

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA
INSTITUTO NACIONAL DE CONTROLE DE QUALIDADE EM SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Gilda Parreiras Horta Vieira Leal

**PROPOSTA DE PORTFÓLIO DE PLANOS DE AÇÃO PARA O PROGRAMA DE
GESTÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE EM HOSPITAL PÚBLICO NO
RIO DE JANEIRO**

**PROPOSTA DE PORTFÓLIO DE PLANOS DE AÇÃO PARA O PROGRAMA DE
GESTÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE EM HOSPITAL PÚBLICO NO
RIO DE JANEIRO**

Rio de Janeiro
2017

Gilda Parreiras Horta Vieira Leal

**PROPOSTA DE PORTFÓLIO DE PLANOS DE AÇÃO PARA O PROGRAMA DE
GESTÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE EM HOSPITAL PÚBLICO NO
RIO DE JANEIRO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Vigilância Sanitária do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz como requisito para obtenção do título de Mestre em Vigilância Sanitária.

Orientadora: Dra Alicia Viviana Pinto

Rio de Janeiro
2017

Catálogo na fonte

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde

Biblioteca

Leal, Gilda Parreiras Horta Vieira

Proposta de portfólio de planos de ação para o programa de gestão de resíduos de serviço de saúde em hospital público no Rio de Janeiro / Gilda Parreiras Horta Vieira Leal. – Rio de Janeiro: INCQS / FIOCRUZ, 2017.

69 f. : il. ; tab. , graf.

Dissertação (Mestrado em Vigilância Sanitária)– Programa de Pós-Graduação em Vigilância Sanitária, Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2017.

Orientadoras: Alicia Viviana Pinto e Katia Christina Leandro.

1. Gestão da Qualidade. 2. Resíduos de Serviços de Saúde. 3. Vigilância Sanitária. I. Título

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos Conrado e Isabella, Paulo e Raquel pelo apoio e incentivo que sempre me dedicaram, em especial, por tudo que significam para mim.

À minha querida Mãe, Gilda, por sua compreensão e apoio, sem medida, em todos os momentos de minha vida, pelo amor e carinho que sempre me dedicou, companheira, exemplo de perseverança e paciência e ao meu pai (in memoriam) ao qual tenho imensa gratidão por minha existência.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Alicia Pinto pela sua grande dedicação!

Por sua orientação e paciência para minha melhor qualificação com o desenvolvimento deste trabalho.

À minha grande amiga-irmã Martha por me estender a mão nos momentos mais difíceis de minha vida, e, principalmente agora.

Aos meus colegas e professores do INCQS pelo apoio que sempre me deram.

Ao meu grande amigo e parceiro de trabalho Paulo Nunes.

Aos meus colegas de trabalho, em especial ao pessoal do HCIII, à minha chefia, que me facilitou a obter este aprendizado e todos os colaboradores para a realização desta pesquisa.

À Lucia Dantas grande parceira de trabalho, que se tornou mais que amiga e compartilha comigo o sonho pela melhoria contínua dos processos na gestão de serviços no Instituto Nacional de Câncer José Gomes de Alencar.

A todas as pessoas que trabalham no INCA, promovendo ininterruptamente meios para manter ou restabelecer a saúde do ser humano.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa do tipo qualitativa que foi motivada pela sua relevância para a sociedade nos dias atuais pois traz os conceitos da qualidade e pretende incorporar no dia a dia do Instituto a prática voltada para a melhoria contínua na gestão de resíduos. Faz também uma abordagem sobre os impactos relacionados à gestão de resíduos de serviço de saúde e sua extensa repercussão sobre o meio ambiente e em consequência à saúde pública. Foi realizada a adaptação da ferramenta *SERVQUAL* ao cenário proposto, a fim de identificar o grau de satisfação dos clientes correspondente ao serviço realizado. Os questionários foram aplicados, após concordância com as salvaguardas éticas do TCLE, nas enfermarias, centro cirúrgico e área administrativa. Foi realizada a tabulação e análise dos dados obtidos mediante a construção de matrizes de importância – desempenho. As questões que se encontraram com baixo desempenho e grande importância foram analisadas e tratadas com as chefias dos setores envolvidos e, a partir daí, foram elaboradas ações de melhorias a serem implantadas. As principais questões encontradas foram relativas ao atendimento, à confiabilidade e tangibilidade do serviço prestado. Com a ajuda dos chefes de setor foram propostas metas de melhoria e, a partir delas, várias medidas foram elaboradas formando, assim, um conjunto ou portfólio de planos de ação para o programa de gestão de resíduos.

Palavras chave: qualidade percebida, resíduos de saúde, gestão de serviço.

ABSTRACT

It is a qualitative research that was motivated by its relevance to society in the present day because it brings to the concepts of quality and intends to incorporate in the day to day of the Institute the practice focused on the continuous improvement in waste management. It also takes an approach on the impacts related to the management of health service waste and its widespread impact on the environment and consequently on public health. The SERVQUAL tool was adapted to the proposed scenario in order to identify the degree of customer satisfaction corresponding to the service performed. The questionnaires were applied, after agreement with the ethical safeguards of the ICF, in the wards, surgical center and administrative area. The tabulation and analysis of the data obtained through the construction of matrices of importance - performance was performed. The issues that were found with low performance and great importance were analyzed and dealt with the heads of the sectors involved and, from there, improvement actions were elaborated to be implemented. The main questions were related to the Service, Reliability and Tangibility of the service provided. With the help of sector leaders, improvement targets were proposed and, from them, several measures were elaborated, thus forming a set or portfolio of action plans for the waste management program.

Keywords: Perceived quality, health waste, service management.

LISTA DE SIGLAS:

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABRELPE	Associação Brasileira de Empresas de Limpeza
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HC III	Hospital do Câncer III
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
INCQS	Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde
NBR	Norma Brasileira Regulamentadora
OMS	Organização Mundial de Saúde
PDCA	Plan, Do, Ckeck e Action
PGRSS	Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SGRS	Serviço de Gestão de Resíduo de Saúde
TCLE	Termo de Consetimento mpromisso Livre e Esclarecido
ZT	Zona de Tolerância

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo da lacuna da qualidade em serviços	17
Figura 2- Instrumento SERVQUAL	18
Figura 3 - Zona de tolerância e níveis de expectativas dos consumidores	19
Figura 4 - Matriz de importância & desempenho	20
Figura 5 - Ciclo PDCA	21
Figura 6 - Plano de Ação 5W2H	22
Figura 7 - Kit disponibilizado para participação na pesquisa	30
Figura 8 – Serviço realizado e Zona de tolerância	39
Figura 8 – Zona de Tolerância por Gênero dos participantes do estudo	42
Figura 9 – Matriz Importância-Desempenho segundo o gênero	43
Figura 10 – Matriz Importância-Desempenho segundo a escolaridade do cliente.....	44
Figura 11– Matriz Importância – Desempenho de acordo com a localização das atividades do cliente	46
Figura 12 – Matriz Importância – Desempenho segundo a idade do cliente	47
Figura 13 - Enquete sobre a percepção da qualidade da gestão dos resíduos	49
Figura 15 - Matriz Importância – Desempenho segundo a idade do cliente	50

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – ROTEIRO DA FERRAMENTA 5W2H	31
QUADRO 2 - RESPOSTAS VÁLIDAS E NULAS OBTIDAS NA PESQUISA.....	34
QUADRO 3 - MÉDIAS E <i>GAPS</i> DOS ATRIBUTOS DA QUALIDADE.....	37
QUADRO 4 –QUADRO DE IDEIAS OBTIDAS PARA MELHORIA DO SGRS	54
QUADRO 5-PROPOSTA DE PLANO DE AÇÃO PARA O PROBLEMA DE HORÁRIO DE COLETA	55
QUADRO 6 – PROPOSTA DE PLANO DE AÇÃO PARA O PROBLEMA DE FALTA DE DIVULGAÇÃO DE RELATÓRIOS	55

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - PERFIL POPULACIONAL SEGUNDO A IDADE DOS PARTICIPANTES.....	36
TABELA 2 - PERFIL POPULACIONAL SEGUNDO O LOCAL DE TRABALHO DOS PARTICIPANTES.....	36
TABELA 3 - PERFIL POPULACIONAL SEGUNDO O GRAU DE INSTRUÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	36
TABELA 4 - PERFIL POPULACIONAL POR GÊNERO DOS PARTICIPANTES.....	36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 RESÍDUOS SÓLIDOS	12
1.2 RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE	13
1.3 ALGUNS CONCEITOS: SERVIÇOS, CLIENTES, QUALIDADE E QUALIDADE EM SERVIÇOS	15
1.4 FERRAMENTAS DA QUALIDADE	17
1.4.1. Escala SERVQUAL	17
1.4.2. Matriz Importância – Desempenho	19
1.4.3. Ciclo PDCA	20
1.4.4. Brainstorming	21
1.4.5. Ferramenta 5W2H	22
1.5 HOSPITAL DO CÂNCER III (HC III)	23
1.6 OBJETO DE ESTUDO: QUALIDADE NO PGRSS	24
2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA	25
3 OBJETIVO	26
4 METODOLOGIA	27
4.1 DETERMINAR O GRAU DE SATISFAÇÃO DOS CLIENTES DO SERVIÇO DE GESTÃO DE RESÍDUOS	27
4.1.1 Adaptação da ferramenta SERVQUAL ao cenário proposto	27
4.1.2 Apreciação pelos Comitês de Ética em Pesquisa	27
4.1.3 Protocolo de Aplicação	28
4.1.4 Abordagem para Participação na Pesquisa	29
4.1.5 Análises dos dados obtidos	30
4.2. CONHECER A PERCEPÇÃO DOS DIFERENTES RESPONSÁVEIS E/OU GESTORES SOBRE A QUALIDADE DO SERVIÇO	30
4.2.1 Brainstorming	30
4.3 ELABORAR AS PROPOSTAS DE AÇÕES NECESSÁRIAS SEGUNDO O ENFOQUE DO CLIENTE	31
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
5.1 GRAU DE SATISFAÇÃO DOS CLIENTES DO SERVIÇO DE GESTÃO DE RESÍDUOS	32
5.1.1 Mapeamento do serviço e aplicação do questionário, instrumento adaptado SERVQUAL	32

5.1.2 Participação na Pesquisa.....	33
5.1.3. Perfil populacional dos entrevistados	35
5.1.4 Qualidade Percebida	36
5.1.5 Zona de Tolerância	39
5.1.6 Matriz Importância – Desempenho	45
5.2 PERCEPÇÃO DOS RESPONSÁVEIS E/OU GESTORES SOBRE A QUALIDADE DO SERVIÇO	52
5.3 ELABORAÇÃO DE AÇÕES DE MELHORIA COM FOCO NO CLIENTE.....	53
5.3.1 Brainstorming	53
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
7 PERSPECTIVAS.....	59
REFERENCIAS.....	60
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE RESÍDUOS DO HC III.....	64
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	65

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa foi motivada por sua relevância para a sociedade nos dias atuais, pois traz os conceitos da qualidade e busca incorporar no dia a dia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) a prática voltada para a melhoria contínua à gestão de resíduos de serviços de saúde.

1.1 RESÍDUOS SÓLIDOS

Segundo a norma da ABNT, NBR 10.004:2004, resíduos sólidos são aqueles que:

[...] resultam de atividades de origem industrial, doméstica, hospitalar, comercial, agrícola, de serviços e de varrição. Ficam incluídos nesta definição os lodos provenientes de sistemas de tratamento de água, aqueles gerados em equipamentos e instalações de controle de poluição, bem como determinados líquidos cujas particularidades tornem inviável o seu lançamento na rede pública de esgotos ou corpos de água, ou exijam para isso soluções, técnica e economicamente, inviáveis em face à melhor tecnologia disponível (ABNT, 2004).

De acordo com relatório do Banco Mundial em 2013, a produção mundial de resíduos foi de 1,3 bilhão de toneladas no ano, 1,2 kg por dia para cada habitante das cidades (ABRELPE, 2013). No Brasil, a produção de resíduos sólidos em 2013 foi de 76.387,200 toneladas/ano e 209.289 toneladas/dia respectivamente. Em comparação a 2012 foram 4,1% superior à taxa de crescimento populacional no país (ABRELPE, 2013).

Contudo, não se dispõe de dados precisos sobre a produção e qualidade da maior parte dos resíduos sólidos. O que se sabe, é que as quantidades são elevadas e os problemas decorrentes, bastante graves. Um dos principais são os recursos de grande proporção necessários para o gerenciamento dos resíduos sólidos (FERREIRA, 1995). Apesar disso, o planejamento de soluções técnicas de custo elevado e a omissão de informações fundamentais leva a distorções e inadequações gritantes. Por exemplo, existência de veículos compactadores cuja manutenção é inacessível e ruas que não permitem o tráfego dos mesmos; implantação de usinas de reciclagem e compostagem operacionalmente onerosas e que acabam fechadas. A gestão e a disposição inadequada dos resíduos causam impactos socioambientais, como degradação do solo, comprometimento dos corpos d'água e mananciais, intensificação de enchentes, contribuindo para a poluição do ar e proliferação de vetores de doenças (GOUVEIA, 2012).

Em 1999, a Lei 9795 da Política Nacional de Educação Ambiental trouxe conceitos de preocupação com a conservação do meio ambiente, a saúde e a sustentabilidade. Infere à reflexão sobre atitudes e responsabilidade comum em direção a sustentabilidade expressa (BRASIL, 1999).

Em 2010, a Lei nº 12.305 da Política Nacional de Resíduos Sólidos, institui o Plano Nacional de Resíduos Sólidos como um dos seus principais instrumentos. Este plano, contempla alternativas de gestão e gerenciamento de resíduos (inclusive para resíduos de saúde), metas para diferentes cenários, programas, projetos e ações correspondentes. Prevê a redução na geração de resíduos mediante a prática de consumo sustentável, o aumento da reciclagem/reutilização dos resíduos sólidos (aquilo que tem valor econômico e pode ser reciclado ou reaproveitado) e a destinação ambientalmente adequada dos rejeitos (aquilo que não pode ser reciclado ou reutilizado) (BRASIL, 2010). Ambas as leis se trataram de uma estratégia adotada para permitir maior precisão na convergência das políticas públicas setoriais vinculadas à questão dos resíduos sólidos, tais como política industrial, agroindustrial, agrícola, de mineração, de resíduos da construção civil, de saúde, na área de portos, aeroportos e passagens de fronteira, além dos resíduos sólidos urbanos (BRASIL, 2010).

A questão da destinação final dos resíduos traz consigo a polêmica sobre a sua classificação e a determinação do potencial de risco para o meio ambiente. A classificação de resíduos é uma atividade complexa e, em muitos casos, ainda indefinida mesmo nos países desenvolvidos. Quanto mais perigoso é considerado o resíduo, maiores os cuidados necessários e, como consequência, maiores os custos envolvidos (FERREIRA, 1995). As instituições de controle e proteção do meio ambiente adotam, em geral, o critério de considerar o resíduo como perigoso em caso de dúvida (FERREIRA, 1995). Se este enquadramento estiver equivocado pode trazer como consequência custos elevados para o seu gerenciamento.

1.2 RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A NBR 10.004:2004 define que: os resíduos gerados nos serviços de saúde são denominados “Resíduos de Serviços de Saúde” e rotulados como “Lixo de Fonte Especial” (ABNT, 2004).

Os resíduos produzidos em unidades de saúde podem ser classificados em: a) resíduos comuns (papel, restos de jardim, restos de comida de refeitórios e cozinhas, etc.); b) resíduos infectantes ou de risco biológico (sangue, gaze, curativos, agulhas, etc.) e c) resíduos especiais (químicos, farmacêuticos e radioativos) (FERREIRA, 1995). A questão central da classificação é sobre a periculosidade ou não dos resíduos hospitalares. Embora esta seja uma questão não resolvida, os países desenvolvidos adotam uma política cautelosa e consideram resíduos hospitalares como resíduos que exigem tratamento especial (perigosos, patogênicos, patológicos, entre outras denominações) (FERREIRA,1995).

No Brasil, os resíduos hospitalares são ainda pouco estudados, não existem dados oficiais sobre a quantidade de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) gerados no país e sua destinação final.

A problemática dos resíduos nas instituições de saúde se foca na gestão do processo como um todo, considerando todos os fatores que envolvam as etapas de manejo, desde o próprio preparo dos profissionais, que muitas vezes se encontram desinstrumentalizados para lidar com os resíduos provenientes de suas atuações (BOHNER et al., 2013). Adicionalmente, está a complexidade na questão da correta segregação de resíduos. A sua transgressão não implica necessariamente uma punição, pois dificilmente é identificado quem o fez ou não há consequências destas e/ou omissões suficientemente fortes, reforçando a importante necessidade de responsabilidade frente as questões éticas envolvidas (CORRÊA; LUNARDI; CONTO, 2007). Assim, para conseguir qualidade de vida e sustentabilidade, é preciso também enfatizar o processo de formação, na consciência ética dos indivíduos que atuam neste espaço.

