

QUALIDADE DE SERVIÇOS PRIVADOS EMERGÊNCIAIS EM UNIDADES HOSPITALARES: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES

QUALITY OF EMERGENCY SERVICES IN PRIVATE HOSPITAL UNITIES: AN EXPLORATORY STUDY IN THE MUNICIPALITY OF CAMPOS DOS GOYTACAZES

CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA EN LOS HOSPITALES PRIVADOS: UN ESTUDIO EXPLORATORIO EN EL MUNICIPIO DE CAMPOS GOYTACAZES

Caroline Belletti Guzzo Sanguedo¹, Jéssica de Souza Crisóstomo Rangel², Yan Peixoto Machado Marques³, Henrique Rego Monteiro da Hora⁴, Helder Gomes Costa⁵.

Resumo: Mesmo que seja obrigação do governo oferecer a população acesso ao atendimento hospitalar, infelizmente o mesmo não tem conseguido cumprir com tais obrigações por vários motivos. O que deixa margem para que seja necessária a procura de meios alternativos para suprir essa necessidade, como por exemplo, planos de saúde. Devido às reclamações constantes e pacientes insatisfeitos, faz-se necessário avaliar a situação do sistema privado de saúde. Este artigo tem por objetivo mostrar um panorama sobre a situação das unidades hospitalares de Campos dos Goytacazes

no norte fluminense, através de uma pesquisa nessas unidades utilizando a

técnica do momento da verdade. Os resultados variam de acordo com as visitas, sendo alguns deles positivos, outros nem tanto. Nota-se que um dos principais problemas encontrados foi a pressa dos atendimentos e, contrastando com esse pensamento, a demora para o início dos mesmos.

Palavras-Chave: Serviços de saúde de emergência, Administração hospitalar, Controle de qualidade.

Abstract: Even if it's the Government's obligation to provide the population access to hospital care, unfortunately it has failed to fulfill these obligations for several reasons. That leaves room for the necessity to search for alternative means to meet this need, such as health plans. Due to the constant complaints and dissatisfied patients, it becomes necessary to evaluate the private health system situation. This article aims to show a panorama of Campos dos Goytacazes' (northern of Rio de Janeiro State) hospitals situation by searching on these units using the truth moment technique. Results change according to the visits, some of them positive, others not so much. Note that one of the main problems was the rush of attendance, and contrasting with that thought, the delay to start them.

¹ Bacharel em Engenharia de Produção pelo Instituto Tecnológico e das Ciências Sociais Aplicadas e da Saúde (ISECENSA). E-mail: carolbelletti@gmail.com

² Bacharel em Engenharia de Produção pelo Instituto Tecnológico e das Ciências Sociais Aplicadas e da Saúde (ISECENSA). E-mail: jehrange@gmail.com

³ Bacharel em Engenharia de Produção pelo Instituto Tecnológico e das Ciências Sociais Aplicadas e da Saúde (ISECENSA) E-mail: yanpeixotomm@gmail.com

⁴ Doutor e mestre em Engenharia de Produção pela UFF e UENF respectivamente. E-mail: dahora@gmail.com

⁵ Mestre e Doutor em Engenharia Mecânica pela PUC-Rio, Professor do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal Fluminense. E-mail: hgc@pq.cnpq.br

Key-words: Emergency Medical Services, Hospital Administration, Quality Control.

Resumen: A pesar de que es obligación del gobierno de proporcionar al público acceso a la atención hospitalaria, lamentablemente no ha sido capaz de cumplir con estas obligaciones, por varias razones. Eso deja espacio para la demanda de activos alternativos es necesario para cumplir con esta necesidad, tales como los planes de salud. Debido a las constantes quejas y pacientes insatisfechos, es necesario evaluar la situación del sistema de salud privado. Este artículo tiene como objetivo mostrar un panorama general de la situación de los hospitales de Campos dos Goytacazes, en el norte del estado de Rio de Janeiro, a través de una búsqueda en estas unidades mediante la técnica del momento verdad. Los resultados varían en función de las visitas, y algunos de ellos positivos, otros no tanto. Nos damos cuenta de que uno de los principales problemas era la prisa de la atención y, en contraste con ese pensamiento, el retraso del inicio de la misma.

Palabras clave: Servicios Médicos de Urgencia, Administración Hospitalaria, Control de Calidad.

1. Introdução

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 o sistema de saúde no Brasil sofreu significativas alterações, sendo a principal delas a criação do chamado Sistema Único de Saúde (SUS). Previamente, o modelo de

atendimento adotado no país era disposto em três segmentos: o privado, o segurado, e não-segurado pela previdência social. Com a unificação do sistema, a saúde pública deixou de ser responsabilidade exclusiva do Poder Executivo Federal sedo também ministrada por estados e municípios.

