

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE  
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO  
NORTE

POLIANA COSTA DE MEDEIROS

UM ESTUDO SOBRE A SATISFAÇÃO DO CLIENTE EXTERNO DO "HOSPITAL  
ALFA" COM A QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO PELO PRONTO-  
ATENDIMENTO

NATAL - RN  
2008

POLIANA COSTA DE MEDEIROS

UM ESTUDO SOBRE A SATISFAÇÃO DO CLIENTE EXTERNO DO "HOSPITAL  
ALFA" COM A QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO PELO PRONTO-  
ATENDIMENTO

Monografia apresentada à coordenação do Curso de Graduação em Administração com Habilitação em Marketing da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Administração com Habilitação em Marketing.

Orientador: Carlos Antônio de Lima Moreira, Msc.

NATAL - RN  
2008

RG-37-102  
11/00118  
15 02 03

Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN  
Setor de Processos Técnicos

Medeiros, Poliana Costa de

Um estudo sobre a satisfação do cliente externo do "Hospital Alfa" com a qualidade do serviço prestado pelo pronto-atendimento / Poliana Costa de Medeiros. – Natal: FARN, 2008.

53f.

Orientador: Carlos Antônio de Lima Moreira Msc.

Monografia (Bacharelado em Administração com Habilitação em Marketing) – Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Qualidade em Serviços – Monografia. 2. Satisfação do Cliente – Monografia 3. Vantagem Competitiva – Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 658.56

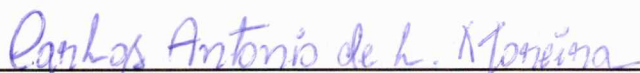


658.56  
M488u  
2008  
Ex:01

POLIANA COSTA DE MEDEIROS

UM ESTUDO SOBRE A SATISFAÇÃO DO CLIENTE EXTERNO DO "HOSPITAL  
ALFA" COM A QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO PELO PRONTO-  
ATENDIMENTO

Monografia apresentada à coordenação do Curso de Administração com Habilitação  
em Marketing, aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2008, pela banca  
examinadora composta pelos membros:

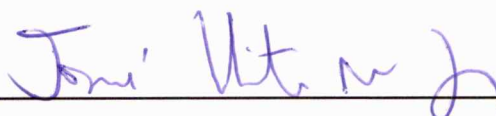


Carlos Antônio de Lima Moreira, Msc.

Orientador



Jannes Freitas Valente, Msc.



Josué Vitor de Medeiros Junior, Msc.



## RESUMO

O movimento da qualidade tem contribuído de forma marcante até os dias atuais na obtenção das vantagens competitivas junto às empresas. A competitividade aumentou assiduamente nas últimas décadas levando as empresas a um continuado aprimoramento dos seus processos. Com isso, as empresas passaram a utilizar estratégias como a competitividade na qualidade em serviços. Atualmente os clientes estão mais exigentes com expectativas altas, obrigando as organizações a oferecer serviços qualificados. No mercado atual, os fatores preço e qualidade do produto deixaram de ser um diferencial para tornar-se uma obrigação e para que as empresas consigam sobreviver nesta nova era a qualidade no atendimento se tornou um diferencial. A qualidade no atendimento na área de saúde implica na exposição e incorporação dos direitos fundamentais da pessoa humana que devem ser garantidos e preservados em sua integridade. Desta forma, o presente trabalho desenvolve uma análise do nível de satisfação dos clientes externo no pronto-atendimento do "Hospital Alfa" realizando uma pesquisa do tipo exploratória-descritiva, com universo de 1.050 pacientes semanais e uma amostra de 100 questionários aplicados junto aos pacientes. Os resultados obtidos com a aplicação dos questionários demonstraram que atualmente os clientes externos do "Hospital Alfa" estão satisfeitos com o serviço prestado pelo pronto-atendimento.

**Palavras chaves:** Qualidade, Atendimento, Saúde.

## ABSTRACT

The quality movement has played a significant role until the present day in obtaining the competitive advantages from businesses. The competitiveness has increased in recent decades assiduously leading companies to a continued improvement of its processes. With this, companies began to use as strategies for competitiveness in quality in services. Currently customers are more demanding with high expectations, forcing organizations to provide qualified services. In the current market, the price factors and quality of the product no longer a gap to become an obligation and for which companies can survive in this new era of quality in care has become a differential. The quality of care in the health and exposure involves the incorporation of fundamental human rights that must be protected and preserved in its integrity. Thus, this paper develops an analysis of the level of customer satisfaction in emergency care outside of the "Alpha Hospital" conducting an exploratory type of search-descriptive, with population of 1050 patients each week and a sample of 100 questionnaires applied to patients with. The results from the implementation of the questionnaires showed that currently the external clients of the Alpha Hospital "are satisfied with the service provided by emergency care.

**Key words: Quality, Care, Health.**

## SUMÁRIO

|                                                       |           |
|-------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>                              | <b>06</b> |
| 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E COLOCAÇÃO DO PROBLEMA.....     | 06        |
| 1.2 CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO E SEU AMBIENTE..... | 07        |
| 1.3 OBJETIVOS.....                                    | 09        |
| 1.3.1 Objetivo Geral.....                             | 09        |
| 1.3.2 Objetivos Específicos.....                      | 09        |
| 1.4 JUSTIFICATIVA.....                                | 09        |
| <b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>                     | <b>11</b> |
| 2.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA QUALIDADE .....             | 11        |
| 2.2 A QUALIDADE NO BRASIL .....                       | 20        |
| 2.3 QUALIDADE EM SERVIÇOS .....                       | 25        |
| 2.3.1 Qualidade na Área de Saúde .....                | 28        |
| 2.3.2 Qualidade no Atendimento.....                   | 32        |
| <b>3 METODOLOGIA.....</b>                             | <b>37</b> |
| 3.1 TIPO DE PESQUISA.....                             | 37        |
| 3.2 UNIVERSO E AMOSTRA.....                           | 38        |
| 3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....               | 39        |
| 3.4 TRATAMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS.....            | 40        |
| <b>4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>      | <b>41</b> |
| 4.1 DADOS AVALIATIVOS .....                           | 41        |
| 4.2 PERFIL DOS ENTREVISTADOS.....                     | 46        |
| <b>5 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES.....</b>               | <b>49</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>                               | <b>51</b> |
| <b>APÊNDICE.....</b>                                  | <b>53</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E COLOCAÇÃO DO PROBLEMA

Ao longo dos tempos a qualidade vem sendo debatida de uma forma intensa, chegando a ser uma grande moda, a ponto de o administrador que não entender de gestão de qualidade total pode ter sérias dificuldades no campo profissional. Hoje, qualidade é um termo que passou a fazer parte das organizações, independente do ramo de atividade. A principal diferença entre a abordagem no início do século XX e a atual é que a qualidade agora está relacionada às necessidades e aos anseios dos clientes. A competitividade tem levado as empresas a reverem suas formas de organização.

A gestão da qualidade tem um papel decisivo no processo de globalização, da abertura dos mercados e da concorrência entre as organizações na busca pela competitividade. O dinamismo da qualidade assegura a competitividade das empresas devido às constantes alterações nas sistemáticas e procedimentos. Na atualidade, a gestão da qualidade abrange uma visão ampla da existência humana. Qualidade não significa apenas o controle da produção, a qualidade de bens e serviços, ferramenta de gestão ou assistência técnica adequada. O conceito de qualidade total passou a significar modelo de gerenciamento que busca a eficiência organizacional.

Somente no início dos anos 80, surgiu o interesse pela qualidade dos serviços e pelo comportamento humano. A qualidade, atualmente, está muito mais associada à percepção de excelência nos serviços. A revolução dos serviços na economia está em andamento e vai ganhando força.

Fazer com que uma organização realmente se preocupe com o cliente é um desafio muito grande, como vem sendo constatado por muitos executivos. Não é algo barato ou fácil e não se consegue sem muito esforço. Não é uma solução fácil e simples.

A prestação de serviços de saúde é uma atividade complexa afetada por uma série de fatores que podem comprometer os seus resultados. Por esta razão, o “Hospital Alfa” entende que os serviços por ele prestados devem objetivar o atendimento ao paciente e das suas necessidades de forma mais efetiva.

A partir do exposto, definiu-se o seguinte problema de pesquisa:

**Em que medida o cliente externo do “Hospital Alfa” encontra-se satisfeito com a qualidade do serviço prestado pelo pronto-atendimento?**

## 1.2 CARACTERIZAÇÃO DO “HOSPITAL ALFA” E SEU AMBIENTE

O hospital surgiu em 18 de outubro de 2004, a unidade investe em alta tecnologia e na qualificação de seus profissionais, para receber e tratar pacientes com o mais alto grau de complexidade. Um de seus diferenciais é o serviço de imagem, com aparelhos modernos na área de Hemodinâmica e Tomografia, que permitem a aquisição de imagens tridimensionais em tempo.

O principal objetivo do “Hospital Alfa” é oferecer medicina de alta complexidade, estrutura hospitalar e atendimento humanizado.

Dotada de aparelhos modernos, como a máquina Integris Allura 3-D, única no estado, com possibilidade de aquisição de imagens tridimensionais em tempo real. O equipamento permite a aquisição de imagem vascular de forma rápida e de melhor qualidade, quando comparado a similares. Estes são fatores que fazem a diferença quando da necessidade de diagnóstico preciso e intervenção rápida, como no tratamento percutâneo do infarto agudo do miocárdio (angioplastia primária com implante de *Stent*). Outro diferencial é o sistema 3-D do aparelho, sistema que permite a reconstrução tridimensional em tempo real dos vasos estudados, recurso hoje indispensável no tratamento dos aneurismas cerebrais por embolização.

Devidamente aparelhado, o “Hospital Alfa” oferece o atendimento especializado na área de cardiologia. O pronto-atendimento cardiológico adulto atende usuário, em situação de urgência ou emergência, com problemas

relacionados ao aparelho cardiovascular, como por exemplo: crises hipertensivas, arritmias cardíacas e dor no peito de causa a esclarecer.

O centro cirúrgico está equipado para cirurgias de grande porte: cardiovascular, cardíaca, bariátrica (obesidade), ortopédica, torácica/pulmonar, do aparelho digestivo, urológica, ginecológica, cabeça e pescoço, vascular periférica, plástica, mastológica, ambulatoriais; neurocirurgia e videocirurgias.

Dando suporte ao hospital, está em pleno funcionamento o laboratório de análises clínicas (geral e especializada) nas áreas de hematologia, bioquímica, imunológica, genética, hormônios e microbiologia.

O cuidado no manuseio dos equipamentos é um dos fatores do bom atendimento. O serviço de controle da infecção hospitalar - SCIH vem dando assessoramento para ajudar os profissionais a prevenir ocorrências de infecções e outras complicações, que possam advir do uso de equipamentos/materiais e drogas. Com treinamentos específicos, as equipes do “Hospital Alfa” estão preparadas para atender às normas de isolamento e precauções, utilizando sinalização adequada, equipamentos de proteção e orientação quanto à lavagem das mãos e desinfecção do ambiente.