A preocupação ambiental está presente na Constituição Federal, o artigo 23 § VI dispõe que a proteção do meio ambiente e o combate à poluição em qualquer das suas formas é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Adicionalmente, o art. 225 dá a todos o direito de um meio ambiente ecologicamente equilibrado essencial à qualidade de vida sadia, sendo de responsabilidade da população defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações (BRASIL,1988). Já a normatização dos hospitais (VENTURA; REIS; TAKAYANAGUI, 2010), a norma brasileira NBR 10.004 de 2004, a RDC nº306 de 2004 (ANVISA, 2004) e a resolução CONAMA nº 358 de 2005 (BRASIL, 2005) dispõem respectivamente sobre: a classificação dos resíduos sólidos quanto à periculosidade, o regulamento técnico para o gerenciamento e o tratamento e a destinação final dos resíduos dos serviços de saúde. Apesar de todas estas diretrizes, muitos profissionais operam sem obedecer a legislação (BOHNER et al., 2013).

Razões como, a segurança não adequada dos sistemas de saúde; a ineficiência e os custos excessivos de algumas tecnologias; a insatisfação dos usuários e o desperdício inaceitável advindo da escassa eficácia têm representado um importante estímulo para introduzir a avaliação sistemática da qualidade da atenção à saúde (OMS, 1988; SHAW; KALO, 2002). No princípio, referia-se somente à capacidade dos profissionais da saúde e as técnicas assistenciais utilizadas. Atualmente, focalizam-se também os aspectos organizacionais e os processos gerenciais. A ênfase no cliente e a pesquisa avaliativa são consideradas o coração da avaliação da qualidade (SERAPIONI, 2009) e os resultados são vistos para o processo de tomada de decisões. O processo de avaliação sistemática é uma ferramenta utilizada para aprimorar os programas com vista a responder às necessidades dos beneficiários, já que o mais importante propósito da avaliação “não é provar, mas melhorar” (STUFFLENBEAM, 1996).

1.3 ALGUNS CONCEITOS: SERVIÇOS, CLIENTES, QUALIDADE E QUALIDADE EM SERVIÇOS

De acordo com Zeithaml e Bitner (2000), os serviços são atos, processos, performances e também atividades econômicas cujo produto não é físico ou construído. Jonhson e Clark (2002) ressaltam que os serviços são a combinação dos resultados e experiências proporcionadas ao cliente e recebidas por ele. Assim, os serviços se caracterizam porque são: *intangíveis*, julgados pelo desempenho e experiências vivenciadas pelo cliente; são *heterogêneos*, seu desempenho e julgamento podem diferir conforme o fornecedor e o cliente e, finalmente, sua produção e seu consumo são *inseparáveis* (CORRÊA; CORRÊA, 2004). Cada instante em que o cliente entra em contato com o serviço (qualquer aspecto da organização como funcionários, instalações, etc.) se denomina “momento da verdade”. Ao receber um serviço, o cliente passa por uma sequência de momentos da verdade denominada ciclo de serviço e, de acordo com esse contato, ele pode formar sua opinião a respeito da qualidade do serviço (ALBRECHT; BRADFORD, 1992).

Juran (1992) afirma que o cliente pode ser definido como toda aquela pessoa afetada por processos e produtos. Entre as várias classificações, os clientes podem ser separados em externos e internos. O cliente interno é aquele que trabalha para o fornecedor do serviço. São as pessoas na organização a quem são repassados os trabalhos concluídos cabendo a elas desempenhar a atividade subsequente que é servir os clientes finais. Os clientes externos são os consumidores finais, aquelas pessoas que adquirem os serviços (WITHELEY, 1992).

Segundo Villemeur (1992, p.17), a International Organization for Standardization (ISO) define qualidade como “a totalidade de traços e características de um produto ou serviço que carrega em si a habilidade para satisfazer necessidades fixadas ou envolvidas”, ou seja, referente às necessidades estabelecidas ou implícitas que visam satisfazer os clientes (FEGENBAUN, 1995 apud OLALDE, 2008, p.28). A palavra qualidade designa um conjunto de atributos ou propriedades de um objeto que permite um juízo de valor que lhe diz respeito salienta Ruiz-Olalla (2001). Pode se considerar que a qualidade seja uma característica que sempre esteve presente na história da humanidade. Trata-se de uma constante necessidade de corrigir e melhorar o existente e o construído pelo homem. A manifestação da necessidade de superação e satisfação se traduz em comportamentos que tendem a evitar erros e aperfeiçoar o que previamente podia ter sido “bom” aponta Asbun (2002).

A qualidade em serviços é um conceito que começou a ganhar força na década de 1980. A intensificação da competição do mercado e a rápida desregulação que aconteceu na época influenciou a muitos serviços e ao setor do varejo a procura por formas proveitosas de se diferenciar do resto. Assim, a prestação de serviços de qualidade superior tornou-se um pré-requisito para o sucesso, ou para a sobrevivência, desse tipo de atividade desde os anos 1980 em diante (PARASURAMAN; BERRY; ZEITHAM, 1988).

Em principio, poderia se considerar que a qualidade de um serviço depende das “expectativas” dos consumidores. Entretanto, devido à intangibilidade, tanto as “expectativas” quanto as “percepções” de um mesmo serviço podem variar para diferentes clientes. Adicionalmente, devido à variabilidade, um mesmo cliente pode ter diversas percepções do mesmo serviço em diferentes momentos da verdade (SLACK; JOHNSTON; CHAMBERS, 1997). Deste modo, Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) desenvolveram o conceito de “qualidade percebida”, descrita pela seguinte equação:

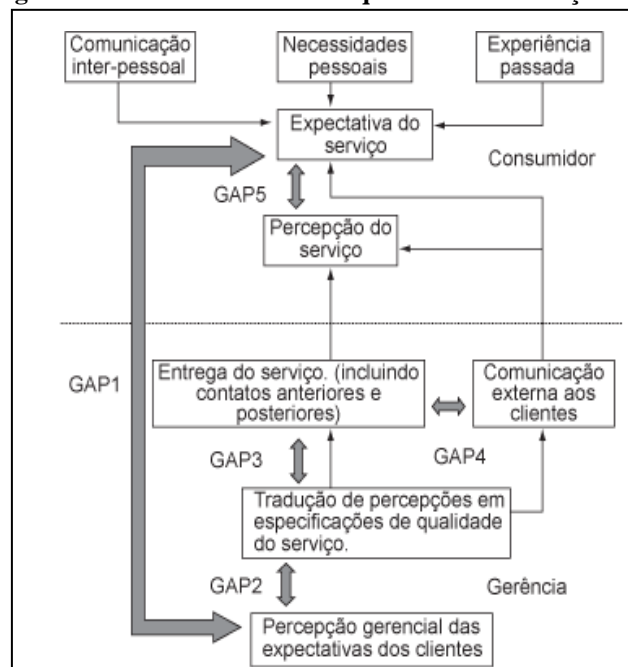
$$\text{Qualidade percebida} = \text{percepção} - \text{expectativa do cliente}$$

As relações apresentam três possibilidades:

- Expectativas < percepções: a qualidade percebida é boa.
- Expectativas = percepções: a qualidade percebida é aceitável.
- Expectativas > percepções: a qualidade percebida é pobre.

Estes autores também desenvolveram o modelo da lacuna ou *gap* da qualidade em serviço (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985) apresentado na Figura 1. Este modelo é baseado na satisfação do cliente em função da diferença entre a expectativa e a percepção e pode ser traduzido como $Gap5 = f(Gap1 + Gap2 + Gap3 + Gap4)$.

Figura 1 - Modelo da lacuna da qualidade em serviços



Fonte: Salomi, Miguel e Abarckeli (2005)

1.4 FERRAMENTAS DA QUALIDADE

1.4.1. Escala SERVQUAL

A partir da combinação dos conceitos acima expostos, foi desenvolvida por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) uma das principais ferramentas gerenciais, a escala SERVQUAL (*service quality*). Esta escala é um instrumento que serve para medir a qualidade percebida de cinco diferentes dimensões da qualidade de um serviço (atributos relevantes para a prestação de um serviço) sendo esses atributos (originalmente): tangíveis, confiabilidade, resposta, garantia e empatia. A Figura 2 apresenta a escala original, composta por 22 itens (4 ou 5 itens/dimensão). Cada item é perguntado em duas oportunidades diferentes e de duas formas: a primeira vez visa medir as expectativas sobre os prestadores do serviço em geral

(dentro da categoria) e antes de consumir o serviço; a segunda vez serve para medir as percepções sobre o prestador em particular cuja qualidade de serviço está sendo avaliada sendo realizada depois de utilizar esse serviço. O questionário utiliza uma escala de 7 pontos desde “fortemente de acordo” (7) até “fortemente em desacordo” (1). As expectativas estão agrupadas na primeira metade do instrumento (rotuladas como E_n). As correspondentes frases de percepção compõem a segunda metade (rotuladas como P_n).

Figura 2- Instrumento SERVQUAL

THE SERVQUAL INSTRUMENT^a

DIRECTIONS: This survey deals with your opinions of _____ services. Please show the extent to which you think firms offering _____ services should possess the features described by each statement. Do this by picking one of the seven numbers next to each statement. If you strongly agree that these firms should possess a feature, circle the number 7. If you strongly disagree that these firms should possess a feature, circle 1. If your feelings are not strong, circle one of the numbers in the middle. There are no right or wrong answers—all we are interested in is a number that best shows your expectations about firms offering _____ services.

- E1. They should have up-to-date equipment.
- E2. Their physical facilities should be visually appealing.
- E3. Their employees should be well dressed and appear neat.
- E4. The appearance of the physical facilities of these firms should be in keeping with the type of services provided.
- E5. When these firms promise to do something by a certain time, they should do so.
- E6. When customers have problems, these firms should be sympathetic and reassuring.
- E7. These firms should be dependable.
- E8. They should provide their services at the time they promise to do so.
- E9. They should keep their records accurately.
- E10. They shouldn't be expected to tell customers exactly when services will be performed. (–)^b
- E11. It is not realistic for customers to expect prompt service from employees of these firms. (–)
- E12. Their employees don't always have to be willing to help customers. (–)
- E13. It is okay if they are too busy to respond to customer requests promptly. (–)
- E14. Customers should be able to trust employees of these firms.
- E15. Customers should be able to feel safe in their transactions with these firms' employees.
- E16. Their employees should be polite.
- E17. Their employees should get adequate support from these firms to do their jobs well.
- E18. These firms should not be expected to give customers individual attention. (–)
- E19. Employees of these firms cannot be expected to give customers personal attention. (–)
- E20. It is unrealistic to expect employees to know what the needs of their customers are. (–)
- E21. It is unrealistic to expect these firms to have their customers' best interests at heart. (–)
- E22. They shouldn't be expected to have operating hours convenient to all their customers. (–)

DIRECTIONS: The following set of statements relate to your feelings about XYZ. For each statement, please show the extent to which you believe XYZ has the feature described by the statement. Once again, circling a 7 means that you strongly agree that XYZ has that feature, and circling a 1 means that you strongly disagree. You may circle any of the numbers in the middle that show how strong your feelings are. There are no right or wrong answers—all we are interested in is a number that best shows your perceptions about XYZ.

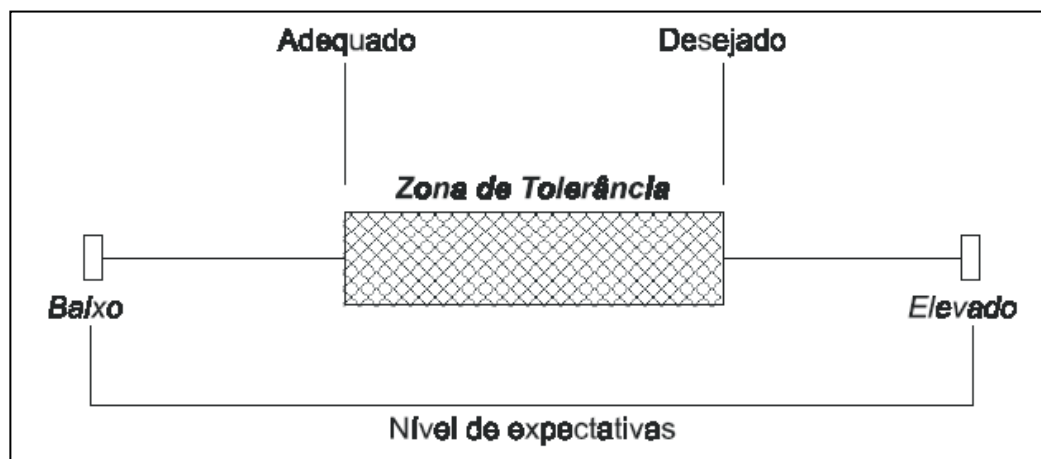
- P1. XYZ has up-to-date equipment.
- P2. XYZ's physical facilities are visually appealing.
- P3. XYZ's employees are well dressed and appear neat.
- P4. The appearance of the physical facilities of XYZ is in keeping with the type of services provided.
- P5. When XYZ promises to do something by a certain time, it does so.
- P6. When you have problems, XYZ is sympathetic and reassuring.
- P7. XYZ is dependable.
- P8. XYZ provides its services at the time it promises to do so.
- P9. XYZ keeps its records accurately.
- P10. XYZ does not tell customers exactly when services will be performed. (–)
- P11. You do not receive prompt service from XYZ's employees. (–)
- P12. Employees of XYZ are not always willing to help customers. (–)
- P13. Employees of XYZ are too busy to respond to customer requests promptly. (–)
- P14. You can trust employees of XYZ.
- P15. You feel safe in your transactions with XYZ's employees.
- P16. Employees of XYZ are polite.
- P17. Employees get adequate support from XYZ to do their jobs well.
- P18. XYZ does not give you individual attention. (–)
- P19. Employees of XYZ do not give you personal attention. (–)
- P20. Employees of XYZ do not know what your needs are. (–)
- P21. XYZ does not have your best interests at heart. (–)
- P22. XYZ does not have operating hours convenient to all their customers. (–)

^a A seven-point scale ranging from “Strongly Agree” (7) to “Strongly Disagree” (1), with no verbal labels for the intermediate scale points (i.e., 2 through 6), accompanied each statement. Also, the statements were in random order in the questionnaire. A complete listing of the 34-item instrument used in the second stage of data collection can be obtained from the first author.

^b Ratings on these statements were reverse-scored prior to data analysis.

Como consequência das discussões posteriores sobre a mensuração da qualidade em serviços, as “expectativas” dos consumidores deixaram de ser consideradas “pontuais” para serem consideradas “faixas” ou “zonas” delimitadas pelo serviço desejado, que se traduz como o serviço que o consumidor espera receber; e, pelo serviço adequado, que representa o mínimo que o consumidor julga aceitável para a prestação de um determinado serviço (PARASURAMAN; BERRY; ZEITHAML, 1991). Desta forma foi desenvolvido o conceito de “zona de tolerância”, (Figura 3). O conhecimento da extensão da zona de tolerância é um aspecto importante para ser considerado na qualidade da prestação do serviço porque mostra aos fornecedores os limites aceitos pelo consumidor e permite a definição de uma oferta superior ao mercado (GRÖNROOS, 1990).

Figura 3 - Zona de tolerância e níveis de expectativas dos consumidores



Fonte: Parasuraman, Berry e Zeithaml (1991).

1.4.2. Matriz Importância – Desempenho

A Matriz de Importância - Desempenho (SLACK; JOHNSTON; CHAMBERS, 1997) é uma ferramenta utilizada para a definição da estratégia competitiva que deve ser adotada pela organização, porque permite compreender o posicionamento da organização e comparar com o de seus concorrentes atuais e potenciais (MONTGOMERY; PORTER, 1998). Esta ferramenta permite classificar os aspectos dos serviços de acordo ao desempenho e à importância segundo os critérios dos clientes (desempenho *vs* importância). A matriz é dividida em zonas, como se apresenta na Figura 4. Quando os aspectos dos serviços são classificados na zona “adequado”, acima da fronteira inferior de aceitabilidade, estes quesitos

são considerados satisfatórios. A zona “melhoramento”, abaixo da “linha inferior de aceitabilidade” significa que o aspecto do serviço precisa ser melhorado. Por debaixo da linha, os aspectos classificados na zona de “ação urgente” precisam de melhoramento imediato porque são importantes para os clientes, mas o desempenho é muito inferior ao esperado. Finalmente, quando na zona de “excesso” significa que os aspectos apresentam alto desempenho, mas não são importantes para os clientes. Deve-se questionar a utilização dos recursos dedicados ao desempenho desses aspectos.

Figura 4 - Matriz de importância & desempenho



Fonte: Slack, Johnstone e Chambers (1997).