No país, o investimento neste setor equivale a cerca de 3,5% do Produto Interno Bruto (PIB), posicionando-se abaixo de países como Argentina (6%) e Estados Unidos (12%). No Brasil, embora haja um sistema público de atendimento adequado, existem raras ocasiões onde o mesmo atinge às expectativas, fazendo com que a população recorra aos serviços oferecidos pela iniciativa privada. Em paralelo ao crescimento do setor de saúde privado, houve uma procura significativa entre os anos de 1987 e 1992 pelo Sistema Complementar de Assistência Médica, fazendo com que este crescesse a uma taxa média anual de 7,4% ⁽¹⁾.

Mesmo que a Constituição garanta ao cidadão brasileiro acesso à saúde e que isto é dever do Estado, o mesmo não tem conseguido cumprir com tais obrigações, permitindo e ocasionando a procura de meios alternativos para

suprir essa necessidade, como por exemplo, os planos de saúde. Devido às reclamações constantes e pacientes insatisfeitos, faz-se necessário avaliar a situação do sistema privado de saúde.

Nas últimas décadas houve a mobilização em torno de programas de qualidade nas organizações hospitalares, pois a atenção à saúde deixou de ser amadora e esporádica e se tornou necessidade básica, especializada e garantida por lei. Por este motivo, deve e precisa ser oferecida eficaz e eficientemente, com igualdade nos seus serviços, tanto nas instituições públicas quanto para privadas ⁽²⁾.

Apesar de uma crescente conscientização sobre a importância da qualidade da atenção à saúde no Brasil, ainda é necessário avançar muito para assegurar padrões consistentemente elevados. O Ministério da Saúde (MS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) promovem iniciativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) para assegurar a segurança dos pacientes, mas a adesão a essas iniciativas por parte dos serviços é baixa. Por exemplo, a ocorrência de eventos adversos evitáveis em hospitais é muito alta (67% de todos os eventos adversos sejam evitáveis) ⁽³⁾.

O evento adverso a medicamento (EAM) abrange a reação adversa a medicamentos e o erro de medicação (EM). O EM é um dos mais frequentes tipos de EAM e podendo ser evitado, ocorrendo em qualquer etapa do sistema de medicação (prescrição, dispensação e administração de medicamentos) e com qualquer profissional da equipe multidisciplinar responsável por ações voltadas à terapia medicamentosa: médicos, farmacêuticos e enfermeiros ⁽⁴⁾.

A grande frequência de eventos adversos a medicamentos também é motivo de preocupação, assim como a frequência de infecções hospitalares. Apenas uma parcela dos serviços de saúde é submetida a um processo de acreditação. Existem profissionais altamente qualificados e serviços de saúde de alta qualidade, mas há uma carência de políticas públicas firmes para a melhoria da qualidade. Como consequência, uns poucos estados da federação, como São Paulo e Minas Gerais, e algumas secretarias municipais de saúde desenvolveram suas próprias abordagens para a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde ⁽³⁾.

É mister que o cidadão tem o direito de obter do serviço público de saúde, desde o diagnóstico, incluindo a atenção terapêutica individualizada, de acordo com as suas necessidades, para cada caso, segundo as suas exigências, e em todos os níveis de complexidade dos serviços⁽⁵⁾. Entretanto, esse direito deve pautar-se por alguns pré-requisitos, dentre eles, o de que o cidadão, livremente, ter decidido pelo Sistema Único de Saúde e acatar os seus regramentos técnicos e administrativos. Atualmente os serviços de saúde tem sido alvo de insatisfação da popular, inclusive os privados. Dentre os maiores problemas enfrentados destacam-se a falta de infraestrutura nos consultórios, o descuido na abordagem dos médicos e

o mau atendimento em geral. O paciente que procura um hospital privado busca diferenciação em seu serviço, disposto a pagar caro pelo mesmo para que este esteja sempre disponível.

De acordo com o Portal da Saúde⁽⁷⁾, no início de 2013, 8.791 processos de reclamações de consumidores sobre o atendimento dos planos de saúde estão em tramitação na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Entre os motivos que levam às queixas estão negação de cobertura, reajustes de mensalidades e mudança de operadora. No Brasil, mais de 48,6 milhões de pessoas têm planos de saúde com cobertura de assistência médica e outros 18,4 milhões, exclusivamente odontológicos. Vale ressaltar que:

O Ministério da Saúde, por meio da ANS, tem adotado uma série de medidas inéditas para tornar mais rígido o monitoramento das operadoras de planos de saúde com objetivo de melhorar o atendimento do cidadão aos serviços contratados. (...) É um resultado da avaliação sobre o acesso e a qualidade dos serviços prestados pelas operadoras que não se adequaram aos critérios estabelecidos na Resolução Normativa 259 da ANS. A resolução determinou prazos máximos para consultas, exames e cirurgias. (...) As operadoras que não cumprem os prazos estão sujeitas a multas de R\$ 80 mil a R\$ 100 mil. Em casos de reincidência, podem sofrer medidas administrativas, como suspensão da comercialização de parte ou da totalidade dos seus planos de saúde e decretação do regime especial de direção técnica, inclusive com afastamento dos dirigentes. Outra medida importante é que, agora, as operadoras de planos de saúde são obrigadas a justificar, por escrito, em até 48h, o motivo de ter negado autorização para algum procedimento médico, sempre que o usuário solicitar. Cada vez que deixarem de informar a cláusula do contrato ou dispositivo legal que explique a negativa serão penalizados em R\$ 30 mil⁽⁷⁾.

