



SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA: O CASO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

MÉRCIA PEREIRA

Resumo

O estudo demonstra o grau de satisfação dos usuários dos serviços de saúde pública no Hospital Universitário de Florianópolis, a partir da percepção de seus alunos, professores e técnicos. As organizações que prestam serviços em saúde e o governo têm demonstrado interesse em prestar um serviço com mais qualidade aos seus usuários, visto que o avanço tecnológico investido nos hospitais propiciou uma forte discussão sobre a participação humana e as atividades multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares pela busca da qualidade de atendimento em hospitais. No âmbito da qualidade de atendimento em hospitais, surge um novo conceito de qualidade, a acreditação hospitalar, combinando segurança com ética profissional, responsabilidade e qualidade do atendimento. Este trabalho baseia-se em um estudo de caso, com aplicação de questionário semi-estruturado. Através da pesquisa de opinião foi possível perceber que, de uma maneira geral, o setor atende as necessidades dos seus usuários e presta um serviço com qualidade no atendimento. Por isso é necessário que as organizações de saúde, como prestadoras de serviços que são, vislumbrem a necessidade de pensar em qualidade de atendimento como fator estratégico para o sucesso na obtenção da satisfação dos usuários desses serviços.

Palavras-chave: Satisfação do usuário. Qualidade de atendimento. Humanização dos serviços. Acreditação. Serviços hospitalares.

1 INTRODUÇÃO

No dia-a-dia do ambiente de trabalho e acadêmico dos técnicos, professores e alunos da universidade é vista a importância do serviço de atendimento à saúde da comunidade universitária. O serviço é localizado no Hospital Universitário (HU).

As organizações que prestam serviços em saúde têm demonstrado interesse em prestar um serviço com mais qualidade aos seus usuários, visto que o mercado está cada vez mais competitivo e os clientes mais exigentes. Através da pesquisa de opinião é possível perceber o que o cliente está pensando e qual o seu grau de satisfação com relação aos serviços oferecidos.

O atendimento técnico aos usuários dos serviços de saúde proporcionado pelo avanço tecnológico pode não estar sendo suficiente para curar o doente. Muitas vezes a cura tem sido proporcionada pelo atendimento baseado na atenção e cuidado com o paciente. Assim, o avanço tecnológico amplamente investido nos hospitais, tem favorecido um forte debate no que se refere à participação humana e as atividades multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares pela busca da qualidade de atendimento em hospitais, onde médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e outros profissionais, trabalhando em equipe, trocam experiências na busca pelo atendimento humanizado e de qualidade. Hoje a acreditação hospitalar é um novo conceito de qualidade no atendimento, combinando segurança com ética profissional e responsabilidade no atendimento. Recentemente implantado no Brasil, esse conceito busca avaliar o hospital desde a lavanderia até o centro cirúrgico. Futuramente significará um diferencial de mercado para os usuários.

O Governo Federal também não se encontra fora deste processo. Sensibilizado pela importância do grau de satisfação do usuário, vem lançando normas que disciplinam os direitos dos usuários dos serviços de saúde. Em 2000 publicou o Decreto Nº 3.507 que trata da qualidade de atendimento aos usuários do serviço público. Em 2001 o Ministério de Saúde lançou o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) através da Portaria GM nº 881/2001, reconhecendo a necessidade de melhorar a qualidade de atendimento. E recentemente divulgou a Carta dos direitos dos Usuários de Saúde, publicada através da Portaria MS nº 675, de 30 de março de 2006. Elaborada pelo Ministério da Saúde, a carta se baseou nos seis princípios básicos de cidadania. Com ela, o cidadão pode conhecer quais são os seus direitos como usuário do sistema de saúde e contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à saúde dos brasileiros.

Com o presente estudo, através da satisfação do usuário, objetivou-se avaliar a qualidade dos serviços prestados pelo setor e assim propiciar àqueles que administram esses serviços o conhecimento e o caminho para superar as dificuldades encontradas no atendimento, melhorando a qualidade deste.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Qualidade de Atendimento

As empresas brasileiras hoje buscam cada vez mais a excelência na qualidade do atendimento aos clientes. Las Casas (1997) comenta o exemplo da empresa American Express, onde a satisfação do cliente passou a ser um fator determinante na avaliação dos seus funcionários. O programa premia e considera permanentemente o bom desempenho dos seus colaboradores. Eduardo Deming foi o americano que ensinou a qualidade total aos japoneses.

Para o autor, a qualidade tem de ser considerada do ponto de vista do usuário. “Uma das definições de qualidade é tudo aquilo que melhora o produto do ponto de vista do cliente”. (AGUAYO, 1993, p.56). Outra abordagem sobre o tema é a de (CROSBY,1979, P. 17), considerado o pai da “filosofia zero defeito”. Esse autor define qualidade como: “induzir as pessoas a fazer melhor tudo aquilo que devem fazer”. Nas “pessoas”, estão incluídas tanto a alta administração como as camadas inferiores da organização.

Na abordagem de Juran (1988), a qualidade está diretamente ligada ao trabalho em equipe. Para o autor, a qualidade tem vários significados. Uma delas define qualidade como desempenho do produto que leva o usuário a adquirir a mercadoria. Outra visão é a definição de que qualidade é ausência de deficiências, pois as deficiências geram reclamações. Por fim, define que qualidade é adequação ao uso. Destaca o autor que cliente são todas as pessoas que pertencem e as que não pertencem à empresa e produto quer dizer bens e serviços. Visando garantir que a função qualidade fosse executada, criou a trilogia de atividades: planejamento da qualidade, controle da qualidade e aperfeiçoamento da qualidade. Para ele, planejamento da qualidade significa desenvolver produtos e processos exigidos para atender as necessidades dos clientes.

(ALBRECHT apud LAS CASAS, 1997, p.16) em sua obra comenta o conceito de qualidade em serviços: “Qualidade em serviços é a capacidade que uma experiência ou qualquer outro fator tenha para satisfazer uma necessidade, resolver um problema ou fornecer benefício a alguém”. O autor, segundo Las Casas, entre outras palavras quis dizer que serviço com qualidade é aquele que tem a capacidade de proporcionar satisfação aos usuários.

Percebe-se que houve consenso na abordagem dos autores ao considerarem qualidade de atendimento como fator estratégico para o sucesso na obtenção da satisfação do usuário nas organizações. Assim recai este estudo para o entendimento do que seria a prestação de serviços em hospitais. Segundo (KOTLER e ARMSTRONG apud GONÇALVES, 1996, p. 10), serviço “é um ato ou desempenho essencialmente intangível que uma parte pode oferecer a outra e que não resulta na posse de nenhum bem” e a sua “execução pode ou não estar ligada a um produto físico”. Gonçalves (1996, p. 10) reforça que “serviços são produtos intangíveis, não podendo ser vistos, cheirados, ouvidos, sentidos ou provados antes de adquiridos” e que “uma característica forte de serviços é que muitos deles não são possíveis de realizar sem a presença do cliente”.

É necessário que as organizações prestadoras de serviços hospitalares prestem atenção nos seus usuários, não considerando apenas o fator técnico do atendimento, mas fazendo com que eles sejam ouvidos, compreendidos, queridos, respeitados e que se sintam ajudados.

