

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO**

LUIZ CLÁUDIO SAMPAIO MENDES

**PROPOSTA METODOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO
PROCESSO DE ATENDIMENTO EM SETORES DE “PORTA DE ENTRADA” DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU**

CURITIBA

2011

LUIZ CLÁUDIO SAMPAIO MENDES

**PROPOSTA METODOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO
PROCESSO DE ATENDIMENTO EM SETORES DE “PORTA DE ENTRADA” DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração - PPAD da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Luiz Carlos Duclós, Ph. D.

CURITIBA

2011

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

M538p
2011

Mendes, Luiz Cláudio Sampaio
Proposta metodológica para avaliação da qualidade do processo de atendimento em setores de “porta de entrada” do Hospital Universitário Cajuru / Luiz Cláudio Sampaio Mendes ; orientador, Luiz Carlos Duclós . – 2011.
105 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2011
Bibliografia: f. 89-94

1. Hospitais – Serviços ao cliente. 2. Gestão da qualidade total. 3. Hospital Universitário Cajuru. 4. Planejamento estratégico. I. Duclós, Luiz Carlos. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Administração. III. Título

CDD 20. ed. – 658

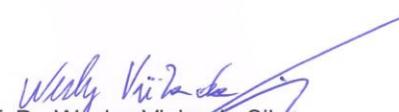
TERMO DE APROVAÇÃO

**PROPOSTA METODOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO
PROCESSO DE ATENDIMENTO EM SETORES DE “PORTA DE ENTRADA”
DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU**

Por

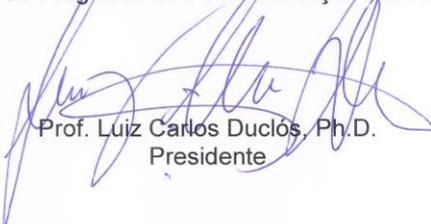
LUIZ CLÁUDIO SAMPAIO MENDES

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Administração, área de concentração em Administração Estratégica, do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

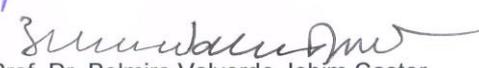


Prof. Dr. Wesley Vieira da Silva

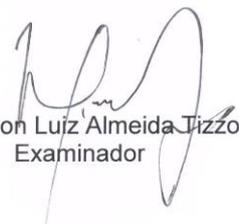
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Administração



Prof. Luiz Carlos Duclós, Ph.D.
Presidente



Prof. Dr. Belmiro Valverde Jobim Castor
Examinador



Dr. Edison Luiz Almeida Jizzot
Examinador

Este trabalho é dedicado à Lúcia Helena, minha esposa, fibra de guerreira, pelo incentivo, por compartilhar conhecimentos e pela força nos momentos de desânimo.

Ao Alexandre, filho querido, por representar a minha melhor parte e me fazer acreditar que o futuro é agora.

À minha mãe, por sua admirável presença.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me permitir estar vivo, lúcido e produtivo.

À minha esposa Lúcia Helena, pelo companheirismo, amor, incentivo e por compartilhar momentos alegres e difíceis no decorrer de mais esta etapa na vida.

À minha mãe, por seu amor inabalável, generosidade e apoio para que eu realizasse esta fase com sucesso.

Ao meu pai e à minha irmã, *in memoriam*, sempre vivos no meu coração.

Ao meu filho Alexandre que com sua vigorosa juventude restaura minha vida.

Ao meu orientador, pesquisador e amigo Professor Luiz Carlos Duclós, pela confiança, amizade, atenção dispensada e pela provocação constante que me facilitou aprender durante a realização deste trabalho.

Aos membros da banca e aos professores do PPAD – Programa de Pós-Graduação em Administração da PUCPR, pelos ensinamentos transmitidos.

Aos colaboradores da secretaria do PPAD pelo auxílio e amizade no decorrer do curso.

Aos colegas do mestrado que contribuíram para mais uma etapa de minha vida acadêmica.

Ao Gerente Geral e à Coordenação de Internação do Hospital Universitário Cajuru por acatarem a execução da pesquisa.

Aos colaboradores dos setores de “porta de entrada” do Hospital Universitário Cajuru que gentilmente cooperaram para a realização da pesquisa.

A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para a concretização deste estudo.

RESUMO

O início do processo de relacionamento entre o usuário e a organização hospitalar é realizado por profissionais que orientam e encaminham aos setores assistenciais e atuam nos setores denominados “porta de entrada” dos serviços hospitalares. A qualidade dos serviços prestados deve ser medida no confronto das perspectivas do que esse usuário percebe e espera para se obter um resultado positivo para as partes envolvidas. A qualificação dos profissionais no desempenho das atividades interfere diretamente na qualidade dos serviços prestados e nos custos para a organização. O objetivo deste estudo foi propor uma metodologia para avaliar a qualidade do processo de atendimento nos setores de “porta de entrada” do Hospital Universitário Cajuru. A metodologia do estudo foi desenvolvida em quatro etapas distintas: a definição do processo crítico, a construção dos formulários de entrevistas, a coleta e a análise dos dados. Para elaborar a proposta dos indicadores foram observadas as etapas definidas na metodologia com a caracterização da instituição, a identificação e análise do processo de atendimento nos setores de “porta de entrada” e a identificação da existência de indicadores para avaliar a qualidade do processo de atendimento nos setores de “porta de entrada” do hospital. A proposta de avaliação com foco no processo de atendimento nos setores de “porta de entrada” contemplou as perspectivas do modelo do *Balanced Scorecard*. Como resultados foram propostos oito indicadores de desempenho para avaliar a qualidade do processo de atendimento nos setores de “porta de entrada” do Hospital Universitário Cajuru. Os indicadores contemplaram três perspectivas do *BSC*, sendo um indicador na perspectiva dos clientes, quatro indicadores na perspectiva de processos internos e três indicadores na perspectiva de aprendizado e crescimento.

Palavras-chave: *Balanced Scorecard*. Qualidade do Atendimento. Setores de “Porta de Entrada”.

ABSTRACT

The beginning of the relationship between the user and the hospital organization is performed by professionals who guide and refer to the sectors of assistance and operate in the so-called "entrance" for hospital services. The quality of these services should be measured in the clash of perspectives than the user perceives and expects to achieve a positive outcome for all involved parts. The qualification of these professionals on the performance of the activities directly affects the quality of the services and the costs for the organization. The aim of this study was to propose a methodology to evaluate the quality of the attendance procedures of the sectors of the "entrance" of the Cajuru University Hospital. The methodology of the study was developed in four distinct phases: the definition of the critical trial, the construction of interviewing forms, the collecting and evaluating data. To prepare the proposal of the indicators was observed the steps defined in the methodology with the characterization of the institution, the identification and the analysis of the attending process in the sectors of the "entrance" and the identification of the existence of indicators to evaluate the quality of the care process in the sectors of the "entrance" of the hospital. The proposed evaluation focused on process of care in the sectors of the "entrance" model contemplated the perspectives of the Balanced Scorecard. As results were proposed eight performance indicators to evaluate the quality of the care process in the sectors of the "entrance" of the Cajuru University Hospital. The indicators have covered three perspectives of BSC, one who indicates the customers' perspective, four indicators in the perspective of internal procedures and three indicators from the perspective of growth and learning.

Keywords: *Balanced Scorecard*. Quality of the attendance. Sectors of the "entrance".

LISTA DE ABREVIATURAS

ANS	- Agência Nacional de Saúde Suplementar
ASSEPAS	- Associação das Entidades Paranaenses de Autogestão
BSC	- <i>Balanced Scorecard</i>
CCIH	- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CFM	- Conselho Federal de Medicina
CME	- Central de Material Esterilizado
FNQ	- Fundação Nacional da Qualidade
ISO	- <i>International Standardization for Organization</i>
ONA	- Organização Nacional de Acreditação
PNQ	- Prêmio Nacional da Qualidade
PROPASS PLUS	- Programa Paranaense de Avaliação em Serviços de Saúde
RECONV	- Recepção de Convênios
RECICONV	- Recepção de Internação de Convênio
RECIEL	- Recepção da Internação Eletiva
RECIEM	- Recepção da Internação de Emergência
RECPA	- Recepção do Pronto Atendimento
RECPS	- Recepção do Pronto Socorro
RECSUS	- Recepção do Sistema Único de Saúde
SADT	- Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia
SND	- Serviço de Nutrição e Dietética
UNIDAS	- União das Entidades de Autogestão em Saúde do Paraná

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Áreas assistenciais e estrutura de apoio administrativo, logístico e técnico.....	23
Figura 2 - O ciclo PDCA	34
Figura 3 - Perspectivas do <i>BSC</i>	38

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos colaboradores do HUC nos setores de “porta de entrada” por área de atuação - fev/2011.....	62
Gráfico 2 - Distribuição dos colaboradores do HUC nos setores de “porta de entrada” por grau de instrução - fev 2011	63
Gráfico 3 - Distribuição dos colaboradores do HUC nos setores de “porta de entrada” por horário de trabalho - fev 2011	63
Gráfico 4 - Distribuição dos colaboradores do HUC nos setores de “porta de entrada” por turno de trabalho - fev 2011	64

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação das organizações hospitalares	22
Quadro 2 - Algumas ferramentas de avaliação interna.....	35
Quadro 3 - Atributos necessários para os indicadores.....	44
Quadro 4 - Sequência lógica para construção dos indicadores	44
Quadro 5 - Distribuição dos respondentes de acordo com os formulários de entrevistas	51
Quadro 6 - Características do HUC	52
Quadro 7 - Recursos assistenciais e serviços de apoio diagnóstico e terapia do HUC	53
Quadro 8 - Recursos humanos disponíveis do HUC	53
Quadro 9 - Indicadores utilizados no HUC	55
Quadro 10 - Respostas do gerente às perguntas da categoria recursos humanos dos setores de “porta de entrada” do HUC	57
Quadro 11 - Respostas do gerente às perguntas da categoria recursos físicos dos setores de “porta de entrada” do HUC	58
Quadro 12 - Respostas do gerente às perguntas da categoria recursos materiais e tecnologia da informação dos setores de “porta de entrada” do HUC.....	59
Quadro 13 - Respostas do gerente às perguntas da categoria normas e rotinas dos setores de “porta de entrada” do HUC	59
Quadro 14 - Respostas do gerente às perguntas da categoria indicadores administrativos dos setores de “porta de entrada” do HUC.....	60
Quadro 15 - Respostas dos colaboradores às perguntas da categoria recursos humanos dos setores de “porta de entrada” do HUC.....	65
Quadro 16 - Respostas dos colaboradores às perguntas da categoria recursos físicos dos setores de “porta de entrada” do HUC.....	67
Quadro 17 - Justificativa dos entrevistados à resposta negativa para a pergunta número 13...67	
Quadro 18 - Justificativa dos entrevistados à resposta negativa para a pergunta número 14...68	
Quadro 19 - Respostas dos colaboradores às perguntas da categoria recursos materiais e tecnologia da informação dos setores de “porta de entrada” do HUC	69
Quadro 20 - Respostas dos colaboradores às perguntas da categoria normas e rotinas administrativas dos setores de “porta de entrada” do HUC.....	70
Quadro 21 - Indicadores utilizados no HUC adaptados às perspectivas do <i>BSC</i>	73
Quadro 22 - Indicadores estratégicos de desempenho dos setores de “porta de entrada” de acordo com as perspectivas do <i>BSC</i>	75
Quadro 23 - Ficha técnica do indicador 1 - Tempo Médio de Espera no Atendimento.....	77
Quadro 24 - Ficha técnica do indicador 2 - Média de Atendimento por Colaborador na Recepção.....	78
Quadro 25- Modelo de avaliação do atendimento em painel eletrônico	79
Quadro 26 - Ficha técnica do indicador 3 - Grau de satisfação do usuário na recepção.....	79
Quadro 27 - Ficha técnica do indicador 4 - Percentual de colaboradores treinados no setor de “porta de entrada”	80
Quadro 28 - Ficha técnica do indicador 5 - Número de horas de treinamento dos colaboradores do setor de “porta de entrada”.....	81
Quadro 29 - Ficha técnica do indicador 6 - Taxa de faturas glosadas do setor de “porta de entrada”.....	82
Quadro 30 - Ficha técnica do indicador 7 - Valor de faturas glosadas do setor de “porta de entrada”.....	82

Quadro 31 - Ficha técnica do indicador 8 - Taxa de rotatividade dos setores de “porta de entrada”	83
Quadro 32 - Sugestão de implementação de indicadores nas recepções dos setores de “porta de entrada”	84

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA.....	17
1.2 PERGUNTA DE PESQUISA.....	17
1.3 PRESSUPOSTO.....	18
1.4 OBJETIVOS.....	18
1.4.1 Objetivo geral.....	18
1.4.2 Objetivos específicos.....	18
1.5 JUSTIFICATIVA.....	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
2.1 ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR.....	20
2.2 PORTA DE ENTRADA.....	24
2.3 QUALIDADE EM HOSPITAIS.....	26
2.4 FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE.....	30
2.4.1 Ferramentas de Avaliação Externa.....	30
2.4.1.1 Acreditação Hospitalar.....	30
2.4.1.2 <i>International Standardization for Organization</i> - ISO.....	32
2.4.1.3 Prêmio Nacional da Qualidade - PNQ.....	32
2.4.1.4 Programa Paranaense de Avaliação dos Serviços de Saúde - PROPASS PLUS.....	33
2.4.2 Ferramentas de Avaliação Interna.....	34
2.4.2.1 O ciclo PDCA.....	34
2.4.2.2 <i>Brainstorming</i>	36
2.4.2.3 <i>Benchmarking</i>	36
2.5 BALANCED SCORECARD.....	37
2.5.1 Perspectiva Financeira.....	38
2.5.2 Perspectiva dos Clientes.....	39
2.5.3 Perspectiva dos Processos Internos.....	39
2.5.4 Perspectiva de Aprendizado e Crescimento.....	40
2.6 INDICADORES.....	42
3 METODOLOGIA PARA ELABORAÇÃO DA PROPOSTA DE INDICADORES.....	46
3.1 DEFINIÇÃO DO PROCESSO CRÍTICO.....	47
3.2 CONSTRUÇÃO DOS FORMULÁRIOS DE ENTREVISTAS.....	47
3.3 COLETA DE DADOS.....	48
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	51
4 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	52
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	56
5.1 IDENTIFICAÇÃO DA EXISTÊNCIA DE INDICADORES - SETORES DE “PORTA DE ENTRADA” DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU.....	56
5.1.1 Resultados da pesquisa com a Coordenação de Internação.....	56
5.1.2 Resultados da pesquisa com os colaboradores dos setores de “porta de entrada”.....	61
5.1.3 Identificação dos Indicadores do HUC.....	73
6 PROPOSTA DE INDICADORES PARA AVALIAR A QUALIDADE DO PROCESSO DE ATENDIMENTO ADMINISTRATIVO NOS SETORES DE “PORTA DE ENTRADA” DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU.....	75
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS.....	90
ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE.....	96

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO.....	97
APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE PESQUISA SOBRE A QUALIDADE DO PROCESSO DE ATENDIMENTO NOS SETORES DE “PORTA DE ENTRADA” - GESTORES	101
APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE PESQUISA SOBRE A QUALIDADE DO PROCESSO DE ATENDIMENTO NOS SETORES DE “PORTA DE ENTRADA” - EQUIPE OPERACIONAL.....	104
APÊNDICE D - FICHA TÉCNICA DOS ESPECIALISTAS	106

1 INTRODUÇÃO

Uma organização não é formada somente por prédios, mobiliário, equipamento ou tecnologia. Sua maior riqueza são as pessoas que desenvolvem atividades na organização. As organizações são ambientes complexos que funcionam por intermédio das pessoas que dela fazem parte, interagem, decidem e executam atividades em seu nome. As pessoas passam a maior parte de suas vidas trabalhando dentro de organizações e estas dependem daquelas para poderem alcançar seus objetivos.

É muito difícil separar o trabalho da existência das pessoas pela importância e impacto que nelas provoca. As pessoas dependem das organizações onde trabalham para atingir seus objetivos pessoais. As organizações dependem diretamente das pessoas para produzir bens e serviços, atender seus clientes, competir no mercado e atingir seus objetivos globais e estratégicos.

Nestes tempos de intensas mudanças, produzir bens e prestar serviços de qualidade torna-se um desafio para as organizações. Administrar as pessoas como recursos da organização envolve planejamento, direção e controle de atividades desenvolvidas. As pessoas são muito mais do que apenas recursos organizacionais. Por meio de sua visão de mundo, de suas histórias particulares, crenças e motivações fornecem conhecimentos, habilidades, capacidades e constituem a inteligência da organização.

A força de trabalho e o conhecimento dos profissionais contribuem para alcançar resultados satisfatórios. Administrar recursos humanos em hospitais não apresenta diferenças em relação a outros tipos organizações, pois se trata de um prestador de serviços. As condições do mercado de saúde, particularmente no contexto hospitalar, indicam uma deficiência na atração e manutenção de bons profissionais, resultando em desperdícios diversos e grandes prejuízos para as organizações.

De acordo com Oliva e Borba (2004), os hospitais são definidos como organizações complexas, destinadas à prestação de serviços importantes para a sociedade. Considerando que os avanços tecnológicos provocam rápidas mudanças, para que a organização alcance uma prestação de serviços resolutiva, com qualidade e baixo custo é necessário adotar estratégias de excelência hospitalar com o objetivo de manter a sobrevivência da organização. Nesse sentido, a qualidade do serviço prestado é fator importante que contribui para a satisfação dos usuários quando buscam atender suas necessidades, seja na resolução do

problema, na qualidade do atendimento ou no tempo despendido.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

O início do processo de relacionamento entre o usuário e a organização hospitalar é realizado por profissionais que atuam nos setores denominados “porta de entrada” dos serviços hospitalares: Pronto Socorro, Pronto Atendimento, Setor de Internação e Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia - SADT. Estes locais são habitualmente assim designados por servir como referência no direcionamento da demanda para continuidade do atendimento assistencial. São estes profissionais que orientam os clientes e encaminham para os setores assistenciais além de executar atividades administrativas pertinentes ao seu setor tais como o preenchimento de guias, que constituem os instrumentos de cobrança junto às operadoras de planos de saúde e ao Sistema Único de Saúde - SUS.

A qualidade dos serviços prestados em organizações hospitalares deve ser vista sob a perspectiva da assistência ao usuário, seja ela assistencial ou administrativa. Pode ser medida também no confronto das perspectivas do que esse usuário espera e do que é necessário para se alcançar um resultado positivo tanto para o usuário quanto para a organização (Oliva e Borba, 2004).

1.2 PERGUNTA DE PESQUISA

Considerando que a qualificação dos profissionais para desempenhar as atividades administrativas interfere diretamente na qualidade dos serviços prestados e nos custos para a organização o problema se contextualiza da seguinte forma:

Como avaliar a qualidade do processo de atendimento administrativo realizado nos setores de “porta de entrada” do Hospital Universitário Cajuru?

1.3 PRESSUPOSTO

A introdução de uma proposta metodológica para avaliar a qualidade do processo de atendimento administrativo realizado nos setores de “porta de entrada” do hospital, por meio da aplicação do *Balanced Scorecard*, pode se constituir numa ferramenta gerencial eficaz para a organização, auxiliando gestores na tomada de decisões estratégicas.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo geral

Para nortear a realização deste estudo foi selecionado o seguinte objetivo geral: Propor uma metodologia para avaliar a qualidade do processo de atendimento administrativo realizado nos setores de “porta de entrada” do Hospital Universitário Cajuru.

1.4.2 Objetivos específicos

O objetivo geral desdobrou-se nos seguintes objetivos específicos:

- a) identificar a existência de indicadores para avaliar a qualidade do processo de atendimento administrativo realizado nos setores de “porta de entrada” do Hospital Universitário Cajuru;
- b) propor indicadores para avaliar a qualidade do processo de atendimento administrativo realizado nos setores de “porta de entrada” do Hospital Universitário Cajuru.

1.5 JUSTIFICATIVA

O planejamento estratégico, segundo Oliva e Borba (2004), é o instrumento resultante de uma organização que se preocupa com o futuro e não desconsidera as forças que a influenciam seja no ambiente externo quanto interno. É um processo contínuo e sistemático de identificação de oportunidades e ameaças que combinadas a outros dados relevantes, constituem os fundamentos para a tomada de decisões mais acertadas.

A escolha pela realização da pesquisa no ambiente hospitalar, nos setores denominados “porta de entrada”, é devida à alta complexidade existente nessas organizações. Ao mesmo tempo em que um hospital trata de assuntos comuns a qualquer organização, como investimentos em infra-estrutura, redução de custos, atendimento a clientes, dentre outros, também trata de assuntos ligados à vida humana.

A relevância teórica do tema está no aporte de conhecimento, não apenas para uma área carente de estudos desse tipo como também para a organização. Pode incrementar a maneira de se fazer a gestão da qualidade do atendimento por meio de uma ferramenta estratégica já consolidada em outros mercados.

A relevância prática encontra-se na possibilidade de utilizar um instrumento evidenciador de necessidades específicas para determinados setores da organização. Pode auxiliar os gestores a tomar decisões estratégicas mais ágeis e assertivas que atendam às demandas ambientais e permitam efetuar ajustes necessários no planejamento estratégico.

A complexidade do ambiente hospitalar e a necessidade de avaliar a qualidade do processo de atendimento administrativo realizado nos setores de “porta de entrada” são fatores que interferem na eficácia da organização. Utilizar uma metodologia adequada com indicadores de desempenho pode servir como ferramenta de apoio à administração dos recursos humanos e dos processos críticos executados além de contribuir para a gestão estratégica destes setores.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Segundo Borba (1991), a palavra hospital tem sua origem nos primórdios da Era Cristã. Do latim *hospitalis*, adjetivo derivado do vocábulo latino *hospes*, refere-se a um convidado ou hóspede, que por sua vez, deu origem às palavras *hospedalis* e *hospitium*, designando o estabelecimento onde se abriga além dos enfermos, viajantes e peregrinos. O autor também observa que a história do hospital é repleta de termos que o identifica e o designa de acordo com a época e o local. Originalmente os hospitais eram locais onde se exercia caridade para com pobres, mulheres desamparadas, idosos e pessoas com doenças crônicas, enquanto os doentes com melhor situação financeira tinham assistência domiciliar e a relação com o médico não dependia da organização hospitalar.

De acordo com Cerqueira (2003), a igreja católica, após o período iniciado em 1163, proibiu a realização de cirurgias em que houvesse derramamento de sangue. Nesse momento verificou-se um rápido avanço na medicina e também da organização hospitalar, com evolução das práticas cirúrgicas, descoberta de novas drogas e a valorização da anatomia humana nas faculdades de Medicina. O hospital desvinculou-se das instituições religiosas após o século XV e o Estado assumiu, progressivamente, a responsabilidade pela atividade. Neste período os hospitais procuraram direcionar a atenção ao paciente enfermo e disseminar para a sociedade a idéia de que eram locais onde se poderia obter a cura e uma melhor qualidade de vida.

No Brasil, o primeiro hospital data de 1543, com o nome de Santa Casa de Misericórdia de Santos, por iniciativa de Brás Cubas, prestando atendimento até hoje. Durante o período colonial, era bastante deficiente a situação da saúde em função da falta de médicos e medicamentos e essa situação só melhorou em 1808, quando foram fundados estabelecimentos hospitalares semelhantes aos de Portugal. Conforme assinala Antunes (1991), foi criado o cargo Mor da Saúde que, dentre outras atividades, deveria realizar o controle sanitário, quarentenas e medidas de higiene. Essa condição durou até 1828. Em 1850, instituiu-se a junta Central de Higiene Pública cujo objetivo principal era combater a febre amarela.

Os avanços tecnológicos e o aparecimento da medicina científica no final do século XIX e início do século XX, foram os responsáveis por revolucionar o papel e as funções do hospital, propiciando o surgimento de novos modelos de organizações voltadas à prestação de assistência à saúde da população e oferecendo alternativas para atendimento das demandas sociais por meio de clínicas ambulatoriais, centros de diagnósticos, hospitais-dia, entre outros.

Para Brandalize e Silva (2006), o hospital moderno apresenta um conjunto de funções, desempenhando ao mesmo tempo papel de hotel, centro de tratamento, laboratório, universidade, entre outros e empregando grande número de funcionários especializados. A grande divisão e fragmentação de trabalho existente no hospital exigem diversificação das habilidades técnicas. Em função desses fatores, um hospital necessita coordenar suas atividades e buscar constantemente a evolução de seu sistema administrativo.

Modernamente, de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, Capítulo I - Das Disposições Iniciais, Seção III, artigo 4º, inciso VIII (BRASIL, 2010), o hospital é um estabelecimento de saúde com internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, pode dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência e ensino/pesquisa.

Borba (2004) identifica e classifica as características das organizações prestadoras de serviços de saúde, dentre as quais se incluem as organizações hospitalares, classificando-as conforme o nível de complexidade de atenção que oferecem à população. No Brasil, os hospitais têm aspectos diversos que os caracterizam de formas variadas. Existem hospitais públicos ou governamentais que integram a rede de atendimento do Sistema Único de Saúde - SUS e as organizações hospitalares privadas, com ou sem fins lucrativos, podendo ou não ser integrantes da rede de atendimento do SUS.

De acordo com Borba (2004), os hospitais podem variar, dentre outras características, em função de sua natureza - gerais ou especializados, do seu porte ou capacidade de atendimento, da sua condição de prestar atividades de ensino, em relação ao seu corpo clínico - aberto, fechado ou misto, dentre outras características conforme apresentado no Quadro 1.

ITEM DE CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO
Natureza da assistência	a) geral: atende pacientes de várias especialidades; b) especializado: atende somente pacientes de determinadas especialidades médicas.
Propriedade, manutenção e controle	a) governamental: federais, estaduais, municipais e paraestatais (institutos) b) particular: com fins lucrativos ou sem fins lucrativos (hospitais filantrópicos - organizações hospitalares sem fins lucrativos que atendem, gratuitamente, pacientes pobres desprovidos de qualquer cobertura).
Capacidade ou lotação	a) pequeno: até 49 leitos; b) médio: de 50 a 149 leitos; c) grande: de 150 a 500 leitos; d) especial ou extra: acima de 500 leitos.
Capacidade de ensino (residência médica)	a) hospital de ensino; b) hospital com residência médica regulamentada; c) hospital sem regulamentação de residência médica.
Corpo clínico	a) fechado: hospital dispõe de corpo clínico próprio; b) aberto: hospital não dispõe de corpo clínico próprio e permite qualquer médico prestar serviços em suas dependências; c) misto: combinação dos dois modos anteriores.
Sistema de edificação I	a) pavilhonar: edificação formada por vários pavimentos; b) monobloco: edificação formada por um único bloco; c) misto: quando combina blocos e pavilhões.
Sistema de edificação II	a) vertical: edificação com vários pavimentos; b) horizontal: um ou mais blocos, predominantemente, na superfície.
Tempo de permanência do paciente no hospital	a) curta permanência: período médio inferior a 15 dias; b) longa permanência: período médio superior a 15 dias.

