

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE
VANIA ROCHA FERNANDES

**O PLANEJAMENTO COMO FERRAMENTA DE OTIMIZAÇÃO DA
QUALIDADE NO HOSPITAL MUNICIPAL “RENATO ALBUQUERQUE FILHO”**

MIRANDA/MS
MARÇO/2016

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE
VANIA ROCHA FERNANDES

**O PLANEJAMENTO COMO FERRAMENTA DE OTIMIZAÇÃO DA
QUALIDADE NO HOSPITAL MUNICIPAL “RENATO ALBUQUERQUE FILHO”**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como parte das exigências para
a conclusão do Curso de Gestão em Saúde
da UEMS/Dourados, sob a orientação da
Prof.^a Me. Margareth Giacomassa.

MIRANDA/MS
MARÇO/2016

Você nunca sabe que resultados virão da sua ação. Mas se você não fizer nada, não existirão resultados.

(Mahatma Gandhi)

LISTA DE GRÁFICOS

27

28

29

30

31

31

RESUMO

O trabalho apresentado é resultado de pesquisa quantitativa e qualitativa, tendo como procedimentos técnicos uma pesquisa de campo – observação e entrevistas – que contribuiu para a investigação do problema apresentado. As entrevistas tiveram dois alvos distintos, os usuários – como forma de entender a visão que os mesmos têm do atendimento – e o gestor do Hospital Municipal Renato Albuquerque Filho, no município de Miranda, estado de Mato Grosso do Sul. O objetivo principal da pesquisa foi conhecer os aspectos técnicos e gerenciais do Hospital Renato Albuquerque Filho, valendo-se, para tanto, dos objetivos secundários: a) conhecer procedimentos administrativos; b) conhecer a visão que os usuários têm em relação à qualidade do atendimento prestado. Os resultados permitiram identificar que os usuários têm um conceito bom em relação à instituição. Quanto à gestão, embora ela não seja profissional, uma vez que o diretor é farmacêutico e não administrador, verificou-se que não há um comprometimento das rotinas. Nas considerações finais foram apresentadas algumas sugestões como forma de melhorar a gestão, principalmente através do planejamento estratégico, que hoje não é aplicado na gerência da instituição.

Palavras-chave: Hospital. Gestão. Usuário. Qualidade.

ABSTRACT

The work presented is the result of quantitative and qualitative research, with the technical procedures field research - observation and interviews - which contributed to the investigation of the problem presented. The interviews had two distinct targets, users - as a way to understand the vision that they have of care -. And the manager of the Municipal Hospital Renato Albuquerque Filho, in the municipality of Miranda, State of Mato Grosso do Sul The main objective of the research was meeting the technical and managerial aspects of the Hospital Renato Albuquerque Filho, taking advantage to do so, the secondary objectives: a) meet administrative procedures; b) know the vision that users have in relation to the quality of care provided. The results showed that users have a good concept in relation to the institution. As for management, although it is not professional, since the director is a pharmacist and not an administrator, it was found that there is no impairment of the routines. In the final considerations were some suggestions in order to improve the management, especially through strategic planning, now is not applied in the institution's management.

Keywords: Hospital. Management. User. Quality.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
1.1 OBJETIVO GERAL	11
1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
REVISÃO DA LITERATURA	13
2.1 A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR	14
2.2 QUALIDADE	15
2.3 QUALIDADE EM SAÚDE.....	18
2.4 PLANEJAMENTO	19
2.5 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO	21
PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS.....	22
RESULTADOS E DISCUSSÕES	24
4.1 VISÃO DO GESTOR.....	25
4.2 PROCEDIMENTO AMBULATORIAL	27
4.3 PROCEDIMENTO HOSPITALAR	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	35

INTRODUÇÃO

Apesar das tentativas do poder público em fazer da rede básica de serviços de saúde – principalmente através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das Unidades de Estratégia de Saúde da Família (UESF) – a porta de entrada para sistema público de saúde, percebe-se que não é exatamente isso que vem ocorrendo no conceito da população.

A experiência profissional da área de saúde permite considerar que, apesar de todo aparato preventivo e as UBS à disposição da comunidade, o atendimento ambulatorial hospitalar ainda é procurado por grande parte da população. Provavelmente isso ocorra em função da cultura de que no hospital o atendimento será mais rápido, haverá um número maior de médicos e enfermeiros à disposição, assim como medicamentos e recursos diversos, atendendo as expectativas do paciente quanto à satisfação de uma necessidade de saúde.

No decorrer dos anos a instituição hospitalar sofreu grandes mudanças, COM crescentes avanços tecnológicos e a ampliação dos conhecimentos na área científica, vêm provocando uma revolução no que se refere à função dos hospitais, principalmente os públicos.

Segundo Ferreira (2005) nos primórdio da configuração da instituição hospitalar – Século XVIII - ela era uma espécie de depósito de pobres doentes, sem grandes perspectivas de recuperação, e onde a estrutura, o aparelhamento, os métodos e os recursos humanos não eram exatamente um modelo de qualidade e excelência. Os médicos de então prestavam serviços nesses hospitais, a maioria de forma gratuita, por se tratar da oportunidade de adquirir conhecimentos e realizar experiências.

Aos poucos esse quadro foi mudando, com a separação de pessoas doentes (que eram encaminhadas aos hospitais) e pessoas pobres (encaminhadas ao atendimento social).

Doença e pobreza passam a ser entidades separadas. O hospital é lugar dos doentes necessitando cuidados médicos, e os pobres são encaminhados aos hospícios, locais de assistência social. Por outro lado, a construção e renovação dos edifícios melhoram a imagem de acolhimento e estadia, distinguindo-se daquela antiga — de instituição como depósito de pobres. Os usuários com problemas sociais são encaminhados para outras instituições, com pessoal competente e adaptado, a fim de que o hospital possa exercer sua função específica: atender patologias. Logo se cria um conflito entre os médicos interessados no progresso da ciência e a

administração pública, que deseja que o hospital seja também um local de assistência aos pobres (FERREIRA, 2005, p. 115).

Cerca de três séculos depois os hospitais em nada lembram aqueles estabelecimentos. Novos conhecimentos, métodos e alta tecnologia levaram à instituições modernas. Isso implica também na busca pela otimização do processo de gerenciamento hospitalar, nos mesmos moldes de uma moderna e competitiva empresa. Embora não se enseje exatamente uma competição entre as instituições hospitalares públicas, é fundamental que a gestão atue como se assim o fosse, como forma de alcançar a excelência no atendimento.

Os avanços relativos à descoberta de novos tratamentos e alta tecnologia provocaram a alteração do ambiente das instituições hospitalares, levando à necessidade de implantar um gerenciamento inovador, sistematizado, e que ofereça instrumentos para tomada de decisões. Isso porque, a tecnologia e a modernização não são a panaceia para os problemas e eventuais pontos de estrangulamento da gestão. É fundamental a adoção de planejamento e estratégias capazes de facilitar a tomada de decisão.

Verifica-se pela literatura que hospital moderno tem buscado se ajustar ao novo modelo, onde o objetivo deixou de ser apenas o de tratar e curar doentes, passando a focar também o conforto e o bem-estar dos usuários. Isso tem levado a instituição hospitalar a abandonar a visão austera que sempre a caracterizou, procurando oferecer um ambiente leve, mais familiar e com harmonia. Na busca desse novo modelo, e para ser eficiente, a instituição hospitalar deve focar na qualidade dos serviços, contribuindo com a melhoria da prestação dos mesmos aos usuários (SENHORAS, 2007).

Entretanto, a organização hospitalar é relativamente complexa, uma vez que conta com infraestrutura de instalações, equipamentos, instrumentos, médicos, funcionários diversos, recursos financeiros e especialmente os usuários que buscam tratamento ou consulta. Isso implica na necessidade de uma gestão eficiente para administrar adequadamente esse aparato, devendo o gestor ter amplos conhecimentos de recursos humanos, área financeira, tecnologia etc. Tudo isso considerando que o objetivo da instituição hospitalar é:

Recuperar, manter e incrementar os padrões de saúde de seres humanos. Essas funções demandam um conjunto altamente divergente e complexo de atividades, tais como a realização de atendimentos, exames, diagnósticos e tratamentos, o planejamento e execução de internações, intervenções cirúrgicas e outros procedimentos (SENHORAS, 2007, p. 45).