2.2 Qualidade de atendimento em hospitais

Podemos constatar que a qualidade de atendimento torna-se essencial para sobrevivência das empresas, e os hospitais não ficam fora desse desafio que passa a ser muito importante para o atendimento dos usuários dos serviços de saúde. Ao investir em pessoas, busca-se não apenas as tecnologias mais avançadas, mas também a humanização.

Observa-se que “diante do acelerado processo de desenvolvimento tecnológico na área da saúde, a singularidade do paciente – emoções, crenças e valores – ficou em segundo plano; sua doença passou a ser objeto do saber reconhecido cientificamente e a assistência se desumanizou.” (NOGUEIRA – MARTINS, apud, SALLES, 2004, p. 32).

Assim, o avanço tecnológico amplamente investido nos hospitais, tem favorecido um forte debate no que se refere à participação humana e as atividades multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares pela busca da qualidade de atendimento em hospitais, onde médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e outros profissionais, trabalhando em equipe, trocam experiências na busca pelo atendimento

humanizado e de qualidade.

O Sistema Único de Saúde (SUS) por anos buscou a humanização em hospitais e somente em 2001 o Ministério de Saúde lançou o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) através da Portaria GM Nº 881/2001, reconhecendo a necessidade de melhorar a qualidade de atendimento em hospitais públicos que integram o SUS. Entre os vários objetivos do programa está a melhoria da qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários dos hospitais públicos do Brasil. Ou seja, “o PNHAH expõe que humanização em saúde é resgatar o respeito à vida humana, levando-se em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento.” (CAMPOS, apud, SALLES, 2004, p; 33).

Dentro desses preceitos, o caminho da humanização passa pelo reconhecimento do que o outro tem a dizer, considerando como outro os usuários dos serviços de saúde, os profissionais que prestam serviços e a comunidade organizada (RIBEIRO, apud, SALLES, 2004, p 33).

No âmbito da qualidade de atendimento em hospitais encontramos também as normas de certificação, que servem de base para o Programa Nacional de Qualidade no Serviço Público e das atividades da Organização Nacional de Acreditação (ONA). A acreditação hospitalar é um novo conceito de qualidade que combina segurança com ética profissional, responsabilidade e qualidade do atendimento. Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o processo de acreditação, ainda recente no Brasil, é sistêmico e avalia o hospital desde a lavanderia até o centro cirúrgico. “No futuro significará um diferencial de mercado, uma marca reconhecida pelos usuários”, ressalta o superintendente da ONA, Fábio Gastal. Hoje um hospital que busca qualidade em atendimento deve ter como meta a acreditação (ANVISA, Rev. Saúde Pública, 2004).

Para a ANVISA, a acreditação no Brasil iniciou no final dos anos 80, sob a coordenação do médico Humberto de Moraes Novaes. Nesta época a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estabelece uma série de padrões para os serviços hospitalares na América Latina que propiciariam ao hospital a condição de “acreditado”. Buscava-se o aperfeiçoamento dos serviços em saúde e parâmetros para avaliar esse aperfeiçoamento.

Somente em 1997 o Ministério da Saúde decide compor uma comissão nacional de especialistas para criar o modelo brasileiro de acreditação. Em 1999 surge a ONA, entidade não governamental, sem fins lucrativos que coordena todo o sistema. Hoje existem as Instituições Acreditoras (IACs) credenciadas, que avaliam e certificam os hospitais com base nos padrões da ONA.

O estabelecimento que deseja ser acreditado passa por uma avaliação feita por uma organização independente credenciada pela ONA. O interesse demonstrado pelo hospital é voluntário e pode ser desenvolvido internamente por ele, depois de um diagnóstico preliminar. A certificação só será expedida após o atendimento aos padrões de qualidade definidos em manuais pela própria ANVISA e ONA.

São poucos os hospitais brasileiros que adquiriram a certificação de acreditados no Brasil: em torno de 80 (oitenta) até 2007, segundo a ONA. Para Gonçalves (1996) os hospitais, principalmente os públicos enfrentam problemas de excesso de clientes, custos elevados e uma população de baixo poder aquisitivo. Hoje sofrem ainda com a falta de contratação de pessoal. Ressalta o autor que o paciente é como um hóspede de hotel, não basta apenas proporcionar limpeza, higiene, competência técnica e organização. É preciso ter o paciente como um cliente potencial.

Nos dias de hoje, percebe-se que o Governo Federal começa a preocupar-se com a qualidade de atendimento aos usuários de serviços de saúde, a exemplo da Carta dos direitos dos Usuários de Saúde publicada através da Portaria MS nº 675, de 30 de março de 2006. Elaborada pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Comissão Intergestora

Tripartite, a carta se baseou nos seis princípios básicos de cidadania. Com ela, o cidadão pode conhecer quais são os seus direitos como usuário do sistema de saúde e contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à saúde dos brasileiros.

De acordo com o primeiro princípio da carta, todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado ao sistema de saúde. Assim, fica garantido aos usuários a facilidade de acesso aos postos de saúde, especialmente aos portadores de deficiência, gestantes e idosos. O segundo e terceiro princípios do documento esclarecem ao cidadão sobre o direito a um tratamento adequado para seu problema de saúde. Também fazem referência à necessidade de um atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação (preconceito de raça, cor, idade, orientação sexual, estado de saúde ou nível social).

O quarto princípio da carta garante que o atendimento prestado ao cidadão deve respeitar a sua pessoa, seus valores e seus direitos. Fica assegurado ao paciente, por exemplo, o conhecimento de seu prontuário médico, sempre que solicitado por ele. O quinto princípio fala sobre as responsabilidades do cidadão para que ele tenha um tratamento adequado. Por exemplo: o paciente nunca deve mentir ou dar informações erradas sobre seu estado de saúde, pois essa atitude pode prejudicar a precisão do diagnóstico dado pelo médico. O sexto e último princípio da carta garante que todos os princípios da carta sejam cumpridos. Segundo ele, é necessário que todos os gestores da saúde, representantes das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), se empenhem para que os direitos dos cidadãos sejam respeitados.

2.3 A qualidade de atendimento a partir do Decreto nº 3.507

Os usuários dos serviços de saúde já contam também com uma norma que disciplina a qualidade do atendimento prestado ao cidadão, é o Decreto nº 3.507, de 13 de junho de 2000, que “Dispõe sobre o estabelecimento de padrões de qualidade do atendimento prestado aos cidadãos pelos órgãos e pelas entidades da Administração Pública Federal direta, indireta e fundacional”.

Diz o Art. 1º do Decreto: “Ficam definidas as diretrizes normativas para o estabelecimento de padrões de qualidade do atendimento”, e o Art. 2º que esses padrões “deverão ser observados na prestação de todo e qualquer serviço aos cidadãos-usuários; avaliados e revistos periodicamente; mensuráveis; de fácil compreensão; e divulgados ao público. Já o Art. 3º destaca que as entidades públicas federais deverão estabelecer padrões de qualidade sobre a atenção, o respeito e a cortesia no tratamento a ser dispensado aos usuários; as prioridades a serem consideradas no atendimento; o tempo de espera para o atendimento; os prazos para o cumprimento dos serviços; os mecanismos de comunicação com os usuários; os procedimentos para atender a reclamações; as formas de identificação dos servidores; o sistema de sinalização visual; e as condições de limpeza e conforto de suas dependências formam o rol a serem observados pelos órgãos e entidades públicas federais no estabelecimento dos padrões de qualidade no atendimento.