Uma organização hospitalar o atendimento deve ser flexível, buscando o bem estar do paciente desde o

momento que da entrada ao hospital até o momento de sua saída, buscando atender de forma específica todas as

necessidades dos pacientes, valorizando a excelência e a qualidade nos serviços prestados ⁽⁶⁾.

Este artigo tem como objetivo avaliar da qualidade dos atendimentos emergenciais clínicos, dando continuidade ao trabalho de Gonçalves e colaboradores ⁽⁶⁾, com foco na rede privada de atendimento à saúde na mesma municipalidade.

Definido o objetivo, é importante ressaltar que não faz parte do escopo desta pesquisa avaliar aspectos reservados à prática da medicina, mas tão somente os aspectos pertinentes à gestão do serviço de saúde que refletem na qualidade do atendimento como, tempo de espera e atenção dada ao paciente desde a recepção até a consulta, entre outros.

2. Estratégia Metodológica

Esta pesquisa possui caráter exploratório, que tem por meta familiarizar-se com a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto onde ela se insere. Pressupõe-se que o comportamento humano é mais bem compreendido no contexto social onde ocorre ⁽⁸⁾.

2.1. Procedimentos Técnicos

Adota-se nesta pesquisa a técnica do momento verdade, que avalia um serviço prestado no momento em que ele acontece, e comparando a percepção deste serviço com o que se esperaria em uma situação ideal (*gap analysis*), observando os itens relatados e compilados em pesquisa semelhante ⁽⁶⁾.

A coleta de dados é realizada por dois membros do grupo de pesquisa, que se apresentam à emergência dos estabelecimentos escolhidos para a pesquisa na condição de paciente e acompanhante, com uma queixa compatível com o quadro de sinusite, que demanda alguns questionamentos (anamnese ⁽⁹⁾) e exames rotineiros. Desde o momento deste primeiro contato até saída do estabelecimento de saúde são registradas as percepções dos pesquisadores de campo em uma memória de pesquisa para debate na fase de análise. A escolha de dois membros na pesquisa de campo para coleta de dados visa diminuir a subjetividade típica de pesquisas qualitativas e garantir impessoabilidade nas análises dos fatos.

2.2. Universo e amostra

A população a ser pesquisada

compreende os hospitais privados localizados no município de Campos dos Goytacazes, interior do estado do Rio de Janeiro. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística (IBGE) no último censo disponível (2010), a municipalidade conta com 176 estabelecimentos de saúde, dos quais 50% são privados⁽¹⁰⁾ (

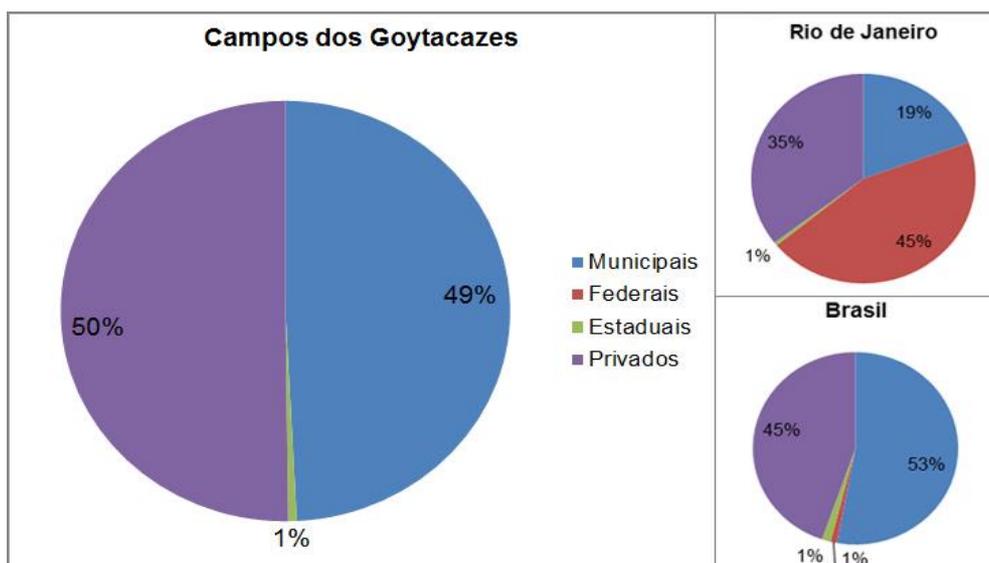


Figura 1: Distribuição dos estabelecimentos de saúde do município de Campos dos Goytacazes

Para definição da amostra para o estudo, utilizou-se a técnica “*top of mind*” que consiste na consulta à população para que liste cinco estabelecimentos de saúde que se recordassem. Foi disponibilizado e divulgado um questionário eletrônico entre os dias

02/09/2013 e 17/09/2013, utilizando a amostragem em rede (também conhecida como bola de neve – *snowball*), tendo seu início em redes sociais e lista de e-mails.

