

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENGENHARIA
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM ENGENHARIA**

**ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL HOSPITALAR: UM ESTUDO
DA SATISFAÇÃO DOS CLIENTES DA SANTA CASA DE
PORTO ALEGRE**

ALICE ANTONIA PFAFFENZELLER

Porto Alegre, 2003

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENGENHARIA
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM ENGENHARIA**

**ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL HOSPITALAR: UM ESTUDO DA SATISFAÇÃO
DOS CLIENTES DA SANTA CASA DE PORTO ALEGRE**

Alice Antonia Pfaffenzeller

Orientadora: Professora Dra. Carla ten Caten

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Paulo Pinto Barcellos

Prof. Dr. José Luis Duarte Ribeiro

Prof. Dr. Nut Denise Ziegler

**Trabalho de Conclusão do Curso de Mestrado Profissionalizante em Engenharia como
requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Engenharia – modalidade
Profissionalizante – Ênfase em Gerencia de Serviços**

Porto Alegre, 2003

Este Trabalho de Conclusão foi analisado e julgado adequado para a obtenção do título de mestre em ENGENHARIA e aprovado em sua forma final pelo Orientador e pelo Coordenador do Mestrado Profissionalizante em Engenharia, Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profª. Carla ten Caten

Orientador

Escola de Engenharia

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profª Helena Beatriz Bettela Cybis

Coordenadora

Mestrado Profissionalizante em Engenharia

Escola de Engenharia

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Paulo Pinto Barcellos

PPGEP/UFRGS

Prof. José Luis Duarte Ribeiro

PPGEP/UFRGS

Prof. Nut Denise Ziegler

UNISINOS

Mensagem especial

*Se nunca abandonas
o que é importante para ti,
se te importas tanto
a ponto de estares disposto a lutar
para obtê-lo, asseguro-te que tua vida
estará plena de êxito.
Será uma vida dura,
porque a excelência não é fácil;
mas valerá a pena.*

(Richard Bach: Mensagens para sempre)

AGRADECIMENTOS

Ao tempo em que registro a grande satisfação e contentamento pessoal por haver logrado êxito na difícil missão de concluir o “Mestrado Profissionalizante em Engenharia”, julgo-me no indeclinável e prazeroso dever de tornar público o reconhecimento e gratidão àquelas Instituições e pessoas que contribuíram de maneira decisiva para a consecução deste trabalho.

Claudio Pfaffenzeller, meu marido, pelo incentivo, compreensão e acompanhamento em todos os momentos.

Bruno e Armelinda (in memorian), meus amados pais, pelos valores morais e éticos que me transmitiram.

Sr. Olimpio Dalmagro, Diretor Geral e Administrativo, e Dr. Jaques Bacaltchuk, Diretor Médico da ISCMPA, pelo acolhimento, autorização, estímulo e incentivo técnico no desenvolvimento do estudo.

Coordenação, Professores e Funcionários do Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção – PPGE, da UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, pela oportunidade do meu aperfeiçoamento profissional.

Dra. Carla ten Caten, pela orientação segura e exitosa na estruturação do estudo e construção da pesquisa.

Cassia Eliana Basei Rossa, pela presteza e dedicação na coleta de dados.

Alan Birck, pela disponibilidade e competência no tratamento estatístico dos dados.

Taís de Kassi Flores e Taís Luz, pelo empenho incansável e valiosa colaboração na formatação da dissertação.

Denise Zaffari e Kátia Groth, pela disponibilidade e colaboração constantes.

Aos colegas e amigos que me incentivaram na realização do curso.

ÍNDICE

LISTA DE FIGURAS	10
LISTAS DE QUADROS	11
LISTA DE TABELAS	12
RESUMO	14
ABSTRACT	15
1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	16
1.1 Introdução	16
1.2 Tema e Objetivos	17
1.2.1 Tema	17
1.2.2 Objetivo Geral.....	18
1.2.3 Objetivos Específicos.....	18
1.3 Contexto do Problema e Justificativa do Estudo	18
1.4 Método	21
1.5 Limitações do Estudo.....	23
1.6 Estrutura do Trabalho	23
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	25
2.1 A Era da Qualidade e Excelência dos Serviços	26
2.1.1 A Qualificação dos Serviços	26
2.1.2 O Gerenciamento dos Serviços	28

2.1.3 O Cliente e os Serviços	29
2.1.3.1 Expectativas	29
2.1.3.2 Satisfação	34
2.1.3.3 Medidas de satisfação de clientes	36
2.1.4 Pesquisa de Satisfação de Clientes	38
2.2 Os Serviços Hospitalares, Desafios e Competências	40
2.2.1 Assistência à Saúde	40
2.2.2 Administração dos Serviços	42
2.2.3 Expectativas dos Clientes de Serviços Hospitalares	44
2.2.4 Indicadores de Satisfação dos Clientes	45
2.2.5 O Processo de Qualidade como Fator de Melhoria na Prestação de Serviços Hospitalares	46
2.3 O Suporte Nutricional nas Instituições Hospitalares	51
2.3.1 A Importância da Nutrição para a Saúde do Paciente	51
2.3.2 Serviço de Nutrição e Dietética.....	53
2.3.3 Estrutura Organizacional do Serviço de Nutrição e Dietética.....	55
2.3.4 Competências do Serviço de Nutrição e Dietética	56
2.3.5 Estratégias de Atendimento ao Cliente	59
2.3.6 Avaliação da Qualidade do Serviço	60
3 PESQUISA DE SATISFAÇÃO.....	63
3.1 Etapas da Pesquisa De Marketing.....	63
3.1.1 Definição do Problema e Objetivos da Pesquisa.....	65
3.1.2 Desenvolvimento do Projeto de Pesquisa	66
3.1.2.1 Fontes de Dados	66
3.1.2.2 Abordagem da Pesquisa	67
3.1.2.3 Instrumento de Pesquisa.....	71
3.1.2.4 Plano de Amostragem	72
3.1.2.5 Métodos de Contato	73
3.1.3 Coleta das Informações	74
3.1.4 Análise das Informações	74
3.1.5 Apresentação dos Resultados.....	75
3.1.6 Plano de Intervenção – (Plano de Ação).....	75

4 ESTUDO DA SATISFAÇÃO DE CLIENTES DA ISCMPA – APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E RESULTADOS	78
4.1 Definição do Problema e Objetivos da Pesquisa	78
4.2 Desenvolvimento da Pesquisa	81
4.2.1 Fontes de Dados	81
4.2.2 Abordagem da Pesquisa	81
4.2.3. Instrumento de Pesquisa.....	81
4.2.4 Amostragem	83
4.2.5 Método de Contato	84
4.3 Coleta de Informações	84
4.3.1 Pré-teste.....	84
4.3.2 Aplicação do Instrumento	85
4.4 Análise das Informações	86
4.5 Apresentação dos Resultados.....	86
4.5.1 Características Gerais dos Respondentes Clientes	86
4.5.2 Nível de Satisfação para Constructos	91
4.5.3 Grau de Importância para Constructos Novos.....	97
4.6 Plano de Intervenção para a Divisão de Nutrição e Dietética (DND).....	102
4.6.1 Plano de Intervenção (Plano de Ação)	107
5 COMENTÁRIOS FINAIS	110
5.1 Conclusão.....	110
5.2 Sugestões para Futuros Trabalhos	114
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116
ANEXOS	122

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Qualidade em Serviços.....	31
Figura 2	Expectativas do Cliente em Relação a Apresentação de Serviços	33
Figura 3	Organograma da Divisão de Nutrição e Dietética.....	55
Figura 4	Processo de Pesquisa de Marketing	64
Figura 5	Grau de Satisfação dos Clientes em Relação a Hospitalizações	79
Figura 6	Grau de satisfação dos Clientes em Relação a Divisão de Nutrição e Dietética	80
Figura 7	Imagem da Instituição Hospitalar	100
Figura 8	Posição da ISCMPA Frente à Comunidade	100
Figura 9	Fatores que Levariam à Troca de Instituição Hospitalar.....	101
Figura 10	Análise de Causas e Efeitos e Plano de Ação para Metas não Atingidas	103
Figura 11	Procedimento Operacional Padrão.....	109

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Processo de Pesquisa de Marketing	64
Quadro 2	Tipos de Amostras Probabilísticas e Não-Probabilísticas	73
Quadro 3	Características dos Métodos de Contato	73
Quadro 4	Indicadores Hospitalares 2001	83
Quadro 5	Mapeamento dos Respondentes Pesquisados	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Locais de Aplicação das Pesquisas	87
Tabela 2	Características Gerais dos Respondentes/ Clientes.....	87
Tabela 3	Dados de Internação dos Pacientes	88
Tabela 4	Distribuição dos Pacientes por Faixa Etária	88
Tabela 5	Indicação do Hospital	89
Tabela 6	Diagnóstico do Pacientes	89
Tabela 7	Dietas Utilizadas pelos Pacientes	90
Tabela 8	Sentimento Manifesto por Tipo de Respondentes	91
Tabela 9	Grau de Satisfação Geral por Sentimento Manifesto (referido a DND) pelos Respondentes.....	91
Tabela 10	Grau de Satisfação dos Respondentes para Cada Constructo	92
Tabela 11	Grau de Satisfação Atribuído por Tipo de Respondente para Cada Constructo.....	92
Tabela 12	Grau de Satisfação Atribuído por Categoria de Internação para Cada Constructo	93
Tabela 13	Grau de satisfação atribuído pelos pacientes, nas Internações, para Cada Constructo	93
Tabela 14	Variáveis dos Constructos com Média Menor que 9,5	94
Tabela 15	Grau de Satisfação Atribuído ao Constructo “Refeição” Relacionado com a Unidade de Produção de Alimentos	95
Tabela 16	Grau de Satisfação Atribuído para Dietas Especiais	95

Tabela 17	Variáveis Avaliadas para os Constructos Higiene do Material de Copa e Horário de Refeições	96
Tabela 18	Variáveis Avaliadas para os Constructos Comportamento e Atuação de Funcionários, Contato Inicial com a Equipe de Nutrição e Comunicação com a Equipe de Nutrição por Telefone	97
Tabela 19	Grau de Importância Atribuído pelos Respondentes aos Constructos.....	98
Tabela 20	Grau de Importância Atribuído para Cada Constructo por Tipo de Respondente	98
Tabela 21	Grau de Importância Atribuído para Cada Constructo Relacionado à Frequência de Internação pelo Paciente	99
Tabela 22	Grau de Importância Atribuído às Variáveis do Constructo “Serviço de Alimentação para Acompanhantes”	99
Tabela 23	Grau de Importância Atribuído às Variáveis do Constructo “Histórico do Paciente” (Anamnese Nutricional)	100

RESUMO

Esta dissertação apresenta um estudo que analisa o grau de satisfação de clientes, pacientes e acompanhantes, acerca da assistência nutricional hospitalar da ISCMPA, que utiliza o índice de satisfação de clientes como indicador de desempenho, demonstrando a preocupação em elevar a qualidade do serviço a níveis de excelência. Foi aplicado um questionário, realizando entrevista pessoal com 215 clientes, resultando num estudo descritivo, de corte transversal, de perfil qualitativo e quantitativo. A análise de resultados foi apresentada em três blocos: características dos envolvidos na investigação, nível de satisfação e grau de importância por constructos. Aspectos como percepção dos clientes da imagem da Instituição, posição frente à comunidade, fatores que os levariam a trocar de Hospital e os sentimentos expressos pelos respondentes na ocasião da pesquisa, também foram abordados. O índice de 95 % de satisfação dos clientes, meta da Instituição, foi atingido em quatro dos seis constructos avaliados: *Comportamento e Atuação de Funcionários*, *Comunicação com a Equipe por Telefone*, *Contato Inicial com a Equipe de Nutrição e Higiene de Material da Copa*. Os constructos que não alcançaram a meta foram *Refeições* e *Adequação de Material*. O conhecimento do grau de satisfação dos clientes permitiu estabelecer um plano de intervenção, definindo ações corretivas e de melhorias para constructos que não alcançaram a meta e para pontos críticos identificados.

Palavras-chave:

Hospital- assistência nutricional – qualidade em serviços – satisfação de clientes.

ABSTRACT

This dissertation presents a study analyzing the degree of satisfaction of customers, patients and people accompanying them to the hospital, with the nutritional care given by the hospital, ISCMPA, using the customer satisfaction index as an indicator of performance, concerning itself with raising the quality of service to levels of excellence. A questionnaire was applied, performing a personal interview with 215 customers, leading to a descriptive, cross-sectional study, with a qualitative and quantitative profile. The analysis of results was presented in three blocks: characteristics of those involved in the investigation, level of satisfaction and degree of importance by constructs. Other aspects discussed in the study were customer's perception of the image of the institution and position within the community, factors that would lead them to change hospitals and feelings expressed by the respondents at the time of the research. The 95% customer satisfaction index, which is the Institution's goal, was achieved in four of the six constructs assessed: *Employee Behavior and Performance*, *Telephone Communication with the Team*, *Initial Contact with the Nutrition Team* and *Hygiene of Pantry Materials*. The constructs that did not achieve the goal were *Meals* and *Adequacy of Material*. Corrective actions and improvements are suggested for constructs that did not meet the goal and for critical points identified.

Key words:

Hospital – nutritional care – quality of services – customer satisfaction

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Introdução

Em franco crescimento no Brasil, o setor de serviços é uma importante alternativa para o desenvolvimento econômico e social do país. Sua sistematização e qualificação são fundamentais diante da abertura de mercado e do acirramento da competitividade no mercado internacional, fatores que favorecem a ampliação do poder de escolha dos consumidores. Complacência na administração dos serviços, descuido com a qualidade, negligência com as necessidades dos clientes e atenção voltada somente para a orientação financeira a curto prazo são fatores que contribuem para comprometer o setor de serviços na economia (FITZSIMMONS E FITZSIMMONS 2000)

Surge, assim, o interesse pelo estudo das necessidades e expectativas dos clientes. Um dos indicadores de desempenho atualmente utilizado nas empresas é o Índice de Satisfação de Clientes. Este fator, utilizado simultaneamente para análise e avaliação do efetivo desempenho econômico e financeiro, tem provocado o aporte de elevados recursos nas organizações.

Analisando o contexto nacional, Rossi e Slongo (1998) citam como benefícios proporcionados pela pesquisa de satisfação de clientes: percepção mais positiva dos clientes em relação à empresa; informações precisas e atualizadas quanto às necessidades dos clientes; relações de lealdade com os clientes, baseadas em ações corretivas e confiança desenvolvida em função de maior aproximação com o cliente.

Cardozo (1965) já enfatizava que o conhecimento dos fatores que afetam a satisfação do cliente, é essencial para qualquer instituição. Conhecer seus desejos deve gerar planos de ação baseados nas suas sugestões. Quanto mais as empresas conhecerem seus clientes e suas necessidades, sejam elas de que área forem, mais fácil será atendê-las.

Kotler (1998) contribui afirmando que, diante da mutabilidade de mercados e clientes, as empresas correm o risco de perder sua competitividade ao fixarem em si mesmas, e não nos clientes, os objetivos a alcançar. Argumenta Kotler que a compreensão das necessidades específicas dos clientes permite às empresas criar ofertas de produtos ou programas sob medida para grupos de clientes.

Na saúde não se age em função de um produto final porque ele é variável e em algumas vezes imprevisível. Por isto, a determinação do nível de Qualidade dos serviços de saúde e, dos serviços médicos exigem atenção e critérios especiais e específicos (REBELO 1996).

Mirshawka (1994), abordando a satisfação do paciente em hospitais, considera de suma importância a observação de fatores como: acessibilidade e responsividade; eliminação do atraso na ação; expectativas realísticas; comunicação; profissionalismo e continuidade da prestação do serviço de saúde.

1.2 Tema e Objetivos

1.2.1 Tema

O presente trabalho tem como enfoque a assistência nutricional, de responsabilidade da Divisão de Nutrição e Dietética (DND), e a satisfação dos clientes, na Santa Casa de Porto Alegre (ISCOMPA). A assistência consiste na avaliação do estado nutricional e determinação do seu diagnóstico, na prescrição da dieta, indicando produto e/ou padrão alimentar e via de administração dos alimentos, no planejamento e adaptação da dieta, no registro da conduta dietoterápica, na monitorização da resposta ao tratamento instituído e na orientação nutricional na alta hospitalar.

1.2.2 Objetivo Geral

O objetivo geral deste trabalho é analisar o grau de satisfação dos clientes, pacientes e acompanhantes, acerca da assistência nutricional prestada pela Divisão de Nutrição e Dietética (DND), em unidades de internação privativas e semi privativas, da ISCMPA, para subsidiar um plano de intervenção.

1.2.3 Objetivos Específicos

Entre os objetivos específicos deste trabalho, podem ser citados:

- Mensurar a importância dos serviços da DND em relação a dois novos serviços: histórico do paciente e alimentação para acompanhantes;
- Relacionar o grau de satisfação com o sentimento manifesto pelo cliente no momento da entrevista;
- Relacionar o grau de satisfação das refeições servidas com as unidades de produção de alimentação;
- Comparar as informações obtidas na pesquisa de satisfação com a meta institucional;
- Elaborar plano de intervenção para as variáveis com desempenho inferior à meta institucional.

1.3 Contexto do Problema e Justificativa do Estudo

A Qualidade Total como política institucional, estabelecida em 1992 na ISCMPA, está alicerçada no desenvolvimento da qualificação e ampliação da assistência médico-hospitalar. Para a expansão dos atendimentos de pacientes de convênios e particulares, identificada como alternativa de sobrevivência e crescimento da instituição para os próximos anos, foram utilizados o Programa de Qualidade, o Plano de Investimentos 1993/1996, e um conjunto de ações de *marketing*. A visão de futuro da Santa Casa – 200 anos, completos em outubro de 2003, estabelece até 2005 o propósito de tornar-se uma *Organização Hospitalar líder, moderna, competitiva, com excelência de serviços no cumprimento de sua missão*. Entretanto é importante salientar que, a par destas ações sistemáticas mais recentes, a estrutura orgânica e funcional de instituição está consolidada desde 1988, com a

normalização de procedimentos tanto em áreas administrativas e de apoio, como também nas áreas técnicas e operacionais.

A *gestão da satisfação os clientes* é uma das estratégias-chave do Gerenciamento pelas Diretrizes da Instituição. A avaliação da satisfação, da insatisfação e da fidelidade dos clientes é realizada através de pesquisas, tanto nos segmentos de internações como de consultas e serviços de diagnóstico/tratamento de pacientes, sistematicamente.

Na proposta de qualidade, a identificação do serviço e do cliente é de vital importância, uma vez que permite conhecer as características de qualidade que traduzem as necessidades do cliente e que devem ser consideradas no serviço prestado. Por isso é que se considera a filosofia da Qualidade Total como relevante para as instituições que desejam aprimorar e/ou perseguir um serviço de “qualidade” para melhor atender seus clientes (BARBOSA *et al.*, 1994).

Deming, citado por Barbulho (2001), ao referir-se à qualidade dos serviços, salienta que a maioria das empresas que prestam serviços dão maior importância ao custo, outras ao desempenho e custos e desconsideram a qualidade do atendimento. Possivelmente, isso ocorra por acreditarem na visão mecanicista e, assim, não priorizam as percepções do ser humano, que é um dos componentes indispensáveis e atuante nesse processo. Para ele é primordial uma equipe de boa qualidade e harmoniosa quanto ao relacionamento, pois somente desta maneira é possível obter-se a maximização da excelência do serviço produzido.

Se tivermos nossa equipe de prestadores de serviço de qualquer área devidamente preparada, tanto técnica como pessoalmente motivada e atuando com paixão, poderemos firmar com nossos clientes uma parceria permanente que busque a satisfação de ambos: empresa cliente e empresa prestadora de serviços; já aqueles que pensam em tirar vantagens do momento, sem pensar no futuro, o que conseguem a médio prazo é perder o cliente pelos maus serviços prestados de uma forma geral (BARBULHO, 2001).

Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000) situam os serviços no centro da atividade econômica de qualquer sociedade e sustentam que medir a qualidade dos serviços é um desafio, pois a satisfação dos clientes é determinada por fatores muito intangíveis. Estabelecer medidas possíveis em qualidade de serviços de saúde significa ir além da qualidade dos cuidados dedicados ao paciente; também inclui o impacto sobre a família e sobre a comunidade.

As pesquisas de satisfação de clientes podem ajudar as organizações hospitalares na manutenção de metas de satisfação, na resolução de problemas, na mensuração dos progressos, na condução do foco de trabalho e na melhoria de atendimento das necessidades dos clientes, na área hospitalar (SPAETH 2001).

Para Lawn (2001) os hospitais estão intimamente associados com as comunidades, que são percebidos como um grande negócio, aumentando a impessoalidade como instituição, dominados por pressões de custos e resultados semelhantes aos que dirigem as companhias de negócios publicitários.

Complementa Lawn (2001) que, na visão dos pacientes ou visitantes, não se encontra aconchego nos hospitais. Ao contrário, as equipes de trabalho são vistas exaustas e a organização presa à burocracia, com dificuldade de manter aquele “toque pessoal” que tanto o paciente quanto seus acompanhantes/ visitantes gostariam de encontrar. Familiares e amigos de internados querem acreditar que o paciente está recebendo o melhor tratamento e cuidados, não sendo ele encarado como uma fonte temporária de renda para a instituição. Acreditam que cabe à instituição gerenciar estas percepções, embora este seja um desafio que poderá afetar qualquer setor do hospital. Para tanto, cita como exemplo, o serviço de alimentação, como um componente definido em toda a permanência hospitalar. A entrega de refeições é o ponto primário entre o paciente e o “*self*” institucional. A cafeteria é outro aspecto considerado como local de repouso, que ameniza o *stress* das pessoas com familiares internados. Assim, o gerenciamento do serviço de alimentação e o seu desempenho tem um impacto crítico na forma pela qual o público interno e externo percebe a instituição hospitalar.

Na instituição em estudo, o desempenho global é analisado criticamente através de reuniões de avaliação de resultados organizacionais nos diferentes níveis, comparando-os com as metas estabelecidas. As metas para o nível de satisfação dos clientes foram determinadas a partir do conhecimento das principais necessidades dos pacientes (requisitos mais valorizados), como: resolubilidade no atendimento médico-hospitalar; qualidade no atendimento da equipe (presteza, eficiência, cordialidade); higiene hospitalar; qualificação da equipe médica; acomodações; equipamentos modernos. Assim, a preocupação com a qualidade dos serviços é evidente, a ponto de considerá-la como variável capaz de interferir em todo processo técnico administrativo, organizacional e assistencial.

Este estudo é extremamente pertinente, uma vez que na atual conjuntura a busca pela excelência no atendimento dos serviços de saúde, passa pela pesquisa junto ao cliente e a correção de desconformidades. Apesar disto, ainda não existem subsídios suficientes dentro da área de assistência nutricional hospitalar que possam nortear os profissionais, direcionando os procedimentos técnicos e operacionais, para o atendimento das reais expectativas e necessidades dos clientes.

O Plano de Intervenção estabelece ações para melhoria dos serviços prestados, considerando as expectativas das pessoas, suas experiências, passadas e recentes, suas necessidades, suas percepções de valor agregado e as opções que se dispõe para satisfazê-las.

Portanto, um estudo que dê tratamento especial à questão da avaliação da prestação de serviços, nas instituições hospitalares, especificamente no setor de assistência nutricional, certamente contribuirá para a melhoria do atendimento. A par de, também, auxiliar na formulação de política administrativa e mudanças na cultura organizacional. Em suma, o até aqui exposto justifica plenamente a presente pesquisa.

1.4 Método

Este estudo apresenta características descritivas, configurando-se como pesquisa descritiva em corte transversal. Visa a obtenção de uma fotografia das variáveis de interesse, num ponto único de tempo, a qual expõe as características da população, estimando sua proporção e a maneira como se comporta. Também se fazem previsões específicas, em relação aos procedimentos técnicos, interrogando os pesquisados, conceituando-se numa abordagem de pesquisa definida como “de levantamento”.

O trabalho valeu-se dos métodos de pesquisa quantitativa e qualitativa, pois além de análises numéricas foram considerados os aspectos qualitativos, uma vez que se realiza análise comparativa entre as variáveis do estudo e das sugestões fornecidas pelos entrevistados.

Após a definição do tipo de pesquisa e o método para análise dos resultados, o desenvolvimento da investigação dividiu-se em várias etapas, a saber:

A primeira constou da revisão bibliográfica, enfocando qualidade e excelência dos serviços, serviços hospitalares (desafios e competências), suporte nutricional nas instituições hospitalares e a pesquisa de *marketing*.

A segunda etapa revisou o processo interno de pesquisa de satisfação de clientes, analisando-se criticamente o desempenho dos serviços da Divisão de Nutrição e Dietética (DND), nos três últimos anos, comparando os resultados com o desempenho institucional. A importância da análise reside em identificar o nível de contribuições dos serviços da DND no grau de satisfação geral dos clientes, dado que os indicadores de cada serviço refletem na avaliação da instituição. Ainda, e não menos decisivo, promover ações gerenciais mais dirigidas, porque as variáveis *cordialidade da equipe, presteza aos chamados e clareza nas informações*. já pesquisadas sistematicamente pelo Departamento de Marketing, geram informações insuficientes para identificar todos os pontos críticos do Serviço de Nutrição e Dietética. Nesta etapa conclui-se pela necessidade de definir um levantamento de informações mais precisas e disponíveis em tempo hábil para reverter intercorrências.

A terceira etapa se constituiu na elaboração de um instrumento em forma de questionário. Inicialmente realizou-se um pré-teste, aplicado em uma das cinco áreas passíveis de pesquisa (trinta participantes), com o propósito de verificar a fidedignidade da redação do questionário, identificar dificuldades no entendimento, determinar a técnica de aplicação, estabelecer o tempo médio de aplicação e possibilitar o treinamento do pesquisador.

Após a análise do pré-teste, procedeu-se a elaboração do questionário definitivo de pesquisa, formado por três blocos de coleta de informações direcionadas e um espaço para livre manifestação (sugestões e comentários). O primeiro bloco contemplou as características gerais dos respondentes. O segundo foi organizado por constructos e variáveis para medir o grau de satisfação sobre os produtos e serviços disponíveis. O último investigou o grau de importância de novos serviços propostos.

Na etapa seguinte realizou-se a coleta de dados, aplicando o questionário na população definida, ou seja, em 215 respondentes, entre pacientes e acompanhantes, no período de 15 de julho a 07 de agosto de 2002. Finalmente, após a conclusão da fase de coleta de dados, procedeu-se a análise e discussão dos resultados da investigação. A interpretação resultante

permitiu identificar os pontos críticos, sob a ótica dos clientes, carreando subsídios concretos para a elaboração da proposta de intervenção, objeto final do estudo.

1.5 Limitações do Trabalho

Considerando-se a extensão e complexidade do tema, este trabalho restringiu-se a investigar no âmbito interno da Santa Casa, os serviços da Divisão de Nutrição e Dietética, responsável pelo fornecimento da alimentação diária aos diferentes segmentos de clientes. Portanto, não analisou o desempenho dos demais setores da instituição. Assim, o estudo buscou verificar como os pacientes e acompanhantes se sentem em relação à alimentação fornecida, a procedimentos de funcionários envolvidos na tarefa e a materiais empregados em apoio ao processo de alimentação.

Na realização do trabalho encontraram-se limitações, entre elas as que se referem à situação clínica, tais como: pacientes que não estavam se alimentando em razão de suas condições ou em preparo de procedimentos para exames; pacientes com menos de 2 (dois) dias de alimentação via oral e pacientes com alimentação via sonda. Todos estes tiveram que ser excluídos do estudo.

Outras variáveis, como as ligadas ao ambiente hospitalar, a interferência no hábito alimentar por necessidade de tratamento, a ausência dos familiares e o clima de ansiedade gerado pela investigação diagnóstica, não foram levantadas no estudo.

1.6 Estrutura do Trabalho

A estrutura deste trabalho compõe-se de cinco capítulos.

O capítulo 1 trata de referenciar o contexto do trabalho, os objetivos e a justificativa, embasados nas considerações de diferentes autores. Descreve, ainda, o método utilizado, a estrutura e as limitações do trabalho.

O capítulo 2 aborda o referencial teórico que fundamenta a pesquisa. Primeiramente, tece considerações sobre os principais conteúdos da qualidade e excelência de serviços, as expectativas e satisfação dos clientes e os indicadores de satisfação. Passando por uma visão do processo de suporte nutricional, apresenta Serviços Hospitalares, desafios e principais

componentes na administração e, termina por destacar o Serviço de Nutrição Hospitalar, suas estratégias de atendimento ao cliente e avaliação da qualidade do serviço.

O capítulo 3 detalha o processo de Pesquisa de Satisfação, referenciando opiniões de diferentes autores, em apoio à realização da Pesquisa de Satisfação de Clientes, objeto desta dissertação.

O capítulo 4 apresenta o estudo da satisfação de clientes, nas etapas de identificação do problema e objetivos da pesquisa, desenvolvimento do plano de pesquisa, coleta de informações, análise das informações, apresentação dos resultados e o plano de intervenção.

O capítulo 5 aborda as considerações finais, apresentando as conclusões e sugestões para futuros trabalhos.

As referências bibliográficas apresentam as bases teóricas e, em apenso, estão os documentos que fizeram parte do estudo.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Este capítulo apresenta a base teórica que serve de referencial e fundamentação à compreensão do estudo realizado. Para alcançar o objetivo proposto, a revisão está estruturada em tópicos sequenciais, selecionados a partir da colocação do problema, com vistas a facilitar a abordagem e discussão do tema.

Inicialmente, são apresentadas as fases do serviço, na era da qualidade e excelência destes, abordando aspectos da qualificação e do gerenciamento, bem como a relação dos clientes com os serviços, suas expectativas e satisfação. São feitas algumas considerações sobre Pesquisa de Satisfação, seu conceito, seus propósitos e os fatores determinantes da sua aplicação.

No que se refere aos serviços hospitalares, são destacados os desafios e competências no que diz respeito à administração deles, à assistência à saúde, aos indicadores de satisfação, num processo de qualidade que visa a melhoria na sua prestação.

Objetivando uma melhor compreensão da pesquisa, enfoca-se o suporte nutricional nas instituições hospitalares, destacando o papel relevante da nutrição à saúde do paciente, passando pela estrutura organizacional da Divisão de Nutrição e Dietética, suas competências, estratégias de atendimento e a própria avaliação da qualidade do serviço.

2.1 A Era da Qualidade e Excelência dos Serviços

2.1.1 A Qualificação dos Serviços

Não existem indústrias de prestação de serviços. Há apenas indústrias nas quais o componente de prestação de serviço é mais ou menos importante do que em outras. Todos nós prestamos serviços (THEODORE LEVITT *in* ALBRECHT, 1998).

Revisando alguns posicionamentos de autores na área de serviços, depara-se com os dizeres de Ferreira no prefácio do livro “Excelência em serviços”, em que, Barros (1999), os caracteriza como intangíveis, por serem experiências vivificadas pelos clientes. Sua avaliação objetiva é difícil porque depende da percepção de cada indivíduo. São também heterogêneos, pois dependem do cliente e do contexto onde se realizam os serviços. Além de apresentarem também características de simultaneidade. Assim, a par dessas qualificações que o autor coloca com muita propriedade, é importante se conhecer como vêm sendo considerados os serviços, segundo os diferentes pontos de vista de outros autores.