A instituição hospitalar pública deixou de ser um depósito de pobres doentes, constituindo-se em centro de serviços onde são despendidos esforços técnicos e de gestão, realizados por diferentes tipos de profissionais. Isso infere em que a gestão das instituições tem papel importante, uma vez que à mesma cabe administrar recursos materiais, físicos e humanos, distribuindo-os de forma adequada, coordenando ações e perseguindo resultados positivos. Entende-se então, dentro deste contexto de perseguir resultados positivos, que o principal objetivo da gestão deve ser a melhoria contínua da qualidade dos serviços oferecidos aos usuários, uma vez que eles são essenciais, pois estão relacionados à vida e ao bem-estar das pessoas (SENHORAS, 2007).

Assim, além de administrar recursos financeiros, materiais, físicos e humanos, o gestor precisa estar atento ao bem-estar das pessoas, já que este é um dos objetivos principais da instituição hospitalar pública. Dentro deste conceito, elencou-se como tema da pesquisa a “Gestão Hospitalar”.

Para Galvão (2003) gestão hospitalar pode ser entendida como um conjunto de ferramentas que tem como objetivo a qualidade na prestação de serviços em saúde focados no paciente – no caso do hospital público, o foco é o usuário do SUS. O gerenciamento de instituições da área pública de saúde pode ser considerado mais complexo que o de outras áreas, uma vez que o resultado dos serviços prestados é o bem estar das pessoas que buscam o atendimento.

É nas cidades de pequeno porte que se verificam as maiores dificuldades nas questões de gestão hospitalar. Via de regra a demanda é sempre maior que a oferta e, considerando que é a ponta do atendimento, onde se dá o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde, é onde devem ser tomadas decisões importantes sobre a sequência dos procedimentos. Além do mais, os recursos são sempre escassos, existe deficiência de recursos humanos, e outros pontos que obrigam o gestor a exercitar a criatividade para manter a qualidade dos serviços prestados. Assim, a gestão profissional é ingrediente fundamental.

Na perspectiva de avaliar as possibilidades e as dificuldades relacionadas à gestão de uma instituição hospitalar, principalmente a utilização do planejamento estratégico, foi escolhido como título do presente trabalho: “O planejamento como ferramenta de apoio na gestão de um hospital de pequeno porte”.

Independente da responsabilidade pelo gerenciamento e financiamento das instituições hospitalares públicas – União, Estados ou Municípios – a realidade é que

o Brasil vive uma crise no setor, em função de fatores diversos onde o carro chefe são os altos custos para manter essas instituições bastante complexas.

Para Galvão (2003) um hospital é um centro de serviços que são disponibilizados aos usuários por meio de esforços técnicos, recursos humanos e de gestão, realizados por diferentes tipos de profissionais. Isso implica em que à gestão dessas instituições cabe papel fundamental, sendo a mesma responsável pela disponibilização de recursos materiais, físicos e humanos, distribuindo-os adequadamente, coordenando ações e resultados. Tem-se então, que o principal objetivo do gestor hospitalar deve ser a busca pela melhoria contínua da qualidade, uma vez que todos os serviços oferecidos pela instituição são igualmente essenciais. Infere-se então, que o gestor deve coordenar recursos e serviços, possibilitando o equilíbrio e a harmonia capazes de proporcionar os resultados positivos.

Considerando a complexidade da administração de uma instituição hospitalar, é fundamental que ela utilize um planejamento como forma de melhor se capacitar a atingir objetivos e metas. Teixeira (*in* GONÇALVES, 2006) afirma que, ao planejar, o gestor precisa ter bem definido quais são os objetivos da instituição para então definir as ações capazes de atingir esses objetivos. Ao utilizar o planejamento estratégico como ferramenta de apoio na gestão hospitalar, abre-se a possibilidade de conhecer e trabalhar os pontos fortes e fracos da instituição, como a motivação da equipe de trabalho, por exemplo, importante para a consecução dos objetivos comuns da instituição.

A partir de tudo o que foi exposto, o presente estudo tem sua importância em face da necessidade de resposta para o seguinte questionamento: “Até que ponto o planejamento pode auxiliar na gestão de um hospital de pequeno porte?”

Toda vez que se formula uma pergunta dentro de um projeto de pesquisa, tem-se uma provável resposta (hipótese), seja a partir de algum conhecimento pessoal sobre a área a ser pesquisada, seja pelo exposto pela literatura pertinente. A pesquisa é então realizada a partir do problema, por meios que permitam encontrar a resposta definitiva. Está poderá comprovar ou não a resposta provisória – a hipótese. Considerando o problema formulado, a hipótese é de que: “O planejamento permitirá ao gestor conhecer as dificuldades internas e externas do hospital, assim como o potencial de suas forças internas, contribuindo para traçar metas e definir ações na busca da consecução dos objetivos”.

Gestão em saúde não é um tema dos mais fáceis, dada a complexidade de suas variáveis e o fato de estar relacionada diretamente com a demanda e necessidades da saúde, da vida e do bem estar das pessoas.

Como já foi citado anteriormente, o sucesso de hoje não é garantia de sucesso amanhã, e a dinâmica das novas relações entre empresas (instituições públicas) e clientes (usuários) não mais admite amadorismo em qualquer tipo de gestão. Segundo Bertussi (2015), não há como se aceitar que decisões importantes, como as ligadas a uma instituição hospitalar, sejam tomadas a partir de critérios originados apenas no bom senso ou em experiências passadas.

Dentro deste conceito, é imprescindível que o gestor tenha conhecimentos em administração, capacidade para analisar os desafios que se apresentem, competência para definir as ações a serem realizadas, atitudes proativas em relação ao ambiente e não apenas reativas e, acima de tudo, comprometimento com o objetivo de alcançar resultados positivos. Isso só ocorrerá caso haja um planejamento preciso e eficiente, capaz de identificar as dificuldades, otimizar as possibilidades, organizar e alocar todos os recursos, sejam humanos, materiais e financeiros objetivando atingir os propósitos com qualidade e eficiência (CHIAVENATO, 2009).

A literatura permite considerar que muitas organizações de saúde enfrentam dificuldades devido à falta de planejamento. Muitas instituições hospitalares de pequeno porte, onde o ingrediente político tende a ser mais forte, não dão a devida importância a esse processo de gestão. É um grande erro, uma vez que é fundamental incorporar e implementar este processo de gestão, até porque nos dias de hoje é vital que a instituição defina sua forma de gestão e isso se dá, principalmente, através da implantação do planejamento estratégico. “Enquanto a estratégia [...] se preocupa com o ‘o que fazer’ para atingir os objetivos empresariais propostos, o planejamento estratégico volta-se para o ‘como fazer’ [...]” (CHIAVENATO, 2009, p. 200).

Diante disso, entende-se como sendo importante avaliar a gestão de um hospital de pequeno porte, no caso do Hospital Municipal Renato Albuquerque Filho, do município de Miranda, Estado de Mato Grosso do Sul.

1.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer os aspectos gerenciais do Hospital Renato Albuquerque Filho, e os resultados destes na opinião dos usuários.

1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Conhecer o ambiente hospitalar e a visão do gestor;
- b) Teorizar sobre o planejamento estratégico;
- c) Conhecer a visão dos usuários quanto a qualidade dos serviços prestados.

REVISÃO DA LITERATURA

Segundo Paim e Alves Filho (1998) é possível afirmar que a área da saúde sempre esteve vinculada ao social e, neste conceito, foi sendo articulada de acordo com as conjunturas e propostas do binômio Estado/Sociedade, atendendo necessidades e problemas surgidos a cada período. Não cabe no presente trabalho abordar a gênese das políticas de saúde pública, mas analisar apenas a partir do surgimento do modelo atual – o SUS.

A década de 1980 do século passado assistiu a transição entre a ditadura militar e a redemocratização do País. Ao mesmo tempo diversas conjunturas internas e externas levaram a um processo de estagnação econômica com consequências sociais que impactaram a Previdência Social e, automaticamente, a saúde pública, que estava a ela vinculada. Não restava ao Governo alternativa a não ser buscar um novo modelo de política de saúde, o que redundou na convocação da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada entre os dias 17 e 21 de março de 1986 em Brasília/DF, que tinha como finalidade apresentar uma nova proposta de política de saúde nacional (ANDRADE; SOARES; CORDONI JUNIOR, 2001).

Para Westphal e Almeida (2001) foi talvez o mais importante acontecimento na área de saúde pública do século, não apenas pela tentativa de encontrar um novo modelo de gestão e atendimento, mas principalmente pelo caráter democrático e do processo social. Primeiro porque a comissão organizadora era composta por parlamentares e representantes da sociedade civil organizada, como entidades sindicais de trabalhadores e empregadores, órgãos de classe dos profissionais de saúde, partidos políticos e instituições públicas envolvidas com a área da saúde. As propostas apresentadas foram discutidas inicialmente nos municípios e depois nos estados, e sistematizadas num documento nacional.

