

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
Marcos Aurélio Cavalcante Ayres

**QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE
HIGIENIZAÇÃO PERCEBIDA EM UM HOSPITAL
TOCANTINENSE**

Taubaté – SP
2014

Marcos Aurélio Cavalcante Ayres

**QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE
HIGIENIZAÇÃO PERCEBIDA EM UM HOSPITAL
TOCANTINENSE**

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional do Programa de Pós-graduação em Administração do Departamento de Economia, Contabilidade e Administração da Universidade de Taubaté.

Área de concentração: Gestão e Desenvolvimento Regional

Orientadora: Profa.Dra. Quésia Postigo Kamimura

**Taubaté – SP
2014**

Marcos Aurélio Cavalcante Ayres

**QUALIDADE PERCEBIDA DOS SERVIÇOS DE
HIGIENIZAÇÃO EM UM HOSPITAL TOCANTINENSE**

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional do Programa de Pós-graduação em Administração do Departamento de Economia, Contabilidade e administração da Universidade de Taubaté.

Área de concentração: Gestão e Desenvolvimento Regional

Data:

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Quésia Postigo Kamimura (orientadora) Universidade de Taubaté

Assinatura _____

Prof. Dra. Adriana Giunta Cavaglieri Universidade de Taubaté

Assinatura _____

Prof. Dr. Paulo César Quinteiros Universidade de Taubaté

Assinatura _____

Prof. Dra. Marina Moreira Universidade Estadual de Campinas

Assinatura _____

Aos meus avós que contribuíram para essa vitória.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus o grande arquiteto deste universo por ter me proporcionado a concretização deste sonho.

Ao olhar para trás, à grande trajetória percorrida, observo as enormes oportunidades de crescimento e pela aquisição de sabedoria que foram a mim proporcionados.

“Algumas pessoas marcam a nossa vida para sempre, umas porque nos ajudam na construção, outras porque nos apresentam projetos de sonhos e outras ainda, porque nos desafiam a construí-los. Quando nos damos conta, já é tarde para lhes agradecer”. Diante disso, só tenho a agradecer:

Aos meus amados Pais, Antônio Carlos Rodrigues Ayres e Antônia Cavalcante Ayres, que são para mim exemplos de força, dignidade, coragem e perseverança, onde encontro energia infinita para nunca desistir dos meus sonhos. Obrigado pelo amor e por me ensinarem valiosas lições sobre a vida.

A todos da minha família pelo incentivo e apoio constantes.

À Faculdade do Bico do Papagaio – FABIC, por ter oportunizado um curso de mestrado as pessoas dessa região, através da parceria entre a Faculdade do Bico do Papagaio - FABIC e a Universidade de Taubaté – UNITAU. Talvez não fosse possível a concretização deste sonho sem essa parceria. Agradeço e retribuo com o compromisso de docente desta Instituição de Ensino Superior.

Aos Coordenadores do Programa de Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional – PMGDR, Dr. Edson Aparecida Araújo Querido de Oliveira e Dr. José Luís Gomes da Silva, por terem sido exemplos de sabedoria, competência e responsabilidade.

À Profa. Dra. Quesia Postigo Kamimura, a quem coube a orientação deste trabalho, pelo incentivo à pesquisa e ao aprendizado.

Aos professores que marcaram a minha vida, peças fundamentais no caminho do saber, que me orientaram além dos preceitos técnicos científicos, e me ofereceram aprendizado para a vida.

Aos amigos do mestrado, principalmente aqueles com quem convivi com maior frequência: Iza Omena, Gisele Padilha Leite e Erica Simonetti.

OBRIGADO!

RESUMO

Introdução: medida de qualidade de um produto/serviço tem sido um grande desafio para gerentes e administradores de organizações prestadoras de serviços de saúde. A avaliação da qualidade dos serviços de higienização surge como um importante instrumento de gestão nos hospitais, destacando-se a satisfação dos pacientes. Objetivo: mensuração da qualidade dos serviços de limpeza em um hospital localizado na microrregião do Bico do Papagaio no Estado do Tocantins a partir da percepção dos pacientes internados. Método: a metodologia utilizada neste trabalho é do tipo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa e quantitativa, seguiu o delineamento bibliográfico, observação, documental e de campo. Utilizou-se a escala SERVQUAL por meio das dimensões (tangibilidade, segurança, confiabilidade, sensibilidade e empatia), aplicada aos pacientes internados do Hospital Municipal de Araguatins – TO, no período de 17 de junho de 2013 a 01 de Julho de 2013. Na primeira semana, a análise foi realizada no turno matutino e nas outras duas semanas no turno vespertino. Os funcionários do hospital trabalham em uma escala de 12 horas diárias, cumprindo 10 plantões/mês. Foi utilizado um roteiro de observação para comparar a qualidade dos serviços de higienização, percebida pelos pacientes versus a análise técnica do pesquisador sobre a qualidade dos serviços de higienização do hospital pesquisado. Resultados: o estudo revela que dos 60 pacientes pesquisados 47 são do gênero feminino e 13 do gênero masculino, destacam resultados satisfatórios quanto aos serviços de higienização do hospital em estudo. Apesar dos incentivos dados pelo hospital para a melhoria da prestação de serviços, entendido por esta pesquisa como pontos positivos, os funcionários trabalham devidamente uniformizados e asseados e cumprem os prazos estabelecidos pelo Hospital, bem como atendem os pacientes com presteza e atenção. Como pontos negativos, apresentou-se a necessidade de realização de capacitação dos funcionários para que estejam preparados para melhor atender às expectativas. Conclusão: Por meio da aplicação do modelo de escala SERVQUAL modificada, dividida nas cinco dimensões (tangibilidade, sensibilidade, segurança, confiabilidade e empatia), mostrou-se que a qualidade dos serviços de higienização do hospital analisado apresentou-se satisfatória, sob a percepção dos pacientes internados. Considerações Finais: Espera-se que os resultados deste estudo tragam contribuições à qualidade dos serviços de higienização para os hospitais públicos.

Palavras - chave: Qualidade. Serviços de Saúde. Higienização. Servqual.

ABSTRACT

Perceived quality of services sanitation in a hospital Tocantinense.

Introduction: measuring the quality of a product/service has been a major challenge for managers and administrators of organizations providing health services. The evaluation of quality of cleaning services emerges as an important tool in the management of hospitals, emphasizing patient satisfaction. Objective: To measure the quality of cleaning services at a hospital in the micro region of the Parrot's Beak in Tocantins State from the perception of hospitalized patients. Method: The methodology used in this study is a descriptive - exploratory, qualitative and quantitative approach, followed bibliographic design, observation, documentary and field. We used the SERVQUAL scale through the dimensions (tangibilidades, security, reliability, sensitivity and empathy, applied to the patients of the Hospital Municipal de Araguatins - TO in the period from 17 June 2013 until 01 July 2013. In the first week, the analysis was performed on the morning shift and the other two weeks in the afternoon shift. The hospital staff working in a range of 12 hours daily, serving 10 shifts / month. An observation script was used to compare the perceived importance of hygiene services by patients versus the technical analysis of the researcher on the quality of service to sanitize the studied hospital quality. Results: The study revealed that of the 60 patients studied are 47 females and 13 males, highlight satisfactory results as regards the hygiene of the study hospital services. Despite the incentives given by the hospital to improve the provision of services, as understood by this research strengths, employees working properly uniformed and clean and meet deadlines established by the Hospital, as well as treating patients with promptness and attention. As negative points, showed the necessity of conducting employee training so they are better prepared to meet expectations. Conclusion: Through the application of the modified SERVQUAL model, divided into five dimensions (tangibles, sensitivity, safety, reliability and empathy), it was shown that the quality of services to sanitize the analyzed hospital presented satisfactory under the perception of hospitalized patients. Final Thoughts: Wait - that the results of this study bring contributions of quality cleaning services for public hospitals.

Key-words: Quality. Health Services Sanitation. Servqual.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Sistematização da evolução do conceito de qualidade	33
Quadro 2 – Conceito de qualidade.....	34
Quadro 3 – Diferenças entre a concepção tradicional e a concepção atual da qualidade.....	35
Quadro 4 – Tangibilidade.....	58
Quadro 5 – Sensibilidade	60
Quadro 6 – Segurança	62
Quadro 7 – Confiabilidade	65
Quadro 8 – Empatia	67
Quadro 9 – Consistência Interna das Dimensões da Qualidade dos Serviços de Saúde do Instrumento Utilizado	69

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Foto do Hospital Municipal de Araguatins - TO	50
Figura 2 – Mapa da Microrregião do Bico do Papagaio no Tocantins	51
Figura 3 – Representação dos percentuais dos entrevistados por gênero	56
Figura 4 – Representação gráfica da distribuição dos entrevistados por faixa etária	57
Figura 5 – Demonstração gráfica das médias das questões abordadas no índice de tangibilidade	59
Figura 6 – Demonstração gráfica do percentual da percepção dos clientes/usuários da unidade hospitalar em relação ao grau de sensibilidade	61
Figura 7 – Distribuição gráfica das questões abordadas no item segurança	63
Figura 8 – Apresentação gráfica das médias das questões abordadas no item confiabilidade	66
Figura 9 – Apresentação gráfica das médias das questões no item empatia	68
Figura 10 – Apresentação gráfica das médias por item avaliado na unidade Hospitalar.....	71

LISTA DE EQUAÇÃO

Equação 1 – Avaliação da qualidade do serviço	36
Equação 2 – Satisfação do cliente.....	36
Equação 3 – Fórmula para calculo da média das escalas no servqual	53

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Problema.....	14
1.2 Objetivos.....	15
1.2.1 Objetivo Geral.....	15
1.2.2 Objetivos Específicos.....	15
1.3 Delimitação do Estudo	16
1.4 Relevância do Estudo	16
1.5 Organização da Dissertação.....	17
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	18
2.1 Administração e Administração Hospitalar.....	18
2.2 Gestão e Qualidade	23
2.3 Histórico e evolução da qualidade	25
2.4 Evolução e Conceito de qualidade.....	32
2.5 Qualidade em serviços.....	35
2.6 Qualidade em serviços de saúde	36
2.7 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.....	40
2.8 Higienização Hospitalar	42
2.8.1 Tipos de Higienização	46
3 MÉTODO	48
3.1 Tipo de Pesquisa	48
3.2 Área de Realização.....	50
3.3 População e Amostra.....	51
3.4 Instrumentos, coleta e análise de dados.....	52
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	55
5 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
5.1 Conclusões.....	78
5.2 Considerações Finais.....	79-80
REFERÊNCIAS.....	81
APÊNDICE A – Carta de Apresentação	90
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Institucional.....	91
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Participante.....	92

APÊNDICE D– Declaração de Responsabilidade Financeira.....	93
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética da Universidade de Taubaté	94

1 INTRODUÇÃO

O aumento de mercados mais exigentes, mais competitivos e de bases tecnológicas cada vez mais avançadas, impõe às empresas a uma redefinição de suas estruturas, seus processos e suas ofertas, principalmente no que tange à qualidade dos serviços hospitalares. Muito embora o conceito de qualidade, não seja algo novo, a maioria das organizações demonstra dificuldade de aceitabilidade destes conceitos. Além disso, não desenvolve satisfatoriamente uma nova concepção do que seja qualidade diferente daquela que se restringia somente à visão do produtor. A palavra final acerca da qualidade de um produto passou a ser prerrogativa do cliente.

A história das organizações no Brasil apresenta registros de empresas que obtiveram sucesso por meio da busca da melhoria da qualidade de seus produtos e serviços. O mesmo ocorreu com as empresas que acreditaram em sua capacidade de crescimento por via da qualidade. “A partir de então, os novos mercados foram conquistados, os custos foram reduzidos e os clientes/usuários ficaram mais satisfeitos e solidários com as organizações.” (DRUCKER, 2001, p. 73).

Os hospitais na atualidade, tanto públicos como privados, têm se preocupado com a qualidade dos serviços prestados aos seus pacientes. O hospital deve concentrar os seus serviços de saúde à comunidade, tanto externos, quanto internos, tornando-se um centro de excelência em serviços de saúde e levar a efeito todo o tipo de pesquisa em saúde. As funções de um hospital é prevenir a doença, restaurar a saúde, exercer funções educativas e promover a pesquisa (CHERUBIN, 2001).

Os objetivos e as finalidades do serviço de limpeza hospitalar são traçados após se ter conhecimento da missão da instituição e de sua administração para evitar futuros conflitos de interesses. De acordo com o Manual do Serviço de Higiene Hospitalar de São Paulo (2012), a limpeza e a desinfecção de superfícies são elementos que convergem para a sensação de bem-estar, segurança e conforto dos pacientes, seus familiares e profissionais nos serviços de saúde.

O desenvolvimento da gestão da qualidade ao longo do tempo fez este movimento de gestão transpor o seu domínio industrial e adquirir proeminência em todos os setores de atividade, fazendo parte, do conjunto de idéias de base que norteiam a administração pública e a vida dos cidadãos. O cenário mundial destaca que a qualidade não pode ser mais

considerada como opcional aos serviços e sim requisito fundamental para sobrevivência. E, mais importante do que isso, é uma responsabilidade social e ética (RIGHI et al, 2010).

A qualidade em serviços torna-se importante quando direcionada aos serviços públicos, devido à responsabilidade social e ética que possuem, visto que as organizações do setor público são as maiores prestadoras de bens e serviços, tendo como principal característica uma relação direta de responsabilidade com a sociedade (RONCALLI, 2010).

Conforme Parasuraman (1988), o método mais utilizado para medir qualidade em serviços é o servqual, onde os clientes/usuários usam as dimensões para julgar qualidade de um serviço a fim de capturar completamente a definição do consumidor de qualidade de serviço. Os autores do método afirmam que os quesitos devem ser adaptados à realidade de sua aplicação, ainda segundo os autores, mesmo que o quesito confiabilidade não seja determinante, a maioria dos entrevistados julga este quesito com satisfatório.

Segundo Munro (apud FADEL; FILHO, 2006), a qualidade tem se inserido nessas organizações, porém de forma ainda incipiente se comparada com outros setores. A prestação de serviços realizada pelo poder público mantém em foco a própria existência do serviço, deixando sua qualidade relegada ao segundo plano.

Deste modo, na história dos programas de qualidade às empresas focavam a qualidade dos seus produtos, enfatizando a idéia de que um produto de qualidade se vendia por si mesmo. A qualidade não é meramente uma ideologia inalcançável, uma utopia, mas pode ser alcançada por estratégias adequadas. Conforme Kotler e Paladini (2010) buscaram adaptar os modelos de qualidade total já usados na indústria e comércio, a fim de melhorar o atendimento em saúde, seguindo necessariamente, algumas adaptações imprescindíveis para que os resultados fossem satisfatórios (KOTLER, 2002; PALADINI, 2010).

Assim, os serviços de saúde ao longo dos anos foram se constituindo por aqueles que providenciavam o serviço, os profissionais da saúde. No entanto, somente na década de 80 é que o setor voltou-se para qualidade de uma forma mais gerencial e ativa, como já vinha ocorrendo no campo industrial e comercial. Esse cenário é ainda mais relevante nos serviços públicos de saúde (RIGHI *et al* 2010).

Ainda segundo Righi *et al* (2010), o processo de avaliação da qualidade em serviços de saúde envolve tanto quem utiliza os serviços, como quem os produz. Não há dúvida de que o cliente e prestador ocupam posições diferentes no processo, embora ambos contribuam para que os serviços sejam executados. Assim, as expectativas e necessidades de clientes/usuários e prestadores determinam de maneira diversa a qualidade dos serviços. Sendo assim, torna-se

essencial entender como estes principais atores percebem a qualidade dos serviços que estão sendo prestados, visando identificar e analisar as diferentes percepções para posteriormente, intervir buscando maneiras de alinhá-las de modo a satisfazer às necessidades de ambos e promover a melhoria contínua.

Wilker (apud BERTIN, 2001), enfatiza que os serviços de saúde, especificamente em instituições hospitalares, a sua sobrevivência depende em muito da aprovação de seus clientes/usuários. Considerar as opiniões e a percepção dos clientes/usuários dentro dos hospitais é fundamental para a compreensão e melhoria da organização dos seus serviços. Portanto, o hospital deve procurar conhecer a sua clientela para melhor atender suas expectativas e necessidades.

Partindo dessa premissa, cabe ressaltar que o processo de avaliação de qualidade dos serviços, surge como um importante instrumento de mudança, que em hipótese alguma deve ser visto como uma ameaça, mas como um incentivo para que os serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade e promovam uma renovação da sua cultura de trabalho.

Diante da realidade brasileira e por não ser muito diferente nos hospitais da microrregião do Bico do Papagaio no Estado do Tocantins, é que surge o seguinte questionamento. Como os pacientes internados percebem os serviços de higienização hospitalar no Hospital Municipal de Araguatins – TO?

1.1 Problema

A cada dia que passa, o mercado de saúde encontra-se cada vez mais competitivo, de modo que necessita se modernizar no sentido de promover uma integração no meio hospitalar, pois precisa acompanhar as mudanças que fazem parte de qualquer empresa, não sendo diferente com o hospital, tendo em vista que este precisa atender às exigências dos consumidores, exigentes e informados, no que diz respeito à hospitalidade e à qualidade no atendimento(PAGNONCELLI, 2010).

Conforme Neto e Malik (2007), historicamente, o cenário hospitalar não tem apresentado satisfação para aqueles que fazem uso do ambiente hospitalar, levando em consideração aspectos como atendimento, pontualidade, serviços, ética, respeito, estrutura física, quadro funcional, entre outros. Cabe enfatizar que, seja no ambiente público ou privado, as preocupações são as mesmas por parte dos gestores hospitalares.

As causas desta insatisfação são decorrentes dos graves problemas em razão do déficit financeiro, insuficiência de pessoal qualificado para prestar atendimento, falta de leitos, péssimas condições de higiene da maior parte dos hospitais que compõem a rede brasileira (MATARELLO; BENATTI, 2008).

Apesar do significativo desenvolvimento do setor, percebe-se que muito fica a desejar quanto à questão é a qualidade. Hoje a população é mais esclarecida de seus direitos exigindo cada vez mais serviços de qualidade.

Freqüentemente os meios de comunicação exibem matérias com denúncias relativas ao abandono e precariedade do sistema de saúde nacional. A esse respeito Lima (apud CHERUBIN, 2001), faz a seguinte pontuação: a área de saúde foi talvez a última a se conscientizar sobre a importância da qualidade dos serviços prestados. Por lidar diretamente com a saúde do indivíduo e, conseqüentemente, com sua vida, esta área tem sentido uma pressão por parte de seus clientes quanto à qualidade dos serviços a eles prestados, maior do que as outras.

Pelo fato de os hospitais da microrregião do Bico do Papagaio Estado do Tocantins apresentarem situações comuns à problemática nacional é que surge o seguinte questionamento. Qual a percepção dos pacientes internados quanto aos serviços de higienização hospitalar?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Realizar um estudo de mensuração da qualidade dos serviços de Limpeza em um hospital localizado na microrregião do Bico do Papagaio Estado do Tocantins a partir da percepção dos pacientes internados.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Mensurar a qualidade dos serviços de higienização.
- Identificar os pontos positivos e negativos dos serviços de higienização.

1.3 Delimitação do estudo

O estudo mensura os serviços prestados em um hospital público localizado na região do Bico do Papagaio Estado do Tocantins. O foco do estudo limita-se aos serviços de higienização em um hospital público e, identifica os pontos positivos e negativos quanto à qualidade desse serviço.

1.4 Relevância do estudo

A preocupação com a qualidade dos serviços hospitalares não é recente remontando à medicina grega que considerava o bem-estar dos indivíduos como algo influenciado pelos fatores ambientais – qualidade da água, do ar, dos alimentos, dos hábitos gerais de vida, da topografia. Segundo Dias (apud DONABEDIAN, 2003), qualidade é uma propriedade de um serviço que o torna adequado à missão de uma organização comprometida com o pleno atendimento das necessidades de seus clientes. Por isso, cada vez mais os gestores se preocupam com essa estratégia de gestão, tratar o paciente com presteza hoje é um papel essencial para o início de um bom programa de gestão em qualidade dos serviços de higienização nos hospitais.

Os hospitais na atualidade tendem a seguir a tendência mundial da humanização, revendo e redimensionando sua visão e missão de modo a estabelecer parâmetros de qualidade nos serviços hospitalares. Assim, a busca por serviços de qualidade em hospitais é algo instigante, tendo provocado diversas discussões teóricas constituindo-se um desafio no que se refere a sua aplicabilidade prática.

Assim, é importante que seja realizado este estudo visando mensurar a qualidade dos serviços de higienização neste hospital. É importante destacar que a higienização é essencial em procedimentos efetuados com materiais, equipamentos e ambiente. Deverá proceder aos processos de desinfecção e limpeza, pois a sujeira, principalmente a matéria orgânica como, por exemplo, o sangue que entre outros pode aumentar a probabilidade de infecções nos hospitais. O ambiente deve ser limpo para que o paciente internado se sinta mais seguro e tenha mais credibilidade e confiança durante o tratamento hospitalar (BRASIL, 2003).

1.5 Organização do trabalho

O trabalho foi dividido em cinco capítulos. O primeiro apresenta a introdução, problema de pesquisa, objetivo geral, objetivos específicos, delimitação do estudo, relevância do estudo e organização da dissertação.

No segundo capítulo – Administração – foram abordados os aspectos conceituais e evolutivos da Teoria Administrativa e Administração Hospitalar – Gestão da Qualidade – que enfoca a Gestão da qualidade como um tema que está sendo cada vez mais discutido nos dias atuais. As empresas estão valorizando cada vez mais o lado humano da gestão que antes evidenciava documentos e procedimentos. O histórico e evolução da qualidade mostram que o movimento pela qualidade começou nos Estados Unidos nos anos de 1920. Em seqüência fundamenta-se a evolução, conceito de qualidade, qualidade em serviços em saúde, Comissão Interna de Infecção Hospitalar - CCIH, Higienização Hospitalar e a limpeza, desinfecção do ambiente hospitalar evitando a contaminação do ambiente e os tipos de higienização.

No capítulo terceiro –apresentou-se o método utilizado na pesquisa de campo - aqui foram abordados os aspectos metodológicos da pesquisa, tipos de pesquisa, área de realização e objeto do estudo, o Hospital Municipal de Araguatins, população - quantidade de pacientes internados por mês e a amostra de pacientes pesquisados, instrumento e coleta de dados e análise dos dados.

No capítulo quatro foram abordados - Análise e Discussão dos resultados da pesquisa, onde se analisou a qualidade dos serviços de higienização a partir do método SERVQUAL e do roteiro de observação, com base nos seguintes quesitos: Tangibilidade, Sensibilidade, Confiabilidade, Segurança e Empatia, aplicados aos pacientes internados no Hospital Municipal de Araguatins – TO.

No capítulo quinto apresentou-se as considerações finais deste trabalho.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Administração e Administração Hospitalar

Atualmente, a sociedade encontra-se em um estágio dinâmico de mudanças na qual o esforço cooperativo do homem é a base fundamental neste processo transitório. O avanço tecnológico e o desenvolvimento do conhecimento humano, por si só, não produzirão efeitos, se a qualidade da administração efetuada sobre os grupos organizados de pessoas não permitir uma aplicação efetiva desses recursos humanos.

A palavra administração vem do latim *ad* (direção para, tendência para) e *minister* (subordinação ou obediência) e significa aquele que presta serviço a outro. Sua tarefa é a de interpretar os objetivos propostos pela organização e transformá-los em ação organizacional através de planejamento, organização, direção e controle (DRUCKER, 2001).

De acordo com Meireles e Paixão (2003) o ensino da administração só apareceu em 1902 na Academia de Comércio do Rio de Janeiro e na Escola Álvares Penteado de São Paulo, em nível técnico secundário. Já o ensino da arte de Administração, no Brasil, foi moldado considerando que o administrador de empresas prevê, planeja, organiza, comanda e controla o funcionamento da máquina administrativa – privada ou pública – com vistas a aumentar a produtividade, rentabilidade e controle dos resultados.

Maximiliano (2000) acrescenta que a administração é uma arte, no sentido de profissão ou área de ação humana. Embora seja uma prática antiga, a administração tem uma história recente como corpo organizado de conhecimentos e é objeto de estudo sistemático, que produz um corpo de conhecimentos organizados, chamados teorias.

