



32

ERRATA				
Onde se lê	Leia-se	Página	Parágrafo	Linha
Pós-Graduação	Pós-graduação	0	4º	2ª
garantir a idéia	garantir	4	2º	4ª
surgem	que surgem	8	1º	6ª
que enfatizavam	ênfatizavam	8	1º	7ª
eletrônicos.	eletrônicos (WALTON,1989)	8	2º	2ª
ser	seja	9	5º	5ª
s os	os	12	2º	4º
não envolveram	envolveram	16	2º	1ª
dos pacientes	dos 500 pacientes	17	5º	3ª
de esse	desse	21	3º	4ª
no Estados	nos Estados	22	2º	1ª
mas também monitora	, mas que também monitore	40	3º	12º
BURKE	ELLIOT-BURKE	49	2º	2ª
relacionada	correlacionada	50	1º	9ª
serviços	Serviços	53	1º	5ª
de importância de 0	de 0	57	3º	3ª
clientes no HIAE.	clientes.	59	2º	3ª
orientação,	orientação e a de SALZ (2001)	60	3º	1ª

n uma	numa	63	1º	3ª
selelhança	semelhança	69	1º	1ª
prestaods	prestados	70	3º	2ª
à qualificação	à falta	87	1º	1ª
JCI I	1.	87	1º	7ª
não recebe cobertura dos planos de reabilitação,	não organiza planos de reabilitação,	88	1º	3ª
especia,l	especial	93	5º	6ª
BURKE	ELLIOT-BURKE	109	3º	5ª
humanizadas	humanizada	110	1º	10ª
lembradas	lembrados	110	1º	11ª
CZAPSKI	por CZAPSKI	110	2º	1ª
serviço de reabilitação.	serviço.	112	2º	10ª
constem	conste	141	1º	5ª

### **Acrescente-se à BIBLIOGRAFIA**

PRETZER, M. What patients don't know about the quality of their health care. Medical Economics, v.78, n.10,p.26-28. 2001.

### **Retire-se da Bibliografia**

BELL, R., KRIVICH, M.J. How to use patient satisfaction data to improve healthcare quality. Milwaukee: ASQ Quality, 2000.

DECKER, P. J. The hidden competencies of healthcare: why self esteem, accountability and professionalism may affect hospital customer satisfaction scores. USA, *Hospital Top*, v.77, n.1, p.14-26.1999.

**RELAÇÃO ENTRE OS ATRIBUTOS DE QUALIDADE DE UM  
SERVIÇO DE REABILITAÇÃO AMBULATORIAL E OS  
PADRÕES DO MODELO DE ACREDITAÇÃO  
JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF  
HEALTHCARE ORGANIZATIONS :  
A VISÃO DO CLIENTE**

**Banca examinadora**

**Profa. Orientadora Dra Ana Maria Malik**

**Prof. Dr. André Torres Urdan**

**Prof. Dr. José Henrique Germann Ferreira**

**FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS**

**ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO**

**VERA LÚCIA COSTA RONCATI**

**RELAÇÃO ENTRE OS ATRIBUTOS DE QUALIDADE DE UM SERVIÇO  
DE REABILITAÇÃO AMBULATORIAL E OS PADRÕES DO MODELO  
DE ACREDITAÇÃO JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF  
HEALTHCARE ORGANIZATIONS : A VISÃO DO CLIENTE**

Dissertação de Mestrado apresentada  
ao Curso de Pós-Graduação da  
FGV/EAESP.

Área de concentração: Qualidade em  
Saúde como requisito para obtenção  
de título de mestre em Administração.

Orientadora: Profa Dra Ana Maria Malik

**SÃO PAULO**

**2002**



Fundação Getúlio Vargas  
Escola de Administração  
de Empresas de São Paulo  
Biblioteca



177/2002



1200200177

Escola de Administração de Empresas de São Paulo	
Data	
20-02	614.2 RTB9V
17/02	DL5. e.2

RONCATI, Vera Lúcia Costa. Relação entre os atributos de qualidade de um serviço de reabilitação ambulatorial e os padrões do modelo de acreditação Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: a visão do cliente. São Paulo: EAESP/FGV, 2002. 141 p. (Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação da EAESP/FGV, Área de Concentração: Administração Hospitalar e Serviços de Saúde).

**Resumo:** Mostra evidências de relação entre os atributos de qualidade de um serviço de reabilitação ambulatorial sob a percepção do cliente e os padrões do modelo internacional de acreditação de serviços de saúde *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*. Os achados foram obtidos por meio de pesquisa exploratória com a técnica de reunião com grupo focado no Centro de Reabilitação do Hospital Israelita Albert Einstein em São Paulo.

**Palavras-Chaves:** Acreditação em saúde - Atributos de qualidade - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations - Reabilitação - Satisfação do paciente

## DEDICATÓRIA

### Para

**Ana Luiza** – obrigada pela sua existência, pela maturidade precoce, pela amizade constante e especial, por todas as nossas lágrimas e gargalhadas, pela nossa cumplicidade e, acima de tudo, pela compreensão com que sempre tratou as minhas freqüentes faltas em momentos importantes para você neste último ano. Espero que haja outras medalhas de vôlei com que eu possa premiá-la.

**Ray (*in memoriam*)** - meu eterno amor – por todo o incentivo e vibração com que sempre comemorou as minhas vitórias enquanto esteve aqui, comigo, na Terra.

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

**À Ana Maria Malik**, minha professora mais querida, minha orientadora, exemplo de quem, sabiamente, nunca acha que conhece o bastante e acredita que pode aprender com todos. Pela sua trajetória profissional que me encanta há seis anos. Pelo apoio e carinho sempre manifestos.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus Pais – pela oportunidade de estudo, mas - acima de tudo - por nunca se terem oposto à minha escolha profissional, mesmo quando optar por cursar Fisioterapia fosse algo raro.

À Marta Savastano – que de forma tão amiga enviou-me o artigo que abriu caminho para a pesquisa bibliográfica deste trabalho; pela sua energia e força de mulher lutadora.

Ao Pires – pelo grande “empurrão” para o mestrado, quando eu ainda não acreditava que isso pudesse agregar qualquer valor à minha vida.

À Edi – sempre presente e colaboradora comigo e com a Ana Luiza.

À Lu – que me chamava para um café, quando eu só conseguia pensar em Qualidade, Clientes e Joint Commission.

Aos amigos Fátima Gobbi, Leny Cavalheiro, Cláudia Portioli, Secretários, Atendentes, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogas e Terapeutas Ocupacionais da Equipe de Reabilitação do Hospital Israelita Albert Einstein - por compartilharem comigo, diariamente, o empenho pela satisfação dos nossos clientes, acreditando que muito nunca é o bastante.

A Diretoria do Hospital Israelita Albert Einstein, em especial ao Dr Reynaldo Brandt – que, ao definir rumos para a Excelência da Qualidade no Hospital, deu-me a oportunidade de muito aprender e de descobrir o quanto há para ser respondido.

Ao Dr. José Henrique Germann Ferreira, Superintendente do HIAE - por ter-me convidado, em 1997, a integrar o grupo de estudos da JCAHO.

Aos colegas do HIAE: Rita Grotto, Hania S. Houssami, Laura Schiesari, Cláudia Barros, Natalia Gonzales e Celso Piva – pela disponibilidade, pela ajuda e pelas úteis orientações técnicas.

A José A. de Sousa Júnior – exemplo de que o carinho aos nossos “pacientes” e o amor ao que fazemos não dependem de Programas de Qualidade, incentivo salarial ou orientação de chefia, mas, antes de tudo, de valores pessoais do terapeuta.

Aos meus queridos clientes entrevistados – o direito à privacidade impede-me de mencionar seus nomes, mas aqui fica registrado a vocês o meu carinho pela ajuda que me deram, sem a qual este trabalho não teria sido possível.



## SUMÁRIO

<b>1 - INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2 - REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>5</b>
<b>3 - OBJETIVOS .....</b>	<b>51</b>
<b>4 - METODOLOGIA.....</b>	<b>52</b>
<b>5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>73</b>
<b>6 - CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>110</b>
<b>7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>117</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>125</b>
<b>Anexo I– Roteiro proposto à moderadora para reunião com grupo focado..</b>	<b>125</b>
<b>Anexo II – Roteiro final.....</b>	<b>127</b>
<b>Anexo III - Texto para orientação do telemarketing .....</b>	<b>128</b>
<b>Anexo IV– Ficha para registro dos clientes contatados .....</b>	<b>129</b>
<b>Anexo V – Transcrição da filmagem .....</b>	<b>130</b>
<b>Anexo VI - Consentimento informado .....</b>	<b>141</b>

## 1- INTRODUÇÃO

A busca pelo conhecimento ou pela validação das suposições a respeito do que possa satisfazer um cliente, das suas expectativas ou, ao menos, do que lhe causa uma impressão positiva tem-se tornado uma questão importante nas práticas gerenciais, particularmente na prestação de serviços, onde não se obtêm produtos palpáveis, mas trabalha-se com emoções ou sensações, terreno propício a intangíveis expectativas que têm de ser atendidas por seres humanos.

Os gestores de serviços precisam saber o que os clientes pensam e como percebem a qualidade do serviço que recebem. Na maior parte das vezes tentam descobrir respostas, pela mensuração da satisfação dos clientes. Esperam, com isso, obter informações sobre como seu serviço é avaliado externamente. Objetivam com essa atitude se tornarem competitivos no mercado ou, até mesmo, líderes no mercado.

As informações sobre o que os clientes pensam, o que valorizam, o que buscam e como percebem a qualidade agregada aos serviços deveriam ser reconhecidas como instrumentos preciosos pelos gestores, segundo o que podemos verificar na literatura. No entanto, ao mesmo tempo em que essas informações são valiosas, são também muito difíceis de serem obtidas. Essa dificuldade justifica-se em grande parte pela variabilidade das características dos clientes, que podem gerar diferentes respostas em função do tipo de serviço que procuram, das experiências anteriores, do momento e do local em que se encontram, das suas características culturais, intelectuais, sociais e econômicas e, acima de tudo, da expectativa que criaram diante do serviço que ora recebem e avaliam (SHETH *et al.*, 2001).

Exatamente por haver tantas variáveis, nem sempre a experiência de um serviço pode servir para outro. Isso também ocorre na relação entre cliente e fornecedor pois o que o gestor identifica como qualidade não é, necessariamente, o que o cliente percebe como qualidade. Isso pode ocorrer porque seus interesses são diferentes. Os clientes participam de experiências diferentes e avaliam o serviço sob

ópticas também diferentes. Essas ópticas, oriundas de várias expectativas, não estão escritas e nem são ditadas por manual técnico algum, mas guiadas pelas necessidades, pelos valores do cliente e pelos sacrifícios que faz para obter determinado produto ou serviço. O gestor, por sua vez, frequentemente avalia o serviço que administra do ponto de vista financeiro e o especialista, do prisma técnico. Na melhor das hipóteses, podemos considerar a possibilidade de situações em que os atributos de qualidade de um serviço podem ser os mesmos tanto para os gestores quanto para os clientes, no entanto, ainda assim pode haver diferenças entre a hierarquia de importância, de valorização de um determinado atributo a depender de quem o avalia – o gestor ou o cliente.

Se uma iniciativa de qualidade considerada importante pelo gestor não é valorizada pelo cliente, cabe o questionar-se sobre a validade dos esforços que tenham direcionado a sua implementação. Entretanto, se os atributos de um serviço - identificados como sinônimos de qualidade pelos clientes - forem seguramente conhecidos, as ações que evidenciarem esses aspectos provavelmente terão maior probabilidade de exercer um impacto positivo sobre a avaliação do serviço pelos clientes.

Mesmo com a globalização e a competitividade crescentes, só a partir do final da década de 80 o mercado de prestação de serviços iniciou a adoção de práticas de qualidade. Essas práticas, de formas diversas, vão das mais simples iniciativas às mais complexas; da adoção de uma ferramenta da qualidade num processo de decisão, até a implantação de um programa ou modelo consagrado em sua área de atuação.

Espera-se que qualquer iniciativa de qualidade culmine, de alguma forma, numa melhoria no serviço prestado. No entanto, se consideramos o que apresentamos até o momento com relação à qualidade, entendida como um sentimento subjetivo dependente da percepção circunstancial do cliente, então haveremos de considerar o risco de que tudo o que um gestor possa considerar importante não trará valor algum

ao cliente. Isso, aliás, representa um dos riscos da implantação de um modelo de qualidade que não considere a opinião do cliente.

Na área da saúde, percebe-se, algumas vezes, esse risco pois a impressão de onipotência dos profissionais da saúde sobre o conhecimento técnico (BARBOSA, 1995) delega ao paciente o limitado papel de um ser passivo, leigo e, portanto, incapaz de opinar sobre a qualidade do serviço recebido.

No Brasil, a área da saúde não está mais à parte da competitividade nos serviços. Há crescente necessidade de que os custos sejam conhecidos. Qualquer gasto ou investimento merece ser cuidadosamente avaliado para que o repasse do mesmo ao preço dos serviços não seja causa de desvantagem entre os concorrentes.

Paralelamente, para ser competitivo em um mercado em que os serviços são cada vez mais similares no que tange à estrutura e tecnologia incorporadas, não basta oferecer-se um preço convidativo: é necessário contar com um preço justo ao cliente, que deseja um serviço com a qualidade por ele perceptível. Nesse cenário, para ser competitivo é necessário conquistar-se o cliente, pela oferta de um serviço que incorpore o mínimo de custos, justificados como essenciais, objetivamente alinhados ao que o cliente entende como atributos de qualidade.

A área da saúde no Brasil não parece, ainda, apresentar uniformidade na aderência a iniciativas de qualidade em seus processos. Instrumentos simples, como pesquisas de satisfação do cliente, ainda não são adotados na maioria dos hospitais do Estado de São Paulo. Essa informação sobre a situação dos hospitais está relatada na pesquisa de MALIK e TELES (2001). Ao pesquisarem iniciativas de qualidade em 159 hospitais, obtiveram resposta de apenas 97, dos quais 23% afirmavam ter alguma iniciativa contra 77% que não contavam com nenhuma ação relacionada à qualidade.

Essa falta de uniformidade nas iniciativas de qualidade na área da saúde no Brasil vai desde a realidade exibida na pesquisa acima até iniciativas mais complexas de outras instituições que buscam modelos de acreditação específicos na área. O Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), no município de São Paulo, optou pela adoção de um modelo de acreditação internacional para qualidade de seus serviços, o

da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*, organização norte-americana pela qual foi acreditado em 1999 de forma pioneira: foi o primeiro hospital fora dos Estados Unidos a receber essa acreditação.

As dimensões de qualidade definidas pela JCAHO, foram comparadas recentemente (SOWER, 2001) aos atributos de qualidade identificados por pacientes, familiares de pacientes e profissionais com relação a serviços hospitalares.

O termo “relação” será adotado como sinônimo de semelhança, analogia, referência, ligação ou vinculação (FERREIRA, 1986) e o termo “cliente”, como sinônimo de paciente, familiar ou ambos. Os termos “paciente” e “cliente” serão usados de forma indiscriminada durante o texto, para garantir a idéia, tal qual designa FORD (2000), o reforço de que o paciente seja considerado um consumidor, como se entende o cliente de um serviço.

Com este trabalho, busca-se identificar os atributos de qualidade valorizados pelos clientes do Centro de Reabilitação do HIAE e sua relação com os padrões JCAHO. A escolha de uma única unidade do Hospital, a de Reabilitação, foi fundamentada pela literatura que sugere a homogeneidade dos entrevistados como uma das principais características de sucesso para a pesquisa com grupos focados. A metodologia utilizada para esse fim consistiu, inicialmente, numa pesquisa exploratória, qualitativa, realizada com a técnica de reunião com grupo focado. Na segunda fase da pesquisa, a autora classifica, de acordo com seus achados, os atributos de qualidade quanto à sua tangibilidade para, então, relacioná-los aos padrões que compõem o modelo JCAHO para a área de reabilitação.

Este trabalho pretende também estimular mais estudos sobre qualidade na área de reabilitação, visto a carência de literatura sobre esse tema, particularmente no Brasil.

## **2 - REFERENCIAL TEÓRICO**

### **Conceito de qualidade**

A qualidade de um serviço está baseada na definição de padrões técnicos estabelecidos pelos especialistas da área, mas não deve se limitar a eles. Afinal o cliente também define a qualidade como resultado da diferença entre sua expectativa e o desempenho do serviço que lhe for prestado.

A expectativa inicial de um cliente frente a uma prestação de serviços é formada por componentes tangíveis e intangíveis. Essa expectativa somente pode ser ajustada às reais características do serviço desejado se houver informação suficiente que permita ao cliente aceitar as condições reais do serviço. Caso contrário haverá frustração com o serviço recebido.

Diante dessas premissas, o conceito de qualidade adotado neste trabalho é o do PNQ (Prêmio Nacional da Qualidade) :

“Qualidade é inerente ao produto, mas é julgada pelo cliente. A qualidade deve levar em conta as características dos produtos que adicionam valor para o cliente, intensificam sua satisfação e determinam sua preferência. O conhecimento das necessidades do cliente é, portanto, o ponto de partida na busca da excelência do desempenho da organização” (PNQ, 1999).

### **Competitividade e qualidade**

Com a globalização e a competitividade crescentes mundialmente, muitas organizações, principalmente as de serviços, têm iniciado processos de qualidade a

todo o momento, das formas mais diversas, tanto quanto à complexidade quanto à definição de foco.

Algumas organizações optam por ações ou processos de qualidade que focam principalmente as questões técnicas e normalizações; outros acrescentam a mensuração da satisfação do cliente nos serviços recebidos. Outros modelos mais atuais investigam fatores que agregam valores ao cliente, com o intuito de promover a lealdade à organização, a fidelização à marca.

De forma geral, todos eles culminam com algum tipo de melhoria de qualidade. No entanto, se considerarmos o conceito de qualidade como algo subjetivo que depende da percepção circunstancial do cliente, havemos de considerar a possibilidade de que tudo o que um gestor julgue importante pode não ter valor para o cliente.

As organizações estão vivendo uma transformação em que a era da competitividade em serviços está cedendo lugar para a era da competição pela informação. O avanço da necessidade da informação nas últimas décadas tornou um tanto obsoletos alguns indicadores de sucesso empresarial. A qualidade de informação das empresas representa atualmente um dos fatores mais decisivos na competitividade, talvez até mais que a incorporação tecnológica ou estruturas físicas. A era da informação requer outras competências para garantir o sucesso de uma empresa. As habilidades já consagradas, como alta qualidade do produto a um baixo custo, qualificação profissional da mão-de-obra e a introdução de novos produtos, têm de responder às expectativas dos clientes. (KAPLAN e NORTON, 1996).

Essa nova forma de enxergar qualidade inovou radicalmente as relações entre clientes e fornecedores e obrigou as organizações a conhecerem melhor os requisitos e necessidades dos destinatários de seus produtos e serviços. A partir dessas constatações, as organizações estão-se preocupando mais com os custos decorrentes das falhas com os clientes (MOURA, 1999).

Se, com a globalização, as empresas têm a oportunidade de aumentar sua abrangência de mercado, inclusive internacionalmente, têm também de identificar de

forma rápida e assertiva as necessidades dos clientes. Caso desejem ser líderes no mercado, terão de identificar antecipadamente os desejos e expectativas não expressos dos clientes. Segundo a maioria dos autores, isso só é possível se o cliente for procurado e ouvido.

Muitos autores afirmam que a qualidade reduz o custo. A afirmação torna-se verdadeira em diversas situações e normalmente evidencia-se de forma mais fácil na indústria, onde a busca pelo erro zero reduz gasto com matéria-prima, mão-de-obra e energia. Em outros setores, muitas vezes essa redução não é tão evidente, principalmente quando, para garantir a qualidade de um processo, é necessário criar outros mecanismos de controle que acabam por aumentar, e não reduzir, custos. BARROS (1999) relata que um dos mitos da qualidade mais comuns é a crença de que a implantação de um programa não requer investimento ou que não incorpora custo.

### **Histórico da qualidade em serviços de saúde**

Desde 1800 a.C. há registros de ações para a promoção de qualidade na prática da assistência à saúde. Há relatos na história que Hamurábi exigia que todo cirurgião tivesse a mão amputada caso estivesse envolvido em morte de alguma pessoa da nobreza após uma intervenção cirúrgica. Florence Nightingale, durante a guerra da Criméia (1854-1856), escreveu sobre assepsia e noções de nutrição, como elementos de qualidade aos clientes.

O histórico de qualidade na área da saúde tem seu grande marco no início do século XX com o “Relatório Flexner”, que levou a prática da medicina a ser observada dentro de um critério científico, fundamentando órgãos e associações para a avaliação dos serviços de saúde (BERWICK *et al.*, 1994).

ALBRECHT (1999) faz uma retrospectiva das mudanças mundiais do que chamou de paradigma da qualidade. Lembra que, na década de 50, particularmente os



estadunidenses após a guerra tinham boa reputação diante do mundo e portanto não havia preocupação com relação a teorias de qualidade. Na década de 60, os Estados Unidos foram marcados pela rápida industrialização, durante a qual a produção em massa valorizava a teoria do controle de qualidade, típica das fábricas: por esse controle, o que era ruim era jogado fora. A década de 70, marcada pelo movimento *hippie*, traz a busca pelo consumo de estilo de vida. As teorias de qualidade surgem de Deming, Joseph Juran e Philip Crosby, que enfatizavam a prevenção de erros e o “zero-defeito” com Crosby. O cliente, o consumidor não era o grande foco das teorias.

Na década de 80, os japoneses ameaçavam a soberania norte-americana ao se tornarem líderes de qualidade e vendas de produtos como carros e eletrônicos. A teoria de qualidade marcante foi a do Gerenciamento da Qualidade Total (*TQM – Total Quality Management*). Nesse contexto, o Prêmio Deming e o Prêmio Nacional de Qualidade Malcolm Baldrige, assim como o Prêmio Nacional da Qualidade, no Brasil, representavam a consagração da imagem de qualidade prestada por uma organização à sociedade, mesmo que muitas dessas organizações, após a premiação, tenham fracassado no mercado (KAPLAN e NORTON, 1996).

A década de 90, marcada pelo crescimento da prestação de serviços e de informação, incluiu o cliente nos novos programas de qualidade e atualizou os que em décadas anteriores não o contemplavam, como é o caso dos modelos ISO 9000 e JCAHO; este último, um dos objetos deste estudo.

Avedis Donabedian, adepto do controle da qualidade, desenvolveu em 1980 uma tríade de conceitos para orientar a avaliação de qualidade nos serviços de saúde-estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1993).

O conceito de estrutura representa os recursos tecnológicos, de área física, de recursos humanos até os procedimentos e protocolos disponíveis. A categoria denominada processo representa o atendimento, o “como” fazer. O conceito referente a resultado representa a consequência da interação processo e estrutura (BERWICK, 1994).

Donabedian ampliou a abordagem à avaliação da qualidade em saúde para 7 dimensões da qualidade ou “7 pilares da qualidade” : eficácia, eficiência, efetividade, otimização, legitimidade, aceitabilidade e equidade (DONABEDIAN, 1990).

### **Satisfação, percepção e valor percebido pelo cliente na área de serviços**

O setor de serviços, no qual se insere o setor de saúde possui algumas particularidades em relação à indústria e ao comércio.

A prestação de serviços inclui expectativas do cliente, muito mais subjetivas e variáveis que a manufatura de produtos. Lida com sentimentos como a empatia, a sensibilidade e a necessidade de garantia do que se vende. Cita-se a prestação de serviços como um campo de batalha muito competitivo, pois lida com os aspectos da qualidade mais difíceis de serem alcançados – os aspectos intangíveis (GALE, 1996).

Para COBRA (2001), a palavra de ordem para o setor de serviços consiste em produzir serviços de qualidade que agreguem valor para seus consumidores.

Os serviços possuem algumas características particulares como:

- são constituídos de forma significativa por aspectos intangíveis;
- não são armazenáveis: um serviço não pode ser padronizado de forma que haja total garantia de que o próximo serviço oferecido ser exatamente igual ao anterior, pois não são objetos passíveis de armazenamento;
- são consumidos no momento da venda;
- baseiam-se no relacionamento entre pessoas: sempre haverá pessoas envolvidas seja no planejamento seja na execução do serviço, ao menos na entrega e recebimento do serviço.

Segundo KOTLER (1999):

1. “Satisfação do cliente é o ponto em que o desempenho de um produto ou serviço corresponde às expectativas do comprador. Se o desempenho de um produto não corresponder às expectativas, o comprador ficará insatisfeito. Se o desempenho corresponder ou superar as expectativas, o comprador ficará satisfeito ou encantado.”;

2. “Percepção é o processo pelo qual as pessoas selecionam, organizam e interpretam informações para formar uma imagem significativa do mundo.”;

3. “Valor para o cliente é a diferença entre os valores que o cliente obtém por possuir um produto e o custo para obtê-lo”.

Segundo esses conceitos o cliente acessaria o serviço segundo percepção já formada previamente e a partir da qual gera uma expectativa. A satisfação pelo serviço obtido é a medida de quanto essa percepção foi confirmada ou não, seja ela positiva ou negativa, abaixo ou acima da expectativa. A determinação do valor para o cliente, segundo os conceitos de Kotler, seria a última fase de avaliação do serviço. Entre o que o cliente esperava e o que recebeu – o serviço agregou valor ou não? Muitas vezes a expectativa do cliente sobre um serviço, segundo sua percepção, pode ser baixa e, no entanto, o resultado superar positivamente suas expectativas. O valor estaria aqui conhecido – o custo investido pode ter sido percebido como menor que o benefício obtido – houve valor agregado.

Segundo COBRA (2000):

1. Satisfação dos clientes na área de serviços dá-se pela identificação de aspectos tangíveis e intangíveis. Para ele, satisfação seria a obtenção dos benefícios esperados, menos o custo a ser pago para a obtenção desses benefícios.

2. Expectativa seria a crença acerca dos atributos de um produto ou serviço a ser obtido em tempo futuro. É elaborada com base em valores pessoais, experiências e informações e promessas recebidas sobre o produto ou serviço a ser obtido. Seria o que Kotler chama de percepção.

3. Valor é algo que o cliente busca em um serviço, de conformidade com suas expectativas em relação ao que lhe é ofertado. Um serviço só terá valor para um cliente se ele o considerar importante.

COBRA (2000) diz que os aspectos tangíveis de um serviço são como a ponta de um *iceberg*, é consciente e visível às pessoas. Os aspectos intangíveis de um serviço, entretanto, são como a parte submersa desse *iceberg*: não está visível aos olhos do consumidor, fica no subconsciente e inconsciente das pessoas.

PARASURAMAN *et al.* (1988) definem a percepção de qualidade de um serviço como um julgamento ou uma atitude global, relacionada à superioridade que o serviço oferece e a satisfação como se estivesse relacionada a uma transação ou serviço específico. Os autores sugerem que a qualidade percebida de um serviço é algo que antecede a satisfação.

Em 24 de agosto de 2001, com o tema “Medição da satisfação do cliente”, a oficina de trabalho realizada pela AQSP (Associação de Qualidade São Paulo) apresentou como principal conclusão que a mensuração da satisfação do cliente só pode ser iniciada a partir da clara definição de quem é o cliente. A oficina concluiu que medir a satisfação do cliente pode não ser o suficiente. É importante que seja considerada a divergência entre o que o cliente valoriza *versus* o que a organização supõe que o cliente julgue.

Quando se aplica um questionário de satisfação ao cliente, as perguntas ali apresentadas normalmente indagam sobre a satisfação do cliente frente aos atributos que a organização considera importantes ou que julga serem importantes e agreguem valor ao cliente. Raramente se encontram questionários de medida de satisfação com questões abertas, o que daria oportunidade para que o cliente expressasse outras percepções não contempladas no questionário com perguntas fechadas. Com essa forma de pesquisa, não há a oportunidade de “se ouvir” o cliente. Normalmente os questionários são preenchidos após a prestação do serviço, quando não há mais tempo para que a organização promova alguma modificação no processo de atendimento. O serviço nesse momento já foi “consumido” e, para ele, não há mais o que se fazer.

A medida da satisfação do cliente fornece a informação sobre a percepção que o cliente tem sobre a qualidade dos serviços. O entendimento, a avaliação de qualidade normalmente é feita a partir das percepções dos gestores. A avaliação e a definição dos critérios de qualidade são feitas de acordo com a ótica interna da empresa.

Considerando-se que a qualidade é um atributo do serviço, porém avaliada pelo cliente, as pesquisas exploratórias devem ser periodicamente reaplicadas em função da mudança dos clientes, dos valores e da sociedade. Para acompanhar essas mudanças, os serviços precisam contar com a informação atualizada sobre as expectativas dos clientes e agir, garantindo não só a satisfação, mas também a fidelização dos clientes (NEVERS, 1993).

ANDERSON *et al.* (1994) questionam todos os recursos que as empresas investem para o aumento da qualidade pela ótica única dos gestores. Os autores acreditam que a diferença entre aquilo que os gestores consideram relevante em termos de qualidade e a perspectiva do cliente pode levar a empresa a consumir recursos de forma incorreta.

A vinculação de atributos, identificados como valores pelo prestador de serviço, pode estar muito distante dos esperados e valorizados pelo cliente. Isso, entre os recursos que podem ser direcionados de forma incorreta como se afirmou acima, pode representar desperdício de energia e aumento de custos, sem que haja um retorno sobre o investimento.

Essas considerações sobre a importância de se dar atenção à voz do cliente vêm tornando-se assunto bastante comum, até mesmo em páginas de *sites* da internet, como é o caso do texto publicado em “Você on line” (2001). Nele, o autor aponta o cliente não como um guru da administração moderna, mas considera-o como alguém que, desde que tenha oportunidade para falar, pode avaliar a qualidade de um produto, detectar falhas e erros e até mesmo sugerir novos produtos. O texto mostra resultados encontrados em pesquisas pelo consultor Itzhak Bogman. O autor cita apenas 5% dos clientes, usuários de um serviço, ligam para um SAC (Serviço de

atendimento ao cliente). Desses, apenas 1,26% considera o SAC um veículo para ouvir e atendê-los bem.

O valor de longo prazo de uma organização é determinado pelo relacionamento que esta mantém com seus clientes. O valor do cliente de uma empresa é o resultado total dos valores de consumo do cliente ao longo de sua vida de consumo naquela empresa (RUST *et al.*, 2001).

Há uma tendência mundial dos gestores de empresas de sucesso de mudança do foco do valor da marca e do produto para o valor do cliente. O que fundamenta essa tendência é a mudança da economia de bens, para a economia serviços.

RUST *et al.* (2001) acreditam que o cliente seja influenciado por suas percepções e mostram essa tendência mundial de mudança de foco na transição de alguns fatores, como:

- velha economia passa para nova economia;
- economia forte em bens de consumo evolui para maior concentração em serviços;
- relações são mais valorizadas que transações;
- substitui-se o empenho para atrair clientes para o empenho para reter clientes;
- - transfere-se o foco no produto para o foco no cliente e
- o valor do cliente torna-se prioritário em relação ao valor da marca.

HARTMAN (2001) cita McAlexander *et al.* que concluíram que a satisfação do cliente e seu relacionamento com o serviço influenciam as avaliações sobre a qualidade desse serviço ou da empresa que o oferece. Em outras palavras, a qualidade é subjetiva e varia em função da composição e do peso dos atributos valorizados por quem a define. Quando diferentes pessoas definirem os mesmos atributos de qualidade para um mesmo serviço, ainda assim existirá a possibilidade de que o grau de importância atribuído seja diferente.

## **A relação entre qualidade e satisfação do cliente na área da saúde**

“ ...A qualidade tem um impacto direto sobre o desempenho do produto, portanto também afeta a satisfação do cliente...A satisfação do cliente está intimamente ligada à qualidade...” (KOTLER, 1999).

Vários autores citados neste trabalho enfatizaram particularidades sobre a percepção de qualidade na área de prestação de serviços. Outros tantos destacam ainda que, em prestação de serviços, a área da saúde é marcada por uma carga de exigências, pois caracteriza-se pela responsabilidade de assistir a saúde do ser humano.

BERWICK (1994) acredita que algumas crenças como “nossos problemas são diferentes” representam obstáculos à implantação de programas de qualidade.

Quando se discute sobre a necessidade de considerar a satisfação do cliente na área da saúde, muitos gestores consideram essa possibilidade incabível, já que - segundo a maioria - os pacientes e seus familiares, por serem leigos, não se encontram aptos a opinar sobre a qualidade de serviços e práticas de saúde.

Num artigo em que propõe princípios para um novo paradigma nas organizações de saúde, FORD (2000) relata que historicamente, apesar de os gestores sempre terem considerado o paciente como um dos principais *stakeholders* (beneficiários), sempre valorizaram mais as suas necessidades clínicas do que as suas experiências como consumidores de serviços de saúde. O autor acredita que o fato de apenas recentemente os gestores começarem a valorizar as necessidades e desejos dos pacientes não tem como objetivo apenas a obtenção de bons resultados clínicos, mas também a garantia de experiências positivas à organização de saúde.

LEE (2000), ao tentar estabelecer um método de mensuração para a qualidade dos serviços de saúde, obteve alguns achados importantes, como o de que a satisfação do cliente mantinha uma correlação com a qualidade do serviço definido pelos

gestores. No entanto a fidelização do cliente ao serviço era justificada por fatores diferentes daqueles definidos como fatores de qualidade.

CARSON *et al.* (1998), avaliando as percepções de qualidade em saúde do ponto de vista de atores como os prestadores de serviço, os clientes e as fontes pagadoras, concluiu que, apesar de alguns argumentarem que os pacientes não podem julgar a qualidade técnica dos serviços de saúde, na realidade, eles o fazem. Aproximadamente 85% dos pacientes recomendam serviços de saúde a outros indivíduos. Essa estimativa deve orientar as organizações que desejam ser bem avaliadas.