Observa-se que a atenção, o respeito e a cortesia são requisitos indispensáveis na busca constante da humanização do atendimento hospitalar onde não há lugar para a falta de interesse para com o usuário. Quando os agentes de saúde sabem a importância do atendimento ao usuário diminuindo seu tempo de espera, respeitando os prazos para cumprimento dos serviços, dirimindo dúvidas e atendendo corretamente as reclamações está havendo uma correta aplicação deste Decreto.

3 METODOLOGIA

Para realização desta pesquisa foram utilizados os seguintes procedimentos metodológicos: revisão bibliográfica e pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso. Foi aplicado com questionário semi-estruturado e perguntas abertas e fechadas, a 100 (cem) usuários do Serviço de Atendimento em Saúde à Comunidade Universitária (SASC) do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) no período de 05/04/2007 a 21/05/2007. Para elaboração do questionário utilizou-se como base os dados da pesquisa de opinião realizada no HU pela Ação Júnior – Consultoria dos alunos do Centro Sócio Econômico - CSE da UFSC em 2005.

Dos 100 (cem) questionários aplicados foram aproveitados 93 (noventa e três) sendo desprezados 7 (sete) que estavam incompletos. Os questionários foram aplicados pela própria pesquisadora *in loco*, no SASC, aos técnico-administrativos do Centro de Ciências Agrárias/CCA/UFSC que utilizaram os serviços e outros técnicos com os quais esta pesquisadora se relaciona no dia-a-dia do trabalho na UFSC. A escolha do CCA deu-se por ser o local de trabalho desta pesquisadora. Foram realizadas entrevistas com os dois servidores técnico-administrativos e uma bolsista que trabalham na recepção do SASC e com o Chefe do Setor. Houve uma visita à Direção do HU para buscar informações quanto ao histórico do HU e do SASC. Para fundamentação da história do HU foram utilizadas as obras do fundador do HU, Professor Polydoro Ernani de São Thiago e algumas informações no *site* do hospital. Quanto à história do SASC, foram-nos indicados os enfermeiros Lílian Márcia da Silva Bodenmuller e Nicolau Marques Junior, ambos lotados na Junta Médica do HU, que forneceram documentos para a fundamentação histórica. Também foi importante a tese de dissertação de mestrado da enfermeira Bodenmuller intitulada “Equipe transdisciplinar: um estudo de caso na UFSC” (2003).

Buscou-se o SAME/SPP/HU para fornecimento dos dados estatísticos sobre o número de consultas por classe de servidores técnicos, alunos e professores e observou-se que não havia disponível o número de consultas por classe de usuários, havendo apenas os dados agrupados com todas as classes juntas, o que dificultou a elaboração da pesquisa. Desta maneira foi possível apenas obter uma relação com o número total de usuários do SASC no período de 01/08/2006 a 31/12/2006, constando o número de reconsultas e absenteísmo. A escolha deste período deu-se por ser um dos períodos considerados de maior número de atendimentos do SASC. Com o relatório foi possível obter uma média do número de consultas diárias.

A revisão bibliográfica deu-se através de pesquisas em obras e *site* da *internet* tais como: CAPES, GOOGLE, AMPADE, FSP.USP, TERRA, UFSC, HUMANIZA.ORG, SENADO.GOV, MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANVISA, ONA. Assim, buscou-se criar uma base teórica que possibilitasse desenvolver o modelo de avaliação da qualidade percebida pelos usuários do SASC/HU. Segundo Godoy (1995) é pela perspectiva qualitativa que um fenômeno pode ser mais bem compreendido no contexto em que ocorre e do qual é parte integrada, permitindo captar o fenômeno em estudo a partir das perspectivas das pessoas nele envolvidas. Já segundo Kirk & Miller (1997), tecnicamente a pesquisa qualitativa identifica a presença ou ausência de algo.

Por fim, para análise e discussão dos dados utilizou-se recursos do *Microsoft Office Excel*, através de tabelas e gráficos. Segundo Lapponi, “a estatística ajuda a tomar decisões com informações incompletas, tendo presente que o sucesso da decisão dependerá da habilidade do analista para compreender as informações contidas nos dados.” (LAPPONI, 2000, p. 20).

Ainda segundo Barbetta (2006), “quando os possíveis resultados de uma variável são números de uma certa escala, dizemos que esta variável é quantitativa, quando os possíveis resultados são atributos ou qualidades, a variável é dita qualitativa”.

4 O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

4.1 A História do HU

Segundo São Thiago (1996), desde a fundação da Faculdade de Medicina de Santa Catarina em 1960, já se idealizava a construção do Hospital Universitário em Florianópolis. Sendo que a partir de 1964 a campanha para a construção do Hospital começa a se fortalecer com o apoio das entidades estudantis e a certeza que o Hospital das Clínicas era um passo necessário para manutenção da qualidade de ensino.

Para o autor, as dificuldades apresentadas pelo governo federal, assim como a paralisação das obras do Hospital pela segunda vez em 1971 por falta de recursos financeiros e vontade política, levaram os estudantes a chamar a obra de “Elefante Branco”. Em 1976, de acordo com São Thiago (1983), foram retomadas as obras do Hospital com recursos da Caixa Econômica Federal e em novembro de 1978 através da Portaria nº 417/78, o Reitor Gaspar Stemmer designa uma Comissão para implantação do Hospital Universitário (Comissão de Implantação do Hospital Universitário de Santa Catarina - CIHUSC).

Cabe citar as palavras do autor que fundou em 2 de maio de 1980 o Hospital Universitário, Prof. Polydoro Ernani de São Thiago: “A inauguração só foi possível assim, 14 anos após o reinício das obras, daquele que foi projetado com o nome de Hospital das Clínicas - o “Elefante Branco” - dos estudantes (SÃO THIAGO, 1996, 243p).

Hoje o HU é o único Hospital no Estado de Santa Catarina que atende exclusivamente pelo SUS. Atendendo nos três níveis de assistência, o básico, o secundário e o terciário. É referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas, com elevada procura na área do câncer e cirurgia de grande porte, nas diversas especialidades. Outras iniciativas consideradas de referência são a equipe de atendimento às vítimas de violência sexual e as crianças vítimas de maus tratos, atenção aos pacientes diabéticos e o Núcleo de Cirurgia Plástica restauradoras, obesidade, entre outras.

O HU pertence a uma rede de 45(quarenta e cinco) hospitais universitários ligados ao Ministério de Educação e Cultura - MEC e enfrenta problemas ligados à burocracia estatal, insuficiência financeira e falta de uma política de contratação de gestão de pessoal. Seu corpo clínico é constituído de professores dos Departamentos do Centro de Ciências da Saúde, que utilizam o HU como Centro de Ensino, pesquisa e extensão. Também há médicos e demais profissionais da enfermagem, farmácia, bioquímica, nutrição, serviço social, odontologia, psicologia e engenharia biomédica.

Reconhecido como “Hospital Amigo da Criança” pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) por iniciativas como a humanização do atendimento e incentivo ao aleitamento materno e ao projeto Mãe Canguru.