No início do século XX, as teorias administrativas refletiam as necessidades das grandes empresas que estavam surgindo, a organização eficiente do trabalho nas empresas tornou-se a base do desenvolvimento da teoria e da prática da administração. No final do mesmo século, as teorias são influenciadas por circunstâncias diferentes. A ênfase deslocou-se para a competitividade (MAXIMILIANO, 2000).

As instituições precisam ser administradas. E todas as organizações são constituídas por recursos humanos tecnológicos, financeiros de tamanhos, estruturas e objetivos diferentes. Para que as organizações possam ser administradas, elas precisam ser estudadas, analisadas e conhecidas (MAXIMILIANO, 2000).

Segundo Crawford (1994), no século XV especificamente nas três últimas décadas, vivenciou-se o mais rápido período de mudanças tecnológicas, econômicas e sociais da história.

Cada organização possui suas particularidades, objetivos, ramo de atividades, mercado, tecnologias, cultura, porte, política de negócios e assim por diante. O conhecimento tecnológico da administração é de grande relevância e indispensável, mas para alcançar os objetivos organizacionais é importante conhecer a personalidade e o modo de agir do administrador, ou melhor, suas habilidades e aptidões (ROBBINS, 2003).

De acordo com Peter Drucker (1998), clássico da administração moderna, “administração é um exercício, não ciência”. Complementa dizendo “A esse respeito, ela pode comparar-se à medicina, advocacia e engenharia”, além disso, “não representa a aplicação do bom senso, ou da liderança, menos ainda da manipulação financeira”. E ainda complementa ressaltando “Seu exercício baseia-se no conhecimento e na responsabilidade”.

“A administração é um processo de tomar decisões e realizar ações que compreende quatro processos interligados: planejamento, organização, execução e controle”. Afirma também que, “a principal razão para o estudo da administração é o seu impacto sobre o desempenho das organizações”. (MAXIMILIANO, 2000, p. 26)

Segundo o mesmo autor, “a administração é a ciência do artefato organizacional” podendo ser chamada de “arte das organizações, um saber destinado a construir, adaptar, reformular e solidificar organizações” (MEIRELES; PAIXÃO, 2003, p. 44).

Montana e Charnov (2005, p. 1-2) observando as mais variadas visões concluem que “em administração, infelizmente é difícil encontrar definições-padrão por causa dos muitos termos comumente usados. [...] Com o passar do tempo, houve e continua a haver uma modificação de ênfase nas definições”.

Os processos administrativos são também chamados funções administrativas ou funções gerenciais. Outros processos como coordenação, participação, comunicação, direção, contribuem para que os quatro processos principais se realizem.

Toda atividade tem certo conteúdo administrativo, com importância proporcional e sua complexidade. Em resumo, todos administram nas mais variadas escalas de utilização de recursos para atingir objetivos. Portanto, as habilidades administrativas são importantes para qualquer pessoa que tome decisões sobre a utilização de recursos para realizar objetivos, ou que esteja em ambientes onde essas decisões são tomadas. (MAXIMILIANO, 2000, p. 29)

Os pesquisadores Frederick Taylor, Henry Ford, Henri Fayol e Max Weber formam a escola clássica da Administração que remontam às conseqüências geradas pela Revolução Industrial.(ROBBINS, 2003).

Taylor e seus seguidores são considerados o ponto inicial do estudo formal da administração, a Escola de Administração Científica é considerado o fundador da moderna TGA – Teoria Geral da Administração. O nome é devido à tentativa de aplicação dos métodos da ciência aos problemas da administração. Os princípios e as práticas criados por esse movimento procuravam aumentar a eficiência dos trabalhadores por meio da racionalização do trabalho.

De acordo com Maximiliano (2000, p. 56), “os quatro princípios da administração científica são”.

- O objetivo da boa administração era pagar salários altos e ter baixos custos de produção;
- Com esse objetivo, a administração deveria aplicar métodos de pesquisa para determinar a melhor maneira de executar tarefas;
- Os empregados deveriam ser cientificamente selecionados e treinados, de maneira que as pessoas e as tarefas fossem compatíveis;
- Deveria haver uma atmosfera de íntima e cordial cooperação entre a administração e os trabalhadores, para garantir um ambiente psicológico favorável à aplicação desses princípios.

Outro pesquisador que muito contribuiu para a administração foi Henry Ford. Por meio da racionalização da produção, idealizou a linha de montagem, permitindo a produção em série, fabricando grandes quantidades de um determinado produto padronizado.

Segundo Morgan(1996, p.108), Ford adotou três princípios básicos:

“Princípio de intensificação: Diminuindo o tempo de produção com o emprego imediato dos equipamentos e da matéria-prima e rápida colocação do produto no mercado;Princípio de economicidade: Reduzir ao mínimo o volume de estoque da matéria- prima em transformação;Princípio de produtividade: Aumentando a capacidade de produção do homem no mesmo período através da especialização e da linha de montagem”.

Henri Fayol é um dos contribuintes mais importantes do desenvolvimento do conhecimento administrativo moderno. Foi o pioneiro no reconhecimento de que a administração deveria ser vista como uma função separada das outras funções da empresa.

Assim como Taylor, Fayol buscou demonstrar que, com previsão científica e métodos adequados de gerência, resultados satisfatórios eram inevitáveis. (MORGAN, 1996).

Fayol define o ato de administrar como sendo: prever, organizar, comandar, coordenar e controlar. Enquanto Ford e Taylor cuidaram da empresa de baixo pra cima, com base no chão de fábrica, Fayol cuidou da empresa de cima para baixo, a partir do nível executivo (MORGAN, 1996).

Max Weber, “contrariando a visão da Escola das Relações Humanas, reconheceu que a organização é uma unidade social complexa na qual interagem muitos grupos sociais. Para ele, burocracia significava o mais próximo a uma eficiência quase maquinal que uma organização humana podia alcançar” (MAXIMILIANO, 2000, p. 67).

Para Weber, “a sociedade e as organizações modernas são sistemas de normas impessoais que regem o comportamento das pessoas e que funcionam de acordo com regras que ele chamou de racionais que não dependem de interesses pessoais” (MAXIMILIANO, 2000, p. 65).

No entanto, para Weber, Fayol, Taylor e Ford, a preocupação principal é o desempenho dos recursos e processos de uma tarefa ou empresa. Com isso, fica claro que a administração não iria muito longe se as pessoas não fossem consideradas em sua totalidade, como parte importante na administração (DESSLER, 2003).

Com a Abordagem Humanística, a transferência da ênfase antes colocada na tarefa e na estrutura organizacional para a ênfase nas pessoas que trabalham nas organizações, surgindo a Teoria das Relações Humanas corrigindo a forte tendência à desumanização do trabalho surgida com a aplicação de métodos rigorosos, científicos e precisos (MORGAN, 1996).

Segundo o que afirmam Meireles e Paixão (2003, p. 129), a organização como organismo só foi desenhada pela Escola das relações humanas, que opôs ao *homo economicus* das escolas clássicas o *homo social*:

- O homem é um ser cujo comportamento não pode ser reduzido a esquemas simples e mecanicistas;
- O homem é, a um só tempo, condicionado pelo sistema social e pelas demandas de ordem biológica;
- Em que pesem as diferenças individuais, todo homem possui necessidades de segurança, afeto, aprovação social, prestígio e auto-realização.

Como se pode observar, a Teoria das Relações humanas passou a estudar intensamente a integração social. Caldas e Roncato (2012, p. 7), simplificam dizendo “relações humanas são ações e atitudes desenvolvidas pelos contatos entre pessoas e grupos [...] É exatamente a compreensão da natureza dessas relações humanas que permite que ao administrador melhore os resultados de seus subordinados”.

A Administração hospitalar não teve muita expressão até o final do 1º milênio da Era Cristã. Os hospitais eram simplesmente casas de acolhida dos que não tinham recursos financeiros. A assistência hospitalar era uma prestação de serviço muito simples e executada de forma familiar. Os médicos passavam momentânea e esporadicamente, aconselhando a aplicação de produtos cujos resultados eles haviam constatado no atendimento a outros doentes, era uma medicina sem muitos recursos, e aplicada de forma de conhecimentos aprimorados com a prática do dia a dia (DESSLER, 2003).

Segundo Bittar (2001) as instituições hospitalares são complexas, face a inúmeras peculiaridades inerentes aos programas, serviços, influências externas, internas e condições de trabalho, geralmente em emergência/urgência ou mesmo da ansiedade pressão por parte de pacientes, familiares e profissionais.

Cada hospital tinha um responsável que, em geral, era o idealizador da obra. A ele competia tomar todas as providências para que o hospital dispusesse das condições mínimas para a acolhida. O trabalho era feito, via de regra, por voluntários que preparavam a comida, lavavam a roupa, limpavam o chão e ministravam as porções indicadas para cada caso analisado, eles prestavam atenção, e pelo conhecimento adquirido com os demais doentes, aplicavam soluções (CHERUBIN; SANTOS, 1997).

Os hospitais naquela época eram mantidos pela caridade pública, legados e auxílios oficiais. Famílias e pessoas ricas ajudavam construindo e cuidando dos hospitais. Em muitos casos, elas administravam o atendimento que era dispensado e tomavam todas as providências para que não faltasse nada.

A administração hospitalar ganhou muito com o surgimento de nova estrutura administrativa. As pessoas consagradas viviam para o serviço, dedicando a ele toda sua preparação e dedicação e a maior parte do seu tempo. Conviviam com os doentes e habitavam no mesmo recinto (CHERUBIN; SANTOS, 1997, p. 121).

Da metade do primeiro milênio até meados da década de 90, a administração hospitalar começou a criar expressão como resposta a iniciativas que vieram alterar profundamente a composição, os costumes e o governo das diversas comunidades do mundo. Surgiram também, nos primórdios do segundo milênio, as ordens religiosas hospitalares.

Constituíram-se em pessoas jurídicas de direito canônico e a Igreja aprovava, para elas, uma regra em que eram explicitados os objetivos da instituição e os deveres de quem aderiria (CECÍLIO, 1997).

Com a criação das entidades mantenedoras de hospitais e a ampliação e a multiplicação dos mesmos, surgiu também a profissionalização. Os voluntários passaram a executar serviços supletivos e as atividades que deveriam ser realizadas de forma sistemática, como as da assistência direta aos pacientes e as de apoio, passaram a ser executadas por pessoas contratadas. Isso ocorreu também com os hospitais de religiosos, embora muito mais tarde, defendem (CHERUBIN; SANTOS, 1997).

Segundo Weber e Grisci (2011), o hospital tem sido objeto de numerosos estudos que envolvem: os pacientes, seus tratamentos e sua afinidade com a equipe de profissionais da saúde; as práticas médicas mais eficientes e eficazes; o controle de infecções; a coordenação hospitalar como espaço de disciplinador, saúde-doença, objetivos do paciente *versus* humanização da assistência. O hospital novamente tem sido alvo de interesse enquanto espaço de trabalho que, paradoxalmente ao seu produto (saúde), tem produzido condições potenciais de adoecimento de seus trabalhadores.

O hospital como ferramenta terapêutica de intervenção sobre o doente e a doença, é fato relativamente recente, se considerada sua história mais largamente. A organização hospitalar, como conhecida na atualidade, que envolve aspectos políticos, sociais, econômicos e do desenvolver-se cientificamente. Seu percurso foi, e continua sendo, marcado por crises, tensões entre múltiplos interesses e neste jogo de forças a configuração do hospital tem se alterado. O hospital constituía-se como instituição religiosa de assistência, asilo para pobres e peregrinos infectados pelas pestes e passou a configurar-se como ambiente científico, campo principal da produção do saber e da prática da medicina moderna (CARAPINHEIRO, 2005; FOUCAULT, 2000).

2.2 Gestão da qualidade

Segundo Cherubin e Santos (1997), com a competição no mercado cada vez mais acirrada, exige-se cada vez mais qualidade nos produtos e serviços. Com isso, as empresas estão sendo obrigadas a investir em inovação, flexibilidade e qualidade.

Administrar visando à qualidade para obter completa satisfação do cliente é essencial à sobrevivência no atual mercado competitivo global. As empresas perceberam que o sucesso a longo prazo requer o fornecimento de produtos e serviços de qualidade superior (SCAPATI; CALVO, 2012).

Gestão da qualidade é um tema que está sendo cada vez mais discutido nos dias de hoje, uma vez que as empresas estão valorizando cada vez mais o lado humano da gestão que antes evidenciava documentos e procedimentos.

Com isso, Boone; Kutz, afirmam que:

Organizações do mundo inteiro estão aplicando teoria, princípios e métodos de qualidade a cada função do empreendimento. Este movimento, denominado gestão da qualidade total (TQM), é uma abordagem que envolve todos os funcionários numa melhoria contínua de produtos e processos de trabalho para alcançar a satisfação do cliente e um padrão internacional. (BOONE; KURTZ, 1998, p. 35).

Segundo os ensinamentos de Arnold (1999, p. 477), a Administração da Qualidade Total (TQM - *Total Quality Management*) é uma abordagem da melhoria da satisfação do cliente e de como as organizações funcionam. É orientada para as pessoas e objetiva oferecer aos clientes um produto ou serviço de qualidade a um preço mais baixo, com isso, o crescimento e os lucros aumentarão.

De acordo com o mesmo autor, há seis conceitos básicos da TQM (ARNOLD, 1999, p. 477):

- Uma administração envolvida e comprometida dirigindo o programa de qualidade e dele participando, fazendo com que a TQM faça parte da cultura organizacional;
- Enfoque no cliente. Ouvir os clientes, melhorando os processos para reduzir os defeitos e custos;
- Envolvimento de toda a força de trabalho, delegando mais poderes às pessoas;
- Melhoria contínua de processos, reduzindo custos e melhorando a qualidade;
- Parcerias com fornecedores. Uma relação de parceria e não de competição deve ser estabelecida;
- Mensurações de desempenho. A melhoria só é possível se houver algum modo de mensuração.

Segundo Olivares; Bissetti, querioz (2011), Qualidade é a capacidade de um produto ou serviço em consentir às necessidades e expectativas do cliente, sendo a Gestão de Qualidade uma área de conhecimento atual, que apresenta seus conceitos, os quais foram evoluindo com o passar dos anos. Esta evolução levou à criação dos Sistemas de Gestão da

Qualidade que, segundo a ISO 9000:2005, é definido como um sistema empregado para dirigir e controlar uma organização no que diz respeito à qualidade.

A busca pela qualidade total é a preocupação corriqueira por todas as organizações que desejam conservar-se no mercado e por aquelas que desejam entrar no mercado, não se perdendo do valor dos clientes para as empresas e dos meios para cultivar quem faz a organização ser um sucesso ou um fracasso (MARTINEZ, 2007).

As definições da qualidade estão situadas na percepção do cliente. A qualidade percebida pelo cliente deve satisfazer ou superar suas expectativas. Cada cliente percebe a qualidade dos serviços de maneira própria. Nota-se o aspecto qualitativo e pessoal de medir o serviço. O resultado dos serviços pode variar conforme a ocasião. Este fato chama-se variabilidade (CARDOSO, 2004).

2.3 Histórico e evolução da qualidade

Várias são as preocupações no que diz respeito à melhoria dos produtos, bens e serviços. Há muitos anos a humanidade busca realizar uma análise criteriosa e contextualizada com relação à qualidade.

A Revolução Mercantil, a partir do século XVI, possibilitou a integração de várias sociedades através do intercâmbio de produtos. Na época, o artesão era a unidade produtiva e cada sociedade tinha o seu artesão, com seus produtos, com atributos específicos. Com a troca de produtos entre as diversas sociedades foi possível que um consumidor conhecesse o diferencial entre os produtos fabricados por artesãos de outras sociedades, gerando novas expectativas. Assim, a qualidade passa a ser associada a valores percebidos pelo cliente (RODRIGUES, 2008 apud CAMPOS, 2010, p. 38).

No século XIX tem início o ciclo da qualidade, denominada inspeção informal, na qual o grande responsável pelo processo é o cliente, que seleciona dentre os produtos disponíveis aquele que mais lhe atende segundo critérios objetivos e subjetivos, relacionando-se diretamente com o produtor por meio de processo de observação ou manuseio (BONNE; KURT, 1998)

A conscientização da importância da qualidade e a introdução de métodos formais para o controle e melhoria da qualidade tem sido um desenvolvimento evolutivo.

O movimento pela qualidade começou nos Estados Unidos, nos anos de 1920 com Walter Shewhart, estatístico norte americano que se tornou pioneiro ao criar o enfoque

denominado controle estatístico da qualidade. “Shewhart desenvolveu gráficos de controle para detectar variações no processo de fabricação que poderiam gerar produtos defeituosos” e “Esse método inovador inseriu a qualidade no processo de produção, dispensando o trabalho de remoção de produtos defeituosos no final da linha de produção” (BONNE; KURT, 1998, p. 33).

Bonne e Kurtz (1998) ressaltam que durante a Segunda Guerra Mundial, W. Edwards Deming ajudou a popularizar os métodos de controle de qualidade de Shewhart, tanto nos Estados Unidos como em outros países. Segundo Montgomery (2001, p. 7) “a experiência dos tempos de guerra tornou claro que as técnicas estatísticas eram necessárias para controlar e melhorar a qualidade do produto”. Com o fim da guerra, Deming tornou-se consultor em técnicas de melhoria de qualidade. E a preocupação com a melhoria da qualidade transferiu-se dos Estados Unidos para o Japão, voltando sua atenção para as teorias dos especialistas americanos em qualidade.

Uma consequência importante da decisão japonesa de usar a qualidade como ingrediente-chave de sua estratégia competitiva foi o desenvolvimento de um conceito denominado melhoria contínua. O Kaizen, nome japonês deste conceito, refere-se ao processo de estudar e melhorar constantemente as atividades de trabalho. A melhoria contínua como método de assegurar a qualidade disseminou-se rapidamente pelos Estados Unidos e por outros países (BONNE; KURTZ, 1998, p. 34).

Desde 1980 é contínuo o crescimento do uso de métodos estatísticos para a melhoria da qualidade nos Estados Unidos. “A adoção e o uso de métodos estatísticos desempenharam papel central no ressurgimento da indústria americana. Várias estruturas de gerenciamento também surgiram como sistemas nos quais implementar a melhoria da qualidade” (MONTGOMERY, 2001, p. 7).

Com a expansão da indústria no início do século XX, surgiu o controle da qualidade que evoluiu para a administração da qualidade total, exercendo forte impacto em diversos setores organizacionais.

Em meados do século XX, quando a produção em massa se tornou comum, a qualidade era considerada como uniformidade ou ausência de variação, sendo necessário fabricar grandes quantidades de peças como parafusos, virtualmente idênticas, de maneira que cada uma pudesse ser montada, indiferentemente, em qualquer produto. As peças deveriam ser idênticas, feitas de acordo com as especificações dos técnicos no sentido de evitar que fossem usadas peças defeituosas, fora da padronização, porém como era impossível inspecionar milhões de peças produzidas, aplicou-se ao controle da qualidade a amostragem

estatística (MAXIMIANO, 2009).

A partir do desenvolvimento da produção em massa, a qualidade passa a ser auferida por meio da seleção, ao final do processo produtivo, de produtos e bens, fazendo com que surja a figura do inspetor de qualidade, encarregado da avaliação um a um dos produtos fabricados para separar, dentre todos os produtos, àqueles que são defeituosos.

De acordo com Cassar (2008), a principal característica dessa fase é que a inspeção não produz qualidade, uma vez que somente encontra os produtos defeituosos e os separa ao final do processo produtivo, de modo que a produção tinha a incumbência da produção de produtos bons e ruins simultaneamente, o que não qualifica, apenas inspeciona, direcionando para produtos sem a garantia da qualidade e sim apenas a sua manutenção.

Nesta fase, surge também a padronização de componentes e o conceito de intercambialidade, onde os componentes poderiam sofrer trocas entre si que ainda assim atenderiam a função do produto final.

A necessidade de componentes em grande quantidade abre espaço para que sejam aplicadas técnicas de amostragem e outros procedimentos com base na estatística (CASSAR *et al*, 2008). De acordo com esses autores, a utilização de conceitos de estatística relacionada às probabilidades amostras e aleatoriedade traz a possibilidade que, a partir da análise de uma parte de um conjunto, sejam determinadas características do conjunto como um todo. Aplicado à produção industrial, o controle de qualidade tem sua sistematização com a utilização intensiva da estatística.

Um desdobramento deste tipo de controle traz consigo o controle estatístico de processo à medida que a produção é inspecionada temporariamente com a possibilidade de produção fora dos parâmetros estabelecidos. Desta maneira, havia possibilidade de interrupção do processo e correção da distorção de modo a evitar a produção defeituosa (ALVES, 2002).

Surge então, à produção com qualidade, fazendo com que a responsabilidade sobre a qualidade deixe de ser exclusivamente do inspetor de qualidade e passe a ser compartilhada com todos os funcionários envolvidos no processo. Esse processo culmina na era da qualidade total.

No entanto, o desenvolvimento do patrimônio humano se dá por meio de capacitação e treinamentos para que possa haver mudanças não somente dos processos organizacionais, mas na sua totalidade (PESTANA, 2006).

Embora as definições da qualidade variam muito com os diversos ramos de negócios, Arnold (1999, p. 475) afirma que “Qualidade significa satisfação dos usuários: produtos ou serviços que satisfazem as necessidades e expectativas dos usuários”.

Montgomery (2001, p. 1) afirma que:

[...] “a qualidade tornou-se um dos mais importantes fatores de decisão dos consumidores na seleção de produtos e serviços que competem entre si”. [...] “Compreender e melhorar a qualidade é um fator-chave que conduz ao sucesso, crescimento e a uma melhor posição de competitividade de um negócio”. [...] “A melhor qualidade e o emprego bem-sucedido da qualidade como parte integrante da estratégia geral da empresa produzem retorno substancial sobre o investimento”[...]

Segundo Montgomery (2001), a qualidade baseia-se no ponto de vista que produtos e serviços devem apresentar especificações exigidas por aqueles que os usam, chegando à conclusão que qualidade significa adequação para o uso.

Para Bonne e Kurtz (1998, p. 32), a qualidade “descreve o grau de excelência ou superioridade de mercadorias e serviços de uma empresa, que envolve características tangíveis e intangíveis de uma mercadoria ou serviço”. Em sentido técnico “qualidade pode referir-se a aspectos físicos, como durabilidade e segurança, incluindo o componente intangível da satisfação do cliente”.

Diante de tudo isso, é notório que a qualidade não é somente uma nova estratégia gerencial, e sim uma nova postura comportamental. Com base no desenvolvimento de conceitos, técnicas e métodos adequados a uma nova realidade. Não é somente produzir mais, porém melhor, com menor custo, menos desperdício, menos retrabalho. Para isso, de acordo com TAUBLIT (1998, p. 6), “torna-se necessário derrubar ideias e preconceitos antigos: a ênfase na relação do trabalho deve ser no homem, não mais na organização e na máquina”.

Segundo Maximiliano (2009, p. 71), a evolução do controle da qualidade para a moderna administração da qualidade total é uma história dividida em três partes ou eras principais:

- A era da inspeção: Praticada pelo próprio produtor ou prestador de serviços, cuja qualidade ele pode aferir pela observação ou manuseio.
- Era do controle estatístico: Controle aprimorado por meio de técnicas de amostragem e outros procedimentos que tem sua base na estatística. Com o objetivo de separar os produtos bons dos ruins, o pioneiro dessa aplicação foi Walter A. Shewhart, que em 1924, preparou o primeiro rascunho do que viria a ser conhecido como carta de controle.

- Era da qualidade total: Na era da qualidade total, a ênfase desloca-se para o sistema da qualidade, ou seja, a qualidade é uma questão sistêmica e é um problema de todos os colaboradores abrangendo todos os aspectos da operação da empresa.

Grandes indícios em todos os setores apontam para a grande necessidade de novos métodos de administrar as instituições. Esses indícios, juntamente com as práticas japonesas de administração, deram origem ao gerenciamento de qualidade total, ou “TQM”.

De acordo com Kaplan; Rieser (1996, p. 7):

As tentativas iniciais de implementação dos conceitos e gerenciamento de qualidade total ocorreu na área de manufatura. Posteriormente na Segunda Guerra Mundial, os japoneses levaram o Dr. W. Edwards Deming, estatístico e especialista em administração, para ajudar as empresas a implementar métodos baseados em estatística, medindo e garantido a qualidade e a melhoria continua dos processos.