1.4.3. Ciclo PDCA

O ciclo PDCA (*Plan, Do, Check e Action*) que tem por princípio tornar mais claros e ágeis os processos inerentes à gestão com foco na melhoria contínua de qualquer tipo de organização (LINS, 2000). O PDCA compreende quatro etapas (Figura 5). 1) o planejamento de objetivos e metas a serem alcançadas (*Plan*); 2) a execução/realização das atividades propostas (*Do*); 3) a checagem das atividades realizadas com relação ao planejado (*Check*); e 4) a consolidação dos resultados e correção dos erros/desvios que possam ocorrer (*Action*).

No ciclo PDCA, a solução de um problema está ligada à percepção de um resultado indesejado ou uma necessidade não satisfeita, depois à identificação de suas prováveis causas e finalmente a testes para a verificação das relações postuladas. Estes três processos se repetem ciclicamente até que uma solução satisfatória seja encontrada (CHOO, 2004). O PDCA é um processo cíclico de revisões e avaliações de atividades executadas. Para a utilização do PDCA devem estar claramente identificados todos os componentes do processo: os insumos dos clientes, as saídas que estes adquirem e os relacionamentos internos que existem na organização (TACHIZAWA; SACAICO, 1997).

Figura 5 - Ciclo PDCA



Fonte: Google Imagens

1.4.4. Brainstorming

O “braimstorming” é uma técnica concebida por Alex Osbom nos anos 1940, conhecida como técnica de geração de ideias criativas: para a produção de ideias significativas que resolvam problemas e dificuldades (BRASIL, 2013).

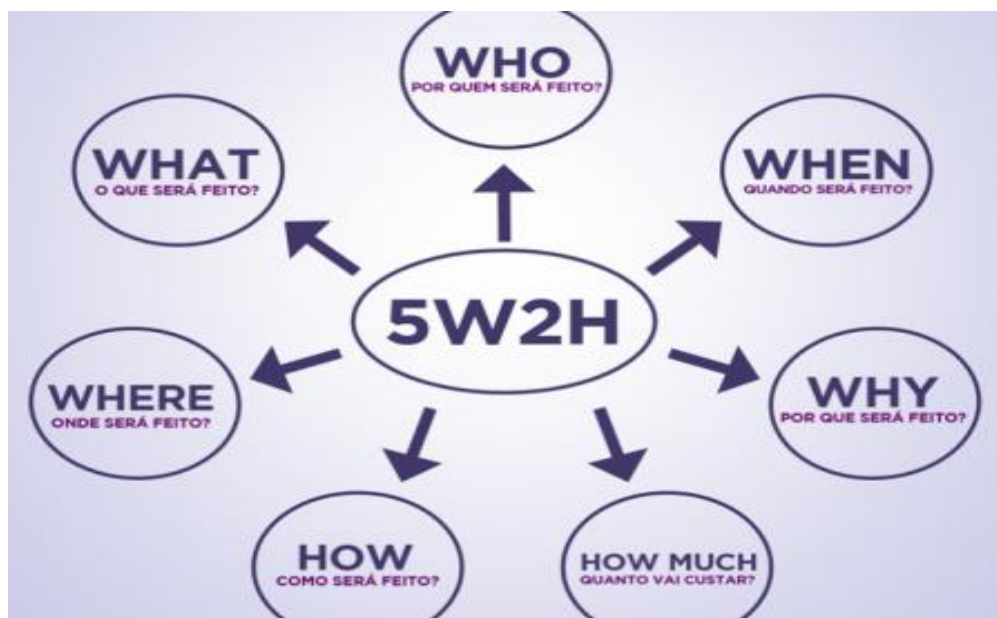
Conforme Rodrigues (2010) “Brainstorming ou tempestade cerebral é uma técnica para auxiliar uma equipe a gerar/criar ideias no menor espaço de tempo possível”. O objetivo desta ferramenta é maximizar o fluxo de idéias com foco na criatividade e na capacidade

analítica do grupo. No brainstorming todas as ideias são vistas por todos e nenhuma ideia pode ser criticada ou rejeitada.

1.4.5. Ferramenta 5W2H

A ferramenta 5W2H foi desenvolvida para determinar as melhores soluções a questões consideradas abaixo das expectativas dos clientes (NAKAGAWA, 2014). A ferramenta permite, respondendo detalhadamente uma série ordenada de questões, oferecer a maior segurança possível, durante a etapa de implantação das soluções consideradas. As questões são apresentadas na Figura 6.

Figura 6 - Plano de Ação 5W2H



Fonte: Google Imagens

Apesar de todo o conhecimento e ferramentas desenvolvidas até hoje, a qualidade no serviço parece “ainda” ser assunto de interesse exclusivo do setor privado. Segundo Domingues e Alliprandini (1998):

“[...] Normalmente, a maioria dos clientes desse setor está acostumada com serviços de baixa qualidade, principalmente no setor público, no caso brasileiro [...].”

1.5 HOSPITAL DO CÂNCER III (HC III)

O HC III é uma unidade do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) e desempenha um importante papel na prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama. O HC III presta assistência médico-hospitalar gratuita, provendo confirmação diagnóstica, tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico.

O HC III ocupa 10.500 m² de área construída e a unidade de internação tem nove andares. São 52 leitos ativos, 20 salas de ambulatório, quatro salas de cirurgia, centro radiológico e radioterapia, laboratório, farmácia e ainda uma sala de pronto atendimento para emergências dos pacientes oncológicos do hospital. O quadro funcional do HC III está composto por 380 pessoas.

No HC III são gerados três tipos de resíduos: o resíduo comum (ou extraordinário), o resíduo biológico (ou infectante) e o resíduo químico. O HC III também possui uma fonte de irídeo que gera resíduo radiológico, mas por ser uma fonte selada o destino final do resíduo é responsabilidade do próprio fabricante.

Em 2004, o HC III desenvolveu o Programa de Gestão de Resíduos de Serviço da Saúde (PGRSS). Baseado na RDC 306/2004 (ANVISA, 2004), o PGRSS dispõe sobre o manejo adequado dos resíduos, contemplando todos os aspectos desde a geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento e destino final.

Adicionalmente, a Comissão Central de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, consolidada em 2016, formaliza as bases sólidas de parceria entre todas as unidades (inclusive o HCIII) e objetiva a realização da padronização das ações e o destino correto e adequado dos resíduos. Esta Comissão está em plena atividade e é a responsável pelo desenvolvimento e disponibilização de um curso EAD (Ensino à Distância), com tutoria, para a formação: operacional de limpeza, corpo clínico assistencial, e administração demonstrando todas as etapas de manejo dos diferentes tipos de resíduos. As diretrizes da atual gestão de resíduos visam realizar um trabalho com a redução dos resíduos perigosos a fim de causar menor dano à saúde pública e ao meio ambiente. Além disso, busca incrementar e ampliar a prática da reciclagem com reaproveitamento dos materiais possíveis de retorno ao seu ciclo de vida.

Em 2014 a autora assumi como gerente de resíduos da unidade HC III. Como gestora, sua trajetória sempre esteve voltada para a Qualidade em Saúde.

1.6 OBJETO DE ESTUDO: QUALIDADE NO PGRSS

No ano de 2014, no HC III foram realizadas 2.900 internações, 1.800 cirurgias, 10.000 tratamentos endovenosos, 14.000 atendimentos ambulatoriais, 30.000 tratamentos de hormonioterapia e 20.000 aplicações de teleterapia. Toda esta atividade gerou 2.700 m³ de resíduo comum, 1.200 m³ de resíduos biológicos e 13.900 kg de resíduos químicos.¹ Este cenário proporciona a dimensão da responsabilidade do PGRSS em questão e evidencia a necessidade de se adequar as diretrizes para a implantação, dentro de programa, de ações que visem padrões de qualidade do serviço prestado principalmente ao próprio HC III.

Para o serviço da gestão de resíduos, principalmente numa unidade hospitalar pública, são necessários auxílios que possam melhorar a qualidade do processo, a redução de custos, e ainda, consigam incorporar os valores determinantes da qualidade como confiabilidade, competência e segurança entre outros. É importante frisar que para a implantação de qualquer processo de melhoria é necessário um diagnóstico prévio da instituição com a identificação dos pontos críticos, assim como toda qualificação e quantidade de recursos disponíveis. É imprescindível utilizar ferramentas de gestão para alcance destes objetivos.

Todas essas questões também permeiam o escopo da Vigilância Sanitária que ao tratar de produtos e serviços essenciais à saúde, sua complexidade se amplia à qualidade, à eficácia e à segurança de modo a proteger a saúde dos consumidores, do ambiente e da população como um todo (COSTA, 2003).

¹ INCA HCIII, 2014.

2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

Os impactos relacionados à gestão de resíduos de serviços de saúde nos dias de hoje não podem mais deixar de serem valorizados, pois são questões que repercutem de forma muito extensa. A gestão eficiente é fato inerente ao desenvolvimento sustentável premissa atual e futura de toda agenda consciente e responsável socialmente (GOUVEIA, 2012). A aplicação de ferramentas de gestão tanto de projetos quanto de processos em instituições públicas pode não ser fácil, mas certamente se constituirá como grande aliada à melhoria substancial dos diferentes processos. Neste sentido e considerando a situação atual do programa de gestão de resíduos de serviço de saúde no HC III, justifica este projeto buscar uma gestão de qualidade de resíduos eficiente na perspectiva de seus usuários. Promover um desenvolvimento saudável através de uma perspectiva socialmente justa, ambientalmente sustentável, sanitariamente correta e economicamente apropriada com ótima repercussão na saúde pública e para o meio ambiente.

3 OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi elaborar planos de ação, baseados na qualidade percebida do serviço, que permitam o melhoramento do gerenciamento de resíduos em uma unidade hospitalar, localizado no Município do Rio de Janeiro.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar o grau de satisfação dos clientes do serviço de gestão de resíduos na unidade do HC III;
- Conhecer a percepção dos diferentes responsáveis e/ou gestores; sobre a qualidade do serviço
- Elaborar as ações necessárias para melhoria do gerenciamento segundo o enfoque do cliente.

4 METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado no Hospital de Câncer III, unidade pública especializada no tratamento para o câncer de mama, no Município do Rio de Janeiro.

4.1 DETERMINAR O GRAU DE SATISFAÇÃO DOS CLIENTES DO SERVIÇO DE GESTÃO DE RESÍDUOS

4.1.1 Adaptação da ferramenta SERVQUAL ao cenário proposto

A partir do questionário original (PARASURAMAN; BERRY; ZEITHAML, 1988) foi realizada a tradução para o português e cada enunciado foi devidamente modificado para a sua aplicação no Serviço de Gestão de Resíduos de acordo com as características do serviço previamente determinadas através de entrevistas com o gestor responsável. Foi incluída, no questionário, a classificação da qualidade “aceitável” ou “mínima” para incorporar ao trabalho o conceito de zona de tolerância. Também foi incluída a avaliação da importância para os clientes, dos atributos pesquisados e, numa seção a parte, as informações como idade, sexo, escolaridade, para construir o perfil do cliente, mantendo sempre o anonimato. O questionário completo adaptado a partir da escala SERVQUAL e utilizado para coleta de dados encontra-se no APÊNDICE A.

4.1.2 Apreciação pelos Comitês de Ética em Pesquisa

O trabalho foi realizado dentro do Programa de Pós-Graduação em Vigilância Sanitária, portanto, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fiocruz. O projeto foi aprovado na primeira análise feita por esse Comitê (Parecer 1.420.929). Por se tratar da pesquisa ser aplicada no HC III (INCA), o CEP INCA (Centro Colaborador) recebeu a documentação (projeto, questionário, TCLE, resultado da avaliação do CEP Fiocruz e outros) encaminhada pelo próprio CEP Fiocruz.

Nessa etapa houve uma grande demora na apreciação do projeto (o que dificultou o desenvolvimento do planejamento pré-estabelecido) e o resultado foi um grande número de exigências, principalmente de “forma” (ex.: elaboração de um TCLE de acordo com o modelo já instituído pelo INCA com muitas folhas, e, em desacordo com nossa proposta de sustentabilidade e eficiência). Conseqüentemente, depois de modificar a “forma” e responder

as dúvidas, foi necessária uma nova apresentação do Projeto ao CEP Fiocruz (aprovado em 19/04/2016) e ao CEP INCA (aprovado em 02/05/2016, parecer 1.503.085). Finalmente, após aprovação de ambos os CEP, foi dado início à aplicação do questionário.

4.1.3 Protocolo de Aplicação

Participantes: Foram convidados a participar da pesquisa os seguintes funcionários do HC III: a) Todos aqueles que desempenham suas atividades no serviço de gestão de resíduos do HC III; b) Todos os profissionais da saúde (médicos, enfermeiros e outros) que desempenham suas atividades nas enfermarias (5º e 6º andar) e no centro cirúrgico do HC III e c) Todos os profissionais que desempenham atividades administrativas (3º, 4º e 7º andar) no HC III. Total de 70 pessoas participaram da pesquisa.

Salvaguardas éticas: Toda participação foi voluntária e anônima. Os participantes foram previamente informados sobre os objetivos da pesquisa, do uso que seria feito das informações coletadas e das possíveis consequências. Todas estas questões foram abordadas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A). O questionário não foi aplicado a indivíduos que não outorgaram o seu consentimento de participação por escrito (assinatura do TCLE).

Riscos da pesquisa: pesquisa de risco mínimo. Por se tratar do preenchimento de um questionário de satisfação, tanto os procedimentos como a divulgação dos resultados não sujeitaram os participantes a riscos maiores do que os encontrados nas suas atividades cotidianas.

Após adaptação da escala SERVQUAL, a elaboração do Protocolo de Aplicação e do TCLE, o presente projeto, junto a todos esses documentos, foi submetido à apreciação por parte do Comitê de Ética em Pesquisa.

Cabe destacar que, inicialmente, também estava programada a inclusão de pacientes nesta pesquisa de satisfação, que cumprissem com os *seguintes critérios de inclusão*:

- a) adultos entre 18 a 99 anos,
- b) com necessidade de hospitalização igual ou superior a 72 horas (tempo que permitisse ter uma opinião da equipe da gestão de resíduos),
- c) em condições de compreender e responder ao instrumento, no momento do ingresso e alta do hospital e
- d) que não apresentassem nenhum diagnóstico psiquiátrico prévio (demência, depressão, esquizofrenia, ou qualquer doença mental).

E com os seguintes *critérios de exclusão*:

- a) Indivíduos menores de 18 anos (crianças e adolescentes) e
- b) Indivíduos que, por qualquer razão, não tenham plena capacidade legal, cognitiva ou emocional.

O tamanho da amostra de pacientes participantes foi determinado considerando-se no mínimo 10 sujeitos entrevistados para cada item do instrumento, de acordo com o preconizado por Pasquali (1999).

Entretanto, como a aprovação do presente trabalho por parte do Comitê de Ética em Pesquisa do INCA foi sobejamente demorada, para que tanto a elaboração da presente dissertação quanto a aplicação dos questionários aos clientes externos não sofra esse contratempo, a aplicação dos questionários para avaliação do serviço foi feita somente aos clientes internos.

4.1.4 Abordagem para Participação na Pesquisa

Os participantes convidados foram sensibilizados a participar mediante conversas explicativas sobre o que se constituía a pesquisa de satisfação, sua importância e participação no levantamento de dados que permitiram melhorar o serviço. Fizeram parte desta sensibilização os seguintes grupos: usuários do serviço de gestão de resíduos, profissionais da saúde (médicos, enfermeiros e técnicos) que desempenhem suas atividades nas enfermarias do 5º e 6º andar, profissionais locados no centro cirúrgico do HC III e profissionais que desempenhem atividades administrativas (3º, 4º e 7º andar) no HC III. Foram respeitados os critérios de inclusão e exclusão de participantes, como descrito na metodologia. Após os participantes terem assinado o Termo de Consentimento Livre e esclarecido, os questionários foram disponibilizados para preenchimento.

Nas enfermarias, foram montados kits (Figura 7) compostos por três pastas com distintas cores para sinalizar o local de cada documento ali contido: o questionário em branco para ser preenchido, em pasta verde, o questionário preenchido na pasta vermelha e o TCLE em pasta amarela com duas vias uma para ficar com o participante e outra para o pesquisador. Feito desta forma com a finalidade de que se sentissem o mais a vontade para responder e efetuar a devolução do mesmo. Os kits foram montados em acrílico para facilitar a higienização.

Figura 7 - Kit disponibilizado para participação na pesquisa



Fonte: Foto do autor

No centro cirúrgico e no departamento administrativo os questionários foram entregues em mãos e a devolução foi mediante pasta identificada para recolhimento em cada setor. A aplicação do questionário teve início em julho de 2016 e foram aplicados a todos os clientes internos (70 funcionários).