Albrecht e Zemke (1990) revelam que a importância do segmento serviço na economia mundial tem apresentado um forte crescimento, pois, já é possível observar a transição de uma economia baseada em produção para uma economia baseada em serviços. Para esses autores qualquer atividade resulta em um bem natural ou em um serviço. Assim, serviço é toda atividade que beneficia o cliente e se constitui de atos ou processos que existem na dimensão tempo. Produto é o ato de realizar uma atividade e seu resultado é o próprio produto. Outro aspecto enfatizado por eles é a relação entre produção e serviços.

Berry e Parasuraman (1992) analisam serviços a partir dos benefícios e dizem que se a fonte do benefício essencial de um produto é intangível trata-se de um serviço, mas se essa fonte é mais tangível do que intangível, ele é considerado um objeto. Um objeto pode ser estocado e um serviço é consumido no ato.

Kotler (1998:412) define serviços como:

... qualquer ato ou desempenho que uma parte possa oferecer a outra, e que seja essencialmente intangível e não resulte na propriedade de nada. Sua produção pode ou não estar vinculada a um produto físico.

Dos dizeres de Kotler, a partir da classificação que ele estabelece para os serviços, permite-se entender que “serviços prestados ao paciente” podem ser considerados com um serviço principal acompanhado de bens e serviços secundários. Pois, ele oferece alguns serviços adicionais e/ou bem de apoio, como é o caso de uma Unidade Hospitalar que oferece “serviços de nutrição” e este por sua vez oferece serviços de apoio, como alimentação ao paciente (cliente) e acompanhante. Para o (s) acompanhante (s) esses serviços podem ser oferecidos no próprio quarto do paciente e/ou em cafeterias ou restaurantes.

Ainda, considerando-se as colocações de Kotler, os serviços variam à medida em que são utilizadas máquinas e/ou são baseados em pessoas. Este último também varia segundo o tipo de trabalhadores. Ou seja, profissionais inexperientes ou especializados. Também os serviços diferem a partir do atendimento de necessidades pessoais (serviços pessoais), necessidades administrativas (serviços empresariais). Diferem em relação aos seus objetivos (visam ou não lucro) e propriedade (particular ou pública).

Albrecht (1998) estabelece uma diferença entre serviço e produto. Para ele serviço é um resultado psicológico e fundamentalmente “pessoal”, enquanto que produto é “impessoal”, principalmente quanto ao impacto que causa no cliente.

Aspectos significativos que caracterizam a importância dos serviços, na opinião de Berry e Parasuraman (1992), são as atividades de liderança do serviço, teste completo do serviço e infra-estrutura para serviços sem erros. Para esses autores a “liderança” deve ser exercida por líderes fortes, apaixonados pela perfeição, que estabeleçam altos padrões de serviço e cultivem a prática de fazer bem desde a primeira vez, livre de falhas e defeitos. O teste completo do serviço deve ser aplicado antes de introduzi-lo no mercado. Assim, “falsos clientes” experimentam o serviço, avaliam, percebem pontos fracos antes de expor o novo serviço, e com o empregado da linha de frente, é possível examinar cuidadosamente o projeto do serviço e o processo de sua prestação. A partir daí, pode-se visualizar as melhorias necessárias e incorporar as mudanças. Já, a infra-estrutura referida por Albrecht engloba uma série de fatores organizacionais que sustentam a cultura do “fazer bem da primeira vez”. Estes fatores estão relacionados ao pessoal, ao trabalho de equipe. As bases destes fatores repousam naqueles empregados que desejam e são estimulados a prestar serviços de maneira exemplar, trabalhando eficazmente em grupo, e se comunicando bem.

2.1.2 O Gerenciamento dos Serviços

Um dos fatores, considerado por Vianna e Junqueira (2001) como de suma importância para administrar os serviços com eficiência, é a condição de liderança do administrador, que deve refletir sobre o fato de que lidera seres humanos e não máquinas. Para isso, é essencial que promova e incentive a motivação e auto-estima de seus gerenciados, priorizando o bom relacionamento com os funcionários, e entre eles, para que mantenham um alto grau de responsabilidade e comprometimento. Com a nova abordagem de gerenciamento que dá ênfase menor à metodologia técnica, mas prioriza o planejamento gerencial e os aspectos comportamentais como o trabalho em equipe, a eficácia para o século XXI dependerá de um diferencial competitivo, como a inovação do gerenciamento.

Por outro lado, Barros (1999) diz que no gerenciamento de serviços, as modernas empresas buscam a agilidade, o empreendimento, a melhoria contínua e lutam contra a obesidade administrativa e até mesmo demonstram o inconformismo com os padrões de qualidade pouco desafiadores. Na visão deste autor, os conceitos de gerenciamento devem ser revistos, adotando-se novos paradigmas na busca da excelência, preocupando-se em oferecer estímulos às idéias criativas de todos os funcionários, principalmente àqueles responsáveis pela linha de frente e, preparando-os para o enfrentamento de desafios do cotidiano.

Outro aspecto que pode contribuir para a melhoria contínua no gerenciamento de serviços é a questão do *feedback*, abordado por Carr e Littman (1992), uma vez que dão subsídios para atender às reclamações dos clientes, tanto internos como externos.

Carlzon (1994) refere que os funcionários de linha de frente são imprescindíveis para o alcance de uma cultura de excelência em serviços, pois são eles que oferecem informações diárias para a obtenção desta excelência. Quando estes têm autonomia podem ser capazes de reagir às necessidades dos clientes. Numa abordagem de “momentos da verdade”, o autor defende que através do contato cliente – empresa, a qualidade do atendimento forma a identidade da empresa.

Carlzon (1994) preconiza que a empresa deve estar voltada para as necessidades individuais de cada cliente, procurando provar que ele é a sua melhor alternativa. Afirma Carlzon que as organizações precisam ser viradas inteiramente de cabeça para baixo. É preciso dar boas vindas às mudanças, assumir corajosamente os riscos ao invés de eliminá-los,

dar mais força à linha de frente ao invés de desmotivá-la, visar o mercado altamente mutável, ao invés de concentrar-se em manobras internas, burocráticas e complicadas. As orientações para o consumidor têm atingido os mais diversos setores, que jamais foram vistos como atividades específicas de serviços. Para esse autor, o ponto de partida deve ser o consumidor e não o produto ou a tecnologia, isto significando que as empresas devem organizar-se de forma diferente para sobreviver ao mercado. Há que se pensar numa nova distribuição de papéis, na descentralização e na delegação de responsabilidades aos que estão na base da pirâmide. No entanto, para que de fato uma empresa passe a ser orientada para o cliente, necessita de grandes mudanças, a partir do pessoal que opera na linha de frente. O principal executivo deve ser um líder devotado (para criar um ambiente que facilite a aceitação por parte dos empregados), de responsabilidade, de confiança e hábil, além de manter uma boa comunicação com todos, partilhando a nova visão da empresa.

Kotler (1998) alerta para o fato de que serviços são intangíveis, inseparáveis, variáveis e perecíveis. Cada uma dessas categorias apresenta desafios que exigem certas estratégias, buscando as maneiras adequadas de se conseguir: a tangibilidade aos intangíveis; aumentar a produtividade das pessoas envolvidas na prestação de serviços; aumentar e produzir a qualidade do serviço prestado; ajustar o fornecimento de pico e de baixa.

2.1.3 O Cliente e os Serviços

2.1.3.1 Expectativas

Estudos sobre as expectativas e satisfação humana, realizados por Sperry (1977), revelam que as expectativas podem ser consideradas como: “a probabilidade sustentada pelo indivíduo de que um reforço especial ocorrerá como uma função de um dado comportamento de sua parte numa situação particular”. Merton, citado por Sperry (1977), explica que a expectativa, no sentido psicológico, se refere à crença ou antecipação sobre os resultados ou conseqüências do comportamento, geralmente definido como dimensão pessoal. Do ponto de vista sociológico, a expectativa de funções é um objetivo ou uma dimensão nomotética do comportamento. Neste sentido, o comportamento é definido como o que é esperado de um ocupante de uma dada posição social ou *status* e, que se caracteriza por certas qualidades e ações típicas. As funções são definidas em termos de expectativas de funções. Assim, uma

função se reveste de certos direitos normativos e obrigações tais que, quando um detentor da função orienta sua ação por estes direitos e deveres, se diz que ele está desempenhando sua função. Portanto, as expectativas definem o que um detentor da função pode e não pode fazer sob várias circunstâncias.

Segundo a teoria de Gezels e Thebn (1960), abordada por Sperry (1977), o sistema social envolve três classes de fenômenos:

- a instituição, com certas funções e expectativas para satisfazer os objetivos do sistema;
- a personalidade do indivíduo, com certas auto-expectativas e necessidades;
- o grupo, com suas próprias expectativas e processos – dimensão de interação que serve de mediadora entre as exigências e expectativas institucionais e as necessidades e expectativas do indivíduo. Assim para esses autores as:

Expectativas são, em alguma medida, disposições gerais que se desenvolvem como outras disposições de personalidade, em decorrência da história de vida do indivíduo, de experiências relevantes de sucessos e fracassos; estas expectativas gerais, por seu turno, influenciam o modo como o indivíduo reage às realidades presentes e às mudanças nesta realidade.

Avaliando-se as expectativas do ponto de vista do cliente em relação aos serviços, Albrecht e Zemke (1990) nos informam que a globalização da economia tem ampliado o acesso do consumidor ao mercado e ao mesmo tempo aumentado a competição entre empresas. Com isso o cliente elevou suas expectativas de atendimento, conseqüentemente estabeleceu padrões cada vez mais elevados no conceito de prestação de serviços. Assim, o consumidor se tornou mais exigente, seletivo e sofisticado, como resultado das muitas opções que dispõe no mercado para escolher mercadorias e serviços. Por essa razão, muitas empresas já se conscientizaram da necessidade de estabelecer diferenciações, nas opções de valor agregado que encantem o consumidor.

Neste sentido, para Berry e Parasuraman (1992), as ações que agregam valor ao serviço principal fazem parte da expectativa do cliente e quando não lhe é ofertado, gera insatisfação. Os mesmos autores complementam que as expectativas e as exigências dos clientes são os verdadeiros padrões de confiabilidade, quando o que está sendo avaliado é um desempenho e não um objeto. Acreditam que os consumidores formam expectativas a respeito do desempenho, das características dos produtos e serviços, antes da compra.

Subseqüentemente, a compra e o uso revelam os níveis de desempenho reais que são comparados aos níveis de expectativa pelo uso de parâmetros, do tipo melhor do que e pior do que é esperado. O resultado dessa comparação é denominado de confirmação, quando o desempenho percebido está em conformidade com o padrão ou expectativa; desconfirmação, quando o desempenho percebido difere do padrão ou expectativa. Desta forma, a confirmação/ desconfirmação determina a satisfação/ insatisfação do cliente.

Barcellos (2000) destaca que as expectativas e percepções do cliente (qualidade percebida e valor percebido) têm sido consideradas como os antecedentes da satisfação do cliente (SC). Por outra parte essas percepções sobre a qualidade de serviços são influenciadas por diferentes aspectos:

- expectativas do cliente e as percepções da gerência sobre estas expectativas do cliente;
- as percepções de gerência sobre as expectativas do cliente e as especificações da qualidade do serviço;
- as especificações da qualidade do serviço efetivamente prestado e
- o serviço prestado e o que é anunciado aos clientes.

No entanto, Gianesi & Correa (1996) compararam expectativas e percepções, formando o conceito de qualidade percebida, estampado na figura abaixo:

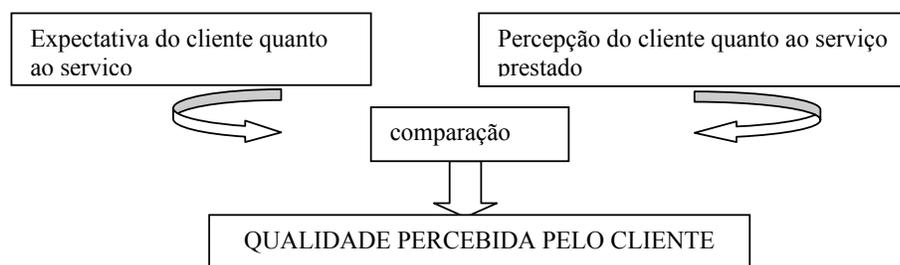


Figura 1: Qualidade em Serviços

Fonte: Gianesi & Correa (1996)

Anderson (1998), citado por Barcellos (2000) diz que as expectativas são as crenças que o consumidor manifesta em relação ao desempenho de um produto ou serviço, antes de efetuar a compra e o respectivo consumo. São influenciadas por alguns fatores como a

comunicação boca a boca, experiências anteriores, necessidades pessoais e comunicação externa.

Os enfoques teóricos sobre as expectativas revelam que quando as expectativas não são satisfeitas pelo desempenho atual do produto, o contraste entre expectativas e conseqüências causará exagero da disparidade pelo consumidor (Teoria do Contraste). Se a disparidade entre expectativas e desempenho é pequena ao ponto de ficar dentro dos limites de aceitação pelo consumidor, a tendência é de que este assimile a avaliação do produto por suas expectativas (Teoria da Assimilação-Contraste). Quando as expectativas são desconfirmadas criam um estado de dissonância ou desconforto psicológico. Quando duas idéias são dissonantes o indivíduo tenta reduzir o desconforto mental pela mudança ou distorção de uma ou de ambas as idéias para torná-las mais consoantes (Teoria da Dissonância Cognitiva). Qualquer desconfirmção de expectativas será percebida como menos agradável que a confirmação de expectativas (Teoria da Negatividade Generalizada). A publicidade cria expectativas que servem de hipóteses para os consumidores, e os consumidores tendem a confirmar suas expectativas quando expostos à experiência com produto ou a sua evidência. Os resultados deste estudo confirmam a hipótese do viés dos consumidores em confirmar suas expectativas (Teoria do Teste de Hipóteses) , citado em Barcellos (2000).

Segundo Barcellos (2000), através das considerações das teorias pode-se verificar que elas apresentam diferentes predições dos efeitos das expectativas e desconfirmção. Assim, conclui-se que a teoria da assimilação prediz que aumentar as expectativas reforçará o desempenho percebido de produto. A teoria do contraste prediz que aumentar as expectativas debilitará as percepções do desempenho de produtos. Quando as teorias predizem a mesma tendência de efeitos das expectativas, diferem na determinação das condições sob as quais os efeitos ocorrerão. A teoria do teste de hipótese prevê aumento do efeito das expectativas quando há ambigüidade da evidência. A teoria da dissonância prediz que, nessa circunstância, haverá redução do efeito das expectativas.

Estudos realizados por Rodrigues (2000), ao referir-se a qualidade de serviços e às expectativas do consumidor, analisa o fato a partir de considerações que faz Parasuramam *et al.* (1991, 1993), ao declararem que as expectativas podem apresentar dois níveis: um, de serviço desejado; outro, de serviço adequado. Ou seja, quando o consumidor espera receber algo, diz-se que é o nível de serviço esperado pelo consumidor. Na verdade, é uma combinação do que o consumidor crê que “pode ser” e do que “deveria ser” a prestação de serviço. Por outro lado, o nível de serviço adequado é representado pelo mínimo que o

consumidor julga aceitável para a prestação de um serviço. Baseia-se, em parte, na avaliação do consumidor sobre o que será o serviço ou o padrão de serviço esperado. No entanto, entre esses dois níveis desejado e adequado, há uma certa zona de tolerância que varia de um consumidor a outro e, potencialmente, de uma situação a outra para o mesmo consumidor.

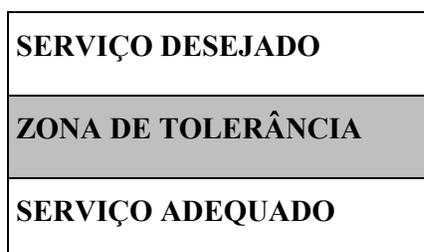


Figura 2: Expectativa do Cliente Em relação a Apresentação de Serviço

Fonte: Berry e Parassuraman (1996)

Tomando-se como referência os conceitos de tolerância de Zeithaml *et al.* (1993), citados por Rodrigues (2000), existem elementos que influenciam as expectativas do consumidor quanto aos níveis de serviço desejado e de serviço adequado. O nível desejado é o que o consumidor espera receber e que sejam realizados seus desejos, embora nem sempre isso seja possível. Já, o nível adequado é comparável ao nível mínimo tolerado. Essas expectativas de serviço adequado possivelmente sejam mais influenciadas por circunstâncias específicas do que as expectativas do serviço desejado.

Quanto as expectativas em nível de serviço desejado, Parasuramam *et al.* (1991b) refere que este nível varia de acordo com as circunstâncias e a situação de compra. Assim, consideram os autores que os níveis de serviço desejado, parecem ser mais estáveis, determinados pelas características pessoais do consumidor. Conclui, Parasuramam *et al.* (1991) que existe uma variedade de fatores como a experiência do consumidor, número de alternativas percebidas de serviço e as situações de emergência, que podem influenciar a extensão de zona entre os níveis desejado e adequado do serviço. No entanto, o reconhecimento da existência desses dois níveis de expectativas podem contribuir com os dirigentes de empresas para reduzir a diferença entre percepções e as expectativas dos consumidores.

2.1.3.2 Satisfação

Pela dificuldade intrínseca do próprio conceito de satisfação (relatividade e subjetividade), vários autores o empregam de forma diversa. Ante esta situação, acredita-se conveniente tecer algumas considerações sobre o significado do termo.

O dicionário, *Léxico de Ciências de la Educación* (1989), o define como: “um sentimento de confiança e segurança em si mesmo”. Entre essas qualidades se destacam a comodidade, a recompensa econômica, a adequação de recursos, a possibilidade de promoção e a relação de companheiros.

Morgan (1977) argumenta que a satisfação está relacionada ao atendimento de nossas necessidades. Explica o autor que, uma vez satisfeitos nessas necessidades, aumenta a auto-estima ou reduz a ansiedade do cliente. Para Kotler (1994), “satisfação é o nível de sentimento de uma pessoa resultante da comparação do desempenho (ou resultado) de um produto em relação a sua expectativa”.

Engel *et al.* (1995) definem satisfação como “uma avaliação em que a alternativa escolhida é consistente com as crenças anteriores com respeito àquela alternativa”.

Enfatizam-se os conceitos de satisfação por considerar-se de suma importância para a compreensão do estudo. Entretanto, como o propósito da pesquisa é o de analisar a satisfação do cliente com um determinado serviço e/ou produto, também encontra-se satisfação do consumidor definida como “a atitude geral referente a um produto ou serviço depois de sua aquisição e uso. É a avaliação pós-compra resultante de uma seleção de compra específica” (MOWEN, 1995).

Segundo Wilkie (1994), citado por Beber (2000), a satisfação e a insatisfação são “a resposta emocional para uma avaliação do consumo de um produto ou serviço”.

Reverendo o posicionamento de Oliver (1997), observa-se que no processo de satisfação tem-se que levar em consideração não apenas o modo como se forma, mas os diferentes tipos de estado inicial e final em que se encontra o indivíduo, assim como o processo que ocorreu no mesmo. Para este autor, o processo de satisfação pode ser classificado em quatro formas: quando o consumidor conhece o resultado, mantendo o mesmo nível de satisfação, caracterizando-se como “contentamento”; quando o consumidor busca prazer e o obtém,

tornando-se mais satisfeito, caracterizando-se como uma forma de prazer; quando os resultados do processo de comparação ocorrem acima das expectativas, levando o consumidor a sentir-se extremamente satisfeito, caracterizando-se como uma forma de encantamento; quando o consumidor deixa de sentir-se insatisfeito, caracterizando-se como um estado de alívio.

O mesmo Oliver (1981), citado em Rodrigues (2000), complementa que a satisfação influencia uma atitude global em relação à experiência do consumidor. Pode ainda ser concebida como a avaliação da surpresa, que o cliente experimenta após a compra, ou como no caso a prestação de serviço, e essa surpresa pode tornar-se um *imput* de uma atitude global.

Howard e Sheth (1969) e Oliver (1981) conceituam satisfação do cliente como o resultado da experiência de consumo.

Por outro lado, segundo as idéias de Hunt (1977), Engel e Blackwell (1982), Tse e Wilton (1988), a satisfação é também um processo de avaliação, mas diferindo em nível de especificidade: satisfação com o produto, com a experiência de consumo, com decisão de compra, com o (a) vendedor (a), com a loja, com um atributo e com a experiência pós-compra.

Em se tratando de organizações hospitalares, Spaeth (2001) diz que a satisfação de clientes procura focar esforços em serviços de apoio, como o da alimentação e de lavanderia. Embora muitas instituições reconheçam que o paciente avalia a sua estadia no hospital através do desempenho e procedimentos clínicos, assim como fatores de cuidados que estão sob controle do corpo clínico. Desta forma, a equipe envolvida nos cuidados com o paciente tem papel importante para aumentar as taxas de satisfação. Recomenda o autor que antes de iniciar atividades que busquem aumentar a satisfação dos clientes, deve ser identificada a área de serviços que necessitam de melhorias. Pois, as pesquisas nessa área podem ajudar a apontar os problemas do setor, ajudar na manutenção das metas de satisfação do cliente, na mensuração do progresso, na condução do foco do grupo de trabalho, além de dar diretrizes para direcionar o atendimento às necessidades dos clientes.

Rebelo (1996) afirma que a preocupação com a satisfação do cliente continua sendo secundária para a maioria dos profissionais da equipe de saúde. Destaca, ainda, que se deve valorizar o cliente como pessoa, com necessidades, expectativas e interagindo com a instituição.

Da mesma forma, Fornell (1995) afirma que cada organização tem uma definição diferente para a qualidade, mas a definição do cliente é a que realmente interessa.

Segundo Zeithaml (1988), nem sempre as avaliações feitas pelos gerentes coincidem com as avaliações dos clientes. A maioria das empresas, ao aplicar pesquisa de satisfação de clientes, raramente tem de seus gerentes as decisões tomadas com foco nesses índices, pois ainda estão com o foco voltado para o produto, esquecendo o cliente e o serviço que está intrínseco no produto. A mesma autora afirma que outra situação que comumente acontece é o uso inadequado e/ou a baixa qualidade das pesquisas, não refletindo as solicitações dos clientes. Toda organização que tem por objetivo trabalhar com o Índice de Satisfação do Cliente (ISC), deverá manter o foco dos investimentos e melhorias relacionados com as solicitações dos clientes.

Anderson et al (1994) comungam desta idéia ao declarar que o nível de satisfação do cliente e a compreensão de sua ligação com os resultados financeiros são componentes obrigatórios ao gerenciamento do processo de melhoria da qualidade.

Assim, Barros (1999), afirma que é preciso ter algum tipo de mecanismo que possa acompanhar a direção e a velocidade da mudança de valores, do ponto de vista do cliente. Na verdade, compreender os valores do cliente é a única forma de impulsionar os negócios em direção a um mercado que ainda não existe.

2.1.3.3 Medidas de Satisfação dos Clientes

Segundo Rebelo (1996), a satisfação do cliente, para ser medida precisa ser discutida e entendida de forma abrangente, porque esta questão de mensuração da satisfação envolve muitos fatores. Não há como iniciar um processo medindo índice de satisfação sem considerar as expectativas das pessoas, suas experiências anteriores, suas necessidades, as opções que dispõem para satisfazê-las e até a percepção do valor agregado de custo/benefício, a sensação de estar fazendo um bom negócio e a confiança no serviço.

Conforme salienta Daibert in Mello e Camargo (1998) as organizações que se preocupam com a imagem que projetam e acreditam que a verdade impera além da propaganda, mediante o que propõem oferecer ao mercado, importam-se em medir a satisfação dos clientes como termômetro da imagem futura. Por isso, a construção da imagem

desejada é pautada na expectativa e satisfação dos clientes, que oportunizam as correções de rumo e a reorientação das ações na direção pretendida. Outras razões que levam as empresas a medir a satisfação dos clientes são: a fidelidade - que significa prevenir a evasão, atuando ao menor indício de insatisfação (é mais simples e menos oneroso manter o cliente do que repor as perdas); a busca da excelência na gestão do negócio - acompanhar os desejos, as necessidades e a reação dos clientes às ações da empresa. Tem-se também que considerar os valores da organização, onde o lucro é a legítima manifestação de saúde da organização. E, o seu caminho natural, é o reinvestimento, em busca de produtos e serviços surpreendentemente melhores para os clientes, de condições dignas e qualidade de vida para os membros da empresa, além da participação ativa e responsável na sociedade em que está inserida.

Para Rebelo (1996), o passo inicial de um bom sistema de mensuração da satisfação dos clientes é encurtar a percepção da empresa acerca das expectativas dos clientes, ao máximo possível. Ao aplicar-se uma metodologia de mensuração da satisfação dos clientes devem-se considerar algumas características:

- foco total no cliente, em suas necessidades e expectativas;
- interatividade das áreas envolvidas na concepção, desenvolvimento e entrega do produto ou serviço, mediante a atuação em equipe, desde o planejamento da pesquisa qualitativa até a formulação dos planos de ação e sua monitorização;
- análise combinada de relevância x satisfação, definindo prioridades e utilizando enfoques variados, conforme cada requisito chave;
- simplicidade de entendimento, facilidade de comunicação e implantação do processo;
- agilidade e rapidez na prestação de serviços e correções de rumo;
- treinamento das pessoas envolvidas;
- alinhamento das ações internas, importantes ao agregar valor e serviço, conferindo significado ao trabalho das pessoas.

Segundo Oliver (1997), o comportamento do cliente está relacionado à satisfação e desempenha um importante papel nesse processo, primordial para se entender a experiência de consumo. De acordo com estudos realizados por Westbrook e Oliver (1991), sentimentos negativos e positivos contribuem de alguma forma para a avaliação da satisfação do consumidor.

Ishikawa (1993) argumenta que quem não tem item de controle, não deve gerenciar. Portanto, medir o desempenho da organização é condição vital, pois essas medidas podem fornecer ações gerenciais para verificar se a organização está melhorando ou piorando no seu desempenho.

Para Rummler e Brache (1994), as medidas de desempenho são necessárias para que se possa monitorar, controlar e aperfeiçoar o desempenho da organização. Para eles as medidas de desempenho fornecem aos gerentes as bases para:

- comunicar aos subordinados as expectativas do desempenho;
- saber o que está acontecendo na organização;
- identificar falhas no desempenho para tomar ações de correção e eliminá-las;
- fornecer realimentação que compare o desempenho a um padrão;
- identificar o desempenho que deve ser recompensado;
- promover a profissionalização das decisões no tocante a recursos, planos, políticas, esquemas e estruturas.

2.1.4 A Pesquisa de Satisfação de Clientes

A ênfase na atividade de monitorar o comportamento dos clientes conduziram as empresas à administração de informações. Três desenvolvimentos tornaram as informações de marketing mais necessárias, na atualidade: *Marketing global como evolução de marketing nacional e local* – a medida que as empresas ampliam a cobertura de mercado, informações mais rápidas são necessárias; *ênfase nos desejos em substituição ao ênfase nas necessidades dos compradores* - os compradores se tornaram seletivos em suas escolhas e as empresas pesquisam estilos e outros atributos; e o surgimento da *concorrência não baseada em preço em substituição a concorrência de preço*- as empresas precisam de informações sobre a eficácia das ferramentas de marketing (KOTLER,1998).

A decisão de conduzir uma Pesquisa requer a análise prévia para garantir o seu prosseguimento na Empresa. Os fatores que influenciam esta decisão inicial e justificam o investimento incluem: a análise das características da empresa; a relevância do assunto a ser abordado; a avaliação da relação entre o custo e benefício, Aaker *et al.* (1998) Churchill (2001) citado por Santos (2001).

Na análise do custo e benefício é preciso avaliar os recursos humanos e financeiros disponíveis. A falta de recursos pode resultar em execução imprópria e ineficiente da Pesquisa, com grande probabilidade de obter resultados inexatos. Por outro lado, a impossibilidade da implementação dos resultados também demanda recursos, que não disponíveis tornam a Pesquisa sem utilidade (CHURCHILL, 2001).

Alguns tipos de pesquisa, por requererem técnicas estatísticas mais completas, exigem a contratação de especialistas externos à empresa. A empresa deve, portanto, dispor de tempo, determinação e recursos humanos suficientes e preparados para executar Pesquisa de Marketing por sua própria conta (MALHOTRA, 2001; MATTAR, 1996).

Ter informações confiáveis é essencial para planejar e administrar em marketing. É a informação realista, útil e apurada que dará um retrato do que é a empresa, o mercado em que está inserida, identificando quais as melhores ações de marketing a serem tomadas. Neste sentido, as Pesquisas são utilizadas para planejar ações, controlar o desempenho e resolver problemas que tem seu foco em um assunto específico, caracterizando-se por um curto período de aplicação para que anomalias verificadas sejam prontamente corrigidas (CHURCHILL, 2001).

Contudo, coletar as informações junto ao cliente e elaborar o Plano de Marketing não são garantias de sucesso para uma empresa. Não basta à empresa dispor somente de métodos eficientes de coleta de informações. É preciso estabelecer canais internos de comunicação que possibilitem tratar as informações coletadas, decodificar as mensagens fornecidas pelos clientes e devolvê-las em forma de satisfação das suas necessidades, da forma mais rápida possível (CHURCHILL,2000; CHURCHILL, 2001).

O desafio dos pesquisadores, segundo Churchill (2000), é a correta leitura de *dados x informações*: os dados são simplesmente fatos e estatísticas, enquanto informações, em contraste, referem-se a dados apresentados de maneira que sejam úteis a tomada de decisões. Em geral, isto significa que os dados são apresentados para mostrar a presença ou ausência de alguma tendência, relação ou padrão. As informações são utilizadas para planejar, controlar e resolver problemas levantados pelos clientes.

Assim sendo, para que a Pesquisa seja reconhecida como método científico, é essencial que contemple os princípios mencionados por Boyd *et al.* (1989): a *objetividade do*

pesquisador – os julgamentos são baseados em fatos e não em noções pré-concebidas e afirmações autoritárias e intuitivas; a *precisão da medida* – o questionário deve avaliar o que se propõem, exigindo questões balanceadas que não influenciem os resultados, evitando, com isso, questões tendenciosas; a *natureza contínua e exaustiva da investigação* – todos os fatos pertinentes ao problema devem ser considerados, nenhuma prova será desprezada por não se adaptar a um padrão previamente estabelecido e o pesquisador nunca deverá estar certo de ter encontrado a verdade ótima.

2.2 Serviços Hospitalares, Desafios e Competências

2.2.1 Assistência à Saúde

Ao abordar os serviços hospitalares faz-se necessário uma visão geral da saúde no Brasil do novo milênio. Hoje, conforme afirma Rebelo (1996), o Brasil conta com profissionais e instituições de saúde de padrão compatível aos melhores do mundo, no entanto, ainda apresenta problemas básicos de Saúde Pública, como os decorrentes da falta de saneamento básico. Observa-se também uma deterioração no sistema de assistência à saúde, com base em hospitais e nas ações de recuperação da saúde. Em 1988, com a promulgação da nova Constituição, garantia-se a saúde “como direito de todos e dever do Estado”, numa tentativa de reorganizar a estrutura do sistema oficial de assistência de saúde (SUS). Em alguns estados, os governos estadual e municipal assumiram satisfatoriamente o sistema de saúde, enquanto que em outros o que se observou foi a desarticulação e falência desse sistema.