Segundo MALIK (1993), parece haver divergência entre a percepção de necessidade de melhorias nas organizações prestadoras de serviços de saúde de São Paulo, já que os dirigentes não acreditam haver algo a ser melhorado e os usuários, financiadores e demais profissionais, a depender da responsabilidade que assumem, percebem os serviços de saúde de maneiras diversas.

JUN *et al.* (1998), por meio de reuniões com grupos focados constituídos separadamente por 6 administradores hospitalares, 6 pacientes e 4 médicos, identificaram 29 atributos de qualidade quando o tema fosse qualidade na assistência de saúde. Esses 29 atributos foram divididos posteriormente em 11 categorias ou dimensões de qualidade. Entre as 11 categorias, a referente a “cuidados” só não foi mencionada pelos administradores; a de “resultados clínicos com o paciente” só não foi lembrada pelos pacientes e a categoria “cortesia” só não foi lembrada pelos médicos.

SOWER *et al.* (2001), ao tomarem como base o trabalho de JUN *et al.* (1998) organizaram 8 grupos focados com 94 funcionários da equipe hospitalar, 1 grupo com 8 administradores hospitalares, 3 grupos com 20 ex-pacientes que haviam estado internados e 3 familiares que acompanharam seus pacientes no hospital por um longo período. O tema da pesquisa qualitativa com esses grupos focados era o levantamento de atributos de qualidade para um hospital, por intermédio da escala denominada KQCAH - *key quality characteristics assessment for hospitals* - características-chave



da qualidade para avaliação de hospitais, desenvolvida a partir de pesquisa feita com 12 administradores hospitalares, 23 pacientes e familiares e mais de 100 funcionários de hospital. Foram levantados 60 atributos distribuídos em 8 dimensões de qualidade (GARVIN,1987), que não se mostraram ideais para a área de serviços. Foram distribuídos nas 4 dimensões de qualidade do modelo SERVQUAL e também nas 9 dimensões de qualidade propostas pela JCAHO. Os 60 atributos puderam ser distribuídos em 8 dimensões de qualidade da JCAHO, com exceção da dimensão referente à eficiência.

Os grupos focados que não envolveram funcionários do hospital foram gravados em fitas K7 e os demais, com administradores, pacientes e familiares, foram gravados em vídeo-tape.

Os autores concluíram que a tendência de incluir a percepção dos clientes na definição de qualidade e os atributos por eles valorizados em itens pesquisados em questionários de satisfação, mostra-se favorável aos gestores de saúde que, ao associarem essas informações a programas de qualidade projetados para atender a referências técnicas, tendem a obter posição de destaque na qualidade hospitalar.

A PIERRACINI CONSULTORIA (2001), numa pesquisa, levantou os atributos de qualidade hospitalar referidos por mais de 500 participantes, entre médicos, clientes de hospitais e fontes pagadoras de serviços hospitalares. As percepções foram, em sua maioria, diferentes entre as categorias dos participantes. Dos 35 atributos levantados, apenas 4 foram apontados em comum pelos 3 grupos : baixo índice de infecção, conhecimento do caso pelo médico, habilidade da enfermagem e informações seguras por parte do corpo clínico. Os autores recomendam que os administradores hospitalares não concluam por seus clientes já que, assim, poderão distribuir recursos de forma mais assertiva e alinhada com a expectativa dos clientes.

Enquanto alguns hospitais no Brasil não possuem algum instrumento para avaliar a satisfação do paciente, muitas vezes ainda não identificado como um cliente, organizações de outros ramos, como a automobilística por exemplo, já se encontram

em estágios mais avançados na valorização do cliente. Entendem que não basta conhecer a satisfação, mas também e principalmente a lealdade do cliente. Atualmente a preocupação com a lealdade de clientes existentes é prioridade em relação à atração de novos clientes e é considerada como um dos ativos mais importantes das empresas. Estudos empíricos têm demonstrado correlação positiva entre satisfação do cliente e lealdade ao fornecedor (URDAN e ZUÑIGA, 2001).

Enquanto ainda existem na área da saúde no Brasil algumas práticas gerenciais que não valorizam a qualidade em serviços, já se pode, no entanto, vislumbrar avanços, embora raros, em estudos que calculam os custos ligados a procedimentos que agregam e a outros que não agregam valor ao cliente (MICHELMAN, 1999).

Neste estudo, propõe-se que os processos ou iniciativas entendidas como de “qualidade” que não sejam essenciais e que não agreguem valor aos clientes sejam eliminados. Os autores sugerem ainda que, ao eliminar aquilo que não agrega valor ao cliente e que não seja essencial, as organizações de saúde possam basear sua tomada de decisão em práticas de melhoria contínua que sejam percebidas pelos clientes.

CZAPSKI (1999) cita que entre os três pilares essenciais da saúde (usuários, prestadores do serviço e seguradoras) o paciente tende a avaliar apenas a qualidade do serviço pela atenção pessoal e pelo conforto da hotelaria, já que não possui qualificação técnica para julgar a adequação do tratamento, o que se contrapõe à pesquisa realizada por PIERRACINI (2001), na qual um dos atributos de qualidade apontado pelos usuários de hospitais foi o baixo índice de infecção hospitalar.

McLAUGHLIN (2001) acredita que os pacientes têm aprendido de forma crescente aspectos de saúde e feito valerem os direitos de consumidor nessa área. A autora verificou que 87% dos pacientes já haviam ouvido falar, por exemplo, em erro de medicação e percebiam diferenças entre vários médicos e hospitais.

Os gestores de serviços de saúde começam a acreditar que os limites geográficos não são mais fatores que impedem o avanço da globalização. Parcerias de

financiamento entre organizações brasileiras e internacionais estabelecem-se timidamente, mas já existem. Investidores internacionais buscam hospitais brasileiros para venderem seu modelo de gestão. Seguradoras internacionais estão cada vez mais presentes no Brasil. Pacientes brasileiros já são, em algumas situações, estimulados por suas seguradoras a se tratarem no exterior, mais freqüentemente em serviços de saúde norte-americanos. Em suma, o mercado da área da saúde no Brasil não está mais fora da luta pela competitividade, tão presente em outras áreas de prestação de serviços, mas não conta, ainda, com facilidade para arbitrar preços aleatoriamente em prol do “tudo pela saúde” ou “em saúde não podemos economizar”.

O discurso dos profissionais ligados à assistência direta aos pacientes leva em conta o foco: o paciente. Poucos ainda se aventuram a identificar, no entanto, o papel de cliente nesse paciente. Para os gestores, o foco no cliente está freqüentemente declarado na missão do serviço. Porém, se apenas a minoria das organizações possui alguma iniciativa de qualidade, deve ser pouco provável a prevalência de foco no cliente ou valor do cliente sobre o foco no produto ou na marca.

Se a qualidade for julgada pelo cliente, ela não poderá limitar-se a ser definida, portanto, somente por quem produz determinado produto ou serviço.

O custo da qualidade seria todo o investimento que se aplica em ações de qualidade do ponto de vista do gestor. Até mesmo esse valor, que teoricamente deveria ser fácil de se obter pelas organizações, apresenta-se, na área da saúde ainda um tanto impreciso e até desconhecido. (MALIK e TELES, 2001).

Além disso, poucas são as organizações que conhecem o impacto desse investimento sobre a percepção do cliente, ou seja, quantas das ações implementadas com o objetivo de melhorar a qualidade do serviço não eram essenciais e sequer foram percebidas ou valorizadas pelos clientes?

A implantação de alguma iniciativa de qualidade pode-se aproximar dessa tendência ou não. Isso vai depender tanto do instrumento (modelo, programa ou ação), quanto da sua forma de utilização.

Sistemas de qualidade, como ISO 9000, são freqüentemente apontados como específicos para a indústria e pouco aplicáveis à área da saúde (CZAPSKI, 1999). Há controvérsias com relação a essa percepção. Há experiências de um hospital privado em São Paulo, cuja certificação de algumas de suas áreas pela ISO 9002 o preparou mais facilmente para a acreditação pela JCAHO, talvez porque, apesar de inespecífica para a saúde, preconiza o controle sobre processos do serviço (PENA, 1999).

O Brasil tem mostrado a viabilidade de aplicação do modelo ISO na área da saúde e a possibilidade de inserção de controle sobre satisfação do cliente desde que faça parte dos objetivos da política de qualidade. Ainda assim, como a questão da satisfação do cliente representa um dos aspectos importantes na competitividade entre as organizações, a revisão da ISO de 2000 define a mensuração da satisfação do cliente como norma obrigatória para que se garanta a certificação de um serviço. Essa modificação é explicada pelos auditores internacionais como necessária para acompanhar a tendência mundial de foco no cliente (NBR ISO 9001, 2000).

O modelo de acreditação hospitalar JCAHO também recomenda a monitoração da satisfação do cliente pela organização.

Ainda que programas de qualidade preconizem a abordagem ao cliente, são poucos os trabalhos na literatura que apresentam a percepção do cliente sobre o sistema ISO ou JCAHO. As respostas a essas perguntas não são respondidas pelos sistemas tradicionais dos serviços de atendimento ao cliente (SAC).

Conhecido como um dos principais órgãos sem fins lucrativos cuja finalidade é pesquisar a satisfação do paciente e o desempenho na área da saúde do ponto de vista do cliente, o *Picker Institute* sediado em Boston, nos Estados Unidos, estabeleceu por meio de pesquisas, desenvolvidas de 1987 até março de 2001, 7 dimensões de qualidade na assistência centrada no paciente. Essas dimensões têm sido adotadas por várias associações estadunidenses fundadas por hospitais, médicos e usuários dos serviços de saúde.

Num dos vídeos editados pelo *Picker Institute* e pelo *Beth Israel Medical Center* sob o título “*Through the patient’s eyes*” (Através dos olhos dos pacientes)

são registrados os depoimentos do que ex-pacientes de serviços ambulatoriais entendem como qualidade. Alguns dos principais depoimentos estão a seguir, agrupados em uma das 7 dimensões de qualidade estabelecidas pelo *Picker Institute*:

- acessibilidade - envolve principalmente as questões relativas ao ambiente físico, acesso à informação, facilidade de acesso ao e no ambiente, facilidade para agendamento da primeira consulta e tempo de espera a cada consulta;

- respeito - dignidade, tratamento personalizado, ser chamado pelo nome, respeito aos valores pessoais do paciente. Os pacientes desejam humanização nas relações e querem ser ouvidos com atenção;

- informação - profissionais respondem a dúvidas, garantem informação com honestidade e permitem que os pacientes se sintam capacitados para a tomada de decisão, para o controle sobre a situação e para lidar com o problema com menos ansiedade. Entre os pacientes que deram depoimento, alguns afirmaram preferir as informações em detalhes; outros preferem que lhes seja passado um resumo ou só querem ser informados sobre qual o próximo passo, mas todos são unânimes quanto à honestidade;

- coordenação - os clientes esperam que a equipe se organize para que o tratamento possa fluir, não haja repetição de exames ou um especialista não saiba da conclusão do anterior. Desejam ver a equipe como um time e não departamentalizada.

- continuidade da assistência – os pacientes desejam não ter de repetir seu histórico a cada passagem com um médico diferente e gostariam de contar com o mesmo médico sempre. Esperam ter a garantia de que os profissionais tomem conhecimento uns das conclusões dos outros.

- envolvimento de amigos e familiares – os pacientes desejam a presença de amigos e familiares para compartilharem medos, decisões e serem, inclusive, orientados quanto a procedimentos que necessitem ser executados em casa;

- apoio emocional - os pacientes esperam ser ouvidos, que lhes perguntem se está tudo bem e não gostam de perceber que os profissionais estão sempre ocupados.

Nos depoimentos de ex-pacientes, que estiveram internados em hospitais, aparecem outras duas dimensões que se referem;

a- ao preparo para alta - os pacientes desejam ser informados sobre todos os riscos que possam lhes causar transtorno, sobre como devem proceder com alguns cuidados em casa e falam sobre a necessidade de conforto físico;

b- ao respeito ao repouso - os pacientes desejam saber a respeito de suas horas de sono e querem ajuda para algumas atividades sem que tenham de pedir à equipe.

O conhecimento e o entendimento da visão, da percepção do cliente são muito importantes também quando se consideram todas as variáveis para o estabelecimento de um estudo de viabilidade econômica de um projeto. Se o empreendedor considerar o serviço apenas de sua perspectiva, o risco de esse projeto estar definido de forma diferente do que o cliente espera não é insignificante.

O estudo publicado no HEALTH FORUM JOURNAL (1999) "*How consumers define leadership for the 21<sup>st</sup> century*" teve como objetivo desenvolver uma pesquisa qualitativa com 111 participantes, de quatro diferentes cidades dos Estados Unidos, para conhecer como esses indivíduos definem liderança na área da saúde para o século XXI. Os doze grupos focados, nos quais estavam divididos esses indivíduos, chegaram a oito atributos indispensáveis a lideranças no século XXI como seguem:

1- Integridade, atenção e informação tanto aos clientes quanto aos funcionários. Funcionários mal orientados não são capazes de ajudar o cliente. Os entrevistados apontaram a necessidade de informação como o único recurso que lhes permite fazer uma opção, uma escolha. Este item foi apontado como atributo indispensável a qualquer tipo de liderança, seja ou não da área da saúde.

Os demais atributos apontados como específicos para as organizações que desejam ser líderes na área da saúde na pesquisa foram:

2- Atenção e compaixão com os pacientes.

3- Envolvimento com a comunidade a sua volta.

4- Boa situação financeira para que possam oferecer o melhor para sua assistência.

5- Valorização do poder de decisão do cliente. Os clientes esperam que isso possa lhes garantir a troca de uma posição passiva por uma ativa, com informação, poder de escolha e responsabilidade sobre o rumo de tratamento a ser tomado, decidido.

6- Atenção especial aos serviços para as crianças.

7- Oportunidade de fazer uso de tratamentos alternativos.

8- Sistema de saúde que garanta: escolha, incentivo à escolha, acesso para todos, tecnologia atualizada, controle dos custos (HEALTH FORUM JOURNAL, 1999).

Em março de 2001, em Chicago, no Estados Unidos, no *ACHE Congress on Healthcare*, a palestra da enfermeira Marilyn Washburn teve como tema “Resultados na assistência prestada – redução de erros e aumento da satisfação”. Como consultora de qualidade em assistência de saúde, enfatizou que os pacientes desejam ser parceiros na tomada de decisão e que os prestadores de serviço que mais rapidamente perceberem isso mais rapidamente serão identificados como líderes em qualidade na assistência à saúde (LOVERN, 2001).

HARTMAN (2001) realizou levantamento de diversas pesquisas que levaram à percepção de o cliente ser influenciado até pelo ambiente físico da sala de espera e do local de tratamento. Essa informação parece coerente com a prática de muitos hospitais no Brasil, particularmente os privados em São Paulo, que nos últimos anos se preocuparam significativamente com a estética do ambiente físico. Daí se popularizou a utilização da expressão “humanização do ambiente hospitalar”. Uma pesquisa de satisfação do cliente realizada com mais de 70 pacientes no Centro de

Reabilitação do Hospital Israelita Albert Einstein em 1999, com questões fechadas, buscava saber a respeito de:

- atendimento recebido pelos profissionais,
- resultado com tratamento,
- ambiente físico e

Havia ainda espaço aberto incentivando sugestões para melhoria de todo o serviço.

Os resultados das questões fechadas, apesar de bastante satisfatórios, não sugeriram ações de melhoria. Identificou-se, porém, que nos espaços abertos a sugestões houve grande apelo a mudanças no ambiente físico (96% do total de sugestões). As sugestões propiciaram o levantamento de expectativas não consideradas nas questões fechadas e propuseram ações objetivas de melhoria.

ECKERLUND *et al.* (2000) observaram que muitas das medidas de satisfação de clientes na área da saúde, bem como as melhorias desenvolvidas com o intuito de aumentar essa satisfação, podem ser caras e não necessariamente valorizadas pelos clientes que podem não estar dispostos a pagar por elas.

Diante dessa observação, o grupo desenvolveu um modelo para analisar as preferências, satisfação e o custo-benefício de serviços de saúde na Suécia e como eles são percebidos pelo paciente. Tomaram como base uma pesquisa realizada em 1997 e a reaplicaram 2 anos depois. Os fatores que indicavam necessidade de investimento para aumento da satisfação foram custeados e então apresentados aos clientes para que respondessem se concordariam ou não em pagar o adicional de custo pela melhoria. O custo-benefício era então calculado pelo montante do investimento dividido pelo número de consultas realizadas no período estimado para depreciação da melhoria. Após os cálculos, identificou-se que o valor da consulta aumentaria 1,3% com a implantação das melhorias. As conclusões do trabalho ainda não foram finalizadas, mas os autores já verificaram que os clientes, a partir da informação do custo incorporado, modificam a ordem de importância que atribuem aos fatores que desejam ver melhorados.



Na literatura internacional já há interesse em demonstrar tanto a satisfação do cliente na área da saúde, analisado do seu ponto de vista, quanto estudos que identificam ou oportunidades de redução de custo com o corte de melhorias não percebidas ou de investimentos com potencial de aumento na percepção de qualidade pelo cliente.

PRESS (2001) recomenda que as principais práticas para satisfazer os clientes na área da saúde incluam a informação da organização sobre os melhores e piores resultados de satisfação do cliente em cada departamento. Recomenda que a abordagem sobre a satisfação do cliente deva ser feita: nas reuniões com as equipes, nas avaliações de desempenho dos profissionais, como forma de reconhecimento do funcionário que mais se destacar nessa área, no contínuo treinamento para esclarecer a equipe sobre o foco no cliente. Orienta que as organizações não subestimem as pesquisas de satisfação do cliente e que deleguem a responsabilidade de sua melhoria a cada departamento.

HYCHALK (2001), ao revisar as tendências sobre a quantificação de qualidade em saúde nos últimos 20 anos, verificou que durante esse período os pacientes se tornaram clientes e acredita que os pacientes esperam dos serviços de saúde compaixão, atenção, disponibilidade de tempo, profissionais habilitados, comunicação, educação e bons resultados com o tratamento.

### **A acreditação na área da saúde**

Como os serviços de saúde não podem “armazenar” várias unidades de serviços que tenham sido prestados com excelência de qualidade nem estar livres do risco de falha humana, presente no processo de prestação de serviços, cabe procurar uma alternativa para minimizar os erros. Uma dessas alternativas pode ser a adoção de um programa de qualidade, que deve contar com a definição de padrões de qualidade no mínimo fundamentados tecnicamente e, na melhor das condições,

considerar também as expectativas dos clientes, aquilo que o cliente define como atributo de qualidade para aquele serviço.

Os serviços de saúde, na busca de um instrumento para mudança efetiva nos padrões de qualidade, têm encontrado nos programas de acreditação uma forma organizada de garantir qualidade no mínimo técnica. (DONAHUE e LEARY, 2000). Programas e sistemas de avaliação de qualidade em saúde, como certificação e acreditação, diferem um pouco em abordagem.

Segundo DONAHUE e LEARY (2000) :

- Certificação é um processo voluntário, governamental ou não, que reconhece aquelas instituições de saúde que atendam a certos padrões, qualificando-as a fazer publicidade dos serviços ou a receber pagamento ou subsídios por serviços prestados. A ISO é um órgão certificador.

- Acreditação é um processo pelo qual um órgão governamental ou não reconhece instituições de saúde que cumprem determinados padrões, quesitos, os quais exigem um aperfeiçoamento constante em sua estrutura, processos ou resultados. É normalmente voluntária, de tempo limitado e baseada numa análise periódica do órgão acreditador e pode, como a certificação, ser utilizada para alcançar outros fins desejáveis, como o recebimento de pagamento ou verbas.

A JCAHO e o CARF (Commission of Accreditation of Rehabilitation Facilities) são respectivamente órgãos acreditadores de serviços de saúde e de serviços de reabilitação (CARF, 1996).

SCHIESARI (1999) sugere a participação do consumidor como ator que pode aprimorar os padrões de conduta e procedimentos técnicos estabelecidos pelos prestadores de serviços de saúde, já que são os mais interessados em obter a melhor qualidade pelo que recebem como assistência.

“...A acreditação é uma concepção muito recente no país e o número de hospitais acreditados, ou mesmo que fizeram ou fazem parte de um projeto de acreditação representa um percentual muito pequeno das cerca de 7000 unidades

existentes no país..., ainda não é considerada uma questão central, seja pelos prestadores de serviços de saúde, seja pelos financiadores, públicos ou privados...” (NORONHA *et al.*, 2000).

### **O modelo de acreditação da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO**

A implantação de um ambiente de qualidade é um processo de realinhamento cultural e permanente que deve levar em conta o aprimoramento contínuo das pessoas, processos e gestão e que pode incluir, durante seu desenvolvimento, a adoção temporária ou não de um programa de qualidade (CERQUEIRA, 1995). A partir do momento em que a qualidade passa a ser definida como missão ou parte estratégica de uma organização, torna-se um objetivo permanente. Não pode, portanto, ser confundida com um programa, mas deve ser considerada um processo.

“Programas de qualidade não devem ser encarados como dogmas ou como fé religiosa, nem mesmo como modismo ou receita, e sim como ferramentas auxiliares importantes em processos de mudança organizacional que visem oferecer serviços melhores e mais adequados às necessidades de seus usuários”(MALIK, 1992).

COBRA (2000) entende que a qualidade deve ser estabelecida em conformidade com normas internacionais, balizadas pela percepção dos clientes.

Para TOLOVI (1994), os programas de qualidade são processos de envolvimento e comprometimento de pessoas. Para ele, normalmente o nível gerencial tende a achar que qualidade é algo óbvio e que portanto, não necessita de grande energia ou dedicação.

Muitos estudiosos sugerem que um dos caminhos para o sucesso da qualidade total é minimizar a variabilidade de produtos e processos, consolidando os resultados pela padronização (CZAPSKI, 1999).

Reforçando a visão mais atual de que toda a ação, programa, ou sistema de qualidade implantado por uma organização com foco no cliente deva, para maior

retorno, agregar comprovadamente algum valor ao cliente, torna-se importante avaliar o valor agregado dos programas implantados também num hospital.

A origem do modelo de acreditação *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* deu-se em 1910, quando o médico-cirurgião Ernest Codman, nos Estados Unidos, deu o estímulo inicial para a avaliação dos cuidados com saúde: idealizou uma proposta para gerenciamento de resultados nos procedimentos cirúrgicos, denominada “Sistema de resultados finais”. Dr. Codman foi um dos fundadores do Colégio Americano de Cirurgiões e liderou a criação do Programa de padronização de hospitais em 1918 (DONAHUE e O’LEARY, 2000).

Os padrões básicos recomendados nesse programa, na época concentravam-se

- numa equipe médica organizada e qualificada,
- no gerenciamento de informações identificado como o prontuário médico para garantir uma boa prestação de cuidados ao paciente e
- em avaliações periódicas para o aperfeiçoamento dos profissionais.

(DONAHUE e O’LEARY, 2000).

Em 1951, o Colégio Americano de Cirurgiões, o Colégio Americano de Clínicos, a Associação Médica Americana, a Associação Americana de Hospitais e a Associação Médica Canadense uniram-se para criar a JCAHO para acreditação de hospitais.

Em 1958, a Associação Médica Canadense desligou-se desse grupo e fundou uma organização no Canadá.

Em 1974, a Austrália formou um Conselho de padrões hospitalares nos moldes dos grupos estadunidenses.

A partir dessa data, deu-se grande ampliação na oferta de serviços de saúde nos Estados Unidos e a JCAHO passou a acreditar outras instituições de saúde além de hospitais.

A JCAHO acredita hospitais gerais, hospitais especializados, instituições que assistem pacientes crônicos, unidades que atendem pacientes com problema de saúde

mental, ambulatorios, medicinas de grupo, clínicas de cirurgia ambulatorial, laboratórios e serviços que prestam assistência domiciliar.

A JCAHO é uma organização privada, sem fins lucrativos, cuja missão é o desenvolvimento e utilização de padrões para avaliação da assistência de saúde. Nos Estados Unidos, a JCAHO é composta por profissionais de saúde, fontes pagadoras, legisladores, órgãos governamentais e associações de consumidores e pacientes.

A acreditação, para os profissionais que coordenam a JCAHO, significa que o serviço de saúde está atuando corretamente, reduzindo os riscos de danos na prestação de assistência aos pacientes e otimizando a possibilidade de bons resultados.

Inicialmente, o modelo pontuava principalmente as questões estruturais, porém não se aprofundava nos processos e ainda menos nos resultados ou atenção à melhoria deles.

A JCAHO é a mais conhecida e antiga acreditadora de serviços de saúde no mundo. Criada nos Estados Unidos, país com um mercado na área da saúde amplamente competitivo desde muitos anos, a acreditação de um hospital pela JCAHO é pré-requisito para a escolha de um hospital e plenamente conhecido pela população.

Em 1994, a Fundação Avedis Donabedian (FAD), organização sem fins lucrativos, fundada em 1988 em Barcelona, Espanha, cuja missão é a de promover a qualidade nos serviços de saúde, incorpora a acreditação por meio de uma parceria com a JCAHO, cujo modelo é adotado pela FAD. Este se torna a acreditadora nos hospitais da Espanha.

A partir de 1997, a JCAHO criou a JCI (Joint Commission International) que a representa em países fora dos Estados Unidos. O HIAE foi acreditado em 1999 pelos padrões da JCAHO já que os padrões adaptados a países fora dos Estados Unidos pela JCI ainda não estavam totalmente definidos na época.

Os padrões JCAHO servirão de base de comparação aos atributos de qualidade levantados pelos clientes no Centro de Reabilitação.

## **Os padrões JCAHO para a área de reabilitação**

Os padrões JCAHO são originalmente 15 no total. O resumo do manual da JCAHO aparece aqui, sem os desdobramentos de cada padrão. Estão divididos em 3 seções da seguinte forma:

### **Seção 1 – Funções focadas no paciente**

- Direitos do paciente e ética organizacional
- Avaliação do paciente
- Assistência ao paciente
- Educação do paciente
- Continuidade da assistência

### **Seção 2 – Funções focadas na organização**

- Melhoria contínua da qualidade
- Liderança
- Segurança do ambiente assistencial
- Recursos humanos
- Gerenciamento da informação
- Prevenção e controle da infecção

### **Seção 3 – Funções focadas na estrutura**

- Governança
- Direção
- Corpo clínico
- Enfermagem

A assistência da reabilitação de uma organização de saúde deve contemplar as funções centradas no paciente e na organização (11 funções) que, em resumo, são:

## **Direitos do paciente e ética organizacional**

Objetivo: Melhorar o resultado dos pacientes pelo respeito aos seus direitos, da condução das relações de forma ética e do envolvimento dos pacientes em todos os aspectos do tratamento.

Função é formada pelos seguintes padrões:

1.O hospital baseia-se em fundamentos éticos na assistência ao paciente.

1.1. Os direitos do paciente ao tratamento ou serviços são respeitados e garantidos.

1.2. O paciente é envolvido em todos os aspectos de sua assistência.

1.2.1 O paciente é devidamente esclarecido sobre procedimentos que possam envolver riscos por meio de consentimentos informados.

1.2.1.1. Todo paciente consultado para participar de um projeto de pesquisa deve receber uma descrição de todos os benefícios esperados.

1.2.1.2. Todo paciente consultado para participar de um projeto de pesquisa deve receber uma descrição de todos os possíveis desconfortos e riscos.

1.2.1.3. Todo paciente consultado para participar de um projeto de pesquisa deve receber uma descrição de todos os serviços alternativos que poderiam também prover as mesmas vantagens.

1.2.1.4. Todo paciente consultado para participar de um projeto de pesquisa deve receber explicação completa sobre todos os procedimentos a serem seguidos, especialmente aqueles que são experimentais.

- 1.2.1.5. Todo paciente consultado para participar de um projeto de pesquisa deve saber que pode recusar-se a participar sem que isso afete a sua assistência.
- 1.2.2. A família participa nas decisões da assistência.
- 1.2.3. O paciente é envolvido na tomada de decisão para a resolução de dilemas em sua assistência.
- 1.3. O hospital demonstra respeito às seguintes necessidades do paciente:
  - 1.3.1. Confidencialidade
  - 1.3.2. Privacidade
  - 1.3.3. Segurança
  - 1.3.4. Resolução de conflitos
  - 1.3.5. Assistência espiritual
  - 1.3.6. Comunicação
    - 1.3.6.1. O hospital só poderá restringir o paciente de visitas, correspondências, telefonemas ou outras formas de comunicação, quando essas formas de comunicação interferirem na efetividade do seu tratamento.
      - 1.3.6.1.1. Qualquer limitação não deverá impedir a comunicação com o paciente ou familiar e deve ser realizada com sua participação.
- 1.4. Todo paciente recebe um documento com seus direitos redigidos.
- 1.5. O hospital garante os direitos do paciente a serviços de proteção.
- 2. Não aplicável à reabilitação, pois se refere à doação de órgãos.
- 3. O hospital protege o paciente e respeita seus direitos em casos de pesquisa, investigação e estudos clínicos que envolvam humanos.



## **Avaliação do paciente**

Objetivo: Determinar que espécie de assistência é necessária para que se dê início ao encontro das necessidades do paciente, as quais mudam de acordo com a resposta ao tratamento.

Função é formada pelos seguintes padrões:

1. A condição física, psicológica e social do paciente é avaliada.
  - 1.1. O objetivo e a frequência de qualquer avaliação complementar estão baseados no diagnóstico, no tipo de assistência, na vontade do paciente e na resposta do paciente ao tratamento prévio.
  - 1.2. A situação nutricional é avaliada quando justificada pelas necessidades ou condição do paciente.
  - 1.3. A condição funcional é avaliada quando justificada pelas necessidades ou condição do paciente.
  - 1.4. Testes diagnósticos são realizados com o paciente quando se fizer necessário para determinar se suas necessidades estão sendo atendidas.
  - 1.5. É necessária uma avaliação para um plano de alta.
  - 1.6. O hospital estabelece um tempo determinado, dentro do qual toda avaliação inicial do paciente é realizada.
  - 1.7. Não aplicável à reabilitação.
  - 1.8. Vítimas de abuso são identificadas a partir de critérios desenvolvidos pelo hospital.
  - 1.9. a 1.14. Não aplicáveis à reabilitação.
2. Todo paciente é reavaliado de acordo com as políticas do hospital.
  - 2.1. A reavaliação ocorre no mínimo num determinado tempo durante o curso do tratamento no hospital.
  - 2.2. A reavaliação determina a resposta ao tratamento.

- 2.3. Alteração importante na evolução do paciente exige reavaliação.
- 2.4. Alteração importante no diagnóstico do paciente exige reavaliação.
- 3. Todos os membros da equipe integram a informação de várias avaliações do paciente para identificar e assinalar prioridades em sua assistência.
  - 3.1. Todos os membros da equipe baseiam suas tomadas de decisão nas necessidades e prioridades de assistência do paciente.
- 4. O hospital define as atividades de avaliações por escrito.
  - 4.1. O hospital tem definido o objetivo de cada avaliação por escrito.
  - 4.2 e 4.3. Não aplicáveis à reabilitação.
- 5. O processo de avaliação de um bebê, criança ou adolescente é diferenciado.
- 6, 7, 8. As necessidades especiais de pacientes que estejam recebendo tratamento para desajustes emocionais e comportamentais, para problemas com alcoolismo, drogas, suspeitos de abuso são baseados em processos de avaliação.

## **Assistência ao paciente**

Objetivo: Prover assistência individualizada em resposta às necessidades específicas do paciente. O paciente merece a assistência que respeite suas escolhas, apóia sua participação no tratamento e reconhece seus direitos ao alcance dos objetivos de saúde pessoais.

Função é formada pelos seguintes padrões:

1. A assistência, o tratamento e a reabilitação são planejados para garantir que são adequados às necessidades do paciente e severidade da doença, condição, lesão ou deficiência.

1.1. Os serviços são necessários para o alcance dos objetivos do paciente.

1.1.1. A falta de planejamento de assistência deve ser registrada.

1.2. A assistência é planejada e realizada por profissionais qualificados de forma colaborativa e interdisciplinar.

1.2.1. Os procedimentos devem ser realizados de forma privativa.

1.3. O progresso do paciente é periodicamente avaliado a partir dos objetivos estabelecidos e o plano de assistência ou os objetivos são revisados.

2, 3, 4, 5. Não aplicáveis à reabilitação.

6. Profissionais qualificados prestam serviços de reabilitação, consistentes, aprovados legalmente, com regulamento, registros e certificados.

6.1. O plano de reabilitação, desenvolvido por profissionais qualificados, é baseado na avaliação das necessidades dos pacientes e orienta os serviços de reabilitação.

6.2. Profissionais qualificados implementam o plano de reabilitação com o paciente, seus familiares, apoio social e suporte do sistema.

6.3. A reabilitação restaura, melhora ou mantém o ótimo nível de funcionalidade, autocuidado, auto-responsabilidade, independência e qualidade de vida.

6.4. Os critérios para definição de alta da reabilitação devem estar escritos.

7. O hospital garante que procedimentos especiais são seguros e adequados.

7.1, 7.2, 7.3, 7.4. Não aplicáveis à reabilitação.

## **Educação do paciente e dos familiares**

Objetivo: Melhorar ao paciente e familiares os resultados do tratamento pela promoção do comportamento e do envolvimento do paciente na tomada de decisão na assistência.