O “Hospital Alfa” dispõe de dois tipos de acomodação: apartamentos individuais e enfermarias com dois leitos. Em ambas, as instalações possuem ambientação humanizada, TV, frigobar, ar-condicionado, poltrona e armário. Ao todo, são 78 leitos disponíveis na unidade.

### 1.3 OBJETIVOS

#### 1.3.1 Objetivo Geral

Analisar em que medida o cliente externo do “Hospital Alfa” encontra-se satisfeito com a qualidade do serviço prestado pelo pronto-atendimento.

#### 1.3.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar as razões que levaram o cliente externo a optar pelo serviço prestado pelo pronto-atendimento do “Hospital Alfa”;
- b) Identificar o grau de satisfação do cliente externo quanto à qualidade do serviço prestado pelo pronto-atendimento;
- c) Conhecer a opinião do cliente externo acerca dos aspectos relacionados ao serviço prestado pelo pronto-atendimento; e
- d) Detectar o perfil do cliente externo do pronto-atendimento do “Hospital Alfa”.

### 1.4 JUSTIFICATIVA

Do ponto de vista teórico, a presente pesquisa contribuiu para o desenvolvimento da ciência, gerando novos conhecimentos acerca da temática. Além disso, acredita-se que o estudo tenha colaborado com a sociedade apontando se de fato o atendimento disponibilizado na entidade hospitalar está à altura das necessidades da população.

Do ponto de vista prático, a pesquisa permitiu que o “Hospital Alfa” obtivesse resultados de indicadores de satisfação do subsistema utilizado pelos usuários dos serviços oferecidos pelo pronto-atendimento, fazendo com que a entidade hospitalar conhecesse melhor as percepções dos clientes e possibilitando sua adequação fazendo uso desta ferramenta valiosa nos processos decisoriais a

fim de atingir seus objetivos. Desta forma, evidencia-se que a qualidade dos serviços prestados pelo pronto-atendimento reflete na entidade hospitalar como um todo, uma vez que tanto o hospital como o pronto-atendimento representam a mesma instituição, sendo necessário padronizar o atendimento em ambas as localidades, como o objetivo de fortalecer a imagem da organização.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA QUALIDADE

Segundo Algarte (2000), no início, o homem se preocupava com a qualidade dos alimentos que extraia da natureza para sobreviver. Com o desenvolvimento da agricultura, passou a cuidar da qualidade do que plantava e colhia. Mais tarde a preocupação com a segurança e a sobrevivência fez com que os homens também tivessem qualidade para selecionar as pedras que serviriam para fabricação de armas e ferramentas.

Do ponto de vista de Mezomo (2001), o conceito de qualidade surgiu desde o surgimento das civilizações, como sendo o atendimento aos desejos e às vontades dos consumidores, incluindo aspectos econômicos, de segurança e desempenho.

De acordo com Damazio (1998, p.5), “a qualidade é o princípio e a própria ação para a mudança da cultura das empresas. É instituição lógica, com métodos quantitativos e qualitativos, aliados à psicologia das relações humanas entre o capital e o trabalho”.

A qualidade estava associada a realizações de inspeções e testes nos serviços ou produtos acabados. O conceito de qualidade sofreu mudanças com a revolução industrial e durante a segunda metade do século XX, a evolução tecnológica, o aumento dos investimentos e a necessidade de segurança convergiram para o aumento do controle da qualidade. Desta forma, tornou-se importante assegurar a qualidade dos produtos, serviços, instalações e equipamentos, dando origem ao controle total da qualidade.

Para Albrecht (2002), a revolução industrial proporcionou mudanças significativas na administração das empresas, resultando na divisão do processo industrial em marketing, concepção, projeto, aquisição, produção e comercialização. Esta divisão provocou o distanciamento entre fornecedor e consumidor, dando origem aos primeiros problemas com a qualidade do produto.

Criaram-se os supervisores para controlar as atividades dos artesãos, que passaram a se preocupar apenas com a execução do serviço determinado pelo supervisor, utilizando a matéria prima fornecida pelo departamento de suprimentos. A qualidade das matérias prima e do produto passou a ser responsabilidade do supervisor.

Como consequência do aumento da produção, os artesãos passaram a ser operários não especializados. O conhecimento, habilidade e experiência que pertenciam antes aos artesãos agora era propriedade da empresa.

Nesta época, os inspetores examinavam 100% dos produtos liberados pela produção, resultando em grandes custos para a empresa.

Segundo Algarte (2000), a máquina a vapor foi criada em 1712, por Thomas Newcomen, porém, em 1763, James Watt aperfeiçoou esta invenção ao incluir um condensador de vapor independente, o que duplicou o rendimento da máquina. Este novo fato impulsionou a revolução industrial, provocando um aumento significativo na demanda de produtos manufaturados.

De acordo com Paladini (2000), Com o aumento da demanda de material bélico, a falta de qualidade dos produtos cresceu sendo necessária à substituição dos supervisores pelos inspetores para garantir o controle de qualidade e evitar que produtos sem qualidade saíssem das fábricas e fossem utilizados pelos clientes. Desta forma, criou-se o conceito de que qualidade implica em um custo e aumenta o preço do produto final.

Para Mezomo (2001), na primeira guerra mundial a qualidade dos armamentos representava um ponto importante para as nações, já que a ausência dela representava falta de segurança. Visto isso, o departamento de compras governamentais exigiu que seus fornecedores tivessem setores de inspeção.

No início do século XX, surgiu a produção em massa que revolucionou o modelo de trabalho e diminuiu a produção artesanal.

De acordo com Marshall Junior et al (2006), em 1913, Henry Ford descobriu que, se dividissem as tarefas de fabricação em pequenas operações especializadas, poderia recrutar mão-de-obra não qualificada da região rural, oferecer um treinamento breve e executar de maneira eficaz todas as tarefas de fabricação e montagem de um automóvel.

Ford acreditava que a produção em massa faria os preços dos carros baixarem e possibilitaria que os trabalhadores também comprassem seus próprios carros.

Durante a produção artesanal de um automóvel, o artesão separava todas as peças e ferramentas que utilizaria, montava o veículo e antes de entregá-lo verificava o seu trabalho, não havendo a necessidade de outra pessoa inspecionar o produto final.

Segundo Algarte (2000), durante a produção em massa o operário da linha de produção apenas executa uma tarefa, como apertar parafusos, colocar a roda esquerda dianteira em cada carro entre outras. Não é necessário solicitar peças, buscar ferramentas ou inspecionar o seu próprio serviço.

Para coordenar as tarefas dos operários não qualificados, foram criadas novas funções executadas por especialistas como mecânicos, inspetores de qualidade, especialistas em reparos, além dos supervisores e engenheiros de produção.

Como o custo de inspecionar 100% das peças e componentes era alto, adotaram outra técnica de controle de qualidade, chamada de técnica de amostragem.

Segundo Algarte (2000), na década de 30, criou-se o controle estatístico da qualidade. Walter Shewhart desenvolveu técnicas de controle estatístico da qualidade, sendo a mais importante a carta de controle estatístico de processo. Essas técnicas, em conjunto com as técnicas de amostragem de dois colegas dos laboratórios da Bell System – Dodge e de Romig – permitiram a realização da

inspeção por amostragem em vez da inspeção 100%. As cartas de controle estatístico tornaram possível prever quando um processo de produção sairia de controle e diagnosticar a ocorrência de defeitos aleatórios. A “função qualidade” começava a atingir o estágio de prevenção de defeitos.

Segundo Mezomo (2001), as empresas passaram a cuidar também do processo e não somente do produto, com a utilização das cartas de controle. Com a importância dada aos estatísticos que cuidavam das cartas de controle da produção, criou-se um departamento independente, chamado de controle da qualidade, que mais tarde incorporou as atividades de inspeção.

Antes, os produtos defeituosos só eram detectados quando passavam pela inspeção após o término do processo de produção. Depois os problemas na qualidade dos produtos passaram a ser percebidos nas fases do processo de fabricação. Também se adotou o controle de qualidade sobre matérias-primas. Desta forma, problemas na produção podiam ser identificados previamente, possibilitando a tomada de ações preventivas de melhoria evitando a fabricação de produtos fora dos padrões.

Para Green (1995), nos anos 40, o controle de qualidade expandiu a sua importância dentro das empresas, devido também à mudança de hábitos dos consumidores, os quais passaram a dar preferência a produtos duráveis, em consequência à escassez de produtos durante e depois da segunda guerra mundial.

A utilização das técnicas de controle estatístico da qualidade estava sendo adotada em apenas 12 empresas nos Estados Unidos, antes da segunda guerra mundial.

Segundo Algarte (2000, p.32),

“As Forças Armadas Americanas necessitavam de grande quantidade de itens com rígido requisito de qualidade, exerceram o poder de compra do Estado por meio de adoção de procedimentos específicos de inspeção por amostragem, do uso obrigatório das tabelas oficiais de amostragem pelos fornecedores das Forças Armadas e amplo programa de treinamento em estatística para o

peçoal da indústria bélica e para o peçoal de compra das Forças Armadas. Muitos especialistas em estatística participam da concepção e execução do programa de treinamento. Um dos nomes mais destacados era Willian Edwards Deming, especialista em amostragem e discípulo de Shewhart.”

O controle estatístico da qualidade foi consagrado na segunda guerra mundial através dos órgãos de controle da qualidade, criados por exigência dos organismos de compra das forças armadas das grandes potências mundiais.

De acordo com Algarte (2000, p.33),

“Os antigos livros e artigos chamam de “controle da qualidade” o departamento que, atualmente, é conhecido como “controle do processo”. Durante os anos 30 e 40, muitas companhias implementaram métodos de controle estatístico da qualidade e renomearam seus tradicionais “departamentos de inspeção” como “departamentos de controle da qualidade”. Como os métodos estatísticos foram abandonados nos anos 50 e 60, esses departamentos voltaram à tradicional atividade de inspeção, mas mantiveram a denominação de “controle de qualidade”. Quando o interesse pelos métodos estatísticos renasceu nos anos 70 e 80, um novo nome, “controle de qualidade”, estava associado à inspeção”.

Do ponto de vista de Albrecht (2002), com o aumento e sofisticação das indústrias, a responsabilidade pela qualidade era compartilhada pelos vários órgãos encarregados. Notou-se, então, que não havia coordenação entre os órgãos. Deste modo, passou-se a defender a criação de um departamento de engenharia da qualidade, cujo objetivo seria garantir a qualidade dos órgãos especializados nas empresas. As empresas precisavam dar mais ênfase à prevenção do que à correção de defeitos.

Para Marshall Junior et al (2006), na década de 50, as empresas enfrentavam problemas de projeto, a exploração da área espacial e nuclear fez com que a importância da qualidade de projeto aumentasse muito, pois os investimentos eram altos e o prestígio estava em jogo.

Surgiram, pois algumas alternativas de prevenção, correção de erros dos projetos como forma de adequar às abordagens tradicionais que logo se

comprovaram inadequadas, uma vez que não se tolerava mais falhas dos equipamentos e sistemas.