O mesmo Rebelo (1996) complementa que ao longo das décadas, as atividades brasileiras de saúde têm evidenciado profissionais e instituições de mais alta competência, entretanto, apesar de uma trajetória de glórias, o Brasil firma-se como um país de profundos contrastes, podendo ser enquadrado no modelo Belíndia (Bélgica + Índia), idealizado para exemplificar os contrastes econômicos. Com a utilização racional dos recursos existentes seria possível promover a melhoria do padrão de saúde da população.

Nesta perspectiva, destaca-se a gerência pela Qualidade Total, cujos métodos podem ser aplicados na área de saúde, contribuindo consideravelmente com a gerência do sistema e

das unidades de saúde. Nos cuidados ao paciente (matéria-prima) a atenção volta-se para a doença (falha), ao invés de voltar-se para o produto final, como acontece na indústria de transformação. O comportamento do paciente e de sua doença é personalíssimo e não obedece a padrões preestabelecidos. No desenvolvimento do processo de atendimento ao paciente (abordagem diagnóstico-terapêutica) são necessárias algumas adaptações, pois surgem eventos não esperados, tais como as reações adversas ou complicações.

Rebelo (1996) argumenta que apesar dessas particularidades, os serviços de saúde constituem atividades de prestação de serviço, estando sujeitos a variações do comportamento humano, que induzem à imprevisibilidade de situações e, geralmente, exigem a adoção de soluções individuais e personalizadas. A verificação de parâmetros, tais como excelência do corpo clínico, existência de comissão de ética e de infecção hospitalar, disponibilidade de recursos auxiliares de diagnóstico e de tratamento são aspectos que, por si sós, não garantem a Qualidade, mas mostram em conjunto, que ela existe. No que se refere à Qualidade em Serviços, a avaliação é altamente subjetiva, por isso tratada de forma restrita.

Segundo Donahedian citado em Rebelo (1996), a gerência pela Qualidade Total na área da saúde deve estar fundamentada nos seguintes parâmetros:

1. EFICÁCIA - capacidade do cuidado ao paciente - contribuindo para a melhoria das condições de saúde.
2. EFETIVIDADE - o quanto de melhorias são de fato obtidas nas condições de saúde.
3. EFICIÊNCIA - capacidade de obter o melhor possível nas condições de saúde ao menor custo.
4. OTIMIZAÇÃO - a relação mais favorável entre custos e benefícios.
5. ACEITABILIDADE - preferências do paciente no que se refere ao acesso aos recursos de saúde; relação médico-paciente; efeitos e custos dos cuidados prestados.
6. LEGITIMIDADE - preferências sociais em relação aos itens anteriores.
7. EQUIDADE - igualdade na distribuição e acesso aos cuidados e de seus efeitos sobre a saúde.

Rebelo (1996) afirma que nos tempos atuais, as ações de saúde são realizadas com o auxílio de um grande número de profissionais e instituições que demandam uma infraestrutura administrativa de apoio ágil e competente. Na área de saúde não basta apenas demonstrar a capacidade de produzir serviços, mas entendê-los como prestação de serviços ao cliente, demonstrando qualidade para manter a competitividade e alcançar os resultados

previstos. Nos hospitais públicos não é comum existir preocupação com a satisfação dos clientes, pois é mais importante ter um bom apadrinhamento no governo à clientela satisfeita. Por outro lado, o cliente dificilmente questionará o atendimento ou procurará outra instituição, não querendo passar por outro processo de espera. Nos últimos anos, houve uma alteração no mercado de trabalho dos profissionais da saúde, com o aparecimento de instituições parecidas com as americanas, onde os médicos-proprietários foram substituídos por investidores que implantam cadeias de hospitais e clínicas integradas entre si. O pagamento por ato médico (procedimento/ exame/ internação) é substituído por uma alternativa de vínculo com as empresas.

Os médicos, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, policiais, bombeiros, e recepcionistas de serviços de reclamações desenvolvem atividades que os coloca em contato direto com as pessoas, que geralmente agem e exigem atenção como se o seu problema fosse único e o maior de todos; sem falar nas situações de forte componente emocional. Nestes casos, o profissional deverá ser atencioso, considerando que para o paciente o seu problema é sério e ele nem se dá conta que é, talvez, o portador do vigésimo problema que o profissional tenta resolver naquele dia (REBELO, 1996).

2.2.2 Administração dos Serviços

Donahedian, citado em Rebelo (1996), coloca como um dos componentes que deve ser preocupação de seus dirigentes, a implantação do processo de qualidade total. Mas essa implantação enfrenta certas dificuldades, destacando-se, na implantação do Programa de Qualidade Total, a postura da equipe de saúde, que preocupa-se mais com a doença do que com o paciente, tratando-o de modo despersonalizado. Logo, precisa haver o envolvimento do médico, pois não há como melhorar a qualidade final dos serviços de saúde sem sua participação efetiva e sem repensar as funções e tarefas que lhes são pertinentes. A administração da maioria das instituições de saúde utiliza estatísticas referentes, unicamente, à produção de serviços, sendo raramente utilizados estes dados para o planejamento ou acompanhamento de metas.

O mesmo Donahedian (1996) enfatiza que para planejar a administração é de fundamental importância ter bem definido o perfil da clientela assistida e a demanda de serviços, permitindo adequações na capacidade de atendimento e adoção de medidas pró-

ativas com vistas à satisfação do cliente. Na avaliação da qualidade do trabalho, em uma instituição, é o grau de satisfação do cliente, que deve ser complementado com pesquisa de opinião dos usuários do sistema para conhecer suas expectativas, deve-se levar em conta os estudos específicos de auditoria que oportunizem conhecer os tempos entre o primeiro contato do paciente com a instituição, a data da matrícula, a data da primeira consulta, a data do diagnóstico e o início efetivo do tratamento, estabelecendo, assim, parâmetros seguros.

Portanto, a gerência da Qualidade Total, na visão de Rebelo (1996), oportuniza uma análise crítica do conhecimento científico e do avanço tecnológico, colocado a serviço das atividades de saúde, para repensar o modelo assistencial vigente e implantar as mudanças necessárias ao uso racional e otimizado dos recursos existentes, que se corretamente usados traduzir-se-ão na elevação do padrão de saúde da população. Porque, normalmente os objetivos das instituições de saúde não são bem definidos, geralmente genéricos, do tipo “é necessário melhorar o atendimento”, levando a uma administração por impulsos, onde a cada instante é privilegiada uma determinada área ou problema.

Para Box, citado em Mello e Camargo (1998), a diretoria deve equilibrar sua ação, sem exageros, preocupar-se com o bem estar do paciente, melhorar o atendimento dos serviços e proporcionar condições necessárias à equipe para o desempenho de suas funções, assegurando a satisfação de todos os envolvidos, pois Qualidade é uma ciência que utiliza conhecimentos de matemática, estatística, pesquisa, lógica, informática, administração, finanças, psicologia e outros mais. Entretanto, entre os que aplicam esta nova ciência, se distinguirão aqueles que a exercerem com arte, usando a sensibilidade, talento, perspicácia, devoção e fé. Só se concretizará um programa de Gestão da Qualidade Total quando houver a participação efetiva de todos, através da conscientização, discussão e planejamento até sua implantação, democratizando a ciência.

Complementam, Mello e Camargo (1998), que é também importante que as lideranças dediquem-se, em tempo integral, às necessidades de manutenção do programa e estudem, participem de seminários e congressos, colocando-se a par do que há de mais importante e atual no campo da Qualidade. Portanto, é preciso que os administradores busquem verificar o que pensam os clientes sobre os serviços hospitalares, assim como quais são os indicadores que norteiam a satisfação do cliente.

2.2.3 Expectativas dos Clientes de Serviços Hospitalares

Para Mirshawka (1994), nos hospitais e nos Sistemas de Serviços de Saúde (SSS), as atividades que neles se desenvolvem devem se caracterizar pelo humanismo. O toque humano, a compaixão, a caridade e a preocupação são fundamentais. Os pacientes esperam receber a última palavra da tecnologia de profissionais competentes e de uma cultura que se preocupe com a atenção prestada ao enfermo. As expectativas dos clientes (pacientes) são influenciadas pelas necessidades do paciente, pelas experiências, conhecimento de tecnologia e do ambiente e pela oferta de concorrentes. Deste modo, as necessidades dos pacientes evidenciam-se como aqueles aspectos que aliviam um problema com a sua própria saúde. Significa ficar curado do mal que o atinge e/ou interromper a progressão da doença. A experiência vivenciada pelo paciente é tudo que ele já recebeu e/ou encontrou ao receber assistência no serviço de saúde.

Observa-se que a preocupação com a satisfação do cliente continua sendo secundária para a maioria dos profissionais da equipe de saúde. Sobre este aspecto, Rebelo (1996) destaca que deve-se valorizar o cliente como pessoa, com necessidades, expectativas e interagindo com a instituição. O paciente precisa ser informado e conhecer a tecnologia e o ambiente no qual está inserido para que possa sentir-se seguro na condução de seu tratamento. Por isso o SSS não pode deixar de informar a seus pacientes, os riscos e as experiências de outras pessoas. Por outro lado, o conhecimento de outras ofertas é, também, aspecto que tem relação com as expectativas dos pacientes. Deste modo, Mirshawka (1994), classifica este aspecto em três fases:

- 1ª fase - antes de chegar ao hospital;
- 2ª fase - durante a passagem ou permanência no hospital;
- 3ª fase - após a saída do hospital.

A 1ª fase é considerada pelo autor aquela em que a real condição do paciente é diagnosticada de forma precisa, os riscos inerentes ao tratamento são bem explicados e a informação recebida é confiável.

A 2ª fase é referente a recuperação, de acordo com o prognóstico, com as solicitações prontamente atendidas durante a internação e atendimento da equipe médica e de enfermagem com calor humano.

Finalmente, a 3ª fase se caracteriza como o momento do pagamento de faturas, (se estão corretas e bem claras para o paciente), a certeza de que não voltará ao hospital pelo mesmo problema (resolutividade), e ainda, se o hospital e os profissionais se responsabilizam pelo atendimento no caso do problema reaparecer.

2.2.4 Indicadores de Satisfação dos Clientes

Segundo Mirshawka (1994), muitos fatores influem na satisfação do cliente. É importante para o paciente que os hospitais se preocupem em facilitar o acesso, de forma receptiva, às necessidades e solicitações. Portanto, são indicadores de satisfação: o pronto atendimento das enfermeiras em relação à assistência médica; a atenção dos médicos; o tempo que o médico dedica ao paciente; a presteza, gentileza e cuidados necessários a cada caso e um ambiente que ofereça segurança. Outro fator abordado por Mirshawka refere-se à diminuição do atraso na ação. Como indicador da satisfação do cliente está também o planejamento do tratamento, elaborado com rapidez e de início imediato. São, ainda, indicadores de satisfação: o fornecimento do apoio do Serviço de Saúde (SS) ao paciente em domicílio; o envolvimento do paciente no planejamento e controle da assistência médica; a admissão e atendimento no hospital com cortesia e rapidez e, no caso de necessidade de outros especialistas, este contato seja feito com rapidez.

Recomenda, ainda o autor, a realização de pesquisas sobre expectativas realísticas, pois elas fornecerão, sem dúvida nenhuma, subsídios para o aperfeiçoamento da Qualidade do Serviço de Saúde (QSS). Logo, a comunicação é outro fator importante, se não o mais importante. Entre os indicadores de satisfação, no fator comunicação, estão os relacionados a: disponibilidade dos médicos e enfermeiras, quando chamados pelo paciente; respostas claras dos médicos e equipe sobre as dúvidas dos pacientes; atenção e explicação das condições de saúde do paciente pelo médico ou equipe médica e enfermeiros; clareza no tipo de tratamento; rapidez dos funcionários no atendimento dos chamados dos pacientes e atenção da equipe com os acompanhantes.

O profissionalismo é também fator de satisfação do cliente. Quanto a este aspecto são indicadores o tratamento digno, a explicação do papel da enfermeira no tratamento do paciente, o melhor tratamento, o respeito à privacidade do paciente pela equipe, a boa imagem dos médicos, o profissionalismo da equipe de enfermagem e demais profissionais e o respeito

ao descanso do paciente. Outro fator a ser destacado é a continuidade da prestação dos serviços de saúde, após a liberação do hospital, em termos de cuidado com a saúde, bem como a da comunicação com os membros da equipe de saúde (ESS).

2.2.5 O Processo de Qualidade como Fator de Melhoria na Prestação de Serviços Hospitalares

Um aspecto importante a analisar sobre a qualidade é a busca de um paradigma que embase a qualidade em serviço. Barcellos (2000) destaca que esta busca vem sendo perseguida desde os anos 80, representada por estudos de diferentes autores como Grönroos (1984); Parasuraman *et al.* (1985, 1988, 1991); Cronin e Taylor (1992, 1994), entre outros.

Segundo Zeithaml (1988) e Bitner (1990), o comportamento individual do consumidor é influenciado pela qualidade em serviços.

Rebelo (1996), abordando qualidade e saúde, argumenta que em uma administração com Qualidade Total é importante que todas as pessoas se esforcem de forma harmônica em função do atendimento correto para o cliente. Todos precisam se comprometer e se responsabilizar em identificar as necessidades do cliente e, em função dessas necessidades, propiciar a sua satisfação.

Kaplan e Rieser (1996) admitem que nenhuma empresa de serviços pode ignorar a necessidade de aprimorar a competência e a eficácia de suas práticas gerenciais. Nesta perspectiva, indicam o emprego do processo de qualidade total para gerenciar a prestação de serviços ao cliente, pois esta metodologia permite que seus gerentes sejam mais eficientes e produtivos. Para tanto basta que estes enfrentem certos desafios como a identificação de problemas, a decodificação desses problemas e o comprometimento das equipes com a implantação da melhoria que se fizer necessária. Este processo, segundo a opinião desses autores, requer o emprego de método que siga pequenos passos para se alcançar a melhoria contínua como providências diárias, por um longo período, para atingir uma meta preestabelecida.

Spanbauer (1995) atesta que os gerentes podem ser o elemento de transformação e de melhoria das operações da organização. Esta afirmativa, na opinião do autor, é aplicável a todas as organizações - indústrias e de serviços, empresas do setor privado e público.

Zanon (2001), ao estabelecer um conceito de qualidade, parte do sentido da própria palavra dando-lhe o significado de “propriedade, atributo ou condição das coisas ou das pessoas, capaz de distingui-las umas das outras e de lhe determinar a natureza”. Afirma que além de representar um conceito, qualidade é também ideologia, sistema organizado, um instrumento de luta político-social, com a intenção de reaver bens e serviços em função do atendimento das necessidades do ser humano.

Em relação ao aspecto ideológico da qualidade, citado por Zanon (2001), ela é consequência dos estudos de diferentes autores como Walther, Shewhart, Deming, Juran, Ishikawa, Feingenbaum, Crosby, que comungam da mesma idéia de que é um novo momento no desenvolvimento das forças produtivas que visam uma utilização mais humana da ciência voltada para as necessidades das pessoas.

Gianesi e Corrêa (1996) relacionam a importância da qualidade total em serviços ao fato de que esta repercute na competitividade entre as organizações, em especial, quando há melhoria nos níveis de serviços prestados ao cliente pela instituição, superando a concorrência. Essa competitividade se dá em razão de que o cliente é valorizado. Para o autor, ser competitivo é superar a concorrência naquilo que o cliente mais valoriza, a qualidade dos serviços.

Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000) conceituam estratégias em serviços a partir de quatro elementos - instalações de suporte, bens facilitadores, serviços explícitos e serviços implícitos - como forma de descrever um serviço existente ou a visão de um novo serviço. Logo, o conceito de serviço se torna um projeto que transmite a clientes e empregados quais serviços eles devem receber e dar, respectivamente. Estes elementos do sistema são:

Estruturais:

- Sistema de atendimento: atividade de retaguarda e de contato com o cliente, automação, participação dos clientes.
- Projeto das instalações: tamanho, estética, *layout*
- Localização: dados demográficos sobre clientes, locação única ou múltipla, competição e características do local.
- Planejamento da capacidade: gerenciamento de filas, número de empregados, acomodação da demanda média ou da demanda de pico

Gerenciais:

- Encontro em serviços: cultura de serviços, motivação, seleção e treinamento, delegação de poder aos empregados.
- Qualidade: avaliações, monitoramento, métodos, expectativas *versus* percepções, garantia dos serviços.
- Gerenciamento de capacidade e demanda: estratégias para a alteração da demanda e para o controle do fornecimento, gerenciamento de filas.
- Informação: recursos competitivos, coleta de dados.

Zemke e Albrecht, citados por Rebelo (1996), indicam dez pontos essenciais de um processo de qualidade que levariam a melhoria da prestação de serviços hospitalares:

O primeiro ponto que requer reflexões, e que deve ser considerado, é a intensidade do impacto econômico, causado pelas atividades de prestação de serviços e que, muitas vezes, é mais forte do que a preocupação com a qualidade. A chave para essa situação está na boa utilização de recursos e qualidade efetiva de seus procedimentos.

O segundo ponto, abordado por esses autores, refere-se à posição defensiva que as organizações têm sobre a Qualidade. Muitas vezes isso acontece por distorções em seu enfoque, que busca o imediatismo de lucro.

Como terceiro ponto, consideram os autores a necessidade de que a administração veja o impacto que os serviços trazem sobre o lucro e o levem a sério. Portanto, a instituição, a partir da alta direção, precisa se sensibilizar e entender que a qualidade pode gerar dinheiro pela venda de serviços ou pela redução do desperdício.

O quarto ponto diz respeito ao tempo de permanência no desempenho de atividades de prestação de serviços, pois compreender o cliente em suas necessidades, que são mutáveis, requer o conhecimento dos diferentes fatores que interagem no processo de insatisfação e/ou satisfação daqueles.

Como quinto ponto, mencionam o fato de que os serviços hospitalares são diferentes daqueles que resultam de produtos. No caso dos hospitais, as pessoas são influenciadas por processos psicológicos e por questões ligadas aos aspectos de relacionamento e interação.

O sexto ponto refere-se à postura da maioria dos administradores, que ainda não se preocupam em controlar a “Qualidade do Produto” quando esse produto é um serviço. Há, por outro lado, um certo descuido dos administradores em controlar a qualidade do resultado de serviço, possivelmente porque os serviços de saúde são atividades descentralizadas, realizadas por vários profissionais, em diferentes setores e de modo simultâneo, o que torna quase impossível manter um controle sobre todos os envolvidos, o tempo todo.

O sétimo ponto refere-se a melhoria do serviço, a qual deve começar no topo da pirâmide organizacional, onde os administradores devem dar exemplo, fazendo o que dizem.

O oitavo ponto refere-se aos aspectos da prática e aos métodos administrativos, que deverão passar de uma diretriz unicamente de produção para uma orientação de “horas da verdade”.

O nono ponto refere-se à situação dos empregados, que devem ser convencidos da idéia de “otimização dos serviços”, pois, se os profissionais de saúde se orgulharem de seu trabalho e de sua instituição, poderão prestar o melhor serviço possível.

Finalmente, como décimo ponto, há que se refletir sobre a forma de sistema administrativo. Aqueles que são rígidos ou centralizadores, geralmente não prestam um bom serviço. O profissional de saúde precisa ter liberdade de atuação, pois as limitações impostas por certos procedimentos, diretrizes, regras e regulamentos levam à desmotivação, ocasionando descomprometimento, desperdício e baixa qualidade na prestação de serviços.

Frente a essas considerações, pode-se inferir que o emprego do processo de qualidade como fator de melhoria nos serviços hospitalares deve, em primeiro lugar, seguir esses pontos evidenciados por Zemke e Albrecht (1995), citado em Rebelo (1996). Naturalmente, sem descuidar de outros fatores que são importantes em uma organização (REBELO 1996).

Freigembaum, *apud* Martins (1998), alerta para o fato de que em uma organização a qualidade é um processo contínuo, que nunca acaba. Existirá sempre a alcançar um patamar de resultado superior ao atual e é o que caracteriza um processo de Melhoria Contínua.

Para tanto, Juran (1992) indica a adoção de ferramenta que ele chama de “lições aprendidas”, uma fonte de dados aos gerenciadores que quer dizer “o que se aprende com a experiência”. Neste sentido, recomenda que seja organizado um “banco de dados” que reúna fatos para facilitar sua busca, uma “lista de verificação”, como lembrete que indique o que

fazer e o que não fazer; roteiros constituídos de ações que devem ser seguidos sequencialmente e “listas de inovações” onde se identifiquem as barreiras encontradas para realizar um bom planejamento da qualidade.

Zanon (2001) argumenta que a melhoria na prestação de serviços hospitalares pode ser conseguida pela implantação do método de Controle da Qualidade Total (CQT), que permite padronizar a garantia da qualidade. Inicia com o planejamento, onde são previstos e estabelecidos os requisitos a serem vencidos, definida etapa a etapa na qual passa um produto, para diminuir a frequência de suas variações. Para os japoneses a qualidade é garantida pela relação de confiança que se estabelece entre produto e consumidor.

Segundo Rebelo (1996), a gestão de qualidade em organizações da saúde (hospitais) requer que se considere as diferentes atividades que ali são desenvolvidas. A começar pelo fato de que essas atividades são de âmbito assistencial, são educacionais, de pesquisa, de ensino e treinamento, portanto, existem padrões de consulta e rotinas técnicas que já são conhecidas de toda a equipe. Além do que, existe uma tradição de transmissão de conhecimento. Por outro lado, a Instituição é campo de estágio para diferentes profissionais e especialidades que recorrem a ela para complementar sua formação acadêmica. Apesar da existência de padrões de condutas é raro dispor-se de rotina de trabalho documentado. Até mesmo os prontuários existentes são deficientes quanto a registros de eventos e de medidas adotadas.

Deste modo, Rebelo (1996) recomenda a adoção da prática de criar normas e registros para desenvolver a gestão e a garantia da qualidade total. Para tanto, o autor propõe as normas elaboradas pela ISO – a série ISO 9000 composta pelo ISO 9001, 9002, 9003 e 9004. Porém, as normas mais indicadas para a instituição são as do ISO 9003 e 9004, as quais se destinam a orientar as organizações, na estrutura interna, de modo a atender os requisitos das ISO 9001, 9002 e 9003.

Segundo o autor, aquelas organizações que aplicam este conjunto de normas apresentam uma filosofia e dinâmica administrativa inovadora. Conseqüentemente, configura-se como fator de diferenciação e competitividade. Finalmente, o emprego destas normas “gera no cliente a confiança de estar adquirindo algo produzido com qualidade”.

2.3 O Suporte Nutricional Nas Instituições Hospitalares

2.3.1 A Importância da Nutrição para a Saúde do Paciente

Coppini citado em Magnoni e Cukier (2001), destaca o papel preponderante do estado nutricional do paciente relacionado com a sua evolução clínica, pois há fortes evidências de que a terapia nutricional modifica significativamente o curso da internação hospitalar e a recuperação do paciente. Basta observar que a desnutrição está diretamente ligada à maior suscetibilidade a infecções, complicações pós-operatórias e mortalidade. Conforme dados fornecidos pelo Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional (IBRANUTRI, 1999), citado por Waitzberg et al, a desnutrição nos hospitais está em torno de 50%, podendo ser considerada como o distúrbio da saúde que mais prevalece nas unidades de internação, justificando assim seu diagnóstico e imediato tratamento. Para esses autores, a importância do diagnóstico e tratamento fica patenteada na medida em que ocorrem relações entre a desnutrição e um índice maior de complicações como: demora na cicatrização, maior taxa de infecção e maior morbimortalidade. Entre os pacientes com alto risco nutricional encontram-se os que apresentam doenças hipermetabólicas, capacidade digestiva ou absorptiva reduzida, perdas de nutrientes por condições mórbidas não gastrointestinais, AIDS, obesidade e transplante de medula óssea.

Ainda Coppini, citado em Magnoni e Cukier (2001), diz que faz-se necessário estabelecer o diagnóstico do estado nutricional dos pacientes, identificando as características relacionadas aos problemas nutricionais, o que irá permitir identificar os doentes com risco nutricional ou em desnutrição. O ideal é que esta avaliação seja rotineira, prática, rápida e fácil de executar porque é a partir da coleta destes dados que proceder-se-á o tratamento dos doentes com alterações nutricionais.

Por outro lado, argumenta Coppini, citado em Magnoni e Cukier (2001), mesmo que haja uma grande variedade de medidas para a verificação do estado nutricional, não existe um método padrão de avaliação, já que todos os modelos são afetados pela doença ou pelo trauma, sendo quase impossível isolar-se o efeito da desnutrição da influência da doença sobre os resultados clínicos.

Proença (2002) salienta que a alimentação constitui-se numa das atividades humanas mais importantes, devido a razões ecológicas e por envolver aspectos sociais, psicológicos e econômicos, de fundamental importância na dinâmica de evolução das sociedades. Por sua vez, a nutrição é a ciência que estuda o conjunto de processos pelo qual o organismo vivo recolhe e transforma substâncias sólidas e líquidas exteriores de que precisa para sua manutenção, desenvolvimento orgânico e produção de energia. Portanto, a alimentação é essencial à vida, e a deficiência de alimentos, em qualquer etapa do processo vital, exerce profundas repercussões no crescimento, no desenvolvimento, na recuperação e em qualquer atividade exercida pelo ser humano. A realidade alimentar brasileira é assinalada por grandes contrastes, causados tanto pelo excesso como pela falta de alimentos. Pesquisas mostram que brasileiros com deficiências alimentares convivem, em percentual análogo, com outros que apresentam problemas de saúde decorrentes do excesso de ingestão de alimentos.

O mesmo Proença (2002), destaca que o equilíbrio alimentar valoriza-se pela conscientização da importância da alimentação na manutenção da saúde. A busca pela qualidade reflete o seu estado nutricional, as preocupações com os processos de produção e conservação de alimentos, que valorizam tudo o que for natural, estimulados pela consciência ecológica. Os avanços tecnológicos que oferecem ao mercado uma grande variedade de alimentos contribuem para a busca do equilíbrio alimentar. A saúde tem como um de seus fatores determinantes a alimentação, a qual depende da qualidade sanitária e do teor nutricional dos alimentos que a compõe, indispensável à satisfação das necessidades fisiológicas do indivíduo. A qualidade sanitária do alimento depende do controle sobre os perigos químicos, físicos e biológicos, que permeiam as etapas da cadeia alimentar, que inicia na produção e finaliza no consumo. Este processo corresponde a qualidade dos elementos e fatores envolvidos. Similarmente, as boas práticas na produção e prestação de serviços na área de alimentos são um instrumento capaz de desenvolver ações que traduzam a busca pela melhor qualidade sanitária.

Nesta abordagem, verifica-se que os procedimentos que envolvem os cuidados nutricionais, vêm se firmando por um avanço técnico de destaque à área de alimentação hospitalar, graças à informatização de procedimentos, aos instrumentos atualizados para avaliação e diagnóstico nutricional e às inovações tecnológicas na produção de refeições. Entretanto, o alimento e a alimentação, diferentes do medicamento, apresentam uma identificação para o indivíduo. Cada ser humano elabora, durante sua vida, uma identidade própria com relação ao ato de se alimentar. Poulain *et al.* (1990) consideram que um alimento,

para ser capaz de manter a vida, não deve possuir apenas quantidades nutricionais: é necessário que ele seja conhecido e/ou aceito pelo indivíduo e pelo grupo social. Da mesma forma, Puissant *et al.* (2000), citado em Sousa (2002), argumentam que, para cada indivíduo, a alimentação não deve oferecer somente as respostas nutricionais adaptadas ao tratamento do paciente. A alimentação hospitalar deve garantir outras funções como a hedônica e a social.

Poulain *et al.* (1990), citados em Souza (2002), argumentam que a alimentação hospitalar deve apresentar quatro funções essenciais: a função nutricional, a higiênica, a hedônica e a convivial. Com base nessas considerações verifica-se que o ideal é a relação de troca de experiências e de reconcepção do trabalho em equipe para qualificar os cuidados nutricionais. Ao mesmo tempo, há necessidade de se reconhecer que a alimentação, os serviços médicos e os serviços de enfermagem são fundamentais para a recuperação dos pacientes internados. A concepção de alimentação aplicada à saúde já era proclamada por Hipócrates, que confiava mais na alimentação e nos exercícios físicos do que em drogas. Uma boa dieta garante crescimento e desenvolvimento normais, aumenta a resistência às doenças, promove a prevenção de doenças crônico-degenerativas e o câncer, retarda o envelhecimento e assegura o bem-estar mental, protegendo o homem contra as toxinas do ambiente, segundo Golapain (1997), citado em Souza (2002).

Logo, com base nestas considerações, verifica-se a importância do setor de nutrição no contexto hospitalar, caracterizando-se como base para a manutenção da vida e firmando-se como a ciência da nova era.

2.3.2 Serviço de Nutrição e Dietética

Segundo Milet *et al.* (2000), a Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) é considerada como uma unidade de trabalho ou órgão de uma empresa, desempenhando atividades voltadas para a alimentação e nutrição, independente da posição que ocupa na escala hierárquica da entidade, seja em nível de divisão, seção, setor, etc. As UAN hospitalares são consideradas subsistemas que desempenham atividades – fins, pois colaboram diretamente para atingir o objetivo final da instituição, uma vez que correspondem a um conjunto de bens e serviços destinados a prevenir, melhorar e/ou recuperar a saúde da população que atendem, através de ambulatórios ou da própria hospitalização.

Partindo-se do princípio de que o paciente necessita de assistência integral e para que a mesma aconteça conforme a mais eficiente técnica, faz-se mister o concurso de serviços que venham atender a essas exigências biológicas e psicossociais. Dentre essas múltiplas necessidades, situa-se a alimentação que, ao lado dos serviços médicos e de enfermagem, ocupa um lugar de destaque, já que é indispensável à recuperação do paciente.

Conforme Waitzberg (1990), o suporte nutricional em pacientes hospitalizados ou em cuidados domiciliares é mundialmente concebido como parte integrante dos serviços médicos, pois abrange a avaliação do estado nutricional do paciente e a conseqüente reposição ou manutenção de nutrientes.

A evolução progressiva dos conhecimentos de nutrição, na área da saúde, trouxe avanços no cuidado de pacientes internados. Avanços estes que são reconhecidos nas áreas de avaliação do estado nutricional, na formulação de novas dietas, na melhoria dos métodos de acesso para a veiculação das dietas e prática de pesquisa clínica e metabólica experimental e humana. O marco inicial da nutrição clínica contemporânea é melhor identificado com a descoberta da Nutrição Parenteral Total (NPT) na Universidade de Pensilvânia, em 1968, por Stanley Dudrick. Uma das conseqüências da descoberta da nutrição intravenosa foi a necessidade de se proceder uma avaliação nutricional antes do início da alimentação. A avaliação nutricional pode ser concebida como medida do estado nutricional através de avaliação histórica, exame físico, medidas antropométricas e valores laboratoriais, incluindo também o cálculo das necessidades nutricionais.

Nas últimas três décadas o suporte nutricional vem sendo visto como responsável por prover cuidados nutricionais especiais, na maioria das instituições.

Souza (2002) salienta que a atuação do nutricionista no setor hospitalar abrange diferentes atribuições, que estão situadas em duas grandes áreas de atuação: a alimentação coletiva, que consiste em gerenciar o processo de produção de refeições e a nutrição clínica, que abrange as atividades relacionadas aos cuidados com os clientes internados, visando a prevenção e a terapia nutricional.