Quadro 1 - Classificação das organizações hospitalares

Fonte: Adaptado de Borba, 1991, p. 52.

Gonçalves e Aché (1999) destacam que um hospital é uma estrutura “viva”, extremamente complexa, de alto dinamismo operacional, de elevado ritmo, desenvolvendo atividades caracteristicamente polimorfos. Relatam que administrar um hospital é um desafio, pois além da assistência médica propriamente dita, as áreas assistenciais hospitalares exigem estruturas de apoio administrativo, logístico e técnico que interagem em funcionamento simultâneo, harmonioso, eficiente e economicamente viável, conforme apresentado na Figura 1.

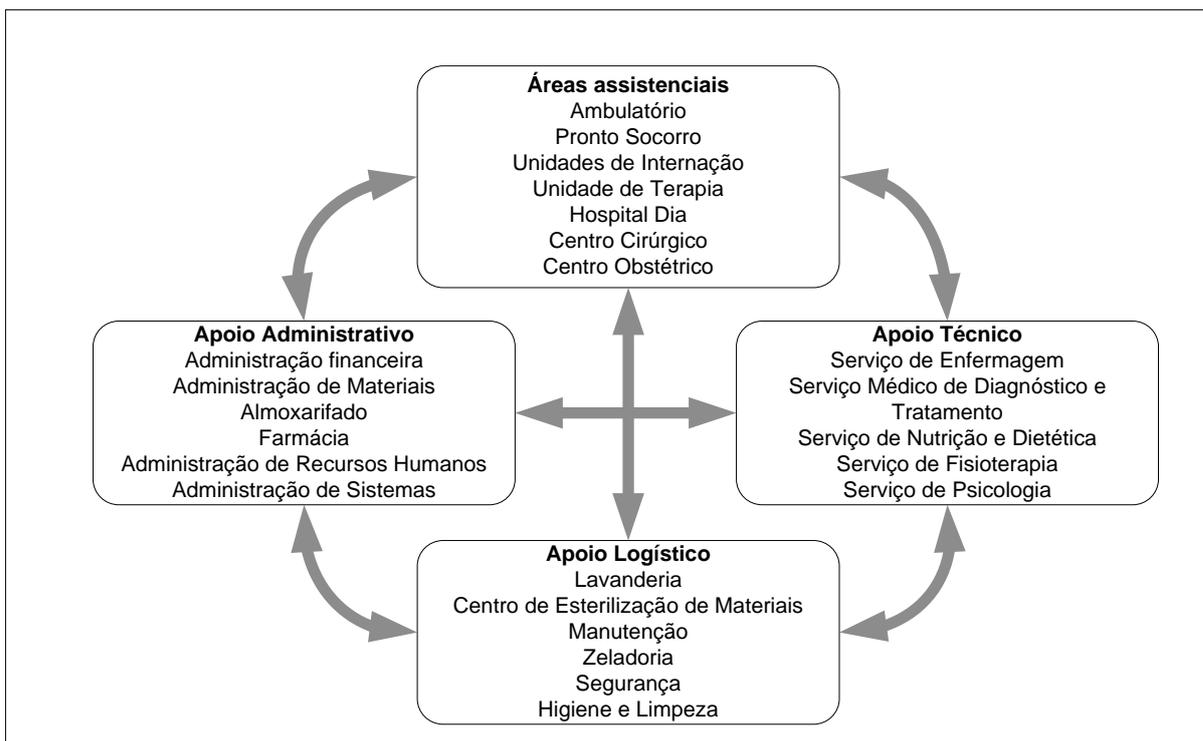


Figura 1 - Áreas assistenciais e estrutura de apoio administrativo, logístico e técnico
 Fonte: Adaptado de Gonçalves e Aché, 1999.

É necessário que as organizações de saúde, tanto públicas como privadas, adaptem-se a um mercado cada vez mais competitivo. Nesse contexto, as organizações de saúde e as pessoas que nelas trabalham precisam desenvolver uma dinâmica de aprendizagem e inovação, procurando os conhecimentos e habilidades para acompanhar as transformações futuras. Brandalize e Silva (2006) afirmam que todos os serviços e profissionais devem estar bem coordenados e conscientes para o objetivo fim de qualquer hospital que é atender bem ao cliente, idéia essencial que deve ser passada da alta administração para os chefes de serviço e repassada para todos os níveis.

Gonçalves e Aché (1999) assinalam que a estrutura do hospital moderno ultrapassa consideravelmente a visão de que sua influência sobre o nível de saúde da população depende exclusivamente do desempenho de seus leitos. Além da possibilidade de procura do hospital para internação, duas outras “portas de entrada” merecem destaque: o atendimento ambulatorial que envolve a realização de consultas, exames e tratamentos, não exigindo internação embora a forma de acesso deva ser previamente agendada e o primeiro atendimento, também chamado de atendimento emergencial ou pronto socorro, nos casos que justifiquem a dispensa do contato preliminar previamente agendado pela própria natureza imprevisível da situação.

Os autores destacam que os destinos dos pacientes atendidos em um hospital, qualquer

que seja a “porta de entrada” utilizada está dividido entre a internação - para atendimento clínico, cirúrgico ou obstétrico, os Serviços de Diagnóstico e Tratamento - para a realização de exame complementar de esclarecimento de diagnóstico, e a alta definitiva ou a definição de uma data para retorno ao hospital.

2.2 PORTA DE ENTRADA

Considerando que o processo de relacionamento entre o usuário e a organização hospitalar tem início nos setores denominados “porta de entrada”, os serviços prestados nestes locais, sejam assistenciais ou administrativos, são habitualmente assim denominados por servir como referência no direcionamento da demanda para continuidade do tratamento. Nesta perspectiva podem funcionar as unidades de Pronto-Socorro; as unidades de Pronto Atendimento, o Setor de Internação, e os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia - SADT, todos atuando de forma diferenciada e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Os atendimentos sistemáticos de urgência ou emergência são realizados em prontos-socorros, unidades geralmente vinculadas a hospitais de grande e médio porte. Em alguns lugares do Brasil emergências e prontos-socorros representam o único recurso disponível com possibilidade de atendimento imediato em função da inexistência de um hospital. Seja pela dificuldade de conseguir atendimento nas unidades básicas e ambulatoriais de sua localidade ou como resultado de uma cultura que durante muitos anos no Brasil estimulou amplamente a procura de atendimento hospitalar, muitos usuários ainda têm nas emergências e prontos-socorros a única forma de acesso ao sistema de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1985), o pronto-socorro é a unidade ou estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato. Funciona durante as 24 horas do dia e dispõe apenas de leitos de observação. Considerando que os atendimentos sistemáticos de urgência ou emergência são realizados em prontos-socorros, cabe esclarecer a diferenciação entre esses dois termos.

Para a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (BRASIL, 2005), *urgência* refere-se aos casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações na gestação. Os acidentes pessoais incluem os eventos ocorridos em data específica provocados por agentes

externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases. As complicações na gestação incluem as alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclâmpsia, parto prematuro, diabetes e abortamento. Em outras palavras, no âmbito da medicina, são ocorrências de caráter urgente necessitam de tratamento médico e muitas vezes de cirurgia, contudo, possuem um caráter menos imediatista.

Por sua vez, *emergência* refere-se aos casos que implicam risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados pelo médico, ou seja, é quando há uma situação crítica ou algo iminente, com ocorrência de perigo; incidente; imprevisto. No âmbito da medicina, é a circunstância que exige uma cirurgia ou intervenção médica de imediato.

O Código de Ética Médica, no âmbito do Conselho Federal de Medicina, instituído pela Resolução CFM Nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988 - Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto Nº 44.045, de 19 de julho de 1958 - muito embora nos Artigos 24 e 35, trate dos casos de urgência e emergência, não define tecnicamente o que se entenda por situação médica de urgência ou emergência.

Segundo Lopez apud CASTRO (2002), o atendimento médico é caracterizado como urgência quando o tratamento precisa ser iniciado em poucas horas, em função de existir risco de evolução para complicações mais graves ou fatais. Por sua vez, as emergências são aquelas situações em que a necessidade de serem mantidas as funções vitais ou evitadas incapacidade e complicações graves exige que o início do tratamento seja imediato. No entanto, os serviços de emergência são usualmente utilizados para situações em que não esteja caracterizada essa necessidade.

Para Colombini (2008), em virtude do grande aumento observado na demanda pelo atendimento de emergência, a preocupação com a qualidade do atendimento não apenas assistencial como também administrativo tem sido uma constante desde os anos 1970. O setor de emergência passou a ser literalmente a “porta de entrada” ao sistema de saúde. A necessidade de aperfeiçoar o fluxo operacional em serviços de emergência é garantir um atendimento eficiente e ágil. O tempo de permanência dos pacientes nesses serviços passou a ser um dos principais indicadores dessa eficiência; e conseqüentemente, alvo das atenções dos administradores hospitalares, dos médicos que neles atuam e dos próprios pacientes, que passaram a qualificar a excelência do serviço prestado também com base nesse indicador.

2.3 QUALIDADE EM HOSPITAIS

Em vários países, nas últimas décadas, foi observada uma mobilização em torno da aplicação de programas de qualidade nas organizações hospitalares, objetivando o incremento de seu gerenciamento e melhoria na eficiência dos serviços prestados (CAMACHO, 1998). Neste contexto, instrumentos oficiais de avaliação do desempenho das organizações hospitalares do Sistema Único de Saúde, foram desenvolvidos no Brasil, utilizando uma série de critérios que os hospitais devem preencher, a partir de padrões preestabelecidos baseados na aplicação de conceitos e técnicas da qualidade total, o que demonstra a crescente preocupação com a qualidade.

Atualmente, a qualidade é considerada como um conjunto de atributos essenciais à sobrevivência das organizações em um mercado altamente competitivo, objeto da gerência estratégica, líder do processo, além de envolver o planejamento estratégico, o estabelecimento de objetivos e a mobilização de toda organização. Segundo Garvin (1992), é o auge de uma tendência iniciada no começo do século 20, que envolve a responsabilidade social das organizações com o seu ambiente externo, potencializando seu uso em vários setores da economia e mais notadamente no setor de serviços.

A idéia de qualidade introduzida por Donabedian (1990) apóia-se concretamente na avaliação de três dimensões - estrutura, processo e resultado, mas está direcionada para a assistência e não para os aspectos administrativos. Estrutura entendida como qualificações, certificações e outros atributos similares de recursos utilizados em serviços de saúde, significando um hospital com instalações físicas apropriadas, limpo, com todos os equipamentos necessários para diagnóstico e tratamento. Processo, entendido como o conjunto de atividades que envolvem médicos e outras pessoas no serviço de saúde, incluindo todas as rotinas e manuais de normas para executar todas as atividades necessárias para o atendimento adequado do usuário. Por fim, resultado entendido como consequência ou benefício da intervenção médica em prol da melhoria ou cura do usuário.

Pressupondo que as organizações produzem bens e serviços com o objetivo de satisfazer as necessidades dos clientes, para garantir a sobrevivência dos hospitais, é necessário manter a clientela. Segundo Malik e Teles (2001), uma estratégia viável para aumentar o número de clientes, desde que isso se torne necessário, pode ser mostrar evidências de que o serviço oferecido apresenta qualidade, independente do que isso signifique.

A competição entre os hospitais para ter mais pacientes/usuários, conforme assinala Mirshawka (1994), forçou os prestadores de serviços de saúde a se preocupar com a qualidade dos serviços fornecidos. De acordo com Taraboulsi (2006), a qualidade dos serviços em organizações hospitalares está atrelada a uma sequência de ações inteligentes - planejamento, inovação e modernização - que implementadas harmônica e progressivamente traduzem estratégias eficazes e conferem qualidade aos serviços prestados. O hospital deve demonstrar de forma consistente como executará o serviço de saúde e que ele é ótimo com os recursos disponíveis.

A qualidade hoje é entendida, cada vez mais, como a capacidade de satisfazer as necessidades e desejos do cliente. Esse cliente não procura apenas pelos benefícios dos serviços de saúde, mas pelas vantagens que lhes são oferecidas a contar do primeiro momento em que entra em contato com a organização hospitalar, iniciada nos setores denominados “porta de entrada”, habitualmente assim denominados por servir de referência no direcionamento do usuário para continuar o tratamento e onde também tem origem a geração dos custos para a organização.

Mirshawka (1994) comenta que os hospitais, como em outras organizações prestadoras de serviços, há duas categorias de clientes: externos e internos. Incluem os clientes externos, entre outros, os pacientes/usuários, os médicos, as famílias e os amigos, as empresas e a própria comunidade, cada um deles com critérios particulares para avaliar a qualidade. Do mesmo modo, os clientes internos incluem todos os setores e empregados que fornecem serviços para outros.

Ressalta Taraboulsi (2006) que a qualidade dos serviços hospitalares, atualmente, não está vinculada apenas às atividades-fim, relativas aos serviços assistenciais, como também às atividades-meio constituídas pelas estruturas de apoio administrativo, logístico e técnico. Estas atividades interagem simultânea e harmoniosamente, sendo muitas vezes, condição determinante para o sucesso da organização de saúde, onde a acirrada concorrência aprimorou a percepção e as exigências do cliente. No contexto hospitalar, é fundamental estar atento às mudanças ocorridas na percepção e exigências do cliente de saúde para adotar estratégias e implementar ações que garantam a humanização e a qualidade dos serviços.

Segundo Nogueira (1994), no setor hospitalar é observada grande resistência aos programas de qualidade em função dos médicos, historicamente detentores do poder dentro destas organizações e não vêem com bons olhos a idéia de contenção de custos, nem uma avaliação do seu trabalho numa perspectiva de medir a qualidade, por se sentirem fiscalizados e terem medo de perder sua autonomia na condução clínica dos pacientes. Há também o fator

financeiro, que não atrai a participação da categoria médica nestes processos. Remunerados, em sua maioria, pela produção de serviços, os médicos não desejam desperdiçar o horário de trabalho com programas dessa natureza (BERWICK, 1994).

Nogueira (1999) assinala que há fortes argumentos utilizados para a adoção de programas de qualidade total na administração hospitalar, pois não é suficiente reunir o melhor corpo clínico para que a organização preste assistência de qualidade, já que esta depende de um conjunto de outros fatores comuns às organizações de vários setores. Segundo Berwick (1994), os programas de avaliação da qualidade não intervêm diretamente sobre o ato clínico, mas é fundamental nos processos administrativos da organização hospitalar, para que se alcance a qualidade nestes serviços. Os setores administrativos (faturamento, contas médicas, almoxarifado), os serviços de apoio logístico (lavanderia, transporte), enfim, todas as áreas da organização que garantem o funcionamento dos setores operacionais e se comportam como “amortecedores” seriam os objetos destes programas. Eles impedem que os setores operacionais assistenciais utilizem seu tempo na resolução de problemas administrativos, que não fazem parte de suas atribuições e se concentrem nas suas funções com melhores resultados.

Neste estudo, a qualidade do processo de atendimento nos setores de “porta de entrada” de um hospital tem seu foco, não nos processos assistenciais realizados pelo corpo clínico da organização, mas nos serviços prestados enquanto processos administrativos de recepção, que são locais de primeiro atendimento para muitos usuários quando necessitam de cuidados médicos e por se destinarem a tratamentos de urgência ou emergência. Em conjunto com os processos assistenciais os processos administrativos compõem o quadro geral que engloba uma idéia mais ampla de qualidade que perpassa por toda a organização. Fica evidente que a qualidade deve ser compreendida como um parâmetro de avaliação, sem o qual os serviços oferecidos pelas instituições de saúde estariam fortemente comprometidos e, por extensão, a satisfação daqueles que dependem desses serviços.

O conceito de qualidade na prestação dos serviços hospitalares é um desafio para as organizações e seus gestores. A gestão dos hospitais, pela natureza de sua complexidade, tem sido cada vez mais difícil em função das constantes mudanças que ocorrem no ambiente interno e externo, exigindo cada vez mais a atuação de gestores na busca por uma prestação de serviços mais resolutiva, com qualidade e baixo custo além da adoção de estratégias de excelência hospitalar que mantenham a sobrevivência da organização.

Considerando que os usuários destes serviços estão com percepção aprimorada, cada vez mais esclarecidos quanto aos seus direitos e mais exigentes em relação à qualidade do

atendimento é fundamental que a qualidade dos serviços apresente minimamente as cinco dimensões citadas por Herrero Filho (2005): **confiabilidade**: entendida como a capacidade de entregar o serviço de modo confiável e com precisão; **tangíveis**: representados pela parte visível para o cliente - instalações, equipamentos, disposição da equipe de atendimento e materiais de comunicação; **sensibilidade**: percebida pelo cliente como a boa vontade da equipe de colaboradores em ajudar e orientar o usuário; **segurança**: demonstrada no conhecimento, na qualidade das informações e na transmissão de confiança; e na **empatia**: evidenciada na atenção e capacidade de aprender quais dificuldades e necessidades têm os usuários na utilização dos serviços.

De acordo com a literatura pesquisada, em organizações prestadoras de serviços há duas categorias de clientes: externos e internos. Na primeira, incluem-se entre outros os usuários/pacientes, os médicos, as famílias e os amigos, as empresas e a própria comunidade, cada um com critérios privados para avaliar a qualidade. Na segunda categoria, estão incluídos todos os setores e colaboradores que fornecem serviços para os outros, também com critérios próprios de avaliação.

A qualidade dos serviços hospitalares não se restringe apenas às atividades-fim, relacionada aos serviços assistenciais, mas também às atividades-meio formadas pelas estruturas de apoio administrativo, logístico e técnico que interagem simultaneamente, sendo em muitas ocasiões condição determinante para o sucesso da organização de saúde. Embora na literatura estudada haja uma variedade de entendimentos quanto ao termo, neste estudo o foco é no processo de atendimento administrativo realizado nos setores de “porta de entrada”. Por ser atividade-meio de apoio administrativo, que oferece o suporte necessário para a realização da prestação da assistência aos clientes externos, seu desempenho impacta diretamente no resultado técnico e financeiro da organização além de contribuir ao mesmo tempo para a qualidade do serviço prestado.

Ao se realizar um processo de avaliação sempre existem comparações com relação ao tempo ou a parâmetros, normas, padrões, modelos ideais, reais ou desejados. Desenvolver indicadores é uma resposta a essa necessidade, visto que, são instrumentos projetados e utilizados para avaliar uma situação ou a consecução de objetivos e metas. São variáveis que permitem quantificar resultados e ações. A utilização de indicadores de desempenho como forma de melhorar o gerenciamento pode auxiliar os gestores no monitoramento dos processos realizados nos setores de “porta de entrada”, permitindo melhor avaliação e melhoria na promoção de uma gestão cada vez mais estratégica.

2.4 FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE

De acordo com Schiesari e Malik (2006), quando se fala em qualidade na área hospitalar há uma variedade de entendimentos possíveis quanto ao termo. Para profissionais da Administração o enfoque recai sobre a eficiência, que é compreendida como uma relação comparativa, entre o produzido e o custo de produção. Na área da Saúde, pessoas envolvidas com gestão sugerem que, além do conhecimento e controle de custos e produção, o foco deve ser ampliado para o propósito de curar doentes, ter uma equipe melhor qualificada para prestar assistência, dispor de mais equipamentos, o que não constitui uma noção de mais qualidade. Geralmente, quando a preocupação tem o foco direcionado para a área assistencial ocorre uma desvalorização dos aspectos relacionados à área administrativa, objeto deste estudo, por prestarem suporte administrativo igualmente necessário para manutenção da qualidade dos serviços prestados, embora não haja consenso sobre o que seja esse atributo.

Segundo Schiesari e Malik (2006), diferentes instrumentos são utilizados com base nas necessidades e conhecimentos existentes nas organizações, para melhorar a qualidade de seus serviços e processos. Para efeito de compreensão as autoras dividiram tais instrumentos, didaticamente, em dois grandes grupos denominados modelos de avaliação externa e instrumentos ou ferramentas de avaliação interna da qualidade, tendo como referência a posição do avaliador que pode ser alguém completamente estranho à organização ou que participe ativamente dela. Nos dois grupos, a intenção é avaliar e agir em seguida, no sentido de alcançar patamares superiores de qualidade do produto ou serviço.

2.4.1 Ferramentas de Avaliação Externa

No grupo dos elementos que constituem o modelo de avaliação externa da qualidade, de acordo com a literatura consultada encontram-se:

2.4.1.1 Acreditação Hospitalar

Modelo preconizado pela Organização Nacional de Acreditação - ONA, utilizado para avaliar a qualidade assistencial da Organização Prestadora de Serviços Hospitalares,

assegurando o enfoque sistêmico e a avaliação global da organização. A ONA é uma organização não governamental caracterizada como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos, de direito coletivo, com abrangência de atuação nacional. Tem por objetivo geral promover a implantação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a melhorar a qualidade da assistência, em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do País (ONA, 2011)

Trata-se de um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, externo à organização, voluntário, periódico e reservado, para melhorar a qualidade da assistência prestada pelos hospitais brasileiros. Tem caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial.

O processo de avaliação para certificação é de responsabilidade das Instituições Acreditoras Credenciadas pela ONA, desempenhado pela equipe de avaliadores dessas instituições credenciadas, tendo como referência as Normas do Sistema Brasileiro de Acreditação e o Manual Brasileiro de Acreditação - ONA específico (ONA, 2011).

A avaliação para certificação pode resultar em: Acreditado, Acreditado pleno e Acreditado com excelência, contemplando para cada setor, serviço ou função, três níveis com as seguintes características:

- a) nível 1 - Exigências mínimas - as exigências nesse nível contemplam normas legais do exercício profissional e outras características imprescindíveis para a prestação da assistência médico-hospitalar;
- b) nível 2 - Padrões de qualidade no atendimento - as exigências nesse nível buscam apontar instituições que, além de cumprirem as obrigações mínimas, adotam boas práticas na organização da assistência médico-hospitalar, bem como, têm no paciente o foco central de sua atuação, e
- c) nível 3 - Padrões de excelência - as exigências neste nível buscam apontar as instituições que procuram sistematicamente a melhoria contínua do seu atendimento e atingem padrões de excelência na prestação da assistência médico-hospitalar (ONA, 2011).

2.4.1.2 International Standardization for Organization - ISO

A ISO - *International Organization for Standardization* - é a maior desenvolvedora do mundo e editor de padrões internacionais. É uma rede de institutos de normatização representando 161 países membros, um por país, com sede em Genebra, na Suíça. É uma organização não-governamental, sem fins lucrativos, que faz uma ponte entre os setores público e privado, cujo objetivo é produzir normas técnicas que agreguem valor para todos os tipos de negócios (ISO, 2011).

Em função das diferentes siglas adotadas para o termo original *International Organization for Standardization* nos diferentes idiomas, seus fundadores decidiram adotar nome de efeito curto. Eles escolheram "ISO", derivado do grego *isos*, que significa "igual". Seja qual for o país, seja qual for o idioma, a forma abreviada do nome da organização é sempre ISO. Em seu portfólio atual a ISO tem mais de 18.500 Normas Internacionais e outros tipos de documentos normativos, que variam para as atividades tradicionais, como agricultura e construção, engenharia mecânica, manufatura e distribuição, transporte, dispositivos médicos, informação e tecnologias de comunicação e para os padrões de boas práticas de gestão e de serviços (ISO, 2011).

A família de normas ISO 9000 trata da Gestão da Qualidade e tem como objetivo fazer com que as organizações atendam aos requisitos de qualidade do cliente e aos requisitos estatutários e regulamentares aplicáveis, para aumentar a satisfação do cliente e alcançar a melhoria contínua do seu desempenho. É um sistema genérico, isto é, aplicável em qualquer tipo de organização, seja ela grande ou pequena, de manufatura ou de serviços (ISO, 2011). A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2000, 2009), além de ser o representante legal é o organismo responsável pela elaboração da versão brasileira da norma ISO e sua disseminação.

2.4.1.3 Prêmio Nacional da Qualidade - PNQ

O Prêmio Nacional da Qualidade® - PNQ foi instituído e concedido pela Fundação Nacional da Qualidade – FNQ. A Fundação figura com expressão no desenvolvimento de suas atividades desde o início, em 1991. O Prêmio Nacional da Qualidade – PNQ, foi criado

no Brasil em 1992 com o objetivo de divulgar um modelo de organização de nível classe mundial, aproveitando experiências bem sucedidas de outros países (FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE, 2011).

O PNQ representa um momento singular para o empresariado brasileiro, quando as empresas líderes em qualidade, produtividade, competitividade e gestão são devidamente reconhecidas (FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE, 2008a, 2008b, 2008c, 2009, 2011). A FNQ que busca ser um Centro de Referência de Classe Mundial sobre Excelência em Gestão, realiza anualmente, o ciclo de avaliação do PNQ para reconhecer as organizações que praticam a Excelência em Gestão no Brasil.

2.4.1.4 Programa Paranaense de Avaliação dos Serviços de Saúde - PROPASS PLUS

Especificamente, para o estado do Paraná, outro modelo de avaliação externa da qualidade utilizado é o Programa Paranaense de Avaliação dos Serviços de Saúde - PROPASS PLUS. Criado pela Associação das Entidades Paranaenses de Autogestão em Saúde - ASSEPAS que representa a União das Entidades de Autogestão em Saúde do Paraná - UNIDAS-PR e tem a finalidade de:

- a) avaliar os recursos físicos, humanos, materiais, normas e rotinas disponíveis nos serviços de saúde; verificando o perfil técnico profissional e estrutural das instituições avaliadas;
- b) traçar o perfil técnico profissional das instituições avaliadas;
- c) apurar os indicadores de qualidade dos serviços oferecidos pelos prestadores de serviços de saúde, e
- d) buscar a adequação da avaliação realizada em cada um dos serviços de saúde com a remuneração a ser percebida por meio do referencial de custos hospitalares da ASSEPAS/ UNIDAS-PR.