Função é formada pelos seguintes padrões:

1. As necessidades do paciente quanto à assistência, habilidades, preferências e prontidão ao aprendizado são avaliadas.
  - 1.1. A avaliação para capacidade de aprendizado deve considerar aspectos culturais, religiosos, barreiras emocionais, físicas, cognitivas de linguagem e financeiras, assim como a motivação para o aprendizado.
  - 1.2, 1.3., 1.5. Não aplicáveis à reabilitação.
  - 1.4. O paciente é orientado sobre o uso seguro e efetivo de equipamentos para tratamento.
  - 1.6. O paciente é educado sobre técnicas de reabilitação para ajudá-lo a adaptar-se ou tornar-se mais independente em seu ambiente.
  - 1.7. Paciente é orientado sobre recursos adicionais na comunidade.
  - 1.8. O paciente é informado sobre quando e como obter qualquer outro tratamento que for necessário.
  - 1.9. O hospital torna claro ao paciente e familiares quais são suas responsabilidades no alcance das necessidades e lhe fornece conhecimento e habilidades para que possam de fato assumir a responsabilidade.

- 1.10. O hospital ensina e ajuda os pacientes a manterem adequada de higiene como o banho, cuidados com dentes, unhas, cabelo e o uso do banheiro.
2. A educação do paciente é interativa.
3. Na alta, o paciente e/ou familiares devem receber orientações suficientes para que garantam a continuidade da assistência em casa.
4. O hospital planeja, orienta e coordena atividades e recursos para educação ao paciente e familiares.

4.2. O processo deve ser interdisciplinar sempre que possível.

### **Continuidade da assistência**

Objetivo: Definir como se garante que as necessidades dos pacientes sejam atendidas, independentes do local onde o paciente se encontra, para onde vai, do processo pelo qual passa e de quem realiza a assistência.

Antes da admissão, o hospital identifica e utiliza as informações disponíveis que relatam as necessidades dos pacientes e se comunica com os serviços que porventura tenham encaminhado esse paciente.

Durante a admissão, essa função recomenda que o hospital avalie e reavalie periodicamente qualquer necessidade de modificações ou transferências que garantam o atendimento à intensidade, risco e especialização da equipe com as necessidades do paciente, mesmo que isso inclua a transferência dele para outro serviço.

Antes da alta, o paciente é reavaliado quanto às suas necessidades de orientação para seus cuidados em casa. Caso seja transferido para outro serviço, o hospital deve garantir que as informações sejam passadas em sua íntegra.

Função é formada pelos seguintes padrões:

1. Paciente tem acesso ao tipo de assistência adequada.

- 2.Quando o hospital aceita um paciente em determinado serviço deve considerar os resultados de um processo de avaliação e das informações do paciente.
- 3.Pacientes e familiares recebem informação sobre a assistência proposta durante o processo de admissão.
4. O hospital garante a continuidade do tratamento durante as fases do atendimento ao paciente.
- 5.O hospital garante a coordenação entre os profissionais de saúde e os serviços que estão envolvidos na assistência ao paciente.
- 6.O hospital garante referência, transferência ou alta do paciente para outro nível de cuidado, para outros profissionais, com base nas necessidades do paciente e na capacidade do local para onde é indicado ou transferido.
- 7.A informação do paciente deve estar garantida em condições de admissão, referendado, transferido ou em sua alta.
- 8.Há uma política para a resolução de conflitos como recusa ao tratamento, aos serviços e ao pagamento.

## **Melhoria contínua da qualidade**

Objetivo: Melhorar os resultados da saúde do paciente.

Função é formada pelos seguintes padrões:

- 1.O hospital mantém um processo planejado, sistemático e amplo para medir, avaliar e melhorar seu desempenho.
- 2.Novos processos são bem desenhados.
- 3.Dados são sistematicamente coletados.
  - 3.1. São coletados dados de processos ou resultados relacionados à assistência do paciente e funções da organização.

- 3.2, 3.2.1., 3.2.2., 3.2.3. Não aplicáveis à reabilitação.
- 3.2.4. Número de admissões e tempo de internação.
- 3.2.5. Necessidades, expectativas e satisfação dos pacientes.
- 3.2.6. Equipe visualiza desempenho e oportunidades de melhoria.
- 3.2.7. Apropriação de procedimento para adequar o comportamento, se utilizado.
- 3.3. Não aplicáveis à reabilitação.
- 4. O hospital usa um processo sistemático para avaliar dados, por meio de técnicas estatísticas de controle de qualidade.
  - 4.1., 4.2., 4.3., 4.4. O hospital compara seus resultados com dados internos ou com outros serviços.
  - 4.5., 4.6., 4.7. e 4.8. Não aplicáveis à reabilitação.
- 5. O hospital melhora sistematicamente seu desempenho.

## **Liderança**

Objetivo: Orientar os gestores para que definam um plano de operação que responda à comunidade e às necessidades dos pacientes.

Função é formada pelos seguintes padrões:

1. Os gestores possuem um plano operacional, que define a missão, a visão e valores. Ações estratégicas devem manter a missão e valores e buscar a visão, que devem estar alinhados com as necessidades e expectativas dos pacientes. A missão, visão e os planos devem ser comunicados.

1.3.3.1. Os gestores são responsáveis por obter, avaliar e garantir as informações obtidas sobre a satisfação dos pacientes e familiares sobre o serviço prestado.

- 1.3.4. O hospital presta serviços de maneira pontual às necessidades do paciente.
- 1.4. O hospital deve contar com um plano para definição de prioridades de ação em situações incomuns ou de urgência.
- 1.5. Os gestores planejam um orçamento anual.
- 1.6. Os gestores estabelecem um desempenho uniforme na assistência.
- 1.7. A finalidade do serviço deve ser definida pelo gestor e aprovada por uma instância superior.
- 1.8. Os gestores contam com opinião de outros profissionais para a tomada de decisão.
- 1.9. Os gestores desenvolvem políticas para recrutamento, retenção, desenvolvimento e educação continuada para toda a equipe.
- 2. O departamento conta com uma liderança efetiva.
  - 2.1., 2.2. e 3. Integração do departamento com outras funções do hospital.
  - 2.3. Desenvolvimento de políticas e rotinas que guiam e sustentam a disponibilidade de serviços no departamento.
  - 2.4. e 2.5. Gestores identificam a quantidade suficiente de funcionários necessários para a prestação adequada do serviço, bem como a qualificação desses profissionais.
  - 2.6. Gestores continuamente melhoram o desempenho de seus departamentos.
  - 2.7. Gestores mantêm programas de controle de qualidade.
  - 2.8. Gestores fornecem orientação e educação continuada aos funcionários.
  - 2.9. e 2.10. Gestores identificam a área física e os recursos internos e externos necessários ao departamento.



2.11. As funções do gestor ou de mais gestores de um departamento devem estar escritas.

4., 4.1., 4.2., 4.3., 4.4. e 4.5. Os gestores garantem que os processos e desempenho são mensurados e todos os funcionários do departamento são estimulados a melhorar os processos continuamente.

## **Segurança do ambiente assistencial**

Objetivo: Garantir um ambiente seguro, funcional e proveitoso ao paciente, equipe e outros indivíduos no hospital.

Função é formada pelos seguintes padrões:

1. O departamento define um ambiente de assistência seguro, acessível, eficaz, eficiente e consistente com a missão, as leis e a finalidade do serviço.
  - 1.1., 1.2., 1.3., 1.4., 1.5., 1.6., 1.7., 1.8. e 1.9. O ambiente deve estar garantido quanto a normas de arquitetura na área da saúde, à segurança, ao controle de dispensação de materiais perigosos, à segurança dos equipamentos eletromédicos e a sistemas de utilidade.
2. Implementação do item 1 e seus desdobramentos.
- 3., 3.1., 3.2. e 3.3. O departamento define um sistema que não só registre checagem, ocorrências, oportunidades de melhoria no ambiente mas também monitora o desempenho dos profissionais da equipe.
4. e 4.1. O departamento mantém um ambiente social que garante espaço adequado para a prestação do serviço, fornece artigos necessários à higiene pessoal, que devem ser apropriados à idade, nível de desenvolvimento e condição clínica do paciente. O departamento conta

com local para vestuário e armários para guarda de materiais pessoais do paciente.

4.2., 4.2.1. e 4.2.2. Ambiente que promova uma auto-imagem positiva do paciente e preserve sua dignidade humana. O fechamento de portas e outros recursos de restrição a acesso estão definidos.

4.3. Garantia de privacidade e respeito ao paciente. Há disponibilidade de telefone para conversa privativa.

4.4. Ambiente possui atividades para apoiar o desenvolvimento e a manutenção dos interesses, habilidades e oportunidades ao crescimento pessoal do paciente.

5. A política antitabagista é comunicada e uma liberação para o tabagismo só pode ocorrer mediante uma liberação médica justificada.

## **Recursos humanos**

Objetivo: Identificar e adequar o número de profissionais competentes para atender às necessidades dos pacientes.

Função é formada pelos seguintes padrões:

- 1.Os gestores definem a qualificação e expectativa de desempenho a todos os profissionais do departamento.
- 2.Os gestores garantem o número adequado de profissionais cujas qualificações estão alinhadas com as responsabilidades da descrição do cargo.
- 3.e 3.1. Os gestores garantem que a competência dos profissionais seja avaliada, mantida, demonstrada e continuamente melhorada.
- 4., 4.1.,4.2. e 4.3. Há um treinamento admissional que fornece informações para que o profissional seja capacitado a praticar suas

responsabilidades. A educação continuada e o treinamento mantêm e melhoram a melhoria do desempenho da equipe.

5. Cada profissional é avaliado quanto à sua habilidade para que alcance expectativas alinhadas na descrição de cargo.

6.O hospital pode aceitar que um profissional possa requerer uma permissão para não praticar um determinado procedimento na assistência.

6.1. e 6.2. Há garantia de que a assistência do paciente não seja comprometida na falta de um profissional que se recuse a praticar um procedimento.

## **Informação**

Objetivo: Obter, gerenciar e usar informações para melhorar os resultados com o paciente e o desempenho hospitalar na assistência ao paciente, na direção, gerenciamento e processos.

A prestação de assistência à saúde é um processo complexo altamente dependente de informação.

Função é formada pelos seguintes padrões:

1., 1.1., 1.1.1., 1.1.2. O hospital planeja e desenha processos para gerenciamento da informação que possa atender às necessidades internas e externas, variáveis em função do tamanho e complexidade dos serviços.

2., 2.1., 2.2., 2.3. Confidencialidade, segurança e integridade dos dados e informação são mantidas. São gravadas e protegidas quanto a perdas, destruição e acesso não autorizado.

3., 3.1., 3.2., 3.2.1., 3.2.1.1. 3.2.1.2. Definição de dados e método de coleta são uniformes.

4. Os responsáveis por tomadas de decisão e membros da equipe são treinados nos princípios de gerenciamento da informação.
5. A transmissão de dados e a informação estão atualizadas e acuradas.
6. Integração adequada e capacidades de interpretação, disponíveis.
7. O hospital define, coleta, analisa, transforma, transmite e registra dados específicos ao paciente e informações relacionadas à assistência e resultados do paciente.
  - 7.2. O hospital mantém um prontuário para cada indivíduo que contém informações suficientes para identificar o paciente, apoiar o diagnóstico, justificar o tratamento, documentar o curso e os resultados e promover a continuidade da assistência entre os profissionais da saúde.
  - 7.4. Para pacientes que freqüentam serviços ambulatoriais, o prontuário contém uma lista resumida de diagnósticos, condições, procedimentos, alergias e medicações.
  - 7.5. O prontuário contém todas as etapas do tratamento, inclusive a condição de alta e instruções para o seguimento da assistência. Pessoas autorizadas pelo paciente acessam o prontuário. Ordens verbais são aceitas e registradas no prontuário com a identificação do solicitante.
8. O hospital coleta e analisa dados agregados para dar suporte da assistência e outras operações.
9. O hospital conta com sistemas, recursos e serviços para identificar suas necessidades a partir do conhecimento da assistência, educação, pesquisa e gerenciamento.
10. As informações do hospital podem ser usadas para comparações com instituições externas e para colaborar com solicitações externas.

## **Vigilância, prevenção e controle de Infecção**

Objetivo: Reduzir os riscos de aquisição e transmissão de infecções entre os pacientes, funcionários, médicos, profissionais autônomos, voluntários, estudantes e visitantes.

Função é formada pelos seguintes padrões:

1. O hospital usa um processo coordenado por profissionais qualificados, para reduzir os riscos de infecções nosocomiais endêmicas e epidêmicas e se baseia em dados epidemiológicos.
2. Não aplicável à reabilitação.
3. O hospital registra, quando forem apropriadas, informações sobre infecções tanto internamente quanto para órgãos de saúde governamentais.
- 4 e 5. O hospital pratica ações para prevenir ou reduzir o risco de infecções não só em pacientes, funcionários e visitantes, mas também as não nosocomiais.

*(JCAHO, 1999 - Tradução e versão resumida dos padrões da JCAHO referentes às funções focadas no paciente e na organização)*

### **A JCAHO e a satisfação do cliente**

Um artigo publicado por DWORE, em 1993, abordava as mudanças nos padrões da JCAHO que poderiam, por meio da inclusão do padrão de melhoria contínua, trazer a possibilidade de valorizar a atenção ao cliente, o que, segundo o autor, representaria uma oportunidade de vantagem competitiva nos serviços de saúde.

Em 1998, DECKER e STRADER sugerem que o modelo de avaliação das competências profissionais, definido na JCAHO, pode ser utilizado para inserir não só as habilidades técnicas específicas, mas também as habilidades e conhecimento sobre a satisfação dos clientes. Demonstra-se aqui uma preocupação e sugestão de

que o foco no cliente seja considerado entre as qualificações profissionais nos padrões do modelo da JCAHO.

## **Atributos e dimensões da qualidade**

Atributos de qualidade são características que, se presentes em um produto ou serviço, conferem benefício a quem o adquire (KOTLER, 1992). Nessa definição fica mais uma vez reforçada a característica de subjetividade da qualidade. A característica de um serviço só será entendida como um atributo de qualidade pelos clientes que a identifiquem como um benefício a ser obtido.

Uma entre as principais vantagens das reuniões com grupos focados é a grande quantidade de atributos de qualidade relatados pelos clientes. Os trabalhos publicados que utilizam esse recurso de pesquisa normalmente relatam um mínimo de 30 atributos por reunião. Reconhecendo que muitos desses atributos mantêm uma semelhança quanto a sua abrangência, os estudiosos na área de qualidade têm definido dimensões nas quais os atributos possam ser classificados.

Se os atributos de um serviço variam na definição de cada cliente, também os autores fazem variar a classificação ou denominação das dimensões de qualidade onde “alocam” os atributos levantados.

PARASURAMAN *et al.*, autores do SERVQUAL (sigla de “*services quality*” ou qualidade em serviços), um dos modelos de dimensões da qualidade mais citados na literatura atualmente, tiveram como objetivo definir dimensões que fossem genéricas e relevantes aos serviços em geral, e obtiveram, assim, um instrumento comparável entre serviços, aplicáveis também aos de saúde.

Entre os principais autores que propuseram dimensões de qualidade para serviços, destacam-se:

- DONABEDIAN (1990) – Eficácia, Efetividade, Eficiência, Otimização, Aceitabilidade, Legitimidade e Equidade.

- GARVIN (1987) – Desempenho, Aparência, Confiabilidade, Conformidade, Durabilidade, Utilidade, Estética, qualidade percebida.
- JUN (1998) – Tangibilidade, Confiabilidade, Sensibilidade, Competência, Cortesia, Comunicação, Acessibilidade, Compreensão.
- SOWER (2001) – Respeito e Atenção, Informação, Aparência, Diversidade de profissionais, Efetividade e continuidade, Refeições.
- SERVQUAL (PARASURAMAN *et al.* 1985)– Tangibilidade, Confiabilidade, Receptividade, Garantia, Empatia.
- JCAHO (1999) – Eficácia, Adequação, Eficiência, Respeito e Atenção, Segurança, Continuidade, Efetividade, Prontidão, Disponibilidade.

BOWERS *et al.* (1994) avaliaram o modelo de dimensões de qualidade SERVQUAL e, assim como outros autores que citam em seu artigo, consideraram o modelo limitado à inclusão de vários atributos de qualidade na percepção dos clientes na área da saúde. Os autores trabalharam com reunião de grupo focado para levantamento qualitativo de atributos de qualidade e os correlacionaram posteriormente ao SERVQUAL. Todas as dimensões do SERVQUAL foram identificadas, além de duas valorizadas pelos clientes: atenção por parte dos profissionais e resultados dos pacientes. O primeiro abrange o envolvimento pessoal dos profissionais, incluindo um contato que manifeste amor ao paciente. O atributo referente aos resultados com o paciente incluíam o alívio da dor, a sobrevivência e a raiva ou desapontamento com a própria vida, após uma intervenção médica.

URDAN (2001) numa análise sobre um mecanismo de mensuração de qualidade de serviços médicos aponta como uma das críticas, a certa “arbitrariedade” dos autores na determinação da quantidade de atributos a serem considerados no instrumento.

Em ampla revisão na literatura, incluindo uma meta-análise sobre dimensões de satisfação do cliente, HALL e DORNAN (1988) e SIMON e PATRICK (1997) concluíram haver pequena coerência entre as dimensões de satisfação do cliente e todas as possibilidades de aspectos apontados para garantir sua satisfação.

A organização dos atributos em dimensões justifica-se como metodologia para instrumentalizar as comparações entre a qualidade de diferentes serviços, mas é necessário que se considere a dificuldade que qualquer modelo apresentará ao tentar contemplar amplamente todos os atributos percebidos pelos clientes.

### **Pesquisa sobre atributos e dimensões de qualidade em serviços de reabilitação ambulatorial**

Uma das maiores pesquisas registradas na área de reabilitação ambulatorial sobre satisfação do cliente foi realizada em 12 estados dos Estados Unidos, entre abril de 1992 e dezembro de 1995, em 120 centros de reabilitação e participação de 19.834 pacientes. Esses centros, que prestavam apenas atendimento na área ortopédica ambulatorial, contavam em sua maioria apenas com assistência de fisioterapia. Apenas 15 incluíam também assistência de terapia ocupacional. Para a definição dos critérios a serem avaliados na pesquisa de satisfação do cliente, foram realizadas, previamente, 5 reuniões com grupo focado, com 10 ex-pacientes cada. As reuniões, desenvolvidas em 3 cidades diferentes foram coordenadas por um moderador externo aos centros e duraram 2 horas cada. Dessas reuniões foram levantados 18 aspectos que deveriam ser avaliados na pesquisa, os quais foram utilizados para definir as 5 dimensões de qualidade que deveriam ser avaliadas. A pesquisa foi coordenada pela Gallup Organization.

Os atributos de qualidade apontados pelos grupos foram:

- 1- A própria experiência do cliente durante o período em que foi atendido.
- 2- Desejo de indicar um familiar ou amigo ao centro.
- 3- Explicação do programa de tratamento.
- 4- Atenção individualizada recebida dos terapeutas.
- 5- Seguimento do tratamento sem troca de terapeuta.



- 6- Conhecimento dos terapeutas sobre o caso do paciente.
- 7- Envolvimento do paciente no próprio tratamento.
- 8- Frequência com que os terapeutas lhe informavam sobre seu progresso
- 9- Atenção e preocupação dos terapeutas com o seu desconforto ou dor.
- 10- Facilidade de agendar a primeira avaliação.
- 11- Disponibilidade de horários na agenda.
- 12- Informações sobre o centro.
- 13- Tempo de espera.
- 14- Disponibilidade e cortesia da recepção.
- 15- Aparência de limpeza e organização do centro.
- 16- Explicação sobre os procedimentos de cobrança financeira.
- 17- Coerência nas cobranças.
- 18- Resolução dos problemas referentes a cobranças.

Foram então organizados em 5 dimensões:

- 1- Satisfação geral (atributos 1 e 2 ).
- 2- Relação com o terapeuta (3 a 9).
- 3- Operacionalização do centro (10 a 14).
- 4- Área física (15).
- 5- Aspectos financeiros (16 a 18).

As entrevistas foram feitas por telefone e a escala utilizada para avaliação foi a de Likert (5 pontos). Cada uma das dimensões foi avaliada com pontuação dos 18 atributos. Durante os anos em que durou a pesquisa, alguns dos 18 atributos foram descartados, como o 1, 2 e 18.

Foi aplicada a correlação de Pearson para identificar quais dos atributos mais contribuíam para a dimensão de satisfação geral dos pacientes. Foram apontados, em ordem decrescente de importância, os atributos 3, 4, 6, 7 e 5, ou:

- explicação do programa de tratamento, atenção individualizada recebida dos terapeutas, conhecimento dos terapeutas sobre o caso do paciente, envolvimento do paciente no próprio tratamento e manutenção do mesmo terapeuta durante todo o tratamento.

Os resultados eram divulgados a cada 3 meses e os centros podiam conhecer seu desempenho em relação a outros centros pesquisados. (BURKE e POTHAST, 1997).

O *Rehabilitation Institute of Chicago* (RIC), hospital nos Estados Unidos, especializado na internação de pacientes em processo de reabilitação intensiva, realizou, durante 4 anos (1992 /1996) uma pesquisa sobre satisfação com 9626 pacientes. Previamente à pesquisa, 50 pacientes foram entrevistados para que respondessem à seguinte pergunta:

*“ Quais perguntas devem ser feitas para descobrirmos qual o nível de satisfação das pessoas no RIC?”*

Essa estratégia inicial objetivou desenvolver um instrumento de pesquisa que contasse com perguntas cujos resultados refletissem a expectativa do cliente naquilo que ele julga importante e não apenas os administradores e os profissionais da assistência direta. Das respostas, 7 foram selecionadas como as mais citadas: processo de admissão, atenção recebida pelos profissionais, prontidão dos serviços, comunicação e orientação, efetividade da equipe e das terapias, conforto e qualidade da área física e processo de alta ( HEINEMANN *et al.*, 1997).

### **Particularidades na percepção de qualidade na área de reabilitação**

ELLIOT-BURKE e POTHAST (1997) recomendam a verificação da satisfação do cliente em centros de reabilitação, acreditando que isso pode contribuir para a adesão ao tratamento e para melhores resultados terapêuticos.

HEINEMANN *et al.*(1997), no estudo com 9626 pacientes do RIC e após profunda análise estatística, concluíram que a satisfação dos clientes:

- não estava relacionada com o nível de comprometimento físico ou perda da funcionalidade (medidos pela escala FIM – *Functional Independence Measurement* - Escala de medida da independência funcional);
- não estava relacionada ao nível de melhora da funcionalidade adquirido até a alta da reabilitação;
- estava negativamente relacionada à idade dos pacientes, provavelmente porque a equipe de terapeutas era jovem e isso causava uma idéia de inexperiência aos pacientes mais idosos.

SIMON e PATRICK (1997) sugerem que pode haver uma relação entre a decisão de desistência de um programa de reabilitação e a satisfação do paciente.

Uma das recomendações do CARF (1996) é a de que a medida de satisfação do cliente seja considerada como uma das demonstrações de efetividade de um programa de reabilitação.

### **3 - OBJETIVOS**

O objetivo geral deste trabalho consiste em:

- conhecer a relação entre os atributos de qualidade percebidos pelo cliente de um serviço de reabilitação ambulatorial e os padrões JCAHO pelos quais a unidade se orienta.

Os objetivos específicos e direcionados à aplicabilidade prática deste trabalho são:

- identificar o que os clientes percebem como atributos de qualidade para um serviço de reabilitação ambulatorial;
- classificar os atributos de qualidade em tangíveis e intangíveis;
- analisar a experiência de reunião com grupo focado como recurso de pesquisa de expectativas de clientes num serviço de reabilitação ambulatorial.

## 4 - METODOLOGIA

### Revisão bibliográfica

A partir da definição do tema de interesse e de seus respectivos objetivos, a busca de embasamento teórico deu-se inicialmente pela necessidade de conceituar o que era qualidade e quais atributos de qualidade eram citados na literatura.

Ao adotar conceitos em que a qualidade está diretamente ligada à percepção do cliente, a área de Marketing apresentou-se como importante fonte de referências de estudos. Essas referências indicavam metodologias utilizadas para o levantamento de atributos de qualidade aos clientes em diversas áreas, o que favoreceu uma busca mais focalizada para a área da saúde e, em seguida, para serviços de reabilitação. Os livros-textos foram utilizados principalmente para a base histórica e de conceitos.

Por tratar-se de tema atual, mesmo com levantamento de artigos publicados nos últimos 10 anos na área da saúde, administração, marketing e qualidade, a maioria dos artigos selecionados que contribuíram efetivamente para este trabalho concentraram-se, em sua maioria, nos últimos três anos. A consulta à base de dados *Proquest*, assim como periódicos disponíveis na Biblioteca Karl A. Boedecker foram muito importantes.

Mesmo encontrando literatura com várias experiências de levantamentos de percepção de qualidade pelos clientes, ricos instrumentos para orientações de outros trabalhos e pesquisas, entende-se que ela não pode ser considerada como resposta-padrão de clientes, mesmo se pesquisados dentro de uma mesma especialidade. As particularidades não podem ser padronizadas e, portanto, devem ser pesquisadas a cada caso, a cada momento e em cada serviço. Antes de definir-se a relação entre atributos e padrões, tornou-se necessário conhecer os atributos, para o que a pesquisa qualitativa mostrou-se a metodologia mais adequada.

## **A pesquisa qualitativa**

“A pesquisa qualitativa proporciona a compreensão fundamental da linguagem, das percepções e dos valores das pessoas. É essa pesquisa que mais freqüentemente nos capacita a decidir quanto às informações que devemos ter para resolver o problema de pesquisa e saber interpretar adequadamente a informação” diz Carol Raffel, vice-presidente de serviços Qualitativos da *Burke Incorporation* (MALHOTRA, 2001).

A pesquisa qualitativa é uma das alternativas da pesquisa exploratória. É uma opção quando se trata de temas em que as variáveis para uma pesquisa não são conhecidas e quando é necessário elaborar uma abordagem prévia a uma pesquisa quantitativa. Ela nos permite uma compreensão mais ampla sobre o tema, que pode evoluir posteriormente para uma pesquisa quantitativa, fornecendo-nos informações com mais precisão. Permite levantar os valores, atitudes, opiniões, percepções e preferências das pessoas (SHETH *et al.*, 2001). A pesquisa qualitativa pode ser utilizada quando o objetivo da investigação for descobrir sensações importantes para os clientes e que não podem ser reveladas por meio de pesquisa quantitativa (MALHOTRA, 2001).

Entre as técnicas utilizadas em pesquisa qualitativa destacam-se as reuniões de grupos focados e as entrevistas individuais. Uma das características de diferenciação entre entrevistas individuais, questionários escritos, entrevistas por telefone e a técnica com o grupo focado é a oportunidade que este oferece de troca de percepções entre os entrevistados e foi, por isso, a técnica escolhida neste trabalho.

### **Grupo focado**

As reuniões com grupos focados foram classificadas na literatura não apenas como uma técnica de coletar expectativas e percepções dos clientes, mas também como uma oportunidade de organização de um fórum para discussão entre os clientes, o que facilita também a compreensão sobre como eles pensam. Foi, portanto, a técnica escolhida para se levantarem as variáveis denominadas de atributos de qualidade.

Vários autores descrevem a técnica de grupos focados de forma bastante similar. No entanto o termo original inglês, *focus group*, tem sido traduzido para o português de diversas formas. Em GALE (1996) encontramos o termo traduzido como grupo focado, em WHITELEY (1992) como grupo de enfoque, em SHETH *et al.*, (2001) como grupo focal e em MALHOTRA (2001) e ALBRECHT (1999), como grupo de foco. Os tradutores de KOTLER para o português têm usado para *focus groups* a pesquisa ou discussão em grupo. CHIANCA (2001) utiliza o termo grupo-foco.

Adotaremos nesta dissertação o termo “grupo focado” ou “reunião com grupo focado” porque tem sido esse o termo mais ouvido pela autora em palestras de especialistas.

MALHOTRA (2001) define grupo focado como uma entrevista realizada por um moderador treinado que lidera uma discussão de forma não estruturada e natural, com um pequeno grupo de respondentes. O autor aponta a técnica com grupos focados como o processo mais importante para a pesquisa qualitativa direta, não simulada, principalmente porque seu maior valor está na obtenção de resultados inesperados, uma característica de discussões informais.

COBRA (2000) indica os *focus groups* (grupos focados) como um dos possíveis instrumentos que podem fornecer dados sobre o que os clientes identificam como valores de um serviço. Como etapas para a construção do modelo de valor sugere-se que inicialmente se obtenha uma lista de valores percebidos pelos clientes e posteriormente lhes sejam por eles atribuídos valores numéricos.

BAIRD, K. (2000), autora do livro Customer Service in Health Care (Serviço de atendimento ao cliente na saúde) recomenda a técnica de grupo focado como a melhor forma de iniciar um levantamento sobre os atributos que conferem qualidade a um serviço de saúde da óptica dos clientes. “...os grupos focados permitem respostas com mais aprofundamento, maior elaboração e, ainda, matizes de idéias e visões. Como efeito, os grupos focados constituem uma forma de construção de relações intangíveis, que estimulam a riqueza das respostas...” (HEALTH FORUM JOURNAL, 1999). Tradução da autora.

WHITELEY (1992) afirma que os grupos focados propiciam um fórum para discussões, idéias e opiniões e, dentre as recomendações de sua utilização, destaca situações em que se deseja coletar informações dos clientes sobre suas expectativas, percepções e compreender como pensam os clientes. Classifica essa metodologia como muito difícil de ser realizada. Destaca que o resultado esperado com os grupos focados é a possibilidade de descoberta de uma ampla variedade de percepções dos clientes.

ALBRECHT (1999) aponta a simplicidade das reuniões com grupo focado, como uma de suas vantagens. Recomenda que sejam conduzidas de maneira informal, com moderadores treinados, mas que não precisam ser peritos. Para que sejam utilizadas para descobrir satisfação e até mesmo para definição de missão da organização, deve-se elaborar questionários sobre desempenho. Sugere que esse tipo de encontro se torne um hábito na organização, onde os próprios chefes de departamentos possam conduzir as reuniões com grupo focado o que, o autor acredita, traria mais clareza e propósito do que muitos complexos programas de qualidade.

A abrangência da diversidade de aspectos que compõem o tema abordado é tanto maior quanto melhor for a aceitação e respeito do grupo durante os comentários e opiniões individuais. Questões por vezes inseridas por algum participante são lembradas, discutidas e coerentes com as percepções de outros, o que não seria possível em pesquisas com entrevistas individuais.

CHIANCA (2001:p.67) afirma que “a entrevista de grupo-foco busca obter informações de alta qualidade num contexto no qual as pessoas têm a oportunidade de, ouvindo as opiniões de outras pessoas, aprofundar sua reflexão e externar idéias mais maduras sobre algum assunto específico”. O autor aponta o método de grupo focado como eficiente para coleta de dados qualitativos, aberto à exploração de novas idéias e até mesmo agradável para os entrevistados. Dentre as aplicações indicadas pelo autor, destaca-se uma na qual o grupo focado pode ser usado para reunir informações sobre resultados e possíveis impactos produzidos por um determinado programa, situação similar à proposta deste trabalho.



HARRIS (2000) relata que as reuniões organizadas para ouvir as expectativas dos clientes constroem lealdade na relação com a organização, pois os clientes entendem que são valorizados mesmo quando não estão utilizando o serviço ou “comprando algo”. Recomenda que o moderador da reunião reforce aos entrevistados que as necessidades e opiniões destes são importantes.

Mais freqüente nos Estados Unidos que no Brasil, os grupos focados são utilizados em pesquisas de marketing para conhecimento da percepção dos clientes sobre uma empresa ou produto em relação a seus concorrentes ou mesmo para lançamento de novos produtos. Neste trabalho, o enfoque não se destina a comparar desempenho de concorrentes nem de avaliar a qualidade do Centro de Reabilitação, mas de identificar que aspectos, tangíveis ou intangíveis, representam atributos de qualidade aos clientes e qual a relação que estes atributos estabelecem com os padrões JCAHO.

A maior parte dos autores que escreveu sobre grupos focados recomenda:

- deve ser definido apenas um tópico específico, não aproveitando o grupo para levantamento de diversos assuntos;
- não deve ser dado qualquer tipo de estímulo a tomadas de decisão ou consenso;
- o grupo deve variar entre 6 e 10 pessoas, ser preferencialmente homogêneo quanto à cultura, idade e condição sócio-econômica. Uma grande diversidade pode promover grandes conflitos de opinião, o que muitas vezes estimula a perda do foco da reunião.
- o encontro deve durar no mínimo 1 hora e meia e no máximo 2 horas e meia horas em local agradável e confortável;
- deve ser utilizada filmagem em vídeo ou no mínimo gravação em cassete;
- o moderador preferencialmente deve ter experiência na condução de reunião com clientes, conhecer muito bem o assunto que será abordado, possuir habilidades de percepção de características pessoais e de comunicação, não deixar o grupo se dispersar ou se desviar do tema, evitar

que alguns monopolizem a discussão com conseqüente prejuízo de oportunidade de fala de outros;

- deve-se optar por grupos de pessoas que tenham sido convidadas para aquele propósito e que não sejam “respondedores profissionais”. O ideal é contar com pessoas com o mesmo perfil, mas de preferência que nunca se tenham visto antes. Pesquisa realizada na Austrália (LEASK *et al.*, 2001) descreve uma comparação entre grupos focados com grupos pré-construídos por pessoas habituadas a participar desse tipo de pesquisa e com grupos organizados com pessoas que não tinham esse hábito e que também não se conheciam. Pontos positivos como maior participação, entusiasmo e maior diversidade nos pontos de vista dos participantes acabaram por enriquecer os trabalhos desenvolvidos com os grupos de “respondedores não profissionais”.