2.3.3 Estrutura Organizacional do Serviço de Nutrição e Dietética

Milet et al (2000) consideram a Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN), como um sistema que integra um sistema maior e que desempenha uma função útil para a assistência da organização. Para tanto, sugere o uso do funcionograma, gráfico que retrata as funções, de forma estática, respeitando a estrutura delineada pelo organograma (ver figura 3).

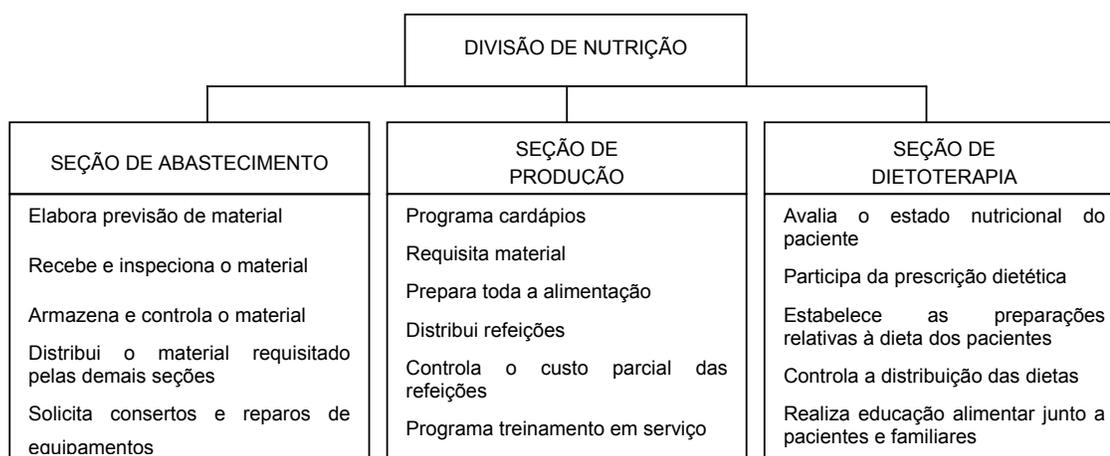


Figura 3 – Organograma da Divisão de Nutrição e Dietética

Fonte: Milet *et al.* (2000)

Conforme Milet et al (2000), a estrutura organizacional ou administrativa vem a ser o alicerce que possibilita a existência do setor, objetivando atingir as metas pré-estabelecidas. É representada pelas unidades de trabalho que reúnem grupos de pessoas para o planejamento e/ou execução das atividades sob autoridade formal.

Jucius, citado em Milet et al (2000), afirma que é somente através da estrutura que a “organização é criada, opera e dá disposição sistemática ao trabalho a ser feito”. É a necessidade de dividir o trabalho em unidades especializadas que faz surgir a estrutura tendo como fundamento a divisão racional do trabalho através do estabelecimento de atribuições, da definição dos níveis hierárquicos e linhas de autoridade e subordinação, visando um funcionamento harmonioso. Com isso, evita-se a duplicidade, negligência de autoridades e improvisações e atinge-se soluções eficientes para problemas complexos.

Faria, *apud* Milet (2000), argumenta que o que determina as funções da organização para a realização dos trabalhos são os objetivos. Assim, o grupamento das funções resulta na estrutura da organização, assim como o tipo de estrutura determina os tipos e quantidades de recursos e, ainda, os objetivos, funções e estrutura, determinam as políticas e o uso de recursos e operações.

Milet et al (2000) consideram a estrutura orgânica como o elemento base para desenvolver as atividades de uma empresa e afirma que o passo inicial para esta estruturação é a definição de objetivos gerais. Cita como exemplo de objetivo da UAN hospitalar, a assistência nutricional à clientela, visando contribuir para a prevenção, manutenção e recuperação da saúde, de acordo com os objetivos da Instituição. E, ao pretender o estabelecimento de parâmetros materiais à avaliação do desempenho do órgão, surge a necessidade de estabelecer-se objetivos específicos, como 2º passo. O 3º passo vem a ser a definição de atividades a serem desenvolvidas, com vistas à consecução dos objetivos.

2.3.4 Competências do Serviço de Nutrição e Dietética

Teixeira et al (2000) define as Unidades de Alimentação e Nutrição como órgãos de estrutura administrativa simples, mas de funcionamento complexo, já que, geralmente, neles se desenvolvem atividades enquadradas em funções técnicas, administrativas, comerciais, financeira / contábil e de segurança. Funções que são indispensáveis a qualquer empresa.

Segundo a autora citada, o êxito no funcionamento das UAN está atrelado à normatização de todas as operações desenvolvidas, que devem ser respaldadas nos cinco elementos do processo administrativo básico, preconizado por Fayol: previsão, organização, comando, coordenação e controle. É esta normatização das operações para o funcionamento das UAN que irá oportunizar a racionalização do trabalho, permitindo uma constante avaliação de desempenho, a partir do qual pode-se definir as modificações necessárias e tornar-se possível, em tempo hábil, as reformulações e redirecionamentos necessários.

Milet et al (2000) destaca as principais operações realizadas na UAN:

- diagnóstico das necessidades nutricionais e do padrão sócio-econômico e cultural da clientela;
- diagnóstico da disponibilidade de recursos humanos, materiais e financeiros da

instituição;

- programação das dietas dos pacientes internados e de ambulatório;
- programação das refeições da clientela, de acompanhantes e de funcionários;
- previsão quantitativa e financeira de gêneros alimentícios e outros materiais;
- abastecimento (recepção, armazenamento e movimentação) dos gêneros alimentícios e outros materiais;
- preparo e distribuição de dietas e refeições;
- vigilância sanitária das matérias-primas e do ambiente;
- programação, implementação e avaliação de cursos e palestras;
- orientação de estagiários da área de saúde;
- orientação dietética a pacientes e familiares;
- acompanhamento e avaliação da evolução do paciente;
- realização de estudos e pesquisas;
- treinamento de pessoal;
- comando técnico e administrativo do pessoal;
- comunicação inter e intra-departamental;
- organização dos trabalhos e dos registros.

Teixeira et al (2000) refere ainda que ao considerar como objetivo de uma UAN a manutenção da saúde da clientela, através da alimentação adequada, é preciso desenvolver atividades que atendam a alguns requisitos como refeições:

- equilibradas em nutrientes, conforme os hábitos alimentares da clientela,
- seguras, sob o aspecto de higiene,
- ajustadas à disponibilidade financeira da empresa.

Mas, antes de mais nada, é imprescindível que sejam desenvolvidas as atividades de planejamento e controle, onde também são elaborados os instrumentos de comunicação, como fichas e formulários, fontes indicadoras de informações. A eficiência na avaliação de determinada situação depende da exatidão e fidedignidade da informação recebida.

Por isso, os instrumentos de registros das UAN devem ser claros, precisos e de fácil preenchimento, portadores das seguintes características:

- praticidade - obtida na rotina da unidade;
- simplicidade de cálculos - cálculos fáceis, feitos por funcionários de nível médio;
- identidade de resultados - que leve a resultados comparáveis.

As atividades de planejamento devem ser desenvolvidas por todos os chefes, independente de seu nível hierárquico. Em se tratando das UAN, que objetivam oferecer uma alimentação adequada às necessidades nutricionais da clientela, é preciso definir previamente as necessidades em calorias e que passarão a ser utilizadas como parâmetro, para a avaliação do Valor Calórico Total (VCT) das refeições oferecidas. Precisa também ser definida a distribuição percentual em relação a carboidratos, proteínas e gorduras, do VCT. A recomendação usual é que defina-se 55 a 65% do V.C.T. para carboidratos, 10 a 15% para proteínas e 20 a 30% para lipídios. Quando é oferecido lanche, este pode representar 5 a 10% do VCT, retirados da refeição almoço ou jantar.

Quando não são obtidos dados locais para definir o VCT, a sugestão é que o nutricionista tome como parâmetro as recomendações assinaladas para o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) que determina, no mínimo, 1.400 calorias para as grandes refeições, 300 calorias para as pequenas, com no mínimo 6% de proteína líquida (N.Dpcal). Deve ser considerado, também, o equilíbrio das vitaminas e minerais, pois a deficiência destes elementos na metabolização dos princípios básicos poderá trazer conseqüências negativas.

Um segundo ponto a ser considerado é o estabelecimento do padrão dos cardápios que deve ser compatível com sua disponibilidade de mercado, hábitos alimentares, condições sócio-econômicas da clientela e peculiaridades de cada unidade.

O ponto seguinte é a definição “*per capita*” de cada alimento e seus prováveis substitutos. Para tanto é preciso dispor de informações sobre os hábitos alimentares da clientela e suas necessidades calóricas. Esta definição garante o equilíbrio dos cardápios, orienta na previsão de compras e aquisições, além de funcionar como parâmetro para avaliar a cobertura da alimentação oferecida.

Outro ponto a ser destacado é o planejamento dos cardápios básicos com o objetivo de montar um controle eficiente também para o custo das refeições. Na elaboração destes cardápios deve-se levar em conta que precisam satisfazer às necessidades energéticas e em nutrientes, garantindo saúde, capacitação para o trabalho e “performance” física desejável ao indivíduo. No momento da elaboração dos cardápios, além do respectivo padrão, devem ser observados outros aspectos básicos fundamentais como:

- necessidades nutricionais;
- disponibilidade do gênero no mercado;

- recursos humanos;
- disponibilidade da área e equipamentos;
- hábitos alimentares da clientela, além da adequação ao clima, digestibilidade, consistência das preparações, equilíbrio de cores e repetição de alimentos em preparações diferentes.

Os dados referentes ao número de refeições servidas funciona como base aos indicadores de avaliação e também como subsídio para medir a frequência ao refeitório.

A estimativa de custo para Cardápios-Padrões realiza-se com o objetivo de definir parâmetros para a apuração e avaliação dos custos realizados, bem como para elaborar o orçamento (TEIXEIRA et al 2000).

2.3.5 Estratégias de Atendimento ao Cliente

Ginani e Araújo (2002) trazem importantes considerações para o serviço de nutrição hospitalar, quando relacionam Gastronomia e Dietas Hospitalares. Segundo as autoras, elaborar cardápios para coletividades enfermas exige a observância dos aspectos convencionais relacionados à coletividade sadia, somando-se uma ou mais patologias e características inerentes a cada pessoa. Deve-se considerar que a condição clínica do paciente pode alterar a avaliação sensorial do alimento (sentidos x alimento), uma vez que sua percepção estará provavelmente prejudicada ou influenciada negativamente pela terapêutica medicamentosa adotada e pelo ambiente hospitalar. Para obter adesão à dieta proposta, é relevante que o paciente entenda suas carências nutricionais e a exigência terapêutica de exclusão e/ou introdução de alimentos.

Destacam, ainda, as autoras que a relação entre gosto e aroma, normalmente, assume grande relevância. Em dietas com redução ou exclusão de gordura, açúcar ou sal, o *“flavour”* pode sofrer alterações. Para a personalização da dieta dos pacientes é importante introduzir alguns procedimentos: avaliar a questão organoléptica, explorando a aparência, aroma, textura e sabor para compensar a falta de ingredientes que o paciente julgaria indispensáveis; ressaltar a montagem dos pratos, utilizando a variação e a harmonia entre as cores, bem como a seleção dos ingredientes da preparação; conhecer técnicas de preparo, composição química e funcionalidade dos ingredientes, para facilitar a elaboração de preparações distintas, com bons

resultados e utilizar especiarias e condimentos, que podem compensar a ausência de outros ingredientes, gerando percepções tão saborosas quanto as originais (GINANI E ARAÚJO, 2002).

Segundo Souza (2002), vem da França uma série de estratégias da equipe de saúde, que visam a melhoria da qualidade do atendimento ao paciente, do ponto de vista alimentar e nutricional. Como o paciente é o centro das atenções do setor e o objetivo é o restabelecimento da convivibilidade e da revalorização da alimentação destacam-se algumas inovações, como:

- a implantação de métodos de qualidade, envolvendo aspectos nutricionais, higiênicos, psicossensoriais e simbólicos;
- a personalização das refeições do paciente, graças à utilização de sistemas informatizados entre as unidades de internação e de produção de refeições;
- a utilização de métodos para identificação prévia de pacientes com risco de desnutrição;
- a criação de estruturas compostas de equipes pluridisciplinares para coordenar os problemas da alimentação hospitalar.

2.3.6 Avaliação da Qualidade dos Serviços

Examinando-se a literatura sobre avaliação de serviço de nutrição, observa-se que ela constitui um elemento fundamental e necessário para a eficiência do serviço e para planejamentos futuros, identificando problemas e/ou constatando se os objetivos foram ou não alcançados (GRANDA, 1986).

Para Fayol, citado por Granda (1986), a avaliação deve ser contínua e, é inerente à função da nutricionista. Para tanto, sugere o uso de indicadores e instrumentos de registros para a realização da avaliação do Serviço de Nutrição e Dietética (SND) da área hospitalar, adaptado conforme cada realidade e as características de cada SND.

Zanon (2001) refere que a avaliação em hospitais envolve a estrutura, o processo e os resultados. Seu significado é estimar, apreciar ou julgar alguma coisa, que está relacionada a critérios e valores resultantes que possam servir de parâmetros. Com base nos dizeres de Donahedian, citado pelo próprio Zanon, este propõe um modelo para avaliar os serviços de saúde através da inspeção da estrutura existente, do estudo dos processos médico-assistenciais

e administrativos utilizados e da verificação dos resultados da internação. A avaliação de processos nos dizeres de Zanon é o conjunto de causas, responsável por um ou mais efeitos, que se realiza utilizando ferramentas como carta de tendências, fluxogramas, estratificação, folha de verificação, gráfico de pareto e diagrama de causa e efeito. Neste sentido, ela requer padrões, normas, rotinas e condutas pré-estabelecidas. E, ainda pode ser realizada caso a caso, pela auditoria de prontuários, ou coletivamente, pela análise de indicadores numéricos.

Ainda, Zanon (2001) considera que usualmente, os hospitais utilizam a avaliação segundo dois critérios básicos: qualidade e produtividade. Na avaliação segundo critérios de produtividade, os indicadores dizem respeito ao volume de serviços prestados na instituição (paciente/dia; média de paciente/dia; leito/dia; taxa de ocupação hospitalar e outros). No caso de indicadores de custo, estes envolvem despesa média por serviço prestado a um paciente, num dia hospitalar ou por centro de custos de materiais, de medicamentos, de material de despesa, de manutenção, de nutrição, de serviços especiais entre outros. Já a avaliação dos resultados baseia-se na determinação das condições em que os pacientes deixaram o hospital e se está de acordo com suas expectativas. Neste sentido, a qualidade da assistência administrativa (atendimento) é avaliada pela expectativa do paciente, através de questionários específicos sobre como o cliente percebe a qualidade dos serviços.

Teixeira (2000) argumenta que não há um modelo ideal de avaliação para os serviços de nutrição, pois cabe ao nutricionista oferecer aos comensais a oportunidade de analisar os vários aspectos que envolvem o funcionamento das UAN em relação às suas expectativas. Para atingir este propósito é preciso que seja definido, durante o planejamento, o valor do parâmetro que mede o grau de satisfação do comensal. O referido parâmetro precisa estar correlacionado às condições de trabalho oferecidas ao profissional nutricionista com base em pesquisa de satisfação.

Das considerações de Teixeira pode-se observar que os subsídios que forem coletados na avaliação permitem verificar a qualidade do desempenho do profissional e do órgão sob sua responsabilidade, dando-lhe respaldo para reivindicações com vistas à melhoria do funcionamento, já que oportunizam detectar necessidades de reformulações, relacionadas a aspectos diversos como: treinamento dos recursos humanos e melhoria das condições físicas, etc. O Controle de Qualidade do Atendimento Médico Hospitalar de São Paulo (1998), via “Manual de Orientação Hospitalar dos Participantes”, sugere que o uso dos indicadores só será possível mediante aplicação desses, em amostra representativa da coletividade. Destaca

uma série de itens que se configuram como indicadores para a área de nutrição e alimentação listados a seguir:

- temperatura dos alimentos;
- pacientes que recebem dietas inadequadas;
- pontualidade na resposta aos pedidos;
- precisão do conteúdo das bandejas;
- incidentes com os pacientes;
- quantidade de alimentos desperdiçados;
- pacientes sem intervenção cirúrgica que recebem comida em bandejas;
- cumprimento com os procedimentos de controle de infecção e com as medidas de vigilância;
- precisão nas avaliações nutricionais;
- satisfação de clientes.

Para Fayol, citado por Teixeira et al (2000), a atividade de controle consiste em verificar se tudo ocorre conforme o plano adotado, as instruções emitidas e os princípios estabelecidos. Tem por meta fazer o levantamento de falhas e erros para retificá-los e evitar sua reincidência. É uma atividade abrangente, cabendo ao nutricionista verificar se os objetivos estabelecidos para a UAN estão sendo cumpridos, reportando-se ao seu planejamento. Também, o levantamento diário do número de refeições oferecidas, por tipo de refeição e clientela atendida, é uma informação imprescindível, pois constitui um dado que fornecerá subsídios para assegurar o cumprimento da meta preestabelecida pela UAN quanto ao número de comensais a atender.

Outros dados a serem averiguados são os da verificação da cobertura (em calorias e nutrientes) e da aceitação da alimentação servida, pois propiciam base para avaliar o cumprimento de um dos objetivos específicos da UAN. Apenas o resultado positivo em relação à cobertura da alimentação oferecida não garante a consecução do objetivo da Unidade, no que diz respeito à adequação às necessidades nutricionais, pois as refeições poderão estar balanceadas, mas não serem consumidas pela clientela, por falha na elaboração e execução dos cardápios. Como complemento desta avaliação, propõe-se o controle do rejeito, através da aplicação do indicador de restos (IR), que é representado pela relação percentual entre o peso da refeição rejeitada (PR) e distribuída (PRD), que pode ser assim representado:
$$IR = \frac{PR \times 100}{PRD}$$

3 PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Mesmo que uma pesquisa de marketing seja realizada para gerar informações, as empresas podem não utilizá-las imediatamente, na resolução de seus problemas. O pronto uso das informações é influenciado pela qualidade da Pesquisa de Marketing, pela conformidade às expectativas criadas, pela clareza da apresentação, pela aceitabilidade política dentro da empresa e pela mudança do *status quo* (AAKER *et al.*, 1998).

A pesquisa de marketing pode ser considerada como instrumento de pesquisa científica, com procedimentos sistemáticos, via etapas metodologicamente corretas, bem documentadas e planejadas antecipadamente, tanto quanto possível. Como procura fornecer informações precisas, que reflitam uma situação verdadeira e imparcial, apresenta a característica da objetividade. A confiabilidade dos resultados se associa ao atendimento desses procedimentos (CHURCHILL, 2000; MALHOTRA, 2001).

3.1 Etapas de uma Pesquisa de Marketing

Uma seqüência de passos a serem cumpridos em uma pesquisa são sugeridas por diferentes autores: Albrecht & Bradford (1992) descrevem um projeto de pesquisa com clientes, contemplando cinco fases: planejamento do projeto de pesquisa; elaboração do questionário; coleta de dados; processamento dos dados e relatório de resultados; enquanto Mattar (1996) detalha o processo de pesquisa em etapas, fases e passos, apresentados no Quadro 1.

Etapas	Fases	Passos
Reconhecimento e formulação do problema da pesquisa	Formulação, determinação ou constatação de um problema de pesquisa Exploração inicial do tema	
Planejamento da pesquisa	Definição dos objetivos Estabelecimento das questões da pesquisa e (ou) formulação da hipótese Estabelecimento das necessidades de dados e definição das variáveis e de seus indicadores Determinação das fontes de dados	
	Determinação da metodologia	Determinação do tipo de pesquisa Determinação da população de pesquisa, do tamanho da amostra e do processo de amostragem Planejamento da coleta de dados Previsão do processamento e análise dos dados
	Planejamento da organização, cronograma e orçamento Redação do projeto de pesquisa e (ou) de proposta de pesquisa	
Execução da pesquisa	Preparação de campo	Construção, pré-teste e reformulação dos instrumentos de pesquisa Impressão dos instrumentos Formação da equipe de campo Distribuição do trabalho no campo
	Campo	Coleta de dados Conferência, verificação e correção dos dados
	Processamento e análise	Digitação Processamento Análise e interpretação Conclusões e recomendações
Comunicação dos resultados	Elaboração e entrega dos relatórios de pesquisa Preparação da apresentação oral dos resultados	

Quadro 1: Processo de Pesquisa de Marketing

Fonte: Mattar, 1996, p.16

Kotler (1998, 2000) apresenta cinco etapas, representadas na figura abaixo, como método científico de pesquisa de marketing, que serão detalhadas na sequência.

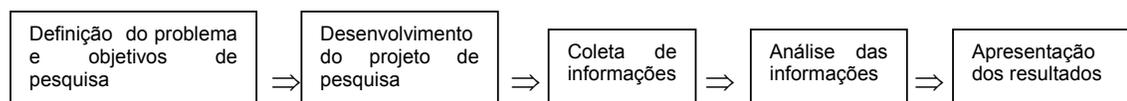


Figura 4: Processo de Pesquisa de Marketing

Fonte: Kotler (1998)

3.1.1 Definição do Problema e Objetivos de Pesquisa

Nesta etapa é preciso definir cuidadosamente o problema e os objetivos da pesquisa, destacando as necessidades dos clientes, abordadas de forma ampla ou restrita. No entanto, nem todos os projetos de pesquisa podem ser específicos na definição de seus objetivos.

De acordo com os objetivos, a pesquisa é classificada como: exploratória, quando descreve a natureza real do problema e sugere possíveis hipóteses ou novas idéias; descritiva, quando apura determinadas magnitudes e causal, que é aquela que testa uma relação de causa e efeito (KOTLER, 1998).

Já Boyd et al. (1989) classificam as pesquisas de marketing em exploratórias e conclusivas, sendo que as conclusivas podem ser descritivas ou experimentais.

Ao estabelecer os objetivos de uma pesquisa devem ser considerados: o tempo e os recursos disponíveis, a acessibilidade aos detentores dos dados e a disponibilidade de meios de captação de dados.

Segundo Samara e Barros (1997), o pesquisador deve ter em mente três indagações ao definir o propósito de uma pesquisa: Porque a pesquisa deve ser realizada? Quais as possíveis respostas a serem obtidas para os problemas ou oportunidades definidos? Quais decisões devem ser tomadas a partir dos resultados da pesquisa?

Complementando, Churchill e Nielsen (1996), Hair *et al.* (2000), citados por Santos (2001), apresentam a identificação do problema e definição dos objetivos como uma importante fase de uma pesquisa e formalizam o papel do pesquisador em:

1. *Definir claramente o problema de marketing.* A pesquisa deve ser conduzida de forma a que seu resultado possa auxiliar no processo de tomada de decisão. Neste sentido, o pesquisador deve compreender o contexto em que está inserido o problema e identificar os aspectos relevantes, tomando o cuidado de distinguir os sintomas do problema. O problema de *marketing* normalmente é estruturado de forma subjetiva, emocional e expresso em linguagem empresarial;

2. *Redefinir o problema de marketing em um problema de pesquisa.* O problema de pesquisa deve ser estruturado de forma objetiva, analítica e expresso em uma linguagem científica. O pesquisador pode definir o problema de pesquisa, respondendo as seguintes perguntas em relação ao problema de *marketing*: onde, quando, o que, por que, quem e como? Esta técnica é conhecida por 5W1H;
3. *Determinar o objetivo da pesquisa.* O pesquisador deve definir o objetivo de forma concisa, mensurável e realista. Caso seja necessária mais de uma frase para definir o objetivo, provavelmente existam duas pesquisas a serem conduzidas;
4. *Estabelecer o valor da informação.* A pesquisa deve ser conduzida apenas caso o custo para a obtenção da informação não exceda seu benefício ao processo de tomada de decisão.

3.1.2 Desenvolvimento do Projeto de Pesquisa

O preparo de um plano de pesquisa exige decisões sobre fontes de dados, abordagens e instrumentos de pesquisa, plano de amostragem e métodos de contato.

3.1.2.1 Fontes de Dados

Em pesquisa de *marketing* podem ser utilizadas fontes de dados primários ou secundários, na busca das informações. Dados *secundários* são os já coletados para outros propósitos, oferecem um ponto de partida para a pesquisa, apresentam vantagens de baixo custo e pronta disponibilidade, tirando proveito de trabalhos anteriores. Podem ser obtidos a partir da base de dados do sistema de informação da própria empresa ou através de periódicos, associações de comércio ou de órgãos governamentais. A pesquisa de dados secundários não tem um formato padrão, sendo mais um exercício de iniciativa individual. Pode ser uma etapa exploratória na busca de dados primários, em pesquisas descritivas ou experimentais ou a única fonte de dados em pesquisas exploratórias (BOYD et al., 1989, citado por BATTESINI, 2002).

Os dados secundários sempre devem ser verificados quanto à metodologia utilizada para a sua obtenção. Esta verificação fornece subsídios sobre a confiabilidade e a validade dos

dados, assim como ajuda a determinar se eles podem ser generalizados para um problema de pesquisa de interesse. Dados secundários podem apresentar uma série de erros e imprecisões. Para evitá-los, é desejável combinar dados secundários obtidos de diferentes origens. A combinação de dados secundários permite compensar a fraqueza de uma fonte com as forças de outra (Malhotra, 2001). Uma indicação geral da confiabilidade dos dados pode ser obtida pela análise da experiência, credibilidade, reputação e integridade da fonte (AAKER *et al.*, 1998, citado por SANTOS, 2002).

Os dados primários são reunidos para um propósito ou um projeto específico e a maioria dos projetos de pesquisa de marketing envolve alguma coleta de dados primários. São necessários quando as informações não estão disponíveis, estão desatualizadas, são imprecisas, incompletas ou não confiáveis. São informações obtidas através de um processo formalizado de pesquisa, para a necessidade atual de informação, sobre o objeto de pesquisa e se constituem no *output* de dados em pesquisas exploratórias, descritivas ou experimentais. São conhecidos como dados brutos, nunca coletados anteriormente, envolvendo o acesso direto a consumidores, telespectadores, intermediários, leitores. (KOTLER, 1998 e CHURCHILL, 2000).

O pesquisador também pode ter necessidade de utilizar, em uma mesma pesquisa as duas fontes, quando os dados secundários são usados para complementar as informações novas coletadas. Um questionário aplicado por uma companhia aérea, aos clientes na agência ou balcão de *check-in*, é uma fonte primária; a fonte secundária poderia ser o histórico de reclamações de clientes. (MALHOTRA, 2001).

3.1.2.2 Abordagens da Pesquisa

Os dados primários podem ser coletados, segundo Kotler (1996), da pesquisa por observação, grupo-foco, levantamento, dados comportamentais e pesquisa experimental, assim caracterizadas:

1. **Pesquisa por observação** - é desenvolvida a partir da observação do comportamento dos participantes, na interação com o objeto de pesquisa. Indicada para pesquisa exploratória.

2. **Pesquisa de grupo-foco** - também recomendada para pesquisa exploratória, consiste na reunião de seis a dez pessoas convidadas para passar algumas horas com um moderador experiente para discutir um produto, serviço, organização ou outra entidade de marketing. O papel do moderador é estimular a livre discussão, provocando a revelação dos sentimentos e das idéias em profundidade e, com o adequado direcionamento desta dinâmica, registrar todas as informações que possibilitem o estudo do comportamento dos participantes. Contudo, os pesquisadores devem evitar a generalização dos sentimentos relatados considerando que a amostra é muito pequena e não foi randomicamente escolhida.

3. **Pesquisa de levantamento** – os levantamentos são mais indicados para a pesquisa descritiva. Em geral, os levantamentos são utilizados pelas empresas para descobrir o conhecimento, crenças, preferências e satisfação, entre outros, sobre as pessoas e, ainda, mensurar estas magnitudes na população. É entendida como abordagem intermediária entre o grupo-foco e a experimental.

4. **Dados comportamentais** – relaciona o comportamento real dos consumidores, consultando o registro da base de dados existente, com o que declararam ao responder às pesquisas.

5. **Pesquisa experimental** - representa a pesquisa com maior validade científica. Adapta-se a pesquisa causal, exige a seleção de grupos de assuntos relacionados, submetendo-os a diferentes tratamentos, controlando as variáveis externas e checando se as diferenças das respostas observadas são estatisticamente significativas. Esta forma de pesquisa propõe-se a detectar relacionamentos de causa e efeito, ao eliminar explicações divergentes de constatações observadas.

Na coleta de dados primários, por pesquisa de “levantamento”, pode ser utilizado o método de entrevista pessoal que, conforme Santos (2002), é praticado na forma de participação de um entrevistador, que faz perguntas e registra as respostas, diante de um respondente.

Dentre as principais vantagens verificadas ao se utilizar pesquisa de levantamento por entrevistas pessoais, pode-se relacionar:

- o entrevistador pode apresentar questionários complexos, explicar e esclarecer pontos julgados difíceis de serem compreendidos pelos respondentes;

- a interação entre entrevistador e respondente pode motivar o respondente a gastar mais tempo na entrevista e expressar o seu real sentimento sobre o tema abordado;
- o contato pessoal aumenta a taxa de retorno das respostas (que é, em média, 80%);
- o controle da amostra de respondentes previamente escolhida;
- a codificação, análise e a interpretação dos dados são relativamente fáceis.

As principais desvantagens relacionadas ao uso de levantamento por entrevistas pessoais são: tornam-se mais dispendiosas que levantamentos por questionários, meio eletrônico e postal; sujeitam-se a tendência do entrevistar ao influenciar respostas e impedem o anonimato dos respondentes, em razão da participação do entrevistador.

Churchill (2001) descreve quatro tipos de pesquisas exploratórias, como etapa inicial de trabalho:

1. *Revisão da literatura*: obtenção de dados ou idéias sobre o problema de pesquisa em artigos, publicações científicas, reportagens, revistas, jornais e livros;
2. *Pesquisa com informantes-chave*: busca o conhecimento ou experiência de pessoas que sejam familiarizadas com o assunto investigado;
3. *Grupos focais*: agrupamento de um pequeno número de indivíduos para promover uma conversa a respeito de algum tópico de interesse do pesquisador, sendo a discussão dirigida por um moderador;
4. *Análise de casos selecionados*: estudo intensivo de indivíduos, grupos ou instituições através de dados existentes, observação de fenômenos quando de sua ocorrência, condução de entrevistas não-estruturadas ou outra técnica.

As pesquisas descritivas, segundo Churchill (2001), servem para detalhar as características de certos grupos, estimar a proporção de pessoas em uma população específica que se comporta de determinada maneira e fazer previsões específicas. Boyd *et al.* (1989) afirmam que estas pesquisas fornecem informações que auxiliam os executivos a tomar decisões mais racionais, devendo coletar dados para um propósito específico. Pela ordem proposta pelos autores, a etapa descritiva ocorre imediatamente após o levantamento de hipóteses, a partir da etapa exploratória, e leva à tomada de decisão e geração de novas idéias. Malhotra (2001) define que a pesquisa descritiva, ao contrário da exploratória, é marcada por

uma definição clara de um problema, hipóteses específicas e necessidades de informações detalhadas.

A existência de dois tipos de estudos descritivos é proposta por Churchill (2001), quais sejam: *o estudo longitudinal* - que se aplica quando o objetivo da pesquisa é um processo dinâmico, fenômenos que mudam no tempo, à medida que o pesquisador busca compreender suas origens e conseqüências. Por esta razão, este tipo de estudo utiliza-se de um painel, com número fixo de respondentes relativamente constante ao longo do tempo, permitindo averiguar as dimensões do objeto em estudo antes e depois da intervenção de um certo fenômeno, determinando se o acontecimento tem ou não efeitos sobre a amostra; *estudo em corte transversal* - que é mais comum nas pesquisas em Marketing, provê um fotografia das variáveis de interesse num ponto único do tempo, utilizando-se para tanto, de uma amostra representativa da população de interesse.