Foram coletadas 292 respostas de 109 indivíduos no período, que organizadas segundo a técnica de Pareto, resultam no gráfico da

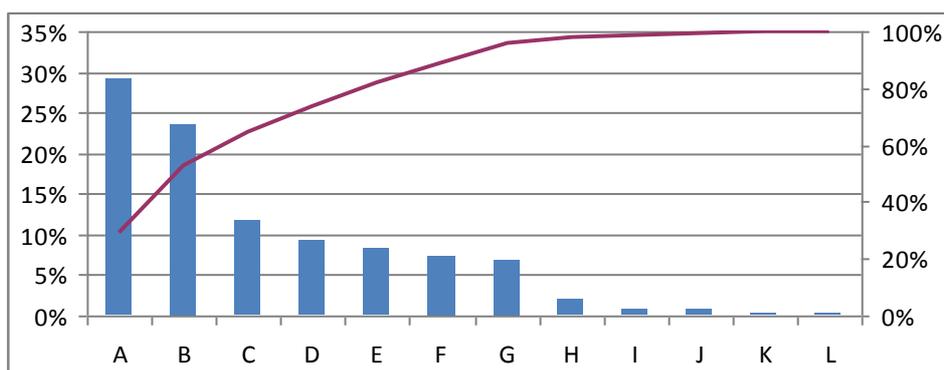


Figura 2: Gráfico de Pareto para seleção das unidades a serem pesquisadas.

Os hospitais escolhidos pelo princípio de Pareto são o A, B, C, e D. É preferido o uso de pseudônimos para identificação das unidades hospitalares por tratar-se de uma pesquisa de cunho acadêmico que visa gerar conhecimento para a academia e de uso geral.

2.3. Técnicas de análise

Os itens compilados por Gonçalves e colaboradores ⁽⁶⁾ receberam uma avaliação consensual discutida e acordada em reunião do grupo de pesquisa, com participações do membro-paciente e membro-acompanhante, e mais outros integrantes familiarizados com a pesquisa, expressada por uma nota de 1 a 5, variando de “Ruim” até “Excelente” (Quadro 1), dependendo dos diversos fatores envolvidos e registrados na memória de pesquisa. Ao final, todos os pontos são somados,

gerando um índice para comparação entre as unidades pesquisadas.

Qualitativo	Quantitativo
Excelente	4
Muito Bom	3
Bom	2
Razoável	1
Ruim	0

Quadro 1: Escala quantitativa associada a escala qualitativa para análises dos resultados.

Dessa forma, considerando o instrumento de interrogação da pesquisa, a pontuação máxima possível é de 136 pontos, considerando todos os itens com nota 4 (excelente). O desempenho final da unidade hospitalar é dado por meio de uma porcentagem entre o desempenho alcançado e o desempenho máximo possível.

3. Revisão bibliográfica

3.1. Gestão da Qualidade Total

A era da Gestão da Qualidade Total é uma evolução natural das três que a

precederam e está em curso até a atualidade, englobando as eras da Garantia da Qualidade, do Controle Estatístico da Qualidade e da Inspeção, porém seu enfoque valoriza prioritariamente os clientes e sua satisfação como fatos de preservação e ampliação do mercado ⁽¹¹⁾.

O planejamento da qualidade trata da fixação de metas e do estabelecimento dos meios necessários para alcançá-las. O controle de qualidade trata da execução de planos – da condução das operações de forma a atingir as metas. O controle de qualidade inclui monitoramento das operações, de forma a detectar as diferenças entre desempenho real e as metas. Além disso, o controle de qualidade inclui ações para restaurar o *status quo* caso apareçam variâncias ⁽¹²⁾.

A Gestão da Qualidade Total é então, a concretização na gestão de todos os recursos organizacionais, bem como no relacionamento entre as pessoas envolvidas na empresa. Esta ação consolida-se através de um agrupamento de ideias e técnicas voltadas para um aumento da competitividade da empresa, principalmente no que diz respeito à melhoria de produtos e processos ⁽¹³⁾.

Já o planejamento da qualidade é um processo estruturado para o desenvolvimento de produtos e serviços que asseguram que as necessidades dos clientes são encontradas pelo resultado final. As ferramentas e métodos do planejamento da qualidade são incorporados juntamente com as ferramentas tecnológicas para o produto específico sendo desenvolvido e entregue. O processo de planejamento da qualidade e respectivos métodos, ferramentas e técnicas têm sido desenvolvidos porque na história da sociedade moderna, organizações têm preferência a demonstrar universalmente uma falha consistente a produzir os bens e serviços que, inevitavelmente, encantam seus consumidores ⁽¹²⁾.

