

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

**MARIANELLA AGUILAR VENTURA FADEL**

**PERCEPÇÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS  
PÚBLICOS DE ODONTOLOGIA –  
UM ESTUDO DE CASO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Florianópolis – Santa Catarina – Brasil

2006

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA**

**PERCEPÇÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE ODONTOLOGIA -  
UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação Submetida à Universidade Federal De Santa Catarina,  
para Obtenção do Grau de Mestre em Odontologia:  
Área de Concentração Odontologia em Saúde Coletiva

**MARIANELLA AGUILAR VENTURA FADEL**

**Florianópolis – Santa Catarina –Brasil**

**Março de 2006**

**MARIANELLA AGUILAR VENTURA FADEL**

**PERCEPÇÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS  
PÚBLICOS DE ODONTOLOGIA –  
UM ESTUDO DE CASO**

**Dissertação Submetida à Universidade Federal De Santa Catarina,  
para Obtenção do Grau de Mestre em Odontologia:  
Área de Concentração Odontologia em Saúde Coletiva.**

**Orientador: Gilsée Ivan Regis Filho, Dr.**

**Florianópolis –Santa Catarina – Brasil**

**2006**

# **PERCEPÇÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE ODONTOLOGIA - UM ESTUDO DE CASO**

**MARIANELLA AGUILAR VENTURA FADEL**

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de

**MESTRE EM ODONTOLOGIA**

Área de Concentração: **Odontologia em Saúde Coletiva**

e aprovada em sua forma final pelo **Programa de Pós-Graduação em Odontologia**

---

Prof. Ricardo de Sousa Vieira, Dr.

Coordenador do Programa de Pós Graduação em Odontologia

---

Prof. Gilsée Ivan Regis Filho, Dr.

Presidente

---

Prof. João Carlos Caetano, Dr.

Membro da Banca Examinadora

---

Prof. Ana Paula Soares Fernandes, Dra.

Membro da Banca Examinadora

**“ Não dê um nome a um rio,  
é sempre outro rio a passar,  
nada jamais continua  
tudo vai recomeçar....”**

**Mário Quintana**

À minha **avó Elisa** pelo seu carinho e exemplo de vida.

À **minha mãe Laura**, pelo seu exemplo e pela incondicionalidade do seu amor.

Aos meus amores **Nena e Lú**, pela doce presença em minha vida.

Às verdadeiras e imprescindíveis amizades.

## **AGRADECIMENTOS**

Nosso reconhecimento e agradecimento:

Ao Prof. Gilsée Ivan Regis Filho, meu Orientador, pela oportunidade, confiança e amizade;

A todos os participantes desta pesquisa, colegas de profissão da Prefeitura Municipal de Florianópolis, usuários da rede pública municipal de saúde e funcionários das Unidades Locais de Saúde,

Aos professores e colegas de Mestrado e Doutorado deste Programa,

Aos alunos da Graduação e à Disciplina de Estágio Supervisionado, pela contribuição no Estágio de Docência,

Aos funcionários Valda, Renata, Ana, Diva, Gustavo e Luciane,

Ao professores do Departamento de Estomatologia desta universidade, pelo apoio e incentivo,

Aos Profs. Ana Paula Soares Fernandes e João Carlos Caetano pela valiosa contribuição através da participação na Banca Examinadora deste trabalho.

Ao Centro de Ciências da Saúde, à Universidade Federal de Santa Catarina, e

A todos aqueles que participaram, apoiaram, incentivaram e contribuíram para mais esta etapa da minha formação. Muito Obrigada!

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

Ao Prof. José Francisco Fletes pela amizade, aprendizado e pela grande e imprescindível contribuição em questões relevantes da pesquisa e análise estatística.

## SUMÁRIO

CAPÍTULO I – Introdução.....	13
CAPÍTULO II – Histórico dos Serviços Públicos de Odontologia.....	20
CAPÍTULO III - O Município de Florianópolis	
3.1 História e Indicadores de Desenvolvimento e de Qualidade de Vida.....	25
CAPÍTULO IV – Gestão pela Qualidade	
4.1. A qualidade através dos tempos.....	31
4.2. A qualidade em serviços.....	36
4.3. A qualidade em serviços de saúde.....	42
4.4. A percepção da qualidade.....	50
CAPÍTULO V – Estudos Empíricos	
5.1. A instituição e sua estrutura.....	55
5.2. Metodologia para levantamento de dados.....	58
5.3. Metodologia estatística para tratamento de dados.....	60
5.4. Resultados e discussão.....	61
5.5. Sugestões para a instituição.....	75

CAPÍTULO VI - Conclusões .....	77
--------------------------------	----

REFERÊNCIAS.....	78
------------------	----

## APÊNDICES

Apêndice A – Questionário aplicado aos Clientes.....	86
------------------------------------------------------	----

Apêndice B – Questionário aplicado aos Profissionais.....	90
-----------------------------------------------------------	----

Apêndice C- Termo de Consentimento Livre e esclarecido.....	92
-------------------------------------------------------------	----

## LISTA DE FIGURAS

Figura 01: A odontologia, os modelos de atenção à saúde e o contexto político brasileiro nas décadas de 50 a 80.....	23
Figura 02: A odontologia, os modelos de atenção à saúde e o contexto político brasileiro da década de 90 até 2005.....	24
Figura 03: Município de Florianópolis em imagem via satélite.....	26
Figura 04: Indicadores de Desenvolvimento e de Qualidade de Vida em Florianópolis.....	30
Figura 05: Fatores Determinantes da Qualidade dos Serviços de Odontologia.....	49
Figura 06: Divisão das Regionais de Saúde por Unidades de Saúde no Município de Florianópolis.....	57
Figura 07: Distribuição de Frequências das Respostas de Clientes e Profissionais.....	62
Figura 08: Associação entre os fatores a e b de Clientes e de Profissionais.....	63
Figura 09: Distribuição Percentual de Respostas a e b dos Fatores 1 e 2 de Clientes e Profissionais.....	64
Figura 10: Distribuição Percentual de Respostas a e b dos Fatores 3 e 4 de Clientes e Profissionais.....	66
Figura 11: Distribuição Percentual de Respostas a e b dos Fatores 5 e 6 de Clientes e Profissionais.....	68
Figura 12: Distribuição Percentual de Respostas a e b dos Fatores 7 e 8 de Clientes e Profissionais.....	70
Figura 13: Distribuição Percentual de Respostas a e b dos Fatores 9 e 10 de Clientes e Profissionais.....	71
Figura 14: Distribuição Percentual de Respostas dos Clientes.....	72
Figura 15: Distribuição Percentual de Respostas dos Profissionais.....	73

**FADEL, M.A.V.** Percepção da qualidade em serviços públicos de odontologia – um estudo de caso. 2006. 92f. Dissertação. (Programa de Pós-Graduação em Odontologia). Mestrado em Odontologia – Área de Concentração Odontologia em Saúde Coletiva, UFSC. Florianópolis.

## **RESUMO**

Diversos autores têm analisado de forma significativa a importância da qualidade dos serviços, e como as empresas e os serviços públicos devem atuar para alcançar a excelência na prestação de serviços. A percepção da qualidade baseia-se em critérios objetivos e subjetivos. O que se pode perceber como satisfação do usuário pelo atendimento recebido, envolve mais do que meramente um alto nível de competência técnica dos profissionais. Conhecer a percepção dos clientes internos (funcionários) e externos (usuários) a respeito da qualidade do serviço público prestado pode ser um bom início para o desenvolvimento de ações que levarão a melhorias, tanto por parte do gestor do sistema, que precisa conhecer o entendimento de ambos os clientes para poder melhor direcionar suas estratégias e ações, como por parte dos próprios profissionais, que entendendo qualidade sob a ótica de seus clientes estarão mais embasados para atender suas expectativas e exercer sua cidadania. O presente estudo é resultado da investigação sobre a percepção da qualidade de clientes e de profissionais em serviços públicos municipais de odontologia da cidade de Florianópolis. Observou-se que as categorias estudadas possuem diferenças e semelhanças a respeito da percepção dos fatores determinantes da qualidade em serviços de odontologia descritos na literatura. Para os profissionais a qualidade técnica dos serviços teve grande relevância, obtendo 100% das respostas. Por outro lado, para os clientes a qualidade é percebida pelas evidências da qualidade interpessoal, observada através das condições sob as quais o cuidado é prestado e pela maneira como é tratado pelos profissionais.

**Palavras-chave:** qualidade, serviço público de odontologia, percepção da qualidade

**Autora :** Marianella Aguilar Ventura Fadel

**Orientador:** Prof. Gilsée Ivan Regis Filho, Dr.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

Dissertação de Mestrado em Odontologia

Área de Concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Florianópolis, março de 2006.

**FADEL, M. A. V.** Quality's perception in public health services – a case study. 2006. 92p. Dissertation. (Pos- Graduation Program in Dentistry). Master's in Dentistry – Concentration Area in Collective Health Dentistry. UFSC. Florianópolis.

### **ABSTRACT**

Various authors have assessed the importance of quality in services in a meaningful approach, as well as how the enterprise and the public services ought to perform in order to achieve excellence in services delivered. The perception of quality is based both on subjective and objective criteria. What one has noticed when it comes to user satisfaction for the service delivered, is that it involves more than simply a high level of professional technical competence. Knowing the perception of the internal (employees) and external (users) regarding the quality of the public service delivered can be a good start for the development of actions which will lead to improvement, be it by the system administrator, who needs to get to know both types of customers' understanding in order to better direct his strategies and actions, or be it by the professionals themselves, who by understanding quality through their customers' perspective, will then be more prepared to understand their expectations. The present study results of the quality perception in Public Dental Service of Florianópolis County Health System by professionals and customers. There was observed disparities and similarities about quality determinants factors finding in literature. For the professionals, the technical quality is very important, with 100% of answers. Notwithstanding, for the customers the quality is perceived trough by evidences of interpersonal quality aspects, observed by the conditions of health care and by the form, which is treated by the professionals.

**Key-Words:** Quality, Public Services, Quality Perception.

**Author:** Marianella Aguilar Ventura Fadel

**Advisor:** Prof. Gilsée Ivan Regis Filho, Dr.

**FEDERAL UNIVERSITY OF SANTA CATARINA  
POS GRADUATION PROGRAM IN DENTISTRY**

Dentistry Master's Dissertation

Major: Collective Health in Dentistry

Florianopolis, March , 2006.

## **CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO**

O conceito de saúde é histórico, sujeito à influência do contexto e à compreensão da sociedade, sendo que hoje entende-se como qualidade de vida, acesso à educação, à moradia, ao lazer, à segurança, ao trabalho, ao saneamento básico, à saúde, ao transporte, sendo também um direito fundamental de todo ser humano (III CNSB, 2004).

A Constituição Federal de 1988 consagrou a cidadania e a dignidade da pessoa humana como direitos fundamentais. Esses ideais foram inscritos no texto constitucional, elevando à condição de relevância pública as ações e os serviços de saúde, na medida em que ordena ser a saúde um direito fundamental do homem. O mandamento constitucional estabelece que a “saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CF/88, art.196).

Saúde abrange, portanto, qualidade de vida e, também, o resultado de um adequado funcionamento do indivíduo em seu ambiente (REGIS FILHO; LOPES, 2001). A promoção em saúde refere-se ao conjunto de apoios educacionais e ambientais que visem alcançar melhores níveis de saúde, ou seja, a necessidade de entender os múltiplos determinantes da saúde, como estilos de vida, condição sócio-econômica, ambiente, serviços de saúde, etc. (CANDEIAS, 1997).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua saúde como “o completo estado de bem-estar físico, psíquico e social” e não somente ausência de doenças. O objetivo é que todos os povos possam gozar do grau máximo de saúde que seja possível alcançar. Contudo, os

estudos da OMS sugerem que a população pobre não tem tido acesso às intervenções fundamentais de saúde e recebe cuidados de má qualidade (OMS, 2004).

Segundo Lima (1998), os principais problemas enfrentados nas organizações de saúde têm sido: má alocação dos recursos, ineficiência, custos crescentes e desigualdade nas condições de acesso dos usuários. Para o autor, a melhoria das condições de saúde de grupos sociais ou de uma população pode contribuir para o crescimento econômico de diversas maneiras: reduz as perdas de produção causadas por doença do trabalhador, permite o uso de recursos naturais que estiveram total ou parcialmente não-acessíveis por motivo de doença, aumenta o número de crianças matriculadas em escolas e as torna mais aptas a estudar e libera recursos que, não sendo aplicados em organizações de saúde podem ter outro destino.

Para Vasconcellos (2002), a demanda crescente da sociedade em relação a serviços de qualidade, gerou uma necessidade de mudanças nas características destes e maior cobrança para com os fornecedores de diversos tipos de serviços, inclusive os voltados à área de saúde.

As desigualdades sociais, independente do indicador sócio-econômico usado, como renda, classe social, escolaridade ou ocupação, dentre outros, somadas ao processo de exclusão social exercem efeitos nefastos observados na saúde em geral, como mortalidade, incapacidade, morbidade e/ou utilização de serviços de saúde, e por conseqüência na saúde bucal, sendo que indivíduos com baixa renda possuem mais problemas de saúde bucal e usam menos os serviços odontológicos quando comparados a indivíduos com maior renda, observando-se, também que as melhorias ou benefícios trazidos pelos programas de saúde bucal são mais eficazes quanto mais desenvolvida é a região, significando que o enfrentamento do binômio saúde-doença está também na dependência de fatores sociais e,

portanto, algumas medidas devem ser postas em prática como, por exemplo, a democratização do acesso aos serviços e a eliminação de algumas barreiras sociais, econômicas e sobretudo políticas ( III CNSB, 2004).

Para Munro (1994) a prestação de serviços realizada pelo poder público mantém, ainda, em foco a própria existência do serviço, deixando sua qualidade relegada ao segundo plano. As organizações do setor público são as maiores prestadoras de bens e serviços à comunidade, que está subordinada à qualidade, agilidade e localização desses serviços, tendo como principal característica uma relação de responsabilidade direta com a sociedade, necessitando continuamente redefinir sua missão (ESTEFANO, 1996).

Para Terra e Vecina Neto (1998), o setor saúde vive uma crise que se traduz por baixa qualidade, ineficiência e iniquidade e sugere para esse impasse que sejam criados novos espaços para gerências comprometidas com o aumento da eficiência do sistema e com a geração de equidade.

Nogueira (1996) acredita que um dos motivos da “crise da saúde” é a falta de um modelo de gestão adequado que otimize os recursos aplicados e melhore a satisfação tanto das pessoas assistidas quanto dos profissionais.

De acordo com Albino et al (2002), o caos vivenciado pelo sistema de saúde no país é de conhecimento público e a resolução para esse problema passa pelas questões de gestão e que a dificuldade da gestão na saúde começa pela dificuldade histórica de encará-la numa perspectiva organizacional. Afirma, também, que as questões de gestão passam pelos problemas de orçamento.

Por outro lado, pressionadas por clientes mais exigentes e pelos novos padrões de desempenho estabelecidos pelo Ministério da Saúde, as organizações de saúde no país estão implementando estratégias de melhoria da qualidade orientadas para o cliente, contudo, na maioria, os resultados ainda não atendem às expectativas (MACEDO-SOARES; SANTOS, 2001).

Para Lima (1998), a administração das organizações de saúde pode ser otimizada se for baseada nas necessidades e problemas de grupos sociais e subpopulações. A adoção da medida de indicadores do processo social de saúde-doença facilita a determinação das intervenções para obter reduções do impacto dos principais agentes causadores de agravos, de danos e de morte. Para o autor, o controle de custos responde à necessidade das organizações de saúde de possuírem ferramentas para subsidiar a tomada de decisões e que a qualidade das organizações pode ser interpretada e representada como a expressão de certas formações subjetivas: 1) preocupação constante em criar e manter entre todos os que estão ocupados nas organizações de saúde, administradores e funcionários, o entendimento quanto à estrutura e ao processo das intervenções; e 2) preocupação quanto aos resultados para satisfazer as necessidades emergentes e as demandas explícitas dos clientes usuários. Finalmente, a administração da qualidade das organizações de saúde tem como resultados esperados a melhoria da eficiência com eficácia e a otimização no uso dos recursos.

Ansuj, Zeckner e Godoy (2005) realizaram um estudo no qual concluíram que o mais importante no julgamento da qualidade em Odontologia, na concepção dos pacientes está baseado mais nos aspectos pessoais do que na parte técnica do profissional, o que não significa que o profissional não deva preocupar-se com a qualidade técnica, pois esta é uma exigência

da profissão. Para os autores, é necessário considerar os dois componentes da qualidade que, segundo Las Casas (1999) são: 1) o serviço propriamente dito; e 2) a forma como ele é percebido pelo cliente.