Surge então a confiabilidade, cujo conceito se originou na indústria aeronáutica. No início, havia comparações entre os projetos alternativos para efeito qualitativo. Com o aumento do número de aeronaves em operação também ocorreu o aumento do volume de informações sobre a quantidade de incidentes falhos em certa quantidade de aviões, dentro de um período de tempo.

Para Algarte (2000), na década de 60, o conceito passou a fazer parte do dia-a-dia das indústrias mais modernas, onde passava a ser utilizado quando as indústrias ofereciam aos clientes produtos mais confiáveis visando aumentar as vendas ou quando procurava diminuir o número de incidentes em suas instalações para evitar perdas econômicas e riscos operacionais.

Na mesma década, os fornecedores do governo americano criaram os programas motivacionais nomeados de “zero defeito”, cujo conceito defendia que a adequada motivação dos trabalhadores eliminaria defeitos.

Segundo Damazio (1998), em 1962, surgiu, no Japão, os chamados círculos de controle da qualidade, inicialmente voltados para problemas sobre a qualidade e posteriormente para problemas de produtividade, custo, segurança entre outros.

A qualidade ganhou nova importância no final da segunda guerra mundial com o início da guerra fria. Pesquisas comprovaram que cerca de 80% dos casos de problemas com a falta de qualidade eram devido às falhas gerenciais e não por falhas técnicas.

Do ponto de vista de Damazio (1998), as empresas não detectavam que a maioria dos problemas na qualidade surgia das falhas de comunicação entre as diversas áreas da empresa e não somente no “chão de fábrica”. Sendo assim, os órgãos responsáveis pelas compras do governo dos Estados Unidos e dos demais países da Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN) passaram a exigir que

seus fornecedores implantassem um programa de garantia de qualidade ou sistemas da qualidade, resultante da aplicação da teoria de sistemas e dos princípios de controle total de qualidade.

Segundo Algarte (2000, p.12):

“Um sistema de garantia da qualidade é um conjunto de métodos gerenciais que indicam o esforço globalizado e sistêmico da empresa na busca da qualidade e que resultam da aplicação da abordagem sistêmica ao controle total da qualidade e permite implementar na empresa as seguintes premissas: a qualidade deve ser preocupação da alta administração da empresa; a qualidade esta baseada na tecnologia, que se fundamenta no desenvolvimento de recursos humanos; a qualidade é o resultado do trabalho de cada um, conseqüentemente, todos são responsáveis por ela; a qualidade deve ser explicita para que possa ser controlada e desenvolvida”.

De acordo com, Algarte (2000, p.36):

“A garantia da qualidade assegura ao cliente que o fornecedor tem capacidade de atender a todos os requisitos técnicos e organizacionais exigidos nas normas e nos contratos de fornecimento, como também prover ao fornecedor a confiança de que sua empresa poderá atender a todos os requisitos do contrato e das normas aplicáveis.”

A garantia da qualidade interliga uma transação comercial entre cliente e fornecedor, onde o cliente exige e o fornecedor atende para ganhar mais vendas.

Antes da segunda guerra mundial, os produtos japoneses eram reconhecidos por serem de baixos preços e má qualidade.

Do ponto de vista de Damazio (1998), em 1946, ao término da segunda guerra mundial, os Estados Unidos ocuparam o Japão e obrigaram a indústria de telecomunicações japonesa a implantar o controle estatístico da qualidade, com o objetivo de resolver os problemas existentes neste setor. Para isso, foram enviados para o Japão, técnicos especialistas, dentre eles estavam Willian Edward Deming e Joseph M. Juran. A Japanese Union of Scientists and Engineers (JUSE), designou Kaoru Ishikawa, engenheiro recém formado, para acompanhar Deming e Juran. Este

trio aplicou em toda a indústria japonesa os conceitos do controle de qualidade japonês, sendo responsável assim, pelas transformações sofridas no país.

Em 1949, foi criado o grupo de pesquisa para controle da qualidade com o objetivo de controlar a qualidade na indústria japonesa, modernizar o país e melhorar a qualidade de vida dos japoneses. Com isso, surgiu o estilo japonês de controle de qualidade.

Segundo Algarte (2000, p.40),

“O Grupo de Pesquisa estabeleceu duas considerações básicas: uma vez que a indústria faz suas avaliações com base em dados, os métodos estatísticos deveriam ser amplamente disseminados; não tendo grandes reservas de recursos naturais, o Japão deveria recorrer à importação de matéria-prima;”.

Em 1954, Joseph M. Juran promoveu uma série de palestras abordando a importância do papel da gerência no controle da qualidade, visando superar as dificuldades da relação gerência e qualidade. Isto resultou numa grande campanha de rádio e televisão utilizada para treinar líderes nas fábricas japonesas. Em 1962, lançaram os círculos de controle de qualidade.

Segundo Albrecht (2002), a padronização dos requisitos de sistemas de garantia de qualidade tornou-se necessária com a globalização da economia. Para isso, foram criadas normas internacionais.

Segundo Las Casas (1999), a International Organization for Standardization (ISO) é uma organização internacional, privada e sem fins lucrativos, dividida em comitês técnicos que são responsáveis pela normalização específica de cada setor da economia, a ISO que elabora normas internacionais sobre produtos e serviços. A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) é membro fundador da ISO e representa o Brasil desde 1947, quando foi criada.

Segundo Algarte (2000), no ano de 1987, foram publicadas cinco normas internacionais chamadas de Normas ISO 9000, cujo objetivo era facilitar o comércio internacional. Este trabalho foi gerado a partir da preocupação com o aumento das

exigências dos diferentes mercados mundiais que geravam obstáculos ao crescimento do comércio internacional, dando assim início à elaboração de normas para harmonização dos requisitos dos sistemas da qualidade, utilizando-se como referência as normas britânicas e canadenses.

De acordo com Damazio (1998), a criação das normas proporcionou a certificação uniforme de sistemas da qualidade das empresas, evitando que as empresas fossem avaliadas por cada um dos seus clientes tornando a qualificação dos fornecedores de uma organização mais ágil e mais prática.

Do ponto de vista de Marshall Junior et al (2006), A diferença entre a certificação de sistemas de qualidade e a certificação de produtos é que a primeira verifica a conformidade dos requisitos e procedimentos de gestão das normas, já a segunda verifica a padronização de características específicas de um produto, sendo necessário à realização de testes com os produtos.

Através das Normas ISO 9000, as empresas podem comprovar que trabalham com produtos ou serviços de qualidade assegurada, desempenhando assim um papel relevante para o aperfeiçoamento da gestão empresarial.

Para Damazio (1998), nos últimos anos, vários países estabeleceram premiações como forma de motivar e reconhecer as empresas que se destacam na gestão da qualidade de produtos e serviços, aumentando assim a competitividade das empresas dos respectivos países.

As premiações possuem como objetivo avaliar a excelência na satisfação do cliente, a garantia da qualidade dos produtos e serviços, os resultados das empresas, a gestão empresarial e a melhoria contínua da qualidade.

Segundo Paladini (2000), em 14 de novembro de 1988, é entregue o Prêmio Malcolm Baldrige nos Estados Unidos. No mesmo ano, a Europa cria o Prêmio Europeu da Qualidade. Por sua vez, o Japão criou o Prêmio Deming. Todas estas premiações servem de estímulo e base para que outros países criem seus próprios prêmios nacionais.

Outra alternativa encontrada pelas empresas para melhorar a qualidade, é fazer a auto-avaliação utilizando os critérios de prêmios nacionais. Assim, as falhas são encontradas e ações corretivas ou preventivas são aplicadas. Esta nova alternativa vem gerando um aumento na motivação dos funcionários de todas as áreas.

De acordo com Algarte (2000), com o objetivo de incentivar os melhores modelos da gestão da qualidade criou-se, no Brasil, em seis de maio de 1991, o Prêmio Nacional da Qualidade.

## 2.2 A QUALIDADE NO BRASIL

Segundo Algarte (2000), na segunda metade do século XIX, o Brasil começa a se industrializar com o interesse na produção agrícola, porém sem o apoio do governo.

No fim do século XIX, o que movimentava a economia brasileira era a agricultura e o principal produto exportado era o café, mais também se exportava cacau, açúcar, algodão e borracha, de.

Na 1ª Guerra Mundial (1914-1918) a Europa deixou de exportar os seus produtos, abrindo caminho para a expansão da exportação do Brasil, que passou a acelerar seu processo de industrialização começando com a indústria têxtil.

Para Damazio (1998), durante a 1ª Guerra Mundial as exportações de café diminuíram e as exportações de borracha aumentaram devido à necessidade desta matéria prima nas operações de guerra, sendo assim o Brasil passa a enfrentar uma crise financeira, já que o café era responsável por mais de 50% do valor das exportações.

Durante a crise econômica de 1929, que abala a hegemonia do café, o governo adota uma política protecionista para a indústria, se colocando contra a opinião dos grandes fazendeiros que preferiam um país essencialmente agrícola.

De acordo com Albrecht (2002), o Brasil não passou por todas as fases da evolução da qualidade, como a Europa e os Estados Unidos.

Na fase de muitas exportações dos produtos agrícolas, formaram-se riquezas nas regiões de Pernambuco, Bahia, no Vale do Paraíba, no Rio de Janeiro, e nas regiões Norte e Noroeste de São Paulo. Com isso, os grandes fazendeiros e usineiros de açúcar começaram a importar carros para seu próprio uso dos Estados Unidos e Europa.

Em 24 de Abril de 1919, a Ford Company inaugurou a indústria automobilística no Brasil e em 1 de Maio de 1919 foi montado o primeiro carro no país, chamado de Ford modelo T. Depois é instalada a primeira linha de montagem de veículos em série no Brasil no ano de 1921 e em 1923 chega a General Motors com a sua linha de montagem no Brasil.

Do ponto de vista de Algarte (2000), com a crise da cultura cafeeira em 1930, os colonos das fazendas que eram geralmente imigrantes italianos e espanhóis, começaram a migrar para São Paulo a procura de emprego. Ao chegarem lá, eles eram integrados a mão de obra do setor automobilístico fazendo com que esta mão de obra se torna desqualificada.

A crise econômica do café desmotivou o crescimento das importações de veículos e impediu o desenvolvimento de automotores no Brasil naquele momento. Como não havia siderúrgicas e as metalúrgicas estavam voltadas em atender as necessidades agrícolas, as máquinas e equipamentos tinham que ser importados, inclusive as locomotivas.

Como não havia peças de reposição para os veículos importados, a importação foi encerrada, então surgiram às pequenas oficinas artesanais.

Segundo Marshall Junior et al (2006), no final da segunda guerra mundial, a grande quantidade de importações de veículos gerou um desequilíbrio da balança de pagamentos, devido ao longo tempo de recesso de importações, até que, durante o Governo de Getúlio Vargas se cria a ideia do país ter a sua indústria

automobilística.

No Governo de Juscelino Kubitschek foi criado em 1956 o Grupo Executivo da Indústria Automobilística (GEIA). Juscelino inseriu em seu plano de metas a entrada direta do país no sistema de produção em massa, a nacionalização da produção e o fechamento do mercado às importações. Com isso, em cinco anos as indústrias automobilísticas chegam ao Brasil e realizam investimentos para produzir os veículos em suas novas fábricas e depois de cinquenta anos o Brasil incorpora o padrão produtivo.

