos ligados a avaliação do serviço ou bem adquirido, ou pelo fracasso de vendas ou consumo que denotam a inadequação do produto frente ao cliente ou por órgãos de classe que lutam pelos seus direitos. O que é ainda novidade é a participação do Estado na intenção de ouvir seus clientes como forma de adequar diretrizes que vão afetá-los diretamente como o que foi explanado acima, quando o Estado apenas se posiciona como o gestor dos recursos que a população decidiu aonde empregar através de suas diferentes formas de manifestação.

4 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA

O Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC) é um hospital geral, mantido pela Sociedade Evangélica Beneficente, instituição de caráter filantrópico que presta serviços na área de saúde e de ensino e que tem como seus mantidos o próprio hospital, a Faculdade Evangélica de Medicina e o Colégio Evangélico de Enfermagem. O HUEC foi construído em terreno doado pela Prefeitura e com recursos de campanhas. Foi inaugurado em 5 de setembro de 1959 com 62 leitos e após sofrer várias reformas e ampliações possui hoje 508 leitos distribuídos em 9 andares em uma área construída de aproximadamente 18 mil metros quadrados.

Basicamente, o HUEC caracteriza-se por três linhas de atuação distintas: a assistencial e a de ensino e pesquisa.

4.1 O CARÁTER ASSISTENCIAL

O caráter assistencial do HUEC é o mais conhecido pela população que reconhece o serviço como referência para atendimentos de emergência através do Pronto Socorro e do seu grande complexo hospitalar com os leitos disponíveis nas várias especialidades que atende.

Os pacientes atendidos são direcionados aos leitos conforme a gravidade do caso, a faixa etária, ao vinculado poder econômico e a especialidade. Para prestar assistência integral e adequada aos pacientes há 1400 funcionários e um corpo clínico de aproximadamente 300 médicos, 117 residentes e outras categorias

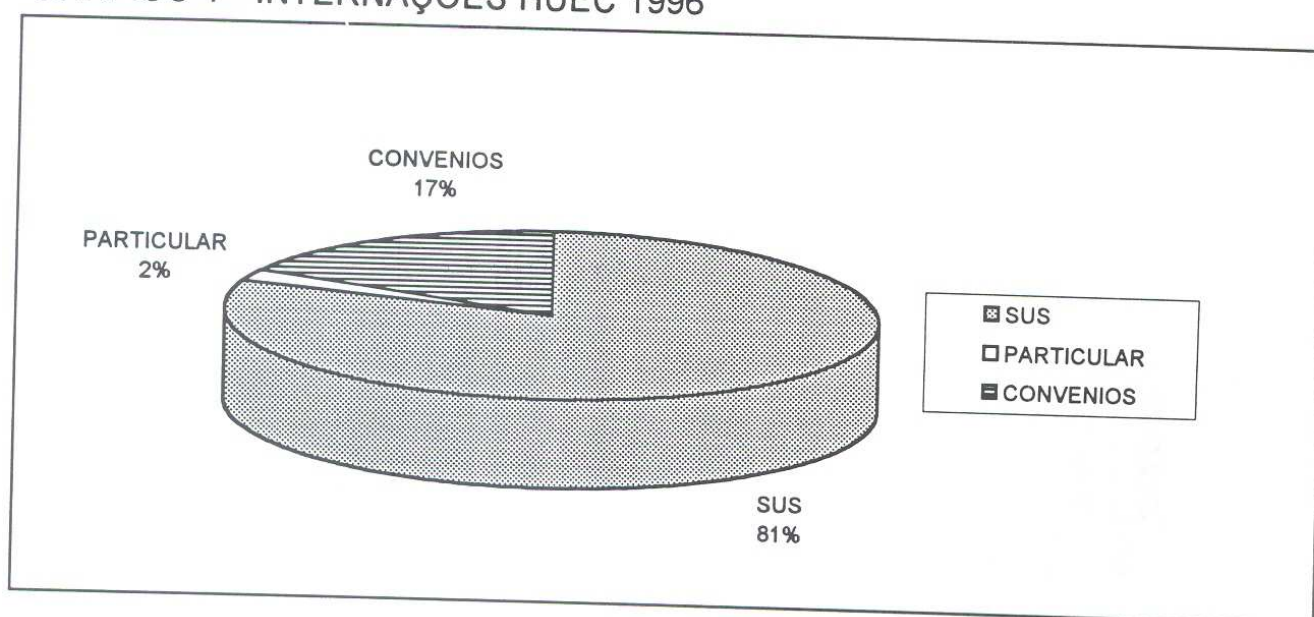
profissionais distintas porém convergentes, no sentido não somente acadêmico mas objetivando o atendimento integral ao paciente.

A importância do HUEC na comunidade de Curitiba, interior do Paraná e Santa Catarina e outros estados se deve em parte ao fato do hospital oferecer serviços médicos e de diagnósticos de ponta e em parte por destinar 81% dos seus leitos ao Sistema Único de Saúde e apenas 19% a Convênios e pacientes particulares. Estes 19% correspondem aproximadamente a 30% do faturamento do hospital, o que auxilia significativamente na manutenção dos leitos destinados ao SUS.

TABELA 1 - INTERNAÇÕES HUEC 1996

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
SUS	1992	1953	2261	2204	2375	2086	2322	2367	2185	2222	2065	1889	25921
PARTICULAR	70	72	72	68	60	45	51	66	57	67	67	51	746
CONVENIOS	417	451	493	462	511	456	508	478	472	493	491	422	5654
TOTAL	2479	2476	2826	2734	2946	2587	2881	2911	2714	2782	2623	2362	32321

GRÁFICO 1 - INTERNAÇÕES HUEC 1996



O gráfico 1 sugere uma divisão de leitos onde o Sistema Único de Saúde (SUS) é privilegiado com 81% do total de leitos, o que significa que, além de uma obrigatoriedade legal, corresponde também aos objetivos institucionais tanto religiosos como filantrópicos.

O quadro demonstrativo do movimento de internações do HUEC mostra uma grande produtividade e rotatividade nos leitos hospitalares. Os internamentos provêm de duas origens:

1. **Emergência** através do Pronto Socorro, Pronto Atendimento da Pediatria ou Pronto Atendimento da Ginecologia - Obstetrícia.

TABELA 2 - ATENDIMENTOS PRONTO SOCORRO 1996

JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
9505	8284	8521	9214	10090	9266	8287	8489	7878	8673	8694	8561	105462

GRÁFICO 2 - ATENDIMENTOS PRONTO SOCORRO 1996

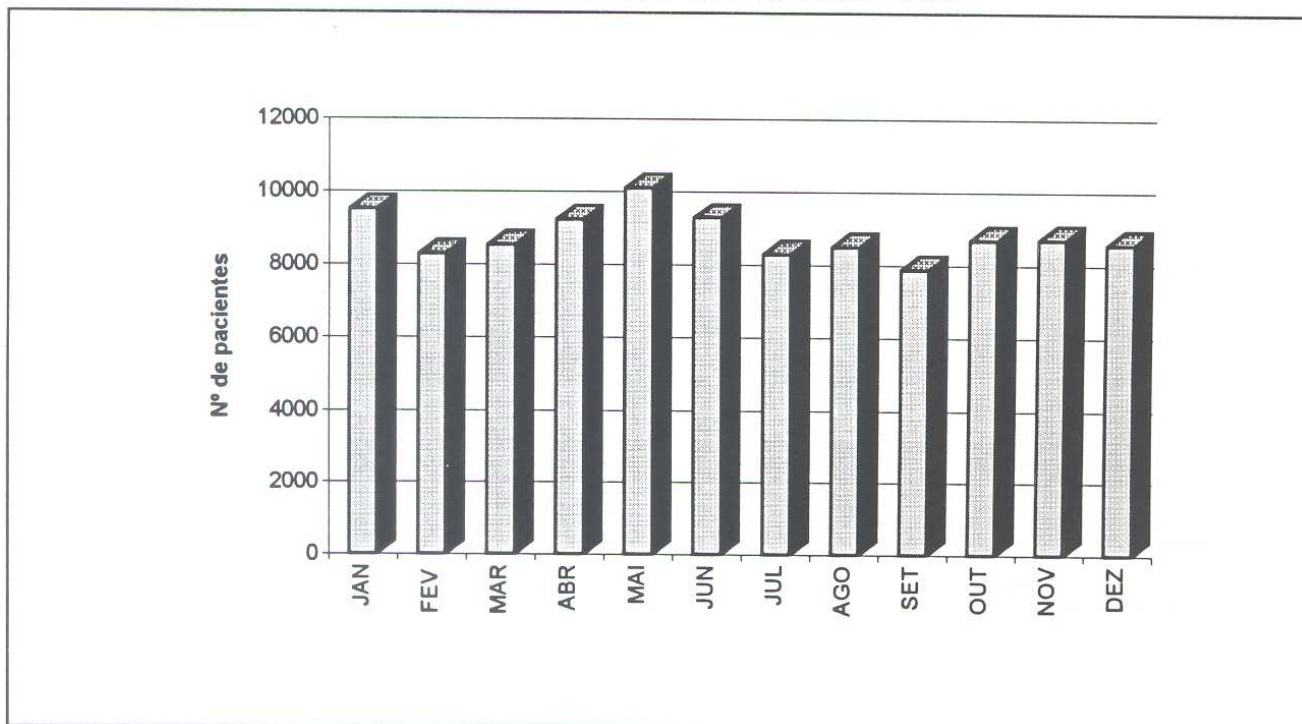


TABELA 3 - NÚMERO DE LEITOS POR UNIDADES DE INTERNAÇÃO

UNIDADES DE INTERNAÇÃO	Nº DE LEITOS	SUS	CONVÊNIO	PARTICULAR
Convênios I	38	5%	95%	
Convênios II	28	10%	90%	
Cl. Cirúrgica	24	100%		
Cl. Médica	28	100%		
Cardiologia	20	100%		
Vascular	18	60%	40%	
Urologia/Oncologia/Buco-Maxilo/Otorrino/Oftalmologia	19	100%		
Urologia	26	100%		
Clínica Queimados	20	100%		
Pediatria	34	100%		
Ped. Queimados	15	100%		
Ped. Cirúrgica	17	100%		
Ortopedia	28	100%		
Unidade de Diabetes + Hematologia	10	100%		
Neurologia/Neurocirurgia	33	100%		
Obstetrícia/Alojamento Conjunto	34	85%	10%	5%
Ginecologia	12	100%		
Posto VIII	29		70%	30%
TX Renal	4	100%		
Total de Leitos	437	82%	12,50%	5,50%