4.2 A História do SASC/HU

O resgate histórico sobre o Serviço de Atendimento em Saúde à Comunidade Universitária do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina baseado em Bodenmuller (2003), iniciou em 1974, através da instalação de uma comissão que visualiza a concretização deste projeto. Os frutos dessa comissão foram colhidos em agosto de 1976 com a inauguração do “Serviço de Saúde da UFSC”. Este serviço instalado no Centro de Comunicação e Expressão da UFSC objetivava atender somente alunos através de oferta de serviços de exames admissionais, liberação para prática desportiva e outros. Ainda citando a autora, o ano de 1978 representou um aumento significativo pela busca desses serviços, o que

contribuiu para que este benefício fosse estendido a todos os servidores da UFSC. Vinculado à Pró-Reitoria de Assistência ao Estudante, se instala no Centro de Ciências Biológicas e lá permanece até 1979. Sua transferência para o Hospital Universitário ocorre no mesmo ano no mês de agosto, passando por várias mudanças em sua estrutura física e marcando a história como um ano de freqüentes discussões da carência de um planejamento que traçasse diretrizes como: definição de área física, clientes e atribuições. Neste clima de expectativa permaneceu durante dez anos.

Passado uma década, em 1990 destaca a autora que o Serviço de Saúde passou a ser denominado de Serviço de Atenção Primária e que por problemas de falta de recursos humanos e uma crescente busca pelos serviços oferecidos levou o Hospital Universitário a buscar como alternativa para solução da falta de pessoal a contratação de alunos bolsistas cursando o último ano de medicina e enfermagem, sempre sob a supervisão de profissionais da área e com uma remuneração dita representativa. Ainda em 1990 o serviço se torna vinculado à Diretoria do Hospital Universitário.

Bodenmuller (2003), afirma que em 1992 o serviço passa a ser denominado de Serviço de Atendimento em Saúde à Comunidade Universitária (SASC) continuando e apresentando os mesmos problemas de falta de espaço físico e ainda tendo que dividir sua estrutura física com a Junta Médica Oficial, o Serviço de Saúde Ocupacional e o Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS.

O SASC, segundo a autora, oferece consultas ambulatoriais preventivas e curativas, assistência psicológica e de enfermagem. Visa exclusivamente o atendimento da comunidade universitária.

Em entrevista com o atual Chefe do Setor, o médico Luiz Paulo de Queiros, obteve-se as seguintes informações: o setor oferece serviços médicos: clínica geral e 23 (vinte e três) especialidades, são elas: buco-mamilo, cabeça-pescoço, nefrologia, pneumonia, reumatologia, endocrinologia, gastroenterologia, otorrino, proctologia, psiquiatria, urologia, vascular, oftalmologia, ortopedia, ginecologia, ortopedia, ginecologista, dermatologista, arlecionista, cardiologista, psicologia, cirurgia-geral, cirurgia-vascular, oncologista e cirurgia ambulatorial. Hoje o setor possui uma estrutura física exclusiva para o serviço, porém persistem os problemas de redução do quadro de pessoal administrativo e de saúde devido às aposentadorias.

O atendimento aos usuários no Setor Administrativo conta com 2 servidores técnico-administrativos, ocupantes do cargo de assistente em administração, atendendo um no período matutino e outro no período vespertino e com 2 bolsistas na área administrativa. Na área de saúde atendem uma enfermeira, uma nutricionista e uma psicóloga. O número de médicos para o atendimento não ficou bem definido pelos entrevistados, havendo discordâncias nas informações prestadas.

Sua estrutura física está composta por: uma sala de atendimento destinada para marcação de consultas; cinco consultórios; uma copa de uso exclusivo dos servidores; uma sala de enfermagem (ambulatorial) destinada a troca de curativos. Entre outros serviços, há três banheiros, um exclusivo para os servidores que trabalham no local e dois para os usuários, sendo um masculino e outro feminino.

De acordo com relatório do Núcleo de Processamento de Dados do HU o SASC atendeu no período de 01/08/2006 a 31/12/2006, período considerado como de maior atendimento: 2571 (dois mil quinhentos e setenta e uma) consultas e 3707 (três mil setecentos e sete) reconsultas, com 1494 (mil, quatrocentos e noventa e quatro) absenteísmos. O que significa uma média de 43 (quarenta e três) consultas por dia considerando 22 (vinte e dois dias) úteis e as desistências.

O SASC atende alunos, servidores docentes e técnico-administrativos ativos e inativos e os alunos do NETI, Núcleo de Terceira Idade, todos da UFSC.

5. ANÁLISE DE DADOS E RESULTADOS

Dos 100 (cem) questionários aplicados foram aproveitados 93 (noventa e três) sendo desprezados 7 (sete) que estavam incompletos. Os resultados revelam que, os alunos e técnicos da universidade são usuários em potencial daquele serviço de saúde: alunos em média 60% e técnico-administrativos em média 32%. Restando apenas 1% para os professores (tabela 1 e figura 1).

Tabela 1 - Usuários do SASC/HU

	ALUNO	TÉCNICO	PROFESSOR	DADOS DESPREZADOS	TOTAL
Esporádico	45	17	0	-	62
Habitual	15	15	1	-	31
TOTAL	60	32	1	07	93

Fonte: Dados Primários

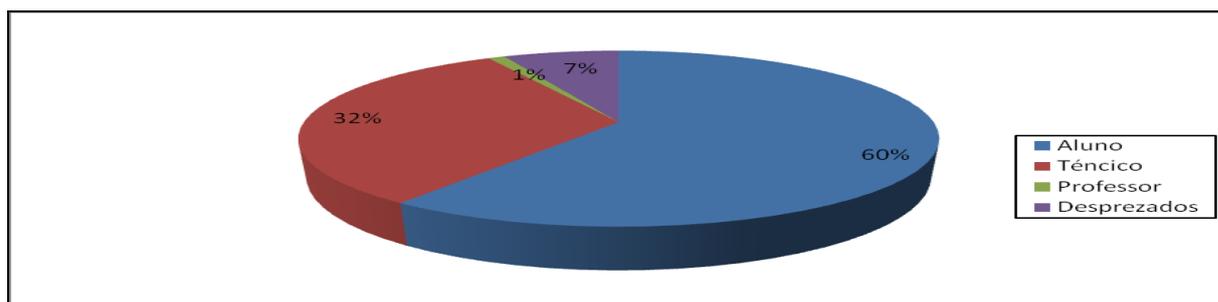


Figura 1: Perfil dos usuários do SASC

Fonte: Dados Primários

Um grande número de usuários 54% afirmou que não demorou em conseguir marcar uma consulta. Porém, observou-se que 33% afirmaram que demorou pouco, 11% demorou e 2% demorou muito, o que cumulativamente equivale a um percentual de 46% dos que afirmaram que a consulta demorou. Os que informaram que demorou, justificaram a demora principalmente para o caso de marcação de consultas para especialistas, que geralmente não tem vagas disponíveis. O mesmo não ocorrendo com a Clínica Geral que geralmente existe uma certa disponibilidade de vagas (figura 2). Estes dados evidenciam a necessidade da diminuição no tempo de espera para marcações de consulta para especialistas com a abertura de mais vagas ou revendo a forma de marcação de consultas. Necessário rever também o aproveitamento das desistências através de uma lista de espera. Relaciona-se aqui o disposto no Art. 3º do Decreto nº 3.507 que dispõe que as entidades públicas federais deverão estabelecer padrões de qualidade sobre o tempo de espera para o atendimento e os prazos para o cumprimento dos serviços.