Ao procurarmos identificar se há relação entre os padrões da JCAHO e os atributos de qualidade percebidos pelos clientes, precisamos inicialmente conhecer quais são esses atributos. Somente a partir do conhecimento dos atributos que são valorizados, ou que agregam valor a esses clientes, poderemos contar com uma base de referência para servir de parâmetros à comparação com os padrões da JCAHO.

A idéia inicial era a de apresentar e esclarecer aos clientes os padrões da JCAHO e, em seguida, solicitar-lhes que aplicassem um peso de importância tal qual a distribuição por ponderação de importância de 0 a 100%. Essa metodologia, no entanto, poderia induzir os participantes a considerar que todos os padrões deveriam ser incondicionalmente aceitos como atributos de qualidade. Com isso, poderia ser reforçado um dos pontos fracos dos profissionais de saúde quando pensam em clientes – considerar que a qualidade percebida pelo cliente é avaliada do mesmo ponto de vista que os profissionais de saúde. Além disso, apresentando-lhes os padrões, não haveria a oportunidade de conhecer realmente

as expectativas dos clientes. Essa metodologia não traria a espontaneidade de atributos reais de qualidade considerados pelos clientes.

VASCONCELOS (2001) afirma que mais informação e conhecimento podem não ajudar as empresas a serem inovadoras ou criativas na implantação de novas formas de criação de valor, pois essas características estão mais ligadas à capacidade de fazer perguntas do que à capacidade de gerir o conhecimento como um ativo.

### **Consultas a profissionais de áreas relacionadas aos clientes no HIAE**

Após a pesquisa na literatura ter justificado que a metodologia mais adequada ao levantamento de atributos de qualidade seria a reunião com grupo focado, realizaram-se consultas com profissionais do HIAE ligados diretamente ao cliente como a gerência do SAC (Serviço de atendimento ao Cliente), ou indiretamente, como as gerências de marketing e de qualidade do HIAE. Essas consultas tiveram como objetivo verificar a opinião de gerentes sobre a proposta de uma reunião com grupo focado com clientes e ex-clientes do Centro de Reabilitação para pesquisa do referido tema.

A gerência do SAC relatou que trabalhou com reunião com grupo focado em 1997 com clientes que haviam utilizado algum serviço do HIAE. Seu depoimento foi similar a vários aspectos referidos na literatura: grande dificuldade para recrutar voluntários, necessidade de frisar a existência de um coquetel ou lanche para acompanhar a reunião, abono de estacionamento, recurso de filmagem da reunião em vídeo e necessidade de um moderador profissional com experiência nesse tipo de dinâmica. Relatou ainda que sua experiência havia sido satisfatória, pois alcançou os objetivos propostos na ocasião. O evento foi elogiado pelos clientes convidados. Mencionou, também, interesse em implementar essa forma de pesquisa como rotina no SAC em futuro próximo.

A gerência de marketing relatou experiências satisfatórias com reuniões com a técnica de grupo focado para pesquisa de mercado acerca da viabilidade de instalação de um novo serviço do HIAE. A reunião foi organizada por uma empresa especializada nessa prática, em local fora do HIAE, que contava com sala especialmente estruturada para esse fim, incluindo parede com espelho falso, o que possibilitava a visualização do grupo sem que este pudesse identificar as pessoas que assistiam à dinâmica. Houve de sua parte um reforço positivo à possibilidade de se conduzir essa prática no HIAE com a finalidade de identificar os atributos de qualidade para um serviço de reabilitação. Recomendou, no entanto, que a prática fosse conduzida por um moderador que não pertencesse ao quadro do HIAE.

A gerente de qualidade do HIAE, responsável entre outras ações pela manutenção e melhoria do modelo JCAHO no hospital, também foi favorável a essa prática que, acredita, poderia ser adotada para a verificação periódica da satisfação dos clientes no HIAE.

### **Roteiro da reunião com grupo focado**

EMORY (1980) considera importante a seqüência das questões feitas para o grupo. Sugere que o princípio básico para a seqüência das perguntas seja:

- 1- as perguntas devem rapidamente despertar interesse e motivação, de forma que o respondente participe de forma ativa e completa durante as entrevistas. As primeiras perguntas não devem ser controversas e devem considerar preferencialmente os valores humanos. O objetivo de apresentar perguntas mais amenas no início é o de motivar os entrevistados;
- 2- o respondente não deve ser precocemente confrontado com perguntas que possam ser consideradas pessoais. Experimentos mostram que perguntas pessoais referentes a algum ponto fraco dos entrevistados apresentam uma porcentagem de respostas maior quando feitas ao final da entrevista;

3- o processo de entrevista deve começar com itens simples e evoluir para temas mais complexos e de assuntos gerais para os mais específicos. Dessa forma, o moderador pode ir preparando o grupo para as perguntas mais complexas que devem ser o foco da pesquisa.

EMORY (1980) recomenda ainda uma seqüência de considerações a serem feitas para avaliar a adequação de cada pergunta planejada na entrevista, como:

- consideração se a pergunta deveria ser feita, se atende ao escopo, se todos os respondentes possuem facilidade para entender a pergunta, se não há palavras com duplicidade de entendimento, se os respondentes possuem informações suficientes e se o respondente apresenta facilidade de comunicação e iniciativa para discutir o tema.

Seguindo essa orientação, as questões planejadas inicialmente para serem colocadas ao grupo foram:

- O que representa um dia feliz para você?
- O que mais estraga o seu dia?
- Qual a principal característica do melhor exemplo de prestação de serviços que você já vivenciou?
- Eu recomendaria e voltaria a usar um serviço se ele tivesse me causado...
- Quais características deve possuir um serviço de reabilitação de qualidade?

As duas primeiras perguntas tinham como objetivos:

- estimular os participantes a lembrarem do maior número possível de sensações que lhe causassem satisfação, de forma que pudessem associar atributos de qualidade de um serviço além da dimensão dos valores tangíveis, normalmente mais fáceis de serem lembrados;

- evitar que iniciassem a reunião com idéias pré-concebidas e limitadas a atributos de qualidade vividos e específicos à reabilitação;
- focar os valores humanos;
- familiarizar o grupo até o momento da apresentação de perguntas-chave da entrevista.

A 3ª pergunta foi elaborada com o objetivo de que os clientes começassem a pensar sobre como entendiam qualidade não mais num âmbito tão amplo como os valores em sua vida, mas agora no campo da prestação de serviços.

A 4ª pergunta tinha como objetivo identificar atributos de qualidade que pudessem ser lembrados quando considerada a possibilidade de retorno ao serviço utilizado. A questão foi alocada no roteiro para ser inserida na dinâmica dependente do entrosamento e produção do grupo, do tempo consumido até o momento em que ela fosse apresentada e da avaliação situacional pelo moderador. A questão não tinha como objetivo conhecer a tendência para a fidelização do cliente ao serviço, mas poderia ter sido utilizada especificamente para esse fim.

A 5ª e última pergunta foi elaborada como centro e foco da reunião. Segundo a literatura, deveria ser de fato a última para que houvesse tempo suficiente para o grupo estar “aquecido, entrosado e exercitado” a responder perguntas e a refletir sobre os atributos expostos por todos os membros.

### **A amostra**

O Centro de Reabilitação estudado admite a média de 60 novos pacientes por mês, o que nos deu uma referência para definir, com uma especialista em estatística, a amostra de aproximadamente 6 clientes entrevistados, ou 10% desses novos pacientes.

Considerando as dificuldades de recrutamento de voluntários, houve recomendação por parte da gerente do SAC, da especialista em estatística e da moderadora de que convidássemos no mínimo 12 pessoas. Apontaram experiências de

faltas à reunião, mesmo quando muitos dos convidados haviam confirmado. As faltas às reuniões de grupo focado representam um problema comum em qualquer população (SOWER, 2001).

Foi considerada a hipótese de que o aumento da amostra por meio de um número maior de participantes numa reunião ou por meio de um número maior de reuniões poderia aumentar a diversidade de achados. No entanto, como não estava em nosso escopo quantificar o grau de importância desses padrões à população usuária de um centro de reabilitação ou como não tínhamos a intenção de que os achados dessa pesquisa pudessem ser projetáveis a toda a população, fixamos nossa primeira idéia de coletar os resultados de uma única reunião.

### **Seleção dos convidados para a reunião**

A política de qualidade da Unidade de Reabilitação, “Promover a reabilitação dos pacientes considerando suas necessidades específicas, o envolvimento familiar e a satisfação deles”, evidencia uma preocupação do serviço em considerar como cliente não só o paciente, mas também seu familiar, principalmente quando este desempenha um papel de cuidador sempre que o paciente apresentar algum grau de dependência às suas atividades de vida diária. Por isso definimos que seriam clientes convidados: pacientes e familiares de pacientes.

Os trabalhos de JUN *et al.* (1998) e SOWER *et al.* (2001) definiram ex-pacientes como população para reunião com grupo focado. Ambos defenderam a hipótese de que os indivíduos que se encontravam em tratamento poderiam ficar inibidos e não responderem com sinceridade às questões apresentadas nas reuniões. Optou-se neste trabalho por ex-pacientes que tivessem tido alta em 2000 ou 2001, familiares de ex-pacientes ou familiares de pacientes em atendimento.

Os critérios de exclusão foram :

- clientes que possuíam endereços fora do município de São Paulo;

- pacientes com déficits de fala, audição, atenção, memória, de capacidade cognitiva ou que possuísem comportamento ou condição física incompatíveis com a permanência n uma reunião com duas horas de duração. Para que essa categoria de pacientes pudesse estar representada, optou-se por, nesses casos, contatar seus familiares para participarem do encontro.

Os critérios de inclusão:

- clientes que houvessem freqüentado o centro por mais de três meses durante 2000 ou 2001 e que já tivessem recebido alta do Centro de Reabilitação;
- familiares de pacientes em atendimento, com déficits sensoriais, mentais ou de concentração que pudessem prejudicar a comunicação (entendimento e verbalização) como explicado acima, nos critérios de exclusão.

A partir desses critérios, selecionaram-se os clientes que poderiam ser convidados para a reunião.

Apresentou-se a lista dos pacientes que contemplavam esses critérios aos profissionais envolvidos na reabilitação deles. Foi-lhes explicado o motivo da reunião, enfatizada a importância de contar-se com pessoas com as quais teríamos alguma possibilidade de real participação. Perguntou-se-lhes, então, a partir do que se lembravam daqueles pacientes ou familiares, quais pessoas certamente não concordariam em participar. Quando o profissional demonstrava convicção de que o cliente possivelmente não aceitaria, ele era retirado da lista de convidados com o objetivo de minimizar o tempo gasto com ligações telefônicas e possibilidade de recusa ao convite. Para evitar-se o viés de que os profissionais sugerissem a exclusão de clientes com os quais pudessem ter tido alguma experiência de insatisfação no atendimento, deixamos claro que o objetivo da reunião era levantar atributos de qualidade para um centro de reabilitação ideal e não pesquisar o grau de satisfação durante o período em que esteve em reabilitação.



Com base nos critérios de inclusão e exclusão, apenas três pacientes foram contraindicados pelos profissionais e não foram convidados, pois eram estrangeiros e apresentavam dificuldade com a Língua Portuguesa. Selecionaram-se, então, quatro pacientes entre adultos e crianças, ou seus respectivos familiares, em cada uma das seguintes categorias:

- pacientes com comprometimento neurológico, com atendimento de pelo menos duas das especialidades entre Fisioterapia, Fonoaudiologia ou Terapia Ocupacional;
- pacientes com algum comprometimento ortopédico atendido por uma especialidade;
- pacientes com algum comprometimento neurológico atendido por uma especialidade;
- pacientes do Programa de Reabilitação Cardíaca;
- pacientes do Programa de Reabilitação Pulmonar;
- pacientes que estavam excluídos por falta de condições físicas, sensoriais ou cognitivas para participar, cujos familiares foram contatados.

Acreditava-se que, se apenas metade concordasse com o convite, haveria 12 convidados. Mesmo assim, com o risco de falta à reunião, haveria pelo menos uns 8 a 10 participantes. Houve, no entanto, a necessidade de se refazer a lista algumas vezes até se conseguirem 12 confirmações que acabaram por não apresentar uma distribuição uniforme entre as categorias que haviam sido definidas (ANEXO I).

## **O recrutamento dos entrevistados**

A literatura consultada não deixou clara a metodologia de recrutamento utilizada. Inicialmente, foi elaborada uma carta-convite para ser enviada aos clientes, que seriam informados sobre um contato telefônico posterior para a confirmação de presença.

SOWER (2001) mencionou grande dificuldade para obter grupos de pessoas, mesmo quando remunerados.

Profissionais da área de marketing, durante consultas para a obtenção de mais informações, não recomendaram a carta e sim convite por telefone, preferencialmente por uso de serviço especializado de telemarketing pois, assim, se agilizariam as confirmações ao convite e não haveria o custo da correspondência. Apesar dessa recomendação, a autora tentou iniciar esse convite por telefone, mas desistiu após a terceira ligação, já que, identificada como profissional do Centro de Reabilitação, perguntavam-lhe pormenores do objetivo do trabalho, o que não era recomendado para a pesquisa.

A lista de nomes e o texto para a explicação do que deveria ser dito ao paciente durante o contato telefônico foram, então, passados ao serviço de telemarketing do HIAE que, ao final do dia, relatava quais clientes haviam confirmado participação e quais haviam recusado o convite. No dia seguinte, eram acrescentados novos candidatos no lugar dos clientes que haviam recusado. (ANEXOS III e IV)

No total, foram contatados por telefone 52 clientes até que houvesse 12 presenças confirmadas para reunião de 28.09.2001.

### **A escolha do moderador**

“...Conforme relatado pela NCQA ( National Committee for Quality Assurance), é dada maior confiabilidade ao que é coletado por uma entidade com experiência na condução de entrevistas e que seja independente do serviço de saúde que esteja sendo avaliado...” ( BURKE-ELLIOT e POTHAST, 1997).

Consideradas as consultas a profissionais da área de marketing e as características do moderador descritas na literatura quanto à organização e condução de reuniões com grupos focados, decidiu-se contratar um profissional com experiência nessa metodologia.

A moderadora para a reunião foi indicada entre três profissionais e foi apontada como experiente em grupos focados na área de serviços de saúde. O fato de ser mãe de uma pessoa portadora de deficiência reforçou a escolha em função do conhecimento e experiência pessoal vivida pela moderadora há algum tempo com a área de reabilitação.

O objetivo e foco da reunião foram discutidos entre a moderadora e a autora da dissertação durante 12 dias. Num primeiro momento, a autora propôs um roteiro de reunião (ANEXO I), que foi modificado após troca de informações e experiências com a moderadora (ANEXO II).

### **Organização da reunião**

A reunião ocorreu na sala de reuniões do próprio Centro de Reabilitação, visitada no dia anterior pela moderadora, que a considerou adequada para a finalidade.

Alguns cuidados com relação à organização da sala precisaram ser observados como:

- isolamento total da sala com biombos numa abertura que dava para um corredor para manter sigilo e privacidade;
- proibição de interrupção;
- desvio das chamadas telefônicas da sala próxima para a recepção;
- disposição dos lanches e bebidas na própria mesa de reuniões para manter um ambiente descontraído e não promover deslocamentos das pessoas e perda de concentração;
- técnico de filmagem orientado a não falar ou intervir na reunião enquanto ela durasse e
- moderadora deveria sentar-se de costas para a câmera, de forma que esta se concentrasse mais nos participantes.

A autora da dissertação e o assistente de marketing do HIAE foram orientados a intervirem o mínimo possível. Decidiu-se abolir o *flip chart* para o tempo da reunião ser mais produtivo.

## **A reunião**

A reunião prevista para ser iniciada às 16 horas e finalizada às 18h30, teve início às 16h25 e terminou às 19h00.

Estavam previstos e confirmados 12 participantes. Compareceram 6, ou 50% do previsto. Ainda assim, um dos confirmados apresentou-se à recepção do Centro em atitude agressiva com a proposta. Disse que havia sido convocado para venda de produtos e que se julgava insultado por ir até o Hospital para participar de reunião de vendas. Todas as tentativas de acalmá-lo e de tentar esclarecer as informações erradas que relatava foram infrutíferas. Tampouco foi possível saber se o telemarketing havia conversado com ele mesmo ou havia deixado recado por meio de uma outra pessoa. Tratava-se de um ex-paciente que sempre se mostrou uma pessoa tranqüila e receptiva durante seu tratamento. Não pudemos identificar, mesmo após contato com o telemarketing, a razão de tal comportamento pelo convidado, que havia confirmado sua presença.

O roteiro proposto em consenso foi desenvolvido com algumas alterações por causa da dinâmica que o grupo foi estabelecendo. A técnica de grupo focado mostrou-se um recurso versátil e dinâmico, capaz de mudar seu foco para alguma observação que o moderador quisesse explorar de forma mais detalhada.

## **A transcrição**

A filmagem em vídeo forneceu 2 horas e 5 minutos de material filmado e transcorreu sem nenhum problema técnico com exceção de ter sido interrompida um pouco antes da finalização da reunião pela moderadora, por término da fita.

A transcrição a partir da filmagem em vídeo foi feita pela autora. O procedimento mostrou-se muito difícil e consumiu aproximadamente 16 horas de trabalho de

acompanhamento da filmagem e digitação simultânea. Houve necessidade de várias revisões (ANEXO V).

Em função de a reunião ter-se prolongado por um pouco mais de 2 horas e, dada a grande quantidade de falas, que se sobrepunham, a transcrição de todas estas tornaria esse trabalho muito extenso e não agregaria qualquer informação relevante. Optou-se por destacar apenas as falas que pudessem contribuir como resultado de pesquisa para este trabalho. Não foram registrados aqui comentários não significativos e comentários pertinentes a outros serviços que não o da Reabilitação.

80% dos pacientes citados na reunião estiveram internados no HIAE antes da alta e encaminhamento ao Centro de Reabilitação e, por isso, foi inevitável que vários comentários sobre a internação acabassem surgindo. Os comentários referentes a outros serviços na internação, mesmo quando citados, não foram considerados na avaliação de resultados a não ser quando apresentavam alguma similaridade com os serviços do Centro de Reabilitação.

### **Definição de resultado**

“...É ingênuo pensar que a avaliação é um processo asséptico, neutro, que lida exclusivamente com dados objetivos, e que leva a resultados claros e precisos sobre o objeto avaliado. Avaliações lidam essencialmente com escolhas que precisam ser feitas por indivíduos ou grupos...” (CHIANCA, 2001).

Foram considerados resultados, neste trabalho, os trechos de transcrição da reunião que, na percepção da autora, apresentavam alguma ligação, alguma relação com um ou mais padrões da JCAHO. Considerando o texto de CHIANCA acima, essa metodologia de avaliação pode ser considerada subjetiva e caracterizada pelos valores, experiências e tendências da avaliadora.

A literatura costuma classificar os atributos de qualidade percebidos pelos clientes em grupos de dimensões de qualidade. Optou-se por não classificar os atributos em

grupos de dimensões de qualidade por selelhança entre os atributos já que, o principal propósito deste foi justamente o de identificar o relacionamento entre os atributos e os padrões JCAHO.

Ainda assim, esses atributos foram classificados quanto à sua tangibilidade, no intuito de verificar se a percepção dos clientes focaliza mais atributos tangíveis, estruturais ou intangíveis.

### **Apresentação dos resultados para a discussão.**

Os resultados foram sintetizados em quadros de forma que sua apresentação fosse visualmente não apenas auto-explicativa como também objetiva.

Complementando, a discussão foi apresentada após cada quadro de resultados. Estabeleceu-se que um mesmo atributo de qualidade da ótica do cliente pode, em algumas situações, estar associado a mais de um padrão da JCAHO, assim como um padrão pode contar com mais de uma evidência na reunião. No modelo de resultados alocados em capítulos diferentes da discussão, o trabalho de ficar consultando, simultaneamente, um capítulo e outro, visto que os padrões sob análise não são familiares à maioria dos profissionais de saúde.

A tradução dos padrões para o português foi realizada pelo grupo de trabalho JCAHO, organizada numa apostila em 1997, no HIAE, e contou com ajustes para melhor compreensão por parte da autora. A tradução não foi validada por outro órgão.

### **Características do Hospital e seu histórico de qualidade**

O HIAE é um hospital privado, geral, filantrópico, de grande porte, com capacidade para 455 leitos, situado na cidade de São Paulo, no bairro do Morumbi e que atende as faixas econômicas A e B da população. É considerado um hospital de alta complexidade que conta com unidade de pronto-atendimento para emergências, centro

cirúrgico, centro obstétrico, centros de terapia intensiva adulto, pediátrico e neonatal. Realiza transportes terrestres e aéreos para admissão ou transferência de pacientes críticos. Possui banco e serviço para transplante de órgãos, Banco de Sangue, Serviços de apoio diagnóstico de alta complexidade, Centro de Reabilitação e Unidade de Vacinação. Apresenta uma média diária de 75% de ocupação.

Atualmente conta com duas unidades externas: uma no município de Barueri, ao lado do condomínio Alphaville e outra no Jardim Paulistano, na capital de São Paulo, ambas com grande parte de sua atuação na assistência primária, focando a promoção à saúde.

As primeiras iniciativas de ações de qualidade nos processos dos serviços prestados pelo HIAE tornaram-se mais evidentes a partir de 1990 quando foram formados os chamados “Times da Qualidade”, compostos por profissionais de comando e técnicos assistenciais. O símbolo dessa iniciativa, denominada na época de SEQ (Sistema Einstein de Qualidade), era um acróstico com o nome “Albert Einstein” que listava 14 compromissos e ações consideradas como políticas para que o Hospital se envolvesse com a qualidade. Esse símbolo era demonstrado em diversos quadros distribuídos pelo Hospital. Algumas ações, como vários documentos de registro de assistência de enfermagem, foram desenvolvidos em Times de qualidade nessa época (TERRA, 2000).

Em 1995, foi contratada uma consultoria externa para avaliar o Hospital pelos critérios do PNQ (Prêmio Nacional da Qualidade). Essa avaliação não recomendou a candidatura ao prêmio. Foram definidas algumas ações como o desenvolvimento do manual corporativo com as principais diretrizes institucionais. Foi sugerido, ainda, que o Hospital adotasse o modelo ISO 9002 para algumas áreas de tal forma que se iniciasse, assim, uma sistematização de processos e posteriormente um modelo de Gestão de qualidade nas unidades operacionais (PENA, 2000). De 1995 até setembro de 2001, foram certificados pela ISO 9002 o Laboratório de Análises Clínicas, o Centro de Terapia Intensiva Adulto, o Banco de Sangue, o Centro de Terapia Intensiva Pediátrico, a Unidade de Reabilitação, o Serviço de Imagens e a Engenharia de Obras e Manutenção.

Como o modelo ISO não foi implantado em todo o Hospital, e por existirem dúvidas quanto à aplicabilidade ou real impacto sobre a qualidade dos serviços prestados nas unidades certificadas, e ainda uma grande diferenciação de iniciativas e entendimento sobre qualidade nos processos na totalidade dos serviços, decidiu-se que o HIAE fosse avaliado em 1997 por uma comissão de auditores da JCAHO. Em dezembro de 1997, formou-se um grupo de trabalho para a definição e proposta de implantação dos padrões da JCAHO, logo após um curso realizado em São Paulo por consultores da própria JCAHO. Em 1998, houve uma segunda visita dos auditores da JCAHO que consideraram o HIAE em condições de tentar uma acreditação, porém com padrões estabelecidos pela *Joint Commission International Accreditation*, divisão formada para acreditar hospitais fora dos Estados Unidos, com base em padrões de qualidade que permitiriam uma alteração em virtude da legislação vigente em cada país. (TERRA, 2000).

Em dezembro de 1999, o HIAE foi, com o cumprimento de 97% dos padrões, o primeiro hospital fora dos Estados Unidos a ser acreditado pela JCAHO.

Desde então, com a formação e coordenação da Gerência de qualidade, as ações de manutenção e melhoria do programa têm sido realizadas de forma constante e evidenciadas nos treinamentos admissionais, em treinamentos periódicos com todos os mais de 3000 funcionários, da assunção de compromisso das lideranças com os padrões que norteiam suas áreas e, principalmente, por meio das auditorias internas que, ao detectarem não conformidades, estabelecem um plano de ações corretivas com data para resolução.

### **Características da Unidade pesquisada**

O Centro de Reabilitação do HIAE é uma área de 700 m<sup>2</sup>, que compreende o atendimento a pacientes externos, não internados, nas especialidades de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Recebe uma média de três novos pacientes por dia e realiza em torno de 120 atendimentos diariamente. Os pacientes podem ficar em



tratamento com uma, duas ou até com as três especialidades. Cerca de 70% deles não efetuam pagamento direto por parte de seus convênios e são, portanto, identificados como pacientes particulares para o serviço, contra 30% de conveniados. Conta com um total de 18 profissionais que se alternam das 7 às 22 horas, de 2.<sup>a</sup> a 6.<sup>a</sup> feira.

O Centro de Reabilitação representa apenas uma parte (ambulatorial) da assistência oferecida pela Unidade de Reabilitação, responsável também pela assistência a pacientes internados no HIAE. A Unidade de Reabilitação conta ao todo com 87 funcionários, incluindo os 18 do Centro de Reabilitação.

Em agosto de 1999, a Unidade foi certificada pela ISO 9002 e tem mantido o certificado até então.

Em dezembro de 1999 foi, como parte integrante do HIAE, acreditada pela JCI.

## 5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa mostram a relação entre os atributos de qualidade levantados entre os clientes do Centro de Reabilitação e os padrões aplicáveis à área de reabilitação.

A fonte para a obtenção desses resultados foi a reunião com grupo focado realizada em 28 de setembro de 2001, no Centro de Reabilitação do Hospital Israelita Albert Einstein. A transcrição da reunião está anexa.

Para facilitar a apresentação dos resultados, utilizaram-se 12 quadros.

No Quadro 1 (*Qualificação dos atributos de qualidade percebidos pelos clientes segundo sua tangibilidade e sua relação com as funções da JCAHO*), listaram-se os 56 atributos de qualidade citados ou comentados pelos entrevistados, independentemente da frequência com que tenham sido abordados pelo grupo durante a reunião.

Classificou-se cada um dos 56 atributos em duas dimensões de qualidade que foram divididas em tangíveis e intangíveis. Essa divisão facilita a análise de qual é, do ponto de vista do cliente, a importância dos atributos de qualidade tangíveis e intangíveis num centro de reabilitação. Com essa informação, a liderança poderá definir ações estratégicas para satisfazer de forma mais eficaz o cliente.

Nesse quadro, os atributos citados pelos clientes foram relacionados com as funções da JCAHO. Alguns atributos apresentaram relação com até duas funções.

A última linha do Quadro 1 apresenta o número total de atributos tangíveis, de intangíveis e do número de vezes que alguma função esteve relacionada com os atributos.

## Quadro 1

**Qualificação dos atributos de qualidade percebidos pelos clientes quanto à sua tangibilidade e relação com as funções da JCAHO.**

Nº	ATRIBUTOS VALORIZADOS, NA REUNIÃO, PELOS CLIENTES	ATRIBUTO TANGÍVEL	ATRIBUTO INTANGÍVEL	RELAÇÃO COM ALGUMA FUNÇÃO JCAHO
1	Facilidade de acesso	X		<b>Ambiente assistencial</b>
2	Ambiente com “alto astral”		X	
3	Ambiente comum a pacientes com diferentes déficits para favorecer um ambiente de companheirismo	X		
4	Área física conjunta para todas as especialidades.	X		<b>Ambiente assistencial</b>
5	As informações serem passadas entre os profissionais		X	<b>Continuidade + Informação</b>
6	Atendimento individualizado e não mecânico		X	<b>Assistência ao paciente</b>
7	Biblioteca geral e técnica para leigos	X		<b>Educação + Ambiente assistencial</b>
8	Boa higiene e apresentação pessoal dos profissionais		X	
9	Capela	X		<b>Ambiente assistencial</b>
10	Centro com todas as especialidades	X		<b>Continuidade</b>
11	Centro de Reabilitação dentro de um hospital	X		<b>Ambiente assistencial</b>
12	Cobertura pelos convênios		X	
13	Educação específica para cada paciente considerados sua cultura e aspectos pessoais		X	<b>Educação</b>
14	Envolvimento do paciente no tratamento		X	<b>Direitos</b>

	tratamento			
15	Envolvimento pessoal dos profissionais		X	
16	Envolvimento familiar no tratamento		X	<b>Direitos</b>
17	Presença de equipe multiprofissional	X		<b>Assistência</b>
18	Esclarecimentos sobre riscos		X	<b>Educação</b>
19	Estabelecimento de expectativas pelo paciente		X	<b>Assistência</b>
20	Melhor explicação pelos médicos		X	<b>Educação</b>
21	Garantia de continuidade do acesso ao serviço		X	<b>Direitos</b>
22	Indicação sobre recursos na comunidade	X		<b>Educação</b>
23	Início precoce da reabilitação global na Unidade de Terapia Intensiva	X		<b>Avaliação</b>
24	Integração entre a equipe		X	<b>Continuidade</b>
25	Luz e vista naturais em vez de luz elétrica e ar-condicionado.	X		<b>Ambiente assistencial</b>
26	Médico do paciente perto da equipe de reabilitação		X	<b>Continuidade</b>
27	O cliente é ouvido e atendido		X	<b>Liderança + Melhoria contínua</b>
28	Pesquisa sobre satisfação do cliente	X		<b>Melhoria contínua + Liderança</b>
29	Piscina para hidroterapia	X		
30	Preços mais baixos		X	
31	Privacidade do paciente		X	<b>Direitos</b>
32	Profissionais qualificados		X	<b>Recursos humanos</b>
33	Profissional “dá colo e se doa”		X	
34	Profissional é amigo do paciente		X	
35	Profissional é carinhoso com o paciente		X	

36	Profissional com especialização no exterior	X		
37	Profissional está envolvido com pesquisas científicas	X		<b>Liderança</b>
38	Profissional não é “frio” no relacionamento.		X	
39	Profissional procura saber sobre como o paciente se sente com a evolução do tratamento.		X	<b>Avaliação</b>
40	Profissional com “sorriso” e demonstra estar sempre bem.		X	
41	Reavaliação do tratamento		X	<b>Assistência ao paciente</b>
42	Reciclagem dos profissionais	X		<b>Recursos humanos</b>
43	Registro da evolução do paciente por profissionais em prontuário	X		<b>Informação + Melhoria contínua</b>
44	Relatórios escritos para os médicos; periódicos sem que o paciente tenha de solicitar.	X		<b>Informação + Continuidade</b>
45	Renovação das revistas na sala de espera	X		
46	Retorno sistemático da equipe sobre resultados do tratamento		X	<b>Assistência ao paciente</b>
47	Reuniões da equipe com o paciente presente	X		<b>Assistência ao paciente</b>
48	Sala de espera espaçosa e confortável	X		
49	Sala de estar com computador para pacientes e acompanhantes	X		<b>Ambiente assistencial</b>
50	Salão de beleza	X		
51	Sensação de segurança		X	<b>Ambiente assistencial</b>
52	Assistência religiosa		X	<b>Direitos</b>
53	Tecnologia de excelência		X	<b>Ambiente assistencial</b>
54	Televisão na sala de espera e ginásio	X		

55	Vínculo afetivo da equipe		X	
56	Volta às atividades funcionais na vida diária		X	<b>Assistência ao paciente</b>
		24 atributos tangíveis	32 atributos intangíveis	38 atributos relacionados com funções JCAHO

*Fonte: Reunião de 28 de setembro de 2001 no Centro de Reabilitação do HIAE.*

Entre os 56 atributos levantados pelos clientes, 38 deles (67%) apresentaram alguma relação com os padrões das funções JCAHO. 6 entre esses 38 atributos relacionados com as funções JCAHO referem-se concomitantemente a duas funções. Tem-se que 10% de todos os 56 atributos listados estão relacionados simultaneamente a duas funções.

Os 32 atributos intangíveis representaram 57% do total dos atributos contra 43% de tangíveis.

Dos 38 atributos relacionados com as funções JCAHO, 21 (55%) puderam ser classificados como atributos intangíveis e 17 (45%) como atributos tangíveis.

A literatura sobre pesquisa de percepção e satisfação de clientes na área da saúde tem demonstrado que há uma tendência de os clientes observarem e valorizarem mais os aspectos tangíveis de um serviço, principalmente no que se refere à estrutura física do ambiente. No entanto, neste trabalho, observou-se um resultado ligeiramente contrário: os clientes levantaram 57% de atributos de qualidade intangíveis, principalmente no que se refere aos itens sobre recursos humanos.

Esse resultado pode estar associado a três vieses:

- a pesquisa foi realizada com indivíduos de bom nível sócio-econômico e cultural, o que lhes traz mais possibilidades de buscar um patamar mais elevado na escala hierárquica de necessidades; com menor enfoque em estrutura e maior valorização em processos e resultados;

- a pesquisa foi realizada em ambiente no qual a queixa restringiu-se à falta de piscina e o tamanho da área disponível para acomodações de acompanhantes. Os equipamentos disponíveis foram referendados como raros de serem encontrados em outros serviços. Assim, a questão estrutural não apresentou peso suficiente à dimensão dos tangíveis a ponto de mudar o resultado de maior valorização dos atributos intangíveis;

- várias qualificações sobre recursos humanos poderiam ser consolidadas como um único atributo, como por exemplo, sensibilidade ou humanização no tratamento pelos profissionais. No entanto, definimos na metodologia que não agregariamos os atributos em outras dimensões além da que os classifica como tangíveis ou intangíveis.

Abaixo apresentamos 11 Quadros (Quadros 2 a 12). Cada Quadro refere-se a cada uma das funções JCAHO referentes à reabilitação.