O segredo da produção em massa, segundo Algarte (2000, p.51), está na intercambialidade das peças e na facilidade de ajustá-las entre si. Uma vez que a intercambialidade depende de um rígido controle da qualidade na fabricação das peças e componentes, a indústria automobilística estabeleceu controles para assegurar que os seus fornecedores tivessem um rígido sistema de garantia da qualidade.

Atualmente a indústria automobilística atingiu um padrão de qualidade mundial e utiliza métodos de gestão modernos cujo objetivo é melhorar a qualidade dos produtos e elevar a produtividade para se tornar mais competitivo no mercado interno e internacional.

De acordo com Algarte (2000), a preocupação com a qualidade dos equipamentos, visando à segurança pessoal e operacional, surgiu na indústria Siderúrgica, de Petróleo e Petroquímica. Durante a segunda guerra mundial nasceu a Companhia Siderúrgica Nacional que possuía prioridade de esforço de guerra. Em 1953, foi criada a Petróleo Brasileiro S.A com o objetivo de tornar o Brasil auto-suficiente em petróleo. Estes dois empreendimentos serviram de base para o desenvolvimento industrial brasileiro.

Na construção das suas primeiras refinarias de petróleo no Brasil, foram importados dos Estados Unidos e França todos os produtos, da matéria-prima à tecnologia, pois não se dominava ainda a tecnologia do petróleo.

Após seis meses de operação da primeira refinaria de petróleo, ocorreu um grave incêndio devido à utilização errada em sua construção de uma curva de aço-carbono como sendo uma curva de aço-liga, este acidente fez com que a indústria de petróleo investiu-se no controle de qualidade para garantir a segurança pessoal e operacional.

De acordo com Albrecht (2002), no início dos anos 60 o Instituto Brasileiro de Petróleo (IBP) criou a primeira Comissão Técnica de Inspeção de Equipamentos que por meio de cursos, seminários e congressos desenvolveu uma cultura de qualidade na inspeção, no controle da qualidade, na garantia da qualidade e na gestão da qualidade, ou seja, em todos os estágios evolutivos. Atualmente a Comissão de Inspeção de Equipamentos reúne técnicos especialistas para tratar assuntos relativos à qualidade.

As fornecedoras do setor nuclear foram as primeiras empresas, no Brasil, que tiveram contato com normas de requisitos de garantia da qualidade, no início da década de 70, devido as exigências regulatórias e contratuais das Indústrias Nucleares do Brasil S.A (INB) para a implementação dos programas de garantia da qualidade, de acordo com Algarte (2000, p.53).

Logo depois de viabilizar a produção de petróleo na Bacia de Campos, a Petrobrás teve que fabricar e instalar sete plataformas de grande porte em um curto período de tempo. Visando diminuir os riscos ao meio ambiente e para segurança industrial, a estratégia utilizada exigir em contrato com os seus fornecedores a implantação de sistemas de garantia da qualidade, baseados no código nuclear americano 10-CFR-50 adaptando às particularidades da indústria do petróleo e posteriormente substituído pelas normas canadenses de garantia da qualidade Z-299, o que possibilitou a projeção, a construção e a instalação das plataformas por empresas brasileiras de engenharia e por fabricantes de bens de capital dentro do prazo previsto.

De acordo com Algarte (2000), com o surgimento da ISO 9000 os setores da economia como telecomunicações, aeronáutica, aeroespacial, indústria automobilísticas passaram a utilizar estas normas como programas de qualificação

de fornecedores. A Petrobrás adaptou as diretrizes contratuais dessas normas e incluiu as especificidades do setor petrolífero.

As indústrias de bens de capital foram influenciadas pelos setores nuclear, elétrico, petroleiro, petroquímico, siderúrgico e de telecomunicações para se enquadrarem no sistema de garantia da qualidade.

Na área de bens de consumo, segundo Algarte (2000, p.55) a preocupação com a qualidade origina-se com a necessidade de melhorar a produtividade das empresas.

A princípio a economia brasileira se encontrava fechada e não havia ameaça de concorrência externa, por isso não se deu importância ao aprimoramento da produtividade, pois os preços eram determinados a partir dos custos de produção. Após a abertura econômica, o consumidor passou a ter mais opções de escolha e o preço passou a ser fixado pelo mercado, com isso as empresas deram mais importância à qualidade e a produtividade na intenção de reduzir os custos e aumentar os lucros.

De acordo com Paladini (2000), ao adquirirem um bem de consumo, os consumidores avaliavam o preço, o prazo de entrega e a qualidade, pois queriam o produto certo, na hora certa e pelo menor preço. Desta forma, as indústrias de bens de consumo e os setores de serviços adotaram a Gestão da Qualidade Total para enfrentarem a concorrência.

Antes de 1930 a industrialização brasileira sofria com a falta de incentivos governamentais e com a ausência de uma política industrial.

Em 1921, a participação governamental no campo de metrologia, normalização e qualidade se deu a partir da criação da Estação Experimental de Combustíveis e Minérios no Rio de Janeiro e depois o Laboratório de Ensaio de Materiais da Escola Politécnica de Engenharia, cujo objetivo era o ensaio de produtos importados.

Em 1927, nasceu a Associação Brasileira de Ensaio de Materiais para aperfeiçoar e verificar os métodos de ensaios utilizados nos laboratórios do País. Este foi um passo importante para a normalização nacional do Brasil.

Segundo Marshall Junior et al (2006), em 1929, com a crise econômica dos Estados Unidos, o Brasil sofreu transformações em sua estrutura econômica, enfatizando a necessidade de domínio de conhecimentos tecnológicos.

Em 1933, a Estação Experimental de Combustíveis e Minérios foi transformada no Instituto Nacional de Tecnologia (INT) e o Laboratório de Ensaios de Materiais da Escola Politécnica tornou-se o Instituto de Pesquisas Tecnológicas (IPT).

Do ponto de vista de Algarte (2000), em 1938 nasce a Comissão de Metrologia com caráter consultivo e a Divisão de Metrologia para coordenar as atividades de metrologia, normalização e qualidade.

Antes do Laboratório de Ensaio de Materiais se torna o Instituto de Pesquisas Tecnológicas, fundou-se em sua terceira reunião a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Com a expansão dos setores mecânicos e metalúrgicos, na década de 40, o produto industrial brasileiro cresceu notoriamente.

## 2.3 QUALIDADE EM SERVIÇOS

A crescente relevância do tema qualidade, dentro das organizações, vem forçando o aprimoramento da prestação de serviços e a qualidade na produção de produtos. Desta forma, as empresas tornam-se mais competitivas. Essa situação exige que as organizações desenvolvam estratégias essenciais para satisfazer e atender melhor o seu cliente. Uma das estratégias de competitividade muito utilizada é a qualidade em serviços.

Atualmente, os clientes se apresentam cada vez mais exigentes com expectativas elevadas, impondo às organizações o fornecimento de serviços cada vez mais qualificados. Portanto, analisar o nível de satisfação dos clientes constitui um instrumento de suma importância para orientar esforços de qualquer organização em busca da prestação de serviços cada vez mais eficientes.

Na visão de Whiteley (1992), mensurar a qualidade na visão do cliente significa entender as duas dimensões da qualidade: qualidade do produto e qualidade do serviço.

Em companhias industriais a qualidade do produto é quantificável, onde a mesma está relacionada a aspectos tangíveis e quantificáveis. Já em companhias que vendem serviços, existe uma credibilidade e excelência dos produtos intangíveis que vão para fora da empresa.

Do ponto de vista de Las Casas (1999), serviços são atos, ações, desempenho. A qualidade em serviços é a capacidade que uma experiência tenha para satisfazer uma necessidade a alguém. Os principais aspectos físicos da percepção de um serviço são os princípios: similaridade, proximidade e continuidade.

No princípio da similaridade as coisas similares tendem a ser percebidas pelo indivíduo como parte de um conjunto, por exemplo, quando um determinado setor de atividade de uma empresa comete uma falha, o cliente tende a julgar de forma generalizada toda a empresa. No princípio da proximidade as coisas próximas tendem a ser percebidas como parte de um conjunto, por exemplo, quando ocorre uma falha em um serviço prestado o cliente entende que todos os serviços daquela natureza prestados por aquela empresa decorrerão com falhas. Já o princípio de continuidade é mais utilizado em comerciais, onde depois de certo tempo o leitor continua automaticamente com o complemento, por exemplo, “tomou doril a dor sumiu”. Ao citar o nome ou marca de uma empresa, automaticamente os clientes a associam aos conceitos formados.

Conhecer estas características externas gerais e as necessidades

individuais dos consumidores facilita a superação de expectativas.

De acordo com Albrecht (2002), qualidade total em serviços ocorre quando uma organização fornece qualidade e serviços superiores a seus clientes, proprietários e funcionários.

Existem distintos tipos de serviços, dentre eles os tangíveis e os intangíveis. Se o setor de produtos e serviços for considerado com um todo, percebe-se que o objeto de comercialização é uma combinação de tangível com intangível que varia de proporção. Os objetos finais desta comercialização podem ser vistos na figura, a seguir:

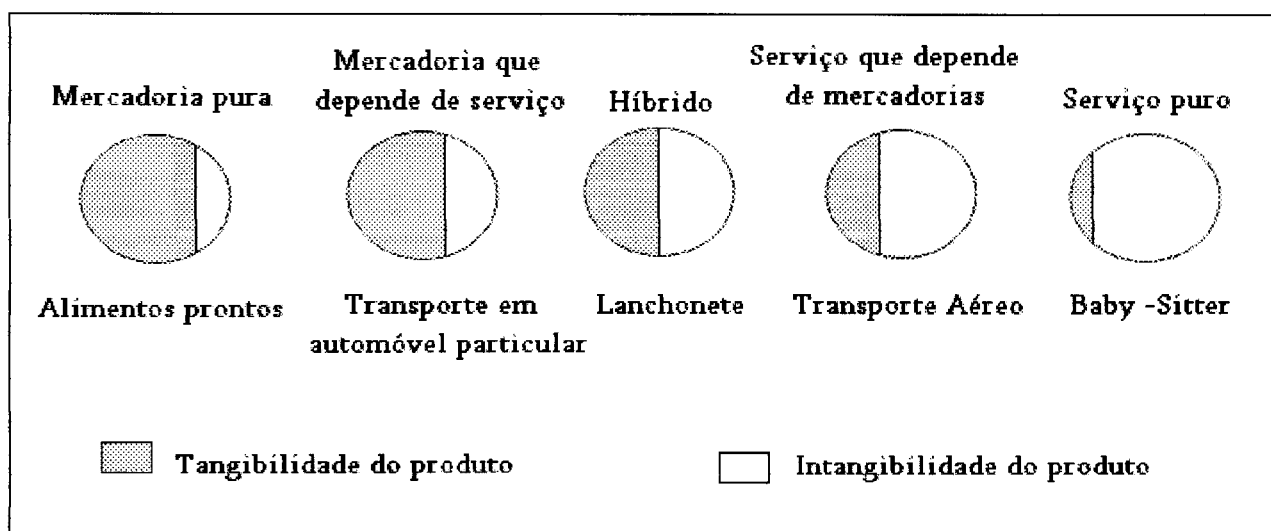


Figura 1.1- O aspecto mercadorias - serviços  
Fonte: Adaptado de Las Casas (1999).