O PROPASS PLUS representa uma ferramenta de negociação com os prestadores de serviços de saúde, formando um Rol de Hospitais Referenciados devidamente reconhecidos pela ASSEPAS.

Mediante análise do “Relatório Final de Avaliação do Propass Plus” da instituição

avaliada, é emitida a CERTIFICAÇÃO DA AVALIAÇÃO FINAL e o Referencial de Custos Hospitalares da ASSEPAS correspondente (ASSEPAS-UNIDAS/PR, 2011).

2.4.2 Ferramentas de Avaliação Interna

No grupo dos elementos que constituem o modelo de avaliação interna da qualidade, de acordo com a literatura consultada, entre outros, encontram-se:

2.4.2.1 O ciclo PDCA

Schiesari e Malik (2006) comentam que sem o aprimoramento contínuo, que é o pano de fundo dos processos de qualidade, não é possível avançar em termos de qualidade. O ciclo PDCA, difundido por Deming é uma proposta de abordagem organizada para qualquer tipo de problema ou situação que careça de melhoria, por meio da utilização de um método simples e adequado à gestão cotidiana.

Segundo Duclós e Santana (2009), o ciclo PDCA é um “método”, palavra originada de duas palavras gregas “*metas*” e “*hodós*” que significam, respectivamente, “resultado a ser atingido” e “caminho”, sendo, portanto, um caminho para alcançar a meta. Na fase P ocorre a localização do problema, a definição da meta e o estabelecimento do plano de ação. Na fase D ocorre o treinamento da equipe e a execução do plano de ação. Na fase C é verificado se a meta foi atingida e na fase A, ações corretivas são tomadas caso haja não-conformidades ou padronização nos casos de sucesso.

Definido o problema, ele deve ser bem estudado e as ações de melhoria devem ser planejadas para posterior implementação. É necessário monitorar as ações desencadeadas para verificar se o problema foi solucionado de forma objetiva. Assim, a avaliação pode dar origem a um novo ciclo de melhoria como mostra a Figura 2.

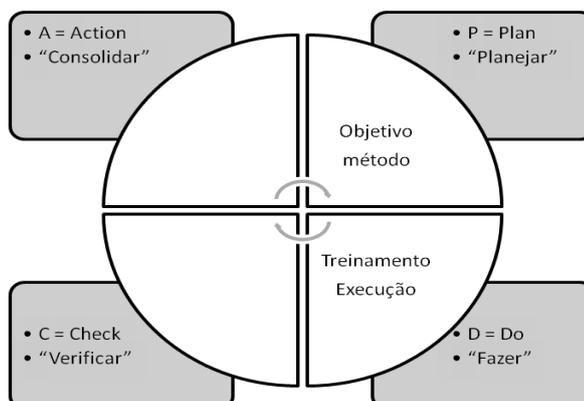


Figura 2 - O ciclo PDCA

Fonte: Adaptado Schiesari e Malik, 1998.

Inúmeras são as ferramentas que podem ser aplicadas na implantação e consolidação do processo de gestão de qualidade e produtividade de uma instituição, tais como: Metodologia do Programa 5S, Método PDCA, Diagrama de Pareto, Fluxograma, Gráficos de dispersão, Diagrama de controle, Folha de verificação, Diagrama de causa e efeito, Histograma e *Brainstorming*, conforme Quadro 2, que mostra uma breve descrição e método de uso de algumas ferramentas de avaliação interna associadas às fases do ciclo PDCA.

FERRAMENTA	DESCRIÇÃO	MÉTODO DE USO	OBSERVAÇÕES	FASE PDCA
Fluxograma	Representação de dado processo de trabalho por meio de símbolos/figuras. Possibilita visualizar o processo como um todo e as relações cliente-fornecedor.	Pessoas envolvidas no processo devem ser consultadas para a elaboração e o grau de detalhamento deve ser escolhido segundo a necessidade.	Um estudo inicial do fluxograma deve refletir o processo tal qual ele está sendo operado.	A - P
Check-list	Formulários especialmente preparados para que os dados sejam coletados de forma simples.	Registrar as ocorrências de defeitos/erros e suas causas, permitindo posterior tabulação.	O objetivo deve estar claro.	A - P
Pareto	Diagrama em que eventos indesejáveis ou custos ligados à qualidade, produtividade, são estratificados conforme suas causas/manifestações e plotados em ordem de importância.	Pode existir uma série de problemas ou causas de problemas indesejáveis. O diagrama permite priorizar a causa ou o problema mais crítico.	É preciso cuidado na hora de escolher a característica para priorização.	P
Ishikawa	Diagrama na forma de espinha de peixe onde pode ser separado de forma clara o problema-efeito e todas as possíveis causas.	Deve ser desenvolvido em grupo com as pessoas que participam do processo relativo ao problema. Depois de listadas as possíveis causas, procede-se à priorização.	O problema deve ser único e específico.	P
Histograma	Divide uma faixa de valores de alguma característica mensurável em classes e verifica a frequência de valores em cada classe para posterior plotagem (Gráfico de Barras).	Fornecer uma visualização do comportamento do processo, permitindo avaliar sua capacidade, assim como padrões de estratificação.	Seguir as regras quanto ao número de dados, classes, etc.	P
Estratificação	Conceito usado para buscar diferentes causas ou tipos de problemas.	Pode ser usado no planejamento da coleta de dados ou posteriormente ao uso do Histograma/Diagrama de Dispersão.	Muitas vezes a estratificação não é claramente notada.	P
Diagrama dispersão	Gráfico onde duas características (pares de dados) são plotadas para verificar possível correlação.	Coleta dados aos pares de duas variáveis (causa/efeito) para checar a existência real da relação de causa e efeito.	Seguir as regras quanto ao número de dados e forma de análise.	C
Gráfico de controle	Gráfico onde determinada característica/indicador da qualidade é plotada ao longo do tempo. Podem ser calculados limites de controle.	Usado para acompanhar o comportamento de um indicador/característica da qualidade. Quando usado com os limites de controle, permite separar causas comuns das especiais.	Seguir as regras quanto ao número de dados, cálculo dos limites, padrões de não aleatoriedade, etc.	A

Quadro 2 - Algumas ferramentas de avaliação interna
Fonte: Adaptado Schiesari e Malik, 1998.

2.4.2.2 *Brainstorming*

Para Schiesari e Malik (2006), *brainstorming* é uma técnica por meio da qual se faz uma pergunta acerca de determinado problema e enumeram-se as possíveis causas para seu aparecimento. É destinada a gerar idéias, sugestões criativas, possibilitando uma discussão organizada dos problemas entre os membros da equipe, buscando a diversidade de opiniões e idéias que tenham o intuito de conhecer o problema e chegar a sua solução de forma mais produtiva.

2.4.2.3 *Benchmarking*

Bittar (2001) faz referência ao *Benchmarking* como um processo contínuo e sistemático para avaliar produtos, serviços e processos de trabalho de organizações que são reconhecidas como representantes das melhores práticas, com a finalidade de melhoria organizacional. Esta ferramenta procura demonstrar que métodos alternativos podem produzir resultados superiores, estimulando a criatividade, ampliando o conhecimento, perspectivas e contatos entre os membros da equipe com o objetivo de satisfazer o cliente. Pode também ser definido como um padrão de referência pelo qual outros podem ser medidos ou julgados e exemplifica:

- a) *benchmarking* interno: compara processos semelhantes entre diferentes áreas ou subáreas do hospital. Ex: a comparação entre o atendimento no ambulatório e no pronto-socorro;
- b) *benchmarking* funcional: compara processos semelhantes entre hospitais que atuam em mercados distintos. Ex: a comparação das áreas de internação de hospitais privados com fins lucrativos e os sem fins lucrativos ou hospitais públicos;
- c) *benchmarking* genérico: sistema de reformulação contínua dos processos. Ex: a contínua comparação da produtividade de várias células - áreas e subáreas - de produção de um hospital, e
- d) *benchmarking* competitivo: compara processos semelhantes entre concorrentes

diretos, sendo a forma mais associada ao *benchmarking*. Ex: comparação do controle de estoques de dois hospitais.

As ferramentas de qualidade, sejam externas ou internas, são técnicas utilizadas com a finalidade de definir, mensurar, analisar e propor soluções para problemas que interferem no bom desempenho de processos de trabalho (PERTENCE e MELLEIRO, 2010). Na implantação e consolidação de processos de qualidade e produtividade de uma instituição são inúmeras as ferramentas que podem ser empregadas como as citadas anteriormente. Neste estudo o enfoque no *Balanced Scorecard* e na seleção de indicadores estratégicos de desempenho, pode possibilitar um melhor conhecimento aos gestores do que ocorre no âmbito administrativo. Embora o instrumento não assegure a qualidade dos serviços prestados pela organização, pode constituir em uma ferramenta associada à filosofia de qualidade e auxiliar na criação de condições necessárias à implantação de uma cultura de melhoria contínua no âmbito administrativo e satisfazer a necessidade dos administradores.

2.5 BALANCED SCORECARD

O *Balanced Scorecard* - BSC foi desenvolvido pelo professor da Universidade de Harvard, Robert Kaplan, e pelo consultor David Norton. Em 1990, Kaplan e Norton lideraram um estudo de pesquisa para 12 organizações explorando novos métodos de medição do desempenho. As discussões no grupo de pesquisa conduziram à ampliação do recém-criado *scorecard* corporativo que continha, além de várias medidas financeiras tradicionais, outras medidas de desempenho relacionadas aos prazos de entrega ao cliente, qualidade e ciclo de processos de produção e eficácia no desenvolvimento de novos produtos, para uma ferramenta que denominaram de *Balanced Scorecard*. (KAPLAN; NORTON, 1997).

Kaplan e Norton (1997) definem o *Balanced Scorecard* como uma ferramenta ou metodologia que "traduz a missão e a visão da empresa num conjunto abrangente de medidas de desempenho que serve de base para um sistema de medição e gestão estratégica". De acordo com esta definição, o BSC cria uma estrutura, uma linguagem, para comunicar a missão e a estratégia, utilizando indicadores para informar às pessoas sobre os vetores do sucesso atual e futuro. Os criadores explicam que esta ferramenta integra-se ao fluxo de valor da organização, fornecendo um novo referencial para a descrição da estratégia mediante a

conexão de ativos tangíveis e intangíveis em atividades criadoras de valor.

Segundo Kaplan e Norton (1997), o *Balanced Scorecard* complementa as medidas financeiras do desempenho passado trazendo medidas que impulsionam o desempenho futuro. Os objetivos e medidas do *Scorecard* derivam da visão e estratégia da empresa, focalizando o desempenho organizacional sob quatro perspectivas que formam a estrutura do *Balanced Scorecard*: a financeira, a do cliente, a dos processos internos e de aprendizado e crescimento, como mostrado na Figura 3.

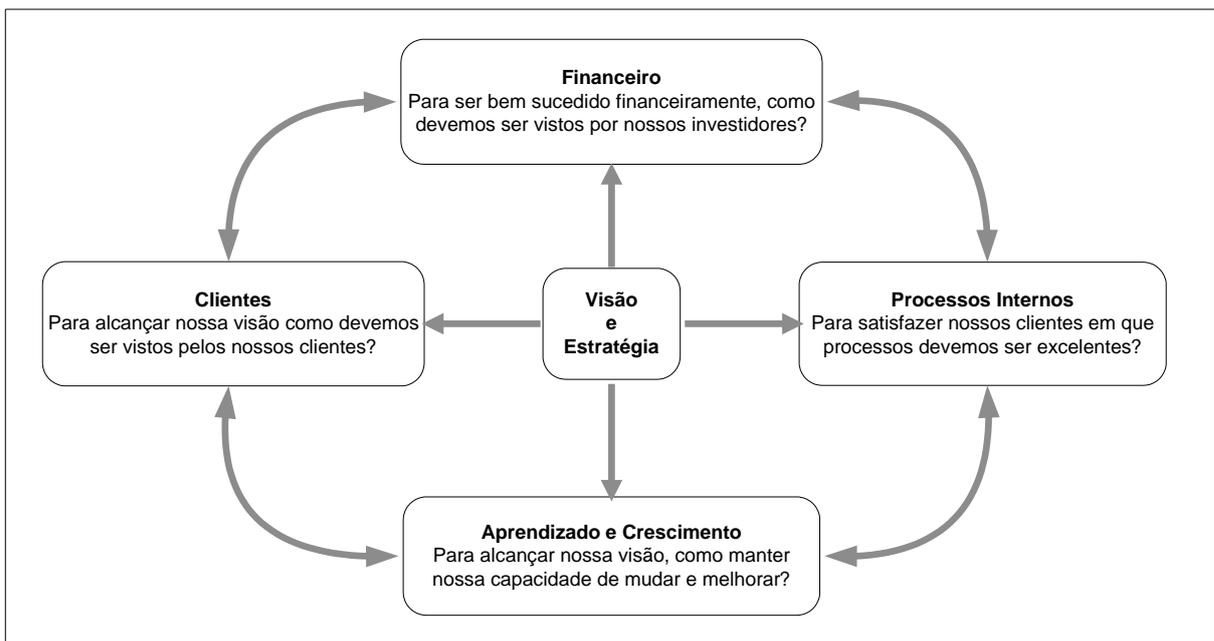


Figura 3 - Perspectivas do BSC
Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton, 1997.

2.5.1 Perspectiva Financeira

Essa perspectiva tem como finalidade satisfazer as necessidades dos acionistas sustentada pelos objetivos financeiros que, segundo Kaplan e Norton (1997), na grande maioria das organizações, servem de base para integrar as medidas e os objetivos das outras perspectivas.

Os objetivos financeiros, conforme comentam Kaplan e Norton (1997) podem ser diferentes em cada fase do ciclo de vida de uma empresa. De acordo com o estágio do ciclo de vida em que se encontram, seja de crescimento, de sustentação ou de colheita, a teoria da estratégia empresarial sugere diferentes estratégias e iniciativas a serem seguidas pelas

unidades de negócio para alcançar seus objetivos financeiros. As medidas selecionadas para atender essa perspectiva, segundo Kaplan e Norton (1997), devem fazer parte de uma cadeia de relações de causa e efeito que termine nos objetivos financeiros e represente um tema estratégico para a unidade de negócio.

Segundo Herrero Filho (2005, p. 74), o objetivo dessa perspectiva é mostrar se as escolhas estratégicas implementadas por uma organização estão contribuindo para a elevação do valor de mercado da empresa, para a geração de valor econômico e propiciando aumento da riqueza dos acionistas.

2.5.2 Perspectiva dos Clientes

Para Kaplan e Norton (1997), essa perspectiva deve responder à seguinte pergunta: “Para alcançarmos nossa missão, como deveríamos ser vistos pelos nossos clientes?” Para seguir essa perspectiva, as empresas devem identificar os segmentos de clientes e mercado nos quais desejam competir. Esses segmentos representam as fontes que irão produzir o componente de receita dos objetivos financeiros da empresa. A perspectiva dos clientes é essencial para a organização, pois descreve as maneiras pelas quais a organização cria valor aos seus produtos e serviços; de que maneira o cliente identifica esse valor; e quanto está disposto a pagar por ele.

De acordo com Herrero Filho (2005, p. 100), essa perspectiva tem por objetivo mostrar se as escolhas estratégicas implementadas estão contribuindo para o aumento de valor percebido pelos clientes em relação aos produtos, serviços, imagem de marca, experiência de compra e relacionamento. Dito de outra forma, se a proposição de valor para o segmento-alvo de clientes está se concretizando.

2.5.3 Perspectiva dos Processos Internos

Na perspectiva dos processos internos, são identificados os processos críticos nos quais a organização deve buscar a excelência para atender aos objetivos dos acionistas e dos clientes. Como as medidas dos processos internos estão voltadas para os processos que terão maior importância na satisfação do cliente e na consecução dos objetivos financeiros da

organização, normalmente os objetivos e medidas para essa perspectiva só são desenvolvidos após a formulação dos objetivos e medidas para a perspectiva financeira e do cliente. Essa sequência permite que as organizações focalizem suas medidas de desempenho dos processos internos nos processos que conduzirão à realização dos objetivos dos acionistas e clientes (KAPLAN; NORTON, 1997).

Cada organização desenvolve um conjunto de processos específicos com o objetivo de criar valor para os clientes e produzir resultados financeiros. Existe uma cadeia de valor genérica com três processos principais: processo de inovação, processo de operações e processos de serviço pós-venda.

Kaplan e Norton (1997) assinalam que alguns aspectos dessas medidas provavelmente serão incluídos como medidas fundamentais de desempenho na perspectiva dos processos internos da grande maioria das organizações. Mas além dessas medidas, é importante que os executivos avaliem outras características de seus processos, tais como a de flexibilidade e as de características específicas dos produtos ou serviços, que gerem valor para os clientes e que busquem o crescimento da organização.

Nesta perspectiva, segundo Herrero Filho (2005, p. 120), são identificados os processos críticos do negócio que são essenciais para gerar valor para o cliente, para os acionistas e tornarem-se fonte de vantagem competitiva. Por meio da execução dos processos, em outras palavras, da tradução da estratégia em resultados, é que a alta administração avalia se a inovação em produtos, a qualidade das operações e da produção e a satisfação dos clientes estão sendo alcançadas.

2.5.4 Perspectiva de Aprendizado e Crescimento

Para Herrero Filho (2005, p. 30) essa perspectiva verifica se o aprendizado, a obtenção de novos conhecimentos e o domínio de competências individuais, grupais e das áreas de negócios estão desempenhando o papel de viabilizadores das três perspectivas anteriores.

Kaplan e Norton (1997, p. 131), explicam que os objetivos da perspectiva de aprendizado e crescimento oferecem a infra-estrutura que possibilita a consecução de objetivos ambiciosos nas outras três perspectivas. Os objetivos da perspectiva de aprendizado e crescimento são os vetores de resultados excelentes nas três primeiras perspectivas do *scorecard*.

Os autores assinalam que na experiência de elaboração do *Balanced Scorecard* para várias empresas de serviço e do setor industrial, revelaram-se três categorias principais para essa perspectiva: capacidades dos funcionários; capacidades dos sistemas de informação; motivação, *empowerment* e alinhamento.

Para Niven (2005, p. 174), os indicadores dessa perspectiva garantem que os colaboradores possuam as técnicas corretas, acessem as informações apropriadas e estejam motivados e alinhados com as metas da organização. As medidas eficazes relativas a essa perspectiva sustentam a capacidade do colaborador em aprender, crescer e melhorar enquanto o ambiente de negócios enfrenta as mudanças inevitáveis.

No caso dos hospitais, considerados como organizações de grande complexidade, as pessoas têm um papel fundamental na eficácia organizacional. Segundo Castro (2003), formular políticas diretivas que orientem o processo de tomada de decisão, planejar e desenvolver ações que promovam o desempenho eficiente do pessoal contribui para facilitar o cumprimento da missão do hospital e a elevação da eficácia organizacional. A participação conjunta e a sinergia dos esforços de todas as pessoas são os componentes básicos para que a organização atinja seus objetivos.

De acordo com Kaplan e Norton (2004), o *BSC* em essência, ajuda as organizações a clarificar sua visão e estratégia, traduzindo-as em objetivos tangíveis e mensuráveis. No entanto, a utilização do *BSC* em hospitais pode envolver modificações no modelo, considerando que o instrumento é bastante voltado para empresas de produção com interesses diferentes dos de uma organização de saúde. Na literatura estrangeira há indicação de crescente utilização do *BSC* em hospitais, como por exemplo, o incentivo do governo britânico, por meio do Sistema Nacional de Saúde, à disseminação do *BSC* nos hospitais ligados à rede de saúde pública conforme destacam (NATHAN e PELFREY, 2004, p.24).

Zelman, Pink e Matthias (2003), afirmam que a teoria e os conceitos do *BSC* são relevantes aos hospitais, e sugerem que, para efetuar conexões entre práticas, resultados, qualidade, valor e custos, as organizações de saúde deveriam utilizar o modelo de gestão do *BSC*. Reconhecem, contudo, que a sua utilização por hospitais pode envolver variações no modelo, visto que se encontra bastante direcionado para empresas de produção que possuem interesses díspares dos de uma organização de saúde. Os autores percebem uma oportunidade para a gestão hospitalar projetar, desenvolver, desdobrar e dirigir um planejamento estratégico consistente com os princípios de gerência da qualidade total.

Kaplan (2001) adverte que as organizações com fins lucrativos têm reconhecido que as métricas financeiras por si só são insuficientes para medir e controlar seu desempenho,

complementando a perspectiva financeira com as outras três perspectivas: a do cliente, dos processos internos e de aprendizado e crescimento. Em organizações sem fins lucrativos, a perspectiva financeira aproxima-se mais de uma idéia restritiva ao invés de um objetivo, onde o sucesso ou o fracasso não é medido pelos gastos relativos ao orçamento financeiro. Nessas organizações, como assinala Kaplan (2001), há uma dificuldade típica de colocar as perspectivas financeiras no topo do *Balanced Scorecard*. Nesse sentido, sugere que, coloquem a missão no ápice por representar mais fielmente a prestação de contas entre elas e a sociedade e a razão de sua existência, além de ampliar internamente a definição de quem vem a ser o seu cliente.

Neste estudo, a proposta metodológica de avaliação da qualidade do processo de atendimento administrativo realizado nos setores de “porta de entrada”, utilizando indicadores de desempenho no modelo do *BSC*, permite que os problemas pertinentes à administração hospitalar sejam visualizados com mais clareza e conseqüentemente mais rapidamente solucionados, podendo gerar o crescimento financeiro e de qualidade operacional, que por sua vez envolve o melhoramento dos processos internos, a satisfação dos clientes internos e externos e da sociedade.

2.6 INDICADORES

Bittar (2001) afirma que, para planejar, organizar, coordenar e controlar as atividades em programas e serviços de saúde é imprescindível medir a qualidade e a quantidade, sendo alvo dessa medição os resultados, processos e a estrutura utilizada ou necessária, bem como as influências e repercussões promovidas no meio ambiente. Para tanto, a existência de indicadores de desempenho é fundamental embora pesquisas acadêmicas mostrem que poucos serviços de saúde dispõem ou se utilizam de indicadores.

Um indicador é uma unidade de medida de uma atividade, com a qual se está relacionada ou uma medida quantitativa que pode ser usada como um guia para monitorar e avaliar a qualidade das atividades dos serviços. Embora não seja uma medida direta de qualidade, pode representar uma chamada que identifica ou dirige a atenção para resultados de assuntos específicos, dentro de uma organização, que deve ser motivo de revisão.

Um indicador pode ser uma taxa ou coeficiente, um índice, um número absoluto ou um fato. São essenciais ao planejamento e controle dos processos organizacionais,

estabelecendo medidas que verifiquem o cumprimento de metas e objetivos, sinalizando o rumo que a organização está seguindo, além de facilitar a ação do gestor no processo decisório. Os indicadores também são chamados de itens de controle, na gestão pela qualidade total e, além disso, são importantes na condução de outros processos como os de Acreditação Hospitalar, Seis Sigma e nas Certificações pela ISO 9000. Utilizar indicadores que contemplem todas as áreas envolvidas pode ser de grande proveito para a gestão das organizações hospitalares, pois fornece subsídios importantes para a alta administração (Bittar, 2001).

Os indicadores medem aspectos qualitativos e/ou quantitativos com relação ao meio ambiente, à estrutura, aos processos e aos resultados e é necessário manter o alinhamento e a integração entre eles (Bittar, 2001). Os indicadores de desempenho são propostos para medir o desempenho em áreas-chave do negócio: clientes, mercados, produtos, processos, fornecedores, recursos humanos, comunidade e sociedade. Entretanto, não são fornecidos detalhes sobre como os indicadores devem ser desdobrados para a organização, isto é, qual o nível de abrangência.

Um indicador possui a tarefa básica de expressar, da forma mais simples possível, uma determinada situação que se deseja avaliar. O resultado de um indicador é uma fotografia de dado momento, e demonstra, sob uma base de medida, aquilo que está sendo feito, ou o que se projeta para ser feito. Em situações mais complexas o uso de indicadores auxilia na quantificação de um processo e estabelece padrões para analisar o desempenho. Os indicadores que representam determinado processo sinalizam como ele se encontra e mostram aos gestores como as tarefas estão sendo desenvolvidas, oferecendo números que indicam o estado ou o estágio das várias etapas de um dado processo (FERNANDES, 2004, p.3).

Segundo Takashina e Flores (1996), um indicador deve ser criteriosamente utilizado, observando sua acuidade no processo e a garantia da disponibilidade da informação no menor tempo possível mediante dados confiáveis. Precisa atender vários critérios ressaltando entre eles a seletividade ou importância, simplicidade e clareza, abrangência, rastreabilidade e acessibilidade, comparabilidade, estabilidade e rapidez de disponibilidade e baixo custo de obtenção. Podem ser estratégicos quando informam o “quanto” a organização se encontra na direção da consecução de sua visão; de produtividade ou eficiência quando medem a proporção de recursos consumidos com relação às saídas do processo; de qualidade ou eficácia quando focados nas medidas de satisfação dos clientes e nas características do produto/serviço; de efetividade ou impacto quando focados nas consequências dos

produtos/serviços; e de capacidade quando medem a capacidade de resposta de um processo mediante a relação entre as saídas produzidas por unidade de tempo.

Reforçando os critérios recomendados acima, Bittar (2001) aponta alguns atributos necessários para os indicadores conforme mostra o Quadro 3.

ATRIBUTO	DESCRIÇÃO
Validade	Grau no qual o indicador cumpre o propósito de identificação de situações nas quais a qualidade deve ser melhorada.
Sensibilidade	Grau no qual o indicador é capaz de identificar todos os casos nos quais existem problemas na atual qualidade.
Especificidade	Grau no qual o indicador é capaz de identificar somente aqueles casos nos quais existem problemas na atual qualidade.
Simplicidade	Quanto mais simples de buscar, calcular e analisar, maiores as chances e oportunidades de utilização.
Objetividade	Todo indicador deve ter um objetivo claro, que aumente a fidedignidade do que se busca.
Baixo custo	Indicadores cujo valor financeiro é alto inviabilizam sua utilização rotineira, sendo deixados de lado.