Houve um esforço grande no sentido de ampliar o conceito de TQM, englobando ferramentas estatísticas mais sofisticadas em engenharia, marketing e projetos. Mesmo que os resultados não tenham sido uniformes, ele contribuiu para melhor apreciação do que pode ser alcançado pelas novas formas de encarar a administração (YIN, 2001).

Segundo os mesmos autores (KAPLAN; RIESER, 1996, p. 7), O TQM recebeu diversos nomes em lugares diferentes. Em algumas empresas é conhecido como “QM”, gerenciamento de qualidade, em outras é “TQ”, qualidade total. Recebem também várias denominações como, por exemplo, “melhoria contínua de qualidade”. Mas a busca é uma só, a excelência gerencial.

Conforme Brocka (2009, p. 54), “até o século XIX o gerenciamento da qualidade encontrava fundamento na inspeção dos produtos pelo consumidor durante o processo de aquisição a partir da confiança na habilidade e destreza dos artesãos”.

Meireles e Paixão (2003, p. 402), “afirmam que a melhoria da qualidade dos processos agrega valor aos produtos/serviços e ao cliente, reduzindo desperdícios e custos, aumentando a confiabilidade dos clientes”.

No setor de serviços não há nada mais importante do que diferenciar-se pela qualidade. A qualidade dos serviços essencial pode se tornar uma diferença desde que no mercado não se encontre serviço prestado de forma satisfatória. Para Las Casas (2006, p. 297) “os serviços bem feitos geram satisfação aos clientes atendidos, que voltam a comprar ou indicam outros de seus relacionamentos, aumentando a demanda e os lucros”. Acrescenta ainda que um cliente satisfeito com o prestador de serviços estará percebendo um serviço de qualidade.

É notório que a qualidade de serviços corresponde à satisfação dos clientes. Mas alcançar essa satisfação não é fácil. Como os clientes possuem desejos e expectativas diferentes, a insatisfação pode acontecer. Por isso, na Gestão da Qualidade, os profissionais devem administrar as expectativas, com interação, sintonia e comunicação entre as partes envolvidas na prestação de serviços (MEIRELES; PAIXÃO, 2003).

Essa abordagem deixa claro que, se a alta administração não está comprometida e envolvida, a qualidade total não obterá sucesso. Os administradores devem iniciar o processo, sendo os primeiros a receber o treinamento na filosofia e nos conceitos da TQM. “O conselho de qualidade deve estabelecer um plano estratégico que expresse as metas e os objetivos de TQM e o modo como espera atingi-los” (ARNOLD, 1999, p. 478).E ainda complementa dizendo:

A TQM implica uma organização dedicada a agradar aos clientes, satisfazendo e excedendo suas expectativas. Isso significa não apenas entender as necessidades atuais dos clientes, mas também antecipar as futuras [...] Abrange toda empresa, sendo responsabilidade de todos [...] as pessoas trabalham não apenas para desempenhá-las, mas também para melhorá-las. (ARNOLD, 1999, p. 478-479)

Em função da melhoria contínua, os administradores precisam ser estimulados a encarar suas organizações como sistemas que usam o conhecimento e a capacidade de todos os colaboradores para a melhoria da qualidade. Comunicando a todos os envolvidos as metas da gestão da qualidade total e estimulando-os a aperfeiçoar e se orgulhar do seu trabalho. Pois, quando vão além da melhoria contínua e atingem a inovação, o resultado é uma verdadeira vantagem competitiva (PALADINI, 2010).

De acordo com Fadel e Filho (2008), é importante salientar que a tarefa de encantar clientes por meio da qualidade, serviços e valor não é nada fácil, e exige um conhecimento amplo de suas necessidades, desejos e expectativas. As ideias e sugestões de melhorias em produtos e serviços devem ser buscadas para que cada cliente se sinta envolvido e cúmplice da empresa.

Todo o processo de qualidade passa então por um momento de transição, onde o cliente passa a ser o co-autor, através da inspeção dos produtos e serviços oferecidos pelo mercado.

Em meados do século XX, quando a produção em massa se tornou comum, a qualidade era considerada como uniformidade ou ausência de variação, sendo necessário fabricar grandes quantidades de peças como parafusos, virtualmente idênticas, de maneira que cada uma pudesse ser montada, indiferentemente, em qualquer produto. As peças deveriam ser idênticas, feitas de acordo com as especificações dos técnicos no sentido de evitar que fossem usadas peças

defeituosas, fora da padronização, porém como era impossível inspecionar milhões de peças produzidas, aplicou-se ao controle da qualidade a amostragem estatística (CHAN, 2009, p. 82).

A partir do desenvolvimento da produção em massa, a qualidade passa a ser auferida por meio da seleção. Ao final do processo produtivo, de produtos e bens, fazendo com que surja a figura do inspetor de qualidade, encarregado da avaliação um a um dos produtos fabricados para separar, dentre todos os produtos, àqueles que são defeituosos.

A principal característica dessa fase é que a inspeção não produz qualidade, uma vez que somente encontra os produtos defeituosos e os separa ao final do processo produtivo, de modo que a produção tinha a incumbência da produção de produtos bons e ruins simultaneamente, o que não qualifica, apenas inspeciona, direcionando para produtos sem a garantia da qualidade e sim apenas a sua manutenção. (GARVIN, 2002, p. 13).

Nesta fase, surge também a padronização de componentes e o conceito de intercambialidade, onde os componentes poderiam sofrer trocas entre si que ainda assim atenderiam a função do produto final.

Gonçalves (1983) acrescenta falando que mesmo representando uma evolução do conceito de qualidade, o objetivo permanece sendo a separação dos produtos “bons” dos “ruins”, porém com um pouco mais de produtividade e confiabilidade, porém ainda não se percebia a preocupação de uma produção com qualidade no atendimento.

Um desdobramento deste tipo de controle traz consigo o controle estatístico de processo à medida que a produção é inspecionada temporariamente com a possibilidade de produção fora dos parâmetros estabelecidos. Desta maneira, havia possibilidade de interrupção do processo e correção da distorção de modo a evitar a produção defeituosa.

No entanto, o desenvolvimento do patrimônio humano se dá por meio de capacitação e treinamentos para que possa haver mudanças não somente dos processos organizacionais, mas na sua totalidade.

Em meados dos anos 80, a qualidade total começa a se estender ao longo da cadeia produtiva, afetando fornecedores em diversos níveis. Com a filosofia da qualidade da total se espalhando entre as organizações, muitas empresas começam a observar e perceber o quanto é importante se responsabilizar também pela qualidade de seus fornecedores (GONÇALVES, 1983, p. 34).

Conforme Las Casas (1999), depois da metade do século XX, outra ideia importante surgiu a respeito da administração da qualidade:

- Qualidade não se resume apenas a controlar a uniformidade de produtos, de acordo com especificações criadas por engenheiros. Qualidade é uma questão de satisfação do cliente. A

qualidade nasce com a definição das especificações do produto, ouvindo-se a voz do cliente. A qualidade, depois disso, é construída passo a passo, nos processos de desenvolvimento de fornecedores, produção, distribuição, vendas e assistência técnica.

- A qualidade tem que ser embutida no produto ou serviço desde o começo, a partir dos desejos e interesses do cliente. A questão importante é garantir a qualidade ao longo de todo o processo e não apenas encontrar os defeitos no final da linha de produção. Com uma filosofia de garantia da qualidade ao longo de todo processo, os produtos e serviços chegariam ao fim virtualmente sem defeitos. Essa era a idéia da corrente de clientes, que já havia sido apresentada aos japoneses por Deming nos anos 50.

- Construir e melhorar a qualidade não depende apenas dos engenheiros e dos especialistas do controle da qualidade. Todos, na empresa, são responsáveis pela qualidade, desde as pessoas que estão no início da hierarquia, até o presidente.

- Essa responsabilidade de todos pela qualidade e a garantia da qualidade dos produtos e serviços, do começo ao fim do processo, exige em enfoque sistêmico, para integrar ações das pessoas, máquinas, informações ou outros recursos envolvidos na administração da qualidade. Toda empresa deveria ter um sistema da qualidade, com padrões, normas, especialistas, manuais, instrumentos de medição, e assim por diante (LAS CASAS, 1999).

A partir do momento que se tem uma produção homogênea, passa-se a ter o desenvolvimento do conceito daquilo que se denomina qualidade. Nesse momento, para as organizações, qualidade passa a ser definida pela reprodução de produtos com as mesmas características. Isso possibilita o desenvolvimento de setores na organização responsáveis pela avaliação do grau de padronização dos produtos, porém cabe salientar que a representação da qualidade para uma organização pode não representar qualidade para um cliente.

2.4 Evolução do conceito de qualidade

O significado da palavra qualidade vai sofrendo modificações ao longo do tempo, sofrendo evolução de acordo com o desenvolvimento das organizações e adaptando-se aos novos processos e requisitos de clientes e empresas. Diante do exposto, é possível dividir as fases da qualidade conforme suas características principais.

PERÍODO	VISÃO	FOCO	BASE DE DESEMPENHO	TÉCNICA PRIORITÁRIA	METODOLOGIA	PERSONALIDADE
1900/1960	Visão setorial e regional na produção	Produtividade	Eficiência	Inspeção	Administração científica	Frederick Taylor Henry Ford
1961/1990	Visão organizacional global do negócio	Qualidade (não conformidade)	Eficácia	Controle estatístico e garantia da qualidade	Total Quality Management (TQM)	Walter Shewart Edwards Deming Joseph Duran Yshikawa Amand Feigenbaum
A partir de 1991	Visão global, ambiental, social e interdisciplinar.	Qualidade seis sigmas ou excelência	Efetividade	Gerenciamento estratégico da qualidade	Seis sigmas	Robert Galvin Bill Smith Jack Welch

Quadro 1: Sistematização da evolução do conceito de qualidade.

Fonte: Adaptado por Paladini (2010).

Para Paladini (2010), o conceito de qualidade não é novo, considerando que é possível identificar ao longo da história registros desde os tempos antigos quando o homem primitivo ia à busca de materiais mais resistentes para construir suas armas ou melhores métodos para as edificações da antiga Roma.

Os conceitos de qualidade sofreram mudanças consideráveis ao longo do tempo. De simples conjunto de ações operacionais, centradas e localizadas em pequenas melhorias do processo produtivo, a qualidade passou a ser vista como um dos elementos fundamentais do gerenciamento das organizações, tornando-se o fator crítico para a sobrevivência não só das empresas, mas também de produtos, pessoas e processos (PALADINI, 2010, p. 26).

É possível perceber que nessa perspectiva do conceito de qualidade decorre diretamente da concorrência acirrada que envolve os ambientes em que atuam pessoas e organizações em conjunto, como mostra o Quadro 2.

“Qualidade é a capacidade de satisfazer desejos”.	Deming
“Qualidade e a adequação ao uso”.Juran	
“Qualidade é satisfazer ao cliente, interno ou externo, atendendo ou excedendo suas expectativas, através da “Melhoria continua do processo”. Ishikawa	
“Qualidade é ir ao encontro das necessidades do cliente”.Crosby	
“Qualidade é um conjunto de características do Produto ou serviço em uso, as quais satisfazem as expectativas do cliente”.Feigenbaum	
“Qualidade é minimizar as perdas causadas pelo produto Não apenas ao cliente, mas à sociedade, a longo prazo.Taguchi	
Conceito adotado por este livro: “Qualidade é o que o cliente percebe ou entende por valor, diante do seu socialmente aprendido do mercado da sociedade e das tecnologias disponíveis”.	

Quadro 2: Conceitos de qualidade.

Fonte: Juran, (2002,p. 11).

Atualmente, a qualidade é um termo que se incorporou à cultura das organizações, independente de seu porte, ramo de atividade e abrangência de atuação.

O conceito de que a qualidade é importante surge de maneira bastante forte em 1970, com o renascimento da indústria japonesa que, seguindo os preceitos do consultor W. E. Deming faz da qualidade uma arma para vantagem competitiva. Esse aspecto se torna tão importante que já em 1980 os fabricantes de veículos japoneses, antes vistos com pouco caso pelos americanos, se tornam extremamente competitivos no mercado, criando dificuldades de venda para os veículos dos demais fabricantes mundiais. (PALADINI, 2010, p. 388).

De acordo com Juran (2002, p. 11),“a palavra qualidade vem do latim “*qualitas*”, sendo utilizado em diversas situações, porém, o seu significado nem sempre é definido de forma clara e objetiva”. O autor a define como o que o cliente percebe ou entende por valor, diante do mercado, da sociedade e das tecnológicas disponíveis.

Qualidade é um conceito espontâneo e intrínseco a qualquer situação de uso de algo tangível, a relacionamentos envolvidos na prestação de um serviço ou a percepções associadas a produtos de natureza intelectual, artística, emocional e vivencial (LOVELOCK; WRIGHT, 2004, p. 23).

Dessa forma, esse conceito se amplia o que tradicionalmente era entendido como qualidade. Somado a isso, sua importância é aumentada e a responsabilidade por tomadas de decisão relacionadas ao planejamento, ao desenvolvimento e à implementação prática e conceitual nas organizações também se modificam.

2.5 Qualidade em serviços

Lovelock e Wright (2001) definem Qualidade do Serviço como uma opinião geral do cliente sobre a entrega do serviço constituída de uma série de experiências bem e mal sucedidas com o serviço. De maneira similar, Fitzgerald (apud MOREIRA, 1996, p. 59).

No estudo das relações da empresa com o mercado, com a visão e com os valores e crenças referentes à organização, verifica-se que, existem diferenças entre a concepção tradicional e a concepção atual da qualidade em vários aspectos, como esclarece o Quadro 3, a seguir.

DIFERENÇAS ENTRE A CONCEPÇÃO TRADICIONAL E A CONCEPÇÃO ATUAL DA QUALIDADE		
Aspectos a considerar	Concepção tradicional	Concepção atual
Objeto da qualidade	Orientado a produtos e serviços	Orientado a todas as atividades da organização, incluindo os clientes e administradores.
. Modo de obter a qualidade	Detectar e corrigir. Eliminar o defeito depois de fabricar	Prevenção de falhas. Desenhar bem para não cometer falhas. Autocontrole.
. Econômicos. Custos da qualidade	A qualidade custa, é cara	É rentável, porque aumenta a produtividade e reduz custos.
. Responsabilidade da qualidade	A inspeção e o departamento de controle de qualidade	Composição de todos os membros da organização
. Clientes e administradores	Pessoas alheias à organização	Os incorpora como parte do sistema. Clientes internos e externos
. Defeitos da qualidade, originados por erros	Causas especiais originadas em geral pelos operários	Causas comuns devidas à direção e os procedimentos
. Organização da manutenção	Responsabilidade do departamento de manutenção	Aplicam-se as técnicas avançadas de manutenção
Logística	Embasada na existência de um grande estoque	Técnicas de “justo a tempo”, “no stoch”, “Kanban”, câmbio rápido”.
Posto em prática, e estilo de comando.	Imposto, objetivos incertos, incertezas, pouca informação, rígida.	Grande informação, participação, objetivos claros, confiança.
Requisitos do cliente	Quase desconhecidos e pouco levados em conta	Conhecer, compreender, assumir e satisfazer os requisitos do cliente.
Análise e resolução de problemas	De forma individual	Em grupo de trabalho, planos de melhora contínua, círculos de qualidade.

Quadro 3: Diferenças entre a concepção tradicional e a concepção atual da qualidade.

Fonte: adaptado De Domingo, J. y Arranz, A. Calidad y Mejora Continua. Donostia: San Sebastian Donostiarra, 1997, p.43.

De acordo com Fitzgerald (apud MOREIRA, 1996, p.59) define que “Qualidade do serviço é a totalidade de aspectos e características do pacote do serviço que se apoia na sua habilidade de satisfazer ao cliente”. Note-se que a parte final desta definição ressalta a importância da satisfação do cliente como um fator indicativo para a qualidade dos serviços.

De acordo com a NBR ISO 9000:2000 (p. 7), satisfação do cliente é a “percepção do cliente do grau no qual os seus requisitos foram atendidos”. Para Corrêa e Caon (2002), os clientes avaliam os serviços durante ou após o término do processo (pois dificilmente os serviços podem ser avaliados antes de sua prestação).

Segundo Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000), a avaliação da qualidade dos serviços se dá pela comparação entre o que o cliente esperava do serviço com o que ele percebeu do serviço prestado. Sendo, portanto, a avaliação do cliente, uma função de suas expectativas e de sua percepção do serviço, conforme a expressão a seguir.

Avaliação da

$$\text{Qualidade do serviço} = f(\text{Expectativas, Percepção})$$

Equação 1: Avaliação da qualidade do serviço.

Fonte: Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000).

De acordo com Téboul (1999), é possível expressar a satisfação do cliente através da seguinte relação:

$$\text{Satisfação do cliente} = \frac{\text{Qualidade Percebida}}{\text{Qualidade Esperada}}$$

Equação 2: Satisfação do cliente.

Fonte: Téboul (1999),

De acordo com Lovelock e Wright (2001), quando os clientes avaliam a qualidade de um serviço, eles o julgam em função de algum padrão interno que existia antes da experiência de serviço. Esse padrão interno constitui a base para as *expectativas* do cliente.

2.6 Qualidade em Serviços de Saúde

De acordo Campos (2010), o termo qualidade deriva do latim “*qualis*” e significa “tal e qual as coisas de fato são”, no entanto a sua subjetividade torna difícil a sua interpretação, podendo a qualidade assumir diferentes definições e significados em função das pessoas, do contexto e das medidas de qualidade usadas, sendo considerada universalmente

como algo que afeta a vida das organizações e a vida de cada um de nós de uma forma positiva.

Definir qualidade não é algo fácil, pois representa, caracterizar algo complexo e multifacetado, que pode e deve ter várias perspectivas, pois segundo António e Teixeira (2007), a própria filosofia da qualidade adota uma posição de não existência de uma definição absoluta e universal.

Na concepção de Mezzomo (2003), qualidade “é uma propriedade de um produto/serviço que o torna adequado à missão de uma organização comprometida com o pleno atendimento das necessidades de seus clientes”. Dentre as propriedades que dão qualidade a um serviço (produto), podem-se destacar: a efetividade, a eficiência, a eficácia, a pertinência, a suficiência, a acessibilidade, a oportunidade, a atualidade e a aceitabilidade.

No entanto, os clientes/usuários têm seu próprio conceito de qualidade. É possível falar que qualidade é aquilo que cada um acredita que é ou percebe que é. Segundo Las Casas (1999) as dimensões da qualidade em serviços são:

- Confiabilidade - é importante para prestar serviços de qualidade, gerada pela habilidade de fornecer o que foi prometido de forma segura e precisa;
- Segurança – os clientes querem das prestadoras de serviços a habilidade de transmitir segurança e confiança características pelo conhecimento e cortesia dos funcionários;
- Aspectos Tangíveis – as aspectos físicos que circundam a atividade de prestação de serviços também têm sua importância como fator de influência, como instalações, equipamentos, aparência dos funcionários;
- Empatia - grau de cuidado e atenção pessoal dispensado aos clientes, com a capacidade de se colocar no lugar dos outros e, também, a receptividade que é a disposição de ajudar os clientes e fornecer serviços com presteza.

As características das organizações de saúde se tornaram difícil internamente a avaliação dos resultados nelas obtidos. Segundo Regis e Lopes (1996), o setor saúde como organização prestadora de serviços deve lançar mão de todos os recursos que viabilizem um melhor desempenho, com melhor satisfação, tanto dos clientes externos quanto internos.

De acordo com Gränroos (1995), a gestão de serviços deve estar centrada na qualidade do serviço, que se compreendida como a percepção do cliente.

Atualmente os gestores estão percebendo a necessidade de melhoria no serviço de saúde por isso ao avaliar a qualidade do serviço propriamente dita a forma como o cliente

percebe esta qualidade, pois é a partir deste julgamento do cliente que a empresa poderá a começar definir um padrão para determinar a qualidade no serviço (ALVES, 2002).

Segundo Bittar (2000), os serviços de saúde, especificamente os hospitais, podem ser divididos em quatro grandes áreas, cada uma com características próprias no que diz respeito aos recursos e aos processos utilizados para obtenção dos resultados. A composição dessas áreas se dá através de subáreas, a seguir:

- **Área de infra - estrutura:** Nessa área temos todas as subáreas que dão suporte as outras áreas afins, ou seja, aquelas que não estão em contato direto com o paciente. São tão importantes quanto as outras, visto que do seu desempenho depende a qualidade final dos programas e serviços. Embora não se possa afirmar qual é a mais importante delas, é necessário realçar que todo o início dos processos baseia-se em três: farmácia, material e recursos humanos.

- **Área de ambulatório/emergência:** Suas subáreas revestem-se de importância pois são as alimentadoras da demanda que um hospital possui. É uma área que pode contribuir não só com a qualidade do serviço, com a qualidade de vida do paciente, com a redução dos custos, à medida em que apresenta alta resolubilidade, trabalhando com a prevenção da doença, promoção da saúde, evitando-se internações.

- **Área de internação clínica - cirúrgica:** Casos graves necessariamente serão internados ou recorrerão à unidades de internação, com utilização de processos mais complexos, como os procedimentos invasivos, consumidores de recursos com trabalho mais estressante, na qual o paciente permanece por um tempo maior, sujeito a conflitos e possibilidade de observação do que ocorre no desenvolvimento dos processos, sendo composta pelas seguintes subáreas: anestesia, centro cirúrgico, centro obstétrico, centro de recuperação anestésica, internação clínico-cirúrgica, obstétrica e pediátrica, unidade neonatal unidade de moléstia infectocontagiosa e serviço de controle da infecção hospitalar.

- **Área Complementar de Diagnostico e Tratamento:** É responsável pela ajuda e solução de diagnósticos e de tratamentos. Nas últimas décadas teve um desenvolvimento tecnológico enorme, contribuindo não só com a melhoria da qualidade e resolubilidade, mas também com o aumento dos custos. Aumentou, ainda, o número e a complexidade dos processos, exigindo tecnologia cara e recursos humanos altamente treinados. Possui as seguintes subáreas: anatomia patológica, angiografia/hemodinâmica, banco de sangue, banco de tecidos, betaterapia, biologia molecular, cardiotocografia e outras especialidades.

Serviço de saúde, segundo Pereira (1995) é o termo genérico dado ao local destinado à promoção, proteção ou recuperação da saúde, em regime de internação ou não. Os serviços de saúde são classificados em dois grandes grupos, conforme a que se dirijam: a prestação de assistência direta à saúde das pessoas (em hospitais, centros de saúde, consultórios etc.) ou as ações sobre o meio ambiente, a fim de controlar os fatores que exercem efeitos prejudiciais à saúde.

Quinto Neto (apud FOGAÇA, 2006), discorrendo sobre definição de qualidade em saúde, afirma que a qualidade dos serviços de saúde está relacionada a características sociais, econômicas e culturais da população e que cada sociedade enfatizará os atributos de qualidade que lhe forem mais relevantes e pertinentes.

Ainda em relações as concepções de qualidade, António e Teixeira (2007) consideram necessário encontrar um elemento comum, que seja tangível, concreto e observável. Segundo este autor os indivíduos correspondem a este elemento de interligação, pois são eles que experimentam as consequências, estabelecem os requisitos que para eles são estabelecidos e controlam a realização dos processos, assumindo o papel de principais autores.

Conforme Bittar (2001) distingue igualmente a qualidade de um produto da qualidade de um serviço, considerando que a qualidade de um serviço é mais difícil de avaliar, dado que os clientes consideram como parte da qualidade o processo de prestação do serviço e as interações estabelecidas durante o mesmo.

Para Kamimura (2004), em relação ao tratamento técnico empregado pelo serviço de saúde, em face do avanço da ciência e da tecnologia, constata-se que os pacientes dificilmente têm condições de avaliá-lo, e, conseqüentemente, passam a apreciar os serviços prestados a partir de aspectos como atendimento, informações precisas e confiáveis por parte dos médicos, atenção do corpo clínico e cirúrgico, o conforto das instalações e a higiene, entre outros.

Assim, do ponto de vista empresarial, a qualidade “passa pela qualidade de seus departamentos, que é produzida pela qualidade pessoal dos que neles trabalham” (Mezzomo, 2003, p. 194). É por isso que a qualidade pessoal é o grande diferencial das organizações; investir nela significa garantir competitividade, maior produtividade, menor custo e sobrevivência da empresa.