4.1.5 Análises dos dados obtidos

Nesta etapa foi montada uma base de dados no software Excel com todas as respostas agrupadas de acordo com os perfis populacionais encontrados. Foi realizado o tratamento estatístico correspondente (médias, desvio padrão e percentuais). A partir destes dados, foi possível a determinação da qualidade percebida para cada aspecto (e atributo), a definição da zona de tolerância e a construção de distintas matrizes de atributos. A interpretação dos resultados obtidos destas ferramentas orientou as ações elaboradas.

4.2. CONHECER A PERCEPÇÃO DOS DIFERENTES RESPONSÁVEIS E/OU GESTORES SOBRE A QUALIDADE DO SERVIÇO

4.2.1 Brainstorming

Foram convidados a participar desta atividade os gestores/responsáveis dos setores envolvidos. Foram distribuídas folhas avulsas aos participantes para as anotações. Após

sensibilização mediante uma apresentação sobre o objetivo do presente trabalho, os convidados foram apresentados às questões que se identificaram como as mais urgentes a serem melhoradas, começando assim, “a chuva de ideias”. Todas as ideias foram anotadas e, no final, foram escolhidas as melhores. Esta atividade foi realizada somente uma vez, em dezembro de 2016.

4.3 ELABORAR AS PROPOSTAS DE AÇÕES NECESSÁRIAS SEGUNDO O ENFOQUE DO CLIENTE

Já dentro da dinâmica do ciclo PDCA, foram objetivadas as melhoras necessárias segundo a qualidade percebida do cliente, sempre de acordo ao preconizado nas leis e normas brasileiras. Essa definição foi realizada com a ferramenta 5W2H utilizando o roteiro elaborado para o presente trabalho, apresentado na Quadro 1.

Quadro 1 – Roteiro da ferramenta 5W2H

PLANO DE AÇÃO					APROVADO EM:	
PROBLEMA A SER RESOLVIDO:					RESPONSÁVEL	
META:						
MEDIDA	RESPONSÁVEL	PRAZO	LOCAL	RAZÃO	PROCEDIMENTO	INVESTIMENTO
1-						
2-						
3-						

Fonte: Elaborado para este trabalho

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 GRAU DE SATISFAÇÃO DOS CLIENTES DO SERVIÇO DE GESTÃO DE RESÍDUOS

5.1.1 Mapeamento do serviço e aplicação do questionário, instrumento adaptado SERVQUAL

Foi realizado neste estudo o mapeamento de todo o processo dos resíduos gerados no HC III: ambientes, tipo de resíduo, pessoas envolvidas, equipamentos e fluxo. O resultado mostrou que existem três grandes ambientes:

- a) o setor administrativo com a geração de resíduos comuns a partir da presença e trabalho de funcionários administrativos;
- b) o centro cirúrgico com a geração predominante de resíduos infectantes a partir do trabalho de profissionais da saúde,
- c) as enfermarias com a geração dos três tipos de resíduos (comum, infectante e especial) a partir da presença de pacientes e o trabalho dos profissionais da saúde.

Considerando que a participação nesta pesquisa de qualidade pode levar um tempo que nem sempre se tem disponível, no processo de adaptação do questionário foi almejado um instrumento cuja aplicação fosse aquela com a maior praticidade possível. Apêndice A

Na adaptação do questionário foram consideradas as seguintes questões:

- Todas as informações mapeadas foram “reunidas” visando um questionário amplo e aplicável a todos os ambientes e “clientes” do HC III.

- A diferença do SERVQUAL original que é aplicado em dois momentos diferentes, o instrumento para esta pesquisa foi adaptado para a avaliação das expectativas (serviço esperado) e percepção (serviço percebido) num único momento. Também foi incluída a avaliação do serviço mínimo aceitável (para elaboração da zona de tolerância).

- A diferença do questionário original que utiliza uma escala Likert de 7 (sete) pontos, para a classificação dos quesitos foi adotada a escala Likert com 5 (cinco) pontos (DALMORO; VIEIRA, 2013).

- O número de itens do questionário foi reduzido de 22 para 18. Esta redução foi feita após ponderar que não serão perdidas informações chave para a avaliação da qualidade do serviço.

- A diminuição de itens também está relacionada com um remanejamento dos determinantes/dimensões/atributos da qualidade avaliados. Assim, os determinantes empregados nesta escala são: tangibilidade (itens 01 a 05, em azul); confiabilidade/segurança (itens 6 a 10, em verde), atendimento (itens 11 a 14, em laranja) e empatia (itens 15 a 18, em vermelho).

Para maximizar o aproveitamento da aplicação do questionário, foi incluída a avaliação por parte dos clientes, da importância dos determinantes da qualidade, com cinco características: Aparência de equipamentos, materiais e pessoal; Execução dos serviços de forma precisa, confiável e segura; Presteza e rapidez no atendimento; Atenção individualizada.

Das características citadas, a “A” é referente à tangibilidade, a “B” à confiança/segurança, a “C” ao atendimento e a “D” à empatia.

Na terceira parte do questionário foram solicitados dados para a determinação do perfil populacional dos entrevistados, sempre mantendo o anonimato. Apêndice A

A versão completa do questionário adaptado está disponível no Anexo I deste documento.

5.1.2 Participação na Pesquisa

No Quadro 2 é apresentado como foi o preenchimento dos questionários por parte dos participantes:

As quatro primeiras questões do determinante “tangibilidade” tiveram, em média, 97% de respostas válidas. As questões sobre “confiabilidade” tiveram, em média, 96% de respostas válidas. As três primeiras questões sobre “atendimento” também apresentaram, em média, 96% de respostas válidas e as três últimas questões sobre “empatia” tiveram uma média de 98% respostas válidas. As questões com maior número de respostas anuladas foram a cinco (tangibilidade) a quatorze (atendimento) e a quinze (empatia). A questão número cinco trata sobre o conhecimento, por parte dos participantes, do registro das tarefas realizadas. Na questão número quatorze, trata sobre se a equipe age com prontidão e presteza e a questão número quinze trata sobre atenção individualizada aos clientes.

Quadro 2 - Respostas válidas e nulas obtidas na pesquisa

Tangibilidade		Questão 1			Questão 2			Questão 3		
		Mínimo	Máximo	Realizado	Mínimo	Máximo	Realizado	Mínimo	Máximo	Real
Válidas		70	68	68	66	67	64	69	69	68
Anuladas		0	2	2	4	3	6	1	1	2

Questão 4			Questão 5		
Mínimo	Máximo	Realizado	Mínimo	Máximo	Realizado
67	69	68	61	62	61
3	1	2	9	8	9

Confiabilidade		Questão 6			Questão 7			Questão 8		
		Mínimo	Máximo	Realizado	Mínimo	Máximo	Realizado	Mínimo	Máximo	Realizado
Válidas		65	63	65	66	66	66	64	65	66
Anuladas		5	7	5	4	4	4	6	5	4

Questão 9			Questão 10		
Mínimo	Máximo	Realizado	Mínimo	Máximo	Realizado
68	68	68	65	64	66
2	2	2	5	6	4

Atendimento		Questão 11			Questão 12			Questão 13			Questão 14		
		Mínimo	Máximo	Realizado	Mínimo	Máximo	Realizado	Mínimo	Máximo	Realizado	Mínimo	Máximo	Realizado
Válidas		66	65	66	68	68	68	65	66	67	60	60	61
Anuladas		4	5	4	2	2	2	5	4	3	10	10	9

Empatia		Questão 15			Questão 16			Questão 17			Questão 18		
		Mínimo	Máximo	Realizado	Mínimo	Máximo	Realizado	Mínimo	Máximo	Realizado	Mínimo	Máximo	Realizado
Válidas		62	63	62	67	68	66	67	66	69	69	69	70
Anuladas		8	7	8	3	2	4	3	4	1	1	1	0

Legenda: Em azul as questões sobre a tangibilidade, em verde as questões sobre confiabilidade, em amarelo sobre o atendimento, em rosa sobre a empatia.

Na segunda etapa do questionário, a média de respostas válidas foi de 99%. Nessa etapa, os entrevistados responderam sobre quais determinantes da qualidade tem maior importância para o serviço prestado.

Na terceira etapa do questionário, os entrevistados marcaram 99% de respostas válidas quanto às informações relativas à idade, escolaridade, local de trabalho e gênero.

Apesar da sensibilização, houve uma grande demora na devolução dos questionários preenchidos. Para evitar a perda de questionários, o pesquisador teve que retornar várias vezes aos setores para verificar e identificar as dificuldades que estavam ocorrendo, ficar a disposição para esclarecimento de novas dúvidas ou simplesmente verificar que as pessoas comprometidas em participar, completassem o preenchimento, mantendo sempre o anonimato.

5.1.3. Perfil populacional dos entrevistados

A maioria dos participantes da presente pesquisa foi de indivíduos do sexo feminino, na faixa etária entre 30 e 39 anos, com instrução superior e que realizavam as suas atividades na área assistencial do hospital. (Tabela 1 à 4)

Tabela 1 - Perfil populacional segundo a idade dos participantes

Faixa Etária	Participantes	Percentual
Menor de 20 anos	1	1,4%
Entre 20 e 29 anos	16	22,6%
Entre 30 e 39 anos	23	32,9%
Entre 40 e 49 anos	13	18,6%
Entre 50 e 59 anos	16	22,6%
Acima de 60 anos	1	1,4%

Tabela 2 - Perfil populacional segundo o local de trabalho dos participantes

Local de trabalho	Participantes	Percentual
Administrativo	20	28,6%
Assistencial (Enfermaria + Centro cirúrgico)	46	65,7%

Tabela 3 - Perfil populacional segundo o grau de instrução dos participantes

Escolaridade	Participantes	Percentual
Superior	51	73%
Médio	19	27%
Primário	0	0%
Analfabeto	0	0%

Tabela 4 - Perfil populacional por gênero dos participantes

Gênero	Participantes	Percentual
Feminino	58	83%
Masculino	12	17%

5.1.4 Qualidade Percebida

No Quadro 2 (A,B,C,D) é apresentada a avaliação, por parte dos clientes, sobre o serviço de gestão de resíduos (média) e a diferença (*gap*), em percentual, entre o serviço

realizado e as expectativas ou serviço desejado (máximo) e também com o mínimo aceitável, respectivamente.

Quadro 3 - Médias e Gaps dos Atributos da Qualidade

A

Tangibilidade		Questão 1			Questão 2			Questão 3		
		Mínimo	Máximo	Realizado	Mínimo	Máximo	Realizado	Mínimo	Máximo	Real
	Média	3,7	4,5	3,2	4,2	4,7	4,0	4,1	4,7	4,1
	Gap	-13%	-30%		-5%	-15%		1%	-12%	

Questão 4			Questão 5			Atributo Tangibilidade		
Mínimo	Máximo	Real	Mínimo	Máximo	Real	Mínimo	Máximo	Realizado
4,1	4,7	4,1	3,9	4,6	3,4	4,0	4,6	3,8
0%	-12%		-11%	-25%		-5%	-19%	

B

Confiabilidade		Questão 6			Questão 7			Questão 8		
		Mínimo	Máximo	Realizado	Mínimo	Máximo	Realizado	Mínimo	Máximo	Realizado
	Média	3,8	4,5	3,6	3,8	4,5	3,7	4,0	4,5	3,8
	Gap	-4%	-20%		-3%	-17%		-5%	-16%	

Questão 9			Questão 10			Atributo Confiabilidade		
Mínimo	Máximo	Realizado	Mínimo	Máximo	Realizado	Mínimo	Máximo	Realizado
4,0	4,6	3,7	4,0	4,6	3,7	3,9	4,6	3,7
-7%	-20%		-7%	-18%		-5%	-18%	

C

Atendimento		Questão 11			Questão 12			Questão 13			Questão 14			Atributo Atendimento		
		Mínimo	Máximo	Realizado	Mínimo	Máximo	Realizado	Mínimo	Máximo	Realizado	Mínimo	Máximo	Realizado	Mínimo	Máximo	Realizado
	Média	3,9	4,6	3,6	4,2	4,7	4,0	3,9	4,5	3,5	3,7	4,5	3,2	3,9	4,6	3,6
	Gap	-9%	-21%		-5%	-16%		-9%	-22%		-14%	-28%		-9%	-21%	

D

Empatia	Questão 15			Questão 16			Questão 17			Questão 18			Atributo Empatia		
	Mínimo	Máximo	Realizado	Mínimo	Máximo	Realizado	Mínimo	Máximo	Realizado	Mínimo	Máximo	Realizado	Mínimo	Máximo	Realizado
Média	3,7	4,4	3,6	4,0	4,5	3,7	4,0	4,6	3,9	4,1	4,6	3,9	3,9	4,5	3,8
Gap	-2%	-17%		-7%	-18%		-2%	-15%		-3%	-14%		-4%	-16%	

Legenda: O *gap* ou lacuna mostra a diferença entre o serviço realizado e a expectativa do cliente (máximo) e também quanto ao que os clientes consideram mínimo desejado para esse atributo do serviço.

Na Tangibilidade, o resultado da pesquisa demonstrou que o serviço realizado, quando comparado com as expectativas (máximo) dos usuários tem uma diferença (*gap*) negativa que varia entre 12% a 30% (Quadro 2 A). A questão número um (01) foi a que apresentou maior grau de insatisfação, com uma diferença de -30% na qualidade percebida. Esta questão trata se os equipamentos estão em bom estado de conservação e adequados para seu fim. Uma diferença desta magnitude foi encontrada também na questão número cinco (5) sobre se as tarefas são devidamente registradas. Nesta questão, o resultado da pesquisa revelou uma média negativa de 25% para a qualidade percebida.

No atributo da Confiabilidade observou-se que a diferença entre as expectativas dos clientes (máximo) e o serviço realizado se encontra entre -16% e -20% de distanciamento (Quadro 2 B). Neste atributo as questões seis e nove são as que indicam maiores problemas. A questão número seis (6), a mais saliente, demonstra a insatisfação referente aos horários previamente estabelecidos. Já a questão nove (9) diz a respeito à garantia dos conhecimentos necessários ou básicos para os funcionários que realizam o serviço.

O Atendimento mostrou-se ainda mais insatisfatório, visto que, apresentou uma média negativa de 21% no geral (Quadro 2 C). As questões que levaram a tal resultado foram: a que diz respeito se a equipe realiza comunicação rápida e eficaz (nº 11, -21%), sobre se as tarefas são devidamente programadas e previamente informadas (nº 13, -22%) e sobre se a equipe age com presteza e prontidão (nº 14, -28%).

A respeito da Empatia, pode-se observar que foi aquele determinante que teve o melhor desempenho frente às expectativas (máximo) dos clientes: qualidade percebida negativa de 16% no geral (Quadro 2 D). As mais críticas foram às questões quinze e dezesseis. A questão número quinze (15) diz respeito se a equipe proporciona à atenção individualizada e apresentou -17% de qualidade percebida. A questão dezesseis (16) diz sobre se os horários são adequados e apresentou -18% de qualidade percebida.

No geral, todos os quatro determinantes apresentaram uma qualidade percebida negativa, o que é traduzido pela grande insatisfação dos clientes.

5.1.5 Zona de Tolerância

O que os consumidores “esperam” de um serviço caracteriza-se por ser um intervalo entre o serviço desejado e o serviço adequado ou mínimo aceitável. Essa Zona de Tolerância (ZT) pode contrair-se ou expandir-se com respeito a um cliente em particular. Clientes diferentes possuem diferentes ZT. As ZT também variam dependendo da dimensão da qualidade de que se trate; quanto mais importante um fator, menor a sua zona de tolerância.

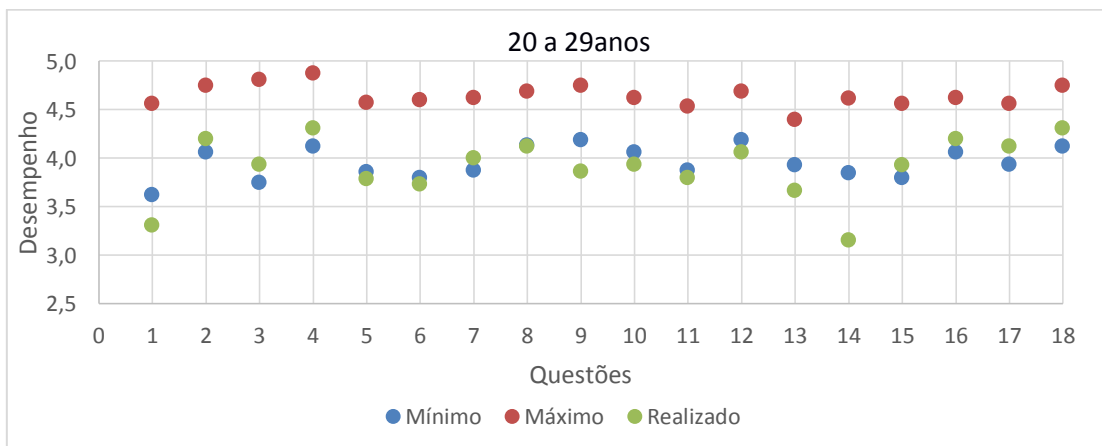
Considerando o aqui exposto e o perfil populacional participante da pesquisa, fez-se necessário a pormenorização das análises das Zonas de Tolerância.