TABELA 4 - NÚMERO DE LEITOS POR UTI

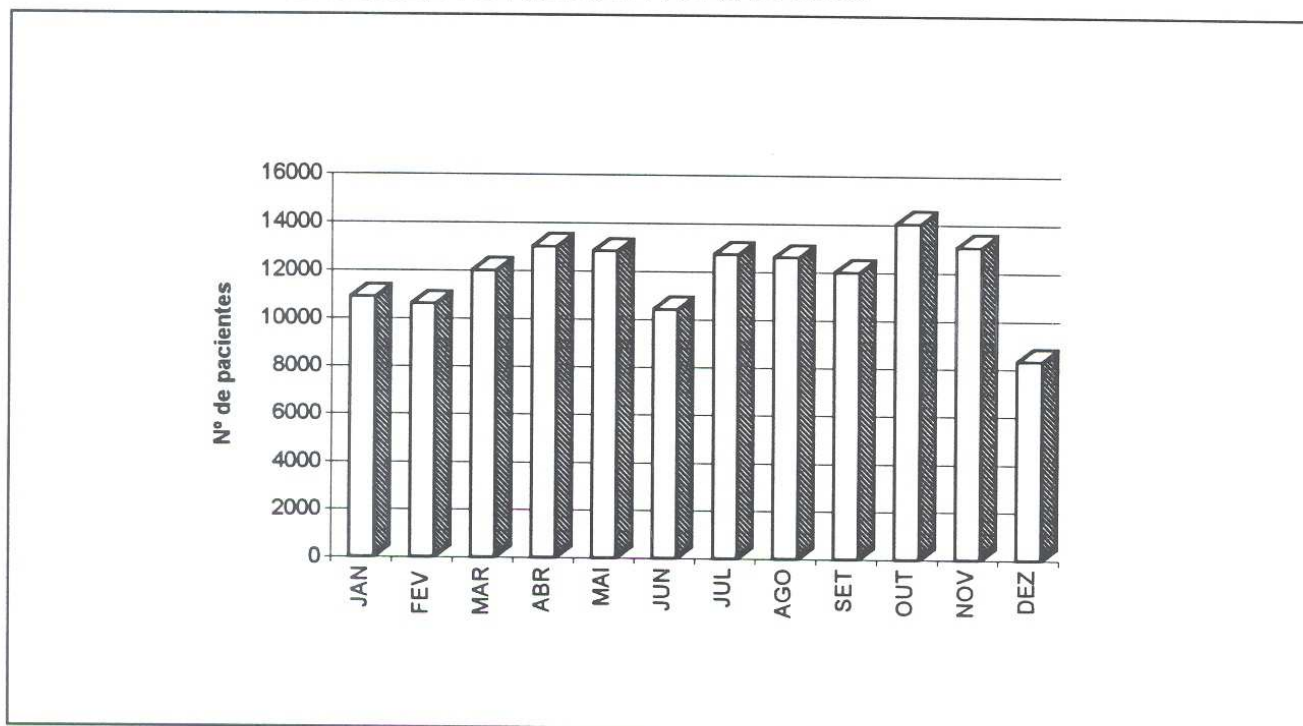
UTI'S	Nº DE LEITOS	SUS	CONVÊNIO	PARTICULAR
UTI Geral	18	65%	35%	
UTI Cardíaca	8	95%	5%	
UTI Coronariana	8	90%	10%	
UTI Neonatal	23	100%		
Total	57	87,50%	12,50%	

2. Eletivo através dos Ambulatórios e Consultórios dos profissionais do Corpo Clínico da Instituição.

TABELA 5 - ATENDIMENTO AMBULATORIAL 1996

JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
10880	10605	11999	13025	12839	10416	12721	12605	12007	14045	13083	8339	142564

GRÁFICO 3 - ATENDIMENTO AMBULATORIAL 1996



Na maioria das vezes os pacientes são submetidos a cirurgias de emergência ou eletivas, para tanto o HUEC possui quatro Centros Cirúrgicos com um total de 20 salas cirúrgicas com uma previsão de ampliação de mais 10 para atender as necessidades crescentes do setor.

O movimento cirúrgico pode ser visto no quadro abaixo:

TABELA 6 - RESUMO DAS CIRURGIAS NO ANO 1996

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Centro Cirúrgico Geral													
CIRURGIAS GERAIS	715	690	769	712	892	738	796	835	775	810	736	642	9110
Serviço de Cirurgia Cardio-vascular													
CIRURGIAS GERAIS	104	85	107	82	91	108	134	131	126	139	105	98	1310
CIRURGIA CARDIACA	18	28	32	16	31	20	31	28	39	29	46	22	340
TOTAL	122	113	139	98	122	128	165	159	165	168	151	120	1650
Centro Cirúrgico de Queimados													
CIRURGIAS GERAIS	16	16	16	23	21	28	19	18	15	74	37	15	298
CURAT.DE QUEIM.	377	395	324	279	378	292	429	392	292	358	400	395	4311
TOTAL	393	411	340	302	399	320	448	410	307	432	437	410	4609
Centro Cirúrgico Obstétrico													
CIRURGIAS GERAIS	129	139	198	177	223	227	253	272	197	184	253	210	2462
PARTOS NORMAIS	164	131	144	161	192	192	163	201	188	158	235	185	2114
CESÁREAS	92	99	93	80	64	84	158	102	101	236	93	93	1295
TOTAL	385	369	435	418	479	503	574	575	486	578	581	488	5871
TOTAL DE CIRURGIAS NO ANO DE 1996	1615	1583	1683	1530	1892	1689	1983	1979	1733	1988	1905	1660	21240

GRÁFICO 4 - CIRURGIAS REALIZADAS EM 1996

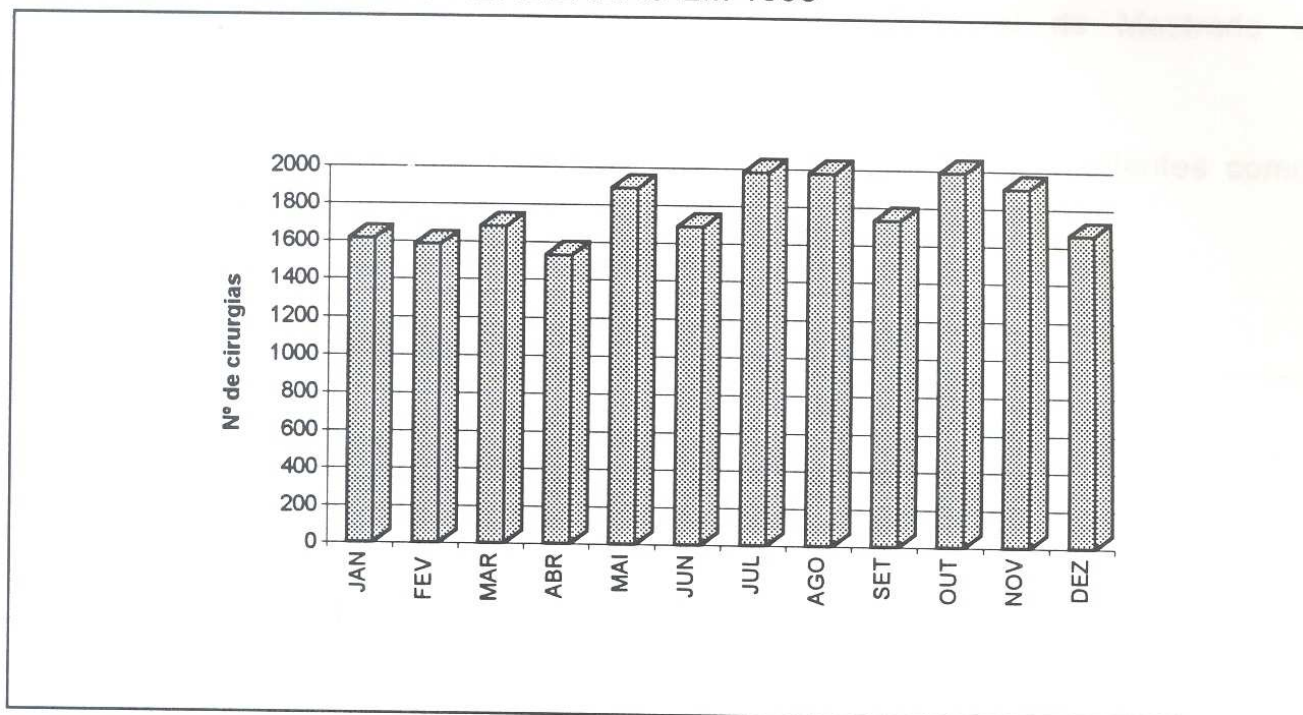


TABELA 7 - NÚMERO DE SALAS POR CENTRO CIRÚRGICO

CENTRO CIRÚRGICO	Nº DE SALAS
C.C.Geral	7
C.C.Cardíaca	3
C.C.Obstetrico	5
C.C.Queimados	5
Total de Salas Cirurgicas	20

4.2 A ÁREA DE ENSINO E PESQUISA

O HUEC iniciou suas atividades de Ensino e Pesquisa em 1975 com o credenciamento dos cursos pelo Comissão Nacional de Residência Médica e mantém atualmente Pós-Graduação Iatu-sensu (residência médica) em várias especialidades médicas sobressaindo as especialidade cirúrgicas que correspondem a 13 das 22 oferecidas.

Há também Pós-Graduação strictu-sensu a nível de Mestrado e Doutorado em Princípios de Cirurgia.

Em 1993 o Hospital foi reconhecido pelos órgãos competentes como Hospital Universitário.

TABELA 8 - RESIDÊNCIA MÉDICA - HUEC

ESPECIALIDADE	Nº DE ALUNOS					Nº DE PRECEPTORES.
	R 4	R 3	R 2	R 1	Total	
Anatomia Patologica			1	1	2	1
Obstetricia Ginecologia			6	6	12	2
Clínica Médica			8	9	17	1
Oftalmo			3	5	8	1
Oncologia		1	1	1	3	3
Ortopedia/Traumatologia		3	3	6	12	1
Nefrologia		2			2	1
Pediatria			6	6	12	1
Urologia		2	2		4	1
Neurocirurgia	1		2	2	5	1
Neurologia		1			1	1
Dermatologia		1	1		2	1
Endocrinologia/Metabologia		1	1		2	1
Hematologia/Hemoterapia		1			1	1
Cardiologia		2	2		4	1
Anestesiologia			3	4	7	1
Cirurgia Geral			4	3	7	1
Cirurgia Gastroenterológica			2		2	1
Cirurgia V.Periférica		1	1	1	3	1
Cirurgia Cardiovascular		1	1	1	3	1
Cirurgia Plástica	2	1	1		4	1
Cirurgia Cardio		1	2	1	4	1
Total	3	18	50	46	117	25

*A sigla R significa Residente

**Os números 1,2,3 e 4 correspondem ao ano de residência em que o médico está do total de anos estipulados para cada especialidade médica.

5 TRATAMENTO DOS DADOS

Este capítulo objetiva apresentar os resultados da pesquisa de opinião realizada junto aos pacientes do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, de diversos setores, internados no período de 03/07/97 a 18/08/97, com idades entre 1 mês e 90 anos. A pesquisa visou obter informações sobre a opinião dos pacientes ou pais de pacientes quanto ao atendimento recebido durante a internação e sobre o conhecimento que o paciente tem a respeito do médico que o atende e sobre os motivos que o levaram à internação. Além disso, o retorno do paciente e os motivos que o levaram a isso foram também pesquisados.

A coleta das informações foi realizada através de um formulário (Anexo 1) abordando itens sobre opiniões de 786 pacientes internados nas diversas clínicas do hospital cujos resultados estão descritos nas tabelas abaixo.

