

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

**ATRIBUTOS RELEVANTES NA SATISFAÇÃO DO CLIENTE EM  
UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO PEDIÁTRICO**

**Liane Einloft**

**Porto Alegre, 2004**

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

**Liane Einloft**

**ATRIBUTOS RELEVANTES NA SATISFAÇÃO DO CLIENTE EM  
UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO PEDIÁTRICO**

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

Orientadora: Professora Dra. Carla Schwengber ten Caten

**Porto Alegre, 2004**

**Este Trabalho de Conclusão foi analisado e julgado adequado para a obtenção do título de mestre em ENGENHARIA e aprovada em sua forma final pelo orientador e pelo coordenador do Mestrado Profissionalizante em Engenharia, Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Carla Schwengber ten Caten**

Orientadora Escola de Engenharia/UFRGS

---

**Prof<sup>ª</sup>. Helena Beatriz Bettella Cybis**

Coordenadora MP/Escola de Engenharia/UFRGS

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof. Fernando Gonçalves Amaral**

PPGEP/UFRGS

**Prof. Flávio Sanson Fogliatto**

PPGEP/UFRGS

**Prof. Nair Regina Ritter Ribeiro**

EE/UFRGS

**O valor das coisas não está no tempo que duram,  
mas na intensidade com que acontecem.**

**Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas  
inexplicáveis e pessoas incomparáveis.**

*Fernando Pessoa*

**Os fatos que observamos podem ser:**

- **O que eles são e aparentam ser ....**
- **O que eles não são nem aparentam ser ....**
- **O que eles são, mas não aparentam ser ....**
- **O que eles não são , mas aparentam ser ....**

**Descobrir a verdade é a tarefa do homem  
prudente.**

*Epictetus*

## **Dedicatória**

Aos meus queridos e amados pais, Carlos e Edela, que, com a sua luta diária, dedicação, amor incondicional e exemplo possibilitaram a chegada desta longa caminhada.

Aos meus irmãos e cunhadas Paulo e Beatriz, Geraldo e Janice, que, com seu exemplo, confiança e carinho me ajudaram a atingir os meus ideais.

Aos meus amados sobrinhos Gustavo, Tiago, Luis Fernando e Daniel, que, com sua alegria e vitalidade me incentivaram a ajudar diariamente crianças muito desprovidas de atenção, carinho e saúde.

Ao querido Carlos Henrique que, com sua paciência e carinho, me mostrou que a vida vai muito além do trabalho.

Enfim, dedico a todos os familiares e amigos, que me ajudaram a construir a pessoa que busco ser hoje.

Muito Obrigada!

## **Agradecimento Especial**

À **Profa. Carla Schwengber ten Caten** que, com sua sabedoria, paciência e confiança, tornou possível a realização deste trabalho.

## AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-graduação em Engenharia da Produção da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – PPGEP/UFRGS e em especial ao **Corpo Docente**, por suas inestimáveis ajudas e pela sua importante contribuição à formação dos recursos humanos em nosso país;

Aos meus **Colegas de Mestrado** pela convivência e amizade que iniciou durante o período de realização das aulas e que mantemos até hoje;

À **Enfa. Swetlana Cvirkun**, Gerente do Serviço de Enfermagem do Hospital da Criança Santo Antônio, pela presença amiga e estimuladora;

Às Enfermeiras **Márcia Bicca, Márcia Canova Thomassin, Márcia Stocco, Marta Faro, Neilane Ramos Molon, Nilva Pitrofski, Rosana Budag, Sônia Ribeiro Nunes e Vânia Schneider**, encarregadas da Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico do Hospital da Criança Santo Antônio, que compartilharam comigo todas as fases deste trabalho tornando possível sua concretização;

À **Equipe de Enfermagem** da Unidade de Tratamento Intensivo do Hospital da Criança Santo Antônio;

Ao **Alan Birck**, pela sua amizade e apoio nas análises estatísticas;

Às Enfermeiras **Anelise Niederaner Marques, Lisete Spengler e Marilene Menezes**, que com seu apoio e confiança tornaram mais fácil esta caminhada;

À Profa. Enfa. **Flávia Beatriz Lange Hentschel** e ao **Corpo Docente** do Curso de Enfermagem da ULBRA que, durante muitos anos, vêm me apoiando e me incentivando a dar passos maiores e mais seguros;

Às Enfermeiras e Profas. **Terezinha Perin, Eva Neri Pedro e Luiza Gerhardt**, exemplos de profissionalismo e caráter a serem seguidos;

À Enfermeira **Izar Müller Behs**, Superintendente do Hospital São Rafael, de Novo

Hamburgo, da Associação Moinhos de Vento, e ao **Grupo de Enfermeiros** do Hospital São Rafael, pela oportunidade de recomeçar e pela confiança em mim depositada;

Às amigas e colegas **Alice Antonia Pfaffenzeller** e **Cynthia Corsetti Majewski** que me estimularam e apoiaram na execução deste mestrado;

Às Dras. **Kátia Maria Giugno** e **Tânia Rohde Maia**, minhas amigas e incentivadoras que, durante todos estes anos me ensinaram a acreditar num trabalho realizado com competência e dedicação;

Aos meus irmãos **Geraldo Luis Einloft** e **Paulo Roberto Einloft**, meus melhores amigos, que com o seu caráter e dedicação à família, são a certeza de que seja possível a construção de uma vida pessoal e profissional exemplar;

Aos meus **pequenos pacientes** e **seus familiares** que, na demonstração diária de luta e coragem no enfrentamento da doença, são um exemplo que a conquista da vida vale a pena.

A vocês meus sinceros agradecimentos.

## **RESUMO**

A competitividade na área da saúde tem obrigado as empresas a conhecer e entender as necessidades dos seus clientes. Com isto, os hospitais têm buscado um modelo de gestão que traduza as práticas que agregam valor ao cliente. Este trabalho aborda a percepção dos familiares de pacientes com alta da Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIP) acerca do grau de importância e satisfação de assistência prestada pela equipe da UTIP do Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA). Inicialmente no referencial teórico, foi realizada análise dos conceitos de serviço, de qualidade em serviços, de serviços hospitalares, de qualidade e de satisfação do cliente em UTIP. Na pesquisa foi aplicado um questionário através de entrevistas individuais realizadas com 114 clientes, resultando em um estudo descritivo de perfil qualitativo e quantitativo. Na análise dos dados, utilizou-se a matriz importância versus satisfação para determinar os atributos a serem priorizados. Obteve-se a indicação de esforços de melhoria nos seguintes atributos: cumprimento de horários das informações médicas, número de técnicos e auxiliares de enfermagem, rapidez no atendimento médico, atendimento ao acompanhante, limpeza dos ambientes e flexibilidade do atendimento - técnicos e auxiliares de enfermagem. Com base nos resultados obtidos na pesquisa, a autora propõe ações de melhoria para instituição na visão dos familiares de pacientes com alta da UTIP do HCSA.

**Palavras-chave:** Satisfação em UTIP - Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico - Qualidade de Serviços Hospitalares - Hospital

## **ABSTRACT**

Competition in the health business has forced companies to familiarize themselves with and try to understand their customers' needs. Therefore, hospitals have been seeking a management model which can represent the practices that aim to value customers. The present study was an investigation of the degree of awareness of the relatives of discharged patients from Pediatric Intensive Care Units (PICUs) as regards the assistance given by the medical staff. Particularly, this research focused on the customers of the PICU at the Santo Antonio Children's Hospital (HCSA). First, the review of literature discusses concepts such as service, service quality, hospital services, quality, and customer satisfaction at PICUs. Then, the method chapter explains the procedures employed for data collection, carried out by means of the application of a questionnaire in individual interview sessions with 114 customers - thus resulting in a quantitative-qualitative descriptive study. Finally, data analysis made use of the importance-satisfaction matrix in order to determine the attributes that should be prioritized in the hospital's action plan. Finally indicating improvement actions in following points: fulfillment of schedules of the medical information, number of technician nursing, rapidity in the medical attendance, attendance to the parents, cleanness of environments and flexibility of the attendance - technician nursing. Supported in the research results, the author suggests several improvement actions to use according to the relatives of discharged patients from the PICU at HCSA.

**Key words:** Satisfaction with PICUs – Pediatric Intensive Care Unit – Hospital Service Quality

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	9
<b>ABSTRACT</b> .....	10
<b>1 COMENTÁRIOS INICIAIS</b> .....	18
1.1 Introdução .....	18
1.2 Tema e Objetivos .....	19
1.3 Justificativa do Tema e Objetivos .....	20
1.4 Método de trabalho .....	21
1.5 Estrutura .....	23
1.6 Limitações .....	24
<b>2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	25
2.1 Era dos serviços .....	25
2.2 Conceituação de serviços .....	29
2.3 Qualidade em serviços .....	33
2.4 Serviços hospitalares .....	40
2.4.1 Qualidade em serviços de saúde .....	41
2.4.2 Qualidade em Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico .....	43
2.4.3 Satisfação do paciente .....	45
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	50
3.1 Delineamento da pesquisa .....	50
3.2 Período do estudo .....	52
3.3 Critérios de elegibilidade .....	52
3.4 Tamanho da amostra .....	53
3.5 Instrumento .....	53
3.6 Variáveis em estudo .....	55
3.6.1 Dados demográficos .....	55
3.6.1.1 Tempo de internação .....	55
3.6.1.2 Idade do paciente .....	56
3.6.1.3 Gênero do paciente .....	56
3.6.1.4 Escore Prism .....	56

3.6.1.5 Risco de mortalidade .....	57
3.6.1.6 Diagnóstico de alta .....	57
3.6.1.7 Idade do entrevistado .....	59
3.6.1.8 Gênero do entrevistado .....	59
3.6.1.9 Categoria da internação .....	59
3.6.1.10 Quem indicou a internação .....	59
3.6.1.11 Internações anteriores .....	60
3.6.1.12 Internações anteriores em UTIP .....	60
3.6.1.13 Quem respondeu a pesquisa .....	60
3.6.2 Dados relativos a avaliação do serviço prestado pela UTIP .....	60
3.7 Priorização dos atributos para a UTIP do HCSA .....	61
3.7.1 Importância dos atributos para os clientes .....	62
3.7.2 Priorização dos atributos para os clientes .....	63
3.8 Considerações éticas .....	66
3.9 Análise e discussão dos resultados .....	66
<b>4 ESTUDO DE CASO E ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>68</b>
4.1 Descrição do cenário .....	68
4.2 Descrição do estudo .....	71
4.3 Apresentação, análise e discussão dos resultados .....	72
4.4 Tempo de internação .....	73
4.5 Idade dos pacientes .....	74
4.6 Gênero dos pacientes .....	75
4.7 Escore de gravidade PRISM .....	75
4.8 Risco de mortalidade .....	75
4.9 Diagnóstico de alta .....	76
4.10 Idade dos entrevistados .....	77
4.11 Gênero dos pesquisados .....	77
4.12 Categoria de internação .....	78
4.13 Quem indicou a internação .....	79
4.14 Internações hospitalares anteriores .....	79
4.15 Internações hospitalares anteriores em UTIP .....	80
4.16 Cliente que respondeu à pesquisa .....	81
4.17 Recomendaria a UTIP .....	81
4.18 Importância e satisfação dos atributos para os clientes .....	82
4.19 Identificando os atributos prioritários .....	88
4.20 Apresentando os planos de melhoria frente aos pontos críticos identificados ....	91
<b>5 COMENTÁRIOS FINAIS .....</b>	<b>95</b>
5.1 Conclusões .....	95
5.2 Recomendações .....	96
5.3 Sugestões para trabalhos futuros .....	97
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>99</b>
<b>APÊNDICES</b>	
<b>APÊNDICE A : Instrumento de pesquisa .....</b>	<b>103</b>
<b>APÊNDICE B : Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>107</b>
<b>APÊNDICE C : Resposta do instrumento de pesquisa.....</b>	<b>108</b>

**ANEXOS**

<b>ANEXO A:</b> Pesquisa de satisfação de clientes convênio e particular .....	110
<b>ANEXO B:</b> Pesquisa de satisfação de cliente SUS .....	113
<b>ANEXO C:</b> Parecer consubstanciado .....	115
<b>ANEXO D:</b> PRISM .....	117

## LISTA DE ABREVIATURAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa Científica
FFCMPA	Fundação Faculdade de Ciências Médicas de Porto Alegre
HCSA	Hospital da Criança Santo Antônio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISCMPA	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
PIB	Produto Interno Bruto
PRISM	<i>Pediatric Risk of Mortality</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
UTI NEO	Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal
UTIP	Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Tendências em longo prazo .....	25
Figura 2:	Evolução da população em idade ativa por ramo de atividade .....	27
Figura 3:	Número de empresas por ramo de atividade em 2001 .....	28
Figura 4:	Número de pessoas envolvidas por atividades nos serviços em 2001 .....	28
Figura 5:	Diferenças entre bens e serviços .....	30
Figura 6:	O triângulo do serviço .....	31
Figura 7:	Modelo conceitual da qualidade de serviços .....	34
Figura 8:	Custo fixo com padronização da qualidade e com customização da qualidade .....	37
Figura 9:	Expectativa do cliente em relação à prestação de serviços .....	38
Figura 10:	Expectativas dos pacientes sobre seus cuidados .....	46
Figura 11:	Resumo do método completo da pesquisa .....	52
Figura 12:	Dados demográficos estudados referente a 114 pacientes com alta da UTIP do HCSA da ISCMPA entre julho e agosto de 2002.....	55
Figura 13:	Lista de diagnósticos de alta dos pacientes da UTIP do HCSA no período de julho a agosto de 2002 .....	58
Figura 14:	Dados de avaliação do serviço prestado pela UTIP estudados referente a 114 pacientes com alta da UTIP do HCSA da ISCMPA entre julho e agosto de 2002 .....	61
Figura 15:	Escala de respostas dos atributos do questionário .....	61
Figura 16:	Estrutura da matriz necessidade = importância versus desempenho = satisfação .....	63
Figura 17:	Histograma do tempo de internação dos pacientes com alta na UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002(n=114) .....	73
Figura 18:	Distribuição dos pacientes com alta conforme a idade da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114) .....	74
Figura 19:	Distribuição da variável gênero dos pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114) .....	75
Figura 20:	Distribuição de diagnóstico de alta dos pacientes da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114) .....	76
Figura 21:	Distribuição da variável idade dos entrevistados da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114) .....	77
Figura 22:	Distribuição do gênero dos pesquisados de pacientes com alta da UTIP .....	78

	do HCSA entre julho a agosto de 2002(n=114) .....	
Figura 23:	Grau de importância, satisfação e <i>gaps</i> dos atributos pontuados pelos entrevistados da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114)	87
Figura 24:	Matriz Importância <i>versus</i> Satisfação dos atributos com a fixação dos eixos cartesianos na mediana (n=114) .....	90
Figura 25:	Plano de ação do atributo 224 "Cumprimento de horários das informações médicas", segundo pesquisa realizada em pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002(n=114) .....	92
Figura 26:	Plano de ação do atributo 233 " Número de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem", de acordo com pesquisa realizada em pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002(n=114) .....	92
Figura 27:	Plano de ação do atributo 243 "Rapidez no atendimento médico", conforme pesquisa realizada em pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002(n=114) .....	93
Figura 28:	Plano de ação do atributo 244 "Atendimento ao acompanhante", segundo pesquisa realizada em pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002(n=114) .....	93
Figura 29:	Plano de ação do atributo 214 "Limpeza dos ambientes", de acordo com pesquisa realizada em pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002(n=114) .....	94
Figura 30:	Plano de ação do atributo 261 "Flexibilidade do atendimento(técnicos e auxiliares de enfermagem) ", conforme pesquisa realizada em pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002(n=114) .....	94

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Percentual de empregos em serviços em alguns países industrializados ..	25
Tabela 2:	Distribuição do tempo de internação dos pacientes com alta, através dos quartis, na UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002(n=114) ....	73
Tabela 3:	Distribuição da variável categoria de internação dos pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002(n=114) .....	78
Tabela 4:	Distribuição da variável quem indicou o Hospital para internação dos pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002(n=114) .....	79
Tabela 5:	Distribuição da variável internações hospitalares anteriores dos pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002(n=114) .....	79
Tabela 6:	Distribuição da variável internações hospitalares anteriores na Santa Casa dos pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002(n=114) .....	80
Tabela 7:	Distribuição da variável internações hospitalares anteriores em UTIP dos pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002(n=114) .....	80
Tabela 8:	Distribuição da variável internações hospitalares anteriores em UTIP da Santa Casa dos pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002(n=114) .....	81
Tabela 9:	Distribuição da variável quem preencheu a pesquisa dos pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002(n=114) .....	81
Tabela 10:	Distribuição da variável se o pesquisado recomendaria a UTIP do HCSA pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114) .....	82

Tabela 11:	Distribuição da variável se o pesquisado recomendaria a UTIP do HCSA quando havia internações hospitalares anteriores na Santa Casa de pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114) .....	82
Tabela 12:	Distribuição da variável se o pesquisado recomendaria a UTIP do HCSA quando havia internações hospitalares anteriores em UTIP da Santa Casa de pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114) .....	82
Tabela 13:	Valores da avaliação mínima e máxima, médias e seus correspondentes desvios padrão da importância dos atributos segundo pesquisa realizada em pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114) .....	84
Tabela 14:	Valores da avaliação mínima e máxima, médias e seus correspondentes desvios padrão da satisfação em relação ao desempenho dos atributos segundo pesquisa realizada com pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002(n=114) .....	85
Tabela 15:	Médias dos quesitos importância e satisfação e respectivos <i>gaps</i> na pesquisa (n=114) .....	86
Tabela 16:	Valores da avaliação mínima e máxima, médias e seus correspondentes desvios padrão da satisfação geral da UTIP, segundo pesquisa realizada em pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002(n=114) .....	88
Tabela 17:	Descrição dos atributos localizados no Quadrante 1 da Figura 24 .....	90

## LISTA DE SIGLAS

TA	Tensão Arterial = Pressão Arterial
CO <sub>2</sub>	Pressão Parcial de Dióxido de Carbono Arterial
PaO <sub>2</sub>	Pressão Parcial de Oxigênio Arterial
FiO <sub>2</sub>	Fração de Oxigênio Inspirado
pH	Potencial de Hidrogênio
TP	Tempo de Protrombina
KTTP	Tempo Parcial de Tromboplastina
dp	Desvio-padrão

# 1 COMENTÁRIOS INICIAIS

## 1.1 INTRODUÇÃO

A competitividade na área da saúde sofreu mudanças nos últimos anos, tornando-se cada vez mais acirrada, o que tem obrigado as empresas da área da saúde a alterar o seu comportamento junto aos clientes. Como consequência, os hospitais têm buscado constantemente, através da análise do seu negócio, considerando os seus processos e atividades, melhorar a qualidade dos serviços prestados e aumentar a sua rentabilidade. Na era da globalização da economia e da competitividade, em todos os segmentos do mercado, as empresas que quiserem sobreviver com sucesso devem adotar um modelo de gestão que privilegie as práticas que agregam valor ao cliente e otimizem o seu próprio desempenho. Esse modelo de gestão de serviços inclui valores e conceitos-chave como estes: enfoque no cliente, liderança, melhoria contínua, participação e desenvolvimento dos funcionários, agilidade de resposta, ação preventiva e qualidade no projeto, visão de futuro, administrar por fatos, criação de parcerias, ética e enfoque nos resultados (MEZOMO, 2001).

Dessa forma, os hospitais têm aperfeiçoado seus métodos de avaliação de desempenho junto ao cliente, a fim de corrigir as desconformidades dos serviços, com vistas a torná-los mais eficazes e eficientes. Sabe-se que as necessidades e expectativas dos clientes mudam a todo momento e que cada cliente possui um entendimento sobre o que seja qualidade em serviços de saúde. Esse, porém, é o grande desafio das empresas e dos diversos setores, ou seja, a busca do padrão de excelência para o cliente.

Em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), a qualidade da assistência oferecida é tradicionalmente focada nos cuidadores, no processo da assistência e nos resultados biológicos. Tendências recentes, no entanto, têm regras para que os consumidores avaliem os cuidadores e tomem a decisão sobre os cuidados médicos centrados no paciente e seus familiares. Nos hospitais, a qualidade tem seu foco direcionado a várias forças, incluindo: balanço na decisão de minimizar custos, acreditação externa, soberania do consumidor e importância da assistência holística. Os cuidadores concordam que a satisfação do cliente é um medidor válido de como a assistência foi prestada, mas os cuidadores não concordam que os clientes possam avaliar a qualidade técnica dessa prestação de assistência prestada. A

relevância da satisfação do cliente em terapia intensiva é desconhecida. Em terapia intensiva, o foco é freqüentemente maior na interação entre cuidador e família do que na interação entre cuidador e paciente (JOHNSON et al., 1998).

Até os anos de 1990 não existia qualquer preocupação formal com a qualidade; os serviços médico-hospitalares, além de mal distribuídos, eram em geral de baixa qualidade, causando uma enorme insatisfação e, às vezes, danos à população que a eles recorria (BUSS apud ZANON, 2001). A partir do Código de Defesa do Consumidor, criado pela Lei N° 8.078 de 11/09/1990, inicia-se um novo momento no relacionamento hospital/paciente, dando a este último poderes para exigir segurança, qualidade, efetividade e eficácia.

Desde a segunda metade dos anos 1990, portanto, passa a existir, um novo cenário que exige dos hospitais uma administração preocupada com a segurança dos pacientes da qual é responsável perante a lei. A atual administração da qualidade já não se preocupa tanto com o mercado, nem com os produtos e serviços e com seus processos, mas com a efetiva satisfação dos clientes, porém, como os clientes de qualquer organização são variados, interessa atendê-los com prioridade já que são a sua razão de ser, ou seja, os pacientes, tratando-se de um serviço de saúde (MEZOMO, 2001).

## **1.2 TEMA E OBJETIVOS**

O tema deste trabalho de conclusão versa sobre os Atributos Relevantes da Satisfação do Cliente na Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIP) do Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCOMPA). Seu objetivo principal é propor planos de melhoria da qualidade dos atributos da UTIP do HCSA priorizados por seus clientes.

Os objetivos específicos são:

- Identificar a importância dos atributos;
- Quantificar a satisfação dos clientes em relação aos atributos.

### **1.3 JUSTIFICATIVA DO TEMA E OBJETIVOS**

A ISCMPA, desde a sua fundação em 1803, passou por várias transformações na sua estrutura e na forma de atuar no mercado. Passados 200 anos, a ISCMPA tem trabalhado na busca constante da melhoria dos serviços e no alcance da excelência da assistência prestada. A partir de 1986, houve uma mudança radical com a implantação do Programa de Qualidade e, desde então, há um real interesse de mudança com relação ao tratamento dos clientes, os quais passam a ser ouvidos pela empresa.

A principal justificativa para o tema proposto está associada à crescente preocupação das organizações em atingir a excelência nos serviços prestados. Essa busca pela excelência, porém, não era uma realidade entre os prestadores de serviço da área da saúde que até a pouco tempo não se preocupavam com o nível de satisfação do cliente e muito menos com a identificação das suas necessidades. Com a mudança do mercado da área da saúde, as organizações têm aperfeiçoado seus métodos e processos e buscado a avaliação da satisfação do cliente que passou a ser um balizador de desempenho. Hoje, não basta dispor de instrumentos montados a partir do que um grupo responsável acredita ser importante para o cliente, sem valorizar os atributos por ele apontados, pois é necessário perceber o que o cliente espera e deseja dizer às organizações.

O negócio a ser analisado, a Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIP), integrante do HCSA - Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA) -, especializado em pediatria e suas subespecialidades, pode ser definido como: Atendimento médico-hospitalar a crianças criticamente enfermas, na faixa etária de 0 a 14 anos, e suas famílias.

O serviço prestado pela UTIP do HCSA a ser analisada apresenta especificidades, semelhantes para a maioria dos serviços, cujas principais características são:

- a intangibilidade, tornando difícil a avaliação do resultado e da qualidade do serviço;
- a necessidade da presença do cliente para a realização do serviço;
- a simultaneidade do consumo e produção dos serviços.

Em razão da presença dessas especificidades, algumas dificuldades no gerenciamento dos serviços podem ser detectadas, como:

- de avaliação da qualidade do serviço prestado;
- de padronização do serviço;
- de reparo de erros durante a execução do serviço.

Assim, a utilização dos dados levantados em uma pesquisa de mercado com a análise estatística, possibilitará converter as demandas de qualidade dos clientes em características de qualidade, visando atingir o serviço desejado.

#### **1.4 MÉTODO DE TRABALHO**

A pesquisa em questão é de natureza exploratória, tendo em vista conhecer os atributos de maior importância e sua respectiva satisfação para o cliente da UTIP do HCSA com objetivo à melhoria da qualidade ofertada por este serviço. Sua abordagem é de forma mista, com perguntas abertas e fechadas e posterior análise quantitativa e qualitativa, sendo seu objetivo exploratório, já que levantou aspectos da qualidade do serviço prestado junto ao atendimento efetuado pelos profissionais da área de saúde. Do ponto de vista dos procedimentos, a pesquisa foi bibliográfica, havendo, também, levantamento de dados para compor o questionário juntamente com profissionais do mercado de trabalho.

O desenvolvimento deste trabalho de conclusão foi realizado a partir de cinco etapas. A primeira etapa foi uma revisão dos principais autores especializados no tema, consulta a livros, trabalhos científicos e periódicos. A segunda etapa da pesquisa consistiu em planejar o instrumento de pesquisa (Apêndice A) para conhecer a "voz" do cliente, através da realização de pesquisa exploratória, qualitativa e quantitativa, de modo a identificar e organizar as necessidades e desejos dos clientes para posterior levantamento de importância para estes itens. A construção do instrumento foi realizada a partir de entrevistas com a administração, funcionários e clientes da UTIP do HCSA, e baseada no conhecimento e experiência desta autora (que exerce suas atividades na UTIP desde 1985). A etapa seguinte foi uma discussão (entre pesquisadora e entrevistados) dos critérios competitivos da UTIP e

posterior desdobramento em atributos específicos e realização da fase exploratória qualitativa da pesquisa, com uma amostra de funcionários e clientes da UTIP do HCSA para o aprofundamento do conhecimento do tema.

O instrumento de coleta de dados quantitativos, teve sua elaboração contemplando os atributos desdobrados dos critérios competitivos, no qual foi solicitado aos respondentes da pesquisa atribuir notas de importância e satisfação da UTIP do HCSA para cada atributo.