Para cada função são apresentados numa mesma linha:

- o atributo de qualidade citado pelos clientes (3ª coluna);
- o número oficial do padrão dentro de cada função que se relaciona a cada atributo citado (1ª coluna);
- a explicação do padrão (2ª coluna);
- a evidência, por meio de trechos da transcrição da filmagem da reunião, de que há relação entre o padrão da JCAHO e o atributo de qualidade citado pelos clientes (4ª coluna)

Alguns atributos estão relacionados com mais de um padrão.

A opção pela inserção de quadros de resultados neste capítulo, bem como sua discussão imediatamente à apresentação dos resultados de cada função e não somente ao final tiveram como objetivo facilitar a leitura e pronto entendimento do leitor que teria, no modelo tradicional de resultados alocados em capítulos diferentes da discussão, a dificuldade de ficar simultaneamente consultando um capítulo e outro, visto que os padrões JCAHO não são familiares mesmo aos estudiosos do assunto no Brasil.

A relação entre os atributos, padrões JCAHO e suas respectivas evidências apresentaram-se a seguir :

## QUADRO 2

### FUNÇÃO: “DIREITOS DO PACIENTE E ÉTICA ORGANIZACIONAL”.

Nº	PADRÃO	ATRIBUTO DE QUALIDADE	EVIDÊNCIA NA REUNIÃO
1.1.	O direito do paciente ao tratamento ou serviço é respeitado e assegurado.	Acessibilidade ao tratamento	<i>“...e aí ele quis passar todas as terapias todas para o final da tarde para freqüentar o estágio durante todo o dia..”</i>
1.2.2.	A família participa nas decisões do tratamento.	Envolvimento familiar no tratamento	<i>“..Nós conversamos, eu, meu marido e ele. Depois conversamos com o médico ‘Dr. B’. e também com a neuropsicóloga dele. Todos acharam que era o ideal para ele. A volta ao estágio foi muito bom para ele...”</i>
1.2.3.	Os pacientes são envolvidos na resolução de questões polêmicas na tomada de decisões sobre o tratamento.	Reuniões da equipe com o paciente.	<i>“...Eu quero participar tanto como paciente como enquanto familiar. Acho que o paciente deve estar sempre junto. Cada um é dono do seu corpo, principalmente quando é maior de idade, consciente. A não ser que seja uma criança. Ele tem que participar. É humilhante não participar. Já imaginou saber que houve uma reunião sem a sua presença?...”</i>
1.3.1.	Confidencialidade	Confidencialidade	<i>“...O americano respeita tanto o indivíduo, que o indivíduo é dono do próprio corpo; então ele tem que saber o que está acontecendo com o corpo dele. Isso só interessa a ele...”</i>
1.3.2	Privacidade	Privacidade	<i>“...Uma vez eu pus um médico e uns outros, acho que eram médicos residentes para fora. Pus muita gente para fora mesmo, que ficavam comentando o caso dele...”</i>



1.3.5.	Assistência religiosa	Assistência religiosa	<p><i>“...Eu sei que é um hospital judeu, mas me faz falta demais uma capela. Você já deve ter me visto várias vezes com o terço rezando aqui na sala de espera...”</i></p> <p><i>“...Eu fui até me inscrever como voluntária para me oferecer como ajuda religiosa...”</i></p>
--------	-----------------------	-----------------------	---

Na função “Direitos do paciente e ética organizacional”, pudemos evidenciar pelo menos 6 atributos de qualidade percebidos pelos entrevistados que apresentam alguma relação com os padrões descritos na 2ª coluna do Quadro. A evidência está em trecho da transcrição da reunião, na 4ª coluna.

O atributo identificado e denominado como “acessibilidade ao tratamento” encontra associação ao padrão 1.1. da função sobre direitos do paciente pois, como se evidencia no trecho da transcrição, o acesso ao tratamento foi necessário para que a opção de troca de horários das terapias freqüentadas pelo paciente possibilitasse seu retorno ao estágio. Ao se aceitar o agendamento do paciente, deve-se-lhe garantir a continuidade de assistência mesmo que precise realizar trocas de horário em benefício de necessidades específicas. Esse atributo não foi verbalizado diretamente por nenhum entrevistado, mas subentende-se que caso essa opção não fosse respeitada, ou seja, se a escolha do paciente não fosse considerada, o paciente trocava de serviço para continuidade de seu tratamento ou se manteria no serviço em tratamento, porém não retornaria ao estágio, o que o impediria sua reintegração social.

Para um serviço de reabilitação, o atendimento a essa necessidade do paciente é absolutamente indispensável como forma de satisfazer o cliente. O não atendimento a essa solicitação pode levar o cliente a um serviço concorrente. O cliente só aceitará um horário que não o de sua preferência caso haja outros benefícios agregados ao serviço onde pretende realizar o tratamento.

Para essa questão, existe a hipótese de que o cliente não perceba essa disponibilidade para trocas de horário no agendamento como um atributo de

qualidade à prestação de serviço em reabilitação. No entanto talvez classificasse o serviço como não qualificado, caso essa disponibilidade e acessibilidade não fossem atendidas.

Um segundo atributo que podemos associar a um dos padrões da função, que versa sobre os direitos do paciente e ética organizacional, trata do direito de a família participar das decisões sobre tratamento. Neste trabalho, a volta do paciente ao estágio, entendida praticamente como um processo terapêutico pela família, não se refere exatamente à assistência ou ao tratamento direto, mas a uma tomada de decisão que representa risco na percepção dos familiares do paciente, tanto que consultam o médico e a neuropsicóloga. A decisão da volta ao estágio é compartilhada com paciente, família e equipe profissional, no entanto a iniciativa foi do paciente e familiares.

Não há evidências suficientes para inferir qual teria sido a decisão do paciente e dos familiares caso não tivesse ocorrido um parecer técnico favorável à volta ao estágio. No entanto espera-se que esse tipo de iniciativa na tomada de decisão, seja mais freqüente em indivíduos, pacientes ou familiares esclarecidos e acostumados a definirem suas preferências.

Apesar de se citar aqui apenas um exemplo de evidência quanto à valorização da participação do paciente em reuniões onde se discutam decisões sobre seu tratamento, praticamente todos os entrevistados consideraram como imprescindível essa prática.

Entre os participantes que se manifestaram, apenas um deles apresentou duas opiniões: no papel de mãe, preferiria poupar o filho de informações que pudessem ser-lhe desagradáveis. Em outro momento da reunião essa mãe relata que sempre “jogou aberto” com o filho e que, na consulta com o médico, aquele entrava e saía com os pais. Tem-se a impressão de que, apesar de reconhecer o quanto é difícil respeitar o direito do filho à informação sobre seu tratamento, resultados e prognóstico, a mãe reconhece que esse direito deve ser respeitado.

O estímulo à discussão sobre o paciente participar de reunião multiprofissional foi feito com base no comentário da mãe que enfatizou a necessidade de uma reunião com todos os profissionais. Nos serviços de reabilitação brasileiros, assim como em muitos outros serviços de saúde com outras especialidades, a decisão de o paciente e familiares participarem de reuniões multiprofissionais não é uma prática muito freqüente e raramente é uma opção confortável aos profissionais de saúde.

O comentário sobre a valorização da privacidade do paciente referente ao período de internação foi mencionado aqui, apesar de este trabalho apresentar como foco os valores percebidos por clientes e familiares de clientes ambulatoriais do Centro de Reabilitação. A privacidade é aspecto importante a ser observado, mesmo em ambientes ambulatoriais de reabilitação, já que normalmente as áreas físicas são abertas, com pouca privacidade do ponto de vista acústico.

A evidência referente à confidencialidade foi abordada a partir de uma queixa de um dos entrevistados sobre alguns vídeos educativos que assistiu durante seu Programa de Reabilitação Cardíaca. Os vídeos, apesar de norte-americanos, eram traduzidos para o português. Segundo ela, essa opção por grande quantidade de informações é interessante, mas não para brasileiros, já que, - argumenta - vivemos outra realidade. No entanto, para fundamentar a crítica, ela apresenta uma explicação que enaltece o respeito ao indivíduo estadunidense.

Apesar de o padrão 1.3.5. (Assistência religiosa) não abordar a necessidade de uma área física específica para o aconselhamento ou assistência espiritual a cada religião, é recomendada uma disponibilidade de referências de religiosos que possam ser acionados caso seja de vontade do paciente ou familiares. Mesmo após a explicação de que o Hospital conta com essa possibilidade durante a internação, o reforço pela criação de uma capela foi dado por 3 dos entrevistados. Parece estar associada diretamente à oportunidade de um conforto espiritual que traz bem-estar tanto a quem acompanha um paciente internado quanto a quem espera por pacientes

que permanecem várias horas em tratamento no Centro de Reabilitação, vários dias por semana.

Essa foi uma das evidências de ligação entre um atributo percebido e um dos padrões JCAHO mais surpreendentes. Uma hipótese é a de que, se houvésssemos optado pela metodologia de entrevistas individuais, esse assunto provavelmente não teria sido reforçado por uma segunda pessoa. No momento em que uma primeira pessoa aborda o assunto, uma outra pode vir a concordar por ter sido lembrada sobre ele.

### QUADRO 3

#### FUNÇÃO: “AVALIAÇÃO DO PACIENTE”

Nº	PADRÃO	ATRIBUTO DE QUALIDADE	EVIDÊNCIA NA REUNIÃO
2.1. e 2.2.	As reavaliações devem ocorrer em intervalos regulares durante a internação. As reavaliações determinam a resposta dos pacientes aos cuidados.	Reavaliação do tratamento	“....Acho que precisamos buscar mais respostas.”  “...Ainda não encontraram onde ele está errando, é o peso, é a perna, é a barriga, são as costas? Não sei onde é que ele está errando...”
2.3. e 3.1.	Qualquer alteração significativa nas condições dos pacientes deve indicar uma reavaliação. Os membros da equipe baseiam as decisões sobre os cuidados com base nas necessidades e prioridades.	1- Reavaliação do tratamento  2- Envolvimento do familiar no tratamento	“... A equipe está meio aflita e me propõe coisas. A equipe sente que é o momento de colocar mais desafios, mas que eu não consigo fazer... Eu entendo que a equipe fique querendo trocar, mas eu...”
3	Os membros da equipe integram a informação com base em várias avaliações do paciente de forma que identifiquem e definam as	1- Integração entre a equipe.  2- As informações são	“...Acho que a integração entre a equipe é muito importante e eu encontro isso aqui. A equipe é muito atenta. É um elemento importante. As informações são

	prioridades de tratamento.	compartilhadas entre os profissionais.	passadas...”  “... É, isso também foi um motivo de escolha do centro. Todos estão ligados entre si, inclusive ligados ao médico dele. Não posso perder isso...”  “...Mas assim mesmo eles têm uma integração...”
2.1. e 2.2.	As reavaliações devem ocorrer em intervalos regulares e determinam a resposta dos pacientes aos cuidados.	Profissional procurar saber como o paciente está-se sentindo com tratamento.	“...ela sempre perguntava como eu estava me sentindo. Ela registrava tudo...”

Explicar para leigos a importância da existência da função sobre a avaliação e reavaliação do paciente de acordo com suas necessidades não parece fácil. No entanto falas espontâneas emanadas do grupo mostraram alguma valorização sobre padrões dessa função na JCAHO.

Em dois momentos da reunião, duas pessoas pareceram demonstrar alguma angústia quanto ao aspecto de avaliação / reavaliação: uma delas diz precisar de mais respostas e a outra mostra preocupação em identificar onde está a causa pelo erro na marcha do filho, o erro do paciente, o erro de seu familiar. Será que o paciente erra? Se ele erra, de quem se espera a orientação para a correção? Da equipe profissional, acreditamos. Quando, na reunião, questionaram-se os participantes sobre o que representaria “um dia feliz” para eles, ‘M’, que questiona o porquê do erro do filho, expõe ao grupo que um dia feliz seria aquele em que seu filho estivesse totalmente bem, caminhando perfeitamente. Mostra sua angústia materna para que o erro de marcha do filho seja encontrado. Isso pode ser entendido como um reconhecimento à importância de uma avaliação detalhada pelos profissionais. Isso deixa evidente, portanto, um alinhamento, uma relação entre o que é entendido como valor pessoal, com os padrões que apontam a necessidade das avaliações e reavaliações do paciente.

A valorização da reavaliação, à procura do erro, parece ser um atributo de qualidade tanto mais percebido quanto maior for o perfil perfeccionista do cliente. Os profissionais de reabilitação possuem facilidade para aceitar e conviver com a deficiência do indivíduo, que, comparada a padrões estéticos entendidos como “normais”, pode representar aquilo que é feio, que não está conforme, que é errado. Se não houver sensibilidade desses profissionais ao entendimento e aceitação da busca da perfeição por parte de alguns clientes, sejam pacientes ou familiares, contaremos com o risco do conflito de expectativas entre o esperado e o possível, entre as expectativas do cliente e as do prestador de serviço.

Nessas situações de potencialidade para a ocorrência desse tipo de conflito, que podem ser identificadas rapidamente pelos profissionais a depender de sua percepção, o papel da informação, do compartilhamento dos resultados esperados e obtidos e do envolvimento do cliente na tomada de decisão sobre os rumos e objetivos da reabilitação, são essenciais para amenizar ou anular crises entre as expectativas de clientes e prestadores de serviço, o que favorecerá um relacionamento satisfatório entre ambos.

É relevante, portanto, que toda a equipe multiprofissional seja alertada sobre a importância da informação e da aceitação a diferentes expectativas daquilo que é possível sob a análise técnica, a qual não pode ignorar a avaliação do leigo, atento a aspectos muitas vezes não considerados pelo profissional envolvido no tratamento. A importância dada à avaliação e reavaliação deveria ser entendida como uma sala de espelhos, onde um mesmo indivíduo, colocado no centro dessa sala, é capaz de observar diferentes regiões de seu corpo dependente da direção para onde voltar seu olhar.

A segunda situação, que mostra um sentimento de angústia, inclusive verbalizada, é da mesma entrevistada, que ora desejava mais respostas, ora se julgava incapaz para enfrentar novos desafios propostos pela equipe, após uma reavaliação do quadro médico de seu marido. Supõe-se que os novos desafios possam ter sido estabelecidos após a descoberta de algumas respostas vindas da reavaliação de seu

marido. Parece que o que é desejado (mais respostas) causa ao mesmo tempo angústia. Esses novos desafios talvez possam causar frustrações para as quais ela e o marido, segundo sua percepção, podem não se sentir preparados.

A análise de trechos verbalizados pelos entrevistados de forma espontânea demonstra que a função de avaliação do paciente está relacionada a aspectos críticos no processo de reabilitação da ótica do cliente, seja ele paciente ou familiar.

Os outros dois depoimentos valorizam o questionamento constante do profissional de reabilitação quanto à avaliação de evolução do quadro do cliente, assim identificado como um atributo de qualidade na assistência. As expressões faciais, corporais e a entonação de voz observadas na filmagem (que talvez não conseguíssemos reproduzir com a exatidão necessária neste texto) evidenciam uma admiração positiva na fala do entrevistado 'L' quando diz que lhe perguntavam o tempo todo como estava se sentindo e que tudo era registrado. Com a leitura apenas das palavras colocadas na coluna que evidencia a importância dada à reavaliação, pode-se ter a impressão de que isso seria visto como algo desagradável pelo cliente.

#### QUADRO 4

##### FUNÇÃO: "ASSISTÊNCIA AO PACIENTE"

Nº	PADRÃO	ATRIBUTO DE QUALIDADE	EVIDÊNCIA NA REUNIÃO
1.	Prover assistência individualizada em resposta às necessidades específicas do paciente. O paciente merece a assistência que respeite suas escolhas, apóia sua participação no tratamento e reconhece seus direitos ao alcance dos objetivos de saúde pessoais.	Atendimento individualizado e não "mecânico"	"...Mas aí foi diferente. Eu falei que ele não estava contente com a Fisioterapia, aí a 'F' propôs que mudássemos parte da terapia para os aparelhos. Pronto ! Ele adorou. Agora ele se sente indo para academia, para um clube...". "...Incomoda se você tiver a impressão de que ele está apenas fazendo o seu trabalho mecanicamente..."
1.2.	A assistência é planejada e realizada por profissionais qualificados de forma interdisciplinar e	Equipe multiprofissional	"...Ah, eu disse que era muito bem equipado, que era multidisciplinar...."

	colaborativa.		
1.3.	O progresso do paciente é avaliado periodicamente e os objetivos e plano são revisados.	Reavaliação do tratamento	<i>"...Então a gente não tem que ficar quieta, tem sempre que botar a boca no mundo. Temos que estar sempre falando:" aqui não está legal, o que há de melhor, o que podemos fazer?"</i>
5.1.4	O paciente é informado sobre riscos e benefícios de um procedimento.	Centro de Reabilitação está dentro de um hospital	<i>"...Havia sido avisada que eu poderia ter um infarto durante os exercícios. Então estar dentro de um hospital me deu segurança..."</i>
6.1. e 6.2.	Profissionais qualificados desenvolvem planos de reabilitação que podem ser implantados com o paciente e familiares.	Retorno sistemático da equipe sobre o resultado do tratamento	<i>"... A equipe está meio aflita e me propõe coisas. A equipe sente que é o momento de colocar mais desafios, mas que eu não consigo fazer... Eu entendo que a equipe fique querendo trocar, mas eu..."</i>
6.3.	Reabilitação recupera, desenvolve ou mantém o melhor nível funcional do paciente.	Volta às atividades funcionais da vida diária, sem seqüelas	<i>"...um dia feliz....dia que todos estejam estão encaminhados, andando, trabalhando..."  "...Saí bem dependente numa cadeira de rodas. Para ir ao banheiro precisava da ajuda do marido, da filha ou da empregada...Fiquei fazendo reabilitação aqui quase 1 ano e meio. Vinha aqui todos os dias e depois comecei a vir 3 vezes por semana..Mas graças a Deus eu dirijo. Eu tenho uma mãe e uma sogra viúvas. Eu cuido delas. Praticamente um ritmo normal. Vou fazer compras, levo as duas. Só o que eu não faço é voltar a trabalhar junto com os meus filhos..."  "...É ele está começando a dirigir. Vai para as baladas dele..."  "...Saiu paraplético, sem falar.... Ele se comunica e ele é muito expressivo... Enfim, depois de 3 anos...Ele anda, apesar de algumas compensações. O braço direito não voltou. Ele é muito grande, muito alto, mas anda. Ele tem autonomia. Mas o problema com a fala..."</i>

O vocábulo "mecanizado" é um reforço à qualificação de um atendimento individualizado. É entendido como um atributo do que não é diferenciado, do que não leva em conta as particularidades e individualidades do cliente, do paciente. Quando a atitude de 'F' propor algo diferente do protocolo no atendimento de 'A', após a queixa da mãe que não estava contente com a Fisioterapia, foi valorizado por esta, entende-se que houve uma valorização à revisão das necessidades e particularidades do paciente, o que evidencia o padrão JCI 1, da função de Assistência ao paciente, em que se recomenda a assistência individualizada às necessidades específicas do paciente.



O padrão 1.3. recomenda que o progresso do paciente seja periodicamente avaliado com base nos objetivos estabelecidos e o plano de assistência ou os objetivos revisados. No Brasil, a maior parte dos serviços de reabilitação não recebe cobertura dos planos de reabilitação, documentos onde se definem objetivos em curto e longo prazos, tampouco com a revisão dele à luz da evolução ou não do quadro do paciente. A prática de o profissional estabelecer metas com o paciente e familiares é difícil quando se considera que o profissional da saúde sente ainda dificuldade para aceitar que o paciente possa exercer o papel de um cliente, buscando o alcance de objetivos importantes para ele mesmo. Nessa prática, o profissional há de se colocar como um facilitador, para orientar quais os riscos, os limites, os métodos e em quanto tempo os resultados podem, e se podem, ser alcançados.

Um dos argumentos utilizados pela maior parte das fontes pagadoras no Brasil para o não pagamento de serviços de reabilitação é o de que esses tratamentos normalmente não estabelecem uma previsão de término. Pelo que podemos observar, na maioria dos serviços de reabilitação essa afirmação procede. A prática fiel ao que preconiza a utilização e revisão dos planos de reabilitação pode ser um começo para que essa visão negativa para com os serviços de reabilitação seja gradativamente desfeita. Este atributo é técnico, não foi apontado pelos clientes na reunião e por isso não relacionado neste trabalho a algum padrão, mas essa recomendação pode ser encontrada no padrão 6.4. da função Assistência ao paciente que aborda a necessidade de que o planejamento para a alta ou finalização de um programa de reabilitação esteja baseado em avaliações e mensuração do tempo estabelecido para o alcance dos objetivos de tratamento. Recomenda que os critérios para alta ou interrupção de um programa de reabilitação considerem a idade, a deficiência, o tipo de tratamento, o regulamento da instituição e os planos descritos pelos profissionais. O benefício para o paciente é maior quando a equipe trabalha de forma colaborativa para integrar as informações dentro de um amplo quadro. A partir daí as necessidades do paciente e sua ordem de importância podem ser identificadas, e as tomadas de decisão definidas por uma equipe integrada são mais adequadas. No texto,

evidenciam-se algumas falas referentes à preocupação de o Serviço de neuropsicologia não estar integrado à Reabilitação. Essas evidências mostram que há uma percepção de qualidade muito forte quanto à integração da equipe. Se os serviços de saúde, em sua maioria, já resolveram um grande desafio que é a aceitação da multidisciplinaridade na assistência, enfrenta agora um que é tão importante e difícil de ser resolvido quanto o primeiro – a integração entre as especialidades, surgindo o termo “interdisciplinaridade”, que não contempla apenas o trabalho de várias disciplinas juntas, mas integradas entre si. Acredita-se que muitos dos profissionais de saúde não imaginariam que clientes pudessem perceber essa necessidade para melhor assistência e muito menos que o percebessem como um atributo de qualidade valioso. Pôde-se identificar que ‘S’ primeiramente abordou esse aspecto como atributo de qualidade. Como esposa de médico, disse no início da reunião que estava acostumada a avaliar hospitais públicos e universitários com o marido. Talvez esse possa ser um viés para que a questão da integração da equipe tenha sido por ela apontado e, então, ecoado pelo resto do grupo.

A questão da preocupação com a segurança nos procedimentos realizados no Centro de Reabilitação, citada por uma das entrevistadas, pode estar aumentada em função do esclarecimento médico acerca do risco do infarto. A informação ou educação para o risco é muito importante e foi o motivo de escolha para que se realizasse o Programa no Centro de Reabilitação alocado no Hospital. O atributo “segurança” foi entendido principalmente como o acesso ao socorro em caso de uma emergência durante seu condicionamento físico no Centro de Reabilitação.

Voltar à funcionalidade e autonomia nas atividades de vida diária foi um valor apontado várias vezes, inclusive associado à questão indireta sobre o que representaria um dia feliz para o grupo.

O padrão 6.3. diz que a reabilitação restaura, melhora ou mantém o ótimo nível de funcionalidade, autocuidado, auto-responsabilidade, independência e qualidade de vida. Na realidade, na prática o padrão deveria considerar ao final do texto a palavra “possível para cada caso”. O relato de ‘B’ foi ao encontro do que é

apresentado no padrão e do que é a expectativa de cada indivíduo ou familiar admitido num Centro de Reabilitação e nem sempre alcançada. Muitas vezes essa expectativa de funcionalidade, autocuidado e independência são alcançadas, porém com o uso de acessórios auxiliares como uma cadeira de rodas, uma órtese, uma prótese. Outras vezes essa expectativa é alcançada, porém o paciente pode portar alguma disfunção aparente, como uma seqüela. As duas últimas situações podem não ser entendidas como expectativas alcançadas, mesmo que a funcionalidade, a independência para autocuidado e a autonomia tenham sido obtidas. Essa variabilidade no entendimento de expectativas alcançadas pode variar de acordo com o nível de informação que os profissionais possam ter fornecido, dos valores culturais e pessoais do indivíduo e/ou de seus familiares e, ainda, de outros aspectos pessoais não levantados aqui. Normalmente, os brasileiros são preconceituosos quanto à integração social de portadores de deficiência, tanto que praticamente eles representam o único grupo de pessoas que reivindica a plena acessibilidade aos locais públicos neste país.

Nas evidências desse padrão, encontraram-se duas amplitudes de expectativas diferentes: 'M' fica preocupada ao ver seu filho perder o equilíbrio ao descer as escadas, algo que pode ser considerado comum a qualquer indivíduo que desça uma escada e 'S' que, apesar de verificar uma comunicação bastante limitada e déficits no alinhamento corporal de braço e tronco em seu marido, é capaz de reconhecer a autonomia que ele adquiriu. Não há "certos" nem "errados". Há expectativas e percepções de qualidade nos diferentes resultados. Os profissionais assistenciais e gestores precisam respeitar essas diferenças para que possam aproximar-se mais de cada cliente, seja ele paciente ou familiar.

## QUADRO 5

### FUNÇÃO: “EDUCAÇÃO DO PACIENTE E DOS FAMILIARES”

	PADRÃO	ATRIBUTO DE QUALIDADE	EVIDÊNCIA NA REUNIÃO
1.9. e 4.2.	O hospital torna claras ao paciente e familiares quais são suas responsabilidades para o alcance das necessidades e lhes fornece conhecimento e habilidades para que possam de fato assumir essas responsabilidades.	Esclarecimentos sobre riscos.	<p><i>“...Todo mundo foi muito claro. Ele não pode bater a cabeça novamente. Ai, pode ser muito pior...”</i></p> <p><i>“...Havia sido avisada que eu poderia ter um infarto durante os exercícios. Então estar dentro de um hospital me deu segurança...”</i></p>
1.7. e 1.8.	Os pacientes são informados sobre o acesso a outros recursos na comunidade ou outro tratamento de que venham a precisar.	Informações sobre recursos e tratamentos na comunidade	<i>“...Eu procurei a fisioterapeuta ‘F’ e ela me disse que não havia hidro aqui. Pedi que ela me indicasse uma próxima de casa...”</i>
1	As necessidades de aprendizado, habilidades, preferências e prontidão para o aprendizado são avaliadas.	Médicos que explicam bem. + Biblioteca geral e técnica para leigos	<i>“...Eu mesma queria saber mais sobre a doença do meu filho e fui procurar sobre tudo o que ele estava apresentando. Procurei a biblioteca daqui, mas era bem técnica. É importante aprender tudo. Muitas vezes os médicos não explicam tudo...”</i>
1.1.	A avaliação para a capacidade de aprendizado deve considerar aspectos culturais, religiosos, barreiras emocionais, físicas, cognitivas de linguagem e financeiras, assim como a motivação para o aprendizado.	Plano educacional personalizado.	<p><i>“...Ah nem sempre é bom saber tudo. Eu por exemplo vi uma fita de vídeo aqui no Programa de Reabilitação que eu não gostei, porque falava sobre a cirurgia que eu fiz. Pra que se já fiz mesmo?”</i></p> <p><i>“...É que isso de informar tudo é uma realidade norte americana. Não é a nossa realidade. Lá é diferente. É outra realidade...”</i></p>

			<p><i>“...Eu não tenho que ouvir essas abobrinhas. Eu sei que tenho que ter informações, mas precisa ver o que fala...”</i></p>
--	--	--	---

A expectativa da cliente de contar com o recurso de hidroterapia para seu filho no próprio Centro de Reabilitação, onde é ele tratado pelas demais especialidades, não foi atendida. No entanto há alinhamento do padrão que recomenda a orientação sobre recursos adicionais na comunidade e sobre qualquer outro tratamento que não seja oferecido no serviço, mas que possa garantir alguma melhora na evolução do paciente.

O filho de ‘M’ estava em estado de coma quando ela sentiu necessidade de ir à biblioteca para saber mais sobre a doença.

Quando o paciente não apresenta condições físicas, sensoriais ou cognitivas para que sejam avaliadas suas necessidades de aprendizado sobre a doença e tratamento, o padrão recomenda que o familiar mais apto seja o foco do plano educacional da equipe. Esse familiar deve ser orientado sobre todas as suas necessidades de informação e a equipe deve estabelecer pontos de verificação para garantir que ele esteja totalmente esclarecido. Por isso a expectativa de ‘M’ sobre informações ou mais detalhes sobre a doença poderia ter sido mais explorada pela equipe e, assim, talvez ela não tivesse sentido a necessidade de buscar mais informações na biblioteca. O padrão, ao falar sobre identificação de necessidades de aprendizado, está alinhado com o que ‘M’ deseja e, portanto, valoriza.

Os profissionais precisam aprender a ouvir, a explicar mais e a educar. Os pacientes percebem esses esforços (BURKE e POTHAST, 1997).

PRETZER (2001) relata que o NCQA (*National Committee for Quality Assurance*), está realizando uma pesquisa sobre instrumentos de medida para avaliação da qualidade médica com base nas informações provenientes dos clientes, com término previsto para 2003. A questão da informação fornecida pelos médicos provavelmente

será um dos pontos importantes na avaliação dos clientes, hoje, cada vez mais exigentes diante da oferta de informações sobre saúde disponíveis na mídia e internet.

Quando 'D' diz que nem sempre é bom saber tudo, acrescenta que a prática de informar tudo ao paciente atende a uma demanda da sociedade estadunidense e que não é a realidade brasileira. Age como se aproveitasse essa justificativa de diferença cultural para explicar o fato de não ter gostado dos vídeos educacionais que lhe foram apresentados durante sua participação no Programa de Reabilitação Cardíaca.

Esse episódio reforça a teoria de que nem tudo o que os profissionais de saúde entendem como absolutamente necessário, adequado e mesmo valioso para seus clientes é, na realidade, valorizado por eles. É possível até que 'D', em conversa com algum amigo, quando se referir ao Programa que freqüentou, ilustre os pontos que possa ter identificado como positivos, os vídeos educacionais a que assistiu, no entanto, naquele momento de reflexão, não os considerou adequados ao seu momento de recuperação e muito menos ao seu padrão cultural.

O padrão, se respeitado em sua íntegra, poderia talvez ter satisfeito mais à cliente do que a crença dos profissionais de saúde de que a informação integral dos procedimentos é essencial. Para o Programa de Reabilitação Cardíaca previu-se um conteúdo educacional completo, mas não se considerou a possibilidade de os pacientes serem consultados sobre o desejo ou não de assistir a vídeos educacionais sobre a doença e seus procedimentos.

O mesmo ocorreu com 'M'. Parece ter sentido dificuldade para aceitar a orientação da profissional que recomendou que seu filho providenciasse uma carteira de habilitação para portadores de deficiência. Parece claro que a intenção da profissional foi a melhor, pois procurou orientar os familiares sobre todas as facilidades de acesso que o filho poderia ter ao adotar, por direito, uma carteira de habilitação especial a portadores de deficiência. Com a carteira de habilitação especial, 'A' contaria com algumas vantagens, como a facilidade para estacionar, por exemplo. No entanto, como no caso anterior, o profissional de saúde valorizou o que considerava importante ao paciente sem,

talvez, ter considerado a possibilidade de haver uma barreira emocional à aceitação de uma seqüela ou de detalhes sobre o procedimento.

## QUADRO 6

### FUNÇÃO: “CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA”

	PADRÃO	ATRIBUTO DE QUALIDADE	EVIDÊNCIA NA REUNIÃO
4	O hospital garante a continuidade do tratamento ao paciente, ao longo do tempo, em todas as suas diferentes fases e necessidades.	1 - Centro pode contar com todas as especialidades 2- Sentir-se seguro.	<i>“...Tem que ter tudo num lugar só... Para o ‘A’ ficou tudo concentrado aqui, menos a hidro...”</i> <i>“...que haveria médico próximo em caso de emergência...”</i>
5	O hospital garante a coordenação entre os profissionais e áreas envolvidas no tratamento do paciente.	Integração entre os integrantes da equipe.	<i>“...Acho que a integração entre a equipe é muito importante e eu encontro isso aqui. A equipe é muito atenta. É um elemento importante. As informações são passadas...”</i> <i>“...Todos estão ligados entre si, inclusive ligados ao médico dele. Não posso perder isso...”</i>
7	O hospital garante que as informações clínicas sobre os pacientes, os tratamentos realizados e os resultados sejam enviados e/ou recebidos quando os pacientes forem admitidos, indicados, transferidos ou receberem alta.	Informar periodicamente ao médico do paciente por meio de relatórios sem que o paciente solicite.	<i>“...Eu peço para a hidroterapeuta ligar para a fisio daqui e vice-versa. Peço para a fisioterapeuta ligar para a de fora para que os exercícios tenham o mesmo objetivo..”</i> <i>“...Eu pedia o relatório quando eu precisava passar no médico. Eram tantos médicos no meu caso. Aí na outra semana vinha o relatório e eu levava para o meu médico...”</i>

			<p><i>“...Mas quando eu fui passar no médico, não tinha o relatório da cozinheira, quero dizer da nutricionista, e era importante para o meu médico saber...”</i></p>
--	--	--	---

A função “Continuidade da assistência” tem o objetivo de garantir que a assistência ao paciente não seja interrompida por falta de disponibilidade de recursos, de profissionais e, principalmente, por falta de informações pertinentes às necessidades do paciente. Não se exige que o serviço possua todos os recursos necessários em determinada fase do tratamento, mas deve haver a garantia de que, caso haja necessidade, esse serviço possa indicar e recomendar outro serviço, com a garantia também de que as informações serão compartilhadas.

Assim como ‘M’ percebeu como atributo de qualidade de um centro de reabilitação a concentração de todas as especialidades terapêuticas de que seu filho precisava num mesmo local, não é raro ouvirmos pais de crianças em fase escolar dizerem que escolheram determinada escola em função das atividades extras que a escola oferece, no mesmo local, fora do horário de prática curricular. Normalmente a explicação é que essa facilidade melhora a qualidade de vida de pais e crianças que evitam gastar seu tempo deslocando-se no trânsito da cidade. Talvez por esse mesmo motivo dê-se o aumento de *shoppings* na cidade. Os clientes buscam facilidades de acesso e concentração dos serviços de que necessitam e, assim, podem utilizar seu tempo em algo que lhes propicie mais prazer.