Quadro 3 - Atributos necessários para os indicadores
Fonte: Adaptado de Bittar, 2001.

Segundo Bittar (2001), após atender os atributos solicitados é necessário obedecer a uma sequência lógica para a construção dos indicadores de acordo com os itens mostrados no Quadro 4.

MONTAGEM DE INDICADORES
Nome do Indicador ou item de controle
Fórmula (maneira de expressão, dependendo do tipo)
Tipo (taxa, coeficiente, índice, percentual, número absoluto, fato)
Fonte de Informação (local de onde será extraída a informação)
Método (retrospectivo, prospectivo, transversal)
Amostra
Responsável (pela elaboração)
Frequência (número de vezes que será medido em determinado período)
Meta (motivo, valor, tempo, prazo do item que se quer medir)

Quadro 4 - Sequência lógica para construção dos indicadores
Fonte: Bittar, 2001.

Ressalta que é importante conhecer o(s) cliente(s) a quem o indicador se destina, se é interno ou externo, quais as necessidades - qualidade intrínseca, custo, atendimento, moral,

segurança e outras, para que a elaboração dos indicadores contemple os atributos citados.

No capítulo seguinte será apresentada a metodologia utilizada para a elaboração da proposta de indicadores da organização estudada.

3 METODOLOGIA PARA ELABORAÇÃO DA PROPOSTA DE INDICADORES

Segundo Jung (2004), o método de pesquisa é composto por um conjunto de atividades sistemáticas e racionais que distinguem um trabalho científico. Utilizar a metodologia de pesquisa permite formular e planejar um conjunto de etapas para levantar as informações necessárias, catalogá-las e analisá-las.

Este estudo se caracteriza quanto aos procedimentos técnicos como bibliográfico e documental, de natureza aplicada, pois busca gerar conhecimento prático a respeito do tema. É de caráter exploratório, uma vez que objetiva aumentar a experiência em torno do assunto estudado e qualitativo por interpretar fenômenos, atribuir significados, tendo como fonte de dados o ambiente natural, o pesquisador como instrumento-chave e por não requerer o uso de métodos e técnicas estatísticas, conforme mencionam Silva e Menezes (2005). De acordo com Gil (1999), estudos exploratórios envolvem o levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso.

Por se tratar de um estudo de caso os resultados encontrados são válidos somente na situação verificada não podendo ser generalizados para todas as organizações do setor de acordo com Triviños (1987), e os objetivos do estudo de caso não são de proporcionar o esgotamento de todos os conhecimentos das características da organização estudada segundo Gil (1999).

Para a realização do estudo foi escolhido o Hospital Universitário Cajuru – HUC por se constituir em uma organização hospitalar com características que atendem o objeto da pesquisa. De acordo com os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (BRASIL, 2010), o HUC é um hospital geral, de grande porte quanto à capacidade de atendimento, presta atividades de ensino/pesquisa, com setores de internação, meios diagnósticos e terapêuticos e atendimento de urgência/emergência, com vários setores de “porta de entrada”.

A elaboração da proposta de indicadores foi realizada em quatro etapas como descritas:

- 1ª Etapa - Definição do processo crítico;
- 2ª Etapa - Construção dos formulários de entrevistas;
- 3ª Etapa - Coleta de dados, e

4ª Etapa - Análise dos dados.

3.1 DEFINIÇÃO DO PROCESSO CRÍTICO

O processo crítico escolhido para a avaliação da qualidade do atendimento administrativo nos setores de “porta de entrada” selecionados do Hospital Universitário Cajuru - HUC foi o “atendimento ao cliente externo”, de agora em diante chamado de usuário. A escolha deste processo e de sua caracterização como crítico justifica-se pelo fato de constituir o primeiro contato do usuário com a organização e por incluir atividades de primeiro atendimento aos usuários externos do hospital, do momento em que chegam até o efetivo atendimento assistencial. Além disto, neste primeiro contato são registradas as percepções iniciais do usuário com relação à qualidade do serviço prestado e onde tem início o relacionamento financeiro entre as partes.

Neste processo o usuário é recebido pelos colaboradores que trabalham nas recepções dos setores selecionados e são realizadas as seguintes atividades:

- a) solicitação de atendimento: internação clínica eletiva, consulta de emergência, consulta eletiva;
- b) preenchimento das guias de atendimento - administrativas, e
- c) encaminhamento para assistência médica/enfermagem ou internação hospitalar.

Segundo Maranhão e Macieira (2004), os produtos dos processos devem atender plenamente às necessidades dos clientes, considerando uma condição mais favorável possível para a organização. Nesse caso, os processos são realizados com qualidade e agregam valor para o cliente. Caso contrário, quando não ocorre a esperada agregação de valor, se estará diante de um processo não lucrativo, sem qualidade, logo crítico para a organização ou unidade de negócio e como tal, passível de reformulação, melhoria, e em situações extremas, de eliminação.

3.2 CONSTRUÇÃO DOS FORMULÁRIOS DE ENTREVISTAS

Com base na literatura pesquisada foram criados dois formulários para a coleta de

dados que estão disponibilizados nos Apêndices A e B. Foi realizado um pré-teste para validação dos instrumentos com dois especialistas com experiência em processos de avaliação de instituições hospitalares. A ficha técnica dos especialistas encontra-se disponível no Apêndice D.

Foi realizada a apresentação do projeto e dos formulários ao Gerente Geral do HUC para considerações. Após apreciação foi sugerida a ampliação da pesquisa com a criação de um terceiro formulário, disponível no Apêndice C, com o objetivo de investigar a percepção da base operacional a respeito das questões sobre qualidade do processo de atendimento. Esse formulário também passou pela validação de um especialista, sendo aprovado pelo gestor. Foi definida também, na ocasião, a população a ser entrevistada e os setores de “porta de entrada” a serem investigados na organização.

Ficou decidido que o Apêndice A - Formulário de Caracterização da Organização seria respondido pelo Gerente Geral do HUC. O Apêndice B - Formulário de Pesquisa sobre a Qualidade do Processo de Atendimento nos Setores de “Porta de Entrada” - Gestores seria respondido pelo responsável da Coordenação de Internação e que o Apêndice C - Formulário de Pesquisa sobre a Qualidade do Processo de Atendimento nos Setores de “Porta de Entrada” - Equipe Operacional seria respondido por colaboradores da equipe operacional mediante entrevista, de acordo com a escala fornecida pela Coordenação de Internação.

3.3 COLETA DE DADOS

Em reunião com o gestor foi verificada a existência de 10 setores de “porta de entrada” no HUC:

- a) Setor de Pronto Atendimento;
- b) Setor de Pronto Socorro;
- c) Setor de internação - área administrativa, e
- d) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapias – SADT, abrangendo os seguintes setores:
 - Setor de Radiologia;
 - Setor de Ultrassonografia;

- Setor de Tomografia;
- Laboratório de Análises Clínicas;
- Setor de Hemodiálise, e
- Setor de Fisioterapia.

Apesar da existência de 10 setores ou áreas de “porta de entrada” na organização, para este estudo foram definidos como objeto de análise da pesquisa, três setores: Setor de Pronto Atendimento, Setor de Pronto Socorro e Setor de Internação - área administrativa. Com relação ao setor de internação área administrativa, especificamente, foi verificado que as atividades de atendimento são desenvolvidas em sete “portas de entrada” diferentes. Deste modo, a fim de facilitar a coleta e análise dos dados, os setores de “porta de entrada” foram separados de acordo com o processo de atendimento externo, por área de recepção conforme descrito:

- a) Setor de Pronto Atendimento: recepção do pronto atendimento - RECPA;
- b) Setor de Ponto Socorro: recepção do pronto socorro - RECPS;
- c) Setor de Internação: recepção de internação eletiva - RECIEL;
- d) Setor de Internação: recepção de internação de emergência - RECIEM;
- e) Setor de Internação: recepção de internação de convênio - RECICONV;
- f) Setor de Internação: recepção do sistema único de saúde - RECSUS, e
- g) Setor de Internação: recepção de convênios - RECCONV.

Por solicitação do gestor hospitalar foram excluídos do estudo os setores relativos aos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapias - SADT compreendendo os Setores de Radiologia, Ultrassonografia, Tomografia, Laboratório de Análises Clínicas, Hemodiálise e Fisioterapia.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semi-estruturadas realizadas em três momentos:

- a) entrevista com o gestor do HUC: com aplicação do Apêndice A - Formulário de Caracterização da Organização. Este formulário, contendo vinte e nove perguntas abertas e perguntas fechadas, teve o objetivo de obter dados de identificação e caracterização da organização estudada com itens relativos aos recursos e serviços

existentes, sobre a missão, visão, qualidade e indicadores utilizados. O formulário foi respondido por *e-mail* pelo Gerente Geral do HUC;

- b) entrevista com o gestor dos setores de “porta de entrada” escolhidos: com aplicação do Apêndice B - Formulário de Pesquisa sobre a Qualidade do Processo de Atendimento nos Setores de “porta de entrada” - Gestores. Este formulário, contendo quarenta e oito perguntas abertas e perguntas fechadas, divididas nas seguintes categorias: Quanto aos Recursos Humanos, Quanto aos Recursos Físicos, Quanto aos Recursos Materiais e de Tecnologia da Informação, Quanto às Normas e Rotinas Administrativas e Sobre Indicadores, teve o objetivo de obter dados sobre a qualidade do processo de atendimento nos setores de “porta de entrada”. O formulário foi respondido por *e-mail* pela Coordenação de Internação após entrevista, e
- c) entrevista com a equipe operacional dos setores de “porta de entrada” escolhidos: com aplicação do Apêndice C - Formulário de Pesquisa sobre a Qualidade do Processo de Atendimento nos Setores de “porta de entrada” - Equipe Operacional. Este formulário, contendo trinta e sete perguntas abertas e perguntas fechadas, divididas nas seguintes categorias: Quanto aos Recursos Humanos, Quanto aos Recursos Físicos, Quanto aos Recursos Materiais e de Tecnologia da Informação, Quanto às Normas e Rotinas Administrativas, teve o objetivo de obter dados sobre a qualidade do processo de atendimento no setor de atuação de cada colaborador. A categoria final se constitui em um espaço de sugestões para melhorar a qualidade do atendimento prestado no setor. O formulário foi respondido pelos colaboradores da equipe operacional mediante entrevista realizada no período de 07 e 08 de fevereiro de 2011, conforme escala fornecida pela Coordenação de Internação.

Convém ressaltar que para a realização das entrevistas com a equipe operacional, a Coordenação de Internação forneceu escala com um total de 36 (trinta e seis) colaboradores distribuídos nos três turnos de trabalho - manhã, tarde e noite. Porém, por motivo de falta, folga e desligamento ocorridos no período de realização das entrevistas, o total de respondentes foi de 31 (trinta e um), conforme mostrado no Quadro 5.

SETOR	CARGO	NÚMERO DE ENTREVISTADOS	FORMULÁRIO
RECIEL	Auxiliar administrativo	01	Apêndice C
RECIEM	Auxiliar administrativo	04	Apêndice C
RECICONV	Auxiliar administrativo	04	Apêndice C
RECSUS	Auxiliar administrativo	03	Apêndice C
RECCONV	Auxiliar administrativo	03	Apêndice C
RECPA	Auxiliar administrativo	06	Apêndice C
RECPS	Auxiliar administrativo	10	Apêndice C
TOTAL			31

Quadro 5 - Distribuição dos respondentes de acordo com os formulários de entrevistas
Fonte: Pesquisa de campo.

Do total de 31 (trinta e um) respondentes 1(um) funcionário atuava nos três turnos em dias diferentes e outro funcionário atuava em dois turnos.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Após a realização das entrevistas os formulários foram agrupados por tipo e de acordo com os setores aos quais pertenciam os entrevistados.

Os dados foram compilados em planilhas de *Excel* e analisados de acordo com as seguintes categorias:

- a) recursos humanos;
- b) recursos físicos;
- c) recursos materiais e de tecnologia da informação;
- d) normas e rotinas administrativas;
- e) indicadores, e
- f) sugestões para melhorar a qualidade do serviço no setor.

Verificada a inexistência de indicadores específicos para a avaliação da qualidade do processo de atendimento nos setores de “porta de entrada”, foi elaborada uma proposta de indicadores como descrita no capítulo cinco deste estudo.

4 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Para caracterizar a instituição pesquisada foram utilizados dados do Formulário de Caracterização da Organização - Apêndice A - respondido pelo Gerente Geral do Hospital Universitário Cajuru - HUC.

O HUC está situado na Av. São José, nº 300, Bairro Cristo Rei na Cidade de Curitiba, Estado do Paraná. A organização está orientada por princípios éticos, cristãos e maristas e tem por missão, atuar na área da saúde com excelência na prestação de serviços à comunidade e contínuo desenvolvimento do ensino e da pesquisa.

A visão do hospital é ser reconhecido como um hospital de referência, identificado pela sua excelência, sentido humanitário e relevância social.

Quanto à natureza da assistência o HUC caracteriza-se como um hospital geral cuja atividade principal é realizar atendimentos nas especialidades de ortopedia e traumatologia, com atividades de complementação diagnóstica, Ensino e Pesquisa. Demais características encontram-se no Quadro 6.

CARACTERÍSTICA	HUC
Natureza da assistência	Geral
Propriedade, manutenção e controle	Particular - com fins lucrativos ou sem fins lucrativos (hospitais filantrópicos - organizações hospitalares sem fins lucrativos que atendem gratuitamente, pacientes pobres desprovidos de qualquer cobertura)
Capacidade ou lotação	Grande Porte com mais de 150 leitos
Capacidade de ensino - Residência Médica	Hospital de ensino com residência médica regulamentada
Quanto ao corpo clínico	Misto
Sistema de edificação	Misto/vertical
Tempo de permanência do paciente no hospital	Curta permanência - período médio inferior a 15 dias
Área de abrangência	Hospital atende pessoas de Curitiba e região metropolitana

Quadro 6 - Características do HUC

Fonte: Formulário de Caracterização da Organização, Apêndice A, 2011.

Com relação aos recursos assistenciais foi verificado que o HUC possui oito setores ou serviços assistenciais e nove setores, entre serviços próprios e terceirizados, relativos aos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapias - SADT, conforme mostra o Quadro 7.

RECURSOS ASSISTENCIAIS	SADT PRÓPRIO	SADT TERCEIRIZADO
Setor de Pronto Atendimento	Radiologia	Ressonância Magnética,
Setor de Pronto Socorro	Ultrassonografia	Cintilografia
Setor de Internação Individual	Tomografia	Laboratório de Anatomia Patológica
Setor de Internação Coletiva	Laboratório de Análises Clínicas	Hemodiálise
Setor de UTI	Fisioterapia	
Setor de Centro Cirúrgico		
Serviço de Transplantes		
Serviço de Neurocirurgia		

Quadro 7 - Recursos assistenciais e serviços de apoio diagnóstico e terapia do HUC
Fonte: Formulário de Caracterização da Organização, Apêndice A, 2011.

No que diz respeito aos **serviços de apoio** o HUC possui todos os serviços próprios para: farmácia, central de material esterilizado - CME, serviço de nutrição e dietética - SND, serviços gerais incluindo manutenção, lavanderia e limpeza. Quanto aos **serviços administrativos** o hospital possui serviços próprios de Administração e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH.

O HUC atua com uma equipe multiprofissional composta por **957** colaboradores distribuídos em diversas categorias profissionais, como mostra o Quadro 8.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL	QUANTIDADE
Assistente social	9
Farmacêutico	6
Nutricionista	4
Fisioterapeuta	13
Auxiliar de enfermagem	415
Fonoaudiólogo	01
Bioquímico	12
Médico efetivo	244
Psicólogo	01
Enfermeiro	72
Médico estagiário	34
Técnico em enfermagem	36
Médico residente	110
TOTAL	957

Quadro 8 - Recursos humanos disponíveis do HUC
Fonte: Formulário de Caracterização da Organização, Apêndice A, 2011.

Na entrevista realizada com o gestor do HUC, ficou evidenciado que o HUC possui 08 setores ou serviços que atendem ao conceito de “porta de entrada” do hospital conforme definido na revisão de literatura. São eles:

- a. setor de pronto atendimento;
- b. setor de pronto socorro;
- c. setor de internação - área administrativa;

- d. serviço de radiologia;
- e. serviço de ultrassonografia;
- f. serviço de tomografia;
- g. laboratório de análises clínicas, e
- h. serviço de hemodiálise.

O monitoramento dos processos de atendimento aos clientes externos nos setores de “porta de entrada” do HUC é realizado pela Coordenação de Internação e pela Gerência de Emergência.

Com relação à implementação de ferramentas de avaliação da qualidade foram obtidos os seguintes resultados:

- a) avaliação externa: foi verificado que o HUC passou por um processo externo de avaliação da qualidade onde o modelo utilizado foi o Programa Paranaense de Avaliação dos Serviços de Saúde - PROPASS PLUS, da ASSEPAS/UNIDAS PR que representa as operadoras da modalidade de autogestão do Paraná; e
- b) avaliação interna: no formulário de Caracterização da Organização, não foi evidenciada a utilização de nenhum modelo interno de avaliação da qualidade dentre os apresentados: 5S, BSC, Gestão por processos, *Benchmarking*, PDCA.

O HUC tem atuado na busca de implementar uma cultura de qualidade nos últimos dois anos. Segundo informações do gestor do hospital, os atuais indicadores utilizados não estão ligados à missão e visão do hospital. Contudo, existem 14 indicadores de monitoramento de desempenho já implementados no hospital, como evidenciado no Quadro 9.

INDICADOR	
1.	Valor paciente/dia
2.	Valores recebidos orçado x realizado
3.	Custo orçado x realizado por área
4.	Índice de satisfação (retirado de pesquisa de satisfação com clientes)
5.	Queixas de clientes na ouvidoria
6.	Resultado da pesquisa de satisfação
7.	Taxa de infecção hospitalar
8.	Média de permanência
9.	Número de cirurgias realizadas
10.	Taxa de ocupação de leitos
11.	Taxa de ocupação de salas cirúrgicas
12.	Número de treinamentos por ano / área
13.	Pesquisa de clima organizacional

Quadro 9 - Indicadores utilizados no HUC

Fonte: Formulário de Caracterização da Organização, Apêndice A, 2011.

Não foi investigada na pesquisa a metodologia adotada para a construção, coleta de dados, metas e interpretação para o monitoramento desses indicadores.

Segundo relato do gestor, o HUC possui um controle feito manualmente e por amostragem, do tempo de espera do usuário entre abertura da ficha de atendimento até o efetivo atendimento assistencial, no entanto, esse controle é eventual.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

São apresentados neste capítulo os resultados do estudo, cuja meta principal é propor uma metodologia para avaliar a qualidade do processo de atendimento administrativo nos setores de “porta de entrada” do HUC.

Para elaborar a proposta dos indicadores foram observadas as etapas metodológicas de seleção do processo crítico, neste estudo denominado de atendimento ao cliente externo nos setores de “porta de entrada” e a apresentação e análise das informações obtidas com a aplicação dos formulários que constam nos Apêndices A, B e C.

Os resultados para a identificação da existência de indicadores para avaliar a qualidade do processo de atendimento administrativo realizado nos setores de “porta de entrada” do Hospital Universitário Cajuru estão apresentados em três etapas:

- a) Resultados da pesquisa com a Coordenação de Internação;
- b) Resultados da pesquisa com os colaboradores dos setores de “porta de entrada, e
- c) Identificação dos Indicadores do HUC.

5.1 IDENTIFICAÇÃO DA EXISTÊNCIA DE INDICADORES - SETORES DE “PORTA DE ENTRADA” DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU

Nesta etapa do estudo foram compilados e analisados os dados e informações coletadas referentes à aplicação dos Apêndices B e C.

5.1.1 Resultados da pesquisa com a Coordenação de Internação

Para realizar a entrevista foi utilizado o Apêndice B - Pesquisa sobre a qualidade do processo de atendimento nos setores de “porta de entrada” - Gestores, respondido pelo colaborador responsável pela Coordenação de Atendimento e Internamento, ocupando o cargo

de Coordenadora Administrativa, com formação em Secretariado Executivo, atuando em regime de trabalho de 40 horas semanais.

As perguntas de 1 a 7 do formulário referem-se aos dados de identificação do entrevistado e à capacidade de atendimento mensal dos setores de “porta de entrada” selecionados. Especificamente no setor de pronto socorro a capacidade mensal de atendimento é de 6.500 consultas e a média mensal informada para o primeiro trimestre - 2011- foi de 3.932 atendimentos em função do contrato firmado entre o HUC e a Secretaria Municipal de Saúde.

Na compilação dos dados as perguntas foram agrupadas em cinco categorias: recursos humanos, recursos físicos, recursos materiais e tecnologia da informação, normas e rotinas administrativas e indicadores.

Com referência à categoria dos **recursos humanos** do setor foram feitas 12 perguntas fechadas e obtidos os resultados como demonstrados no Quadro 10.

CATEGORIA RECURSOS HUMANOS	RESPOSTAS
8. Número de funcionários administrativos disponíveis para o primeiro atendimento é suficiente	Sim
9. O setor conta com profissional de recepção exclusivo, no horário de funcionamento	Sim
10. Setor dispõe de auxiliar de serviços gerais exclusivo do setor	Sim
11. Quantidade total de funcionários do setor	56
12. Quantidade de funcionários por turno	Manhã 20 Tarde 20 Noite 16
13. Indicador do tempo médio de espera do usuário antes do atendimento assistencial	Não existe
14. Tempo médio de serviço dos funcionários do setor	6 a 12 meses
15. Taxa de rotatividade <i>-turnover-</i> do setor	< 3%
16. Tempo médio para substituição de funcionários desligados do setor	de 61 a 90 dias
17. Taxa de absenteísmo do setor	< 3%
18. Quantidade de funcionários do setor quanto à escolaridade	2 ° grau completo - 52 3 ° grau completo - 3 Pós-graduação - 1
19. Quanto à produtividade dos profissionais do setor *	Existe controle da produtividade

Quadro 10 - Respostas do gerente às perguntas da categoria recursos humanos dos setores de “porta de entrada” do HUC

Fonte: Pesquisa sobre a qualidade do processo de atendimento nos setores de “porta de entrada”, gestores, Apêndice B, 2011.

*os números do Quadro 10 representam o número da pergunta definida no Apêndice B.

Na análise dos dados relativos aos **recursos humanos** percebe-se que os setores de “porta de entrada” avaliados, contam com 56 funcionários distribuídos em três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite). Porém, para realização da pesquisa de campo com os

colaboradores, foi fornecida uma escala com 36 colaboradores. Assim, há uma inconsistência ou no número informado, ou na escala fornecida ao pesquisador.

É possível, também, comprovar que não existe indicador relacionado ao tempo médio de espera do usuário antes do atendimento assistencial.

Outro dado relevante refere-se ao tempo médio de serviço dos colaboradores dos setores de “porta de entrada”, que é de 6 a 12 meses. Este dado pode sugerir a ocorrência de rotatividade com implicações diretas na qualidade do atendimento ao usuário, principalmente quando somada à informação referente ao tempo médio para a substituição dos funcionários desligados que oscila entre 61 a 90 dias.

Com relação à categoria dos **recursos físicos** do setor foram feitas 03 perguntas fechadas e obtidos os seguintes resultados conforme Quadro 11.

CATEGORIA RECURSOS FISICOS	RESPOSTAS
20. A área física/espço destinada ao atendimento administrativo do cliente/paciente é suficiente	Não
21. A área física/espço destinada à espera de pacientes e acompanhantes é suficiente	Não
22. O setor dispõe de sanitários públicos - masculino e feminino*	Não

Quadro 11 - Respostas do gerente às perguntas da categoria recursos físicos dos setores de “porta de entrada” do HUC

Fonte: Pesquisa sobre a qualidade do processo de atendimento nos setores de “porta de entrada”, gestores, Apêndice B, 2011.

*os números do Quadro 11 representam o número da pergunta definida no Apêndice B.

Na análise dos dados referentes aos **recursos físicos** é possível perceber carências relativas ao espaço físico destinado ao atendimento do paciente, bem como o espaço destinado à espera tanto de pacientes quanto de acompanhantes. Esta não conformidade da área física pode influenciar o grau de satisfação do cliente externo.

Com relação à categoria **recursos materiais e de tecnologia da informação** dos setores de “porta de entrada” foram feitas 06 perguntas fechadas e obtidos os resultados mostrados no Quadro 12.

CATEGORIA RECURSOS MATERIAIS E TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	RESPOSTAS
23. Setor possui equipamento <i>hardware</i> disponível e suficiente para a equipe administrativa	Sim
24. Setor possui sistema de informação para a equipe administrativa	Sim
25. Sistema de informação utilizado no setor atende as necessidades da equipe administrativa	Sim
26. Sistema de informação possui “manual de utilização” que permite sanar dúvidas no desempenho das atividades diárias	Não
27. Sistema de informação possibilita a emissão de relatórios de desempenho mensal de atividades da equipe administrativa	Não
28. Fornece <i>feedback</i> ao seu colaborador direto quanto ao desempenho dele*	Sim

Quadro 12 - Respostas do gerente às perguntas da categoria recursos materiais e tecnologia da informação dos setores de “porta de entrada” do HUC

Fonte: Pesquisa sobre a qualidade do processo de atendimento nos setores de “porta de entrada”, gestores, Apêndice B, 2011.

*Os números do Quadro 12 representam o número da pergunta definida no Apêndice B.

Na análise dos dados relacionados aos **recursos materiais e tecnologia da informação** percebe-se que os recursos relacionados a *hardware* e *software* atendem as necessidades dos colaboradores. Contudo, há deficiências com relação ao manual de utilização que não permite sanar dúvidas dos colaboradores no desempenho das atividades diárias. Além disso, o sistema de informação não permite emitir relatórios de desempenho das atividades diárias, embora os colaboradores sejam informados quanto ao seu desempenho.

No que tange à categoria **normas e rotinas** dos setores de “porta de entrada” foram feitas 10 perguntas fechadas e obtidos os resultados indicados no Quadro 13.