No caso de Miranda (caracterizada em capítulo específico), segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento, a I Conferência Municipal de Saúde foi realizada somente em 2001, quando o Estado realizou sua III Conferência Estadual de Saúde e aconteceu a 11ª Conferência Nacional de Saúde (MIRANDA, 2015).

Outro fator importante foi a Constituição Federal, outorgada em 1988 (BRASIL, 2004), que trouxe importantes avanços em relação à proteção social, antes não tratados pela legislação, como a universalidade do direito aos benefícios

previdenciários a todos os cidadãos, contribuintes ou não do sistema. Ao abandonar o conceito de seguro social e adotar o de seguridade social, permitiu-se a instituição de um conjunto integrado de ações assegurando, entre outros, os direitos relativos à saúde (COHN e ELIAS, 2002).

Esse direito está assegurado no artigo 196 da Constituição Federal: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2004).

As novas relações entre as esferas de governo – Federal, Estadual e Municipal – abriram caminho para o Sistema Único de Saúde (SUS). A espinha dorsal da política do SUS está no artigo 198, onde está definido que, através da rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde, sejam desenvolvidas diretrizes de descentralização e de atendimento integral preventivo/assistencial e de participação da comunidade. Foi na década de 1990 que teve início a efetivação do Sistema Único de Saúde (ANDRADE; SOARES; CORDONI JUNIOR, 2001).

Tendo como base a Constituição Federal e a legislação posterior, o SUS se norteia por três princípios doutrinários fundamentais:

- **Universalidade** – trata da garantia de que todo cidadão receberá a atenção do sistema, dentro do que preceitua a Constituição Federal;
- **Equidade** – todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer;
- **Integralidade** - reconhece que o cidadão deve ser atendido de forma integral por um sistema também integral, capaz de promover proteger e recuperar sua saúde (BRASIL, 2015).

2.1 A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Na mitologia grega havia um Deus atribuído a arte da cura - Asclépio. Nesse período, na Grécia Antiga é que teriam surgidos os praticantes de uma medicina leiga, através de pessoas que preparavam e vendiam seus medicamentos, uma preparação de remédios com ervas e raízes medicinais (CALEGARI, 2003).

Posteriormente, Hipócrates de Cós (460-380 a.C) desenvolveu o estudo da anatomia humana, o que permitiu conclusões baseadas no raciocínio indutivo, abrindo caminho para conhecer e descrever várias doenças e, assim, possibilitando a indicação de tratamentos adequados. Criador também da ciência da embriologia, estudou ovos de galinha em vários estágios de incubação. Passava-se, então, à abordagem natural das doenças e o confronto com as interpretações mágicas e religiosas que imperavam naquela época (CALEGARI, 2003).

Mais tarde, entre os séculos I a.C e I d.C, os romanos construíram o que se pode considerar os primeiros estabelecimentos hospitalares. Eram instituições que se destinavam ao abrigo e tratamento de pessoas doentes, “os *Valetudinárias*”, que se dedicavam a tratar principalmente os soldados, já que Roma tinha pressa em reaproveita-los na sua política expansionista (CALEGARI, 2003).

Ainda de acordo com Calegari (2003) foi a partir do século VI d.C, surgiram os primeiros estabelecimentos que cuidavam e abrigavam doentes e necessitados, sob responsabilidade do clero. Entretanto, para eles as doenças eram castigos divinos, e o tratamento se dava por meio de medicamentos acompanhados por arrependimento e oração. Foi ainda nesse período que começou o rompimento do conceito “divino” das doenças, reforçando o pensamento de Hipócrates de Cós.

[...] os conhecimentos médicos da antiguidade dificilmente teriam sido transmitidos às gerações seguintes, caso não tivessem sido preservadas pelos seguidores de atitudes consideradas heréticas. Atribui-se particularmente aos nestorianos o processo de difusão da cultura grega, a partir do século V, onde o Arcebispo Nestor rompeu teologicamente com a doutrina cristã (CALEGARI 2003, p. 22).

Hoje o conceito de hospital é o de uma instituição prestadora de serviços na prevenção e restauração da saúde.

[...] o hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde cuja função é dispensar à comunidade completa assistência médica, preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio e ainda um centro de formação dos que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais (MEZZOMO, 2003, p. 20).

Atualmente de busca a humanização no acolhimento e nos procedimentos hospitalares, de acordo com (Calegari, 2003), uma vez que se entende que a instituição deve proporcionar o bem estar físico, social e mental do ser humano, considerando que é nele que se retrata a fragilidade do indivíduo. É no hospital que se vê claramente a fraqueza e a força do ser humano na luta para vencer a morte.

2.2 QUALIDADE

Embora num primeiro momento a impressão seja de que a preocupação com a qualidade é algo relativamente novo, produto das exigências de uma sociedade globalizada, a verdade é que qualidade tem sido perseguida há séculos. Segundo Oliveira (2004), por volta de 2150 a.C., o código de Hamurabi¹ já demonstrava um preocupação com a durabilidade e funcionalidade das habitações produzidas na época, de tal forma que, se um construtor negociasse um imóvel que não fosse sólido o suficiente para atender à sua finalidade e desabasse, ele, o construtor, seria imolado. Os fenícios amputavam a mão do fabricante de determinados produtos que não fossem produzidos, segundo as especificações governamentais, com perfeição.

Segundo o que escreve Oliveira (2004) os romanos, ainda neste período, desenvolveram técnicas de pesquisa altamente sofisticadas para época e as aplicavam principalmente na divisão e mapeamento territorial para controlar as terras rurais incorporadas ao império. Desenvolveram padrões de qualidade, métodos de medição e ferramentas específicas para execução desses serviços. Pode-se ainda, citar os avançados procedimentos adotados pela França durante o reinado de Luís XIV em 1815, que detalhavam critérios para escolha de fornecedores e instruções para supervisão do processo de fabricação de embarcações.

Entretanto, para Trigueiro (2001) foi somente a partir do primeiro quartel do século passado que a qualidade passou a receber maior atenção das organizações.

Foi somente no século 20 que a qualidade passou a ser o foco das organizações. A qualidade começou a ser colocada em prática inicialmente na indústria a partir do século XX, mais especificamente nos anos 20, com o objetivo de evitar que produtos com defeitos chegassem às mãos dos consumidores. (TRIGUEIRO, 2001, p.3)

Ainda de acordo Trigueiro (2001), na década de 1970 iniciou-se no Brasil, uma ação conjunta entre as empresas para melhorar a gestão da qualidade de produtos e serviços, que com a crescente demanda passou a exigir cada vez maior a qualidade no atendimento e nos produtos.

Diante do exposto, pode-se perceber que foi percorrido um longo caminho para que as teorias e práticas da gestão da qualidade chegassem até o estágio em

¹ Um dos mais antigos conjuntos de leis escritas já encontrados, e um dos exemplos mais bem preservados deste tipo de documento da antiga Mesopotâmia. Estima-se que tenha sido elaborado pelo rei Hamurábi por volta de 1700 a.C. (www.suapesquisa.com.br).

que se encontram. Oliveira (2004) destaca que a evolução da qualidade passou por três grandes fases: Era da Inspeção, Era do Controle Estatístico e Era da Qualidade.

Na era da inspeção, que datada entre o século XVI e XVII, o produto era verificado (inspecionado) pelo produtor e pelo cliente, o que ocorreu pouco antes da revolução industrial, período em que atingiu seu auge. Os principais responsáveis pela inspeção eram os próprios “artesãos”. Nessa época, o foco principal estava na detecção de eventuais defeitos de fabricação, sem haver metodologia preestabelecida para executá-la (OLIVEIRA, 2004).

As décadas de 1930 e 1940 foram marcadas pelo surgimento da era do controle estatístico, o controle da inspeção foi aprimorado por meio da utilização de técnicas estatísticas. Em função do crescimento da demanda mundial por produtos manufaturados, inviabilizou-se a execução da inspeção produto a produto, como na era anterior, é a técnica da amostragem passou a ser utilizada (OLIVEIRA, 2004).

A terceira fase conhecida como era da qualidade total, que tem sua origem na década de 1950, na qual se enquadra o período em que estamos vivendo a ênfase passa a ser o cliente, tornando-se o centro das atenções das organizações que estão focadas em satisfazer suas necessidades e expectativas. A principal característica da terceira fase, que é vivenciada na atualidade, é que a empresa no todo passa a ser responsável pela garantia de qualidade de seus produtos e serviços, envolvendo todos os funcionários e todos os setores (OLIVEIRA, 2004).