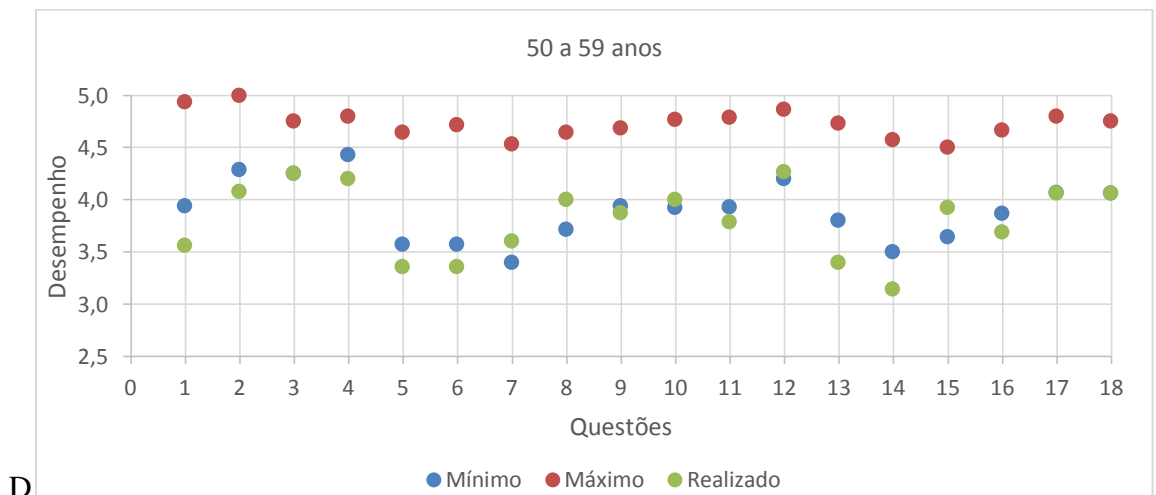
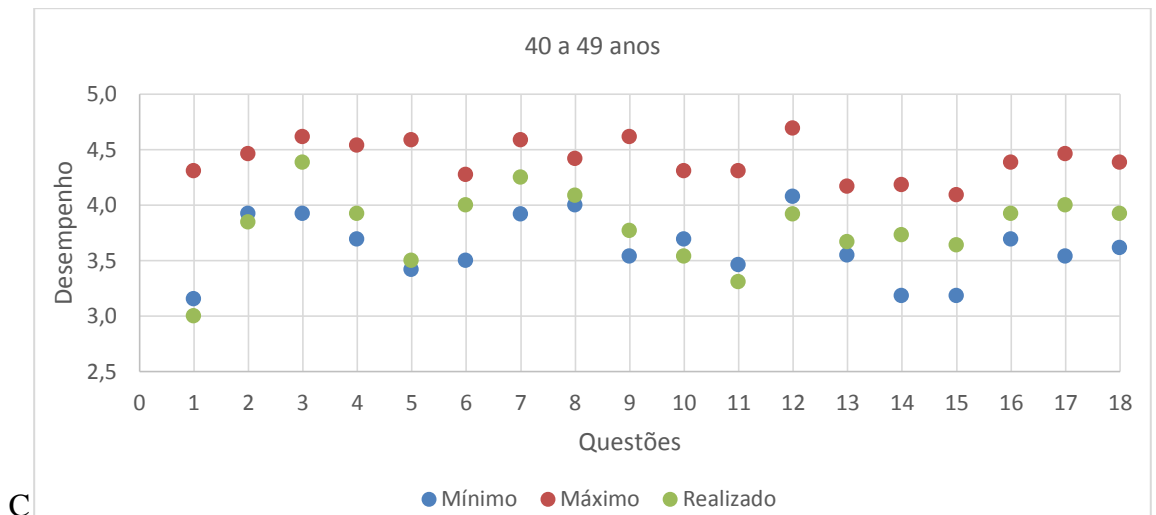
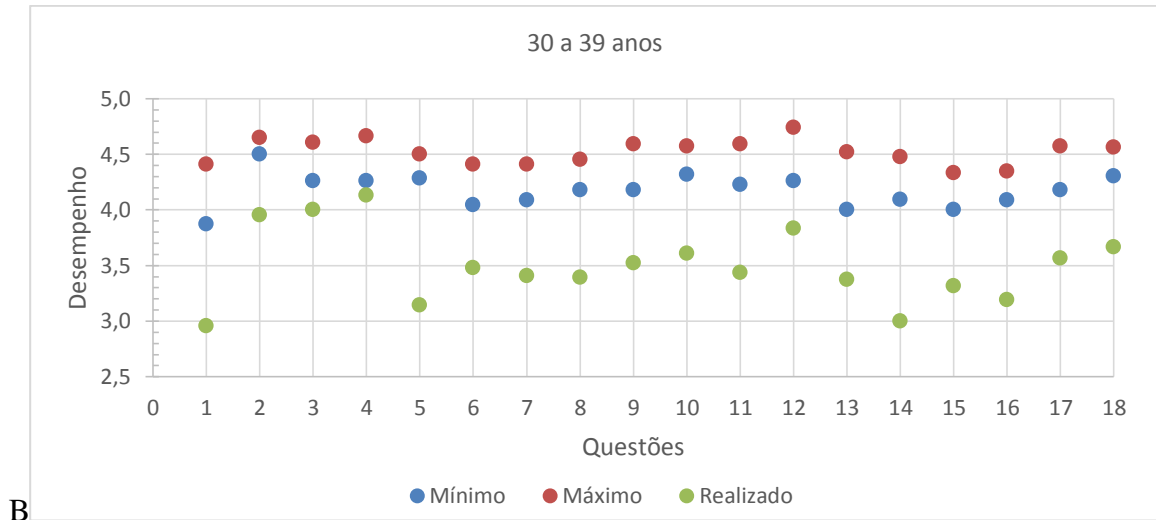
5.1.5.1 Por Faixa Etária

Na Figura 8 é apresentada a Zona de Tolerância [*gap* delimitado pela expectativa (máximo desejado) e pelo mínimo aceitável] para cada questão de acordo com a distribuição de faixa etária.

Figura 8 – Serviço realizado e Zona de tolerância

A





Legenda: A: população com 20 a 29 anos, B: população com 30 a 39 anos, C: população com 40 a 49 anos e D: população com 50 a 59 anos. Por questões de visualização, o eixo de desempenho é mostrado a partir de 2,5 pontos.

Na Figura 8 (20 a 29 anos, 22,6% da população), no atributo Tangibilidade (1 a 5), nas questões um (1) e cinco (5) o serviço realizado está abaixo do mínimo aceitável. No atributo

Confiabilidade (questões 6-10) apenas a questão número sete (7) está dentro da ZT na opinião desta clientela. Nas demais questões (6, 8, 9 e 10), o serviço realizado está limite ou abaixo do mínimo aceitável. Todas as questões sobre o Atendimento (11 a 14) revelam que o serviço prestado está abaixo do mínimo aceitável. Por outro lado, no atributo Empatia, o serviço realizado está dentro da zona de tolerância sendo a questão número quinze (15) a mais limítrofe e por isso mais vulnerável.

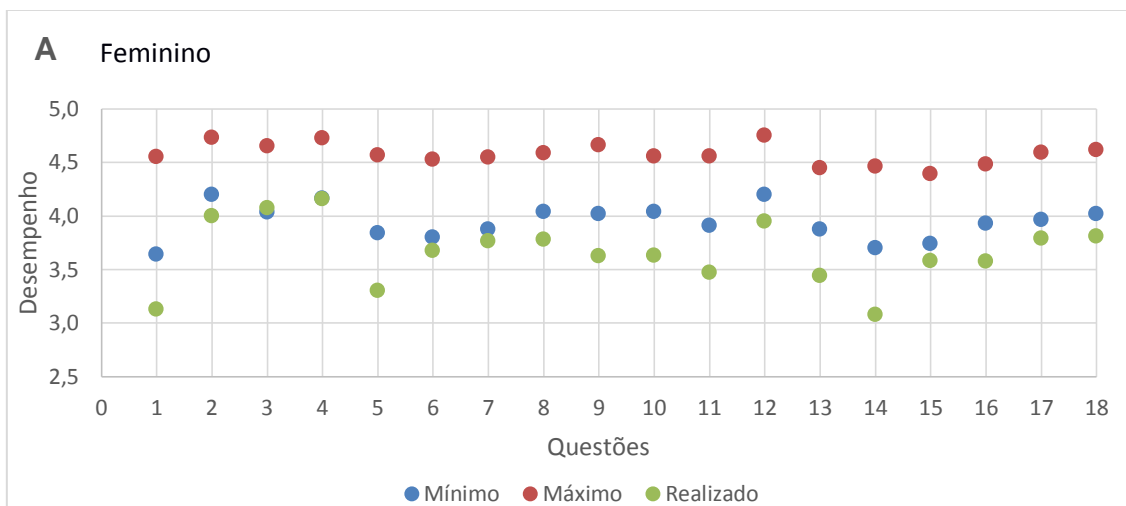
Para a população compreendida entre os 30 e 39 anos (32,9%) (Figura B) verifica-se que todas as questões estão fora da zona de tolerância e isto evidencia grande insatisfação do cliente. Sendo as questões um (1), cinco (5) e quatorze (14) com maior distanciamento do mínimo aceitável o que significa que necessitam de uma atenção especial da análise. O grau de exigências deste grupo aparenta ser maior ao dos outros.

Na faixa etária entre 40 e 49 anos (18,6% da população) (Figura C) verifica-se que, para a maioria das questões, o serviço realizado se encontra dentro da zona de tolerância. As exceções são as questões 1 e 2 da Tangibilidade, 10 da Confiabilidade e 11 e 12 do Atendimento. Nestas 5 questões, o serviço realizado está abaixo da Zona de Tolerância.

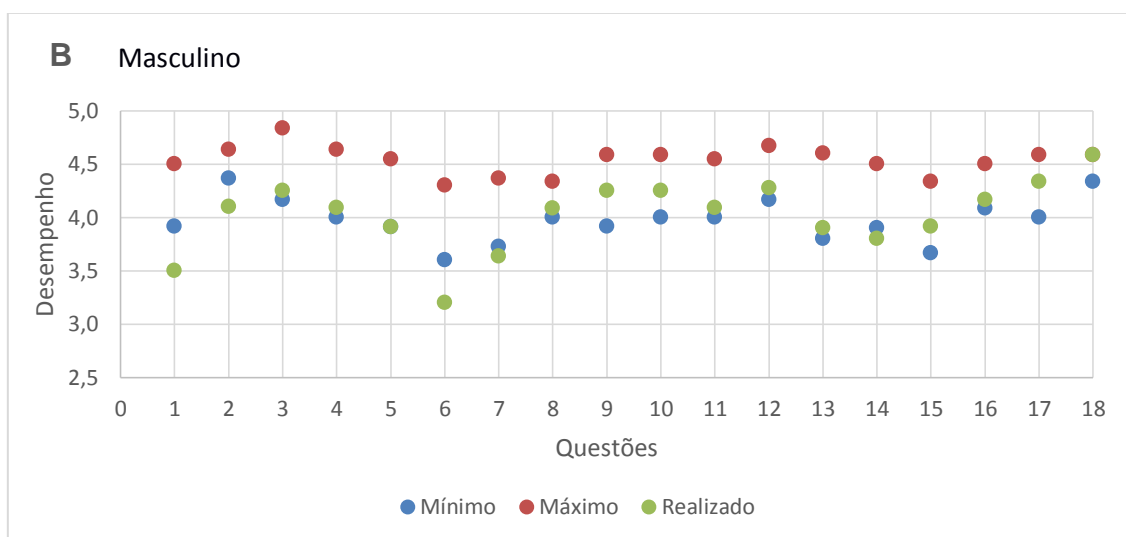
Na Figura D (idade entre 50 e 59 anos, 22,6% da população), verifica-se uma zona de tolerância com maior amplitude o que demonstra menor exigência dos quesitos abordados. Apesar desta situação, o serviço realizado segue estando abaixo da zona de tolerância na maioria dos itens (10 de 18).

5.1.5.2 Por Gênero

Na Figura 9 é apresentada a Zona de Tolerância para cada questão de acordo com o gênero, sendo A o feminino e B o masculino.

Figura 9 – Zona de Tolerância por Gênero dos participantes do estudo

Zona de tolerância (expectativa - mínimo aceitável) e o serviço realizado sendo clientes do sexo feminino. Por questões de visualização, o eixo de desempenho é mostrado a partir de 2,5 pontos.



Zona de tolerância (expectativa - mínimo aceitável) e o serviço realizado sendo clientes do sexo masculino. Por questões de visualização, o eixo de desempenho é mostrado a partir de 2,5 pontos.

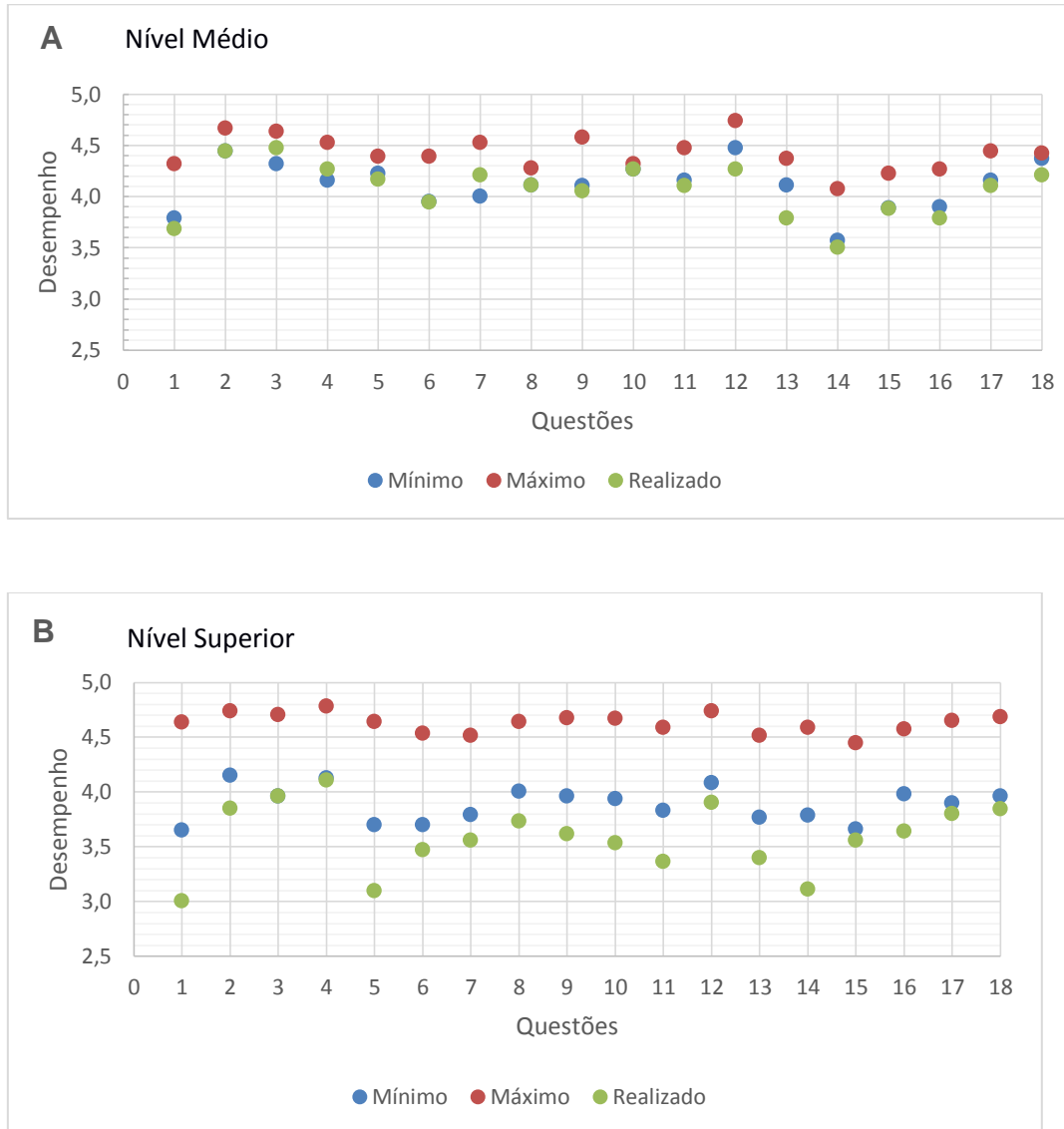
Na opinião do grupo feminino (Figura A) que constitui 83% da população, o serviço realizado está abaixo do mínimo aceitável em todas as questões, com exceção das questões 3 e 4 do atributo Tangibilidade. Por outro lado, para o grupo masculino (Figura B) que corresponde a 17% da população, o serviço realizado só está fora da Zona de Tolerância em poucas questões (1, 2, 5, 6, 7 e 14)

Comparando os dois grupos, nota-se que tanto as expectativas quanto o mínimo aceitável de ambos são similares. A diferença é a classificação do serviço realizado, destacando a maior insatisfação do grupo feminino.