Para efeito dos cálculos dos percentuais, em todas as questões, foram considerados os totais de respostas válidas obtidas.

As tabelas abaixo apresentam as freqüências e percentuais encontrados, separados por categoria de pacientes (P=PARTICULAR, C=CONVÊNIO, S=SUS). Os percentuais calculados são em relação ao total de pacientes de cada categoria. Na última coluna aparecem os totais e respectivos percentuais.

TABELA 9 - QUESTÃO 03: IDENTIFICAÇÃO DOS PESQUISADOS

CATEGORIA	FREQ	PERCENTUAL
Particular	16	2.03%
Convênio	170	21.63%
SUS	600	76.34%
TOTAL	786	100.00%

O resultado da tabela 9 mostra pouca variação em relação aos internamentos de 1996 (Gráfico 5), a proporcionalidade entre os internamentos permanece equilibrada, sendo que a variação existente com o aumento do número de internamentos de convênios e a diminuição do número de internamentos do SUS parece ser apenas em relação a amostragem.

GRÁFICO 5 – IDENTIFICAÇÃO DOS PESQUISADOS

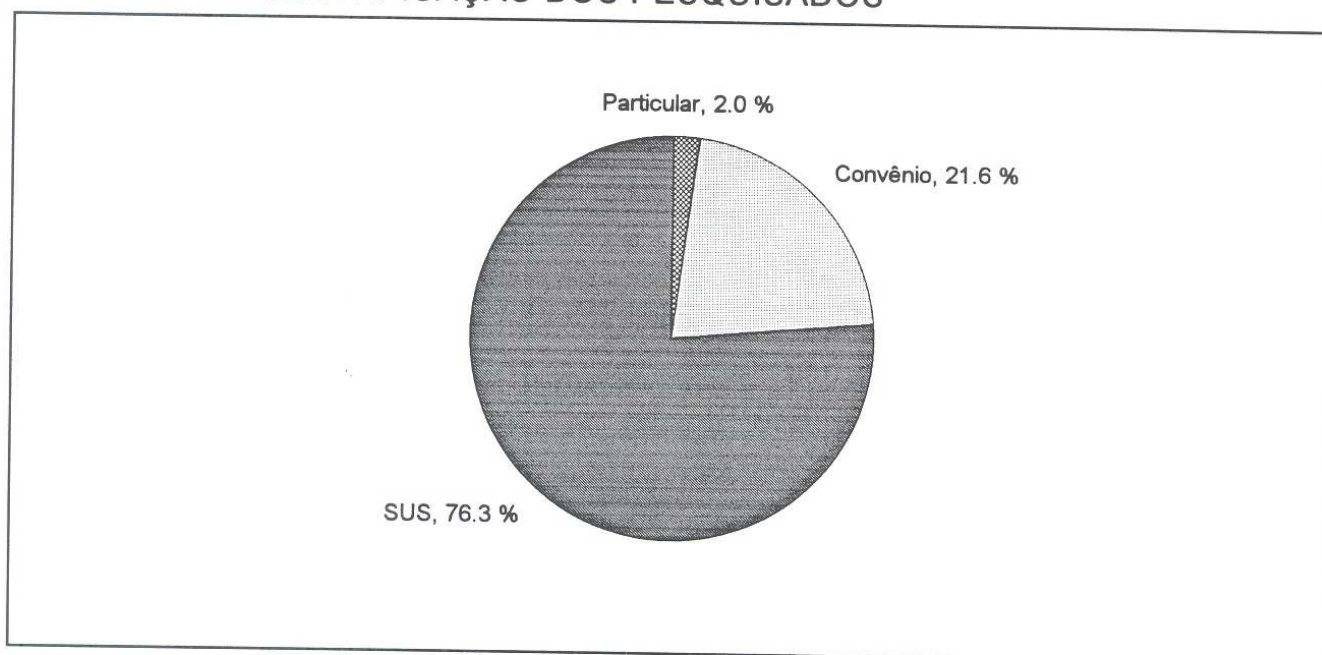
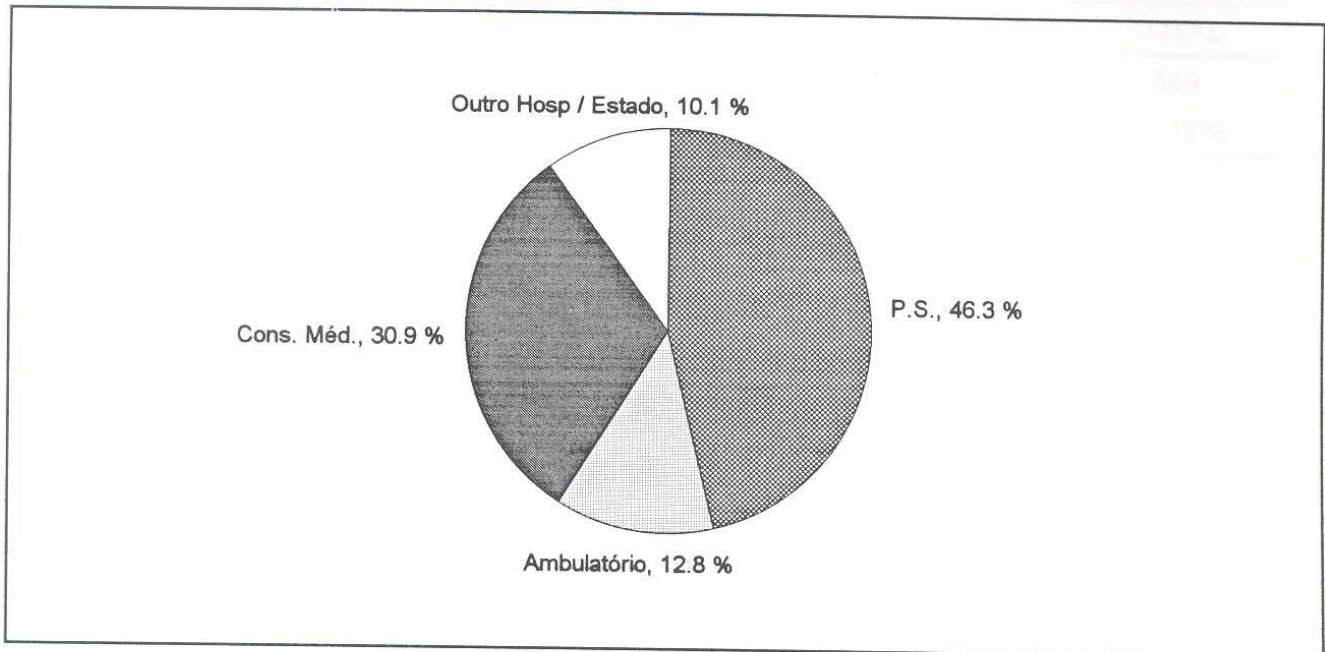


TABELA 10 - QUESTÃO 06: ORIGEM DO PACIENTE

ORIGEM	CATEGORIA			TOTAL
	P	C	S	
Pronto Socorro	5 31.25%	59 35.12%	299 49.83%	363 46.30%
Ambulatório	0 0.00%	14 8.33%	86 14.33%	100 12.76%
Consultório Médico	8 50.00%	83 49.40%	151 25.17%	242 30.87%
Outro Hospital	2 12.50%	11 6.55%	57 9.50%	70 8.93%
Outro Estado	1 6.25%	1 .60%	7 1.17%	9 1.15%
TOTAL	16	168	600	784

GRÁFICO 6 – ORIGEM DO PACIENTE



A Tabela 10 mostra que 46,36% dos clientes potenciais do HUEC provém do Pronto Socorro sendo que a maior parte desta porcentagem é atribuída aos internamentos de SUS (76,34%). Embora grande parte dos internamentos de particulares e convênios origem de consultórios médicos (50,00% e 49,40%, respectivamente), o número de internamentos que se originam do Pronto Socorro de pacientes de convênios e particulares é bastante significativo (31,25% e 35,12%, respectivamente).

A grande maioria dos respondentes da pesquisa são os próprios pacientes (84,18%). Este resultado é apresentado na Tabela 11, onde se evidencia, também, que 13,88% do total são respostas referentes a crianças pois os respondentes são os pais do paciente. Ainda em relação às crianças, do total de 107 observa-se que 88 são internadas pelo SUS, representando 82,24%.

TABELA 11 - QUESTÃO 8: IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONDENTES

RESPONDENTE	CATEGORIA			TOTAL
	P	C	S	
Paciente	13 81.25%	143 84.12%	493 84.27%	649 84.18%
Pais do Paciente	1 6.25%	18 10.59%	88 15.04%	107 13.88%
Filho/esposa/ avó/etc	2 12.50%	9 5.29%	4 0.68%	14 1.81
TOTAL	16	170	585	771

A Tabela 12 se refere aos índices de retorno ao hospital. Observa-se que é significativo o índice de pacientes novos admitidos no serviço (65,39%), sendo que os que mais retornam são os pacientes de Convênios (47,65%).

TABELA 12 - QUESTÃO 07: PRIMEIRA INTERNAÇÃO E RETORNO AO HOSPITAL

JÁ ESTEVE INTERNADO NESTE HOSPITAL?	CATEGORIA			TOTAL
	P	C	S	
Não	12 75.00%	89 52.35%	413 68.83%	514 65.39%
Sim	4 25.00%	81 47.65%	187 31.17%	272 34.61%
TOTAL	16	170	600	786

A Tabela 13 demonstra que dos 34,61% de pacientes que retornaram ao serviço 55,76% assim o fizeram porque deveriam continuar o seu tratamento, caracterizando-se como clientes usuais.

TABELA 13 - QUESTÃO 09: MOTIVOS DE ESCOLHA DO HOSPITAL PARA RETORNO

CASO ESTEVE INTERNADO, QUAL O MOTIVO DO RETORNO?	CATEGORIA			TOTAL
	P	C	S	
Continuação do tratamento	1 25.00%	34 42.50%	115 62.16%	150 55.76%
O meu médico é daqui	1 25.00%	19 23.75%	10 5.40%	30 11.15%
Gosto do hospital	0 0.00%	7 8.75%	17 9.19%	24 8.92%
Não tenho outra opção	1 25.00%	2 2.50%	8 4.32%	11 4.09%
Outros	1 25.00%	18 22.50%	35 18.92%	54 20.07%
TOTAL	4	80	185	269

Os pacientes que vieram ao serviço pela primeira vez o fizeram em caráter emergencial (46,30%) como já foi comentado na questão 06 que diz respeito à origem do paciente. Evidencia-se que a maioria dos pacientes retornam ao hospital para continuação do tratamento (55,76%) e 11,15% retornam por indicação médica. Dos 30 pacientes que afirmaram que retornaram por indicação médica, 20 são pacientes particulares ou conveniados (66,67%). Já em relação aos 150 pacientes que retornaram para continuação do tratamento, 115 são do SUS, representando 76,67%.