Com o advento de clientes mais exigentes, para os quais não bastava um bom produto e um preço baixo, a qualidade passou a ser mais importante, não apenas em relação ao produto, mas também ao atendimento e aos serviços. O cliente passou a ocupar o topo da pirâmide do processo. Qualidade passou a ser o diferencial procurado pelas instituições.

Ainda de acordo com Oliveira (2004) a qualidade é fácil de reconhecer, mas é difícil de definir. Não existe uma definição global de qualidade, visto que elas surgem em diferentes circunstâncias, tornando-a um fenômeno complexo. O fato é que a qualidade é considerada universalmente como algo que afeta a vida de cada indivíduo de uma forma positiva.

Para DEMING (1990 p.137) “Qualidade é sentir orgulho do trabalho bem feito [...] Aprimoramento da qualidade eleva a produtividade [...] Máxima utilidade para o consumidor”. Assim, em qualquer local onde existir qualidade, pode se inferir que exista o orgulho e a satisfação do trabalho realizado. Tal situação faz com que se

gere mais empenho de todos e conseqüentemente maior produtividade e crescimento.

Para Ferreira e Sganzerlla (2000) qualidade não é um processo para solucionar problemas localizados, implicando planejamento a longo prazo.

A melhoria da qualidade no atendimento não deve ser vista como um processo de "soluções temporárias". É uma iniciativa de longo prazo que exige mudança e reestruturação organizacional. Elevar o nível de conscientização da equipe dirigente é pré-requisito para dar início e continuidade à iniciativa. Começa por ensinar aos gerentes os conceitos básicos da qualidade. Eles precisam entender a definição da qualidade e valorizar suas profundas conseqüências para o sucesso, em longo prazo, da empresa. Ainda mais importante, os gerentes devem identificar-se e sentir-se à vontade com seu papel no processo de melhoria da qualidade (FERREIRA & SGANZERLLA, 2000, p. 40).

Assim, infere-se que qualidade é uma função da instituição que tem como finalidade confirmar que todas as atividades estão sendo conduzidas da forma requerida, tanto em relação a produtos como a serviços.

2.3 QUALIDADE EM SAÚDE

De acordo com D'Innocenzo; Adami; Cunha (2006) desde que o atendimento hospitalar foi instituído nos moldes atuais existe a preocupação com a qualidade dos serviços, uma vez que se entende que, ao agir sobre a vida das pessoas, não há como negligenciar esforços no sentido de fazê-lo da melhor forma possível, ou seja, com qualidade.

Dentro deste contexto, nos últimos anos o SUS tem orientado no sentido de se buscar sempre melhor qualidade nos serviços, como forma atender as necessidades e expectativas dos usuários. Assim, ela se constitui em processo complexo, dinâmico e ininterrupto, requerendo ações amplas e abrangentes.

Segundo Paladini (2007) isso requer atividade permanente de identificação de falhas nas rotinas e procedimentos, implicando em revisão e atualização periódica dos mesmos, a partir de envolvimento de todos os atores do processo. Para tanto, a gestão e os funcionários devem ter consciência de que vale a pena buscar a qualidade do serviço.

De acordo com o que define a Organização Mundial da Saúde – OMS, qualidade da assistência à saúde envolve “um conjunto de elementos que incluem: um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um

mínimo de riscos e um alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde” (OMS, 1993 *apud* D’INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006, p.85).

Assim, a qualidade dos serviços hospitalares está diretamente ligada a benefícios prestados de forma a atender as expectativas e necessidades dos usuários, alcançando o maior número deles e com a instituição assumindo o compromisso de instituir uma melhoria constante.

Isso não é tarefa fácil, de forma mais acentuada em municípios de pequeno porte, onde a pactuação é apenas para atendimento de baixa complexidade. Como foi dito anteriormente, a rede de atendimento em saúde não conseguiu se constituir na porta de entrada para o sistema, e os hospitais continuam sendo procurados por muitos pacientes que poderiam ser atendidos nas UBS ou nas UESF, o que provoca, muitas vezes, uma sobrecarga que compromete a qualidade do atendimento. Para a população, não é muito fácil entender a diferença entre ambulatorial e o pronto atendimento, ou entre atendimento de urgência e emergência. Esse desconhecimento pode estar levando ao comprometimento da qualidade dos procedimentos, o que deverá ser convenientemente avaliado pela pesquisa a ser realizada.

2.4 PLANEJAMENTO

Empresas – e aqui devem ser incluídas também as instituições públicas – que são bem estruturadas enfatizam a utilização de programas que procuram identificar caminhos que permitam melhorar as condições administrativas e desenvolver suas atribuições em direção ao fortalecimento de sua posição no ambiente. É nesse ponto que se destaca a importância do planejamento, uma vez que por meio dele ela pode definir aonde quer chegar e quais objetivos deve atender para esse fim. Identificados esses objetivos, ela pode focar a importância e a prioridade de cada um, assim como a forma de atingi-los.

De acordo com Maximiano (2007) planejar é ao mesmo tempo um processo, uma habilidade e uma atitude. Assim como o contrário de eficiência é o desperdício, o contrário de planejamento é improvisação. O planejamento é a mais importante das funções gerenciais.

O processo de planejamento é a ferramenta para administrar as relações com o futuro. É uma aplicação específica do processo de tomar decisões. As decisões que procuram, de alguma forma, influenciar o futuro, ou que serão colocadas em prática no futuro, são decisões de planejamento. Além de ser um processo de tomar decisões, o planejamento é uma dimensão das competências intelectuais. Para a moderna psicologia, planejar é uma função cognitiva superior, um tipo refinado de habilidade. A decisão e a capacidade de lidar com o futuro por meio do planejamento refletem, portanto, uma forma de inteligência. (MAXIMIANO, 2007, p. 114)

Segundo Maximiano (2007) de forma geral as organizações buscam a transformação como forma de crescer, sobreviver, ou estarão fadadas ao desaparecimento. A diferença entre crescimento, estagnação ou desaparecimento está intrinsecamente ligada à capacidade de lidar com os processos de mudança. A capacidade de buscar melhorias ou sobrevivência está ligada às atitudes dos administradores. Por sua vez, a atitude pode ser proativa ou reativa, o que repercute também na forma como a empresa será afetada pelos eventos.

Maximiano (2007, p. 116) afirma que a “atitude proativa é representada pelas formas que desejam e impulsionam as mudanças na organização”. Quando mais rápida for a antecipação da empresa em relação ao futuro, mais proativa será a atitude. A medida que essa resposta diminuiu a atitude mais se aproxima da reativa. Por outro lado Maximiano (2007, p. 116) diz que a “atitude reativa é representada pelas forças que desejam e preservam a estabilidade, a manutenção do *status quo*”.

Entretanto, Maximiano (2007) afirma que as empresas não devem manter apenas uma atitude – proativa ou reativa – uma vez que a existência das duas é importante para a instituição, uma vez que a proativa contribui para proporcionar o crescimento e a mudança, enquanto a reativa proporciona os mecanismos para a manutenção do equilíbrio e impedir que sejam realizadas mudanças abruptas e sem necessidade. Essa convivência leva ao equilíbrio de forças na empresa.

2.3.1 Planejamento estratégico

Nenhuma empresa ou instituição está no ambiente de serviços por acaso, e todas têm como objetivo alcançar o sucesso. Entretanto, esse sucesso não está seguro com base em variáveis como qualidade, atendimento e preços. Existe muito mais envolvendo o futuro da empresa.

É bem possível uma empresa alcançar o sucesso inicial, sem real conscientização de suas causas; entretanto, é muito mais difícil continuar bem, ramificando-se em novos empreendimentos e negócios, sem a

apreciação exata do 'significado de suas estratégias. (MAXIMIANO, 2007, p.185)

A empresa precisa adotar estratégias que lhe permitam trazer benefícios frente à concorrência, dando maior ênfase a seus clientes, aproveitando todos os recursos que possui a sua disposição.

Quando se ouve o termo estratégia logo se tem em mente o sentido militar, disputa. Na verdade o conceito do termo está ligado às organizações militares.

Estratégia é a seleção dos meios para realizar objetivos. O conceito de estratégia nasceu das situações de concorrência: guerra, jogos e negócios. A realização do objetivo significa anular ou frustrar o objetivo do concorrente, especialmente quando se trata de inimigo ou adversário que está atacando ou sendo atacado. A palavra estratégia também envolve certa conotação de astúcia, de tentativa de enganar ou superar o concorrente com a aplicação de algum procedimento inesperado, que provoca ilusão ou que o faz agir não como deveria, mas segundo os interesses do estrategista. (...) Na atualidade, a estratégia abrange tanto as situações de concorrência como as de colaboração. Empresas que são ou seriam concorrentes fazem alianças estratégicas, para ganhar vantagens e assegurar sua sobrevivência. (MAXIMIANO, 2007, p. 329-330).

