



QUALIDADE PERCEBIDA DOS SERVIÇOS DE HIGIENIZAÇÃO EM UM HOSPITAL TOCANTINENSE

**Marcos Aurélio Cavalcante Ayres¹
Quésia Postigo Kamimura²
Edson Aparecida de Araújo Querido Oliveira³**

Resumo

Objetivo: mensuração da qualidade dos serviços de limpeza em um hospital localizado na microrregião do Bico do Papagaio, no Estado do Tocantins a partir da percepção dos clientes. Método: a metodologia utilizada neste trabalho é do tipo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa e quantitativa. Seguiu o delineamento bibliográfico, observação, documental e de campo. Utilizou-se a escala servqual por meio das dimensões (tangibilidades, segurança, confiabilidade, sensibilidade e empatia), aplicada aos pacientes do Hospital Municipal de Araguatins – TO. Resultados: o estudo revela que, dos pacientes pesquisados, 60 destacam resultados satisfatórios quanto aos serviços de higienização do hospital em estudo. A pesquisa apresenta como pontos positivos que os funcionários trabalham uniformizados e apresentam-se asseados. Cumprem os prazos estabelecidos pelo Hospital, bem como atendem os pacientes com

Recebimento: 9/4/2014 • Aceite: 21/1/2015

¹ Mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional – Universidade de Taubaté, Docente na Faculdade do Bico do Papagaio – FABIC, Augustinópolis – TO, Brasil. E-mail: marcosayres_6@hotmail.com

² Doutora em Saúde Pública – USP. Docente na graduação e pós-graduação na Universidade de Taubaté – UNITAU, Taubaté, SP, Brasil. E-mail: qkamimura@gmail.com

³ Doutor em Organização Industrial pelo ITA, Professor-pesquisador do Programa de Pósgraduação em Planejamento e Desenvolvimento Regional da Universidade de Taubaté, Taubaté – SP, Brasil. E-mail: edsonaaqo@gmail.com

presteza e atenção. Como pontos negativos, apresentou-se a necessidade de capacitação dos funcionários. Considerações Finais: Espera-se que os resultados deste estudo tragam contribuições de qualidade dos serviços de higienização para os hospitais públicos.

Palavras-chave: Qualidade percebida; Serviços de Saúde; Higienização; Servqual

PERCEIVED QUALITY OF SANITATION SERVICES IN A HOSPITAL TOCANTINS

Abstract

Objective: To measure the quality of cleaning services at a hospital in the microregion of the Parrot's Beak in Tocantins State from the customer perception. **Method:** The methodology used in this study is a descriptive - exploratory, qualitative and quantitative approach, followed bibliographic design, observation, documentary and field. We used the servqual scale through the dimensions (tangibilidades, security, reliability, sensitivity and empathy), applied to the City Hospital patients Araguatins - TO. **Results:** The study revealed that of the 60 patients studied, highlight satisfactory results as regards the hygiene of the study hospital services. The research presents as positives, the staff work in uniform and clean and meet deadlines established by the Hospital, as well as treating patients with promptness and attention. As negative points , showed the necessity of conducting employee training. **Final Thoughts:** Wait - that the results of this study bring contributions of quality cleaning services for public hospitals.

Keywords: Quality; Health Services Sanitation; Servqual.

Introdução

O aumento de mercados mais exigentes, mais competitivos e de bases tecnológicas cada vez mais avançadas, impõe às empresas a uma redefinição de suas estruturas, seus processos e suas ofertas, principalmente no que tange à qualidade dos serviços hospitalares.

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

Os hospitais na atualidade, tanto públicos como privados, têm se preocupado com a qualidade dos serviços prestados aos seus clientes/usuários. O hospital deve levar os seus serviços à comunidade, tornar-se um centro de excelência em saúde e levar a efeito todo o tipo de pesquisa nessa área (CHERUBIN, 2001).

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

O desenvolvimento da gestão da qualidade ao longo do tempo fez este movimento de gestão transpor o seu domínio industrial e adquirir proeminência em todos os setores de atividade, fazendo parte do conjunto de ideias de base que norteiam a administração pública e a vida dos cidadãos. O cenário mundial destaca que a qualidade não pode ser mais considerada como opcional aos serviços e, sim, requisito fundamental para a sobrevivência. E, mais importante que isso, é uma responsabilidade social e ética (RIGHI et al, 2010).

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

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

O objetivo deste artigo foi mensurar a qualidade dos serviços de higienização e identificar os pontos positivos e negativos dos serviços de higienização, por meio da percepção dos pacientes internados.

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

Administração hospitalar

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

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

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

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

Segundo Weber e Grisci (2011), o hospital tem sido objeto de numerosos estudos que envolvem: os pacientes, seus tratamentos e sua afinidade com a equipe de profissionais da saúde; as práticas médicas mais eficientes e eficazes; o controle de infecções; a coordenação hospitalar como espaço de disciplinador, saúde-doença, objetivos do paciente *versus* humanização da assistência.