3.2. *Gestão da Qualidade Total em Saúde Hospitalar*

Durante um longo tempo, a qualidade na área da saúde teve uma visão conservadora, onde a mesma era baseada na habilidade do médico, sua competência, e decisões, com o resultado julgado pelo próprio profissional. Atualmente a qualidade é uma questão ampla de responsabilidades compartilhadas, feita

por processos, sistema e trabalho em equipe (médicos, enfermeiros e

técnicos)⁽¹⁴⁾.

O que faz um cliente retornar a uma empresa é, sem dúvida, a qualidade dos produtos e dos serviços que a mesma oferece, como as facilidades em formas de pagamento e, principalmente, o tratamento prestado aos clientes pelos funcionários⁽¹⁵⁾.

Um serviço satisfatório é um objetivo dinâmico, em virtude das contínuas mudanças no mercado. Acompanhar a concorrência requer contínua melhora dos serviços, esta ocorre projeto por projeto, por isso, é necessário entrar em acordo quanto às melhorias específicas necessitadas e organizar-se para executar os projetos de melhorias resultantes⁽¹⁶⁾.

De acordo com o exposto, o mesmo deve ser feito no atendimento hospitalar. Cada parte precisa cooperar para que seja gerado um ambiente que demonstre confiança ao cliente. Para atender as necessidades do cliente, satisfazendo-o e procurando superar suas expectativas, é necessário identificar, fundamentalmente, saber quais são as exigências desse cliente⁽¹⁷⁾ para exceder suas expectativas, resultando em um serviço avaliado como excepcional.

Sistemas de acreditação foram criados para proteger e organizar a profissão médica, melhorando o ambiente e a prática clínica. Ao longo dos anos as

iniciativas também abrangeram outras áreas de assistência à saúde, como educação, consultoria, participação e profissionalismo⁽¹⁸⁾. A acreditação hospitalar é um ramo do programa de qualidade total, porém direcionado a instituições da área da saúde. Seus conceitos possuem caráter educativo, não devendo ser confundido com os procedimentos de licenciamento e ações típicos de Estado.

4. Estudo de Caso

4.1. Hospital A – 03/10/2013 – 9h e 15 min

Os procedimentos realizados pela recepção do hospital foram feitos sem demora. Inicialmente uma enfermeira realizou o cadastro prévio, aferiu a pressão do paciente e perguntou sobre os sintomas, registrando todas estas informações no prontuário eletrônico. Em seguida, o paciente foi encaminhado para a enfermaria, onde questionou sobre os sintomas, duração (tempo) e se o paciente possui alergia a algum medicamento. Nesse procedimento de

anamnese e no anterior, os dois profissionais de enfermagem mostraram dedicação, diligência e paciência.

O hospital possui um sistema de classificação de atendimento, sendo organizado por cores. A cor azul significa consulta de rotina ou com sintomas leves e poucas dores; a cor verde indica um paciente com sintomas leves, porém que necessitam de atenção; a cor amarela indica um paciente que apresenta sintomas graves e a cor vermelha se refere a um paciente que requer urgência em seu atendimento. O paciente em questão foi classificado como verde.

Após a pré-consulta, o paciente foi encaminhado à recepção para que pudesse realizar o cadastro de suas informações pessoais e referentes ao seu plano de saúde. Durante o cadastro, a recepcionista se mostrou dispersa, interrompendo em diversas ocasiões por motivos irrelevantes, alheios ao desempenho de sua função.

Os ambientes freqüentados durante todo período de permanência na unidade hospitalar apresentaram-se limpos e bem arejados e identificados com letreiros e placas adequados. O consultório possuía maca com grades,

piso antiderrapante e devidas identificações.

No consultório, o profissional médico inquiriu sobre os sintomas, alergias a remédios e se o mesmo possuía alguma “doença crônica” (anamnese). Não houve medição dos batimentos cardíacos ou observação da respiração. O profissional médico apresentou-se atencioso, devidamente uniformizado e atento às explicações do paciente. Em seguida, foi expedido um pedido de exame radiológico a ser realizado no contexto do mesmo atendimento.

No local de espera, que era lugar comum para pacientes que seriam submetidos a outros tipos de exames, as salas e corredores indicavam claramente os exames que seriam realizados. Na sala de radiologia verificava-se um ambiente limpo, com equipamentos guardados e higienizados para cada paciente.

A execução do exame de radiologia transcorreu sem perturbações, mas o retorno para apresentação dos mesmos ao profissional médico para diagnóstico final foi prejudicado, pois o mesmo estava atendendo ao consultório de emergência e à sala de repouso concomitantemente, gerando demora no atendimento e fila na sala de espera, que

não possuía acomodações suficientes para todos.