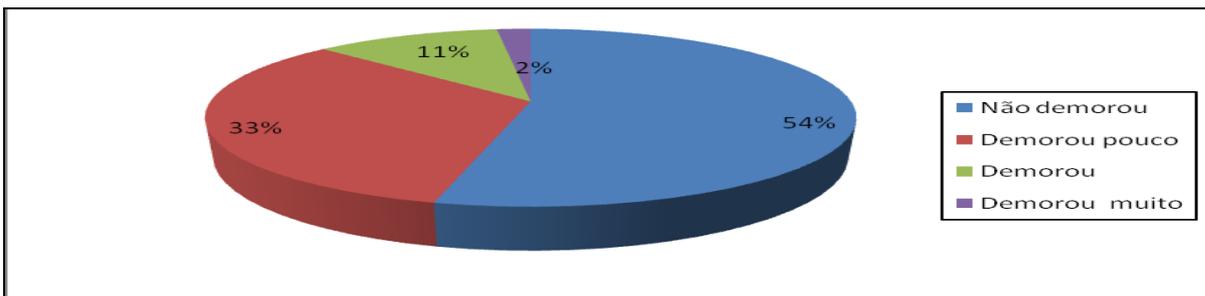


Figura 2: Satisfação do usuário em relação ao tempo de espera para a marcação de consulta
 Fonte: Dados Primários

Observou-se uma grande diferença do percentual de satisfação do usuário quanto ao tempo de espera para remarcação da consulta, visto que apenas 35% informaram que não demorou. Já 63% informaram que houve demora na remarcação da consulta. O aumento significativo desse percentual deu-se pela necessidade de marcação de consultas com especialistas (figura 3). Verifica-se que 40% dos usuários informaram estarem satisfeitos com o tempo de espera no dia do atendimento e 12% muito satisfeitos. Apenas 14% informaram estarem insatisfeitos com o tempo de espera. Os que informaram estarem insatisfeitos alegaram que as consultas são marcadas todas para o mesmo horário, havendo necessidade de chegar 30 minutos antes do horário marcado para confirmação, ficando o atendimento por ordem de chegada dos pacientes ocasionando um acúmulo de pessoas para serem atendidas no mesmo horário. Chegando o tempo de espera a oscilar entre 15 minutos e 2 horas. Muitos sugeriram que houvesse uma melhor distribuição dos horários de atendimento (figura 4). Ressalta-se também neste caso o disposto no Art. 3º do Decreto nº 3.507.

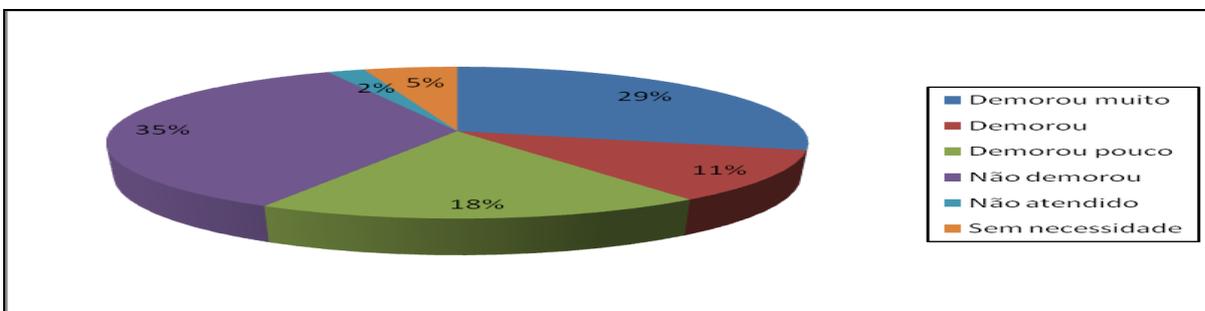


Figura 3: Satisfação do usuário em relação ao tempo de espera para remarcação de consulta
 Fonte: Dados Primários

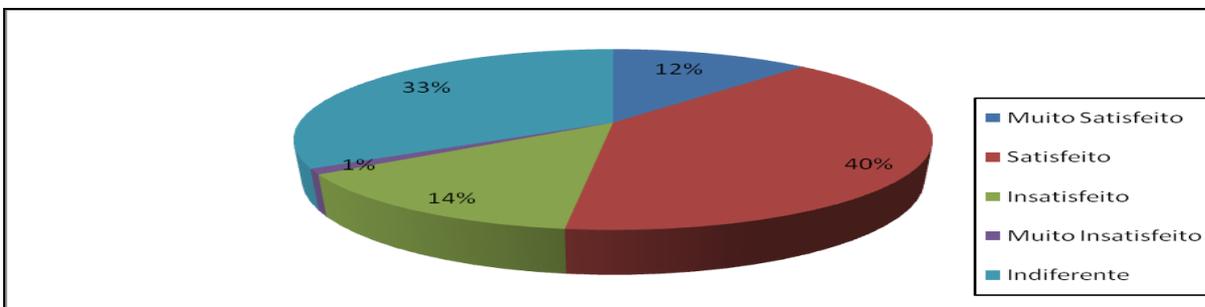


Figura 4: Satisfação do usuário em relação ao tempo de espera no dia do atendimento
 Fonte: Dados Primários

A maioria dos entrevistados informaram que houve respeito, interesse e educação por parte da equipe médica e administrativa. Porém, observou-se que a grande maioria das reclamações foi em relação ao interesse. Muitos afirmaram não ter sido demonstrado interesse

pela administração e o setor médico em resolver os problemas do paciente (figura 5). Como por exemplo, não prestar muita atenção no que o paciente está sentindo. É o que nos fala Nogueira – Martins, apud, Salles, (2004) que diante do acelerado processo de desenvolvimento tecnológico na área da saúde, a singularidade do paciente – emoções, crenças e valores – ficou em segundo plano. O Governo Federal preocupado com a qualidade de atendimento aos usuários de serviços de saúde lançou a Carta dos direitos dos Usuários de Saúde publicada através da Portaria MS nº 675, de 30 de março de 2006. Elaborada pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Comissão Intergestora Tripartite, a carta se baseou nos seis princípios básicos de cidadania. Ressalta-se neste caso a referência à necessidade de um atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação (preconceito de raça, cor, idade, orientação sexual, estado de saúde ou nível social).