Assim, atualmente a estratégia é encarada como ferramenta que atende não apenas numa ação de concorrência, mas também numa ação de colaboração para as organizações. Para Maximiano (2007) a estratégia se faz presente em qualquer situação onde se projetam objetivos assim como quando se definem os meios para alcançar os mesmos.

Por planejamento estratégico entende-se o processo pelo qual se estrutura a trajetória da empresa e os objetivos que se pretende alcançar, considerando a missão da empresa seu desempenho, desafios e oportunidades, pontos fortes e fracos e competência dos planejadores.

2.5 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

O município de Miranda localiza-se no Estado de Mato Grosso do Sul, na microrregião MRG 02 Aquidauana, tendo as seguintes coordenadas geográficas: latitude 20°14'26"S e longitude 56°22'46"W, distância 205 km da Capital do Estado. Com uma área territorial de 5.479 quilômetros quadrados, e uma população de 27.104 habitantes (IBGE, 2016). Miranda possui densidade demográfica de 4.37 h/km², ficando abaixo da média do estado que é de 6,4 h/km². Está colocada em 51º lugar no estado quanto ao Índice de Desenvolvimento Urbano Municipal, com a

marca de apenas 0,724, sendo o município de número 2.544 no ranking nacional, e a expectativa de vida da população é de 72 anos (IBGE, 2016).

Segundo o Jornal da Cidade (2002) no ano de 1775, João Leme do Prado percorreu a região a mando do governador Luiz de Albuquerque de Melo Pereira e Cáceres, para identificar um local onde pudesse ser erguida uma fortificação. Três anos depois, em 1778, foi enviado para terminar o trabalho, uma vez que o local fora escolhido. Nascia o “Presídio de Nossa Senhora do Carmo do Rio Mondego”, em homenagem à santa que se comemorava naquela data, 16 de julho, e ao rio, então conhecido como Mondego. Mais o rio foi rebatizado para Rio Miranda, o mesmo acontecendo com a cidade, em 1797.

PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

Na concepção de Gil (1991) uma pesquisa pode se entendido como tendo os seguintes objetivos: resolver problemas específicos, gerar teorias ou avaliar teorias existentes. Isso coloca que não existe pesquisa sem teoria. A partir deste conceito neste capítulo será abordado o tipo de pesquisa que foi realizada para a consecução do presente trabalho.

De acordo com Roesch (2005) independente do tipo de investigação realizada, algum tipo de metodologia será utilizado. Portanto, é fundamental definir essa metodologia para que a pesquisa alcance os objetivos propostos. Isso implica na descrição da forma de obtenção dos dados que responderão ao problema

apresentado. Eles devem ter cunho científico que possa ser efetivamente comprovado, além de permitir que pessoas estranhas ao ambiente entendam o que se buscou realizar.

Assim, é possível considerar que é o método que assegura que uma pesquisa seja científica, enquanto conjunto de procedimentos utilizados na produção de um novo conhecimento. Lakatos e Marconi (2001) afirmam ser impossível a existência da ciência sem o emprego de algum método científico.

As experiências das pesquisas de campo, baseadas em uma perspectiva mais pragmática e menos orientada para um *sectarismo* epistemológico, sugerem que da combinação das duas abordagens (cada uma no seu uso apropriado) é possível obter ótimos resultados. Por exemplo: queremos saber *quantas* pessoas de uma comunidade conhecem as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), ou o *que* a população desta comunidade sabe sobre as DST? Para responder às preocupações formuladas neste exemplo, precisa-se utilizar métodos qualitativos e quantitativos (SERAPIONI, 2000).

É dentro deste contexto que a pesquisa que forneceu os dados para o presente trabalho se caracteriza pelas abordagens qualitativa e quantitativa.

[...] hoje em dia a pesquisa qualitativa ocupa um reconhecido lugar entre as várias possibilidades de se estudar os fenômenos que envolvem os seres humanos e suas intrincadas relações sociais, estabelecidas em diversos ambientes. Algumas características básicas identificam os estudos denominados qualitativos.

Segundo esta perspectiva, um fenômeno pode ser melhor compreendido no contexto em que ocorre e do qual é parte, devendo ser analisado numa perspectiva integrada. Para tanto, o pesquisador vai a campo buscando captar o fenômeno em estudo a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas, considerando todos os pontos de vista relevantes. Vários tipos de dados são coletados e analisados para que se entenda a dinâmica do fenômeno (GODOY, 1995).

Já em relação à pesquisa qualitativa, Fonseca (2002), conceitua que:

Diferentemente da pesquisa qualitativa, os resultados da pesquisa quantitativa podem ser quantificados. Como as amostras geralmente são grandes e consideradas representativas da população, os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa. A pesquisa quantitativa se centra na objetividade. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc. A utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente (FONSECA, 2002, p. 20).

A pesquisa de campo tem como objetivo buscar mais informações que permitam maior conhecimento sobre determinada situação ou problema. Trata-se de identificar as relações entre determinados fenômenos, dirimindo as dúvidas porventura existentes. Para Lakatos e Marconi (2001) é um levantamento mais

profundo de determinado caso ou grupo sob todos os seus aspectos. Porém, os autores afirmam que se trata de um processo limitado, uma vez que está restrito a um determinado caso, cujas conclusões não permitem a generalização.

Ainda dentro dos procedimentos metodológicos da pesquisa foi realizada uma pesquisa bibliográfica na busca de maiores informações através de obras que falavam sobre o assunto pesquisado. O objetivo foi proporcionar ao pesquisador o embasamento necessário para desenvolver a pesquisa como um todo. Para Lakatos e Marconi (2001) o pesquisador deve interagir com os dados do referencial teórico, e não se limitando a uma simples repetição daquilo que foi escrito sobre determinado assunto. Ela deve permitir ao pesquisador analisar o tema sob novo enfoque que lhe permita novas conclusões.

Em relação à entrevista aplicada na pesquisa de campo, Yin (2010) afirma que há que se ter muito cuidado, uma vez que as respostas podem ser influenciadas por um estado momentâneo de emoção, seja ela positiva ou negativa, em relação ao assunto pesquisado.

No caso da pesquisa de campo, foi aplicado um questionário ao gestor (diretor do hospital) e 30 questionários a usuários da instituição, como forma de mensurar a visão que os mesmos têm da qualidade do atendimento. Os questionários foram aplicados de forma aleatória, entre os dias 10 e 14 de agosto de 2015.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Construído com recursos do Governo do Estado, em área doada pela Prefeitura Municipal, o Hospital Municipal Renato Albuquerque Filho, localizado no Município de Miranda, foi inaugurado no dia 19 de setembro de 2004.

Alvo da pesquisa, é o único estabelecimento hospitalar da cidade possui 24 leitos, um centro cirúrgico, uma sala de obstetrícia, uma farmácia e três ambulâncias. Conta com os seguintes recursos humanos: dois administrativos, cinco médicos, cinco enfermeiros, vinte e cinco técnicos de enfermagem, um farmacêutico/bioquímico, um biomédico, dois técnicos de raio-x, quatro

receptionistas, seis motoristas de ambulância, quatro cozinheiros, duas copeiras e doze serviços gerais.

Foi apresentado um questionário para o gestor do estabelecimento, com 30 questões, que o devolveu respondido dois dias depois. Quanto aos usuários, foram realizadas 32 entrevistas, com a avaliação do atendimento ambulatorial e, no caso do entrevistado já ter sido internado, algumas questões sobre a qualidade dos procedimentos hospitalares.

4.1 VISÃO DO GESTOR

O questionário respondido pelo gestor mostra uma instituição onde praticamente tudo funciona bem. Entretanto, foram verificados alguns contrapontos, como a afirmação de que se adotam métodos para garantir a segurança e integridade física dos usuários. Foram realizadas seis visitas à instituição, e em nenhuma delas havia segurança ou guarda patrimonial, não há estacionamento privativo e as pessoas se obrigam a atravessar uma avenida de trânsito relativamente intenso.

Outra questão colocada foi quanto à afirmação de que é realizada pesquisa de satisfação com os usuários. Quando foram aplicados os questionários, alguns disseram que “até que enfim alguém quer saber o que pensamos”. Isso deixa dúvida quanto à realização da pesquisa institucional. O único canal de comunicação perceptível foi uma caixa para sugestões e reclamações. Entretanto, considerando que a pesquisa foi realizada dentro de curto espaço de tempo, é possível que outras ferramentas de mensuração da satisfação tenham realmente sido utilizadas pela instituição.