CATEGORIA NORMAS E ROTINAS	RESPOSTAS
29. Novos funcionários admitidos no setor são treinados antes de assumirem as atividades, facilitando a integração com a equipe e rotinas do hospital	Não
30. Funcionários do setor são treinados periodicamente para exercer suas atividades	Sim
31. Setor possui - escrito ou digitalizado - “Manual de Normas e Rotinas Administrativas”	Não
32. Setor possui “Manual de Normas e Rotinas” específico para a qualidade do atendimento ao cliente	Não
33. Funcionários do setor têm conhecimento do sistema de qualidade utilizado	Não
34 e 35. Existe uma ferramenta específica para avaliar o grau de satisfação do cliente	Sim, em papel
36. Frequência de treinamento dos funcionários para exercer as atividades no setor	Não são treinados
37. Em casos de “não conformidade” administrativa no início do atendimento ao paciente de convênio (plano de saúde), como é solucionado o problema	Liga para o convênio do paciente
38. Percentual de guias de convênio devolvidas por “não conformidades”	Não sabe
39. Instrumentos utilizados para comunicação interna no(s) setor (es) sob sua responsabilidade*	Comunicado interno e <i>e-mail</i>

Quadro 13 - Respostas do gerente às perguntas da categoria normas e rotinas dos setores de “porta de entrada” do HUC

Fonte: Pesquisa sobre a qualidade do processo de atendimento nos setores de “porta de entrada”, gestores, Apêndice B, 2011.

*Os números do Quadro 13 representam o número da pergunta definida no Apêndice B.

Na análise dos dados relativos às **normas e rotinas** percebe-se que há uma inconsistência nas respostas quanto ao item treinamento dos recursos humanos. Este dado é evidenciado na pergunta 30 onde é informado que os funcionários são treinados periodicamente para exercer suas atividades e na pergunta 36 onde a informação é que os funcionários não são treinados. Este fato pode trazer prejuízos na qualidade do atendimento ao usuário por não propiciar o aprendizado e o crescimento dos colaboradores.

Nas questões 34 e 35 o gestor informa a existência de ferramenta específica para avaliar o grau de satisfação do cliente denominado Questionário de Pesquisa de Satisfação do Cliente. Trata-se de formulário em papel que é disponibilizado nos setores de “porta de entrada” que atendem usuários portadores de convênio. O referido formulário encontra-se digitalizado no Anexo 1. De acordo com alguns relatos de colaboradores da equipe operacional, a utilização do mesmo fica a critério do usuário e não há controle sistemático da quantidade respondida.

Os setores de “porta de entrada” do hospital têm como uma de suas tarefas o preenchimento de guias de convênio e do SUS relacionadas ao atendimento. Essas guias representam o documento oficial para início do atendimento e posterior cobrança das faturas dos atendimentos prestados. Quando são detectadas não conformidades no preenchimento das guias, estas não são pagas pelos compradores de serviços (operadoras de planos de saúde ou do sistema único de saúde). Ficou evidenciado na pesquisa que não há controles específicos relacionados ao faturamento de guias glosadas - não pagas pelos convênios, por não conformidade administrativa nos setores de “porta de entrada” do HUC.

Com relação à categoria de **indicadores administrativos** dos setores de “porta de entrada” foram feitas 9 perguntas fechadas e obtidos os resultados mostrados no Quadro 14.

INDICADORES ADMINISTRATIVOS	RESPOSTAS
40. Existe um setor de qualidade no hospital	Não
41. Existe registro formal das evidências de não conformidades	Não
42 e 43 Existe(m) indicador (es) de controle quanto ao grau de satisfação do cliente específico do setor	Não
44 e 45. Setor possui indicadores formalizados para acompanhar o desempenho dos planos de ação e das estratégias	Não
46 e 47. Setor possui indicadores formalizados para acompanhar o desempenho das atividades e processos	Não
48. Setor conhece as relações de causa e efeito entre os principais indicadores, ou seja, quais indicadores afetam os demais*	Não

Quadro 14 - Respostas do gerente às perguntas da categoria indicadores administrativos dos setores de “porta de entrada” do HUC

Fonte: Pesquisa sobre a qualidade do processo de atendimento nos setores de “porta de entrada”, gestores, Apêndice B, 2011.

*Os números do Quadro 14 representam o número da pergunta definida no Apêndice B.

Na análise dos dados relacionados aos **indicadores administrativos** é possível perceber mais uma inconsistência nas respostas. Na categoria normas e rotinas, respostas 34 e 35, o gerente informa que existe uma ferramenta de avaliação para o grau de satisfação do cliente. Se existe essa ferramenta de avaliação, pode-se concluir que os dados coletados gerem indicadores do grau de satisfação dos clientes externos. No entanto das 9 perguntas relativas aos indicadores não ficou comprovada a existência de nenhum indicador de desempenho relacionado à qualidade do atendimento nos setores de “porta de entrada” do HUC.

5.1.2 Resultados da pesquisa com os colaboradores dos setores de “porta de entrada”

Para realizar as entrevistas com os colaboradores dos setores de “porta de entrada” foi utilizado o Apêndice C - Pesquisa sobre a qualidade do processo de atendimento nos setores de “porta de entrada” - equipe operacional.

A Coordenadora Administrativa dos setores de “porta de entrada” forneceu escala contendo, nome e horário de trabalho de 36 colaboradores. As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas em dois dias, contemplando os turnos da manhã, tarde e noite.

O formulário foi aplicado em 31 entrevistados uma vez que 5 colaboradores não se encontravam nos seus respectivos setores, por motivo de folga ou desligamento do HUC. O número de entrevistados representou 56% do total informado pela Coordenadora Administrativa no Apêndice B.

De acordo com os dados obtidos no Apêndice A, o HUC possui 8 setores de “porta de entrada”. Destes, por sugestão do Gerente Geral, foram investigados 3 setores de “porta de entrada”: a) Setor de Pronto Atendimento; b) Setor de Pronto Socorro; c) Setor de Internação - Área Administrativa, separados de acordo com o processo de atendimento externo, por área de recepção conforme descrito:

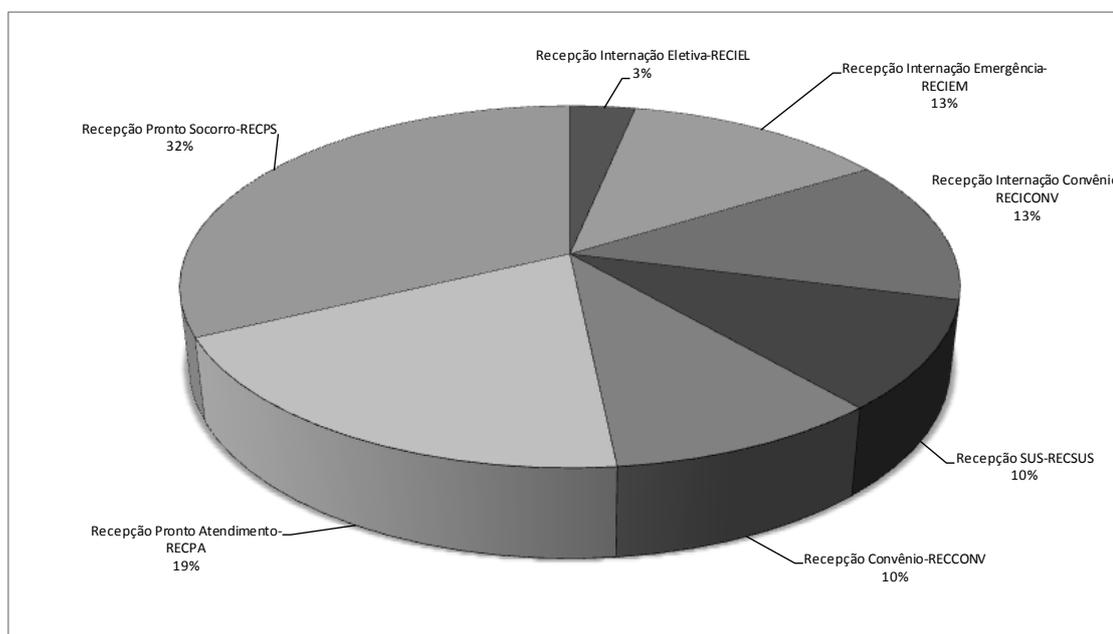
- a) Setor de Pronto Atendimento: recepção do pronto atendimento - RECPA;
- b) Setor de Ponto Socorro: recepção do pronto socorro - RECPS;
- c) Setor de Internação: recepção de internação eletiva - RECIEL;
- d) Setor de Internação: recepção de internação de emergência - RECIEM;
- e) Setor de Internação: recepção de internação de convênio - RECICONV;
- f) Setor de Internação: recepção do sistema único de saúde - RECSUS, e

g) Setor de Internação: recepção de convênios - RECCONV.

Na compilação dos dados as perguntas foram agrupadas em cinco categorias: recursos humanos, recursos físicos, recursos materiais e tecnologia da informação, normas e rotinas administrativas e sugestões para melhorar a qualidade do atendimento no setor.

As perguntas de 1 a 6 do Apêndice C são referentes aos dados gerais de identificação dos entrevistados. O resultados das perguntas são apresentados nos Gráficos 1, 2, 3 e 4.

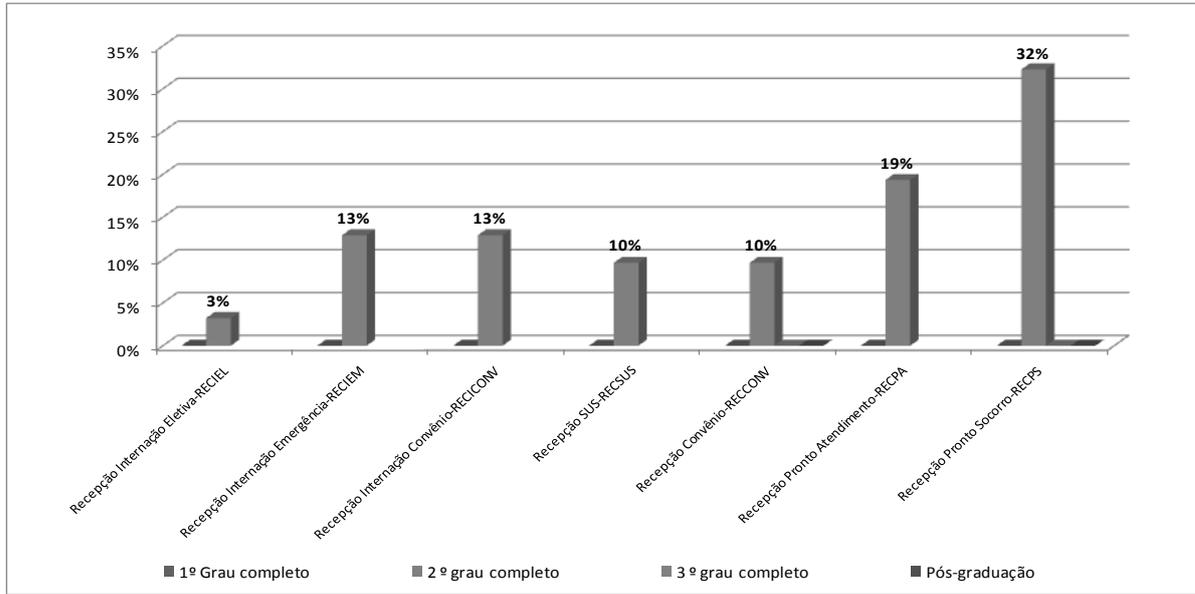
Gráfico 1 - Distribuição dos colaboradores do HUC nos setores de “porta de entrada” por área de atuação - fev/2011



Fonte: Pesquisa sobre a qualidade do processo de atendimento nos setores de “porta de entrada”, equipe operacional, Apêndice C, 2011.

A maior quantidade de colaboradores entrevistados dos setores de “porta de entrada” do HUC está alocada na Recepção do Pronto Socorro - RECPS - com 32% dos colaboradores, seguido pelo setor de Recepção do Pronto Atendimento - RECPA - com 19% dos colaboradores, e pela Recepção de Internação de Emergência - RECIEM e Recepção de Internação de Convênio - RECICONV com 13%, respectivamente.

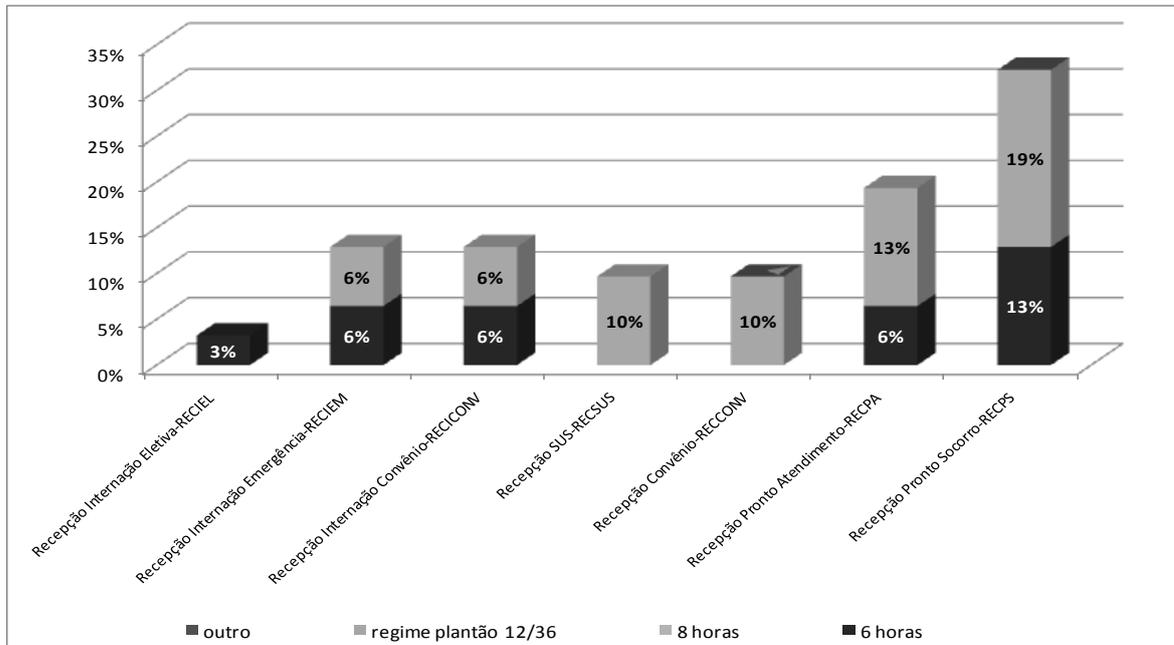
Gráfico 2 - Distribuição dos colaboradores do HUC nos setores de “porta de entrada” por grau de instrução - fev 2011



Fonte: Pesquisa sobre a qualidade do processo de atendimento nos setores de “porta de entrada”, equipe operacional, Apêndice C, 2011.

Quanto ao grau de instrução verifica-se que 100% dos colaboradores entrevistados nos setores de “porta de entrada” do HUC possuem 2º grau completo.

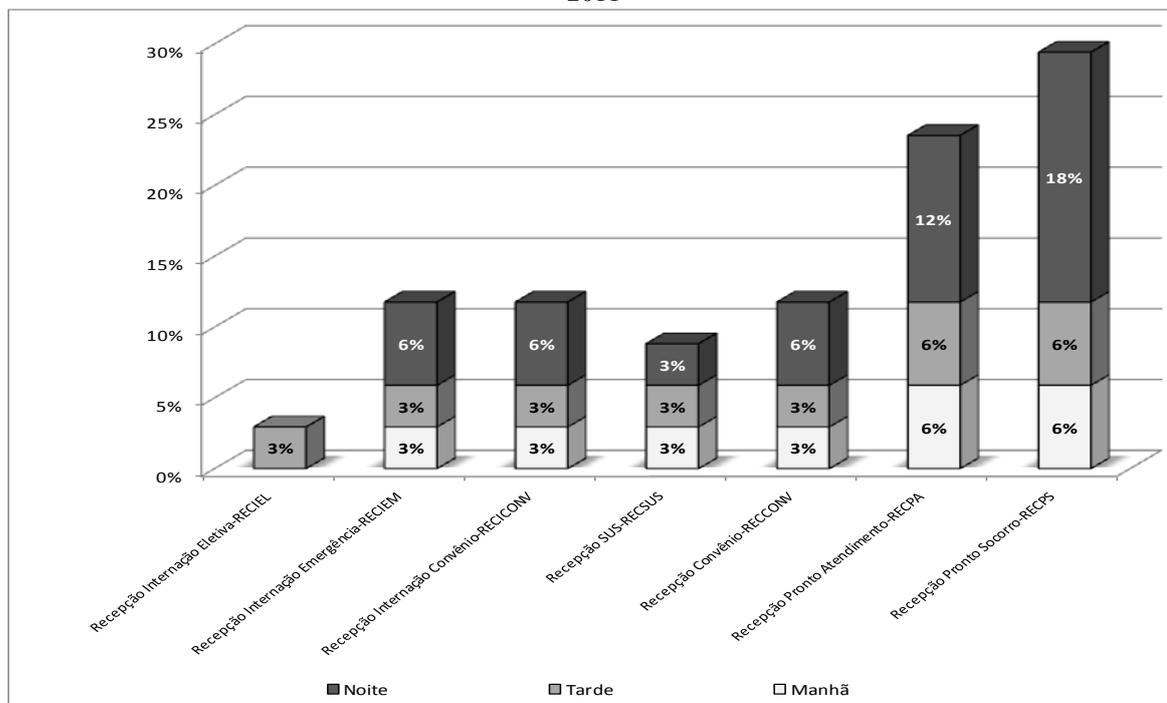
Gráfico 3 - Distribuição dos colaboradores do HUC nos setores de “porta de entrada” por horário de trabalho - fev 2011



Fonte: Pesquisa sobre a qualidade do processo de atendimento nos setores de “porta de entrada”, equipe operacional, Apêndice C, 2011.

Com relação ao horário de trabalho verifica-se que 46% dos entrevistados atuam em regime de plantão - turno da noite - e 34% cumpre as atividades em regime de trabalho de 6 horas.

Gráfico 4 - Distribuição dos colaboradores do HUC nos setores de “porta de entrada” por turno de trabalho - fev 2011



Fonte: Pesquisa sobre a qualidade do processo de atendimento nos setores de “porta de entrada”, equipe operacional, Apêndice C, 2011.

Com referência ao turno de trabalho dos entrevistados, verifica-se que 51% dos colaboradores realizam suas atividades no turno da noite, 27% no turno da tarde e 24% no turno da manhã.

Convém advertir que, exceto na Recepção de Internação Eletiva - RECIEL, por não ter contato direto com o usuário, os turnos de trabalho acontecem em regime de plantão 12x36 hs. Assim, dependendo da escala, dois colaboradores cumprem dois turnos e um colaborador que é o folguista pode ser requisitado a trabalhar em qualquer um dos três turnos.

Com referência à categoria dos **recursos humanos** do setor foram feitas 06 perguntas fechadas e obtidos os resultados como mostrados no Quadro 15.

QUANTO AOS RECURSOS HUMANOS DO SETOR	RESPOSTAS	RECIEL	RECIEM	RECICONV	RECSUS	RECONVY	RECPA	RECPS	TOTAL	PERCENTUAL	TOTAL GERAL
7. Número de funcionários administrativos para o primeiro atendimento suficiente	Sim	1	2	1	1	1	1	5	12	39%	31
	Não	0	2	3	2	2	5	5	19	61%	
8. Setor conta com profissional de recepção exclusivo, no horário de funcionamento	Sim	1	1	3	2	3	6	8	24	80%	30
	Não	0	2	1	1	0	0	2	6	20%	
9. Setor dispõe de auxiliar de serviços gerais exclusivo do setor	Sim	0	0	4	2	0	3	3	12	39%	31
	Não	1	4	0	1	3	3	7	19	61%	
10. Frequência que seu supervisor/coordenador visita o setor	Diária	1	4	4	2	3	4	6	24	77%	31
	Semanal	0	0	0	0	0	2	4	6	19%	
	Quinzenal	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	
	Mensal	0	0	0	1	0	0	0	1	4%	
11. Opinião quanto ao supervisor/coordenador	Ótimo	0	3	2	1	3	0	4	13	43%	30
	Bom	1	1	2	0	0	2	5	11	36%	
	Regular	0	0	0	0	0	1	0	1	5%	
	Ruim	0	0	0	2	0	2	1	5	16%	

Quadro 15 - Respostas dos colaboradores às perguntas da categoria recursos humanos dos setores de “porta de entrada” do HUC

Fonte: Pesquisa sobre a qualidade do processo de atendimento nos setores de “porta de entrada”, equipe operacional, Apêndice C, 2011.

*Os números do Quadro 15 representam o número da pergunta definida no formulário do Apêndice C.

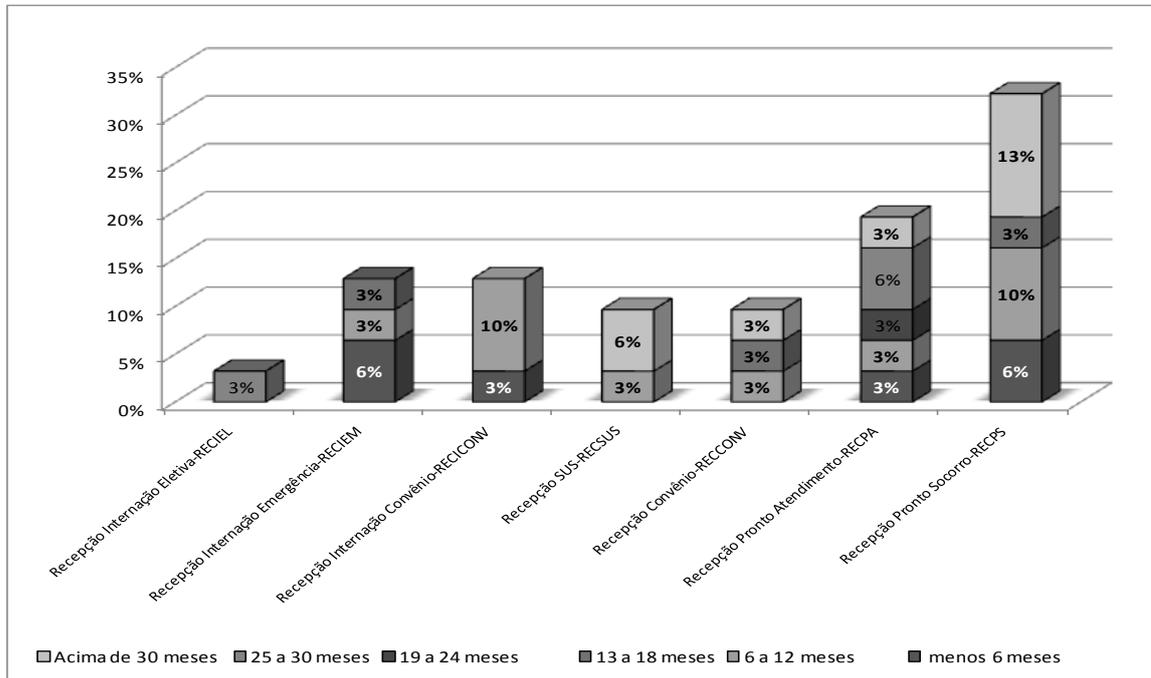
Na análise dos dados relacionados aos **recursos humanos** é possível perceber que, 61% dos entrevistados responderam que o número de funcionários administrativos para o primeiro atendimento é insuficiente versus 39% de respostas contrárias.

Responderam 80% dos entrevistados que o setor conta com profissional de recepção exclusivo no horário de funcionamento, embora 61% relataram que o setor não dispõe de auxiliar de serviços gerais exclusivo.

Quanto à frequência de visita do supervisor/coordenador no setor, pergunta 10, 77% respondeu que as visitas são diárias, 19% que as visitas são semanais e 4% respondeu que a visita é mensal.

Com relação à opinião dos colaboradores quanto ao supervisor/coordenador direto, pergunta 11, as respostas ficaram distribuídas entre ótimo com 43%, bom com 36%, regular com 5% e 16% dos entrevistados consideram o supervisor ruim.

Gráfico 5 - Distribuição dos colaboradores do HUC nos setores de “porta de entrada” tempo de serviço no setor - fev 2011



Fonte: Pesquisa sobre a qualidade do processo de atendimento nos setores de “porta de entrada”, equipe operacional, Apêndice C, 2011.

Com relação à pergunta 12 que trata sobre o tempo de serviço do colaborador no setor, foi verificado que 32% dos colaboradores atuam em período que compreende de 6 a 12 meses e 19% atuam a menos de 6 meses, representando 51% do total em período inferior a 1 ano.

Os 23% restantes atuam entre 13 e 30 meses e 26% estão atuando a mais de 30 meses, representando 49% do total. Essa diferença percentual pode sugerir relevante rotatividade, que pode ter implicação direta com a qualidade dos serviços prestados por esses colaboradores, considerando o pouco tempo de serviço nos setores.

Quanto à categoria **recursos físicos** do setor foram feitas 3 perguntas fechadas e obtidos os resultados mostrados no Quadro 16.

QUANTO AOS RECURSOS FÍSICOS DO SETOR	RESPOSTAS	RECIEL	RECIEM	RECICONV	RECSUS	RECCONV	RECPA	RECPS	TOTAL	PERCENTUAL	TOTAL GERAL
13. Área física/espço adequada para desenvolver suas atividades administrativas	Sim	0	4	2		3	4	4	17	55%	31
	Não	1	0	2	3		2	6	14	45%	
14. Área física adequada para recepção/espera de pacientes e acompanhantes	Sim	0	2	1	1	0	2	3	9	31%	29
	Não	1	0	3	2	3	4	7	20	69%	
15. Setor dispõe de sanitários públicos - masculino e feminino	Sim	0	2	3	0	0	6	9	20	65%	31
	Não	1	2		3	3	0	1	10	35%	

Quadro 16 - Respostas dos colaboradores às perguntas da categoria recursos físicos dos setores de “porta de entrada” do HUC

Fonte: Pesquisa sobre a qualidade do processo de atendimento nos setores de “porta de entrada”, equipe operacional, Apêndice C, 2011.

OBS 1: Os números do Quadro 16 representam o número da pergunta definida no formulário do Apêndice C.

OBS 2: A pergunta 14 não foi respondida por dois entrevistados.

Na análise dos dados referentes aos **recursos físicos** 55% dos entrevistados afirmam ser adequada a área física/espço para desenvolver as atividades administrativas, enquanto 69% dos entrevistados responderam que a área física não é adequada para recepção de pacientes e acompanhantes.

Para as perguntas número 13 e 14, além da resposta fechada para respostas afirmativas, foi perguntado o porquê no caso de respostas negativas. As justificativas para respostas negativas foram transcritas como mostram os Quadros 17 e 18.