TABELA 14 - QUESTÃO 10: MOTIVOS PELOS QUAIS O PACIENTE ESCOLHEU O HOSPITAL

CASO NÃO ESTEVE INTERNADO, PORQUE ESCOLHEU ESTE HOSPITAL	CATEGORIA			TOTAL
	P	C	S	
Foi uma emergência (acidente)	3 25.00%	27 30.34%	149 36.17%	179 34.89%
Meu médico é daqui (indicação médica)	4 33.33%	25 28.09%	38 9.22%	67 13.06%
Indicação de tratamento (referência)	2 16.67%	14 15.73%	110 26.70%	126 24.56%
Por indicação de amigos e familiares	1 8.33%	8 8.99%	38 9.22%	47 9.16%
Pela central de vagas	0 0.00%	1 1.12%	33 8.01%	34 6.63%
Outros	2 16.67%	14 15.73%	44 10.68%	60 11.70%
TOTAL	12	89	412	513

Aparentemente, a maioria dos pacientes sabe porque foi internada, como pode ser visto nas respostas das Questões 11 e 12 com 96,69% de pessoas pensavam ter conhecimento do seu problema. Porém, na Questão 13 nota-se que as pessoas pensam que sabem sobre seu médico. Este dado foi obtido primeiramente colhendo a informação diretamente do paciente e depois cada resposta foi conferida com a informação do prontuário médico, sendo que apenas 65,53% tiveram seus diagnósticos confirmados e espantosamente os outros 34,47% desconhecem seus problemas. Para esta análise, foi considerada a questão do jargão médico e as respostas que popularmente têm a mesma conotação que o nome científico da doença.

TABELA 15 - QUESTÃO 11: CERTEZA SOBRE O QUE O PACIENTE SABE SOBRE SUA INTERNAÇÃO

VOCÊ CONHECE SUA DOENÇA OU SABE POR QUE INTERNOU?	CATEGORIA			TOTAL
	P	C	S	
Sim	16 100.00%	164 96.47%	580 96.67%	760 96.69%
Não	0 0.00%	6 3.53%	20 3.33%	26 3.31%
TOTAL	16	170	600	786

TABELA 16 - QUESTÃO 12: CERTEZA QUE O PACIENTE TEM SOBRE SUA DOENÇA

QUAL O NOME DE SUA DOENÇA?	CATEGORIA			TOTAL
	P	C	S	
Preenchido	16 100.00%	164 96.47%	580 96.67%	760 96.69%
Não sei	0 0.00%	6 3.53%	20 3.33%	26 3.31%
TOTAL	16	170	600	786

TABELA 17 - COMPARAÇÃO DA RESPOSTA DO PACIENTE À QUESTÃO 09 COM A INFORMAÇÃO DO PRONTUÁRIO

RESPOSTA DO PACIENTE	CATEGORIA			TOTAL
	P	C	S	
Correta	12 75.00%	104 63.41%	382 65.86%	498 65.53%
Incorreta	4 25.00%	60 36.59%	198 34.14%	262 34.47%
TOTAL	16	164	580	760

A Questão 13 que diz respeito ao conhecimento do paciente em relação ao nome do seu médico mostra que 23,08% dos pacientes não sabem quem são eles. Dentre os pacientes internados pelo SUS, 28,11% não sabiam o nome de seu médico. Dos 123 pacientes que responderam incorretamente, 117 pertencem ao SUS, representando 95,12%.

TABELA 18 - QUESTÃO 13: SE O PACIENTE SABE O NOME DO SEU MÉDICO

QUAL O NOME DO SEU MÉDICO?	CATEGORIA			TOTAL
	P	C	S	
Preenchido	14 87.50%	159 93.53%	427 71.89%	600 76.92%
Não sei	2 12.50%	11 6.47%	167 28.11%	180 23.08%
TOTAL	16	170	594	780

TABELA 19 - COMPARAÇÃO DA RESPOSTA DO PACIENTE À QUESTÃO 13 COM A INFORMAÇÃO DO PRONTUÁRIO

RESPOSTA DO PACIENTE	CATEGORIA			TOTAL
	P	C	S	
Correta	14 100.00%	152 96.20%	310 72.60%	476 79.47%
Incorreta	0 0.00%	6 3.80%	117 27.40%	123 20.53%
TOTAL	14	158	427	599

As questões de números 14 a 29 que descrevem a opinião dos pacientes a respeito dos vários segmentos do serviço, demonstram claramente que os pacientes particulares e de convênios são mais criteriosos ou mais exigentes nas

suas avaliações. Os particulares são os que têm maior número de respostas “regular” em todos os itens, sendo que alguns “ruins”.

TABELA 20 - QUESTÃO 14: AVALIAÇÃO DA EQUIPE MÉDICA

A EQUIPE MÉDICA É:	CATEGORIA			Total
	P	C	S	
Boa	14 93.33%	165 97.63%	590 98.50%	769 98.21%
Regular	1 6.67%	3 1.78%	9 1.50%	13 1.66%
Ruim	0 0.00%	1 .59%	0 0.00%	1 0.13%
TOTAL	15	169	599	783

TABELA 21 - QUESTÃO 15: AVALIAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

A EQUIPE DE ENFERMAGEM É:	CATEGORIA			TOTAL
	P	C	S	
Boa	15 93.75%	159 93.53%	585 97.50%	759 96.56%
Regular	1 6.25%	10 5.88%	13 2.17%	24 3.05%
Ruim	0 0.00%	1 0.59%	2 .33%	3 0.38%
TOTAL	16	170	600	786

TABELA 22 - QUESTÃO 16: AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

O SERVIÇO DE NUTRIÇÃO É:	CATEGORIA			TOTAL
	P	C	S	
BOM	15 93.75%	154 91.12%	559 93.17%	728 92.74%
REGULAR	0 0.00%	11 6.51%	37 6.17%	48 6.11%
RUIM	1 6.25%	4 2.37%	4 .67%	9 1.15%
TOTAL	16	169	600	785

TABELA 23 - QUESTÃO 17: AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE HOTELARIA

O SERVIÇO DE HOTELARIA É:	CATEGORIA			TOTAL
	P	C	S	
Bom	15 93.75%	157 92.35%	577 96.33%	749 95.41%
Regular	1 6.25%	10 5.88%	20 3.34%	31 3.95%
Ruim	0 0.00%	3 1.76%	2 .33%	5 0.64%
TOTAL	16	170	599	785

TABELA 24 - QUESTÃO 18: AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE LIMPEZA

O SERVIÇO DE LIMPEZA É:	CATEGORIA			TOTAL
	P	C	S	
Bom	14 87.50%	153 90.00%	579 96.50%	746 94.91%
Regular	1 6.25%	17 10.00%	20 3.33%	38 4.83%
Ruim	1 6.25%	0 0.00%	1 .17%	2 0.25%
TOTAL	16	170	600	786

TABELA 25 - QUESTÃO 19: AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE INTERNAMENTO

O SERVIÇO DE INTERNAMENTO É:	CATEGORIA			TOTAL
	P	C	S	
Boa	15 93.75%	149 87.65%	578 96.49%	742 94.52%
Regular	1 6.25%	17 10.00%	19 3.17%	37 4.71%
Ruim	0 0.00%	4 2.35%	2 .33%	6 0.76%
TOTAL	16	170	599	785

TABELA 26 - QUESTÃO 20: NOTA DADA PELOS PACIENTES PARA OS SERVIÇOS DO HOSPITAL

QUAL NOTA VOCÊ DARIA COMO UM TODO?	CATEGORIA			TOTAL
	P	C	S	
Ótimo (10-9)	11 68.75%	122 72.19%	525 87.65%	658 83.93%
Bom (8-7)	4 25.00%	44 26.04%	67 11.19%	115 14.67%
Regular (6-5)	1 6.25%	3 1.78%	7 1.17%	11 1.40%
TOTAL	16	169	599	784

Observação: Nenhuma resposta do tipo RUIM (4-3) ou PÉSSIMO (2-0) foi encontrada.

A maioria dos pacientes acham o serviço ótimo (83,93%) e 22,52% apresentaram sugestões de melhoria, sendo que os pacientes particulares (52,25%) e os pacientes conveniados (45,88%) são os que mais detalham suas queixas.

TABELA 27 - QUESTÃO 21: O QUE O PACIENTE ACHA QUE DEVE MELHORAR NO HOSPITAL

	CATEGORIA			TOTAL
	P	C	S	
Preenchido(*)	9	78	90	177
	56.25%	45.88%	15.00%	22.52%
Nada	7	92	510	609
	43.75%	54.12%	85.00%	77.48%
TOTAL	16	170	600	786

(*) A Tabela 28 apresenta o detalhamento sobre as respostas apresentadas.

Os 22,52 % dos pacientes que responderam a esta questão acham que há algo a melhorar e detalharam um ou mais problemas que julgaram importantes para a qualidade do serviço. O que chama a atenção é justamente uma certa repetição em relação a banheiros, com 31,63% do total de reclamações e a enfermagem com 12,09% e que mereceram um segundo detalhamento como pode ser visto nas tabelas 28 e 29 que descrevem a natureza dos problemas descritos.

TABELA 28 - DETALHAMENTO DA QUESTÃO 21: ITENS MAIS CITADOS

ITENS QUE PODEM MELHORAR	FREQUENCIA	PERCENTUAL
1. Banheiro(*)	68	31.63%
2. Enfermagem(*)	26	12.09%
3. Internamento: demora no atendimento da recepção	19	8.84%
4. Falta de campainha, toalhas, travesseiros, cobertor, tv, bide	19	8.84%
5. Comida: dieta e qualidade	11	5.12%
6. Higiene	10	4.65%
7. Médicos: conscientização, orientação sobre diagnóstico, atendimento, demora	10	4.65%
8. Visitas: horário, frequência	9	4.19%
9. PS e Ambulatório: demora e qualidade do atendimento	8	3.72%
10. Barulho	6	2.79%
11. Manutenção, limpeza e aparência externa	5	2.32%
12. Relações humanas, atenção e discriminação	4	1.86%
13. Outros(**)	20	9.30%

(*) As Tabelas 29 e 30 apresentam detalhamento sobre a natureza das citações.

(**) Incluídos itens com frequência não superior a 3.

Fazem parte do item "outros" na tabela 28: louças, mais pessoal, elevadores, material esterilizado, lugar para acompanhante, atraso na medicação, educação do pessoal do RX, falta remédio na farmácia, linha direta com convênios, espaço, estacionamento, horário muito adiantado das refeições, falta de anestesia, mais ambulâncias, direção do hospital, centro cirúrgico desorganizado, lugar melhor para as mães ficarem, dedetização, moscas, segurança.

TABELA 29 - DETALHAMENTO DA QUESTÃO 21 RELATIVO ÀS CITAÇÕES SOBRE BANHEIROS

BANHEIROS	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Chuveiro frio	24	35.29%
Geral	19	27.94%
Higiene	7	10.29%
Manutenção	6	8.82%
Quarto sem banheiro	4	5.88%
Insuficientes	3	4.41%
Longe do quarto	2	2.94%
Masculino e feminino juntos	2	2.94%
Cigarro no banheiro	1	1.47%
TOTAL	68	100.00%

No detalhamento da questão 21, apresentado na tabela 29, o item mais significativo é o chuveiro frio (35,29%), seguido do item sobre problemas gerais (27,94%).