Portanto, a qualidade dos serviços pode ser percebida pelos clientes através dos seus componentes tangíveis e intangíveis. A tangibilidade de um serviço consiste naquilo que o cliente vê e sente, como por exemplo, a aparência física do local de trabalho. Os componentes intangíveis são amabilidade e cordialidade da equipe odontológica, ou seja, os componentes intangíveis estão relacionados diretamente com o relacionamento da equipe profissional com os clientes (ANSUJ, ZECKNER E GODOY, 2005).

O presente trabalho levanta quais componentes tangíveis e intangíveis são percebidos pelos clientes e pelos cirurgiões-dentistas nos serviços públicos de odontologia, estimulando desta forma, a participação de ambos na melhoria contínua dos serviços de saúde, exercitando seu direito de cidadania e contribuindo para uma sociedade mais justa. Assim, verificar quais os fatores que estão relacionados com a percepção da qualidade pelos profissionais e pelos clientes em serviços públicos de odontologia justifica a realização deste trabalho.

O presente estudo tem como objetivo geral investigar a percepção da qualidade de um serviço público de odontologia e como objetivos específicos: investigar a percepção da qualidade pelos clientes; investigar a percepção da qualidade pelos profissionais cirurgiões-dentistas; e estimular mudanças que objetivem melhorias nos serviços públicos de odontologia.

O presente trabalho está estruturado da seguinte maneira:

- **CAPÍTULO II** - histórico dos serviços públicos de Odontologia;
- **CAPÍTULO III** - o município de Florianópolis, indicadores sócio-econômicos e epidemiológicos;
- **CAPÍTULO IV** - a qualidade através dos tempos, a qualidade em serviços e em serviços de saúde, bem como, a percepção da qualidade pelos clientes e prestadores de serviços;
- **CAPÍTULO V** - um estudo de caso: a instituição e sua estrutura , a metodologia para levantamento e tratamento de dados, os resultados e a discussão, bem como, sugestões para a instituição; e
- **CAPÍTULO VI** - as conclusões.

No presente trabalho, por opção metodológica, não se abordará métodos para avaliação da qualidade, motivação para o trabalho, estando o presente estudo restrito à percepção por clientes e cirurgiões-dentistas dos serviços públicos de Odontologia.

## **CAPÍTULO II – HISTÓRICO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE ODONTOLOGIA**

No início do século XX surge como resposta às mudanças sociais ocorridas no país, a organização das ações de saúde voltadas para as populações urbanas, realizadas pelas administrações municipais, principalmente nas capitais e cidades de médio porte (GEVAERD et al, 2002). Segundo os autores, as campanhas sanitaristas desenvolvidas por Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, fazem parte do relato clássico da história da saúde no Brasil.

No período anterior a 1945, segundo Carcereri (2005), pertencente à época do “sanitarismo campanhista”, prevalecia a intervenção sobre as doenças com a finalidade de quebrar a relação agente/hospedeiro. Posteriormente, a década de 60 foi marcada pelo “sanitarismo desenvolvimentista”, onde começaram a aparecer os gastos excessivos do sistema previdenciário, o esgotamento de reservas e o aumento do surgimento de serviços privados. Em 1970, ainda predominava a hegemonia médico-assistencial-privatista. A partir de 1978, com a Declaração de Alma-Ata, tiveram início discussões internacionais que debateram a proposta da atenção primária à saúde. No entanto, entre 1960 e 1990, a atenção primária em Odontologia caracterizou-se fundamentalmente pelo atendimento clínico de pacientes que demandavam espontaneamente às Unidades Locais de Saúde e ao atendimento de escolares, através do Sistema Incremental.

Somente na última década do século passado teve início no país a busca da redemocratização e a consolidação do entendimento de que saúde é a expressão da qualidade de vida de uma população geográfica e historicamente referenciada. No mesmo período, surgiram o Conselho Nacional de Saúde Pública (CONASP), o Programa de Ações Integradas

de Saúde (AIS) e os convênios para estruturação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS) e, ainda, a realização da Oitava Conferência Nacional de Saúde (1986), da Nona Conferência Nacional de Saúde (1992) e a conquista na constituição de 1988 do SUS pela sociedade civil organizada e pelos constituintes (ROSA et al, 1992).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi um processo amplo e democrático, em que estiveram em pauta questões gerais da saúde no Brasil e, também, abrindo-se a possibilidade, pela primeira vez na história das conferências de saúde, abordar em profundidade temas e questões específicas que, embora relevantes, sempre estiveram à margem ou foram objetos de análise por pequenos grupos de trabalho em conferências anteriores, como por exemplo a saúde bucal (III CNSB, 2004).

Como parte do amplo processo que marcou a 8ª CNS realizou-se, ainda em 1986, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), cuja etapa nacional foi precedida por pré-conferências na maioria dos estados. A 1ª CNSB discutiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, estabeleceu a saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação (III CNSB, 2004).

Esboçou-se um diagnóstico da situação de saúde bucal no País e apontaram-se rumos para a inserção da odontologia no SÚS que era apenas proposta e sonho, bem como as possibilidades de financiamento das ações.

A saúde bucal, como um direito de cidadania, foi o tema central da 2ª CNSB realizada em 1993, numa conjuntura nacional marcada pela perspectiva de ampla revisão da Constituição de 1988 – inclusive com ameaças ao artigo 196, que consagrou a “saúde como

direito de todos e dever do Estado” – e por eleições presidenciais no ano seguinte. A 2ª CNSB aprovou diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal no País, reconhecendo-a como “direito de cidadania”, e indicando as características de “um novo modelo de atenção em saúde bucal” e dos recursos humanos necessários, propondo formas para o financiamento e o controle social por meio dos Conselhos de Saúde, e defendendo a descentralização das ações “com garantia de universalidade do acesso e equidade da assistência odontológica, interligados a outras medidas de promoção de saúde de grande impacto social” (III CNSB, 2004).

Como parte inseparável desse rico e democrático processo que caracterizou a 12ª CNS Sérgio Arouca, a 3ª CNSB se realiza numa conjuntura marcada pelo agravamento das condições de vida do povo brasileiro, pela persistência de gravíssimos problemas sociais em que pontificam a intensificação da violência urbana e o aumento do desemprego e, também, pelas enormes dificuldades para fazer as mudanças reclamadas pela maioria da população, notadamente a reforma agrária e as mudanças na política econômica, libertando-a do jugo do Fundo Monetário Internacional e dos especuladores do sistema financeiro e fazendo-a instrumento para gerar trabalho e renda e melhorar a vida de todos. Enfim, a 3ª CNSB se realizou, num contexto em que é enorme a expectativa dos brasileiros de que reivindicações históricas possam, finalmente, se concretizar, dentre elas as relacionadas à saúde e à saúde bucal (III CNSB, 2004).

Para elucidar o contexto político brasileiro em que foram utilizados os modelos de atenção e as transformações ocorridas no campo do atendimento odontológico, no período compreendido entre a década de 50 e os dias atuais, as Figuras 01 e 02 (CARCERERI, 2005) sintetizam os modelos de atenção à saúde no Brasil.

Período	Contexto Político	Práticas Odontológicas	Aspectos chave	Modelos de Atenção no Brasil
50-60	Fim da era Vargas. Governo Juscelino. 50 anos em 5.	Odontologia Sanitária.	1952- implantação do sistema incremental aos escolares.	Médico Assistencial Privatista (MAP).
60-70	Golpe de 64. Ditadura Militar.	Odontologia Preventiva.	Dicotomia preventivo/curativo.	Auge do MAP Criação do INPS Estruturação do movimento de reforma sanitária.
Anos 80	Profunda crise política, social e econômica. VIII Conferência Nacional de Saúde e I Conferência Nacional de Saúde Bucal. Constituição de 1988. Criação do SUS.	Odontologia Preventiva. Odontologia Integral/Sistêmica. Saúde Bucal Coletiva.	Criação da Associação Brasileira de Odontologia Preventiva (ABOPREV). Biocibernética bucal, a explicação das doenças a partir do contexto bucal.. Oposição frente à odontologia de mercado. Expansão da atenção- surge a Clínica do Bebê.	Auge do Movimento da Reforma Sanitária. SUS- novo modelo de atenção com ênfase na promoção de saúde, integralidade das ações e participação popular. Coexistência de modelos: MAP e SUS.

Figura 01 – A odontologia, os modelos de atenção à saúde e o contexto político brasileiro nas décadas de 50 a 80 (CARCERERI,2005).

Período	Contexto Político	Práticas Odontológicas	Aspectos chave	Modelos de Atenção no Brasil
Anos 90	Crise Política “impeachment” do presidente da república. Neoliberalismo Regulamentação do SUS: Lei Orgânica da Saúde. Operacionalização do SUS: NOBs Descentralização.	Saúde Bucal Coletiva.  Programa Saúde da Família 1994.	Financiamento de Procedimentos Coletivos (PCs) de saúde bucal.  Iniciativas Municipais e Estaduais.	Retrocesso na implementação do novo modelo, o MAP ganha força. Movimento da Reforma Sanitária esforça-se em operacionalizar o SUS.
2000 - 2005	Fim do governo FHC (Fernando Henrique Cardoso). Início do governo Lula em 2002.	2000 - Inclusão da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF).	Início do processo de inclusão por parte dos municípios. Lançamento do Programa Brasil Sorridente.	SUS busca consolidação com reorientação da atenção básica através da ESF, que se expande rapidamente pelo país.

Figura 02 – A odontologia, os modelos de atenção à saúde e o contexto político brasileiro da década de 90 até 2005 (CARCERERI,2005).

## **CAPÍTULO III – O MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS**

### **3.1 – História e Indicadores de Desenvolvimento e Qualidade de Vida**

A ilha Jurerê-mirim dos Carijós, hoje conhecida como ilha de Santa Catarina, foi sede da grande nação indígena Tupi-Guarani, que nela habitavam durante a época do descobrimento. A ilha tem um comprimento de 53 quilômetros, do extremo Norte (Ponta do Rapa) ao extremo Sul (Ponta dos Naufragados). Por sua configuração irregular, forma com o continente duas baías, a do Norte e a do Sul, separadas ao fundo por um estreito de 400 metros de largura, conhecido simplesmente pelo nome de “Estreito”, sobre o qual se encontram hoje as pontes Colombo Salles e Pedro Ivo Campos, além da ponte Hercílio Luz, desativada ao tráfego (CALDAS, 1992).

O atual município de Florianópolis está situado na área litorânea da região leste do Estado de Santa Catarina, como mostra a figura 1. A economia é predominantemente ligada ao setor terciário, sendo o mais expressivo do Estado. Além de ser sede do Governo do Estado abriga diversas representações federais, duas universidades públicas, sendo uma federal e outra estadual.



Figura 03 – Município de Florianópolis em imagem via satélite (EMBRAPA, 2005)

Atualmente, a área do município compreendendo a parte continental e a ilha encampa 436,5 km<sup>2</sup>, com uma população de 369.781 habitantes em 2003 (IBGE, 2003). Fazendo parte do Município de Florianópolis, 21 distritos, sendo 12 na região da ilha e 9 no continente.

Desterro, antigo nome da cidade de Florianópolis, até a chegada dos casais açorianos era uma simples vilazinha abandonada e sem nenhuma expressão à beira do Atlântico Sul (CARUSO, 1997). No entanto, Virgílio Várzea, em seu livro SC – a Ilha, cuja primeira edição

foi publicada em 1900, descreveu a cidade de Nossa Senhora do Desterro do século passado como um verdadeiro paraíso terreal do Brasil (VÁRZEA, 1985).

O acesso ao porto da antiga vila de Nossa Senhora do Desterro, muito preocupou a metrópole portuguesa, principalmente para evitar uma invasão inimiga, pois a Ilha sempre foi considerada de grande importância para a manutenção do domínio marítimo no sul do Brasil (CALDAS, 1992). Portugal precisava povoar as terras do sul do Brasil, que continuavam a ser reivindicadas pela Espanha. Foi então que desembarcaram na ilha os primeiros grupos de famílias açorianas que, além da sua força de trabalho, trouxeram para o litoral de Santa Catarina a sua cultura e seus hábitos, marcados pela sua religiosidade, entre eles está a procissão dos Passos, a “farra do boi”, a festa do Divino Espírito Santo, a renda de bilro, o carro-de-boi, danças como o fandango e o pau-de-fita (PEREIRA, 1994).

Os Carijós desapareceram, mas deixaram marcas. Sua herança ajudou a erguer uma nova civilização na ilha de Santa Catarina. Quando os colonizadores açorianos chegaram retomaram as lavouras de milho e mandioca, o artesanato em palha e cerâmica e a técnica de escavar canoas em troncos de garapuvu (*Schizolobium parahyba*), lindíssima árvore nativa de flores amarelas que despontam no início do verão, pertencente à família das leguminosas Leguminosae Caesalpinoideae. O conhecimento de plantas medicinais, muitos mitos e credíces populares, assim como muitos nomes de lugares e acidentes geográficos – Jurerê, Cambirela, Itaguaçu, Caiacanga-açu, e outros – também foram herdados pelos Carijós (PEREIRA, 1994).

Quando os primeiros casais de imigrantes açorianos chegaram em janeiro de 1748, tanto o atual território de Santa Catarina como o sul do Brasil era um deserto vazio e despovoado. Não tinham cidades ou agricultura e tampouco minas de ouro. No litoral

contavam-se apenas três vilas insignificantes de aventureiros e de náufragos com umas poucas dezenas de casas: Laguna ao sul, Desterro na ilha de Santa Catarina, e São Francisco do Sul ao norte. E o interior do atual estado, que se estendia para além dos campos de Lages, era habitado exclusivamente pelos indígenas “Kaingangues” e “Xoklengs” (CARUSO, 1997).

Florianópolis, antiga Nossa Senhora do Desterro, é uma das três capitais insulares do Brasil, juntamente com Vitória do Espírito Santo, e São Luís do Maranhão. O povoamento da ilha de Santa Catarina, teve início com Francisco Dias Velho, e sua função era a defesa do litoral sul. Em 1726, Desterro foi elevada à categoria de vila e, em 1823, à condição de cidade.

No final do século passado, quando o Marechal Floriano Peixoto sufocou a Revolta da Armada e a Revolução Federalista, muitos catarinenses foram fuzilados sumariamente na Fortaleza de Anhatomirim. Enquanto a população ainda chorava os seus mortos, os vitoriosos promoveram a mudança do nome da capital de Nossa Senhora do Desterro para Florianópolis (MOURA et al, 1995). A mudança do nome de Desterro para Florianópolis deu-se em 1894, em homenagem ao presidente da República Floriano Peixoto (QUEVEDO; ORDOÑEZ ; SALES; 1994).

O início do século XX foi marcado pela implantação dos primeiros serviços públicos de abastecimento de água, esgoto sanitário, energia elétrica, telefonia e transporte coletivo, com linhas de bondes puxados por cavalos e mulas, que percorriam as principais ruas. No final dos anos 50 e início dos 60, a implantação da Universidade Federal de Santa Catarina e a instalação de diversas empresas estatais produziram novas mudanças, atraindo muita gente do interior e de outros estados. A abertura da BR-101 também foi decisiva para dar a Florianópolis sua atual paisagem urbana (PEREIRA, 1994).

A Figura 04 apresenta alguns indicadores de desenvolvimento e de qualidade de vida da cidade de Florianópolis (PMF, 2005).

Florianópolis é uma cidade de grandes contrastes, de um lado as belezas naturais exuberantes e a fama de primeira capital brasileira em qualidade de vida e de outro lado alguns indicadores crescentes e nada animadores, como por exemplo, o aumento dos índices de violência e o aumento da poluição.

Ao observar a Figura 04, é possível constatar que apesar da cidade possuir aproximadamente 90% dos domicílios ligados à rede de água e à rede elétrica, somente pouco mais de 30% estão ligados à rede de esgoto, o que põe em risco a saúde da população e do meio ambiente. Grande e triste contraste para a primeira capital brasileira em qualidade de vida.

Além do número elevado de automóveis na cidade e a intensificação do trânsito nos últimos anos, o transporte urbano tem muito a se desenvolver no que diz respeito sobretudo ao transporte coletivo, ainda causador de muito transtorno e de muita polêmica na cidade.

É possível verificar pelos números da Figura 04, que apesar de relativamente baixos os coeficientes de mortalidade, ainda há muito a ser realizado e melhorado em relação à cobertura médica, hospitalar e odontológica no município, bem como aos indicadores de educação, lazer e cultura.

Dentro deste contexto, apesar dos contrastes e das adversidades, a capital catarinense ainda é considerada uma das mais aprazíveis capitais brasileiras para se viver.