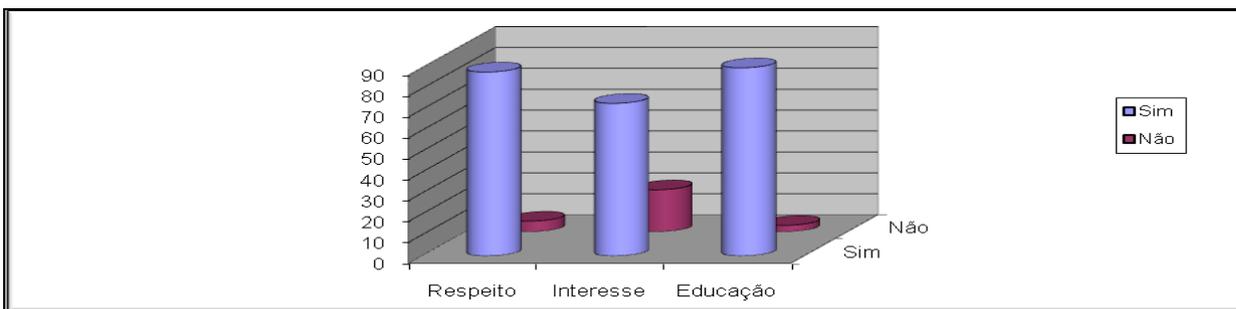


Figura 5: Educação, interesse e respeito percebidos durante o atendimento

Fonte: Dados Primários

Verificou-se que 70% consideraram boa a limpeza dos ambientes, 11% excelente, 16% regular e 3% ruim. Os dados evidenciam uma porcentagem de 81% referente uma análise positiva com relação à limpeza dos ambientes (figura 6). Nota-se a adequação ao solicitado pelo artigo 3º do Decreto nº 3.507 destacando que as entidades públicas federais deverão estabelecer padrões de qualidade sobre e as condições de limpeza do ambiente. Porém para Gonçalves (1996) o paciente é como um hóspede de hotel, não basta apenas proporcionar limpeza, higiene é preciso ter o paciente como um cliente potencial.

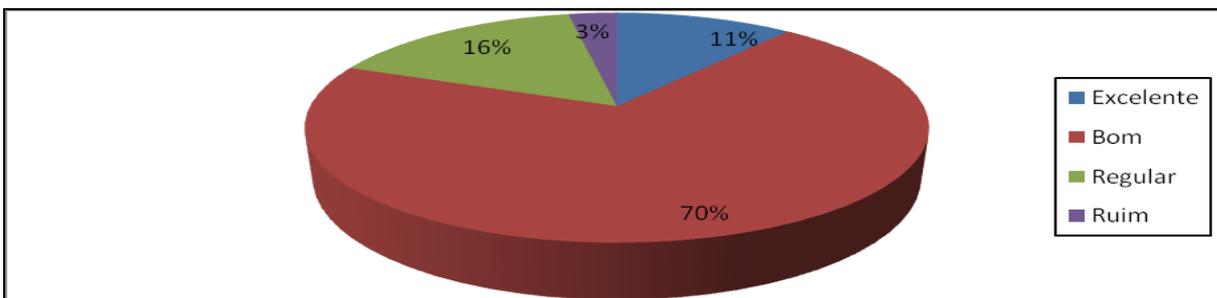


Figura 6: Grau de satisfação quanto à limpeza do ambiente

Fonte: Dados Primários

Dos entrevistados, 52% dos usuários consideram regular o conforto dos ambientes, 38% bom e 9% ruim. Vários entrevistados alegaram que existem poucas cadeiras em relação ao número de pessoas que estão esperando as consultas, que são desconfortáveis, algumas estão quebradas e que não existe tratamento especial para gestantes. O ambiente é apertado, escuro e sem climatização (figura 7). A maioria dos usuários, 72% informaram que não encontraram dificuldades para encontrar o local. Porém 26% demonstraram terem

dificuldades em localizar o setor e 2% disseram não precisarem da sinalização e que, portanto não opinaram (figura 8). Os resultados evidenciam a necessidade de intensificar os serviços de manutenção e identificação do local. Propiciando maior conforto e rapidez do acesso ao local. O sistema de sinalização visual; e as condições de conforto de suas dependências também formam o rol a serem observados pelos órgãos e entidades públicas federais no estabelecimento dos padrões de qualidade no atendimento segundo o Decreto nº 3.507.

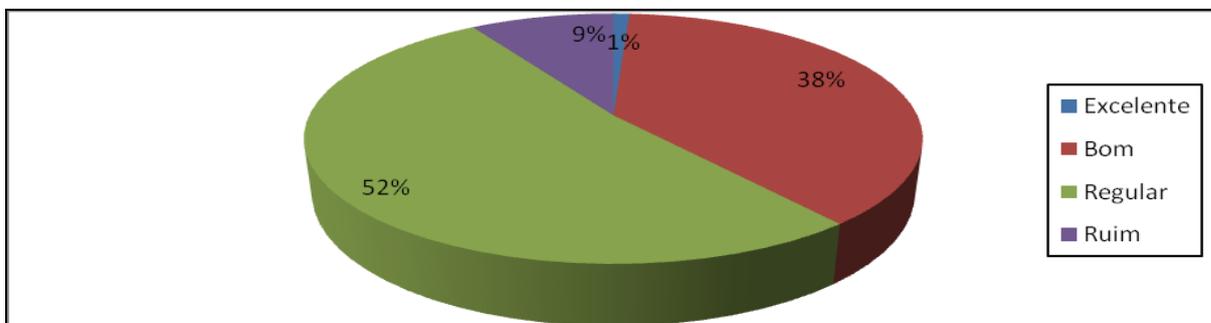


Figura 7: Satisfação do usuário em relação ao ambiente

Fonte: Dados Primários

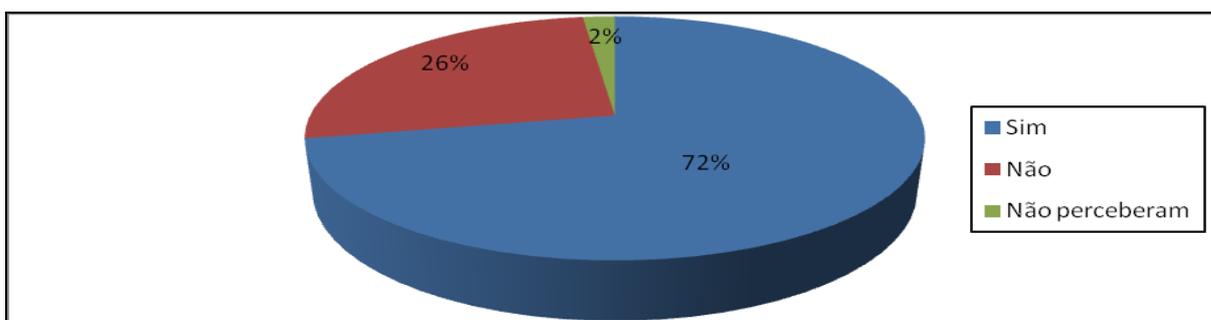


Figura 8: Facilidade em encontrar o Setor

Fonte: Dados Primários

Verifica-se uma situação preocupante, pois 75% dos entrevistados afirmam que a equipe de saúde e administrativa não se apresentam pelo nome e somente 25% se apresentam (figura 9). Observou-se outra situação preocupante, 68% dos entrevistados não sabem onde reclamar quando não são bem atendidos e somente 32% afirmaram ter conhecimento necessário para esporem sua reclamação. Segundo os entrevistados, deveria haver folhetos explicativos e cartazes indicando os locais para reclamação (figura 10). Estes dados evidenciam além da já citada falta de humanização, a falta também de uma ouvidoria que seria o ouvido da administração quanto às necessidades do usuário. Nota-se aqui a preocupação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela busca da humanização em hospitais através do Programa de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e através da Portaria GM Nº 881/2001 que reconhece a necessidade de melhorar a qualidade de atendimento em hospitais públicos que integram o SUS. O PNHAH expõe que humanização em saúde é resgatar o respeito à vida humana, levando-se em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento. (CAMPOS, apud, SALLES, 2004, p; 33).