A validade final do instrumento de pesquisa deu-se a partir de sua aplicação com 10 familiares de pacientes internados na UTIP. Além de explorar a validade do questionário para possíveis correções, esta etapa teve como prioridade a construção de um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B) para ser assinado pelos familiares no momento em que se precedia a aplicação do instrumento de pesquisa.

Finalizados esses procedimentos o projeto do trabalho foi encaminhado com o instrumento (Apêndice A) e o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B) que foi aplicado junto aos familiares de crianças internadas na UTIP - ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Núcleo de Apoio à Pesquisa da Instituição para a sua aprovação e autorização de aplicação na instituição.

A terceira etapa da pesquisa teve por objetivo mensurar o grau de importância e satisfação dos clientes da UTIP do HCSA e estabelecer diferenças entre os itens de importância os quais são conduzidos à quarta etapa.

Baseado nos itens priorizados na etapa anterior, a quarta etapa contemplou a realização de um plano de melhorias para o serviço obter vantagem competitiva, estabelecendo ações, responsáveis e indicadores de execução e de acompanhamento, utilizando-se uma metodologia chamada 5W1H (*what* - o que fazer?, *why* - por que fazer?, *who* - quem irá fazer?, *where* - onde?, *when* - quando fazer?, *how* - como fazer?).

A quinta e última etapa abrangeu o estabelecimento de conclusões e sugestões para futuros trabalhos.

## 1.5 ESTRUTURA

Este trabalho está organizado em cinco capítulos. No primeiro capítulo, no qual este item se situa, é realizada uma introdução ao tema escolhido de forma a justificar a sua relevância para a área da saúde e sua importância da organização pesquisada. Neste capítulo também são apresentados os objetivos principais e os específicos deste estudo, bem como o porquê da escolha do método adotado, além das limitações da realização deste trabalho. Na sequência, o segundo capítulo através de uma revisão bibliográfica, abordará o tema, o tipo de trabalho que será realizado e o contexto ao qual se insere. Já a apresentação dos procedimentos metodológicos será abordada no terceiro capítulo através de descrição detalhada do método aplicado.

No quarto capítulo será focado o estudo de caso que é composto pela descrição do cenário e método que será aplicado no trabalho, e realização de análise e discussão dos resultados.

O capítulo cinco refere-se aos comentários finais, onde serão abordadas conclusões sobre o trabalho realizado e sugestões para trabalhos similares futuros.

Tem-se disponível, ao final da presente dissertação, as referências bibliográficas nas quais este trabalho se apóia. Os anexos e apêndices aqui utilizados, dispostos logo após as referências bibliográficas, estão compostos por pesquisas de mercado externa, realizadas junto aos familiares de usuários da UTIP do HCSA; modelo do questionário com perguntas abertas e fechadas utilizado para o estudo de caso; dados coletados junto aos clientes; documento de consentimento informado entregue aos familiares no momento da aplicação dos questionários abertos e fechados; carta de autorização do CEP da ISCMPA; pesquisa institucional do paciente internado conveniado; pesquisa institucional do paciente internado do Sistema Único de Saúde (SUS) e escala *Pediatric Risk of Mortality* (PRISM).

## 1.6 LIMITAÇÕES

O presente estudo contempla a aplicação de um instrumento de pesquisa realizada apenas na UTIP do HCSA, muito embora essa pudesse ser estendida para outras Unidades de Terapia Intensiva da Instituição.

Devido às limitações de um trabalho como este, o presente não trata da implementação de um programa de qualidade na UTIP do HCSA e como também não pretendeu esgotar a vasta bibliografia sobre o tema; neste momento é importante esclarecer que:

- não se pretende implantar o plano de melhorias, pois esse depende de recursos da Instituição.
- não é objeto deste trabalho apresentar o cronograma de implantação das ações corretivas, antever dificuldades de implementação ou discorrer sobre possíveis resultados obtidos;
- a avaliação dos custos relativos ao processo de serviços e à satisfação do cliente, embora citados como necessários, não fazem parte da abrangência deste trabalho.

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 2.1 A ERA DOS SERVIÇOS

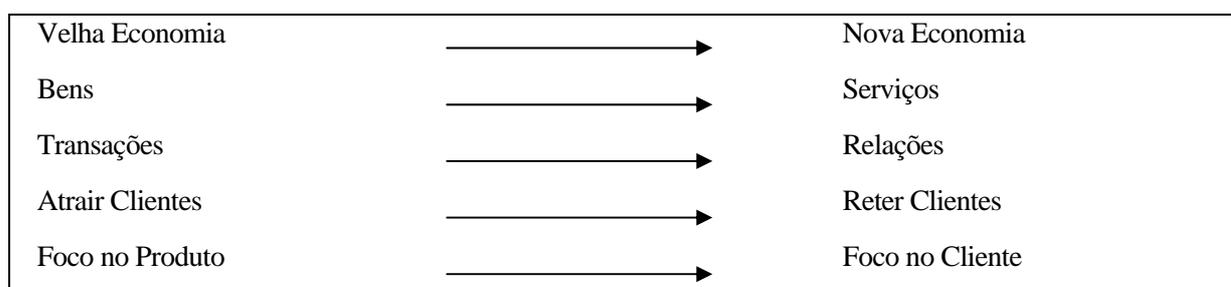
O setor de serviços ocupa na economia posição de destaque, porque, além de ser responsável pela maior parcela do Produto Interno Bruto (PIB) mundial, apresenta-se, talvez como a parcela mais dinâmica da economia, pois sua participação no PIB e o número de empregos no setor crescem com taxas mais elevadas do que nos demais setores econômicos (Tabela 1).

**Tabela 1 - Percentual de empregos em serviços em alguns países industrializados**

<b>País</b>	<b>1980</b>	<b>1987</b>	<b>1993</b>	<b>1999</b>
EUA	67,1	71,0	74,3	80,4
Canadá	67,2	70,8	74,3	73,9
Japão	54,5	58,1	59,9	72,4
França	56,9	63,6	66,4	70,8
Israel	63,3	66,0	68,0	70,7
Itália	48,7	57,7	60,2	61,1
China	13,1	17,8	21,2	26,4

Fonte: Correa e Caon (2002, p.24)

Todas as tendências atuais mostram uma drástica mudança, a longo prazo, de todas as economias desenvolvidas de bens para serviços, como referem Rust, Zeithaml e Lemon (2001) e pode ser verificado na Figura 1. Há uma nova economia onde uma mudança de foco (passando de transações de consumo para relacionamentos de longo prazo) impulsionam para uma nova era na economia mundial.

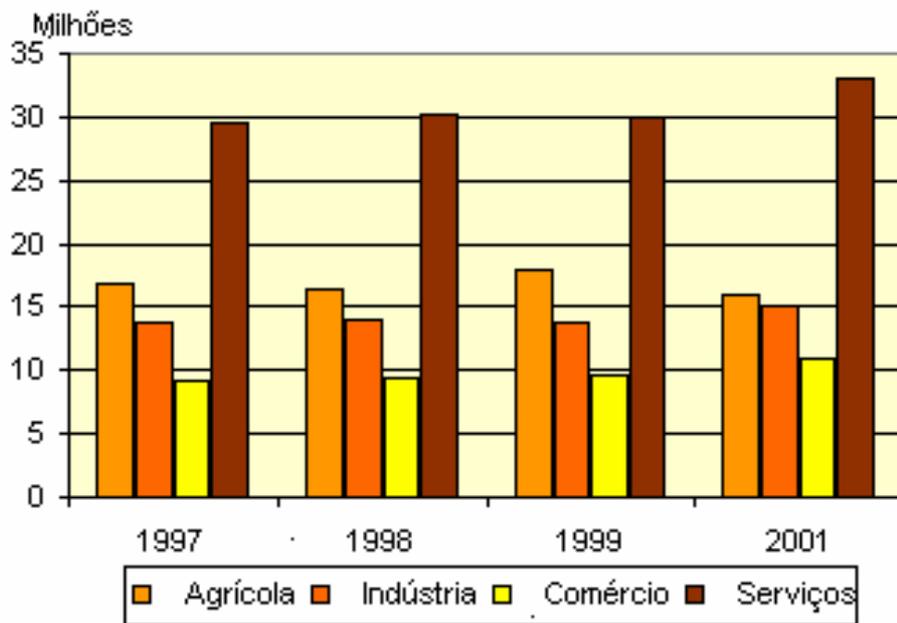


**Figura 1: Tendências a longo prazo**  
Fonte: Rust, Zeithaml e Lemon (2001, p.17)

Gianesi e Corrêa (1994) discorrem sobre a importância dos serviços na economia mundial, relatando os fatores que propiciam o aumento da demanda por serviços:

- o desejo de melhor qualidade de vida;
- a necessidade de mais tempo de lazer;
- a urbanização, que tornou necessários alguns serviços (como segurança, por exemplo);
- as mudanças demográficas que aumentam a quantidade de crianças e/ou idosos, os quais consomem maior variedade de serviços;
- as mudanças socioeconômicas, como o aumento da participação da mulher no trabalho remunerado e pressões sobre o tempo pessoal;
- o aumento da sofisticação dos consumidores, levando a necessidades mais amplas de serviços;
- as mudanças tecnológicas (como o avanço dos computadores e das telecomunicações) que têm aumentado a qualidade dos serviços, ou, ainda, criado serviços completamente novos.

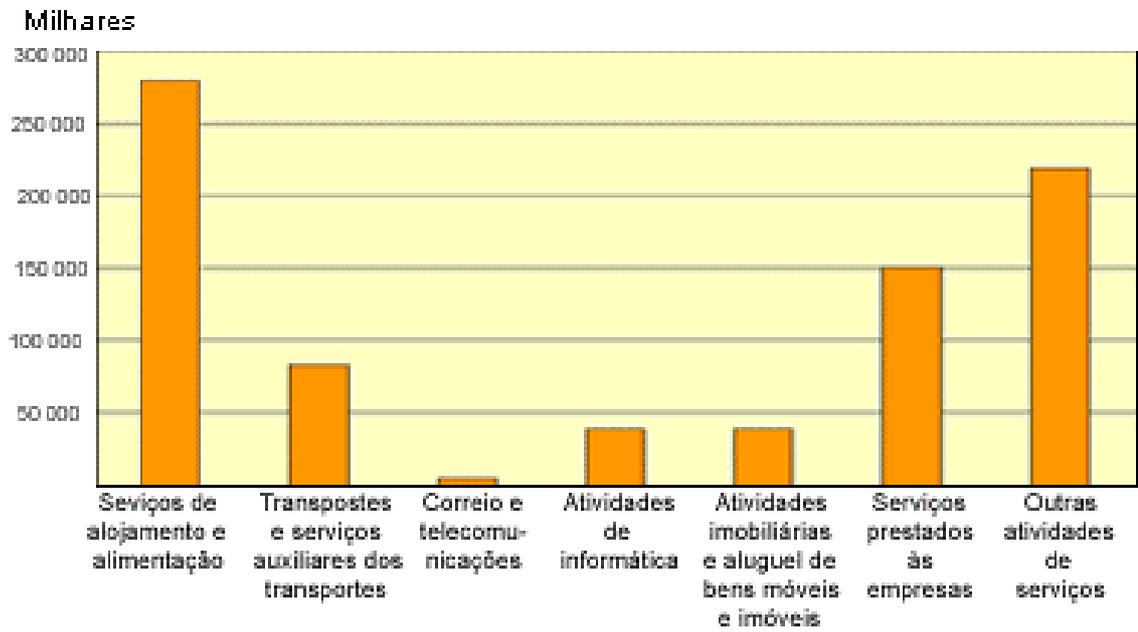
No Brasil, as estatísticas não se mostram diferentes da tendência apresentada no mundo industrializado (o que pode ser verificado na Figura 2). Por exemplo, o percentual de trabalhadores no Brasil na área de serviços, em 1997, era aproximadamente 29%; em 2001, essa porcentagem subiu para 33%. Ao somar ao setor de serviços o comércio, essas taxas, em 1997, ficariam em torno de 38% e subiriam para 44% em 2001.



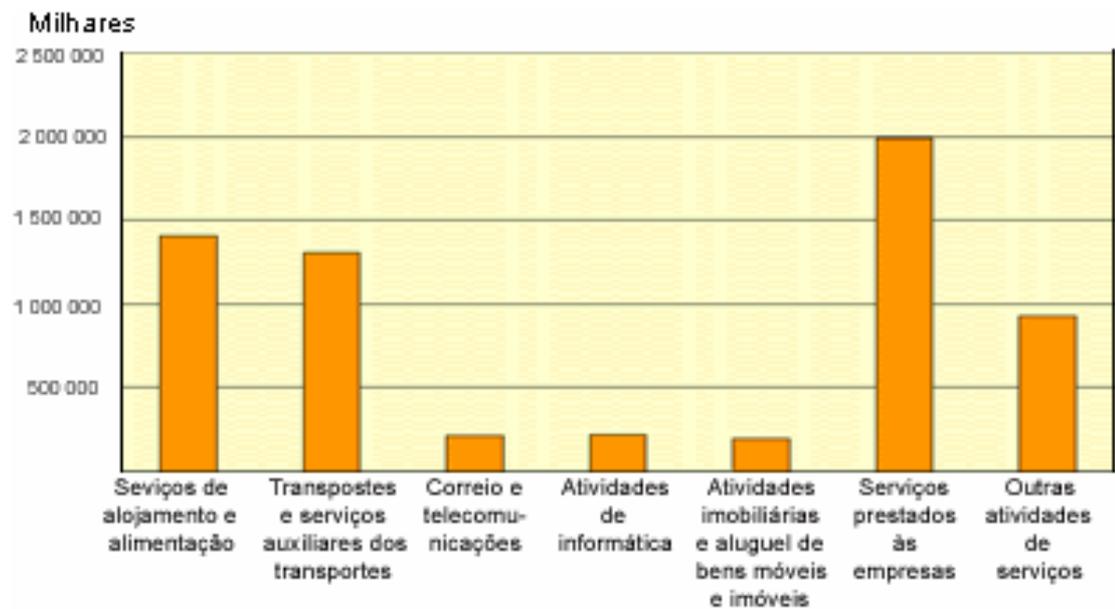
**Figura 2: Evolução da população em idade ativa por ramo de atividade**  
 Fonte: IBGE (2002)

Gianesi e Corrêa (1994) salientam, também, a crescente participação das atividades de serviços em outros setores da economia, principalmente no industrial, que pode ser resumida em três categorias: como diferencial competitivo aborda a diferenciação competitiva do pacote de produto/serviço oferecido ao mercado; como suporte às atividades de manufatura é representada por todas as atividades de serviços de apoio à manufatura e como geradores de lucro quando, além da função de apoio, as atividades de serviços passam a ser “centros de lucro” dentro das organizações.

Interessante observar outro dado do IBGE que ilustra o número de empresas de serviços por ramo de atividade no Brasil no ano de 2001, conforme a Figura 3. A Figura 4 mostra o número de pessoal envolvido por ramo de atividade.



**Figura 3: Número de empresas por ramo de atividade em 2001**  
 Fonte: IBGE (2002)



**Figura 4: Número de pessoas envolvidas por atividades nos serviços em 2001**  
 Fonte: IBGE (2002)

Parece evidente a importância de desenvolvimento contínuo em conceitos e técnicas de administração para as atividades de serviços para que não se corra o risco de ter uma economia dominada por atividade pouco produtiva e vulnerável à competição internacional (CORRÊA; CAON, 2002).

## 2.2 CONCEITUAÇÃO DE SERVIÇOS

O serviço é uma atividade ou uma série de atividades de natureza intangível (normalmente, mas não necessariamente, acontece durante as interações entre clientes e empregados de serviços e/ou sistemas do fornecedor de serviços), que é fornecida como solução ao (s) problema (s) do (s) cliente (s) (GRÖNROOS, 1993).

Para Giansi e Corrêa (1994) os serviços são experiências que o cliente vivencia, enquanto que os produtos são coisas que podem ser possuídas. Na maioria das vezes, serviço implica no contato direto entre fornecedor e cliente, que, neste caso, é o consumidor final.

Las Casas (1999) cita que, no momento em que o cliente contata a organização, o mesmo vai consumir um serviço que é o resultado de todo o esforço metodológico que a antecipou. Se a empresa preocupou-se preparando devidamente seus funcionários, o serviço será considerado de boa qualidade.

O conceito do serviço é uma ferramenta importante de unificação das pessoas envolvidas na tomada de decisão em geral e no atendimento a clientes em particular, dentro da organização de serviço, que se dá como a organização gostaria de ter seus serviços percebidos pelos clientes, funcionários e acionistas (HESKETT *apud* CORRÊA; CAON, 2002).

Ambrósio e Siqueira (2002) descrevem características próprias dos serviços , como:

- *Intangibilidade* - Serviços não podem ser vistos, cheirados, tocados ou provados antes de serem comprados. Um paciente não pode ver o resultado da cirurgia antes de se submeter a ela. Trata-se de uma oferta abstrata. Um serviço é, essencialmente, uma promessa.

- *Inseparabilidade* - A produção e o consumo dão-se quase simultaneamente. Os clientes podem participar desse processo, e quase sempre o fazem. Logo, se o consumidor está presente, ele causa impacto na própria qualidade do serviço.
- *Variabilidade* - É difícil padronizar a prestação do serviço; dificilmente um serviço será igual ao outro. A mesma equipe de saúde pode variar seu atendimento em termos de rapidez, acurácia, paciência e segurança com relação aos diversos pacientes que atende. Essa falta de padrão torna mais difícil evitar erros e, principalmente, ocultá-los.
- *Perecibilidade* - Como é um desempenho, um serviço não pode ser estocado, é perecível. Portanto, gerenciar a demanda e os custos resultantes da ociosidade dos prestadores dos serviços é um desafio muito importante em serviços.

As diferenças entre bens e serviços podem ser melhor compreendidas na Figura 5:

<b>DIFERENÇAS ENTRE BENS E SERVIÇOS</b>	
<b>Bens</b>	<b>Serviços</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tangíveis</li> <li>• Homogêneos</li> <li>• A produção antecede a distribuição, que antecede o consumo</li> <li>• O valor principal é produzido em fábricas</li> <li>• O cliente em geral não participa do processo de produção</li> <li>• Pode ser mantido em estoque</li> <li>• Transfere propriedade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intangíveis</li> <li>• Heterogêneas</li> <li>• A produção, a distribuição e o consumo são simultâneos</li> <li>• O valor principal é produzido nas interações (encontros)</li> <li>• O cliente participa do processo de produção</li> <li>• Não pode ser estocado par consumo futuro</li> <li>• Não transfere propriedade</li> </ul>

**Figura 5: Diferenças entre bens e serviços**

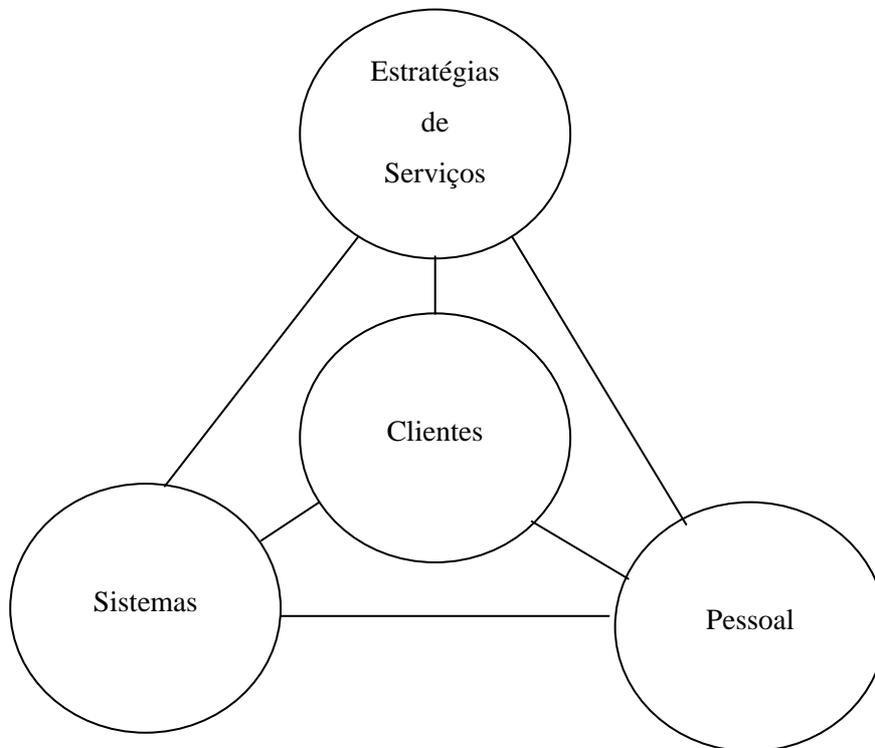
Fonte: Grönroos (1993, p.36)

Para Theodore Levitt "não existem indústrias de prestação de serviços. Há apenas indústrias nas quais o componente de prestação de serviços é mais ou menos importante do que em outras. Todos nos prestamos serviços" (*apud* ALBRECHT, 1992, p. 1).

Atualmente, as empresas dirigem suas atenções aos aspectos intangíveis da prestação de serviços, e essa tendência deve ganhar força em virtude da acirrada competição no mercado - todas as empresas estão com foco no consumidor como um cliente em potencial.

Sem dúvida, ganhará e manterá o cliente a empresa mais flexível; aquela que é comprometida com os compromissos assumidos e predisposta a atender às necessidades do cliente.

As empresas que prestam um excelente serviço possuem o chamado Triângulo do Serviço definido por Karl Albrecht (1992) - Figura 6 -, onde os fatores-chave (Estratégias de Serviços; Sistemas; Pessoal) são regulares e em boa quantidade. Estes três elementos críticos formam os vértices e sua interação deve ocorrer para que haja um nível mínimo de qualidade de serviço.



**Figura 6: O Triângulo do Serviço**

Fonte: Albrecht (1992, p. 32)

Quando ocorre a presença do cliente durante o processo de prestação de serviços, Corrêa e Caon (2002) alertam para os limites referentes ao tempo que os clientes estão dispostos a esperar pela prestação de um serviço. Essa característica tem consequências importantes para os critérios através dos quais o cliente avalia o serviço.

A importância do conceito do serviço, em um mundo crescentemente turbulento em que a mudança é a regra e não mais a exceção (em que as empresas têm que ser mais flexíveis para adaptar-se a condições mutáveis e mutantes do ambiente em que se inserem), está em criar uma base de estabilidade dentro da qual a flexibilidade possa acontecer. Uma organização que tenta ampliar desmedidamente sua flexibilidade, sem orientação, pode perder controle sobre seus custos e tornar-se caótica e pouco lucrativa (desfocalizada). O conceito de serviço pode ser mais ou menos restritivo, mais ou menos estruturado, conforme o nível de flexibilidade que se pretende permitir que a empresa tenha; entretanto, é crucial que os interessados e principalmente os colaboradores estejam unidos e focalizados sobre o conceito de serviço. O conceito de serviço é a imagem mental que os grupos de interesse têm (ou deveriam ter) do serviço; aquilo que dá um nível de clareza e direção para uma atividade que é nebulosa por natureza. Johnston e Clark *apud* Corrêa e Caon (2002, p. 76) sugerem que quatro elementos deveriam estar presentes na conceituação de serviço:

- elementos sobre a experiência do serviço: aspectos sobre a interação direta do cliente com o serviço;
- elementos sobre o resultado da prestação do serviço: o que se espera como saídas do processo de serviço;
- elementos sobre a operação do serviço: como o serviço deve ser prestado;
- elementos sobre o valor do serviço: aspectos sobre os possíveis benefícios obtidos pelo cliente com o serviço.

Nas organizações de serviço, a mão-de-obra é freqüentemente o recurso determinante da eficácia da organização, esse alto contato entre cliente e funcionários tem dois tipos de conseqüências: por um lado, permite maior flexibilidade para o atendimento das expectativas de clientes específicos; por outro lado, torna mais difícil a tarefa de monitoramento dos resultados de cada funcionário, exceto através de reclamações de clientes. O funcionário prestador de serviços deve, muitas vezes, adequar o serviço às necessidades específicas de cada cliente, exercendo, por conseqüência, alto grau de julgamento pessoal. Essa característica tem implicação na gestão dos recursos humanos (GIANESI; CORRÊA, 1994).

## 2.3 QUALIDADE EM SERVIÇOS

A qualidade é a totalidade dos atributos e características de um serviço que afetam a sua capacidade de satisfazer necessidades declaradas ou implícitas (KOTLER, 2000).

A história de Kaoru Ishikawa, filho de industrial, nascido em 1915 e falecido em 1989, teve início em 1949, através de grande dedicação ao controle de qualidade no Japão. Para ele, não se pode definir qualidade sem levar em conta o preço e a utilidade do serviço (MELLO; CAMARGO, 1998). O diagrama de Ishikawa, ou diagrama de espinha de peixe, é uma ferramenta utilizada em inúmeros programas de qualidade para ilustrar claramente as várias causas que afetam o perfeito desempenho do processo dos serviços. O autor Kaoru Ishikawa afirma que: "pensando na qualidade em todas as etapas, o resultado final é melhor e pode ser mais barato, uma vez que elimina todo tipo de desperdícios, inclusive os retrabalhos" (*apud* MELLO; CAMARGO, 1998, p. 35).

Mais do que eliminar desperdícios, a qualidade passou a ser associada ao ato de fazer certo desde a primeira vez e obter uma produção com defeito zero, Philip B. Crosby foi o precursor dessa teoria em 1979. Para ele, "a qualidade significa conformidade às especificações, após pesquisa de mercado para adequação às necessidades e expectativas dos clientes. É por meio da prevenção que se deve alcançar a qualidade, e nível de desempenho deve ser o de zero defeito" (MELLO; CAMARGO, 1998, p. 55).

O comportamento do cliente, após a compra do serviço, depende do seu grau de satisfação com o resultado da compra. Quanto maior for o índice de satisfação do cliente, maior será a probabilidade de repetição da compra do serviço. O cliente, na compra do serviço, percebe certo risco pela impossibilidade ou dificuldade de avaliá-lo antes da compra, assim, se o cliente obtiver satisfação com os resultados, o risco é reduzido e a repetição da compra do serviço da mesma empresa é favorecida (GIANESI; CORRÊA, 1994).