Outro ponto contraditório nas respostas é em relação à triagem. O gestor afirma que não é realizado o processo de triagem de urgência e emergência, mas na questão seguinte respondeu que os usuários entendem/aceitam esse processo. Isso infere que entendem e aceitam a não realização da triagem, provavelmente por não estarem acostumados à mesma.

Percebe-se também que não há planejamento prévio na instituição e nem mesmo avaliações sistemáticas dos procedimentos. Isso permite considerar que o HMRAF atua apenas de forma reativa, segundo os casos surgidos, sem um planejamento que permita ser proativo.

Abaixo quadro completo com as respostas do gestor.

QUESTÃO	SIM	NÃO
1. Dispõe de canais de comunicação com usuários		
2. Realiza pesquisa periódica de satisfação com usuários		
3. Mantém ou participa de programa de qualidade com a comunidade		
4. Postos de trabalho completos segundo o estabelecido		
5. Profissionais devidamente inscritos nos conselhos competentes		
6. Funcionários avaliados periodicamente pela Medicina do Trabalho		
7. Dispõe de mecanismos de controle de acidente do trabalho		
8. Mede e avalia a satisfação e o desempenho dos trabalhadores		
9. Existe Programa de Controle de Infecção Hospitalar		
10. Há métodos de garantia de fornecimento de EPIs e EPCs		
11. Monitoramento dos processos de limpeza, desinfecção e esterilização		
12. Existe Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde		
13. Métodos de segurança quando há interrupção de fornecimento de água		
14. Métodos de segurança quando há interrupção de fornecimento de energia		
15. Métodos que garantam segurança contra incêndios		
16. Sinalização do ambiente é de fácil entendimento		
17. Fornecimento de alimentação em vasilhame específico		
18. Dietas fornecidas segundo prescrição nutricional		
19. Ações de educação permanente em alimentação e nutrição		
20. Métodos para reduzir desconforto com espera pela consulta		
21. Pacientes especiais ² têm direito a acompanhantes e condições adequadas		
22. Visita aberta e presença da rede social do paciente		
23. Aplica as diretrizes da Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção à Saúde		
24. Disponibilidade de médico exclusivo em tempo integral		
25. Profissionais da urgência e emergência com capacitação específica		
26. Realização de triagem de urgência e emergência		
27. Usuários entendem/aceitam processo de triagem		
28. Realiza reuniões periódicas para discutir o planejamento das ações		
29. Realiza reuniões periódicas para avaliar o desempenho das ações		

Tabela 01: Respostas do gestor

Fonte: A autora (2015)

Entretanto, no geral, as respostas mostram que a instituição procura estar de acordo com as normas regulamentadoras, e que procura otimizar a qualidade dos procedimentos hospitalares.

² Pediátricos, idosos, com necessidades especiais, gestantes e puérperas.

4.2 PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

Na segunda parte do questionário procurou se conhecer a opinião dos usuários em relação aos procedimentos realizados no ambulatório, tendo como parâmetro a acolhida e a prestação do serviço propriamente dito.

O objetivo nesta parte da entrevista era avaliar como o usuário percebia a acolhida – recepção e pré-consulta – assim como sua interação com o médico. Entende-se que a maioria das pessoas que busca uma unidade hospitalar o faz por considerar que seu quadro é grave – urgência ou emergência – e sua percepção de qualidade do atendimento ocorrerá segundo sua avaliação de satisfação.

A primeira questão estava relacionada à acolhida – recepção, pré-consulta e tempo de espera. O atendimento na recepção pode até ser ágil, mas se a pré-consulta e o atendimento médico demorar o usuário já se sentirá ignorado, ou mesmo preterido em detrimento a outra pessoa, e assim por diante. Isso pode ser verificado no gráfico abaixo, uma vez que no caso da recepção nenhum entrevistado considerou o atendimento como ruim, com a maioria considerando bom (14) ou regular (18). Já no caso da pré-consulta a maioria considerou bom (11) ou regular (19) e surgiu a classificação ruim (2). Quanto ao tempo de espera para serem atendidos pelo médico, poucos consideraram bom (8) a maioria considerou regular (13), mas as opiniões de que foi ruim aumentaram (7) e apareceu também o conceito péssimo (4). Nenhum dos procedimentos foi considerado ótimo.

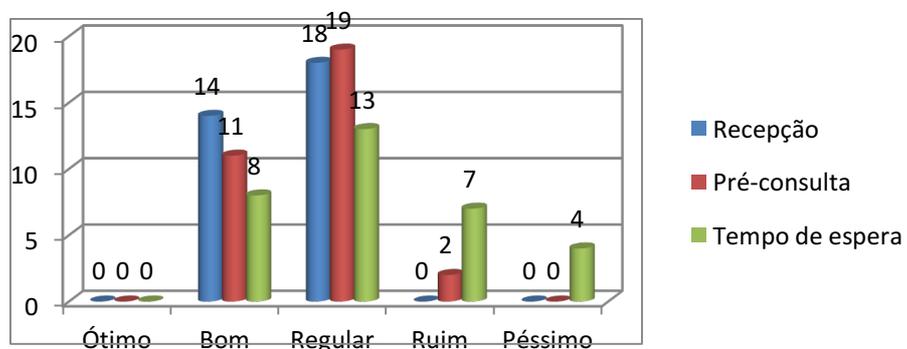


Gráfico 01: Avaliação acolhida
Fonte: Pesquisa do autor (2015)

Outra questão, esta relacionada diretamente com o atendimento realizado pelo médico, também mostrou que, a medida que o usuário passa depender dos procedimentos internos do hospital, seu conceito de qualidade do atendimento vai ficando cada vez mais negativo. Na recepção até que se sentiu valorizado, na pré-consulta já começou a considerar a existência de comprometimento, o que aumentou ainda mais em relação ao tempo de espera.

Em relação ao médico, a maioria (23) considerou que ele respondeu as perguntas formuladas, contra apenas 9. Entretanto, entre responder e explicar o que o paciente queria ouvir, já se verifica uma diferença, pois 17 consideraram que ele explicou, e outros 15 afirmaram que não. Já no caso de ter aconselhado a melhor forma de tratamento, 13 responderam que sim, e outras 19 afirmaram que não. Finalmente, questionados sobre o médico ter ouvido as queixas e dedicado tempo suficiente para atendê-las, 17 afirmaram que sim e 15 consideraram que não.

Entretanto, no final a maioria (28) reconheceu que seu problema de saúde foi resolvido, contra apenas quatro que afirmaram que não foi resolvido. Estes consideraram que existem médicos bons e médicos ruins, e resolver o problema depende de ter sorte de quem está de plantão, ou então que depende da boa vontade do médico.

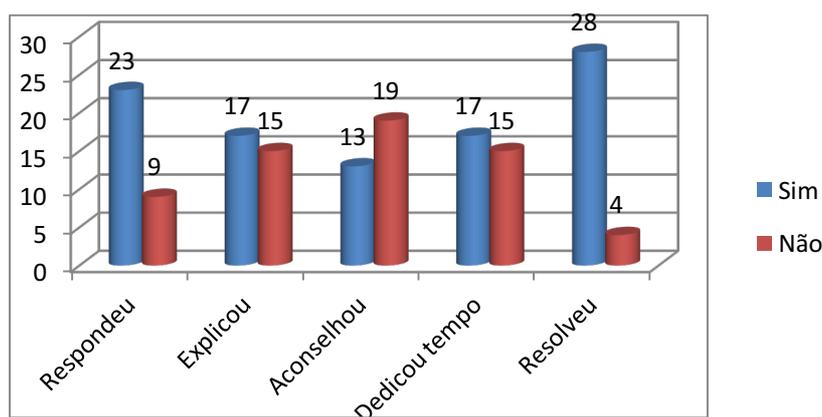


Gráfico 02: Avaliação consulta
Fonte: Pesquisa do autor (2015)

4.3 PROCEDIMENTO HOSPITALAR

O terceiro bloco do questionário estava relacionado aos procedimentos internos, ou seja, os procedimentos hospitalares. Para separar os dois tipos de

usuários, foi colocada a pergunta sobre a entrevistado ter ou não sido internado alguma vez no Hospital Municipal Renato Albuquerque Filho. Para evitar que uma determinada situação vivida no momento – positiva ou negativa – assim como para não atrapalhar a rotina da instituição, não foram entrevistados usuários que se encontravam internados no momento da aplicação da pesquisa.

Dos 32 entrevistados, 20 afirmaram já ter sido internado, o que pode ser considerado um número relativamente alto, uma vez que significa 62,5% do universo trabalhado. A explicação pode estar em que os usuários que procuram o HMRAF representam casos mais graves, e que os casos mais leves são atendidos na UBS e dos ESF. Assim, a possibilidade de ser encaminhado para internação é maior.