Justificativa dos entrevistados à resposta negativa para pergunta número 13

- “Pouco espaço”
- “Computador com problemas/cadeiras ruins/"se virar com o que tem"”
- “Estrutura mal planejada e corroída pelo tempo”
- “Falta estrutura adequada/ ambiente maior para organizar material de expediente/estrutura física sem acomodação/falta organização do local”
- “Estrutura física pequena, infra-estrutura em desacordo, faltam melhores recursos”
- “Temos que dividir o mesmo espaço com o pessoal da central de guias”
- “O espaço é pequeno e ainda é dividido com o pessoal do faturamento”
- “A parte ergonômica é muito precária”
- “Segurança....”
- “Separação dos guichês/cadeiras com problemas”
- “Separação física dos guichês/coluna no meio”
- “Melhora na organização e espaço físico mal distribuído”
- “Falta segurança”

Quadro 17 - Justificativa dos entrevistados à resposta negativa para a pergunta número 13

Fonte: Pesquisa sobre a qualidade do processo de atendimento nos setores de “porta de entrada”, equipe operacional, Apêndice C, 2011.

Justificativa dos entrevistados à resposta negativa para pergunta número 14

- “Espaço físico pequeno, falta cadeiras/falta estrutura melhor para acomodar o paciente/falta de organização tecnologia e ambiente de trabalho/falta espaço e cadeira”
- “Existe hoje poucas cadeiras para melhor acomodar a todos”
- “Não há suporte/infra-estrutura para isso”
- “Não há espaço para espera (frontal)”
- “Espaço pequeno e falta de cadeiras”
- “O local é muito aberto com fácil entrada de pacientes no setor/tem poucas cadeiras, mal distribuídas, muitas vezes temos que colocar os pacientes para esperar lá dentro da enfermagem, o que prejudica o trabalho das mesmas, pois geralmente os acompanhantes têm livre acesso, muitos saem dali e circulam no hospital”
- “Deveríamos ter mais proteção (vidro), pois quando é demorado o atendimento, os médicos "abandonam" o plantão e os pacientes se alteram, vem nos agredindo verbalmente e até fisicamente como já quase aconteceu. Então essa área de espera não é adequada”
- “Falta espaço”
- “O espaço físico é bom, mas as acomodações são ruins; cadeiras estragadas e muito poucas para demanda de pacientes”
- “O cliente externo não consegue visualizar de maneira clara os locais para sanar seu problema”
- “Falta de cadeiras”
- “Falta cadeiras /falta bebedouro, os pacientes ficam muito próximos dos recepcionistas /a televisão poderia ter um canal educativo”
- “Falta cadeiras”
- “Cadeiras quebradas e a sala de espera está sem ar condicionado; no calor é quente e no frio é gelado; sem falar na porta que não tem proteção alguma; o vento entra e congela”
- “Falta segurança, e também, mesmo reclamando para a supervisão, falta cadeiras para os pacientes”

Quadro 18 - Justificativa dos entrevistados à resposta negativa para a pergunta número 14

Fonte: Pesquisa sobre a qualidade do processo de atendimento nos setores de “porta de entrada”, equipe operacional, Apêndice C, 2011.

Pelas justificativas apresentadas é possível perceber a inadequação dos recursos físicos do setor além de relatos alusivos à falta de segurança, sugerindo maior atenção quanto ao assunto pela influência que apresenta no desempenho das atividades e na qualidade do atendimento.

Com relação à categoria **recursos materiais e tecnologia da informação** do setor foram feitas 8 perguntas fechadas e obtidos os resultados mostrados no Quadro 19.

QUANTO AOS RECURSOS MATERIAIS E TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	RESPOSTAS	RECIEL	RECIEM	RECICONV	RECSUS	RECCONV	RECPA	RECPS	TOTAL	PERCENTUAL	TOTAL GERAL
16. Número de computadores é suficiente para o desempenho de suas atividades diárias	Sim	1	4	4	2	3	4	1	28	90%	31
	Não	0	0	0	1	0	2	0	3	10%	
17. Tempo de resposta do sistema de informação permite desempenho satisfatório das atividades diárias	Sim	1	3	2	0	1	6	3	16	51%	31
	Não	0	1	2	3	2	0	7	15	49%	
18. Sistema de informação possui “manual de utilização” que permite sanar dúvidas no desempenho das atividades diárias	Sim	0	1	1	2	2	1	4	11	35%	31
	Não	1	3	3	1	1	5	6	20	65%	
19. Sistema de informação possibilita acesso interno às rotinas de trabalho	Sim	0	2	3	1	3	2	6	17	56%	30
	Não	1	2	1	2	0	3	4	13	44%	
20. Sistema de informação permite acessar a impressão de guias dos convênios	Sim	0	0	3	0	2	0	0	5	16%	31
	Não	0	0	1	0	1	6	2	10	32%	
	Não se aplica	1	4	0	3	0	0	8	16	52%	
21. Aplicativo do sistema de TI que você necessita, mas que não utiliza por falta de conhecimento de como acessá-lo	Sim	0	0	4	0	1	0	1	2	8%	26
	Não	1	4	0	3	2	5	9	24	92%	
22. Feedback do seu supervisor direto quanto ao relatório do seu desempenho	Sim	1	3	2	0	2	2	4	14	45%	31
	Não	0	1	2	3	1	4	6	17	55%	
23. Sistema de informação possibilita a emissão de relatórios do seu desempenho mensal de atividades	Sim	0	1	0	1	1	1	3	7	22%	31
	Não	1	1	2	0	1	1	5	11	35%	
	Não sei	0	2	2	2	1	4	2	13	43%	

Quadro 19 - Respostas dos colaboradores às perguntas da categoria recursos materiais e tecnologia da informação dos setores de “porta de entrada” do HUC

Fonte: Pesquisa sobre a qualidade do processo de atendimento nos setores de “porta de entrada”, equipe operacional, Apêndice C, 2011.

OBS1 Os números do Quadro 19 representam o número da pergunta definida no formulário do Apêndice C.

OBS 2: A pergunta 19 não foi respondida por dois entrevistados.

Na análise dos dados relacionados aos **recursos materiais e tecnologia da informação**, 90% dos entrevistados afirmam que o número de computadores é suficiente para o desempenho das atividades diárias. Entretanto, 49% dos entrevistados responderam que o tempo de resposta do sistema de informação não permite desempenho satisfatório das atividades e 65 % responderam não existir manual de orientações para utilização do sistema de informação. Além disso, 32% dos entrevistados responsáveis pela emissão de guias para os convênios informaram que o sistema de informação não permite essa atividade, por vezes, executada manualmente. Quanto à possibilidade do sistema de informação emitir relatórios de desempenho mensal, 35% dos entrevistados responderam negativamente contra 22% de respostas positivas e 43% que responderam não saber dessa possibilidade.

Para a pergunta número 16 além da resposta fechada foi perguntado o porquê aos entrevistados no caso de respostas negativas, obtendo-se a seguinte resposta: “*Hardware e*

software sem atualização e mau funcionamento/não ocorre manutenção; Apenas dois computadores para três funcionários”.

Para a pergunta número 21 foi adotado o mesmo procedimento da pergunta 16 e foi obtida a seguinte resposta: “Quanto à idade do paciente, não consta no sistema”.

Com relação à categoria **normas e rotinas administrativas** do setor foram feitas 14 perguntas fechadas e obtidos os resultados mostrados no Quadro 20.

QUANTO ÀS NORMAS E ROTINAS ADMINISTRATIVAS	RESPOSTAS	RECIEL	RECIEM	RECICONV	RECSUS	RECCONV	RECPA	RECPS	TOTAL	PERCENTUAL	TOTAL GERAL
24. Novos funcionários admitidos no setor são treinados antes de assumirem as atividades, facilitando a integração com a equipe e rotinas do hospital	Sim	1	4	1	1	3	2	3	15	48%	31
	Não	0	0	3	2	0	4	7	16	52%	
25. Setor possui - escrito ou digitalizado - “Manual de Normas e Rotinas Administrativas”	Sim	1	3	2	2	2	6	5	21	67%	31
	Não	0	1	2	1	1	0	5	10	33%	
26. Setor possui “Manual de Normas e Rotinas” específico para a qualidade do atendimento ao cliente	Sim	0	1	1	2	2	4	2	12	38%	31
	Não	1	3	3	1	1	2	8	19	62%	
27. Você foi treinado para utilizar o manual de normas e rotinas do seu setor	Sim	1	3	2	1	2	3	5	17	54%	31
	Não	0	1	2	2	1	3	5	14	46%	
28. Manual de normas e rotinas administrativas está disponível e é utilizado por você	Sim	1	3	2	1	0	4	4	15	48%	31
	Não	0	1	2	2	3	2	6	16	52%	
29. Você foi treinado para utilizar o sistema de informação com os aplicativos relativos às suas atividades diárias	Sim	1	4	4	2	2	6	6	25	80%	31
	Não	0	0	0	1	1	0	4	6	20%	
30. Setor possui uma ferramenta específica para avaliar o grau de satisfação do cliente	Sim	1	0	2	1	2	4	2	12	38%	31
	Não	0	0	2	2	1	2	8	15	48%	
	Não se aplica	0	4	0	0	0	0	0	4	14%	
31. Em caso afirmativo, qual a ferramenta utilizada	Formulário em papel	0	0	2	1	3	4	4	14	77%	18
	Não se aplica	0	4	0	0	0	0	0	4	23%	
32. Quem elabora o relatório final de satisfação do cliente no setor	Coordenador da área	0	1	1	1	3	1	3	10	32%	31
	Equipe de TI	0	0	1	0	0	1	0	2	7%	
	Outro. Quem?	0	0	0	0	0	2	0	2	7%	
	Não há relatório	1	3	2	2	0	2	7	17	54%	
33. Frequência da revisão do manual de normas e rotinas do setor	Semanal	0	2	0	0	0	0	1	3	11%	27
	Mensal	1	0	1	0	2	0	0	4	14%	
	Semestral	0	1	0	0	0	0	0	1	1%	
	Anual	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	
	Não é revisado	0	1	2	2	1	6	8	20	74%	

Quadro 20 - Respostas dos colaboradores às perguntas da categoria normas e rotinas administrativas dos setores de “porta de entrada” do HUC

QUANTO ÀS NORMAS E ROTINAS ADMINISTRATIVAS	RESPOSTAS	RECEL	RECIEM	RECICONV	RECSUS	RECONV	RECPA	RECPS	TOTAL	PERCENTUAL	TOTAL GERAL
34. Frequência em que ocorre treinamento específico e formal relacionado ao sistema de informação utilizado para as atividades diárias do setor	Semanal	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	31
	Mensal	0	0	0	0	0	0	1	1	4%	
	Semestral	1	2	3	0	1	0	1	8	25%	
	Não ocorre	0	2	1	3	2	5	8	21	67%	
	Não sei	0	0	0	0	0	1	0	1	4%	
35. Frequência em que ocorre treinamento específico e formal relacionado à qualidade no atendimento ao cliente	Semanal	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	30
	Mensal	1	0	0	0	0	0	1	2	6%	
	Semestral	0	1	1	0	1	0	0	3	10%	
	Anual	0	0	0	1	1	1	0	3	10%	
	Não ocorre	0	3	3	2	1	4	9	22	73%	
36. Instrumentos utilizados para a comunicação interna no seu setor	Memorando interno	0	1	0	1	0	1	4	7	13%	54
	Comunicado interno	1	2	4	2	3	5	5	22	41%	
	e-mail	1	3	1	3	1	3	7	19	35%	
	Reunião interna	1	2	0	0	0	2	1	6	11%	
37. Sendo detectada uma “não conformidade” administrativa no início do atendimento ao paciente de convênio (plano de saúde), como você resolve o problema	Liga para o convênio do paciente	0	1	4	0	0	6	0	11	36%	30
	Encaminha o paciente para a central de liberação de guias do hospital	0	0	0	0	1	0	0	1	4%	
	Outro, qual? Visita e encaminhamento de paciente via telefônica								3	10%	
	Tenta resolver para encaminhar paciente	0	0	0	2	0	0	1			
	Não se aplica	1	3	0	1	2	0	8	15	50%	

Quadro 20 - Respostas dos colaboradores às perguntas da categoria normas e rotinas administrativas dos setores de “porta de entrada” do HUC

Fonte: Pesquisa sobre a qualidade do processo de atendimento nos setores de “porta de entrada”, equipe operacional, Apêndice C, 2011.

OBS 1: Os números do Quadro 20 representam o número da pergunta definida no formulário do Apêndice C.

OBS 2: As perguntas 31, 33, 35 e 37 não foi respondida por dois entrevistados.

OBS 3: A pergunta 36 foi respondida com respostas múltiplas, perfazendo 54 respostas.

Na análise dos dados referentes às **normas e rotinas administrativas** é possível notar que 52% dos entrevistados afirmam que novos funcionários admitidos no setor não são treinados antes de assumirem as atividades que facilitem a integração com a equipe e rotinas do hospital.

Embora 67% dos entrevistados relatem que o setor possui Manual de Normas e Rotinas Administrativas, escrito ou digitalizado, 52% responderam de modo negativo quando questionados sobre a disponibilidade e sua utilização, não sendo capazes de localizar cópia física ou digitalizada do manual. Do total de entrevistados, 62% afirmam não ter conhecimento da existência de um Manual de Normas e Rotinas específico para a qualidade do atendimento ao cliente.

A questão 30 investiga sobre a existência de uma ferramenta específica para avaliar o grau de satisfação do cliente. Apesar de 38% dos entrevistados terem respondido positivamente contra 48% de respostas negativas, vale ressaltar que se trata do mesmo formulário em papel disponibilizado nos setores de “porta de entrada” que atendem usuários portadores de convênio e que está digitalizado no Anexo 1. Embora 77% dos entrevistados confirmem a existência do formulário, segundo relatos, a utilização fica a critério do usuário e não há controle sistemático da quantidade respondida. Do mesmo modo, na questão 32, 32% dos entrevistados relatam que o relatório final de satisfação do cliente no setor é elaborado pelo Coordenador da área contra 54% que afirmam não existir tal documento.

Quanto à revisão do manual de normas e rotinas do setor, 74% dos entrevistados relatam que o mesmo não é revisado e 67% dizem não ocorrer treinamento específico e formal relacionado ao sistema de informação utilizado para as atividades diárias do setor. Com referência à ocorrência de treinamento específico e formal relacionado à qualidade no atendimento ao cliente, 73% dos entrevistados informaram não ocorrer.

Na pergunta 36 que trata sobre os instrumentos utilizados para a comunicação interna no setor, 76% dos entrevistados consideram o comunicado interno e o *e-mail* como os instrumentos mais utilizados. O total de 54 respostas é devido ao fato de os entrevistados terem assinalado mais de um item como resposta.

A última questão foi uma pergunta aberta, intencionalmente adicionada, para oportunizar aos entrevistados inclusão de sugestões para melhorar a qualidade do serviço nos setores de “porta de entrada” selecionados do HUC. As sugestões efetuadas indicam a necessidade de melhorar itens específicos de determinadas categorias analisadas, merecendo atenção mais acurada por parte dos gestores pelo impacto que geram na qualidade do atendimento administrativo realizado nos setores de “porta de entrada”. A existência de indicadores específicos para avaliar a qualidade do processo de atendimento pode servir como instrumento estratégico relevante no planejamento da organização e no processo decisório dos gestores.

5.1.3 Identificação dos Indicadores do HUC

Foi verificado na realização da pesquisa que o HUC passou por um processo de avaliação externo denominado PROPASS PLUS, decorrendo disto uma certificação para a organização. Existem indicadores que estão sob monitoramento do gestor do HUC que podem ser relacionados às perspectivas sugeridas pelo modelo BSC: financeira, do cliente, de processos internos e de aprendizado e crescimento.

Para ampliar a análise deste estudo foi realizada uma adaptação dos indicadores já existentes e monitorados com as quatro perspectivas do modelo BSC. Assim, foram agregados 3 indicadores na perspectiva financeira, 3 indicadores na perspectiva do cliente, 5 indicadores na perspectiva de processos internos e 2 indicadores na perspectiva de aprendizado e crescimento como mostra o Quadro 21.

PERSPECTIVAS	INDICADOR
Financeira	1. Valor paciente/dia 2. Valores recebidos orçado x realizado 3. Custo orçado x realizado por área
Cliente	4. Índice de satisfação (retirado de pesquisa de satisfação com clientes) 5. Queixas de clientes na ouvidoria 6. Resultado da pesquisa de satisfação
Processos Internos	7. Média de permanência 8. Número de cirurgias realizadas 9. Taxa de infecção hospitalar 10. Taxa de ocupação de leitos 11. Taxa de ocupação de salas cirúrgicas
Aprendizado e Crescimento	12. Número de treinamentos por ano / área 13. Pesquisa de clima organizacional

Quadro 21 - Indicadores utilizados no HUC adaptados às perspectivas do BSC
Fonte: Formulário de Caracterização da Organização, Apêndice A, 2011.

Do total de indicadores informados, os três adaptados à perspectiva financeira - Valor paciente/dia, Valores recebidos orçado x realizado, Custo orçado x realizado por área - estabelecem relação direta com as receitas e despesas do hospital.

Os três indicadores adaptados à perspectiva do cliente - Índice de satisfação, Queixas de clientes na ouvidoria, Resultado da pesquisa de satisfação - **não apontam para uma avaliação específica da qualidade no atendimento** nos setores de “porta de entrada”.

Os cinco indicadores adaptados à perspectiva de processos internos hospital - Taxa de infecção hospitalar, Média de permanência, Número de cirurgias realizadas, Taxa de ocupação de leitos, Taxa de ocupação de salas cirúrgicas - estão **relacionados aos processos**

internos da assistência ao usuário e não aos processos administrativos realizados nos setores de “porta de entrada”.

Os dois indicadores adaptados à perspectiva de aprendizado e crescimento - Número de treinamentos por ano/área, Pesquisa de clima organizacional - também **não estão relacionados especificamente para os setores de “porta de entrada” do hospital**. São mais abrangentes e não há evidências que sejam adotados exclusivamente para a avaliação da qualidade do processo de atendimento do cliente externo nos setores de “porta de entrada”.

Tanto na categoria **Sobre Indicadores** do Apêndice B quanto na categoria **Quanto às Normas e Rotinas Administrativas** do Apêndice C, nas questões 30 e 31, foi referida a existência de uma ferramenta específica para avaliar o grau de satisfação do cliente, mas não há evidências de indicadores resultantes da utilização desta ferramenta relativos à qualidade do atendimento nos setores de “porta de entrada” do HUC.

Como não houve, após a análise dos dados, comprovação da existência de indicadores específicos para avaliar a qualidade do processo de atendimento nos setores de “porta de entrada” do HUC, foi elaborada uma proposta de indicadores como apresentada no capítulo seguinte.

6 PROPOSTA DE INDICADORES PARA AVALIAR A QUALIDADE DO PROCESSO DE ATENDIMENTO ADMINISTRATIVO NOS SETORES DE “PORTA DE ENTRADA” DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU

Para elaborar a proposta de indicadores de desempenho para os setores de “porta de entrada”, foi utilizado como referência o modelo do *BSC* e suas quatro perspectivas: a financeira, de processos internos, do cliente e de aprendizado e crescimento. Por haver algumas peculiaridades na recepção dos usuários conforme o setor de “porta de entrada” foi necessário a criação de fichas técnicas que orientassem a construção de cada indicador com os atributos necessários.

Com base na literatura pesquisada, na coleta e análise dos dados e na ficha de orientação técnica para construção dos indicadores, foram propostos oito indicadores de desempenho para avaliar a qualidade do processo de atendimento nos setores de “porta de entrada” do HUC. Os indicadores de desempenho buscam contemplar três perspectivas do *BSC*, sendo um indicador na perspectiva dos clientes, quatro indicadores na perspectiva de processos internos e três indicadores na perspectiva de aprendizado e crescimento, como mostra o Quadro 22.

PERSPECTIVAS	INDICADORES DE DESEMPENHO
Clientes	Grau de satisfação do usuário na recepção
Processos Internos	Tempo médio de espera no atendimento
	Média de atendimento por colaborador da recepção
	Taxa de faturas glosadas do setor de “porta de entrada”
	Valor de faturas glosadas do setor de “porta de entrada”
Aprendizado e Crescimento	Percentual de colaboradores treinados
	Número de horas de treinamento
	Taxa de rotatividade do setor de “porta de entrada”

Quadro 22 - Indicadores estratégicos de desempenho dos setores de “porta de entrada” de acordo com as perspectivas do *BSC*

Fonte: Autor da pesquisa, 2011.

Por se tratar de organização sem fins lucrativos a perspectiva financeira não é seu objetivo central, pois não demonstra a legítima realização da sua missão. Neste caso, prestar serviços eficazes e de qualidade esclarece a razão de ser da maior parte das organizações sem

fins lucrativos embora como qualquer outra organização não exclua o aspecto financeiro. Partindo desse pressuposto, a perspectiva financeira fica implícita, cedendo vez à perspectiva dos clientes por incluir diferentes temas, além dos financeiros, mais relevantes para a estratégia organizacional.

Os indicadores propostos têm conexão com a qualidade do atendimento ao cliente externo por abrangerem atividades que repercutem direta ou indiretamente no processo de relacionamento entre a organização prestadora de serviços e o usuário que busca, numa visão mais ampla, a satisfação de suas necessidades. A finalidade principal dos indicadores propostos é a de monitorar os processos, identificando pontos críticos que necessitem de melhoria. O monitoramento desses indicadores pode servir como um instrumento auxiliador no processo decisório da organização.

Por ser um hospital filantrópico e sem fins lucrativos, o HUC atende usuários tanto do sistema público de saúde quanto do sistema privado o que inclui o atendimento das operadoras de planos de saúde das modalidades de medicina de grupo, filantropias, seguradoras, autogestões e cooperativas médicas.

De acordo com Drucker (1995), “as entidades sem fins lucrativos têm por objetivo “provocar mudanças sociais”, são agentes de mudança humana. Seu produto é um paciente curado, uma criança que aprende e se transforma em um adulto com respeito próprio; isto é, toda uma vida transformada. Nesse sentido, a mensuração econômica do resultado social torna-se muito difícil”.

A arquitetura original do *Balanced Scorecard*, onde a perspectiva financeira é colocada hierarquicamente no topo das perspectivas, representa uma dificuldade a ser enfrentada pelas entidades sem fins lucrativos. O sucesso financeiro não é o objetivo central dessas organizações por não demonstrar o real cumprimento da sua missão, pressupondo que a prestação de serviços eficazes e de qualidade explica a própria razão de ser da maioria das organizações sem fins lucrativos. Nessas organizações a perspectiva dos clientes abrange outros temas, além dos financeiros, que são relevantes para a estratégia organizacional, entre outros a questão da qualidade do atendimento.

Para a construção dos indicadores o foco foi o desempenho do processo de atendimento nos setores de “porta de entrada”, sob três perspectivas do *Balanced Scorecard*: a dos clientes, a dos processos internos e a de aprendizado e crescimento. Com base na literatura foram construídas as fichas técnicas de oito indicadores - I1-Tempo médio de espera no atendimento / I2-Média de atendimento por colaborador da recepção / I3-Grau de

satisfação do usuário na recepção / I4-Percentual de colaboradores treinados / I5-Número de horas de treinamento / I6-Taxa de faturas glosadas do setor de “porta de entrada” / I7-Valor de faturas glosadas do setor de “porta de entrada” / I8-Taxa de rotatividade do setor de “porta de entrada” - para monitorar o desempenho nos setores de “porta de entrada” do HUC, conforme apresentadas.

Para o controle desse processo interno que impacta diretamente na qualidade do serviço prestado e na percepção do cliente, será de grande valia a adoção do indicador I1- Tempo médio de espera no atendimento, conforme descrito na ficha técnica mostrada no Quadro 23.

ATRIBUTO	DESCRIÇÃO
Nome do Indicador	Tempo médio de espera no atendimento - <i>TME</i>
Fórmula de cálculo	$TME = \frac{\text{hora da chegada do usuário na recepção}}{\text{hora do atendimento do usuário pela recepção}}$
Tipo	Tempo de espera
Fonte de Informação	Sistema de senha eletrônica
Método	Retrospectivo
Amostra	Total de usuário atendido na recepção mensalmente
Responsável pela elaboração	Supervisora de área ou equipe de TI
Frequência	Mensal
Meta do indicador	Tempo de espera ≤ 5 minutos
Setor a ser implementado	Recepção Internação Eletiva, Recepção Internação Convênio, Recepção Internação SUS, Recepção do Convênio, Recepção do Pronto Atendimento

Quadro 23 - Ficha técnica do indicador 1 - Tempo Médio de Espera no Atendimento
Fonte: Autor da pesquisa, 2011.

O indicador proposto tem como meta a redução/manutenção do tempo de espera do usuário em período inferior ou igual a 5 minutos. Contempla a perspectiva de processos internos do *BSC* que tem por objetivo permitir que a gerência geral em conjunto com a coordenação dos setores de “porta de entrada” avalie se a qualidade dos serviços prestados e a satisfação dos usuários estão sendo atingidas.

De acordo com a resposta da coordenação de internação foi possível comprovar que não existe indicador relacionado ao tempo médio de espera do usuário antes do atendimento assistencial e não está sistematizado o controle do tempo decorrido entre a hora de chegada do usuário na recepção e a hora efetiva do seu atendimento pela equipe da recepção. Além disto, na categoria recursos humanos 61% dos entrevistados da equipe operacional responderam que o número de funcionários administrativos para o primeiro atendimento é insuficiente.

A fim de facilitar a coleta de dados do indicador 1 sugere-se a implantação de um

sistema de senha eletrônica - com painéis eletrônicos indicadores de senha - interligado ao sistema de informação do hospital. Esta ferramenta organiza a espera dos usuários que são induzidos a retirar uma senha. Os painéis são utilizados na organização de filas de espera nas mais diversas recepções, tais como: laboratórios, clínicas, hospitais, cartórios, bancos, escolas e universidades.

Os benefícios conseguidos com a adoção desse sistema aparecem quando o usuário percebe que o atendimento é realizado de maneira organizada, permitindo que esperem sentados com maior conforto, além de favorecer a instauração de um novo ambiente de trabalho com redução de reclamações e oportunizando um atendimento de qualidade.