A figura anterior mostra a importância da necessidade de um tratamento individualizado para os diversos níveis de serviços, independente do posicionamento na escala de serviço comercializado. Todos devem receber um tratamento mercadológico que considere as principais características dos serviços.

Os serviços possuem características como intangíveis, heterogêneos e simultâneos. Intangíveis porque são abstratos, simultâneos porque os serviços são prestados quando fornecedor e consumidor estão frente a frente e heterogêneos porque é impossível manter a qualidade do serviço constante, já que são produzidos por seres humanos que possuem natureza instável e conseqüentemente produziram

de forma também instável.

Para a empresa manter a prestação de serviços com qualidade é necessário que se padronizem os mesmos. Desta forma, a organização manterá uma imagem coerente.

### **2.3.1 Qualidade na Área de Saúde**

A qualidade pode ser entendida como um fator importante para satisfação do cliente ou do consumidor dos bens e serviços que lhe são oferecidos.

Do ponto de vista de Mezono (2001), a qualidade na área de saúde implica na explicitação e incorporação dos direitos fundamentais da pessoa humana que devem ser garantidos e preservados em sua integridade, sendo assim necessário que a organização reconheça a dignidade das pessoas, bem como o valor da vida e da saúde e que se comprometa a respeitá-los de forma absoluta. Para isso, a organização precisa liderar (ensinando, motivando e apoiando), criar padrões de qualidade e produtividade, treinar pessoal para atender e exceder os padrões de desempenho, criar equipes de melhoria para melhorar os sistemas e desenvolver um sentimento de compromisso e de propriedade pela ampla comunicação da missão, dos objetivos e das políticas da organização a todas as pessoas envolvidas.

A verdadeira qualidade é aquela que vem acompanhada dos valores e princípios que a organização se compromete respeitar.

Segundo Moller (2002), a filosofia da melhoria contínua da qualidade sensibilizou os serviços de saúde de muitos países que viram nela uma nova e oportuna saída para os crônicos problemas que os afetam.

De acordo com Mezono (2001), os serviços de saúde se vêem como organizações que utilizam recursos, que executam processos e que objetivam resultados, cuja finalidade é obter níveis de excelência nos procedimentos administrativos e clínicos e no atendimento das necessidades dos clientes, otimizar

o uso dos recursos, maximizar os benefícios aos pacientes, minimizar os riscos dos pacientes, garantir a máxima satisfação de todos os clientes internos e externos, reduzir os custos e eliminar o desperdício.

Podem ser citados como indicadores de qualidade dos serviços, a efetividade, a eficiência, a adequação, a aceitação, a continuidade, a acessibilidade, a segurança e a ética.

Quando se fala em qualidade é preciso ter sempre presente pelo menos três conceitos: missão, serviços (produtos) e satisfação do cliente. Não é possível satisfazer os clientes se os serviços não forem adequados às suas necessidades e se o atendimento deles não estiver previsto na própria definição da missão da instituição.

Segundo Moller (2002), os componentes da qualidade que são ligados diretamente à ciência e a tecnologia e à sua aplicação nas ações concretas são: a efetividade, a eficiência, a eficácia, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade.

De acordo com Mezono (2001), a efetividade indica o grau de obtenção da melhoria de saúde, ou seja, a relação existente entre a melhoria possível e a efetividade obtida. A eficiência é a habilidade em reduzir os custos dos serviços sem diminuir a efetividade deles. A eficácia é a obtenção da melhoria da saúde pela aplicação da ciência e da tecnologia nas condições mais favoráveis (controladas). A otimização é o equilíbrio entre a melhoria da saúde e seu custo. A aceitabilidade é a adequação dos serviços de saúde aos desejos e expectativas dos pacientes. A legitimidade é a conformidade dos serviços com as preferências sociais expressas nos princípios éticos, nos valores, nas normas, nas leis e nos costumes. A equidade é a conformidade com o princípio da justiça e da honestidade na distribuição dos serviços e dos benefícios da saúde entre os membros de uma população.

A existência e validade dos indicadores supõem uma administração capacitada, totalmente comprometida com o processo de mudança e de melhoria

contínua e composta de uma liderança que lhe dê condições de envolver todas as pessoas em torno desse objetivo.

Os serviços da saúde devem construir sua identidade, devem ser fiéis à sua missão e precisam ser excelentes em todos os pontos.

De acordo com Mezono (2001), a melhoria na qualidade nos serviços de saúde está sendo pressionada por forças internas e externas. Onde externamente, têm-se o governo, a concorrência, os usuários que querem qualidade de serviços e a necessidade da redução dos custos. Internamente, os próprios provedores de serviços e os administradores querem que a qualidade seja uma iniciativa deles e não apenas um resultado das pressões externas. Além disso, há necessidade de competir e de ampliar o mercado e de mostrar maior responsabilidade profissional. Paralelamente a estas forças de pressão, tem-se também o próprio aprofundamento no conhecimento das teorias e técnicas da melhoria da qualidade.

Nos atuais serviços de saúde, que contêm grandes componentes de humanidade e complexidade, embora a competência e o desempenho individual sejam importantes, os bons cuidados do paciente e os melhores resultados são vistos mais como “produto” das ações e interações de todas as pessoas envolvidas nos mesmos. O desempenho é assim o reflexo de uma grande variedade de sistemas e subsistemas que congregam as funções essenciais corretivas do dia-a-dia. Nestes sistemas podem ocorrer falhas humanas, mas as ações corretivas de melhor resultado são as que visam à melhoria dos sistemas.

É por isso que, embora a identificação e a solução de problemas isolados mereçam atenção, a melhoria da qualidade sabe que os resultados provêm do enfoque nas funções e processos importantes.

A melhoria da qualidade garante respeito ao profissional, compreensão dos objetivos das atividades que afetam a qualidade e sólidas ferramentas para avaliar e melhorar a qualidade dos serviços na saúde.

Segundo Covello (2008), na atualidade, assiste-se a um grande movimento mundial no interesse e motivação pela acreditação de instituições de saúde. A acreditação constitui-se no mais antigo e divulgado processo de avaliação externa de serviços que resulta na atribuição de um certificado de mérito. Este programa se firmou como um meio por excelência de monitorização da melhoria contínua, sendo que a sua crescente popularidade tem resultado na conscientização geral das questões da avaliação e melhoria da qualidade na área da saúde.

De acordo com Covello (2008), o termo acreditação significa dar ou estabelecer crédito, crer, ter como verdadeiro. Quando colocado na área da saúde, acreditação é tecnicamente conceituada como “um procedimento voluntário, periódico e reservado, da avaliação dos recursos institucionais, que tende a garantir a qualidade da assistência ao pacientes por meio de padrões previamente aceitos”. A acreditação, portanto, é um instrumento de medição da gestão da qualidade, de caráter externo, o qual confere ao comprador de serviços e aos clientes/pacientes a confiança de estabelecer negócio com uma instituição de saúde que apresenta concordância com padrões determinados de segurança e qualidade no atendimento ao paciente.

A qualidade da assistência à saúde está envolvida com a questão monetária, o que leva a elitizar o atendimento e, conseqüentemente, a qualidade da assistência, pois as instituições que têm um grande avanço tecnológico, profissionais qualificados, equipe multidisciplinar, multifuncional e equipamentos de última geração e medicamentos têm um custo maior para as empresas pagadoras e para os pacientes particulares, pois atualmente os indivíduos que não possuem plano de saúde decorrem da falta de condições de pagá-lo.

Perante essa realidade, o usuário sofre de falta de acesso à saúde qualificada, embora se tenha bons profissionais em instituições públicas, o número de profissionais não é suficiente para atender a todos, o que leva a queda da qualidade no atendimento, pois o mesmo profissional que em um hospital privado só atende um paciente e a cada meia hora, em estabelecimentos públicos o quantitativo aumenta em proporções assustadoras, principalmente se for em unidades de emergência.

Tanto instituições públicas como privadas devem fazer uma reanálise no sentido de se tornarem competitivas, pois não basta simplesmente acreditar que o cliente-paciente dará a preferência a um determinado hospital sem um motivo específico. A empresa deve primar pela qualidade do serviço e da equipe.

### **2.3.2 Qualidade no Atendimento**

Desde a abertura do mercado brasileiro à competição estrangeira, a partir de 1990, observam-se transformações na estratégia mercadológica das empresas nacionais. Segundo Maletzke (2008), isto vem acontecendo paralelamente à globalização das economias mundiais, demandando das empresas candidatas à sobrevivência, aumento de produtividade, redução de custos, padronização da qualidade dos produtos e preços mais baixos para o consumidor final. Porém, esse mercado global impõe um novo desafio às empresas: o desenvolvimento de uma vantagem competitiva sustentável, ou seja, algo que o cliente perceba como um diferencial entre o produto de uma empresa e o da concorrência. Segundo recentes pesquisas, o atendimento de qualidade ao cliente é o que determinará o crescimento das empresas na próxima década.

Atender o cliente com qualidade ou satisfazê-lo, é uma filosofia empresarial baseada na parceria. É fundamental compreender que atender o cliente com qualidade não se resume a tratá-lo bem, com cortesia. Mais do que isso, hoje significa acrescentar benefícios a produtos e serviços objetivando superar as expectativas dele. É necessário se estabelecer um canal de comunicação direto entre cliente e empresa, através do qual o primeiro é regularmente ouvido, com muita atenção e suas críticas e sugestões transformadas em especificações de melhores produtos e serviços.

De acordo Maletzke (2008), esta filosofia, que prioriza as necessidades e interesses do cliente, não os da própria empresa, leva ironicamente a um aumento do volume de negócios em função da fidelidade do cliente. Além disso, estudos demonstram que, para a maioria das pessoas, a qualidade do serviço é mais importante do que seu preço, concluindo-se que os consumidores estão dispostos a

pagar mais por serviços de qualidade.

Foi-se o tempo da prepotência empresarial porque o poder agora está nas mãos do cliente através do seu direito de escolha. Se uma empresa não procurar conhecer seu cliente para atender suas necessidades e expectativas, certamente haverá um concorrente que irá fazê-lo. As estatísticas indicam que mais de 90% dos clientes insatisfeitos com uma empresa nunca mais a procurarão e ainda comentarão sobre sua experiência negativa com 10 a 17 pessoas de seu relacionamento.

O cliente tem sido historicamente desrespeitado pelo mau atendimento dado por um grande número de empresas. Porém, alguns empresários atentos entenderam que havia aí uma oportunidade para diferenciar-se no mercado e ampliar seus negócios e lucros.