Nesse contexto, Brocka (2009, p. 51) enfatiza que “somente uma pessoa com qualidade pode transferir qualidade, e que não existem produtos com qualidade, mas sim

produtos e serviços que ganharam qualidade, porque foram feitos por pessoas com qualidade”.

A avaliação de políticas e programas é essencial em saúde pública, pois contribui para os esforços em investigação de uma sociedade mais saudável e previne desperdiçar recursos, com isso, implantar programas ineficazes (VAUGHAN, 2004).

Na avaliação dos benefícios das políticas de saúde à população, a informação dos arranjos, contentamento dos clientes e características locais dos serviços de saúde é requisito básico (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Vem crescendo a importância de medir a expectativa do cliente quando se aborda a qualidade dos serviços de saúde. O papel do cliente como figurante do sistema de saúde tem impacto direto na melhoria do serviço. Assim, é fundamental distinguir como os clientes avaliam o atendimento prestado, para repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aprimoramento (DONABEDIAN, 2003).

2.7 COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR– CCIH

A Infecção Hospitalar (IH) é definida pelo Ministério da Saúde do Brasil como toda infecção adquirida após admissão do paciente e que se manifeste durante a internação, ou mesmo após a alta quando puder ser relacionada com a hospitalização (BRASIL, 2010).

De acordo com Cardoso e Silva (2004, p.51)“as infecções hospitalares constituem hoje um grande problema para a sociedade visualizado como de saúde pública. Os microorganismos responsáveis por essas infecções encontram, no ambiente hospitalar, hospedeiros e veículos ideais para seu contágio”.

Segundo Pereira e Morya (1996, 145) “Observa-se que as taxas de Infecção Hospitalar (IH) variam de acordo com o tipo de vigilância empregado, bem como, com o porte e categoria de cada hospital”.

A CCIH deve ser nomeada pela direção geral da Instituição, que desta maneira estará formalizando e legitimando a existência da comissão. Deve ser composta por representantes dos serviços que, direta e indiretamente, prestam cuidados aos pacientes. A Portaria recomenda como membros da CCIH: serviços médicos, de enfermagem, de farmácia, laboratório de microbiologia e administração. Além deles, pode-se citar como de importância, os serviços de nutrição e dietética, lavanderia, higiene, diagnóstico e imagem, manutenção, recursos humanos, entre outros. A composição da CCIH deve ser feita, portanto, de acordo com a estrutura do hospital, considerando seu porte, especialidades médicas e o quadro de

pessoal, incluindo os serviços terceirizados. O seu presidente deve ter assento nos órgãos deliberativos da instituição, fato este determinado pela Portaria, assegurando mudar uma característica de muitas comissões existentes: bem intencionadas, mas distantes das decisões (BRASIL, 2010).

Cabe aos profissionais, a conscientização para determinadas condutas, que vise proteger a clientela de possíveis complicações decorrentes dessas infecções e respectiva exposição a outras infecções. As maiores dificuldades existentes no contexto do controle de infecções hospitalares (CIH), encontram-se relacionadas às necessidades de mudança de comportamento dos profissionais da saúde e mesmo dos clientes/usuários o que ocorre através de um processo lento, já que exigem fundamentação prática, teórica, e adoção de medidas de prevenção, que levem à formação de novos hábitos pelos profissionais mobilizados por um compromisso com a vida e com a promoção da saúde (CARDOSO; SILVA 2004).

De acordo com Macedo; Rodrigues e Carvalho (2003), estudos recentes a respeito da introdução de novos métodos de higienização das mãos mostraram que o uso do álcool gel acrescentou a adesão à higiene manual. A grande vantagem deste método é de consumir menos tempo e poder estar disponível entre cada um dos leitos hospitalares. No entanto, no estudo realizado por Harbarth et al. (2002), foi relatada a importância de intervenções educativas de modo concomitante à disponibilidade do álcool gel para a satisfatória adesão ao seu uso. É esperado que a combinação da lavagem das mãos com água e sabão, conforme a disponibilidade de pias bem posicionadas, entre o profissional de saúde e o paciente, e dispensadores de álcool gel, aliada a programas de informação sobre a importância da infecção hospitalar e da higiene manual venham a ser medidas a contribuir para o melhor controle da infecção hospitalar.

No Brasil, tem-se ampliado a vigilância às infecções hospitalares por meio de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e, mais recentemente, por meio dos comitês de averiguação de mortes no hospital, os quais colaboram para o monitoramento da qualidade da assistência. A análise de informações hospitalares relacionadas com eventos prevenia colaborar para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde (CARDOSO; SILVA 2004).

A infecção hospitalar (IH) representa uma das principais dificuldades da qualidade da assistência médica, um problema econômico devido à importante incidência e letalidade expressiva, assim como os custos diretos, além dos custos indiretos, como aqueles representados pela impossibilidade de resposta ao mercado de trabalho e os custos

inatingíveis ou difíceis de avaliar de maneira econômica, como os distúrbios provocados pela dor, mal-estar, isolamento, enfim, pelo sofrimento experimentado pelo paciente (SILVA, 2003).

Ainda de acordo com Silva (2003, p. 6) “o controle da infecção hospitalar, além de atender às exigências legais e éticas, tornou-se, também, uma necessidade econômica, principalmente em países como o Brasil, no qual os recursos destinados à saúde são extremamente escassos”.

2.8 Higienização Hospitalar

A limpeza é a base de todos os procedimentos efetuados com materiais, equipamentos e ambiente e deve proceder os processos de desinfecção, pois a sujeira, principalmente a matéria orgânica como por exemplo o sangue, a urina entre outros, podem impedir a ação completa dos desinfetantes empregados.

De acordo com Agencia Nacional de Vigilância Sanitária do Brasil (2010), existem alguns princípios básicos que deverão ser levados em conta no serviço de limpeza hospitalar:

- **Nunca varrer superfícies a seco** – o ato de varrer o piso favorece a dispersão de microorganismos que podem ser veiculados à partículas de pó, por isso, recomenda-se a varredura úmida que pode ser realizada com mops ou panos de chão.
- **Utilizar sempre dois baldes de cores diferentes** – os baldes destinam-se a: 1º balde – solução; 2º balde – água limpa para o enxágue.
- **Utilizar água e detergente para limpeza de superfícies** – os produtos químicos ficam reservados apenas para as superfícies que contêm matéria orgânica ou em caso de surtos com a indicação da CCIH.
- **Utilizar produtos químicos aprovados pelo ministério da saúde** – consultar, sempre que necessário, a portaria nº 15 do Ministério da Saúde.
- **Separar panos para diferentes superfícies e áreas** – por exemplo, panos de cores diferentes para a limpeza de paredes, pisos, móveis, pia, etc.

A limpeza hospitalar existe um modo correto na sua execução que deverá ser obedecido:

- Paredes e anexos: de cima para baixo.
- Tetos: sentido unidirecional.
- Piso de quartos ou enfermarias: do fundo para a porta de entrada.

- Piso de corredores, saguões etc.: de dentro para fora, de trás para frente, etc.

A rotina de limpeza é determinada pelas características de cada hospital e pelas situações que se apresenta. Nas áreas críticas e semi críticas, a varredura úmida deve ser realizada utilizando pano úmido e rodo ou esfregão do mop. A varredura seca com vassouras é proibida, pois levanta poeira e bactérias que estão depositadas no piso (CHERUBIN, 2001).

Os objetivos e as finalidades do serviço de limpeza hospitalar são traçados após se ter conhecimento da missão da instituição e de sua administração para evitar futuros conflitos de interesses. De acordo com Torres e Lisboa (2001, p. 7), “a partir do comum acordo entre administração e chefia, pode-se chegar aos reais objetivos, que podem ou não ir de encontro com os itens a seguir”:

- Contribuir para a constante melhora da aparência e imagem da instituição.
- Prevenir a deterioração de superfícies, objetos e materiais.
- Promover segurança e conforto aos pacientes e aos funcionários por meio do ambiente limpo.
- Contribuir para o programa de qualidade total da instituição.
- Reduzir o número de microorganismos das superfícies.
- Contribuir para a redução de custos.
- Contribuir para a integração dos diferentes serviços visando ao intercâmbio científico e à conseqüente melhora da qualidade do serviço.
- Contribuir para o desenvolvimento de tecnologia própria por meio da pesquisa e do aprimoramento de técnicas.
- Manter intercâmbio com outras instituições.
- Promover intercâmbio com os setores diretamente relacionados com o serviço de limpeza: SCHI, SESMT, comissão de padronização de materiais.
- Participar de eventos ligados ao serviço.

Segundo Torres e Lisboa (2001), os serviços de limpeza hospitalar podem ser feitos pelo próprio hospital ou por uma empresa terceirizada. Para isto, é necessário analisar periodicamente as vantagens e as desvantagens de cada processo para que seja tomada a decisão de mudar ou não.

Para Torres e Lisboa (2001, p. 8), tem-se algumas vantagens no serviço próprio:

- Funcionários fazem parte do quadro de funcionários do hospital, possibilitando assim maior controle por parte da administração do hospital.
- Direitos e deveres dos funcionários da limpeza, iguais aos dos demais funcionários do hospital.
- Política de benefícios igual para todos os funcionários.
- Centralização da chefia, facilitando o acompanhamento e a supervisão.
- Menor rotatividade de funcionários.
- Funcionários com maior entrosamento com os demais serviços e chefias, por exemplo, educação continuada, SCIH, enfermagem, etc.
- Padronização de produtos químicos utilizados pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.
- Chefe da limpeza pertencente ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.
- Chefe ou encarregada presente 24 horas.
- Maiores salários.

- Maior confiança do cliente.
- Facilita o controle da qualidade.
- Melhor nível de escolaridade dos funcionários.

Para Álvares (1996), diferentemente do serviço próprio, no terceirizado existem algumas desvantagens que logo são lembradas quando se trata de funcionários de empresa terceirizada. São elas:

- Maior rotatividade.
- Menor produtividade.
- Menores salários.
- Falta de comprometimento com a instituição.
- Falta de motivação.
- Menor qualificação do funcionário.
- Menor conscientização e maiores riscos.

Para que o hospital e a empresa contratada evitem qualquer tipo de insatisfação e garantam a qualidade dos serviços prestados, é necessária a participação da administração na análise e possível reformulação do contrato de trabalho.

Diante disso, existem aspectos importantes que deverão ser observados para a escolha da empresa terceirizada. São eles:

- Referências anteriores;
- Idoneidade da empresa;
- Recursos humanos e materiais;
- Especialidade na área de limpeza;
- Preço: custo-benefício.

Quanto à divisão de limpeza, higienização e desinfecção, esta atua da seguinte forma nos hospitais:

A limpeza e desinfecção interna e externa (edificadas e não edificadas) das unidades hospitalares; com desinfecção de superfícies, promovendo a remoção de sujidades; remoção, redução ou destruição de microorganismos patogênicos; controle de disseminação de contaminação biológica, química; descontaminação localizada; entre outros, conforme a classificação das áreas hospitalares (críticas, semicríticas, não críticas); visando a obtenção de adequadas condições de salubridade e higiene em dependências médico-hospitalares, atendendo as normas estabelecidas pela legislação vigente principalmente no que concerne ao controle de infecção hospitalar (LITUCERA, 2008).

Existem no hospital diferentes tipos de limpeza, de acordo com o artifício utilizado e o local a ser higienizado: a limpeza concorrente (limpeza diária e reposição de materiais, tais como: papel toalha e papel higiênico); a limpeza de pisos e corredores; a limpeza terminal, que envolve a limpeza de pisos, tetos, paredes e anexo (portas, vidros, janelas, luminárias etc.); a limpeza das salas cirúrgicas, que envolve também a limpeza operatória (descontaminação imediata após o derramamento de líquidos e secreções orgânicas); limpeza diária das copas; e a lavagem semanal do carro funcional. Alguma outra intercorrência, deve ser depressa atendida (SZNELWAR et al, 2004).

Conforme Vecina Neto e Malik (2011), o dimensionamento de funcionários do serviço de higiene e limpeza hospitalar, apresenta vários critérios que devem ser considerados como coadjuvantes para este processo, tais como: qualificação da equipe disponível, considerando a idade, doenças, grau de escolaridade, obesidade, jornada de trabalho adotada pela instituição, classificação das áreas hospitalares sob o aspecto críticos, planta física e o tempo de construção: estrutura pavilhonar ou única, existência de rampas de acesso ou somente elevadores, pé-direito e acabamento das paredes, tipo de piso e acessos externos; região onde está localizado o hospital; condições internas de trabalho, como existência de depósito de material de limpeza, tanques e torneiras de uso exclusivo para o serviço de higiene e limpeza hospitalar, tomadas nos corredores, disponibilidade de materiais no estoque, estrutura e distribuição do almoxarifado central, especialidade do hospital e população flutuante diária.

O serviço de higiene hospitalar pode ser próprio ou de empresa terceirizada. Segundo Neto e Malik (2011, p.20), “pode haver vantagens e desvantagens em ambas as situações, pois nos serviços próprios há benefício da personalização do atendimento, de acordo com os objetivos da instituição”.

O sistema contratual do serviço de higiene tem a tendência, o dimensionamento do quadro de pessoal, baseado na quantidade de pacientes ou de leitos por trabalhadores da limpeza, esta prática apresenta desvantagens por não caracterizar indicadores que envolvam, por exemplo, a dinâmica da liberação de vagas, taxas de ocupação dos leitos, fluxo diário da população flutuante (NETO; MALIK, 2011).

O serviço de higiene e limpeza hospitalar é setor integrante de apoio logístico dos serviços especializados, contribuindo para a promoção de controle de infecção hospitalar advinda do ambiente, possibilitando a preservação dos bens patrimoniais físicos da instituição, além de promover o bem-estar aos clientes internos e externos, funcionários e visitantes do ambiente hospitalar (VECINA NETO; MALIK, 2011).

2.8.1 Tipos de higienização

Quando falamos sobre o tema a higienização e a importância para controle de infecção, mencionamos segundo o Manual de Higienização do Ministério da Saúde do Brasil (2003), os tipos de limpeza que devem ser feitos e qual meio mais correto de se realizar de uma forma que não fique uma limpeza superficial.

- **Higienização Concorrente** – é o processo de desinfecção e/ou limpeza quando o ambiente a ser higienizado se encontra ocupado. É executada diariamente, promove a limpeza e reposição de material de higiene das diversas áreas.

- **Higienização Terminal** – é o processo de desinfecção e/ou limpeza realizado após a desocupação do ambiente, ou seja, em todas as áreas hospitalares. Visa reduzir o risco de contaminação ambiental, pela remoção de sujidades.

- **Revisão de Limpeza Concorrente** – limpa na reposição de material de consumo, higiene pessoal e remoção de sujidades tantas vezes quantas forem necessárias.

O ambiente é um importante reservatório de microorganismos, especialmente os multirresistentes, nos serviços de saúde. Considerando que a Higiene Hospitalar constitui um serviço de importância prioritária e que a execução inadequada de suas atividades poderá acarretar em sérios problemas higiênico-sanitários, o Núcleo de Higiene Hospitalar e o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar têm como objetivo elaborar um Manual de limpeza e desinfecção de superfícies para que o Serviço de Higiene Hospitalar possa atualizar o conhecimento dos profissionais envolvidos e promover a prática correta dos diferentes procedimentos e rotinas (BRASIL, 2003).

De acordo com o Manual do Serviço de Higiene Hospitalar de São Paulo (2012), a limpeza e a desinfecção de superfícies são elementos que convergem para a sensação de bem-estar, segurança e conforto dos pacientes, seus familiares e profissionais nos serviços de saúde. Corrobora também para o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, por garantir um ambiente com superfícies limpas, com redução do número de microorganismos e apropriadas para a realização das atividades desenvolvidas nesses serviços. O ambiente é apontado como importante reservatório de microorganismos nos serviços de saúde, especialmente os multirresistentes. A presença de matéria orgânica favorece a proliferação de microorganismos e, ainda, o aparecimento de insetos, roedores e outros, que podem veicular microorganismos nos serviços de saúde. Dessa forma, o aparecimento de infecções nos

ambientes de assistência à saúde pode estar relacionado ao uso de técnicas incorretas de limpeza e desinfecção de superfícies e manejo inadequado dos resíduos em serviços de saúde.

3 MÉTODO

O método utilizado foi o servqual, que de acordo Parasuraman *et al* (1988), propõe a utilização da escala SERVQUAL para medir a qualidade de serviços. Este estudo provocou discussões na esfera acadêmica que resultaram em algumas críticas, refinamentos e adaptações da escala.

Em relação às dimensões que os clientes usam para julgar a qualidade de um serviço, Carman (apud PARASURAMAN *et al* 1988) conduziu um estudo onde concluiu que há necessidade de se incluir outras dimensões na escala SERVQUAL, além daquelas propostas por Parasuraman *et al.* (1988), a fim de capturar completamente a definição do consumidor no tocante a qualidade de serviço.

Lovelock e Wright (2001) afirmam que a dimensão confiabilidade assumiu maior importância que as demais tendo considerado que um serviço não confiável é um serviço deficiente a despeito de seus outros atributos.

Os próprios autores que criaram o SERVQUAL confirmaram essa ideia, ao comentarem que de todas as dimensões, a confiabilidade, apesar de não ser o determinante nas avaliações, mostrou ser o aspecto que os clientes/usuários mais consideram ao avaliar um serviço (PARASURAMAN *et al.*, 1988). Com relação à utilização da escala SERVQUAL na área hospitalar, Babakus e Mangold (1992), através de uma investigação empírica, examinaram a utilidade da escala SERVQUAL na avaliação das percepções dos pacientes da qualidade do serviço no ambiente hospitalar.

3.1 Tipo de pesquisa

Objetivando alcançar o propósito deste estudo, realizou-se pesquisa de campo e documental, subsidiada em publicações acerca da temática.

Utilizou-se a análise descritivo-exploratória, de natureza qualitativa e quantitativa, junto aos pacientes internados no Hospital Municipal de Araguatins-TO.

Para Lakatos e Marconi (2009), considera-se pesquisa documental aquela que se utiliza da fonte de coleta de dados restrita a documentos.

A pesquisa descritiva: descreve as características de determinadas populações ou fenômeno. Uma de suas peculiaridades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta

de dados, tais como o questionário e a observação sistemática, Levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população; Descobrir a existência de associações entre variáveis. Já a pesquisa do tipo exploratória, possui maior familiaridade com o problema (explícita-o). Pode envolver levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas experientes no problema pesquisado, busca explorar e conhecer as características de um fenômeno para posteriormente, permitir a proposta de estudos mais aprofundados (GIL, 2008).

Segundo Beurem (2007), a pesquisa exploratória pode surgir hipóteses durante ou ao final da pesquisa, a investigação é realizado em área na qual há pouco conhecimento acumulado e sistematizado.

Para Richardson (1999), a pesquisa descritiva visa o conhecimento do comportamento sem necessariamente descer às análises sobre causas e efeitos, ou a tentativa de interpretação. Esse tipo de pesquisa tem como objetivo primordial a descrição dos atributos de uma determinada população ou fenômeno ou, ainda, o estabelecimento de semelhanças entre as variáveis.

Esta pesquisa caracterizou-se como descritiva por mensurar a qualidade dos serviços de higienização do referido objeto de estudo, fundamentando na classificação de Rampazzo (2011), assim como exploratória por favorecem as tarefas de formulação do problema na tentativa de solução.

Quando se formula uma pesquisa, o investigador precisa realizar escolhas no que diz respeito aos métodos de investigação e às técnicas de inquisição a serem usadas, os quais são condicionados, de modo natural, ao caráter da problemática. Por se tratar de uma pesquisa científica, do investigador é exigida uma postura sistematizada, diante da aplicação de métodos científicos que venham atender às reivindicações do problema pesquisado. Em um segundo momento, torna-se necessário um cotejamento entre o referencial teórico construído e a realidade pesquisada. Para isso, foi realizada uma pesquisa de campo (LAKATOS; MARCONI, 2009).

Um dos elementos fundamentais da pesquisa foi a observação não participante. Desde a formulação do problema e também par a coleta dos dados foi utilizado este critério para elaboração das questões abordadas a partir da realidade do hospital, a observação desempenhou papel imprescindível neste processo. Decerto, na etapa de coleta de dados que o seu papel se tornou mais evidente. A observação é sempre utilizada nessa fase, juntamente a outras técnicas ou aplicada de forma exclusiva (KMETEUK, 2005, p. 43).

Esta pesquisa configurou-se como de abordagem qualitativa e quantitativa. De acordo Chizzotti (2008), o termo qualitativo implica um compartilhamento com pessoas, fatos e locais que constituem objetos de pesquisa, para extrair desse convívio os significados visíveis e latentes que somente foram perceptíveis a uma atenção sensível. Conforme Minayo (2010), pesquisa qualitativa responde a questões muito reservadas. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de fato que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela cogita com o universo dos significados, dos ensejos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.

Para Severino (2007) pesquisa quantitativa é um conjunto de técnicas de análise de uma pesquisa com objeto quantificável, traduz em números opiniões e informações dos pesquisados para classificá-las e analisa-las e requer uso de recursos e técnicas estatísticas.

3.2 Área de realização

A pesquisa foi realizada no Hospital Municipal de Araguatins (HMA), localizado na Rua Bartolomeu B Silva, nº 1189 setor central, no município de Araguatins- TO.



Figura 1: Foto do Hospital Municipal de Araguatins – TO.

Fonte: Pesquisa documental (2013).

O HMA contém 24 leitos, caracterizado de pequeno porte, atende aproximadamente 100 pacientes por mês, com uma média de 3 a 4 internações diárias. Os serviços oferecidos nesta unidade hospitalar são: clínica geral, parto normal, urgência e emergência. Os partos

cesáreos são encaminhados para a cidade de Augustinópolis – TO ou Araguaína - TO onde tem hospital de média complexidade.



Figura 2: Mapa da Microrregião do Bico do Papagaio no Tocantins.
Fonte: adaptado de Citybrasil (2012)

De acordo com o SEPLAN (2011), o município de Araguatins localiza-se na microrregião do Bico do Papagaio estando em uma altitude de 103 metros, situada as margens do rio Araguaia. Possui uma população de 32.324 habitantes e uma área 2625,286 km², com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 0,64 e situa-se a 502 km da capital, Palmas. Região conhecida popularmente por Bico do Papagaio pelo fato de possuir semelhança no mapa do estado do Tocantins com o bico de um papagaio.

3.3 População e amostra

O hospital objeto de estudo tem em média 100 internações/mês. A pesquisa teve como sujeitos investigados 60 pacientes, por acessibilidade, com os quais se aplicou um questionário baseado na escala servqual, adaptado pelo autor na sua versão mais recente, buscando averiguar junto a estes pacientes, a qualidade do serviço de higienização no Hospital Municipal de Araguatins – TO.

Segundo Parasuraman *et al* (1988) é importante recordar que os criadores do modelo SERVQUAL disseram que ela poderia ser adaptada ou ampliada para se ajustar às características ou necessidades específicas de uma dada organização.

3.4 Instrumento, coleta e análise de dados

O instrumento mais utilizado para este tipo de pesquisa é o que utiliza a escala SERVQUAL. Medir qualidade de serviços não é tarefa fácil quando comparada com a de medir a qualidade de produtos. Os serviços contêm características psicológicas e aspectos qualitativos difíceis de serem captados com alto nível de confiança.

Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000) afirmam que a qualidade do serviço normalmente se estende além da prestação do serviço. Em hospitais, por exemplo, os serviços impactam na qualidade de vida futura dos clientes/usuários.

O instrumento utilizado neste trabalho para a obtenção de dados oriundos dos pacientes internados foi um questionário baseado na escala SERVQUAL (Apêndice E). Para a construção do questionário foram realizadas algumas modificações na escala SERVQUAL baseadas na relevância das questões (itens/aspectos) para os serviços hospitalares de higienização.