TABELA 30 - DETALHAMENTO DA QUESTÃO 21 RELATIVO ÀS CITAÇÕES SOBRE ENFERMAGEM

ENFERMAGEM	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Educação	9	34.62%
Mais prestativa, atenciosa, mal atendimento	6	23.08%
Insuficiente	5	19.23%
Demora	4	15.38%
Geral	2	7.69%
Total	26	100.00%

O detalhamento da questão 21 na tabela 30 que diz respeito ao serviço de enfermagem demonstra que o paciente considera a educação e a presteza como qualidades importantes ao serviço.

TABELA 31 - QUESTÃO 22: RENDA FAMILIAR DOS PACIENTES

RENDA FAMILIAR DOS PACIENTES (EM Nº DE SALÁRIOS MÍNIMOS)	CATEGORIA			TOTAL
	P	C	S	
Até 1 s.m.	0 0.00%	22 12.94%	202 33.67%	224 28.50%
De 2 a 5 s.m.	4 25.00%	60 35.29%	325 54.17%	389 49.49%
De 6 a 10 s.m.	4 25.00%	42 24.71%	59 9.83%	105 13.36%
De 11 a 20 s.m.	2 12.50%	34 20.00%	13 2.17%	49 6.23%
Mais de 20 s.m.	6 37.50%	12 7.06%	1 .17%	19 2.42%
TOTAL	16	170	600	786

A renda familiar mostra que a população usuária dos serviços do HUEC. não apresenta surpresas pois, como pode-se verificar, a população mais carente se concentra como usuária do SUS e a população portadora de algum tipo de convênio está bem distribuída entre as faixas de 2 a 20 salários mínimos. Já 50%

dos pacientes que são internados de forma particular, possuem renda familiar de 02 a 10 salários mínimos e 50% acima de 10 salários mínimos.

TABELA 32 - QUESTÃO 23: NÍVEL DE ESCOLARIDADE DOS PACIENTES

NÍVEL DE ESCOLARIDADE DOS PACIENTES	CATEGORIA			TOTAL
	P	C	S	
1º Grau incompleto	4 25.00%	68 40.24%	398 66.89%	470 60.26%
1º Grau completo	2 12.50%	21 12.43%	94 15.80%	117 15.00%
2º Grau incompleto	0 0.00%	6 3.55%	37 6.22%	43 5.51%
2º Grau completo	5 31.25%	41 24.26%	56 9.41%	102 13.08%
3º Grau incompleto	1 6.25%	10 5.92%	3 .50%	14 1.79%
3º Grau completo	4 25.00%	21 12.43%	6 1.01%	31 3.97%
Pós-graduação	0 0.00%	2 1.18%	1 .17%	3 0.38%
TOTAL	16	169	595	780

As tabelas 31 e 32 dão um perfil do cliente potencial do HUEC pois mostra que ele ganha de 1 a 5 salários mínimos (77,99%) e possui até o primeiro grau completo (75,26%). Os pacientes particulares e conveniados estão em outra faixa salarial e deve ser considerado que se eles não constituem a maioria da clientela, representam um retorno financeiro muito significativo (como pode ser visto na descrição do hospital).

6 DISCUSSÃO

6.1 EM RELAÇÃO À QUESTÃO DA QUALIDADE

Definir Qualidade está se tornando cada vez mais difícil pois apresenta significados peculiares a pessoas distintas. Pessoas envolvidas nas várias áreas componentes de uma organização possuem suas próprias noções do significado da Qualidade, onde começa e termina, e de que forma pode ser avaliada (HART, 1994, p.4).

Comumente, todo processo de avaliação é encarado com uma certa tensão, um desconforto, sobretudo para a classe médica. A concepção de que a avaliação não é um processo puramente técnico mas que também tem um caráter político não ajuda muito.

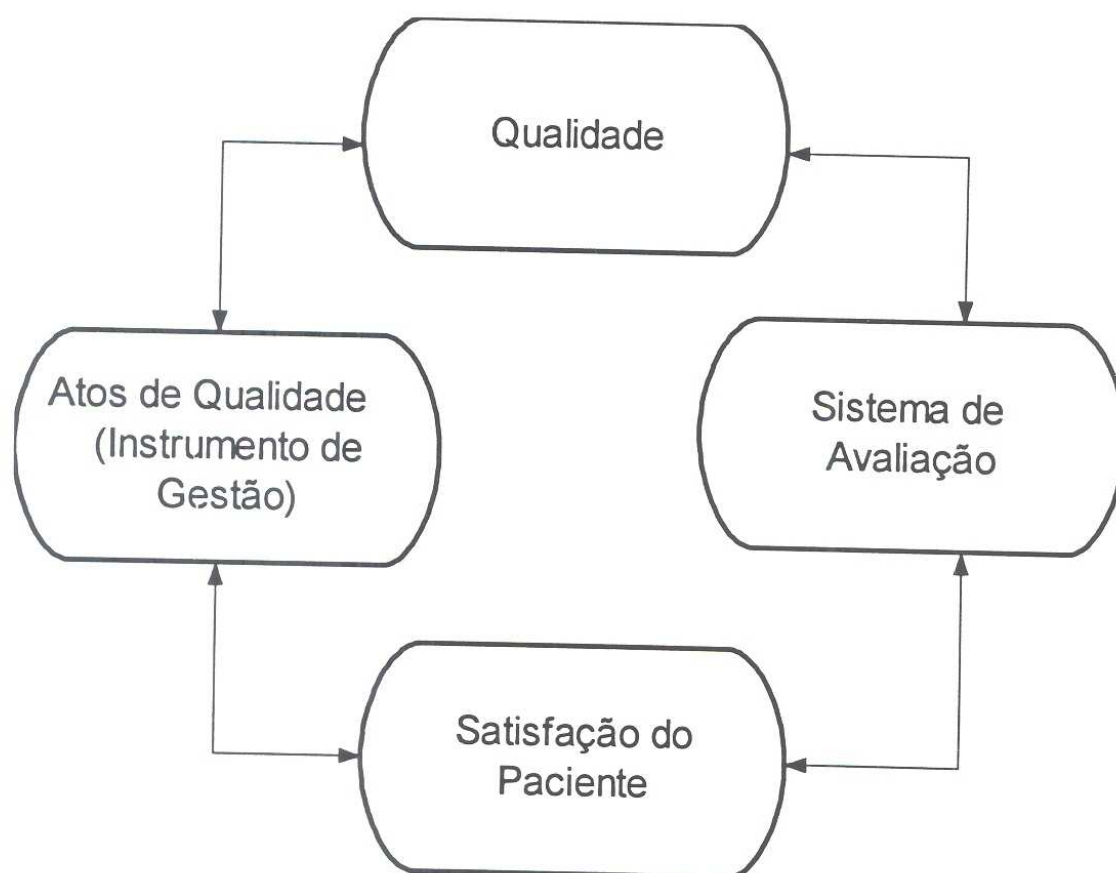
O lado quantitativo tem a vantagem de ser palpável, visível e manipulável. A qualidade, no entanto, "escapa às palavras e mora nas gretas das coisas" (DEMO, 1995, p.8). Ainda para DEMO (1995, p.26), não se faz Avaliação Qualitativa à distância, seja através de relatórios de terceiros, de contatos breves, esporádicos seja através de simples observação externa. Se a comunidade vê no avaliador um forasteiro, não há condições razoáveis de avaliação qualitativa, pois não se sairia da qualidade de observador.

Antes, ela deve ser acompanhada de uma consciência coletiva de sua necessidade como termômetro individual, grupal ou institucional capaz de gerar mudanças e correções em uma sábia antecipação do futuro.

O contato diferenciado com os clientes, o trabalho ininterrupto, a resistência dos profissionais ao controle da qualidade, a heterogeneidade do

trabalho e a dificuldade de medir os processos, dificultam para as instituições de saúde a abordagem ideal para o desenvolvimento da Qualidade. Tais situações não devem destruir esforços no sentido de perseguir outros modelos mais adequados à questão hospitalar, oferecendo serviços mais competitivos e de boa qualidade, usando todos os métodos de avaliação. Aquele que ouve o paciente é um dos mais significativos.

Para que o Hospital se mantenha engajado em sistemas de melhoria contínua deve se utilizar não só de elementos quantitativos mas também do reflexo de seu atendimento junto à sua clientela, que é usar a opinião da mesma como instrumento de gestão e conseguir se antecipar às suas expectativas, talvez gerando a seguinte interdependência:



Esta interdependência conclui este trabalho no sentido de que os princípios da Qualidade provêm de instrumentos de avaliação que ouvem seus clientes (apenas um dos métodos) refletindo sua satisfação ou insatisfação de forma a transformar em ações corretivas ou preventivas mas que retornam ao cliente como atos de qualidade, tornando-se um poderoso instrumento de gestão e um diferencial para a instituição.

Na "Era da Qualidade", nada é mais atual do que a afirmação do filósofo pré-socrático Heráclito "Não há nada permanente, exceto a mudança" (HART, 1994, p.xv). O movimento da Qualidade não é estacionário e não se ajusta a apenas um movimento único. Como uma engrenagem, ele depende do envolvimento de todos de forma a adequar a definição de Gerenciamento Total da Qualidade, que consiste em metodologia gerencial que associa atividades de todos os funcionários com interesses comuns da satisfação do consumidor, através do aperfeiçoamento contínuo da Qualidade de todos os processos, produtos e serviços (HART, 1994, p. XX -XXI).

A organização moderna teve que mudar seu comportamento pois com a evolução do processo produtivo as idéias se transformaram e já não se pode mais trabalhar com a divisão tradicional entre a gerência que ordena e conhece e o trabalhador que executa, implicando em sistemas de gestão mais flexíveis, com grande agilidade para se adaptar a situações novas, diminuindo o leque de hierarquias, baseados em relações interativas (DIMITROV, 1997, p.42).

Ainda segundo DIMITROV (1997, p.43), a grande mudança do papel da gerência implica em abordar a descentralização como uma possibilidade dos serviços de saúde, das ações desenvolvidas e da distribuição do poder decisório na perspectiva da efetiva participação e controle social no planejamento e na

ação, ou seja, que a população interessada esteja o mais próximo possível das decisões.

Toda esta mudança de comportamento frente às novas exigências do consumidor levam as organizações a tentarem formas de gestão mais flexíveis e dinâmicas, que respeitem a cultura organizacional (reflexo da organização) e que atendam as expectativas dos clientes. Parece fácil, mas não é. Nesta época de muitos modismos sempre se pergunta o que vem pela frente, Reengenharia? ou Qualidade Total?

ZÜLZKE (1991, p.50-62) diz que ao observar as empresas no Brasil, sob a dimensão do processo dinâmico-empresas em situação e em movimento, e restringindo para efeito de investigação a sua relação com o consumidor, pode-se identificar 4 tipos de interseções emergentes denominadas de "respostas culturais" empresariais.