O tempo de permanência na unidade hospitalar foi de uma duas horas e quinze minutos e o desempenho alcançado foi de 89 pontos em 136 possíveis.

4.2. Hospital B – 04/10/2013 – 9h e 35 min

Na unidade hospitalar não havia fila de espera e os trâmites de identificação e cadastro do paciente foram realizados imediatamente, que apesar de serem longos, não foram interrompidos. O ambiente na sala de espera apresentava-se asseado e arejado, com as devidas indicações e identificações de consultórios, sanitários, e salas para exames.

No consultório, o profissional médico apresentou-se sem uniforme e identificação, e durante os questionamentos corriqueiros da consulta e aferição da pressão arterial, apresentou-se rude com a falta de precisão das informações fornecidas pelo paciente durante o processo de anamnese, interrompendo-o em diversas ocasiões.

Ao final, o profissional médico não informou nada sobre a condição de

saúde do paciente, prescreveu uma receita de medicamento, e encaminhou-o para a recepção, aonde foram prestados esclarecimentos sobre a administração e posologia do medicamento. Não houve momento para discussão do tratamento, nem oportunidade para sanar dúvidas acerca da condição de saúde com o paciente.

Foi constatado que o piso na ala emergencial possuía propriedades antiderrapantes, que as macas estavam com grade, e os equipamentos estavam aptos à correta operação. Também havia equipamentos de biossegurança, de acordo com a NR32.

O tempo de permanência na unidade hospitalar foi vinte e cinco minutos, e o desempenho foi de 71 pontos em 136 possíveis.

4.3. Hospital C – 01/10/2013 – 19h e 05 min

O atendimento na recepção foi realizado sem demora nem distrações, e o atendente apresentou-se atencioso e pró-ativo, mas falho em fornecer orientações para aguardar a consulta médica.

O ambiente de espera estava asseado e tranquilo, havendo água mineral disponível e sanitário próximo. As

receptionistas estavam uniformizadas e portando identidade funcional visível, com somente uma exceção.

Após uma espera de cerca de 20 minutos, o paciente foi encaminhado para a consulta de pré-atendimento, para classificação de sua urgência, onde foi questionado por profissional de enfermagem (uniformizado e identificado) sobre suas queixas (anamnese) e aferida a pressão arterial. O consultório do pré-atendimento não se apresentava asseado, com cabelos humanos e poeira acumulada no chão e nos móveis.

Após a consulta de pré-atendimento, o paciente foi encaminhado para outro consultório para consulta com o profissional médico, que realizou questionamentos semelhantes ao da consulta do pré-atendimento, mas não realizou a ausculta pulmonar, nem examinou o paciente minuciosamente, tão pouco foi zeloso ao explicar sobre os cuidados que o paciente deveria ter no tratamento. O profissional médico estava trajando jaleco fora do padrão da unidade hospitalar em questão, e não apresentava identidade funcional visível.

Foram observados no local macas com grade, piso antiderrapante,

equipamentos aptos à correta operação e equipamentos de biossegurança. Também foi observado que há facilidade no acesso das instalações, como elevadores, rampas, corrimão, entre outros.

Todavia, materiais de uso em procedimentos, como algodão, estavam expostos, e materiais de higiene descartáveis, como o virol de papel que cobre a maca para de exame, estavam usados. Os extintores para prevenção de incêndio não possuíam as marcações obrigatórias, de acordo com a NR32.

Para realização do exame radiológico, ao apresentar-se na recepção do setor, não havia nenhum receptionista. Após espera de cerca de uma hora, e reclamação na recepção principal, foi informado que a unidade não dispõe de meios para registro de reclamações ou e tratamento de não-conformidades.

Os procedimentos para realização da radiografia, após exacerbada demora, foram realizados satisfatoriamente, apesar da postura reativa do técnico em radiologia, que precisou ser encontrado após a fila para o exame ganhar proporções incômodas para a unidade hospitalar.

Ao retornar com os exames para diagnóstico e prescrição de um

tratamento, o prontuário do paciente foi extraviado, e o profissional médico que iniciou o atendimento não se encontrava mais na unidade hospitalar. O paciente teve que buscar orientações nos profissionais terceirizados responsáveis pela segurança patrimonial presentes no local, uma vez que não havia funcionários próprios na sala de espera dos consultórios.

O segundo profissional médico portava jaleco fora do padrão da unidade hospitalar, sem identificação funcional, não dialogou com o paciente acerca do seu problema de saúde, nem das opções de tratamento, mas foi atencioso, dedicando total atenção ao paciente, inquirindo sobre alergias e explicando sobre a administração dos medicamentos prescritos.

O tempo de atendimento da unidade foi de 2 horas e o desempenho na avaliação somou 92 pontos em 136 possíveis.

4.4. Hospital D – 02/10/2013 – 7h e 50 min

Os arredores da unidade hospitalar D estavam sofrendo obras públicas que dificultavam o acesso às suas dependências. Não foi encontrado nenhum aviso ou placa que apresentasse um caminho alternativo e provisório

durante o período de obras ou funcionário que apontasse o novo trajeto. Paciente teve que fazê-lo por si próprio, em meio ao um canteiro de obras.