<b>INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO E DE QUALIDADE DE VIDA EM FLORIANÓPOLIS</b>		
<b>INDICADOR</b>	<b>ANO</b>	<b>VALOR</b>
Produto Interno Bruto (per capita)	2000	12.292,00
Índice de Gini*- Concentração de Renda (IBGE)	1991	0,5571
Coefficiente de mortalidade infantil (por mil habitantes)	2003	9,75
Coefficiente de mortalidade materna	2003	20,64
Coefficiente de mortalidade por câncer ginecológico	2003	0,73
Coefficiente de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias	2002	28,26
Indicador de doação de sangue (Hemosc)	2001	635
Coefficiente de intoxicação aguda por agrotóxicos (HU)	2001	94,18
Cobertura de primeira consulta odontológica	2003	10,38%
População coberta pelo Programa de Saúde da Família	2003	40,19%
Consultas médicas nas especialidades básicas por habitante/ano	2003	0,58%
Média mensal de visitas domiciliares por família	2003	0,42%
Leitos hospitalares SUS (por mil habitantes)	1999	2,55%
Taxa de escolarização-2º grau	1998	62,91%
Taxa de alfabetização	2001	96,07%
Indicador de atendimento da demanda na educação infantil	2002	5,93
Indicador de qualidade nas creches	2001	7,0
Taxa de reprovação no ensino fundamental	2003	8,97%
Taxa de abandono no ensino público fundamental	2003	1,23%
Bibliotecas públicas	2003	2
Teatros	2003	3
Espaços culturais e museus	2003	14
Parques, largos e praças	2001	95
Percentual de fornecimento de água tratada	2001	83,47%
Percentual de coleta de esgoto	2001	32,79%
Percentual de coleta seletiva de lixo	2001	40,53%
Automóveis (por mil habitantes)	2001	439
Linhas telefônicas (por mil habitantes)	1998	450
Emissoras de rádio	2003	9
Emissoras de televisão	2003	5
Emissoras de televisão a cabo e por assinatura	2003	2
Coefficiente de criminalidade infanto-juvenil	2002	43,93
Coefficiente de criminalidade contra o patrimônio	2002	648,01
Indicador de infração no trânsito	2001	225
Domicílios ligados à rede de água	2001	90,29%
Domicílios ligados à rede de esgoto	2000	32,79%
Domicílios ligados à rede elétrica	2000	96,4%
Domicílios com geladeira	1991	128.801
Domicílios com rádio	1991	126.926
Domicílios com TV PB	1991	65.876
Domicílios com TV em cores	1991	88.388

\*índice de Gini revela o grau de concentração de renda de acordo com metodologia da ONU. Quanto mais o valor se aproxima de 1, maior o grau de concentração.

Figura 04 – Indicadores de Desenvolvimento e de Qualidade de Vida em Florianópolis (PMF, 2005).

## **CAPÍTULO IV – GESTÃO PELA QUALIDADE**

Como valor, a qualidade está associada a um estilo de gestão, a visão sistêmica, a melhoria contínua e visa promover mudanças sucessivas utilizando-se de novas técnicas de produção, voltadas ao combate dos desperdícios humanos e materiais. Compreende princípios, metodologias e ferramentas da qualidade essenciais a sua implementação nas organizações (IDROGO, 2003).

Para Paladini (2000) é possível afirmar que, qualidade é um conceito dinâmico, ou seja, que trabalha com referenciais que mudam ao longo do tempo e, às vezes, de forma bastante acentuada. Qualidade é, também, um termo de domínio público, sendo que todos têm uma noção intuitiva do que seja qualidade.

### **4.1. A qualidade através dos tempos**

A qualidade é um fenômeno significativo da segunda metade do século XX e na sua evolução tem recebido contribuições da estatística, teoria de sistemas, da área comportamental, da estratégia empresarial, das finanças, do marketing, etc. Seu propósito é melhorar as organizações se alicerçando na competência das pessoas que, através da educação, do treinamento, da socialização do conhecimento através da padronização, da gestão por processos, de ambientes de trabalho satisfatórios, da ampliação do espaço à participação, vêm promovendo melhorias substanciais na gestão das organizações (JURAN, 1990; DULLECK, et al, 2003).

O desenvolvimento e a maturação da gestão da qualidade fizeram este movimento de gestão extravasar do seu domínio industrial inicial, levando-o a adquirir proeminência em todos os setores público e privado, industrial e de serviços (CUNHA; CUNHA; DAHAB, 2001).

No passado o conceito de qualidade conduziu o homem à atividade de inspeção. Na pré-história se um “homo sapiens” tivesse de construir ou encontrar um abrigo, assim como os animais irracionais, buscavam um local disponível e seguro, como uma caverna ou um buraco, porém, antes de tomar posse do local, fazia a averiguação do ambiente ao redor e da região. Muitas vezes guerrear com semelhantes fazia parte do ciclo da vida com a finalidade de ocupar e possuir a caverna de escolha, no intuito de se proteger e de sobreviver (FELDMAN, 2004). Percebe-se que a averiguação de um local ou produto relaciona-se à segurança e, de forma subjetiva, a algo qualitativamente aceitável e/ou tolerável. A autora relata que no início do século XX o engenheiro Frederic Winslow Taylor dizia haver “uma melhor maneira” de se fazer as coisas (The Best Way), surgindo o controle da qualidade, com inspeção na produtividade industrial com o objetivo de reduzir os custos.

Avaliar os resultados das ações com o objetivo de verificar se os mesmos estão em conformidade com as expectativas faz parte da natureza do homem. Assim, no sentido lato, pode-se dizer que o controle da qualidade remonta aos primórdios da civilização humana (NEVES, 2000). Para o autor, não é possível afirmar com exatidão quando o controle da qualidade começou a ser empregado de modo sistemático, de forma a assegurar que os resultados das ações empreendidas viessem a atender aos requisitos dos projetos da maneira como eles foram concebidos. Entretanto, a perfeição das obras remanescentes da civilização grega, romana, egípcia e chinesa, entre outras, sob a forma de templos, termas, pirâmides,

muralhas, etc., nos permitem assegurar que alguma forma de controle devia ser por eles empregada.

Para Neves, (2000), os registros históricos nos mostram que até o final do século XVIII, antes do início da era industrial, os empreendimentos eram na sua maioria de natureza individual ou familiar e cada um deles definia e controlava a qualidade dos produtos ou serviços que gerava. Curiosamente, esta é uma postura muito atual, pois hoje no que se refere à garantia da qualidade cada um é responsável pela verificação da qualidade do que faz. Por outro lado, de acordo com o autor, no decorrer da idade média, as associações de artesãos, estabeleceram padrões que visavam proteger os ganhos econômicos, sociais e políticos de seus associados, além de regular a economia. Para alcançar esses objetivos essas associações desenvolveram intensos e importantes trabalhos, fixando salários, condições de trabalho e especificações para matérias-primas e produtos acabados.

A qualidade veio se desenvolvendo ao longo dos tempos e os anos 50 podem ser considerados os anos da revolução do sistema de gestão, sendo que os especialistas daquela época tornaram-se referências mundiais, seguidos por muitos executivos e empresários até os nossos dias. Joseph Moses Juran, Kaoru Ishikawa, Armand V. Feigenbaum e Philp Crosby estão incluídos na lista dos idealizadores da Qualidade e com Williams Edward Deming e Walter Shewhart propuseram ensinamentos que cada vez mais se incorporam às organizações. Cada um desses pesquisadores agrega um valor especial ao conceito de Qualidade (QUALIDADE NA SAÚDE – ISO 9002).

Na década de 50, a crescente sofisticação e poder de destruição dos artefatos de guerra, demandavam níveis cada vez mais elevados de segurança. Deste modo, os principais esforços

nesse período foram orientados para o estabelecimento de novos padrões. Nessa década o controle da qualidade deixou de focar o produto e passou a orientar-se para o processo, o que do ponto de vista estratégico representou um passo importantíssimo. Na verdade, os itens defeituosos são conseqüências de falhas do processo. Se o processo é capaz e se está sendo devidamente controlado, os produtos gerados devem estar em conformidade com as suas especificações e, portanto, sem defeitos (NEVES, 2000).

No Japão pós-guerra, os produtos japoneses nas décadas de 50 e 60 vinham vinculados a uma imagem de baixo custo e baixa qualidade. A fim de superar tal problema o Keidaren – “ministério da indústria japonesa” – recrutou Williams Edwards Deming e Joseph Moses Juran que introduziram um novo paradigma para administração da produção e que hoje se denomina Gestão pela Qualidade Total. O impacto das idéias de Deming foi de tamanha transformação que ele é considerado como o pai do milagre industrial japonês (FELDMAN, 2004).

Outro fato marcante com relação a evolução do conceito do termo “qualidade” ocorrido na década de 50 foi o início da jornada japonesa rumo a industrialização. Deming, que havia participado ativamente do programa americano de mobilização para a qualidade durante a década de 40, juntamente com Juran e Ishikawa tornaram-se responsáveis pela disseminação dos conceitos de controle da qualidade no Japão pós-guerra (ISHIKAWA, 1976).

Por outro lado, o uso da estatística como ferramenta para o controle da qualidade se consolidou como prática indispensável. A necessidade de massificar a produção levou a uma inevitável deterioração da qualidade dos produtos, o que obrigou o sistema produtivo a utilizar

em escala sem precedentes, as técnicas estatísticas que tinham sido desenvolvidas para o controle de produtos e processos. Nesse período, as forças armadas dos Estados Unidos da América e dos países aliados desempenharam um papel fundamental no desenvolvimento de novas técnicas estatísticas, na pesquisa de novas teorias de controle, na implementação de programas de controle de qualidade e, principalmente, no estabelecimento de padrões. Os trabalhos de desenvolvimento de técnicas estatísticas aplicadas ao controle da qualidade eram considerados estratégicos e mantidos sob sigilo (NEVES, 2000).

Nos anos 60, consolidou-se o uso prático da estatística como ferramenta para o controle do processo. A aplicação de técnicas de controle estatístico de processo (CEP) proporcionou benefícios incalculáveis para os sistemas produtivos e levou Armand Vallin Feigenbaum a estabelecer as bases para a posterior implantação dos seus conceitos (NEVES, 2000). Ficou conhecido como o criador do conceito de qualidade total (Total Quality Control - TQC) e reconhecido como pioneiro no estudo dos custos da qualidade (NEVES, 2000). Segundo o autor, na década de 70, foram lançadas as bases para a implantação dos conceitos de gestão da qualidade total (Total Quality Management). Outro fato igualmente importante para a evolução do controle da qualidade ocorrido no final desta década, foi a criação do Comitê Técnico 176, pela International Organization for Standardization (ISO) cujos trabalhos levaram à elaboração das normas ISO 9000 aprovadas em 1987.

Os conceitos relacionados com o termo qualidade, como são conhecidos hoje, tiveram suas origens associadas às atividades de controle da qualidade. Controle da qualidade é um conjunto de ações ou medidas desenvolvidas com o objetivo de assegurar que os serviços ou

produtos gerados atendam aos requisitos segundo os quais foram especificados (NEVES, 2000).

Para concluir, Neves, (2000), afirma que a diferença entre um profissional do final do século XVIII e o seu colega dos anos 90 está na forma segundo a qual aquele entendia e este entende a função qualidade. Para o profissional do século XVIII, a qualidade estava relacionada ao atendimento às especificações do produto, especificações estas quase sempre ditadas por ele mesmo. Hoje a qualidade é definida pelo cliente e transcende os parâmetros dos produtos, contemplando aspectos relacionados com o meio ambiente e com as relações humanas. A função qualidade e o termo cliente devem ser entendidos de forma abrangente e devem ser estendidos, também, para as relações profissionais, sociais e familiares.

#### **4.2. A qualidade em serviços.**

Segundo Giansi e Côrrea, (1996), qualidade em serviços pode ser definida como o grau em que as expectativas do cliente são atendidas/excedidas por sua percepção do serviço prestado.

Crosby (1994) define qualidade como sendo “conformidade com os requisitos”, ou seja, exige o atendimento a determinadas normas claras e conhecidas, pois se não houver exigências claras, a qualidade torna-se algo sem sentido.

As atividades de prestação de serviços têm apresentado mudanças significativas nos últimos anos, em particular nos aspectos voltados ao atendimento do cliente, onde se busca

proporcionar serviço e atenção pessoal competente, que vá ao encontro de sua expectativa e por conseguinte, de sua confiança. A satisfação do cliente resultará na fidelidade para utilização futura dos serviços (VASCONCELLOS, 2002). Para o autor, a diferença fundamental ao se definir qualidade na prestação de serviços encontra-se na subjetividade e na dificuldade de estabelecer o que é qualidade, uma vez que os clientes reagem diferentemente ao que parece ser o mesmo serviço. Cada cliente possui uma determinada percepção sobre qualidade, muitas vezes esta diferença implica até mesmo em “estado de espírito do cliente” no momento da prestação de serviço. Portanto, as pessoas possuem diferentes padrões de qualidade em diferentes momentos de sua vida.

Certamente, gerenciar serviços é diferente de gerenciar produção de bens, pois serviços são intangíveis, ou seja, não podem ser possuídos, mas vivenciados, sendo por isso de difícil padronização. Necessitam a presença e a participação do cliente, o que restringe o tempo de atendimento, personaliza o serviço, podendo ainda necessitar o treinamento do cliente; e implicam em produção e consumo do serviço simultaneamente por não poderem ser estocados, dificultando sua inspeção e controle de qualidade. Por tudo isto, o processo de prestação do serviço pode ser muito mais importante que o seu próprio resultado (GIANESI; CÔRREA, 1996).

O momento da verdade, entre o prestador de serviço e o cliente, pode não estar diretamente influenciado pela organização. É a experiência, a motivação e as ferramentas empregadas pelo representante da organização e as expectativas e comportamento do cliente que juntos criarão o processo de prestação de serviço e que levou Norman (1993) a concluir que a subjetividade está implícita ao processo de prestação de serviço.

A intangibilidade dos serviços, juntamente com a necessidade da presença do cliente e a simultaneidade da produção e consumo do serviço, formam as principais características especiais das operações em serviços, que irão definir a avaliação dos resultados e a qualidade dos serviços prestados. Muitas vezes, essa avaliação é dificultada pela intangibilidade, uma vez que é difícil a padronização dos serviços tornando a gestão do processo mais complexa (GIANESI; CÔRREA, 1996).

Portanto, em serviços é fundamental que se controle ou realimente os processos em função das necessidades dos clientes. Em serviços são enfatizadas as relações diretas com os clientes e o processo deve ser flexível, porque o cliente participa do processo produtivo de forma efetiva e desta forma as organizações precisam ser flexíveis e possuir capacidade para mudança e renovação constantes (PALADINI, 1995).

As características de um serviço, em geral, variam de tangíveis e intangíveis. Por exemplo, a aparência do local onde o serviço é oferecido e o grau de acesso e cortesia com o qual o cliente é tratado (PARASURAMAN, ZEITHAML E BERRY, 1985).

Por outro lado, o gerenciamento da qualidade espalhou-se das suas origens nas organizações manufatureiras para todos os tipos de serviços e empreendimentos públicos (VIEIRA et al, 2000). Para os autores, analisar práticas de administração da qualidade em organizações públicas é uma questão complexa, uma vez que existem poucos elementos objetivos que permitam definições e medidas concretas. Entretanto, se qualidade está relacionada com a percepção de algo bom, a percepção de grupos organizacionais em relação à prática de qualidade pode oferecer elementos úteis para o entendimento da questão.

Afirmam, ainda, que é importante elucidar aspectos relacionados à sua difusão para os setores de serviços e públicos, pois são áreas diferentes daquela na qual o conceito se originou.

Apesar de representar um item estratégico na competitividade das organizações, a qualidade dos serviços, nem sempre é considerada com o devido cuidado pelas organizações. As organizações, não raras vezes, focalizam os aspectos relacionados aos processos de produção dos serviços sem uma preocupação maior com a qualidade com que são realizados (ELEUTÉRIO; SOUZA, 2002). Segundo as autoras, uma das ferramentas mais destacadas para a avaliação da qualidade de serviço é a escala SERVQUAL, que teve origem nos resultados dos estudos de Zeithaml, Parasuraman e Berry (1990), que realizaram uma pesquisa quantitativa com a finalidade de desenvolver um instrumento para medir a qualidade do serviço levando em conta as percepções dos clientes, ou seja, tem como referência as expectativas e percepções dos clientes sobre o serviço prestado. Entre as aplicações possíveis da escala SERVQUAL, as autoras apontam sua utilização em departamentos de uma organização, com a finalidade de avaliar a qualidade dos serviços prestados aos funcionários de outros departamentos e divisões. Assim, com as devidas adaptações quando necessárias, a escala SERVQUAL pode ser empregada em grupos de clientes internos e/ou externos.