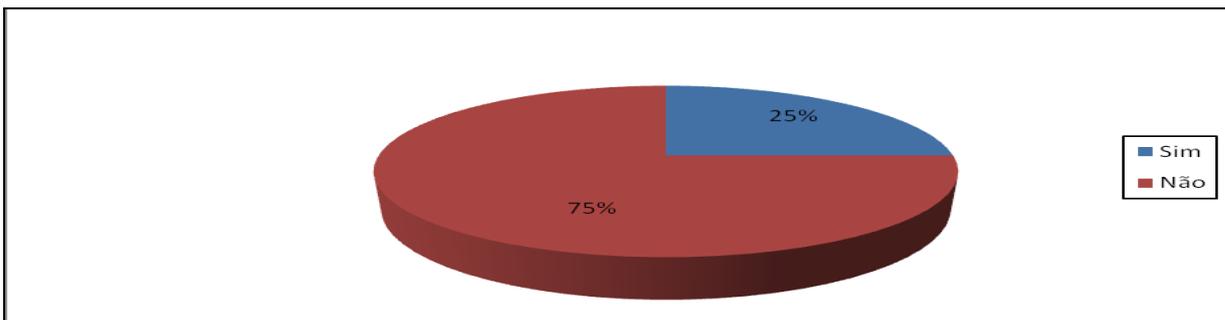


Figura 9: A equipe administrativa apresentou-se pelo nome?

Fonte: Dados Primários

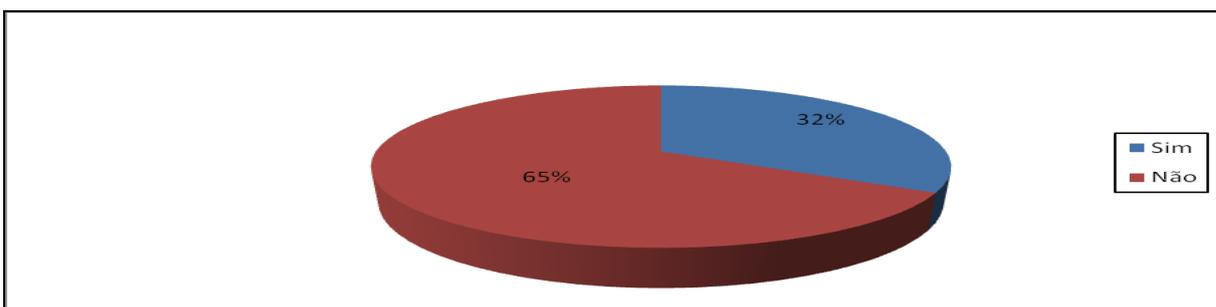


Figura 10: O usuário sabe aonde reclamar?

Fonte: Dados Primários

A pesquisa evidenciou que 71% dos usuários consideram o SASC bom. 18% regular, 10% excelente e 1% ruim ou muito ruim. Demonstrando que o SASC atende as necessidades dos seus usuários (figura 11). Observou-se que quando indagados se voltariam a utilizar os serviços do SASC, 99% informaram que sim e apenas 1% informou que não. Desta maneira, fica notório o grau de importância e de qualidade no atendimento que o SASC mantém com os seus usuários (figura 12). Não é por acaso que o Governo federal tem buscado sensibilizar a importância do grau de satisfação do usuário como ferramenta na busca pela qualidade em atendimento nos hospitais. Exemplo disto é a publicação, no ano de 2000 do Decreto Nº 3.507 que trata da qualidade de atendimento aos usuários do serviço público e em 2001 o lançamento do Programa de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) através da Portaria GM Nº 881/2001 reconhecendo a necessidade de melhorar a qualidade de atendimento. Recentemente o governo divulgou a Carta dos direitos dos Usuários de Saúde publicada através da Portaria MS nº 675, de 30 de março de 2006, elaborada pelo Ministério da Saúde.

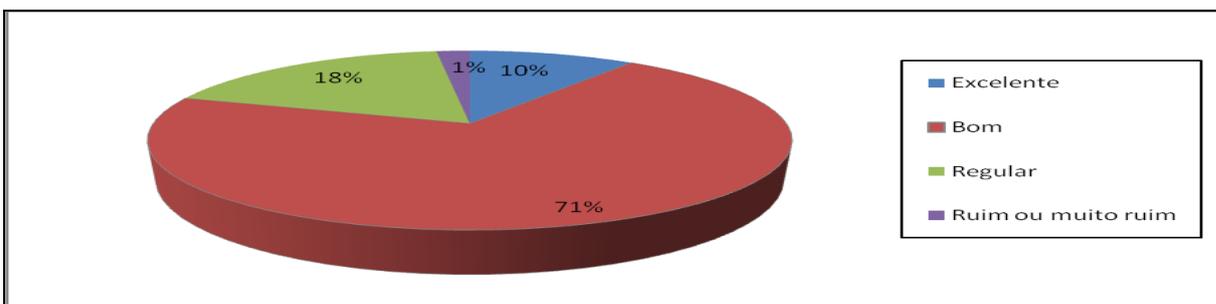


Figura 11: Como o usuário considera o SASC?

Fonte: Dados Primários

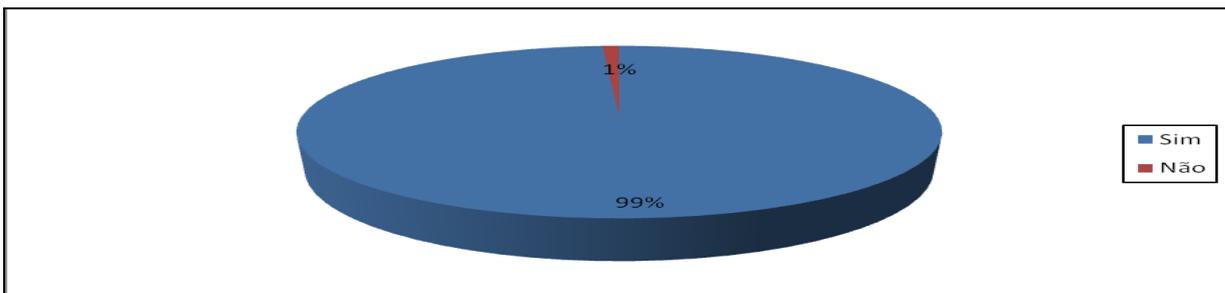


Figura: 12: O usuário voltaria a usar o SASC?

Fonte: Dados Primários

Em virtude do que fora mencionado, vale sugerir que as organizações de saúde avaliem os fatores de satisfação ou insatisfação dos usuários dos serviços hospitalares para que o profissional da área da saúde possa prestar um serviço com melhor qualidade, o que conseqüentemente contribuirá para a qualidade dos serviços prestados pelo hospital. Além disto, que os resultados desta análise possam originar ações e estudos de melhorias na qualidade do atendimento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstra que as organizações que prestam serviços em saúde e o governo vêm mostrando um grande interesse em prestar um serviço com mais qualidade aos seus usuários.

Assim, segundo Las Casas (1997) serviço com qualidade é aquele que tem a capacidade de proporcionar satisfação aos usuários. Desta maneira, tornou-se evidente que os órgãos que prestam serviços hospitalares precisam demonstrar mais atenção aos seus usuários, considerando não apenas o fator técnico do atendimento, mas fazendo com que eles sejam ouvidos, compreendidos e respeitados.