Com a entrada principal trancada, e sem funcionário na recepção, o funcionário terceirizado responsável pelo fluxo da portaria apresentou-se pró-ativo e sensibilizado com a situação dos pacientes e foi em busca do profissional médico, que não se encontrava no consultório da emergência.

A sala de espera, embora possuísse piso antiderrapante, não estava devidamente limpa e arejada. Havia sujeiras nas macas e no chão, luzes apagadas e um saco de lixo deixado no corredor, permanecendo ali por mais de uma hora. No tempo de espera observou-se que o profissional médico em questão recusou o atendimento de um paciente, encaminhando-o para o corpo de enfermagem.

O atendimento foi atrasado pela falta de controle do profissional médico sobre o número de pacientes em espera e após meia hora de espera, o mesmo continuava desempenhando funções que são alheias às suas atribuições, como manipular o computador. Contudo, o corpo de enfermagem apresentou-se

pró-ativo, sempre demonstrando real interesse no cuidado da saúde e bem estar do paciente.

A consulta não foi realizada em consultório próprio para tal, e sim na sala de repouso, onde outros pacientes a podiam testemunhar todo procedimento. O ambiente não estava asseado, apresentando sujeiras localizadas e os equipamentos não estavam higienizados. Apenas algumas macas possuíam grades.

O profissional médico, que se apresentava devidamente uniformizado e com identidade funcional aparente, perguntou sobre as queixas do paciente, Tabela 1 apresenta este resumo, considerando o sistema de pontuação apresentado na metodologia e o

interagindo e dialogando sobre as possíveis causas e possíveis diagnósticos. Após aferir a pressão e constatá-la elevada, prescreveu um tratamento caseiro alternativo para seu controle e ignorou todos os outros sintomas já fornecidos.

O tempo de permanência na unidade hospitalar foi de uma hora e dez minutos e seu desempenho foi de 57 pontos em 136 possíveis.

4.5. *Consolidação dos resultados*

Apesar do estudo se propor a uma análise qualitativa, procurando resultados além da frieza dos números, é interessante apresentar o quanto possível sua sumarização. A

instrumento de interrogação que direcionou a pesquisa presente em Gonçalves e colaboradores⁽⁶⁾.

Tabela 1: Consolidação dos resultados.

	Pontuação	Porcentagem	Tempo total
Hospital A	89	65,44%	2h15min
Hospital B	71	52,21%	25min
Hospital C	92	67,65%	2h
Hospital D	57	41,91%	1h10min

Não foi definida uma escala para avaliar os resultados quantitativos alcançados pelas unidades emergenciais hospitalares, mas ao comparar com a situação ideal, aonde todos os itens avaliados possuem desempenho excelente, percebe-se que os desempenhos das unidades hospitalares

aproximam-se da metade do que se consideraria como perfeito.

5. Conclusões

5.1. *Quanto aos objetivos*

Este trabalho teve como finalidade a realização de um estudo exploratório no município de Campos dos Goytacazes referente ao atendimento de emergência

clínica no sistema privado de saúde. Partindo desta proposta, este objetivo pode ser declarado alcançado, visto que visitas técnicas foram realizadas nas principais unidades particulares de saúde para avaliar a qualidade dos serviços emergenciais sob o ponto de vista do momento da verdade do paciente e acompanhante.

5.2. *Quanto ao trabalho realizado*

O trabalho pode ser considerado proeminente, pois a pesquisa exploratória é feita através do ponto de vista do usuário de um plano de saúde, o que torna o mesmo cada vez mais próximo da realidade, indo de encontro aos pontos que realmente precisam ser modificados e aqueles que apresentam proveito, sem descartar a possibilidade de constante aperfeiçoamento.

Uma característica de qualquer emergência médica é que os recursos devem estar disponíveis na hora que eles são necessários. A técnica do momento da verdade para avaliação da qualidade destes serviços se apresenta como excelente, pois gera uma riqueza enorme de informações, que refletem em um volume elevado de dados qualitativos, se mostra bastante útil e válida para o propósito da pesquisa,

uma vez que avalia a qualidade do atendimento nos pontos de contato do provedor de serviço com o seu consumidor, no caso, o paciente. Contudo, como toda técnica qualitativa de análise, possui suas limitações atreladas à subjetividade inerente ao ser humano, mesmo com a tentativa de quantificar estas percepções em uma escala de desempenho.

A partir dos resultados obtidos através do sistema de pontuação, chega-se a conclusão de que dentre os quatro hospitais visitados, o hospital C recebeu a maior pontuação (92 pts – 67,65%), seguido pelo hospital A (89 pts – 65,44%), hospital B (71 pts – 52,21%) e, por último, o hospital D (57 pts – 41,91%).