Evolução do conceito de qualidade

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

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

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

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

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

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

Conceito de qualidade

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

Quadro 1: Sistematização da evolução do conceito de qualidade

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

Fonte: Adaptado por Paladini (2010).

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

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

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

Quadro 2: Conceitos de qualidade

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

Fonte: Juran, (2002 p. 11).

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

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

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

Qualidade em serviços de saúde

De acordo Campos (2010), o termo qualidade deriva do latim “*qualis*” e significa “tal e qual as coisas de fato são”. No entanto, a sua subjetividade torna difícil a sua interpretação, podendo a qualidade assumir diferentes definições e significados em função das pessoas, do contexto e das medidas usadas, sendo considerada universalmente como algo que afeta a vida das organizações e a vida de cada um de nós de uma forma positiva.

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

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

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

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

As características das organizações de saúde tornaram difícil internamente a avaliação dos resultados nelas obtidos. Segundo Regis

e Lopes (1996), o setor saúde, como organização prestadora de serviços, deve lançar mão de todos os recursos que viabilizem um melhor desempenho, com melhor satisfação, tanto dos clientes externos quanto internos.

Atualmente os gestores estão percebendo a necessidade de melhoria no serviço de saúde ao avaliar a qualidade do serviço propriamente dita, a forma como o cliente percebe essa qualidade, pois é a partir deste julgamento que a empresa poderá a começar definir um padrão para determinar a qualidade no serviço (ALVES, 2002).

Segundo Bittar (2001), os serviços de saúde, especificamente os hospitais, podem ser divididos em quatro grandes áreas, cada uma com características próprias no que diz respeito aos recursos e aos processos utilizados para obtenção dos resultados.

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH

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

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

A CCIH deve ser nomeada pela direção geral da Instituição, que desta maneira estará formalizando e legitimando a existência da comissão. Deve ser composta por representantes dos serviços que, direta e indiretamente, prestam cuidados aos pacientes. A Portaria recomenda como membros da CCIH: serviços médicos, de enfermagem, de farmácia, laboratório de microbiologia e administração. Além deles, podem-se citar como de importância os serviços de nutrição e dietética, lavanderia, higiene, diagnóstico e imagem, manutenção, recursos humanos, entre outros. A composição da CCIH deve ser feita, portanto, de acordo com a estrutura do hospital, considerando seu porte, especialidades médicas e o quadro de pessoal, incluindo os serviços terceirizados. O seu presidente deve ter assento nos órgãos deliberativos da instituição, fato este determinado pela Portaria, assegurando mudar uma característica de muitas comissões existentes: bem intencionadas, mas distantes das decisões (BRASIL, 2010).

Higienização hospitalar

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

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

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

Existe um modo correto para a execução da limpeza hospitalar, que deverá ser obedecido:

- Paredes e anexos: de cima para baixo.
- Tetos: sentido unidirecional.
- Piso de quartos ou enfermarias: do fundo para a porta de entrada.
- Piso de corredores, saguões etc.: de dentro para fora, de trás para frente, etc.

A rotina de limpeza é determinada pelas características de cada hospital e pelas situações que se apresentam. Nas áreas críticas e semicríticas, a varredura úmida deve ser realizada utilizando-se pano úmido e rodo, ou esfregão do *mop*. A varredura seca com vassouras é

proibida, pois levanta poeira e bactérias que estão depositadas no piso (CHERUBIN, 2001).

O serviço de higiene hospitalar pode ser próprio ou de empresa terceirizada. Segundo Neto e Malik (apud PEREIRA 2012, p.20), “pode haver vantagens e desvantagens em ambas as situações, pois nos serviços próprios há benefício da personalização do atendimento, de acordo com os objetivos da instituição”.

Tipos de higienização

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

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

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

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

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

Método

O método utilizado foi o servqual, que de acordo Parasuraman *et al* (1988), propõe a utilização da escala SERVQUAL para medir a

qualidade de serviços. Este estudo provocou discussões na esfera acadêmica que resultaram em algumas críticas, refinamentos e adaptações da escala.

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

Tipos de pesquisa

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

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

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

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

Em um segundo momento, tornou-se necessário um cotejamento entre o referencial teórico construído e a realidade pesquisada. Para isso, foi realizada uma pesquisa de campo (LAKATOS; MARCONI, 2009).

Um dos elementos fundamentais da pesquisa foi a observação não participante. Desde a formulação do problema e também para a coleta dos dados foi utilizado esse critério para a elaboração das questões. Abordadas a partir da realidade do hospital, a observação desempenhou papel imprescindível nesse processo. A observação é sempre utilizada nessa fase, juntamente a outras técnicas ou aplicada de forma exclusiva (KMETEUK, 2005, p. 43).

Esta pesquisa configurou-se como de abordagem qualitativa e quantitativa. De acordo Chizzotti (2008), o termo qualitativo implica um compartilhamento com pessoas, fatos e locais que constituem objetos de pesquisa. Conforme Minayo (2010), a pesquisa qualitativa

responde a questões muito reservadas. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de fato que não pode ou não deveria ser quantificado.