Segundo Maletzke (2008), devido a termos vivido muitos anos de regime autoritário, protecionismo de mercado, monopólios etc, muitas empresas foram levadas a uma atitude de prepotência perante o consumidor. Porém, com a globalização da economia e a integração da nossa economia ao mercado, da competitividade crescente e da comunicação na era da internet, o cliente começa a despertar para seu verdadeiro papel que é exercer o seu poder de escolha.

As empresas necessariamente terão que se adequar a essa nova era, ou seja, preocupar-se com a excelência da qualidade de seus serviços ou não sobreviverão no mercado. Os clientes, desta nova era, querem muito mais do que cortesia, querem serviços que agreguem valor, prestando ao consumidor serviços que, na sua percepção, atendam ou superem suas expectativas. Segundo recentes estudos, para a maior parte das pessoas, a qualidade de um serviço é pelo menos 8% mais importante do que seu preço. Sendo que o consumidor está disposto a pagar até 16% a mais por serviços de qualidade.

O bom atendimento da empresa levará à satisfação e à fidelidade do consumidor traduzindo-se em mais negócios para a empresa.

Do ponto de vista de Sloan (1996), o fator importantíssimo na qualidade do atendimento ao cliente é saber ouvi-lo. Estatísticas demonstram que cerca de 80% das inovações tecnológicas foram implantadas a partir de opiniões colhidas de clientes. Na empresa privada brasileira os sistemas de atendimento ao cliente operam através de SAC, como são conhecidos os serviços de atendimento ao cliente.

Sensíveis aos direitos, além da importância central que o cliente vem alcançando nos mercados atuais, algumas empresas de médio e grande porte no Brasil vêm implantando seus serviços de orientação e atendimento ao cliente visando atender às necessidades e expectativas daqueles que os mantêm. Entre outros resultados, observa-se a recuperação e retenção de clientes, maior eficácia das ações de marketing, maior credibilidade da empresa no mercado, fortalecimento da imagem institucional, criação de um diferencial competitivo e, principalmente, a concretização da missão empresarial.

Vivencia-se no dia-a-dia, inúmeras situações onde se exerce o papel de cliente e conseqüentemente, é atendido por algum profissional que naquele exato momento representa a empresa na qual trabalha. Ao passar, por exemplo, na padaria ao amanhecer ou ir no decorrer do dia a algum lugar de maior sofisticação e requinte, algo semelhante deveria ocorrer nos dois lugares, o atendimento feito com qualidade. Não importa o tamanho a segmentação, em todos os casos todo e qualquer cliente espera ser bem atendido.

Qualidade no atendimento é algo difícil de ser mensurada devido às exigências diferenciadas das pessoas, cultura, conhecimento entre tantos outros fatores.

Do ponto de vista de Maletzke (2008), um atendimento de qualidade possui características como boa vontade, paixão, prazer, alegria em servir, sorriso e conhecimento. Um bom serviço é questão de boa vontade, de demonstrar interesse em atender as necessidades do cliente. Ter paixão e prazer pelo que se realiza torna o trabalho mais alegre, saudável e, principalmente, para quem trabalha com pessoas é de fundamental importância.

As pessoas que realizam atendimento ao público devem ser desenvolvidas e capacitadas, além de ter obrigação de conhecer o produto ou serviço que irão vender. Enfim, ter a condição mínima de oferecer um bom serviço sem demonstrar a prática da robotização. Atendentes e vendedores devem gostar de pessoas, além de demonstrar interesse em solucionar problemas e, especialmente, ter paixão em servir.

A qualidade dos produtos que a empresa comercializa as facilidades que ela oferece, tanto em formas de pagamento quanto em serviços e, principalmente, o tratamento dado aos clientes por parte dos funcionários, fazem com que os clientes voltem a comprar naquela empresa.

Contudo, no mercado atual, os fatores preço e qualidade do produto deixaram de ser um diferencial para tornar-se uma obrigação e para que as empresas consigam sobreviver nesta nova era à qualidade no atendimento se tornou este diferencial.

Para Maletzke (2008), a qualidade significa satisfazer o consumidor atendendo todas as suas necessidades. Partindo deste princípio criaram-se novas terminologia para definir o grau de interação entre o cliente e a empresa, dentre elas pode-se destacar: -Satisfação: Suprir as necessidades do cliente. -Fidelização: Tornar o cliente fiel ao seu produto/marca. -Encantamento: Alcançar um alto grau de satisfação do cliente a chegar ao ponto de transformá-lo no maior meio disseminador de sua marca no mercado. Mesmo assim, alguns funcionários vêem o cliente como um adversário a ser abatido ou como um chato que deve ser “paparicado”. Essa postura ou pensamento nunca deve existir em uma empresa onde o principal parceiro é o cliente – esse é o princípio que deve reger todas as atitudes daqueles que prestam atendimento em uma empresa.

Para tanto, é imprescindível que o funcionário esteja sempre atento à entrada de um cliente na empresa e que, a partir daí, coloque em prática a abordagem adequada, buscando respeitar princípios básicos como atenciosidade, educação, postura, aparência, simpatia, empatia, saber ouvir, buscar resolução de

seus problemas, tratar-lo pelo nome, não interromper sua fala, rebater a idéia do cliente, não discrimina-lo, dentre outros. Portando, pode-se afirmar que a tendência do mercado futuro é que a concorrência fique cada vez mais acirrada e o cliente se tornar um fator escasso no mercado obrigando as empresas a lutar por aqueles que ainda restam buscando gerar cada vez mais benefícios aos clientes e valorizando o atendimento com qualidade.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Foi realizada uma pesquisa do tipo exploratória-descritiva.

A pesquisa exploratória é descrita como sendo,

Uma investigação de pesquisa empírica cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema, com tripla finalidade: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno, para a realização de uma pesquisa futura mais precisa ou modificar e clarificar conceitos (LAKATOS; MARCONI, 1991, p.188).

Segundo Barros; Lehfeld (1986), a pesquisa descritiva é aquela em que o pesquisador observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos, não havendo interferência do pesquisador, ou seja, o pesquisador não manipula o objeto de pesquisa, no entanto procura descobrir características específicas do objeto.

De acordo com Vergara (1998), a pesquisa descritiva aponta características de determinada população ou de determinado fenômeno, podendo também estabelecer ligação entre variáveis e definir sua natureza, não tendo o compromisso de explicar os fenômenos que descreve. Um exemplo deste tipo de pesquisa é a pesquisa de opinião.

Uma vez que a pesquisa foi desenvolvida no “Hospital Alfa”, torna-se pertinente conceitua – lá estudo de caso.

Segundo Santos (2001), o estudo de caso consiste em selecionar um objeto de pesquisa restrito, sendo este qualquer fato ou fenômeno individual, cujo objetivo é de aprofundar-lhe os aspectos característicos.

De acordo com Vergara (1998),

“O estudo de caso é circunscrito a uma ou poucas unidades, entendidas essas como uma pessoa, uma família, um produto, uma empresa, um órgão público, uma comunidade ou mesmo um país. Tem caráter de profundidade e detalhamento. Pode ou não ser realizado no campo”.

### 3.2 UNIVERSO E AMOSTRA

O universo da pesquisa foi composto por 1.050 pacientes, em média, que procuram o pronto-atendimento do “Hospital Alfa” no período de uma semana.

Entende-se por universo como sendo um conjunto de indivíduos ou corporações que estão inseridos em um meio compatível com o foco da pesquisa e que devem ser entrevistados para proporcionar análise de dados.

Do ponto de vista de Roesch (1999, p.138), “um universo é um grupo de pessoas ou empresas que interessa entrevistar para o propósito específico de um estudo”. Segundo Gil (1996, p.121), “o universo pode ser entendido como sendo uma pessoa, uma família, uma comunidade, um conjunto de relações ou processos (como conflitos no trabalho, segregação racial numa comunidade etc.) ou mesmo uma cultura”.

A amostra foi calculada com uma estimativa de erro de 8% e 95% de confiabilidade, totalizando 100 questionários aplicados junto aos pacientes do pronto-atendimento do “Hospital Alfa”, durante o prazo de 01/09/2008 à 31/10/2008.

Entende-se por amostra uma parcela representativa da população ou universo de uma pesquisa.

Segundo Gil (1996, p.97), “o universo de pesquisa de um determinado assunto possui muitos elementos envolvidos e por isso se torna inviável considerá-los em sua totalidade. Por essa razão, o mais freqüente é trabalhar com uma amostra, ou seja, com uma pequena parte dos elementos que compõem o universo”.

De acordo com Roesch (1999, p.138 -139), “...dependendo do tamanho da população, do tempo dos entrevistadores, custo da pesquisa, ou ainda capacidade de processamento dos dados, faz-se necessário extrair um parcela desta população para investigar, em vez de utilizar seu total, uma amostra constituindo-se um subconjunto da população que é representado nas principais áreas de interesse da pesquisa”.

### 3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados utilizado nesta pesquisa foi o questionário, sendo este composto por perguntas abertas e fechadas.

De acordo com Gil (1996), para se coletar dados em uma pesquisa é necessário utilizar as técnicas de interrogação, compostas por instrumentos como o questionário, a entrevista e o formulário. Estas técnicas de interrogação possibilitam a aquisição de dados a partir do ponto de vista dos pesquisados.

Portanto, o questionário pode ser entendido como sendo um conjunto de questões que são respondidas por escrito pelo pesquisado.

Segundo Roesch (1999), o questionário é um instrumento de coleta de dados que busca mensurar alguma coisa, frequentemente utilizado em pesquisas quantitativas de grande escala, quando se quer levantar a opinião política da população ou a prioridade do consumidor.

No entendimento de Vergara (1998), o questionário caracteriza-se por uma série de questões apresentadas ao respondente, por escrito. Este deve ser aberto, pouco ou não estruturado, ou fechado, estruturado.

No questionário aberto, as respostas livres são dadas pelos respondentes e no questionário fechado, o respondente faz escolhas, ou pondera, diante de alternativas apresentadas.

De acordo com Lakatos; Marconi (1991, p. 202), “a elaboração de um questionário requer a observância de normas precisas, a fim de aumentar sua eficácia e validade, é um processo longo e complexo que exige cuidado na seleção das questões”.

Do ponto de vista de Gil (1996), o questionário possui vantagens como rapidez e baixo custo de aquisição de informações, além de não exigir treinamento de pessoal e garantir o anonimato.

Para Lakatos; Marconi (1991), o questionário possui vantagens como economia de tempo, abrange maior número de pessoas ao mesmo tempo, envolve uma área geográfica maior, obtém respostas mais rápidas e mais precisa, há maior liberdade nas respostas, há mais segurança entre outras. O questionário também possui desvantagens como o grande número de perguntas sem respostas, não pode ser aplicado a pessoas analfabetas, a existência da possibilidade de dificuldade de compreensão das questões, a devolução tardia do mesmo, entre outras.

### 3.4 TRATAMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS

Depois da aplicação dos questionários, os dados coletados foram organizados em tabelas, com posterior confecção dos respectivos gráficos, utilizando-se dos softwares Microsoft Excel e Microsoft Word, sendo em seguida analisados individualmente.