A satisfação, segundo Kotler (2000, p.58), "consiste na sensação de prazer ou desapontamento resultante da comparação do desempenho (ou resultado) percebido de um produto em relação às expectativas do comprador".

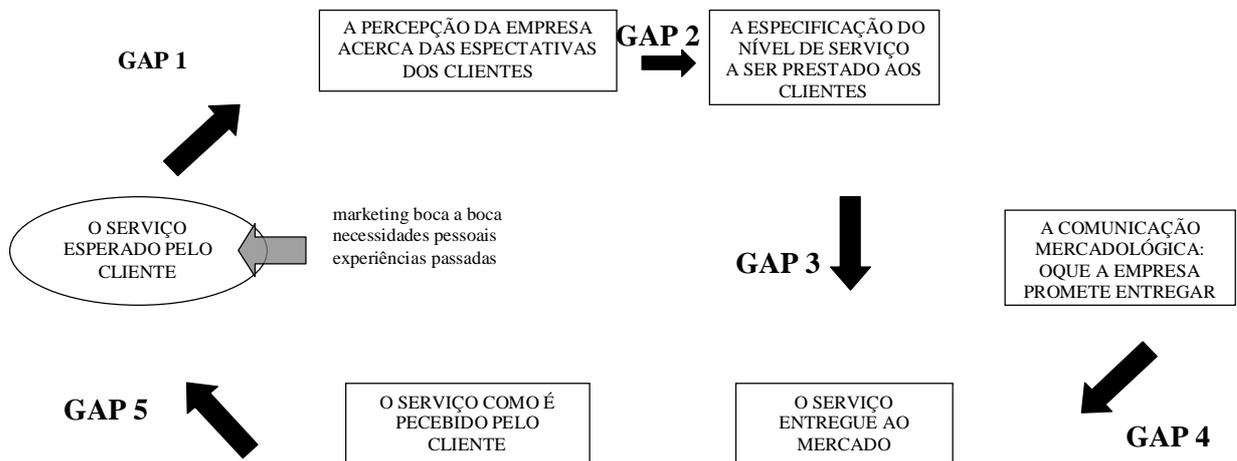
Pesquisas realizadas por Gianesi e Corrêa (1994), confirmam que os clientes utilizam suas expectativas para avaliar o serviço, comparando o que esperavam com o que

receberam. Tendo por base a afirmativa desses autores, a empresa interessada em bem atender seus clientes, deve focalizar seus esforços em satisfazer as expectativas.

O produto final de um serviço é sempre um sentimento - os clientes ficam satisfeitos, ou não, conforme suas expectativas -, portanto, a qualidade do serviço é variável de acordo com o tipo de pessoa (LAS CASAS, 1999, p. 16).

As organizações que almejam crescer e se destacar no mercado de prestação de serviços devem ter como objetivo ser melhores que a concorrência naqueles aspectos de desempenho que o cliente mais valoriza. Em empresas de serviços todos os seus colaboradores podem e devem contribuir nesse processo, percebendo a expectativa dos clientes em relação aos seus colaboradores.

O Modelo Conceitual da Qualidade de Serviços desenvolvido por Parasuraman, Zeithaml e Berry, e representado na Figura 7, ajuda a compreender de forma mais clara os "buracos negros" de conhecimento que desafiam as organizações, segundo Mello e Camargo (1998, p. 98).



**Figura 7: Modelo Conceitual da Qualidade de Serviços**

Fonte: Adaptado de Mello e Camargo (1998, p. 98)

Mello e Camargo (1998) descrevem os *GAPs* como:

- Gap 1 - representa a distância entre o que os clientes efetivamente esperam e o que a empresa imagina que eles desejam e precisam. O primeiro passo de um bom sistema de mensuração da satisfação dos clientes é encurtar o Gap 1 ao mínimo possível;
- Gap 2 - é a distância entre o que se conhece e supõe acerca das expectativas dos clientes e aquilo que se especifica em atendimento a essas necessidades;
- Gap 3 - é a diferença entre o que a empresa se propõe a entregar, mediante as especificações de seus produtos, serviços e processos, e aquilo que é realmente entregue aos clientes;
- Gap 4 - é a diferença entre as promessas veiculadas pela comunicação mercadológica, a propaganda, o esforço das relações públicas, o *merchandising*, enfim, tudo aquilo capaz de induzir expectativas no mercado-alvo e o que é realmente entregue;
- Gap 5 - é a diferença entre o que os clientes esperam e o que percebem que lhes foi entregue; talvez este seja o *gap* que as empresas estão mais acostumadas a medir através de pesquisa de satisfação.

O Modelo Conceitual da Qualidade de Serviços, de início, pode ser entendido e visualizado como se fosse um alvo fora de foco, um círculo difuso que:

Na medida em que os *gaps* vão se encurtando, as distâncias de percepção eliminadas, a tendência é que todos aqueles pontos difusos se transformem em um só: o conhecimento da empresa acerca das expectativas do cliente e o que ela especifica para atendê-las, a comunicação mercadológica e o que realmente é entregue, a percepção do mercado sobre o produto ou serviço que está sendo fornecido de acordo com a expectativa original, tudo absolutamente alinhado, um só ponto focal, a perfeita tradução da expressão "foco total no cliente!" (MELLO; CAMARGO, 1998, p. 101).

Visto que a expectativa do cliente é importante na avaliação do serviço prestado, torna-se evidente a necessidade da verificação dos fatores que geram essa expectativa. Segundo Giansesi e Corrêa (1994), quatro são os fatores principais que influenciam as expectativas dos clientes:

- comunicação boca a boca: são as recomendações que os clientes recebem de outros clientes que já receberam o serviço da empresa em outro momento;
- experiência anterior: é o conhecimento prévio do serviço através de um contato anterior do cliente com a empresa;
- necessidades pessoais: são as necessidades que levam o cliente a procurar o serviço;
- comunicação externa: são os fatores provenientes da empresa prestadora do serviço.

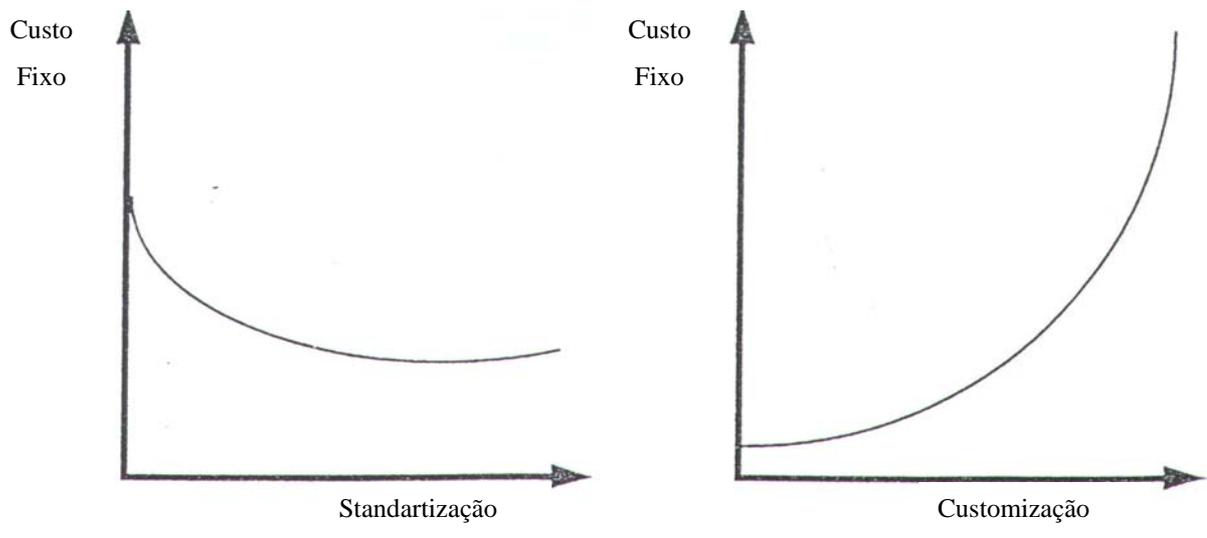
Berry e Parasuraman (1995, p. 29) "vêm desde 1983 investigando o tema da qualidade em serviços, através de estudos empíricos com clientes de setores que vão desde serviços puros a serviços associados com produtos tangíveis". Nessas pesquisas, a confiabilidade foi o fator considerado mais importante. Esses estudos também identificaram 5 dimensões gerais que influenciam a qualidade em serviços:

- Confiabilidade – A capacidade de prestar o serviço prometido de modo confiável, e com precisão;
- Tangibilidade – A aparência física de instalações, equipamentos, pessoal e materiais de comunicação;
- Sensibilidade – A disposição para ajudar o cliente e proporcionar com presteza um serviço;
- Segurança – O conhecimento e a cortesia de empregados e sua habilidade em transmitir confiança e confiabilidade; e
- Empatia – A atenção e o carinho individualizados proporcionados aos clientes.

Pode-se dizer que a empresa fornece qualidade sempre que seu produto ou serviço atende às expectativas dos clientes ou as excede. Então, conclui-se que a empresa que satisfaz a maioria das necessidades de seus clientes durante a maior parte do tempo é denominada empresa de qualidade (KOTLER, 2000).

Anderson, Fornell e Rust (1997) citam Juran (1988) que define qualidade de duas formas de pensamento ou duas categorias distintas, onde há uma relação entre satisfação do cliente e produção, são elas: 1) a qualidade que vai ao encontro das necessidades dos clientes; 2) a qualidade que consiste na não ocorrência de erros, deficiências.

Ao considerarem a primeira categoria de Juran, os autores descrevem o alto nível de customização para o atingimento das necessidades dos clientes com um alto grau de envolvimento do pessoal e alto custo para o seu alcance. Já a segunda, envolve um alto nível de padronização no desenvolvimento das atividades a partir de características previamente definidas junto aos clientes (experiências anteriores), podendo ser denominada de qualidade padronizada com custo fixo e ilustrada conforme a Figura 8.



**Figura 8: Custo Fixo com Padronização da Qualidade e com Customização da Qualidade**

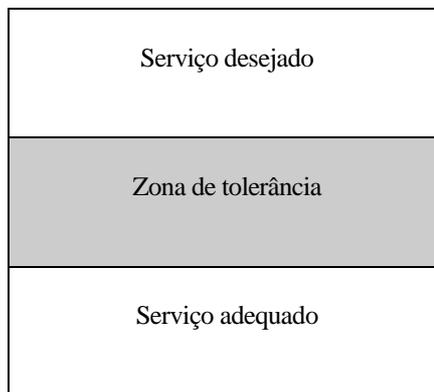
Fonte: Adaptado de Anderson, Fornell e Rust (1997, p.132)

A produção e o consumo dos serviços possuem uma simultaneidade (ocorrem ao mesmo tempo), sendo necessário considerar o momento de contato com a clientela como fator principal de qualquer esforço mercadológico. Os momentos de contato da empresa com os clientes, pela característica de inseparabilidade no ato de execução do serviço, são chamados de "momentos da verdade". Las Casas (1999) refere que essa expressão foi popularizada por Jan Carlzon, presidente da SAS, empresa de aviação da Escandinávia, que dizia que a

prestação de serviços é o resultado da soma de todos os momentos da verdade de um cliente com a empresa. Então são nesses momentos da verdade em que o cliente entra em contato com algum aspecto da organização e obtém uma impressão de qualidade de seus serviços.

Albrecht (1992) mostra que os funcionários das áreas de apoio têm participação no desempenho do pessoal da “linha de frente” quando de seu trabalho de prestação de serviços aos clientes finais da organização, pois a “linha de frente” apóia-se nos serviços prestados por seus fornecedores internos para desempenhar adequadamente suas funções. Albrecht (1992) afirma, ainda, que “numa organização verdadeiramente voltada para o serviço, todas as pessoas e unidades têm um cliente” (p.142).

Berry e Parasuraman (1995) efetuaram estudos juntamente com Valarie Zeithmal sobre expectativas que o cliente tem do serviço, concluindo que existem dois níveis de expectativas: o nível desejado - que o cliente espera receber; o nível adequado - que o cliente acha aceitável. A “zona de tolerância” demarcada por esses dois níveis é o que o cliente considera satisfatório. Desempenhos inferiores ao da zona de tolerância gerarão frustração no cliente e reduzirão sua lealdade. Desempenhos superiores ao da zona de tolerância surpreenderão o cliente, reforçando sua lealdade.



**Figura 9: Expectativa do cliente em relação à prestação de serviços**

Fonte: Berry e Parasuraman (1995, p.76)

Para Whiteley (1999), existem razões que levam as pessoas a não reclamarem da qualidade de fornecedores, ou seja: (1) elas pensam que se queixar não vai resolver nada; (2) reclamar é difícil; (3) as pessoas não se sentem bem reclamando; e (4) a competição se tornou tão acirrada e proporciona tantas opções, que é literalmente mais fácil trocar de empresa ou produto do que reclamar.

Kotler (1998) a partir de vários estudos afirma que a administração de serviços com excelência envolve as seguintes práticas comuns:

- Conceito estratégico: as organizações que realizam serviços de alto nível desenvolveram uma estratégia exclusiva para a satisfação das necessidades dos clientes, conquistando sua lealdade;
- Histórico do comprometimento da alta administração com a qualidade: a alta administração monitora permanentemente a qualidade dos serviços prestados e não só os resultados financeiros;
- Padrões elevados de qualidade: as organizações devem estabelecer metas ambiciosas de qualidade em prestação de serviços, próximas de zero defeito;
- Sistemas de monitoração do desempenho dos serviços: organizações de alta categoria em serviços realizam auditorias regulares de desempenho em seus serviços e nos dos concorrentes, utilizando compra comparativa, falso comprador, pesquisa junto a consumidores, formulários de reclamações e sugestões e cartas para o presidente da organização;
- Sistema para atendimento das reclamações dos consumidores: as organizações devem desenvolver um programa de recuperação de serviços, utilizando as informações obtidas dos clientes insatisfeitos para melhorias na prestação de serviços;
- Satisfação tanto de funcionários como de consumidores: as organizações devem ter um excelente relacionamento com seus funcionários, o que irá refletir no atendimento dos seus clientes finais.

## 2.4 SERVIÇOS HOSPITALARES

O sistema de saúde, hoje caracteriza-se por ser complexo nos seus fluxos, hábil/proficiente em tecnologia, competitivo e *market-driven*. Um resultado desse ambiente é o recente fenômeno na área da saúde chamado "consumismo". Forte ênfase está sendo dada nos serviços prestados aos clientes dessa área, com esforços organizados para entender, medir e atender suas necessidades. A evidência desse fenômeno é encontrada nas inúmeras publicações que têm seu foco na satisfação do paciente como a chave do resultado da assistência prestada. A satisfação do paciente, definida pela percepção das suas necessidades e expectativas, vem tornando-se rapidamente um indicador primário de evolução e comparação de qualidade dos sistemas de atendimento à saúde (CONNER; NELSON, 1999).

Na era da globalização da economia e da competitividade, cada vez maior em todos os segmentos do mercado, as empresas que quiserem sobreviver com sucesso deverão adotar um modelo de gestão que privilegie as práticas que agregam valor ao cliente e otimizem o seu próprio desempenho. É importante que esse modelo de gestão inclua valores e contemple conceitos-chave como estes: enfoque no cliente, liderança, melhoria contínua, participação e qualificação dos funcionários, agilidade de resposta do atendimento, ação preventiva e qualidade no projeto, visão de futuro, administração por fatos, criação de parcerias ,ética e enfoque nos resultados (MEZOMO, 2001).

Segundo Sahney e Warden (*apud* MINOTTO, 2002, p. 77):

"[...] a indústria de cuidados com a saúde tem sido tremendamente pressionada para a reforma. Impulsionada pela alta taxa de aumento dos gastos de cuidados com a saúde, essa pressão vem dos pagadores e consumidores que solicitam melhoria da qualidade dos serviços e a valorização dos dólares gastos".

Hoje, nos Estados Unidos, a primeira e mais óbvia razão da ansiedade sobre a qualidade do cuidado é no sentido da busca da redução do custo com os serviços de saúde (BLUMENTHAL, 1996).

O futuro do hospital, referido por Taaublib (*apud* MINOTTO, 2002, p. 80), "passa pelo permanente aperfeiçoamento de sua estrutura, como também na criação de setores com avançadas tecnologias, sendo cada vez mais as internações de menor permanência e os serviços

com elevado nível de automação". Em relação ao paciente, este exigirá cada vez maior atenção às suas necessidades, com individualização do tratamento, com suas necessidades totalmente identificadas e satisfeitas .

#### **2.4.1 Qualidade em Serviços de Saúde**

Qualidade, como refere Silva (*apud* MELLO; CAMARGO, 1998, p. 69), "virou uma palavra de sobrevivência na atualidade". As instituições de saúde passam a repensar suas estruturas, seus processos e também suas relações de trabalho.

Historicamente, pode-se situar a preocupação com a qualidade nos serviços de saúde em tempos imemoriais. É pouco provável que, mesmo nos primórdios do que seriam os serviços de saúde, se atuasse no cuidado de um ser humano sem ter maior preocupação com a qualidade do resultado deste trabalho. Na antiga Grécia, há inúmeros exemplos de serviços de saúde que prestavam atendimento de excelente qualidade. Florence Nightingale (1820-1919), na metade do século XIX, lançou as bases da profissão de Enfermagem, desenvolvendo um processo de atendimento que visava (e visa ainda hoje) o máximo de qualidade. A enfermeira inglesa que implantou o primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde em 1854, o fazia com base em dados estatísticos e gráficos. Com sua participação na Guerra da Criméia, após seis meses da sua chegada ao Hospital de Scutari, as taxas de mortalidade recuaram de 42,7% para 2,2%, devido aos rígidos padrões sanitários e de cuidados de enfermagem por ela estabelecidos (NOGUEIRA, 1999).

Os conceitos mais recentes de gerência com qualidade foram desenvolvidos, principalmente, na União Japonesa de Cientistas e Engenheiros por: W. Edwards Deming (controle estatístico da qualidade); Joseph M. Juran (importância das pessoas na revolução de qualidade japonesa); Kaouru Ishikawa (controle da qualidade total). Essas iniciativas, que fizeram parte do esforço da recuperação do Japão após a Segunda Guerra Mundial, disseminaram-se primeiro para os Estados Unidos da América e daí para o mundo todo, a partir da década de 1950 (CQH, 2002).

O CQH (2002) descreve que a indústria de serviços de saúde, como sempre muito lenta para incorporar novos desenvolvimentos em técnicas e métodos administrativos, só respondeu no final da década de 1960, começo da década de 1970.

Desde o início do século passado, a equipe de saúde procurou definir qualidade médico-assistencial. O conceito de *quality of care* foi proposto pela primeira vez, em 1912, por um cirurgião de Boston chamado Codman (ZANON, 2001, p. 53). Partindo do princípio que a observação de tudo o que acontece durante e após o tratamento é a melhor maneira de avaliar a qualidade da assistência prestada, Codman criou os conceitos de tratamento eletivo, paliativo e de emergência, bem como o de risco provável.

Dos esforços de verificação de qualidade do Colégio Americano de Cirurgiões resultou, no início da década de 1950, a formação da Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde (CCAOS). Deve-se destacar também nos EUA a criação, em 1995, do Prêmio Nacional da Qualidade na Área de Saúde, baseado no Prêmio Nacional da Qualidade Malcolm Baldrige daquele país (CQH, 2002).

O CQH (2002) foi influenciado no Brasil pelo Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade que, a partir de 1995, desenvolveu, inclusive entre hospitais do Rio Grande do Sul, uma cultura organizacional voltada para a qualidade gerencial.

Os avanços registrados no passado, mais evidentes nos últimos 150 anos, foram alcançados a partir da visão de homens que utilizaram metodologias da época, sem polimento e estrutura, mas que lembram os Processos de Qualidade de hoje. À medida que o avanço tecnológico se faz presente, o homem e a própria medicina entram em contato com um "mundo" mais complexo, no qual os conceitos básicos da administração são tratados como ciência e tornam-se necessários para o desenvolvimento de produtos e serviços com maior agilidade, melhor qualidade e menor custo (MELLO; CAMARGO, 1998, p. 37).

Qualidade de assistência médico-hospitalar é muito mais do que: apresentar belíssimas instalações e equipamentos sofisticados que impressionem qualquer visitante; ter pacientes e funcionários satisfeitos, manter todos os formulários corretamente preenchidos e, ainda, exibir uma certificação pendurada na parede. É algo tangível, que depende da capacidade de diagnosticar, tratar, melhorar ou curar doenças físicas e mentais. É algo que tem a ver com a solidariedade humana, a vida e a morte, mas que, todavia, precisa ser avaliado objetivamente (ZANON, 2001).

Para Nogueira (1999, p.17):

"a noção de qualidade está intimamente ligada às ciências de Saúde. Toda a formação do profissional de saúde é orientada no sentido de melhoria - restauração da saúde do paciente ou, quando não é possível, melhoria dos métodos e técnicas de diagnóstico e de tratamento, simplificação de procedimentos, obtenção de resultados melhores".

Peter Dans, em 1988 (ZANON, 2001, p. 53), "fez uma analogia entre uma viagem aérea e uma internação hospitalar". Na viagem aérea, o objetivo principal é chegar com vida ao destino, evitando-se uma aterrissagem forçada ou um acidente maior; na internação hospitalar, a intenção é sair curado ou melhorado, evitando-se a piora e a morte. Depois de atingido o objetivo principal, em ambos os casos, é que o atendimento passa a contar: o custo, a pontualidade, o conforto, o sabor da comida, a atenção e a gentileza da tripulação ou do pessoal hospitalar.

O fato é que o paciente é um cliente que se tivesse escolha, não desejaria nunca utilizar os serviços de saúde. Os sentimentos dos pacientes quando em tratamento hospitalar são vários e confusos: medo do desconhecido e do desfecho, raiva por ter tido seus planos interrompidos, dor, frustração, apreensão e impotência. É aí que reside a beleza e o grande desafio de se prestar a ele um serviço de qualidade em todas as dimensões (NOGUEIRA, 1999).

O cliente não quer ser visto só como "doente", ou como uma parte doente, como aquele que necessita de um curativo ou que tem um fígado lesado, mas ao contrário, quer ser reconhecido como alguém que pensa, sente, tem vontade e interesse. "Qualidade é acima de tudo uma questão de humildade para entender o cliente, antes de nos propormos a atendê-lo" (DAIBERT *apud* MELLO; CAMARGO, 1998, p. 94).

#### **2.4.2 Qualidade em Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico**

A efetividade do serviço prestado de uma Unidade de Tratamento Intensivo é tradicionalmente medida através do exame de medidas de severidade como mortalidade, tempo de permanência e outros dados administrativos eficientes. Dentro da perspectiva da qualidade da assistência, é um importante domínio a satisfação frente à assistência, especialmente para pacientes

criticamente enfermos, pois os resultados desejáveis do estado de saúde podem não ser obtidos. No entanto, é necessário conhecer o significado e delimitar a importância da satisfação com a assistência prestada, uma vez que não sabemos quais os determinantes ou aspectos da assistência são relevantes para as famílias, particularmente quando seus familiares estão criticamente enfermos e hospitalizados em um ambiente complexo como a Unidade de Tratamento Intensivo (HEYLAND; TRANMER, 2001).

Segundo Heyland e Tranmer (2001), é pequeno o número de pesquisas publicadas a respeito da satisfação em pacientes com risco de vida, por isso, o desenvolvimento de um instrumento que avalie a satisfação da família e/ou do paciente a respeito da assistência prestada é de grande relevância.

A qualidade da assistência prestada é um tópico altamente complexo e controverso. Tradicionalmente, a qualidade da assistência é avaliada por julgamento profissional, freqüentemente de forma subjetiva (IGLEHART, 1996).

Em terapia intensiva, a qualidade da assistência oferecida é tradicionalmente focada nos cuidadores, no processo da assistência e nos resultados biológicos. Tendências recentes, no entanto, têm regras dos consumidores para julgar os cuidadores tomar decisões centradas no paciente sobre os cuidados médicos. O foco na qualidade está sendo atribuído a várias forças incluindo: balanço na decisão de minimizar custos, acreditação externa, soberania do consumidor e importância da assistência holística. Os cuidadores concordam que a satisfação do cliente é um válido medidor de como a assistência foi prestada, mas não concordam que os clientes possam avaliar sua qualidade técnica. A relevância da satisfação do cliente em terapia intensiva é desconhecida. Em terapia intensiva, tem sido direcionada à interação de cuidador - família do que na interação cuidador - paciente (JOHNSON *et al.*, 1998).

A avaliação das necessidades, no entanto, não é sinônimo de satisfação porque o não atendimento das necessidades nem sempre traduz a insatisfação necessidades não garantem. A satisfação da assistência prestada a pacientes criticamente enfermos é uma importante construção que não pode ser avaliada através da tradicional avaliação das necessidades da família (HEYLAND, 2002). Por exemplo, um estudo recente descrito por Azoulay *et al.* (2000), com 76 famílias de pacientes gravemente enfermos, mostra que a metade dos familiares tiveram uma inadequada comunicação com os profissionais da saúde. Essa afirmação foi baseada na percepção

das famílias nos encontros com os médicos responsáveis pelo atendimento dos seus familiares. No entanto, 54% das famílias entrevistadas tiveram uma compreensão pobre sobre o que foi dito, e a metade dessas famílias não pediu mais informações, mas não foi avaliada sua satisfação nesse estudo.

Já o autor Zanon (2001) refere que o objetivo da pesquisa de satisfação é entender e medir as necessidades e expectativas dos pais de crianças internadas em uma UTIP. O episódio inicia-se com uma extrema necessidade, quando uma criança necessita de cuidados e assistência médica e de enfermagem intensiva, sendo internado em UTIP.

Entender e reconhecer a atividade hospitalar como um negócio e compatibilizar esse conceito com a função social do hospital exige uma gestão empresarial ética e competente. Constitui um desafio, adaptar uma empresa tão complexa como o hospital ao novo paradigma da qualidade e implantar o controle da qualidade total. Mais do que um desafio, trata-se de uma questão de sobrevivência. Há que buscar a melhoria da qualidade de vida e a satisfação das pessoas praticando a melhor medicina através de uma organização hospitalar auto-sustentável (KORBES *apud* ZANON, 2001).