Neste sentido o modelo SERVQUAL, afirma Dos Anjos et al (2005), é considerado como o mais consistente modelo da qualidade em serviço. Este nome advém das cinco falhas ou gaps, identificadas entre o sistema de prestação do serviço e a qualidade esperada pelo consumidor. Neste modelo, a qualidade do serviço é resultante das referências do cliente, formada pelas suas experiências anteriores com a empresa prestadora do serviço, pelas suas necessidades pessoais, assim como pelas informações obtidas através de outras pessoas. Desta

forma, a qualidade do serviço percebida pelo cliente representa a forma como ele vê o resultado e o esforço da empresa no atendimento de suas necessidades. Assim sendo, a avaliação deste processo está diretamente ligada a questões subjetivas, desde o momento da formação das expectativas por parte do cliente, até na forma como consegue perceber o desempenho da empresa em prestar o serviço.

Grönroos (1990) afirma que os consumidores escolhem prestadores de serviços comparando as percepções que têm do serviço recebido com o serviço esperado, o que é chamado de qualidade de serviço percebida. Bons resultados na qualidade percebida são obtidos quando os serviços recebidos ou experimentados atendem às expectativas dos clientes. Conclui que somente quando o prestador de serviços compreender como os serviços serão avaliados pelos clientes é que será possível saber como gerenciar essas avaliações e como influenciá-las na direção desejada.

Para Mezomo (2001) qualidade é “um conjunto de propriedades de um serviço (produto) que o tornam adequado à missão de uma organização (empresa) concebida como resposta às necessidades e legítimas expectativas de seus clientes”. Desta maneira, se o cliente julgar ter recebido um serviço que supera as suas expectativas, ele considera ter recebido um serviço de qualidade e conseqüentemente voltará a utilizá-lo novamente quando necessário (KOTLER e ARMSTRONG, 1998).

Zeithaml, Parasuraman e Berry (1990) atribuem à qualidade de serviços a discrepância que existe entre as expectativas e as percepções dos clientes sobre um serviço experimentado. A chave para assegurar uma boa qualidade de serviço é obtida quando as percepções dos clientes excedem suas expectativas. Os autores ressaltam que embora esse raciocínio seja

válido, não basta compreender a importância de se fornecer serviços com excelente qualidade. É preciso que haja um processo contínuo de monitoração das percepções dos clientes sobre a qualidade do serviço, identificação das causas das discrepâncias encontradas e adoção de mecanismos adequados para a melhoria. Além da escala SERVQUAL, os autores são conhecidos pela elaboração de um modelo para análise e gerenciamento da qualidade de serviços, denominado Modelo Conceitual para a qualidade de serviços ou Modelo de Gap ou Modelo de Falhas.

No entanto, para Giansi e Corrêa (1996), os consumidores brasileiros acostumaram-se a se conformar com serviços de baixa qualidade, tanto no setor público como no privado, sendo inexistente a cultura de exigir e de prestar um bom serviço. Somente quando o prestador de serviços compreender como os serviços serão avaliados pelos clientes é que será possível saber como gerenciar essas avaliações e como influenciá-las na direção desejada. Para os autores, não basta compreender a importância de fornecer serviços com excelente qualidade é preciso que haja um processo contínuo de monitoração das percepções dos clientes sobre a qualidade do serviço. Afirma, ainda, que quando se trata de serviços públicos, a noção do cliente acerca do que é possível melhorar é menos objetiva e mensurável do que na compra de um produto industrializado ou num serviço de assistência técnica a um eletrodoméstico.

Enquanto a rápida evolução do setor de serviços das empresas privadas, nas últimas duas décadas tem instigado a necessidade do desenvolvimento de estratégias de comunicação eficazes com o objetivo de assegurar que os serviços fornecidos, sejam do tipo e qualidade que o usuário espera, a prestação de serviços realizada pelo poder público, ainda, mantém em foco

a própria existência do serviço, deixando sua qualidade relegada ao segundo plano (MUNRO,1994).

Por outro lado, em virtude de algumas características peculiares ao setor público, enquanto prestador de serviços, como por exemplo: intensivas em recursos humanos; maiores fornecedoras de bens e serviços; e problemáticas em relação ao seu gerenciamento e recursos humanos. Qualquer atitude de melhoria que contemple esses aspectos é bem-vinda (ESTEFANO, 1996).

Para Vieira et al (2000), ainda não há um corpo de conhecimento bem estabelecido sobre como as técnicas de administração da qualidade podem ser aplicadas ao setor público. Há necessidade de pesquisa empírica, especialmente sobre a natureza das mudanças nos princípios de qualidade para que possam ser aplicados com sucesso ao setor público, bem como na identificação de elementos que possam contribuir para o aperfeiçoamento do conceito de qualidade nas organizações públicas.

### **4.3. A qualidade em serviços de saúde**

Há mais de duas décadas a questão da qualidade em saúde vem se destacando no cenário brasileiro. Programas específicos, diretrizes genéricas de ambientação regional e local e eventos interdisciplinares têm introduzido em seus múltiplos espaços a questão da qualidade (FELDMAN, 2004). Em que pesem todas essas iniciativas todos os profissionais da área da saúde, sabem que o processo da inclusão do conceito da qualidade na área da saúde, ainda, está em seus primórdios. Para a autora, falar da qualidade, fixar painéis e quadros com

referência à prática da qualidade em ambientes públicos das instituições de saúde no Brasil é uma prática comum, mas aplicar os princípios e desenvolver programas para o acompanhamento específico de indicadores adequadamente elaborados, acompanhados e analisados, ainda representa um espaço a ser desvendado.

A qualidade possui um caráter inerentemente paradoxal, cujo lado tradicional é objetivo e cujo campo crítico valoriza as possibilidades de participação real, de autonomia e de confiança (CUNHA; CUNHA; DAHAB, 2001).

Portanto, no consenso atual a avaliação da qualidade deve basear-se em critérios objetivos e subjetivos, os primeiros reservados aos profissionais da saúde e os subjetivos dizendo respeito aos usuários (KLOETZEL, 1998).

Contudo, de acordo com Vuori (1991), qualidade denota um grande espectro de características desejáveis de cuidado, que incluem: efetividade, eficácia, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade científico-técnica.

Nas sociedades, a pesquisa cada vez mais vem redescobrando o fato de que a saúde é determinada por outros aspectos (VUORI, 1991). Entre eles, a manipulação externa pela política, refletindo os cuidados no âmbito comunitário e social, uma atenção especial a cada serviço dentro do sistema hospitalar de inter-relação e, essencialmente, que a saúde é um direito humano, ou seja, toda instituição hospitalar tem sua missão primordial a favor do ser humano preocupando-se com a melhoria e o desenvolvimento constante, de tal forma que se consiga uma harmoniosa integração entre as áreas assistenciais, tecnológicas, administrativas, econômicas, acrescentando também a área ética, educativa e de pesquisa em todos os serviços prestadores de saúde.

Desta forma, a existência das instituições sanitárias está intimamente correlacionada ao ser humano. Diferente das indústrias, “a matéria-prima que entra num hospital ou instituição de saúde é o homem doente e o que a instituição deve entregar é a saúde” (FELDMAN, 2004).

No entanto, há características das organizações de saúde que tornam difícil internamente a avaliação de resultados neles obtidos. Parte-se da premissa de que seus trabalhadores fazem o melhor que pode ser feito (MALIK; TELES, 2001).

Segundo Las casas (1999) as dimensões da qualidade em serviços são:

- confiabilidade: é importante para prestar serviços de qualidade, gerada pela habilidade de fornecer o que foi prometido de forma segura e precisa;

- segurança: clientes querem dos prestadores de serviços a habilidade de transmitir segurança e confiança, caracterizada pelo conhecimento e cortesia dos funcionários;

- aspectos tangíveis: os aspectos físicos que circundam a atividade de prestação de serviço também têm sua importância como fator de influência, como instalações, equipamentos, aparência dos funcionários, etc.; e

- empatia: grau de cuidado e atenção pessoal dispensado aos clientes. Também são importantes aspectos a capacidade de se colocar no lugar dos outros como também a receptividade, que é a disposição de ajudar os clientes e fornecer serviços com presteza.

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

Ao refletir sobre a crescente preocupação com a efetividade e resolutividade dos sistemas de saúde, as atenções têm-se voltado também à avaliação dos custos e benefícios dos serviços prestados à comunidade (Piccini, 1990; Halal et al., 1994). Para os autores, a questão da qualidade é bastante complexa e diversificada, permitindo um substancial número de alternativas no tocante aos indicadores de saúde.

Donabedian (1980) entende qualidade em 3 dimensões: a técnica, a interpessoal e a ambiental. A técnica se refere à aplicação, atualizada, dos conhecimentos científicos na solução do problema do paciente. A interpessoal se refere à relação que se estabelece entre o prestador de serviços e o paciente. A ambiental diz respeito às comodidades como conforto e bem estar oferecido ao paciente. O autor baseia-se na sistematização do conhecimento sobre as várias organizações de cuidado à saúde, especialmente no que se refere à avaliação da qualidade e à monitoração dos serviços, bem como à análise de necessidades e resolutividade de serviços de saúde e a programas assistenciais. Afirma, também, que qualidade do cuidado na saúde é decorrente de 3 fatores: estrutura, processo e resultado.

Para Donabedian (1993) Qualidade do Cuidado de Saúde é definida por 7 atributos que chamou os “Sete Pilares da Qualidade”, quer sejam:

1) eficácia – capacidade de a arte e a ciência produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias;

2) efetividade – medida de melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana;

3) eficiência – é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo;

4) otimização – relação entre custo e benefício mais favorável. Torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais adições úteis perdem a razão de ser;

5) aceitabilidade – sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Dependem da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado;

6) legitimidade – aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral. Conformidade com as preferências sociais; e

7) equidade – princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimos para a sociedade.

Para Feldman (2004), tratar do tema qualidade implica uma abordagem na área da educação, pois se acredita que a qualidade relaciona-se diretamente à educação. A autora afirma que o nível educacional da população de um país é condição prioritária e fundamental, pelo menos para haver um nível satisfatório de saúde. Estas duas áreas, educação e saúde, constituem indicadores que caracterizam o nível de desenvolvimento e progresso de uma nação. Para Mello e Camargo (1998) os programas de qualidade obtêm resultados mais satisfatórios se a população tiver melhor nível educacional.

Os programas de qualidade já implantados em algumas cidades e instituições, constituem um verdadeiro desafio, levando-se em conta as precárias situações sociais, culturais, regionais, educacionais e de saúde que determinadas localidades brasileiras enfrentam ou estão vivenciando. Vale ressaltar que vários administradores, pensadores e educadores como Peter Drucker, Armand Feigenbaum, Blanton Godfrey, Lester Thurow, Claus Möller, dentre outros, afirmam e insistem que o sucesso de países e organizações está nos seus recursos humanos. É fundamental perceber a importância que a educação tem na saúde, isto é, a participação dos diversos profissionais da saúde vai muito além da capacitação para a aplicação de técnicas, identificar patologias e realizar procedimentos; espera-se que o profissional compreenda o paciente e os problemas da sociedade como, também, que contribua para a implementação de métodos saudáveis de viver, o que caracteriza um padrão de qualidade em saúde a ser atingido (FELDMAN, 2004).

Na área da saúde pública existem alguns aspectos específicos que, também, precisam ser levados em consideração quando se fala no tipo de gerente de saúde necessário. As novas concepções do processo saúde/enfermidade articulam saúde com condições de vida,

englobando aspectos como meio ambiente, habitação, educação, justiça social, tecnologia e processos econômicos, entre outros, dando origem a um novo paradigma assistencial, mais voltado para a promoção de saúde e para a ação intersetorial (TERRA; VECINA NETO, 1998).

O profissional da saúde deve ser capaz de planejar, executar, controlar e avaliar serviços de saúde, sejam eles hospitalares ou não, bem como desenvolver políticas, planos e programas para o setor (VECINA NETO, 1990).

A cultura organizacional do setor público brasileiro de um modo geral não estimula a iniciativa e a criatividade de seus trabalhadores. Entretanto, observou-se que todo o processo de mudança implica a necessidade de profissionais não apenas com boa capacitação técnica, mas com liberdade de criação e autonomia de ação (TERRA; VECINA NETO, 1998).

De acordo com Assada (2001), os fatores determinantes da qualidade em serviços de odontologia são tangibilidade, confiabilidade, pronto atendimento, competência, credibilidade, segurança, acessibilidade, comunicação e compreensão das necessidades dos clientes. A Figura 05 descreve os fatores, conceitos e fornece exemplos.

<b>Fatores Determinantes da Qualidade dos Serviços em Odontologia</b>		
<b>Fator</b>	<b>Conceito</b>	<b>Exemplos</b>
<b>Tangibilidade</b>	Todas as evidências físicas do serviço	Ambiente físico atraente, vestuário adequado dos funcionários, comunicação impressa de fácil entendimento, equipamentos de boa aparência e modernos e os resultados visíveis da odontologia estática executada pela equipe de trabalho
<b>Confiabilidade</b>	Habilidade de prover o serviço com a performance prometida e de forma confiável e acurada	Serviços executados corretamente e da primeira vez, os agendamentos adequados e sem complicações, o atendimento no horário acordado, retorno imediato de contatos telefônicos e cumprir o que foi prometido ao cliente
<b>Pronto Atendimento</b>	Atenção imediata no auxílio aos clientes e na execução dos serviços	A rapidez na solução de problemas odontológicos e de relacionamento, a atenção na prestação de informações e a rapidez de resposta na correção de erros
<b>Competência</b>	A posse das habilidades e conhecimentos técnicos necessários à execução dos serviços	Execução dos serviços sem necessidade de solicitar orientação de outros profissionais ou de superiores, a capacidade de responder às dúvidas do cliente e o pleno domínio do assunto.
<b>Credibilidade</b>	Capacidade de gerar confiança	Boa reputação, não pressionar o cliente a comprar, preços justos e garantia dos serviços.
<b>Segurança</b>	O conhecimento e a capacidade de transmitir responsabilidade e segurança como isenção de perigo, risco ou dúvidas.	Tranqüilidade ao utilizar os serviços do consultório, com a equipe assumindo as preocupações para que o cliente fique e se sinta seguro.
<b>Acessibilidade</b>	A facilidade de acesso e de contato	Facilidade de agendamento, do contato quando surgem problemas e por via telefônica, do contato a qualquer hora, ou seja, atendimento nas 24 horas do dia e plantões aos sábados, domingos e feriados.
<b>Comunicação</b>	Manter o cliente bem informado, com linguagem adequada, principalmente, a habilidade de ouvir o cliente.	A clareza no esclarecimento das dúvidas, a comunicação de qualquer alteração de horário previamente acertados e ouvir o cliente com a devida atenção.
<b>Compreensão das necessidades do cliente</b>	Esforço feito para conhecer o cliente e suas necessidades	O reconhecimento do cliente como indivíduo, a capacidade de identificar necessidades específicas de cada cliente e a flexibilidade para atender aos interesses dos clientes em primeiro lugar.

Figura 05 – Fatores Determinantes da Qualidade dos Serviços, (ASSADA, 2001).

#### **4.4. A Percepção da Qualidade**

A preocupação com a avaliação da qualidade se deu a partir da indústria, onde era feito o controle dos produtos, ou seja, qualidade significava a capacidade de um produto estar em conformidade com as especificações. No entanto, sabe-se hoje que o controle da qualidade também é essencial para o setor de serviços, onde o foco central passa a ser o cliente e a qualidade é definida também de acordo com a percepção do mesmo, como a previsão e a superação das suas expectativas (ANSUJ; ZENCKNER; GODOY, 2005).

Os indivíduos têm seu próprio conceito de qualidade, sendo possível dizer que qualidade é aquilo que cada um acredita que é ou percebe que é. Portanto, é fundamental entender que antes de tudo o conceito de qualidade depende da percepção de cada um em função da cultura ou do grupo que se irá considerar (CERQUEIRA et al, 1994). Para os autores, a qualidade de um produto ou serviço está ligada ainda, por exemplo, ao seu desempenho, ao cumprimento fiel de especificações, ao padrão de excelência em relação a um padrão mínimo exigido, à segurança que traz, à adequação de uso, à capacidade de levar satisfação ao cliente e à relação custo-benefício, ou seja, produto ou serviço de qualidade é aquele adequado ao uso dos clientes.

Gronroos (1993) afirma que os consumidores escolhem prestadores de serviços comparando as percepções que têm do serviço recebido com o serviço esperado, o que é chamado de qualidade de serviço percebida: qualidade é o que os clientes percebem, ou ainda, de forma mais simples pode-se entender qualidade como a adequação de um produto ou serviço, resultante de um processo, à finalidade a que se destina (PALADINI, 1995).