Área de realização

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

O HMA possui 24 leitos, caracterizado como de pequeno porte. Atende aproximadamente 100 pacientes por mês, com uma média de 3 a 4 internações diárias. Os serviços oferecidos nesta unidade hospitalar são: clínica geral, parto normal, urgência e emergência. Os partos cesáreos são encaminhados para a cidade de Augustinópolis – TO ou Araguaína – TO, onde há hospital de média complexidade.

População e amostra

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

Instrumento, coleta e análise de dados

O instrumento mais utilizado para este tipo de pesquisa é o que utiliza a escala SERVQUAL. Medir qualidade de serviços não é tarefa fácil, quando comparada com a de medir a qualidade de produtos.

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

dimensão. Foi solicitado aos pacientes internados que respondessem ao questionário atribuindo uma nota de 0 a 5 para cada dimensão, de acordo com a importância dada para cada uma delas ao avaliar os serviços de higienização (CABRAL, 2007).

Durante a pesquisa, foi analisado pelo pesquisador os serviços de higienização, utilizando um roteiro de observação. Foram analisados os prontuários dos pacientes para identificar em qual setor estavam internados pelo seu gênero.

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

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

Equação 1: Formula para calculo da media das escalas no servqual.

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

Fonte: Adaptado de Parasuraman, (1991).

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

Quando o escore atribuído for um e dois, implica que o nível de qualidade é insatisfatório; quando for três, compreende-se que a qualidade foi considerada razoável. Quando atribuído escores quatro e cinco, o nível de qualidade apresenta-se como bastante satisfatório (PARASURAMAN, 1988).

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

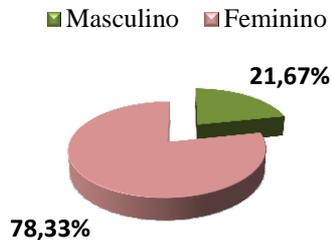
No entanto, para identificar a média da cada quesito, utilizou-se a soma das médias das escalas, dividida pela quantidade de questões abordadas.

Resultados e discussões

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

Figura 1: Representação dos percentuais dos entrevistados por gênero.

Gênero dos Entrevistados



Fonte: Pesquisa de campo (2013).

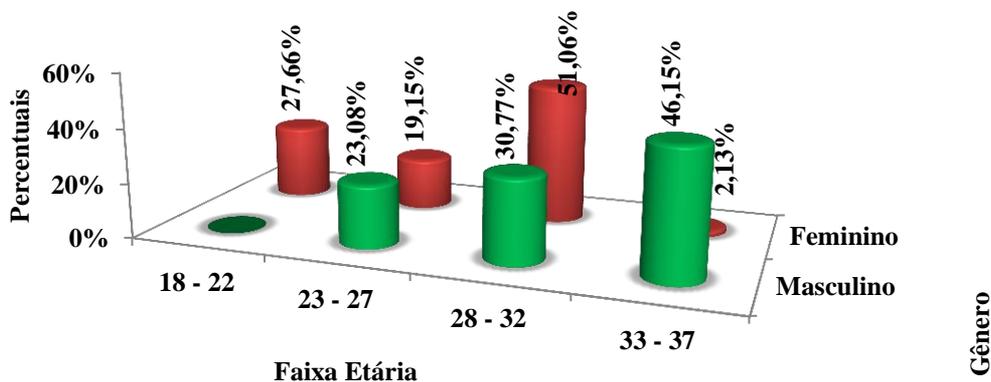
Constata-se na figura 1 em relação à variável gênero que 78,33% dos sujeitos do estudo são do gênero feminino. Tradicionalmente, as mulheres têm um cuidado maior com a saúde que os homens. Elas buscam frequentemente o atendimento médico e, por isso, vivem mais (MOREIRA, 1996).

Provavelmente essa evidente discrepância entre os quantitativos de homens e mulheres questionados, se deu pelo fato de que o homem dificilmente busca por assistência à saúde. Diante desse fato, o Ministério da Saúde, ao comemorar os 20 anos do SUS, implantou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008).

Pode-se verificar na Figura 2 que a faixa etária predominante foi a de 28 a 32 anos de idade, tanto para a equivalência total do quantitativo dos pesquisados quanto para os questionados do gênero feminino, o que permite deduzir que isso se deu ao fato de a unidade

pesquisada ser de atendimento de baixa complexidade, ocorrendo em maior escala de atendimento as parturientes.

Figura 2: Representação gráfica da distribuição dos entrevistados por gênero e faixa etária



Fonte: Pesquisa de campo (2013).