Certamente o foco da função sobre continuidade da assistência não é o de que os serviços ofereçam todas as especialidades dentro de sua área de atuação, já que algumas vezes não há condições de crescimento de área física ou de recursos financeiros para a incorporação de outras atividades correlatas, porém não essenciais à finalidade do serviço original.



O desejo dos entrevistados, no entanto, foi além do que seria apenas a procura de serviços, recursos ou profissionais alocados num mesmo local. A preocupação de uma das entrevistadas com os relatórios para os médicos pode mostrar uma valorização da opinião do médico sobre a conduta dos fisioterapeutas e da nutricionista, uma valorização das informações desses profissionais como suporte na reavaliação da paciente pelo médico ou ambos. De qualquer forma, a valorização dos relatórios e da passagem de informação é identificada como algo importante, que agrega valor à qualidade da assistência desses pacientes.

Verificou-se uma evidência com palavras que marcam uma posição firme, favorável à integração entre os profissionais como um atributo de qualidade – “...*não posso perder isso...*”. Seria esse um caso em que o custo do tratamento com característica multidisciplinar seria percebido como baixo, caso houvesse o risco de que essa ligação entre os profissionais fosse perdida?

Com o aumento da concorrência na área da saúde, é importante que os gestores fiquem atentos não só à redução de custos e às oportunidades de atender às expectativas dos clientes, mas também para saber identificar os atributos de qualidade pelos quais realmente os clientes estão dispostos a pagar mais. Essa, talvez, seja uma das únicas alternativas eficazes, da qual os serviços de saúde podem valer-se para conseguirem justificar diferenciais em seus processos de assistência, e então, receber por eles, seja pela comprovação de alguma vantagem de resultados com impacto de redução de custo, seja pela pressão dos clientes dessas fontes pagadoras.

A necessidade de integração dos membros da equipe, aqui reforçada pelos entrevistados, mostra-se alinhada com o que muitos profissionais da saúde mencionam encontrar como dificuldade para uma assistência mais integral e otimizada aos pacientes. Não havia a hipótese de que os clientes percebessem a integração entre os membros da equipe como um atributo de qualidade de forma tão clara. Lembramos que esses aspectos surgiram sem qualquer observação ou estímulo para discussão por parte da moderadora durante a reunião.

## QUADRO 7

### FUNÇÃO: “MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE”

Nº	PADRÃO	ATRIBUTO DE QUALIDADE	EVIDÊNCIA NA REUNIÃO
3	O hospital deve sistematicamente buscar a melhoria contínua.	A sugestão do cliente é ouvida e atendida	<i>“...Eu pedi...uma televisão no ginásio. Você pôs?...”</i>
3.1.	São registrados dados referentes a processos e/ou resultados importantes relativos às funções relacionadas aos cuidados do paciente e à organização.	Registro da evolução do paciente feito pelos profissionais no prontuário.	<i>“...ela sempre perguntava como eu estava me sentindo. Ela registrava tudo...”</i> <i>“...E eu ali, no 7, no 6, muito bem. Então eu tive alta daqui...”</i>
3.2.5.	Os dados são coletados sistematicamente quanto a necessidades, expectativas e satisfação dos pacientes.	Pesquisa de satisfação do cliente	<i>“...Eu, em todas as pesquisas do Hospital...”</i> <i>“...Sabem, quando eu fui convidada para essa reunião, eu pensei: é a minha oportunidade de falar da falta da piscina...”</i>

O comentário de ‘D’, “...e eu ali no 7, no 6...”, refere-se a um dos parâmetros de seu desempenho no condicionamento físico. Os números citados referem-se à velocidade de caminhada na unidade de MPH (milhas por hora) na esteira ergométrica. Acrescentar o “muito bem” após a informação numérica é coerente, já que para seu quadro clínico esse realmente era considerado um bom desempenho. Esse dado não confere evidência ao padrão, quando este se refere a dados que demonstrem o desempenho da organização. No entanto a informação relativa ao desempenho, além de poder demonstrar um dado quantificado sobre os cuidados com o paciente, o que já é suficiente para comprovar seu alinhamento ao padrão, poderia ainda ser evidência aos padrões da função de educação do paciente. Na admissão ao Programa de Reabilitação Cardíaca, existe um roteiro de aulas sobre esses dados de

acompanhamento do desempenho, assimilados por 'D', cujo histórico relatava nenhuma vivência com a prática sistemática de alguma atividade física até então.

A informação, a educação do cliente, seja ele paciente ou familiar, colabora para a percepção dos resultados, sejam eles satisfatórios ou não. Uma vez ciente dos resultados compartilhados com os profissionais envolvidos, espera-se maior envolvimento do cliente nos objetivos e metas estabelecidos. Talvez esse seja um dos grandes desafios dos gestores na área de reabilitação – a conscientização dos profissionais de que quanto mais quantificáveis, objetivas e compartilhadas com os clientes forem as metas propostas no plano de reabilitação, maior será a adesão ao tratamento. Esta pode ser considerada uma variável importante durante o processo de reabilitação, normalmente longo de acordo com o cliente.

Quando os entrevistados conversam sobre aproveitar as pesquisas para reivindicarem o que julgam importante (piscina, televisão) demonstram acreditar que as pesquisas de satisfação, de opinião são instrumentos válidos para resolverem seus problemas ou, ao menos, para a divulgação de suas insatisfações.

A dúvida em relação à valorização da voz do cliente também foi apresentada quando 'D' afirmou que falou sobre a televisão. Perguntou, como se duvidasse, se a TV, de fato, havia sido instalada.

Verificar como o cliente percebe as pesquisas de satisfação pode ser um dos pontos que favorece ou não a adesão à participação nesse tipo de evento, como reuniões com grupo focado. Se as pessoas tiverem passado por experiências positivas quanto às suas reivindicações em pesquisas anteriores espera-se maior adesão ao preenchimento de questionários e participação em reuniões desse tipo.

Dessa forma, cabe também avaliar sempre tanto nos serviços de reabilitação como em qualquer outro, como são utilizadas as pesquisas de satisfação do cliente. Se o cliente não percebe que algo é modificado por uma sugestão ou queixa, o instrumento pode cair no descrédito.

Os atributos de qualidade apontados pelos clientes podem ser colocados como prioridades num plano de ações de melhoria e se tornarem indicadores de qualidade

de um serviço. O acompanhamento desses indicadores irá identificar a satisfação dos clientes em aspectos levantados em pesquisa com um outro grupo de clientes.

## QUADRO 8

### FUNÇÃO: “LIDERANÇA”

Nº	PADRÃO	ATRIBUTO DE QUALIDADE	EVIDÊNCIA NA REUNIÃO
1.3.3., 1.3.3.1. e 1.3.4.	Os serviços são projetados para atender as necessidades e expectativas dos pacientes e seus familiares. Os líderes são responsáveis por receber, avaliar e agir sobre informações referentes à satisfação de pacientes e familiares com os serviços oferecidos.	A sugestão do cliente é ouvida e atendida	<p><i>“...Eu pedi...uma televisão no ginásio. Você pôs?...”</i></p> <p><i>“...Eu falei que ele não estava contente com a Fisioterapia, aí a ‘F’ propôs que mudássemos parte da terapia para os aparelhos. Pronto ! Ele adorou. Agora ele se sente indo para academia, para um clube...”</i></p> <p><i>“...Aqui é mais caro e eu não teria condições de fazer,...propôs aquele Programa de Reabilitação Cardíaca com facilidades financeiras, deu para fazer aqui, pois do contrário eu não teria condições...”</i></p>
1.9. e 1.9.1.	Os líderes desenvolvem programas para recrutar, manter, desenvolver e educar de forma continuada sua equipe.	<p>Reciclagem dos profissionais</p> <p>Profissional está envolvido em pesquisa</p>	<p><i>“...acho que é muito importante que haja sempre uma reciclagem dos profissionais...”</i></p> <p><i>“...Dá uma segurança para o usuário saber que os profissionais estão inseridos em projetos de pesquisa...”</i></p>

A entrevistada tinha a expectativa de que o que foi solicitado à liderança da área fosse cumprido.

Os clientes criam expectativas o tempo todo. Quando são ouvidos e informados sobre a possibilidade de suas sugestões serem aceitas, a expectativa pode aumentar e a frustração de não ver o prometido realizado tome talvez uma proporção

maior do que a expectativa. Essa possibilidade leva ao descrédito da organização. Já a confirmação da expectativa implementada fortalece a relação entre cliente e serviço, o que pode promover a fidelização na relação entre ambos.

As frases oriundas de falas aqui apresentadas como evidência confirmam que os clientes reconhecem e esperam que a liderança atenda às suas expectativas. Foram relatadas durante a reunião, e encontram-se transcritas, situações em que os clientes presentes na reunião procuraram ajuda para resolver seus problemas específicos, que fogem da rotina. A expectativa do cliente está relacionada com padrões da JCAHO na função “Liderança”.

‘S’ identifica como qualidade dois atributos contemplados num dos padrões da função “Liderança” (1.9.). Quando se fala sobre a importância de reciclagem, o termo é traduzido do inglês como educação continuada. Esta recomendação também está citada na função “recursos humanos” cujos resultados serão apresentados a seguir.

Certamente, antes da realização da reunião, poderia esperar-se que os entrevistados abordassem a questão de qualidade dos profissionais e também a questão de reciclagem. A reciclagem, vocábulo utilizado como sinônimo do processo de treinamento e atualização dos profissionais, é realizada somente dentro do campo de conhecimento já desenvolvido pelos profissionais em sua prática.

No entanto, quando ‘S’ fala sobre a importância de os profissionais estarem envolvidos em pesquisas, assume que isso não traria somente uma satisfação pessoal aos profissionais como também segurança ao usuário, termo que utiliza para se referir ao paciente. Essa percepção de qualidade exige mais do que simples rotinas ou políticas de recursos humanos. Valorizar e identificar o envolvimento dos profissionais em pesquisas, como um aspecto de segurança ao usuário, exige uma definição estratégica da liderança do setor e de toda a Organização. Só poderá ser atendida se estiver respaldada por uma política institucional, já que requer verba específica, disponibilidade para divulgação de imagem de acordo com seus escopos – imagem de Organização ligada apenas à saúde ou também à pesquisa em saúde.

A valorização da pesquisa num serviço de saúde como a reabilitação, está relacionada à expectativa de clientes com uma formação acadêmica diferenciada e que provavelmente não seria facilmente lembrada por indivíduos com baixa formação escolar. Isso reforça a teoria de que as expectativas e os valores variam em função das diversidades culturais, econômicas, étnicas e tantas outras. Reforça ainda que os instrumentos ou resultados de pesquisa que envolvam percepção de atributos de qualidade ou quaisquer outros aspectos subjetivos, podem servir favoravelmente como referência metodológica e como conhecimento de aspectos gerais sobre uma determinada área pesquisada. No entanto não deveriam ser utilizados como base para tomada de decisões estratégicas a um outro serviço, principalmente se contar com diferenças significativas entre as populações atendidas.

#### QUADRO 9

##### FUNÇÃO: "SEGURANÇA DO AMBIENTE ASSISTENCIAL"

Nº	PADRÃO	ATRIBUTO DE QUALIDADE	EVIDÊNCIA NA REUNIÃO
1	O serviço planeja uma infraestrutura segura, acessível, efetiva e local eficiente e consistente com a missão, leis e finalidade do serviço.	Acessibilidade facilitada	<p><i>"...O acesso aqui é bom. Não tem degrau..."</i></p> <p><i>"...Ah, eu disse que era muito bem equipado, que era multidisciplinar, que haveria médico próximo em caso de emergência, a tal da proteção de se sentir segura..."</i></p> <p><i>"...essa sala de espera é muito pequena. É ruim..."</i></p>
4.1.	O ambiente é apropriado aos serviços prestados.	Luz e vista naturais em vez de luz elétrica	<i>"...A sensação que me dá é que esse espaço foi dado para a Reabilitação provisoriamente. Isso era para ser maior e</i>

			<i>acabou ficando assim...”</i>  <i>“...Aqui falta luz. Não pode faltar luz.. Isso fica saudável, parece que não tem doença junta.”</i>
--	--	--	---

A função “Segurança no ambiente de trabalho” pela JCAHO incorpora, como se viu, questões relativas à segurança na estrutura física e a tudo o que se refere à segurança do paciente, dos familiares, dos visitantes e dos funcionários.

Estruturas citadas como desejáveis como piscina, capela e sala de espera maior estão relacionadas à área física, mas não estão diretamente relacionadas à função e por isso estão citadas apenas na primeira coluna deste capítulo como atributos citados.

Foram consideradas estruturas como biblioteca e sala de estar com computadores para pacientes porque essas são estruturas necessárias para que se viabilizem condições de crescimento pessoal aos pacientes durante seu período de reabilitação.

O computador pode ser utilizado como recurso para reintegração social com o uso da internet para pacientes que não podem falar, mas que raciocinam normalmente. Pode representar, ainda, a forma de reintegração ou nova habilitação ao mercado de trabalho para pacientes em reabilitação e, por isso, ele agrega valor tanto ao paciente quanto a seus familiares que podem ver esse paciente reassumindo uma atividade produtiva. Apenas uma sala com computadores sem uma finalidade terapêutica, como mencionou ‘S’, seria visto apenas como um atributo de qualidade tangível por poucos.

O mesmo se dá com a biblioteca. Espera-se uma biblioteca não só técnica aos profissionais de saúde, mas que possua material educativo compreendido por leigos assim como literatura em geral, não obrigatoriamente ligada à área da saúde.

Incorpora-se mais uma vez funções educacionais ou “terapêuticas” que de alguma forma promovam um impacto sobre a reabilitação dos pacientes.

A percepção do cliente quanto à área do Centro de Reabilitação parecer improvisada é vista como um ponto negativo na avaliação de um usuário. Será que há o risco de ele ter a sensação de que, para sua reabilitação, não merece um local especialmente construído para esse fim? Até o momento não testamos essa hipótese, mas é fato que atualmente muitas organizações consultam seus clientes antes de construírem novas estruturas físicas, ou de as reformarem.

A falta de luz natural, entendida como aquela que é recebida no ambiente através de janelas e não luz elétrica, referida por ‘D,’ foi quase um fator de desistência do Programa. Quando ela diz que com luz natural nem parece que “*tem doença junto*”, está associando um ambiente fechado, sem janela nem luz solar, à doença. Esse aspecto atua negativamente sobre a reabilitação de pacientes, que devem sentir-se indivíduos saudáveis que se adaptam a uma nova condição física. Sentir-se doente não ajuda na recuperação, portanto, quando o padrão refere que o ambiente deve ser adequado aos serviços prestados, atributos como esses levantados pelos pacientes devem ser considerados.

Quando se agrega uma função terapêutica a uma estrutura física, a percepção de qualidade a ela atribuída aumenta.

Essa identificação pode ser de valia a gestores que desejam investir na reformulação de áreas físicas nos serviços de reabilitação e saúde em geral.

Os clientes apresentam, de modo geral, uma grande resposta ao apelo das estruturas físicas, mas estas serão mais valorizadas quanto maior for a incorporação de fatores terapêuticos.

Podemos dizer que, nesta amostra de entrevistados, a função apresentou poucos padrões relacionados aos atributos de qualidade levantados pelos clientes.



**QUADRO 10****FUNÇÃO: “RECURSOS HUMANOS”**

Nº	PADRÃO	ATRIBUTO DE QUALIDADE	EVIDÊNCIA NA REUNIÃO
1	Os gestores definem a qualificação e expectativa de desempenho a todos os profissionais do departamento.	Profissionais qualificados	<i>“...Tem que ter um bom profissional...Ela fez um estágio na Suíça. Acho que ela talvez seja a fisio mais preparada aqui...”</i>
3.1.	O hospital encoraja e dá suporte ao autodesenvolvimento e aprendizado para toda a equipe.	Profissionais envolvidos em pesquisa	<i>“...Dá uma segurança para o usuário saber que os profissionais estão inseridos em projetos de pesquisa...”</i>
4.2. e 4.3.	Reciclagem e a educação contínua dos profissionais melhoram o desempenho da equipe.	Reciclagem dos profissionais	<i>“...Além do que ‘M’ disse, acho que é muito importante que haja sempre uma reciclagem de profissionais...”</i>

Os padrões JCAHO para a função “Recursos humanos” são bastante simples, fáceis de serem compreendidos e em grande parte atendem quase em sua totalidade ao que seria recomendado aos serviços de saúde atentos à qualidade nos processos de seleção, educação continuada e provisão de recursos suficientes para que os pacientes sejam bem atendidos.

Talvez o principal diferencial no modelo de padrões de Recursos humanos, na JCAHO, seja a atenção ao treinamento admissional, que procura focalizar a importância de o profissional conhecer de forma abrangente, além de suas funções específicas, o serviço onde irá desempenhar sua atividade.

Os itens abordados como atributos de qualidade pelos entrevistados contemplam os padrões mais significativos da função Recursos humanos e mostram,

portanto, uma relação entre o que o cliente identifica como qualidade num serviço de reabilitação e os padrões JCAHO.

Outros vários atributos foram relacionados à qualidade de um serviço no que tange aos profissionais ligados ao tratamento, porém não fundamentados nos padrões oficiais da JCAHO. Praticamente todos eles estavam relacionados a características pessoais dos profissionais e nem tanto técnicas. Atributos como carinho, presença de sorriso, capacidade para doar-se, manutenção de um vínculo afetivo, amizade e até mesmo a expressão “pegar no colo” foram lembradas como características essenciais aos profissionais que atuam na área de reabilitação. Essa idéia foi ainda verbalizada com frases como “ambiente alto astral”.

Nenhum desses atributos mantém relação com a leitura técnica dos padrões da JCAHO. Mesmo se observados nas entrelinhas, talvez não fosse possível encontrá-los e, talvez ainda por isso, pela ausência desses atributos de qualidade profissional, as últimas recomendações em boletins da JCAHO na internet têm sugerido que conceitos sobre atendimento ao cliente devam fazer parte dos treinamentos com os profissionais da saúde. Essa mudança é difícil, porém ainda assim esses atributos relacionados à postura de proximidade com o paciente, sugeridos aqui como importantes pelos clientes, poderão ser, no futuro, considerados em revisões da própria função de Recursos humanos. CLARK (2001), ao apresentar um relato sobre seus sentimentos como estudante de Medicina, lembra que muitas escolas estão alterando seu *curriculum* para ajudar os alunos a valorizarem as qualidades de humanização na prática médica.

Os profissionais que esperam prestar uma assistência contínua e efetiva precisam aprender a manifestar atenção e preocupação com seus pacientes. (BURKE e POTHAST, 1997).

## QUADRO 11

### FUNÇÃO: “GERENCIAMENTO DAS INFORMAÇÕES”

Nº	PADRÃO	ATRIBUTO DE QUALIDADE	EVIDÊNCIA NA REUNIÃO
5	A transmissão de dados e de informação é precisa e pontual.	As informações são passadas	<i>“...As informações são passadas...”</i>
7.1.	O hospital inicia e mantém um prontuário para cada indivíduo avaliado ou em tratamento.	Registro da evolução do paciente pelos profissionais em prontuário.	<i>“...Ela registrava tudo...”</i>
7.9.	O hospital deve poder rapidamente juntar todos os componentes do registro do paciente, apesar das suas localizações no hospital seja ele admitido ou visto num ambulatório ou serviço de emergência.	Relatórios escritos periódicos aos médicos, sem que o paciente solicite.	<i>“...Se eu pedisse relatório ele saia, mas eu tinha que pedir periodicamente...”</i>  <i>“...Eu pedia o relatório quando eu precisava passar no médico. Eram tantos médicos no meu caso. Aí na outra semana vinha o relatório e eu levava para o meu médico...”</i>

A percepção sobre atributos relacionados à informação é praticamente esperada quando os clientes são entrevistados.

Freqüentemente os questionários que pesquisam a satisfação dos clientes na área da saúde possuem ao menos uma questão fechada, relacionada ao aspecto da informação recebida. Tão freqüente quanto a pergunta é o resultado da resposta, na qual também freqüentemente não são encontrados os melhores resultados.

Diante disso, foi curioso observar que nenhum dos entrevistados apontou a informação recebida como um atributo de qualidade necessário a um serviço de reabilitação ou qualquer outro serviço em saúde.

Também é importante observar o reconhecimento de qualidade na prática do registro em prontuário e a percepção de que a passagem da informação por entre a equipe de reabilitação é algo importante ao processo de recuperação do paciente. Seria esperado que essa valorização viesse de um profissional da reabilitação e mais raramente de leigos que, aos olhos de muitos gestores, não são capazes de opinar.

Diferente do que poderíamos imaginar, a falha ou falta de informações diretamente aos clientes não é relatada em nenhum momento na reunião. No entanto houve preocupação com a continuidade da informação entre os profissionais, manifesta por meio de comentários sobre os relatórios, reuniões e integração da equipe. A fluidez da informação entre os componentes da equipe como indicador de boa qualidade na assistência nos pareceria mais um reconhecimento de padrão de qualidade definido tecnicamente e não por leigos na área da saúde. Essa observação pode mostrar um alinhamento entre a definição de atributos de qualidade em serviços de saúde por profissionais da área e a de clientes entendidos como leigos, usuários do mesmo serviço.

## **QUADRO 12**

### **FUNÇÃO: “VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO”**

<b>Nº</b>	<b>PADRÃO</b>	<b>ATRIBUTO DE QUALIDADE</b>	<b>EVIDÊNCIA NA REUNIÃO</b>
	Não identificado.	0	Não identificada.

Durante a reunião e após a revisão e análise da sua transcrição, não pudemos identificar em nenhum momento algum atributo de qualidade percebido pelos entrevistados ou mesmo algum comentário que mostrasse alguma relação com os padrões que compõem a função Vigilância, prevenção e controle de infecção. O comentário sobre higiene pessoal dos profissionais talvez pudesse se mostrar como o

aspecto mais próximo dos padrões dessa função, no entanto não pudemos identificar padrão específico algum que evidenciasse alguma relação, como foi feito até agora. Uma das hipóteses que pode justificar o fato de nenhum dos entrevistados ter apontado a prevenção de controle de infecção é a de que o propósito da reunião era o de considerar atributos de qualidade de um serviço de reabilitação com atendimento ambulatorial, local que, normalmente, para o leigo não é considerado em potencial um ambiente com risco de infecção, diferente do que provavelmente eles considerariam se fosse considerada a Unidade de Terapia Intensiva.

Essa hipótese pode estar suportada quando consideramos os ensinamentos de Donabedian, que entende que os pacientes conhecem muito pouco sobre o domínio técnico da qualidade em saúde, porém valorizam-no quando sentem sua saúde ameaçada, lembra URDAN (2001).

### **A percepção sobre a condução da reunião e os entrevistados**

A moderadora pareceu ligeiramente insegura logo no início da reunião e chegou a fornecer informações adicionais que não contemplavam o planejado nem o real, como a informação, por exemplo, de que essa prática seria adotada em outros serviços do Hospital. Diferente do que recomenda a literatura, houve dominância de discussão por uma das participantes e não houve estímulo às observações de um outro membro do grupo, um pouco mais tímido que a maioria dos participantes. Logo no início reservou muito tempo e investigou de forma detalhada a questão de relatos das causas que levaram as pessoas ao Centro de Reabilitação, o que em momento de “aquecimento” do grupo não seria recomendado, assim como não estava planejado no roteiro. Como se apresentou neste trabalho, a literatura orienta para que as primeiras questões lançadas ao grupo sejam mais gerais e desprovidas de exposição de valores e sentimentos pessoais.

Houve, no entanto, algumas observações não previstas que estimularam o levantamento de muitos atributos. Uma delas ocorreu quando a moderadora aproveitou

um dos comentários de uma das convidadas para questionar-lhe como descreveria a um amigo sua experiência no Centro de Reabilitação.

Não estavam previstas no roteiro para a reunião perguntas sobre o Centro à gestora presente, o que se tornou inevitável, porém não comprometeu a qualidade dos achados.

Ao final da reunião, três dos entrevistados questionaram sobre qual seria o próximo passo após a reunião e o levantamento dos aspectos de qualidade de um centro de reabilitação. Ainda dois, dos cinco entrevistados, perguntaram se receberiam um relatório sobre os resultados da reunião, o que se fez, três semanas após sua realização. BURKE e POTHAST (1997) dizem que os clientes externos ficam freqüentemente interessados em saber como os dados de pesquisas de satisfação são utilizados internamente.

Essa atitude pode demonstrar uma expectativa quanto à implantação das ações propostas pelo grupo. Pode ainda representar a necessidade de conhecer o benefício que pode ser obtido, para si, para seu familiar ou mesmo para a sociedade, a partir de um esforço próprio – a doação de seu tempo sem nenhum tipo de recompensa objetiva.

O contato telefônico que se seguiu para agradecimento posterior e aviso com relação à data de entrega dos resultados em domicílio foram percebidos pela autora como muito agradáveis do ponto de vista do relacionamento interpessoal.

## 6 - CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao evidenciar-se a relação entre os atributos de qualidade percebidos pelos clientes e os padrões da JCAHO no Centro de Reabilitação do Hospital Israelita Albert Einstein, observou-se que a maioria dos atributos de qualidade percebida pelos clientes (67%) mostrou alguma ligação direta com os padrões da JCAHO. Mesmo se considerarmos um viés no mapeamento do resultado, visto que a relação entre as variáveis foi interpretada por uma única avaliadora, teremos, ainda, muitos atributos verbalizados pelos clientes que mantêm forte ligação com alguns padrões como: a integração da equipe multiprofissional, a qualificação profissional, a continuidade das informações entre os profissionais, as reavaliações do paciente, da conduta e dos resultados. Os aspectos referentes à melhoria da estrutura física, atenção humanizadas pelos profissionais e reembolso pelas fontes pagadoras foram lembradas de forma significativa também, porém particularmente o segundo e o terceiro não estão ligados diretamente a algum padrão da JCAHO.

Esses achados são mais amplos do que aqueles definidos por CZAPSKI (1999) como os únicos atributos possíveis de serem identificados pelos usuários da área da saúde – atenção pessoal e conforto da hotelaria. Há evidências neste trabalho de que os clientes podem identificar atributos de qualidade mesmo nos processos assistenciais, tanto que algumas observações foram pontuadas como “surpresas” pela autora – o fato de o profissional estar ligado à pesquisa como forma de garantir maior segurança aos clientes ou quando foi identificada como importante fator de qualidade a integração entre os membros da equipe.

Os atributos de qualidade, observados como fatores primordiais para a satisfação dos clientes registrados pelo *Picker Institute* e *Beth Israel Medical Center* (1994), apresentam muita semelhança com os achados deste trabalho – os clientes esperam respeito, informação para tomada de decisão, desejam ver a equipe como um

time e não departamentalizada, valorizam a continuidade na assistência e o apoio e envolvimento pessoal dos profissionais.

Qualquer sistema de qualidade, requeira ou não uma certificação ou acreditação, deve ser, antes de tudo, flexível e dinâmico o suficiente para estar continuamente alinhado com os valores sócio-econômicos e culturais dos clientes atendidos pela organização que o adote. Essa conclusão é a soma de várias, porém sutis observações durante a reunião com o grupo focado. A flexibilidade do sistema garante que o gestor da área da saúde possa, de forma ágil, ajustar ou aperfeiçoar o atendimento aos padrões do sistema identificados como os mais valorizados pelos clientes. Para tanto é necessário abrir um canal de comunicação direto com os clientes.

Neste trabalho, a metodologia utilizada mostrou-se reprodutível na área de reabilitação, capaz de identificar atributos de qualidade valorizados pelos clientes. Trata-se de um recurso proativo na pesquisa de tendências de expectativas, principalmente quando utilizada a técnica com grupo focado que, apesar de exigir grande empenho no recrutamento de voluntários à participação, mostrou ser um instrumento dinâmico e efetivo no levantamento de aspectos que podem surpreender os moderadores e gestores da área pesquisada.

A identificação dos padrões mais valorizados pelos clientes torna-se importante, particularmente no serviço privado, onde a maior parte das fontes pagadoras não assegura o pagamento dos tratamentos de reabilitação. Como o tempo de reabilitação da maior parte dos pacientes, particularmente daqueles com algum déficit neurológico, tende a ser prolongado, muitos dos clientes procuram serviços gratuitos, garantidos pelo governo ou por associações não governamentais. A integração de várias especialidades numa mesma área física também é um dos principais critérios que definem a decisão por um serviço ou outro, aspecto mais freqüentemente encontrado em serviços públicos. Observa-se que uma minoria de clientes pode pagar (e procura) um serviço privado de reabilitação para, com agendamento imediato, iniciar seu tratamento. Dessa forma, há grande



competitividade entre os serviços privados, apesar de ainda somarem um pequeno número, mesmo nas grandes cidades.

A garantia de que esses serviços privados possam manter fiéis os clientes pagantes ao tratamento por longo prazo está na oferta de atributos de qualidade valorizados por esses clientes. Em alguns momentos na pesquisa, os entrevistados disseram avaliar custo e benefício. O custo será entendido tanto menor quanto maior for o benefício percebido. O preço poderá ser tanto mais aceito pelo cliente quanto maior for o conhecimento dos gestores sobre por quais diferenciais o cliente está realmente disposto a pagar. Essas variáveis mostram-se desafiadoras aos gestores da área de reabilitação e sugerem o entendimento de que os usuários diretos dos serviços, os pacientes, não sejam considerados como os únicos clientes envolvidos no sucesso de um serviço de reabilitação. Também devem ser considerados os clientes pagadores, os clientes familiares e os clientes internos, que são os profissionais responsáveis pela assistência. Sugere-se, portanto, que o levantamento de atributos de qualidade percebidos por todos esses atores e seu relacionamento ou não com os padrões da JCAHO, a depender das iniciativas de qualidade do serviço, deve ser realizado periodicamente. Isso está de acordo com o que afirmam ANDERSON *et al.* (1994), MICKELMAN *et al.* (1999) e ECKERKUND *et al.* (2000).

Os resultados aqui apresentados evidenciam que as entrevistas diretas e em grupos focados com os clientes podem orientar uma forma de pesquisa de satisfação mais objetiva que as normalmente aplicadas em questionários nos serviços de saúde. De modo geral, a questão da abordagem assistencial e terapêutica, processos e resultados não são a maior preocupação dos gestores, talvez por ainda considerarem os clientes como capazes de identificarem apenas questões de conforto na hotelaria ou pontualidade no atendimento. Muitos continuam supondo que a qualidade só é percebida pelos clientes quando se enfocam aspectos estruturais.

Apesar de este trabalho não haver considerado como objetivo a utilização dos resultados pelos gestores do serviço pesquisado, eles poderiam ser utilizados como base para formalização de um plano de prioridades de melhoria em que as ações

teriam como orientação o pleno atendimento aos padrões relacionados com os atributos de qualidade pontuados pelos clientes aqui entrevistados. Essencial, no entanto, seria a realização periódica de outras reuniões com grupo focado, para que se garantisse o acompanhamento de eventuais mudanças na percepção dos clientes, quer sejam elas motivadas por questões pessoais, sociais, econômicas, estruturais ou por quaisquer outras.

Quanto à sua tangibilidade, os atributos de qualidade reconhecidos pelos clientes concentraram-se mais em aspectos intangíveis, uma das principais características na área de serviços, porém os menos percebidos pelos clientes, segundo a literatura.

Esse resultado pode estar associado a dois vieses:

- a pesquisa foi realizada com indivíduos com bom nível sócio-econômico-cultural, acima da média populacional, o que lhes traz maiores possibilidades de buscar um patamar mais elevado na escala hierárquica de necessidades; menos enfoque em estruturas e maior valorização em processos e resultados;
- a pesquisa foi realizada sobre um serviço cujo ambiente, após a aplicação de um questionário de satisfação com questões abertas a sugestões, implementou várias mudanças de melhoria em sua área física, maior alvo de críticas na ocasião. Assim, a questão estrutural, apesar de bem lembrada, não apresentou peso suficiente à dimensão dos atributos tangíveis a ponto de mudar o resultado de maior valorização aos intangíveis.

As conclusões acerca da tangibilidade dos atributos mostraram a possibilidade de relacionamento com os padrões JCAHO, um dos objetivos propostos neste trabalho. Não se acredita, ainda assim, que essa conclusão possa representar uma contribuição significativa aos estudos de qualidade na área de reabilitação e, por isso, não se recomenda a reprodução desta etapa da metodologia. Talvez se consiga explicar com ALBRECHT (1999) a razão pela qual essa conclusão não foi importante neste trabalho: "...e fica cada vez mais óbvio que qualquer paradigma aproveitável de qualidade precisa unificar a abordagem a tangíveis e intangíveis em uma só

concepção do pacote de valor para o cliente. A qualidade no século XXI precisa começar com o cliente, não com o produto tangível vendido ou com os processos de trabalho que o criam...”

A distribuição dos atributos em pelo menos duas dimensões de qualidade – tangíveis e intangíveis - procurava identificar algum valor nessa prática. No entanto, coerente com HALL e DORNAN (1988), BOWERS *et al.* (1994) e SIMON e PATRICK (1997), os modelos de agrupamento dos atributos em dimensões podem camuflar os achados, principalmente quando o objetivo da pesquisa for qualitativo, como é o caso deste trabalho.