A percepção da qualidade baseia-se em critérios objetivos e subjetivos. O que se pode perceber como satisfação do usuário pelo tratamento odontológico recebido, envolve mais do que meramente um alto nível de competência técnica dos cirurgiões-dentistas (ABRAMS; AYERS; PETETERSON,1986). Conhecer a percepção dos clientes internos (funcionários) e externos (usuários) a respeito da qualidade do serviço público prestado pode ser um bom início para o desenvolvimento de ações que levarão a melhorias, tanto por parte do gestor do sistema, que precisa conhecer o entendimento de ambos os clientes para poder melhor direcionar suas estratégias e ações quanto por parte dos próprios funcionários, que entendendo qualidade sob a ótica de seus clientes estarão mais embasados para atender suas expectativas (LEÃO; DIAS, 2001).

Não é possível satisfazer os clientes se os serviços não forem adequados às suas necessidades e não somente às necessidades do profissional. A percepção da qualidade do serviço resulta da comparação que o cliente faz entre suas expectativas em relação ao serviço e o serviço recebido de fato (MEZOMO, 2001).

A qualidade do serviço é medida levando-se em conta quanto da expectativa do cliente é preenchida pelo serviço oferecido, ou seja, em relação à conformidade esperada pelo consumidor, medida numa base consistente. Entre as características pessoais mais relevantes que afetam a percepção estão atitudes, motivações, interesses, experiências passadas e expectativas (PARASURAMAN et al, 1985).

Existem três possibilidades nas relações entre expectativas e percepções dos clientes (SLACK et al, 1996):

- 1) Expectativas < Percepções : a qualidade percebida é boa.
- 2) Expectativas = Percepções : a qualidade percebida é aceitável.
- 3) Expectativas > Percepções : a qualidade percebida é pobre.

No entanto, mesmo que as percepções de um serviço dependam de um certo grau de julgamento pessoal, é importante que o profissional (prestador de serviço) tente conhecer as expectativas de seus clientes para então buscar melhorias de desempenho que favoreçam uma percepção positiva. As melhores idéias para aprimorar os serviços vêm dos clientes que dependem dos produtos e serviços. Os clientes podem julgar a qualidade percebida dos serviços de saúde e também sugerir idéias úteis de melhoria (SLACK et al, 1996).

A qualidade percebida envolve uma avaliação, subjetivamente realizada pelo cliente, de excelência ou superioridade de uma oferta (GARVIN, 1984). A percepção é um processo de organização, interpretação e derivação de significado de estímulos por meio dos sentidos. Sensação é um processo de recebimento dessas impressões sensoriais. Logo, a percepção é subjetiva. A cognição do cliente sobre um estímulo não é uma foto e sim um desenho, que exprime sua visão individual da realidade (URDAN, 2001). Para o autor, os clientes quase sempre conhecem bem pouco os detalhes do domínio técnico da qualidade, embora apreciem sua importância, especialmente em situações que tragam clara ameaça à saúde e ao bem-estar. Geralmente, o cliente avalia a qualidade técnica do cuidado indiretamente, pelas evidências do interesse e da preocupação dos profissionais com sua saúde e bem-estar. O cliente usualmente não tem dificuldade em avaliar a qualidade interpessoal, configurada nas condições sob as quais o cuidado é prestado e a maneira como é tratado pelos profissionais. O gabarito do

domínio interpessoal pode influenciar os resultados do domínio técnico para o paciente e vice-versa. Um domínio não é eficaz sem o outro (DONABEDIAN, 1985).

O relacionamento interpessoal e o conforto das amenidades não resolvem os problemas de saúde dos clientes. A competência técnica – a menos que ela seja em prol do paciente em virtude do interesse humano e do comprometimento dos profissionais em prover os melhores benefícios aos clientes – também não é por si só suficiente. O que para Urdan (2001) parece demonstrar que os serviços de saúde não fogem, em essência, do caráter genérico da qualidade de serviço. A diferenciação proposta por Grönroos (1990) entre as qualidades técnica e funcional mostra-se válida tratando-se de serviços de saúde. A qualidade técnica refere-se ao domínio técnico dos serviços de cuidado à saúde ao passo que a qualidade funcional reflete seu domínio interpessoal.

Abrams; Ayers; Petterson (1986) avaliaram a percepção da qualidade de pacientes e profissionais, através da aplicação de um questionário fechado e de exames de restaurações, e concluíram que: pacientes e cirurgiões-dentistas estavam considerando diferentes critérios de qualidade, que a simples prática de odontologia com um alto nível técnico não convence os pacientes de que estejam recebendo um tratamento de alta qualidade, que outros aspectos menos técnicos do tratamento são usados como parâmetros de qualidade pelos pacientes e por último, que se deve sempre manter em mente os aspectos humanos e psicológicos do tratamento, pois são componentes integrais da qualidade do tratamento odontológico.

A percepção da qualidade baseia-se em critérios objetivos e subjetivos. O que se pode perceber como satisfação do usuário pelo tratamento odontológico recebido, envolve mais do que meramente um alto nível de competência técnica dos cirurgiões-dentistas (ABRAMS;

AYERS; PETERSON,1986). Conhecer a percepção dos clientes internos (funcionários) e externos (usuários) a respeito da qualidade do serviço público prestado pode ser um bom início para o desenvolvimento de ações que levarão a melhorias, tanto por parte do gestor do sistema, que precisa conhecer o entendimento de ambos os clientes para poder melhor direcionar suas estratégias e ações (LEÃO; DIAS, 2001), como por parte dos próprios funcionários, que entendendo qualidade sob a ótica de seus clientes estarão mais embasados para atender suas expectativas.

Portanto, a percepção do usuário e sua manifestação poderão apontar caminhos para melhorar a prestação de serviços, diminuindo o descrédito e aumentando a confiança do usuário (HELD FILHO, 1999).

## **CAPÍTULO V – ESTUDO EMPÍRICOS**

Nas pesquisas empíricas é fundamental se testar adequadamente as hipóteses formuladas pois, quando comprovadas estatisticamente, passam a servir de suporte para outras pesquisas, construindo um encadeamento de conhecimentos e levando a novas fronteiras do saber. Iniciando desta forma o processo interativo da evolução do conhecimento (BARBETTA, 2005).

Por outro lado, a inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real, quando a fronteira entre o fenômeno e o contexto não é claramente evidente e onde múltiplas fontes de evidência são utilizadas, denomina-se estudo de caso (YIN, 1989).

### **5.1. A instituição e sua estrutura**

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS), órgão vinculado à Prefeitura Municipal de Florianópolis, é responsável pelo planejamento, execução, controle e avaliação dos serviços de saúde pública oferecidos no município. Tem a missão de desenvolver ações de promoção de saúde para a melhoria da qualidade de vida da população, através do desenvolvimento de um modelo básico de atenção baseado na prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde com a participação comunitária, em concordância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), com ações voltadas aos indivíduos, à família e à comunidade, sendo as equipes de saúde do Programa de Saúde da Família (PSF) compostas por médicos com perfil de generalista, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Com relação aos profissionais pertencentes aos serviços públicos de saúde de Florianópolis, a Secretaria Municipal de Saúde gerencia 1.810 servidores distribuídos nas suas diversas unidades de saúde. Dispondo como recursos humanos para o atendimento no município de um total de 194 técnicos de enfermagem, 107 auxiliares de enfermagem, 150 enfermeiros, 220 médicos e 88 cirurgiões-dentistas.

O município conta com a atenção primária em uma divisão especial da rede assistencial em seis setores de saúde: o nível central, 5 regionais e 48 unidades locais de saúde (ULS), divididos geográfica e demograficamente em regiões, dentro dos limites do município. Das 48 ULS, 46 unidades de saúde são classificadas como básicas, uma unidade considerada de segunda linha de atenção por se tratar de um ambulatório de especialidades (Policlínica de Saúde II – Estreito), 01 Laboratório de Análises Clínicas e 02 Centros de Atenção Psicossocial, sendo um para adultos e outro para crianças e adolescentes.

As ULS possuem uma equipe básica profissional composta pelo médico clínico geral, um cirurgião-dentista, uma auxiliar de consultório odontológico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um técnico em enfermagem, que desenvolvem as atividades de clínica geral, odontologia e enfermagem em atenção básica. Entretanto, deve-se ressaltar que para garantir a resolutividade na atenção à saúde, tanto individual quanto coletiva, a secretaria municipal de saúde mantém convênio com a rede privada, bem como contrata outros serviços e instituições, a fim de complementar diagnóstico e tratamentos inexistentes na estrutura da rede pública.

As equipes regionais de saúde em número de 5, foram implantadas em junho de 2002. São compostas por: 1 coordenador regional, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem e 1

auxiliar administrativo. As regionais de Saúde têm como função principal o gerenciamento da rede no nível regional e são distribuídas de acordo com o apresentado na Figura 06.

<b>Região de Saúde (Regionais)</b>	<b>Unidades Locais de Saúde</b>
Regional Centro	Agronômica, Centro, Centro de Atenção Psicossocial, Monte Serrat, Prainha e Trindade.
Regional Continental	Abrão, Balneário, Capoeiras, Coloninha Estreito, Jardim Atlântico, Laboratório, Monte Cristo, Morro da Caixa, Policlínica II, Sapé e Vila Aparecida.
Regional Leste	Barra da Lagoa, Canto da Lagoa, Costa da Lagoa, Córrego Grande, Itacorubi;, João Paulo, Lagoa da Conceição, Pantanal e Saco Grande.
Regional Norte	Cachoeira do Bom Jesus, Canasvieiras, Ingleses, Jurerê, Ponta das Canas, Pronto Atendimento Norte da Ilha, Ratonés, Rio Vermelho, Santo Antonio de Lisboa, Vargem Pequena e Vargem Grande.
Regional Sul	Alto Ribeirão, Armação, Caeira da Barra do Sul, Campeche, Carianos, Costeira do Pirajubaé, Fazenda do Rio Tavares, Morro das Pedras, Pântano do Sul, Ribeirão da Ilha, Tapera, Rio Tavares e Saco dos Limões.

Figura 06 - Divisão das Regionais de Saúde por Unidades de Saúde no Município de Florianópolis (PMF, 2005).

## **5.2. Metodologia para levantamento de dados.**

Relacionado ao tipo de estudo que se deseja realizar, pela natureza e nível de detalhamento do problema, é necessário escolher procedimentos sistemáticos que permitam descrever e interpretar adequadamente a realidade em estudo, ou seja, um método.

De acordo com Richardson (1989), há dois grandes métodos: o quantitativo e o qualitativo. O primeiro caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto na coleta de informações quanto em seu tratamento por meio de técnicas estatísticas, sendo amplamente aplicado em estudos descritivos. Ele visa basicamente, a garantir a precisão dos resultados, evitar distorção de análise e interpretação, possibilitando margem de segurança quanto às inferências. O segundo difere do primeiro, à medida que não emprega um instrumental estatístico como base do processo de análise de um problema, não pretendendo numerar ou medir unidades ou categorias homogêneas. O método qualitativo justifica-se por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social.

O presente trabalho é fundamentalmente um estudo de caráter descritivo, trata-se de uma pesquisa aplicada, quantitativa, exploratória e tipicamente de campo, caracterizando-se como um estudo de caso, pois se procurou por meio de levantamento de dados investigar a percepção da qualidade pelos profissionais que trabalham na Prefeitura de Florianópolis e pelos clientes que utilizam esses serviços, num determinado período de tempo.

Para Bonoma (1985), o estudo de caso é útil quando o problema é amplo e complexo e os conhecimentos existentes são insuficientes para a proposição de questões causais e quando o fenômeno não pode ser estudado fora do contexto em que ocorre.

O presente estudo atende os princípios éticos da Resolução n. 196/96 do CNS/MS, que dispõe sobre a ética na pesquisa envolvendo seres humanos, sendo aprovado por unanimidade pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC), através do Parecer Consubstanciado - Projeto N° 240/05.

Os dados foram levantados através de questionários próprios, elaborados e destinados aos clientes e aos profissionais dos serviços públicos odontológicos, situados em Florianópolis. Tais questionários constam de perguntas objetivas e relativas aos fatores considerados determinantes da qualidade de acordo com Assada (2001) e conforme apresentado na Figura 05.

Os dados foram coletados através de entrevistas realizadas com os cirurgiões-dentistas e com os clientes durante um dia de trabalho compreendido entre segunda e sexta-feira das 08 às 17 horas. Os dados foram coletados através dos questionários não identificados, no período compreendido entre os meses de setembro e dezembro de 2005. Foram elaborados questionários diferenciados para cada categoria, levando em consideração o diferente grau de entendimento de ambas. Os modelos dos questionários aplicados aos clientes e aos cirurgiões-dentistas encontram-se nos apêndices A e B, respectivamente.

Todos os participantes da pesquisa preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, apresentado no Anexo A desta dissertação, no qual o entrevistado é esclarecido sobre a pesquisa e autoriza sua participação no trabalho.

### 5.3. Metodologia estatística para tratamento de dados

Os dados foram organizados, resumidos e apresentados para que pudessem ser interpretados à luz dos objetivos da pesquisa para que dessa forma fosse possível observar os aspectos relevantes e o delineamento do fenômeno em estudo. Trata-se, portanto, de um estudo estatístico descritivo com análise exploratória dos dados.

Como os questionários aplicados foram diferenciados para cada categoria, a base de dados foi homogeneizada para efeitos de comparação. Assim, considerou-se no caso dos clientes que indicaram respostas no campo da insatisfação (insatisfeito ou muito insatisfeito) o valor atribuído ZERO e os que indicaram respostas no campo de satisfação o valor UM. No caso dos profissionais, uma vez que as respostas apenas indicavam a ocorrência ou não do fator, foi atribuído também o ZERO se não houvesse ocorrência de respostas e UM quando estivesse indicado o fator.

Na obtenção da correlação (associação) dentro de cada fator, utilizou-se a distribuição do qui-quadrado e o coeficiente de associação com base no valor do qui-quadrado, indicando se existe um certo grau de associação entre as respostas para cada fator. Assim, os valores podem ser interpretados a partir da seguinte escala:

- se  $C < 0,25$  há uma fraca associação;
- se  $0,25 < C < 0,5$  há uma média associação;
- se  $0,5 < C < 0,75$  há uma forte associação; e
- se  $C > 0,75$  há uma associação muito forte.

No teste das proporções foi verificado pelo teste T de Student se houve significância estatística de cada fator comparado com o valor de 75%, valor considerado padrão para ser significativo.

#### **5.4. Resultados e discussão**

Foram entrevistados 82 usuários que estavam presentes nas ULS buscando atendimento odontológico. Dos 60 cirurgiões–dentistas que trabalham nos consultórios odontológicos das ULS, foram entrevistados 45, pois 9 profissionais estavam em férias, licença saúde ou licença maternidade e 6 cirurgiões –dentistas não foram encontrados.

Inicialmente, observou-se a proporção de respostas de clientes e de profissionais em relação ao mesmo fator determinante da percepção da qualidade. Desta forma, foi possível agrupar as respostas dos profissionais e dos clientes na Figura 07, segundo os fatores determinantes da qualidade descritos por Assada (2001). De acordo com o teste T de Student, os percentuais presentes na Figura 07 que assumiram valores superiores a 75% foram considerados estatisticamente significativos.

A associação existente entre os fatores a e b de cada grupo está testada pelo coeficiente de associação e foi calculada com base no valor do qui-quadrado. A associação entre os fatores a e b dos dois grupos está descrita na Figura 08.

FATORES DETERMINANTES DA QUALIDADE	CATEGORIAS	
	CLIENTES (82)	PROFISSIONAIS (45)
<b>Fator 1 (Tangibilidade)</b>		
1 a Ambiente Físico	84%	89%
1 b Equipamentos	85%	86%
<b>Fator 2 (Confiabilidade)</b>		
2 a Serviços bem executados	87%	100%
2 b Pontualidade	78%	69%
<b>Fator 3 (Pronto Atendimento)</b>		
3 a Agilidade e rapidez de resposta	75%	84%
3 b Atenção na prestação de informações	77%	84%
<b>Fator 4 (Competência)</b>		
4 a Execução de serviços com segurança	86%	95%
4 b Capacidade de responder dúvidas do cliente	89%	78%
<b>Fator 5 (Empatia)</b>		
5 a Delicadeza e consideração ao prestar informações	84%	91%
5 b Preocupação e cuidado na preservação dos interesses do cliente	83%	66%
<b>Fator 6 (Credibilidade)</b>		
6 a Reputação dos serviços	86%	89%
6 b Garantia dos serviços	85%	60%
<b>Fator 7 (Segurança)</b>		
7 a Tranqüilidade ao usar os serviços	91%	75%
7 b Equipe comprometida com o bem-estar dos clientes	90%	82%
<b>Fator 8 (Acessibilidade)</b>		
8 a Fácil agendamento	66%	82%
8 b Fácil localização	84%	78%
<b>Fator 9 (Comunicação)</b>		
9 a Clareza ao esclarecer dúvidas	91%	89%
9 b Ouvir cliente com a devida atenção	83%	93%
<b>Fator 10 (Compreensão das necessidades do cliente)</b>		
10 a Capacidade de identificar necessidades específicas de cada cliente	84%	91%
10 b Flexibilidade para atender interesses do cliente	83%	60%

Figura 07 – Distribuição de Frequências das Respostas de Clientes e Profissionais.