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

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

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

Quadro 3: Tangibilidade

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

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

No quesito tangibilidade, foi questionado aos pacientes se os equipamentos de higienização são novos, quanto à nota atribuída por eles, como demonstrado no quadro acima. Pode-se observar que 18 pacientes atribuíram escore 2; 12 pacientes escore 3 e 30 clientes/usuários atribuíram escore 5, considerado um resultado satisfatório quanto à percepção dos pacientes a essa questão. Porém, durante a visita ao hospital, foi observado que os equipamentos não aparentavam ser novos.

Quanto à questão das instalações físicas limpas, 21 pacientes atribuíram escore 1 ou resultado insatisfatório; 9 pacientes avaliaram como razoável e 30 pacientes como satisfatório. A próxima pergunta questiona como os pacientes percebem se os funcionários estão aseados. 12 deles atribuíram escores 3 e 4 e 36 deles escore 5, ou seja, resultado satisfatório. Quanto a essa questão, os funcionários aparentam estarem limpos. Para a questão funcionários uniformizados, 6 pacientes atribuíram escore 1 e 54 escore 5, resultado satisfatório.

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

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

Desta forma, ao avaliar a tangibilidade (FIGURA 3), verificou-se que o item que diz respeito a funcionários uniformizados foi o que apresentou maior média (4,6) isso se dá ao fato de todos os funcionários trabalharem com vestimentas adequadas, e por ser uma análise perceptiva, fica evidente que se percebe com maior facilidade aquilo que se vê com maior frequência.

Figura 5: Demonstração gráfica das médias das questões abordadas no índice de tangibilidade



Fonte: Pesquisa de campo (2013).

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

Durante a pesquisa foi possível perceber que os clientes/usuários demonstraram possuir bastante interesse e conhecimento quanto aos serviços oferecidos pela instituição. Segundo

Las Casas (1999), as qualidades percebidas em relação aos aspectos tangíveis estão ligadas a estruturas físicas que circundam a atividade de prestação de serviços, visto que também têm sua importância como fator de influência, como instalações, equipamentos e aparência dos funcionários.

Quadro 4: Sensibilidade

QUESTÕES ABORDADAS		Escalas/ Nº de pacientes					Média das escalas
		1	2	3	4	5	
S E N S I B I L I D A D E	Informações prestadas sobre os produtos de higienização	-	30	24	-	6	2,7
	Pontualidade nos procedimentos de higienização	-	6	-	30	24	4,2
	Disposição dos profissionais durante o atendimento	-	12	12	30	6	3,5
	Informações sobre os procedimentos de limpeza	-	-	6	30	24	4,3
	Cumprimento dos prazos	-	-	9	9	42	4,6

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

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

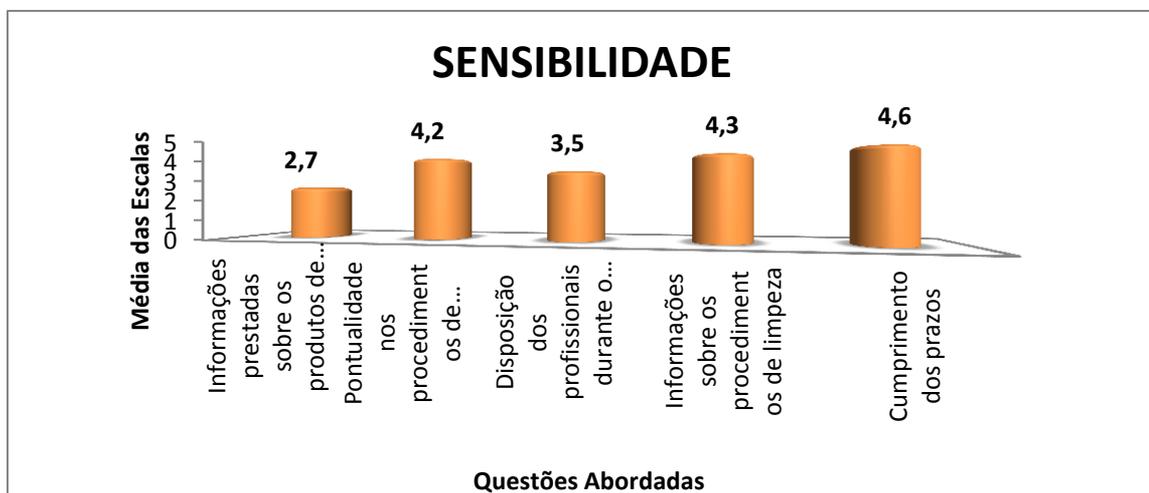
Segundo as informações obtidas sobre os procedimentos de limpeza, 6 pacientes atribuíram escore 3, nota razoável, 30 pacientes escore 4 e 24 pacientes escore 5, questão avaliada como satisfatória. No

entanto, a partir da visita técnica, pôde-se observar que as informações transmitidas pelos funcionários do hospital aos usuários, quando solicitados, não eram claras quanto à forma de utilização dos produtos usados para a desinfecção do ambiente hospitalar. Conforme Vieira (2007), os princípios básicos que devem ser levados em conta nos serviços de limpeza hospitalar são: nunca varrer superfícies a seco; utilizar sempre dois baldes de cores diferentes; utilizar água e detergente para a limpeza da superfície; utilizar produtos químicos aprovados pelo Ministério da Saúde; separar panos para diferentes superfícies e áreas.