Os atributos de qualidade referentes a um perfil mais afetivo dos profissionais podem ser identificados, mas estão longe de serem indicados, mesmo pelas atuais recomendações da JCAHO: é necessário que os treinamentos e reciclagens dos profissionais incluam informações sobre satisfação dos clientes. Acredita-se que seja necessário mais que treinamento. É preciso que essa garantia já se dê na própria seleção dos profissionais. Essa prática pode determinar a imagem da instituição. Sabe-se que Walt Disney orientava seus gerentes a contratarem “sorrisos” pois, assim, no treinamento só seria necessário ensinar o estilo, mas não o sorriso.

Algumas situações um pouco polêmicas na visão dos entrevistados, como o detalhamento da informação sobre a doença ou a participação incondicional do paciente em reuniões de tomada de decisão, parecem realmente evidenciar diferenças culturais entre o Brasil e o país onde foi criada a JCAHO, os Estados Unidos. Uma das grandes críticas que se faz à adoção de programas internacionais de qualidade aplicados no Brasil é o risco da inadequação cultural entre o preconizado nos padrões e a população a que eles são aplicados.

Essa preocupação pode ser um ponto de atenção aos gestores que decidirem adotar um modelo internacional, mas não significa que não deva ser implantado, já que pode incorporar diferenciais aos serviços de forma antecipada em relação aos concorrentes.

A acreditação ou qualquer outra certificação de qualidade não pode ser a meta final de um serviço. Pode ser um dos instrumentos mais representativos para que se possa alcançar o real objeto do serviço de reabilitação – o paciente e seus familiares como partes essenciais no processo de reintegração social. Dessa forma, os profissionais devem ser proativos na identificação dos atributos valorizados pelos clientes, para que estes possam, diante de uma realidade de prejuízo da qualidade de vida, temporária ou definitiva, encontrar na reabilitação uma assistência que, no mínimo, satisfaça-os e, no máximo, possa antecipar suas expectativas.

Uma vez que neste trabalho se pôde evidenciar a relação e ligação entre padrões da JCAHO e os atributos de qualidade de um serviço de reabilitação na visão do cliente, os gestores da área de reabilitação, sem a oportunidade de implementar todos os padrões em seus serviços, deveriam atuar principalmente sobre:

- precisão, abrangência e valorização da avaliação das necessidades do paciente;
- sistematização de reavaliações periódicas, preferencialmente com toda a equipe e posterior emissão de relatórios ao paciente e/ou familiares, conforme a adequação a cada caso;
- promoção de reuniões em equipe com envolvimento de pacientes e familiares;
- definição de uma metodologia de pesquisa de satisfação que conte sempre com alguma questão aberta, para dar ao cliente a oportunidade de sugerir e não de apenas pontuar o aspecto que se deseja ver quantificado;
- incorporação dos pontos negativos de acordo com a visão do cliente no questionário sobre satisfação;
- desenvolvimento profissional da equipe;
- valorização de atitudes da equipe que demonstrem, na prática profissional, o afeto, a sensibilidade e a compreensão com os pacientes e seus respectivos familiares.

O crescimento da participação da reabilitação na área da saúde, entre a população, parece ser uma tendência em função do aumento da média de idade da

população, maior incidência de doenças, da lenta, porém crescente, conscientização pela reintegração social por parte das minorias portadoras de deficiências e da crescente preocupação com a qualidade de vida, que inclui a funcionalidade e autonomia do indivíduo (SHETH, 2001 e CARF, 1996). Temos, portanto, a necessidade de validar instrumentos adequados para a identificação de atributos de qualidade que agreguem valor aos clientes.

Os atributos de qualidade percebidos pelos entrevistados neste trabalho encontram alguma similaridade com os achados de pesquisas na área de reabilitação realizadas por ELLIOT-BURKE e POTHAST (1997) que contaram com a participação de 19.834 entrevistados.

HEINEMANN *et al.* (1997) apresentaram pelo menos uma razão para que esse trabalho mereça ser expandido: a oportunidade de pesquisar a correlação entre a independência funcional do indivíduo que recebe alta de um serviço de reabilitação e sua satisfação com o serviço prestado.

A maioria dos atributos de qualidade percebidos pelos clientes entrevistados no Centro de Reabilitação do HIAE mostrou relação com os padrões JCAHO. Ainda assim, fica uma certeza – nenhum programa de qualidade deve descartar a atenção à voz dos clientes, que não deve ficar inaudível no preenchimento de questionários de satisfação ou estatísticas quantificadas.

## 7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[ANONYMUS]. Leadership for a healthy 21<sup>st</sup> century. *Health Forum Journal*, suppl: 1-27.1999.

ALBRECHT, K. *A única coisa que importa: trazendo o poder do cliente para dentro de sua empresa*. São Paulo: Pioneira, 1999.

ANDERSON, E.W., FORNELL, C., LEHMANN, D.R. Customer satisfaction, mark share and profitability, findings. Suisse: *Journal of Marketing*, v.58, July.1994.

ASSOCIAÇÃO QSP. *Conclusões da oficina de trabalho sobre o tema Medição da satisfação do cliente*. São Paulo: QSP, 2001.

ATKINSON, A.A., BANKER, R.D., KAPLAN, R. S., YOUNG, S. M. *Contabilidade gerencial*. São Paulo: Atlas, 2000.

BAIRD, K. *Customer service in health care*. New York: Jossey-Bass/ Health Forum, 2000.

BARBOSA, A.P. *Qualidade em serviços de saúde*. São Paulo: FGV/Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 1995. (Dissertação, Mestrado).

BARROS, C.D.C. *Excelência em serviços: uma questão de sobrevivência no mercado*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1999.

BELL, R., KRIVICH, M. J. *How to use patient satisfaction data to improve healthcare quality*. Milwaukee: ASQ Quality, 2000.

BERWICK, D. M., GODFREY, A.B., ROESSNER, J. *Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde*. São Paulo: Makron Books, 1994.

BIBLIOTECA KARL A. BOEDECKER. *Normas para apresentação de monografias*. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2000.

BOWERS, M. R., SWAN, J. E., KOEHLER, W. F. What attributes determine quality and satisfaction with health. *Health Care Management Review*, v.19, n.4, p.49-54. 1994.

CARF. *Standards manual and interpretive guidelines for Medical Rehabilitation*. Tucson: Carf, 1996.

CARSON, P.P., CARSON, K.D., ROE, C.W. Toward understanding the patient's perception of quality. *The Health Care Supervisor*, v.16, n.3, p.36-42.1998.

CENTRO DE REABILITAÇÃO DO HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. *Transcrição da reunião de grupo focado: atributos de qualidade de um Centro de Reabilitação – a visão do cliente*. São Paulo: Centro de Reabilitação do Hospital Israelita Albert Einstein, 2001.

CERQUEIRA, J.P. *ISO 9000 no ambiente da qualidade total*. Rio de Janeiro: Casa Imagem, 1995.

CHIANCA, T., MARINO, E., SCHIESARI, L. *Desenvolvendo a cultura de avaliação em organizações da sociedade civil*. São Paulo: Global, 2001.

CLARK, L. R. How do we get back our humanity? *Medical Economics*, v.78, n.9, p.96-98. 2001.

COBRA, M. *Estratégias de Marketing de serviços*. São Paulo: Cobra, 2001.

COBRA, M., RIBEIRO, A. *Marketing: magia e sedução*. São Paulo: Cobra, 2000.

CZAPSKI, C. A. *Qualidade em estabelecimentos de saúde*. São Paulo: Senac, 1999.

DECKER, P. J. The hidden competencies of healthcare: why self esteem, accountability and professionalism may affect hospital customer satisfaction scores. USA, *Hospital Top*, v. 77, n.1, p.14-26.1999.

DECKER, P. J., STRADER, M.K. The Joint Commission has provided a tool to change your work force: are you paying attention? USA, *Health Care Super*, v.16, n.3, p.54-62, March.1998.

DONABEDIAN, A. *Seminar on Quality Assessment and Assurance*. São Paulo, PROAHSA, 1993.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Archive Pathology Med*, v.114, p.1115-1118. 1990.

DONAHUE, K.T., O'LEARY, D.O. A evolução dos sistemas de acreditação de instituições de saúde. Rio de Janeiro, *Ensaio – avaliação e políticas públicas em educação - Fundação Cesgranrio*, v.8, p.5-16, 61-71, junho. 2000.

DWORE, R. B. *Managing hospital quality performance in two related areas: patient care and customer service*. Utah: College of Heath/University of Utah, 1993.

ECKERKUND, I., EKLOF, A., BOOS, J.N. Patient satisfaction and priority setting in ambulatory health care. *Total Quality Management*, v.11, n.7, September. 2000.

ELLIOT-BURKE, T., POTHAST, L. Measuring patient satisfaction in an outpatient orthopedic setting, part 1: key drivers and results. *Journal of Rehabilitation Outcomes Measurement*, v.1, n.1, p.18-25. 1997.

ELLIOT-BURKE, T., POTHAST, L. Measuring patient satisfaction in an outpatient orthopedic setting, part 2: utilizing data to improve quality and market services. *Journal of Rehabilitation Outcomes Measurement*, v.1, n.2, p.16-22. 1997.

EMORY, C. W. *Business Research Methods*. Illinois: Revised Edition, 1980.

FERREIRA, A. B. H. *Novo dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FORD, R. C., FOTTLER, M.D. Creating customer-focused health care organizations. *Health Care Management Review*, v.25, n.4, p.18-33. 2000.

FUNDAÇÃO PARA O PRÊMIO NACIONAL DA QUALIDADE. *Critérios de excelência – o estado da arte da gestão para a excelência do desempenho*. São Paulo: FPNQ, 1999.



GALE, B. T. *Gerenciando o valor do cliente*. São Paulo: Pioneira, 1996.

GARVIN, D.A. Competing on the eight dimension of quality. *Harvard Business Review*, v.6, p.101-102. 1987.

GRUPO DE TRABALHO JCAHO. *Curso de treinamento – Joint Commission International*. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, 1997.

HARRIS, E. How to run a customer meeting. *Sales and Marketing Management*, v.152, n.8, p.62-69, August. 2000.

HARTMAN, M.G. Taking control of patient perceptions. Milwaukee, *Quality Congress. Annual Quality Congress Proceedings*, p.251-259. 2001.

HEINEMANN, A.W., BODE, R., CICHOWSKI, C.K., KAN, E. Measuring patient satisfaction with medical rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Outcomes Measurement*, v.1, n.4, p.52-65. 1997.

HYCHALK, V. T. How do we quantify quality? *Nursing Management*, v.32, n.3, p.16-17. 2001.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: the official handbook*. Oakbrook Terrace: JCAHO, 1999.

JUN, M., PETERSON, R. T., ZSIDISIN, G. A. The identification and measurement of quality dimensions in healthcare: focus group interview results. Gaithersburg, *Health Care Management Review*, v.23, n.4, p.81-96. 1998.

KAPLAN, R. S., NORTON, D. P. *The Balanced Scorecard*. Boston: Harvard Business School, 1996.

KOTLER, P. *Administração de Marketing*. São Paulo: Atlas, 1992.

KOTLER, P., ARMSTRONG, P. *Princípios de Marketing*. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

LEASK, J, HAWES, P., CHAPMAN, S. Focus group composition: a comparison between natural and constructed groups. Canberra, *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, v.25, n.2, p.152-154, April. 2001.

LEE, H., DELENE, L.M., BUNDA, M.A., KIM, C. Methods of measuring health-care service quality. *Journal of Business Research*, v.48, n.3, p.233-246.2000.

LOVERN, E. Making patients partners in the care. Chicago, *Modern Healthcare*, v.31, n.9, p.34-36, February. 2001.

MALHOTRA, N. K. *Pesquisa de Marketing – uma orientação aplicada*. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MALIK, A. M. Desenvolvimento de recursos humanos, gerência de qualidade e cultura das organizações de saúde. São Paulo, *RAE - Revista de Administração de Empresas*, n.19, p.32-41, Set./Out.1992.

MALIK, A. M., TELES, J.P. Hospitais e programas de qualidade no estado de São Paulo. São Paulo: *RAE – Revista de Administração de Empresas*, v.41, n.3, p.51-59, Jul./Set. 2001.

McLAUGHLIN, N. Great expectations. *Modern Healthcare*, v.31, n.9, p.24. 2001.

MICHELMAN, J.E., RAUSCH, P.E., BARTON, T.L. Value measurement in health care: a new perspective. *Healthcare Financial Management*, p.48-53, August. 1999.

MOURA, J. A. M. *Os frutos da qualidade*. São Paulo: Makron Books, 1999.

NATIONAL RESEARCH CORPORATION. NRC in the news. 2001. Endereço eletrônico: <http://www.nationalresearch.com/news/picker.html>

NBR ISO 9001. *Sistemas da qualidade – modelo para garantia da qualidade em produção, instalação e serviços associados*. Rio de Janeiro: ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2000.

NEVERS, R. L. Defining quality is difficult, but necessary. *Healthcare Financial Management*, v.47, n.2, p.18.1993.

NORONHA, J.C., PARADA, R., SANTOS, M.M.P.C.A., TEMPORÃO, J.G. Notas sobre a história da acreditação em saúde no Brasil. Rio de Janeiro, *Ensaio*, v.9, n.especial, p.97-112, Junho. 2000.

PARASURAMAN, A., ZEITHAML, V., BERRY, L.L. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, v.64, n.1, p.12-39.1988.

PENA, F.P.M. *Implantação do modelo ISO 9002 na área da saúde: a visão do gestor da qualidade em quatro unidades de um município de São Paulo*. São Paulo: FGV/Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 1999. (Dissertação, Mestrado).

PICKER INSTITUTE. Picker Institute. 2001. Endereço eletrônico: <http://www.picker.org>

PIERRACIANI CONSULTORIA. Qualidade hospitalar no Brasil. *Banas Qualidade*, n.110, p.20-25, Julho. 2001.

PRESS, I. Effective customer services practices. Chicago, *Healthcare Executive*, v.16, n.2, p.64-65, Mar/Apr. 2001.

RUST, RT., ZEITHAML, V., LEMON, K.N. *O valor do cliente*. Porto Alegre: Bookman, 2001.

SALZ, N. Engaging the entire organization in delivering customer value. Cincinnati, *The Journal for Quality and Participation*, v.24, p.52-52. 2001.

SCHIESARI, L.M.C. *Cenário da acreditação hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas*. São Paulo: USP/ Faculdade de Saúde Pública, 1999. (Dissertação, Mestrado, Saúde Pública).

SHETH, J. N., MITTAL, B., NEWMAN, B.I. Comportamento do cliente indo além do comportamento do consumidor. São Paulo: Atlas, 2001, p.440-442.

SIMON, E.S., PATRICK, A. Understanding and assessing consumer satisfaction in rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Outcomes Measurement*, v.1, n.5, p.1-14. 1997.

SOWER, V., DUFFY, J., KILBOURNE, W., KOHERS, G., JONES, P. The dimensions of service quality for hospitals: development and use of the KQCAH scale. Gaithersburg, *Health Care Management Review*, v.26, n.2, p.47-59. 2001.

TERRA, V. *Mudança organizacional e implantação de um programa de qualidade em hospital do município de São Paulo*. FGV/Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2000. (Dissertação, Mestrado, Administração de Empresas).

THE PICKER INSTITUTE. *Consumer perceptions of the healthcare environment: an investigation to determine what matters*. Pleasant Hill: The Center for Health Design, 1998

THE PICKER INSTITUTE. *Trough the patient's eyes* [video]. Boston: Picker Institute, 1994. (Program for patient – centered care).

THE PICKER INSTITUTE. *Trough the patient's eyes: the ambulatory experience care* [video]. Boston: Picker Institute, 1994. (Program for patient – centered care).

TOLOVI, Jr. J. Por que os programas de qualidade falham? São Paulo, *RAE – Revista de Administração de Empresas*, v.34, n.6, p.6-11, Nov./Dez. 1994.

URDAN. A.T. A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente. São Paulo, *RAE – Revista de Administração de Empresas*, v.41, n.4, p.44-55, Out./Dez. 2001.

URDAN. A.T., ZUÑIGA. M. K. H. Satisfação com assistência técnica e lealdade ao fabricante no ramo automobilístico. São Paulo, *RAE – Revista de Administração de Empresas*, v.41, n.3, p.51-59, Jul./Set. 2001.

VASCONCELOS. F.C. Da gestão do conhecimento à gestão da ignorância: uma visão co-evolucionária. São Paulo, *RAE – Revista de Administração de Empresas*, v.41, n.4, p.98-102, Out./Dez. 2001.

VOCÊ S.A. on line. Cliente: vale a pena dar atenção para ele. 2001. Endereço eletrônico: [www.uol.com.br/vocesa/aberto/voceonline/clientes/html](http://www.uol.com.br/vocesa/aberto/voceonline/clientes/html)

WALTON, Mary. *O método Deming de administração*. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1989.

WHITELEY, R.C. *A empresa totalmente voltada para o cliente*. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

## ANEXOS

### **Anexo I– Roteiro proposto à moderadora para reunião com grupo focado**

<b>Assunto</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tempo</b>	<b>Recurso / Método</b>
Apresentação do grupo e dos moderadores.	Possibilitar um primeiro entrosamento entre os participantes.	10 minutos.	Verbal oral, orientado por um moderador. A ordem de apresentação dos entrevistados deve seguir um sentido contínuo de ordem de disposição na mesa.
Apresentação do objetivo da pesquisa, do funcionamento da dinâmica, do roteiro de perguntas a serem respondidas. Conceituação do que é reabilitação e de que áreas podem estar envolvidas. Abertura a perguntas.	Conscientizar os entrevistados sobre a importância da objetividade e foco para melhor aproveitamento do encontro.	10 minutos.	Um outro moderador servirá de apoio em caso de necessidade. Deve ser filmado.
Apresentação do consentimento informado.	Garantir a ciência de como se procederá à pesquisa.	5 a 10 minutos	Um dos moderadores distribuirá os consentimentos e outro os lerá em voz alta, acompanhado pelos participantes.
Reunião com o grupo	Levantar respostas às seguintes perguntas: 1- O que representa um dia feliz para você? 2- O que mais estraga o seu dia? 3- Qual a principal característica do melhor exemplo de prestação de serviço que você já vivenciou? 4- Eu recomendaria e voltaria a usar um serviço se ele tivesse me causado... 5- Que características deve possuir um serviço de reabilitação de qualidade?	70 minutos	Verbal oral, com grupo orientado por um moderador. O 2º moderador anota em <i>flip chart</i> , os comentários e observações do grupo. As respostas a cada pergunta devem ser escritas em folhas diferentes, mas colocadas paralelamente, de modo que todas possam ser vistas ao mesmo tempo. Deve ser filmado.

Fechamento e conclusão	Escolha dos principais atributos de qualidade para um serviço de reabilitação.	30 minutos	Apresentação das conclusões definidas em consenso pelo grupo. Uso de <i>flip chart</i> .
------------------------	--	------------	--

## **Anexo II – Roteiro final**

### **1- ABERTURA**

- Agradecimento e apresentação
- Explicação da técnica da pesquisa
- Razões para a filmagem
- Objetivo da reunião: avaliar a qualidade dos serviços prestados pelo Centro de Reabilitação do HIAE.

### **2- AQUECIMENTO**

- Apresentação dos participantes e seu estilo de vida
- O que representa um dia feliz para vocês?
- O que estraga o seu dia? O que o deixa furioso?

### **3- CENTRO DE REABILITAÇÃO EM GERAL**

- Vocês conhecem outros centros de reabilitação ou clínicas? Quais?
- Já os usaram ou só estiveram aqui?
- Quais centros vocês já usaram?
- Quais as qualidades mais importantes que vocês consideram na escolha de um centro ou clínica de reabilitação?
- Quais aspectos não podem faltar a um centro de reabilitação?
- O que é um serviço de boa qualidade para um centro de reabilitação?

### **4- CENTRO DE REABILITAÇÃO DO HIAE**

- O que influenciou sua escolha deste Centro?
- Este Centro de Reabilitação atendeu ou vem atendendo suas expectativas? Por quê?
- Qual o principal diferencial deste Centro e os demais que vocês conheceram ou usaram?
- Quais os pontos fortes deste Centro de Reabilitação?
- Quais os pontos fracos? O que vocês melhorariam?
- Vocês recomendariam este Centro a um amigo? Por quê?
- Se tivessem de descrever este Centro a um amigo, como o fariam?
- Vocês teriam mais alguma sugestão para o Centro de Reabilitação do HIAE atender cada vez melhor?

### **5- ENCERRAMENTO E AGRADECIMENTO.**



### **Anexo III - Texto para orientação do telemarketing**

Bom dia (Boa tarde),

Sou \_\_\_\_\_ da Central de atendimento do Hospital Israelita Albert Einstein.

Nós estamos realizando uma pesquisa sobre a qualidade dos serviços prestados pelo Centro de Reabilitação que o sr (a) (ou seu familiar) utilizou (a) aqui no HIAE.

Gostaríamos muito de conversar com o sr(a) sobre esse assunto numa reunião e coquetel com aproximadamente 12 clientes, aqui no Hospital, na sala de reuniões do Centro de Reabilitação, em 28 de setembro, das 16 às 18 horas. Será uma 6ª feira.

O estacionamento será abonado.

A reunião é organizada por profissionais especializados nesse tipo de pesquisa, externos ao Hospital.

Pedimos que não se atrase para que a reunião possa ser mais proveitosa, sem interrupções.

Queremos muito poder contar com sua colaboração e gostaríamos de saber se podemos confirmar sua presença e lembrá-lo da reunião um dia antes da data prevista.

## Anexo IV– Ficha para registro dos clientes contatados

Clientes convidados	Sexo	Relação com Centro de Reabilitação	Clínica	Fone não divulgados aqui	Resposta	Observações
F.M.	M	Ex-paciente	Ortopedia			
M.	F	Familiar	Neurologia		OK **	
M.R.	F	Ex-paciente	Ortopedia			
D.	F	Ex-paciente	Cardiologia		OK**	
J.P.	M	Ex-paciente	Ortopedia		OK	
J.C.	M	Ex-paciente	Pneumologia		OK	Ligar 20.09 às 18h00
M.E.	F	Ex-paciente	Ortopedia		OK	Conf. 21.09 às 18h00
A S.	F	Ex-paciente	Neurologia		OK	
J.I.K.	M	Ex-paciente	Neurologia			
J.P.	M	Ex-paciente	Cardiologia		OK	
B.	F	Ex-paciente	Neurologia		OK**	
A.L.P.	M	Ex-paciente	Ortopedia			
F.W.	F	Ex-paciente	Ortopedia			
Y.N.F.	M	Ex-paciente	Pneumologia			
L.	M	Ex-paciente	Ortopedia		OK**	
A .N.	M	Ex-paciente	Neurologia		OK**	
M.B.C.	F	Mãe de criança	Pneumologia			
S.	F	Esposa de paciente	Neurologia		OK**	
J.S.	M	Marido	Neurologia		OK	
C.F.H.	F	Ex-paciente	Neurologia			

### Legenda:

Clientes convidados = Siglas dos nomes de alguns dos clientes selecionados para o convite à reunião.

M = Masculino, refere-se ao sexo do cliente convidado.

F = Feminino, refere-se ao sexo da cliente convidada.

Relação com o Centro de Reabilitação = A coluna identifica o papel do cliente (paciente, mãe, pai, filho(a), marido ou esposa) em relação ao Centro e paciente.

Clínica = Especialidade do diagnóstico do paciente.

OK = Clientes que confirmaram participação na reunião, mas não compareceram à reunião.

\*\* = Clientes que aceitaram o convite e compareceram à reunião.

Observações = Espaço reservado ao telemarketing para possíveis lembretes como retomadas de chamadas ou solicitação de confirmação por parte dos clientes contatados.

## **Anexo V – Transcrição da filmagem**

Transcrição da reunião de grupo focado, realizada em 28 de setembro de 2001, na sala de reuniões do Centro de Reabilitação do Hospital Israelita Albert Einstein das 16h45 às 19h00, gravada em vídeo.

### Presentes:

- E. – moderadora. Profissional atuante na área de marketing, com experiência em moderação de reuniões de grupo focado, indicada por profissionais do Departamento de Marketing da Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas. É identificada como 'E' na transcrição.
- V. – fisioterapeuta, Gerente da Unidade de Reabilitação do HIAE e autora desta dissertação. É identificada como 'V' na transcrição.
- C.P. – Gerente do Departamento de Marketing do HIAE. É identificado como 'CP' na transcrição.
- M. – mãe de um paciente de 21 anos, vítima de um traumatismo crânio-encefálico após um acidente automobilístico. O paciente submeteu-se, na fase ambulatorial, às especialidades de fisioterapia, neuropsicologia, terapia ocupacional e fonoaudiologia. Destas últimas especialidades, o paciente já recebeu alta. Frequenta o Centro de Reabilitação há 8 meses. Sua mãe, convidada para a reunião, é identificada como 'M' na transcrição.
- S. – esposa de um paciente de 48 anos, vítima de um aneurisma cerebral que deixou seqüelas motoras à direita e comprometimento da fala. Frequenta o Centro de Reabilitação há mais de 2 anos. Submete-se a tratamento com as especialidades de fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e neuropsicologia. É identificada como 'S' na transcrição.
- D. – ex-paciente de 55 anos, mulher, submeteu-se a Programa de Reabilitação Cardíaca com a fisioterapia após um infarto do miocárdio. Teve alta em março de 2001. É identificada como 'D' na transcrição.
- B. – ex-paciente de 49 anos, mulher, submeteu-se a tratamento com fisioterapia após um traumatismo crânio-encefálico e ortopédico por acidente de carro. Frequentou o Centro de Reabilitação por 18 meses. Recebeu alta em novembro de 2000. É identificada como 'B' na transcrição.
- L. – ex-paciente de 66 anos, homem, submeteu-se a tratamento com fisioterapia após tratamento para coluna vertebral. Recebeu alta em 2000. É identificado como 'L' na transcrição.

### Pessoas citadas durante a reunião:

- 'J' – é o marido de 'S'.
- 'A' – é o filho de 'M'.
- 'Dr. B' – é o médico de 'A'.
- 'Dr. P' – é um dos médicos de 'B'.
- 'Dr. T' – é um dos médicos de 'B'.
- 'F' – é uma das coordenadoras da Fisioterapia.
- 'VS' – é a fisioterapeuta de 'A'.
- 'C' – é a neuropsicóloga de 'A' e de 'J'.
- 'CL' – um paciente que frequentava o Programa de Reabilitação Cardíaca na mesma ocasião em que 'D'.

- 'Dr.PP' – é médico do 'J'.
- 'EC' – paciente neurológico, jovem, que frequenta o Centro de Reabilitação.

Abreviaturas durante a reunião:

- fisio – relativo a fisioterapia.
- T.O . – relativo a Terapia Ocupacional.
- fono - relativo a Fonoaudiologia.
- Einstein – relativo a Hospital Israelita Albert Einstein.

Segue a transcrição:

**'E':** O Hospital sempre tem interesse em avaliar o desempenho dos seus vários serviços e, para esse fim, nada melhor do que ouvir as pessoas que estão participando ou já participaram desses serviços. Normalmente não colocamos nessas reuniões pessoas que estão envolvidas diretamente na organização desses serviços, como é o caso da 'V' e do 'CP', mas eu fiz questão que eles estivessem presentes. Vou fazer algo diferente. A reunião está sendo filmada para efeito de relatório e para que eu não fique parando o tempo todo, interrompendo a conversa para anotar. Daí a razão de estarmos filmando. Eu pedi que a 'V' estivesse junto para que pudéssemos acelerar a discussão e ela se predispôs a ir fazendo algumas anotações. Ela poderá interromper quando surgir algum assunto de interesse específico que ela queira explorar um pouco mais. Estamos aqui como uma orquestra em que vamos tocar mais ou menos juntos.

Então, deixem que eu anote os nomes de vocês aqui. O meu, como já nos apresentamos anteriormente, é 'E'.

O seu...

*Os participantes se apresentam.*

**'E':** Vocês, por terem frequentado ou por frequentarem o Centro de Reabilitação foram, como já explicamos, convidados para esta reunião. Nós chamamos esta técnica de “discussão em grupo” porque ficamos conversando mesmo, numa reunião, como um grupo. Lógico que não é exatamente uma discussão porque cada um fala um pouco, um pouco de cada vez. Como é gravado e o grupo é pequeno, fica mais fácil depois relatar as falas de vocês. Eu queria inicialmente conhecer um pouco da vida de vocês como pacientes ou como familiares de pacientes, para saber como vocês vivem suas vidas, praticam suas atividades hoje. Como está a vida de vocês e dos pacientes hoje? Vocês levam hoje uma vida normal? Você 'M', como está hoje a vida de vocês com seu filho?

**'M':** O meu filho trabalhava e estudava, já estava na faculdade. A faculdade, nós truncamos esse ano, mas para o estágio ele quis voltar e já voltou em abril. O acidente foi em 25 de novembro. Ele saiu daqui em 22 de janeiro. Ele fazia só ½ período e aí ele quis passar todas as terapias para o final da tarde para frequentar o estágio durante todo o dia. Nós conversamos, eu, meu marido e ele. Depois conversamos com o médico, 'Dr. B.', e também com a neuropsicóloga dele. Todos acharam que era o ideal para ele. A volta ao estágio foi muito bom para ele.

**'E':** E sair, ele está saindo, indo ao cinema, dirigindo?

**'M':** Sim, ele está começando a dirigir. Vai para as baladas dele. A gente morrendo de medo ainda. O medo está aí. Eu morro de medo que ele tenha uma convulsão. E se ele estiver em uma balada e tiver uma convulsão? Vai ser muito ruim para ele. Já viajou 3 vezes com os amigos. Passou o final de semana só com os amigos.

**'E':** E o seu marido, como está a vida dele agora?

**'S':** Deixa eu só entender. Essa entrevista é para uma avaliação ...?

**'E':** Do Centro.

**'S':** Por isso vocês estão ....

**'E':** Isso.

**'S':** Ah, tá ! A gente até chegou em um momento de desafio, que exige outras respostas nossas, do setor, ou, até mais, para que eu pense. O 'J' teve uma lesão muito grave. Está fazendo 3 anos agora. Nós estávamos em um momento muito bom na vida. O 'J' era psicanalista, dava aula. Estava indo tudo muito bem e parou. Ele ficou um mês aqui no Hospital, três semanas na UTI. Saiu paralítico, sem falar. O que eu posso te dizer com relação ao envolvimento aqui do pessoal do Hospital é que não podia ter sido melhor. Na verdade ele foi socorrido. Eu estava viajando. Nós morávamos próximo ao HU onde ele foi atendido na emergência. Eu cheguei só à noite. No outro dia ele já veio para cá e logo começou todo o trabalho de reabilitação já na UTI. O que eu notei foi um envolvimento sobretudo afetivo, muito intenso da equipe. Como o 'J' é médico, nós sempre tivemos o hábito de avaliar muito os hospitais públicos, universitários. Então o Einstein, embora a gente saiba que tem uma condição tecnológica de excelência... Mas o risco de um hospital assim é dar um tratamento mais tecnocrático nas relações pessoais e acho que a equipe é muito atenta para que isso não ocorra. Houve um envolvimento, um vínculo afetivo muito forte no sentido de estabelecer expectativas junto com o paciente e ele melhorou muito, muito, mas evidentemente como o estado foi muito grave...O progresso que ele conquistou eu nem diria. É inacreditável o que ele conquistou. Da parte cognitiva ele melhorou muito. Ele se comunica e ele é muito expressivo. A parte de comunicação, as relações familiares, mas evidentemente... Enfim, depois de 3 anos pra ele tem sido um certo ciclo que se encerra porque ele sempre foi muito autoconfiante, muito determinado e empurrou muito a possibilidade de tratamento dele. Mas eu acho que para pacientes nessa fase, onde já ocorreram grandes ganhos como ganhos motores... Ele anda, apesar de algumas compensações. O braço direito não voltou. Ele é muito grande, muito alto, mas anda. Ele tem autonomia. Mas o problema com a fala... para um psicanalista não é possível, mas ...Bem, acho que eu estou encavalando um pouco as coisas. Em primeiro lugar, essa coisa neurológica é um grande mistério. Ninguém sabe. Depende muito da determinação das pessoas. As pessoas falavam para mim logo no começo, que ainda tínhamos 2 anos pela frente, logo que tinha acontecido. Geralmente todas as potencialidades de melhora acontecem dentro de 2 anos e depois tendem a se cronificar. Bom, o que eu posso testemunhar disso... Para todas as pessoas que venham a ter esse problema, eu sou testemunha que as melhoras continuam a surgir se você confiar. Depende do ânimo. Se houver determinação pessoal, as melhoras são muito mais sutis, enfim, eu nunca digo não. Me parece que a coisa motora, bem eu acho meio duvidoso. Eu não digo que não, mas a parte cognitiva tem melhorado muito. Mas a equipe tem me proposto muitos.. A equipe está meio aflita e me propõe coisas. A equipe sente que é o momento de colocar mais desafios, mas que eu não consigo fazer. Tem um sofrimento que não tem jeito. Eu entendo que a equipe fique querendo trocar, mas eu... É ... Acho que para pacientes que estão há um certo tempo caberia pensar e até achei que ia também ser com a neuropsicologia porque ele faz também. Acho que precisamos buscar mais respostas. Nós não temos respostas para tudo. Ele fazia neuropsicologia sete vezes por semana, agora faz três. Precisamos de respostas....enfim...