A atual administração da qualidade já não se preocupa tanto com o mercado, nem com os produtos e serviços e com seus processos, mas com a efetiva satisfação dos clientes. E como os clientes de qualquer organização são variados, interessa atender com prioridade aquele que é a sua razão de ser, ou seja, o paciente, tratando-se de um serviço de saúde (MEZOMO, 2001).

O mesmo autor refere que a centralização do processo da qualidade no paciente é também um conceito estratégico, porque combinando os esforços de entender suas necessidades com os sistemas que apoiam a melhoria contínua da qualidade dos produtos e serviços, a organização consegue aumentar sua participação no mercado pelo aumento da demanda.

### **2.4.3 Satisfação do Paciente**

É necessário conhecer qual é o ponto ao longo da internação que possui maior peso e importância para a família. Isso é importante por duas razões: primeiro, esta informação é útil para ter como objetivo nos esforços de implementação da qualidade e, em

segundo, para podermos avaliar e comparar a qualidade do serviço de saúde prestada (CONNER ; NELSON, 1999).

A percepção do paciente da qualidade dos serviços prestados é um importante indicador de resultado da efetividade clínica e organizacional. A literatura sobre satisfação geralmente reporta que certos aspectos da assistência são muito importantes como experiência positiva para o paciente, segundo Geretis, Edgman-Levitan e Daley (1993) e Charles, Chambers *et al.* (1994) citados por Heyland e Tranmer (2001). Esses autores categorizaram as expectativas dos doentes sobre os seus cuidados, em: cuidado direto, respeito, coordenação, comunicação e ambiente (conforme Figura 10). Essas categorias não são exclusivas, mas resumizam e selecionam grupos de assistência que são importantes na satisfação do paciente.

<b>Aspectos da Assistência</b>	<b>Descrição dos Aspectos da Assistência</b>
<b>Cuidado Direto:</b> Cuidado é destreza, conhecimento, suporte, terapêutico e conforto e assistência/conduta em tempo.	Destreza e competência Resposta Cuidado e conforto físico e emocional (exemplo: dor e o manejo dos seus sintomas)
<b>Respeito:</b> Cuidado com os valores, preferências, necessidades solicitadas dos pacientes e suas famílias, e assistir de forma humana, carinhosa e cortês.	Cortesia e respeito Atitude positiva Benevolência Dignidade Privacidade e confidencialidade Autonomia e respeito pelas necessidades do paciente e família.
<b>Coordenação:</b> Isso se refere à coordenação, integração, acesso, disponibilidade e continuidade da assistência.	Coordenação da assistência clínica Coordenação dos serviços de suporte Coordenação da linha de frente (pacientes e familiares saberem com quem falar) Acesso e disponibilidade dos serviços (disponibilidade do centro cirúrgico, tempo de visitação, disponibilidade da equipe)
<b>Comunicação:</b> A comunicação é informativa Informação do estado clínico, progresso e prognóstico de forma honesta, completa, em horário adequado. Linguagem bem compreendida, promovendo confidencialidade, privacidade e participação.	Informação do estado clínico, progresso e prognóstico Informações sobre o processo da assistência (resultados dos exames, opções de tratamento incluindo riscos e benefícios) Informações e educação para facilitar a autonomia, autocuidado e recuperação Paciente e família envolvidos no processo de decisão
<b>Ambiente:</b> O Cuidado é prestado com segurança, limpeza, conforto e em ambiente tranquilo para o paciente.	Hospital e ambiente são limpos, confortáveis e aconchegantes para o paciente e família. Pertences estão seguros. Serviços de apoio e nutrição.

**Figura 10: Expectativas dos pacientes sobre seus cuidados**

Fonte: Heyland e Tranmer (2001, p. 143)

Em outra pesquisa feita com familiares de pacientes internados em unidade de tratamento intensivo são apresentados cinco fatores da assistência que devem ser avaliados, como: comunicação, atitude, destreza, conforto e encorajamento mútuo (JOHNSON *et al.*, 1998).

A maioria das medidas de satisfação devem incluir expectativas definidas pelo paciente e o julgamento do grau de atingimento da evolução da assistência (satisfeito ou insatisfeito). Um grande desafio é selecionar os mais apropriados atributos e o método de avaliação da satisfação do paciente com o serviço de qualidade no tempo certo, acurado e de modo válido, reconhecendo que este é apenas um resultado avaliado. Além do mais, isso deve ser coletado e determinado durante o episódio da assistência. Com respeito à experiência em terapia intensiva, os pacientes estão sedados e os familiares esperam um cuidado com destreza, respeito, coordenado e que seja provido um ambiente confortável. Eles esperam também o mesma atenção e/ou tratamento para eles (HEYLAND; TRANMER, 2001).

Heyland e Tranmer (2001) citam que outro tema é a idéia de a UTIP poder ser vista como o final da vida, embora a maioria dos pacientes não estejam nessa situação, mas este item deve ser considerado na definição da qualidade da assistência e na avaliação da satisfação. Indicadores como o controle dos sintomas, atendimento das necessidades e expectativas, manutenção do bem-estar (apoio físico, emocional e espiritual), controle e participação das decisões, opressão da família e excelência no atendimento também devem ser levados em consideração.

Prover a assistência aos pacientes é a prioridade de médicos e enfermeiros de terapia intensiva. Os resultados do tratamento usualmente são coletados a partir da evolução do paciente na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). No entanto, dar aos familiares notícias realísticas sobre a situação do doente de forma objetiva e clara também é um objetivo da UTI. Muitos pacientes estão incapacitados para entender sua condição e conceder informações para seus familiares, porque estão sedados ou sem condições de comunicar-se. A satisfação da família está relacionada com a clareza dos diagnósticos fornecidos pela equipe, conforme Azoulay *et al.* (2000).

Ter acesso à avaliação da satisfação é muito complicado quando pacientes de terapia intensiva estão envolvidos. Isso ocorre devido ao extenso tratamento, à severidade do seu quadro, ao nível de consciência e ao fato de que, no ambiente da UTI, os pacientes não tomam decisões a respeito de sua própria assistência. As necessidades dos familiares de doentes graves em terapia

intensiva foram descritas por vários autores, como Molter (1979), Rogers (1983), Daley (1984), Leske (1986) e Prince et al. (1991) *apud* Wasser (2001). Esses vários estudos identificaram duas necessidades primárias: primeiro, que tenham informações honestas, inteligíveis e freqüentes e, em segundo, que tenham segurança de que quem assiste os pacientes goste do que faz e o fazem com competência e carinho. Esses estudos reconhecem 10 dimensões que representam o nível do cuidado e as facilidades das qualidades que a família quer e espera da equipe que atende o paciente, as quais incluem: a) oferecer ajuda, b) ter suas perguntas respondidas honestamente, c) saber que o melhor cuidado está sendo dado para o paciente, d) ter segurança de que se qualquer coisa acontecer ,serão chamados em casa, e) ter explicações com termos usuais para suas perguntas e dúvidas, f) ser possível visitar o paciente o máximo possível, g) ser informado pelo menos uma vez ao dia do progresso do paciente, h) saber fatos específicos dos progressos e do prognóstico do paciente, i) sentir-se confortável no ambiente do hospital e j) ter uma equipe calorosa, amistosa e profissional.

Pesquisas prévias indicam que essas dez dimensões podem ser categorizadas em seis distintos domínios: "Segurança", que é a necessidade de ajuda na ansia do resultado; "Informação", esta necessidade deve ser consistente, realística e freqüente; "Proximidade", há necessidade de contato pessoal físico e emocional próximo do paciente; "Suporte", necessidade de recursos, sistemas de suporte e ventilação; "Conforto", necessidade para a família de conforto da equipe; e "Ajuda para os membros da família", a necessidade de sentir que o tratamento é benéfico ao paciente.

Com objetivo de avaliar a satisfação do paciente, foi criado o instrumento chamado *Patient Judgement of Hospital Quality* (1990), que considera os seguintes aspectos:

- Como foi baseada a decisão da escolha do serviço - recomendação médica, recomendação de familiares e/ou amigos, experiências anteriores no serviço ou outra;
- Admissão - preparação para admissão, eficiência nos procedimentos de admissão, cortesia e atenção da equipe;
- Cuidados na hospitalização - equipamentos adequados, considerar opinião/desejos do paciente, flexibilidade frente às necessidades do paciente e sua família, informações claras sobre procedimentos e exames, preparação para

procedimentos, adequação das rotinas frente às necessidades do paciente, informações para familiares e amigos e seu envolvimento nos cuidados, facilidade para acessar informações, segurança e proteção para o doente e familiares;

- Equipe de enfermagem - competência, acompanhamento da evolução, velocidade de respostas e atendimento, cortesia e respeito no atendimento e informações precisas para pacientes, familiares e médicos;
- Equipe médica - competência, acompanhamento da evolução, velocidade de respostas e atendimento, habilidade em realizar diagnóstico e conhecimento, cortesia e respeito no atendimento e informações precisas para pacientes e familiares;
- Outros profissionais - competência e cortesia;
- Resolutividade do atendimento;
- Reconhecimento da opinião do cliente;
- Adequação das atividades prestadas com as necessidades dos clientes;
- E ambiente hospitalar - limpeza, conforto, iluminação, temperatura, ruído, atmosfera hospitalar, sinalização, qualidade da alimentação, privacidade, estacionamento e adequação do horário de visita e tratamento recebido.

Todos esses itens compõem a ficha de avaliação do paciente e propiciam uma abordagem mais ampla da avaliação do que se entende como ambiente hospitalar. O conhecimento da avaliação do cliente em relação ao serviço utilizado deve ser encarado como oportunidades de diferenciar o serviço e implementar melhorias nas não-conformidades.

## **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Este capítulo descreve os procedimentos metodológicos utilizados nesta pesquisa visando ao alcance dos objetivos propostos anteriormente. Em um projeto de pesquisa faz-se necessário um planejamento para definição das informações necessárias à pesquisa, do método, da especificação dos procedimentos de medição, de construção e pré-teste de questionário, adequação deste aos objetivos propostos após o pré-teste, de especificação de amostragem e de desenvolvimento de um plano de análise de dados (MALHOTRA, 2001).

### **3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA**

Este estudo é uma pesquisa realizada através de aplicação de questionário com questões abertas e fechadas, prospectivo de todos os pacientes e/ou seus familiares que receberam alta da UTIP do HCSA.

Trata-se de uma pesquisa que utiliza o método *survey*, que objetiva verificar as expectativas e necessidades dos pesquisados sobre os atributos relevantes na satisfação do cliente em UTIP. O método *survey*, segundo Malhotra (2001, p. 179), "baseia-se no interrogatório dos participantes da pesquisa, através de perguntas que abordem o comportamento, atitude, intenções, características, entre outros aspectos".

Esta pesquisa foi dividida em duas fases distintas: fase exploratória e fase descritiva. A primeira busca explicações, mesmo que o pesquisador já possua conhecimentos sobre o que será estudado, uma vez que o problema pode ter diversas explicações (MATTAR, 1996). Dentro da fase exploratória faz-se necessária a definição do problema e dos objetivos da pesquisa (KOTLER, 2000).

Na fase exploratória, as entrevistas de profundidade foram realizadas com o objetivo de coletar informações suplementares para auxiliar na construção do instrumento de pesquisa final. Para a realização das atividades, utilizou-se um roteiro com questões abertas e de forma semi-estruturada referente às variáveis a serem pesquisadas.

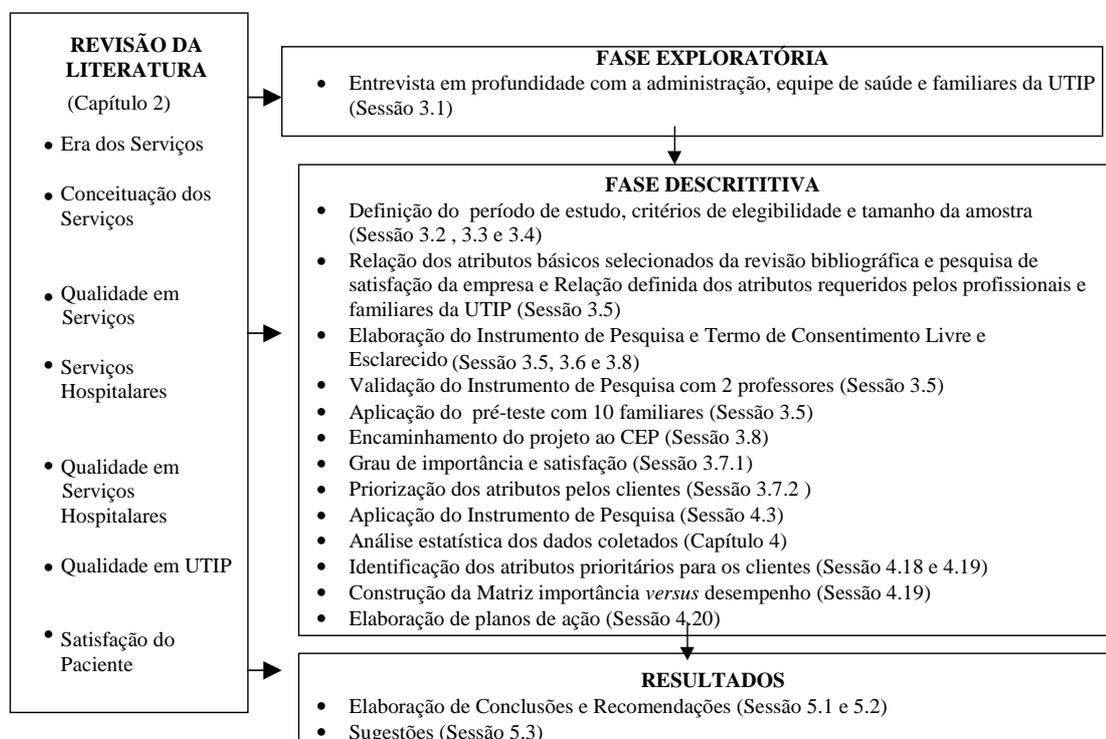
A fase descritiva tem como objetivo apresentar algo específico, como, por exemplo, características e funções e também determinar, entre outros aspectos, as percepções das pessoas sobre características do assunto pesquisado (MALHOTRA, 2001).

Inicialmente, realizou-se a Revisão da Literatura, a qual apresenta os tópicos referentes à era dos serviços, conceituação de serviço, qualidade em serviços, serviços hospitalares, qualidade em serviços de saúde, qualidade em unidade de tratamento intensivo pediátrico e satisfação do paciente. Na seqüência na fase exploratória da pesquisa, fez-se necessário realizar entrevistas junto aos técnicos da área da saúde, pessoal da área administrativa e familiares de pacientes internados na UTIP. Para a consolidação deste estudo, foi preciso ter respostas às perguntas apresentadas a seguir, cada qual originada de um objetivo específico:

- Quais os atributos necessários para uma UTIP?
- Quais os principais itens que promovem a construção de uma UTIP?
- Quais os principais critérios de avaliação de uma UTIP?

Em seqüência foi montado um instrumento de pesquisa derivado da literatura, pesquisa de satisfação institucional (Anexo A), entrevista com especialista e familiares e da vivência do autor da pesquisa. A Fase Descritiva foi composta da identificação da população e amostra, validação e aplicação do instrumento e análise estatística, em que foram tabulados e analisados estatisticamente os dados coletados. Cabe salientar que o instrumento foi aplicado em todos os casos pelo autor da pesquisa. Por último, têm-se os resultados, os quais mostram as considerações finais e recomendações de trabalhos futuros.

A Figura 11 apresenta um breve resumo do método, com as respectivas fases da pesquisa.



**Figura 11: Resumo do método da pesquisa**

## 3.2 PERÍODO DO ESTUDO

Foi estudada a população de pacientes com alta da Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIP) para unidades de internação pertencentes ao Serviço do Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCOMPA) no período de 01 de julho de 2002 a 31 de agosto de 2002.

## 3.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram considerados elegíveis e incluídos no estudo todos os pacientes que tiveram alta da UTIP para unidades de internação do mesmo hospital no período de 01 de julho de 2002 a 31 de agosto de 2002. Os pacientes que tiveram mais de uma admissão na

UTIP e alta dentro deste período foram incluídos na pesquisa, considerando-se cada uma das altas como alta independente. Foram excluídos da pesquisa pacientes que deram alta por óbito, por transferência externa para outro hospital ou mau preenchimento da pesquisa, sendo considerados como perda.

### **3.4 TAMANHO DA AMOSTRA**

A amostra não é exatamente igual à população com alta neste período, pois têm-se registros no sistema de informação dos dados referentes a este período da UTIP com o total de 150 pacientes, e neste estudo foram catalogados 114 pacientes, com uma perda de 36 (24%) casos.

### **3.5 INSTRUMENTO**

Inicialmente, foi montado um instrumento a partir dos dados coletados na literatura; entrevista com administração, equipe de saúde e familiares da UTIP e pesquisa utilizada na instituição (Anexo A e B). A validade do instrumento de pesquisa utilizado neste estudo foi levando em conta quais os atributos mais relevantes e qual é a maior correlação entre a necessidade da assistência e a satisfação.

Um questionário geralmente é composto de cinco partes: 1) dados de identificação, 2) solicitação para cooperação, 3) instruções para sua utilização, 4) as perguntas, questões e as formas de registrar as respostas e 5) dados para classificar os elementos pesquisados (MATTAR, 1996), conforme Apêndice A.

Com o instrumento elaborado, foi realizada a validação de seu conteúdo por 2 (dois) professores de Pediatria da Fundação Faculdade de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFCMPA). A validação submeteu o instrumento à crítica, modificações, revisão e ampliação ou redução do conteúdo, até chegar a uma versão que poderia ser aplicada em um teste piloto. Os dois professores da FFCMPA fizeram recomendações para as alterações do instrumento de pesquisa, a fim de que objetivos propostos fossem contemplados. Essas recomendações foram analisadas e

implementadas, modificando-se assim a versão inicial do instrumento e repassando novamente aos professores para sua apreciação final.

Após o instrumento estar revisado e validado, foi feito um teste piloto, apresentando o instrumento de pesquisa para 10 técnicos da UTIP, entre médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem e testado com 10 familiares de pacientes internados na UTIP. O teste piloto ou pré-teste, segundo Mattar (1996, p. 113), consiste em saber como ele se comporta em uma situação real de coleta de dados, como, por exemplo, a compreensão das perguntas e opções de respostas. Ao ser aplicado o teste, foram feitas três perguntas: (1) As perguntas fazem sentido? (2) Elas estão claramente escritas? e (3) Tem outra questão ou assunto que você pensa ser importante ser questionado? A devolução deste revelou a necessidade de revisão e alterações. Efetuadas as modificações necessárias, o instrumento definitivo (Apêndice A) foi aplicado.

O instrumento para pesquisa foi um questionário (Apêndice A), composto por 4 partes. A primeira preenchida pelo pesquisador com dados referentes ao número da pesquisa, tempo de internação, data de internação e alta da UTIP, data do preenchimento, resultado do escore PRISM, escore de gravidade e diagnóstico de alta. As demais etapas eram preenchidas pelo cliente com seus dados pessoais, dados de internação e a marcação do grau de importância e satisfação relacionado aos serviços recebidos na UTIP.

O citado instrumento foi respondido por escrito pelos pacientes e/ou seus familiares, que o fizeram dentro da própria instituição hospitalar na qual seu parente estava internado.

A entrega dos instrumentos de pesquisa foi efetivada após terem sido feitos todos os esclarecimentos relativos aos objetivos da pesquisa e ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

Tanto a entrega aos entrevistados, quanto a devolução ao pesquisador, foram realizadas nas dependências da instituição hospitalar em datas e horários previamente acertados com os pesquisados. Aqui se faz necessário chamar a atenção para as dificuldades que o pesquisador enfrentou com a entrega e devolução de alguns instrumentos, tendo ocorrido, inclusive, o extravio de alguns deles, os quais foram imediatamente substituídos.

### 3.6 VARIÁVEIS EM ESTUDO

Foram levantados alguns dados que serão discutidos a seguir de forma isolada quanto à frequência com que apareceram e foram feitos alguns cruzamentos a que os objetivos específicos visavam.

#### 3.6.1 Dados demográficos

As variáveis estudadas nos dados demográficos estão listados na Figura 12.

<b>Dados demográficos</b>
1. Tempo de internação
2. Idade do paciente
3. Gênero do paciente
4. Escore PRISM
5. Risco de mortalidade
6. Diagnóstico de alta
7. Idade do entrevistado
8. Gênero do entrevistado
9. Categoria da internação
10. Quem indicou a internação
11. Internações anteriores
12. Internações anteriores em UTIP
13. Quem respondeu a pesquisa

**Figura 12 - Dados demográficos estudados referente a 114 pacientes com alta da UTIP do HCSA da ISCMPA entre julho e agosto de 2002**

##### 3.6.1.1 Tempo de Internação

Embora constassem na pesquisa a data de internação e a data de alta da UTIP, estas variáveis não foram estudadas, sendo considerado apenas o tempo de internação, contado em dias e não em horas. Mesmo que o paciente não permanecesse 24 horas completas internado, foi registrado o dia inteiro.

Geralmente, as altas são definidas na hora da visita pela manhã com a equipe médica e de enfermagem, e os pacientes são transferidos para as unidades de internação antes do meio-dia. Eventualmente, por necessidade de vaga para pacientes mais graves, a alta pode ser dada a qualquer momento do dia.

#### 3.6.1.2 Idade do paciente

A idade dos pacientes foi contada em meses completos, tendo sido ignorado o tempo residual em dias. Foi calculada a partir da diferença entre a data de nascimento e a data de admissão na UTIP nas seguintes faixas: 1-3 meses inclusive; 3-6 meses inclusive; 6-12 meses inclusive; 1-5 anos inclusive; 5-12 anos inclusive; mais de 12 anos.

#### 3.6.1.3 Gênero do paciente

Os pacientes foram divididos em sexo feminino e masculino conforme assinalado na pesquisa preenchida pelo familiar e/ou paciente.

#### 3.6.1.4 Escore PRISM

Na avaliação de gravidade dos pacientes na admissão, foi utilizado o Escore PRISM (*Pediatric Risk of Mortality*). Este é um método preditivo que utiliza variáveis fisiológicas e outras variáveis que irão calcular o risco de mortalidade. Os dados são coletados nas primeiras 12 horas de internação na UTIP e consistem em: pressão sanguínea sistólica e diastólica; frequência cardíaca; frequência respiratória; temperatura (axilar, oral ou auricular); estado de coma; reação pupilar; tamanho e igualdade da pupila; concentração sanguínea de sódio, potássio, CO<sub>2</sub> total, bicarbonato, bilirrubina direta e total, cálcio total e ionizado, glicose, uréia, creatinina e albumina; hemoglobina; leucócitos; plaquetas; tempo de protrombina e tempo parcial de tromboplastina; pH e pCO<sub>2</sub> (arterial, venoso ou capilar); e PaO<sub>2</sub> com FiO<sub>2</sub> simultânea. Essas são variáveis nas quais altas e baixas anormalidades refletem o aumento e diminuição do risco de mortalidade (POLLACK; PATEL;

RUTTIMANN, 1996). A escala para o cálculo do Escore PRISM pode ser melhor entendida no Anexo D.

### 3.6.1.5 Risco de mortalidade

O risco de mortalidade é calculado a partir de variáveis fisiológicas do PRISM acima citadas, as quais consistem em sinais vitais cardiovasculares, respiratórios e neurológicos, além de testes laboratoriais de rotina em UTIP. Cada variável fisiológica foi pesada de maneira a refletir diretamente sua contribuição para o risco de mortalidade em uma escala lógica. As variáveis foram baseadas na importância clínica da alteração, necessariamente no maior ou menor afastamento do valor normal (GARCIA; CARVALHO; PIVA, 1997).

A soma das variáveis do PRISM representa a gravidade. Esta soma é convertida em probabilidade usando a seguinte equação (POLLACK; RUTTIMANN; GETSON, 1988):

$$\text{Prob} = \frac{\exp(R)}{1 + \exp(R)}$$

onde:

$$R = 0,207 \times \text{PRISM} - 0,005 \times \text{Idade} - 0,433 \times \text{Condição Cirúrgica} - 4,782.$$

PRISM = a soma das variáveis encontrada; Idade é expressa em meses

Condição Cirúrgica é = 1 para cirúrgico e 0 para o clínico

### 3.6.1.6 Diagnóstico de alta

Cada paciente tem registrados na sua folha de alta todos os diagnósticos apresentados e assinalados, independentemente da seqüência de sua ocorrência na hospitalização, dando-se destaque para a doença mais importante. Os diagnósticos são agrupados por sistemas. No caso de reinternação, o paciente é considerado novo caso, sendo assinaladas apenas as patologias desta reinternação, exceto quando há um problema crônico, como cardiopatia congênita ou outro.

Os registros dos diagnósticos foram completados pelo médico no momento da alta do paciente da UTIP. A lista dos diagnósticos é mostrada na Figura 13.

<b>Lista de Diagnósticos</b>
<b>Metabólico-renal</b>
- Distúrbio hidroeletrólíticos e/ou ácido-básico
- Insuficiência renal
- Diabete
- Cólica renal
- Outra doença renal ou metabólica
<b>Cardiovascular</b>
- Cardiopatia congênita
- Outro problema cardíaco
<b>Respiratório</b>
- Insuficiência respiratória
- Pneumonia
- Derrame Pleural
- Pneumotórax/pneumomediastino
- Asma
- Bronquiolite
- Corpo estranho
- Crises de apnéia
- Displasia broncopulmonar
- Obstrução alta
- Enfisema lombar congênito
- Outra patologia respiratória
<b>Neurológico</b>
- Convulsão
- Meningite/encefalite
- Hipertensão intracraniana
- Outra patologia neurológica
<b>Digestivo</b>
- Diarréia
<b>Hematológico</b>
- Septicemia
- Outra patologia hematológica
<b>Cirurgia</b>
- Pós-operatório abdominal
- Pós-operatório neurológico
- Pós-operatório urológico
- Pós-operatório torácico
- Pós-operatório traumatologia/ortopedia
- Outra cirurgia
<b>Acidentes</b>
- Trauma craniano

**Figura 13 - Lista de diagnósticos de alta dos pacientes da UTIP do HCSA no período de julho a agosto de 2002**

Na organização dos diagnósticos de alta, objetivou-se agrupar as patologias de mesmo sistema e manter aberta a possibilidade de se incluir alguma doença que não estivesse especificada, utilizando o dispositivo "outra patologia, renal, respiratória, etc.". Procurou-se citar o maior número de diagnósticos de alta que ocorreu no paciente internado na UTIP, sendo assinalados todos os diagnósticos de alta que o paciente possuía, podendo ser de um a quatro diagnósticos simultâneos.