Pela simplicidade na busca, cálculo e análise; pelo baixo custo gerado com a implantação desse sistema, pela capacidade de identificar os casos nos quais existem problemas na qualidade do atendimento e por identificar situações nas quais a qualidade deve ser melhorada esse indicador contempla os atributos necessários descritos nas referências consultadas.

É necessário investigar a implantação desse indicador no PS, a princípio não sugerida, em função do atendimento assistencial ocorrer antes do atendimento administrativo pela própria natureza do setor e de acordo com as instruções normativas do Protocolo de Manchester (SOUZA, 2011).

A meta do segundo indicador proposto é medir a produtividade da equipe da recepção. A Coordenação de Internação informou que existe controle da produtividade embora não mencione a existência no setor de indicador para tal fim. No Quadro 24 é mostrada a ficha técnica do indicador I2 - Média de atendimento por colaborador da recepção.

ATRIBUTO	DESCRIÇÃO
Nome do Indicador	Média de Atendimento por Colaborador na Recepção - <i>MACR</i>
Fórmula de cálculo	$MACR = \frac{\text{total de atendimentos na recepção}}{\text{total de atendimentos por colaborador}}$
Tipo	Percentual
Fonte de Informação	Sistema de senha eletrônica
Método	Retrospectivo
Amostra	Total de usuário atendidos na recepção mensalmente
Responsável pela elaboração	Supervisora de área ou equipe de TI
Frequência	Mensal
Meta do indicador	Medir a produtividade da equipe da recepção
Setor a ser implementado	Recepção Internação Eletiva, Recepção Internação Convênio, Recepção Internação SUS, Recepção do Convênio, Recepção do Pronto Atendimento, Recepção do Pronto Socorro.

Quadro 24 - Ficha técnica do indicador 2 - Média de Atendimento por Colaborador na Recepção
Fonte: Autor da pesquisa, 2011.

Para a coleta dos dados do Indicador 2 é recomendada a adoção de um sistema de avaliação do atendimento, integrado com o sistema de informação do hospital, no momento do atendimento. Este sistema de avaliação possibilitará medir a quantidade de usuários atendidos por colaborador na recepção antes do encaminhamento ao atendimento assistencial. Este sistema alimentará também o indicador 3 - Grau de Satisfação do Usuário na Recepção.

Antes de finalizar o atendimento na recepção e proceder ao encaminhamento para o atendimento assistencial o colaborador solicita ao usuário que avalie o atendimento no painel disponibilizado. Em caráter ilustrativo apresenta-se sugestão da tela do painel. A coleta será feita de forma rápida, fidedigna e atenderá, ao mesmo tempo, duas perspectivas estratégicas, a de processos internos e dos clientes. O Quadro 25 mostra um modelo de avaliação do atendimento em tela de painel eletrônico.

Como você avalia meu atendimento?	
	Ótimo
	Bom
	Regular
	Ruim

Quadro 25- Modelo de avaliação do atendimento em painel eletrônico
Fonte: Autor da pesquisa, 2011.

No Quadro 26 é mostrada a ficha técnica do indicador I3 - Grau de Satisfação do Usuário na Recepção que tem como meta alcançar 90% de satisfação do usuário.

ATRIBUTO	DESCRIÇÃO
Nome do Indicador	Grau de Satisfação do Usuário na Recepção - <i>GSUR</i>
Fórmula de cálculo	$GSUR = \frac{\text{total de usuários atendidos na recepção}}{\text{total de respostas por grau}}$
Tipo	Percentual
Fonte de Informação	Sistema de informação da recepção
Método	Retrospectivo
Amostra	Total de usuários atendidos na recepção
Responsável pela elaboração	Supervisora de área ou equipe de TI
Frequência	Mensal
Meta do indicador	90% de satisfação
Sector a ser implementado	Recepção Internação Eletiva, Recepção Internação Convênio, Recepção Internação SUS, Recepção do Convênio, Recepção do Pronto Atendimento

Quadro 26 - Ficha técnica do indicador 3 - Grau de satisfação do usuário na recepção
Fonte: Autor da pesquisa, 2011.

Como o objetivo desse indicador contempla a perspectiva do cliente, de acordo com o modelo do *BSC*, sua finalidade é mostrar se a escolha estratégica a ser implementada contribui

para aumentar o valor percebido pelo usuário em relação ao serviço ofertado nos setores de “porta de entrada”.

A existência de ferramenta específica para avaliar o grau de satisfação do cliente investigada na questão 30 do Apêndice B, indica que apesar de 77% dos entrevistados confirmarem a existência da ferramenta, sua utilização permanece a critério do usuário, não havendo controle sistemático das respostas nem utilização direcionada para melhoria do processo realizado.

Com relação à categoria de recursos físicos dos setores de “porta de entrada”, há relatos sobre o espaço físico que apesar de ser bom quanto ao tamanho, apresenta acomodações ruins, cadeiras estragadas e insuficientes para atender à demanda dos usuários.

Pela capacidade na identificação dos problemas relacionados à qualidade do atendimento, de situações carentes de melhoria, além de fornecer *feedback* sobre o desempenho dos setores de “porta de entrada” esse indicador contempla os atributos necessários descritos nas referências consultadas e pode representar uma informação relevante na gestão estratégica dos serviços prestados nos setores de “porta de entrada”.

A meta dos indicadores I4 - Percentual de Colaboradores Treinados e I5 - Número de horas de treinamento propostos é atingir 70% de colaboradores treinados e perfazer 100 horas de treinamento mensal nos setores de “porta de entrada” conforme mostrados nos Quadros 27 e 28, respectivamente.

ATRIBUTO	DESCRIÇÃO
Nome do Indicador	Percentual de Colaboradores Treinados - <i>PCT</i>
Fórmula de cálculo	$PCT = \frac{\text{total de colaboradores do setor de porta de entrada}}{\text{total de colaboradores treinados do setor de porta de entrada}}$
Tipo	Número absoluto
Fonte de Informação	Setor de recursos humanos
Método	Retrospectivo
Amostra	Colaboradores dos setores Recepção: Internação eletiva, Recepção Internação Convênio, Recepção Internação SUS, Recepção do Convênio, Recepção do pronto Atendimento
Responsável pela elaboração	Setor de recursos humanos
Frequência	Mensal
Meta do indicador	70% de colaboradores treinados
Setor a ser implementado	Recepção Internação Eletiva, Recepção Internação Convênio, Recepção Internação SUS, Recepção do Convênio, Recepção do Pronto Atendimento, Recepção do Pronto Socorro.

Quadro 27 - Ficha técnica do indicador 4 - Percentual de colaboradores treinados no setor de “porta de entrada”

Fonte: Autor da pesquisa, 2011.

ATRIBUTO	DESCRIÇÃO
Nome do Indicador	Número de horas de treinamento - <i>NHT</i>
Fórmula de cálculo	$NHT = \frac{\text{total de horas de treinamento dos colaboradores do hospital}}{\text{total de horas de treinamento dos colaboradores do setor de porta de entrada}}$
Tipo	Percentual
Fonte de Informação	Setor de recursos humanos
Método	Retrospectivo
Amostra	Colaboradores dos setores Recepção: Internação eletiva, Recepção Internação Convênio, Recepção Internação SUS, Recepção do Convênio, Recepção do pronto Atendimento
Responsável pela elaboração	Supervisora de área
Frequência	Mensal
Meta do indicador	100 horas de treinamento mensal
Setor a ser implementado	Recepção Internação Eletiva, Recepção Internação Convênio, Recepção Internação SUS, Recepção do Convênio, Recepção do Pronto Atendimento, Recepção do Pronto Socorro.

Quadro 28 - Ficha técnica do indicador 5 - Número de horas de treinamento dos colaboradores do setor de “porta de entrada”

Fonte: Autor da pesquisa, 2011.

Na pergunta 30 do Apêndice B, categoria **normas e rotinas**, consta a informação que os colaboradores são treinados periodicamente para exercer suas atividades. Contrariamente, na pergunta 36 do mesmo Apêndice B, a informação é que os funcionários não são treinados com frequência. Na mesma categoria **normas e rotinas** do Apêndice C, 52% dos entrevistados afirmam que novos funcionários admitidos no setor não são treinados antes de assumirem as atividades, visando facilitar a integração com a equipe e rotinas do hospital. A inconsistência percebida na análise das respostas em ambos os apêndices reforça a sugestão de adoção dos indicadores propostos.

Do mesmo modo a idéia é reforçada no Apêndice C, categoria **normas e rotinas**, quando 62% dos entrevistados afirmam não ter conhecimento da existência de um Manual de Normas e Rotinas específico para a qualidade do atendimento ao cliente e 73% informaram não ocorrer treinamento específico e formal relacionado à qualidade no atendimento ao cliente.

Os indicadores propostos contemplam a perspectiva de Aprendizado e Crescimento, que de acordo com o modelo do *BSC*, tem por objetivo avaliar se o trabalho realizado pelos colaboradores da organização possibilita a aprendizagem e a criação de novos conhecimentos. Além disto, analisa se a cultura organizacional estimula o desempenho, a atração, a retenção e a motivação dos colaboradores, tornando possível associar os ativos intangíveis com os ativos financeiros, que conjugados contribuem para criar valor de forma integrada para a organização, em todas as perspectivas do *BSC*.

O Quadro 29 e o Quadro 30 mostram as fichas técnicas dos indicadores I6 - Taxa de

faturas glosadas do setor de “porta de entrada” e I7 - Valor de faturas glosadas do setor de “porta de entrada”, respectivamente. O indicador I6 tem como meta reduzir/manter uma taxa inferior ou igual a 3% do total de faturas glosadas. A meta do indicador I7 é reduzir/manter um valor em reais referente às faturas com glosas administrativas do setor de “porta de entrada”, de acordo com os valores definidos pelo gestor do hospital.

Como o objetivo destes indicadores contempla a perspectiva financeira, de acordo com o modelo do *BSC*, a finalidade primeira é mostrar se a escolha estratégica a ser implementada contribui para gerar valor econômico agregado para os acionistas e demais *stakeholders*. Por ser a organização em estudo sem fins lucrativos, o sucesso financeiro cede lugar ao real cumprimento da missão, pois prestar serviços eficazes e de qualidade esclarece a própria razão de ser da organização. Neste sentido, o desempenho dos ativos intangíveis e de outras áreas de desempenho não-financeiro como, a satisfação dos clientes e retenção de talentos podem contribuir para gerar valor, em função da estratégia escolhida.

ATRIBUTO	DESCRIÇÃO
Nome do Indicador	Taxa de faturas glosadas do setor de porta de entrada - <i>TFG</i>
Fórmula de cálculo	$TFG = \frac{n^\circ \text{ faturas com não conformidade administrativa}}{n^\circ \text{ faturas com glosas administrativas do setor de porta entrada}}$
Tipo	Percentual
Fonte de Informação	Setor de contas médicas do hospital
Método	Retrospectivo
Amostra	Faturas de convênio e SUS com glosas administrativas
Responsável pela elaboração	Responsável pelo setor de faturamento de contas médico-hospitalares
Frequência	Mensal
Meta do indicador	$\leq 3\%$ do total de faturas glosadas
Setor a ser implementado	Recepção Internação Eletiva, Recepção Internação Convênio, Recepção Internação SUS, Recepção do Convênio, Recepção do Pronto Atendimento

Quadro 29 - Ficha técnica do indicador 6 - Taxa de faturas glosadas do setor de “porta de entrada”
Fonte: Autor da pesquisa, 2011.

ATRIBUTO	DESCRIÇÃO
Nome do Indicador	Valor de faturas glosadas do setor de “porta de entrada” - <i>VFG</i>
Fórmula de cálculo	$VFG = \frac{\text{Valor total de faturas com não conformidade administrativa}}{\text{Valor de faturas com glosas administrativas do setor de “porta entrada”}}$
Tipo	Número absoluto
Fonte de Informação	Setor de contas médicas do hospital
Método	Retrospectivo
Amostra	Faturas de convênio e SUS com glosas administrativas
Responsável pela elaboração	Responsável pelo setor de faturamento de contas médico-hospitalares
Frequência	Mensal
Meta do indicador	$\leq R\$ = a$ ser definido pelo gestor do hospital
Setor a ser implementado	Recepção Internação Eletiva, Recepção Internação Convênio, Recepção Internação SUS, Recepção do Convênio, Recepção do Pronto Atendimento.

Quadro 30 - Ficha técnica do indicador 7 - Valor de faturas glosadas do setor de “porta de entrada”
Fonte: Autor da pesquisa, 2011.

Uma das tarefas desenvolvidas nos setores de “porta de entrada” do hospital é o preenchimento de guias de convênio e do SUS relacionadas ao atendimento. Elas representam o documento oficial que dá início ao atendimento e à cobrança futura das faturas referentes aos atendimentos prestados. Quando “não conformidades” no preenchimento das guias são detectadas, as mesmas não são pagas pelos compradores de serviços - operadoras de planos de saúde ou o sistema único de saúde. No estudo foi verificado que não há controles específicos relacionados ao faturamento de guias glosadas - não pagas pelos convênios, por não conformidade administrativa nos setores de “porta de entrada” do HUC.

Nos casos detectados de “não conformidade” administrativa no início do atendimento ao usuário de convênio a instrução fornecida e devidamente cumprida para a solução do problema é manter contato com o convênio do paciente. A coordenação dos setores de “porta de entrada” informou não ter conhecimento do percentual de guias de convênio devolvidas por “não conformidades” nem da taxa de faturas glosadas.

No Quadro 31 é mostrada a ficha técnica do indicador I8 - Taxa de rotatividade do setor de “porta de entrada”. O indicador proposto tem como meta reduzir/manter a taxa de rotatividade inferior ou igual a 20%. Este nível de rotatividade é considerado aceitável por favorecer a oxigenação dos recursos humanos sem gerar impactos financeiros significativos nem comprometer a produtividade e a qualidade dos serviços.

ATRIBUTO	DESCRIÇÃO
Nome do Indicador	Taxa de rotatividade do setor de “porta de entrada” - <i>TRPE</i>
Fórmula de cálculo	$TRPE = \frac{n^\circ \text{ de admissões do setor} \times 100\%}{n^\circ \text{ de desligamentos de pessoal do setor de porta de entrada}}$
Tipo	Percentual
Fonte de Informação	Setor de recursos humanos
Método	Retrospectivo
Amostra	Colaboradores dos setores Recepção: Internação eletiva, Recepção Internação Convênio, Recepção Internação SUS, Recepção do Convênio, Recepção do pronto Atendimento
Responsável pela elaboração	Supervisora de área
Frequência	Anual
Meta do indicador	$\leq 20\%$
Setor a ser implementado	Recepção Internação Eletiva, Recepção Internação Convênio, Recepção Internação SUS, Recepção do Convênio, Recepção do Pronto Atendimento, Recepção do Pronto Socorro.

Quadro 31 - Ficha técnica do indicador 8 - Taxa de rotatividade dos setores de “porta de entrada”
Fonte: Autor da pesquisa, 2011.

Na pergunta 15 do Apêndice B categoria **recursos humanos**, a taxa de rotatividade do setor é inferior a 3% conforme informado pela coordenação de internação. Na mesma

categoria **recursos humanos** do Apêndice C, foi verificado que 51% do total dos entrevistados atuam em período inferior ou igual a 1 ano.

Por implicar diretamente na necessidade de reposição de capital humano por meio de novas admissões, a rotatividade é um problema para muitas organizações em função dos custos gerados para o empregador, particularmente nos trabalhos que requerem a oferta de treinamento aos profissionais. A diferença percentual pode tornar-se um fator de perturbação da organização caso não seja devidamente monitorada, considerando o pouco tempo de serviço dos colaboradores nestes setores além de impactar na qualidade dos serviços prestados.

O indicador proposto contempla as quatro perspectivas do *BSC* com maior foco na perspectiva de Aprendizado e Crescimento pelo efeito negativo gerado na curva de aprendizado dos cargos que apresentem uma taxa mais elevada. No Quadro 32 é apresentada sugestão de implementação de indicadores nas recepções dos setores de “porta de entrada”.

INDICADOR	SETOR						
	RECPS	RECIPA	RECIEL	RECIEM	RECICON V	RECSUS	RECCONV
I1 - Tempo médio de espera no atendimento	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM
I2 - Média de atendimento por colaborador da recepção	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
I3 - Grau de satisfação do usuário na recepção	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM
I4 - Percentual de colaboradores treinados	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
I5 - Número de horas de treinamento	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
I6 - Taxa de faturas glosadas do setor de “porta de entrada”	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM
I7 - Valor de faturas glosadas do setor de “porta de entrada”	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM
I8 - Taxa de rotatividade do setor de “porta de entrada”	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM

Quadro 32 - Sugestão de implementação de indicadores nas recepções dos setores de “porta de entrada”

Fonte: Autor da pesquisa, 2011.

Os indicadores propostos não são passíveis de adoção em todas as recepções dos setores de “porta de entrada” por conta de características peculiares de cada uma delas. Os indicadores I1 - Tempo médio de espera no atendimento, I3 - Grau de satisfação do usuário na recepção, I6 - Taxa de faturas glosadas do setor de “porta de entrada” e I7 - Valor de faturas glosadas do setor de “porta de entrada”, não permitem implementação na Recepção do Pronto Socorro - RECPS em função do atendimento assistencial ocorrer antes do atendimento administrativo nem na Recepção da Internação de Emergência - RECIEM por não ocorrer contato direto com o usuário.

Para estes setores, sugere-se a adoção do Protocolo de Manchester (SOUZA, 2011) que contém instruções em protocolo clínico com o objetivo de estabelecer um tempo de espera pela atenção médica. Este tempo de espera varia de acordo com a gravidade da situação de cada doente que recorre ao Serviço de Urgência. Assim, os doentes mais graves são atendidos em primeiro lugar, e não necessariamente quem chega primeiro. O método consiste em identificar a queixa inicial, seguir o fluxograma de decisão e, por fim, estabelecer o tempo de espera, que varia de acordo com a gravidade. A cor vermelha (emergente) tem atendimento imediato; o laranja (muito urgente) prevê atendimento em dez minutos; o amarelo (urgente), 60 minutos; o verde (pouco urgente), 120 minutos e o azul (não urgente), 240 minutos. O protocolo de Manchester é metodologia de trabalho originada e implementada em Manchester, Inglaterra, em 1997, já implantado em alguns hospitais brasileiros, a exemplo do Hospital João XXIII, em Belo Horizonte.

Os indicadores propostos podem contribuir para o controle dos processos de atendimento ao cliente nos setores de “porta de entrada” do HUC com medidas que constatem o cumprimento de metas e objetivos, sinalizando o rumo que a organização está seguindo, além de facilitar a ação do gestor no processo decisório.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em organizações complexas como os hospitais, destinadas a prestar serviços relevantes para a população, as mudanças são intensas. Prestar serviços de forma resolutiva, de excelência e baixo custo inclui, primeiramente, a adoção de estratégias que mantenham a sobrevivência da organização. Prestar serviços de qualidade é um desafio para todo prestador porque implica em administrar as pessoas como recursos organizacionais agregadores de valor além de ser fator contributivo no alcance de resultados positivos para ambas as partes.

Profissionais atuantes nos setores chamados “porta de entrada” dos serviços hospitalares dão início ao processo de relacionamento entre o usuário e a organização hospitalar, realizando atividades administrativas e em conjunto com profissionais técnicos que prestam a assistência, contribuem para formar a imagem da organização e o conceito de qualidade percebido pelo usuário que busca os serviços.

Este estudo foi realizado com o objetivo de elaborar uma proposta metodológica para avaliar a qualidade do processo atendimento administrativo realizado nos setores de “porta de entrada” do Hospital Universitário Cajuru, utilizando o modelo do *Balanced Scorecard*. Apresenta novos conhecimentos teóricos para a organização o que pode representar uma maneira inovadora de fazer a gestão da qualidade do atendimento, empregando um modelo de avaliação já consolidado em outros mercados. Do ponto de vista prático a contribuição está na possibilidade da utilização de indicadores que auxiliem no processo decisório e na gestão estratégica desses setores.

O primeiro objetivo do estudo foi identificar a existência de indicadores para avaliar a qualidade do processo de atendimento administrativo realizado nos setores de “porta de entrada” do Hospital Universitário Cajuru. Foram realizadas entrevistas com o Gerente Geral e a Coordenação de Internação para caracterizar a organização e verificar como acontecia o processo de atendimento administrativo nos setores selecionados. O processo de atendimento administrativo foi considerado crítico pelo fato de constituir o primeiro contato do usuário com a organização, do momento em que chega até o efetivo atendimento assistencial, por serem registradas suas percepções iniciais com relação à qualidade do serviço e por ter início o relacionamento financeiro entre as partes.

Mediante análises efetuadas após entrevistas realizadas com a Gerência Geral e a Coordenação de Internação verificou-se a existência de indicadores já utilizados pela organização, porém não foi comprovada a existência de nenhum indicador relacionado à qualidade do processo de atendimento administrativo realizado nos setores de “porta de entrada” do HUC.

O segundo objetivo proposto foi atendido mediante a elaboração da proposta de indicadores para avaliar a qualidade do processo de atendimento administrativo realizado nos setores de “porta de entrada” do HUC. A proposta resultou na sugestão de oito indicadores sob três perspectivas do *Balanced Scorecard*: a dos clientes, a dos processos internos e a de aprendizado e crescimento.

Na perspectiva financeira, embora o HUC seja uma organização filantrópica sem fins lucrativos, o equilíbrio das receitas e despesas é fundamental para a sua sobrevivência. Os indicadores propostos podem contribuir para gerar valor econômico agregado para os acionistas, contribuindo para o cumprimento da missão da organização que é prestar serviço eficaz e de qualidade. Assim o desempenho dos ativos intangíveis colabora para geração de valor em função da escolha realizada.

Na perspectiva dos clientes o grau de satisfação do usuário também representa a imagem do hospital no mercado. Os usuários dos serviços de saúde tornaram-se cada vez mais exigentes. Buscam, não só um atendimento assistencial de qualidade, como também um atendimento administrativo de qualidade o que inclui as atividades desenvolvidas nos setores de “porta de entrada” dos prestadores de serviços de saúde nos quais se inclui o HUC. A atual exigência do mercado de saúde com relação aos hospitais é para que atuem como prestadores de serviços de saúde em prol do cuidado prestado aos usuários do sistema. Para tanto é necessária uma gestão mais profissionalizada que favoreça melhoria contínua na qualidade do atendimento, seja assistencial ou administrativo.

Na perspectiva de processos internos o objetivo é permitir que a alta administração avalie se a qualidade dos serviços prestados e a satisfação dos usuários estão sendo atingidas. A meta do indicador proposto é a redução/manutenção do tempo de espera do usuário. Por ser um processo crítico para geração de valor percebido pelo usuário, a ação estratégica deve ser direcionada para elevar a produtividade e contribuir para ampliar novas competências que os colaboradores precisam dominar para gerar valor para a unidade de negócio, neste caso, o setor de “porta de entrada”.

Na perspectiva de aprendizado e crescimento a avaliação é o valor de contribuição do empregado para a organização em três níveis distintos: como pessoa, como integrante de uma equipe de trabalho ou enquanto alguém integrado à cultura organizacional. Os indicadores propostos podem permitir avaliar se as atividades desenvolvidas possibilitam a aprendizagem e a criação de novos conhecimentos entre os colaboradores além de verificar se a infraestrutura existente viabiliza o crescimento sustentado dos setores de “porta de entrada” em longo prazo. Em caso positivo será possível conjugar os ativos intangíveis com os ativos financeiros para criar valor de forma integrada para a organização em todas as perspectivas do BSC.

Vale ressaltar as limitações da proposta para avaliação da qualidade do processo de atendimento administrativo realizado nos setores de “porta de entrada”:

- a) pelo caráter exploratório do estudo os resultados podem não servir para análises comparativas com outras organizações do mesmo segmento, sendo válidos apenas para as unidades investigadas;
- b) não contemplou indicadores de qualidade para os SADT e serviços assistenciais desenvolvidos nos setores de “porta de entrada”, e
- c) por não ter sido implementada será necessário efetuar ajustes nos atributos definidos nas fichas técnicas dos indicadores.

Tendo em vista as limitações elencadas, para que os indicadores propostos atendam aos objetivos da organização e propiciem a instauração de uma cultura de qualidade em todas as unidades de negócio do hospital, representando assim uma ferramenta estratégica para os gestores sugere-se para trabalhos futuros:

- a) criar indicadores para avaliar a qualidade dos serviços prestados nos setores de “porta de entrada” de SADT;
- b) criar indicadores para avaliar a qualidade dos serviços assistenciais e de apoio, e
- c) implementar a proposta para avaliar a qualidade do processo de atendimento administrativo realizado nos setores de “porta de entrada”, analisar os resultados e efetuar ajustes necessários.

Não obstante ao caráter exploratório do estudo, esta pesquisa contribuiu efetivamente para sugerir uma proposta de indicadores que, se implementados, possibilitarão no futuro uma avaliação da realidade da organização que permita a inserção de iniciativas estratégicas.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, J. L. F. **Instituição e história social**. Letras & Letras: São Paulo, 1991.

ASSEPAS-UNIDAS PR. **Programa paranaense de avaliação dos serviços de saúde: regulamento do Propass Plus**. Curitiba, Disponível em: <http://www.assepasunidas.com.br/regulamento_propass.pdf>. Acesso em: 25 mar 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). ABNT NBR ISO 9004: 2000: Sistemas de gestão da qualidade - Diretrizes para melhorias de desempenho, 2000. 56 p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). ABNT NBR ISO 9001: 2008: Sistemas de gestão da qualidade - Requisitos, 2º edição, 2009. 28 p.

BERWICK, D. M. Aplicando o gerenciamento da qualidade nos serviços de saúde, p. 18-27. In: BERWICK, D. M.; GODFREY, A. B.; ROESSNER, J. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. Makron Books: São Paulo, 1994.

_____. Fundamentos do gerenciamento da qualidade, p. 30-44. In: BERWICK, D. M.; GODFREY, A. B.; ROESSNER, J. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. Makron Books: São Paulo, 1994.

BITTAR, O.J.N.V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**. v. 3, nº 12, jul/set, 2001.

BORBA, Valdir R. **Administração hospitalar: princípios básicos**. 3. ed.. Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde - CEDAS: São Paulo, 1991.

BRANDALIZE, A.; SILVA, A. M. M. A moderna administração hospitalar. **Revista Terra e Cultura**, n. 42, jan./jul. 2006.