<b>FATORES</b>	<b>CLIENTES</b>	<b>PROFISSIONAIS</b>
1a x 1b	Média	Média
2a x 2b	Forte	Fraca
3a x 3b	Forte	Forte
4a x 4b	Forte	Média
5a x 5b	Forte	Fraca
6a x 6b	Média	Fraca
7a x 7b	Forte	Média
8a x 8b	Fraca	Fraca
9a x 9b	Forte	Média
10a x 10b	Forte	Fraca

Figura 08 – Associação entre os fatores a e b de clientes e de profissionais

Com relação ao ambiente físico (fator 1a) 89% dos profissionais e 84% dos clientes apontaram este fator como determinante para um serviço odontológico de qualidade. A aparência dos equipamentos (fator 1b) comportou-se da mesma forma que o fator 1a. Os resultados apontam que tanto para os profissionais como para os clientes a Tangibilidade (fator 1), entendida como evidências físicas dos serviços, como ambiente físico, vestuário dos profissionais e equipamentos modernos e de boa aparência é um fator determinante para a percepção de um serviço odontológico de qualidade. Estes resultados estão de acordo com os achados de Anjos et al (2005), em uma pesquisa sobre qualidade percebida de serviços, onde os aspectos tangíveis foram altamente considerados pelos participantes da pesquisa. Os fatores a e b de ambos os grupos, apresentaram média associação, o que pode ser entendido como concordância nas respostas dos dois grupos.

A realização de serviços bem executados (fator 2a) foi para os dois grupos do estudo um fator determinante para que se possa perceber um serviço odontológico de qualidade. Ambos apresentaram elevados percentuais de respostas, 87% dos clientes e 100% dos profissionais. No entanto, em relação à pontualidade do atendimento (fator 2b), os valores percentuais foram mais baixos, ou seja, 78% dos clientes e 69% dos profissionais perceberam este fator como determinante de um serviço odontológico de qualidade.

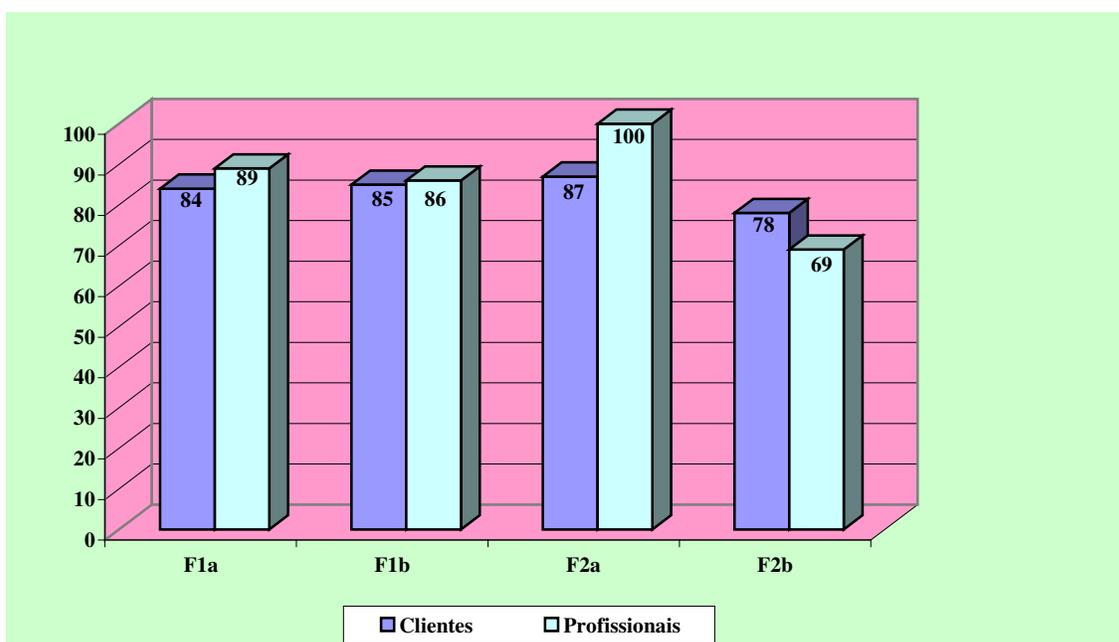


Figura 09 - Distribuição Percentual de Respostas a e b dos Fatores 1 e 2 de Clientes e Profissionais

Os resultados apontaram que a Confiabilidade (fator 2), entendida como serviços bem executados e pontualidade, é para os clientes um fator determinante de um serviço de qualidade. Porém, para os cirurgiões-dentistas, a pontualidade não se mostrou tão significativamente determinante da qualidade quanto à boa execução dos serviços. O

percentual de respostas dos fatores 1a, 1b, 2a e 2b está apresentada na Figura 09. Os resultados sobre o fator confiabilidade dos serviços indicam concordância com os resultados encontrados por Eleutério; Souza (2002), onde as autoras mostraram ser a confiabilidade uma dimensão altamente considerada pelos clientes quando estes avaliaram a qualidade dos serviços.

A agilidade e a rapidez de resposta na solução de erros e problemas (fator 3a) foram apontados em 75% das respostas dos clientes e 84% das respostas dos profissionais como fatores determinantes para um serviço de qualidade. Valores semelhantes foram verificados para a atenção na prestação de informações (fator 3b), as respostas dos clientes totalizaram 77% das respostas, permanecendo o mesmo percentual nas respostas dos profissionais. Estes resultados apontam no sentido que para ambos o Pronto Atendimento (fator 3) é significativamente percebido como determinante para um serviço odontológico de qualidade, existindo uma forte associação entre os fatores a e b dos dois grupos.

Os resultados encontrados neste estudo indicam haver concordância com os achados de Anjos et al (2005) no que se refere à pontualidade e à agilidade e rapidez de resposta. Observou-se neste estudo, que os profissionais perceberam mais fortemente estes fatores como determinantes de um serviço de qualidade do que os clientes.

De acordo com as respostas dos clientes e dos profissionais, executar serviços com segurança (fator 4a) é parte integrante de serviços odontológicos de qualidade, com 86% e 95% das respostas, respectivamente, como, também, a capacidade de responder as dúvidas do cliente (fator 4b) e que aparece em 89% das respostas dos clientes entrevistados e em 78% das respostas dos profissionais. Existe uma forte associação entre os fatores a e b dos clientes, enquanto que no grupo dos profissionais esta associação é média. Os resultados permitem afirmar que para os dois grupos a Competência (fator 4) é um fator determinante da prestação

de serviços de qualidade, embora os profissionais demonstrem dar maior significado à execução de serviços com segurança do que a capacidade de responder dúvidas do cliente. A proporção de respostas dos fatores 3a, 3b, 4a e 4b está apresentada na Figura 10. Estes resultados estão de acordo com os achados de Burke; Croucher (1996) apud Held Filho (1999) , onde para os pacientes, um bom serviço de odontologia deveria ter preocupações com explicações sobre os procedimentos, com métodos de higiene e esterilização, além de contar com profissionais hábeis; e para os profissionais, um bom serviço de odontologia deveria ter equipamentos modernos, ambientes e decoração agradável e de profissionais com boa reputação.

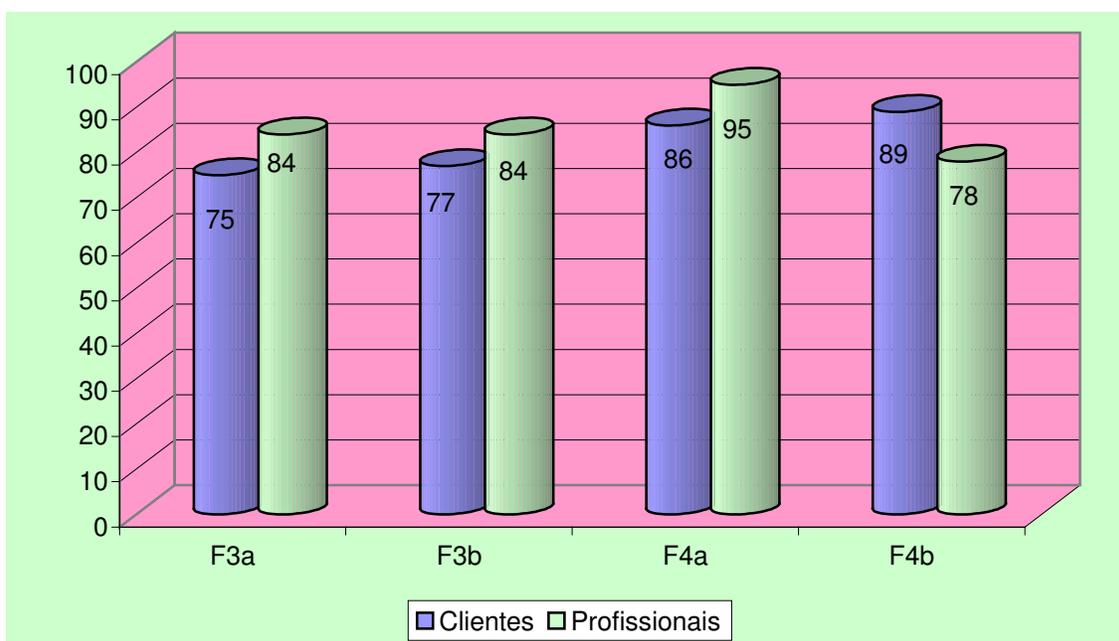


Figura 10 – Distribuição Percentual de Respostas a e b dos Fatores 3 e 4 de Clientes e Profissionais

Prestar informações e esclarecimentos com delicadeza e consideração (fator 5a) são partes integrantes de um atendimento com qualidade, segundo as respostas dos clientes (84%) e dos profissionais (91%). A preocupação e o cuidado na preservação dos interesses do cliente (fator 5b) são nitidamente mais determinantes para um atendimento de qualidade para os clientes do que para os profissionais, conforme se verificou nos percentuais observados 83% para os clientes e apenas 66% para os profissionais. Entretanto, é possível afirmar que a Empatia (fator 5), é para ambos os grupos, um fator determinante de qualidade na prestação de serviços. Percebe-se uma forte associação entre os fatores a e b do grupo dos clientes e uma fraca associação entre os mesmos fatores do grupo dos profissionais. Os resultados indicam que para os profissionais a delicadeza e a consideração são mais significativas de um serviço de qualidade do que a preocupação e o cuidado na preservação dos interesses do cliente. No entanto, para os clientes, estes fatores parecem ser igualmente significativos na prestação de um serviço odontológico de qualidade. Os resultados concordam fortemente com as palavras de Donabedian (1985) apud Urdan (2001) e de Ansuji (2005), para os quais, embora a maioria dos pacientes pouco conheça sobre o domínio técnico da qualidade, apreciam sua importância. O que ocorre geralmente é que os pacientes avaliam a qualidade técnica de forma indireta através das evidências do interesse e da preocupação dos profissionais com sua saúde e seu bem-estar.

A boa reputação dos serviços (fator 6a) é para os clientes e para os profissionais um fator determinante de qualidade em serviços contabilizado, respectivamente em 86% e 89% das respostas dos grupos. A garantia dos serviços (fator 6b) é determinante de um serviço de qualidade para os clientes, totalizando 85% das respostas. Não foi observada a mesma expressividade nas respostas dos cirurgiões-dentistas, pois apenas 66% dos profissionais

revelaram que a garantia dos serviços é determinante da qualidade em serviços de odontologia. Observou-se média associação entre os componentes a e b do fator 6 das respostas dos clientes e fraca associação nas respostas dos profissionais, o que pode indicar que para os clientes a Credibilidade (fator 6) é um fator mais fortemente significativo para um serviço de qualidade do que para os profissionais. O percentual de respostas dos fatores 5a, 5b, 6a e 6b está apresentada na Figura 11. De acordo com estes resultados, as duas categorias entendem a boa reputação dos serviços como fator determinante para a qualidade dos serviços como fator determinante para a qualidade dos serviços, o que foi confirmado pelos estudos de Resende; Cantisano; Noronha Filho (1998) e Eleutério; Souza (2002).

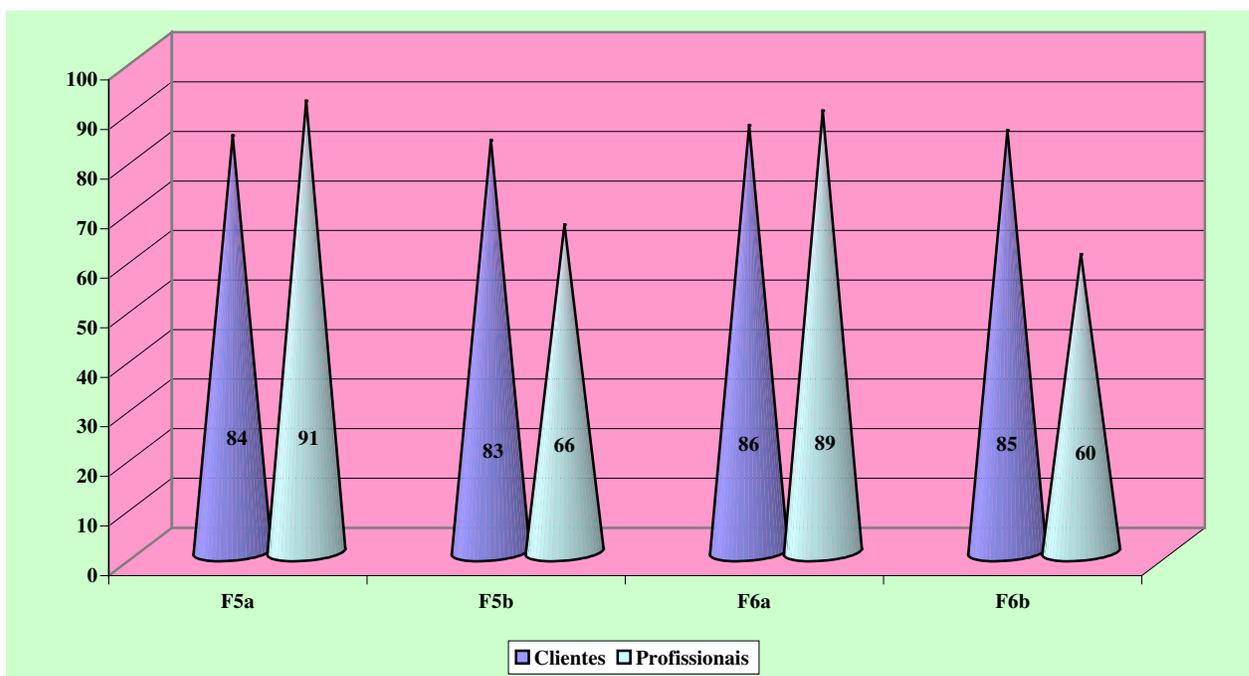


Figura 11- Distribuição Percentual de Respostas A e B dos Fatores 5 e 6 de Clientes e Profissionais

A tranquilidade ao utilizar os serviços (fator 7a) é um fator significativamente determinante para a prestação de um serviço de qualidade, pois foi observado em 91% das respostas dos clientes e em 75% das respostas dos profissionais, embora este percentual esteja no limite mais inferior considerado pelo teste T de Student. O comprometimento da equipe com o bem-estar dos clientes (fator 7b) apareceu em 90% das respostas desse grupo e em 82% das respostas dadas pelos profissionais. Outrossim, observou-se forte associação nas respostas dos fatores 7a e 7b dos clientes, entretanto essa forte associação não foi observada nas respostas dos profissionais, pois foi observada uma média associação nas respostas desse grupo. Este fato pode indicar que para os clientes, a Segurança (fator 7) é um fator mais significativamente determinante de qualidade do que para os profissionais. As respostas dos profissionais apresentaram discrepância entre os fatores A e B, pois o fator mais significativo foi o comprometimento da equipe com o bem-estar dos clientes. Estes resultados são confirmados pelos achados de Ansuji (2005).

A facilidade para agendar consultas (fator 8a) foi apontada por 66% dos clientes e por 82% dos profissionais como sendo um fator determinante de um serviço de qualidade. Uma fácil localização dos serviços (fator 8b) é destacada por 84% dos clientes e por 78% dos profissionais. No entanto, os dois grupos apresentaram fraca associação entre as respostas nos dois fatores, o que pode significar ausência de concordância entre as respostas aos dois fatores nos dois grupos. Para os clientes, a facilidade no agendamento é menos significativo do que a fácil localização dos serviços. Para os profissionais ocorreu o contrário. O percentual de respostas dos fatores 7a, 7b, 8a e 8b está apresentada na Figura 12. Os resultados deste estudo são confirmados pelos achados de Santos (1995) e Anjos et al (2005).