## 4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

### 4.1 DADOS AVALIATIVOS

TABELA 01 – Distribuição dos entrevistados quanto ao tempo de frequência em relação ao pronto-atendimento do “Hospital Alfa”.

| Tempo de Frequência   | Números de entrevistados |                |
|-----------------------|--------------------------|----------------|
|                       | Absoluto                 | Percentual (%) |
| Primeira Vez          | 30                       | 30             |
| <b>Menos de 1 ano</b> | <b>34</b>                | <b>34</b>      |
| 1 ano a 2 anos        | 20                       | 20             |
| 2,1 a 3 anos          | 15                       | 15             |
| Acima de 3 anos       | 01                       | 01             |
| <b>TOTAL</b>          | <b>100</b>               | <b>100%</b>    |

Fonte: Pesquisa de campo, Outubro/2008.

Observa-se, na Tabela 01, que 34% dos entrevistados freqüentam o pronto-atendimento do “Hospital Alfa” há “menos de 1 ano”. Todavia, 30% dos informantes freqüentaram a referida unidade apenas uma vez. Por último, importa registrar que, 36% do total de entrevistados recorrem ao pronto atendimento há mais de um ano.

TABELA 02 – Distribuição dos entrevistados quanto à obtenção de respostas rápidas e fáceis com a equipe do pronto-atendimento.

| Obtenção de Respostas | Números de entrevistados |                |
|-----------------------|--------------------------|----------------|
|                       | Absoluto                 | Percentual (%) |
| <b>Sim</b>            | <b>99</b>                | <b>99</b>      |
| Não                   | 01                       | 01             |
| <b>TOTAL</b>          | <b>100</b>               | <b>100%</b>    |

Fonte: Pesquisa de campo, Outubro/2008.

Verifica-se, na Tabela 02, que 99% dos entrevistados obtém respostas rápidas e fáceis da equipe do pronto-atendimento. Tal fato aponta para a existência de um canal de comunicação aberto entre funcionários e clientes.

TABELA 03 – Distribuição dos entrevistados quanto à indisponibilidade de serviços do pronto-atendimento do “Hospital Alfa”.

| Indisponibilidade de Serviços | Números de entrevistados |                |
|-------------------------------|--------------------------|----------------|
|                               | Absoluto                 | Percentual (%) |
| Sim                           | 07                       | 07             |
| <b>Não</b>                    | <b>93</b>                | <b>93</b>      |
| <b>TOTAL</b>                  | <b>100</b>               | <b>100%</b>    |

Fonte: Pesquisa de campo, Outubro/2008.

Ressalta-se, na Tabela 03, que 93% dos informantes afirma não haver ausência dos serviços solicitados no pronto-atendimento do “Hospital Alfa”. Porém, 7% dos entrevistados afirma que há a ausência de alguns serviços solicitados, como nas áreas de cardiologia, neurologia e obstetria.

TABELA 04 – Distribuição dos entrevistados em relação à existência de falhas nos serviços oferecidos pelo pronto-atendimento do “Hospital Alfa”.

| Falha nos Serviços | Números de entrevistados |                |
|--------------------|--------------------------|----------------|
|                    | Absoluto                 | Percentual (%) |
| Sim                | 02                       | 02             |
| <b>Não</b>         | <b>98</b>                | <b>98</b>      |
| <b>TOTAL</b>       | <b>100</b>               | <b>100%</b>    |

Fonte: Pesquisa de campo, Outubro/2008.

Percebe-se, na Tabela 04, que 98% dos entrevistados afirma não haver falhas nos serviços prestados pelo pronto-atendimento. Tal fato aponta para a existência de uma linguagem padrão utilizada pela organização na comunicação com os clientes, o que leva a compreensão das necessidades dos clientes por partes dos colaboradores melhorando desta forma a execução dos serviços prestados.

TABELA 05 – Nível de satisfação em relação ao atendimento do pronto-atendimento.

| Nível de Satisfação     | Números de entrevistados |                |
|-------------------------|--------------------------|----------------|
|                         | Absoluto                 | Percentual (%) |
| <b>Muito satisfeito</b> | <b>71</b>                | <b>71</b>      |
| Satisfeito              | 28                       | 28             |
| Insatisfeito            | 01                       | 01             |
| Muito insatisfeito      | 0                        | 0              |
| <b>TOTAL</b>            | <b>100</b>               | <b>100%</b>    |

Fonte: Pesquisa de campo, Outubro/2008.

Percebe-se, na Tabela 05, que 71% dos informantes consideram-se estar muito satisfeitos com o atendimento prestado pelo pronto-atendimento do “Hospital Alfa”. Todavia, 28% dos entrevistados afirmam estar satisfeitos. Contudo, pode-se assegurar que as preferências e necessidade dos clientes estão sendo atendidas pelo pronto-atendimento do “Hospital Alfa”.

TABELA 06 – Distribuição dos entrevistados quanto ao principal motivo de escolha do pronto-atendimento.

| Motivo de Escolha         | Números de entrevistados |                |
|---------------------------|--------------------------|----------------|
|                           | Absoluto                 | Percentual (%) |
| Equipe Medica             | 12                       | 12             |
| Equipamentos              | 0                        | 0              |
| Localização               | 30                       | 30             |
| Disponibilidade de Exames | 00                       | 00             |
| Qualidade nos Serviços    | 21                       | 21             |
| Baixo Custo               | 00                       | 00             |
| Emergência                | 00                       | 00             |
| <b>Convênio</b>           | <b>37</b>                | <b>37</b>      |
| Outros                    | 00                       | 00             |
| <b>TOTAL</b>              | <b>100</b>               | <b>100%</b>    |

Fonte: Pesquisa de campo, Outubro/2008.

Nota-se, na Tabela 06, que 37% dos entrevistados optou por escolher o pronto-atendimento o “Hospital Alfa” devido ao convênio. Entretanto, 30% dos informantes optou por escolher o pronto atendimento devido à localização. Por último, importa registrar que 21% do total de entrevistados optou por escolher a unidade médica devido à qualidade dos serviços.

TABELA 07 – Distribuição dos entrevistados em relação aos pontos positivos do pronto-atendimento do “Hospital Alfa”.

| Pontos Positivos                | Números de entrevistados |                |
|---------------------------------|--------------------------|----------------|
|                                 | Absoluto                 | Percentual (%) |
| <b>Qualidade do Atendimento</b> | <b>71</b>                | <b>71</b>      |
| Tempo de atendimento            | 26                       | 26             |
| Equipe Médica                   | 02                       | 02             |
| Limpeza do ambiente             | 01                       | 01             |
| <b>TOTAL</b>                    | <b>100</b>               | <b>100%</b>    |

Fonte: Pesquisa de campo, Outubro/2008.

Percebe-se, na Tabela 07, que 71% dos entrevistados indica como ponto positivo do pronto-atendimento a qualidade do atendimento. Contudo, 26% dos informantes indica o tempo de atendimento como fator positivo.

TABELA 08 – Distribuição dos entrevistados em relação aos pontos negativos do pronto-atendimento do “Hospital Alfa”.

| Pontos Negativos                 | Números de entrevistados |                |
|----------------------------------|--------------------------|----------------|
|                                  | Absoluto                 | Percentual (%) |
| <b>Espaço Físico da Recepção</b> | <b>49</b>                | <b>49</b>      |
| Disponibilidade de Serviços      | 07                       | 07             |
| Higienização do Banheiro         | 37                       | 37             |
| Retorno das sugestões            | 07                       | 07             |
| <b>TOTAL</b>                     | <b>100</b>               | <b>100%</b>    |

Fonte: Pesquisa de campo, Outubro/2008

Verifica-se, na Tabela 08, que 49% dos entrevistados aponta como ponto negativo do pronto-atendimento o espaço físico da recepção, pois alegam ser pequeno. No entanto, 37% dos informantes apontam como ponto negativo a higienização do banheiro, bem como a disponibilidade de um banheiro para ambos os sexos.

TABELA 09 – Nível de classificação em relação aos serviços prestados pelo pronto-atendimento.

| Nível de Classificação | Números de entrevistados |                |
|------------------------|--------------------------|----------------|
|                        | Absoluto                 | Percentual (%) |
| <b>Ótimo</b>           | <b>84</b>                | <b>84</b>      |
| Bom                    | 15                       | 15             |
| Regular                | 01                       | 01             |
| Ruim                   | 0                        | 0              |
| Péssimo                | 0                        | 0              |
| <b>TOTAL</b>           | <b>100</b>               | <b>100%</b>    |

Fonte: Pesquisa de campo, Outubro/2008.

Percebe-se, na Tabela 09, que 84% dos entrevistados considera os serviços prestados pelo pronto-atendimento como ótimo. Todavia, 15% dos informantes classificam como bom.

TABELA 10 – Distribuição dos entrevistados quanto ao tempo médio de espera pelo atendimento.

| Tempo Médio de Espera   | Números de entrevistados |                |
|-------------------------|--------------------------|----------------|
|                         | Absoluto                 | Percentual (%) |
| <b>Menos de 15 min.</b> | <b>63</b>                | <b>63</b>      |
| De 15 a 25 min.         | 34                       | 34             |
| De 26 a 45 min.         | 03                       | 03             |
| De 46 a 60 min.         | 0                        | 0              |
| Acima de 61 min.        | 0                        | 0              |
| <b>TOTAL</b>            | <b>100</b>               | <b>100%</b>    |

Fonte: Pesquisa de campo, Outubro/2008.

Nota-se, na Tabela 10, que 63% dos entrevistados afirma que são atendidos em menos de quinze minutos. Contudo, 34% dos informantes afirmam que são atendidos entre 15 a 25 minutos. Tal fato aponta para a eficiência e o controle dos serviços prestados.

## 4.2 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

TABELA 11 – Distribuição dos entrevistados em relação ao sexo.

| Sexo            | Números de entrevistados |                |
|-----------------|--------------------------|----------------|
|                 | Absoluto                 | Percentual (%) |
| <b>Feminino</b> | <b>56</b>                | <b>56</b>      |
| Masculino       | 44                       | 44             |
| <b>TOTAL</b>    | <b>100</b>               | <b>100%</b>    |

Fonte: Pesquisa de campo, Outubro/2008.

Verifica-se, na Tabela 11, que 56% dos entrevistados são do sexo feminino. Enquanto que 44% pertencem ao sexo masculino.

TABELA 12 – Distribuição dos entrevistados em relação ao estado civil.

| Estado Civil        | Números de entrevistados |                |
|---------------------|--------------------------|----------------|
|                     | Absoluto                 | Percentual (%) |
| Solteiro            | 43                       | 43             |
| <b>Casado</b>       | <b>50</b>                | <b>50</b>      |
| Separado/Divorciado | 06                       | 06             |
| Viúvo               | 01                       | 01             |
| <b>TOTAL</b>        | <b>100</b>               | <b>100%</b>    |

Fonte: Pesquisa de campo, Outubro/2008.

Observa-se, na Tabela 12, que 50% dos informantes são casados. Todavia 43% dos entrevistados são solteiros e 6% afirmam ser separados/divorciados.