#### 3.6.1.7 Idade do entrevistado

A idade dos entrevistados foi identificada por anos e distribuída nas seguintes faixas: 12-16 anos inclusive; 16-20 anos inclusive; 20-25 anos inclusive; 25-30 anos inclusive; 30-35 anos inclusive; 35-40 anos inclusive; 45-50 anos inclusive; mais de 50 anos.

#### 3.6.1.8 Gênero do entrevistado

O gênero dos entrevistados foi dividido em sexo feminino e masculino conforme assinalado na pesquisa preenchida pelo familiar e/ou paciente.

#### 3.6.1.9 Categoria da internação

Os pacientes são caracterizados pelo tipo de convênio e ocuparam as dependências da UTIP conforme a gravidade do quadro e/ou necessidade de leito privativo pela patologia da internação sem diferença de alojamento devido à categoria da internação.

#### 3.6.1.10 Quem indicou a internação

Embora a indicação da internação hospitalar seja atribuição médica, buscou-se saber junto aos entrevistados quem indicou o HCSA para a internação da criança, visto que existem vários serviços de UTIP na mesma cidade. Essa variável foi distribuída nas seguintes indicações: médica, convênio, preferência pessoal, amigos e outros.

#### 3.6.1.11 Internações anteriores

Quanto a internações anteriores, os pacientes que já haviam sido internados anteriormente foram divididos em internações na ISCMPA e em outro hospital.

#### 3.6.1.12 Internações anteriores em UTIP.

Os pacientes com internações anteriores em UTIP foram estratificados em internações em UTIP da ISCMPA e em outro hospital.

#### 3.6.1.13 Quem respondeu à pesquisa

Os entrevistados que responderam à pesquisa foram divididos em pacientes e/ou pais/responsáveis. Cabe salientar que se o próprio paciente respondesse ao instrumento, sempre era solicitada a autorização dos pais e/ou responsáveis através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) por serem menores de idade.

### **3.6.2 Dados relativos à avaliação do serviço prestado pela UTIP**

As variáveis estudadas nos dados de avaliação do serviço prestado pela UTIP estão listadas na Figura 14. Para cada item foi solicitado o apontamento do seu grau de importância e grau de satisfação relacionados aos serviços da equipe da UTIP, utilizando como escore de cada item uma escala baseada na seguinte pontuação: muito importante/ muito satisfeito/ melhor pontuação = 10 até irrelevante/ muito insatisfeito/ pior pontuação = 0 conforme Figura 15.

Dados de Avaliação do Serviço Prestado pela UTIP
1. Infra-Estrutura
2. Horários
3. Dimensionamento de pessoal
4. Capacitação, confiabilidade e segurança na equipe médica
5. Capacitação, confiabilidade e segurança nos enfermeiros
6. Capacitação, confiabilidade e segurança nos técnicos e auxiliares de enfermagem
7. Qual o grau de satisfação geral com a UTIP
8. Você recomendaria a UTIP a seus familiares e amigos

**Figura 14 - Dados de avaliação do serviço prestado pela UTIP estudados referente a 114 pacientes com alta da UTIP do HCSA da SCMPA entre julho e agosto de 2002**

	Pior Pontuação ←					Melhor pontuação →				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
IMPORTÂNCIA										
SATISFAÇÃO										

**Figura 15: Escala de respostas dos atributos do questionário**

Fonte: instrumento de pesquisa

### 3.7 PRIORIZAÇÃO DOS ATRIBUTOS PARA A UTIP DO HCSA

Esta etapa teve por objetivo priorizar, dentre o rol dos atributos identificados, aqueles prioritários para a UTIP do HCSA. Cada atributo priorizado apresenta um grau que indica o quanto ele é importante para o cliente.

Para a consecução do objetivo desta etapa de pesquisa, duas fases compuseram o processo, a importância dos atributos e a priorização dos atributos para os clientes.

### 3.7.1 Importância dos atributos para os clientes

Esta fase objetivou mensurar os graus de importância dos atributos para os clientes da UTIP do HCSA. Para a obtenção desses graus, fez-se necessário, primeiramente, realizar uma pesquisa quantitativa junto aos pacientes e/ou responsáveis com alta na UTIP do HCSA. Tal pesquisa mensurou o grau de importância, bem como o grau de satisfação em relação ao desempenho de tais atributos, na percepção dos clientes.

Nesta fase da pesquisa, uma escala foi utilizada para as duas finalidades; para o quesito “necessidade” citado no instrumento como importância, o respondente deveria considerar a importância que o atributo pesquisado exerce para o cliente da UTIP; para o quesito “desempenho” descrito no instrumento como satisfação, o respondente deveria considerar a apropriação do referido cliente no atributo em questão. A escala utilizada neste questionário foi discriminada em dez unidades, indo da importância/satisfação a pior pontuação até melhor pontuação.

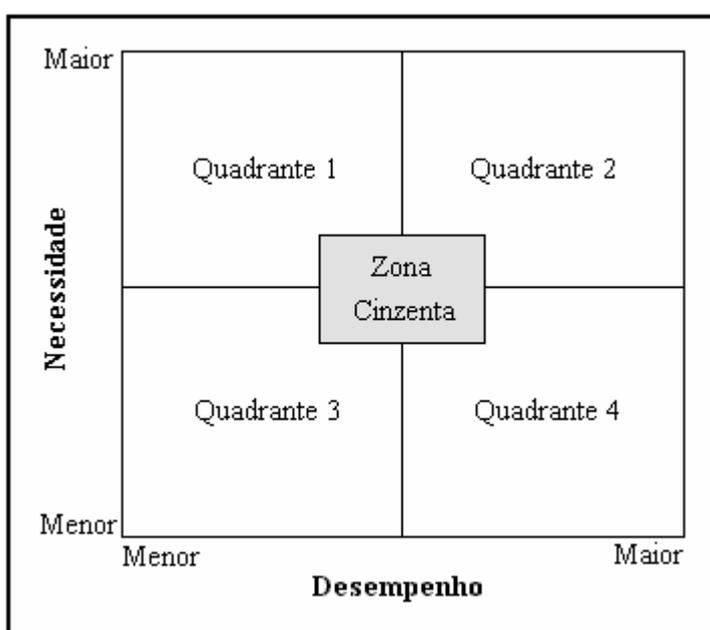
Assim, o grau de importância dos atributos foi obtido diretamente pela diferença (*gap*) entre a média do grau de defasagem de cada atributo e a média dos graus de satisfação destes na respectiva competência. Ambos os graus, como mencionado, foram estipulados pelo pesquisador.

Nos questionários da pesquisa, utilizou-se uma escala para compor as respostas. Segundo Richardson (1999), uma escala, como instrumento de medição, constitui-se de um *continuum* separado em unidades numéricas de um conjunto de observações, que determina a posição de cada membro de um grupo, em termos da variável em estudo, transformando dados qualitativos em dados quantitativos. Quando se trata de medir coisas intangíveis como competências, embora os resultados obtidos não possam ser considerados exatos, as escalas de atitudes proporcionam informações úteis que seriam difíceis de se obter de outra maneira.

### 3.7.2 Priorização dos atributos para os clientes

A priorização dos atributos não se determinou simplesmente em função de seus graus de importância. Para se determinar os atributos prioritários para a UTIP do HCSA, utilizou-se da análise importância versus satisfação. Entende-se aqui importância como necessidade e satisfação como desempenho. Os resultados foram depois analisados utilizando método de matriz importância-satisfação, derivado da técnica proposta inicialmente por Martilla e James, citado por Miotto (2002) e, posteriormente, por Albrecht e Bradford (1992, p. 157). Os resultados foram lançados em um dos quatro quadrantes ou na “zona cinzenta”, com a indicação da ação corretiva a ser tomada, conforme descrito a seguir:

A primeira etapa desta análise consistiu em obter o grau de importância e da respectiva satisfação em relação ao desempenho considerado para cada competência. O quesito “importância” corresponde, nesta pesquisa, à necessidade de cada competência sob a ótica do cliente e o quesito “satisfação” corresponde ao grau de construção das competências também pelos clientes da UTIP. Assim, a forma de obtenção dos graus já foi apresentada na fase anterior. Em posse desses valores, passou-se ao preenchimento da Matriz Importância versus Satisfação, a qual é ilustrada na Figura 13.



**Figura 16: Estrutura da Matriz Necessidade=Importância versus Desempenho=Satisfação**

Fonte: Adaptada de Albrecht e Bradford (1992)

Verifica-se que a matriz apresenta quatro quadrantes, cada qual identificado com uma nomenclatura. Tais nomenclaturas não são condizentes com a matriz original, tendo em vista que seus propósitos são diferentes. A matriz apresenta uma região denominada “Zona Cinzenta” que se caracteriza, segundo os autores, como uma zona de indiferença, onde os atributos medidos não apresentam nem alta e nem baixa importância e desempenho. Não são estipulados pelos autores os limites da “Zona Cinzenta”. Para esta pesquisa em questão, tal região foi desconsiderada pelo fato de seu significado ter pouca relevância no resultado da pesquisa como um todo. Os resultados foram lançados em um dos quatro quadrantes ou na “zona cinzenta”, com a indicação da ação corretiva a ser tomada, conforme descrito a seguir:

- MELHORAR", quando as coordenadas do atributo situavam-no no quadrante “vulnerabilidade competitiva” (alta importância e baixa satisfação) - quadrante 1;
- "EXCESSO" quando as coordenadas do atributo situavam-no no quadrante “superioridade irrelevante” (baixa importância e alta satisfação) - quadrante 4;
- e
- "MANTER", nos demais casos, “força competitiva” (alta importância e alta satisfação) - quadrante 2; “relativa indiferença” (baixa importância e baixa satisfação) - quadrante 3; e “zona cinzenta” (região com importância e satisfação médias).

Na sistemática proposta, cada atributo pode ocupar um dos quatro quadrantes, após a tabulação dos resultados da pesquisa. Os atributos ocupam o quadrante 2, quando os clientes julgam que estes apresentam importância e satisfação, em relação ao desempenho superior entre os demais atributos. Neste caso, a UTIP do HCSA necessitaria mais destes atributos, mas os clientes apresentam, para tais atributos, satisfação em relação ao desempenho também superior aos demais. Sendo assim, não é prioritário centrar esforços para propiciar melhorias de condições para tais atributos.

Os atributos localizam-se nos quadrantes 3 ou 4 nos casos em que os clientes julgaram que estes apresentam importância inferior aos demais. Neste caso, não se deve priorizar o desenvolvimento de ações para tais atributos na UTIP.

Os atributos localizam-se no quadrante 1 nos casos em que os clientes julgam que estes apresentam importância superior aos demais atributos. Outrossim, a satisfação em relação ao desempenho da UTIP nos referidos atributos é, também, inferior às demais. Este é o pior caso. Somente os atributos que se localizarem nesse quadrante devem ser priorizados para a UTIP do HCSA e, conseqüentemente, utilizados na seqüência do trabalho.

Assim, com o preenchimento da Matriz Importância versus Satisfação, teve-se a resposta para a pergunta: *“Quais atributos , dentre o rol obtido, devem ser priorizados para a Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico do HCSA para melhor atender ao cliente?”*

### **3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Um projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ISCMPA onde seria aplicado, sendo então aprovado por não encontrar óbices ao seu desenvolvimento na Instituição.

Os pacientes e seus familiares, que participaram deste estudo, foram detalhadamente orientados quanto ao método utilizado, a não implicação em danos pessoais ou morais, desconforto físico e mental, ou qualquer tipo de encargo financeiro.

Somente após as dúvidas terem sido sanadas, com plena garantia de confidencialidade e privacidade da identidade do entrevistado, bem como a absoluta inexistência de qualquer relação de dependência entre os pesquisados e a pesquisadora, descartando qualquer tipo de prejuízo ao sujeito da pesquisa, foi entregue o instrumento de pesquisa acompanhado por duas cópias de igual teor do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido<sup>1</sup>, previsto na resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (Apêndice B), ficando uma via com o pesquisado e a outra com o pesquisadora. Como se trata de pesquisa com menores de idade, os responsáveis sempre assinaram autorizando a sua participação quando este era o respondente.

### **3.9 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Foram analisados os dados demográficos dos pacientes, o escore de gravidade, o risco de mortalidade e diagnósticos de alta, bem como o tempo de internação, a categoria da internação, quem indicou o serviço, se houve internações hospitalares anteriores e também na UTIP e o tipo de cliente que respondeu a pesquisa, fatores que despertam interesse, visto as citações encontradas que relacionam estes dados e outros com a satisfação do cliente em UTIP.

As informações foram individualmente transferidas das pesquisas para um banco de dados (Apêndice B), utilizando o programa Microsoft® Excel 97, desenvolvido pela Microsoft Corporation, EUA. A análise estatística e o tratamento dos dados foram realizados

---

<sup>1</sup> **DIRETRIZES e NORMAS REGULAMENTADORAS DE PESQUISA.** Disponível em <<http://www.bioetica.ufrgs.br/res1996.htm>>. Acesso em: 3 abr. 2003.

com auxílio do SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, versão 10.0). Os dados foram expressos através de números absolutos e percentagem. Em algumas situações, utilizou-se a média com desvio-padrão.

# 4 ESTUDO DE CASO E ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

## 4.1 DESCRIÇÃO DO CENÁRIO

Fundada em 19 de outubro de 1803 e com sede à rua Prof. Annes Dias, 285 - Centro - Porto Alegre - RS, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCOMPA) é uma instituição de Direito Privado, Filantrópica, de Ensino e Assistência Social, reconhecida de Utilidade Pública, cadastrada no Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) credenciada no Conselho Nacional de Pesquisa Científica (CNPq).

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre 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. Sua missão, alinhada ao negócio "saúde", é desenvolver e proporcionar assistência médico-hospitalar, da melhor qualidade, para as pessoas de todos os grupos sociais, do Estado e do País, apoiada por programas de ensino e pesquisa (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, 2002).

No Relatório do Programa Nacional de Qualidade da Irmandade da Santa Casa de Porto Alegre (2002) consta a qualidade total como política institucional estabelecida em 1992, alicerçada no desenvolvimento da qualificação e ampliação da assistência médico-hospitalar, através do Programa da Qualidade, do Plano de Investimentos 1993/1996, e do conjunto de ações de *marketing* para a ampliação dos atendimentos ao segmento de pacientes privados e de convênios. Foi identificada como a alternativa de sobrevivência e crescimento da Instituição para os próximos anos, tendo como Visão de Futuro a Santa Casa - 200 anos - ano 2003, revisada para 2005, na qual a Santa Casa deverá se constituir em uma "Organização Hospitalar líder, moderna, competitiva, com excelência de serviços no cumprimento de sua missão".

Entretanto, é importante citar que, a par dessas ações sistemáticas mais recentes, a estrutura orgânica e funcional da Instituição está consolidada desde 1988, período em que se desenvolveram várias ações de organização, métodos e sistemas, com normalização de

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

Um aspecto relevante a destacar em relação à sua atuação no segmento médico-hospitalar é que a Santa Casa de Porto Alegre caracteriza-se no sistema de saúde como hospital de referência e excelência, para assistência terciária e quaternária, isto é, além de absorver demanda própria de pacientes através de seus ambulatórios, recebe pacientes referenciados de outros hospitais, sobretudo para o diagnóstico e tratamento de doenças e procedimentos de alta complexidade. Uma vantagem competitiva importante da instituição é a sua diferenciação, representada pela qualificação de seu corpo médico e técnico, bem como das instalações e equipamentos com avançada tecnologia biomédica.

Como hospital, apresenta seus principais processos assistenciais da seguinte forma:

- atendimento ambulatorial;
- internação hospitalar;
- realização de procedimentos cirúrgicos e obstétricos;
- realização de serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento - SADT (exames complementares).

Apresenta como principais produtos e serviços:

- serviços médico-hospitalares realizados através da assistência;
- conhecimento científico para a saúde, gerado através da pesquisa;
- recursos humanos para a saúde, formados e desenvolvidos através do ensino;
- infra-estrutura e processos para o desenvolvimento da medicina e gestão em saúde, através da disponibilização dos recursos.

Como atributos dos produtos/serviços, além da confiabilidade, representada pela resolubilidade dos problemas de saúde dos clientes, destacam-se também a qualidade, a cordialidade e a presteza de atendimento aos pacientes, além de níveis de produtividade.

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 - SUS e Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul) e os médicos. A participação da instituição no mercado da assistência médico-hospitalar do segmento de pacientes atendidos através do SUS é de 70%, e a atuação no segmento de convênios e particulares é de 30%, sendo que a sua atuação neste segmento data do início de funcionamento da Santa Casa, porém o seu tratamento como foco estratégico iniciou em 1992.

A composição do Complexo Hospitalar Santa Casa é de sete hospitais, sendo 6 localizados no endereço-sede da Instituição em área total de 101.006 m<sup>2</sup> e o sétimo hospital (Hospital da Criança Santo Antônio- HCSA), no momento da aplicação do questionário aos familiares e pacientes da UTIP, localizava-se na Avenida Ceará com uma área total de 7.383 m<sup>2</sup>, sendo este especializado em pediatria. A Policlínica Santa Clara é o hospital geral do Complexo, prestando atendimento em clínica, cirurgia geral e gineco-obstetrícia. O Hospital São Francisco é referência na assistência cardiovascular. O Hospital Dom Vicente Scherer é referência na realização de transplantes de coração, rim, pulmão, fígado, pâncreas e córneas. O Hospital São José é especializado em neurocirurgia. O Pavilhão Pereira Filho é referência em pneumologia e cirurgia torácica. O Hospital Santa Rita atua no tratamento oncológico. O HCSA, antes da transferência para junto da sede da instituição, possuía 196 leitos, sendo 20 deles na UTIP, ocupando uma área física de 478 m<sup>2</sup>. A demanda de atendimento mensal é de 70 internações/mês com uma média de ocupação de 90% e uma média de permanência de 6,3 dias.

Dentre os serviços que oferece, salienta-se o atendimento a crianças que necessitam de assistência clínica ou cirúrgica, oriundos do próprio hospital ou transferidos de hospitais de Porto Alegre e interior do Estado.

## 4.2 DESCRIÇÃO DO ESTUDO

A UTIP serve de referência para a terapia intensiva pediátrica em todo o estado e país. O número de leitos diários disponíveis na UTIP, durante o período do estudo, era de 20 leitos, enquanto o número total de leitos diários de pediatria manteve-se em torno de 193.

A UTIP é o local onde pacientes graves ou de alto risco são atendidos de uma forma integral e especializada em sistema de vigilância contínua. Para isso, faz-se necessária uma equipe especialmente treinada e sofisticados equipamentos para que estas crianças possam ser tratadas eficientemente. Competindo com a complexidade do equipamento médico-hospitalar, a estrutura organizacional tem vital importância para as relações humanas que aí ocorrem. Dessa forma, pode-se dizer que o sucesso de uma UTIP depende de uma criteriosa e controlada interação entre recursos tecnológicos, estrutura organizacional, área física e qualificação de seus recursos humanos.

A unidade é atendida por três pediatras assistentes, os médicos chefes do serviço, responsáveis pelas admissões e altas, conforme os padrões sugeridos pela Sociedade Americana de Terapia Intensiva (TASK FORCE ON GUIDELINES, 1988). Além dos assistentes, a unidade possui um corpo de 17 médicos plantonistas, todos com título de especialista em pediatria e terapia intensiva pediátrica. Um programa educacional e de treinamento em serviço é desenvolvido paralelamente para residentes de terceiro, segundo e primeiro ano. Os plantonistas são divididos em turnos de 4 horas durante o dia e 12 horas à noite e fins de semana, compondo com os residentes uma equipe de plantão 24 horas por dia.

A Unidade conta com uma enfermeira supervisora durante o diurno, três enfermeiras no turno da manhã e três à tarde, sendo a jornada de trabalho de 6 horas. À noite, a UTIP conta com duas enfermeiras para cada período noturno com jornada de 12 horas. Além dos enfermeiros, a unidade possui 14 técnicos e auxiliares de enfermagem em cada turno do diurno e 11 a cada turno noturno. Também conta com 1 recepcionista por turno no diurno. Além dos médicos, equipe de enfermagem e recepcionistas que atuam exclusivamente na UTIP, o HCSA da ISCMPA possui especialistas pediátricos de todas as áreas (Cardiologia, Nefrologia, Cirurgia Pediátrica, Neurocirurgia, Oncologistas Pediátricos, Neurologia, etc.) que podem ser contactados 24 horas por dia, caso seja necessário.

A UTIP recebe pacientes clínicos e pediátricos, oriundos do próprio hospital ou transferidos de hospitais de Porto Alegre e interior do Estado. Os pacientes clínicos são advindos das unidades clínicas e/ou emergência. Os pacientes cirúrgicos são encaminhados diretamente do centro cirúrgico, da unidade cirúrgica e/ou da emergência. A Unidade não realiza rotineiramente o primeiro atendimento de crianças politraumatizadas e queimadas, normalmente encaminhadas para o Hospital de Pronto Socorro, assim como crianças recém-nascidas, pois estas são atendidas inicialmente na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTINeo) junto à Maternidade na Policlínica Santa Clara da ISCMPA e encaminhadas à UTIP do HCSA se necessitarem de cirurgia e/ou no pós-alta da UTINeo. Crianças acima de 14 anos muitas vezes são encaminhadas à Unidade de Tratamento Intensivo de adultos. Cabe à equipe médica em conjunto com a enfermeira decidir pela permissão da transferência do paciente para a UTIP, assim como a alta é decidida em *round* geral da equipe multidisciplinar. Na ausência dos chefes médicos, cabe ao médico plantonista a responsabilidade de autorizar a admissão e alta dos pacientes.

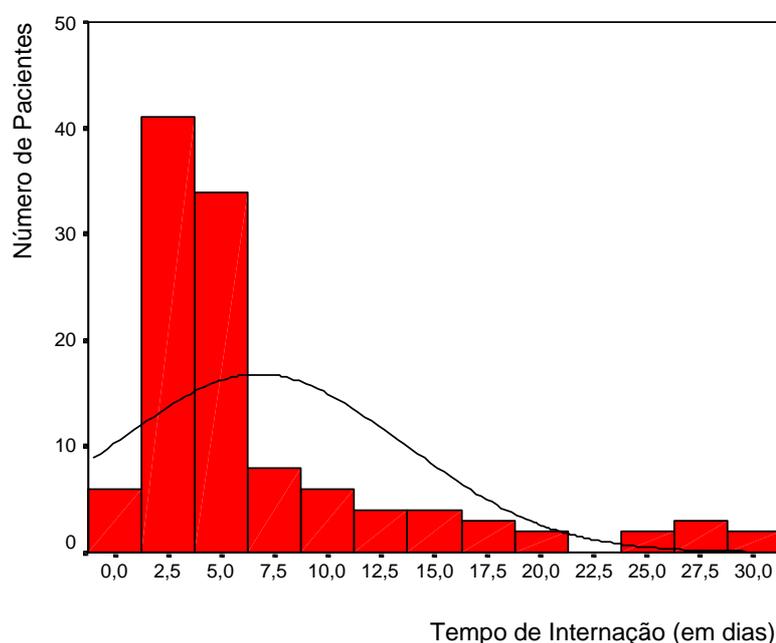
As pesquisas de satisfação dos clientes referente à UTIP, são realizadas nas unidades de internação diferenciadas em todos os clientes pós-alta, onde são avaliados os itens como: a cordialidade da equipe, informações médicas e ruídos na UTIP, conforme Anexo A. Cabe salientar que UTIP está inserida numa avaliação global do hospital. Em relação aos clientes do segmento do Sistema Único de Saúde (SUS), são aplicadas pesquisas de satisfação uma vez ao ano nos mesmos moldes das realizadas nas unidades de internação de pacientes particulares e de convênios (ver Anexo B).

### **4.3 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

De um total de 150 altas cadastradas nos arquivos da UTIP do HCSA, no período de 01 de julho de 2002 a 31 de agosto de 2002, fazem parte deste estudo 114 pacientes com alta da UTIP por transferência para unidade de internação com uma perda de 36 (24%) dos casos. Estas perdas ocorreram por não preenchimento do formulário e/ou alta hospitalar antes da aplicação da pesquisa.

#### 4.4 TEMPO DE INTERNAÇÃO

Nesta pesquisa, encontrou-se uma média de internação de 6,8 dias e o tempo mínimo de internação foi de 1 dia e o máximo de 31 dias (ver Figura 17). A metade da amostra (50%) encontra-se num tempo de permanência na UTIP correspondente de até 4 dias, seguida de pacientes que ficaram de 4 até 31 dias (50%) conforme pode ser verificado no Tabela 2.