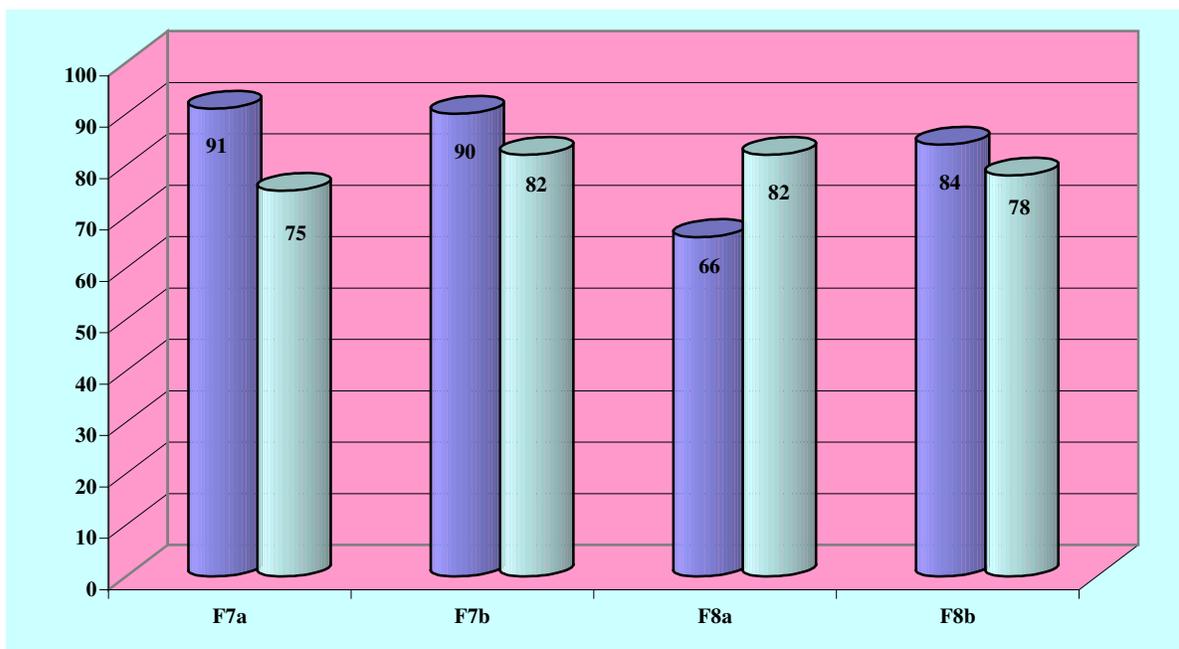


Figura 12 - Percentual de Respostas a e b dos Fatores 7 e 8 de Clientes e Profissionais

A clareza ao esclarecer dúvidas (fator 9a) foi apontada por 91% dos clientes e por 89% dos profissionais como fator determinante da qualidade. Escutar os clientes com a devida atenção (fator 9b) foi apontado como fator determinante da qualidade para 83% dos clientes e para 93% dos profissionais. A Comunicação (fator 9) é considerada um fator significativamente determinante para a prestação de serviços com qualidade. Nas respostas dos clientes a associação apresentada é forte, sendo que para os profissionais a associação apresentada é média. Estes resultados foram confirmados pelos estudos de Resende (1998), Held Filho (1999), Ansuj (2005) e Anjos (2005).

A capacidade de identificar necessidades específicas de cada cliente (fator 10a) foi apontada por 84% dos clientes e por 91% dos profissionais como um fator importante. A flexibilidade para atender interesses dos clientes (fator 10b) foi observada em 83% das

respostas dos clientes e em apenas 60% das respostas dos profissionais. A compreensão das necessidades do cliente (fator 10) foi mais visivelmente significativa na percepção de qualidade nas respostas deste grupo do que nas respostas dos cirurgiões-dentistas. Esta diferença de percentuais, levou a uma forte associação entre as respostas dos clientes e uma fraca associação entre as respostas dos profissionais. O que indica discrepâncias nas respostas a e b do fator 10 nas respostas dos cirurgiões-dentistas. Embora os profissionais apontem ser determinante a capacidade de identificar necessidades específicas do cliente, não concordam que a flexibilidade para atender os interesses dos clientes seja determinante para prestar um serviço odontológico de qualidade. Os clientes, no entanto, apresentam concordância nas suas respostas. A proporção de respostas dos fatores 9a, 9b, 10a e 10b está apresentada na Figura 13. Estes achados são confirmados pelos estudos de Eleutério; Souza (2002).

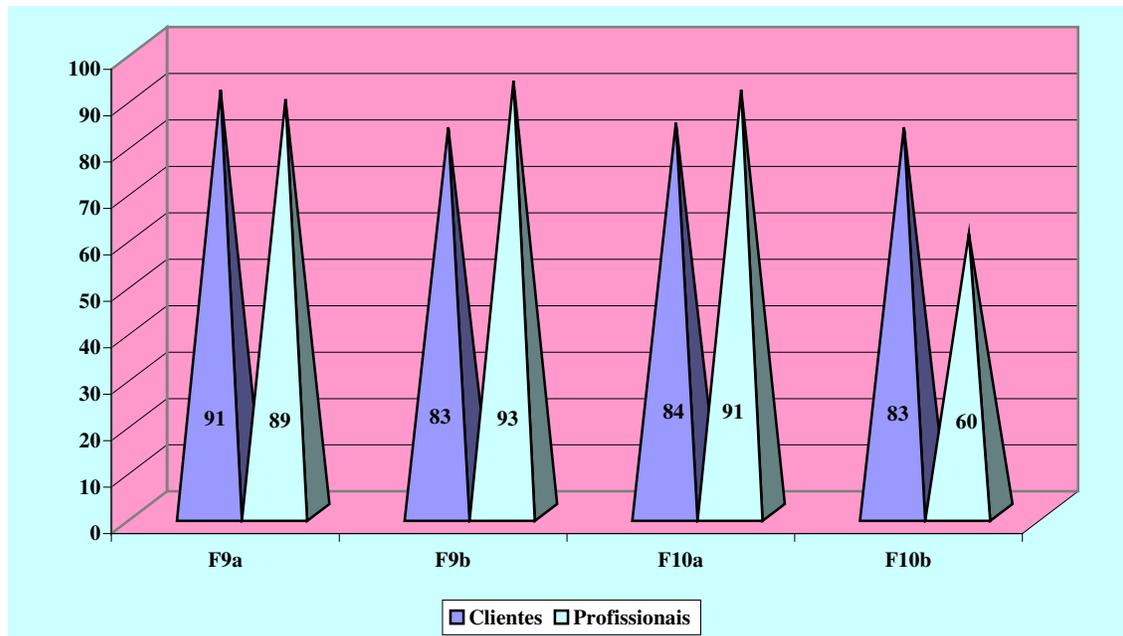


Figura 13– Distribuição Percentual de Respostas a e b dos Fatores 9 e 10 de Clientes e Profissionais.

Na Figura 14 está apresentada a Distribuição Percentual de Respostas dos Clientes, onde se observou um cenário formado pelos valores apontados pelos clientes como fatores determinantes da qualidade. Percebe-se que para os clientes praticamente todos os fatores são significativamente determinantes da qualidade, exceto o fator 8a referente ao fácil agendamento e que apresentou o menor percentual com 60% das respostas.

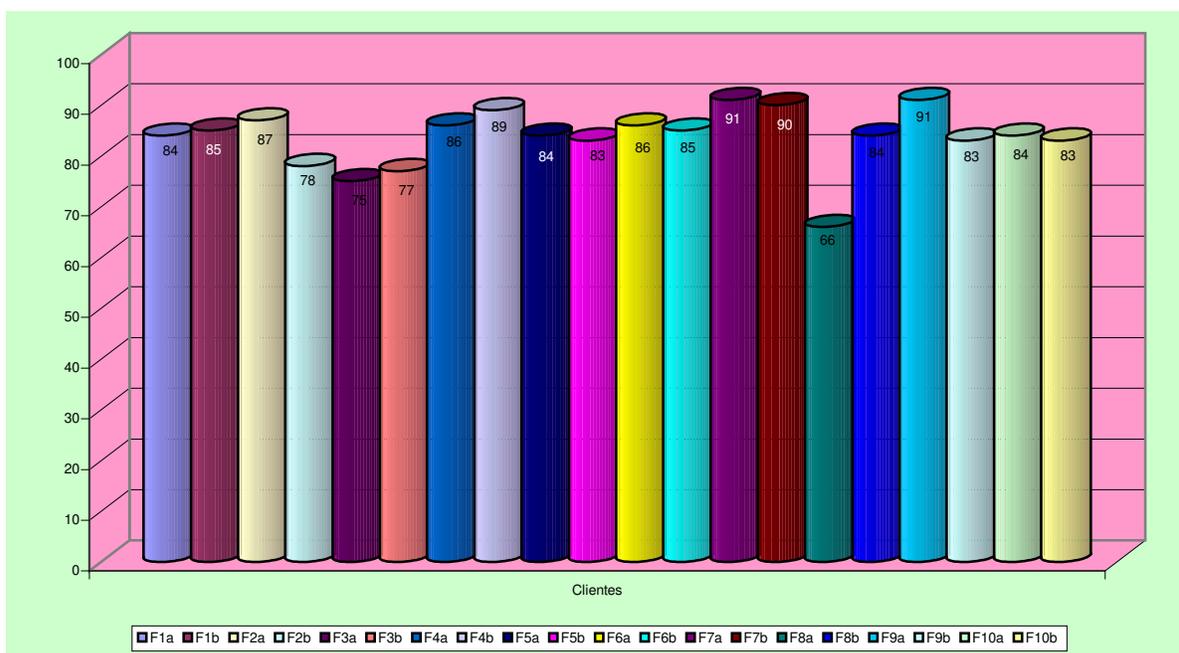


Figura 14 - Distribuição Percentual das Respostas dos Clientes

A Figura 15 – apresenta a Distribuição Percentual de Respostas dos Profissionais, onde se pode perceber o cenário formado pelos valores apontados pelos profissionais como fatores determinantes da qualidade. Os profissionais assinalaram a maioria dos fatores como significativamente determinantes da qualidade. Entretanto, os fatores 5b, 6b e 10b foram os que apresentaram os menores percentuais de respostas. Estes fatores são referentes, respectivamente, à preocupação e cuidado na preservação dos interesses do cliente, garantia

dos serviços e à flexibilidade para atender os interesses dos clientes. O fator 2a, referente à boa execução dos serviços, foi merecedor de 100% das respostas dos profissionais, o que indica o grande privilégio que os profissionais conferem às qualidades técnicas dos serviços, o que é confirmado por Abrams, Ayers e Petterson (1986) e Grönroos (1990).

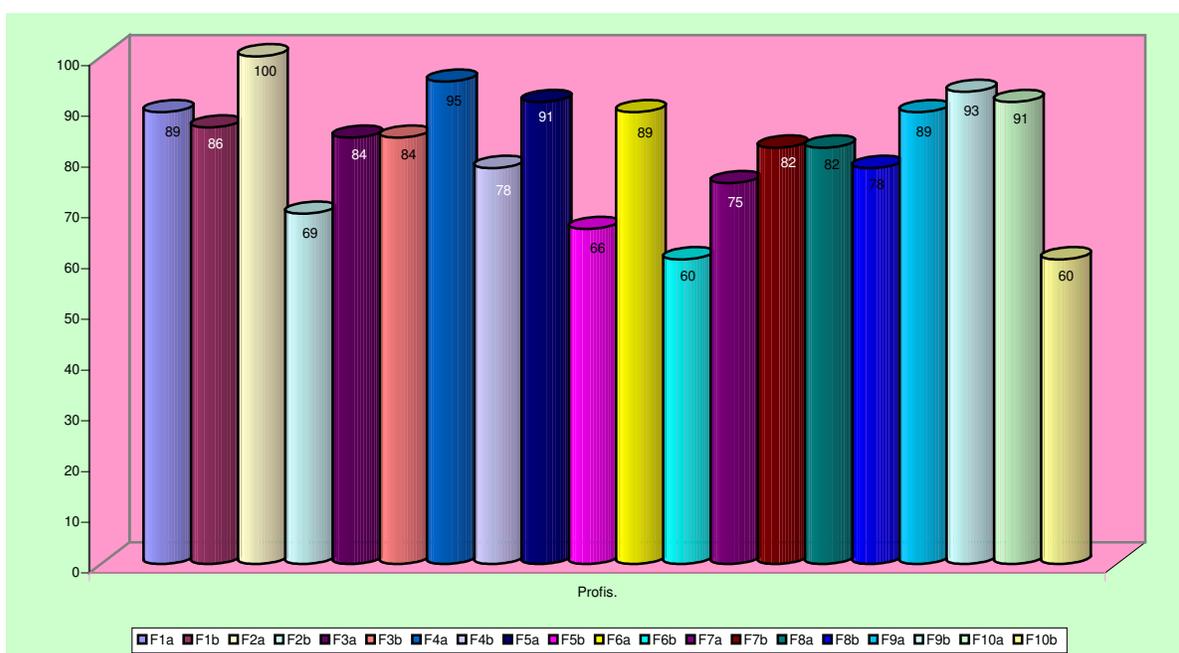


Figura 15 - Distribuição Percentual das Respostas dos Profissionais

É possível perceber o cenário formado pelos fatores determinantes da qualidade que foram apontados pelos profissionais e pelos clientes. Assim, verificou-se que os clientes valorizam mais os fatores da qualidade interpessoal citados por Grönroos (1990) do que os aspectos técnicos do profissional, embora os levem em consideração. Entretanto, esse fato não se opõe à visão dos profissionais que privilegiaram significativamente os aspectos da

qualidade técnica, porém sem deixar de levar em consideração os aspectos relativos à qualidade interpessoal. Assim, na maioria dos aspectos, ambos os grupos têm percepções semelhantes do que seja um serviço odontológico público de qualidade.

### **5.5. Sugestões para a instituição**

O conceito de qualidade é dinâmico e está naturalmente ligado ao referencial de um dado momento histórico. Assim, é preciso considerar que a missão institucional e o seu projeto de qualidade estarão sujeitos à releitura, de acordo com as mudanças do cenário social, econômico e cultural onde a organização está inserida.

Sugere-se à instituição pesquisada uma adequada atenção no sentido de proporcionar maior oportunidade de crescimento no que diz respeito às relações clientes e profissionais, objetivando assim um ambiente propício à comunicação e em consequência disso, uma prestação de serviços públicos com mais qualidade, pois através da percepção e manifestação dos clientes acerca do que seja um serviço público odontológico de qualidade, é que será possível apontar caminhos para a melhoria contínua da prestação de serviços, fortalecendo a confiança do usuário, humanizando os serviços e legitimando ainda mais os serviços públicos como instrumentos de cidadania.

Tendo em vista que a preocupação e o cuidado na preservação dos interesses dos clientes foram mais valorizados pelos clientes do que pelos profissionais, sugere-se à instituição que estimule o aumento do grau de cuidado e atenção pessoal dispensado aos clientes. Estes fatores permitem o fortalecimento da empatia entre pacientes e profissionais, o que favorece a prestação de serviços de qualidade.

A garantia dos serviços foi mais valorizada pelos clientes do que pelos profissionais. Este resultado permite sugerir à instituição que estimule a credibilidade, ou seja, a capacidade de gerar confiança nos serviços oferecidos.

Em relação à acessibilidade dos serviços foi observado que o fácil agendamento foi mais valorizado pelos profissionais do que pelos clientes. Já para os clientes, a facilidade de chegar ao local do atendimento foi mais valorizada do que o agendamento das consultas. Sugere-se à instituição que continue investindo na valorização da facilidade de acesso e de agendamento de consultas.

A flexibilidade para atender aos interesses dos clientes foi mais valorizada pelos clientes. Sugere-se à instituição que a compreensão das necessidades dos clientes seja valorizada, para isso é preciso que haja um esforço para conhecer o cliente e suas necessidades.

Por outro lado, é necessário que haja uma divulgação ampla e democrática do que se considera o padrão de qualidade desejável e possível no atual nível da tecnologia e da arte do cuidado. É necessário, também, que se continue investindo no aprimoramento e valorização dos profissionais em direção à qualidade possível nas atuais condições econômicas e sociais, bem como na ampliação do acesso da população aos serviços públicos de odontologia, pois, ainda grande parte da população, apesar do índice cada vez mais elevado de cirurgiões-dentistas por habitante, ainda não teve acesso ao atendimento odontológico.

Por último, sugere-se a realização periódica de estudos semelhantes, a fim de monitorar e garantir um serviço público de odontologia com qualidade.