5.1.5.3 Por Grau de Instrução

Na Figura 10 é apresentada a Zona de Tolerância para cada questão, de acordo com grau de instrução.

Figura 10 – Zona de Tolerância por grau de instrução dos participantes do estudo



Zona de tolerância (expectativa - mínimo aceitável) e o serviço realizado sendo clientes com (A) nível médio e (B) nível superior. Por questões de visualização, o eixo de desempenho é mostrado a partir de 2,5 pontos.

Para o nível médio (Figura A), a maior parte do serviço realizado se encontra na Zona de Tolerância ou bem próximo ao limite inferior. Encontra-se fora da Zona as questões 1 da Tangibilidade, as questões 12 e 13 do Atendimento e as questões 16 e 18 da Empatia.

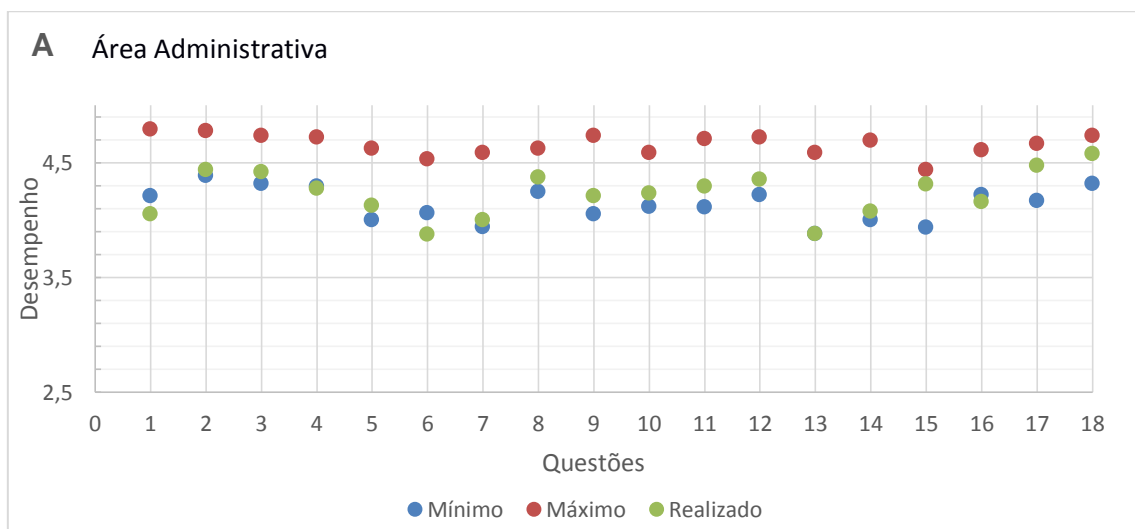
Na opinião dos participantes com nível superior (Figura B) corresponde a 73% da população, a Zona de Tolerância é maior, devido às suas expectativas serem mais altas e o mínimo aceitável ser abaixo do grau 4,0 quando comparado com o outro grupo de escolaridade. Porém, em praticamente todas as questões, o serviço realizado se encontra abaixo do mínimo aceitável. Há questões da Tangibilidade (1, 2 e 5) e Confiabilidade (6, 7, 8, 9 e 10) em que o serviço realizado se encontra bem abaixo do mínimo aceitável. No atributo Empatia, o serviço realizado se encontra, em algumas questões (15, 17 e 18), limítrofe ao mínimo aceitável.

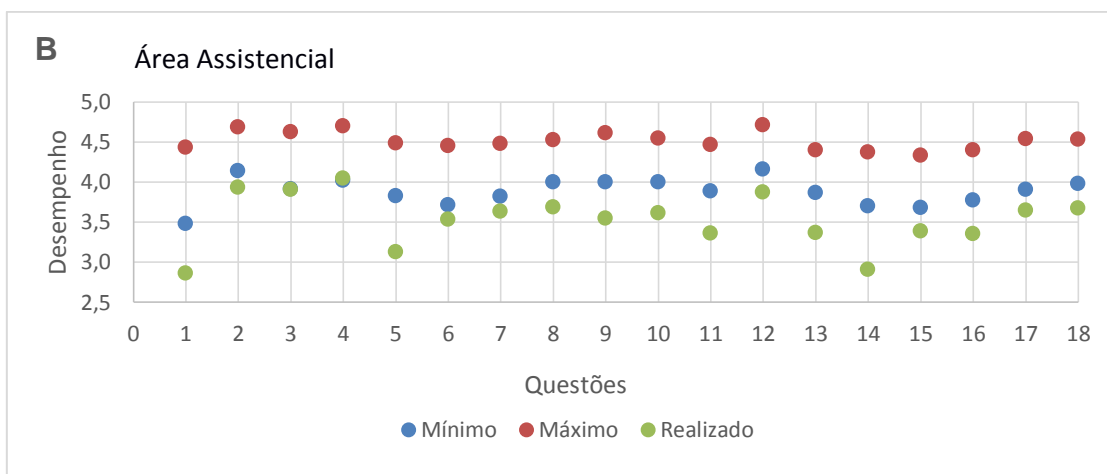
Desta forma, estes dois grupos expressam como diferem em relação às suas expectativas e ao serviço realizado.

5.1.5.4 Por Local de Trabalho

Na Figura 11 é apresentada a Zona de Tolerância para cada questão de acordo com p local de trabalho.

Figura 11 - Zona de Tolerância por local de trabalho dos participantes do estudo





Zona de tolerância (expectativa - mínimo aceitável) e o serviço realizado sendo clientes da área (A) administrativa e (B) assistencial. Por questões de visualização, o eixo de desempenho é mostrado a partir de 2,5 pontos.

O grupo que atua na área administrativa da unidade hospitalar HC III (28,6%) expressou, para as questões avaliadas, que o serviço realizado está dentro da Zona de Tolerância, próximos aos seus mínimos aceitáveis (Figura 11 A).

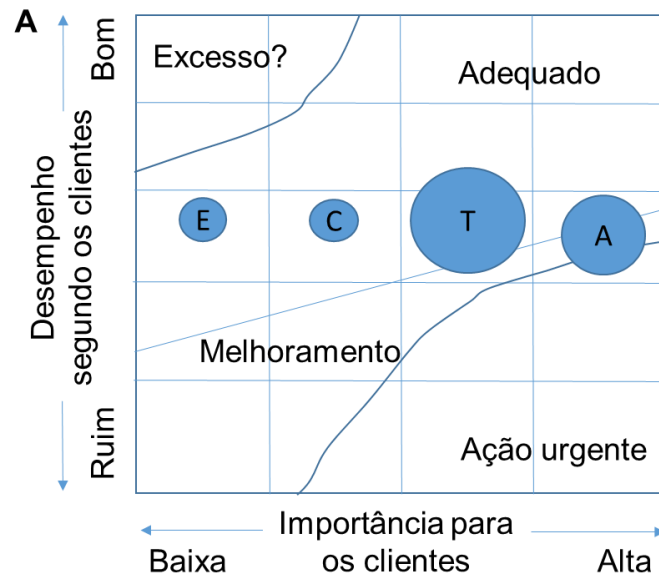
Para o grupo que atua na área assistencial (enfermaria e centro cirúrgico, 65,7% da população), em 16 dos 18 quesitos, o serviço realizado está abaixo do que eles consideram como mínimo aceitável, e ainda, distante de suas expectativas também em todas as questões.

5.1.6 Matriz Importância – Desempenho

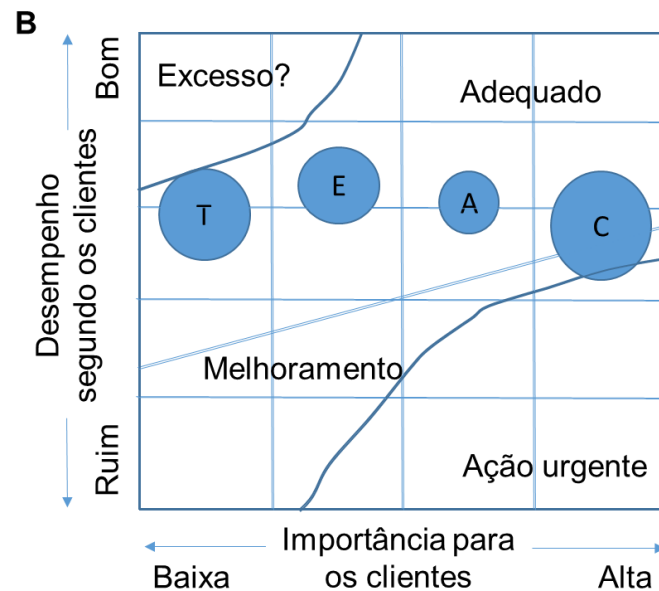
A estratégia a ser adotada por uma organização deve ser baseada na avaliação de seus conhecimentos, habilidades e deficiências (MONTGOMERY; PORTER, 1998). Esta auto-avaliação deve ser comparada, em termos de desempenho, com um padrão pré-estabelecido e, caso não seja satisfatório, devem ser adotadas ações corretivas para os problemas encontrados.

Na Figura 12 se apresenta o posicionamento da atuação do Serviço de Resíduos segundo a avaliação do gênero do cliente, sendo **A** feminino e **B** masculino.

Figura 12 – Matriz Importância-Desempenho segundo o gênero



A – Desempenho segundo o gênero Feminino. Legenda: A: atendimento; C: confiabilidade; E: empatia e T: tangibilidade.



B – Desempenho segundo o gênero Masculino. Legenda: A: atendimento; C: confiabilidade; E: empatia e T: tangibilidade.

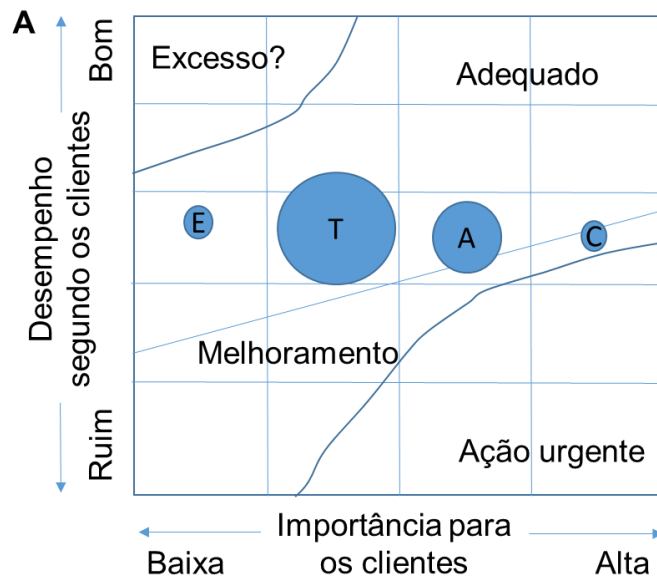
Para o grupo feminino, o Atendimento é o atributo de maior importância relativa, seguido pela Tangibilidade. A maior parte deste grupo considera que o Atendimento possui um desempenho que precisa de melhoramento e até de ação urgente de melhora (Figura 17 A). A Tangibilidade é o outro atributo que precisa de melhoramento. Os demais atributos como a Confiabilidade e a Empatia se encontram na zona de adequação e com menor

importância relativa. Esta opinião/classificação pertence à população feminina que representa 83% dos entrevistados.

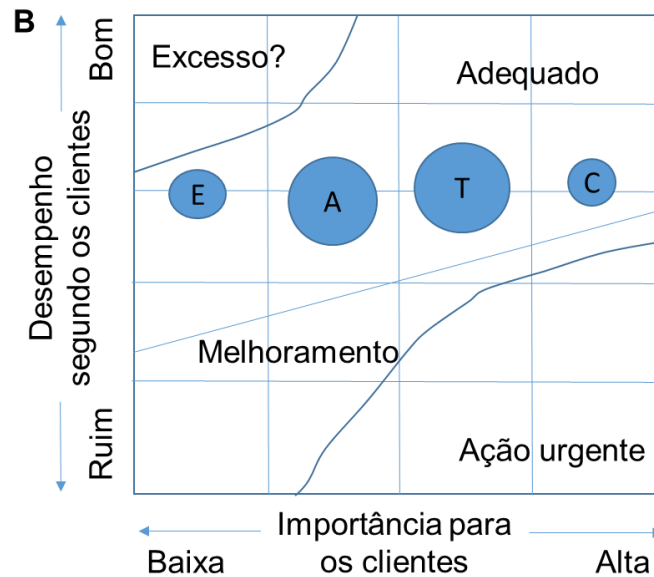
Já o grupo dos homens, que representa o 17% dos entrevistados, expressou ser a Confiabilidade o atributo de maior importância seguido pelo Atendimento. Os atributos Tangibilidade, Empatia e Atendimento estão na zona de adequação. Porém, a Confiabilidade foi avaliada na zona que demanda um melhoramento, mas não de ação urgente. A Tangibilidade foi considerada a menos importante, com desempenho limítrofe a zona Excesso. E, por fim, foi a empatia o atributo com maior grau de desempenho, no entanto, ainda abaixo das expectativas, visto que não se encontra no mais alto nível da matriz.

Na Figura 13 se apresentam as matrizes Importância - Desempenho segundo a escolaridade do cliente sendo **A** o nível superior e **B** o nível médio:

Figura 13 – Matriz Importância-Desempenho segundo a escolaridade do cliente



A – Desempenho segundo o cliente de nível superior



B – Desempenho segundo o cliente de nível médio.

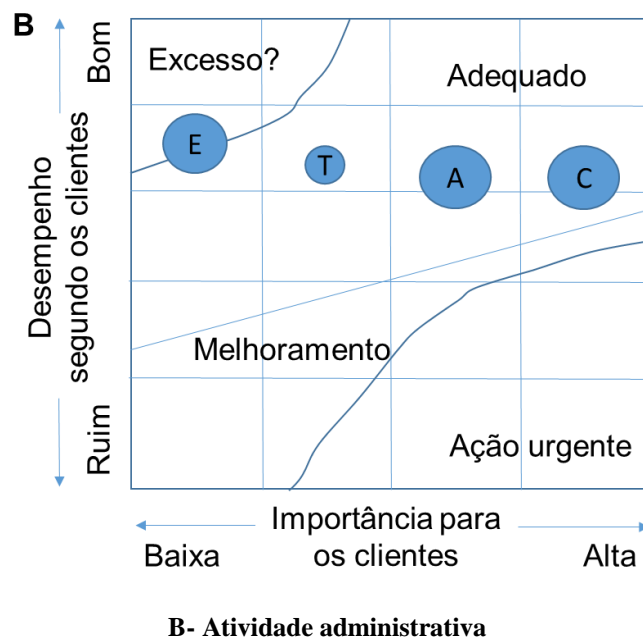
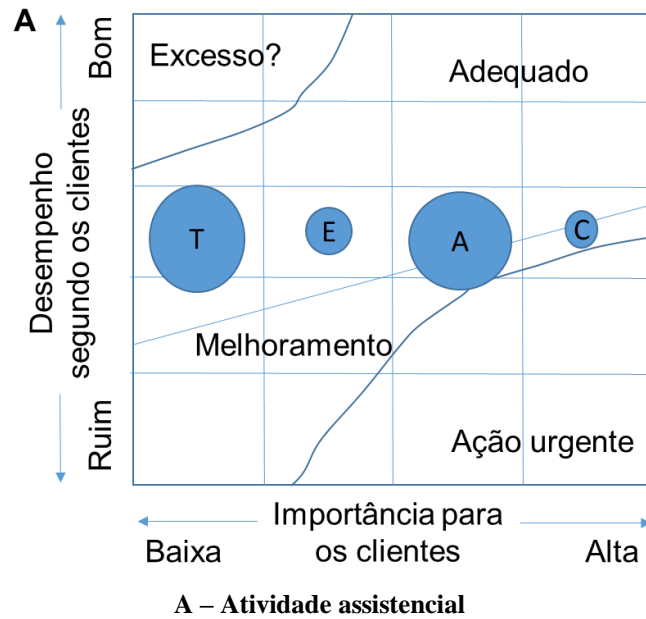
Legenda: A: Atendimento; C: Confiabilidade; E: Empatia e T: Tangibilidade.