Na resposta cultural da confrontação, as empresas reagem com irritação aos avanços do movimento dos consumidores apresentando as seguintes características:

- Consideram os líderes do movimento dos consumidores de forma crítica;
- Os movimentos dos consumidores são vistos como persecutórios à iniciativa privada: leis, punições, multas, etc;
- Entendem que as demandas e tendências dos consumidores não dizem respeito ao cidadão médio brasileiro.

Muitas vezes fazem referência depreciativa ao padrão cultural do brasileiro e ao seu estágio educacional, posicionando-se como vítimas. Segundo a autora, do ponto de vista analítico estas empresas estariam enfrentando um bloqueio de aprendizado, um enrigecimento estrutural, como se estivessem

reumáticas. Têm dificuldade para interpretar corretamente o que está acontecendo, não tendo flexibilidade de adaptação.

Na resposta cultural da manipulação as empresas não entram em choque frontal com as demandas dos consumidores. Costumam ser afáveis e sedutoras. Abrem muitas vezes canais de comunicação, porém não mudam nada:

- Não adotam nenhuma medida efetiva de satisfação do consumidor, usando paradigmas preconceituosos para evitar avanços e modernizações;
- Desenvolvem, através de negociações táticas, métodos para enfraquecer legislações e postergá-las ao máximo;
- Acham o consumidor um chato;
- O consumidor existe para comprar o que produzem e usar o seu serviço.

A dificuldade de interagir com os profissionais que incorporam essa cultura é a natureza das relações, pois o jogo não é claro, as regras são desconhecidas e ambíguas e negam sempre os conflitos de interesse.

A resposta da manipulação do ponto de vista da autora é a mais perversa, pois ela dissimula ao dizer que o cliente tem sempre razão, mas não toma nenhuma atitude coerente com essas frases vazias.

Na resposta cultural da passividade as preocupações da empresa ou ainda não estão direcionadas para a problemática do consumidor, ou deixam as decisões para os líderes de mercado. Algumas dessas empresas não consideram que as mudanças com a maior conscientização não lhe venham afetar, protegidas por um sentimento de superioridade. Às vezes são empresas que tiveram experiências desagradáveis com a pressão dos consumidores e preocupam-se com os aspectos legalistas e penais da defesa do consumidor mas não despertaram para as suas vantagens mercadológicas.

Na resposta cultural da adaptação ativa, dirigentes ou líderes conhecem o preço dos processos de mudança, tanto financeiros quanto emocionais, porém têm maior flexibilidade e aceitam o desafio. Procuram antecipar-se às mudanças para ter mais tempo de adaptação e embora tenham mais plasticidade para se adaptar e corresponder às mudanças, em função de seus executivos, trazem também representantes das culturas confrontadora, manipuladora e passiva.

Além disso, as empresas que quiserem permanecer no mercado, precisam dar um primeiro passo em relação ao consumidor, abrindo suas portas, diminuindo a intransigência, atendendo suas solicitações.

Essa movimentação em direção ao Movimento da Qualidade e valorização do cliente (não somente suas conquistas legais) provocam dentro da empresa um choque cultural muito grande e por vezes chegam a inviabilizar um sistema de melhoria contínua. Neste mundo globalizado com o conhecimento e técnicas de expansão e crescimento muito rápidas, a empresa não consegue absorver os impactos das constantes, mas necessárias, mudanças.

Segundo SENGE (1995, p.4-55), a única maneira de uma organização não sofrer tanto com impactos causados pelas mudanças é desenvolver uma organização que aprende, baseando-se em cinco disciplinas de aprendizado que são: maestria pessoal, modelos mentais, visão compartilhada, aprendizado em equipe e pensamento sistêmico. Através da prática dessas cinco disciplinas de aprendizado, pode-se melhorar a qualidade, alcançar um desempenho superior, satisfazer os clientes, alcançar uma vantagem competitiva e administrar as mudanças.

Para o autor, de uma certa maneira, todos os hospitais são "hospitais de ensino" mesmo que não treinem médicos e enfermagem, pois eles se vêem guardiães e professores de segredos valiosos acerca da saúde para seus "clientes". Mas as informações só passam em um sentido: o hospital não tem um

meio formal de aumentar seu próprio entendimento das pessoas próximas e de suas necessidades. Um hospital que aprende pode ser diferente de um hospital que ensina, pois estaria aberto a novas soluções mais participativas de forma a aceitar que existem outras formas de assistência que podem e precisam ser incorporadas.

Desta maneira, o hospital deve buscar respostas, sendo que algumas junto a seus clientes, que é o objetivo deste trabalho. Para JURAN (1992, p.73-115), como já foi dito, a melhor forma de reconhecer as necessidades de um cliente é sendo um deles. Esta é sempre uma prática segura no direcionamento das ações voltadas aos clientes.

De qualquer maneira, segundo ZÜLZKE (1990, p.54) sempre haverá consumidores negligentes, aproveitadores, impulsivos e imaturos. Para esses a empresa tem como desenvolver mecanismos próprios de defesa e responsabilidade. No entanto, sempre existirão empresas confrontadoras que não desejam o desenvolvimento do mercado e que apostam na paralisia da sociedade, debilitam a economia e aproveitam a fragilidade das instituições. Para essas o direito do consumidor não existe e tampouco o diálogo, restando-lhes apenas o recurso da lei e a exclusão do mercado.

6.2 EM RELAÇÃO AOS RESULTADOS DA PESQUISA

O Hospital Universitário Evangélico de Curitiba ocupa um importante papel para a comunidade local e vizinha, como pode ser visto pelo seu movimento de atendimento no capítulo específico. Através desta pesquisa por amostragem pode-se destacar alguns aspectos importantes de sua clientela e que poderiam ser assim resumidos:

a) Em relação à clientela que pertence ao Sistema Único de Saúde (SUS):

- eles constituem a maioria dos pacientes (76,34%);
- provêm em geral do P.S. (49,83%) e de consultórios (25,17%);
- não estiveram internados anteriormente no hospital (68,83%);
- retornam muitas vezes para continuação do tratamento (62,16%);
- têm um conhecimento relativo de sua doença (34,14% erraram nas respostas confrontadas com o prontuário médico);
- conhecem pouco seu médico (28,11% não sabem quem é o seu médico e dos 71,89% que achavam que sabiam, 27,4% erraram na resposta);
- são pouco exigentes, possuindo os menores índices de insatisfação com os serviços, refletidos nas respostas “regular” e “ruim” (o menor de 1,50% em relação aos médicos e o maior de 6,84% em relação à nutrição);
- possuem boa imagem do serviço (87,65% acham o serviço ótimo sendo que aproximadamente 12,75% acham que deveria melhorar em algum item);
- possuem renda familiar de 2 a 5 s.m. (54,17%);
- têm em geral apenas o primeiro grau incompleto (66,69%).

b) em relação aos pacientes com algum tipo de convênio:

- é um contingente respeitável de 21,63%;
- provêm, em sua maioria, de consultórios médicos (49,40%);
- são os que mais retornam ao serviço (47,65%);
- não são muito esclarecidos a respeito de sua doença (36,59% erraram quando tiveram suas respostas confirmadas no prontuário médico, mais do que os pacientes do SUS);
- sabem o nome de seus médicos (89,4%);

- têm um número relativo de queixas (variando entre a menor 1,78% em relação à equipe médica e um empate de 10,00% em relação ao serviço de limpeza e internamento);
- 72,19% atribuíram nota “ótimo” para os serviços e 45,88% detalharam sobre itens que devem ser melhorados;
- a renda familiar da maioria é distribuída entre 2 e 10 s.m. (72,94%).
- o nível de escolaridade é baixo (40,24% não possuem o primeiro grau completo).

c) em relação aos pacientes particulares:

- são a minoria (2,03%);
- provêm dos consultórios médicos em sua maioria (50,00%) e do P.S. (31,25%);
- em geral nunca usaram os serviços do hospital (75,00%);
- quando retornam o fazem por motivos inespecíficos (25,00% cada motivo);
- são os que mais sabem sobre sua doença (75%);
- são críticos em relação aos serviços (31,25% acham o serviço bom ou regular);
- possuem grande número de queixas (ruim para nutrição e limpeza com 6,25% cada, e regular variando entre 6,25% para a enfermagem, internamento e hotelaria e 6,67% para o serviço médico);
- é o que mais detalha sua insatisfação (56,25%);
- é o de maior renda (37,5% ganham mais de 20 s.m.);

- é o que tem a escolaridade menos regular (25,00% primeiro grau incompleto, 31,25% segundo grau completo e 25,00% terceiro grau completo).

Alguns aspectos se destacaram na pesquisa, como o detalhamento das queixas dos pacientes em relação à repetição significativa do item a) banheiro (68 pessoas ou 31,63% do total de queixas) que foi detalhado uma segunda vez; b) enfermagem (26 pessoas ou 12,09% do total de queixas) e c) internamento (19 pessoas ou 8,84% do total de queixas). O que se conclui em um segundo detalhamento sobre os banheiros é que a maior queixa é chuveiro frio (35,00%) e a enfermagem é a falta de educação (34,00%) demonstrando que o paciente gosta de ser bem atendido, de conforto e de ser bem tratado.

Em geral os pacientes têm muito boa impressão e não questionam aspectos técnicos ou profissionais, mas sim aspectos humanitários do atendimento e foram extremamente colaborativos ao responderem os questionários demonstrando boa vontade, participando através de sugestões.

Algumas questões levantadas durante a realização deste estudo originaram recomendações que, por abordarem aspectos importantes ao planejamento do atendimento ao paciente, poderiam orientar decisões descritas a seguir:

1. Ênfase nos serviços de emergência pois respondem por 46,30% dos internamentos, sendo essencial que ele tenha uma primeira impressão favorável da empresa.

2. Ênfase no corpo médico pois se constituem em um marketing natural da empresa. No primeiro internamento, dentre os 334 pacientes que escolheram o hospital (não foi de emergência) 193 (57,78%) afirmaram que o fizeram porque seus médicos são do corpo clínico do hospital (20,06%) ou porque tiveram indicação de tratamento considerando o HUEC como referência para vários

serviços médicos (37,72%). Dos 119 pacientes que retornaram ao hospital por outros motivos que não a continuação do tratamento, 30 (25,21%) o fizeram porque os seus médicos pertencem ao corpo clínico da instituição.

3. Atenção para a humanização do atendimento, pois dentre os pacientes que apresentaram sugestões de itens a serem melhorados, destacam-se: a enfermagem mais educada (34,62%), melhora na recepção (8,84%) e demora no atendimento médico (4,65%).

4. Corrigir infra estrutura sobretudo em relação aos banheiros (31,63%).

5. Ênfase no paciente, em suas exigências e expectativas, pois pode-se observar que existem desinformação sobre a doença (36,47%) e desinformação sobre o médico (38,84%).

6. Aprofundar pesquisa em relação aos motivos do retorno dos pacientes particulares pois tendem a não se explicarem bem (25,00% não especificam os motivos do retorno e outros 25,00% não têm outra opção).

7. Verificar os motivos pelos quais 25,00% dos pacientes particulares possuem renda familiar de 2 a 5 s.m. sabendo-se que esta é uma porcentagem alta em relação ao preço do serviço particular (como sugestão talvez a falta de vagas, eles continuam o tratamento passado o período crítico? Existe inadimplência?).