As pesquisas descritivas podem ser caracterizadas como quantitativas ou qualitativas. As pesquisas quantitativas contêm procedimentos que buscam propiciar análises numéricas das relações evidenciadas pelo detalhamento do problema de pesquisa (MALHOTRA, 2001).

Uma pesquisa quantitativa procura medir o grau em que algo está presente numa determinada população (Samara e Barros, 1997). Os dados obtidos de uma pesquisa quantitativa provêm de um grande número de respondentes, através de questionários estruturados que posteriormente são submetidos a análises estatísticas formais (Malhotra, 2001). As pesquisas qualitativas procuram obter profundidade sobre o problema de pesquisa, em detrimento a possíveis análises numéricas e estatísticas dos resultados obtidos (GREENHALGH e TAYLOR, 1997, citados por SANTOS, 2002).

3.1.2.3 Instrumentos de Pesquisa

Os instrumentos de coleta de dados primários são os questionários e os instrumentos mecânicos (Kotler 1998), assim descritos:

1. Questionários - consiste de um conjunto de questões a serem respondidas por entrevistados.

Por ser um instrumento mais flexível, é comumente empregado para obtenção de dados primários, no estágio exploratório da pesquisa. Os questionários precisam ser cuidadosamente desenvolvidos, testados e corrigidos antes de serem usados em larga escala. Ao elaborá-los, o pesquisador deve escolher as questões, suas formas, tipo de redação e seqüenciamento, com muito cuidado. Podem ser utilizadas questões fechadas que pré-especificam todas as respostas possíveis e os respondentes podem escolher entre elas, facilitando a interpretação e tabulação dos resultados. As questões fechadas têm diferentes formas de apresentação, conduzindo suas respostas, como *Sim* ou *Não* nas questões Dicotômicas; com três ou mais respostas nas de Múltipla Escolha; declarando o grau de concordância/ discordância nas de Escala de Likert; uma escala conectando palavras antagônicas nas de Diferencial Semântico; uma escala classificando a importância de atributos nas de Escala de Importância; avaliando atributos de “ruim a excelente” nas de Avaliação e uma escala que descreve a intenção do respondente nas de Escala de Intenção de Compra ou de Uso. As questões abertas, em contraponto, permitem o uso da linguagem própria dos pesquisados porque suas respostas são construídas emitindo opiniões, associando palavras, complementando frases, histórias ou ilustrações e criando histórias no caso do teste de percepção temática. A redação e seqüenciamento das questões representam outro fator que merece cuidado especial do pesquisador. Devem fluir em ordem lógica, as palavras usadas devem ser diretas, simples e não viesadas. O pré-teste das perguntas deve ser feito junto a uma amostra de respondentes antes de usadas.

Churchill (2001) e Malhotra (2001) orientam o desenvolvimento de questionários, observando as etapas a seguir: especificação das informações necessárias; determinação do tipo de questionário e método de administração; escolha e desenvolvimento de escalas; superação da inabilidade e da falta de vontade para responder o questionário por parte da amostra selecionada; determinação da ordem das questões; tradução e tradução reversa.

2. Instrumentos mecânicos – vários dispositivos mecânicos podem ser empregados para obter as informações dos respondentes. É possível medir interesse ou emoções, monitorar o movimento dos olhos, analisar a descrição de fatos ou cenas.

A pesquisa pode ter ainda *natureza qualitativa ou quantitativa*. As entrevistas, grupos-foco e pesquisas por observação são exemplos de métodos qualitativos, enquanto a pesquisa por levantamento e a pesquisa experimental constituem métodos quantitativos.

3.1.2.4 Plano de Amostragem

Primeiramente, devem ser definidos a unidade de amostragem, o tamanho da amostra e o procedimento da amostragem. Estabelecer a unidade de amostragem significa determinar quem será pesquisado, preservando chance igual a cada componente da população-alvo a ser amostrado. O número de pessoas a serem pesquisadas corresponde ao tamanho da amostra. Acredita-se que grandes amostras fornecem resultados mais confiáveis, porém, utilizando um procedimento de amostragem confiável, freqüentemente, menos de 1% da população fornece boa credibilidade (KOTLER, 1998).

Em amostragem utilizam-se as amostras probabilísticas e não-probabilísticas. Nas amostras probabilísticas todos os elementos da população têm igual probabilidade, e diferente de zero, de serem selecionados para compor a amostra (Samara e Barros, 1997). Nas amostras não-probabilísticas, utilizam-se critérios subjetivos para selecionar as amostras. Uma amostra probabilística é melhor, pois permite inferência sobre o universo, o que não ocorre em amostras não probabilísticas já que é desconhecido o erro cometido na escolha dos elementos que farão parte da amostra (CHURCHILL e NIELSEN, 1996, citados em BATESINI, 2002).

Para Kotler (1994) a amostra probalística é classificada em aleatória simples, aleatória extratificada, por conglomerado e sistemática. E amostra não probabilística em amostra por conveniência, julgamento e cota. Esta classificação esta detalhada no Quadro 2.

Amostra Probabilística	Aleatória Simples	Cada elemento da população tem a mesma chance de ser selecionado.
	Aleatória Estratificada	A população é dividida em grupos homogêneos mutuamente exclusivos (estratos) e a amostragem aleatória simples é realizada para cada grupo.
	Por conglomerado(área)	A população é dividida geograficamente em grupos exclusivos (como sub-populações) e o pesquisador faz a amostragem dos grupos.
	Sistemática	A população é dividida geograficamente em grupos homogêneos (quarteirões) mutuamente excludentes e as amostras são extraídas de cada um dos grupos. A escolha dos integrantes da amostra ocorre <i>in loco</i> , através de um intervalo pré-estabelecido (a cada 10 residências).
Tipo de Amostra Não-Probabilística	Conveniência	Os respondentes são selecionados de acordo com a conveniência do pesquisador; são pesquisados os membros da população mais fáceis e disponíveis. É uma técnica não conclusiva e menos confiável, apesar de ser simples e barata.
	Julgamento	Os respondentes são selecionados pelo julgamento do pesquisador, de forma a obter informações relevantes.
	Cota	O pesquisador localiza e entrevista um número prescrito de respondentes para cada uma das categorias por ele estabelecidas (idade, sexo, instrução)

Quadro 2: Tipos de amostras Probabilísticas e Não-Probabilísticas

Fonte: Kotler (1994)

3.1.2.5 Métodos de Contato

Os métodos de contato mais comumente utilizados são o pessoal, postal e telefônico, e mais recentemente computacional. Os métodos de coleta de dados estão melhorando graças aos computadores e a telecomunicação (KOTLER 1996).

No Quadro 3 são apresentados as principais características dos métodos de contato, contemplando posições de Kotler (1996) e Samara e Barros (1997).

Métodos	Características
Pessoal	É o método mais versátil e caro podendo ser utilizado em entrevistas planejadas ou em entrevistas de interceptação.
	Entrevista planejada com os respondentes selecionados, ao acaso ou por estratos, abordados em visitas pessoais, normalmente agendadas por telefone. É freqüente o pagamento ou a premiação pelo tempo despendido.
	Entrevista por interceptação é feita em locais de grande circulação de pessoas, mas deve ser planejada para ser rápida. São utilizadas em amostras não-probabilísticas.
Postal	É uma forma de coleta de dados de longo alcance em termos geográficos, porém deve-se ter cuidados quanto à clareza, para evitar que dúvidas possam prejudicar as respostas. Os problemas deste tipo de coleta são a baixa taxa de retorno e a sua lentidão.
Telefônico	É o melhor método de coletar informações rapidamente, além de ter uma taxa de resposta alta, quando comparada a questionários enviados por via postal. A entrevista por telefone apresenta um número maior de recusas por parte do entrevistado, quando comparada a entrevista pessoal. No caso em que a população a ser pesquisada não tem acesso a telefone, os resultados da pesquisa podem não ser representativos. A principal dificuldade é que as entrevistas precisam ser curtas e não muito pessoais
Computacional	Os terminais interativos e auto-explicativos, colocados em locais de grande movimento, são um exemplo. A maioria dos respondentes gosta desta forma de entrevista informatizada.

Quadro 3: Características dos Métodos de Contato

Fonte: Battesini (2002)

3.1.3 Coleta de Informações

A fase da coleta de dados é, normalmente, a etapa mais cara e sujeita a erro. No caso de pesquisa de levantamento, podem surgir quatro grandes problemas: alguns respondentes podem não estar em casa e devem ser contatados novamente ou substituídos; os respondentes podem se recusar a cooperar; os respondentes podem dar respostas erradas ou desonestas e, por fim, alguns entrevistadores podem não ser confiáveis (Kotler, 1998). Na execução dos trabalhos de campo são essenciais uma seleção criteriosa e treinamento dos entrevistadores e supervisores. A qualidade do pessoal de campo e a remuneração adequada minimizam os possíveis erros decorrentes dessa fase do projeto (SAMARA e BARROS, 1997).

Os métodos de coleta de dados estão melhorando com a utilização da informática e das telecomunicações. Podem ser utilizados terminais de interação com o cliente, painéis eletrônicos, cabines telefônicas e outras formas (KOTLER 1996).

Mattar (1996) salienta a importância do pré-teste, sujeitando o início da pesquisa à avaliação do instrumento mediante este procedimento e detalha seus principais objetivos, como: verificar se os termos utilizados são compreendidos pelos respondentes, se existe o entendimento das perguntas, se as perguntas fechadas estão completas, se a seqüência das perguntas está correta, se não há objeções na obtenção das respostas, se a apresentação da pergunta não causa viés. O tempo de aplicação do pré-teste deve ser cronometrado.

Albrecht e Bradford (1992) também sugerem a realização de teste piloto antes da pesquisa ser feita, visando corrigir erros, interpretações errôneas ou ambiguidades, verificar o entendimento das instruções e colher sugestões para melhorar o instrumento de coleta de dados.

3.1.4 Análise das Informações

A seleção do tipo de análise de dados baseia-se nos estágios anteriores da pesquisa de *marketing*, na característica dos dados, nas propriedades das técnicas estatísticas e na formação e filosofia do pesquisador. A preparação dos dados envolve a verificação dos questionários, confirmando a presença de todos os dados, existência de dados ilegíveis ou

incompletos, que podem ser devolvidos, descartados ou terem dados imputados, como por exemplo através da sua substituição pela média (MALHOTRA, 2001).

Esta é, portanto, a etapa de extração de informações. O pesquisador tabula os dados e desenvolve distribuições de frequência. Médias e medidas de dispersão são computadas para as principais variáveis. O pesquisador, ainda, aplica técnicas estatísticas avançadas e modelos de decisão na esperança de resultados adicionais (KOTLER, 1998).

3.1.5 Apresentação dos Resultados

O principal propósito da apresentação dos resultados é desenvolver um relatório útil, com informações relevantes para as decisões a serem tomadas pela administração. O pesquisador não deve sobrecarregar a administração com grande quantidade de números e técnicas estatísticas extravagantes (KOTLER, 1998).

Também Malhotra (2001) concorda com esse posicionamento, quando diz que o relatório e sua apresentação são partes importantes do projeto de pesquisa de marketing, em função de ser: o seu produto final, das decisões da administração serem orientadas por ele, de o envolvimento dos gerentes de marketing muitas vezes se limitar a ele e por ele influenciar a decisão da administração quanto a realização de outras pesquisas no futuro.

3.2 Plano de Intervenção (Plano de Ação)

O Plano de Intervenção visa estabelecer ações corretivas e de melhoria no gerenciamento das atividades da Divisão de Nutrição e Dietética, considerando os processos críticos identificados pelos clientes em uma pesquisa de satisfação.

O processo de garantir a qualidade de serviços (e ter certeza de que esta melhora continuamente de modo a manter uma distância competitiva segura da concorrência) deve ser gerenciado cuidadosamente, segundo Giansi e Corrêa (1996). Argumentam ainda, que, no processo de planejamento e controle, hoje, as empresas precisam somar a *melhoria* aos elementos que sempre foram considerados como fundamentais: o planejamento, a execução,

o controle e as ações corretivas. A baixa qualidade dos serviços, do ponto de vista do cliente, não raro significa irritação, sensação de impotência e muitas vezes indignação. Do ponto de vista do prestador de serviços esclarecido, isto pode significar *oportunidade*.

Identificar as necessidades das pessoas vinculadas à organização; planejar as necessidades das pessoas; gerenciar a organização de modo a garantir que essas necessidades sejam atendidas; gerenciar a organização de tal forma que o atendimento dessas necessidades seja cada vez melhor, mais rápido, com menor custo, de maneira mais simples, são princípios que o gerenciamento moderno de uma organização deve seguir, segundo Barbosa (1995).

Adotando uma posição semelhante, Campos (1992) defende a adoção de uma metodologia para conseguir a melhoria necessária. Para tanto, indica o método do ciclo “PDCA” de controle que significa: planejar, executar, verificar e atuar corretivamente. Acredita que as organizações deveriam utilizar o ciclo PDCA, tanto para a manutenção como para a melhoria dos processos. Por planejamento (P) entende-se estabelecer metas sobre os itens de controle (índices numéricos estabelecidos sobre os efeitos de cada processo para medir a sua qualidade total – qualidade intrínseca, custos, entrega, moral e segurança), estabelecer a maneira (o caminho, o método) para atingir as metas propostas. Execução (D) é executar as tarefas de acordo com o plano e coleta de dados. Nesta fase é importante o treinamento. Verificação (C) é a fase em que se comparam os resultados alcançados com a meta planejada. Atuação corretiva (A) é a fase em que se avaliam os desvios atuando no sentido de corrigir problemas para que não voltem a ocorrer.

Zanon (2001) acrescenta que em relação ao controle de processos, este deve basear-se em uma relação de causa e efeito. Para ele, quando algo ocorre (efeito), haverá um conjunto de causas as quais são responsáveis por essa ocorrência. Para se verificar quais são as causas do efeito, Zanon indica as idéias de Ishikawa que criou o diagrama de causa e efeito (espinha de peixe).

Para a estrutura do plano de intervenção, Campos (1992) sugere uma seqüência de passos conhecida como 5W2H. Este método determina: *o que será feito (“What”); quando será feito (“When”); quem fará (“Who”); onde será feito (“Where”); porque será feito (“Why”); detalha como será feito (“How”) e projeta o investimento necessário (“How much”)*.

Lobato (2000) traz recomendações práticas sobre as características e os passos básicos para elaboração de um Plano de Ação, quando argumenta que sua utilização visa estabelecer períodos de tempo para observação e acompanhamento das atividades e os resultados requeridos para atingir a um objetivo específico e a implementação de uma solução. É uma ferramenta da organização que identifica o “suporte para” e o “compromisso com” estas atividades.

Um Plano de Ação bem sucedido possui determinadas características:

- O plano de ação deve *ser adaptado à sua organização* respeitando a cultura e o estilo gerencial para que sua implementação seja bem sucedida.
- O plano de ação é um *método ou uma ferramenta*, um meio, não um fim em si mesmo. Representa um mapa e não um destino.
- O plano de ação é *orientado para resultados*. Expressa uma série de atividades e resultados específicos, observáveis e mensuráveis, não por processos teóricos. O atingimento dos resultados é um motivador poderoso.
- O plano de ação é *dinâmico, mas não imexível*. Ao contrário, é flexível para ser ajustado às mudanças de condições, ainda que continue focalizando os resultados desejados.
- O plano de ação é *mensurável e gerenciável*, pois seus resultados podem ser medidos. Portanto, há uma força definida de determinar que o resultado foi atingido.

O enfoque para o plano de ação pode ser compreendido em cinco passos: *Defina o resultado esperado, estime a data de conclusão, estabeleça “marcos-chave” de tempo, defina ações para cada marco de tempo e determine as ações imediatas.*

4 ESTUDO DA SATISFAÇÃO DE CLIENTES DA ISCMPA – APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E RESULTADOS

Este capítulo apresenta o desenvolvimento de pesquisa realizada na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA), que é uma Fundação de Direito Privado, de caráter Filantrópico, de Ensino e Assistência Social. Constitui-se de um complexo hospitalar destinado à prestação de serviços médico-hospitalares, cujas ações assistenciais se desenvolvem com o apoio do ensino e da pesquisa. Atua no mercado há mais de 199 anos e tem se caracterizado como uma das mais antigas Instituições em pleno funcionamento. É referência nas áreas de cirurgia cardiovascular, neurocirurgia, pneumologia, cirurgia torácica, oncologia e transplantes. A macro estrutura organizacional está representada no Organograma (Anexo A). Além das posições expressas, existem ainda as Gerências, Chefias Setoriais e Chefias Intermediárias. De forma matricial, e vinculada à Direção Executiva, estão os Diretores Médicos de cada Unidade hospitalar.

4.1 Definição do Problema e Objetivos da Pesquisa

A ISCMPA tem seu processo institucional de formulação das estratégias sistematizado há mais de 14 anos, através de quatro ciclos já completos. A seleção de indicadores de desempenho é realizada a partir dos requisitos mais valorizados pelas partes interessadas, no que se refere ao resultado do negócio e ao resultado das práticas.

Em relação à focalização no cliente-paciente e acompanhante e a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos, são considerados os indicadores de satisfação dos clientes e os de educação e treinamento de pessoas. Os indicadores estratégicos possuem metas

definidas com base nas necessidades institucionais e oportunidades de mercado, e observam os níveis dos referenciais pertinentes.

Os principais tipos de clientes (usuários e compradores de serviços) da Instituição são: "consumidores", ou seja, compradores diretos de serviços (pacientes e seus acompanhantes), empresas da iniciativa privada (convênios - operadoras de planos/ seguros de saúde), órgãos governamentais (Gestores do Sistema Único de Saúde e Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul) e os médicos. As necessidades dos clientes são identificadas através do Sistema de Informações de Marketing-SIM, que utiliza como instrumentos as pesquisas sistemáticas e os serviços da Ouvidoria. O tratamento das reclamações, opiniões e sugestões é realizado de forma padronizada pelas áreas pertinentes à solução e encaminhamentos para retorno aos clientes.

A definição de metas observa o desempenho histórico, os referenciais pertinentes, as tendências e a parcela de desafio necessária ao crescimento e a melhoria contínua da organização (ISCMPA - Relatório PNQ 2002).

Para o ano de 2002, a meta para o grau de satisfação de clientes, estabelecida pelas diretrizes institucionais, foi de 95%. Pela análise da figura 5, mensurado através da pesquisa de satisfação institucional, aplicada pelo Departamento de *Marketing*, observa-se que o grau de satisfação dos clientes em hospitalização foram plenamente atingidos nos anos 1999, 2000 e 2001 onde o desempenho deste indicador foi superior ao *benchmarking* estabelecido e a meta institucional.

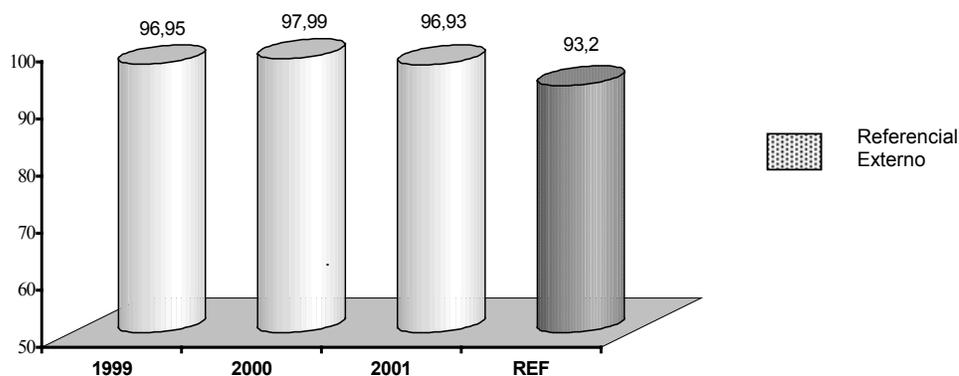


Figura 5: Grau de Satisfação dos Clientes em Relação a Hospitalizações

Fonte: ISCMPA (2001)

Os serviços que são submetidos a avaliação dos clientes hospitalizados são Portaria, Telefonia, Estacionamento, Fisioterapia, Enfermagem, Nutrição, Assistência Médica, Exames e Unidade de Tratamento Intensivo, além das Acomodações em geral. As variáveis estudadas se fixam em questões de cordialidade, presteza aos chamados, atendimento, clareza de informações, e tempo de espera. Para avaliar as Acomodações pesquisa-se as instalações, telefone, iluminação, rouparia, limpeza do apartamento e do Hospital. A escala utilizada é dos conceitos “*A desejar*”, “*Regular*”, “*Bom*”, “*Muito Bom*” e “*Ótimo*” e a soma percentual dos conceitos “*Muito Bom*” e “*Ótimo*” caracteriza o grau de satisfação.

A análise da figura 6 permite verificar que na DND a meta não foi alcançada nos anos 1999 a 2002. No ano de 2002 foi atingida a média de 81,73%. Desta forma fica clara a necessidade de realizar uma pesquisa mais dirigida e aprofundada, visando identificar o nível de satisfação dos clientes com os serviços e produtos que caracterizam a assistência nutricional para alçá-lo, no mínimo, aos patamares fixados na Instituição, via plano de intervenção.

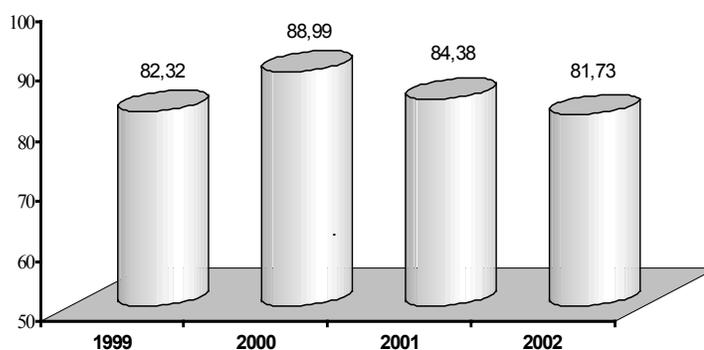


Figura 6: Grau de Satisfação dos Clientes em Relação a Divisão de Nutrição e Dietética

Fonte: Divisão de Nutrição e Dietética/ ISCMPA (2002)

O objetivo da pesquisa é avaliar a prestação de serviços no âmbito da assistência nutricional. O público alvo do estudo são os pacientes internados e seus acompanhantes. No Organograma da Divisão de Nutrição e Dietética (Anexo B), situa-se a estrutura funcional do serviço.

4.2 Desenvolvimento da Pesquisa

4.2.1 Fontes de Dados

Nesta pesquisa foram utilizados dados secundários e primários. A necessidade de coleta de dados primários ficou patente pela insuficiência de informações hoje disponíveis para análise - dados secundários, para o atendimento dos objetivos fixados para o estudo.

4.2.2 – Abordagem da Pesquisa

A obtenção de dados foi feita por pesquisa de levantamento, resultando num estudo descritivo, em corte transversal, de perfil quantitativo e qualitativo pois, além das análises numéricas, foi realizada uma análise comparativa entre as variáveis do estudo e das sugestões fornecidas pelos entrevistados.

4.2.3 Instrumento de Pesquisa

Os dados foram coletados a partir da aplicação de um questionário de pesquisa. Também foi utilizada a base de dados secundários existente, disponível no Departamento de *Marketing*, eliminando assim, a necessidade da execução de uma fase exploratória.

O sistema vigente de pesquisa (questionário), aplicado pelo Departamento de *Marketing* interno (Anexo C), tem a característica de consultar os pacientes hospitalizados em relação aos diferentes serviços de internação ofertados. Assim, para o Serviço de Nutrição e Dietética mensura-se o grau de satisfação em relação às seguintes variáveis: ***cordialidade da equipe, presteza aos chamados e clareza das informações***. Desta forma, não existem informações sobre a alimentação (refeição) que é servida ao cliente e outros aspectos importantes para promover a melhoria do atendimento.

Complementarmente, no questionário desenvolvido e aplicado pelo SND, pesquisou-se o grau de satisfação dos seguintes constructos: *refeições, higiene do material de copa, adequação de material, horário de refeições, comportamento e atuação dos funcionários, contato inicial com a equipe de nutrição, comunicação com a equipe de nutrição por telefone, além do grau de importância para histórico do paciente (anamnese nutricional) e serviço de alimentação para acompanhantes*, no intuito de obter uma avaliação mais ampla das atividades da DND.

Para a definição e composição dos constructos e respectivas variáveis foram utilizados alguns processos já sistematizados na Instituição. Enumera-se a pesquisa dos atributos mais valorizados pelos clientes, na internação hospitalar, o estudo do tratamento das reclamações dos clientes internados e o relato de intercorrências que destaca motivos de insatisfação. Estes processos são sistematizados na unidade de internação com a participação das áreas administrativa, de enfermagem e de nutrição. Informações colhidas pelos funcionários da DND, no momento da distribuição das refeições, observações registradas em pesquisa, questionamentos sobre a aceitação da alimentação, horário de refeições, materiais utilizados, atendimento e sistema de comunicação, além de visitas específicas de checagem, tipo auditoria do atendimento, também foram consideradas para a formulação dos constructos.

Para coletar as informações utilizou-se o questionário dividido em duas partes. Na primeira parte identificam-se os dados pessoais dos respondentes. Na segunda parte abordam-se os questionamentos sobre o objeto do estudo em constructos, sendo cada um composto por variáveis específicas. O questionário apresentou uma escala de Likert com valores de um a dez, com a finalidade de verificar o grau de satisfação dos respondentes quanto aos serviços e produtos disponíveis e grau de importância para oferta de novos produtos e serviços. A escala de Likert, segundo Fornell (1995), permite melhor discriminação das respostas e a redução de problemas estatísticos por distorção das mesmas.

Também foram incluídos no questionário espaços para sugestões e comentários, conforme modelo apresentado no Anexo D. O registro de sugestões e comentários teve a finalidade de ampliar a coleta de informações, permitir a explicação de algum evento e identificar novos aspectos que devem ser considerados na construção de um novo instrumento de pesquisa.

A estruturação do questionário em blocos permitiu estabelecer uma seqüência lógica das informações a serem coletadas.

4.2.4 Amostragem

Para definição do plano foram seguidos os critérios de pesquisa de Kotler (1994), e classificada a amostragem como não probabilística e de conveniência.

O plano de pesquisa foi organizado no universo dos sete hospitais do Complexo Hospitalar, com 1272 leitos. Deste Complexo selecionaram-se cinco, donde foram objeto do estudo 377 pacientes que ocupavam leitos destinados às categorias de internação privativas e e semi privativas, conforme demonstra o quadro 4.

O quadro 4 apresenta alguns indicadores hospitalares relacionados a capacidade instalada dos hospitais selecionados para o estudo.

Indicadores	Hospitais					Total
	A	B	C	D	E*	
Nº total de leitos	102	81	95	202	62	542
Nº leitos privativos/semi privativos	95	57	89	111	25	377
Nº de internações/ mês	383	273	259	545	-	1460
Média/ dias de permanência	5,5	7,2	7,6	8,3	-	
Taxa de ocupação (%)	84,0	78,8	81,4	81,4	-	

* Inaugurado em março/03

Quadro 4 - Indicadores Hospitalares – 2001

Fonte: ISCMPA

A amostra foi definida por acessibilidade, sendo que o critério de inclusão dos clientes na pesquisa foi estar, pelo menos há dois dias, com dieta por via oral ou ser acompanhante de pacientes. Por se tratar de uma população rotativa, geralmente com pouco tempo de permanência no local do estudo, tomou-se como universo o número de leitos de cada hospital e/ou unidades de tratamento. Portanto, do total de 377 leitos do universo, todos os pacientes que preencheram o critério de inclusão foram pesquisados. Incluiu-se desta forma, pessoas com experiências passadas e recentes.

Em cada um dos cinco hospitais foram pesquisados 100% dos clientes que preencheram os critérios selecionados para a pesquisa.

4.2.5 Método de Contato

O método de contato foi entrevista pessoal, que representa um procedimento de coleta de informações claramente definido por Kotler (1996) e Samara e Barros (1997).

Os clientes foram consultados quanto a sua participação no estudo, antes de cada entrevista, e foram devidamente esclarecidos sobre a proposta do trabalho.

As entrevistas foram conduzidas de forma interativa, de modo a garantir que o entrevistado obtivesse o correto entendimento das perguntas e também pudesse realizar comentários adicionais, permitindo o registro de informações complementares. Quando ocorriam respostas diferentes das alternativas previstas, o entrevistador repetia a questão para se certificar do entendimento da pergunta, e só então, assinalava a alternativa que mais se aproximava da resposta obtida. A entrevista foi de cunho pessoal e atingiu 100% de adesão ao estudo.

4.3 Coleta de Informações

4.3.1 Pré-teste

O teste piloto do questionário foi realizado no período de 02 a 04 de julho de 2002. Foram aplicados trinta questionários, somente no Hospital A. Para a obtenção dos dados do pré-teste, dez questionários foram deixados nos apartamentos para serem recolhidos posteriormente, dez foram aplicados por uma estagiária e os restantes aplicados pela pesquisadora. Não houve diferença significativa entre os resultados das pesquisas aplicadas pela estagiária, se comparadas com aquelas deixadas nos apartamentos.

Assim, para a seqüência da coleta de dados, optou-se somente pela entrevista realizada pela estagiária, a fim de manter o controle sobre a amostra.

Esta etapa foi muito importante, pois possibilitou o treinamento da estagiária que realizou as entrevistas pessoais.

A partir do pré-teste foram efetuadas modificações no instrumento de coleta de dados, na técnica de aplicação e realizada revisão das variáveis com vistas a buscar maior clareza e objetividade. Também incluiu-se um campo de resposta para “sugestões” no final do questionário e estabeleceu-se padronização do posicionamento físico do pesquisador ao lado do respondente, permitindo ao pesquisado visualizar a fidelidade do registro das informações coletadas.

4.3.2 Aplicação do Instrumento

A pesquisa foi aplicada no período de 15 de julho a 07 de agosto de 2002, em cinco hospitais do Complexo Hospitalar, sendo pesquisados 100% dos respondentes que preencheram os critérios de inclusão. A pesquisa foi aplicada em período de internações típico da época do ano, representativo para análise de dados, sem caracterizar viés.

Para cada um dos hospitais foi elaborado um mapa, representando todos os apartamentos e estipulada uma ordem de aplicação dos questionários, para garantir que todos os pacientes elegíveis para o estudo fossem pesquisados naquele período. O tempo médio de aplicação da pesquisa foi de 25 minutos.

O quadro 5 apresenta o mapeamento dos respondentes pesquisados.

Instituição	Nº leitos privativos	Nº de pacientes Pesquisados	%
Hospital A	95	63	66,3
Hospital B	57	29	50,8
Hospital C	89	62	69,6
Hospital D	111	51	25,9
Hospital E	25	10	40
Totais	377	215	

Quadro 5: Mapeamento dos Respondentes Pesquisados

4.4 Análise das Informações

Para registro e análise dos dados foram utilizados os programas MS Excel e o SPSS 10.0 (*Statistical Package for Social Science*).

As variáveis quantitativas foram descritas na forma de mediana, média e desvio-padrão e as qualitativas na forma de frequência e proporção.