**Figura 17: Histograma do tempo de internação dos pacientes com alta na UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114)**

Fonte: instrumento de pesquisa

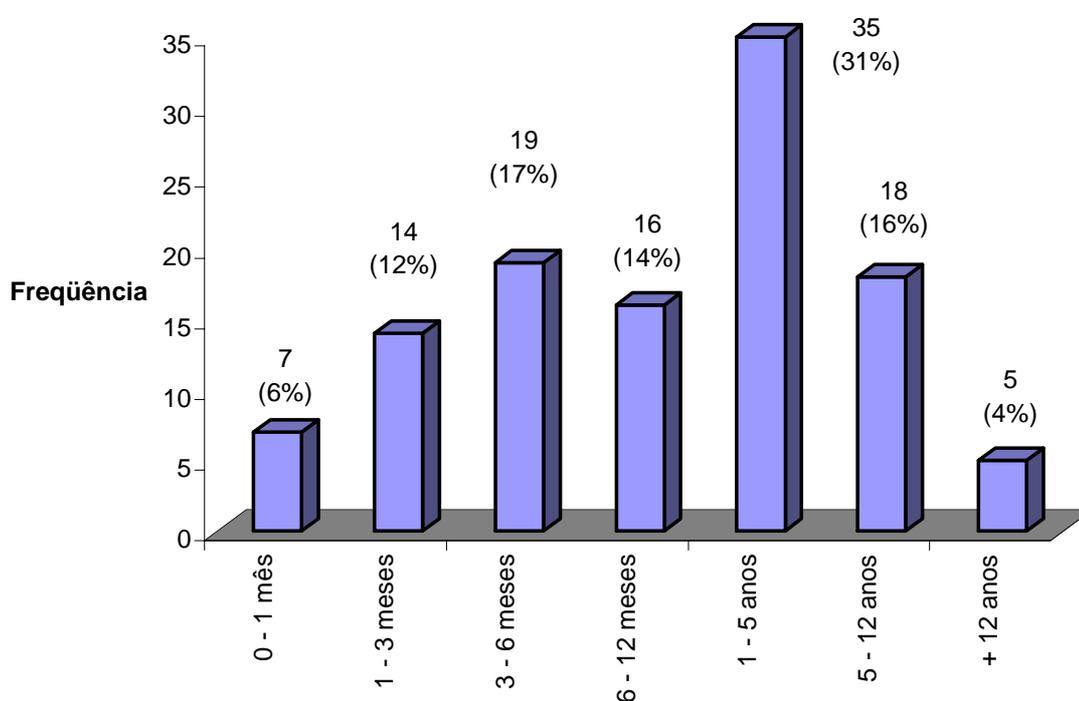
**Tabela 2 - Distribuição do tempo de internação dos pacientes com alta, através dos quartis, na UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114)**

Mínimo	1° Quartil	Mediana	3° Quartil	Máximo
1 dia	3 dias	4 dias	8 dias	31 dias

Fonte: instrumento de pesquisa

## 4.5 IDADE DOS PACIENTES

Os dados levantados permitem concluir que há uma nítida predominância de lactentes (até um ano de vida), conforme pode-se observar através da Figura 18, havendo poucos pacientes a partir dos 5 anos de vida (20%). A idade média dos pacientes que receberam alta foi de 36,7 meses.



**Figura 18: Distribuição dos pacientes com alta conforme a idade da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114)**

Fonte: instrumento de pesquisa

## 4.6 GÊNERO DOS PACIENTES

Como se pode verificar na Figura 19 foi encontrada uma predominância dos pacientes do sexo masculino: 62 masculino (54,38%) e 52 feminino (45,61%).



**Figura 19: Distribuição da variável gênero dos pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114)**

## 4.7 ESCORE DE GRAVIDADE PRISM

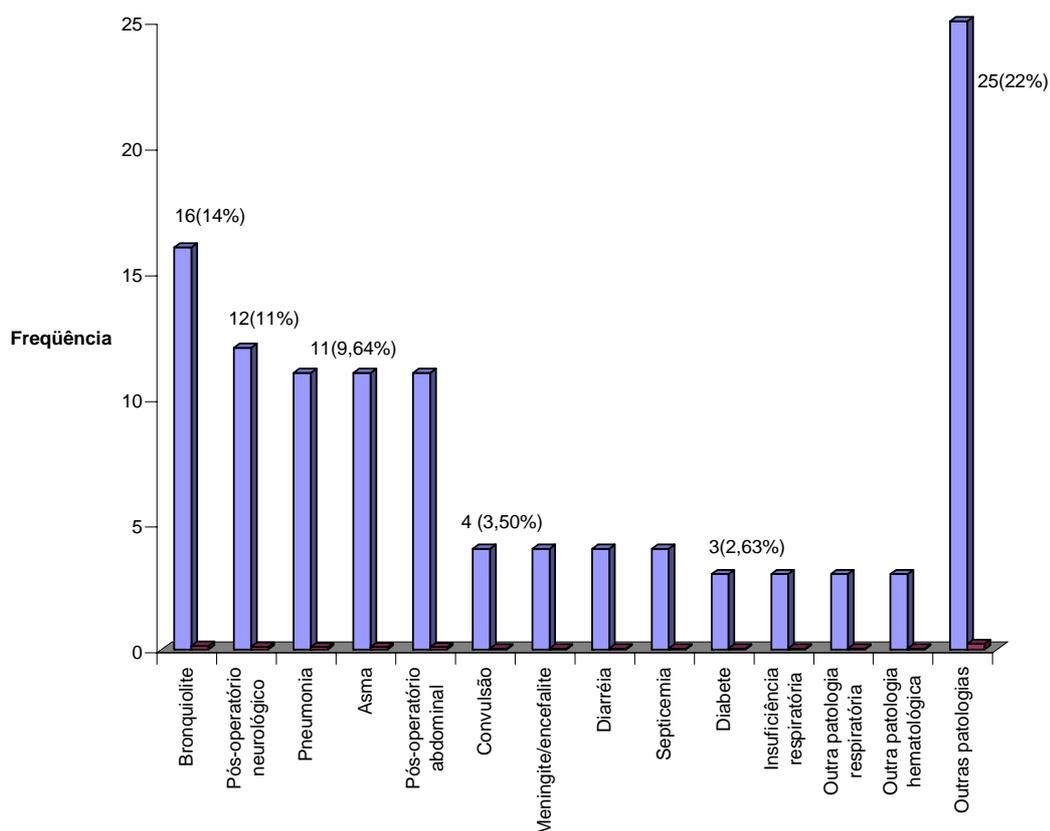
As frequências do grau de gravidade, conforme a avaliação da situação clínica e laboratorial no momento da internação na UTIP, utilizando-se a escala de gravidade PRISM, demonstram que a média foi de 5,7, sendo o escore mínimo de 0 e o máximo de 32 com um desvio padrão de 4,96.

## 4.8 RISCO DE MORTALIDADE

Na variável risco de mortalidade calculado a partir do escore de gravidade PRISM, houve a média do risco de mortalidade de 3,88, sendo o risco mínimo de 0,26 e o risco máximo de 74,97.

## 4.9 DIAGNÓSTICO DE ALTA

Os diagnósticos de alta foram os mais variados possíveis, com pequenas diferenças percentuais entre eles, não havendo uma patologia que se destacasse. Separando-se por grupos de patologias, pode-se notar na Figura 20 que as patologias respiratórias são as mais prevalentes (bronquiolite, 14%; pneumonia, 9,64%; asma, 9,64%; insuficiência respiratória, 2,63% e outras patologias respiratórias, 2,63%) totalizando 38,54%, seguido dos pós-operatórios (neurológico e abdominal) em 20,64%. A UTIP caracteriza-se como UTI mista, que aceita e atende todas as patologias pediátricas, não funcionando como centro de referência para doenças específicas.

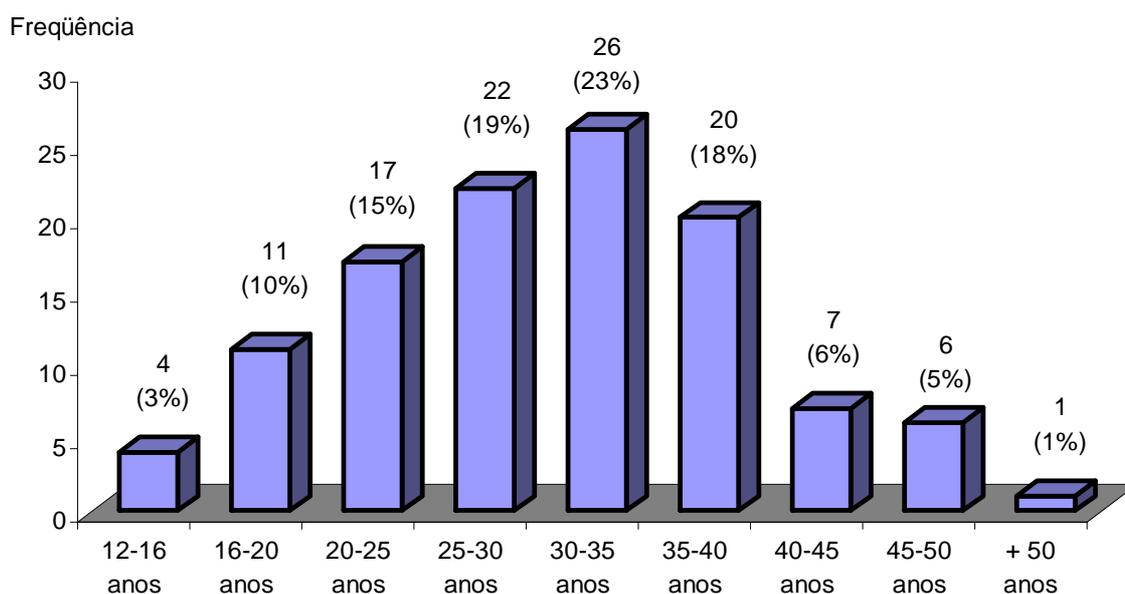


**Figura 20: Distribuição de diagnóstico de alta dos pacientes da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114)**

Fonte: instrumento de pesquisa

#### 4.10 IDADE DOS ENTREVISTADOS

Com relação à idade do entrevistado, a média foi de 30,86 anos sendo que a idade mínima foi de 12 anos e a máxima de 54 anos (ver Figura 21).

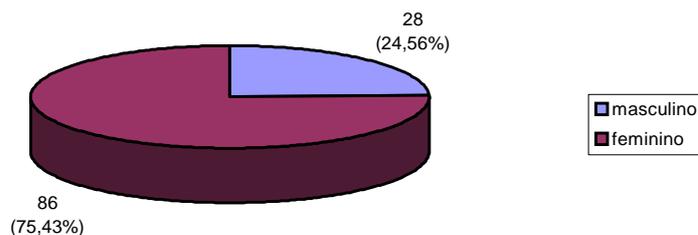


**Figura 21: Distribuição da variável idade dos entrevistados da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114)**

Fonte: instrumento de pesquisa

#### 4.11 GÊNERO DOS PESQUISADOS

Os dados levantados demonstram na Figura 22 que, em relação ao gênero dos pesquisados, houve uma nítida predominância do sexo feminino: 86 feminino (75,43%) e 28 masculino (24,56%).



**Figura 22: Distribuição do gênero dos pesquisados de pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114)**

Fonte: instrumento de pesquisa

#### 4.12 CATEGORIA DE INTERNAÇÃO

O número de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) foi superior aos demais convênios como era de esperar, já que o grande volume de atendimentos no HCSA (72%) são realizados pelo SUS (Tabela 3).

**Tabela 3 - Distribuição da variável categoria de internação dos pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114)**

Categoria	Frequência	Percentual
SUS	82	71,9
Unimed	6	5,3
Saúde Bradesco	5	4,4
Sul América	4	3,5
Clínico Gaúcho	3	2,6
AFM	3	2,6
IPÊ	2	1,8
Particular	1	0,9
CASSI	1	0,9
AMIL	1	0,9
IPÊ - PAMES	1	0,9
SASS - Springer	1	0,9
Com. Da Aeronáutica	1	0,9
Centro Clínico Gravataí	1	0,9
Golden Cross	1	0,9
GKN	1	0,9
Total	114	100,0

#### 4.13 QUEM INDICOU A INTERNAÇÃO

Na variável de quem indicou a internação hospitalar no HCSA, houve uma predominância da indicação médica em 57 casos (50%), seguida pela preferência pessoal em 37 casos (32,5%), conforme pode ser verificado na Tabela 4.

**Tabela 4 - Distribuição da variável quem indicou o Hospital para internação dos pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114)**

Quem indicou o Hospital	Frequência	Percentual
Médico	57	50,0
Amigos	7	6,1
Convênio	4	3,5
Preferência Pessoal	37	32,5
Médico e Convênio	3	2,6
Preferência Pessoal e Amigos	1	0,9
Outro Hospital	2	1,8
Outros	3	2,6
Total	114	100,0

Fonte: instrumento de pesquisa

#### 4.14 INTERNAÇÕES HOSPITALARES ANTERIORES

Vale salientar que 78 pacientes (68,5%) já haviam sido internados anteriormente e para 36 deles (31,5%) era a primeira internação hospitalar (Tabela 5). Destes 78 pacientes, verifica-se que 16 deles já haviam sido internados na Santa Casa, num percentual de 20,5%, perfazendo 1/5 da amostra dos reinternados (Tabela 6).

**Tabela 5 - Distribuição da variável internações hospitalares anteriores dos pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114)**

Internações Hospitalares Anteriores	Frequência	Percentual
Sim	78	68,5
Não	36	31,5
Total	114	100,0

Fonte: instrumento de pesquisa

**Tabela 6 - Distribuição da variável internações hospitalares anteriores na Santa Casa dos pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114)**

Internações Hospitalares Anteriores na Santa Casa	Frequência	Percentual
Sim	16	20,5
Não	62	79,5
Total	78	100,0

Fonte: instrumento de pesquisa

#### **4.15 INTERNAÇÕES HOSPITALARES ANTERIORES EM UTIP**

Como se pode observar, o número de primeira internação dos pacientes em UTIP é maior com 76 casos (66,7%), conforme mostrado na Tabela 7.

**Tabela 7 - Distribuição da variável internações hospitalares anteriores em UTIP dos pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114)**

Internações Hospitalares Anteriores em UTIP	Frequência	Percentual
Sim	38	33,3
Não	76	66,7
Total	114	100,0

Fonte: instrumento de pesquisa

Conforme a Tabela 8, os dados levantados permitem concluir que a Santa Casa possui uma nítida predominância como local para reinternações em UTIP, pois detém 21 casos (55,3%) do total de 38 casos das reinternações em UTIP (considerando que na cidade existem mais 7 UTIP).

**Tabela 8 - Distribuição da variável internações hospitalares anteriores em UTIP da Santa Casa dos pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114)**

Internações Hospitalares anteriores em UTIP da Santa Casa	Frequência	Percentual
Sim	21	55,3
Não	17	44,7
Total	38	100,0

Fonte: instrumento de pesquisa

#### **4.16 CLIENTE QUE RESPONDEU À PESQUISA**

Com relação ao cliente que respondeu à pesquisa, a maioria foi de pais/responsáveis, em 108 casos (94,7%). Não se deve esquecer que, na variável da idade do paciente com alta da UTIP, encontrou-se uma predominância de pacientes na faixa etária de 0 até 5 anos de vida, em 91 casos (80%), o que inviabiliza o preenchimento e entendimento da pesquisa (ver Tabela 9).

**Tabela 9 - Distribuição da variável quem preencheu a pesquisa dos pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114)**

Cliente	Frequência	Percentual
Paciente	3	2,6
Pais/Responsáveis	108	94,7
Ambos	3	2,6
Total	114	100,0

Fonte: instrumento de pesquisa

#### **4.17 RECOMENDARIA A UTIP**

A Tabela 10, ao ser analisado o quesito se os pesquisados recomendariam a UTIP do HCSA, aponta uma nítida reação positiva em relação à sua indicação para outros clientes, em 94,7% das respostas. Entre os pesquisados que não recomendariam, encontram-se 2 clientes que já tinham internação hospitalar e/ou em UTIP previamente na ISCMPA (Tabela 11 e 12).

**Tabela 10 - Distribuição da variável se o pesquisado recomendaria a UTIP do HCSA pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114)**

Recomendaria a UTIP do HCSA	Freqüência	Percentual
Sim	108	94,7
Não	6	5,3
Total	114	100,0

Fonte: instrumento de pesquisa

**Tabela 11 - Distribuição da variável se o pesquisado recomendaria a UTIP do HCSA quando havia internações hospitalares anteriores na Santa Casa de pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114)**

Recomendaria a UTIP do HCSA Internações Hospitalares Anteriores na Santa Casa	Freqüência	Percentual
Sim	14	87,5
Não	2	12,5
Total	16	100

Fonte: instrumento de pesquisa

**Tabela 12 - Distribuição da variável se o pesquisado recomendaria a UTIP do HCSA quando havia internações hospitalares anteriores em UTIP da Santa Casa de pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114)**

Recomendaria a UTIP do HCSA Internações Hospitalares Anteriores em UTIP da ISCMPA	Freqüência	Percentual
Sim	19	90,47
Não	2	9,53
Total	21	100,0

Fonte: instrumento de pesquisa

#### **4.18 IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO DOS ATRIBUTOS PARA OS CLIENTES**

Esta fase objetivou apresentar os resultados finais da pesquisa, bem como realizar uma análise crítica sobre eles. Os resultados e as respectivas análises ocorreram de acordo com o método proposto, em duas instâncias:

- apresentação e análise dos graus de importância dos atributos que constituem o processo da UTIP do HCSA;
- apresentação e análise dos graus de satisfação em relação ao desempenho dos atributos que avaliam a UTIP do HCSA.

O questionário utilizado para a obtenção dos dados foi subdividido em dois grandes tópicos; um questionando a importância/satisfação de cada um dos 27 atributos para o atendimento de crianças em UTIP e outro questionando o grau de satisfação em relação ao desempenho da UTIP nos mesmos atributos. Utilizou-se uma escala subdividida em 10 unidades para as respostas, em conformidade com o previsto no método. O modelo do questionário aplicado na pesquisa encontra-se no Apêndice A.

Vale salientar que 114 questionários respondidos foram considerados válidos para a análise. Analisando-se as respostas dos questionários, verifica-se uma tendência para uma avaliação positiva dos atributos nas duas instâncias, ou seja, uma atribuição elevada dos graus de importância e satisfação em todos os atributos. Isso consiste em um viés de resposta já previsto na metodologia. O Apêndice C apresenta a tabulação dos resultados da pesquisa em questão.

A Tabela 13 mostra os graus de importância dos atributos da UTIP do HCSA pontuadas pelos familiares e/ou pacientes em três situações distintas:

1. os graus mínimo e máximo de importância dos atributos para a UTIP do HCSA;
2. a média de importância de cada atributo da UTIP do HCSA;
3. o desvio padrão da importância de cada atributo da UTIP do HCSA.

**Tabela 13 - Valores da avaliação mínima e máxima, médias e seus correspondentes desvios-padrão da importância dos atributos segundo pesquisa realizada em pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114)**

	Atributo	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão (dp)
IMP213	Conforto das instalações para os pacientes	5	10	9,632	0,980
IMP263	Rapidez no atendimento - auxiliares	5	10	9,632	0,998
IMP242	Cortesia no atendimento - médicos	5	10	9,561	1,056
IMP231	Número de médicos	5	10	9,553	1,048
IMP264	Atendimento ao acompanhante-auxiliares	2	10	9,553	1,213
IMP241	Flexibilidade no atendimento - médico	5	10	9,544	0,988
IMP215	Iluminação do ambiente	5	10	9,509	1,015
IMP243	Rapidez no atendimento - médicos	2	10	9,509	1,358
IMP233	Número de técnicos e auxiliares	4	10	9,500	1,146
IMP253	Rapidez no atendimento dos enfermeiros	1	10	9,500	1,553
IMP232	Número de enfermeiros	4	10	9,474	1,177
IMP244	Atendimento ao acompanhante-médicos	1	10	9,474	1,345
IMP214	Limpeza dos ambientes	3	10	9,465	1,422
IMP224	Cumprimento de horários das informações médicas	4	10	9,465	1,242
IMP254	Atendimento ao acompanhante - enfermeiros	2	10	9,465	1,358
IMP261	Flexibilidade no atendimento - auxiliares	3	10	9,465	1,270
IMP262	Cortesia no atendimento - auxiliares	4	10	9,465	1,176
IMP251	Flexibilidade no atendimento - enfermeiros	1	10	9,456	1,396
IMP252	Cortesia no atendimento - enfermeiros	3	10	9,439	1,205
IMP223	Adequação de horários de informações médicas	1	10	9,237	1,547
IMP216	Climatização do ambiente	1	10	9,167	1,789
IMP234	Número de recepcionistas	1	10	8,921	1,820
IMP217	Nível de ruído	1	10	8,807	2,214
IMP221	Divulgação dos horários das visitas	1	10	8,553	1,933
IMP212	Conforto das instalações para os familiares na UTIP	3	10	8,491	1,956
IMP222	Adequação de horários de visitas	1	10	8,439	2,262
IMP211	Conforto das instalações para familiares na sala de espera	1	10	8,327	2,358
	<i>Média Geral</i>			9,281	

Fonte: instrumento de pesquisa

De acordo com as respostas dos entrevistados, o atributo de maior importância é o "conforto das instalações para os pacientes", com uma pontuação média de 9,632 (dp 0,980), seguido da "rapidez no atendimento dos auxiliares de enfermagem" com 9,632 (dp 0,998) e "cortesia do atendimento médico" com 9,561 (dp 1,056).

Dentro da classificação de Berry e Parasuraman (1995), um dos cinco aspectos valorizados pelos clientes quando avaliam a qualidade de um serviço é o aspecto tangível – a aparência física de instalações, equipamentos, pessoal e materiais de comunicação. Isso se confirma nesta pesquisa quando os respondentes pontuam de forma máxima as instalações para os pacientes e também o atendimento da equipe de enfermagem e a cortesia da equipe médica.

Como era de se esperar, o cliente valoriza os "momentos da verdade" como já foi anteriormente referido por Albrecht (1992, p. 142), o qual afirma que “numa organização verdadeiramente voltada para o serviço, todas as pessoas e unidades têm um cliente”. Por

característica própria, a UTIP presta um serviço essencialmente intangível, heterogêneo, a produção é consumida imediatamente com a impossibilidade de estocagem e o seu valor principal é produzido nos ditos "encontros".

Também chama a atenção a menor importância dada às questões de instalações físicas para familiares dentro e fora da UTIP, horários de visita e adequação destes. O nível de ruído e número de recepcionistas foram pontuados com valores médios inferiores a 9. Pode-se perguntar o porquê disso, mas sabe-se que na situação vivida por estes familiares, talvez o que menos tenha importância sejam os atributos que dizem respeito mais diretamente aos familiares. Segundo Heyland e Tranmer (2001), os familiares esperam uma assistência aos pacientes com destreza, respeito, coordenada e que seja provido um ambiente confortável e isso se reflete nas respostas obtidas, as quais valorizam mais os atributos que se referem aos cuidados com os pacientes.

**Tabela 14 - Valores da avaliação mínima e máxima, médias e seus correspondentes desvios padrão da satisfação em relação ao desempenho dos atributos segundo pesquisa realizada com pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114)**

	Atributo	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
SAT215	Iluminação do ambiente	4	10	9,246	1,360
SAT231	Numero de medicos	4	10	9,088	1,411
SAT252	Cortesia no atendimento-enfermeiros	3	10	9,079	1,440
SAT213	Conforto das instalações para pacientes	2	10	9,000	1,745
SAT253	Rapidez no atendimento-enfermeiros	1	10	8,974	1,989
SAT242	Cortesia no atendimento-médicos	1	10	8,956	1,742
SAT262	Cortesia no atendimento-auxiliares	1	10	8,930	1,665
SAT232	Número de enfermeiros	2	10	8,886	1,744
SAT251	Flexibilidade no atendimento enfermeiros	1	10	8,868	1,831
SAT263	Rapidez no atendimento-auxiliares	1	10	8,868	1,742
SAT254	Atendimento ao acompanhante-enfermeiros	1	10	8,851	1,883
SAT241	Flexibilidade no atendimento médicos	1	10	8,833	1,789
SAT264	Atendimento ao acompanhante-auxiliares	3	10	8,807	1,759
SAT261	Flexibilidade no atendimento auxiliares	1	10	8,781	1,764
SAT233	Número de técnicos e auxiliares	1	10	8,772	1,982
SAT243	Rapidez no atendimento - médicos	1	10	8,754	2,184
SAT244	Atendimento ao acompanhante - médicos	1	10	8,693	1,983
SAT216	Climatização do ambiente	1	10	8,658	2,012
SAT214	Limpeza dos ambientes	1	10	8,632	2,019
SAT234	Número de recepcionistas	1	10	8,404	2,152
SAT224	Cumprimento de horários das informações médicas	1	10	8,140	2,559
SAT223	Adequação de horários das informações médicas	1	10	8,096	2,376
SAT217	Nível de ruído	1	10	7,772	2,604
SAT221	Divulgação dos horários das visitas	1	10	7,439	2,611
SAT222	Adequação aos horários de visitas	1	10	7,333	2,809
SAT212	Conforto das instalações para familiares dentro UTIP	1	10	7,140	2,765
SAT211	Conforto das instalações para familiares na sala de espera	1	10	6,142	3,273
				<i>Média Geral</i>	8,486
				<i>Mediana</i>	8,781

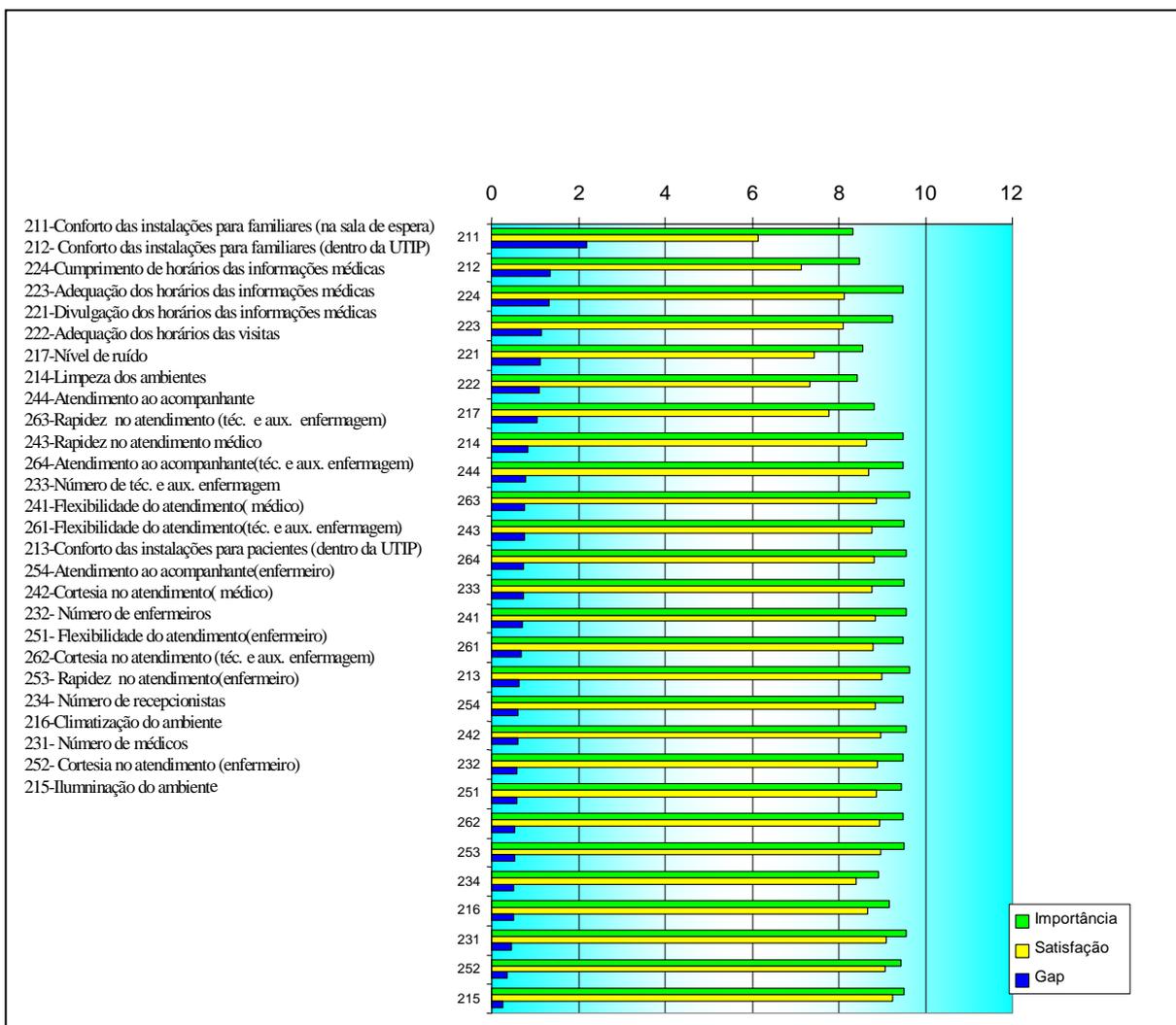
Fonte: instrumento de pesquisa

Através dos dados da pesquisa, pôde-se determinar o grau de priorização de cada atributo para os clientes da UTIP do HCSA. Tal grau, como já foi explicado, foi obtido diretamente pela diferença (*gap*) entre a média dos graus de importância/satisfação de cada atributo, no exercício da atividade da UTIP e a média dos graus de satisfação em relação ao desempenho dos respectivos atributos. Assim, o primeiro passo consistiu no cálculo da média aritmética simples da importância e satisfação em relação ao desempenho para cada um dos 27 atributos. Em posse das médias, subtraíram-se os graus de importância pelos respectivos graus de satisfação em relação ao desempenho. As Tabelas 13 e 14 apresentam as médias dos quesitos "importância" e "satisfação" para cada atributo. Os respectivos *gaps* (priorização de cada atributo) podem ser analisados a partir da Tabela 15. A Figura 23 apresenta a importância para cada atributo com o respectivo grau nos quesitos "importância" e "satisfação".