Finalmente, este estudo demonstra através dos resultados obtidos que o paciente, sendo o cliente a ser atendido, pode contribuir e muito para o desenvolvimento de uma assistência humanitária, eficiente e integrada. Ele (o paciente) constitui valiosa fonte de informação para a administração do hospital e para os que tratam de sua saúde, visando atender as suas expectativas.

6.3 EM RELAÇÃO AO ENSINO

As funções de um hospital padronizadas pela OMS já descritas neste trabalho por MIRSHAWKA (1994) estão compostas por quatro funções tidas como básicas que são: restaurativa, preventiva, ensino e de pesquisa. Ainda neste trabalho pode-se ver segundo SENGE (1995) que todos os hospitais são hospitais de ensino mesmo que não tenham oficialmente esta atribuição.

O que se destaca é que a própria natureza do cuidar de alguém é atividade cuja essência é educativa. Isto se percebe quando se ensina nos ambulatórios ou quando apenas se explica ao paciente sobre sua doença tudo o que ele deve aprender sobre o auto-cuidado. Então as equipes de saúde além de cuidadoras são professoras pois ensinam para os seus pacientes as maneiras de promover o seu auto cuidado e este é repassado para a família, parentes e terceiros de forma que é muito comum informações sobre doenças, medicações e procedimentos médicos em geral.

Dentro de um hospital de ensino a responsabilidade do ensinar é maior pois não é complementar mas essencial ao desenvolvimento acadêmico de todos aqueles que se utilizam dele como campo de estágio para complementar sua formação e dali vão se transformar em profissionais cuja qualidade de trabalho depende quase que exclusivamente da eficiência de sua formação escolar podendo influir diretamente na qualidade da saúde da população que ele vai atender.

O HUEC possui 117 residentes de 22 especialidades médicas e alunos de nível médio de enfermagem dentro das instalações do hospital aprendendo e produzindo pois como pode-se notar nos gráficos de cirurgias, por exemplo, o volume de pacientes/mês operados é de aproximadamente 1.800 pacientes, o que significa 60 cirurgias/dia, sem contar os atendimentos de Pronto Socorro e Ambulatórios igualmente significativos como pode-se notar nos gráficos

apresentados. Isto significa que além dos alunos aprenderem eles se constituem em grande força de trabalho pois geram muitos atendimentos naturalmente supervisionados por professores, preceptores ou os próprios profissionais que ali atuam e que desenvolvem tarefa dupla: de assistir e ensinar.

Para os funcionários e profissionais que ali trabalham assistir é tarefa de ordem, estão preparados tecnicamente e o fazem com esmero, mas a tarefa de ensinar é pouco incorporada dentro de suas atividades o que as vezes dificulta o aprendizado dos vários grupos de estagiários que usam o serviço como campo de estágio, o que leva a organização a ter que trabalhar junto ao grupo efetivo do serviço a questão do ensino sempre como objetivo principal do serviço, no intuito de predispor os profissionais a atuarem também como agentes educadores e formadores de opinião.

Neste caso a função dos dirigentes de hospitais escolas é dupla : garantir a qualidade da assistência e garantir a qualidade dos profissionais que são ali formados. Não se trata de tarefa simples pois para o primeiro caso há que se controlar incessantemente os profissionais que ali atuam, reciclando e avaliando de forma a se obter atendimento de boa qualidade e de forma que eles, apenas com sua atuação possam espelhar a filosofia da empresa e influir através de bons exemplos na formação profissional. No segundo caso há que se preocupar em manter sempre equipamentos e procedimentos atualizados, de maneira que o ensino e o aprendizado estejam em conformidade com técnicas de ponta essenciais para garantir a qualidade de seus alunos, dando-lhes não expectativas falsas em relação às suas profissões mas, expectativas mais realistas em relação as suas possibilidades e à própria situação da saúde no Brasil.

A Qualidade mais objetivada pelos alunos e profissionais da saúde é a Qualidade clínica descrita por MIRSHAWKA (1994) e utilizada como referencial

de qualidade de atendimento, porém a qualidade voltada para o paciente e a qualidade econômica não são muito conhecidas pelos que atuam nas instituições de ensino como pode-se evidenciar em várias etapas da pesquisa. Como exemplo pode-se citar a desinformação com a doença (36,64%), desinformação sobre o médico (38,84%), enfermagem mais educada (34,62% dos pacientes que apresentaram sugestões), demora no atendimento médico (4,65% dos pacientes que apresentaram sugestões), melhora na recepção (8,84% dos pacientes que apresentaram sugestões) e outros itens que mostram que a qualidade voltada para o cliente como atenção, cuidado, comunicação e preocupação são pouco exploradas.

O papel dos profissionais que atuam nos serviços hospitalares é de suma importância para se obter um ensino e um atendimento de qualidade, não somente a qualidade clínica mas a qualidade voltada para o cliente, teoricamente um modelo bem novo de atendimento a ser incorporado no ensino como um modelo mais humanizado e mais de acordo com os tempos modernos e as conquistas dos clientes. Só a instituição de ensino pode criar mecanismos que revertam o quadro através da incorporação aos conteúdos técnicos de modelos de atenção mais humanizados e voltados para as necessidades dos clientes caso contrário, corre o risco de ficar muito defasada em relação à concorrência, que não existia mas que hoje é um fantasma que ronda toda e qualquer instituição inclusive as de serviços médicos e de ensino.

Neste ponto o resultado das pesquisas pode despertar naqueles que elaboram currículos, conteúdos e orientam professores e alunos um interesse maior pela opinião dos pacientes como ponto de partida para se manter sempre a assistência e o ensino em sintonia e se obter um modelo que reflita a real necessidade dos clientes, fazendo um ciclo de aprendizado como : 1) a aluno traz novidades da escola, 2) estas novidades são assimiladas pelos profissionais, 3)

acrescenta-se às novidades o conhecimento prático,4) as novidades assimiladas são repassadas aos pacientes em forma de atendimento,5)este atendimento é copiado e melhorado por outros alunos e profissionais,6) maior satisfação e resultados para o paciente e a instituição pode ser sempre reorientada como referencial de ensino.

6.4 EM RELAÇÃO A GESTÃO DE HOSPITAIS DE ENSINO

O que preocupa muitos os serviços médicos atualmente é a questão dos altos custos do setor. Como já foi citado por BERWICK (1994), os serviços de saúde vivem um momento onde a tecnologia é avançada mas disponível para poucos pelo seu alto custo o que levou ao questionamento da chamada "autonomia profissional". Este questionamento pode ser subsidiado pelo conceito de qualidade econômica descrito por MIRSHAWKA(1994) como a qualidade orientada para as finanças que é um componente muito novo dentro dos serviços de saúde mas que têm decidido pela sua sobrevivência.

As escolas com sua soberania técnica não têm por hábito perguntar ao paciente sobre suas impressões ou sua opinião sobre seu tratamento. Até então apenas os hospitais particulares que sempre tiveram a saúde apenas como um negócio perguntavam ao paciente sobre sua opinião sobre os vários aspectos do seu tratamento e faziam correções. Porquanto os motivos não eram de caráter humanitário ainda assim os resultados beneficiavam os pacientes pois suas reclamações eram atendidas.

Os hospitais de ensino tiveram que amargar longa espera pois se constituem, na sua maioria organismos públicos cada vez mais sucateados e sem verbas arriscando não só o ensino mas o próprio caráter assistencial da instituição.

A modernidade veio arrastada pela necessidade de fazer melhor com poucos recursos e recursos alternativos como misturar pacientes com convênios de grupo e particulares e equilibrar despesas para se manter um ensino cuja qualidade está em constante questionamento pela população e a própria comunidade acadêmica da área médica.

Esta miscelânea de “categorias” trouxe muitos benefícios como o aumento das exigências dos pacientes, maior flexibilidade das equipes e renovação de valores tanto de atendimento quanto do ensino. O despertar para o paciente ainda está demorando mas não tardará a acontecer neste ritmo somente observando os resultados desta pesquisa onde o paciente está mais crítico chamando a atenção sobre os aspectos humanitários de seu atendimento, como por exemplo o médico se identificar ou dizer ao paciente claramente qual é o seu problema.

Para NOGUEIRA (1996) toda a filosofia da gestão pela qualidade está baseada no controle dos processos de forma a localizar mais facilmente seus problemas e agir sobre a causa fundamental, sendo que controlar seria detectar os problemas, analisar as causas e atuar sobre elas atingindo os objetivos esperados. Através desta pesquisa, os gestores do HUEC podem localizar mais facilmente os problemas, analisá-los e criar instrumentos para agir sobre eles como por exemplo: nova orientação educacional (mais orientada para os clientes), melhor orientação profissional (atendimento mais humanizado e voltado para o ensino), corrigir problemas de infra-estrutura (banheiros principalmente), atender diferentemente os pacientes respeitando suas necessidades de idade, grau de escolaridade e com os diferentes perfis de pacientes (particulares, SUS e de convênios) e assim influir e orientar a gestão dos hospitais de ensino cuja função básica pode ser resumida em assistir ao paciente e formar mão-de-obra capacitada para fazê-lo.

7 CONCLUSÕES

Após revisão teórica sobre o assunto da qualidade, do ensino, do modelo hospitalar usado como campo de estudo e pelos resultados das pesquisas propriamente ditas pode-se concluir que:

1. Foi conhecida a opinião dos pacientes internados em relação ao atendimento prestado pelos diversos serviços dentro do hospital separadamente e esta revelou perfis diferentes (e com exigências diferentes) conforme a categoria do paciente internado (SUS, convênio ou particular). Como por exemplo, os pacientes internados através do SUS se apresentaram menos exigentes que aqueles internados através de convênios ou de forma particular, os quais detalharam mais os itens a serem melhorados e se revelaram mais críticos em relação aos serviços. Os pacientes particulares e conveniados demonstraram conhecer mais seus médicos e os pacientes do SUS conhecer mais suas doenças.

2. Os pontos fortes e fracos do hospital levantados na pesquisa podem ser sucintamente descritos como: a) fortes: os pacientes têm boa impressão sobre o hospital e sobre a maioria dos serviços; retornam ao hospital quando precisam; b) fracos: os pacientes poderiam ser mais esclarecidos sobre sua doença e seu médico; os pacientes ainda sugerem melhorias em itens básicos como falta de educação da enfermagem, demora no atendimento ou chuveiro frio.

3. O resultado mais relevante deste trabalho é justamente o importante instrumento de gestão no qual ele se revelou. A pesquisa mostrou, como um dos principais pontos, que o paciente quer e precisa de um atendimento mais humanizado, confirmando outras pesquisas relatadas por MIRSHAWKA (1994) cujas conclusões são de que um bom hospital precisa ter alguns atributos como: dar atenção ao paciente, ter responsividade, ter bons médicos, bom serviço de enfermagem, boa reputação, equipamentos modernos, limpeza, comida adequada, atendimento rápido e contas corretas.