4.5 Apresentação dos Resultados

A partir da convicção de que é importante aproximar a teoria da prática e que esta induz à constatação de aspectos que devem ser melhor observados, este item apresenta a descrição, análise e discussão dos resultados obtidos, objetivando realizar um diagnóstico da realidade foco da investigação.

A análise e discussão dos resultados são apresentados em três blocos:

- Características gerais dos envolvidos na investigação
- Nível de satisfação por constructos;
- Grau de importância por constructos;

Apresentam-se também outros aspectos relacionados à percepção dos clientes sobre a imagem institucional e de sua posição frente à comunidade, fatores que influenciam na escolha da instituição de saúde, e, finalmente, os sentimentos externados pelos respondentes na ocasião da pesquisa

4.5.1. Características Gerais dos Respondentes/Clientes

A tabela 1 demonstra os resultados obtidos sobre **os locais (hospitais) de aplicação da pesquisa**. Observa-se que para o total de respondentes (pacientes e acompanhantes) foram realizadas 63 entrevistas no Hospital A (29,35%), 29 no Hospital B (13,5%), 62 no Hospital C (28,8%), no Hospital D e E, 51 (23,7%) e 10 (4,7%), respectivamente. A amostra assim se compôs em razão dos critérios de inclusão estabelecidos.

Tabela 1– Locais de Aplicação das Pesquisas (Pacientes e Acompanhantes)

HOSPITAL	N	%
Hospital A	63	29,3
Hospital B	29	13,5
Hospital C	62	28,8
Hospital D	51	23,7
Hospital E	10	4,7
Total	215	100

A tabela 2 apresenta as **características gerais dos respondentes** que fizeram parte do estudo. Para a análise dos dados utilizou-se o cálculo estatístico por média, desvio padrão e percentuais baseados no número total de respondentes (215). Verifica-se que 3/4 dos respondentes são pacientes (75,3%). A idade média do grupo foi de 66,67 anos. Entre o total de pacientes 55,6% são do sexo feminino e 44,4% do sexo masculino. A média de idade foi de 58,4 anos.

Tabela 2 – Características Gerais dos Respondentes/Clientes (Pacientes e Acompanhantes)

CARACTERÍSTICA	N	%	MÉDIA	Desvio Padrão (DP)
Respondentes/ Cliente	215	100		
Acompanhantes	53	24,7		
Pacientes	162	75,3		
Idade Média	215		66,67	19,72
Paciente	162	100		
Sexo Masculino	72	44,4		
Sexo Feminino	90	55,6		
Idade Média	-	-	58,40	15,40

A tabela 3 apresenta os resultados sobre os **aspectos relacionados à internação do paciente**. Dos pacientes pesquisados, 48,14 % informaram ser esta sua primeira internação hospitalar. Do total de internações por mais de uma vez (107), verifica-se que 81 delas ocorreram em hospitais da Capital e 26 em hospitais do interior do Estado. No Complexo Hospitalar da Santa Casa 79 pacientes já tiveram internações anteriores e apenas 5 tiveram internações em outros hospitais, totalizando 84 pacientes com mais de uma internação.

Quanto a **categoria de internação**, 99% dos pacientes possuem algum plano de saúde (convênio) e somente 1% são clientes com internação particular. Quanto ao tempo de internação, a média foi de 9,12 dias, não alcançando a meta definida (5,8 dias). O tempo de permanência está relacionado com diversos fatores, entre eles o tipo de tratamento, clínico ou cirúrgico.

Tabela 3 – Dados de Internação dos Pacientes

TIPO DE INTERNAÇÃO	N	Média	%
1ª Internação Hospitalar			
Sim	78	-	48,14
Não	84	-	51,85
Internação anterior			
Hospital da Capital	81	-	75,7
Hospital do Interior	26	-	24,3
Internação anterior na ISCMPA (capital)			
Sim	79	-	94
Não	05	-	06
Categoria de Internação na ISCMPA			
Convênio	160	-	99
Particular	02	-	1
Média/Dias internação na ISCMPA	161	9,12	-

A tabela 4 organiza os resultados sobre os aspectos relacionados a **distribuição dos respondentes por faixa etária**.

Observa-se que a maior parte da população é composta por pacientes acima de 56 anos (69,8%), seguida pelos de idade entre 45 e 55 (14,2%), de 36 a 45 (11,7%), de 26 a 35 (5,6%) e com até 25 (3,7%).

Tabela 4 – Distribuição dos Pacientes por Faixa Etária

FAIXA ETÁRIA	N	%
Até 25 anos	6	3,7
De 26 a 35 anos	9	5,6
De 36 a 45 anos	19	11,7
De 46 a 55 anos	23	14,2
Acima de 56 anos	105	69,8
Total	162	100

A tabela 5 mostra os resultados sobre os aspectos relacionados à **indicação do hospital**.

Os dados da tabela 5 permitem verificar que, dentro das variáveis apresentadas, a indicação do hospital foi realizada, na maioria, 64% (103 pacientes) pelo médico, pelo convênio 6% (9 casos), por amigos 7% (12 casos) e 23 % (38 casos) escolheram a Instituição pela preferência pessoal.

Tabela 5 – Indicação do Hospital

INDICAÇÃO	N	%
Médico	103	64
Convênio	9	6
Amigos	12	7
Preferência Pessoal	38	23
Total	162	100

A tabela 6 se fixa sobre aspectos voltados ao **diagnóstico dos pacientes**, discriminado por área de enfermidade.

Observando-se os dados da tabela 6 verifica-se que os motivos que levaram à internação foram 46% (75 casos) para tratamento cirúrgico e 35,0% (57 casos) para tratamento clínico. Para investigação diagnóstica (sem diagnóstico preciso na internação) foram 30 pacientes, 19% dos casos. O tipo de tratamento é um dos fatores que interfere no tempo de permanência do paciente, traduzido pelo indicador de desempenho mensal “ Média de Permanência” .

Tabela 6 - Diagnóstico dos Pacientes

ESPECIALIDADE	N	%
Cirurgia	75	46,0
Geral	27	16,6
Oncológica	33	20,3
Cardiológica	2	1,2
Ap. Digestivo	5	3,0
Transplantes	8	4,9
Clinica	57	35,0
Cardiovascular	15	9,2
Pneumologia	34	20,9
Dermatologia	1	0,6
Endocrinologia	6	4,0
Oncologia	1	0,6
Sem diagnóstico	30	19,0
Total	162	100

A tabela 7 resume os aspectos relacionados a **dieta utilizada pelos pacientes**.

Analisando os dados da tabela 7, verifica-se a distribuição de dietas utilizadas pelos pacientes: dieta normal foi de 69 casos (42,6%), seguida pelas modificadas em consistência 59 casos (31,4%), em nutrientes/restrrição de algum componente 18 casos (11,1%), e aumentadas em algum nutriente 16 casos (9,9%). Esta é uma referência importante para a área de produção uma vez que 57,4% da alimentação produzida requer uma variedade de preparações a fim de atender essas prescrições dietoterápicas. O paciente com dieta modificada requer plano de alimentação personalizado.

Tabela 7 – Dietas Utilizadas pelos Pacientes

TIPO DE DIETA	N	%
Normal	69	42,6
Modificada em consistência	59	36,4
Modificada em nutrientes (restrrição)	18	11,1
Modificada em nutrientes (aumento)	16	9,9
Total	162	100

A tabela 8 dedica-se a aspectos relacionados aos sentimentos. Apresenta a média das notas obtidas por **sentimentos expressos pelos respondentes**.

Conforme dados da tabela 8, observa-se que dos 215 respondentes, 177 (82,3%) manifestaram “sentimento positivo” (de confiança e satisfação), enquanto 38 (17,7%), sentiam-se (tristes, irritados ou depressivos), características definidas como “sentimento negativo”, no dia da entrevista.

Quando o sentimento foi relacionado com os dois tipos de respondentes, foi encontrada diferença significativa ($p=0,005$) entre eles, demonstrando que a situação emocional influenciou o grau de satisfação. Analisando isoladamente, a população de pacientes também apresentou diferença significativa ($p=0,002$). Verifica-se que as respostas dos pacientes foram mais baixas quando este expressava sentimento negativo no momento da coleta de dados. Ou seja, quando tristes, irritados ou depressivos, mais baixas eram as notas.

Tabela 8 – Sentimento Manifesto por Tipo de Respondente

Respondentes	Nº	Sentimentos				Grau de Satisfação	
		Positivo	%	Negativo	%	Positivo	Negativo
Acompanhantes	53	46	86,8	7	13,2	9,63	9,43
Pacientes	162	131	80,9	31	19,11	9,48	8,81
TOTAL	215	177	82,3	38	17,7	-	-

A tabela 9 apresenta o **grau de satisfação geral, dos respondentes, em relação aos serviços da Divisão de Nutrição e Dietética.**

Pela análise dos dados da tabela 9, observa-se que os 177 respondentes (131 Pacientes e Acompanhantes), que referiram estar imbuídos de sentimento positivo no momento da entrevista, atribuíram a DND, de forma geral, uma média de 9,52, próximo ao limite estabelecido (10). No entanto, a média passou para 8,92 quando os clientes (31 Pacientes e 7 Acompanhantes), por algum motivo, manifestaram que estavam tristes ou deprimidos no instante da coleta de dados. O grau de satisfação geral com a Divisão de Nutrição e Dietética foi de 9,41, atribuído pelos Pacientes e Acompanhantes.

Tabela 9 - Grau de Satisfação Geral por Sentimento Manifesto (referido a DND) pelos Respondentes

Sentimento	Nº	Valores			DP	Quartis		
		Mínimo	Média	Máximo		25%	50%	75%
Positivo	177	4	9,52	10	0,98	9	10	10
Negativo	38	4	8,92	10	1,50	8	10	10
Total	215	4	9,41	10	1,11	-	-	-

4.5.2 Nível de Satisfação para Constructos

A tabela 10 aborda resultados alcançados em aspectos relacionados ao **nível de satisfação por constructos**. Utilizou-se o cálculo da mediana, média e DP.

Os dados da tabela 10 estão alinhados do maior para o menor. A média do nível de satisfação dos respondentes foi organizada em blocos. Assim, em relação ao bloco “*horário de refeições*” observa-se uma média de 9,79; para os blocos “*higiene do material de copa e comunicação com a equipe de nutrição por telefone*” a média ficou em 9,66; no “*contato inicial com a equipe de nutrição*” a média é 9,65; o bloco do “*comportamento e atuação dos funcionários*” atingiu média 9,63; o bloco referente “*às refeições*” 8,91 de média e no bloco “*adequação do material*”, a média foi de 8,85. Desses dados percebe-se como pontos mais fracos os dois últimos.

Embora a média das notas seja elevada, quando se observa a mediana para cada constructo, constata-se que 50% dos pacientes atribuíram nota menor do que 9,5 para o constructo refeição, menor do que 9,2 para adequação do material.

Tabela 10 - Grau de Satisfação dos Respondentes para Cada Constructo

CONSTRUCTO	N	Mediana	Média	DP	Min.	Máx.
Horário de refeições	215	10	9,79	± 0,58	7,00	10
Higiene do material de copa	215	10	9,66	± 0,87	5,00	10
Comunicação com a equipe de nutrição por telefone	214	10	9,66	± 1,09	2,00	10
Contato inicial com a equipe de nutrição	215	10	9,65	± 0,95	3,00	10
Comportamento e atuação dos funcionários	211	10	9,63	± 0,78	5,33	10
Refeições	215	9,5	8,91	± 1,46	2,75	10
Adequação do Material	215	9,25	8,85	± 1,21	3,75	10

A tabela 11 apresenta os resultados sobre a satisfação atribuída para **cada constructo por tipo de respondente**.

Percebe-se pelos dados da tabela 11, avaliados por tipo de respondente, que as notas atribuídas são similares. Destaca-se menor pontuação à refeição e à adequação de material.

Tabela 11- Grau de Satisfação Atribuído por Tipo de Respondente para Cada Constructo

CONSTRUCTO	Paciente			Acompanhante		
	N	Média	DP	N	Média	DP
Horário de refeições	162	9,78	± 0,58	53	9,81	± 0,58
Higiene do material de copa	162	9,64	± 0,93	53	9,75	± 0,61
Comportamento e atuação dos funcionários	162	9,61	± 0,82	53	9,72	± 0,65
Contato inicial com a equipe de nutrição	162	9,60	± 1,30	53	9,82	± 0,59
Comunicação com a equipe de nutrição por telefone	162	9,40	± 1,08	53	9,73	± 1,13
Refeições	162	8,84	± 1,54	53	9,11	± 1,13
Adequação do Material	162	8,85	± 1,24	53	8,85	± 1,14

A tabela 12 apresenta os resultados sobre o grau de satisfação atribuído para **cada constructo por categoria de internação**.

A análise da tabela 12 permite observar que 99% dos respondentes são conveniados. Portanto, fica prejudicada a análise desse resultado.

Tabela 12 - Grau de Satisfação Atribuído, por Categoria de Internação, para Cada Constructo

CONSTRUCTO	CONVÊNIO			PARTICULAR		
	N	Média	DP	N	Média	DP
Horário de refeições	160	10	± 0,0	02	9,79	± 0,58
Higiene do material de copa	160	10	± 0,0	02	9,63	± 0,94
Comunicação com a equipe de nutrição por telefone	160	10	± 0,0	02	9,64	± 1,08
Contato inicial com a equipe de nutrição	160	10	± 0,0	02	9,59	± 1,04
Comportamento e atuação dos funcionários	160	10	± 0,0	02	9,60	± 0,82
Refeições	160	9,62	± 0,17	02	8,83	± 1,55
Adequação do Material	160	10	± 0,0	02	8,84	± 1,24

A tabela 13 apresenta o resultado sobre o grau de satisfação atribuído para **cada constructo relacionado à frequência de internação do paciente** (se primeira ou mais de uma internação).

A análise da tabela 13 demonstra a diferença das notas de acordo com a frequência de internação dos pacientes atribuídas aos diferentes constructos. Percebe-se que todos os constructos, com exceção de “Refeições” e “Adequação de Materiais” mantiveram-se em médias compatíveis com a meta institucional, tanto para pacientes de 1ª e de mais de uma internação.

Tabela 13 - Grau de Satisfação Atribuído pelos Pacientes, para Cada Constructo

CONSTRUCTO	1ª INTERNAÇÃO		+ DE UMA INTERNAÇÃO	
	N	Média	N	Média
Horário de refeições	78	9,84	84	9,73
Higiene do material de copa	78	9,71	84	9,57
Comunicação com a equipe de nutrição por telefone	78	9,50	84	9,78
Contato inicial com a equipe de nutrição	78	9,67	84	9,52
Comportamento e atuação dos funcionários	78	9,59	84	9,62
Refeições	78	9,08	84	8,61
Adequação do Material	78	9,02	84	8,70

Para os dois constructos de menor pontuação, inferiores a meta de 95%, (refeições e adequação de material), optou-se por analisar as variáveis que os compõem.

A tabela 14 apresenta as **variáveis dos constructos com pontuação menor de 9,5**.

Constata-se que são todas variáveis com bom desempenho, porém passíveis de melhorias que encaminhem a obtenção da meta institucional, para o Índice da Satisfação de Clientes (95%). ?

Para “**Refeições**” as médias mais baixas foram para as variáveis sabor/tempero e temperatura.

Analisando as variáveis da “**Adequação de Material**” percebe-se que são pontos mais fracos, o uso de pratos inox em que são servidas as refeições quentes (9,12) e o copo de vidro utilizado para bebidas (7,66). Em contraponto, os clientes aprovam, com alta aceitação, o emprego de materiais descartáveis para o serviço de saladas e sobremesas.

Tabela 14 - Variáveis dos Constructos com Média Menor de 9,5

CONSTRUCTO	Variável	N	Mediana	Média	DP	Mín.	Máx.
Refeições	Sabor/tempero	215	9	8,30	± 2,26	1	10
	Temperatura	215	10	8,93	± 1,76	2	10
	Quantidade/porções	215	10	9,19	± 1,62	1	10
	Aspecto visual	215	10	9,23	± 1,49	2	10
Adequação do material	Tipo de mesa utilizada	215	10	9,31	± 1,43	2	10
	Prato de inox para refeições quentes	215	10	9,12	± 1,55	3	10
	Utensílios descartáveis para saladas e sobremesas	215	10	9,38	± 1,47	1	10
	Copo de vidro para bebidas	212	10	7,66	± 3,24	1	10

A tabela 15 apresenta os resultados sobre o grau de satisfação atribuído ao **constructo “Refeição”, relacionado com a unidade de produção de alimentos**, (local de preparo das refeições).

Os dados da tabela 15 mostram que as notas são muito similares para alimentação preparada em dois diferentes setores: a 1ª área (A) fornece refeições para os hospitais A, B e C e outras unidades do Complexo, não considerados neste estudo, enquanto a 2ª área (B) é responsável pelos alimentos do Hospital D e E.

Constata-se que as duas áreas apresentam mínima diferença entre si, mas que ambas exigem um intervenção de melhoria. Apenas as variáveis quantidade das porções e aspecto visual apresentam médias ligeiramente maiores para a unidade de produção A.

Ao analisar a variável “Sabor /tempero”, verifica-se que, embora existam grandes diferenças no volume de refeições produzidas, entre as áreas, a nota não variou, sugerindo que o processo de preparo de alimentos está baseado em receituário padronizado, realizado por equipes distintas.

**Tabela 15 - Grau de Satisfação Atribuído ao Constructo “Refeição”
Relacionado com a Unidade de Produção de Alimentos**

UNIDADE DE PRODUÇÃO CENTRAL	Nº Refeições Produzidas	Sabor tempero	Temperatura	Quantidade porções	Aspecto Visual	Média	DP
A (A, B, C)	1919	8,3	8,93	9,32	9,34	8,97	± 2,23
B (D, E)	406	8,3	8,95	8,85	8,97	8,76	± 2,35

A tabela 16 lista os resultados obtidos para o grau de satisfação atribuído para o **constructo “Refeição” relacionada à dieta prescrita ao paciente** (normal ou modificada).

Os dados desta tabela permitem verificar que a *Dieta Normal* teve uma pontuação menor (9,32) do que as outras dietas- *Dietas Modificadas* – (9,38). Usa-se Dieta Normal para pacientes que não necessitam nenhuma alteração em nutrientes, consistência ou outra forma, no plano de alimentação, durante a internação. Neste caso as visitas dos nutricionistas não são diárias.

As dietas modificadas em consistência receberam a melhor pontuação (9,57), seguidas pelas modificadas em nutrientes – restrição (9,22) e as modificadas em nutrientes – aumento (8,75). Na opinião da autora, a maior frequência de visitas aos pacientes com Dietas Modificadas, como rotina, pode influenciar positivamente esses resultados. Assim, se o paciente associar a atenção recebida (visita) ao alimento oferecido seu grau de satisfação pode estar sofrendo interferência, não separando o serviço do produto.

Tabela 16 - Grau de Satisfação Atribuído para Dietas Especiais

TIPOS DE DIETA	N	Mediana	Média	DP
Normal	69	10	9,32	± 1,19
Modificadas	93	10	9,38	± 1,17
Em nutrientes – restrição	18	10	9,22	± 1,31
Em consistência	59	9	9,57	± 1,02
Em nutrientes – aumento	16	9	8,75	± 1,34

A tabela 17 apresenta o grau de satisfação dos respondentes em relação a “**Higiene do Material de Copa**” e “**Horário das Refeições**”.

Para Higiene do Material de Copa verifica-se que as duas variáveis alcançaram a meta institucional e tanto o Horário de refeições como o Tempo de espera pela primeira refeição foram consideradas adequadas pelos clientes/ respondentes.

Tabela 17– Variáveis Avaliadas para os Constructos Higiene do Material de Copa e Horário das Refeições

CONSTRUCTO	Variável	N	Média	DP	Mín.	Máx.
Higiene do Material de Copa	Bandejas, louças e talheres	215	9,73	0,91	3	10
	Mesa de refeições	215	9,61	1,02	5	10
Horário de Refeições	Adequação do horário	215	9,80	0,62	6	10
	Tempo de espera pela refeição	215	9,79	0,70	5	10

A tabela 18 apresenta as variáveis que caracterizam fatores importantes em relação ao “**Comportamento e Atuação dos Funcionários**”, “**Equipe de Nutrição no Contato Inicial do Cliente**” e “**Comunicação por Telefone**”.

Observando as variáveis do Comportamento e Atuação dos funcionários constata-se que a divulgação do horário das refeições obteve a nota mais baixa, merecendo atenção especial no programa de treinamento interno da DND.

Já no Contato Inicial com a Equipe de Nutrição, destaca-se como ponto mais positivo o tempo de espera pela 1ª refeição (9,85), sugerindo um fluxo rápido de informações entre a unidade de internação, o serviço de copa e a área de produção de alimentos.

A equipe de nutrição atende rapidamente seus clientes e o acesso ao telefone também foi considerado muito bom, na avaliação da Comunicação com a Equipe de Nutrição por Telefone.

Tabela 18- Variáveis Avaliadas para os Constructos Comportamento e Atuação Funcionários, Contato Inicial com a Equipe de Nutrição e Comunicação com a Equipe de Nutrição por Telefone

Constructos	VARIÁVEIS	N	Média	DP	Min.	Max.
Comportamento e Atuação dos Funcionários	Flexibilidade/ Disponibilidade para substituição de alimentos	214	9,62	1,02	3	10
	Capacidade de resolução de problemas	215	9,62	1,04	2	10
	Cortesia no atendimento	215	9,70	0,85	3	10
	Atuação do nutricionista	212	9,72	1,07	1	10
	Segurança nas informações recebidas	215	9,77	0,87	1	10
Contato Inicial com a Equipe de Nutrição	Divulgação dos horários das refeições	215	9,41	1,44	1	10
	Apresentação pessoal do funcionário	215	9,72	0,93	3	10
	Informação sobre o tipo de serviços disponíveis	215	9,60	1,20	1	10
Comunicação com a Equipe de Nutrição por Telefone	Tempo de espera pela primeira alimentação	215	9,85	0,54	5	10
	Facilidade de acesso	214	9,65	1,16	2	10
	Presteza no atendimento	214	9,68	1,07	2	10

4.5.3 Grau de Importância para Constructos Novos

Esta etapa destinou-se ao **levantamento da importância que os clientes atribuem a oferta de novos serviços** (Histórico do Paciente - Anamnese Nutricional e Serviço de Alimentação para Acompanhantes), sem exclusão dos existentes, no intuito de aperfeiçoar a assistência nutricional prestada e elevar os níveis de satisfação pela qualificação do serviço.

A tabela 19 apresenta o grau de importância dos constructos **“Histórico do Paciente (Anamnese Nutricional)”** e **“Serviço de Alimentação para Acompanhante”**. O Histórico do Paciente, apresenta média 9,50 e Serviços de Alimentação dos Acompanhantes, média 6,39.

Quando o paciente opinou sobre o 1º constructo considerado neste caso o fez com relação a sua pessoa; já no 2º constructo referia sua opinião sobre o acompanhante. Quando o acompanhante se manifestou, o fez com relação ao paciente no “Histórico” e a si próprio no “Serviço para Acompanhantes”.

Tabela 19 - Grau de Importância Atribuído pelos Respondentes aos Constructos

CONSTRUCTO	N	Mediana	Média	DP
Histórico do pacientes (anamnese nutricional)	215	10	9,50	± 1,35
Serviço alimentação para acompanhantes	215	6,25	6,39	± 1,91

A tabela 20 apresenta os resultados sobre o grau de importância atribuída por **tipo de respondente ao “Histórico do Paciente (Anamnese Nutricional)”**.

A análise desta tabela permite concluir que o acompanhante atribuiu menor importância à implantação do Histórico do Paciente (nota média 9,22) do que o paciente (9,45). Já em relação ao Serviço de Alimentação para Acompanhantes, em ambiente externo ao aposento de internação (restaurante, cafeteria) demonstra que o desejo expresso pelo paciente (6,12) é menor do que aquele manifesto pelo acompanhante (6,58) de contar com esta facilidade. Este resultado não permite uma interpretação conclusiva porque remete a dúvidas quanto aos motivos que levaram a atribuição destes valores. Várias hipóteses teriam que ser investigadas tais como: “...paciente não quer ficar sozinho”, “acompanhante quer sair”, “acompanhante não quer magoar, então não manifesta sua vontade...” ou ainda “não houve entendimento da questão”.

Tabela 20- Grau de Importância Atribuído, para Cada Constructo por Tipo de Respondente

CLIENTE	CONSTRUCTO	N	Mediana	MÉDIA	DP	Min	Máx
PACIENTE	Histórico do paciente	162	10	9,45	± 1,44	2	10
	Serviço alimentação para Acompanhantes		6,25	6,12	± 2,00	1	10
ACOMPANHANTE	Histórico do paciente	53	10	9,62	± 1,00	5	10
	Serviço alimentação para Acompanhantes		6,58	6,58	± 1,50	3,7	10

A tabela 21 apresenta os resultados sobre o grau de importância atribuída para **cada constructo relacionado à frequência de internação do paciente.**

Os dados da tabela mostram a importância atribuída ao “Histórico do Paciente” pelos pacientes de primeira internação (9,32) e de mais de uma internação (9,57), respectivamente. Quanto ao “Serviço de Alimentação para o Acompanhante”, verifica-se que o paciente com mais de uma internação confere maior valor (6,24) do que o de primeira internação (5,99).

Tabela 21- Grau de Importância Atribuído para Cada Constructo Relacionado à Frequência de Internação pelo Paciente

CONSTRUCTO	1ª INTERNAÇÃO				+ DE UMA INTERNAÇÃO			
	N	Mediana	Média	DP	N	Mediana	Média	DP
Histórico do Paciente	78	10	9,32	± 1,6	84	10	9,57	1,19
Serviço de alimentação acompanhante	78	6,5	5,99	2,0	84	6,37	6,24	1,91

A tabela 22 apresenta os resultados sobre o grau de importância das **variáveis do constructo Serviço de Alimentação para Acompanhantes.**

Os dados permitem observar que a variável com maior pontuação (9,29) foi disponibilidade de *buffet*, seguido pela disponibilidade de alimentação no apartamento (6,74). O menor grau atribuído pelos participantes foi quanto à existência de uma equipe distinta para o atendimento de paciente e acompanhante (3,58).

Tabela 22- Grau de Importância Atribuído às Variáveis do Constructo “Serviço de Alimentação para Acompanhantes”

VARIÁVEIS	N	Mediana	Média	DP
Equipe distinta e específica para atendimento do paciente e do acompanhante	215	3,0	3,58	± 2,44
Disponibilidade de buffet (café da manhã, almoço e jantar) serviço na cafeteria/restaurante	215	10,0	9,29	± 1,91
Disponibilidade alimentação no apartamento para o acompanhante	215	8,0	6,74	± 3,42
Disponibilidade de ter frigobar abastecido na internação	215	5,0	5,33	± 3,44

A tabela 23 apresenta o grau de importância atribuído às **variáveis do constructo “Histórico do Paciente”**. Verifica-se que as médias, quanto aos hábitos alimentares, intolerâncias alimentares e registros de dados foi de (9,5) em todas as variáveis.

Tabela 23 – Grau de Importância Atribuído às Variáveis do Constructo “Histórico do Paciente”(Anamnese Nutricional)

VARIÁVEIS	N	Mediana	Média	DP
Conhecer os hábitos alimentares (tabus, preferências...)	215	10	9,5	± 1,35
Conhecer intolerâncias alimentares e alergias	215	10	9,5	± 1,35
Registro e uso dos dados investigados em futuras internações	215	10	9,5	± 1,36

Considerando os índices obtidos para **Imagem da Instituição Hospitalar, Fatores que levariam à troca de Instituição** e sua **Posição frente à Comunidade** retratadas nas figuras 7, 8 e 9 a seguir, constatou-se o seguinte: o conhecimento científico (9,85) e a tecnologia de ponta (9,80) foram eleitos respectivamente como os pontos mais fortes para imagem e posição da Instituição. O desenvolvimento Científico, ligado a estratégia de Ensino e Pesquisa representa um dos pilares da ISCMPA na cumprimento de sua Missão.

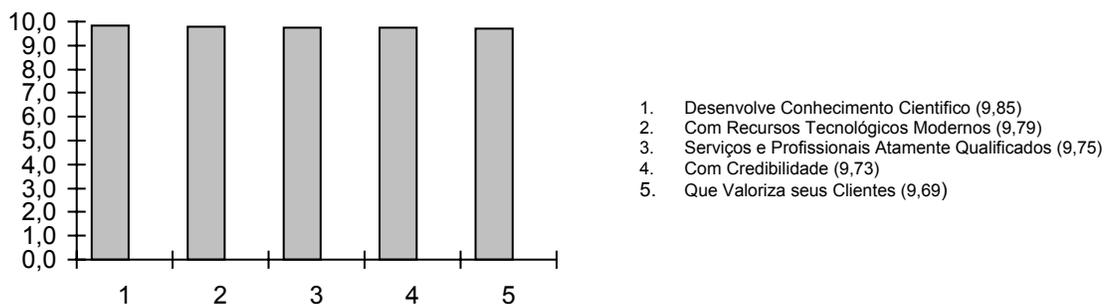


Figura 7: Imagem da Instituição Hospitalar

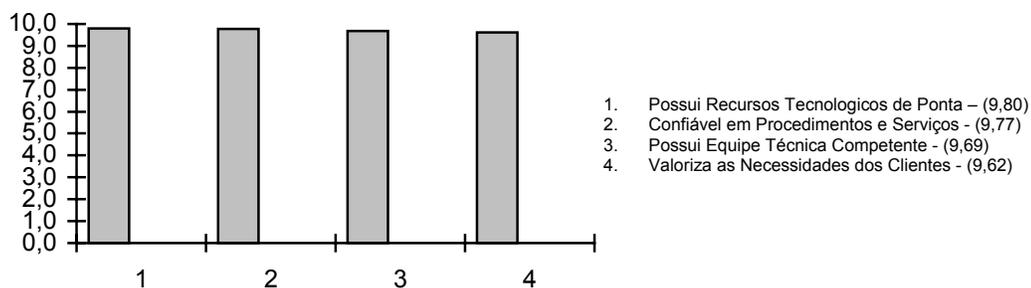


Figura 8: Posição da ISCMPA Frente à Comunidade

Em contrapartida, a falta de credibilidade médica é o fator de maior importância considerado numa suposta troca de Hospital.

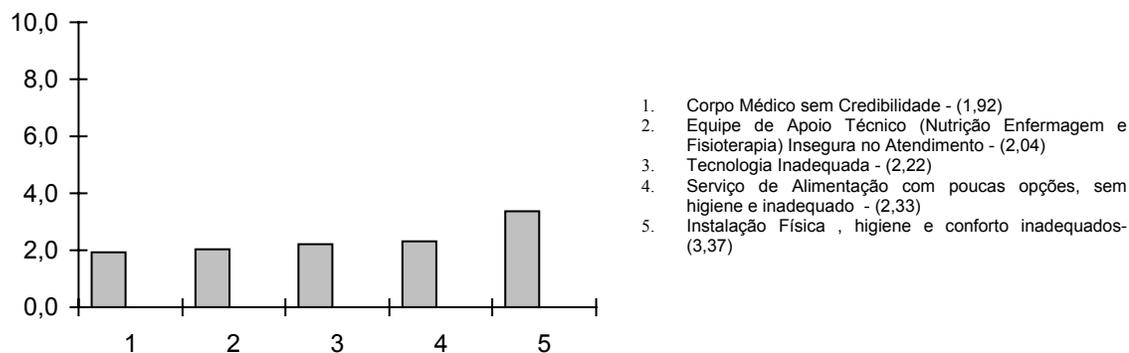


Figura 9: Fatores que Levariam à Troca de Instituição Hospitalar

Na análise da Imagem Institucional salienta-se o reconhecimento do desenvolvimento científico e da tecnologia de ponta. Falta de credibilidade médica é primeiro fator em suposta troca de hospital.