Para o cliente de nível superior (73% da população) observa-se que a Confiabilidade foi o atributo considerado de maior importância. O desempenho é baixo e de acordo à avaliação, foi alocado na zona que demanda a implementação de melhorias. O atendimento segue em ordem do valor atribuído do que seja prioritário para este grupo, e está limítrofe a zona de necessidade de melhoramento. A Tangibilidade foi a que demonstrou grande diferença na qualificação de seu desempenho. A empatia foi classificada na zona de adequação. (Figura 13^a)

Para o cliente com grau médio, observa-se que a Confiabilidade e a Tangibilidade são os atributos de maior importância, seguido pelo Atendimento e Empatia. Todos os atributos se encontram classificados na zona de “serviço adequado”, sem indicativo de melhora urgente. (Figura 13B)

Na Figura 14 se apresenta o posicionamento da atuação do Serviço de Resíduos segundo a avaliação da localização das atividades do cliente, sendo **A** clientes da assistência (enfermarias e centros cirúrgico) e **B** da administração.

Figura 14– Matriz Importância – Desempenho de acordo com a localização das atividades do cliente



Legenda: A: atendimento; C: confiabilidade; E: empatia e T: tangibilidade.

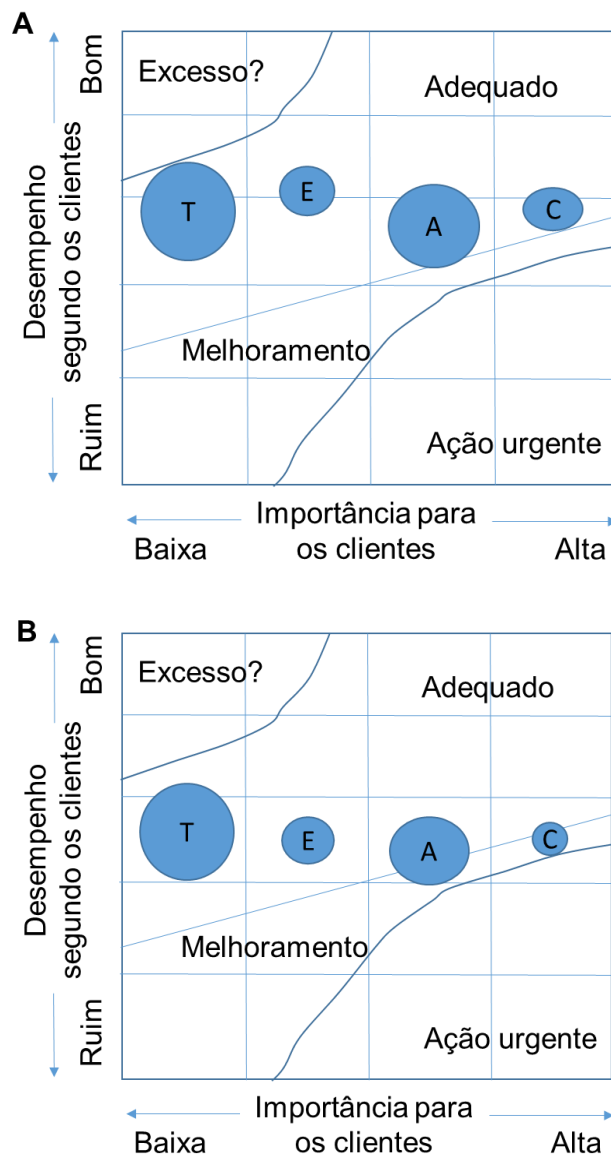
Tanto para aqueles cujas atividades se desenvolvem na assistência (Figura 14 A) quanto na administração (Figura 14 B) observa-se que os atributos de maior importância foram os mesmos: Confiabilidade e Atendimento. Entretanto, a avaliação de desempenho é bem distinta entre estes dois grupos. Pode-se observar que para a assistência, a Confiabilidade e o Atendimento necessitam de melhoramento e quase de maneira urgente (Atendimento, Figura

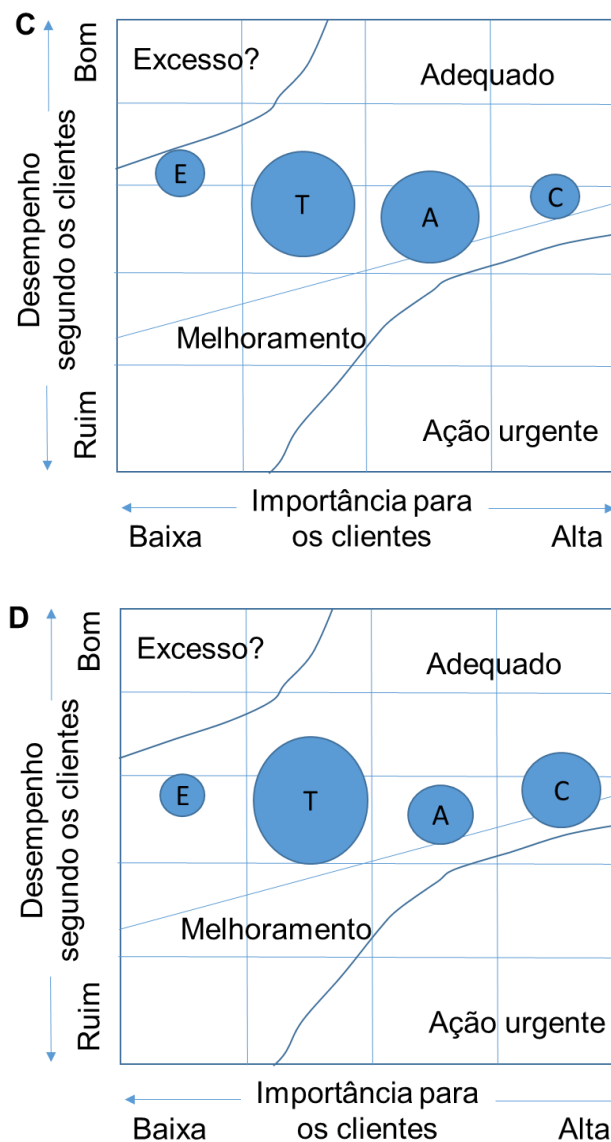
14 A). No entanto, para o grupo administrativo, todos os atributos estão classificados na zona de “serviço adequado”.

Na terceira posição de importância para o grupo da assistência está a Empatia, seguido pela Tangibilidade, ambas classificadas como “adequadas”. Para o grupo que se encontra na administração, a terceira posição é a da Tangibilidade na zona de serviço adequado, seguido pela Empatia classificada com alto desempenho (Figura 14 B).

Na Figura 15 se apresentam as matrizes Importância - Desempenho segundo a idade dos clientes, sendo A de 20 a 29 anos; B: de 30 a 39 anos; C: de 40 a 49 anos.; D: de 50 a 59 anos.

Figura 15 – Matriz Importância – Desempenho segundo a idade do cliente





Legenda: A: atendimento; C: confiabilidade; E: empatia e T: tangibilidade.

Quando os questionários dos clientes foram separados pelas diferentes faixas etárias previamente estabelecidas, o resultado obtido para cada faixa foi, surpreendentemente, similar. Em todas as matrizes foi possível observar que, para todas as faixas etárias, a Confiabilidade foi considerada o atributo de maior importância seguido pelo Atendimento. Para os atributos Tangibilidade e Empatia, houve uma inversão na ordem de importância entre as faixas etárias de 20 a 39 anos: Empatia seguido pela Tangibilidade, (55,5% da população, Figura 15 A e B) e as faixas de 40 a 59 anos com a Tangibilidade seguida de Empatia (41,2% da população, Figura 15 C e D).

A grande maioria dos atributos encontra-se classificados na zona de “serviço adequado”. Os atributos com maior importância: Confiabilidade e Atendimento foram

classificados na zona de melhoramento (Figura 15 A, C e D) ou limítrofe a ela (Figura 15 B, C e D).

As matrizes de Importância – Desempenho das idades “menor de 20 anos” e “maior de 60 anos” não foram consideradas para esta análise por representar a 1,4% da população, para cada um dos casos.

5.2 PERCEPÇÃO DOS RESPONSÁVEIS E/OU GESTORES SOBRE A QUALIDADE DO SERVIÇO

A atividade de análise aconteceu com a presença de somente três responsáveis de setor (embora tenham sido convidados sete gestores). Os participantes foram: a chefe da enfermaria, o responsável pela área administrativa (e do contrato) e a líder do plantão “deste dia” da empresa de higiene e limpeza que presta o serviço de coleta do HC III. Os convidados “ausentes” justificaram a sua não presença com os seguintes motivos: - cumprimento de atividades mais importantes e - falta de pessoal no setor.

Antes de começar, foram apresentados os detalhes do projeto e seu objetivo e informações sobre a presente atividade tais como o objetivo (e desenvolvimento pretendido) e a duração prevista.

A atividade teve início com a aplicação de uma simples enquete (Quadro 4) aos gestores e/ou responsáveis sobre a sua percepção da qualidade da gestão dos resíduos:

Quadro 4 - Enquete sobre a percepção da qualidade da gestão dos resíduos

1- Sobre a qualidade da Tangibilidade: equipamentos, materiais utilizados, trajes dos funcionários, lixeiras, etc.
2- Sobre a qualidade da Confiabilidade: do conhecimento das tarefas e necessidade de retrabalho dos funcionários, do cumprimento de horário pré-estabelecido e prazo de execução e de como é executado o registro de tarefas.
3- Sobre a qualidade do Atendimento: comunicação da equipe com o cliente e entre ela mesma, a programação de tarefas, educação e trato com o cliente.
4- Sobre a qualidade da Empatia: priorização dos interesses do cliente na hora de realizar o serviço.

A percepção dos gestores presentes foi de **boa e muito boa** para todos os quatro atributos abordados, sem maiores inconsistências. Como consequência desta percepção, os responsáveis desconsideraram a necessidade da proposta de ações de melhorias.

O segundo passo desta atividade foi a apresentação dos resultados obtidos nas matrizes Importância - Desempenho com destaque para aqueles atributos classificados na zona de ação urgente e melhoria. A resposta obtida foi unânime: negação da situação e dúvida sobre a validade dos dados apresentados (se as respostas mostram a insatisfação dos clientes).

Assim, além do significado da ausência da maior parte dos gestores convidados, o resultado desta atividade demonstra que os gestores e/ou responsáveis não conseguem compreender a importância da opinião do cliente. Adicionalmente, não consideram que suas atividades do dia-a-dia sejam uma prestação de serviço.

A dificuldade de ouvir críticas, talvez pela falta do exercício de avaliação relacionada, na maioria das vezes, à aplicação de critérios de qualidade.

5.3 ELABORAÇÃO DE AÇÕES DE MELHORIA COM FOCO NO CLIENTE

Normalmente, quando uma organização tem a necessidade de pensar no futuro ou de abrir novas frentes, é realizada uma série de reuniões de trabalho em que as ideias devem fluir livremente e sem compromisso para que a inovação possa emergir.

5.3.1 Brainstorming

A estratégia escolhida para o processo de montagem do portfólio de ações de melhoria foi a de responder à satisfação da maioria dos clientes. Para isso, se começou pelo cliente “representativo da população” que foi definido pelo perfil populacional obtido nos questionários: sexo feminino, na faixa etária de 30 a 39 anos, com formação superior e que desempenha as suas atividades na área assistencial. Segundo os resultados das matrizes Importância - Desempenho, as dimensões que precisam de melhoria para este perfil são: 1- Confiabilidade, 2- Atendimento e 3- Tangibilidade. Dentro de cada uma delas, foram tratadas as questões de maior insatisfação determinadas nas Zonas de Tolerância, duas para cada atributo. Elas foram: questões 6, 10 (Confiabilidade), 13, 14 (Atendimento), 1 e 5 (Tangibilidade)

As ideias obtidas para elaborar as ações de melhoria encontra-se no quadro 5:

Quadro 5 –Quadro de Ideias obtidas para melhoria do SGRS

Problema	Ideias
Sobre as tarefas serem realizadas segundo os horários previamente estabelecidos (Confiabilidade).	- Colocação de quadro de horários da coleta de resíduos nos andares
Sobre os relatórios do serviço de gestão de resíduos serem públicos (Confiabilidade)	- Publicizar mediante boletins informativos.
Sobre as outras questões...	- Nada foi proposto.

Cabe destacar que, apesar da informação mostrada nos questionários sobre o elevado nível de insatisfação da clientela, os responsáveis da área não consideraram relevante essa insatisfação. Exemplo disto são as diferentes opiniões vertidas durante a atividade:

“...as tarefas são realizadas conforme cronograma pré-estabelecido, porém, existem algumas problemáticas referente aos elevadores e isso pode acarretar o seu não cumprimento dentro dos horários pré-estabelecidos...” (Participante 2).

“...os horários já são previamente estabelecidos, a insatisfação pode ser por falta de divulgação destes horários para a equipe da assistencial...” (Participante 3).

“...os relatórios não são divulgados a todos os envolvidos, por isso não atingem seu objetivo e por essa razão as pessoas não tomam ciência sobre as atividades da gestão de resíduos...” (participante 2).

“...a falta de informações (relatórios) é responsabilidade da comunicação social...” (Participante 3).

“...as tarefas são programadas e informadas mediante treinamentos e pessoas de rotas de coleta de resíduos.” (Participante 2)

“...O fluxo de tarefas (programação) já existe e se age com prontidão. Podem ocorrer intercorrências. A garantia da qualidade do atendimento ao cliente é garantida por check list realizado internamente entre o fiscal de contrato e as chefias envolvidas.” (Participante 3).

“...a equipe age com prontidão e presteza e atende todas as necessidades. Existem treinamentos, a garantia disto se dá por haver avaliação da equipe e um check list que o fiscal de contrato realiza periodicamente junto as chefias dos setores”. (Participante 2)

Consequentemente, não houve ideias ou sugestões de melhoria. Este fato pode ter sido resultado direto da atitude refratária já demonstrada na atividade anterior. O grupo de gestores/responsáveis não conseguiu ter a compreensão necessária sobre as necessidades dos interessados para encontrar uma solução.

Para desenvolver as ações de melhoria e deixá-las aptas para implantação, as mesmas foram trabalhadas na lógica da ferramenta 5W2H, conforme as propostas apresentadas nos quadros 6 e 7

Quadro 6-Proposta de plano de ação para o problema de horário de coleta

PLANO DE AÇÃO					APROVADO EM:	
PROBLEMA A SER RESOLVIDO: Horários de coleta não conhecidos					RESPONSÁVEL	
META: Estabelecer registro de coleta						
MEDIDA	RESPONSÁVEL	PRAZO	LOCAL	RAZÃO	PROCEDIMENTO	INVESTIMENTO
1- Colocar um ponto de registro de coleta em cada andar	Sr. Eleandro (Setor de manutenção)	1 semana a partir da aprovação do plano	No posto de enfermagem em junto ao chefe de setor	Controle e da execução de tarefas	Colocação de plastificado e folhas	R\$ 15,00 por ponto
2- Preencher as folhas de registro de tarefas do ponto	Responsável da coleta que é o chefe do plantão do dia	No momento da coleta	No ponto de registro	Controle e da execução da tarefa	Preenchimento com caneta	5 minutos no tempo de serviço
3- Controle do preenchimento	Chefe da enfermagem do setor	3 vezes ao dia em horários aleatórios e a critério do responsável	Nos pontos de registro e de coleta	Controle e de execução da tarefa	Avaliação visual e registro na folha de coleta (coluna adicional)	5 minutos do tempo de serviço
4- Estabelecer POP do funcionamento dos pontos de registro	Chefe da Equipe de limpeza com o gestor de Resíduos	Anual	Em cada setor	Esclarecer sobre a tarefa	Dentro sistema eletrônico de normatização do INCA	Tempo de publicação 30 minutos

Quadro 7 – Proposta de plano de ação para o problema de falta de divulgação de relatórios

PLANO DE AÇÃO					APROVADO EM:	
PROBLEMA A SER RESOLVIDO: Falta de divulgação de relatórios					RESPONSÁVEL	
META: Informações divulgadas						
MEDIDA	RESPONSÁVEL	PRAZO	LOCAL	RAZÃO	PROCEDIMENTO	INVESTIMENTO
1- Elaborar boletim mensal com as principais informações do serviço	Gerente de Resíduos	mensal	Intranet	Para participação de todos no processo	Registrar as ocorrências e resultados referente ao manejo dos resíduos.	Uma hora do tempo de serviço.
2- Elaborar cartazes informativos	Setor de Comunicação	semestre	Nas áreas de circulação	Informativo	Pendurar em murais próprios de	De acordo com a verba disponível

			premissíveis		fácil colocação e retirada.	
3- Capacitar todos os funcionários em educação ambiental	Setor da Educação continuada com a Gestão de Resíduos	1 vez por mes	Em todas as unidades do INCA	Instituir cultura da qualidade	Em auditório para equipe multiprofissional.	40 minutos de um dia de trabalho.

Desta forma foi se constituindo a proposta de um portfólio de ações de melhoria com foco no cliente.