**'E'. Vamos falar agora com a 'B'. Pelo jeito você já tem uma vida quase normal.**

**'B'.** Quase normal. Ainda tem alguma coisa que fica. Depois, principalmente depois da cirurgia da traquéia, isso me deixou apavorada, além do acidente que foi violento. Eu fiquei 7 dias em uma UTI em coma induzido. Depois 4 dias em uma Semi-UTI. Acho que saí depois de uns 15 dias do Hospital, antes do que o médico previa. Saí bem dependente em uma cadeira de rodas. Para ir ao banheiro precisava da ajuda do marido, da filha ou da empregada. Tudo girava. Eu tive 3 convulsões e tive um traumatismo craniano, mas que, graças ao bom Deus, não tive que abrir para tirar o coágulo. Só uma coisa foi colocada para medir a pressão do crânio. A vida é quase normal, mas eu engordei 20 quilos depois que saí do Hospital, em função dos remédios. Fiquei fazendo reabilitação aqui quase 1 ano e meio. Vinha aqui todos os dias e depois comecei a vir 3 vezes por semana. Tive que operar depois a traquéia. A minha voz mudou muito. Ficou um cansaço. O equilíbrio, a perna às vezes me atrapalha. Se eu estiver entre amigos, ou na minha casa tudo bem. Se eu for a um casamento, em uma festa, com pessoas de um nível muito mais alto, aquilo já me apavora e então eu já seguro no braço do

meu marido. Eu tive uma convulsão. A gente desmonta e não sabe o que acontece. Meu marido estava ao meu lado e me socorreu. Voltei para o 'Dr.T' e para o 'Dr.P'. Agora vou marcar um retorno, para saber se vou abandonar os remédios que eu tomo. Eu não sei. Mas graças a Deus eu dirijo. Eu tenho uma mãe e uma sogra viúvas. Eu cuido delas. Praticamente um ritmo normal. Vou fazer compras, levo as duas. Só o que eu não faço é voltar a trabalhar junto com os meus filhos. Depois da convulsão eles não deixaram eu voltar. Eles têm medo que aconteça novamente Dei um susto nos filhos, nos funcionários. Mas é uma coisa que é ruim para mim, me incomoda. Eu detesto ficar em casa. Então eu gosto muito de trabalhar, mexer com alguma coisa.

**'E': E a 'D'?** Bom o seu caso não causou tanta diferença na sua vida, você estava falando antes de começarmos.

**'D':** É para mim, a vida é praticamente normal.

**'E': E o que representa um dia feliz para vocês?**

**'M':** Faz tempo que eu não tenho isso. Ah, tenho sim, vai, mas é que felicidade completa vai ser o dia em que eu vir o meu filho totalmente bem. Ele ainda tem um pouco de problema para caminhar perfeitamente. Ainda não encontraram onde ele está errando, é o peso, é a perna, é a barriga, são as costas? Não sei onde é que ele está errando. O dia em que eu vou esquecer disso tudo. A semana passada eu percebi que ao descer a escada ele perdeu o equilíbrio. Então, ainda, machuca. Pôxa, ele ainda tem seqüelas. É nada. Imagina, a gente não pode nem se queixar. Mas, eu acho que eu já estou muito feliz, mas a felicidade completa vai ser o dia que o vir totalmente bem.

**'E': Independente da doença, o que é um dia feliz para vocês?**

**'D':** É o dia em que todos os que me são caros estejam mais ou menos bem. Eu não gosto de ser infeliz. . O dia que todos estejam estão encaminhados, andando, trabalhando. Como diz o Dráuzio Varella: *"Não me dói nada, estou aqui vivo, então do que eu posso me queixar? Não posso me queixar de mais nada"*. E não é só filhos, não, eu tenho um monte de filhos agregados. Eu sou uma velha perto de todos os que estão aqui, então, é uma vida muito comprida, é um monte de filhos agregados. Saí daqui dando baile de esteira, dizendo que eu ia correr a São Silvestre e todos os outros cardíacos babando, dizendo: *"judiação"*. O senhor 'CP' dizia que nunca chegaria ao que eu estava fazendo. Tinha um outro que voava. Ele pulava para fora da esteira. E eu ali, no 7, no 6, muito bem. Então eu tive alta daqui. Fui fazer reavaliação com os cardiologistas. Eles acharam que eu deveria continuar a fazer exercícios, mas não precisava voltar mais para Hospital, que eu poderia ir para uma academia, essa coisara toda. Aí comecei a procurar academia. Eu não sou muito de ouvir o meu corpo, a 'V' sabe disso. Quando eu infartei eu fui a pé para o médico. Eu liguei para o meu filho e ele disse: *"mas mãe essa hora não é hora de infarto, são 2 horas da tarde"*. É, mas o meu veio fora de hora mesmo. Só fui operar quase 2 meses depois. Comecei então a procurar academia, mas eu não comecei ainda a fazer e percebi que voltei a apresentar cansaço. Voltei a internar e aí diagnosticaram um sangramento, por uma hérnia de hiato. Agora voltei a ter força. Vou me preparar para operar no final de outubro, que eu acho que não vai dar.

*Seguem-se aproximadamente 5 minutos, durante os quais os participantes tecem comentários sobre os benefícios da caminhada e sobre o problema dos jovens que não caminham mais etc.*

**'E': E o que é que estraga o dia de vocês?**

**'D':** Dor. O corpo não responder.

**'B':** Acordar com tontura. Levantei e fiquei com tontura, com labirintite, pronto, acabou o dia para mim, para o meu marido e filhos. Se eu cair, bater a cabeça? Cai em casa e fiquei 15 dias com a perna imobilizada. A primeira coisa que eu protejo é a cabeça.

**'M':** Ainda bem que você tem essa consciência. Eu fico falando o tempo todo para o 'A' que ele não pode bater a cabeça. Ele diz: *"ah, mas tem air bag"*. ....Os médicos da UTI pediam aos nossos amigos médicos para nos prepararem.

**'B':** Mas sabe que quando ele se sente muito protegido...Eu sei, porque me incomoda muito quando por exemplo a minha mãe fica cuidando demais de mim. Eu fico muito incomodada. Peço para

minha mãe me deixar, dizendo: *"me deixa, estou bem. Não é por falta de amor, de carinho. Então, é o que eu te digo, teu filho está se sentindo prensado, mas o que você faz para ele....Eu sei o que ele está sentindo. Minha família me deu força, me deu coragem. Quando você fala:" filho isso não pode "*, ele sabe que não pode, mas ele quer fazer sozinho para provar para você que ele consegue fazer sozinho, porque vocês deram força para ele. De um jeito você o ajuda e de outro ele te ajuda. Ele diz: *"eu tenho que conseguir para retribuir a força que eles me deram e eu vou conseguir "*. Eu sei o que ele está sentindo".

'M': Mas é um preço muito alto. Ele diz: *"eu quero provar que eu consigo"*, mas eu posso arriscar a vida dele? Todo mundo foi muito claro. Ele não pode bater a cabeça novamente. Aí, pode ser muito pior. Então, eu vou pagar para ver?

'E': Então, agora, nós vamos entrar no nosso propósito mais específico, no assunto do Centro de Reabilitação. Eu queria saber se vocês conhecem, ou já usaram outros centros de reabilitação ou só este? Vocês já foram conhecer, porque a senhora disse que foi procurar outros locais.

'D': Fui procurar outros locais, a média geral de preços, mas vendo o custo- benefício acabou sendo melhor aqui. Aqui é melhor.

'B': Eu também já fui ver e aqui é melhor. Torna-se mais barato aqui, melhor aqui, só não tem a hidroterapia.

'M': Eu não me conformo de não ter hidroterapia aqui. Eu e o meu marido vimos como ele reagiu com a água quando nós saímos de férias. Eu procurei a fisioterapeuta 'F' e ela me disse que não havia hidro aqui. Pedi que ela me indicasse uma próxima de casa. Falamos com o 'Dr. B.'. O que o 'Dr. B.' elogia a hidro é incrível ! Duas coisas que ele ainda não abandonou foi a fisioterapia e a hidroterapia e as 2 fisioterapeutas trabalham em conjunto. Havia uma hidro aqui no Morumbi, mas tem muito deficiente. Onde ele faz, não tem deficiente. Ele fica muito triste. Ele sabe que poderia ter ficado assim. Para a cabeça dele não faria bem.

'E': E quando vocês vieram? Vieram direto para cá, não teve discussão?

'L': Boa tarde, me desculpem o atraso.

'M': Quando 'A' teve alta, o 'Dr.B.' disse que ele teria que fazer reabilitação todos os dias.

'E': Mas isso foi imposto ou haveria a possibilidade de vocês ficarem à vontade?

'M': Eu poderia ter mudado porque eu não tinha queixa, tinha todos os profissionais aqui. Tanto que um dia, eu e meu marido viemos conversar com o 'Dr.B.' porque nós iríamos mudar para mais perto de casa. Estava difícil, mas aí o meu filho disse que podia mudar tudo, menos a neuropsicóloga. Bom, ele tem que continuar com a 'C'. Então, isso era importante. Bom, então dançou. Quero o melhor para ele. Então, temos que ficar aqui. Desde que viemos para cá tivemos a preocupação de dar o melhor para ele e eu senti essa segurança aqui. Sempre, como mãe, tive essa preocupação. Eu perguntei para a neurologista que o socorreu o que era o melhor para ele. Eu quero o melhor para ele. Eu tenho que sentir que estou dando o máximo para ele. Eu pergunto ao médico, tem mais alguma coisa que eu posso dar para ele? Quando eu não sinto isso eu começo a ficar incomodada e aí eu tenho que remexer em tudo. Aí eu procuro a fisioterapeuta 'F'. A 'F' me ouve muito. Os meus desabafos são sempre com ela. Mas aí eu falei tudo. Então a gente não tem que ficar quieta, tem sempre que botar a boca no mundo. Temos que estar sempre falando: *"aqui não está legal, o que há de melhor, o que podemos fazer?"* Mas aí foi diferente. Eu falei que ele não estava contente com a fisioterapia, aí a 'F' propôs que mudássemos parte da terapia para os aparelhos. Pronto! Ele adorou. Agora ele se sente indo para academia, para um clube.

'E': Então, por essa a razão da nossa reunião, nós tentamos construir, sonhar um pouco, mesmo que o Hospital não possa fazer. Não importa. Vamos ter censura, pensar um pouco. Qual seria a melhor clínica, a ideal, que serviço, que qualidade, que atenda de um modo geral? Por que vocês escolheram aqui?

'M': Aqui sem dúvida a hidro é o que falta.

'D': Na Reabilitação Cardíaca eu também fiquei escolhendo bastante.

'M': É, porque quanto a preço não há muita diferença por aí.

**‘D’:** Não. Há diferença sim. Aqui é mais caro e eu não teria condições de fazer, mas como a **‘V’** propôs aquele Programa de Reabilitação Cardíaca com facilidades financeiras, deu para fazer aqui, pois do contrário eu não teria condições.

**‘E’:** E o senhor, qual o seu nome?

**‘L’:** Meu nome é **‘L.L.’**. Sou ex-paciente, ex-funcionário e fundei esse Hospital. Trabalhei aqui durante 35 anos.

**‘E’:** Então seja bem-vindo! Estamos aqui fazendo uma avaliação sobre qual seria o centro de reabilitação ideal. Eu estava querendo saber quais seriam para você os atributos mais importantes para um centro. Eu queria que nós sonhássemos um pouco para construirmos um local ideal.

**‘M’:** Tem que ter tudo num lugar só. Todas as especialidades, a fisio, a T.O., psico, a fono, inclusive o médico. Se não, não daria para o **‘A’** fazer tudo por causa de locomoção em São Paulo. Para o **‘A’** ficou tudo concentrado aqui, menos a hidro. Outra coisa é a afetividade. Acho que precisa cada um ser tratado especialmente. Eu encontrei isso aqui.

**‘E’:** E vocês acham que isso dá para perceber logo na primeira visita?

**‘M’:** É isso que eu busco. Foi assim que eu escolhi também a hidro. Tem que ter um bom profissional, tem que ser amigo. mas não pode ser frio. A **“VS”** é a fisioterapeuta dele. Ela é uma alemãzinha bem seca e desde o começo ele não queria fazer com ela. Só que eu sentia que ela era uma ótima profissional. Eu não sabia. Você vê que o *feeling* da mãe é importante. Ela fez um estágio na Suíça. Acho que ela talvez seja a fisio mais preparada aqui. Hoje, ele é amigão da **“VS”**, mas foi insistindo muito.

**‘E’:** Então, um bom profissional não pode ser apenas um ótimo técnico? Tem que ser isso e também ter carisma?

**‘M’:** É, tem que ter carinho.

**‘S’:** Além do que a **‘M’** disse, acho que é muito importante que haja sempre uma reciclagem de profissionais. Que haja espaço para pesquisa. Tem que haver tecnologia, humanismo, mas também reciclagem. Há o risco de que um hospital privado perca esse lado acadêmico. Que o ambiente hospitalar também fomente a pesquisa. Dá uma segurança para o usuário saber que os profissionais estão inseridos em projetos de pesquisa.

**‘M’:** Também concordo. Isso também é importante.

**‘E’:** O fato de o Centro estar dentro de um hospital muda alguma coisa? Foi em algum momento um motivo de escolha para vocês?

**‘D’:** Para mim fez parte. Eu me senti protegida. Se eu tivesse um outro infarto eu já estaria aqui no Hospital. Havia sido avisada que eu poderia ter um infarto durante os exercícios. Então estar dentro de um hospital me deu segurança. Sabe essa coisa de dar um susto para filho?

**‘E’:** E você **‘S’**, você acha que teria mais alguma coisa importante para um centro?

**‘S’:** Acho que a integração entre a equipe é muito importante e eu encontro isso aqui. A equipe é muito atenta. É um elemento importante. As informações são passadas. Isso já tem aqui.

**‘M’:** É, isso também foi um motivo de escolha do Centro. Todos estão ligados entre si, inclusive ligados ao médico dele. Não posso perder isso. Se eu não gostar de alguma coisa eu tenho que falar.

**‘S’:** Por que vocês não têm um melhor entrosamento com a neuropsicologia? Por que a neuropsicologia não é entendida como dentro do Setor de Reabilitação?

**‘V’:** Aqui foi uma questão apenas física. A neuropsicologia foi implantada há pouco mais de um ano. Historicamente veio depois. Foi uma construção com o tempo. A neuro veio um tempo depois e numa área física diferente, mas isso não deve impedir a integração entre as áreas e acaba não impedindo. Nós fomos construindo. Primeiro veio a fisio, depois a Fono, depois a T.O. Não havia espaço físico aqui quando veio a neuropsicologia. O ideal realmente é que a área física fosse conjunta. Eu não sei se respondi exatamente a sua pergunta.

**‘S’:** Respondeu, sim. Entendi. Foi o histórico. Veio depois e em local diferente, com a questão administrativa diferente.



**‘E’:** Então, vocês sentem que o ideal seria que esse serviço fosse integrado à Reabilitação como vocês sentem com os demais profissionais?

**‘M’:** Mas assim mesmo eles têm uma integração.

**‘S’:** Menos. Acho que têm menos do que aqui internamente na Reabilitação.

**‘M’:** Eu já senti diferente. No caso do ‘A’ houve grande integração, como por exemplo no caso da Fono e da neuropsicologia.

**‘V’:** É que já foi mais recente do que no caso do ‘J’. Hoje as áreas estão bem mais integradas.

**‘S’:** Eu tenho uma pergunta bem burocrática, bem besta. Eu queria saber qual a relação do Hospital com o seguro e se dá para o Hospital estabelecer alguma jurisprudência no sentido de proteger o direito do usuário do Hospital, porque o ‘J’ quando começou a usar a neuropsicologia...o seguro não cobriu nada, absolutamente nada e soube que um paciente conseguiu com o mesmo seguro. Não adiantou relatório.

**‘M’:** É, eu conheço esse caso, mas o desse paciente era um plano empresarial e é diferenciado. É variável.

**‘E’:** De qualquer forma vocês acham que seria o papel do Hospital fazer essa mediação? Isso interfere na escolha?

**‘M’:** Com certeza interfere.

**‘V’:** O Hospital e o usuário estão do mesmo lado. Há interesse constante de o Hospital estar negociando com os convênios. É de nosso interesse contar com a cobertura desses convênios, mas normalmente eles não pagam nem os nossos custos.

**‘S’:** Será que não é porque é uma área nova e eles estão meio que empurrando com a barriga? Talvez, por exemplo, uma ação dos profissionais de reabilitação junto à Associação Paulista de Medicina? A opinião pública?

*Várias falas sobre o que os convênios pagaram para uns casos, procedimentos etc. Queixas de todos os participantes com relação a pagamento e coberturas dos convênios. Duração de aproximadamente 10 minutos.*

**‘E’:** Bom, então nós vamos voltar aqui para construir o nosso centro de reabilitação ideal e para isso precisamos da ajuda de vocês. Já levantamos muitas coisas do centro ideal como a qualificação técnica e humana dos profissionais até a fala da ‘S’ com relação à cobertura dos convênios. E em termos de profissionais? Vocês disseram que eles são muito integrados aqui, menos a neuropsicologia porque está em outra área. Mas quando falamos em profissionais, quando vocês entram, como é feito o planejamento com relação ao retorno sobre os resultados obtidos durante o tratamento? Isso é algo importante para vocês?

**‘M’:** Não sei se eu entendi o que você está perguntando. Você quer dizer com relação ao “feedback” dos resultados.? Eu não recebi muito. Eu sempre tive que ir atrás. Quando passa algum tempo eu procuro a fisio ‘F’ ou a fisio ‘VS’.

**‘E’:** Você ‘D’?

**‘D’:** Quando eu estive com a ‘V’, ela me disse que os relatórios seriam encaminhados periodicamente a cada 15 dias ou quando eu fosse passar no médico aí eu teria que pedir. Mas quando eu fui passar no médico, não tinha o relatório da cozinheira, quero dizer da nutricionista, e era importante para o meu médico saber. Aí me foi mandado o relatório via fax, mas era para mandar para o médico.

**‘B’:** Se eu pedisse relatório, ele saía, mas eu tinha que pedir periodicamente.

**‘E’:** Ao longo do tratamento não existe uma conversa sobre o resultado? É dado esse retorno ao paciente ou à família?

**‘L’:** Mas o tempo todo a profissional ficava nos perguntando como estamos nos sentindo, evoluindo. No outro dia, era a mesma coisa, ela sempre perguntava como eu estava me sentindo. Ela até registrava tudo.

**'B':** Eu pedia o relatório quando eu precisava passar no médico. Eram tantos médicos no meu caso. Aí na outra semana vinha o relatório e eu levava para o meu médico.

**'E':** De qualquer forma é importante que essas questões sejam compartilhadas com vocês?

**'B':** Às vezes a fisio falava que nem todos os médicos precisavam, mas eu dizia que os meus médicos queriam.

**'S':** O que eu ia falar, é que talvez porque o meu marido seja bem assíduo... No nosso caso, a equipe pelo menos a cada 3 ou 4 meses se reúne conosco e eu recebo o *"feedback"*. Mesmo o médico que acompanha, o 'Dr.PP', é também sempre muito solícito.

**'E':** Vocês acham que isso é praxe de todas as clínicas? O de compartilhar com as famílias? Nós estamos seguindo esse caminho, temos obtido esses resultados e estamos planejando tal coisa.

**'M':** Eu sou uma mãe bem chata, então eu estou sempre perguntando. Eu peço para a hidroterapeuta ligar para a fisio daqui e vice-versa. Peço para a fisioterapeuta ligar para a de fora para que os exercícios tenham o mesmo objetivo. Mas desde que o 'A' começou na hidroterapia eu peço uma reunião com todos os profissionais juntos comigo, com meu marido e o meu filho. Já pedi para as coordenadoras da neuropsicologia e da fisioterapia e não aconteceu até agora. Elas me prometeram, mas não aconteceu. Talvez hoje eu já nem veja essa necessidade. Talvez eu não dê nem tempo delas me procurarem porque eu corro logo atrás. Eu queria essa reunião sem o meu filho junto, mas a reunião não aconteceu.

**'V':** Vocês acham que é importante sempre a presença do paciente ou não? 'M' você disse que queria a reunião sem o seu filho. Imaginem-se todos como pacientes. Vocês gostariam que alguém, um familiar de vocês, se reunisse com a equipe sem vocês? E, como familiares, com o paciente presente ou não?

**'D':** Eu quero participar tanto como paciente como familiar. Acho que o paciente deve estar sempre junto. Cada um é dono do seu corpo, principalmente quando é maior de idade, consciente. A não ser que seja uma criança. Ele tem que participar. É humilhante não participar. Já imaginou saber que houve uma reunião sem a sua presença?

**'B':** Eu gostaria de participar, mas eu acredito que isso foi feito sem a minha presença várias vezes enquanto eu estive internada.

**'M':** Com meu filho o jogo foi sempre limpo. Ele entra no médico junto conosco. Porém, nessa reunião com todos os profissionais, eu gostaria muito de poupá-lo. Saber qual é a seqüela. Perguntei isso ao médico na frente do meu filho e a resposta foi maravilhosa. Desde o começo eu não gostava que ficassem comentando coisas ao lado dele quando ele estava em coma. Detestava. Uma vez eu pus um médico e uns outros, acho que eram médicos residentes, para fora. Pus muita gente para fora mesmo, que ficavam comentando o caso dele. Eu tentei preservar o máximo, mas sempre joguei aberto.

**'E':** Engraçado. A gente acaba se sentindo traída quando não participa da tomada de decisão?

**'M':** Essa semana quase convenci o meu filho a responder uma determinada coisa para o médico durante a consulta. Mas eu resisti.

**'E':** Bom, vamos voltar ao nosso centro de reabilitação ideal. Onde é que ele não pode falhar?

**'D':** No aspecto humano. Um sorriso, um bom banho tomado, não pode ter mau hálito. O profissional tem que dar aquele colo. Sensação de proteção, de cuidado, um bom atendimento. Ele pode ter tido um mau dia, uma má noite, mas entrou aqui dentro, põe um elástico e prende as pontas da boca para manter o sorriso. O profissional tem que estar sempre bem.

**'B':** Tirou as palavras da minha boca. É isso mesmo.

**'M':** Incomoda se você tiver a impressão de que ele está apenas fazendo o seu trabalho mecanicamente. Tem que ser mais. Tem que se doar.

**'D':** Eu pedi para a 'V.' uma televisão no ginásio. Você pôs?

‘V’: Pusemos, sim, ‘D’.

‘D’: Ah, na época dos jogos do Guga, nós ficávamos curiosos em saber como estava o jogo. Ficávamos lá olhando para o espelho. Eu odeio espelho.

‘S’: Renovar as revistas da sala de espera, não deixar revistas sem capa e antigas.

‘E’: **Vamos perguntar sobre o espaço.**

‘D’: Aqui falta luz. Não pode faltar luz. Tem que ter janela com sol entrando e não luz acesa e só ar-condicionado. Isso fica saudável, parece que não tem doença junto.

‘M’: Para quem espera é muito pequeno.

‘D’: Ah, mas é muito melhor que outros lugares que eu visitei.

‘M’: É, também é melhor que a clínica onde ele faz a hidroterapia, mas essa sala de espera é muito pequena. É ruim.

‘D’: A sensação que me dá é que esse espaço foi dado para a Reabilitação provisoriamente. Isso era para ser maior e acabou ficando assim.

‘B’: Mas antigamente era em outro lugar, não era?

‘V’: Sim, era um aproveitamento de apartamentos desativados e depois nós viemos para cá. Nós estamos aqui conversando também para levantar as expectativas de vocês com relação ao novo espaço físico que teremos em breve, no qual, também uma piscina.

‘E’: **Que mais teria o nosso centro de reabilitação ideal? O acesso, como deveria ser?**

‘D’: O acesso aqui é bom. Não tem degrau.

‘V’: Quando falamos em acesso, também queremos saber sobre a localização com relação a São Paulo para quem vem pelo menos 3 vezes por semana.

‘M’: Bom, no meu caso era meio complicado. Dei sorte porque acabei mudando para cá. Mas eu sempre dei sorte, mesmo morando mais longe eu sempre vim e voltei rapidamente.

‘V’: **E o tempo em que vocês esperam pacientes? Como é para vocês? Há alguma sugestão?**

‘M’: Eu, em todas as pesquisas do Hospital...Eu sei que é um hospital judeu, mas me faz falta demais uma capela. Você já deve ter-me visto várias vezes com o terço rezando aqui na sala de espera.

‘CP’: Mas há uma sala de meditação no atrium.

‘M’: Não, aquilo é um corredor, é... Aquilo não tem nada com nada. Eu fui até me inscrever como voluntária para me oferecer como ajuda religiosa.

‘D’: É, faz falta.

‘V’: É assim: passagem do padre ou do rabino deve ser solicitada pela família ou paciente. O Hospital tem contatos que podem ser acionados rapidamente.

‘M’: Um dia eu perdi minha Bíblia aqui.

‘D’: Tem que ter televisão em todo lugar. No Hospital “T” para todo lado tem televisão. Eles enfiam uma banana e um pedaço de queijo na frente da gente e lá está a televisão.

‘M’: Eu queria aproveitar o tempo de espera aqui para fazer conta de banco. Não tinha um apoio, onde pudesse escrever. Não dá nem muito para ler, para apoiar o braço. Outra coisa que me faz falta é um salão de beleza. Eu queria aproveitar o meu tempo para fazer a minha unha. Todo hospital tem. Mesmo para cortar o cabelo do ‘A’ eu tive que trazer alguém de fora. No Hospital “SL” todo dia passa alguém oferecendo para cortar o cabelo ou fazer a unha. Faz falta para mim.

‘E’: **Agora veio uma coisa na minha cabeça. Vocês querem ficar aqui três horas esperando e por isso essa infra-estrutura é necessária ou vocês não gostariam de ficar, caso fosse mais perto?**

‘M’: Eu aproveitava para fazer supermercado.

‘E’: **Se vocês colocassem o Centro de Reabilitação daqui em comparação com outras clínicas, como estaria este centro em um *ranking*?**

‘V’: Não acho essa pergunta de interesse para o nosso objetivo.

‘D’: Eu colocaria aqui em primeiro lugar, mesmo com os problemas que nós pudemos levantar.

‘B’: Eu também colocaria aqui em primeiro lugar.

**‘S’:** Eu também gosto muito da outra clínica, colocaria as duas juntas.

**‘M’:** Eu acho que com todo o equipamento que tem aqui, dificilmente eu encontraria em outro centro de reabilitação.

**‘D’:** De equipamento e de pessoal.

**‘S’:** O que eu estou falando aqui para a ‘V’ é sobre uma biblioteca, por exemplo, o ‘J’ fica aqui muito tempo. Ele faz um trabalho com internet. Seria interessante computadores para esse trabalho. Uma biblioteca de assuntos gerais e não só técnica.

**‘M’:** Eu mesma queria saber mais sobre a doença do meu filho e fui procurar sobre tudo o que ele estava apresentando. Procurei a biblioteca daqui, mas era bem técnica. É importante aprender tudo. Muitas vezes os médicos não explicam tudo.

**‘D’:** Ah nem sempre é bom saber tudo. Eu, por exemplo, vi uma fita de vídeo aqui no Programa de Reabilitação que eu não gostei, porque falava sobre a cirurgia que eu fiz. Pra quê, se já fiz mesmo?

**‘V’:** A ‘D’ já iniciou nesse Programa de Reabilitação Cardíaca que ela está falando. Há vários vídeos para orientar sobre a doença, a cirurgia, sobre exercícios, sobre prevenção de hipertensão e obesidade e uma aulinha sobre o coração. Vocês gostariam de ter esse tipo de informação? Isso já está definido no Programa. Vocês acham que o paciente sempre recebe bem a educação sobre a doença ou procedimentos?

**‘D’:** É que isso de informar tudo é uma realidade norte-americana. Não é a nossa realidade. Lá é diferente. É outra realidade. O americano respeita tanto o indivíduo que o indivíduo é dono do próprio corpo, então ele tem que saber o que está acontecendo com o corpo dele. Isso só interessa a ele. Ele vai resolver se ele quer radioterapia, se ele quer ser operado ou não. É nesse sentido que aqueles vídeos estão formatados, apesar de traduzidos. Aquela fobia de obesidade, aquela coisara toda..

**‘S’:** É, a biblioteca pode ser aproveitada até mesmo terapeuticamente.

**‘E’:** E aí gente, que mais nós podemos colocar no nosso centro de reabilitação?

**‘M’:** Sabem, quando eu fui convidada para esta reunião, eu pensei: é a minha oportunidade de falar da falta da piscina. Eu não entendo, já que o próprio presidente do Hospital é quem mais elogia o resultado da piscina. É o que eu mais espero.

**‘B’:** É, e tem bastante espaço.

**‘CP’:** Engraçado que a primeira vez que eu procurei a ‘V’ para falar sobre o Centro de Reabilitação, perguntei o que mais ela sentia falta aqui e ela me disse – uma piscina.

**‘M’:** É para a capelinha. Tem tanto espaço e não pode ter uma capelinha?

**‘D’:** É podia ter uma capelinha portátil.

**‘E’ :** Que mais, gente, algo que mais nós pudéssemos comentar em nosso centro de reabilitação ideal? Se vocês tivessem que descrever esse centro para um amigo que mora lá no Norte do Brasil, como vocês o descreveriam?

**Vocês iam lhe telefonar e ele está precisando.**

**‘B’:** Coitado, precisa ver se ele tem condições de vir para cá.

**‘D’:** Olha, eu passei por uma situação dessas. Um amigo que precisava de um tratamento desses.

**‘E’:** Então, conta como você descreveu.

**‘D’:** Ah, eu contei como era essa coisara toda e ele disse que só se viesse para cá, porque em Salvador não tinha o que eu descrevi.

**‘E’:** Conte, então, o que você lhe disse.

**‘D’:** Ah, eu disse que era muito bem equipado, que era multidisciplinar, que haveria médico próximo em caso de emergência, a tal da proteção de se sentir segura.

**‘B’:** Bom, então, já que podemos falar tudo, então teria que baixar o preço.

**‘E’:** É caro tanto quanto os outro, s ou é mais caro?

**‘S’:** Eu acho que para um esquema ambulatorial e não só uma clínica, então deveria ser mais barato.

**'M':** Olha, eu comecei a fazer RPG aqui enquanto eu esperava o 'A'. Aqui era mais barato, R\$20,00 mais barato do que onde eu fazia em outro lugar.

**'S':** Agora, a neuro é cara.

**'M':** neuropsicologia é cara. Mas quando eu busquei terapia, quando fiquei muito mal após uma convulsão do meu filho e lá era mais caro do que aqui.

**'S':** Sim, mas em outro lugar você fazia uma terapia analítica, aí é mais caro mesmo.

**'V': 'M' você chegou a procurar a AACD para a reabilitação do seu filho?**

**'M':** Não, não cheguei a ir. Eu morava muito próximo d a AACD. Eu sei que lá há excelentes profissionais, não é? Eu falei com a fisio 'F'. "Ele fica aqui até março, mas depois ele vai para a AACD, que é mais perto de casa". O Einstein me dava muita segurança porque o médico dele estava aqui e toda a equipe que o acompanhou durante a internação estava aqui. Não havia dinheiro que pagasse isso. Mas depois ele foi melhorando e, apesar da AACD ter excelentes profissionais, tem muitos deficientes. Eu nunca cheguei a ir até lá. Eu não queria esse ambiente para o meu filho. A fisio 'F' já havia até me indicado uma pessoa lá que até já sabia de todo o caso dele. O 'A' precisa de alto astral, precisa estar muito para cima.

**'V':** Já que você falou sobre o seu filho entrar em contato com muitos deficientes mais graves, vou perguntar uma coisa. Quando iniciamos o projeto aqui, pensamos em fazer entradas e ambientes separados para ortopédicos, pacientes neurológicos ou para aqueles com cara de super saudáveis como os cardiopatas, os pacientes dependentes de oxigênio e outras entradas para crianças etc. No final, acabamos por não ter tanto espaço e tivemos que juntar todos os pacientes no mesmo ginásio. Como é para vocês essa questão? Ambiente junto ou separado? Como é isso?

**'D':** É legal. A gente se entrosa. Um dá força para o outro. É bom essa mistura.

**'M':** O 'A' comenta muito isso, e ele gosta muito de vir aqui. Ele comenta comigo que ele não encontra só deficientes. Ele diz: "*Mãe, tem gente que está lá fazendo fisioterapia só porque quebrou o braço*"

**'D':** Comigo tinha até gente que estava aqui para emagrecer. Tinha um paciente que morava longe e que até chegou a me dar carona. Ele falava que aqui a gente oxidava e que lá na Vila Carrão ele enferrujava.

**'M':** É, isso é importante. Tem de tudo. Ele gosta de conversar com o atleta de seleção que está fazendo fisioterapia, como ele gosta também de conversar com o 'EC'.

**'E':** E aí, gente, tem mais alguma coisa importante para ser comentada?

**'M':** Eu tive uma experiência muito ruim aqui. Houve uma vez, que eu fiquei muito brava com a T.O. porque ela veio me sugerir que procurássemos uma determinada auto-escola para portadores de deficiência, para que a carteira de habilitação dele portasse um selo que lhe permitisse certas facilidades para deficiente. Eu não tenho que ouvir essas abobrinhas. Eu sei que tenho que ter informações, mas precisa ver o que fala.

*Seguiram-se 13 minutos de conversa sobre experiências pessoais durante o período de internação no Hospital, conversas que não agregam informação a esta dissertação. A interrupção foi feita pela moderadora.*

## **Anexo VI - Consentimento informado**

Eu, \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_, participante da reunião entre ex-pacientes e familiares de pacientes realizada na sala de reuniões do Centro de Reabilitação do Hospital Israelita Albert Einstein, em 28 de setembro de 2001, concordo em que a transcrição da filmagem realizada durante a reunião constem na dissertação de mestrado de Vera Lúcia Costa Roncati, pela Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo. Sinto-me devidamente informado(a) sobre a garantia de que a fita de vídeo encontra-se em posse da autora da dissertação, que a filmagem só foi e será vista pela mesma e que jamais será divulgada a outras pessoas sem minha prévia autorização.

Foi-me dada a garantia, ainda, de que no texto citado na transcrição serei identificado (a) somente por uma das iniciais do meu nome.

---

Assinatura do participante