TABELA 13 – Distribuição dos entrevistados em relação à faixa etária.

| Faixa Etária           | Números de entrevistados |                |
|------------------------|--------------------------|----------------|
|                        | Absoluto                 | Percentual (%) |
| De 18 a 25 anos        | 03                       | 03             |
| De 26 a 35 anos        | 13                       | 13             |
| <b>De 36 a 45 anos</b> | <b>42</b>                | <b>42</b>      |
| De 46 a 55 anos        | 24                       | 24             |
| De 56 a 65 anos        | 18                       | 18             |
| Acima de 65 anos       | 0                        | 0              |
| <b>TOTAL</b>           | <b>100</b>               | <b>100%</b>    |

Fonte: Pesquisa de campo, Outubro/2008.

Nota-se, na Tabela 13, que 42% dos entrevistados possui de 36 a 45 anos. Todavia, 24% dos informantes possui de 46 a 55 anos e 18% possuem de 56 a 65 anos.

TABELA 14 – Distribuição dos entrevistados em relação ao grau de instrução.

| Grau de Instrução      | Números de entrevistados |                |
|------------------------|--------------------------|----------------|
|                        | Absoluto                 | Percentual (%) |
| Fundamental Incompleto | 0                        | 0              |
| Fundamental Completo   | 01                       | 01             |
| Médio Incompleto       | 31                       | 31             |
| <b>Médio Completo</b>  | <b>41</b>                | <b>41</b>      |
| Superior Incompleto    | 25                       | 25             |
| Superior Completo      | 0                        | 0              |
| Pós-graduação          | 02                       | 02             |
| <b>TOTAL</b>           | <b>100</b>               | <b>100%</b>    |

Fonte: Pesquisa de campo, Outubro/2008.

Percebe-se, na Tabela 14, que 41% dos entrevistados possui grau de instrução médio completo. No entanto, 31% dos informantes possui grau de instrução médio incompleto. Por último, 25% dos entrevistados possui grau de instrução superior incompleto.

TABELA 15 – Distribuição dos entrevistados em relação à renda mensal familiar.

| Renda Mensal Familiar | Números de entrevistados |                |
|-----------------------|--------------------------|----------------|
|                       | Absoluto                 | Percentual (%) |
| Menor de 3 S.M        | 0                        | 0              |
| <b>De 4 a 5 S.M</b>   | <b>42</b>                | <b>42</b>      |
| De 6 a 7 S.M          | 24                       | 24             |
| De 8 a 9 S.M          | 04                       | 04             |
| De 10 a 11 S.M        | 0                        | 0              |
| Acima de 12 S.M       | 0                        | 0              |
| <b>TOTAL</b>          | <b>100</b>               | <b>100%</b>    |

Fonte: Pesquisa de campo, Outubro/2008.

Verifica-se na tabela 15, que 42% dos entrevistados possui renda familiar mensal entre 4 a 5 salários mínimos. No entanto, 24% dos informantes possui renda familiar mensal entre 6 e 7 salários mínimos.

## 5 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Conclui-se, inicialmente, em relação aos dados avaliativos, que a maior parte dos entrevistados freqüentou o pronto-atendimento do “Hospital Alfa” uma única vez. Em segundo lugar, ressalta-se que significativa maioria dos informantes obteve respostas rápidas e fáceis da equipe do pronto-atendimento. Tal fato aponta para a existência de um canal de comunicação aberto entre funcionários e clientes. Em terceiro lugar, importa registrar que a maior parcela dos entrevistados afirmou não haver indisponibilidade de serviços prestados pela organização. Em quarto lugar, ressalta-se que a maioria dos informantes assegura não haver falhas nos serviços prestados pela unidade, uma vez que a organização utiliza uma linguagem padrão na comunicação com o cliente. Em quinto lugar, ressalta-se que significativa maioria dos informantes está muito satisfeita com o atendimento do pronto-atendimento. Em sexto lugar, importa registrar que a maior parcela dos entrevistados informou que o principal motivo que os levaram a optar pelos serviços desta organização foi o convênio. Em sétimo lugar, ressalva-se que significativa maioria dos informantes indicou como ponto positivo a qualidade no atendimento. Em oitavo lugar, ressalta-se que a maior parcela dos entrevistados indicou como ponto negativo o tamanho do espaço físico da recepção. Em nono lugar, importa registrar que a grande parcela de entrevistados classificou como ótimo os serviços prestados pelo pronto-atendimento. Por último, ressalta-se que a maioria dos informantes afirmou esperar menos de 15 minutos para serem atendidos.

Por sua vez, conclui-se, em relação ao perfil dos entrevistados, que a maior parcela é do sexo feminino. No que diz respeito ao estado civil predominam pessoas casadas. Em relação à faixa etária, a maior parcela dos informantes possui entre 36 e 45 anos. No que diz respeito ao grau de instrução, prevalecem às pessoas que concluíram o ensino médio. Em relação à renda familiar mensal, a maioria dos entrevistados possui renda de 4 a 5 salários mínimos.

Recomenda-se, inicialmente, que a direção do “Hospital Alfa” amplie o espaço físico da recepção do pronto atendimento, com o objetivo de torná-lo mais agradável e melhor sinalizado para evitar interpretações equivocadas por parte dos usuários. Em segundo lugar, sugere-se que providências sejam tomadas no sentido

de individualizar o banheiro da recepção do pronto-atendimento, pois os usuários não se sentem bem em compartilhá-lo. Em terceiro lugar, recomenda-se a ampliação do atendimento de urgência a outras áreas especializadas como, por exemplo, neurologia. Por último, sugere-se a apresentação de “feedback” sobre as sugestões propostas pelos clientes na caixa de sugestões do pronto atendimento.

## REFERÊNCIAS

ALBRECHT, Karl. **Revolução nos serviços**: como as empresas podem revolucionar a maneira de tratar os seus clientes. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

ALGARTE, Waldir; QUINTANDILHA, Delma. **A história da qualidade e o panorama brasileiro da qualidade e produtividade**. Rio de Janeiro: INMETRO/SENAI, 2000.

BARROS, Aidil Jesus Paes de; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. **Fundamentos de metodologia**: um guia para a iniciação científica. São Paulo: McGraw-Hill, 1986.

COVELLO, Rubens José. Acreditação no Setor da Saúde. **Banas Qualidade**. São Paulo, v.17 , n. 194, p.47-48, jul. 2008.

DAMAZIO, Alex. **Administração pela gestão da qualidade total**. Rio de Janeiro: Interciência, 1998.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

GREEN, Cynthia. **Os caminhos da qualidade**. São Paulo: Makron Books, 1995.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LAS CASAS, Alexandre Luzzi. **Qualidade total em serviços**: conceitos, exercícios, casos práticos. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MALETZKE, Ricardo Cipriani. Qualidade no atendimento: expectativa versus realidade. **Profissionais e Negócios**. São Paulo, v.1 , n.6, p.7, maio 2008.

MARSHALL JUNIOR, Isnard; et al. **Gestão da qualidade**. 7. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

MEZOMO, João Catarin. **Gestão da qualidade na saúde**: princípios básicos. São Paulo: Manole, 2001.

MOLLER, Claus. **O lado humano da qualidade:** maximizando a qualidade de produtos e serviços através do desenvolvimento das pessoas. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

PALADINI, Edson Pacheco. **Gestão da qualidade:** teoria e prática. São Paulo: Atlas, 2000.

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. **Projeto de estágios e de pesquisa em administração:** guias para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudo de caso. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTOS, Antonio Raimundo dos. **Metodologia científica:** a construção do conhecimento. 4. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

SLOAN, M.Daniel. **A revolução da qualidade na saúde.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 1996.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração.** São Paulo: Atlas, 1998.

WHITELEY, Richard C. **A empresa totalmente voltada para o cliente:** do planejamento à ação. Rio de Janeiro Campus, 1992.

## APÊNDICE

## APÊNDICE A: Questionário

## I – Dados Avaliativos

- 1) Há quanto tempo você frequenta o pronto-atendimento do "Hospital Alfa"?  
( ) 1ª Vez ( ) Menos de 1 ano ( ) 1 a 2 anos ( ) 2,1 a 3 anos ( ) Acima de 3 anos
- 2) Você consegue obter respostas rápidas e fáceis com a equipe do pronto-atendimento quando surge alguma dúvida com relação ao atendimento? ( ) sim ( ) não
- 3) O pronto-atendimento do "Hospital Alfa" alguma vez deixou de oferecer ou não disponibilizou algum serviço que você necessitou? ( ) não ( ) sim, Qual? \_\_\_\_\_
- 4) Em algum atendimento já houve falha nos serviços: ( ) sim ( ) não
- 5) Se respondeu "SIM" na pergunta anterior em qual serviço ocorreu falha?  
( ) Equipe médica ( ) Equipamentos ( ) Medicamentos ( ) Cômodos  
( ) Limpeza ( ) Equipe da Cozinha ( ) Assistente social  
( ) Outros \_\_\_\_\_
- 6) Qual o seu grau de satisfação como o pronto-atendimento do "Hospital Alfa"?  
( ) Muito satisfeito ( ) Satisfeito ( ) Insatisfeito ( ) Muito insatisfeito
- 7) Qual o principal motivo que levou você a escolher o pronto-atendimento do "Hospital Alfa"?  
( ) Equipe médica ( ) Equipamentos ( ) Localização ( ) Emergência  
( ) Baixo custo de serviços ( ) Convênio ( ) Disponibilidade de exames  
( ) Qualidade nos serviços oferecidos ( ) Outros \_\_\_\_\_
- 8) Em sua opinião, Quais os pontos positivos do atendimento no pronto-atendimento do "Hospital Alfa"? \_\_\_\_\_
- 9) Em sua opinião, Quais os pontos negativos do atendimento no pronto-atendimento do "Hospital Alfa"? \_\_\_\_\_
- 10) Como você classifica os serviços prestados pelo pronto-atendimento do "Hospital Alfa":  
( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo
- 11) Quanto tempo, em média, você espera para ser atendido no pronto-atendimento do "Hospital Alfa"?  
( ) Menos de 15 min. ( ) 15 a 25 min. ( ) 25 a 45 min. ( ) 45 a 60 min. ( ) Acima de 60 min.

## II – Perfil do entrevistado

- 12) Sexo? ( ) Feminino ( ) Masculino
- 13) Estado Civil ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado/Separado ( ) Viúvo
- 14) Faixa etária?  
( ) De 18 anos à 25 anos ( ) De 36 anos à 45 anos ( ) De 56 anos à 65 anos  
( ) De 26 anos à 35 anos ( ) De 46 anos à 55 anos ( ) Acima de 65 anos
- 15) Grau de Instrução?  
( ) Fundamental Incompleto ( ) Fundamental Completo ( ) Médio incompleto  
( ) Médio completo ( ) Superior incompleto ( ) Superior completo  
( ) Pós-graduação
- 16) Renda mensal familiar (em salários mínimos)?  
( ) Menor que 3 S.M. ( ) De 3 a 5 S.M. ( ) De 5 a 7 S.M.  
( ) De 7 a 9 S.M. ( ) De 9 a 11 S.M. ( ) Acima de 11 S.M.