O portfólio ficará disponível em meio eletrônico a partir do segundo semestre de 2017, devido a nova determinação do Ministério da Saúde. Também de acordo com um dos princípios básicos da RDC 306 (ANVISA, 2004) de reduzir a geração de resíduos, e ainda, à PNRS (BRASIL, 2010) que tem como uma de suas diretrizes a sustentabilidade. Após edição, será publicado na intranet na seção da Gerencia de Resíduos, atualizado sempre que necessário. O portfólio se destinará a todos os profissionais de saúde, equipe multidisciplinar, e, a todos os prestadores de serviço. Será composto por uma capa com o título, justificativa, o plano de ação e os nomes com os ramais de seus elaboradores estabelecendo, desta forma, melhor canal de comunicação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação da qualidade nos serviços de saúde traz benefícios tanto para aqueles que ali desenvolvem suas atividades quanto para aqueles que recebem os serviços prestados. Nos últimos anos, a qualidade passou a ser considerada um componente estratégico na maioria dos países, independentemente do nível de desenvolvimento econômico e do tipo de sistema de saúde adotado (SERAPIONI, 2009).

Pesquisa de Satisfação aos Clientes

Um aspecto que chamou a atenção foi o número de questões sem respostas (anuladas) dos questionários aplicados. Uma das razões pode ter sido a falta de conhecimento sobre o tema. Vale investigar, em um próximo momento, o que levou a tantas questões sem respostas e assim melhorar a performance da ferramenta utilizada.

Na aplicação da presente pesquisa de satisfação, os pacientes não foram contemplados devido ao tempo disponível para a realização do trabalho de dissertação. Pelo critério de inclusão, os pacientes que poderiam participar da pesquisa deveriam possuir tempo de hospitalização igual ou superior a 72 horas. No entanto, a maior parte dos pacientes desta unidade tem alta rotatividade, caracterizando quase uma clínica de curta permanência, salvo casos mais complexos. Outros aspectos foram: a (frágil) condição psicológica dos internados, a limitação de movimentação do membro superior em decorrência do tratamento cirúrgico realizado e o grau de instrução para hábil leitura e compreensão das questões.

Percepção dos Responsáveis do Serviço.

Foi observada uma grande dificuldade da parte dos responsáveis em se incluir e inferir no processo de serviço, não reconhecendo responsabilidades. Talvez por medo ou insegurança, nega-se o que ficou explícito no resultado dos questionários, ou seja, a insatisfação referente às expectativas dos usuários do serviço.

Foi observado que, apesar do serviço de gestão de resíduos do HCIII, ter um plano estratégico, não possui incorporado o conceito de qualidade no seu dia-a-dia.

A partir do demonstrado no brainstorming (incluindo o não comparecimento da maioria dos convidados) com a dificuldade na obtenção de respostas, percebe-se que existem necessidades prioritárias à implantação de ações de melhoria no serviço de resíduos. Estas devem tratar da capacitação dos funcionários do serviço para o entendimento da política de qualidade (não é de punição) e assim, assumir a responsabilidade de formar parte do processo,

o qual pode ser melhorado mediante a participação de todos os envolvidos. Vislumbra-se que o mais importante neste momento é a conscientização e valoração da gestão de resíduos. Essa mudança cultural só será viável a partir da incorporação de informação e capacitação. Adicionalmente, o plano de resíduos da Unidade deve incorporar a prática da educação ambiental (Lei Nº 9.795 de 27 de abril de 1999), que estabelece um processo educativo mais amplo e esclarece sobre as principais diretrizes e responsabilidades dos envolvidos nas questões relativas à saúde pública, ao meio ambiente, entre outras, da qual a gestão de resíduos faz parte de ambas e tem uma enorme relevância.

Importante salientar a relevância dos atributos da qualidade trazidos nesta pesquisa, visto que os mesmos contribuem de forma abrangente ao considerar a confiabilidade do serviço e os demais atributos. Pois através da capacitação respaldada pela qualidade o gestor fornece segurança àqueles que realizam o serviço estabelecendo a melhoria do serviço prestado, menos danos e custos, assim como melhor ambiente de trabalho.

7 PERSPECTIVAS

- Implementar os planos de ação;
- Avaliar os planos de ação elaborados/implementados e ajustar a gestão do serviço de gestão de resíduos.

REFERENCIAS

ABNT - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS **NBR 10004**: Resíduos sólidos - classificação. 2.ed. Rio de Janeiro, 2004.

ABRELPE - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE LIMPEZA PÚBLICA E RESÍDUOS ESPECIAIS. **Panorama dos resíduos sólidos no Brasil**: 2013. São Paulo, 2013. Disponível em:
<<http://www.abrelpe.org.br/Panorama/panorama2013.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2015.

ALBRECHT, K; BRADFORD, L. J. **Serviços com qualidade**: a vantagem competitiva. São Paulo: Makron Books, 1992.

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília, 2004. Disponível em:<bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ANVISA/2004.html>, Acesso em: 2 nov. 2016.

ASBUN, D. **Calidad en el servicio**. 2002. Disponível em: <<http://www.calidad.org>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

BOHNER, L. O. L. et al. Aspectos legais no gerenciamento de resíduos sólidos de serviços de saúde. **Rev. Eletrônica em Gestão Eletrônica do curso de Direito**. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br>> Acesso em: 2 nov. 2016.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 out 1988. Seção 1, n. 191-A, p.1.

_____. Lei n. 9.795, de 27 de abril de 1999. Dispõe sobre a educação ambiental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 abr 1999. Seção 1. p.1.

_____. Lei n. 12.305, de 2 de agosto de 2010. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 ago. 2010. Seção 1. p. 2.

_____. Ministério do Meio Ambiente. Resolução Conama nº 358, de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 04 mai 2005, Seção 1, p. 63-65. Disponível em: <www.mma.gov.br/port/Conama/legiabre.cfm>. Acesso em: 10 out. 2016.

_____. Presidência da República. Projeto PNUD 12/018 – Documento com Planejamento e Metodologia para atividades de design participativo para o tema padrão do portal. Brasília, DF, 2013. Disponível em: < <http://www.participa.br/articles/public/0010/8416/PRODUTO-1-FABIANORC-BRA12018.pdf> >. Acesso em: 20 nov. 2016.

CHOO, C. W. A. **Organização do Conhecimento**. São Paulo: SENAC, 2004.

CORRÊA, H. L.; CORRÊA, C. A. **Administração da Produção e Operações**: manufatura e serviços: uma abordagem estratégica. São Paulo: Atlas, 2004.

CORRÊA, L. B.; LUNARDI, V. L.; CONTO, S. M. de. O processo de formação em saúde: o saber resíduos sólidos de serviços de saúde em vivência práticas. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, DF, v. 60, n. 1, p. 21-25, jan./fev. 2007.

COSTA, E. A. Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde. In: ROUQUAYROL, A. F. **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 357-87.

DALMORO, M.; VIEIRA, K. M. Dilemas na construção de escalas tipo Likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados?. **Rev. Gestão Organizacional**, Unochapecó Chapecó, v.6., n, esp., p. 161-174, 2013.

DOMINGUES, M. E. M; ALLIPRANDINI D. H. Avaliação dos determinantes da qualidade em serviços de instituições hospitalares. São Carlos, São Paulo, 1998. Disponível em:<www.abepro.org.br/biblioteca/ENESEP.1998>. Acesso em: 20 nov. 2016.

FERREIRA, J. A. Resíduos sólidos e lixo hospitalar: uma discussão ética **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11 n.2, p.314-320, 1995.

GOUVEIA, N. Resíduos sólidos urbanos: impactos socioambientais e perspectivas de manejo sustentável com inclusão social. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1503-1510, 2012.

GRÖNROOS, C. **Service management and marketing**. Lexington: Lexington Books, 1990.

JOHNSON, R.; CLARK, G. **Administração de operações de serviço**. São Paulo: Atlas, 2002.

JURAN, J. M. **Juran na liderança pela qualidade**. 2 ed. São Paulo: Pioneira, 1992.

LINS, B. E. Breve história da engenharia da qualidade. **Cadernos Aslegis**, Brasília, v. 4, n.12, p. 53-65, set./dez. 2000.

MONTGOMERY, C. A.; PORTER, M E. **Estratégia**: a busca da vantagem da vantagem competitiva. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

NAKAGAWA, M. **Ferramenta: 5W2H** – plano de ação para empreendedores. 2014. Disponível em: <http://cms-empresenda.s3.amazonaws.com/empresenda/files_static/arquivos/2014/07/01/5W2H.pdf> Acesso em: 20 fev. 2017.

OLALDE, M. G. C. **Escala SERVQUAL**: validação para a cultura mexicana e a qualidade do serviço de enfermagem, segundo a percepção de pacientes hospitalizados. 2008. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2008.

Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-29042008-105429>>. Acesso em: 20 nov. 2016

OMS – ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SALUTE. Qualità dei servizi sanitari. **Quaderni di sanità pubblica**, Milano, v. 57, p. 4-36, 1988.

PARASURAMAN, A.; BERRY, L. L.; ZEITHAML, V. A. Refinement and reassessment of The Servqual scale. **J. Retailing**, New York, v. 67, n. 4, p.420-450, 1991.

_____.; BERRY, L. L.; ZEITHAML, V. A. Service quality. Cambridge: Marketing Science Institute, 1990.

_____. Servqual: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. **J. Retailing**, New York, v. 64, n. 1, p. 12-40, 1988.

_____.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. Alternative scales for measuring service quality: a comparative assessment based on psychometric and diagnostic criteria. **J. Retailing**, New York, v. 70, n. 3, p. 201-30, 1994.

_____. A conceptual model of service quality: its implications for future research. **J. Marketing**, Chicago, v.28, n.01, p. 41-50, 1985.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos**: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM/IBAP, 1999.

RODRIGUES, M. V. **Ações para a qualidade**: gestão estratégica e integrada para a melhoria dos processos na busca da qualidade e competitividade. 3. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2010.

RUIZ-OLALLA. **Gestión de la calidad del servicio**. 2001. Disponível em: <<http://5cmpus.com/leccion/calidadserv>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

SALOMI, G. G. E.; MIGUEL, P. A. C.; ABARCKELI, A. J. Servqual x Servperf: comparação entre instrumentos para avaliação da qualidade de serviços internos. **Rev. Gestão de Produção**, São Paulo, v.12, n. 2, p.279-293, maio-ago. 2005.

SERAPIONI M., Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Rev. Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. 85, 2009. Disponível em: <<http://rccs.revues.org/343>>. DOI : 10.4000/rccs.343. Acesso em: 4 jan. 2017.

SHAW, C.; KALO, I. **A background for National Quality Policies in Health Systems**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2002.

SLACK, N.; JOHNSTON, R.; CHAMBERS, S. **Administração de produção**. São Paulo: Atlas, 1997.

STUFFLEBEAM, D. The CIPP Model for Program Evaluation. In: MADAUS, G. et al. (Org.). **Evaluation Models**: viewpoints on Educational and Human Services Evaluation. Dordrecht: Kluwer Nijhoff Publishing, 1996.

TACHIZAWA, T.; SACAICO, O. **Organização flexível**: qualidade na gestão por processos. São Paulo: Atlas, 1997.

VENTURA K. S., REIS L. F. R., TAKAYANAGUI A. M. M. Avaliação do gerenciamento de resíduos de serviços de saúde por meio de indicadores de desempenho. **Eng Sanit Ambient**, São Carlos, SP, v.15, n.2, p. 167-176, abr.-jun. 2010.

VILLEMEUR, A. **Reability, availability, maintain ability and safety assessment**. Chichester (England): J. Wiley, 1992

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

ZEITHAML, V.; BITNER, M. J. **Services Marketing**: integrating customer across the firm. New York: McGraw-Hill, Jan. 2000.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE RESÍDUOS DO HC III

Características	Serviço mínimo aceitável					Serviço esperado					Serviço prestado				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1- Os equipamentos (lixeiras, containers e carros de transporte) estão conservados e modernos.															
2- Os materiais utilizados (sacos de resíduos e caixa de material perfuro-cortante) são de qualidade comprovada.															
3- As lixeiras estão bem identificadas															
4- Os trajés dos funcionários estão conforme às normas de limpeza e segurança															
5- As tarefas executadas são devidamente registradas															
6- As tarefas são realizadas de acordo com os horários previamente estabelecidos															
7- A equipe cumpre o prazo de execução.															
8- O serviço é realizado de forma confiável e sem necessidade de retrabalho.															
9- Os funcionários possuem os conhecimentos necessários para a realização do serviço.															
10- Os relatórios e/ou informações do serviço de gestão de resíduos são públicas															
11- A comunicação da equipe é rápida e eficaz															
12- A equipe é educada e cortês															
13- As tarefas são devidamente programadas e previamente informadas.															
14- A equipe age com prontidão e presteza															
15- A equipe proporciona atenção individualizada.															
16- Os horários do serviço são adequados.															
17- A equipe prioriza o atendimento dos interesses dos usuários.															
18- A equipe atende as necessidades específicas dos usuários.															

2. Importância das características: Cinco características do serviço de gestão de resíduos do HC III estão listadas abaixo. Coloque-as em ordem de acordo com a importância na sua avaliação.

Mais importante ___ ___ ___ ___ Menos importante

- A- Aparência de equipamentos, materiais e pessoal
- B- Execução dos serviços de forma precisa, confiável e segura
- C- Presteza e rapidez no atendimento
- D- Atenção individualizada

3. Dados do entrevistado: marque o que corresponda

Idade: até 20 anos () 20-30 anos () 30-40 anos () 40-50 anos () 50-60 anos () acima de 60 anos ()

Sexo: F () M ()

Escolaridade: analfabeto (), primário (), médio (), superior ()

Local: administração (), enfermaria (), exterior ()

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

MINISTÉRIO DA SAÚDE

www.inca.gov.br

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Qualidade percebida do serviço de gestão de resíduos em hospital público no Rio de Janeiro**

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa porque fez ou faz parte dos usuários do serviço de gestão de resíduos do Hospital do Câncer III. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Converse com os seus familiares, amigos e com a equipe médica antes de tomar uma decisão. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar.

PROPÓSITO DA PESQUISA

Avaliar a satisfação dos usuários do serviço de gestão de resíduos atuante rotineiramente no Hospital do Câncer III.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Se você concordar, os responsáveis por esta pesquisa solicitarão que você preencha um questionário fornecendo informações sobre as expectativas e percepções que você tem do serviço de gestão de resíduos atuante no HCIII. O preenchimento do questionário lhe levará cerca de 15 minutos. Os pesquisadores

Rubrica do participante ou representante legal

Rubrica do investigador responsável



utilizarão, em forma anônima, as informações coletadas para avaliar a qualidade percebida do serviço de gestão de resíduos do HCIII.

MÉTODOS ALTERNATIVOS

Este estudo não utiliza métodos alternativos.

BENEFÍCIOS

Você não será remunerado por sua participação e esta pesquisa poderá não oferecer benefícios diretos a você. Se você concordar com o uso de suas informações e/ou do material do modo descrito acima, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa.

O benefício principal da sua participação é possibilitar o teste do modelo de avaliação proposto e conhecer a percepção atual da qualidade de gestão do serviço de resíduos no HCIII.

RISCOS

Não existem riscos físicos adicionais a você pela sua participação nesta pesquisa. Não será necessário a realização de nenhum procedimento médico, exame físico ou de laboratório. Apenas será solicitada a sua opinião sobre o serviço utilizado.

CUSTOS

Se você concordar com sua participação

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre a sua opinião e seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois de anonimizados (ou seja, sem sua identificação). Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais. Mesmo

Rubrica do participante ou
representante legal

Rubrica do investigador
responsável



que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

TRATAMENTO MÉDICO EM CASO DE DANOS

Este estudo não induz danos físicos nem psicológicos aos participantes desta pesquisa. Todo e qualquer tratamento e acompanhamento médico independem de sua participação nesta pesquisa.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e a coleta de opiniões será imediatamente interrompida.

ACESSO AO RESULTADOS

Você pode ter acesso a qualquer resultado relacionado à esta pesquisa. Se você tiver interesse, você poderá receber uma cópia dos mesmos.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para Alicia Pinto e/ou Gilda Leal no telefone (21) 3207-3809 de 8 às 16 hs. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do INCA, que está formado por profissionais de diferentes áreas, que revisam os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, para garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todas as pessoas

Rubrica do participante ou
representante legal

Rubrica do investigador
responsável



que se voluntariam a participar destes. Se tiver perguntas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode entrar em contato com o CEP do INCA na Rua do Resende N°128, Sala 203, de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 hs, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito da solicitação de permissão para o uso das informações de minha opinião sobre o serviço de gestão de resíduos do HCIII. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas

Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

Nome e Assinatura do participante

Data

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo

Rubrica do participante ou representante legal

Rubrica do investigador responsável



mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação desta pesquisa.

_____/_____/_____
Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo Data

Rubrica do participante ou representante legal

Rubrica do investigador responsável