O questionário foi aplicado aos pacientes internados do Hospital Municipal de Araguatins – TO, após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté com o número de protocolo 09253812.1.0000.5501. A pesquisa foi realizada durante três semanas do período 17 de junho de 2013 a 01 de Julho de 2013. Na primeira semana foi realizada no turno matutino e as outras duas semanas no turno vespertino, sendo que os funcionários do hospital trabalham em uma escala de 12 horas diárias cumprindo 10 plantões/mês. Foram verificados os serviços de higienização baseando-se nos aspectos de qualidade definidos para o referido estudo por meio das dimensões do SERVQUAL (tangibilidades, segurança, confiabilidade, sensibilidade e empatia) através de frases que expressassem o significado de cada dimensão. Foi solicitado aos pacientes internados que respondessem ao questionário atribuindo uma nota de 0 a 5 para cada dimensão, de acordo com a importância dada para cada uma delas ao avaliar os serviços de higienização (CABRAL, 2007).

Optou-se pela entrega do questionário pessoalmente pelo acesso aos respondentes, e foi entregue o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para os pacientes respondentes autorizar a divulgação das respostas no resultado desta pesquisa.

Segundo Cabral (2007), existe a possibilidade de o respondente atribuir notas iguais a todas as dimensões (caso julgue todas com mesma importância), ou atribuir algumas notas iguais, de forma a não caracterizar uma hierarquia. Foi solicitado que o respondente apontasse a partir de sua percepção acerca dos serviços de HIGIENIZAÇÃO quais as dimensões são satisfatórias ou insatisfatórias. Assim, no momento da aplicação do questionário foi necessária a explicação das questões abordadas aos pacientes.

A fim de garantir que o paciente não fosse constrangido ao responder o questionário, foi inserida uma observação no início, ressaltando que não se trata de uma pesquisa promovida pelo hospital, mas por uma Universidade, e que os resultados individuais não serão revelados.

Durante a pesquisa foi analisado os serviços de higienização por meio de um roteiro de observação (Apêndice F). Por meio de documentos foram analisados os prontuários dos pacientes para identificar em qual setor os pacientes estavam internados pelo seu gênero.

Os escores médios para cada dimensão foram calculados por meio das respostas de todos os pacientes internados pesquisados. Com as respostas possíveis, para cada item, tanto na percepção como nas expectativas. Assim, os escores foram divididos a partir dos quesitos analisados de confiabilidade, tangibilidade, empatia, segurança e sensibilidade.

Para análise das escalas entre as respostas de cada quesito, tabulação dos dados e confecção dos gráficos, utilizou-se o programa Excel da Microsoft. Para o cálculo da média das escalas segue a fórmula descrita.

$$\text{Média} = \frac{18 \times 2 + 12 \times 3 + 30 \times 5}{60} = \frac{36 + 36 + 150}{60} = \frac{222}{60} = 3,7$$

Equação 3: Fórmula para cálculo da média das escalas no serviço.

Fonte: Adaptado de Parasuraman, (1991).

Multiplica-se a quantidade de pessoas pelo o escore escolhido, em seguida, somam-se os resultados de todos os escores das questões abordadas, e divide-se pelo total de entrevistados, no caso, 60 pacientes. Desse modo, encontra-se a média das escalas.

Quando o escore atribuído for um e dois implica que o nível de qualidade é insatisfatório, quando for três, compreende-se que a qualidade foi considerada razoável,

quando atribuído escores quatro e cinco, o nível de qualidade apresenta-se como bastante satisfatório (PARASURAMAN,1988).

Para identificação da média total, apresentada no final do método Servqual, utilizou-se a soma de todas as médias da escala, dividida pelo total de quesitos (perguntas).

No entanto, para identificar a média de cada quesito, utilizou-se a soma das médias das escalas, dividida pela quantidade de questões abordadas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde com a função de dispensar à comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio e ainda um centro de formação (MEZZOMO, 2003). Saúde: é o perfeito bem-estar físico, social e mental e não simplesmente a ausência de doenças ou enfermidade. Afirma ainda que o hospital não pode se isolar da comunidade que pretende servir. A sociedade integra e interfere em sua própria origem, em sua política e em sua atuação, manutenção e desenvolvimento.

Então, as funções hospitalares podem ser agrupadas de acordo com Gonçalves (1983) em:

- a) Prestação de atendimento médico e complementares aos doentes em regime de internação;
- b) Desenvolvimento sempre que possível de atividades de natureza preventiva;
- c) Participação em programas de natureza comunitária procurando atingir o contexto sócio familiar dos pacientes, incluindo aqui a educação em saúde que abrange a divulgação dos conceitos de promoção, proteção e prevenção da saúde.

O conjunto de programas e serviços oferecidos pelos hospitais deve, obrigatoriamente, conter qualidade, já que deste conceito depende a prevenção de doenças, a promoção da saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação, aliados ou não ao ensino e pesquisa. Outros atributos devem acompanhar a qualidade, como a alta produtividade e baixos custos.

Assim, buscando alcançar os objetivos propostos neste trabalho, participaram da pesquisa 60 pacientes internados, conforme se apresentou na metodologia deste trabalho, sendo que 13 pertencem ao gênero masculino internados na enfermaria, 47 do gênero feminino, sendo que 16 internados na enfermaria e 31 na sala A e B que são destinados as puérperas. (FIGURA 3).

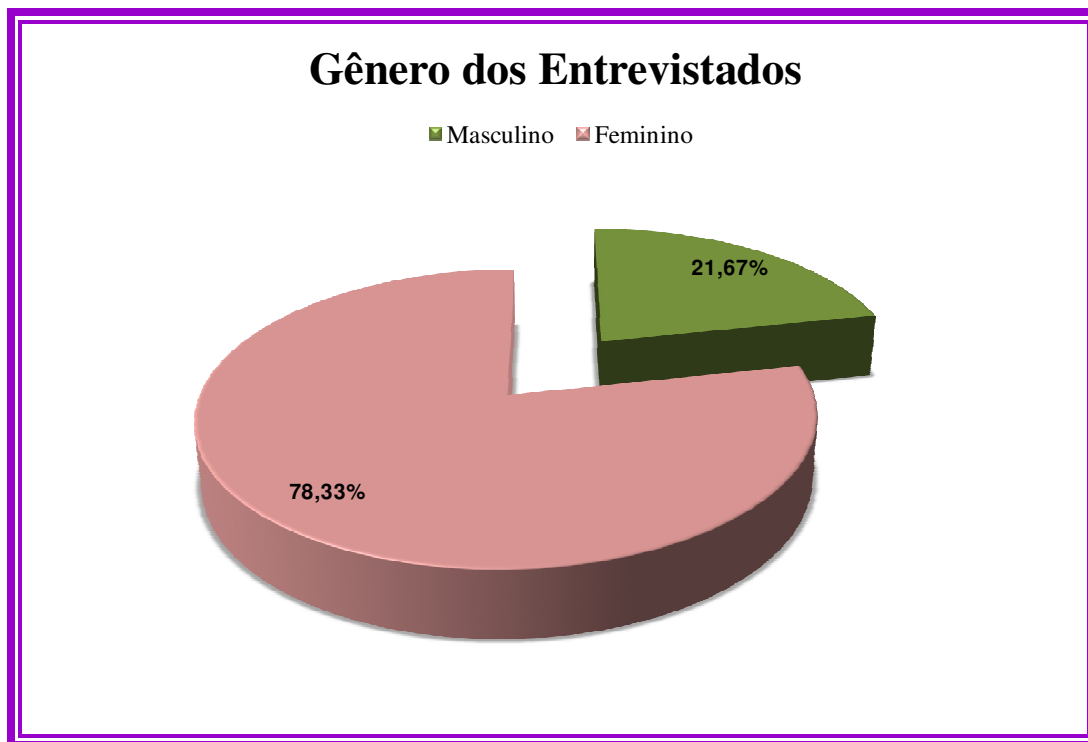


Figura 3: Representação dos percentuais dos entrevistados por gênero.

Fonte: Pesquisa de campo (2013).

Constata-se na figura 3 em relação à variável gênero que 78,33% dos sujeitos do estudo são do gênero feminino. Tradicionalmente, as mulheres têm um cuidado maior com a saúde que os homens. Elas buscam frequentemente o atendimento médico e, por isso, vivem mais (MOREIRA,1996).

Provavelmente essa evidente discrepância entre os quantitativos de homens e mulheres questionados, se deu pelo fato do homem alicerçado em uma cultura machista, dificilmente buscar por assistência a saúde, sendo comumente utilizados os serviços de saúde por pessoas do gênero feminino. Diante disso, o Ministério da Saúde, ao comemorar os 20 anos do SUS implantou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008).

Pode-se verificar na Figura 4, que a faixa etária predominante foi a de 28 a 32 anos de idade, tanto para a equivalência total do quantitativo dos pesquisados quanto para os questionados do gênero feminino, o que aóde a deduzir que isso se deu ao fato de a unidade pesquisada ser de atendimento de baixa complexidade, ocorrendo em maior escala de atendimento as parturientes.

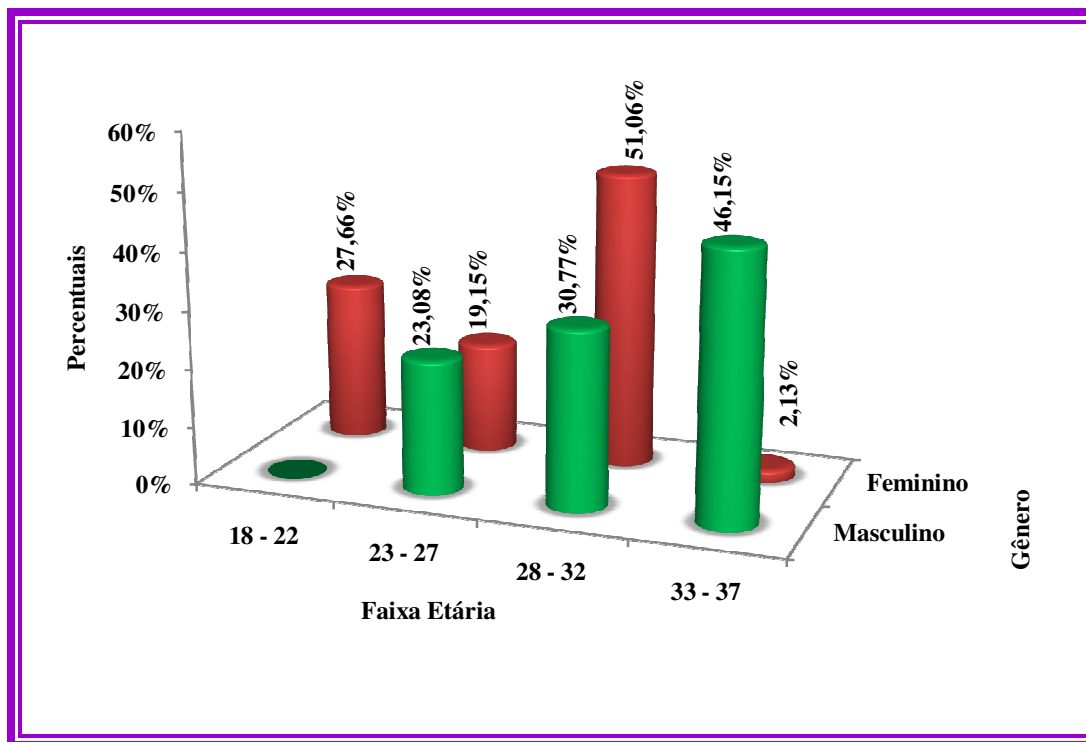


Figura 4: Representação gráfica da distribuição dos entrevistados por gênero e faixa etária.
Fonte: Pesquisa de campo (2013).

Já para o gênero masculino, o maior quantitativo de entrevistados foram os pertencentes à faixa etária de 33 a 37 anos, acredita-se que isto ocorreu devido o homem, por ser caracterizado como gênero forte, só busca assistência à saúde em estágios mais avançados de uma determinada enfermidade, outro fator que pode ter contribuído para isso, é fato de que, com o passar do tempo, com o amadurecimento o homem procure assistência à saúde com mais frequência (REBELLO, 2012).

Para verificar o índice de qualidade dos serviços de saúde oferecidos na unidade hospitalar pesquisada, aplicou-se então a escala SERVQUAL, onde foi possível verificar a Tangibilidade; Confiabilidade; Sensibilidade; Segurança e Empatia, conforme são apresentados no (Quadro 09, p. 69).

Segundo Freitas (2006, p. 2-8), “essas dimensões do modelo SERVQUAL são consideradas importantes para que a satisfação dos clientes/usuários seja alcançada”.

Segundo Zeithaml e Bitner (2003, p.93) “o que influencia a satisfação do cliente são atributos como preço, qualidade e vantagens que o produto oferece. Então, o modo como o cliente organiza na mente, a informação sobre a qualidade é representado pelas cinco dimensões da qualidade”.

QUESTÕES ABORDADAS		Escalas/ N° de pacientes					Média das escalas
		1	2	3	4	5	
T A N G I B I L I D A D E	Equipamentos de higienização novos	-	18	12	-	30	3,7
	Instalações físicas limpas	21	-	9	-	30	3,3
	Funcionários asseados	-	-	12	12	36	4,4
	Funcionários uniformizados	6	-	-	-	54	4,6
	Higienização das instalações físicas conforme as necessidades	6	-	24	24	6	3,4

Quadro 4: Tangibilidade.

Fonte: Adaptado de Parasuraman *et al.* (1988).

No quesito tangibilidade, foi questionado aos pacientes se os equipamentos de higienização são novos quanto à nota atribuída por eles como demonstrado no quadro acima. Pode-se observar que 18 pacientes atribuíram escore 2, 12 pacientes escore 3 e 30 clientes/usuários atribuíram escore 5, considerando um resultado satisfatório quanto à percepção dos pacientes a esta questão. Porém, durante a visita ao hospital foi observado que os equipamentos não aparentavam ser novos. Quanto à questão das instalações físicas limpas, 21 pacientes atribuíram escore 1 onde se apresentou um resultado insatisfatório, 9 pacientes avaliaram como razoável e 30 pacientes como satisfatório. A próxima pergunta questiona como os pacientes percebem se os funcionários estão asseados, 12 deles atribuíram escore 3 e 4 e 36 deles escore 5, ou seja, resultado satisfatório. Quanto a esta questão os funcionários aparentam estarem limpos. Para a questão funcionários uniformizados, 6 pacientes atribuíram escore 1 e 54 escore 5, resultado satisfatório.

A pesquisa demonstra, conforme Abrasel (2009), a importância dos cuidados com a aparência, pois estes devem ser mantidos diariamente, como manter as unhas limpas e curtas, usar uniforme limpo e bem passado, crachá de identificação e sapatos limpos, ter cuidado com cabelos, barbear-se, e usar maquiagem de forma natural e discreta.

No entanto, somente seis pesquisados atribuíram nota insatisfatória por terem conhecimento do uso devido de equipamentos de proteção individual, no qual alguns funcionários não os utilizavam. Na questão higienização das instalações físicas conforme as necessidades, 6 pacientes atribuíram escore 1, demonstrando insatisfação, já 24 pacientes escore 3 e 4 e 6 pacientes escore 5.

Desta forma, ao avaliar a tangibilidade (FIGURA 5), verificou-se que o item que diz respeito a funcionários uniformizados foi o que apresentou maior média (4,6) isso se dá ao fato de todos os funcionários trabalharem com vestimentas adequadas, e por ser uma análise perceptiva, fica evidente que se percebe com maior facilidade aquilo que se vê com maior frequência.

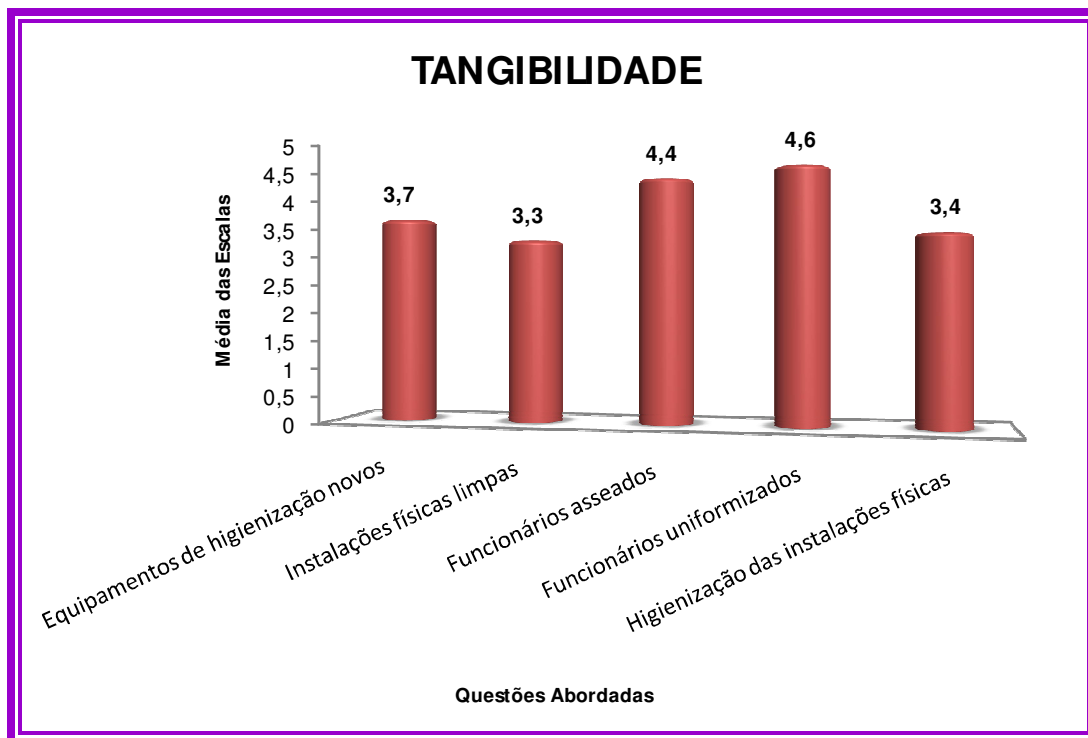


Figura 5. Demonstração gráfica das médias das questões abordadas no índice de tangibilidade.
Fonte: Pesquisa de campo (2013).

Em relação às condições dos equipamentos de higienização; 3,3 ao se referirem à limpeza das instalações físicas; 4,4 quanto à higienização dos funcionários e 4,6 a apresentação pessoal dos mesmos e 3,4 a higienização das instalações físicas. Em resumo, as médias atribuídas são semelhantes, pois todos os quesitos alcançaram uma média entre 3,0 e 5,0 na escala.

Durante a pesquisa foi possível perceber que os clientes/usuários, neste estudo – os pacientes internados - demonstraram possuir bastante interesse e conhecimento quanto os serviços oferecidos pela instituição. Pois segundo Las Casas (1999), as qualidades percebidas em relação aos aspectos tangíveis estão ligadas a estrutura física que circundam a atividade de prestação de serviços, visto que, também tem sua importância como fator de influencia, como instalações, equipamentos e aparência dos funcionários.

Cohn e Elias (2003) acrescentam que um Hospital é classificado como um estabelecimento voltado especialmente para a assistência médica em regime de internação, funcionando dia e noite, com variada tecnologia e dispondo de médico e pessoal de enfermagem em regime permanente de atendimento satisfatório.

QUESTÕES ABORDADAS		Escalas/ N° de pacientes					Média das escalas
		1	2	3	4	5	
S E N S I B I L I D A D E	Informações prestadas sobre os produtos de higienização	-	30	24	-	6	2,7
	Pontualidade nos procedimentos de higienização	-	6	-	30	24	4,2
	Disposição dos profissionais durante o atendimento	-	12	12	30	6	3,5
	Informações sobre os procedimentos de limpeza	-	-	6	30	24	4,3
	Cumprimento dos prazos	-	-	9	9	42	4,6

Quadro 5: Sensibilidade.

Fonte: Adaptado de Parasuraman *et al.* (1988).

No quesito sensibilidade, inicialmente a pergunta abordada aos pacientes foi acerca das informações prestadas sobre os produtos de higienização, onde 30 pacientes demonstraram-se insatisfeitos, 24 pacientes atribuíram escore 3, nota razoável, e apenas 6 atribuíram escore 5, nota satisfatória. Observando que nesta pergunta, os pacientes afirmam que quando questionam sobre quais os produtos utilizados, alguns funcionários não sabem explicar os efeitos causados pelo produto na desinfecção e limpeza do ambiente hospitalar. Quanto à pontualidade nos procedimentos de higienização, 6 pacientes atribuíram escore 2, 30 pacientes escore 4 e 24 pacientes escore 5. Sobre a disposição dos profissionais durante o atendimento 12 pacientes atribuíram escore 2, e outros 12 pacientes também demonstraram ser razoável e atribuíram escore 3, 30 pacientes atribuíram escore 4 e 6 pacientes escore 5.

Segundo as informações obtidas sobre os procedimentos de limpeza, 6 pacientes atribuíram escore 3, nota razoável, 30 pacientes escore 4 e 24 pacientes escore 5, questão

avaliada como satisfatória. No entanto, a partir da visita técnica pode-se observar que as informações transmitidas pelos funcionários do hospital aos usuários, quando solicitados, não eram claras quanto à forma de utilização dos produtos usados para a desinfecção do ambiente hospitalar. Conforme Vieira (2007), os princípios básicos que devem ser levados em conta nos serviços de limpeza hospitalar são: nunca varrer superfícies a seco; utilizar sempre dois baldes de cores diferentes; utilizar água e detergente para a limpeza da superfície; utilizar produtos químicos aprovados pelo Ministério da Saúde; separar panos para diferentes superfícies e áreas.

A última questão analisada neste quesito foi o cumprimento dos prazos, no qual 9 pacientes atribuíram escore 3 a mesma quantidade de pacientes atribuíram escore 4 e 42 pacientes escore 5, percepção satisfatória, onde os funcionários cumprem os horários estabelecidos pelo hospital para ser realizado a limpeza e desinfecção.

Atualmente, com o ambiente globalizado e altamente competitivo as organizações estão cada vez mais preocupadas em aumentar a produtividade. O cumprimento de prazos têm se tornado fundamental no processo de gerenciamento das empresas que objetivam manter-se em um patamar mais elevado de qualidade nos serviços (FERNANDES; PADUA, 2009).

Ao analisar a o grau de sensibilidade dos entrevistados (FIGURA 6), notou-se que o cumprimento do prazo foi o que apresentou maior média (4,6), isso pode ter ocorrido devido à falta de informação sobre as demais questões abordadas nesse item.

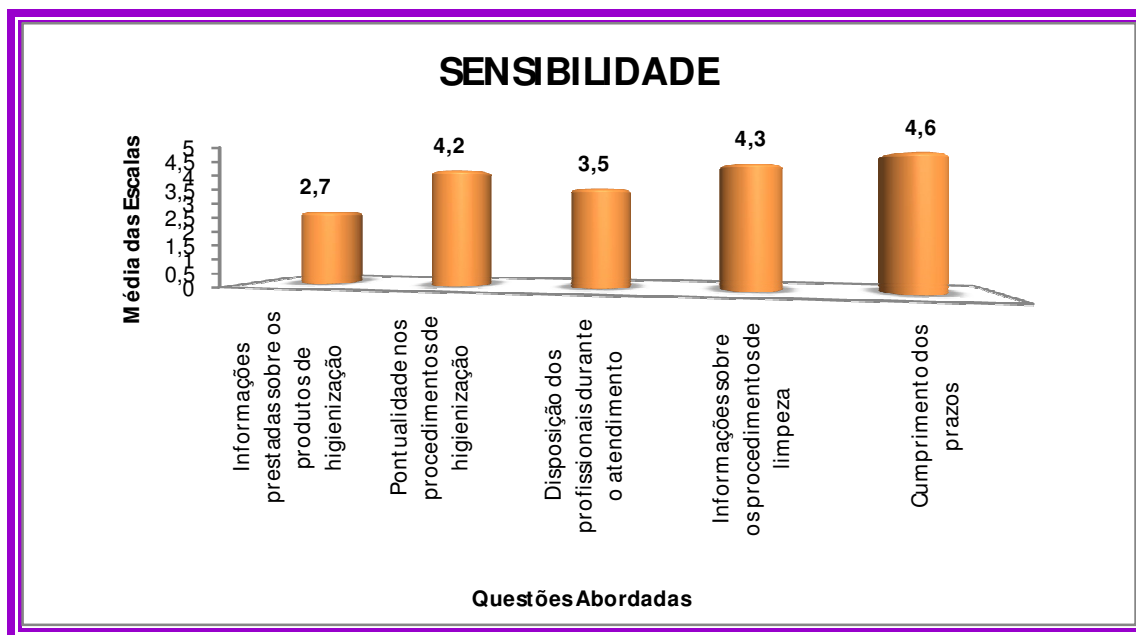


Figura 6. Representação gráfica em percentual da percepção dos clientes/usuários da unidade hospitalar em relação ao grau de sensibilidade.