Foi possível perceber em algumas unidades que essa etapa de anamnese foi realizada de modo apressado e sem o zelo que essa fase carece, ora apresentando-se redundante, sendo realizado tanto na consulta com o corpo de enfermagem, quanto na consulta médica, e ora apresentando-se incompleto ou ausente. Esta etapa da consulta irá desencadear diversos outros elementos que garantirão o sucesso das próximas etapas do atendimento, sejam

estes prescrição, tratamentos, internação, dentre outras ⁽⁹⁾.

O tempo despendido para atendimento completo nas unidades hospitalares privadas, em geral, e quando satisfatórios (hospitais A – 2h15min e C – 2h) foram maiores do que a mesma pesquisa foi realizada na rede pública de saúde ⁽⁶⁾. Este dado é preocupante, pois o Sistema Único de Saúde é disponibilizado para toda população, mas no Brasil, somente pouco mais de um quarto da população utiliza-se da rede privada de saúde ⁽⁷⁾.

5.3. *Quanto aos trabalhos futuros*

A utilização deste trabalho como base para futuras pesquisas poderá acarretar em significantes resultados para a melhoria da qualidade dos serviços privados de saúde, não só na municipalidade de Campos dos Goytacazes/RJ, como em qualquer outra que compartilhe dos mesmos problemas aqui retratados.

A expansão desta pesquisa para hospitais, privados ou públicos, que provêm consultas ambulatoriais agendadas, comparando os desempenhos das unidades nos seus diversos setores face às diferentes realidades que cada um se enfrenta, pois

o planejamento de recursos em uma consulta ambulatorial com hora marcada é mais preciso do que o planejamento em uma consulta de emergência, pois não se sabe qual será a queixa do paciente, quando, nem e quais condições ele vai chegar.

6. Referências Bibliográficas

1. Pereira Filho LT. Iniciativa privada e saúde. *Estud Avançados* 1999;13(35):109–16.
2. Souza TTS de, Bezerra ALD. Qualidade do Serviço Hospitalar Patoense: Percepção de Gestores e Clientes de Saúde. 2011 (cited 2013 Aug 19); Available from: http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2011_TN_STO_136_867_17988.pdf
3. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. Saúde no Brasil: O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Veja* 2012;6736(11):60054–8.
4. Silva AEB de C, Reis AMM, Miasso AI, Santos JO, Cassiani SHDB. Eventos adversos a medicamentos em um hospital sentinela do Estado de Goiás, Brasil. 2011;
5. Santos A, Inaldo da Paixao. *Introducao a Auditoria Operacional*. 2nd ed. FGV Editora; 2004.
6. Gonçalves P dos S, Batista RF, Hora HRM da, Costa HG. Qualidade de serviços públicos de emergências em unidades pré-

- hospitalares: um estudo exploratório no município de campos dos goytacazes. 2012;3(2):pag. 816–831.
7. Ministério da Saúde. Portal da Saúde (Internet). 2013 (cited 2013 Jan 3);Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/>
 8. Queiroz MIP de. O pesquisador, o problema da pesquisa e a escolha de técnicas: algumas reflexões. *Reflexão Sobre Pesqui Sociológica* 1999;(2ª Edição):p.13–24.
 9. Porto CC, Porto AL. *Semiologia médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
 10. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Internet). 2010 (cited 2013 Jan 3);Available from: www.ibge.gov.br
 11. Barçante LC. *Qualidade total uma visão brasileira: o impacto estrategico na universidade e na empresa*. Rio de Janeiro: Campus; 1998.
 12. Juran JM. *A qualidade desde o projeto: novos passos para o planejamento da qualidade em produtos e serviços*. São Paulo: Pioneira; 1997.
 13. Coltro A. *A Gestão da Qualidade total e suas influências na competitividade empresarial*. *Cad Pesqui Em Adm* 1996;1.
 14. Cauchick Miguel PA. *Qualidade: enfoque e ferramentas*. São Paulo: Artliber; 2001.
 15. Souza V da S, Marujo MP. *Gestão da Qualidade em Atendimento aos Clientes*. 2011;7:11.
 16. Juran JM, M. Gryna F. *Juran Controle da Qualidade Hand Book - Controle da Qualidade: Ciclo dos Produtos: do Marketink à Assistência Técnica*. São Paulo: Makron; 1992.
 17. Oliveira D, Godoy LP, Kerpel CL, Ribeiro R. *Acreditação hospitalar como forma de atender com qualidade as necessidades dos clientes nas organizações de saúde*. XXIII Encontro Nac Eng Produção Ouro Preto-MG 2003;
 18. Feldman LB, Gatto MAF, Cunha ICKO. *História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação*. *Acta Paul Enferm (Internet)* 2005 (cited 2013 Aug 16);18(2). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000200015&lng=pt&nr m=iso&tlng=pt

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2014-01-03
Last received: 2014-06-17
Accepted: 2014-08-15
Publishing: 2014-10-31