A última questão analisada neste quesito foi o cumprimento dos prazos, ao qual 9 pacientes atribuíram escore 3, a mesma quantidade de pacientes atribuiu escore 4 e 42 pacientes escore 5, resultando em percepção satisfatória, ou seja, os funcionários cumprem os horários estabelecidos pelo hospital para ser realizada limpeza e desinfecção.

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

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



Fonte: Pesquisa de campo (2013).

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

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

Cherubin (2002) complementa que os hospitais na atualidade, tanto públicos quanto privados, têm se preocupado com a qualidade dos serviços prestados aos seus clientes/usuários.

Quadro 5: Segurança

QUESTÕES ABORDADAS		Escala/ Nº de pacientes					Média das escalas
		1	2	3	4	5	
S E G U R A N Ç A	Colaboradores da limpeza transmitem confiança	-	-	12	-	48	4,6
	Capacitação dos colaboradores da limpeza	12	12	24	-	12	2,8
	Conhecimento técnico dos profissionais envolvidos na higienização	-	-	30	24	6	3,6

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

Análise do nível de segurança dos usuários em relação aos serviços de higienização hospitalar, obedecendo a uma escala de 0 a 5, sendo zero para segurança insatisfatória e cinco para segurança satisfatória. Ao questionar se os colaboradores da limpeza transmitem confiança, 12 pacientes atribuíram escore 3 e 48 escore 5, demonstrando satisfação, na questão capacitação dos colaboradores da limpeza. A maioria demonstrou insatisfação. Possivelmente isso se

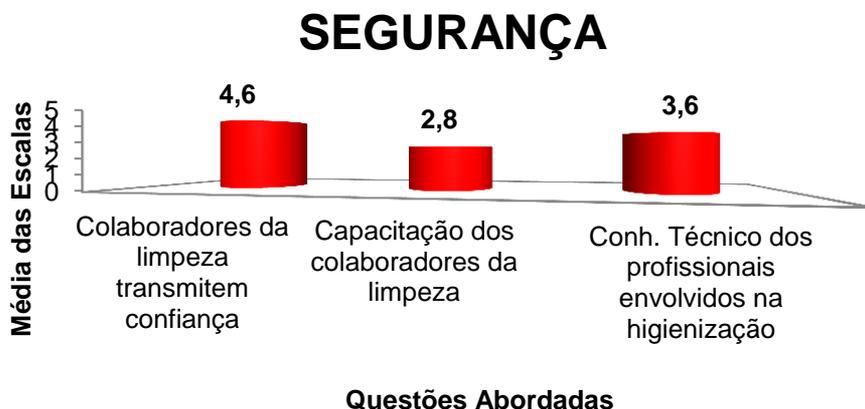
deve ao fato de os funcionários dos serviços de higienização do hospital serem servidores públicos e não participarem de capacitação antes de exercerem a função, pois segundo Maximiliano (2000), os empregados devem ser selecionados e treinados de maneira que pessoas e tarefas sejam compatíveis.

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

Conforme cita Schemerhorn (2007), o treinamento é um fator importante para o bom desempenho da empresa, fator este que é imprescindível para o sucesso da organização, para que ela se mantenha firme no mercado de trabalho.

A média da escala de 2,8 atribuída pelos respondentes em relação à capacitação dos colaboradores da limpeza, em termos gerais, detectou nessa questão uma insatisfação discreta em relação a habilidades dos profissionais da limpeza. No entanto, foi conferida uma nota de 3,6 em relação ao conhecimento técnico dos profissionais envolvidos na higienização e 4,6 em relação à segurança que os colaboradores da limpeza transmitem (FIGURA 5).

Figura 5: Distribuição gráfica das questões abordadas sobre o item segurança



Fonte: Pesquisa da campo (2013).

Com isso compreende-se, com base na figura 5, referente à expectativa dos clientes/usuários, que há uma maior concentração de respostas entre os níveis 4 e 5 da escala. Consequentemente observou-se que, em média, o grau de segurança apresentou-se de maneira satisfatória.

Sendo assim, após a verificação da consistência da pesquisa, pode-se afirmar que, por meio da análise apresentada, verificou-se que a unidade hospitalar pesquisada em questão detém um bom nível de qualidade quanto à percepção dos entrevistados que, comparado com a observação da pesquisa, ainda precisar ser aperfeiçoando, pois os funcionários são servidores públicos e não passaram por capacitação antes de exercerem o cargo. Têm habilidades na higienização do ambiente, porém falta o conhecimento técnico para utilizar os produtos adequados e os equipamentos de proteção individual para realizar a limpeza do ambiente hospitalar.

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

A confiabilidade é um critério importante na escolha de um prestador de serviço. Mas, nesse caso sua importância é ainda maior, pois há questões de saúde e bem estar envolvidas, fazendo com que a confiança seja crucial na percepção da qualidade.