A população estudada reconhece o esforço da instituição no desenvolvimento científico (Hospital Escola) e lhe credita a utilização de recursos tecnológicos de ponta na prática da assistência.

A alimentação, por ser um produto ligado ao prazer e um elemento de agregação familiar, pode exercer influência na satisfação dos clientes internados. Porém, não foi este o aspecto mais importante relatado pelos clientes quando se analisaram os motivos pelos quais, supostamente, trocariam de Instituição Hospitalar. O aspecto mais importante relatado foi a falta de credibilidade na equipe médica, seguido da insegurança da equipe técnica, tecnologia, alimentação e instalações físicas. Obviamente que, por se tratar de uma Instituição que presta assistência médico hospitalar, a credibilidade no corpo médico e a segurança da equipe técnica têm um peso importante na decisão dos clientes em trocar ou não de hospital.

A análise das Sugestões (Anexo E) permite confirmar resultados apresentados em questões específicas da pesquisa. A maioria dos comentários refere-se ao abastecimento do frigobar, a implantação da anamnese histórica e a criação de um sistema alternativo de alimentação para acompanhantes. Percebe-se uma preocupação dos acompanhantes em relação a suposta interferência no tratamento de seus familiares que esta facilidade, requisitada por alguns para os acompanhantes, poderia trazer. Seria necessária uma vigilância

maior para garantir que o paciente não ingerisse nenhum alimento contra indicado pela Dieta. Por sua vez, é muito bem aceita a proposta da utilização de Anamnese Nutricional, em banco de dados, evitando a repetição de todo levantamento de informações, imposto pelo Inquérito Alimentar. Seria uma situação de comodidade para o paciente.

Também a oferta de um sistema de alimentação alternativo, especificamente, restaurante e serviço de buffett, são aspirações que os clientes manifestaram. A planta física do espaço de convivência, composto pelos diferentes ambientes, de alimentação e de lazer, está detalhada no Anexo F.

4.6 Plano de Intervenção para a Divisão de Nutrição e Dietética (DND)

Neste item é desenvolvido o Plano de Intervenção para a Divisão de Nutrição e Dietética do Complexo Hospitalar, foco da presente pesquisa. A pesquisa mostrou pontos passíveis de intervenção. O plano valeu-se de posicionamentos de teóricos sobre a qualidade dos serviços prestados ao cliente. Com este propósito, destaca-se o posicionamento de Mirshawka (1994), que nomeia o hospital como uma organização muito difícil de gerenciar, pois lida com forças muito complicadas para se disciplinar, convencer ou vencer, devendo espelhar-se nas organizações que têm sucesso com a qualidade dos serviços prestados.

Na DND a definição dos itens de controle tem como objetivos a satisfação dos clientes, o monitoramento da melhoria contínua dos processos, o uso de *benchmarking* para fazer comparações e focalizar os melhores processos além da geração da mudança, adotando medidas que ajudem a obtenção de novos comportamentos.

São considerados processos críticos aqueles que impactam diretamente na realização das estratégias e das metas da organização, partindo da visão do cliente, ou seja “*vendo a organização com os olhos dele*”.

Para a elaboração do Plano de Intervenção foi utilizada a avaliação do grau de satisfação levantado na pesquisa realizada pela autora. A análise do resultado foi realizada, fazendo a crítica comparativa entre o desempenho alcançado e a meta Proposta. Uma meta não alcançada remete ao Plano de Intervenção (Plano de Ação).

A elaboração do Plano de Intervenção envolveu a equipe funcional da unidade de trabalho e a estrutura foi definida em três fases: *Brainstorming*- para identificação das causas do efeito indesejado, Diagrama de Causa e Efeito – para a classificação das causas principais e secundárias e o Detalhamento do Método de planejamento – 5W 2H, como se apresenta na Figura 10.

Gestão da Qualidade Total - Diretrizes/Gerenciamento da Rotina Relatório de Avaliação e Acompanhamento dos Itens de Controle e Metas (RAAICM) Análise de Causas e Plano de Ação para Metas não Atingidas		U.G.B.:	Folha N°:			
N° I.C. Nome do I.C.		Meta:	Resultado:			
Análise do Problema:						
O que	Como	Por que	Quem	Onde	Quanto	Quando

Figura 10 - Análise de Causas e Efeitos e Plano de Ação para Metas não Atingidas

Fonte: ISCMPA

Considerando os resultados da pesquisa realizada, o Plano de Intervenção contempla as seguintes constatações levantadas no estudo:

1. Em relação a faixa etária, 69,5 % dos respondentes apresentaram idade acima de 56 anos. Isto sugere a necessidade de um cuidado na definição de cardápios, visto que os planos de alimentação devem ser ajustadas às necessidades específicas desses clientes.

2. A maioria dos pacientes, foco do estudo, internaram no hospital A(63) e C(62) seguido pelo hospital D(51). O preparo das refeições para estas unidades hospitalares é feita por áreas de produção de alimentos diferentes.

3. Da população de pacientes, registram-se 107 internações anteriores, conferindo a estes clientes as condições de comparar a efetividade dos procedimentos das experiências passadas com a atual ou recente. Destas internações, 81 foram em hospitais da capital e 99% dos pacientes possuem convênios de saúde, o que lhes permite a livre escolha da instituição hospitalar. Cientes desta realidade, os diferentes serviços, devem manter a padronização dos seus processos e investir em constantes programas de treinamento de recursos humanos, assegurando, assim a qualidade da assistência. Para o monitoramento dos processos de

atendimento ao cliente deverá ser instituída uma Ficha de Registro de Anomalias (Anexo G e H), preenchida pelo cliente no momento de uma intercorrência para possibilitar as correções em tempo real.

4. O médico indica o hospital em 64% das internações. Segue-se a escolha do hospital por preferência pessoal (23%).

5. As dietas normais representam 42,6% das dietas prescritas aos pacientes. Considerando que os pacientes com prescrição deste tipo de dieta não apresentam restrições alimentares e que algumas áreas de consumo são distantes das de produção, torna-se importante um estudo mais aprofundado dos tipos de alimentos e preparações, bem como dos materiais utilizados para o acondicionamento destes, com o objetivo de produzir refeições adequadas ao gosto dos clientes e que sejam viáveis de serem transportadas para as áreas de consumo. A pontuação das dietas normais (9,32), quando comparadas com as modificadas em consistência (9,57), foi menor, sugerindo que as visitas mais frequentes e a elaboração de esquemas especiais de alimentação configurando-se como uma atenção mais dirigida ao cliente, pode influenciar esta avaliação.

6. O grau de satisfação dos respondentes (pacientes e acompanhantes) com os serviços da DND (conceito geral) foi ligeiramente menor quando relacionado ao sentimento negativo manifesto (9,41) e comparado ao do grupo que manifestou sentimento positivo (9,52) no momento da entrevista.

7. Refeições e Adequação de Materiais são os dois dos sete constructos avaliados que não alcançaram a meta institucional (95%).

8. Todas as variáveis do constructo “Refeições” ficaram com conceitos médios abaixo da meta. Esta realidade impõe a implantação do conceito de gastronomia hospitalar com o propósito principal de ajustar a prática culinária ao padrão técnico exigido pela situação clínico nutricional dos clientes. Deverá incluir também a reestruturação do quadro funcional, com a contratação de profissionais especializados em gastronomia. Para o monitoramento da aceitação da alimentação será facilitado o contato dos funcionários da área de produção com os clientes. Esta visita terá como propósito entrevistar e colher sugestões dos clientes sobre a alimentação servida, de acordo com o Ficha de Visitas (Anexo I) e o Procedimento Operacional Padrão (Anexo J).

9. O grau de satisfação para sabor/tempero das refeições provenientes de duas áreas de produção foi o mesmo (8,3). Na análise desta relação verificou-se alteração no grau de satisfação das variáveis temperatura, quantidade das porções e aspecto visual. Na variável sabor/tempero, entretanto, as duas áreas de preparo receberam a mesma nota (8,3).

10. O constructo “Adequação de Material” obteve pontuação média de 8,85. Para melhorar o grau de satisfação dos clientes deve-se identificar novos materiais no mercado, adequados a área hospitalar, que, além de garantir a temperatura e facilitar o transporte, favoreçam também a apresentação das refeições.

11. A nota atribuída à implantação do Histórico do Paciente (Anamnese Nutricional) foi de 9,50. Os dados coletados possibilitam servir de base para a implantação de um registro cumulativo da Anamnese Nutricional dos pacientes, conforme Anexo L, retendo dados importantes sobre hábitos alimentares, intolerâncias e alergias, além da dieta associada à situação clínica. A consulta prévia, na próxima internação ou evento, a este banco de dados, permitirá ao profissional do serviço “surpreender” seus clientes, quando na 1ª visita (até as 24 horas iniciais) lembrar com o paciente seu plano de alimentação e sugerir as alternativas para o período de internação, agilizando o processo de atendimento, sem submeter o cliente a um novo inquérito alimentar.

12. Analisando o grau de importância atribuído pelos clientes, pacientes e acompanhantes, para o constructo “alimentação para acompanhantes” destaca-se como variável mais importante a “disponibilidade de buffet” (9,29) ficando “disponibilidade de alimentação no apartamento” com pontuação de 6,74. A diferença entre as duas opções se verifica na redução de 2,55 pontos percentuais para alimentação no apartamento. A criação de uma estrutura de alimentação para acompanhantes e público em geral, além de agilizar e otimizar o atendimento, permitirá aumentar as opções de alimentos (refeições, lanches rápidos, tele- entrega etc.), buscando assim aumentar a satisfação de todos os segmentos de clientes.

13. A maioria das observações, no espaço livre de sugestões, refere-se a criação de um serviço de buffet e a implantação do Histórico do Pacientes (Anamnese Nutricional)- aprovados pelos respondentes. O funcionamento do serviço de frigobar representa uma preocupação: frigobar abastecido significa preocupação para a família pela suposta interferência no tratamento dos pacientes.

O Plano de Intervenção para as constatações apresentadas anteriormente, foi organizado segundo o método 5W 2H, onde são descritas as ações e seus objetivos, definidos a forma de execução e os responsáveis pelas atividades, além de determinado o local, e período de realização. O orçamento para o Plano de Intervenção será executado na sua implantação. O resultado esperado, após a intervenção, deverá ser o cumprimento da meta institucional para satisfação de clientes, estabelecida em 95%.

4.6.1 Plano de Intervenção (Plano de Ação)

O Quê (Ação)	Como (Procedimento)	Por quê (Objetivo)	Quem (Responsável)	Onde (Local)	Quando (Data/período)
1) Definição de cardápios de acordo com o perfil	- Adequar os cardápios ao padrão técnico recomendado.	Suprir adequadamente as necessidades nutricionais destes pacientes	SND	Áreas específicas	AGO a DEZ /03
2) Qualificação da assistência nutricional	- Padronizar os processos. - Treinar recursos humanos.	Garantir o padrão do serviço prestado	SND	Áreas específicas	AGO a DEZ/ 03
Controle do Processo de Atendimento	- Disponibilizar "Ficha de Controle de Anomalias" para uso do cliente	Identificar problemas e corrigir reclamações em tempo hábil	SND	Unidades de Internação	SET/03
3) Melhoria do Padrão Alimentar das Dietas Normais	- Elaborar cardápios variados em alimentos e preparações. - Elaborar esquemas de alimentação personalizados ou individualizados, quando necessário. - Criar uma nova sistemática de visitas aos pacientes, revendo os critérios de priorização para efetivação destas. - Promover curso prático de culinária. - Adequar materiais para acondicionamento e transporte das refeições garantindo condições ideais de temperatura e apresentação visual. - Adequar equipamentos de produção que permitam maior variação no modo de preparo dos alimentos.	Oferecer refeições melhor preparadas e na temperatura certa, atendendo aos hábitos alimentares dos clientes	SND	Áreas específicas Unidades de Internação	AGO a DEZ/ 03

4) Refeições equilibradas com sabor, tempero e temperatura adequadas	- Analisar e discutir os resultados da pesquisa de satisfação de clientes com as equipes de produção. - Identificar as preparações com melhor aceitação pelo cliente.	Para eliminar os pontos críticos, através do diagrama de causa e efeito	SND	Sala de treinamento do SND	AGO/03
	- Identificar os pontos críticos no processo de manutenção da temperatura dos alimentos. - Revisar e intensificar o uso das planilhas de controle de temperatura.	Garantir a temperatura adequada das refeições	Áreas de produção e distribuição de alimentos	Áreas específicas	AGO/SET /03
	- Promover curso prático de culinária para as pessoas envolvidas nos processos de alimentos. - Contratar chefes de cozinha.	Aperfeiçoar as equipes de produção de alimentos no preparo das refeições	SND Serviço Nacional do Comércio (SENAC)	Laboratório Dietético do SND	SET/OUT/03
	- Implementar visitas sistemáticas, dos funcionários da Área de Produção, nas unidades.	Promover o contato direto com o cliente e identificar processos deficientes.	Funcionários da Área de Produção	Unidades de Internação	AGO a DEZ/03
5) Substituição e/ou Adequação de materiais	- Identificar os materiais que deverão ser substituídos - Realizar pesquisa de novos materiais no mercado.	Oferecer materiais com melhor aceitação	SND	Mercado	AGO a SET /03
	- Adquirir e implantar o uso dos materiais.			Áreas de distribuição de alimentação	SET a OUT/03
6) Registro histórico da situação alimentar do paciente	- Implantar a Anamnese Nutricional Histórica	Manter os registros referentes aos hábitos alimentares, alergias e outras intercorrências evitando questionamentos repetitivos nas próximas internações	SND	Unidades de internação	AGO/ SET/03
7) Implantação de um espaço de convivência com serviços de alimentação, cyber café, lojas de conveniências, livrarias e lazer.	- Criação de um serviço especial de alimentação - Organizar serviço de alimentação para o público não paciente, através da implantação de restaurantes, cafeterias e serviços de tele entrega	Oferecer opções de alimentação mais adequadas às expectativas dos clientes, com maior agilidade de atendimento	SND	Áreas definidas pela administração da Instituição	AGO A DEZ/03

Na seqüência, para garantir a padronização dos processo foi elaborado o Procedimento Operacional Padrão para as visitas aos clientes pelos funcionários da área de produção de alimentos e para o controle de anomalias, Anexos H e J usando como modelo a figura 11.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Título (Tarefa)	Número: 02
<i>Visitar o paciente nas primeiras 24h de Internação</i>	Data: 25/08/98
	Revisão: Segunda
Responsável: Nutricionista	Data da Última Revisão: Março 2001
Local: Unidades de Internação	
Condições/Materiais Necessários: <ul style="list-style-type: none"> - Caneta - Prontuário - Sumário de Internação - Anamnese de Internação - Máquina de Calcular Tabelas de Alimentos	
Descrição das Atividades: <ol style="list-style-type: none"> 1) Receber o sumário de internação ou a informação da auxiliar de nutrição quanto a internação do paciente. 2) Consultar o prontuário 3) Visitar o paciente 4) Realizar a anamnese de internação 5) Definir o tipo de dieta ou a adaptação dietoterápica e orientar o paciente 6) Colocar-se à disposição do paciente 7) Prescrever a dieta e/ou adaptar o esquema dietoterápico 8) No caso de prescrever a dieta deixar a anamnese de internação no prontuário e, no caso de visita pós prescrição evoluir a conduta em prontuário 9) Elaborar o esquema dietético ou localizar o mesmo na planilha de dietas, quando necessário. 10) Elaborar esquemas especiais para a área de produção, se necessário 11) Orientar a atendente de alimentação quanto a dieta liberada ou modificada Registrar, ao lado do nome do paciente, na folha de dietas, que foi realizadas a visita de 24h.	
Resultados Esperados: <ul style="list-style-type: none"> - Todos os pacientes visitados nas primeiras 24h de internação. 	
Ações Corretivas nas Anormalidades: <ul style="list-style-type: none"> - Treinamento Revisão do POP 	

Figura 11- Procedimento Operacional Padrão

Fonte: Divisão de Nutrição e Dietética.

5.COMENTÁRIOS FINAIS

5.1 Conclusão

Esta dissertação apresenta, além da revisão de literatura, que se constituiu no suporte para desenvolver o tema, embasar a análise dos dados da investigação e alcançar os objetivos propostos, uma pesquisa de satisfação e um Plano de Intervenção, elaborado a partir dos resultados obtidos na pesquisa. Nesta conclusão do trabalho se destacam considerações importantes.

A pesquisa de satisfação foi aplicada em 215 Clientes (pacientes e acompanhantes) dos serviços da Divisão de Nutrição e Dietética em cinco dos sete hospitais da Santa Casa de Porto Alegre. Foram entrevistados no Hospital A 63 clientes, no B,29, no C,62, no D,51 e finalmente no F,10 clientes.

O perfil dos clientes entrevistados na pesquisa de satisfação apresentou as seguintes características: A maioria dos respondentes foi do sexo feminino com 56 % do total; Os pacientes cirúrgicos representaram 36.9%, enquanto os clínicos 35 % do total dos pesquisados; O tempo médio de internação foi de 9 dias; Quase a totalidade dos clientes tem plano de saúde (99%); 42.6 % das dietas utilizadas pelos pacientes são normais e 69,5% dos pacientes apresentam idade acima de 56 anos.

A análise destas características permitiu direcionar os procedimentos técnicos e operacionais, nas áreas de produção e distribuição de alimentos, com o objetivo de definir um plano de alimentação adequado ao perfil dos clientes.

Os médicos têm influência importante na escolha do hospital de seus pacientes. A indicação da Instituição pelo médico representa 64 % das respostas. Sendo assim, a percepção do cliente médico quanto a qualidade da assistência nutricional pode ser estudada visto seu papel destacado na indicação e escolha da instituição de saúde.

O grau de satisfação geral com os serviços da DND foi de 9,41- atribuído pelos respondentes (162 pacientes e 53 acompanhantes), cuja mensuração constituiu o objetivo principal da pesquisa.

Quanto ao objetivo específico de comparar o grau de satisfação com o sentimento dos respondentes, obteve-se o seguinte resultado: de 177 respondentes, que no ato da investigação referiram sentimento de confiança e satisfação, atingiu a média de 9,52, enquanto que, este mesmo índice baixou para 8,92, quando avaliado pelo outro grupo de pesquisados, que se diziam tristes ou deprimidos no momento da coleta de informações.

Os resultados da Pesquisa de Satisfação destacam dois aspectos a serem considerados: a pontuação média, decorrente da avaliação de todos os constructos e suas variáveis foi satisfatória. No entanto, quando se analisa a mediana, identifica-se a necessidade de intervenção gerencial, em variáveis específicas, reconhecidas como pontos críticos no processo de assistência nutricional.

Quanto ao objetivo específico de comparar as informações com a meta institucional, é necessário ressaltar que “Refeições” e “Adequação de Material” foram os dois constructos com pontuação inferior a 9,5 e todas as suas variáveis são consideradas críticas porque também, em análise isolada, não alcançaram esta meta.

A pontuação média dos constructos *Horário de Refeições (9,79)*, *Higiene do Material de Copa (9,66)*, *Comunicação com a Equipe de Nutrição por Telefone (9,66)*, *Contato Inicial com a Equipe de Nutrição (9,65)*, *Comportamento e Atuação dos Funcionários (9,63)*, *Refeições (8,91)*, *Adequação do Material (8,85)*, reduziu-se na avaliação dos pacientes com mais de uma internação, com exceção dos constructos *Higiene do Material da Copa* e *Comportamento e Atuação dos Funcionários*.

Quanto ao objetivo específico de comparar o grau de satisfação das refeições servidas com as unidades de produção de alimentação verificou-se que, a variável sabor/tempero alcançou a mesma nota (8,3) nas duas unidades. As outras análises, como temperatura, aspecto visual e quantidade das porções apresentaram melhor desempenho na unidade B. Entretanto, nenhuma variável, vista isoladamente, alcançou 9,5.

As dietas modificadas, por alterações de consistência ou imposição de restrições de nutrientes, tiveram melhor pontuação dos que as dietas normais. Este fato talvez possa ser explicado em razão da individualização do atendimento destes pacientes. É prática, na Instituição estudada, a visita diária da equipe do SND aos pacientes cujas dietas apresentem algum tipo de modificação em relação ao padrão normal. Além da visita, que consiste na verificação da aceitação da dieta e no levantamento de necessidades e preferências, são elaborados esquemas especiais de alimentação buscando aproximar a dieta hospitalar ao hábito alimentar do paciente, e, assim, aumentar a adesão ao tratamento.

Quanto ao objetivo específico de medir a importância para a implantação do constructo “Histórico do Paciente” (Anamnese Nutricional Histórica), ficou comprovado o avanço que este procedimento significa, visto que se consultada a tabela 21, do corrente trabalho, constata-se que, de um universo de 162 pacientes (100%), 84 deles (51,85%) já tiveram mais de uma internação hospitalar e passaram pela experiência de responder aos inquéritos que pesquisam a situação alimentar dos pacientes.

O constructo “*Histórico do paciente*” (pesquisando dados das internações ou eventos anteriores), como proposta de um novo serviço, recebeu nota 9.45 e 9.62, quando analisado pelo paciente e acompanhante, respectivamente, demonstrando que, na opinião dos clientes, foi considerado importante.

Com este recurso, na visita das 1^{as} 24 horas da nova internação (etapa obrigatória), o processo de investigação não partiria do “zero”, além de surpreender favoravelmente o cliente, pelo prévio conhecimento de sua situação alimentar, evitando o desconforto de ter de se submeter a um novo inquérito alimentar completo.

Na análise das variáveis do constructo “ Serviço Alimentação para Acompanhantes” ficou evidente a aprovação da proposta de criar um serviço de buffet, na cafeteria ou restaurante, com a pontuação de 9,29, atribuído pelos respondentes.

O Espaço de Convivência, a ser oferecido, inclui entre outros serviços, uma ampla área de alimentação para oferecer alternativas aos clientes. Este serviço, funcionando 24 horas, atenderá também solicitações de refeições e lanches pelo sistema de tele-entrega, em todo Complexo Hospitalar.

Do ponto de vista geral, a imagem que os clientes têm da instituição, bem como sua posição em relação à concorrência está diretamente relacionada ao desenvolvimento científico realizado pela Instituição e pela existência de avançados recursos tecnológicos. As médias atribuídas ao conhecimento científico (9,82), aos recursos tecnológicos (9,79), aos profissionais qualificados (9,75), a credibilidade da Instituição (9,73) e a valorização dos clientes (9,69), reiteram a necessidade constante de qualificação dos recursos humanos, de todas as áreas, não só no desenvolvimento técnico mas também na questão gerencial e administrativa, para assegurar os índices alcançados.

Quando se analisa as observações descritas no espaço aberto da pesquisa, nota-se que, histórico do paciente, serviço para acompanhantes e disponibilidade de frigobar nos apartamentos, foram questões novamente comentadas, apesar das perguntas fechadas relacionadas a estes constructos. Isto nos leva a inferir que estes sejam pontos prioritários de serem estudados e reestruturados para se alcançar melhor escore na satisfação dos clientes.

Embora vários elogios tenham sido expressados pelos clientes neste espaço, várias oportunidades de melhorias, não só para o serviço de nutrição mas também para a Instituição, foram relatadas. Aquelas relacionadas ao serviço de assistência nutricional foram contempladas no plano de melhorias e as Institucionais foram enviadas à direção do hospital para conhecimento e resoluções.

As principais ações definidas para o Plano de Intervenção são: Definição de cardápios de acordo com as características gerais dos pacientes, como idade, tipo de tratamento a que estão submetidos, condições de alimentação relacionadas a idade e outros; Qualificação da Assistência nutricional através da revisão e padronização de processos; Melhoria do padrão alimentar das Dietas Normais; Oferta de refeições equilibradas com sabor, tempero e temperatura adequadas; Substituição e /ou adequação dos materiais utilizados para servir os pacientes; Implantação da Anamnese Nutricional Histórica e Implantação de um Espaço de Convivência, dotado de ambientes de alimentação e lazer.

5.2 Sugestões para Futuros Trabalhos

Em razão da limitação de literatura específica, relacionada a Pesquisa de Satisfação de Clientes, em Serviços de Nutrição e Dietética Hospitalar, existe um amplo campo de investigação a ser efetivado nesta área.

As pesquisas que são realizadas nas Instituições Hospitalares, avaliam alguns aspectos do Serviço, habitualmente incluídos em questionários que medem a satisfação geral dos clientes, sem referenciar, especificamente, o objeto desta pesquisa.

Recomenda-se:

- Estruturar um sistema de avaliação do grau de satisfação do cliente, na própria Divisão de Nutrição e Dietética, em complemento às informações disponíveis na Instituição – SIM / Departamento de Marketing.
- Utilizar a Pesquisa de Satisfação do Cliente como instrumento gerencial. Amplia-se desta forma a visão do gerente em relação às necessidades dos seus clientes, colhendo subsídios para implantar ações corretivas e de melhorias, baseadas numa escala de prioridades, e pautadas em pontos críticos identificados. Este recurso substitui a subjetividade, muitas vezes considerada na avaliação das percepções e manifestações dos clientes.

Para complementar a presente pesquisa sugere-se a sequência do estudo com análise de outras variáveis como:

- o serviço de alimentação por unidade hospitalar, procurando identificar especificidades, em diferentes especialidades médicas, internação clínica ou cirúrgica, em razão das expectativas do tratamento e do tempo de permanência do paciente ;
- a interferência dos tratamentos medicamentosos na aceitação da alimentação;
- o processo de alimentação em relação ao tempo de internação;
- o controle do processo de ingestão de alimentos em relação a efetividade da dieta;
- a efetividade dos programas de treinamento em relação ao comportamento e atuação dos funcionários,

e por último a influência do estado emocional na satisfação do paciente.

O mesmo método poderia ser utilizado em outros serviços assistenciais como enfermagem, fisioterapia e psicologia, para melhorar os procedimentos hospitalares, promovendo desta forma uma assistência integral especializada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAKER, David; KUMAR, V.; DAY, George. **Marketing Research**. 6.ed. Nova York: John Wiley and Sons, 1998.

ALBRECHT, Karl. **Revolução nos Serviços: Como as Empresas Podem Revolucionar a maneira de Tratar os Seus Clientes**. Trad. Antonio Zoratto Sanvicente. 5.ed. São Paulo: Pioneira, 1998.

ALBRECHT, Karl; BRADFORD, Lawrence J. **Serviços com Qualidade: a Vantagem Competitiva**. São Paulo: Makron Books, 1992.

ALBRECHT, K. & ZEMKE, R. **Service America!: Doing Business in the New Economy**. New York: Warner Books Inc., 1990.

ANDERSENON, Eugene W.; FORNELL, Claes & ZEHMANN, Donald R. **Customer Satisfaction, Market Share, and Profitability: Findings from Sweden**. Journal of Marketing, 3 (July, 1994), 53-66.

BARBOSA, Eduardo Fernando et al. **Gerência da Qualidade Total na Educação**. Belo Horizonte, MG: UFMG, Escola de Engenharia, Fundação Christiano Ottoni, 1994.

BARBOSA, Eduardo Fernando **Implantação da Qualidade Total na Educação**. Belo Horizonte, MG: UFMG, Escola de Engenharia, Fundação Christiano Ottoni, 1995.

BARBULHO, Euclides. **Excelência na Prestação de Serviços**. São Paulo: Madras Editora Ltda., 2001.

BARCELLOS, Paulo. **Satisfação de Clientes Notas de Aula**. Porto Alegre: UFRGS, 2000. Programa de Pós Graduação em Administração – PPGA, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000.

BARROS, Claudius D'Artagnan C. de. **Excelência em Serviços. Uma Questão de Sobrevivência no Mercado**. 2.ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1999.

BATTESINI, Marcelo. **Análise Conjunta em Duas Etapas**. Porto Alegre: UFRGS, 2000. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) PPGE/ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000.

BEBER, Sedinei José Nardelli. **Estudo Exploratório da Insatisfação de Consumidores com Serviços de Assistência Técnica Autorizada de Automóveis**. Porto Alegre:UFRGS.2000. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) PPGE/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000.

BERRY, L.L. & PARASURAMAN, A. **Serviços de Marketing: competindo através da qualidade**. São Paul : Maltese - Norma, 1992.

BITNER, Mary Jo. **Evaluating Service Encounters: The Effects of Physical Surroundings and Employee Responses**. Journal of Marketing, vol. 54, 1990

BOYD, Harper W.;WETFALL, Half e STATSCH, Stanley F. **Marketing Research: text na cases**. Irwin: Homwood II, 1989.

CAMPOS, Vicente Falconi. **TQC: Controle de Qualidade Total (no Estilo Japonês)**. 6.ed. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, Escola de Engenharia da UFMG. Rio de Janeiro: Bloch, 1992.

CARDOZO, Richard N. **Na Experimental Study os Costumer Effort, Expectation and Satisfaction**. Journal of Marketing Research II (August 1965) 244-49

CARLZON, Jan. **A Hora da Verdade**. 11ed. Rio de Janeiro: Cop, 1994.

CARR, K.D. & LITTMAN, I.D. **Excelência nos Serviços Públicos: gestão da qualidade total na década de 90**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1992. 332 p.

CHURCHIL, Jr., Gilbert. **Marketing Criando Valor para os Clientes**. 2 ed, São Paulo: Saraiva, 2000

_____. **A Basic Marketing Research**, 4ed., Orlando: Dryden Press, 2001.

DONAHEDIAN, A. **Evaluating The Quality of Medical Care**. Milbank Memorial Fund Quartely 1966; 44: 166-206.

ENGEL, James F. & BLACKWELL. **Consumer Behavior**. Hinsdale: The Dryden Press, 1995.

FREIGENBAUN, A. **Total Quality Control**. 3ed. New York: McGraw Hiel, 1998.

FITZSIMMONS e FITZSIMMONS. **Administração de Serviços- Operações, Estratégia e Tecnologia de Informação**. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2000

FORNEL, Claes. **National and Corporate Customer Satisfaction Indices**, a presentation at the Word Quality Day, Word Trade Center. Amsterdam, The Netherland (November 14, 1995).

GIANESI, Irineu G.N.; CORRÊA, Luiz. **Administração Estratégica de Serviços: Operações para a Satisfação do Cliente**. São Paulo, SP: Atlas, 1996.

GINANI, Verônica; ARAÚJO, Wilma. **Gastronomia e Dietas Hospitalares. Nutrição em Pauta**. A Revista do profissional de Nutrição. Ano X, número 56. Set/Out 2002.

GRANDA, Yaro Ribeiro; GAMBARDELLA, Ana Maria Dionezi. **Avaliação do Serviço de nutrição e alimentação**. São Paulo: Sarvier, 1986

HOWARD, John A. & SHETH, J. N. **The Theory of Buyer Behavior**. New York: John Wiley & Sons, 1969.

HUNT, H. Keith. CS/D-Overview and Future Research Direction, in **Conceptualization and Measurement of Consumer Satisfaction and Dissatisfaction**. H. Keith Hunt, ed. Cambridge, MA: Marketing Science Institute, 1977.

ISCMIPA - **Relatório programa Nacional da Qualidade**. Porto Alegre, 2002.