BRASIL. [MS]. **Terminologia básica em saúde**. Ministério da Saúde: Brasília, 1985. 49 p.

_____. [MS]. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 3. ed. rev. e atual. Ministério da Saúde: Brasília, 2002.

_____. [ANS] AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Carência, doenças e lesões preexistentes, urgência e emergência: prazos de carência, cheque-caução, preenchimento da declaração de saúde. **Planos de saúde: conheça seus direitos**. 3. ed. rev. ampl. ANS: Rio de Janeiro, 2005. 29 p.

_____. [MS]. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC N° 7**, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Ministério da Saúde: Brasília. Disponível em: <<http://www.amib.org.br/pdf/RDC-07-2010.pdf>>. Acesso em: 26 mar 2010.

_____. [MS]. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**, Ministério da Saúde: Brasília, 2010. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Basico.asp?VCo_Unidade=4106900015407>. Acesso em: 12 jun. 2010.

CAMACHO, J. L. T., **Qualidade total para os serviços de saúde**. Nobel: São Paulo, 1998.

CASTRO, M. L. de, et al. **Balanced Scorecard**: um estudo de sua aplicação no setor hospitalar filantrópico, 2003. Disponível em: <<http://www.congressosp.fipecafi.org/artigos52005/431.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2010.

CASTRO, Valéria C. G. 2002. A “**porta de entrada**” do SUS: um estudo sobre o sistema de internação em um município do estado do Rio de Janeiro. Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro.

CERQUEIRA, Pedro A. B. 2003. **Alinhamento entre as estratégias da tecnologia da informação e as estratégias empresariais em organizações hospitalares**. Dissertação de mestrado, UNIFACS, Salvador.

COLOMBINI, M. P. Realização de exames laboratoriais nos serviços de emergência: opinião favorável. **Educação Continuada em Saúde**, v. 6, n. 4. São Paulo, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA [CRM] RESOLUÇÃO CFM n° 1.246/88 Código de Ética Médica regulamentada pelo Decreto n° 44.045, de 19 de julho de 1958. Acesso em: 20 mar 2011. Disponível em <<http://www.sbh.com.br/pdf/etica/EticaMedicaCFM-1246-88%20.pdf>>

CORREA. A. C et al , **A teoria da complexidade no âmbito da gestão organizacional considerando as variáveis, planejamento estratégico, mudança organizacional e processo criativo**. XXII Encontro Nacional de Engenharia de Produção Curitiba - PR, 23 a 25 de outubro de 2002. ENEGEP 2002.

DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality**. in Arch. Pathol. Lab. Med. 1990.

DUCLÓS, L.C; & SANTANA, V.L. **Ciclo estratégico da informação: como colocar a TI no seu devido lugar**. Champagnat: Curitiba, 2009.

DRUCKER, Peter F. **Administração de organizações sem fins lucrativos: princípios e práticas**. Pioneira: São Paulo, 1995.

FERNANDES, D.J. Uma contribuição sobre a construção de indicadores e sua importância para a gestão empresarial. **Rev. FAE**, Curitiba, v.7, n.1, p.1-18, jan./jun. 2004.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE [FNQ]. Fundação Nacional da Qualidade: São Paulo, 2011. Disponível em <<http://www.fnq.org.br/site/397/default.aspx>>. Acesso em: 15 mar 2011.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE - FNQ. Cadernos Compromisso com a Excelência: Introdução ao Modelo de Excelência da Gestão® (MEG). Fundação Nacional da Qualidade: São Paulo, 2008 a.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE - FNQ. Cadernos de Excelência: Guia de Auto-avaliação. Fundação Nacional da Qualidade: São Paulo, 2008 b.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE - FNQ. Critérios Compromisso com a Excelência e Rumo à Excelência. Fundação Nacional da Qualidade: São Paulo, 2009.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE - FNQ. Critérios de Excelência 2009. Fundação Nacional da Qualidade: São Paulo, 2008 c.

GARVIN, D. A. Gestão estratégica da qualidade. In: **Gerenciando a qualidade: a visão estratégica e competitiva**. Qualitymark: São Paulo, 1992.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. Atlas: São Paulo, 1999.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. Atlas: São Paulo, 2002.

GONÇALVES, E. L.; ACHÉ, C. A. O hospital-empresa: do planejamento à conquista do mercado. **Revista de Administração de Empresas**, v. 39, n. 1, p. 84-97. São Paulo, jan./mar. 1999.

GURGEL JÚNIOR, G. D., VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(2):325-334, 2002

HERRERO FILHO, E. **Balanced Scorecard e a gestão estratégica**: uma abordagem prática. Elsevier: Rio de Janeiro, 2005.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION [ISO]. Disponível em <<http://www.iso.org/iso/about.htm>> Acesso em: 05 jan 2011.

JUNG, C. F. **Metodologia para pesquisa & desenvolvimento aplicada a novas tecnologias, produtos e processos**. Axcel Books do Brasil: Rio de Janeiro, 2004.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **A estratégia em ação: balanced scorecard**. 26. ed. Campus/Elsevier: Rio de Janeiro, 1997.

KAPLAN, R. S. "Strategic performance measurement and management in nonprofit organizations," **Nonprofit management & leadership**, Spring 2001, pp. 353-370.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **Mapas estratégicos: balanced scorecard**: convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis. Elsevier: Rio de Janeiro, 2004.

MALIK, A.M., SCHIESARI, L.M.C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. volume 3, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: São Paulo, 1998.

MALIK, A. M.; TELES, J. P. Hospitais e programas de qualidade no estado de São Paulo. **Revista de Administração de Empresas/FGV**, v.41, n.3, p. 51-59, São Paulo, jul./set. 2001.

MARANHÃO, M.; MACIEIRA, M. E. B. **O processo nosso de cada dia**: modelagem de processos de trabalho. Qualitymark: Rio de Janeiro, 2004.

MINTZBERG, H. A. Adhocracia. In: **Criando organizações eficazes**: estruturas em cinco configurações. Atlas: São Paulo, 1995.

MIRSHAWKA, V. **Hospital, fui bem atendido**: a vez do Brasil. Makron Books: São Paulo, 1994.

NATHAN, K. e PELFREY, S. Strong Medicine for Failing Hospitals: A Balanced Scorecard Approach. **Cost Management**; Jan/Feb 2004; 18, 1; pg. 24 a 30.

NIVEN, P. R. **Balanced Scorecard passo-a-passo**: elevando o desempenho e mantendo resultados. Qualitymark: Rio de Janeiro, 2005.

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

NOGUEIRA, L. C. L. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. EDG: Belo Horizonte, 1999.

OLIVA, F. A.; BORBA, V. R. **BSC - Balanced Scorecard**: ferramenta gerencial para organizações hospitalares. Iátria: São Paulo, 2004.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. [ONA]. 2011. Disponível em <<https://www.ona.org.br/Inicial.>>. Acesso em 27 fev. 2011.

PERTENCE, P.P., MELLEIRO, M.M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Rev Esc Enferm: USP**, 2010; 44(4):1024-31

RUTHES, Rosa Maria, CUNHA, I. C. K. O. Os desafios da administração hospitalar na atualidade. **RAS**, vol. 9, n. 36, jul-set, 2007.

SCHIESARI, L. M. C; MALIK, A. M. A gestão da qualidade nos hospitais brasileiros. In: GONÇALVES, E. L. (Org.). **Gestão hospitalar**: administrando o hospital moderno. Saraiva: São Paulo, 2006.

SERRA, F. et al. **Administração estratégica**: conceitos, roteiro prático e casos. Reichman & Affonso Editores: Rio de Janeiro, 2004.

SILVA, E.L.; MENEZES, E.M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4 ed. . UFSC: Florianópolis, 2005.

SOUZA, C. C. et al. Classificação de risco em pronto-socorro concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, jan-fev 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf> Acesso em: 30 jun 2011.

TAKASHINA, N. T. & FLORES, M. C. X. Indicadores da Qualidade e do Desempenho: como estabelecer metas e atingir resultados. Qualitymark: Rio de Janeiro, 1996.

TARABOULSI, F. A. **Administração de hotelaria hospitalar:** serviços aos clientes, humanização do atendimento, departamentalização, gerenciamento, saúde e turismo, hospitalidade, tecnologia da informação. 3. ed. Atlas: São Paulo, 2006.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais.** Atlas: São Paulo, 1987.

ZELMAN, W. N. e PINK, G. H. e MATTHIAS, Catherine B. Use of the Balanced Scorecard in health care. **Journal of Health Care Finance:** Summer 2003; 29, 4; pg. 1 a 16.

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE

 PUCPR	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU				
QUESTIONÁRIO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE					
Data: / /					
Modalidade:	<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> SUS		
Nome Paciente:					
AVALIAÇÃO					
Legenda:	1-Insatisfeito 2-Parcialmente Satisfeito 3-Satisfeito 4-Muito Satisfeito				
Qual o seu nível de satisfação em relação:		Satisfação			
		1	2	3	4
1. Cortesia no atendimento da recepção.					
Observações:					
2. Atenção da enfermagem.					
Observações:					
3. Atenção no atendimento médico.					
Observações:					
4. Tempo de espera para atendimento.					
Observações:					
5. Como avalia o serviço?					
Observações:					
OBSERVAÇÕES GERAIS					

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

Este formulário tem por objetivo obter dados que possibilitem efetuar a caracterização da organização a ser pesquisada. As respostas ao formulário terão fins acadêmicos e jamais serão divulgadas informações isoladas sobre a empresa. O resultado desta pesquisa será descrito no trabalho de Dissertação de Mestrado em Administração - PUC/PR, sobre a avaliação da qualidade do processo de atendimento nos setores de “porta de entrada” do hospital e deverá ser respondido pelo gestor da organização.

Nome do Entrevistado:		
Cargo:		
Formação Profissional:		
Cargo do profissional responsável pelas informações:		
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		
Razão Social:		
Nome Fantasia:		
CNPJ:		
Endereço:		n°
Bairro:	Cidade:	CEP:
Fone: ()	Fax: ()	Email:
Especialidade Principal:		
CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO		
1. Quanto à natureza da assistência:		
<input type="checkbox"/> <i>Geral - atende pacientes de várias especialidades</i> <input type="checkbox"/> <i>Especializado - atende somente pacientes de determinadas especialidades médicas</i>		
2. Quanto à propriedade, manutenção e controle:		
<input type="checkbox"/> <i>Governamental - federal, estadual, municipal, paraestatais (institutos)</i> <input type="checkbox"/> <i>Particular - com fins lucrativos ou sem fins lucrativos (hospitais filantrópicos - organizações hospitalares sem fins lucrativos que atendem gratuitamente, pacientes pobres desprovidos de qualquer cobertura)</i>		
3. Quanto à capacidade ou lotação:		
<input type="checkbox"/> <i>Pequeno porte - até 49 leitos</i> <input type="checkbox"/> <i>Médio porte - de 50 a 149 leitos</i> <input type="checkbox"/> <i>Grande Porte - de 150 a 500 leitos</i> <input type="checkbox"/> <i>Especial ou Extra - acima de 500 leitos</i>		
4. Quanto à capacidade de ensino - Residência Médica:		
<input type="checkbox"/> <i>Hospital de ensino</i> <input type="checkbox"/> <i>Hospital sem regulamentação de residência médica</i> <input type="checkbox"/> <i>Hospital com residência médica regulamentada</i>		
5. Quanto ao corpo clínico:		
<input type="checkbox"/> <i>Fechado - hospital dispõe de corpo clínico próprio</i> <input type="checkbox"/> <i>Aberto - hospital não dispõe de corpo clínico próprio e permite qualquer médico prestar serviços em suas dependências</i> <input type="checkbox"/> <i>Misto - combinação do corpo clínico aberto e fechado</i>		
6. Com relação ao sistema de edificação 1:		
<input type="checkbox"/> <i>Pavilhonar - edificação formada por vários pavimentos</i> <input type="checkbox"/> <i>Misto - quando combina blocos e pavilhões</i> <input type="checkbox"/> <i>Monobloco - edificação formada por um único bloco</i>		

7. Com relação ao sistema de edificação 2: () <i>Vertical - edificação com vários pavimentos</i> () <i>Horizontal - um ou mais blocos, predominantemente, na superfície</i>		
8. Quanto ao tempo de permanência do paciente no hospital: () <i>Curta permanência - período médio inferior a 15 dias</i> () <i>Longa permanência - período médio superior a 15 dias</i>		
9. Quanto à área de abrangência: () <i>O hospital atende pessoas de Curitiba e região metropolitana</i> () <i>O hospital atende pessoas de outros estados</i>		
RECURSOS DISPONÍVEIS NO HOSPITAL		
10. Quanto aos Recursos Assistenciais o hospital possui:	SIM	NÃO
<i>a. Setor de Pronto Atendimento</i>	()	()
<i>b. Setor de Pronto Socorro</i>	()	()
<i>c. Setor de Internação Individual</i>	()	()
<i>d. Setor de Internação Coletiva</i>	()	()
<i>e. Setor de UTI</i>	()	()
<i>f. Setor de UTI Neonatal</i>	()	()
<i>g. Setor de Berçário</i>	()	()
<i>h. Setor de Centro Cirúrgico</i>	()	()
<i>i. Setor de Centro Obstétrico</i>	()	()
<i>j. Setor de Queimados</i>	()	()
<i>k. Serviço de Transplantes</i>	()	()
<i>l. Serviço de Cirurgia Cardíaca</i>	()	()
<i>m. Serviço de Neurocirurgia</i>	()	()
<i>n. Serviço de Hemodinâmica</i>	()	()
<i>o. Outros</i>	()	()
11. Quanto aos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapias - SADT o hospital possui:	PRÓPRIO	TERCEIRIZADO
<i>a. Radiologia</i>	()	()
<i>b. Ultrassonografia</i>	()	()
<i>c. Tomografia</i>	()	()
<i>d. Ressonância Magnética</i>	()	()
<i>e. Cintilografia</i>	()	()
<i>f. Laboratório de Análises Clínicas</i>	()	()
<i>g. Laboratório de Anatomia Patológica</i>	()	()
<i>h. Hemodiálise</i>	()	()
<i>i. Quimioterapia</i>	()	()
<i>j. Radioterapia</i>	()	()
<i>k. Hemoterapia</i>	()	()
<i>l. Fisioterapia</i>	()	()
<i>m. Outros</i>	()	()
12. Quanto aos Serviços de Apoio o hospital possui:	PRÓPRIO	TERCEIRIZADO
<i>a. Farmácia</i>	()	()
<i>b. Central de Material Esterilizado</i>	()	()
<i>c. Nutrição e Dietética</i>	()	()
<i>d. Serviços Gerais - Manutenção</i>	()	()
<i>e. Serviços Gerais - Lavanderia</i>	()	()
<i>f. Serviços Gerais - Limpeza</i>	()	()

13. Quanto aos Serviços Administrativos o hospital possui:	PRÓPRIO	TERCEIRIZADO
a. <i>Setor de Administração</i>	()	()
b. <i>Comissão de Controle de Infecção Hospitalar</i>	()	()
c. <i>Outro(s). Qual(is)?</i>		
14. Quanto aos Recursos Humanos o hospital possui:	QUANTIDADE	
a. <i>Médicos</i>		
b. <i>Profissionais da enfermagem (incluindo profissionais de nível médio)</i>		
c. <i>Funcionários da área de Apoio Diagnóstico e Terapêutica</i>		
d. <i>Funcionários da área de Apoio Técnico</i>		
e. <i>Funcionários da área Administrativa</i>		
Total geral		
15. Quais são os setores de “porta de entrada” do Hospital?	SIM	NÃO
a. <i>Setor de Pronto Atendimento</i>	()	()
b. <i>Setor de Pronto Socorro</i>	()	()
c. <i>Setor de Internação - Área Administrativa</i>	()	()
d. <i>Radiologia</i>	()	()
e. <i>Ultrassonografia</i>	()	()
f. <i>Tomografia</i>	()	()
g. <i>Ressonância Magnética</i>	()	()
h. <i>Cintilografia</i>	()	()
i. <i>Laboratório de Análises Clínicas</i>	()	()
j. <i>Laboratório de Anatomia Patológica</i>	()	()
k. <i>Hemodiálise</i>	()	()
l. <i>Quimioterapia</i>	()	()
m. <i>Radioterapia</i>	()	()
n. <i>Hemoterapia</i>	()	()
o. <i>Fisioterapia</i>	()	()
p. <i>Outros. Quais?</i>		
16. Quais os profissionais responsáveis pelo monitoramento dos processos de atendimento nos setores de “porta de entrada” do Hospital?		
▪	Cargo	
▪	▪	
▪	▪	
17. Assinale o(s) modelo (s) externo (s) de avaliação da qualidade utilizado (s) pelo Hospital () <i>ONA - Acreditação</i> () <i>Certificação ISO</i> () <i>PROPASS PLUS</i> () <i>Prêmio Nacional da Qualidade</i> () <i>Não se aplica</i> () <i>Outros. Qual?</i>		
18. Assinale o(s) modelo (s) interno (s) de avaliação da qualidade utilizado (s) pelo Hospital () <i>5 S</i> () <i>BSC</i> () <i>Gestão por processos</i> () <i>Benchmarking</i> () <i>PDCA</i> () <i>Não se aplica</i> () <i>Outros. Qual?</i>		
19. Há quanto tempo utiliza a ferramenta?		
INFORMAÇÕES GERAIS		
20. O hospital possui missão e visão? () <i>Sim</i> () <i>Não</i>		
21. Qual a missão do hospital?		
22. Qual a visão do hospital?		
23. Há quanto tempo o hospital busca a cultura de qualidade? () <i>menos de 1 ano</i> () <i>entre 1 e 2 anos</i> () <i>entre 3 e 4 anos</i> () <i>mais de 5 anos</i>		
24. Os indicadores estão ligados à missão e visão do hospital? () <i>Sim</i> () <i>Não</i>		

25. Com relação à Gestão Financeira do Hospital qual(is) indicador(es) são utilizados?
26. Com relação aos Clientes do Hospital qual(is) indicador(es) são utilizados?
27. Com relação aos Processos Internos do Hospital qual(is) indicador(es) são utilizados?
28. Com relação ao Crescimento e Aprendizado interno qual(is) indicador(es) são utilizados?
29. Existe algum indicador de avaliação da qualidade do processo de atendimento nos setores de “porta de entrada” do hospital? Em caso afirmativo, qual (is) indicador (es)?

**APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE PESQUISA SOBRE A QUALIDADE DO
PROCESSO DE ATENDIMENTO NOS SETORES DE “PORTA DE ENTRADA” -
GESTORES**

Este formulário tem por objetivo obter dados sobre a qualidade do processo de atendimento nos setores de “porta de entrada”. As respostas fornecidas terão fins acadêmicos e não serão divulgadas informações isoladas sobre a empresa. O resultado desta pesquisa será descrito no trabalho de Dissertação de Mestrado em Administração - PUC/PR, sobre a avaliação da qualidade do processo de atendimento nos setores de “porta de entrada” de hospitais e deverá ser respondido pelos gestores desses setores.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO			
1. Nome do Setor (es) sob sua responsabilidade:			
2. Nome do Entrevistado:			
3. Cargo:			
4. Formação Profissional:			
5. Horário de funcionamento:			
6. Capacidade de atendimento mensal:			
7. Quantidade média de atendimento mensal:			
QUANTO AOS RECURSOS HUMANOS DO SETOR		SIM	NÃO
8. Você considera que o número de funcionários administrativos disponíveis para o primeiro atendimento é suficiente? (<i>Profissional administrativo, responsável pela liberação de senhas junto ao convênio e encaminhamento do usuário para assistência, preenchimento de formulários de atendimento em papel ou via sistema de informações</i>)		()	()
9. O setor conta com profissional de recepção exclusivo, no horário de funcionamento?		()	()
10. O setor dispõe de auxiliar de serviços gerais exclusivo do setor?		()	()
11. Quantidade total de funcionários do setor		()	()
12. Quantidade de funcionários por turno () Manhã () Tarde () Noite			
13. Tempo médio de espera do usuário antes do atendimento assistencial () 1 a 3 minutos () 4 a 6 minutos () 7 a 10 minutos () 11 a 15 minutos () 15 a 30 minutos () Acima de 31 minutos			
14. Tempo médio de serviço dos funcionários do setor () menos 6 meses () de 6 a 12 meses () de 13 a 18 meses () de 19 a 24 meses () de 25 a 30 meses () Acima de 30 meses			
15. Taxa de rotatividade -turn-over- do setor () < 3% () de 4 a 10 % () de 11 a 15% () de 16 a 20% () acima de 21%			
16. Tempo médio para substituição de funcionários desligados do setor () < 15 dias () de 5 a 30 dias () de 31 a 60 dias () de 61 a 90 () acima de 91 dias			
17. Taxa de absenteísmo do setor () < 3% () de 4 a 10 % () de 11 a 15% () de 16 a 20% () acima de 21%			
18. Quantidade de funcionários do setor quanto à escolaridade () 1º Grau completo () 2º grau completo () 3º grau completo () Pós-graduação			
19. Quanto à produtividade dos profissionais do setor pode-se afirmar que () Existe controle da produtividade () Não existe controle da produtividade			
QUANTO AOS RECURSOS FÍSICOS DO SETOR		SIM	NÃO
20. A área física/espço destinada ao atendimento administrativo do cliente/paciente é suficiente?		()	()

45. Em caso afirmativo, qual (is) indicador (es)?		
46. O setor possui indicadores formalizados para acompanhar o desempenho das atividades e processos?	()	()
47. Em caso afirmativo, qual (is) indicador (es)?		
48. O setor conhece as relações de causa e efeito entre os principais indicadores, ou seja, quais indicadores afetam os demais?	()	()

**APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE PESQUISA SOBRE A QUALIDADE DO
PROCESSO DE ATENDIMENTO NOS SETORES DE “PORTA DE ENTRADA” -
EQUIPE OPERACIONAL**

Este formulário tem por objetivo obter dados sobre a qualidade do processo de atendimento no seu setor de atuação. As respostas fornecidas terão fins acadêmicos e não serão divulgadas informações isoladas sobre elas. O resultado desta pesquisa será descrito no trabalho de Dissertação de Mestrado em Administração - PUC/PR, sobre a avaliação da qualidade do processo de atendimento nos setores de “porta de entrada”.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		
1. Nome do Setor de atuação:		
2. Nome do Cargo:		
3. Nível de Instrução: () 1º Grau completo () 2º grau completo () 3º grau completo () Pós-graduação		
4. Horário de trabalho:		
5. Jornada de trabalho () 6 horas diárias () 8 horas diárias () regime de plantão 12 x 36 () Outro. Qual:		
6. Turno de trabalho () manhã () tarde () noite		
PERGUNTAS RELACIONADAS À QUALIDADE DO PROCESSO DE ATENDIMENTO		
QUANTO AOS RECURSOS HUMANOS DO SETOR	SIM	NÃO
7. Você considera que o número de funcionários administrativos disponíveis para o primeiro atendimento é suficiente? (<i>Profissional administrativo, responsável pela liberação de senhas junto ao convênio e encaminhamento do usuário para assistência, preenchimento de formulários de atendimento em papel ou via sistema de informações</i>)	()	()
8. O setor conta com profissional de recepção exclusivo, no horário de funcionamento?	()	()
9. O setor dispõe de auxiliar de serviços gerais exclusivo do setor?	()	()
10. Qual a frequência que seu supervisor/coordenador direto visita o setor? () Diária () Semanal () Quinzenal () Mensal		
11. Em sua opinião o supervisor/coordenador direto de seu setor é: () Ótimo () Bom () Regular () Ruim		
12. Qual seu tempo de serviço no setor? () menos 6 meses () de 6 a 12 meses () de 13a 18 meses () de 19 a 24 meses () de 25 a 30 meses () Acima de 30 meses		
QUANTO AOS RECURSOS FÍSICOS DO SETOR	SIM	NÃO
13. Você considera adequada a área física/espço para desenvolver suas atividades administrativas?	()	()
Se não, por quê?		
14. Você considera adequada a área física para recepção/espera de pacientes e acompanhantes?	()	()
Se não, por quê?		
15. O setor dispõe de sanitários públicos - masculino e feminino?	()	()
QUANTO AOS RECURSOS MATERIAIS E DE TI	SIM	NÃO
16. O número de computadores é suficiente para o desempenho de suas atividades diárias?	()	()
Se não, por quê?		
17. O tempo de resposta do sistema de informação permite desempenho satisfatório das atividades diárias?	()	()
18. O sistema de informação possui “manual de utilização” que permite sanar dúvidas no desempenho das atividades diárias?	()	()

APÊNDICE D - FICHA TÉCNICA DOS ESPECIALISTAS

ESPECIALISTA 1
FORMAÇÃO ACADÊMICA
Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela UNISUL/SC, Especialista em Autogestão em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Especialista em Planejamento e Gerência de Serviços de Saúde - UNISUL/SC, E-MBA em Gestão Estratégica de Negócios - PUCPR, Mestre em Tecnologia em Saúde PUCPR.
EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL
Foi gestora de operadora de plano de saúde de autogestão, atuou como auditora de enfermagem e em consultoria de operadoras de planos de saúde. Co-autora do Programa Paranaense de Avaliação dos Serviços de Saúde-PROPASS PLUS. Atuou como coordenadora do PROPASS PLUS. Consultora da Province Saúde, gerenciando projetos de implantação relacionados às áreas de auditoria em saúde, ambulatórios e serviços de saúde públicos - prefeituras, gerenciando a equipe de auditoria em saúde. Foi diretora da UNIDAS PR e UNIDAS - SC; Coordenadora da Comissão Geral de Negociações da ASSEPAS-UNIDAS - PR.

ESPECIALISTA 2
FORMAÇÃO ACADÊMICA
Enfermeira pela PUC-PR, Pós Graduada em Emergências Clínicas pela PUC-PRr; Pós Graduada em Gestão de Planos de Saúde pela PUC-PR; Pós Graduada em Gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde PUC-PR.
EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL
Co-autora do Programa Paranaense de Avaliação dos Serviços de Saúde-PROPASS PLUS. Atuou como coordenadora do PROPASS PLUS. Consultora da ASSEPAS UNIDASPR. Coordenadora da Central de Regulação da CASSIPR. Auditora de Enfermagem pela <i>Doctor</i> . Coordenadora da Comissão Geral de Negociações da ASSEPAS-UNIDAS - PR.