Segundo Malhotra (2004), para saber se uma escala produz resultados consistentes, analisa-se uma associação entre os escores obtidos para determinar a variação sistemática e avaliar sua confiabilidade. Se a associação for alta, a escala é confiável, pois produz resultados consistentes.

Quadro 6: Confiabilidade

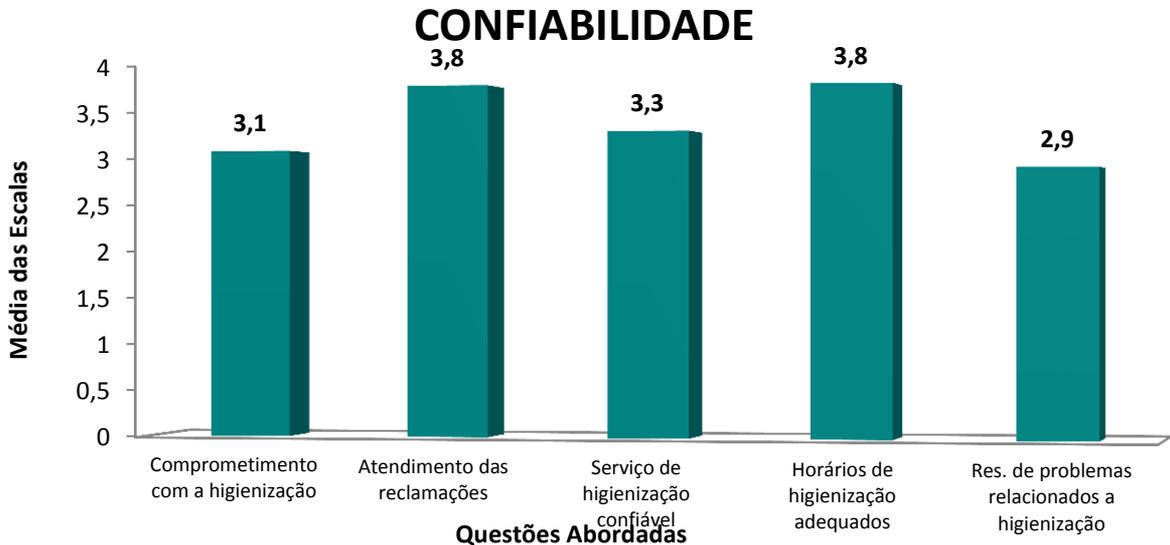
QUESTÕES ABORDADAS		Escalas/ N° de pacientes					Média das escalas
		1	2	3	4	5	
C O N F I A B I L I D A D E	Comprometimento com a higienização	24	-	6	6	24	3,1
	Atendimento das reclamações relacionadas a higienização	-	-	24	24	12	3,8
	Serviço de higienização confiável	6	24	-	6	24	3,3
	Horários de higienização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

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

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

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

Figura 8: Apresentação gráfica das médias das questões abordadas no item confiabilidade



Fonte: Pesquisa de campo (2013).

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

O serviço de higiene e limpeza hospitalar é setor integrante de apoio logístico dos serviços especializados, contribuindo para a promoção de controle de infecção hospitalar advinda do ambiente, possibilitando a preservação dos bens patrimoniais físicos da instituição, além de promover o bem-estar aos clientes internos e externos, funcionários e visitantes do ambiente hospitalar (VECINA NETO; MALIK, 2011 apud PEREIRA 2012).

Quadro 7: Empatia

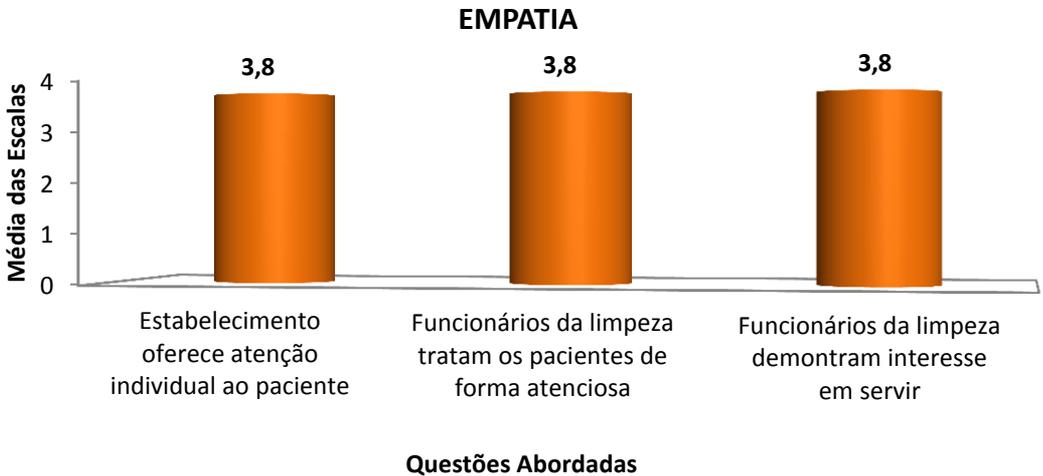
QUESTÕES ABORDADAS		Escalas/ N° de pacientes					Média das escalas
		1	2	3	4	5	
E M P A T I A	Estabelecimento oferece atenção individual ao paciente	-	6	24	6	24	3,8
	Funcionários da limpeza tratam os pacientes de forma atenciosa	-	-	24	24	12	3,8
	Funcionários da limpeza demonstram interesse em servir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