Fonte: Pesquisa de campo (2013).

Neste item buscou-se avaliar o grau de sensibilidade dos usuários quanto aos serviços oferecidos. Assim, a respeito das informações prestadas sobre os produtos de higienização obteve-se uma média atribuída de 2,7, considerada uma média razoável, uma vez que se aproxima do nível 3,0 da escala. No entanto, a média imposta em relação à pontualidade nos procedimentos de higienização foi de 4,2.

Quando questionados sobre o grau de satisfação dado a disposição dos profissionais durante o atendimento, foi atribuída uma média de 3,5. Ao expressarem seu contentamento acerca das informações sobre os procedimentos de limpeza, revelaram uma média de 4,3 equiparando-se a nota conferida quanto ao cumprimento dos prazos.

Cherubin (2002) complementa que os hospitais na atualidade, tanto públicos quanto privados, tem se preocupado com a qualidade dos serviços prestados aos seus clientes/usuários. Deste modo, ao se considerar a escala utilizada para análise, percebe-se que os usuários apresentaram uma média bastante acentuada de sensibilidade quanto à percepção desses fatores. Com isso pode-se compreender que o hospital dispõe de um sistema de informações bastante eficiente.

QUESTÕES ABORDADAS		Escala/ N° de pacientes					Média das escalas
		1	2	3	4	5	
S E G U R A N Ç A	Colaboradores da limpeza transmitem confiança	-	-	12	-	48	4,6
	Capacitação dos colaboradores da limpeza	12	12	24	-	12	2,8
	Conhecimento técnico dos profissionais envolvidos na higienização	-	-	30	24	6	3,6

Quadro 6: Segurança.

Fonte: Adaptado de Parasuraman *et al.* (1988).

Ao analisar o nível de segurança dos usuários em relação aos serviços de higienização hospitalar, obedecendo a uma escala de 0 a 5, sendo zero para segurança insatisfatória e cinco para segurança satisfatória. Ao questionar se os colaboradores da limpeza transmitem confiança, 12 pacientes atribuíram escore 3 e 48 escore 5, demonstrando satisfação, na questão capacitação dos colaboradores da limpeza, a maioria demonstrou insatisfação, possivelmente isso ocorreu pelo fato dos funcionários dos serviços de higienização do hospital serem servidores públicos e não participarem de capacitação antes de exercerem a

função, pois segundo Maximiliano (2000) os empregados devem ser selecionados e treinados de maneira que as pessoas e tarefas sejam compatíveis.

Em relação ao conhecimento técnico dos profissionais envolvidos na higienização, os pacientes consideraram de razoável a satisfatória por avaliar esta pergunta a partir da habilidade dos funcionários em executar esta tarefa.

Conforme cita Schemerhorn (2007), o treinamento é um fator importante para bom desempenho da empresa, fator este que é imprescindível para o sucesso da organização, para que ela mantenha firme no mercado de trabalho. Nesse contexto as necessidades dos clientes/usuários supridas através do treinamento dos colaboradores da empresa, o resultado será a confiança dos clientes aos serviços.

A média da escala de 2,8 atribuída pelos respondentes em relação à capacitação dos colaboradores da limpeza, em termos gerais detectou-se nessa questão uma insatisfação discreta em relação a habilidades dos profissionais da limpeza. No entanto, foi conferida uma nota de 3,6 em relação ao conhecimento técnico dos profissionais envolvidos na higienização e 4,6 em relação à segurança que os colaboradores da limpeza transmitem (FIGURA 7).

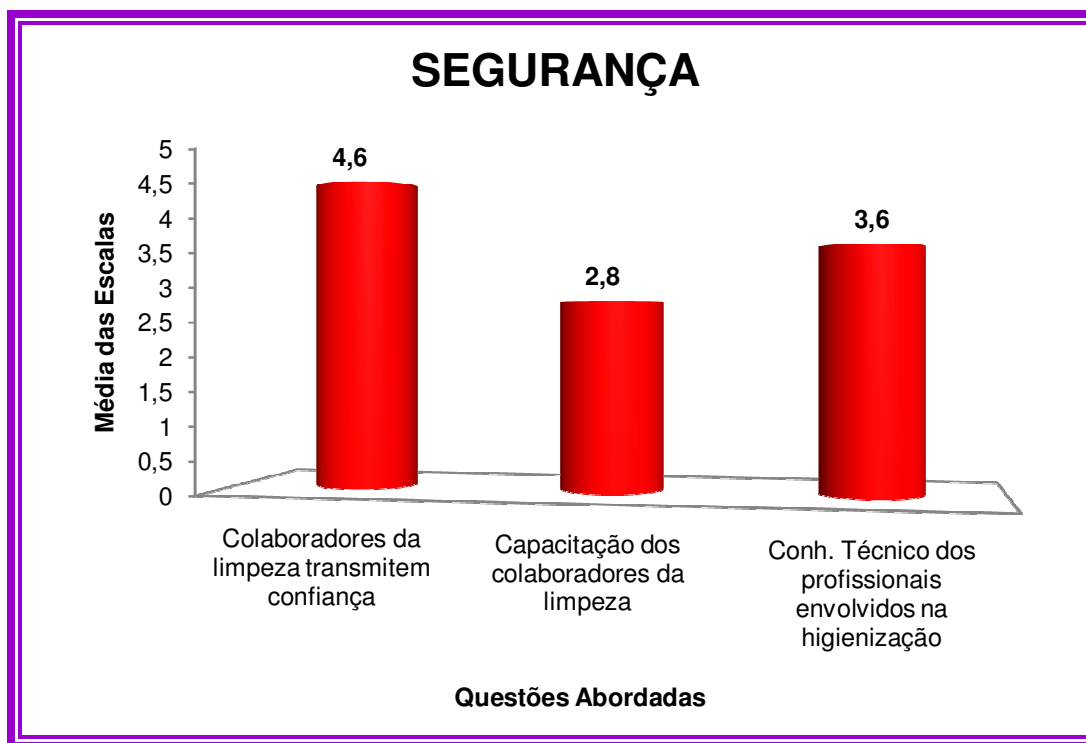


Figura 7. Distribuição gráfica das questões abordadas sobre o item segurança.
Fonte: Pesquisa da campo (2013).

Com isso, compreende-se com base na figura 7, referente à expectativa dos clientes/usuários - pacientes internados - em relação à segurança demonstrada pelos serviços prestados, pode-se notar que há uma maior concentração de respostas entre os níveis 4 e 5 da escala. Conseqüentemente observou-se que, em média, o grau de segurança apresentou-se de maneira satisfatória.

Sendo assim, após a verificação da consistência da pesquisa, pode-se afirmar que, por meio da análise acima, verificou-se que a unidade hospitalar pesquisada em questão detém um bom nível de qualidade quanto à percepção dos entrevistados, comparando com a observação da pesquisa, ainda precisa ser aperfeiçoado; pois os funcionários são servidores públicos e não passaram por capacitação antes de exercerem o cargo. Tem habilidades na higienização do ambiente, porém falta o conhecimento técnico para utilizar os produtos adequados e os equipamentos de proteção individual para realizar a limpeza do ambiente hospitalar. Conforme mostra Vecina Neto e Malik (2011), o dimensionamento de funcionários do serviço de higiene e limpeza hospitalar apresentam vários critérios que devem ser considerados como coadjuvantes para esse processo. Tais como: qualificação da equipe disponível, considerando a idade, doenças, grau de escolaridade, obesidade mórbida, jornada de trabalho adotada pela instituição, classificação das áreas hospitalares sob o aspecto críticos, planta física e o tempo de construção: estrutura pavilhonar ou única, existência de rampas de acesso ou somente elevadores, tipo de piso e acessos externos; região onde está localizado o hospital; condições internas de trabalho, como existência de depósito de material de limpeza, tanques e torneiras de uso exclusivo para o serviço de higiene e limpeza hospitalar, tomadas nos corredores, disponibilidade de materiais no estoque, estrutura e distribuição do almoxarifado central, especialidade do hospital e população flutuante diária.

A confiabilidade é um critério importante na escolha de um prestador de serviço. Mas, nesse caso sua importância é ainda maior, pois há questões de saúde e bem estar envolvidas, fazendo com que a confiança seja crucial na percepção da qualidade. Já que segundo Malhotra (2004), para saber se uma escala produz resultados consistentes, analisa-se uma associação entre os escores obtidos para determinar a variação sistemática e avaliar sua confiabilidade. Se a associação for alta, a escala é confiável, pois produz resultados consistentes.

QUESTÕES ABORDADAS		Escalas/ N° de pacientes					Média das escalas
		1	2	3	4	5	
C O N F I A B I L I D A D E	Comprometimento com a higienização	24	-	6	6	24	3,1
	Atendimento das reclamações relacionadas a higienização	-	-	24	24	12	3,8
	Serviço de higienização confiável	6	24	-	6	24	3,3
	Horários de higienização adequados	-	-	24	24	12	3,8
	Resoluções de problemas relacionados à higienização	-	24	24	6	6	2,9

Quadro 7: Confiabilidade.

Fonte: Adaptado de Parasuraman *et al.* (1988).

Quando analisado o quesito confiabilidade o resultado da pesquisa foi: comprometimento com a higienização, sendo que 24 pacientes atribuíram escore 1 e 6 pacientes escore 3, a mesma quantidade de pacientes escore 4 e 24 usuários escore 5. Em relação ao atendimento das reclamações relacionadas à higienização, 24 pacientes atribuíram escore 3, percebendo como razoável, 24 atribuíram escore 4 e 12 pacientes escore 5, demonstrando satisfação quanto esta questão. Quanto à questão serviço de higienização confiável, 30 pacientes demonstraram insatisfação e outra parcela dos entrevistados satisfação. Sobre os horários de higienização adequados, os 60 pacientes atribuíram escore 3, 4 e 5, demonstrando satisfação. No que tange a resolução de problemas relacionados à higienização, 24 pacientes atribuíram escore 2 a mesma quantidade de pacientes atribuíram escore 3, 6 pacientes escore 4 e 6 pacientes escore 5.

A limpeza e a desinfecção de superfícies são elementos que convergem para a sensação de bem-estar, segurança e conforto dos pacientes, seus familiares e profissionais nos serviços de saúde (SÃO PAULO, 2012).

Os objetivos do serviço de limpeza hospitalar são traçados após ser ter conhecimento da missão da instituição e de sua administração hospitalar para conflitos de interesses que podem ser prejudicial à confiabilidade dos pacientes internados. De acordo com Torres e Lisboa (2001), os serviços de limpeza hospitalar podem ser feitos pelo próprio hospital ou por empresa terceirizada.

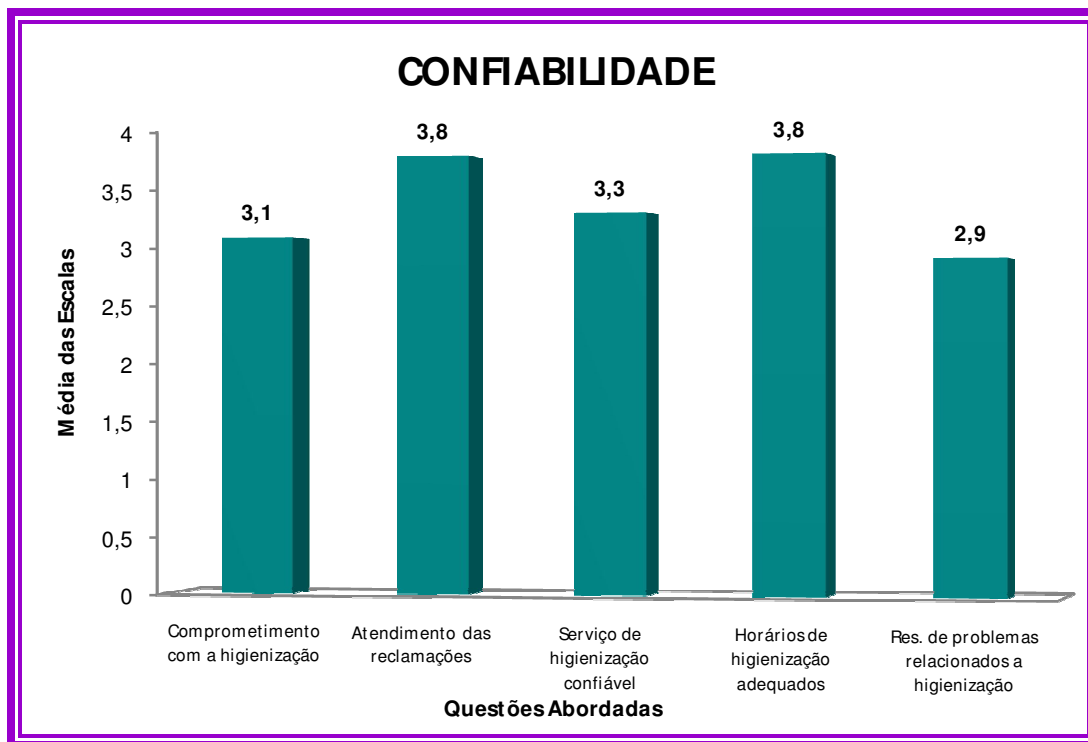


Figura 8. Apresentação gráfica das médias das questões abordadas no item confiabilidade.
Fonte: Pesquisa de campo (2013).

Desta forma o grau de confiabilidade apresentado na Figura 8, demonstrou que, referente ao comprometimento com a higienização por parte dos prestadores de serviços da organização analisada foi atribuída uma média de 3,1 pelos entrevistados. Já em se tratando do atendimento das reclamações, a média considerada foi de 3,8 nivelando-se a média dada quando questionados se os horários de higienização eram adequados. No entanto, apresentou-se uma média de 3,3 quanto ao grau de confiabilidade percebidos pelos clientes/usuários. Média de 3,3 quando interrogados se os serviços de higienização eram confiáveis. Média 2,9 referente às respostas de problemas relacionadas à higienização.

Analisando este quesito a partir do roteiro de observação, pode-se pontuar como atributo satisfatória confiabilidade que os funcionários demonstram o comprometimento com a higienização do ambiente, cumprem os horários fixados pela direção do hospital e durante a realização da pesquisa foi observado que quando os funcionários eram solicitados pelos clientes/usuários para fazer a limpeza eles eram atendidos.

O serviço de higiene e limpeza hospitalar é setor integrante de apoio logístico dos serviços especializados, contribuindo para a promoção de controle de infecção hospitalar advinda do ambiente, possibilitando a preservação dos bens patrimoniais físicos da

instituição, além de promover o bem-estar aos clientes internos e externos, funcionários e visitantes do ambiente hospitalar (VECINA NETO; MALIK, 2011).

Para Las Casas (1999), a confiabilidade é importante para prestar serviço de qualidade gerada pela habilidade de fornecer o que foi prometido de forma segura e precisa. Corroborando com o exposto, na Figura 8, percebeu-se que a confiabilidade manteve relação com a segurança, apresentada anteriormente, visto que, apresentaram variáveis semelhantes, no que tange o grau de satisfação e tranquilidade transmitida pelos clientes/usuários entrevistados.

QUESTÕES ABORDADAS		Escalas/ N° de pacientes					Média das escalas
		1	2	3	4	5	
E M P A T I A	Estabelecimento oferece atenção individual ao paciente	-	6	24	6	24	3,8
	Funcionários da limpeza tratam os pacientes de forma atenciosa	-	-	24	24	12	3,8
	Funcionários da limpeza demonstram interesse em servir	-	-	24	24	12	3,8

Quadro 8:Empatia.

Fonte: Adaptado de Parasuraman *et al.* (1988).

Analisando o nível de empatia dos pacientes em relação aos serviços de higienização hospitalar, eles analisaram este quesito como satisfatório, sendo que a nota atribuída nos escore às perguntas: estabelecimento oferece atenção individual ao paciente? De 2 a 5, funcionários da limpeza tratam os pacientes de forma atenciosa e funcionários da limpeza demonstram interesse em servir? O resultado foi entre 3 a 5 no servqual.

A empatia diz respeito à capacidade de compreender o outro através do seu ponto de referência Cormier; Nurius e Osborn (2009). Contudo, para que um funcionário seja empático não se pode limitar a refletir sobre os pensamentos do cliente, tendo de ser capaz de repercutir emocionalmente a experiência deste modo a que ele aumente um sentimento de consentimento pessoal e vivencie, por conseguinte uma “experiência emocional corretiva”.

Partindo das informações apresentadas, com a finalidade de demonstrar o nível de empatia dos servidores frente aos serviços disponibilizados pelo Hospital, apresenta-se a Figura 9.

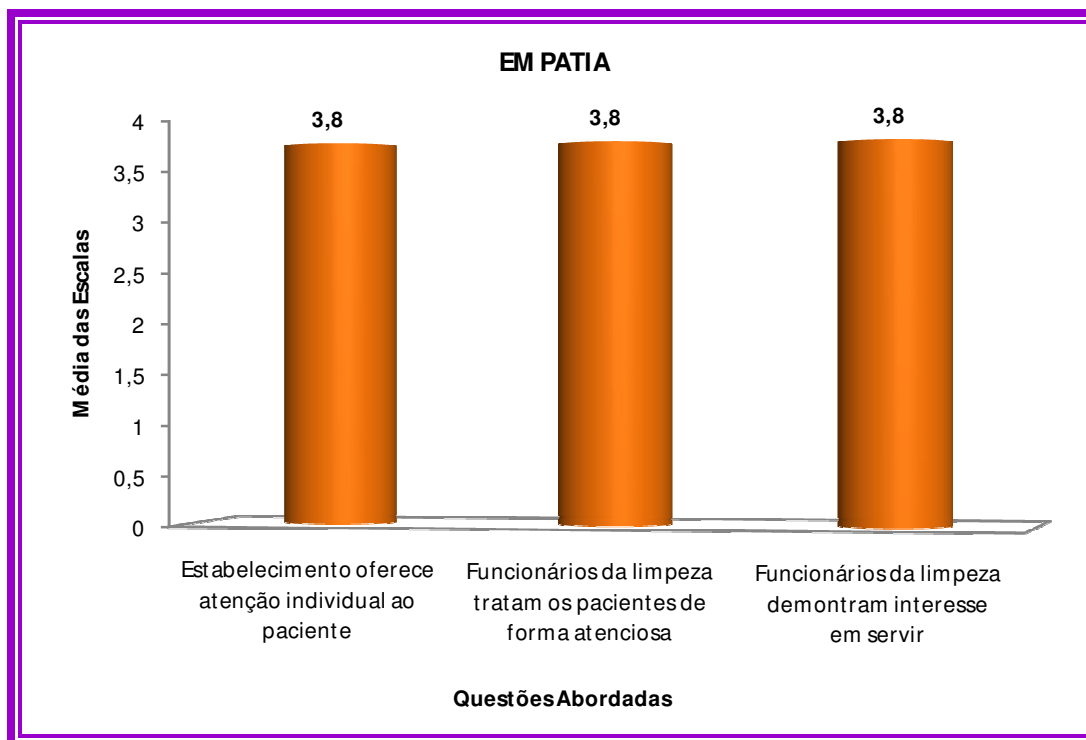


Figura 9. Representação gráfica das médias das questões abordadas no item empatia.
Fonte: Pesquisa de campo (2013).

Diante das questões abordadas no item empatia (FIGURA 9), todos os clientes/usuários – pacientes internados - apresentaram uma mesma nota em relação à empatia diante dos serviços prestados. Visto que 3,8 afirmaram que o estabelecimento oferece atenção individual ao paciente; 3,8 esta empatia é refletida em virtude do tratamento aos pacientes feito de forma atenciosa e 3,8 acrescentam que os funcionários da limpeza demonstram bastante interesse em servir.

Na empatia foram avaliados os cuidados e atenção individualizados aos clientes/usuários – pacientes internados -. Para Paladino (2000) para que o processo da qualidade seja alcançado é preciso o envolvimento de todos os colaboradores, este é o fator principal para que essa qualidade seja alcançada.

Assim, com base na escala utilizada para análise dos dados, os resultados acima mostram que os pacientes internados apresentaram um alto nível de satisfação, no que tange o relacionamento interpessoal entre clientes e prestadores de serviços de higienização. Com isso, foi possível perceber que as necessidades desses clientes foram preenchidas e que os colaboradores estão desempenhando de maneira harmoniosa o seu trabalho.

O Quadro nove faz uma apresentação da Consistência Interna das Dimensões da Qualidade dos Serviços de Saúde do instrumento utilizado, conforme segue:

QUESTÕES ABORDADAS		Escala/ N° de pacientes					Média das escalas
		1	2	3	4	5	
T A N G I B I L I D A D E	Equipamentos de higienização novos	-	18	12	-	30	3,7
	Instalações físicas limpas	21	-	9	-	30	3,3
	Funcionários aseados	-	-	12	12	36	4,4
	Funcionários uniformizados	6	-	-	-	54	4,6
	Higienização das instalações físicas conforme as necessidades	6	-	24	24	6	3,4
C O N F I A B I L I D A D E	Comprometimento com a higienização	24	-	6	6	24	3,1
	Atendimento das reclamações relacionadas a higienização	-	-	24	24	12	3,8
	Serviço de higienização confiável	6	24	-	6	24	3,3
	Horários de higienização adequados	-	-	24	24	12	3,8
	Resoluções de problemas relacionados à higienização	-	24	24	6	6	2,9
S E N S I B I L I D A D E	Informações prestadas sobre os produtos de higienização	-	30	24	-	6	2,7
	Pontualidade nos procedimentos de higienização	-	6	-	30	24	4,2
	Disposição dos profissionais durante o atendimento	-	12	12	30	6	3,5
	Informações sobre os procedimentos de limpeza	-	-	6	30	24	4,3
	Cumprimento dos prazos	-	-	9	9	42	4,6
S E G U R A N C A	Colaboradores da limpeza transmitem confiança	-	-	12	-	48	4,6
	Capacitação dos colaboradores da limpeza	12	12	24	-	12	2,8
	Conhecimento técnico dos profissionais envolvidos na higienização	-	-	30	24	6	3,6
E M P A T I A	Estabelecimento oferece atenção individual ao paciente	-	6	24	6	24	3,8
	Funcionários da limpeza tratam os pacientes de forma atenciosa	-	-	24	24	12	3,8
	Funcionários da limpeza demonstram interesse em servir	-	-	24	24	12	3,8
MEDIA TOTAL							3,7

Quadro9: Consistência Interna das Dimensões da Qualidade dos Serviços de Saúde do instrumento utilizado.
Fonte: Adaptado de Parasuraman *et al.* (1988).

Para melhorar o desempenho e elevar o nível de satisfação dos clientes, é importante diagnosticar as causas e tomar ações corretivas. À medida que o cliente fornece informações sobre a qualidade dos serviços utilizados, é possível que se tomem providências que permitam aperfeiçoar a prestação desses serviços, proporcionando maior esclarecimento sobre o funcionamento geral do sistema e, também, a melhora da satisfação do cliente.

A satisfação do cliente com relação a qualquer serviço ou item fabricado, medida por qualquer critério que seja, mostrará uma distribuição que varia desde a insatisfação extrema até altamente satisfeitos, exultantes (DEMING, 1991, p. 78).

Segundo Las Casas (2000, p. 83), “a qualidade de uma prestação de serviço é percebida através de um cliente satisfeito com os serviços oferecidos a ele, por isso a qualidade em serviço está ligado à satisfação”.

A partir do cálculo da média geral das cinco dimensões abordadas, foi possível realizar uma análise macro, constatando-se que de uma maneira geral de acordo com a amostra, a qualidade dos serviços prestados pela unidade hospitalar pesquisada está em níveis aceitáveis (FIGURA 10).

Embora não se tenha pesquisas anteriores que utilizem os mesmo quesitos aplicados neste estudo para fazer comparações, os resultados desta pesquisa sugerem que atributos como Tangibilidade, Confiabilidade, Sensibilidade, Segurança e Empatia, mesmo tendo sido percebidos como bons pela maioria dos pacientes consultados, precisam ser melhores trabalhados.