**Tabela 15 - Médias dos quesitos "importância" e "satisfação" e respectivos gap's na pesquisa**

	Atributo	Importância	Satisfação	Gap
211	Conforto das instalações para familiares na sala de espera	8,327	6,142	2,185
212	Conforto das instalações para familiares dentro UTIP	8,491	7,140	1,351
213	Conforto das instalações para pacientes	9,632	9,000	0,632
214	Limpeza dos ambientes	9,465	8,632	0,833
215	Iluminação do ambiente	9,509	9,246	0,263
216	Climatização do ambiente	9,167	8,658	0,509
217	Nível de ruído	8,807	7,772	1,035
221	Divulgação dos horários das visitas	8,553	7,439	1,114
222	Adequação aos horários de visitas	8,439	7,333	1,106
223	Adequação de horários informações médicas	9,237	8,096	1,141
224	Cumprimento de horários das informações médicas	9,465	8,140	1,325
231	Número de médicos	9,553	9,088	0,465
232	Número de enfermeiros	9,474	8,886	0,588
233	Número de técnicos e auxiliares	9,500	8,772	0,728
234	Número de recepcionistas	8,921	8,404	0,517
241	Flexibilidade no atendimento médicos	9,544	8,833	0,711
242	Cortesia no atendimento-médicos	9,561	8,956	0,605
243	Rapidez no atendimento - médicos	9,509	8,754	0,755
244	Atendimento ao acompanhante - médicos	9,474	8,693	0,781
251	Flexibilidade no atendimento enfermeiros	9,456	8,868	0,588
252	Cortesia no atendimento-enfermeiros	9,439	9,079	0,360
253	Rapidez no atendimento-enfermeiros	9,500	8,974	0,526
254	Atendimento ao acompanhante-enfermeiros	9,465	8,851	0,614
261	Flexibilidade no atendimento auxiliares	9,465	8,781	0,684
262	Cortesia no atendimento-auxiliares	9,465	8,930	0,535
263	Rapidez no atendimento-auxiliares	9,632	8,868	0,764
264	Atendimento ao acompanhante-auxiliares	9,553	8,807	0,746

Fonte: instrumento de pesquisa



**Figura 23: Grau de importância, satisfação e gaps dos atributos atribuídos pelos entrevistados da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114)**

Fonte: instrumento de pesquisa

A Figura 23 mostra alguns dados interessantes. O "Conforto das instalações para familiares dentro e fora da UTIP" são atributos com maiores gaps dentro das respostas dos pesquisados. Entretanto, as importâncias de tais atributos são os de menor pontuação. Ao se analisar isoladamente os graus de importância de ambos os atributos, verifica-se que existem outros mais prioritários, sob a ótica dos entrevistados. Entretanto, face à baixa satisfação quanto ao desempenho destes atributos em relação aos demais, eles aparecem como prioritários para a UTIP do HCSA. Outro ponto importante de se destacar diz respeito aos atributos "Adequação dos horários de visita" e "Divulgação dos horários de visita", verifica-

se que tais atributos estão entre os menos prioritários para a UTIP do HCSA, sendo que estão apontadas como os menos satisfatórios. Isso se deve ao fato de que os demais familiares, exceto os pais, possuem um horário restrito de 30 minutos diários para dois visitantes e muitos não são informados adequadamente pela equipe. Não houve nenhum atributo que a satisfação fosse superior à importância.

A avaliação da satisfação geral da UTIP do HCSA pode ser acompanhada na Tabela 16. Encontrou-se uma média de 9,298, sendo o grau de satisfação mínima de 5 e o máximo de 10 com um desvio padrão de 1,055.

**Tabela 16 - Valores da avaliação mínima e máxima, médias e seus correspondentes desvios padrão da satisfação geral da UTIP, segundo pesquisa realizada em pacientes com alta**

	Atributo	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
SAT3	Grau de satisfação geral da UTIP	5,000	10,000	9,298	1,055

**da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114)**

Fonte: instrumento de pesquisa

#### **4.19 IDENTIFICANDO OS ATRIBUTOS PRIORITÁRIOS**

Esta fase da pesquisa objetivou identificar, dentre os 27 atributos, aqueles que devem ser priorizados na UTIP do HCSA.

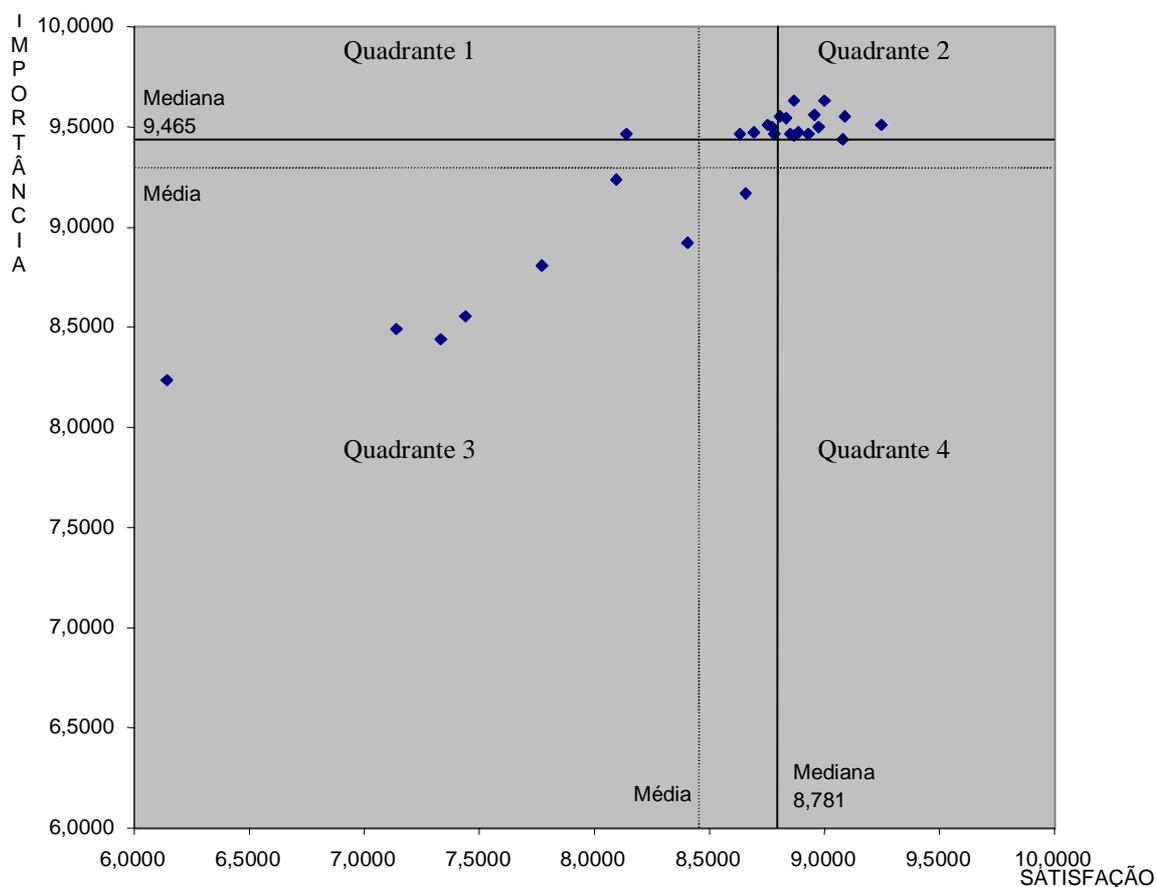
Para efetuar as análises, foi inicialmente estudado o conjunto de 27 atributos pesquisados dos 114 clientes que responderam à pesquisa. Foi utilizada a média aritmética simples para realizar as análises em geral. A média das médias amostrais de importância dos atributos atingiu 9,3 e a satisfação em relação ao desempenho dos atributos 8,5, em uma escala de 1 a 10. Para cada pesquisado foi calculada a soma dos 27 atributos, tanto para importância quanto para satisfação e criada uma média, sendo essa escala média das médias. Todas as análises da matriz importância-satisfação foram efetuadas considerando-se as médias acima mencionadas. O método proposto por Martilla e James, citado por Miotto (2002), não fixa a localização dos eixos na matriz, o que deve ser decidido pelo responsável pela utilização do método. Neste estudo, pareceu conveniente a utilização das medianas, sendo 9,5 a mediana da importância dos atributos e 8,9 a mediana da satisfação em relação ao

desempenho dos atributos. A movimentação dos eixos leva ao incremento ou diminuição das indicações de ações. Assim sendo, optou-se pela mediana, pois há um aumento da distribuição dentro dos quadrantes e ampliação dos atributos a serem trabalhados.

A Matriz Importância *versus* Satisfação foi utilizada para a identificação dos atributos prioritários, como mencionado no método. Com os valores obtidos dos quesitos “importância” e “satisfação” na fase anterior, pôde-se plotar a matriz. Conforme explicado acima, os eixos cartesianos não apresentam posição fixa. Para se determinar se a medida de tendência central era a média ou a mediana, fez-se necessário realizar a distribuição de frequência das médias de cada competência. Isso possibilitou verificar a melhor distribuição com a utilização da mediana. Para a priorização dos atributos, utilizou-se a fixação dos eixos cartesianos na mediana dos valores da “importância” e no “satisfação”.

Em conformidade com ao método, somente as competências que se localizassem no primeiro quadrante da matriz (lado esquerdo do eixo das ordenadas e lado superior do eixo das abscissas) foram priorizadas. A Figura 24, ilustrada a seguir, apresenta a Matriz Importância *versus* Satisfação para o estudo em questão, utilizando-se das medianas para a fixação dos eixos cartesianos.

Analisando a Figura 24, verifica-se que, caso fosse usada a média, somente o atributo 224 ("*Cumprimento de horários das informações médicas*") seria priorizado para o prosseguimento da pesquisa. Entretanto, de acordo com o método proposto, reposicionou-se o eixo das ordenadas utilizando a mediana e não a média da importância (necessidade) e satisfação (desempenho) para que houvesse uma melhor distribuição dos atributos.



**Figura 24: Matriz Importância versus Satisfação dos atributos com a fixação dos eixos cartesianos na mediana**

Fonte: instrumento de pesquisa

**Tabela 17 – Descrição dos atributos localizados no Quadrante 1 da Figura 24**

Atributo	Importância (Mediana = 9,465)	Satisfação (Mediana=8,781)
224	9,465	8,140
233	9,500	8,772
243	9,509	8,754
244	9,747	8,693
214	9,465	8,632
261	9,465	8,781

Fonte: instrumento de pesquisa

A Tabela 17 descreve os atributos localizados no Quadrante 1 que devem ser considerados prioritários para a UTIP do HCSA. A Tabela acima foi criada para facilitar a identificação dos atributos localizados no Quadrante 1, já que não foi possível a identificação nos pontos dos respectivos atributos devido à concentração destes no gráfico.

Esse reposicionamento dos eixos teve por objetivo aumentar a área do quadrante a ser priorizado e, por consequência, abranger um maior número de atributos a serem priorizados. Com esse novo enquadramento oportunizado pela ampliação do quadrante, 6 atributos passaram a localizar-se na área em questão. Os atributos que se localizam nesse quadrante passaram a ser considerados prioritários para a UTIP do HCSA. Sendo eles: o atributo 224 ("*Cumprimento de horários das informações médicas*"), o atributo 233 ("*Número de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem*"), o atributo 243 ("*Rapidez no atendimento médico*"), o atributo 244 ("*Atendimento ao acompanhante*"), o atributo 214 ("*Limpeza dos ambientes*") e o atributo 261 ("*Flexibilidade do atendimento - técnicos e auxiliares de enfermagem*").

## **4.20 APRESENTANDO OS PLANOS DE MELHORIA FRENTE AOS PONTOS CRÍTICOS IDENTIFICADOS**

Diante do resultado obtido da Matriz Importância *versus* Satisfação, obteve-se os atributos críticos ou prioritários, para os quais devem ser tomadas providências objetivando melhorar seus níveis, visando ao completo atendimento das necessidades dos clientes.

Utilizou-se a técnica das ações de melhoria denominada de 5W1H, como ferramenta para a realização desse planejamento. Os 5W significam *who* (quem?), *what* (o que?), *where* (onde?), *when* (quando?) e *why* (por que?) e o 1H, *how* (como?) e permitiram verificar quais as ações deveriam ser desenvolvidas no sentido de aumentar os níveis de qualidade dos atributos priorizados, bem como quem os desenvolveria, em que prazo e de que maneira (ver Figuras 25, 26, 27, 28, 29 e 30).

<b>O que</b>	Melhorar o cumprimento de horários das informações médicas
<b>Onde</b>	Na UTIP do HCSA
<b>Por que</b>	Para que os familiares possam ter acesso às informações sobre seus filhos dentro do horário pré-definido e possam organizar os seus horários pessoais
<b>Como</b>	Estudar melhor horário para equipe médica dentro das suas atividades diárias Divulgação/treinamento da equipe médica Divulgação e implementação da nova rotina de horário de informações médicas
<b>Quem</b>	Estudo do horário => Chefia Médica da UTIP e Médicos Contratados Divulgação/treinamento => Chefia Médica Divulgação e implementação => Recepcionistas, Enfermeiros e Médicos da UTIP
<b>Quando</b>	Estudo do horário => até Novembro de 2004 Divulgação/treinamento => até Novembro de 2004 Divulgação e implementação => até Março de 2005

**Figura 25- Plano de ação do atributo 224 "Cumprimento de horários das informações médicas", segundo pesquisa realizada em pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114)**

<b>O que</b>	Melhorar número de técnicos e auxiliares de enfermagem
<b>Onde</b>	Na UTIP do HCSA
<b>Por que</b>	Aumento da demanda dos usuários Melhor atendimento aos familiares e pacientes, implementar melhorias de linha de frente
<b>Como</b>	Relocação de vagas existentes no HCSA e/ou contratação de pessoal
<b>Quem</b>	Relocação de vagas => Gerente assistencial e Supervisora de Enfermagem da UTIP Contratação => Gerente assistencial, Supervisora de Enfermagem da UTIP e Equipe dos Recursos Humanos
<b>Quando</b>	Relocação de vagas => até Novembro de 2004 Contratação => até Março de 2005

**Figura 26 - Plano de ação do atributo 233 "Número de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem", de acordo com pesquisa realizada em pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114)**

<b>O que</b>	Aumentar a rapidez no atendimento médico
<b>Onde</b>	Na UTIP do HCSA
<b>Por que</b>	Para agilizar a execução da assistência e impactar positivamente no nível de satisfação do cliente
<b>Como</b>	Rever quadro de médicos contratados Treinamento aos médicos contratados sobre perfil esperado de atendimento
<b>Quem</b>	Rever quadro => Chefia Médica da UTIP e Diretor Médico do HCSA Treinamento => Chefia Médica da UTIP e Equipe de Capacitação dos Recursos Humanos
<b>Quando</b>	Rever quadro => a partir de Novembro de 2004 Treinamento => a partir de Março de 2005

**Figura 27 - Plano de ação do atributo 243 "Rapidez no atendimento médico", conforme pesquisa realizada em pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114)**

<b>O que</b>	Melhorar o atendimento ao acompanhante
<b>Onde</b>	Na UTIP do HCSA
<b>Por que</b>	Por que o atendimento oferecido ao acompanhante não está atendendo satisfatoriamente às necessidades dos familiares
<b>Como</b>	Divulgar resultados Treinamento para equipe Estudar melhorias no atendimento
<b>Quem</b>	Treinamento e divulgação => Equipe de Capacitação dos Recursos Humanos, Chefia Médica e Supervisora de Enfermagem da UTIP Estudar melhorias => Equipe da UTIP
<b>Quando</b>	Treinamento e divulgação => a partir de Março de 2005 Estudar melhorias => a partir de Março de 2005

**Figura 28 - Plano de ação do atributo 244 "Atendimento ao acompanhante" segundo pesquisa realizada em pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114)**

<b>O que</b>	Melhorar a limpeza dos ambientes
<b>Onde</b>	Na UTIP do HCSA
<b>Por que</b>	Para adequar as necessidades dos clientes , garantir a qualidade de atendimento e impactar positivamente no nível de satisfação do cliente
<b>Como</b>	Revisar quadro de pessoal da hospedagem Revisar tarefas da equipe da hospedagem e Divulgar resultados Treinamento para equipe da hospedagem
<b>Quem</b>	Revisar quadro => Chefia da Hospedagem do HCSA Revisar tarefas => Chefia da Hospedagem do HCSA e Supervisora de Enfermagem da UTIP Divulgação de resultados => Chefia da Hospedagem do HCSA Treinamento =>Equipe de Capacitação dos Recursos Humanos e Chefia da Hospedagem do HCSA
<b>Quando</b>	Revisar quadro => até Novembro de 2004 Revisar tarefas => até Novembro de 2004 Divulgação de resultados => até Março de 2005 Treinamento => até Março de 2005

**Figura 29 - Plano de ação do atributo 214 "Limpeza dos ambientes", de acordo com pesquisa realizada em pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114)**

<b>O que</b>	Aumentar a flexibilidade da equipe de enfermagem
<b>Onde</b>	Na UTIP do HCSA
<b>Por que</b>	Para que os familiares possam ter mais acesso as informações sobre seus filhos e possam auxiliar no cuidado dos mesmos adaptando a cada família este atendimento
<b>Como</b>	Divulgação dos resultados e Estudar melhorias no atendimento Humanizar o atendimento prestado e treinamento
<b>Quem</b>	Divulgação dos resultados => Supervisora de Enfermagem e Enfermeiros da UTIP e Estudar melhorias => Equipe de enfermagem da UTIP Humanização do atendimento/treinamento => Equipe de Capacitação dos Recursos Humanos e Equipe de enfermagem da UTIP
<b>Quando</b>	Divulgação dos resultados => até Novembro de 2004 Estudar melhorias => a partir de Novembro de 2004 Humanização do atendimento/treinamento => a partir de Março de 2005

**Figura 30 - Plano de ação do atributo 261 "Flexibilidade do atendimento(técnicos e auxiliares de enfermagem)", conforme pesquisa realizada em pacientes com alta da UTIP do HCSA entre julho a agosto de 2002 (n=114)**

## 5 COMENTÁRIOS FINAIS

Este capítulo é reservado às conclusões obtidas com a pesquisa em questão para busca da excelência no atendimento prestado pela UTIP do HCSA, bem como para sugerir trabalhos futuros decorrentes desta.

### 5.1 CONCLUSÕES

As conclusões desta pesquisa estão pautadas em três perspectivas distintas. A primeira conclui sobre mensurar o índice de satisfação do cliente da UTIP do HCSA, diagnóstico dos pontos críticos a serem trabalhados e propor planos de melhoria; a segunda, na identificação da importância dos atributos da pesquisa na UTIP do HCSA; a terceira perspectiva focaliza a quantificação da satisfação dos clientes e relação aos atributos.

O trabalho de conclusão utilizou um instrumento para mensurar os graus de importância e satisfação dos atributos, objetos da pesquisa. Os resultados plausíveis e coerentes propiciados nesta pesquisa confirmam, mais uma vez, a validade e o poder da técnica na mensuração de variáveis subjetivas e intangíveis como os presentes nos processos assistenciais de uma UTIP. A partir da pontuação dos atributos, foi possível identificar os pontos críticos através da utilização da Matriz Importância *versus* Satisfação e propor planos de melhoria.

Os atributos mais importantes para os clientes foram: conforto das instalações para os pacientes, rapidez no atendimento dos auxiliares de enfermagem, cortesia no atendimento dos médicos, número de médicos e atendimento ao acompanhante pelos auxiliares de enfermagem. Isso vem ao encontro da literatura, mostrando que o cliente valoriza a relação interpessoal e os "momentos de verdade" oriundos desta relação.

Várias conclusões podem ser obtidas dos resultados mostrados pela pesquisa em questão. A amostra significativa dos dados colhidos dos pais e/ou responsáveis pelos pacientes com alta da UTIP, bem como a coerência da metodologia seguida, fornecem subsídios concretos para conclusões.

Os pontos críticos a serem trabalhados foram: cumprimento de horários das informações médicas, número de técnicos e auxiliares de enfermagem, rapidez no atendimento médico, atendimento ao acompanhante, limpeza dos ambientes e flexibilidade do atendimento - técnicos e auxiliares de enfermagem. Foram propostas as seguintes melhorias a partir dos resultados dos questionários: melhorar o cumprimento de horários das informações médicas, melhorar número de técnicos e auxiliares de enfermagem, aumentar a rapidez no atendimento médico, melhorar o atendimento ao acompanhante, melhorar a limpeza dos ambientes e aumentar a flexibilidade da equipe de enfermagem.

Atingir a "excelência na prestação de serviços" é um objetivo de difícil implementação em uma UTIP. No entanto, a busca de melhorias orientadas e alinhadas por um modelo teórico consistente tem um potencial de sucesso muito maior que ações praticadas isoladamente.

Por outro lado, o alto índice de retorno obtido dos questionários é muito importante para a aferição dos resultados e validação da pesquisa, demonstrando também o alto interesse dos clientes da UTIP do HCSA em manifestar-se em relação aos serviços prestados pela unidade, o que reforça a visão da necessidade de gestão com foco nos clientes.

## **5.2 RECOMENDAÇÕES**

Recomenda-se que seja feita uma divulgação dos dados levantados nesta pesquisa para a equipe da UTIP, pois há grandes pontos possíveis de serem trabalhados neste serviço.

Abaixo serão descritos alguns comentários e observações feitos pelos respondentes.

- "Porque acreditamos que sempre prevaleceu a vontade de viver, a possibilidade maior está na eficiência e capacidade de toda equipe".
- "Apesar da minha insatisfação, penso que na UTI tenha bons profissionais, falta pessoal, falta qualificação e principalmente humanizar o atendimento, mas acho que isto é filosofia da entidade que eu espero que melhore".

- "Visitas mais de uma vez ao turno, esclarecimento do estado do paciente para diminuir ansiedade".
- "São profissionais que encaram na rotina de trabalho com muita seriedade e amor pelo que fazem. É uma pena que não possamos clonar profissionais como vocês que são um exemplo a ser seguido".
- "Sala de espera mais confortável".
- "Alguns enfermeiros à noite muito sobrecarregados de trabalho".
- "Não afastar os pais dos filhos nos horários das visitas médicas e passagem de plantão enfermagem".
- "Acredito que no novo HCSA vai mudar, acho que o problema é a pequena quantidade de leitos e auxiliares, mas, quanto ao tratamento do paciente é muito bom".

### **5.3 SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS**

Da pesquisa realizada, bem como das conclusões obtidas, podem emergir diversas pesquisas, tanto para dar continuidade a este trabalho como para ampliar sua abrangência. Destas, destacam-se, como sugestão, três pesquisas. A primeira consiste em realizar um trabalho que subsidie as UTIP na elaboração de um plano eficaz para a melhoria dos componentes do processo assistencial aqui apontados como prioritários para o desenvolvimento dos atributos e verificação dos resultados. Tal pesquisa dá prosseguimento a esta, tendo em vista que este trabalho somente identificou tais atributos e sugeriu planos de melhoria.

A segunda sugestão de pesquisa consiste na realização de um trabalho similar a este. Pode-se realizar uma pesquisa para identificar o grau de importância dos componentes do processo assistencial para a construção de atributos profissionais gerais e específicos para exercer atividades em UTIP como estudo de caso.

Outra pesquisa que pode derivar deste trabalho realizado consiste em mensurar o grau de importância dos mesmos atributos aqui identificados com familiares de pacientes com alta de UTI de adultos. De posse dos resultados, pode-se comparar, atributo a atributo, para verificar se existem diferenças significativas entre as suas necessidades nos respectivos ambientes de trabalho.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBRECHT, Karl. **Revolução nos serviços**: como as empresas podem revolucionar a maneira de tratar os seus clientes. 4.ed. São Paulo: Pioneira, 1992. 254p.