Neste estudo concluiu-se que o avanço tecnológico investido nos hospitais propiciou uma forte discussão sobre a participação humana e as atividades multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares pela busca da qualidade de atendimento. Neste contexto, faz-se necessário o exercício da interdisciplinariedade no atendimento, com a participação efetiva de médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, e tantos outros profissionais que através de um trabalho em equipe compilem suas experiências na busca por um atendimento mais humanizado e conseqüentemente com muito mais qualidade.

No âmbito da qualidade em atendimento em hospitais, destacou-se também a importância da acreditação hospitalar, um novo conceito de qualidade combinando segurança com ética profissional, responsabilidade e qualidade do atendimento. Segundo a ONA, futuramente significará uma marca reconhecida pelos usuários. O interesse em se tornar um hospital acreditado é voluntário, sendo que a certificação só será expedida após o atendimento aos padrões de qualidade definidos em manuais de qualidade elaborados pela ANVISA e ONA. São poucos os hospitais acreditados no Brasil; hoje são em torno de 80 (oitenta).

Constatou-se que algumas normas que o Governo federal vem lançando, tem buscado sensibilizar a importância do grau de satisfação do usuário como ferramenta na busca pela qualidade em atendimento nos hospitais. Exemplo disto é a publicação, no ano de 2000 do Decreto Nº 3.507 que trata da qualidade de atendimento aos usuários do serviço público e em 2001 o lançamento do Programa de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) através da Portaria GM Nº 881/2001 reconhecendo a necessidade de melhorar a qualidade de atendimento. Recentemente o governo divulgou a Carta dos direitos dos Usuários de Saúde

publicada através da Portaria MS nº 675, de 30 de março de 2006, elaborada pelo Ministério da Saúde. A carta está baseada nos seis princípios básicos de cidadania.

O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade dos serviços prestados pelo SASC e assim propiciar àqueles que o administram as informações para superar as dificuldades encontradas no atendimento, melhorando a qualidade dos serviços. Através da pesquisa de opinião aplicada foi-nos possível perceber que, de uma maneira geral, o SASC atende as necessidades dos seus usuários e presta um serviço com qualidade no atendimento. Ficaram evidenciadas através da pesquisa algumas medidas que poderão vir a colaborar com a melhoria na qualidade do atendimento do SASC destacadas pelos entrevistados. Essas medidas são: diminuição no tempo de espera para marcações de consulta para especialistas abrindo mais vagas; diminuição do tempo de espera para o atendimento revendo a forma de marcação de consultas, consultas por hora marcada, por exemplo; ampliação do espaço físico; aproveitamento das desistências através de uma lista de espera; melhorar a sinalização para encontrar o local; aprimorar o conforto dos ambientes com aumento dos números de cadeiras mais confortáveis e conserto das já existentes; divulgar através de cartazes e folhetos explicativos a forma como o usuário pode formular sua reclamação e manifestar sua sugestão; utilização de vídeos com matérias informativas sobre saúde na sala de espera; mais equipamentos para realização de exames; buscar um atendimento mais humanizado onde médico e técnicos se apresentem pelo nome e demonstração de mais interesse aos sentimentos e informações prestadas pelo paciente.

Pelo exposto conclui-se que uma boa forma para medir a qualidade do atendimento dos serviços prestados em hospitais é através da utilização da satisfação do usuário. O governo já descobriu isso; resta saber se seus agentes também. Neste estudo de caso com usuários do SASC ficou demonstrado que a satisfação/insatisfação com diversos questionamentos inerentes ao funcionamento do serviço acabou por identificar a origem de alguns obstáculos que impedem um atendimento com mais qualidade, permitindo a reflexão e a melhoria.

REFERÊNCIAS

AGUAYO, Rafael. **Dr. Deming. O Americano que ensinou a qualidade total aos Japoneses**. Rio de Janeiro. Record. 1993.

BARBETTA, Pedro Alberto. **Estatística aplicada às ciências sociais**. Florianópolis, UFSC. 2006

BETTS, J. **Considerações sobre o que é Humano e o que é Humanizar**. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Brasília, 2001. Disponível em: <www.humaniza.org.br>. Acesso em: 14 mai.2007.

BRASIL, Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL, **Decreto nº 3.507, de 13 de julho de 2000**. Brasília, DF: Senado, 2000.

BRASIL, ONA, **Organização Nacional de Acreditação. Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares**. Brasília. 2004.

BROCKA, Bruce & BROCKA, M. Suzanne. **Gerenciamento da Qualidade**. São Paulo. Ortiz de Souza. 1994.

BODENMULLER, M. S. Lílian. **Equipe transdisciplinar: um estudo de caso na UFSC.** Florianópolis. UFSC. 2003.

CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DE SAÚDE. Disponível em <www.saude.gov.br/saude>. Acesso em: 14 mai. 2007.

CROSBY, Philip B. **Qualidade é Investimento.** Rio de Janeiro. José Olympio. 1984.

GODOY, Arilda Schmidt. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades.** Revista de Administração de empresas. São Paulo. V. 35, nº 2 p.57-63.

GONÇALVES, David. **Serviços. Os primeiros passos para o sucesso.** Florianópolis. Hd Livros. SEBRAE. 1996.

JURAN, J. M. **Juran na Liderança pela Qualidade.** São Paulo. Pioneira. 1993.

_____. **A Qualidade desde o projeto. Os novos passos para o planejamento da qualidade em produtos e serviços.** São Paulo. Pioneira. 1992.

_____. **Juran Planejando para a Qualidade.** São Paulo. Pioneira. 1988.

LAS CASAS, Alexandre Luzzi. **Marketing de Serviços.** São Paulo: Atlas. 1997.

LAPONI, Juan Carlos. **Estatística usando o Excel.** São Paulo: Lapponi Treinamento e Editora Ltda. 2000.

LOVELOCK, Christopher Lovelock & WRIGHT, Lauren. **Serviços, Marketing e Gestão.** São Paulo. Saraiva. 2006.

_____. **Qualidade total em Serviços.** São Paulo: Atlas. 1997.

MATTAR, Fauze Najib. **Pesquisa de marketing.** 2. São Paulo: Atlas, 1997. V. 1.

PALADINI, Edson Pacheco. **Gestão da qualidade no processo: a qualidade na produção de bens e serviços.** São Paulo: Atlas, 1995.

PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR – PNHAH. Disponível em: <www.Humaniza.com.br>. Acesso em 14 mai. 2007.

SÃO THIAGO, Polydoro Ernani de. **Promovendo Saúde & Ensino. Hospital Universitário de Santa Catarina.** Florianópolis: UFSC. 1983.

_____. **A medicina que aprendi, exerci e ensinei.** Florianópolis: UFSC. 1996.

SALLES, Raquel Kuerten. **Análise da atividade laboral dos técnicos de enfermagem de um hospital que adota programa de gestão humanizado: sua influência no comportamento alimentar.** Florianópolis. UFSC. 2004.

SAÚDE PÚBLICA, Revista, **Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde..**
Disponível em: <www.fsp.usp.br/rsp>. Texto de difusão técnico-científica da ANVISA,
2204;38(2):335-6