ANEXOS

ANEXO 1
Instrumento de Pesquisa

Pesquisa de Opinião

01-Data ___/___/___

02-Unid. Int. _____

03-Categoria: 1() SUS

2() Convênio

3() Particular

04-Data de admissão: ___/___/___

05-Data de Nasc.: ___/___/___

06-Origem:

1() P.S.

2() Amb.

3() Cons. Méd. 4() Outro Hosp.

5() Outro Estado

07-Já esteve internado neste hospital? () Sim () Não

08-Respondente: 1() Paciente

2() Pais do paciente

3() Outro

09-Caso esteve, qual o motivo do retorno?

1 () Continuação do tratamento

2 () O meu médico é daqui

3 () Gosto do hospital

4 () Não tenho outra opção

5 () Outros

10- Caso não esteve, porque escolheu este hospital?

1 () Foi uma emergência (acidente)

2 () Meu médico é daqui (indicação médica)

3 () Indicação de tratamento (referência)

4 () Por indicação de amigos e familiares

5 () Pela central de vagas

6 () Outros

11-Você conhece sua doença ou sabe porque internou?

() Sim

() Não

12-Qual o nome da sua doença?

_____ () Não sei

() Correto

() Incorreto

13-Qual o nome do seu médico?

- _____ () Não sei
 () Correto () Incorreto

Na sua opinião:

- | | | | |
|---------------------------------|----------|--------------|-----------|
| 14-A equipe médica é: | 1() boa | 2() regular | 3() ruim |
| 15-A equipe de enfermagem é: | 1() boa | 2() regular | 3() ruim |
| 16-O serviço de nutrição é: | 1() boa | 2() regular | 3() ruim |
| 17-O serviço de hotelaria é: | 1() boa | 2() regular | 3() ruim |
| 18-O serviço de limpeza é: | 1() boa | 2() regular | 3() ruim |
| 19-O serviço de internamento é: | 1() boa | 2() regular | 3() ruim |

20-Qual nota você daria ao hospital como um todo? Numa escala de 0 a 10?

- 1() ótimo (10-9) 2() Bom (8-7) 3() Regular (6-5)
 4() Ruim (4-3) 5() Péssimo (2-0).

21-No que você acha que deve melhorar?

22-Renda familiar do respondente (em nº de salários mínimos)

- 1() até 1 s.m.
 2() de 2 a 5 s.m.
 3() de 6 a 10 s.m.
 4() de 10 a 20 s.m.
 5() mais de 20 s.m.

23-Nível de escolaridade (do respondente)

- 1() 1º grau incompleto
 2() 1º grau completo
 3() 2º grau incompleto
 4() 2º grau completo
 5() 3º grau incompleto
 6() 3º grau completo
 7() Pós-graduação

ANEXO 2
Dados Coletados

Codificação utilizada na planilha de dados:

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO DA VARIÁVEL	CÓDIGOS
N	Número do questionário	1 a 786
UN	Unidade de Internamento	Códigos do HUEC
CAT	Categoria	S=SUS, P=Particular C=Convênio
ADM	Data de admissão	---
NASC	Data de nascimento do paciente	---
ORIG	Origem do paciente	1 a 5
P7	Pergunta 07	S=sim N=Não
P8	Pergunta 08	1 a 3
P9	Pergunta 09	1 a 5
P10	Pergunta 10	1 a 6
P11	Pergunta 11	S=sim N=não
P12	Pergunta 12	S=preenchido N=não preenchido
R12	Resposta da pergunta 12	C=correta I=incorreta
P13	Pergunta 13	S=preenchido N=não preenchido
R13	Resposta da pergunta 13	C=correta I=incorreta
P14 a P19	Perguntas de 14 a 19	1 a 3
P20	Pergunta 20	1 a 5
P21	Pergunta 21	S=preenchido N=não preenchido
P22	Pergunta 22	1 a 5
P23	Pergunta 23	1 a 7

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ABUD, Rafael Angelo. **Muito prazer, sou um cliente global**. Revista Administração de Negócios. São Paulo, Informativo Semanal n. 16, 1994.
- 2 ALBRECHT, Karl. **A única coisa que importa**. São Paulo: Pioneira, 1993.
- 3 ANDRADE, Antonio. **Usando o cliente para mudar**. Revista Administração de Negócios. São Paulo, Informativo Semanal n. 02, 1995.
- 4 ANDRADE, Antonio. **Vale a pena investir no cliente**. Revista Administração de Negócios. São Paulo, Informativo Semanal n. 05, 1995.
- 5 **Aprenda a agradar o cliente**. Qualidade Total, maio/1995.
- 6 ARREDONDO, Victor. **El caso mexicano**. In: Documentos columbus sobre gestion universitária. Paris:UNESCO, 1993.
- 7 BALZAN, Newton Cesar; SOBRINHO, José Dias. **Avaliação institucional: teoria e experiências**. São Paulo: Cortez, 1995.
- 8 BARBIERI, Ugo Franco. **Serviços: uma mudança de cultura**. Revista Treinamento & Desenvolvimento, São Paulo, julho/93.
- 9 BERWICK, Donald M.; GODFREY, A. Blanton; ROESSNER, Jane. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e de saúde**. São Paulo: Makron Books, 1994.
- 10 BILTAR, Olímpio J. Nogueira. **Hospital Qualidade & Produtividade**. V.1. São Paulo: Sarvier, 1997.
- 11 BHOTE, Keki R. **O cliente na linha de frente**. Rio de Janeiro: Quality Mark, 1992.
- 12 BUCK, David Cluter; CLARK, Graham; ARMITEAD, Collin. **Serviço inspirado no cliente**. São Paulo: IMAM, 1994.
- 13 CAMPOS, Vicente Falconi. **TQC - Controle da qualidade total**. 2ª ed. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, 1992.
- 14 CARAVANTES, Geraldo R. CARAVANTES, Cláudia B.; BJUR, Wesley E. **Administração e qualidade: a superação dos desafios**. São Paulo: Makron Books, 1997.
- 15 CHIAVENNATO, Idalberto. **Teoria geral de administração**. v.I. São Paulo: Afiliada, 1993.
- 16 CIANCIARULLO, Tamara Ivanow. **C & Q teoria e prática em auditoria de cuidados**. São Paulo: Ícone, 1997.

- 17 COGAN, Samuel. **Administração de negócios - tempo de espera nas filas e satisfação dos clientes.** Revista Treinamento & Desenvolvimento, São Paulo, Informativo Semanal nº 48, 1996.
- 18 COTRIM, Claudete Pauletti. **Crise é criar, informar, sensibilizar e evoluir.** Treinamento & Desenvolvimento, São Paulo, fev.1994.
- 19 CROSBY, Philip. **Quality is free.** New York:MacGraw-Hill,1979.
- 20 CUEVAS,O. **Enfoques de la planeacion universitária.** In: MARQUIS, C. Planeamiento universitário en América Latina. México.(DF): UDAL, 1988.
- 21 DEMING, W. E. **Qualidade: a revolução da administração.** Rio de Janeiro: Marques - Saraiva, 1990.
- 22 DEMO, Pedro. **Avaliação qualitativa.** 5.edição. Campinas.SP: Autores Associados, 1995.
- 23 DIMITROV, Pedro. **Novos enfoques sobre a gestão de pessoal.** O domínio da transição para o século XXI. São Paulo: Frôntis Editorial, 1997.
- 24 DIX, Luís. **Quando todo cuidado é pouco.** Marketing & Negócios, São Paulo, n.12, jun. 1993.
- 25 FUSCO, José Paulo Alves. **Comportamento do consumidor versus estratégias de operações. A ponte cliente-empresa.** Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v.35, n.4, jul/ago.1995.
- 26 GARDNER, John W. **Liderança.** Rio de Janeiro: Record, 1990.
- 27 GARVIN, David. **Gerenciando a qualidade: a visão estratégica e competitiva.** Rio de Janeiro: Quality Mark, 1992.
- 28 GIANGRANDE, Vera; FIGUEIREDO, José Carlos. **O cliente tem mais do que razão: a importância do ombudsman para a eficácia empresarial.** São Paulo. Editora Gente, 1997.
- 29 GOLDEN CROSS. **Gestão pela qualidade total.**
- 30 GREEN, Cynthia. **Os caminhos da qualidade.** São Paulo: Makron Books,1995.
- 31 HART, Christopher W.L.; Christopher E.; BALDRIGE, Bogan. **O que é o prêmio Baldrige e o que representa para as empresas.** São Paulo: Makron Books, 1994.
- 32 HESKETH, José Luiz. **Desenvolvimento organizacional.** São Paulo: Atlas, 1977.
- 33 HOROVITZ, Jacques. **Qualidade de serviço.** São Paulo: Nobel, 1993.
- 34 JURAN, J. M. **A qualidade desde o projeto: novos passos para o planejamento da qualidade em produtos e serviços.** São Paulo: Pioneira,1992.

- 35 LOBOS, Júlio. **Encantando o cliente**. São Paulo: J. Lobos, 1993.
- 36 MIRSHAWKA, Victor. **Criando valor para o cliente**. São Paulo: Mackron Books, 1993.
- 37 _____. **Hospital fui bem atendido, a vez do Brasil**. São Paulo: Makron Books, 1994.
- 38 MOLLER, Claus. **O serviço do consumidor é um produto**. Treinamento & Desenvolvimento. São Paulo, nov. 1994.
- 39 MOTA, Eliane Viegas; RIBEIRO, José Luis Duarte; RUAS, Roberto Lima. **Sistema de garantia da qualidade em hospitais: um estudo de caso**. 1996.
- 40 MOURA, Barata J. **Avaliação das universidades: um debate necessário**. S.L., s.n.
- 41 NOGUEIRA, Luiz Carlos Lima. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, 1996.
- 42 OAKLAND, J. S. **Gerenciando pela qualidade total**. São Paulo: Nobel, 1994.
- 43 REIS, Luís Filipe Souza Dias; OLIVEIRA, José Francisco de. **Como estabelecer as bases da qualidade total e encantar os clientes com os serviços prestados**. São Paulo: Érica, 1997.
- 44 SANTANA, J. Paranaguá de. **A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta**. Publicado em Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário. Projeto Gerus/Ministério da Saúde, Fundação Nacional da Saúde. Brasília; Fundação Nacional de Saúde, 1995. Ministério da Saúde GERAS Grupo Executivo da Reforma Administrativa do Ministério da Saúde, 1993. Secretaria de Administração Geral Brasília, DF.
- 45 SCHWARTZMAN, Simon. **El caso brasileño**. In: Documentos columbus sobre gestion universitária. Paris: UNESCO, 1993.
- 46 SENGE, Peter et al. **A quinta disciplina**. Caderno de campo. Rio de Janeiro: Quality Mark, 1995.
- 47 STONER, James A. F.; FREEMAN, R. Edward. **Administração**. 5ª ed. Rio de Janeiro: PHB, 1995.
- 48 VASSALO, Cláudia. **Cientes a beira de um ataque de nervos**. Exame, São Paulo, mar. 1993.
- 49 ZÜLKE, Maria Lúcia. **Abrindo a empresa para o consumidor**. 3. ed. Rio de Janeiro: Quality Mark, 1991.
- 50 WHITELEY, Richard C. **A empresa totalmente voltada para o cliente**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.