ALBRECHT, Karl; BRADFORD, L.J. **Serviços com qualidade**: a vantagem competitiva. São Paulo: Makron Books, 1992. 216p.

AMBRÓSIO, Vicente; SIQUEIRA, Rodrigo. **Plano de Marketing Passo a Passo**: Serviços. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso, 2002. 168p.

ANDERSON, Eugene W.; FORNELL, Claes; RUST, Roland T. Customer Satisfaction, Productivity, and Profitability: Differences Between Goods and Services. **Marketing Science**, v.16, n.2, p. 129-145, 1997.

AZOULAY, Elie et al. Half the family of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. **Critical Care Medicine**, v.28, n.8, p. 3044 -3049, 2000.

BERRY, Leonard L. **Serviços de satisfação máxima**: guia prático de ação. Rio de Janeiro, Campus, 1996. 297p.

BERRY, Leonard L.; PARASURAMAN, A. **Serviços de marketing**: competindo através da qualidade. 3.ed. São Paulo: Maltese, 1995. 238p.

BLUMENTHAL, David. Quality of Health Care: the origins of the quality-of-care debate. **The New England Journal of Medicine**, v.335, n.15, p. 1146-1149, 1996.

CONNER, Jeanette M.; NELSON, Eugene C. Neonatal intensive care satisfaction measured from a parent's perspective. **Pediatrics**, v.103, n.1, p. 336-349, 1999.

CORRÊA, Henrique L.; CAON, Mauro. **Gestão de Serviços**: lucratividade por meio de operações e de satisfação dos clientes. São Paulo: Atlas, 2002. 479p.

CQH. **Programa de Controle da Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar**: Manual de orientação aos hospitais participantes. 3.ed. São Paulo: Atheneu, 2002. 258p.

**DIRETRIZES e Normas Regulamentadoras de Pesquisa**. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/res1996.htm>>. Acesso em: 3 abr. 2003.

GARCIA, Pedro C.; CARVALHO, Paulo; PIVA, Jefferson P. A Terapia Intensiva Pediátrica. In: PIVA, Jefferson P.; CARVALHO, Paulo; GARCIA, Pedro C. **Terapia Intensiva em Pediatria**. 4.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1997, p. 1-18.

GIANESI, Irineu N.; CORRÊA, Henrique L. **Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente**. São Paulo: Atlas, 1994. 233p.

GRÖNROOS, Christian. **Marketing: gerenciamento e serviços: a competição por serviços na hora da verdade**. Rio de Janeiro: Campus, 1993. 377p.

HEYLAND, Daren K. et al. Family satisfaction with care in the intensive care unit: results of a multiple center study. **Critical Care Medicine**, v.30, n.7, p. 1413-1418, 2002.

HEYLAND, Daren K.; TRANMER, Joan E. Measuring family satisfaction with care in intensive care unit: the development of a questionnaire and preliminary results. **Journal of Critical Care**, v.16, n. 4, p. 142-149, 2001.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA 2002. Disponível em: <[http://www.ibge.net/brasil\\_em\\_sintese/default.htm](http://www.ibge.net/brasil_em_sintese/default.htm)>. Acesso em: 3 ago. 2003.

IGLEHART, John K. The National Committee for quality assurance. **The New England Journal of Medicine**, v. 335, n. 13, p. 995-999, 1996.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE. **Relatório de Gestão: Programa Nacional de Qualidade 2002**. Porto Alegre: ISCMPA, 2002. 76p. Disponível em: <<http://www.apoio.iscmpa/pnq/RG-2002.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2003.

JOHNSON, David et al. Measuring the ability to meet family needs in na intensive care unit. **Critical Care Medicine**, v. 26, n. 2, p. 266-271, 1998.

LAS CASAS, Alexandre Luzzi. **Qualidade Total em Serviços: conceitos e casos práticos**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999. 206p.

KOTLER, P. **Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1998. 724p.

KOTLER, Philip. **Administração de Marketing: a edição do novo milênio**. São Paulo: Prentice Hall, 2000. 764p.

MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 3.ed. Porto Alegre. Bookman, 2001.

MATTAR, Fauze N. **Pesquisa de marketing: edição compacta**. São Paulo: Atlas, 1996. 271p.

MELLO, J.B.; CAMARGO, M. **Qualidade na Saúde: Práticas e Conceitos**. Normas ISSO nas Áreas Médico-Hospitalar e Laboratorial. São Paulo: Best Seller, 1998. 435p.

MEZOMO, João C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. São Paulo: Manole, 2001. 301p.

MINOTTO, Ricardo. **A estratégia em organizações hospitalares**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002. 196p.

MIOTTO, Juarez Fernando. **Ouvindo os clientes do núcleo de engenharia e arquitetura de porto alegre do Banco do Brasil S.A.** Porto Alegre: UFRGS, 2002. Dissertação (Mestrado em Educação) Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

NOGUEIRA, Luiz Carlos L. **Gerenciando pela Qualidade Total na Saúde**. Belo Horizonte: Ed. de Desenvolvimento Gerencial, 1999. 136p.

PATIENT Judgement of Hospital Quality. Report of a pilot study. **Medicine Care**, v. 28 , n. 9 (Supplement), S44 - S56, 1990.

PIVA, Jefferson P.; CARVALHO, Paulo; GARCIA, Pedro C. **Terapia Intensiva em Pediatria**. 4.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1997. 1002p.

POLLACK, Murray M.; PATEL, Kantilal M.; RUTTIMANN, Urs E. PRISM III: An updated Pediatric Risk of Mortality Score. **Critical Care Medicine**, v.24, n. 5, p. 743-752, 1996.

POLLACK, Murray M.; RUTTIMANN, Urs E.; GETSON, Pamela R. Pediatric Risk of Mortality (PRISM) Score. **Critical Care Medicine**, v.16, n. 11, p. 1110-1116, 1988.

RICHARDON, Robert Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999. 334p.

RUST, Roland T.; ZEITHAML, Valarie; LEMON, Katherine. **O Valor do Cliente: o modelo que está reformulando a estratégia corporativa**. Porto Alegre: Bookman, 2001. 280p.

TASK Force on Guidelines; Society of Critical Care Medicine. Recommendations for services and personnel for delivery of care in a critical care setting. **Critical Care Medicine**, v.16, p. 809-811, 1988.

WASSER, Thomas. Establishing reability and validity of the critical care family satisfaction survey. **Critical Care Medicine**, v.29, n. 1, p. 192-196, 2001.

WHITELEY, Richard C. **A empresa totalmente voltada para o cliente**. Rio de Janeiro: Campus, 1999. 263p.

ZANON, Uriel. **Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001. 205p.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A

### IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO PEDIÁTRICO

---

#### PREZADO CLIENTE:

Desejamos conhecer melhor as suas expectativas e necessidades para poder implementar melhorias na nossa prestação de serviços. Para tanto, é fundamental que saibamos sua opinião sobre o grau de importância em relação a cada um dos atributos relacionados na pesquisa a seguir. Ao mesmo tempo, precisamos de sua avaliação de satisfação atual quanto aos mesmos atributos.

Para viabilizar a pesquisa, pedimos que preencha o questionário assinalando as escalas de medição de 1 a 10 considerando o primeiro valor como o menor e o último, como o maior .

Nossos sinceros agradecimentos.

---

**Não preencha este quadro. Comece a responder a partir da questão 1**  
**No Questionário:** \_\_\_\_\_ **Tempo de internação:** \_\_\_\_\_ dias  
**Data Intern UTI:** \_\_ / \_\_ / 2002 **Data Alta UTI:** \_\_ / \_\_ / 2002 **Data preenchim.:** \_\_ / \_\_ / 2002  
**Resultado de Escore Prism:** \_\_\_\_\_ **Score:** \_\_\_\_\_  
**Diagnóstico de Alta:** \_\_\_\_\_

#### 1. Marque nos itens abaixo, a alternativa que representa sua situação:

##### *Dados pessoais:*

**Idade (quem está respondendo à pesquisa):** \_\_\_\_\_ anos

**Sexo:**  Masculino  Feminino

**Idade do paciente:** \_\_\_\_\_

**Sexo:**  Masculino  Feminino

##### *Dados de internação:*

**Categoria:**  Particular  Convênio. Qual? \_\_\_\_\_  SUS

**Quem indicou o Hospital:**  Seu médico  Seu convênio  Preferência pessoal  
 Amigos  Outros: \_\_\_\_\_

##### *Internações anteriores:*

Hospital do Complexo Hospitalar Santa Casa? Qual: \_\_\_\_\_

Outro Hospital? Qual \_\_\_\_\_

**Internações anteriores em UTIP:**  Sim  Não

Hospital do Complexo Hospitalar Santa Casa? Qual: \_\_\_\_\_

Outro Hospital? Qual \_\_\_\_\_

**Cliente (quem preencheu a pesquisa):**  Paciente

Pais/Responsáveis

---

2. Para os itens abaixo, marcando um “x” na nota, estará representando seu grau de importância e grau de satisfação relacionado aos serviços da equipe da Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico:  
(Caso você não tenha possibilidade de avaliar algum item, basta deixar em branco)

2.1. Infra-Estrutura	Pior Pontuação					Melhor pontuação				
	←									→
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.1.1 CONFORTO DAS INSTALAÇÕES PARA OS FAMILIARES (NA SALA DE-ESPERA)										
<b>Importância</b>										
<b>Satisfação</b>										
2.1.2 CONFORTO DAS INSTALAÇÕES PARA OS FAMILIARES (DENTRO DA UTIP)										
<b>Importância</b>										
<b>Satisfação</b>										
2.1.3 CONFORTO DAS INSTALAÇÕES PARA OS PACIENTES (DENTRO DA UTIP)										
<b>Importância</b>										
<b>Satisfação</b>										
2.1.4 LIMPEZA DOS AMBIENTES										
<b>Importância</b>										
<b>Satisfação</b>										
2.1.5 ILUMINAÇÃO DO AMBIENTE										
<b>Importância</b>										
<b>Satisfação</b>										
2.1.6 CLIMATIZAÇÃO DO AMBIENTE										
<b>Importância</b>										
<b>Satisfação</b>										
2.1.7 NÍVEL DE RUÍDO										
<b>Importância</b>										
<b>Satisfação</b>										
<b>Sugestões/ comentários:</b>										

2.2 Horários	Pior Pontuação					Melhor pontuação				
	←									→
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.2.1 DIVULGAÇÃO DOS HORÁRIOS DAS VISITAS (PARA OUTROS FAMILIARES)										
<b>Importância</b>										
<b>Satisfação</b>										
2.2.2 ADEQUAÇÃO DE HORÁRIOS DE VISITAS (PARA OUTROS FAMILIARES)										
<b>Importância</b>										
<b>Satisfação</b>										
2.2.3 ADEQUAÇÃO DE HORÁRIOS DE INFORMAÇÕES MÉDICAS										
<b>Importância</b>										
<b>Satisfação</b>										
2.2.4 CUMPRIMENTO DE HORÁRIOS DAS INFORMAÇÕES MÉDICAS										
<b>Importância</b>										
<b>Satisfação</b>										
<b>Sugestões/ comentários:</b>										

2.3 Dimensionamento de Pessoal	Pior Pontuação ←					Melhor pontuação →				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.3.1 NÚMERO DE MÉDICOS										
<b>Importância</b>										
<b>Satisfação</b>										
2.3.2 NÚMERO DE ENFERMEIROS										
<b>Importância</b>										
<b>Satisfação</b>										
2.3.3 NÚMERO DE TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM										
<b>Importância</b>										
<b>Satisfação</b>										
2.2.4 NÚMERO DE RECEPCIONISTAS										
<b>Importância</b>										
<b>Satisfação</b>										
<b>Sugestões/ comentários:</b>										

2.4 Capacitação, Confiabilidade e Segurança na Equipe Médica	Pior Pontuação ←					Melhor pontuação →				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.4.1 FLEXIBILIDADE NO ATENDIMENTO (DISPONIBILIDADE... CAPACIDADE DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS... DETÉM CONHECIMENTO DAS ROTINAS)										
<b>Importância</b>										
<b>Satisfação</b>										
2.4.2 CORTESIA NO ATENDIMENTO (CORDIALIDADE... TRATAMENTO...)										
<b>Importância</b>										
<b>Satisfação</b>										
2.4.3 RAPIDEZ NO ATENDIMENTO										
<b>Importância</b>										
<b>Satisfação</b>										
2.4.4 ATENDIMENTO AO ACOMPANHANTE (INFORMAÇÕES E ORIENTAÇÕES)										
<b>Importância</b>										
<b>Satisfação</b>										
<b>Sugestões/ comentários:</b>										

## 2.5 Capacitação, Confiabilidade e Segurança nos Enfermeiros

	Pior Pontuação ←					Melhor pontuação →				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.5.1 FLEXIBILIDADE NO ATENDIMENTO (DISPONIBILIDADE... CAPACIDADE DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS..... DETÉM CONHECIMENTO DAS ROTINAS)										
<b>Importância</b>										
<b>Satisfação</b>										
2.5.2 CORTESIA NO ATENDIMENTO (CORDIALIDADE... TRATAMENTO...)										
<b>Importância</b>										
<b>Satisfação</b>										
2.5.3 RAPIDEZ NO ATENDIMENTO										
<b>Importância</b>										
<b>Satisfação</b>										
2.5.4 ATENDIMENTO AO ACOMPANHANTE (INFORMAÇÕES E ORIENTAÇÕES)										
<b>Importância</b>										
<b>Satisfação</b>										
<b>Sugestões/ comentários:</b>										

## 2.6 Capacitação, Confiabilidade e Segurança nos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

	Pior Pontuação ←					Melhor pontuação →				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.6.1 FLEXIBILIDADE NO ATENDIMENTO (DISPONIBILIDADE... CAPACIDADE DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS... DETÉM CONHECIMENTO DAS ROTINAS)										
<b>Importância</b>										
<b>Satisfação</b>										
2.6.2 CORTESIA NO ATENDIMENTO (CORDIALIDADE... TRATAMENTO...)										
<b>Importância</b>										
<b>Satisfação</b>										
2.6.3 RAPIDEZ NO ATENDIMENTO										
<b>Importância</b>										
<b>Satisfação</b>										
2.6.4 ATENDIMENTO AO ACOMPANHANTE (INFORMAÇÕES E ORIENTAÇÕES)										
<b>Importância</b>										
<b>Satisfação</b>										
<b>Sugestões/ comentários:</b>										

	Pior Pontuação ←					Melhor pontuação →				
<b>3. Resumindo, qual seu grau de satisfação geral com a UTIP</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>

<b>4. Você recomendaria a UTIP a seus familiares e amigos</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>Por quê?</b>		

## **APÊNDICE B : TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Estou realizando o trabalho de conclusão do curso de mestrado em Gerência de Serviços intitulado "Atributos Relevantes na Satisfação do Cliente da Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico". O objetivo é conhecer quais as necessidades e expectativas dos clientes em relação ao atendimento prestado aos pacientes internados na UTIP e seus familiares . Este estudo não implicará nenhum risco para o participante, após a obtenção dos dados, os resultados serão fornecidos à instituição.

Pelo presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui esclarecido de forma clara e que autorizo minha participação neste projeto de pesquisa, livre de qualquer constrangimento e coerção dos objetivos e da sua justificativa dos procedimentos a que serei submetido, dos riscos, desconforto e benefícios, assim como aos procedimentos alternativos a que serei submetido, todos a cima listados.

Fui igualmente informado :

- Da garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos procedimentos, riscos, benefícios, e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso me traga prejuízo;
- Da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados apenas ao presente projeto de pesquisa;
- De que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Pesquisador responsável por este projeto é Liane Einloft, ( fone: 98069418/3325-9257), que se coloca à disposição para esclarecimentos adicionais sobre o estudo.

Data: \_\_\_/\_\_\_/ 2002.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Entrevistado

\_\_\_\_\_  
Liane Einloft

Assinatura do Pesquisador

OBS:O presente documento, baseado no item IV Diretrizes e Normas Regulamentadoras para Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 1996/96) , será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do Entrevistado ou de seu representante legal e outra com o Pesquisador Responsável.



# **ANEXOS**

**ANEXO A: PESQUISA DE SATISFAÇÃO CLIENTES CONVÊNIO E PARTICULAR**



**Por gentileza, queira preencher este questionário que será valiosa fonte de informação para aumentar a qualidade de nossos serviços. Deposite na caixa coletora que se encontra na recepção do hospital.**

**Quem indicou o Hospital?**

Seu médico     Amigos     Imprensa  
 Seu convênio     Preferência Pessoal     Outros

**Antes de utilizar a emergência:**

▲ Você já conhecia o Complexo Hospitalar da Santa Casa?     Sim     Não  
 ▲ Você já tinha utilizado seus serviços?     Sim     Não

**Dados Pessoais:**

IDADE:  Anos    SEXO:  Masculino     Feminino

**Assinale o conceito correspondente a cada serviço que você utilizou.**

		A DESEJAR	REGULAR	BOM	MUITO BOM	ÓTIMO	NÃO UTILIZADO
<b>PORTARIA</b>	Cordialidade						
<b>TELEFONIA</b>	Cordialidade no Atendimento						
<b>ESTACIONAMENTO</b>	Cordialidade						
<b>RECEPÇÃO</b> 	Rapidez nos Processos de Alta e Internação						
	Presteza nas Informações						
	Cordialidade no Atendimento						
<b>FISIOTERAPIA</b>	Atendimento						
<b>ENFERMAGEM</b> 	Clareza nas Informações						
	Cordialidade da Equipe						
	Presteza aos Chamados						
<b>EXAMES</b> 	Transporte Interno do Apartamento ao Local de Exames						
	Tempo de Espera no Local de Exames						
	Clareza nas Informações						
	Cordialidade no Atendimento						
<b>ACOMODAÇÕES</b> 	Instalações (telefone, iluminação, etc)						
	Rouparia (lençóis, toalhas, aventais)						
	Limpeza do Apartamento						
	Limpeza do Hospital						
<b>NUTRIÇÃO</b> 	Cordialidade da Equipe						
	Presteza aos Chamados						
	Clareza nas Informações						
<b>ASSISTÊNCIA MÉDICA</b> 	Cordialidade						
	Clareza nas Informações						
<b>UTI</b> 	Cordialidade da Equipe						
	Informações Médicas						
	Ruído (se foi adequado, marque ótimo)						
	Segurança no Atendimento						

**Hospital que você internou:**  **No seu entender, quais as três principais qualidades que deve possuir um hospital?**

<b>Hospital que você internou:</b>		<b>No seu entender, quais as três principais qualidades que deve possuir um hospital?</b>				
<input type="checkbox"/>	Policlínica Santa Clara					
<input type="checkbox"/>	Hospital São Francisco					
<input type="checkbox"/>	Hospital São José	<b>Sugestões - Comentários</b>				
<input type="checkbox"/>	Pavilhão Pereira Filho					
<input type="checkbox"/>	Hospital Santa Rita					
<input type="checkbox"/>	Hospital da Criança Santo Antônio	<b>Qual o seu grau de satisfação em relação a Santa Casa?</b>				
<b>Você voltaria a utilizar nossos serviços?</b>		<b>Muito Insatisfeito</b>	<b>Insatisfeito</b>	<b>Indiferente</b>	<b>Satisfeito</b>	<b>Muito Satisfeito</b>
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>Identifique-se, caso desejar:</b>						
Nome: _____		Endereço: _____		Tel.: _____		
Cidade: _____		UF: _____	CEP: _____	Data: ____/____/____	E-mail: _____	

**ANEXO B: PESQUISA DE SATISFAÇÃO DE CLIENTE SUS**

Pioneirismo e Tecnologia

**Santa Casa**  
Complexo Hospitalar

Pesquisa de Opinião

Cliente Internado

**SUS**

TUDO QUE FAZEMOS É PARA  
ATENDÊ-LO MELHOR. AJUDE-NOS  
NESTA TAREFA RESPONDENDO AO  
QUESTIONÁRIO.

Por gentileza, queira preencher este questionário que será valiosa fonte de informações para melhorarmos A QUALIDADE de nossos serviços.

**Marque com um X**

Você já tinha utilizado os serviços da Santa Casa?  
 Sim       Não

Você voltaria a utilizar os serviços da Santa Casa?  
 Sim       Não

	A Desejar	Regular	Bom	M. Bom	Ótimo
Setor de Internação / Admissão					
Atendimento de Enfermagem					
Atendimento Médico					
Alimentação					
Acomodações do Paciente					
Limpeza Hospitalar					

**Agora marque somente se você usou esses Serviços:**

	A Desejar	Regular	Bom	M. Bom	Ótimo
Bloco Cirúrgico					
UTI					

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

Muito Insatisfeito    Insatisfeito    Indiferente    Satisfeito    Muito Satisfeito  
 1       2       3       4       5

Sugestões / Reclamações:

---



---



---

**ANEXO C: PARECER CONSUBSTANCIADO**

**Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre**  
Rua Prof. Annes Dias, 285 - Fone Geral: (51) 3214.8080 - Fax Geral: (51) 3214.8585 - Site: www.santacasa.org.br  
CEP 90020-090 - Porto Alegre - RS - CNPJ 92815000/0001-68

**PARECER CONSUBSTANCIADO**

Protocolo nº 469/02

Parecer nº 115/02

**Título:** "Atributos relevantes na satisfação do cliente da Unidade de tratamento Intensivo Pediátrico".

**Pesquisador Responsável:** Enfermeira Liane Einloft

**Instituição onde se realizará** – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

**Data de Entrada:** 21/06/02

**II -Objetivos** – Aplicar um instrumento de pesquisa junto ao cliente para identificar o índice de satisfação do mesmo, diagnóstico dos pontos críticos a serem trabalhados e do QFD (Quality Function Deployment – desenvolvimento da Função Qualidade) para propor planos de melhoria.

**III -Sumário do Projeto**

**Descrição e caracterização da amostra:** O estudo será realizado na Unidade de Terapia Intensiva pediátrica do Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA-ISCMPA), em Porto Alegre/RS. Trata-se de uma UTI Pediátrica composta por 20 leitos, situada em Hospital Universitário de Grande Porto com alta demanda de pacientes.

**Critérios de inclusão e exclusão:** Serão incluídos todos os pacientes de zero a quatorze anos (incompletos) que derem alta da UTIP por melhora ou estabilização do quadro clínico no período de julho de 2002 a agosto de 2002. Serão excluídos da amostra os casos de alta por óbito.

**Adequação das condições** - Hospital escola com infra-estrutura adequada para a realização do estudo descrito.

**IV -Comentários:**

- **Justificativa do uso de placebo** – Não se aplica.
- **Análise de riscos e benefícios** – Não apresenta riscos, trata-se de uma pesquisa de opinião em busca pela excelência do atendimento nos serviços de saúde.
- **Adequação do termo de consentimento e forma de obtê-lo** – Atende
- **Informação adequada quanto ao financiamento** – Não atende
- **Outros centros no caso de estudos multicêntricos** – Não se aplica



## **Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre**

Rua Prof. Annes Dias, 285 - Fone Geral: (51) 3214.8080 - Fax Geral: (51) 3214.8585 - Site: [www.santacasa.org.br](http://www.santacasa.org.br)  
CEP 90020-090 - Porto Alegre - RS - CNPJ 92815000/0001-68

**V - Parecer** – “Após reavaliação do projeto acima descrito, o presente Comitê não encontrou óbices ao seu desenvolvimento em nossa Instituição”.

**VI - Data da Reunião:** 02/07/02

**VII - Data da Reavaliação:** 10/09/02

Projeto e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Aprovados.

Porto Alegre, 18 de setembro de 2002.

Dr. Marcelo Garcia da Rocha  
**Vice-Coordenador do CEP/ISCPA**

## ANEXO D: PRISM

## PRISM

VARIÁVEL	IDADES E VALORES	ESCORE <sup>a</sup>
<b>TA sistólica (mmHg)</b>	Lactentes: 130-160    Crianças: 150-200	2
	55 - 65                      65 - 75	2
	> 160                        > 200	6
	40 - 54                      50 - 64	6
	< 40                         <50	7
<b>TA diastólica (mmHg)</b>	Todas idades : > 110	6
<b>Frequência cardíaca</b>	Lactentes: > 160        Crianças: > 150	4
	< 90                        < 80	4
<b>Frequência respiratória</b>	Lactentes: 61 - 90        Crianças: 51 - 70	1
	> 90                        > 70	5
	Apnéia                      Apnéia	5
<b>PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> (mmHg)*</b>	Todas idades: 200 - 300	2
	< 200	3
<b>PaCO<sub>2</sub> (mmHg)</b>	Todas idades: 51 - 65	1
	> 65	5
<b>Escala de Glasgow **</b>	Todas idades: < 8	6
<b>Reação Pupilar ***</b>	Todas idades: dilatadas ou anisocóricas	4
	dilatadas e fixas	10
<b>TP/KTTP</b>	Todos: 1,5 x normal	2
<b>Bilirrubina total (mg/dl)</b>	> 1 mês: 3,5	6
<b>Potássio</b>	Todas idades: 3,0 - 3,5	1
	6,5 - 7,5	1
	< 3,0	5
	> 7,5	5
<b>Cálcio (mg/dl)</b>	Todas idades: 7,0 - 8,0	2
	12 - 15	2
	< 7	6
	> 15	6

<b>Glicose (mg/dl)</b>	Todas idades: 40 - 60	4
	250 - 400	4
	< 40	8
	> 400	8
<b>Bicarbonato (mEq/ml)</b>	Todas idades: < 16	3
	> 30	3

<b>TOTAL</b>	=
--------------	---

<sup>a</sup> Variáveis não medidas são consideradas zero.

\* Em pacientes com *shunts* intracardíacos ou em insuficiência respiratória crônica, considerar zero.

\*\* Só medir na suspeita ou evidência de disfunção no SNC. Se sedação ou paralisia, considerar zero.

\*\*\* Medir sempre, mesmo com sedação e paralisia.

A soma das variáveis do PRISM representa a gravidade. Esta soma é convertida em probabilidade usando a seguinte equação:

$$\text{Prob} = \frac{\exp(R)}{1 + \exp(R)} \quad R = 0,207 \times \text{PRISM} - 0,433 \times \text{Condição Cirúrgica} - 4,782$$

PRISM = a soma das variáveis encontrada; Idade é expressa em meses  
Condição Cirúrgica é : 1 para cirúrgico e 0 para clínico

Fonte : PIVA, CARVALHO e GARCIA, 1997,p.938.