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

Na análise do nível de empatia dos pacientes em relação aos serviços de higienização hospitalar, o resultado foi satisfatório, sendo que a nota atribuída nos escore às perguntas: estabelecimento oferece atenção individual ao paciente foi de 2 a 5; funcionários da limpeza tratam os pacientes de forma atenciosa e funcionários da limpeza demonstram interesse em servir, o resultado foi entre 3 a 5 no Servqual.

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

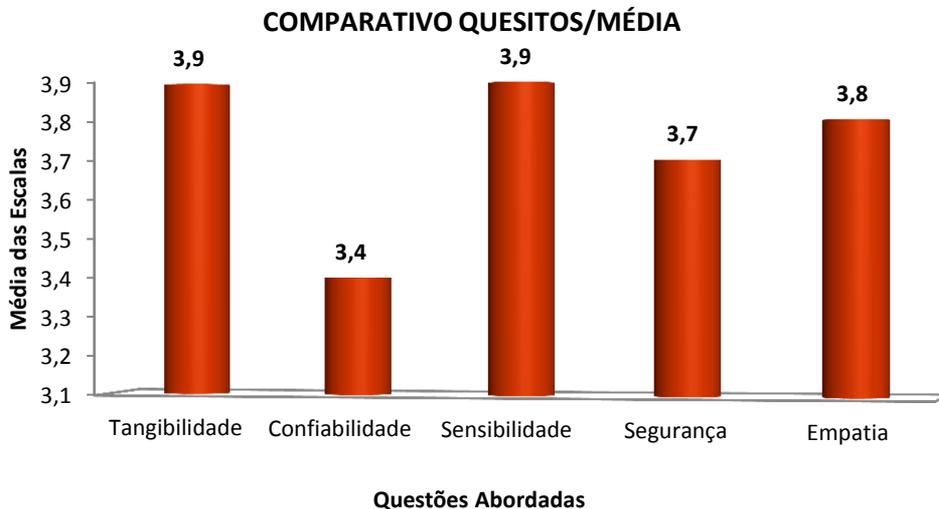
Figura 7: Representação gráfica das médias das questões abordadas no item empatia



Fonte: Pesquisa de campo (2013).

Diante das questões abordadas no item empatia (FIGURA 9), todos os clientes/usuários apresentaram uma mesma nota diante dos serviços prestados. 3,8 afirmaram que o estabelecimento oferece atenção individual ao paciente; 3,8 que esta empatia é refletida em virtude do tratamento aos pacientes feito de forma atenciosa e 3,8 acrescentam que os funcionários da limpeza demonstram bastante interesse em servir. Na empatia foram avaliados os cuidados e atenção individualizados aos clientes/usuários. Para Paladino (2000), para que o processo da qualidade seja alcançado é preciso o envolvimento de todos os colaboradores, como fator principal para que essa qualidade seja alcançada.

Figura 10. Representação gráfica das médias por item avaliado na unidade hospitalar



Fonte: Pesquisa de campo (2013).

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

Conforme exposto na figura 8, o quesito tangibilidade foi um dos que apresentou resultados satisfatórios quanto à percepção dos clientes/usuários pesquisados, atingindo 3,9 na média da escala. O ponto negativo quanto a este quesito mostrou-se durante a visita ao hospital. Foi observado que os equipamentos não aparentavam ser novos. Contaram como pontos positivos o fato de que os funcionários estavam devidamente uniformizados, asseados e as instalações físicas estavam limpas conforme as necessidades do cliente.

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

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

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

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

O quesito Sensibilidade apresentou na pesquisa resultado satisfatório pela percepção dos clientes/usuários do hospital, percentual de 3,9 na média da escala atributos adquiridos como pontos positivos pontualidade nos procedimentos de higienização, cumprimento dos prazos, informações sobre os procedimentos de limpeza. Já quanto às informações aos pacientes sobre os produtos de limpeza, os funcionários não sabiam informar a composição dos produtos, um ponto negativo. Defende Boeger (2003) que as condições atuais encontradas na medicina (infraestrutura inadequada, quadro funcional insuficiente, baixos salários, equipamentos precários, etc.), contribuem para que haja insatisfação do paciente, uma vez que não é prestado um atendimento de qualidade e não há um bom relacionamento entre o funcionário da limpeza e o paciente.