ISHIKAWA, K. **Controle de Qualidade Total: à maneira japonesa**. Rio de Janeiro; Campus, 1993.

JURAN, J. M. **A Qualidade desde o Projeto**. São Paulo: Pioneira, 1992.

KAPLAN, Daniel I.; RIESER, Carl. **Qualidade Total na Prestação de Serviços - como aprimorar as práticas gerenciais adotando a melhoria contínua**. Trad. Carmen Soussef. São Paulo: Nobel, 1996.

KOTARA, Filomena, PACHECO M, HIGAKI, Y. **CQH Controle da Qualidade do Atendimento Médico Hospitalar no Estado de São Paulo**. Manual de orientação hospitalar. Participante Associação Paulista de Medicina de São Paulo. São Paulo: Atheneu, 1998

KOTLER, Philip. **Administração de Marketing**. São Paulo: Atlas, 1994.

_____. **Administração de Marketing. Análise, Planejamento, Implementação e Controle** 4.ed. São Paulo: Atlas, 1996.

_____. **Administração de Marketing. Análise, Planejamento, Implementação e Controle** 5.ed. São Paulo: Atlas, 1998.

_____. **Marketing para o século XXI**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

_____. **Administração de Marketing: a Edição do Novo Milênio**. 10ed. São Paulo: Prentice Hall, 2000. Cap 4, p.121-140 e Cap 11, p. 349-363.

LAWN, John Healthcare FSDs play a Key role in their institution's public relations. **Food Management**. Cleveland, Jul 2001.

LÉXICOS CIÊNCIAS DE LA EDUCACIÓN. **Psicologia**. Madrid: Santillana S.A., 1989.

LOBATO, David Menezes. **Administração Estratégica: Uma Visão Orientada para a Busca de Vantagens Competitivas**. Rio de Janeiro: Editora Ed Ltada, 2000.

- MAGNONI, Daniel.; Cukier, Celso. **Perguntas e Respostas em Nutrição Clínica**. São Paulo: Roca, 2001.
- MATTAR, Fauze N. **Pesquisa de Marketing**. São Paulo: Atlas S. A 1996.
- MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de Marketing: Uma Orientação Aplicada**. 3ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.
- MELLO, Joamel Bruno & CAMARGO, Marlene Ortega. **Qualidade na Saúde: Práticas e Conceitos**. Normas ISSO nas Áreas Médico-Hospitalar e Laboratorial. São Paulo: Best Seller, 1998.
- MILET, Zélia.; TEIXEIRA, Suzana; CARVALHO, Josedir; BISCONTINNI, Telma Maria. **Administração Aplicadas às Unidades de Alimentação e Nutrição**. São Paulo: Atheneu, 2000.
- MIRSHAWKA, Victor. **Hospital: Fui bem Atendido!!!** A vez do Brasil. São Paulo: Makron Books, 1994
- MORGAN, Clifford T. **Introdução à Psicologia**. Trad. Auriphebo B. Simões. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1977.
- MOWEN, John C. **Cosumer Behavior**. 4ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall, 1995.
- OLIVER, Richard L. **Effect of Expectation and Disconfirmation on Postexposure Product Evaluation: and Alternative Interpretation**. Journal of Applied Psychology, Vol. 62, Augusto 1977, pp. 480-486.
- _____. **Measurement and Evaluation of Satisfaction Process in Retail Setting**. Journal of Retailing, 57 (Fall), 1981, 25-48.
- _____. **Satisfaction a Behavioral Perspective on Consumer**. Vanderbilt University/McGraw-Hill, 1997.
- PARASURAMAN, BERRY and ZEITHAML, **Understanding Customer Expectations os Service**. Sloan Management Review, Spring 1991.
- PROENÇA, Rossana P. da Costa. **Desafios Contemporâneos com Relação à Alimentação Humana**. Revista Nutrição em pauta. Ano X. número 52. Janeiro/Fevereiro, 2002. São Paulo.
- REBELO, Paulo Antonio de Paiva. **Qualidade em Saúde: Modelo teórico, realidade, utopia e tendência**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1996.
- RODRIGUES, Alziro César de M. **Qualidade de Serviços e Satisfação do Consumidor: Aspectos Conceituais Distintivos**. Anais da ANPAD, 2000.
- ROSSI e SLONGO. **Pesquisa de Satisfação de Clientes: o Estado -da Arte e Proposição de um Método Brasileiro**. RAC.v.2 n.1 Jan/Abr. 1988: 101-125.
- RUMMLER, G. A. & BRACHE, A. P. **Melhores Desempenhos das Empresas**. São Paulo: Makron Books do Brasil Ltda., 1994.

SAMARA, Beatriz Santos, BARROS, José Carlos de. **Pesquisa de Marketing – Conceitos e Metodologia**. 2 ed. São Paulo: Makron, 1997.

SANTOS, Gilberto Tavares. **Método para Identificação e Hierarquização de Atributos de Preferência de Produtos Recém Lançados no Mercado Consumidor** Porto Alegre: UFRGS, 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) PPGEP/ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

SOUZA, Anete Araújo de. **A Interação entre a Terapia Nutricional e a Produção de Refeições**: repensando a função da alimentação hospitalar. Revista Nutrição em pauta. Ano X. número 53. Março/Abril, 2002. São Paulo.

SPAETH, Ronald G. **Clinically Speaking**. Healthcare Executive Jul/Aug 2001, Chicago.

SPANBAUER, Stanley J. **Um Sistema de Qualidade para Educação**: Usando Técnicas de Qualidade e Produtividade para Salvar Nossas Escolas. Trad. Mariluce Filizola C Pessoa. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed. Ltda., 1995.

SPERRY, Zen (Org.). **Desempenhos de Aprendizagem & Diferenças individuais**. Seleção e tradução de Juracy C. Marques. Porto Alegre: Globo, 1977.

TEIXEIRA, Suzana; MILET, Zélia; CARVALHO, Josedir; BISCONTINNI, Telma Maria. **Administração Aplicada às Unidades de Alimentação e Nutrição**. São Paulo: Atheneu, 2000.

TSE, David K. & WILTON, Peter C. **Models of Consumer Satisfaction: Na Extension**. Journal of Marketing Research, 25 (May), 1988, 204-12.

VIANNA, Marco Aurélio & JUNQUEIRA, Luiz Augusto Costacurta. **Como gerenciar no século XXI**. Disponível em: <http://www.gestaoerh.com.br/artigos/bibl.015.shtml>. Acesso em 2001.

WAITZBERG, Dan L. **Nutrição Enletral e Parenteral na Prática Clínica**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1990.

WAITZBERG, D. L.; CIFFA, W.T.; CORREIA, M.I.T.D- **Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (IBRANUTRI)**, Rev.Bras.Nutri. Clin, 14: 124-134, 1999.

WESTBROOK, Robert A.; OLIVER, Richard L. **The Simensionatity of Consumption Emotion Patterns and Consumer Satisfaction**. Journal of Consumer Researchn, Vol. 18, June 1991. pp. 84-91.

WILKIE, Willian. **Consumer Behavior**. 3.ed. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1994.

ZANON, Uriel **Qualidade da Assistência Médico-Hospitalar Conceito, Avaliação e Discussão dos Indicadores de Qualidade**. Rio de Janeiro, RJ: MEDSI. 2001.

ZEITHAML, Valerie A. Consumer Perceptions of Price, Quality, and Value: a Means - end Model and Synthesis of Evidence. Journal of Marketing, 25 (July, 1988), 2-22.

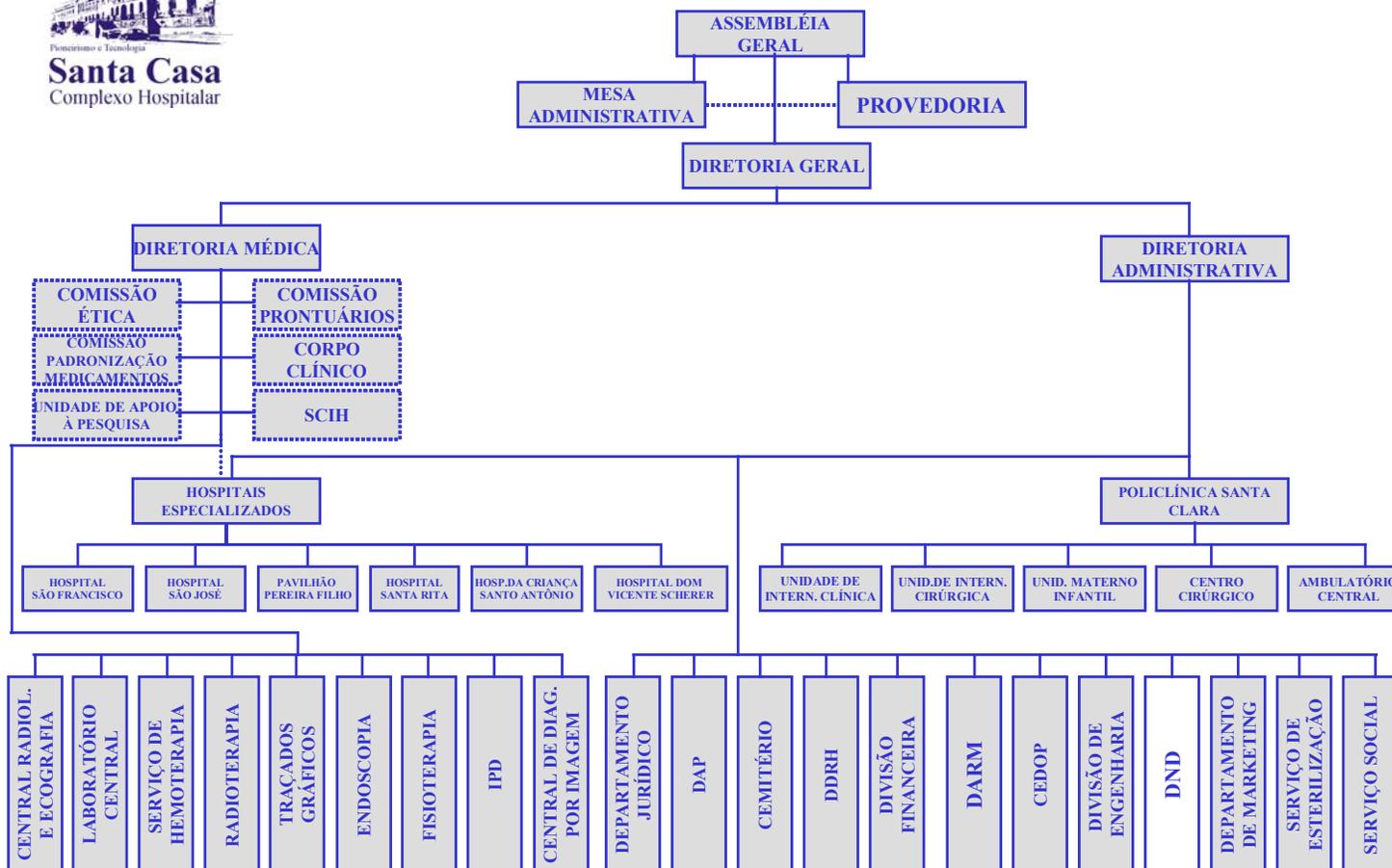
ZEITHAML, Valerie A; PARASURAMAN, B. Ten Lessons for Improving Service Quality, Marketing Science Institute, 1993,

ANEXOS

Anexo A – Organograma da ISCMPA 2002

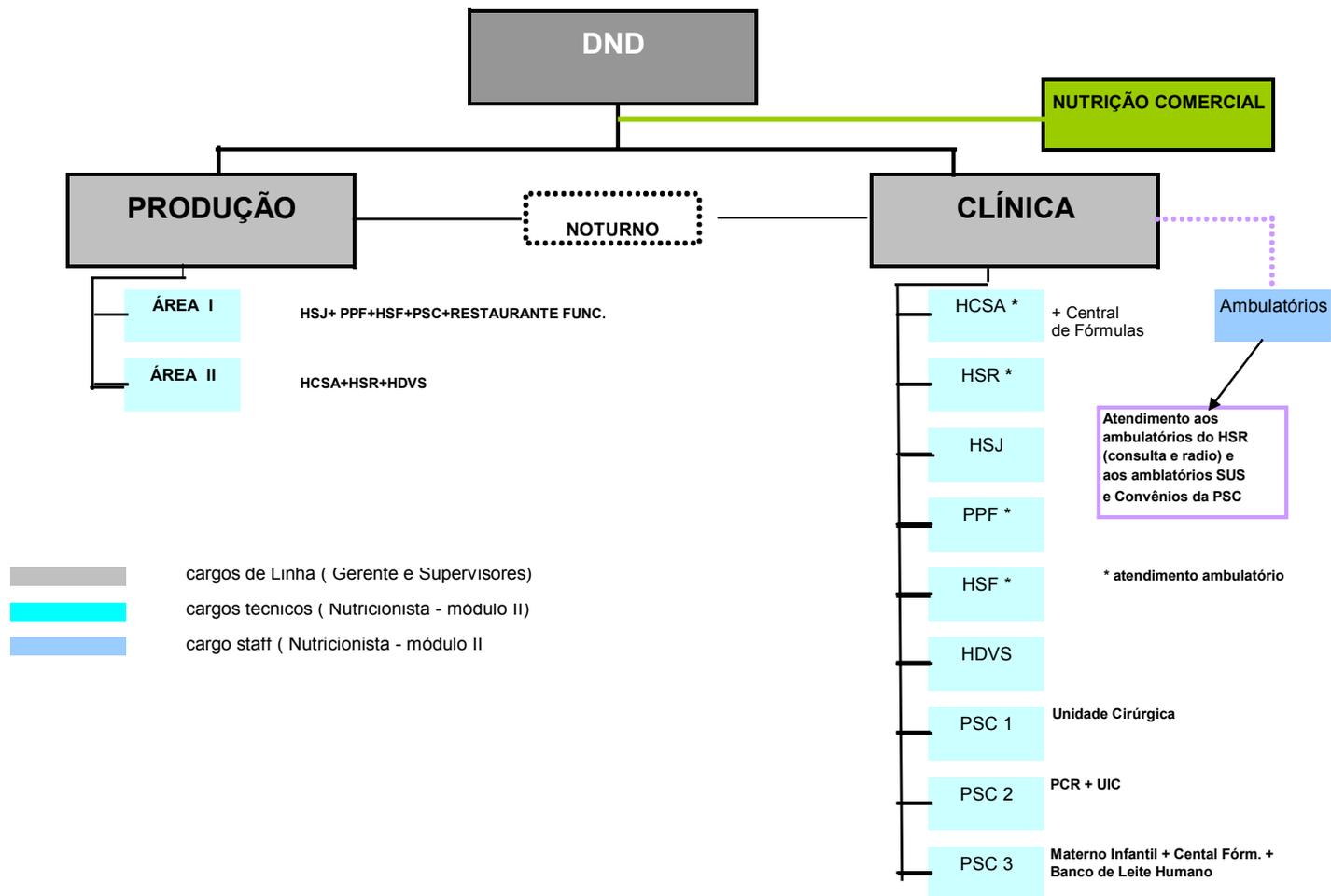


Sistema de Gestão - Estrutura Orgânica



Anexo B – Organograma da Divisão de Nutrição e Dietética

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DND (proposta maio/2002)



Hospital que você internou:

Policlínica Santa Clarra

Hospital São Francisco

Hospital São José

Pavilhão Pereira Filho

Hospital Santa Rita

Hospital da Criança Santo Antônio

No seu entender, quais as três principais qualidades que deve possuir um hospital?

Sugestões - Comentários

Qual o seu grau de satisfação em relação a Santa Casa?

Muito Insaatisfeito

Insatisfeito

Indiferente

Satisfeito

Muito Satisfeito

Você voltaria a utilizar
nossos serviços?

Sim

Não

Identifique-se, caso desejar:

Nome: _____ Endereço: _____

Telefone: _____

Anexo D – Modelo do Questionário Aplicado

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE DIVISÃO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

Srs. Clientes:

A principal missão de nosso serviço é garantir uma alimentação que atenda aos princípios dietéticos, mesmo que a ação adotada represente alteração de hábitos alimentares ou a aplicação de restrições de nutrientes ou alimentos.

O propósito deste questionário é saber sua opinião, críticas e sugestões sobre os serviços prestados ao cliente em relação ao setor de nutrição do Hospital.

Contamos com sua colaboração, o que certamente contribuirá para a implantação de novas medidas na melhoria da qualidade de nossos serviços.

Desde já, agradecemos sua colaboração.

Alice Pfaffenzeller

Pesquisadora

Instrumento

1ª Parte

1. Identificação do Questionário

Questionário N°: _____ Data de aplicação: _____ Local _____

Marque nos itens abaixo a alternativa que corresponde a sua situação

2. Dados de internação

Tempo de internação _____ dias

Tem Diagnóstico: Não Sim Qual _____

Dieta prescrita: Normal Especial Qual _____

3. Dados pessoais do respondente:

Idade: _____ anos Sexo: Masculino Feminino

Primeira internação: Sim Não

Categoria: Particular Convênio

Indicação do hospital: pelo médico pelo convênio por amigos Preferência pessoal Outros

Internação anterior no Complexo Hospitalar Santa Casa? Sim Não

Internação anterior em outro Hospital Sim Não Qual: _____

Tipo de cliente: Paciente Acompanhante

4. Informações sobre os serviços de refeições que estão sendo avaliados:

Desjejum das 7h 30min às 8h 30min

Colação das 9h 30min às 10h

Almoço das 11h 30min às 12h30min

Lanche da tarde das 15h às 15h 30min

Jantar das 18h 30min às 19h 30min

Ceia das 21h às 21h 30min

Serviço à la carte: refeições rápidas, pratos congelados, Frigobar

Serviço diário: desjejum, colação, almoço, jantar e ceia

continuação

	Grau de Satisfação									
	Totalmente insatisfeito ←					Totalmente satisfeito →				
5.7 Comunicação com a equipe de nutrição por telefone	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Facilidade de acesso										
Presteza no atendimento										

	Grau de Importância									
	Baixo grau importância ←					Alto grau de importância →				
5.8 Histórico do paciente (anamnese nutricional)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Conhecer os hábitos alimentares. (tabus, preferências...)										
Conhecer intolerâncias alimentares e alergias										
Registro e uso dos dados investigados em futuras internações										
Sugestões/ comentários										

Atualmente as refeições dos acompanhantes são servidas nos apartamentos, pela mesma equipe da Copa e nos horários de alimentação do paciente	Grau de Importância									
	Baixo grau importância ←					Alto grau de importância →				
5.9 Serviço de alimentação para acompanhantes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Equipe distinta e específica para o atendimento do paciente e do acompanhante										
Disponibilidade de Buffet (café da manhã, almoço e jantar) servido na cafeteria/restaurante										
Disponibilidade de alimentação no apartamento para o acompanhante										
Disponibilidade de ter Frigobar abastecido na internação										
Sugestões/ comentários										

Qual a percepção que você tem em relação ao Complexo Hospitalar Santa Casa? (procure responder comparando com outras instituições que você conhece)

	Grau de Importância									
	Discordo totalmente ←					Concordo totalmente →				
5.10 Imagem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Instituição que valoriza seus clientes										
Instituição com credibilidade										
Instituição com serviços e profissionais altamente qualificados										
Instituição com recursos tecnológicos modernos										
Instituição que desenvolve conhecimento científico por ser Hospital Escola										

Continuação

	Com certeza trocaria ←					Com certeza Não trocaria →				
5.11 Fatores que levariam a trocar de Instituição hospitalar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Instalações físicas, higiene e conforto inadequadas										
Serviços de alimentação com poucas opções, sem higiene e inadequado										
Tecnologia inadequada										
Corpo médico sem credibilidade										
Equipes de apoio técnico (nutrição/ enfermagem/ fisioterapia) insegura no atendimento										

	Muito atrás da concorrência ←					Muito à frente da concorrência →				
5.12 Posição do Complexo Hospitalar Santa Casa frente à comunidade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Valoriza as necessidades dos clientes										
Possui equipe técnica competente										
Possui recursos tecnológicos de ponta										
É confiável quanto a seus procedimentos e serviços										

6. Grau final atribuído pelos respondentes

	Nota baixa ←					Nota alta →				
Atribua uma nota à sua satisfação com os serviços de nutrição	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3ª Parte:

7. A nossa Instituição tem como uma das metas a humanização da prática assistencial. Para isto é importante conhecer seus sentimentos em relação ao período de internação.

1 Em algum momento o (a) senhor(a) sentiu necessidade de receber apoio emocional da equipe :

Sim Não

2 Recebeu este apoio:

Sim Não

3 A equipe estava preparada para lhe dar o apoio necessário:

Sim Não

4 Hoje, seu sentimento se aproxima mais de:

Confiança tristeza irritação satisfação depressão

5 .Sugestões/Comentários

8. Outros comentários e sugestões

Caso você tenha outros comentários referentes aos procedimentos observados durante a sua internação, por favor, utilize o espaço abaixo para emitir sua opinião e sugestões que queira fazer.

Anexo E - Lista de Sugestões da Pesquisa

FRIGOBAR

Não seria bom abastecido: no caso do paciente ser diabético poderia sair da dieta.

Importante frigobar no quarto para uso pessoal do paciente.

O importante é somente o frigobar. Não precisa estar abastecido.

Não é bom o frigobar abastecido, pois o paciente com dieta poderá comer.

Deveria ter frigobar para o Acompanhante com chave.

Somente o frigobar.

HISTÓRICO DO PACIENTE

É muito importante que tenha esse cadastro e continue sempre, principalmente quando o paciente tiver doença crônica.

Depende da dieta, da patologia é bom, pois a nutricionista saberá dos problemas do paciente.

É muito importante. Então a nutricionista já tem em mãos os hábitos alimentares do paciente na visita.

Dependendo da doença mudam muito os hábitos alimentares.

Depende da dieta que o paciente estiver.

É necessário, cada pessoa tem seu hábito alimentar.

É comodidade p/ paciente, de acordo c/ gosto.

Boa idéia, menos complicações.

Depende da doença que o paciente está apresentando.

Cada doença tem um tratamento de alimentos.

SERVIÇO ACOMPANHANTES

Alimentação do Acompanhante no apartamento depende do estado do paciente.

O restaurante vai gerar mais empregos dentro do hospital.

A alimentação do acompanhante no quarto depende do estado de saúde do paciente.

OPORTUNIDADES DE MELHORIA PARA A NUTRIÇÃO

Alimentação adequada para criança (quantidade., seleção dos alimentos).

O serviço de nutrição por telefone é muito demorado.

No final de semana , o atendimento fica abaixo do padrão: médicos e nutricionistas.

Gostaria de receber fruta no intervalo das refeições (colação, lanche tarde).

Escasso: Café da Manhã, Almoço, Lanche da Tarde - a quantidade é muito pouca.

Precisa restaurante noturno.

Encontrei carne dura.

As funcionarias da copa ficam pressionando para levar a bandeja logo.

Deveria ter restaurante com preço popular.

EQUIPE / HOSPITAL (ELOGIOS)

Parabéns diretores e funcionários.

As pessoas no geral são muito atenciosas.

Como gaúcho, sinto-me honrado em ter um hospital como esse.

Continue cada vez melhor.

Serviços de apoio são ótimos.

Melhorou muito o atendimento, está cada vez melhor. Agradeço a Santa Casa.

Recursos Técnicos Avançados.

Paciente está satisfeito e confia.

Santa Casa é maravilhosa.

Santa Casa é dez.

Equipe de enfermagem muito atenciosa.

As equipes da nutrição e da enfermagem são ótimas.

O atendimento geral: parabéns, hospital organizado.

Restaurante com variedades.

Elogio em todos os setores. É hospital de 1º mundo.

Restaurante com bom preço, acessível.

Fui bem atendido.

Hospital São Francisco é maravilhoso, atendimento é ótimo

Estou satisfeita com o tratamento aqui.

Muito bem atendida por todas as equipes

Santa Casa melhor hospital da América Latina.

Santa Casa está em primeiro lugar do Brasil.

Na Santa Casa tem todos os tipos de especialidades.

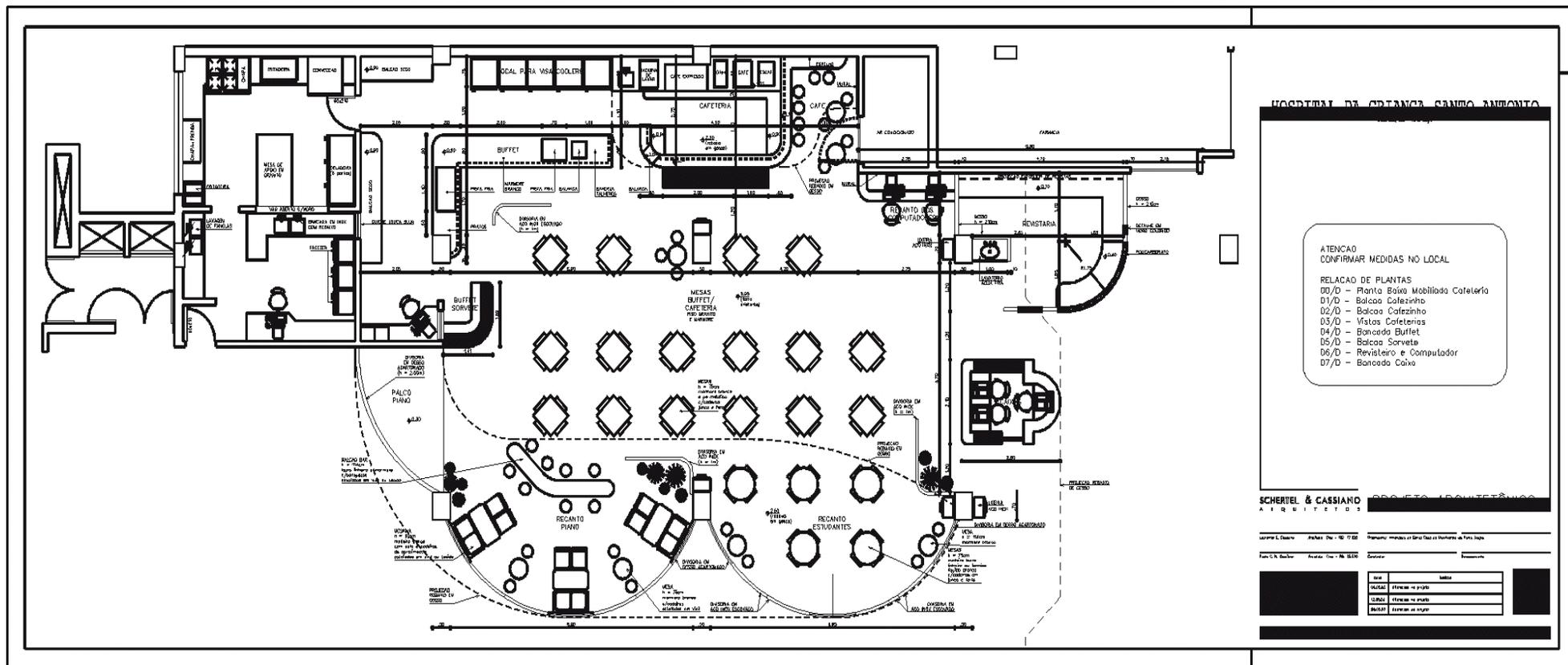
Santa Casa é melhor lugar do mundo .

Elogios .

Adora a Santa Casa.

Sentiu-se em casa, muito bem.

Anexo F – Planta do Espaço de Convivência



Anexo G – Ficha de Registro de Anomalias

IRMANDADE DA SANTA DE MISERICORDIA DE PORTO ALEGRE
DIVISÃO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

REGISTRO DE ANOMALIAS

HOSPITAL _____ UNIDADE ____ LEITO _____

DATA __ / ____ / ____

Anomalia Identificada	Ações corretivas	Validade
Comentários		
Sugestões		

Anexo H – Procedimento Operacional Padrão 1

Título (Tarefa)	Número:
Registrar anomalias de atendimento	Data: julho de 2003
Responsável: Atendente de Alimentação I Nutricionista Clínica	Data da Primeira Revisão
Local: Unidades de Internação	
Condições/Materiais Necessários: <ul style="list-style-type: none">- Caneta- Ficha de Registro de Anomalias	
Descrição das Atividades: <ol style="list-style-type: none">1) Definir os critérios de aplicação (dias, unidades, encaminhamentos, retornos...)2) Visitar o Paciente e explicar o propósito e o preenchimento da ficha<ul style="list-style-type: none">- Apresentar-se- Explicar o motivo da visita- Consultar a disponibilidade do paciente em colaborar- Agradecer a participação3) Distribuir a ficha4) Informar o horário do recolhimento5) Recolher as fichas para análise (no grupo de trabalho)6) Encaminhar as soluções7) Dar retorno ao Cliente	
Resultados Esperados: Tratamento da reclamação em tempo real	
Ações Corretivas nas Anormalidades: <ul style="list-style-type: none">- Treinamento específico- Modificações de rotinas- Revisão do POP	

Anexo I – Ficha de Visitas Internas

**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PORTO ALEGRE
DIVISÃO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA
UNIDADE DE PRODUÇÃO DE ALIMENTOS**

FICHA DE VISITAS INTERNAS

HOSPITAL _____ UNIDADE _____ LEITO _____

DATA _____ TURNO _____ HORA _____

Objetivos	Principais Tarefas Observadas	Constatações Práticas	Encaminhamentos/Sugestões

FUNCIONÁRIO _____

Anexo J – Procedimento Operacional Padrão 2

Título (Tarefa)	Número:
Visitar o paciente após as refeições	Data: julho de 2003
Responsável: Atendente de Alimentação II Nutricionista de Produção	Data da Primeira Revisão
Local: Unidades de Internação	
Condições/Materiais Necessários: <ul style="list-style-type: none">- Caneta- Mapa de Dietas- Bloco de Registros	
Descrição das Atividades: 12) Definir o propósito da visita (tipo de dieta a avaliar) 13) Consultar os cardápios do dia 14) Consultar o Mapa de Dietas das Unidades 15) Escolher os pacientes pela dieta 16) Visitar o paciente: <ul style="list-style-type: none">- Apresentar-se- Explicar o motivo da visita- Consultar a disponibilidade do paciente em colaborar- Solicitar a opinião do paciente sobre a refeição- Anotar as sugestões- Agradecer a participação 6) Apresentar a ficha de visita para a responsável pela área de produção de alimentos 7) Discutir com as colegas os registros da visita 8) Realizar as modificações sugeridas com a supervisão da nutricionista	
Resultados Esperados: Avaliação da aceitação das Refeições Refeições com melhor índice de aceitação	
Ações Corretivas nas Anormalidades: <ul style="list-style-type: none">- Treinamento específico nas áreas de produção de alimentos- Modificações de cardápios- Revisão do POP	

Anexo L - Anamnese Nutricional Histórica



Anamnese Nutricional - Histórica -

Data / Hora

Paciente : Idade :

Hospital : Unidade : Quarto / Leito:

Convênio : Plano :

CID Internação:

Internações Anteriores

Data Internação	Sigla Hospital	Idade	Peso	Altura	Nr. Dias
CID da Alta					

Data Internação	Sigla Hospital	Idade	Peso	Altura	Nr. Dias
CID da Alta					

Data Internação	Sigla Hospital	Idade	Peso	Altura	Nr. Dias
CID da Alta					

Alergias Alimentares

Aversões, Intolerâncias, Tabus Alimentares

Preferências

Observações Especiais