Na questão sobre o tempo entre a consulta e a internação, a maioria (8) considerou que foi bom, outros 6 disseram que foi regular, 4 acharam que foi ruim e 2 consideram péssimo. Um dos entrevistados afirmou que quando manda internar tem que ser na hora. Mas eles ficam enrolando. Só não afirmou o que seria esse “enrolando”.

Na questão seguinte os usuários foram indagados sobre como avaliavam as instalações hospitalares: arrumação e limpeza, facilidade de orientação e conforto e segurança. De forma geral todos consideraram com boas ou regulares. Ninguém classificou de ótimas, mas também ninguém classificou de péssimas.

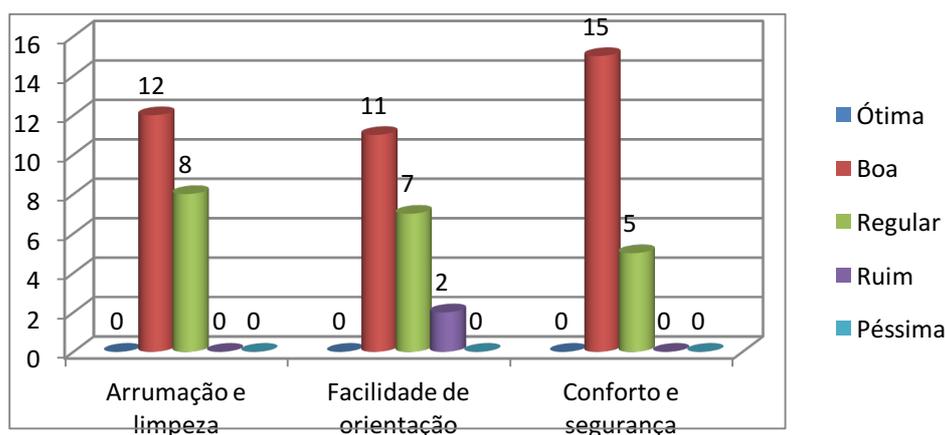


Gráfico 03: Avaliação da arrumação, orientação e conforto e segurança
Fonte: Pesquisa do autor (2015)

Em relação ao atendimento da equipe, não foi marcado nenhum ótimo, mas todos consideraram bom ou regular, não tendo nenhum conceito de ruim ou péssimo.

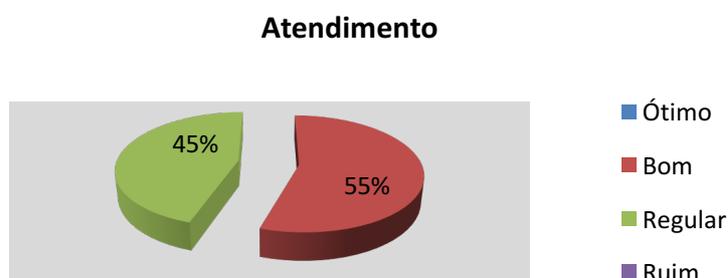


Gráfico 04: Avaliação atendimento equipe
Fonte: Pesquisa do autor (2015)

É sabido que quando a pessoa está internada, a presença de um acompanhante é sempre permitida. Apesar disso, três entrevistados afirmaram que não foi permitida a presença de acompanhante quando da internação. Só então se percebeu que, na verdade, eles haviam ficado em observação durante algumas horas. Neste caso não é permitida a presença de acompanhantes, a não ser em casos especiais (paciente menor de idade, idosos ou paciente muito debilitado) para não atrapalhar os trabalhos na área de observação. Neste caso, os acompanhantes aguardam na recepção.

Em seguida se procurou conhecer o comportamento da instituição para com o usuários e o entendimento que este tem de seus direitos. A maioria disse que obtinha informações sobre a evolução de seu quadro de saúde, que sabia o nome do profissional que o atendia, mas que não sabia onde reclamar caso não fosse bem atendido. Encerrando esse gráfico, todos afirmaram que não pagaram nada pelos procedimentos.

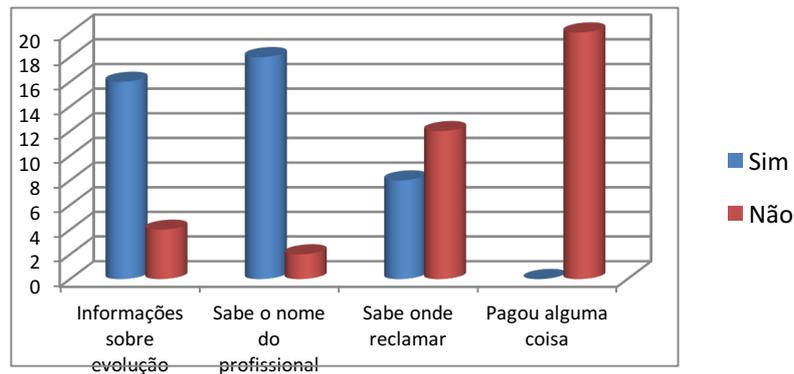


Gráfico 05: Avaliação do conhecimento do usuário

Fonte: Pesquisa do autor (2015)

A penúltima questão respondida pelos usuários foi relacionada à forma como eles consideravam o estabelecimento de saúde depois de terem ficado internados: melhor, igual ou pior do que imaginavam. A grande maioria disse que era igual, mas o número dos que afirmaram não imaginar nada também foi relativo. Ou seja, não tinham uma opinião preconcebida sobre o estabelecimento.

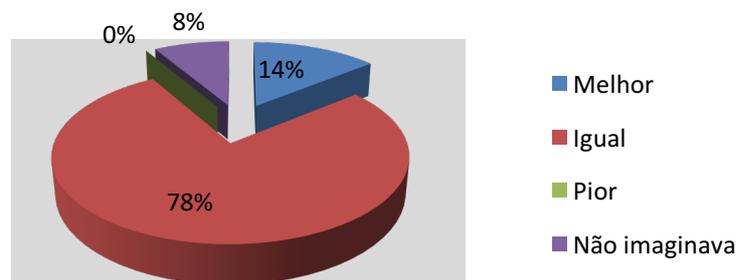


Gráfico 06: Avaliação do estabelecimento

Fonte: Pesquisa do autor (2015)

Encerrando a pesquisa aplicada aos usuários, foi perguntado se aconselhariam outra pessoa a utilizar o hospital. Aqui se verifica que, apesar de considerar alguns pontos negativos, a maioria (18) aconselharia sim que outra pessoa utilizasse a instituição, o que permite considerar que, no cômputo geral, os entrevistados que já estiveram internados aprovam os procedimentos da instituição, uma vez que apenas dois não o aconselhariam para outras pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Infelizmente o que se percebe é que, na maioria das vezes, as instituições de saúde, entre elas os hospitais públicos, são administradas por outros profissionais que não um administrador. É preciso considerar que médicos, enfermeiros e outros profissionais em saúde, podem ser excelentes profissionais em sua área, mas a gestão das instituições certamente será mais positiva se realizada por um administrador, uma vez que este profissional tem papel fundamental. Isso porque este profissional tem formação específica na área de gestão, estendendo-a para a área hospitalar. Ninguém melhor que o profissional graduado em administração para implantar e conduzir o planejamento estratégico dentro de organizações de saúde.

Obviamente que a coordenação das áreas específicas em saúde dentro do hospital devem ser responsabilidade de profissionais da área – médicos, farmacêutico, bioquímico, enfermeiro, etc., mas a gestão administrativa e financeira deve ser responsabilidade de um administrador.

Entende-se que os objetivos propostos para o presente trabalho foram alcançados, uma vez que o questionário aplicado ao gestor permitiu conhecer não apenas a visão deste em relação à administração, assim como o ambiente hospitalar. Através da revisão da literatura (pesquisa bibliográfica) foi possível conhecer conceitos e teorizar sobre o planejamento estratégico. Finalmente, o questionários aplicados aos usuários durante as entrevistas possibilitou conhecer a visão e avaliação dos mesmos quanto a qualidade dos serviços prestados.

O HMRAF é o único estabelecimento hospitalar da cidade, possui 24 leitos, um centro cirúrgico, uma sala de obstetrícia, uma farmácia e três ambulâncias. Conta com os seguintes recursos humanos: dois administrativos, cinco médicos,

cinco enfermeiros, vinte e cinco técnicos de enfermagem, um farmacêutico/bioquímico, um biomédico, dois técnicos de raio-x, quatro recepcionistas, seis motoristas de ambulância, quatro cozinheiros, duas copeiras e doze auxiliares de serviços gerais.