Segurança, comparado aos outros quesitos, teve nota 3,7 na média da escala a partir da percepção dos clientes/usuários. Pôde-se perceber que, apesar dos incentivos dados pelo hospital para a melhora da prestação de serviços, entendido por esta pesquisa como pontos positivos, existe a necessidade de realização de treinamentos

dos recursos humanos, para que estejam preparados para melhor atender as expectativas dos clientes.

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

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

O quesito empatia foi satisfatório como exposto da figura 8. Comparado com outros quesitos teve nota 3,8 na média da escala, resultado adquirido pelo fato de os funcionários tratarem os pacientes de forma atenciosa, demonstrarem interesse em servir e oferecer atenção individual ao paciente, como observado durante a pesquisa. A exigência é um fator importante no gerenciamento da qualidade de um serviço. Foi observado que os clientes do Hospital pesquisado demonstram serem exigentes quanto à limpeza do ambiente, principalmente quanto aos horários de higienização.

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

Considerações finais

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

O estudo realizou a mensuração da qualidade os serviços de limpeza do hospital. Os clientes/usuários mostraram que a qualidade dos serviços de higienização do Hospital Municipal de Araguatins – TO apresentou-se satisfatória.

Por meio da aplicação do modelo de escala SERVQUAL modificada, dividida nas cinco dimensões (tangibilidade, sensibilidade, segurança, confiabilidade e empatia) foi mensurada a qualidade do serviço de higienização, apresentando os quesitos Tangibilidade e Sensibilidade com resultado 3,9, Empatia com 3,8 e Segurança 3,7 na

média da escala resultado satisfatório, pois se aproxima da nota 4; o quesito confiabilidade se aproximou 3,5, considerado razoável sob a percepção dos pacientes internados.

Identificaram-se como pontos fortes e positivos os esforços dos servidores do Hospital em prestarem um serviço de qualidade, realizado visando sempre o conforto dos clientes/usuários. Também o fato de os funcionários estarem devidamente uniformizados e os atendimentos aos pacientes sobre as reclamações relacionadas à higienização. Os pacientes também perceberam que os horários de higienização são adequados; com isso também os funcionários demonstraram cumprimento dos prazos. Os colaboradores da limpeza transmitem confiança e tratam os pacientes de forma atenciosa.

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

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

Referências

ABRASEL. Limpeza do Ambiente: Um ambiente corretamente higienizado é fundamental para evitar a contaminação alimentar. Belo Horizonte, **Segurança de Alimentos**, n. 68, p. 42- 43, abr./maio 2009.

ALVES, R. C. **Análise dos elementos caracterizadores da qualidade**. Cidade: Editora, 2002.

ANTÔNIO, N.; TEIXEIRA, A. **Gestão da Qualidade: de Deming ao Modelo de Excelência da EFQM**. Lisboa: Edições Sílabo, 2007.

BERTIN, C. **Avaliação da qualidade do serviço de nutrição e dietética, de um hospital universitário, sob a ótica dos clientes externos**. Campo Grande-MS: I Jornada Científica do Centro-Oeste de Economia e Administração, 2001.

BITTAR, O. J. N. **Indicadores de qualidade e quantidade em saúde**. 2001. Disponível em: <<http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/indicadorQualidadeL.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2013.

_____. **Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde**. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302000000100011&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 ago. 2013.

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de limpeza**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2003.

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

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

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

CASSAR, M.; DIAS; ZAVAGLIA, T. **Introdução à administração: da competitividade à sustentabilidade**. Campinas: Editora Alínea, 2008.

CHERUBIN, N. A.; SANTOS, N. A. **Administração Hospitalar: fundamentos**. São Paulo: CEDAS, 1997.

CHERUBIN, N. A. **Administração hospitalar: fundamentos**. São Paulo: Cedas, 2001.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 2. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2008. cliente. 2. ed. Porto Alegre-RS: Bookman, 2003.

CORNIER, S.; NURIUS, P.; OSBORN, C. **Interviewing and change strategies forhelpers: Fundamental Skills and Cognitive Behavioral Interventions**. Australia: Thompson Brooks, 2009.

CRAWFORD, R. **Na era do capitalismo: talento, a inteligência como forças econômicas, seu impacto nas empresas e nas decisões de investimento**. São Paulo: Atlas, 1994.

DESSLER, G. **Administração de Recursos Humanos**. 2. ed. São Paulo: Prentice Hall, ano. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.2223/jped.1033>>. Acesso em: 22 nov. 2013.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MONTGOMERY, D. C. **Introdução ao Controle Estatístico da Qualidade**, 4. ed. New York: John Wiley and Sons, 2001.

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

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

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

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

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. A. Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Futures Research. **Journal of Marketing**, Fall, v. 49, n. 4, p. 41-50, 1985.

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

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

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

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

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

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

SCHERMERHO JUNIOR, R.N.; JOHN, R. **Administração**. 8. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2007.

SILVA, R. F. A infecção hospitalar no contexto das políticas relativas à saúde em Santa Catarina. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, fev. 2003. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 nov. 2013.

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

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