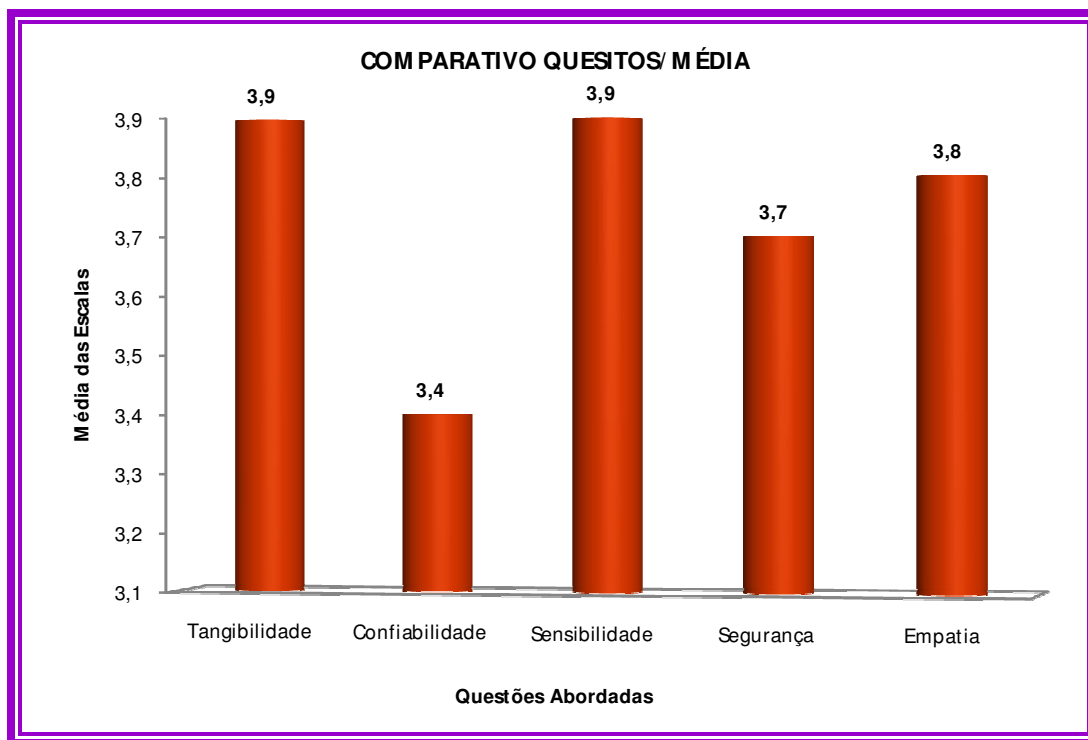


Figura 10. Representação gráfica das médias por item avaliado na unidade hospitalar.
Fonte: Pesquisa de campo (2013).

Conforme exposto na figura 10, o quesito tangibilidade foi um dos que apresentou resultados, mas satisfatória quanto à percepção dos pacientes internados pesquisados atingindo 3,9 na média da escala. O ponto negativo quanto a este quesito mostrou-se durante a visita ao hospital. Foi observado que os equipamentos não aparentavam serem novos. Contaram como pontos positivos o fato de que os funcionários estavam devidamente uniformizados, asseados e as instalações físicas estavam limpas conforme as necessidades do cliente.

Segundo Boone; Kurtz (1998, p. 299), “os serviços não têm as características tangíveis que atraem os sentidos de visão, audição, sabor e tato dos consumidores”. Para os compradores, aqueles que prestam o serviço são o serviço. E “as percepções dos clientes relativas ao prestador de serviço tornam-se as percepções do próprio serviço”.

Diante disso, é importante destacar que, quanto mais concorrentes o prestador de serviços tiver, e quanto mais os clientes estiverem a par da existência desses concorrentes, maiores serão as expectativas sobre a qualidade dos serviços prestados. Por conseguinte, o prestador de serviços deverá monitorar continuamente as expectativas de seus clientes.

Bonne; Kurtz completam esse raciocínio quando falam que:

A percepção da qualidade do serviço pelo seu comprador pode ser determinada durante a prestação do serviço, o ponto de interação efetiva entre o cliente e o prestador do serviço. Os funcionários de linha de frente [...] são os determinantes do fato da prestação dos serviços ser ou não satisfatória. Uma sequência de prestação de serviços satisfatórios poderia desenvolver a lealdade ao serviço [...] (BONNE; KURTZ, 1998, p. 304).

Desse pensamento, compreende-se que as empresas precisam manter cuidadosamente a qualidade da prestação de serviços. Proporcionar um ótimo controle de qualidade é uma tarefa desafiadora, principalmente para os prestadores de serviços profissionais. Pois, “os serviços não saem de linhas de produção que permitem a realização de amostragens estatísticas para assegurar os índices de qualidade” (KOTLER, 2002, p. 21).

O resultado dessa pesquisa não confirma o encontrado por Parasuraman et al (1988) e Lovelock e Wright (2001) onde a dimensão confiabilidade teria a maior importância e a tangibilidade a menor. Entretanto, esse resultado encontra respaldo na pesquisa de Cabral (2007) onde a dimensão segurança foi considerada a mais importante pelos pacientes, seguida da dimensão confiabilidade.

A confiabilidade obteve nota 3,4 o que comparado a outros quesitos foi avaliado como razoável. Além disso, também é preciso um melhor planejamento no que se refere ao número de atendentes, pois uma reclamação frequente refere-se à demora no atendimento quanto realizado de forma coletiva, pois os números de pacientes superam o número de funcionários atuantes nos serviços de limpeza, vista nesse ângulo como um aspecto negativo, uma vez que, observou-se que para 24 leitos são disponibilizado apenas dois funcionários.

Em se tratando do Hospital em estudo, ressalta-se que o mesmo é caracterizado de pequeno porte, com atendimentos de Urgência e Emergência, Clínica Médica e Maternidade. No entanto, quando os pacientes necessitam de especialidades, são encaminhados para atendimentos hospitalares em cidades vizinhas, nesse caso, os encaminhamentos geralmente são feitos às cidades de Augustinópolis – TO e Araguaína – TO, ambos caracterizados como Hospitais de média complexidade.

Segundo Beltrami (2007), diante da evolução dos serviços de saúde, alguns pacientes acabam por buscar tratamento em outros locais que não sejam onde moram. Isso ocorre por motivos variados, dentre eles podem ser citados a qualificação do corpo médico, a ausência de determinadas terapias em sua cidade, entre outros. Diante disso, é possível dizer que estes pacientes acabam não viajando sozinhos, vindo a maioria das vezes acompanhado de alguém, em razão de apresentar uma saúde debilitada, e que acaba vivenciando os mesmos prazeres e desconfortos do paciente.

Sensibilidade apresentou na pesquisa resultados satisfatório pela percepção os pacientes internados do hospital, percentual de 3,9 na média da escala atributos adquiridos como pontos positivos pontualidade nos procedimentos de higienização, cumprimento dos prazos, informações sobre os procedimentos de limpeza, já as informações aos pacientes sobre os produtos de limpeza, os funcionários informava quais os produtos que utilizava, mas não falava a composição dos produtos um ponto negativo. Defende Boeger (2003) que as condições atuais encontradas na medicina (infra-estrutura inadequada, quadro funcional insuficiente, baixos salários, equipamentos precários, etc.), acabam contribuindo para que haja insatisfação do paciente, uma vez que não contribuem para que seja prestado um atendimento de qualidade e um bom relacionamento entre o funcionário da limpeza e o paciente.

Na visão de Beltrami e Camelo (2007), o hospital consiste em um ambiente ameaçador à saúde pública, o que tem ocasionado uma grande mobilização por parte da sociedade civil organizada e dos governos em todas as suas esferas na tentativa de modificar esse quadro deteriorante no qual o sistema de saúde se encontra.

O ambiente hospitalar, em geral, é desprovido de estímulos educacionais, estéticos e funcionais, por se tratar de uma unidade de saúde e não de educação. A maneira como os ambientes são organizados e arquitetados geram uma expectativa favorável ou desfavorável ao comportamento, desenvolvimento e aprendizado, tanto da criança como do adulto (MIQUELIN, 1992).

Locais desprovidos de aconchego, luz, higiene, mobiliário adequado, equipamentos de suporte, entre vários outros aspectos, podem criar resistência e interferir significativamente na maneira em que aquele ambiente é concebido. O hospital para a criança ou adolescente que necessitam de seus serviços para a sobrevivência pode trazer a esses sujeitos prejuízos em outras áreas, além da saúde (CABRAL, 2007).

Segurança comparando os outros quesitos teve nota 3,7 na média da escala a partir na percepção dos pacientes internados. Pôde-se perceber que apesar dos incentivos dados pelo hospital para a melhora da prestação de serviços, entendido por esta pesquisa como pontos positivos, existe a necessidade de realização de treinamentos dos recursos humanos, para que estejam preparados para atender melhor as expectativas dos clientes.

Frente ao exposto, expectativa entre os pacientes é a segurança que eles são atendidos por uma equipe com habilidades, que os tratará profissional e eficientemente, e que os procedimentos corretos serão adotados desde o início. Portanto, quanto maior o nível de segurança fornecida pela equipe do hospital, maior será o nível de satisfação do paciente.

Numa visão de Administração, as organizações hospitalares precisam ser centralizadas no cliente, partir das necessidades e expectativas para então desenvolverem e aperfeiçoarem seus produtos e serviços. Mesmo porque os fatores que os clientes empregam para analisar a qualidade oferecida por uma organização são múltiplos e complexos. Assim, a qualidade que busca o aperfeiçoamento contínuo abre margens à melhoria contínua de si mesmas (DESSLER, 2003).

A pesquisa de Borges (2006) também confirma que a dimensão segurança está entre as mais relevantes na opinião dos pacientes, seguida de atendimento e empatia.

O quesito empatia foi satisfatório como exposto da figura 10, comparando com outros quesitos teve nota 3,8 na média da escala, resultado adquirido pelo fato dos funcionários tratam os pacientes de forma atenciosa, demonstrar interesse em servir e oferecer atenção individual ao paciente como observado durante a pesquisa. Em razão do nível de exigência da clientela, as organizações precisam prestar especial atenção à qualidade de seus serviços, pois a satisfação do cliente somente é conseguida com o atendimento de suas expectativas, e quando as excedem, ocorre o encantamento, e como consequência estes clientes se tornam fiéis e leais à instituição. A exigência é um fator importante no gerenciamento da qualidade de um serviço, foi observado que os pacientes do Hospital pesquisado demonstram serem exigentes quanto à limpeza do ambiente principalmente quanto os horários de higienização do mesmo.

De acordo com Colombo (2005, p. 22), “nos serviços, há o que é chamado de percepção de qualidade, que não tem a ver necessariamente com a qualidade em si”. Na verdade a percepção de qualidade é como os clientes vêem o serviço prestado e a instituição prestadora de serviço. E varia de acordo com os interesses de cada cliente. Trata-se da determinante primária da satisfação ou insatisfação do cliente. A humanização hospitalar ideal pode ser considerada uma utopia, mas precisa ser efetivada de forma urgente na tentativa de conseguir mudar a cultura na gestão e entre os colaboradores do sistema de saúde, tendo em vista que o aumento da importância dada às iniciativas de humanização, a gestão nos hospitais tem contribuído fortemente para que se consiga gerar ou aumentar a satisfação percebida nos serviços implantados, considerando o aumento de sua demanda em razão da melhoria na oferta dos serviços (BITTAR, 2001).

Como se pode observar, manter clientes pode ser um desafio, mesmo que o profissional preste serviços de qualidade. “O prestador de serviços deverá se empenhar para superar as expectativas dos clientes, e não apenas para atendê-las, oferecendo serviços de

qualidade que podem ser definidos como: A prestação de serviços de qualidade que é superior às expectativas dos clientes” (KOTLER, 2002, p. 48).

De acordo com o mesmo autor, “as estruturas mais complexas são mais trabalhosas para que se obtenha um nível de qualidade desejado”. Isso acontece devido ao grande número de pessoas envolvidas nos processos e procedimentos. E ainda acrescenta que “por ter menos empregados e por ter estruturas mais enxutas, as empresas menores tem maiores chances de se adaptar rapidamente a um bom atendimento”(KOTLER, 2002, p. 48).

Segundo relatos de (ANTUNES, 1991; CAMPOS, 1944 e CASTIGLIONI, 1947), nos primórdios na história humana não existiam locais específicos para que os doentes fossem acolhidos ou tratados, de modo que recebam tratamento em qualquer lugar onde se encontrassem. Somente no início da era cristã, surgiram espaços semelhantes ao hospital, cujo significado é ser hospitaleiro.

O ambiente hospitalar, conforme definido por Beltrami; Camelo (2007) é o conjunto das condições humanas, técnicas, físicas, químicas, biológicas, econômicas e sociais que influenciam a saúde do indivíduo, consistindo em um local de ações complexas em que as atividades de atendimento, cirurgias, exames, pronto-socorro, urgência e emergência, enfermarias acabam por se misturar com a ansiedade, impaciência e angústia dos pacientes e seus familiares. Dessa maneira, estes precisam de um equilíbrio emocional por parte dos profissionais que prestam atendimentos e serviços.

Segundo Cherubin (2001), nos primórdios na história humana não existiam locais específicos para que os doentes fossem acolhidos ou tratados, de modo que recebam tratamento em qualquer lugar onde se encontrassem. Somente no início da era cristã, surgiram espaços semelhantes ao hospital, cujo significado é ser hospitaleiro.

A aglomeração que se verifica no meio ambiente hospitalar também favorece a transmissão de microorganismos. Por isso, os profissionais que fazem parte da equipe hospitalar têm um papel importante neste ambiente e um objetivo comum, que é o de zelar pela boa saúde do paciente.

Para que esse objetivo seja alcançado, é necessário que os métodos de prevenção sejam adotados antes mesmo da internação do paciente, através da melhoria das condições sanitárias, do aumento dos serviços básicos de saúde e do tratamento da doença em tempo hábil, a fim de evitar as internações desnecessárias.

Os hospitais, além de equipamentos adequados, devem adotar medidas habituais de prevenção e controle de infecções, através das precauções-padrão. Para tanto, faz-se

importante também a aquisição, em seus quadros, de profissionais especializados, de modo a assegurar os princípios técnicos e científicos.

Conforme evidenciado por Taraboulsi (2004), o hospital, semelhante ao hotel, também oferece alojamento mediante pagamento, porém o produto disponibilizado é a saúde, na maioria parte das vezes, bastante fragilizada. Fato que obriga o hospital a prestar um atendimento de qualidade em razão da vulnerabilidade apresentada, pois o paciente sai do seu ambiente natural e vai para um lugar que lhe causa medo, dor, entre outros sentimentos negativos.

A velocidade das informações e o aperfeiçoamento das técnicas e atividades empresariais contribuem para a formação de um mercado mais competitivo e acirrado, exigindo que os profissionais envolvidos sejam mais comprometidos e éticos. Como parte desse universo empresarial, o hospital também precisa estar atento a alguns aspectos tecnológicos, físicos, estruturais e acima de tudo prestar um atendimento de qualidade e com hospitalidade.

No sentido de prestar um atendimento de excelência ao cliente. A administração do hospital deve atentar para as condições das pessoas atendidas, que já chegam ao ambiente hospitalar acometidas por patologias de natureza diversa, levando em consideração aspectos como planejamento, execução e controle das atividades com a finalidade de qualificar o atendimento de maneira humanizada, englobando desde a estrutura física até a responsabilidade sobre o bem-estar do paciente e seus acompanhantes.

Assim sendo, a importância da qualidade pode ser considerada irreversível em razão de se tornar uma exigência do mercado concorrente e não apenas limitada a uma opção institucional. Nesse sentido, É preciso que os gestores hospitalares repensem novos métodos de administrar e novos investimentos para que seus equipamentos sejam melhorados com a finalidade de prestar um bom atendimento.

Em busca de um diferencial competitivo, muitas instituições de saúde têm buscado adaptar seus serviços e instalações, preparando-os para prestar um atendimento de excelência, e para isso incorporam a hotelaria no seu processo de gestão a partir da inserção de profissionais de arquitetura, turismo, hotelaria, entre outras profissões.

As instituições de saúde precisam perder a “cara” de hospital e se assemelharem a um empreendimento hoteleiro a partir da modificação das unidades de internação no sentido de proporcionar conforto ao paciente e seu acompanhante em razão do paciente passar a maior parte do tempo de sua internação, bem como das salas de espera, da recepção.

Além do atendimento, o ambiente exerce forte influência no processo de cura do paciente. A literatura relata que a humanização, freqüentemente observada na hotelaria, tem começado, ainda que timidamente, a fazer parte do ambiente hospitalar, proporcionando um ambiente mais acolhedor, favorável a recuperação do paciente (AZEVEDO et al, 2009).

O cliente de hoje, na visão de Taraboulsi (2004), não quer perder o contato com o mundo exterior, tendo em vista que deseja um local que se assemelhe a um hotel ou a sua própria casa. O avanço do setor hoteleiro no ambiente interno dos hospitais brasileiros e a verificação de uma possível mudança no atendimento dos pacientes, considerando a humanização do serviço, busca alcançar uma melhora significativa no processo de saúde do paciente, que refletirá também em seus acompanhantes.

A unidade hospitalar pesquisada apresenta uma infraestrutura aceitável sob a percepção dos clientes – pacientes internados -, porém está aquém dos padrões de qualidade estabelecidos para unidades hospitalares. Isso é justificável pela falta de outros centros hospitalares, pois com essa ausência, torna-se aceitável aquilo que se é oferecido.

5 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1 CONCLUSÕES

O Hospital Municipal de Araguatins – HMA, tem se preocupado com qualidade dos serviços prestados aos seus pacientes. O hospital concentra os seus serviços de saúde à comunidade, tornando-se um centro de excelência em serviços de higienização, controlando a infecção no ambiente hospitalar e promovendo e restaurando a saúde.

O estudo realizou a mensuração da qualidade dos serviços de limpeza do hospital, os pacientes interna dos mostraram que a qualidade dos serviços de higienização do Hospital Municipal de Araguatins – TO apresentou-se satisfatória.

Por meio da aplicação do modelo de escala SERVQUAL modificada, dividida nas cinco dimensões (tangibilidade, sensibilidade, segurança, confiabilidade e empatia) foi mensurada a qualidade do serviço de higienização, apresentando os quesitos Tangibilidade e Sensibilidade com resultado 3,9, Empatia com 3,8 e Segurança 3,7 na média da escala resultado satisfatório, pois se aproxima da nota 4, o quesito confiabilidade se aproximou 3,5 considerado razoável sob a percepção dos pacientes internados.

Identificaram-se como pontos fortes e positivos, os esforços dos servidores do Hospital em prestarem um serviço de qualidade no qual são realizados visando sempre o conforto dos pacientes. Observou-se como pontos fortes os funcionários estarem devidamente uniformizados e os atendimentos aos pacientes sobre as reclamações relacionadas à higienização. Os pacientes também perceberam que os horários de higienização são adequados como isso também os funcionários demonstraram cumprimento dos prazos e colaboradores da limpeza transmitem confiança os quesitos com melhores pontuações, e os funcionários tratam os pacientes de forma atenciosa.

Pontos identificados como negativos, refere-se à falta de planejamento no que se alude ao número de atendentes, visto que, apresentaram-se nesta pesquisa reclamações frequentes frente à demora do atendimento quando realizado de forma coletiva, pois a pesquisa demonstrou que tem poucos funcionários para a quantidade de pacientes. No entanto, observou-se a necessidade da realização de capacitação dos recursos humanos, para que estejam ainda mais preparados para suprir todas as necessidades e exigências dos pacientes internados.

5.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação abordou o tema qualidade dos serviços de higienização. O principal objetivo foi desenvolver e aplicar o método da escala servqual para mensurar a percepção dos pacientes do Hospital Municipal de Araguatins quanto aos serviços de higienização.

Foi realizada uma revisão da literatura sobre administração e administração hospitalar, qualidade em serviços de saúde, comissão de controle de infecção hospitalar e higienização hospitalar.

Apresentou-se nesta pesquisa informação sobre a qualidade dos serviços o que se constitui um forte fator de diferenciação e competitividade no setor saúde, e apesar de certas dificuldades, os clientes/usuários não deixam de avaliá-la, pois, trata-se de cuidados com a sua saúde ou com a saúde de pessoas muito próximas a eles.

O serviço de saúde, público ou privado, é uma necessidade básica de toda a população brasileira. Por isto, a questão dos serviços de saúde é tema central nos debates sobre as alternativas mais eficazes e menos custosas para a organização setorial em diversos países do mundo.

O Hospital analisado deve centrar suas atenções nas pessoas, no marketing de relacionamento e na busca de informações dos clientes, buscando entender como eles percebem os serviços ofertados. Com a diminuição das diferenças tecnológicas, quando a qualidade dos produtos concorrentes se assemelha e o apelo de marketing por si só não é garantia de sucesso, ganha espaço a excelência do trabalho, a qualidade do produto/serviço prestado ao cliente.

Para trabalhos futuros, seria interessante verificar se as questões abordadas no quesito confiabilidade são as mais adequadas quanto ao objeto a ser pesquisado. Recomenda-se uma análise antes de todos os quesitos e questões abordadas e se possível uma adaptação das perguntas no método servqual antes da aplicação do instrumento. Pois neste trabalho, os quesitos: tangibilidade, sensibilidade, segurança e empatia tiveram notas satisfatórias e o quesito confiabilidade, nota insatisfatória, demonstrando uma avaliação contraditória sobre a percepção dos usuários como eles vêem os aspectos tangíveis, tem sensibilidade, segurança e empatia e nos resultados não têm confiança nos serviços prestados de higienização.

Além disso, percebeu-se que os pacientes que passaram por alguma experiência desagradável externaram seu descontentamento escolhendo pontuações baixas para a maioria dos itens. Isto mostra que os momentos da verdade que tragam algum tipo de insatisfação para

o paciente podem ter repercussão bem negativa na avaliação global, ou seja: um momento negativo pode ofuscar a soma de vários momentos positivos.

A análise das dimensões da qualidade dos serviços pode ser um instrumento importante na identificação de fatores (atributos) que precisam ser melhorados e buscar, assim, alcançar pelo menos a vantagem competitiva.

Espera-se que os resultados deste estudo tragam contribuições de qualidade dos serviços de higienização para os hospitais públicos, além de contribuir com conhecimento em uma atividade pouca explorada e carente para pesquisa, que apresentem mudança estratégia de qualidade nos serviços de limpeza hospitalar.

REFERÊNCIAS

- ABRASEL. **Limpeza do Ambiente: Um ambiente corretamente higienizado é fundamental para evitar contaminação alimentar.** Segurança de Alimentos. n. 68. abril/maio. Belo Horizonte, 2009. p. 42 a 43.
- ÁLVARES, M. S. B. **Terceirização: parceria e qualidade.** Rio de Janeiro: Campos, 1996.
- ALVES, D. C. I; EVORA, Y. D. M. **Questões éticas envolvidas na prática profissional de enfermeiros da comissão de controle de infecção hospitalar.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Disponível:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso dia 23 de Novembro 2013.
- ALVES, R.C. **Análise dos elementos caracterizadores da qualidade.** 2002
- ANTÓNIO, N.; TEIXEIRA, A. **Gestão da Qualidade: de Deming ao Modelo de Excelência da EFQM Lisboa,** Edições Sílabo. 2007
- ANTUNES, J. L. F. **Hospital: instituição e história social.** São Paulo: Letras e Letras, 1991.
- ARNOLD, J. R. **Administração de materiais:** uma tradução. Tradução Celso Rimoli, Lenita R. Esteves. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- AZEVEDO, Cristina Camelo de; RIBEIRO, Maria Auxiliadora Teixeira; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva. **O humanismo na perspectiva de estudantes de Medicina da UFAL.** *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro , v. 33, n. 4, dez. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000400009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: em 27 dezembro 2013.
- BASTOS, Cleverson Leite; KELLER, Vicente; MARTIM, Irineu; LENGFRAND, Paul. **Aprendendo a aprender: introdução à metodologia científica.** 16. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- BELTRAMI, G. S.; CAMELO, A. C. O. Hotelaria Hospitalar e alguns aspectos da gestão hospitalar necessários para melhorar a qualidade no atendimento. *FCV Empresarial*, v. 1, p. 53-72, 2007.
- BERTIN, C. **Avaliação da qualidade do serviço de nutrição e dietética, de um hospital universitário, sob a ótica dos clientes externos.** I Jornada Científica do Centro-Oeste de Economia e Administração, Campo Grande, MS, 2001.
- BITTAR, O. J. N. **Indicadores de qualidade e quantidade em saúde.** 2001. Disponível:<<http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/indicadorQualidadeI.pdf>>. Acesso: 28 de Agosto de 2013.
- _____, **Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde.** 2000. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-4230200000100011&script=sci_arttext> Acesso: 28 de Agosto de 2013.