Percebe-se que as instalações físicas estão em bom estado de conservação, o que denota a manutenção constante. A observação realizada durante a aplicação dos questionários permite afirmar que o número de usuários que buscam o estabelecimento para consultas não chega a ser excessivo, o que faz com que o tempo de espera também não seja longo, tanto que a maioria dos entrevistados considerou que o tempo de espera é bom (8) e outros que é regular (13). Sete consideraram ruim e quatro disseram ser péssimo. Estes têm essa opinião por considerar que seus casos eram de urgência, e tiveram que esperar alguns minutos. Na verdade, nos momentos em que o questionário foi aplicado, não se registrou nenhum caso de urgência ou emergência, segundo a coordenação de enfermagem.

Isso demonstra que muitos que procuram o hospital para atendimento ambulatorial, o fazem por considerar que seu caso é de urgência ou emergência, embora não seja a realidade. Caso a procura pelo atendimento de urgência e emergência fosse excessivo, certamente essa clientela ambulatorial poderia contribuir para comprometer a qualidade do atendimento. Entretanto, considerando que, pelos menos quando da observação nos dias da entrevista, esse demanda era relativa, o que infere considerar que não há esse comprometimento.

Embora em alguns momentos os entrevistados tenham considerado que alguns procedimentos são ruins – poucos consideraram péssimo – a maioria sempre afirmou que eram regular ou bom. Vislumbra-se assim, um razoável nível de aprovação. Ainda assim, essa aprovação parece ser um tanto condicionada, já que poucos consideram algum procedimento como ótimo – como foi o caso da alimentação, onde 10% se consideraram muito satisfeitos. Também pode ser considerado altamente positivo o fato dos pacientes que foram internados considerarem que o estabelecimento é melhor do que esperavam. A maioria, mais de 75%, considerou que era como esperava. Isso é um bom sinal, uma vez que a tendência é se considerar que as instalações de um estabelecimento hospitalar sejam boas.

Pode se considerar que de forma geral os usuários se consideram satisfeitos com os procedimentos do Hospital Municipal Renato Albuquerque Filho, ao se

considerar que apenas dois dos entrevistados afirmaram que não aconselhariam outra pessoa a procurar o estabelecimento. Se a grande maioria aconselharia a procurarem, é porque tem um conceito positivo da instituição.

Quando aos procedimentos de gestão eles são positivos em sua maioria. Apenas alguns pontos precisam ser mais bem trabalhados, como a avaliação periódica dos profissionais pela Medicina do Trabalho, como forma de identificar possíveis agressões provocadas pelos riscos ocupacionais e profissionais. Outro ponto a ser considerado é um programa de fornecimento de EPIs e EPCs, uma vez que os hospitais são estabelecimentos onde existem riscos físicos, químicos e biológicos.

Estas e outras providências, como capacitação continuada de gestores de áreas específicas dentro do hospital, análise de forças e fraquezas, definição e engajamento dos funcionários quanto à missão e visão da instituição, que são ingredientes do planejamento estratégico, podem contribuir para que o HMRAF tenha condições de agir de forma proativa, melhorando as condições de gestão e otimizando a qualidade dos serviços oferecidos.

Importante também deve ser a adoção de ferramentas de mensuração constante da satisfação do usuário. Com entrevistas curtas e objetivas, que abasteçam um banco de dados capaz de possibilitar ao gestor avaliar a possibilidade de adotar ações que melhorem a qualidade desse atendimento. Muitas vezes essa melhoria pode ser apenas estrutural, sem implicar custos financeiros.

A avaliação dos dois questionários permite inferir que, embora existam pontos de estrangulamento, a qualidade dos procedimentos é satisfatória. Entretanto, é preciso considerar que satisfatória não é uma medida que permita acomodação. Existe muito a ser feito para melhorar essa qualidade. Elevar os conceitos de bom e inserir o ótimo em alguns procedimentos. Para tanto, a compreensão e a parceria dos colaboradores de todos os níveis da instituição é fundamental.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Selma M. de; SOARES, Darli A.; CORDONI JUNIOR, Luiz. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Editora UEL, 2001.

BERTUSSI, D. C. **Desenvolvimento gerencial em saúde**: limites e possibilidades. Universidade Estadual de Londrina; 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000120&pid=S0034-7167200400040000200014&lng=en Acesso em: 07/jan/2016.

BRASIL. **ABC do SUS**: doutrinas e princípios. (1990) Disponível em: [abc do sus doutrinas e principios.pdf](#). Acesso em: 10/jan/2016.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 33. ed. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2004.

CALEGARI, Aparecida M. As inter-relações entre educação e saúde: implicações no trabalho pedagógico no contexto hospitalar. **Dissertação de mestrado**. Universidade Estadual de Maringá. Maringá: 2003.

CHIAVENATO, I. **Iniciação à Administração Geral**. 3ª ed. Tamboré/Barueri: Manole; 2009.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. M. Equidade e reformas nos anos 90. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 18, 2002.

DEMING, W. E. **Qualidade**: a revolução da administração. Rio de Janeiro: Marques - Saraiva, 1990.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília: v.59, n.1, p.84-88, 2006. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/percursoacademico/article/view/2356/3790> Acessado em 26/jan/2016.

FERREIRA, Jaqueline. O Programa de Humanização da Saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. **Saúde e Sociedade** v.14, n.3, p.111-118, set-dez 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n3/07.pdf> Acessado em: 04/mar/2016.

FERREIRA, Sérgio; SGANZERLLA, Silvana. **Conquistando consumidor**. São Paulo: Gente, 2000.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Apostila do curso de especialização em comunidades virtuais de aprendizagem – informática educativa. Universidade Estadual do Ceará, Ceará, 2002.

GALVÃO, J. **O segmento de Saúde para o desenvolvimento regional no município de Blumenau – SC: a participação do Hospital Santa Isabel**. Blumenau: Universidade Regional de Blumenau, 2003.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. - São Paulo : Atlas, 2002.

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas São Paulo**, v. 35, n.3, p, 20-29 Mai./Jun. 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v35n3/a04v35n3.pdf>. Acessado em: 06/mar/2016.

GOMES, Alberto Albuquerque. **Considerações sobre a pesquisa científica: em busca de caminhos para a pesquisa científica**. Disponível em: www.fct.unesp.br/Home/Departamentos/Educacao/AlbertoGomes/aula_consideracoes-sobre-a-pesquisa.pdf Acessado em: 04/mar/2016.

GONÇALVES, Ernesto Lima. **Gestão Hospitalar: administrando o hospital moderno**. São Paulo: Saraiva, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. Disponível em: Acesso em: 10/01/2016.

JORNAL DA CIDADE. **A fundação de Miranda**. Edição nº 1201, de 16 de julho de 2002. Miranda, 2002.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 13-19, Feb. 2007. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000100003&lng=en&nrm=iso Acessado em: 04/mar/2016.

MAXIMIANO, A. C. A. **Teoria geral da administração**. São Paulo: Atlas, 2007.

MEZZOMO, Augusto Antonio. **Fundamentos da Humanização Hospitalar: uma versão multiprofissional**. São Paulo: Loyola, 2003.

MIRANDA. Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento. **I Conferência Municipal de Saúde**. 2015.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças. **Planejamento estratégico: conceitos, metodologia e práticas**. 22. ed. São Paulo: ATLAS, 2004.

PAIM, Jairnilson S.; ALVES FILHO, Naomar de A. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299 – 316, agosto. 1998.

PALADINI, E.P. **Gestão da Qualidade: teoria e prática**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. **Projetos de Estágio e de Pesquisa em Administração**. 3ª Ed. São Paulo: Atlas, 2005.

RUTHES, R.M. & CUNHA, I.C.K.O. **Os desafios da administração hospitalar na Atualidade**. RAS, São Paulo, vol. 9, n. 36, p. 93-102, jul./set. 2007.

SENHORAS, E. M. A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem. In: **Revista Eletrônica de Comunicação & Inovação em Saúde**. FioCruz. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 45-50. Disponível em: <http://www.reciis.iciict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewFile/879/1523> Acesso em 08/jan/2016.

SERAPIONI, Mauro. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 187-192, Jan. 2000. Disponível em: www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100016&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 07/mar/2016.

SMELTZER, C. S; BARE, G. B. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 9 ed, Koogan: Rio de Janeiro, 2005.

TRIGUEIRO, Fernando G. R **Qualidade em Serviço e Atenção ao Cliente**. Olinda: Focus Edições, 2001.

WESTPHAL, Márcia F.; ALMEIDA, Eurivaldo S. **Gestão de Serviços de Saúde: Descentralização, Municipalização do SUS**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookmann, 2010.