BOEGER, M. A. **Gestão em Hotelaria Hospitalar**. São Paulo: Atlas, 2003.

BOONE, L. E.; KURTZ, D. L. **Marketing Contemporâneo**. 8. ed. Rio de Janeiro: LTC-Livros Técnicos e Científicos Editora S.A, 1998.

BORGES, J. B. C. et al. **Avaliação da intensidade da dor e da funcionalidade no pós-operatório recente da cirurgia cardíaca**. Rev.Bras. Cir. Cardiovasc. Marília (SP): 2006; 21 (4):p. 393-402. Out-dez.

BEUREN, I. M., SCHLINDWEIN, A. C., PASCUAL, D. L. **Abordagem da Controladoria em Trabalhos Publicados no EnANPAD e no Congresso USP de Controladoria e Contabilidade de 2001 a 2006**. Revista de Contabilidade & Finanças da USP. São Paulo, n.45, p. 22 – 37, set/dez. 2007.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies/Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. – Brasília: Anvisa, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de limpeza**. Brasil/DF: Ministério da Saúde. 2003.

BRASIL. **Saúde do Homem**. Disponível em: <http://dtr2001.gov.br/sus/portarias/port2008/pt-09-cons.pdf>, acesso em 25 de Setembro de 2013.

BROCKA, B.. **Gerenciamento da qualidade**. São Paulo: Makron Books, 2009.

CABRAL, L. L. D. **Qualidade percebida dos serviços hospitalares: uma avaliação utilizando o método dos fatores críticos de sucesso e a escala Servqual**. Dissertação. Recife (PE); 2007.

CALDAS, R. F.; RONCATO, C. I. A formação referencial do comportamento organizacional no enfoque da Gestão Arquivística. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, v. 2, n. Especial, p. 73-86, 2012.

CAMPOS, E. S. **História e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde, Departamento Nacional de Saúde, 1944.

CAMPOS, V. F. **TQC: Controle da Qualidade Total no estilo japonês**. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, 2010.

CARDOSO, R.S; SILVA, M.A . **A percepção dos enfermeiros acerca da comissão de infecção hospitalar: desafios e perspectivas**, 2004. Disponível:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v13nspe/v13nspea05.pdf>. Acesso em 19 de Novembro de 2013.

CARDOSO, F. A. R. **Análise da qualidade no setor de serviços segundo o método de avaliação Servqual**. Curitiba, 2004. 186 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) Setor de Ciências Exatas e de Tecnologia, Universidade Federal do Paraná.

- CARAPINHEIRO, Graça. **Saberes e poderes no hospital**. 4ª. Ed. Porto: Edições Afrontamento, 2005.
- CASSAR, M.; DIAS, ; ZAVAGLIA, T. **Introdução à administração da competitividade à sustentabilidade**. Campinas: Editora Alínea, 2008.
- CASTELLI, G.. **Administração Hoteleira**. 9 ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.
- CASTIGLIONI, A. **História da medicina**. São Paulo: Nacional, 1947. 2v.
- CHAN, R. **Diagnóstico da Qualidade: uma reflexão qualitativa e quantitativa**. Conferência Nacional da Qualidade Qualitech Brasil. **Anais**. São Paulo, IMC, 2009.
- CECÍLIO, L.C.O.; **A Modernização Gerencial dos Hospitais Públicos : O Difícil Exercício da Mudança**, RAP, FGV, vol 31, n. 3, mai/jun 1997.
- CHERUBIN, N. A. **Administrador Hospitalar – Missão, Qualidades, Atribuições e Obrigações**. 3º ed. São Paulo: Pompéia, 2002.
- CHERUBIN, N. A; SANTOS, N. A. **Administração Hospitalar: Fundamentos**. São Paulo: CEDAS, 1997.
- CHERUBIN, N.A. **Administração hospitalar : fundamentos**. São Paulo : Cedas, 2001.
- CITYBRAZIL. **Microrregião do Bico do Papagaio**. Disponível em www.citybrazil.com.br/to/microrregião. Acesso em 09 de Setembro de 2012.
- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 2º Ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2008. cliente. 2ª ed. Porto Alegre, RS: Bookman, 2003
- COHN, A; ELIAS, P. E. M. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 5. ed. São Paulo: Cortez: Cedec, 2003.
- COLOMBO, S. S. [et al]. **Marketing educacional em ação: estratégias e ferramentas**. Porto Alegre: Artmed/Bookman, 2005.
- CORNIER *et al*, S., NURIUS, P., OSBORN, C. (2009). **Interviewing and change strategies for helpers: Fundamental Skills and Cognitive Behavioral Interventions**. Australia: Thompson Brooks.
- CORRÊA, H. L. e CAON, M. **Gestão de serviços: lucratividade por meio de operações e de satisfação dos clientes**. São Paulo, Editora Atlas, 2002.
- CRAWFORD, R. **Na era do capitalismo: talento, a inteligência como forças econômicas, seu impacto nas empresas e nas decisões de investimento**. São Paulo. Atlas, 1994.
- DEMING, W. E.. **Qualidade: A revolução da administração**. Tradução de Clave comunicações e Recursos Humanos. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.
- DESSLER, G. **Administração de Recursos Humanos**. 2. ed. São Paulo: Prentice Hall,

Disponível <<http://dx.doi.org/10.2223/jped.1033>. acesso dia 22 de novembro de 2013.

DOMINGO, J. y ARRANZ, A. **Calidad y mejora continua**. Donostia (ES): San Sebastián. Donostiarra, 1997.

DONABEDIAN, A.(2003). **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: University Press, 2003.

DRUCKER, Peter F. **Introdução à Administração**. 3. ed. São Paulo: Pioneira, 1998.

DRUCKER, Peter. **A Administração**. 1 ed. São Paulo: Nobel, 2001.

FERNANDES, T. PADUA, F.S.M. **O impacto do MRP no cumprimento de prazos e redução de estoques**. 2009. Disponível: <http://www.fan.edu.br/efanzine/documentos/91.pdf>. Acesso em 10 de dezembro de 2013.

FADEL, M. A. V.; FILHO, G. I. R. **Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde**. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 26, 2006, Fortaleza. Anais...Fortaleza: Abepro, 2006. p. 681- 693.

FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. **Administração de Serviços: Operações, Estratégia e Tecnologia da Informação**. 2ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2000.

FOGAÇA, M. E. **Diferenças de percepção entre operadoras e prestadoras de serviço no mercado de saúde suplementar brasileiro**. Tese de Mestrado – PUC/RS. Porto Alegre, 2006.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento do hospital**. In: **Microfísica do poder**. 15a. Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2000. p. 99-111

FREITAS, A.L.P., MANHÃES, N.R.C. & COZENDEY, M.Y. **Emprego do SERVQUAL na avaliação da qualidade de serviços de tecnologia da informação: uma análise experimental**. Anais do XXVI ENEGEP, 2006.

Harbarth S, Pittet D, Grady L, Zawacki A, Potter-Bynoe G, Samore MH, et al. **Estudo de intervenção para avaliar o impacto de um gel à base de álcool em melhorar a higiene das mãos e o cumprimento**. 2002.

HARTZ, ZMA; Contandriopoulos, AP. (2004) **Cuidados de saúde abrangente e integrada serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem paredes"**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-. Acesso em: 20 de novembro de 2013.

GARVIN, D. A. **Aprendizagem em Ação – Um guia para transformar sua Empresa em uma Learning Organization**. Tradução de Carlos Henrique Trieschemann. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2002: 11.

GIL, A. C.: **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4 ed. São Paulo. Atlas, 2008.

GONÇALVES, E. L.. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1983.

GRÖNROOS, C. **Marketing: Gerenciamento e Serviços: A Competição por Serviços na Hora da Verdade**, 2ª Edição, Campus, Rio de Janeiro, 1995.

GURGEL JUNIOR, G. Dantas; VIEIRA, M. M. F.. **Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais**. *Ciênc. saúde coletiva*, São Paulo Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Novembro de 2013.

JURAN, J.M. **A qualidade desde o projeto: os novos passos para planejamento da qualidade em produtos e serviços**. 4ª reimpressão da 1ª ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

KAPLAN, D. I.; RIESER, C. **Qualidade Total na Prestação de Serviços: como aprimorar as práticas gerenciais adotando a melhoria contínua**. São Paulo: Nobel, 1996.

KAMIMURA, Q.P. **Microrregionalização: Uma proposta metodológica, organizacional e estratégica para os serviços de média e alta complexidades no litoral norte paulista**. 2004. 180f. Tese (Mestrado). Universidade de Taubaté, Taubaté, 2004.

KOTLER, P. **Marketing de Serviços Profissionais: Estratégias Inovadoras para impulsionar sua Atividade, sua Imagem e seus Lucros**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2002.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A.. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6 ed. 7 Reimp. São Paulo: Atlas, 2009.

LAS CASAS, A. L. **Administração de marketing: conceitos, planejamento e aplicações à realidade brasileira**. São Paulo: Atlas, 2006.

LAS CASAS, A. L. **Marketing de serviços**. 2ª ed. – São Paulo: Atlas, 2000.

LAS CASAS, A. L. **Qualidade total em serviços, exercícios e casos práticos**. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 1999. 206 p.

LIVARES, Igor R. B; COSTA, Diana La Luna Bissetti; QUEIROZ, Salete Linhares. **Jogos de empresa: aplicação à gestão da qualidade no ensino superior de química**. *Quím. Nova*, 2011 http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-40422011001000014&lng=en&nrm=iso. Acesso em 23 de novembro de 2013.

LITUCERA. **Máximo em eficiência** disponível em <<http://www.litucera.com.br>> acesso em: 20 de janeiro de 2013.

LOVELOCK, C. H. and WIRTZ, J. **Serviços: Marketing e gestão**. São Paulo: Saraiva, 2001.

LOVELOCK, C. H. and WIRTZ, J. **Serviços: Marketing: gestão, tecnologia, estratégia**. 2004.

MACEDO, Joyce; RODRIGUES, Marina T. and NASCIMENTO-CARVALHO, Cristiana M.C.. **Perspectivas no controle de infecção hospitalar**. Rio de Janeiro 2003, vol.79, n3, pp-277-278.ISSN 0021-77557 Disponível<<http://dx.doi.org/10.2223/jped.1033>. acesso dia 22 de novembro de 2013.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 4ª ed.– São Paulo: Bookman, 2004.

MARTARELLO, N. A.; BENATTI, M.C. C.. **Qualidade de vida e sintomas osteomusculares em trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar 2008**.Disponível:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200023&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22 de novembro de 2013.

MARTINEZ, José Antônio Baddini. **Em busca da qualidade total. J. bras.Pneumol.** São Paulo , v. 33, n. 1, Feb. 2007 . Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132007000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 22 de novembro 2013.

MAXIMILIANO, A. C. A. **Introdução à Administração**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MAXIMILIANO, A. C. A. **Teoria Geral da Administração: da Revolução urbana a digital**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MEIRELES, M.; PAIXÃO, M. R. **Teorias da Administração**: clássicas e modernas. São Paulo: Futura, 2003.

MEZZOMO, A. A. et al. **Fundamentos da Humanização Hospitalar: uma versão multiprofissional**. São Paulo: Loyola, 2003.

MIQUELIN, L. C. **Anatomia dos edifícios hospitalares**. São Paulo: CEDAS, 1992.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MONTANA, P. J.; CHARNOV, B. H. **Administração**. Trad. Cid Knipel Moreira. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

MONTGOMERY, D.C. **Introdução ao Controle Estatístico da Qualidade**, 4ª edição, John Wiley and Sons, 2001.

MOREIRA, D A. **Medidas da qualidade em serviços**. São Paulo: Pioneira, 1996.

MORGAN,G. **Imagens da Organização**. São Paulo. Atlas, 1996.

NETO.V.N.; MALIK. A.M. **Tendências na assistência Hospitalar** Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/02.pdf>>. Acesso em: 22 de novembro de 2013.

OLIVARES, Igor R. B; COSTA, Diana La Luna Bissetti; QUEIROZ, Saete Linhares. **Jogos de empresa: aplicação à gestão da qualidade no ensino superior de química. Quím. Nova**, São Paulo, v. 34, n.10., 2011.Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ar

tttext&pid=S0100-40422011001000014&lng=en&nrm=iso. Acesso em 23 de novembro de 2013.

PAGNONCELLI, A. M.. **Estratégia competitiva e eficiência operacional : um estudo de caso no setor de operadoras de planos de saúde do Brasil**. 2010 (Dissertação de Mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul Disponível: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/30875>, Acesso: 06 de Agosto de 2013.

PALADINI, E P. **Gestão da qualidade: teoria e prática**. São Paulo: Atlas, 2000.

PALADINI, E. P. **Qualidade total na prática: implantação e avaliação de sistemas de qualidade total**. São Paulo: Atlas, 2010.

PARASURAMAN A. et al. **Servqual: A múltiple – item scale for measuring consumer perceptions of service quality**. Journal of retailing. v.64, n.1, New York University, Spring, 1988.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Futures Research. **Journal of Marketing**, Vol. 49, no 4, pp 41- 50, Fall 1985.

_____. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality, **Journal of Retailing**, v. 64, n. 1, p. 12-40, 1988.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia - Teoria e Prática**. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 1995.

PEREIRA, M.S.; MORIYA, T. M.; GIR, E. **Infecção hospitalar nos hospitais escola: uma análise sobre seu controle**. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 45-62, janeiro 1996. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4n1/v4n1a13.pdf>. Acesso em 20 de novembro de 2013.

PEREIRA, A.P. **Governança em higiene e limpeza hospitalar: implicações para o trabalho de enfermagem**. Dissertação (mestrado). Universidade de São Paulo, 2012.

PESTANA, M. C. et al. **Desafios da sociedade do conhecimento e gestão de pessoas em sistemas de informação**. Ci. Inf., Brasília, v. 32, n.2, p. 77 – 84, PUC/RS. Porto Alegre, 2006.

REBELLO, L.. **Saúde do homem em debate**. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 2012 Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000600021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de novembro de 2013.

RAMPAZZO, L.**Metodologia Científica: para alunos dos cursos de graduação e pós graduação**. São Paulo. Ed.6. Editora Loyola.2011.

REGIS FILHO.G .I.;LOPES, M.C. **Estudo de clima organizacional em serviços ambulatoriais de saúde pública, da Secretaria de Saúde de Itajai – SC**. Segunda parte: perfil dos servidores e nível de satisfação. Ver. Cien. Saúde, Florianopolis, V.15, n 1-2, p163-1999, jan/dez.1996.

REEVES, C.; BEDNAR, D. Defining quality: alternatives and implications, **Academy of Management Review**, Vol. 19, n° 3, pp. 419-445, 1994.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RIGHI, A. W.; SCHIMIDT, A. S.; VENTURINI, J. C. **Qualidade em serviços públicos de saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família**. Revista eletrônica de Engenharia da Produção e Correlatas – ISSN 1676-1901.UFSC.2010.

ROBBINS, S. P.. **Administração: mudanças e perspectivas**. São Paulo: Saraiva, 2003.

RONCALLIA, G.; **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva**.2010 Disponível:<<http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/handle/1/3019>> Acesso em: 22 de novembro de 2013.

SÃO PAULO. **Manual de higiene hospitalar**. São Paulo.2012.78p.

SCAPATI, D.; CALVO, M. C. M.. **Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde**. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, June 2012. Disponível: <[http:// www.scielo.br/scielo.php? Script=sci_arrest&pid=S0034-89102012000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arrest&pid=S0034-89102012000300006)> Acesso: dia 23 de novembro de 2013.

SCHERMERHO RN JR, John R. **Administração**. 8 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2007.

SEPLAN. **Secretaria de Planejamento de Estado do Tocantins**. Disponível em: <<http://www.citybrazil.com.br/to/augustinopolis/historia.php?>> Acesso em: 10 de dezembro, 2011.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SCHERMERHORN JR., J. R.: **Administração**. 8. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2007.

SILVA, P. F. da; WAISSMANN, W. **Normatização, o Estado e a saúde: questões sobre a formalização do direito sanitário**. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 1, Mar. 2005. Disponível:

SILVA, R. F.. **A infecção hospitalar no contexto das políticas relativas à saúde em Santa Catarina**. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 11, n.1, Feb. 2003. Disponível:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000100016&lng=en&nrm=iso>.Acesso em 21 de novembro de 2013.

SZNELWAR, LaerteIdal et al . **Análise do trabalho e serviço de limpeza hospitalar: contribuições da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho**. **Prod.**, São Paulo , v. 14, n. 3, Dec. 2004 . Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 de novembro de 2013.

TARABOULSI, F. A. **Administração de Hotelaria Hospitalar**: serviços aos clientes, humanização do atendimento, departimentalização, gerenciamento, saúde e turismo, hospitalidade. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2004.

TAUBLIT, Davis. **Controle de Qualidade Total**: da Teoria à Prática de um Grande Hospital. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed, 1998.

TORRES S; LISBOA, T. C. **Limpeza e higiene, lavanderia hospitalar**. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: CLR Balieiro, 2001.

VAUGHAN, R.(2004). **Evaluation and public health**. *Am J Publ Health*; v, 94, n. 3, 2004,p. 360.

VECINA NETO,G.; MALIK,A.M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro. Guanabara. Koogan.2011.

WEBER, Letícia; GRISCI, Carmem Ligia Iochins. **Trabalho imaterial bancário, lazer e a vivência de dilemas pessoais contemporâneos**. RAC, Curitiba, vol. 15, n. 5, p. 897-917, set./out., 2011.

YIN, R.K. **Estudo de caso – planejamento é métodos**. (2ed.). Porto alegre: Bookman. 2001.

ZEITHAML, V. A.; BITNER, M. J.**Marketing de serviços: A empresa com foco no cliente**. 2. Ed. Porto Alegre.Bookman.2003.

APÊNDICE A – Carta de Apresentação



Universidade de Taubaté
Autarquia Municipal de Regime Especial
Reconhecida pelo Dec. Fed. Nº 78.924/76
Reconhecida pelo CEE/SP
CNPJ: 45.176.103/0001-22

Reitoria
Rua 4 de Março, 432, Centro, Taubaté-SP, 12020-270
Tel.: (12) 225-4100 Fax: (12) 232.7990 www.unitau.br reitoria@unitau.br

Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação
Rua Visconde do Rio Branco, 210, Centro, Taubaté-SP, 12020-040
Tel.: (12) 225-4217, 225-4218 Fax: (12) 232-5947 www.unitau.br/ppgp

DEPARTAMENTO DE ECONOMIA, CONTABILIDADE E ADMINISTRAÇÃO – ECA

Taubaté, 02 de outubro de 2012.

De: Prof. Dr. Edson Aparecida de Araújo Querido de Oliveira
Coordenador do Programa de Pós-graduação em Administração - UNITAU

Ao proprietário da empresa pesquisada

Prezado Senhor,

O Sr. (Marcos Aurélio Cavalcante Ayres), regularmente matriculado no Programa de Pós-graduação em Administração desta Universidade, desenvolve sua dissertação de Mestrado na área de Gestão e Desenvolvimento Regional. Sua proposta de trabalho intitula-se “(Qualidade Percebida dos Serviços de Higienização em um Hospital Tocantinense: Uma Avaliação Utilizando as escala Serviquil)”.

Tratando-se de uma pesquisa de campo, gostaria de solicitar a colaboração de V.S. no sentido de conceder ao Sr. (Marcos Aurélio Cavalcante Ayres) autorização para (aplicar um questionário). Tais informações serão utilizadas tão somente para fins acadêmicos.

Se considerar necessário ou conveniente, o nome e qualquer outra forma de identificação dessa empresa poderão ser omitidos do manuscrito final da dissertação.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Edson Aparecida de Araújo Querido de Oliveira
Coordenador do Programa de Pós-graduação em Administração – UNITAU

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Institucional

Esta pesquisa está sendo realizada pelo Sr. Marcos Aurélio Cavalcante Ayres aluno do Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Taubaté (PPGA), como dissertação de mestrado, sendo orientado e supervisionado pela professora Dra. Quésia Postigo Kamimura.

Seguindo preceitos éticos, informamos que pela natureza da pesquisa, a participação desta organização não acarretará em quaisquer danos à mesma, onde será mantido sigilo da respectiva empresa, tendo como benefício à disponibilização da dissertação, conforme especificado logo mais abaixo.

A seguir, damos as informações gerais sobre esta pesquisa, reafirmando que qualquer outra informação poderá ser fornecida a qualquer momento, pelo aluno pesquisador ou pela professora responsável.

TEMA DA PESQUISA: Qualidade Percebida dos Serviços de Higienização em um Hospital Tocantinense: Uma Avaliação Utilizando as escala Serviqual.

OBJETIVO: Realizar um estudo de mensuração da qualidade dos serviços de um hospital localizado na microrregião do Bico do Papagaio, Estado do Tocantins a partir da percepção dos clientes/usuários

PROCEDIMENTO: Será realizada uma pesquisa de campo junto aos pacientes internados no hospital objeto deste estudo.

A pesquisa de campo será realizada através de um questionário, utilizando a escala SERVQUAL.

Os questionários serão utilizados para análise e tabulação dos dados e posteriormente serão guardados por um período de 05 (cinco) anos e incinerados com a finalidade de preservar a identidade do sujeito e da empresa.

SUA PARTICIPAÇÃO: Autorizar a aplicação da pesquisa nesta organização.

Após a conclusão da pesquisa, prevista para setembro de 2013, uma dissertação, contendo todos os dados e conclusões, estará à disposição na Biblioteca da Universidade de Taubaté, assim como no acervo *online* da Universidade de Taubaté e no banco digital de teses e dissertações da Capes.

Agradecemos sua autorização, enfatizando que a mesma em muito contribuirá para a construção de um conhecimento atual nesta área.

Taubaté – SP, em 15 de maio de 2013.

:

Profa. Orientadora Dra. Quésia Postigo Kamimura.

RG 16157432 SSP/SP

e-mail: q.kamimura@gmail.com - **Tel:** (12) 9714-3988

Aluno: Marcos Aurélio Cavalcante Ayres

RG 352.038 SSP / TO

e-mail: marcosayres_6@hotmail.com - **Tel:** (63) 9966 7041

Tendo ciência das informações contidas neste Termo de Consentimento, Eu _____, portador do RG nº _____, responsável pela organização _____, autorizo a aplicação desta pesquisa na mesma.

Local _____, ____ de _____ de 2013.

Assinatura _____

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPANTE. Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde.

O Sr (a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: Qualidade percebida do serviço de higienização em um hospital tocantinense: uma avaliação utilizando a escala servqual.

Que tem como **objetivo:** Realizar um estudo de mensuração da qualidade dos serviços de um hospital localizado na microrregião do Bico do Papagaio, Estado do Tocantins a partir da percepção dos clientes/usuários

Este é um estudo baseado em uma abordagem quali-quantitativa, utilizando como método a escala servqual.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder às perguntas a serem realizadas sob a forma de questionário. O será transcrito – que será guardado por cinco (05) anos e incinerada após esse período.

O sr (a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionada à sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será o de aumentar o conhecimento científico para a área de Ciências Sociais Aplicadas.

Exemplo: Direito, Sociologia, Desenvolvimento Regional, Gerontologia, Administração e Gestão. O sr (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Orientador	Orientando
Qesia Postigo Kamimura	Marcos Aurélio Cavalcante Ayres
Docente Unitau	Mestrando Unitau
<u>qkamimura@GMAIL.com</u>	<u>Marcosayres_6@hotmail.com</u>

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos: (12) 3635 1233

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Araguatins - TO, ____ de maio de 2013.

Sujeito da Pesquisa: _____

APENDICE D - Declaração de Responsabilidade Financeira

Declaro para os devidos fins de comprovação, que Eu, **Marcos Aurélio Cavalcante Ayres**, portador do RG nº 352.038 SSP / TO, aluno do Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Taubaté (PPGA), sou responsável financeiro por todas as despesas utilizadas para a concretização deste estudo.

Nestes termos, firmo o presente.

Augustinópolis – TO, em 15 de maio de 2013.

MARCOS AURÉLIO CAVALCANTE AYRES