## **CAPÍTULO VI - CONCLUSÕES**

O presente estudo indica que os aspectos mais significativos na percepção da qualidade em serviços públicos de odontologia da Prefeitura Municipal de Florianópolis, para os clientes foram a tranquilidade ao utilizar os serviços e a clareza ao esclarecer dúvidas (91%), e para os cirurgiões-dentistas foi a boa execução dos serviços (100%). Tal fato está de acordo com o encontrado na literatura, pois para os profissionais a qualidade técnica dos serviços é altamente significativa, e para os clientes a qualidade interpessoal é mais significativa. De maneira geral houve concordância nas respostas de ambos os grupos estudados.

Os elevados percentuais presentes nas respostas dos cirurgiões-dentistas e dos clientes, permitem concluir que a percepção da qualidade em serviços públicos de odontologia pelos clientes e pelos profissionais pode ser verificada pelos fatores determinantes da qualidade investigados neste estudo.

Dentro das condições em que foi realizado o presente trabalho, parece lícito concluir que o instrumento utilizado nesta pesquisa mostrou-se simples e efetivo para a coleta da opinião dos participantes sobre a percepção da qualidade em serviços de odontologia. O que permite acompanhar as mudanças que constantemente ocorrem nos valores, expectativas e desejos dos clientes que buscam, a cada dia, serviços de melhor qualidade.

Obter, perceber ou avaliar a qualidade nos serviços públicos de saúde implica lidar com a estrutura de valores da sociedade, pois o que varia, na verdade, são os critérios segundo os quais a qualidade é julgada.

O conhecimento dessa percepção possibilita a elaboração de uma caracterização do serviço prestado, objetivando, por exemplo, subsidiar a construção dos instrumentos de avaliação para seja possível correlacionar a qualidade percebida e a qualidade avaliada do serviço prestado. A avaliação permite que as organizações conheçam detalhadamente o seu desempenho, considerando os critérios de excelência. Não se trata apenas de organizar os serviços para a demanda, mas de ordená-los para as necessidades dos clientes que são e serão sempre sua razão de ser.

## REFERÊNCIAS

ABRAMS, R.A.; AYERS, C.S.; PETERSON, M.V. Quality assessment of dental restorations: a comparison by dentists and patients. **Community Dent. Oral Epidemiol.** v.4, p. 317-319, 1986.

ALBINO, C. et al. **A saúde e seus custos: como passar do caos à qualidade?** RAS. v.4, n. 14. jan/mar.2002.

ANSUJ, A. P.; ZENCKNER, C. L.; GODOY, L. P. **Percepção da qualidade dos serviços de odontologia.** XXV Encontro Nac. de Eng. De Produção-Porto alegre, RS, Brasil, 29 Out a 01 de nov de 2005.

ASSADA, R.M. **A equipe como vetor de qualidade.** 2001. Disponível em <http://www.odonto.com.br> [2001 Nov. 21] Acesso em 20/Jul/2005.

ASQC- Quality Press Organization. **Certified quality manager handbook, the.** USA: ed. McGraw-Hill Trade, 1ª edition, 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR ISO 19011:2002 - Diretrizes para auditorias de sistema de gestão da qualidade e / ou ambiental.** Rio de Janeiro: ABNT, 2002. 14p.

\_\_\_\_\_. **NBR ISO 14001:1996 Sistemas de Gestão Ambiental - Especificações e Diretrizes para uso.** Rio de Janeiro: ABNT, 1997. 14p.

\_\_\_\_\_. **NBR ISO 9000:2000 Sistemas de Gestão da Qualidade - Fundamentos e vocabulário.** Rio de Janeiro: ABNT, 2001. 26p.

\_\_\_\_\_. **NBR ISO 9001:2000 Sistemas de Gestão da Qualidade - Requisitos.** Rio de Janeiro: ABNT, 2001. 21p.

\_\_\_\_\_. **NBR ISO 9004:2000 Sistemas de Gestão da Qualidade – Diretrizes para melhorias de desempenho.** Rio de Janeiro: ABNT, 2001. 48p.

BARROS, C. D. C. **Sensibilizando para a qualidade**. Rio de Janeiro: Qualitymark. 1992. 95p.

BARBETTA, P. A. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**. 5.ed. Florianópolis: UFSC, 2005.

BONOMA, T. V. **Case Research in Marketing**: Opportunities, Problems and Process. *Journal of Marketing Research*, Vol XXII, May 1985.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: centro gráfico do Senado Federal, 1988. 292p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Bucal**: relatório final. Brasília, 2004.

CALDAS, C. **História Militar da Ilha de Santa Catarina** – notas. Florianópolis: Lunardelli: 1992. 149 p.

CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA JUNIOR, M.; TONON, L. M. **Cadernos de Saúde**. Planejamento e Gestão em saúde. Belo Horizonte: COOPMED, 1998, cap, p. 11-26.

CANDEIAS N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev Saúde Pública** 1997;31:209-213.

CARUSO, M.M.L.; CARUSO, R.C. **Vida e cultura açoriana em Santa Catarina**. Florianópolis: Edições da Cultura Catarinense; 1997.

CARCERERI, D. L. **Estudos Prospectivos sobre a gestão de competências na área de odontologia no contexto do Sistema Único de Saúde/SUS, no estado de Santa Catarina. 2005**. Tese (Doutorado em Engenharia) – Curso de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

CARR-HILL, R. A. The measurement of patient satisfaction. **Journal of Public Health Medicine**, v.14, p.236-249, 1992.

CERQUEIRA NETO, E. P. de **Gestão da qualidade** – princípios e métodos. São Paulo: Pioneira. 1993. 156 p.

CERQUEIRA, J. P. de et al. **Iniciando os conceitos de qualidade total**. Biblioteca Pioneira de administração e negócios. Série qualidade Brasil. São Paulo: Pioneira, 1994.

COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M. **Política social e descentralização**: o caso do setor saúde.

CROSBY, P.B.; **Qualidade**: é investimento. Rio de Janeiro. José Olympio. 6ª edição. 1994.

CUNHA, M.P.; CUNHA, J.V.; DAHAB, S. Gestão da Qualidade: uma abordagem dialéctica. RAC – **Revista de Administração C**. Edição Especial 2001: 197-215.

DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**: the definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI: health Administration Press, v.1 p. 163. 1980.

\_\_\_\_\_ The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**, v.114:1115-9; 1990.

\_\_\_\_\_ **The definition of quality and approaches to its assessment**. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1999.

DOS ANJOS, S.J. G. et al. **Qualidade percebida dos serviços hoteleiros de Balneário Camboriú**: uma proposta de análise. XXV Encontro Nac. de Eng. De Produção-Porto alegre, RS, Brasil, 29 Out a 01 de nov de 2005.

ELEUTÉRIO, S. A. V.; SOUZA, M.C. A. F. Qualidade na prestação de serviços: uma avaliação com clientes internos. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 9,n.3, Jul/Set 2002.

EMBRAPA. Disponível em <http://www.embrapa.gov.br>, acesso em 12/11/05.

ESTEFANO, E.V.V. **Satisfação dos recursos humanos no trabalho**: um estudo de caso na biblioteca central da Universidade Federal de Santa Catarina. 1996. Dissertação (Mestrado em Engenharia) – Curso de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

FELDMAN, L. B. **Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde** – Critérios de avaliações, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação. São Paulo: Martinari, 2004. 250p.

FITZPATRICK, R. **Surveys of patient satisfaction** – important general considerations. British Medical Journal, v.302. p.887-889, 1991.

GARVIN, D. A. **What does “product quality” really means.** Sloan Management Review, v.26, n.1, p. 23-43, Fall ,1984.

GARVIN, D.A. **Gerenciando a qualidade.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 1992.

GEVAERD, S.P.; SILVEIRA FILHO, D.; DUCCI, L.; SIMÃO, M.G. **Os dizeres da boca em Curitiba:** boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. Rio de Janeiro: CEBES, 2002.

GIANESI, I.G.N.; CORRÊA, H.L. **Administração estratégica de serviços:** operações para a satisfação do cliente. São Paulo: Atlas. 1996. 233p.

GOMES, J. S.; SALAS, J. M. A. **Controle de gestão:** uma abordagem contextual e organizacional. 3. ed. São Paulo: Atlas. 2001. 192 p.

GRÖNROOS, C. **Service management and marketing:** managing the moments of truth in service competition. Lexington: Lexington Books, 1990.

HALAL, I. S. et al. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública.** v.28. p.131-136, 1994.

HAYES, B. E. **Medindo a satisfação do cliente:** desenvolvimento e uso de questionários. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1996. 209 p.

HELD FILHO, A. **Incorporando a percepção do paciente na avaliação do atendimento odontológico.** 1999. Dissertação (Pós-Graduação Mestrado em Odontologia) – Curso de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

IDROGO, A. A. A. **Sistema integrado de gestão da qualidade, meio ambiente e saúde e segurança no trabalho – um modelo para a pequena empresa.** 2003. Tese (Doutorado em

Engenharia) – Curso de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

IPIUF – Instituto de Planejamento Urbano de Florianópolis. Disponível em [http :  
www.pmf.sc.gov.br](http://www.pmf.sc.gov.br) Acesso em 10/ago/2005.

ISHIKAWA, K. **Controle da qualidade total**. Rio de Janeiro: Campus. 1997.

JURAN, J. M. **Juran planejando para a qualidade**. São Paulo: Pioneira, 1990.

\_\_\_\_\_. **A qualidade desde o projeto: novos passos para o planejamento da qualidade em produtos e serviços**. 3. ed. São Paulo: Pioneira, 1997.

KLOETZEL, K. et al. Controle da qualidade em atenção primária à saúde - A satisfação do usuário. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 14(3) 623-628. Jul - set. 1998.

KOTLER, P.; ARMSTRONG, G. **Princípios de Marketing**. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil. 1998.

LAS CASAS, A. L. **Qualidade Total em serviços: conceitos, exercícios e casos práticos**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.206 p.

LEÃO, A.T.T.; DIAS, K. Avaliação dos serviços de saúde prestados por faculdades de odontologia: a visão do usuário. **Rev. Bras. Odont. Saúde Coletiva**, v.2, n.1, p.40-46, 2001.

LÉEME, A. C.; NOROÑA, G.; RESENDE, J.B. A Satisfação do usuário em Hospital Universitário. **Rev.Saúde Públ.**, v.25, n.1, p.41-6, 1991.

LIMA, C.R. M. de. A avaliação do custo-eficácia das intervenções em organizações de saúde. **RAE – Revista de Administração de empresas**. São Paulo, v.38, n. 2, p. 62-73. Abr./Jun. 1998.

MACEDO-SOARES, A.; SANTOS, J.A.N. Gestão da mudança estratégica na saúde do Brasil: um modelo para iniciar a implementação de estratégias de qualidade orientadas para o cliente. **RAP- Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro. Jan./Fev. 2001.

MACHADO, M. A. **Avaliação da qualidade de serviços, usando uma versão modificada da escala SERVQUAL:** aplicação em uma concessionária de veículos. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Econômicas. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 1999. 109 p.

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

MARSHALL JUNIOR, I. et al. **Gestão da qualidade**. São Paulo: FGV, 2003. 160 p.

MELLO, J.B.; CAMARGO, M.O. **Qualidade na saúde:** práticas e conceitos. Normas ISO nas áreas médico-hospitalar e laboratorial. São Paulo: Best-Seller; 1998.

MEZOMO, J.C.. **Gestão da Qualidade na saúde:** princípios básicos. São Paulo, Manole. 301p. 2001.

MIGUEL, P.A.C. SALOMI, G.E. Uma revisão dos modelos para medição da qualidade em serviços. **Rev. Prod.** v. 14, n.1, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) , acesso em 20/07/04.

MOURA, A.F.; MEIRINHO, J.; SILVA, M.S.; OLIVEIRA, M.; PEIXOTO, E.G. **Florianópolis:** homenagem ou humilhação? Florianópolis: Ed. Insular. 1995. 88 p.

MUNRO, A. C. M. **Divergências entre as Expectativas do Usuário e a Percepção da Gerência em relação a Qualidade do Serviço.** 1994. Resumo de dissertação (Mestrado em Marketing) – UFRGS, Porto Alegre. Disponível em < <http://www.cesusp.ufrgs.br/PPGA/mktres.htm#15> >. Acesso em: 20 abr. 2004.

NEVES, J. F.; NEVES, M. C. P. **Qualidade e sustentabilidade.** Seropédica: Embrapa Agrobiologia, dez. 2000. 14 p. (Embrapa Agrobiologia. Documentos, 115).

NOGUEIRA, L.C.L. **Gerenciando pela qualidade total na saúde.** Belo Horizonte: Fundação Cristiano Ottoni, 1996. 94p.

NORMAN, R. **Administração de Serviços: Estratégia e Liderança nas Empresas de Serviços**. São Paulo: Atlas, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Disponível em [www.who.int](http://www.who.int) , acesso em 20/07/04.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Disponível em [www.opas.org.br](http://www.opas.org.br) , acesso em 20/07/04.

PALADINI, E.P. **Gestão da qualidade no processo: a qualidade na produção de bens e serviços**. São Paulo: Atlas. 1995. 286p.

PALADINI, E. P. **Gestão da qualidade – teoria e prática**. São Paulo: Atlas. 2000. 330p.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L.L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. **Journal of Marketing**, v.49, p.41-50,1985.

PEREIRA, M. **Pequena História de Florianópolis**. Florianópolis: Ed. Terceiro Milênio, 1994.

PMF - PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Disponível em <http://www.pmf.sc.gov.br> , acesso em 10/10/05.

QUALIDADE NA SAÚDE – ISO 9002. Disponível em [http://www.thompson.org.br/iso9000\\_2001.htm](http://www.thompson.org.br/iso9000_2001.htm) , acesso em 10/08/05.

QUEVEDO, J.; ORDÓÑEZ, M.; SALES, G. **Santa Catarina – meu estado**. Ed. Scipione, 1994. 71 p.

REGIS FILHO, G.I.; LOPES, M.C. Estudo de clima organizacional em serviços ambulatoriais de saúde pública, da Secretaria de Saúde de Itajaí – SC. Segunda parte: perfil dos servidores e nível de satisfação. **Rev. Cien. Saúde**, Florianópolis, v. 15, n.1/2, p. 163-190. jan./dez.1996.

RESENDE, J.; CANTISANO, M. H.; NORONHA FILHO, G. A satisfação do usuário com os serviços de atendimento odontológico. Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Revista Regional de Araçatuba. APCD**, v.19/20, P. 13-18, 1998/99.

RICHARDSON, Robert J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989.

ROSA, A. G. F. et al. **O que fazer nos municípios?** Rio de Janeiro: Rede cedros, 1992.

SLOAN, M. D.; CHMEL, M.A. **A revolução da qualidade e o serviço de saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1996. 231 p.

SANTOS, M. P. dos. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção a saúde da criança sob a ótica do usuário. **R. bras. Enferm.** Brasília, v. 48, n.2, p. 109-119, abr./jun. 1995.

SOUZA, R. K. T. de. SCHOLZ, M. R. Utilização dos serviços oferecidos por uma unidade básica de saúde do município de Maringá – PR. **Saúde em debate**, Londrina, v.52. p.35-41, set., 1996.

TANAKA, O.Y. **Análise da utilização dos serviços do posto de assistência médica e do pronto atendimento do Jardim São Jorge no município de São Paulo, por meio do estudo da clientela usuária**. São Paulo: USP. Faculdade de Saúde Pública, 1988. 158p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública, USP, 1988.

TERRA, V. VECINA NETO, G. A universidade e a formação de recursos humanos na gestão da saúde. **Revista de administração pública**, Rio de Janeiro, ano 2, v.32, p.185-94,mar/abr. 1998.

URDAN, A. T. A Qualidade de Serviços Médicos na Perspectiva do Cliente. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v.41,n.4,p.44-45 .Out./Dez. 2001.

VÁRZEA, V. **Santa Catarina – A Ilha**. Florianópolis: Ed. Lunardelli, 1985.

VASCONCELLOS, P. P. de. **Desenvolvimento de um modelo de avaliação da qualidade do serviço odontológico**. 2002. 91 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Centro Tecnológico. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

VIEIRA, M. M. F. et al. **Indicadores de Qualidade na Administração Municipal: um Estudo Exploratório na Prefeitura da Cidade de Recife**. RAC, v.4, n.1, Jan./Abr. 2000:69-91.

VUORI, H. **A qualidade da saúde**. Cad Ci e Tecnol;v.3, p.17-24.1991.

YIN, R K. – **Case Study Research** – Design and Methods. Sage Publications Inc., USA, 1989.

ZEITHAML, V. A.; PARASURAMAN, A.; BERRY, L.L. **Delivering Quality Service** – Balancing Customer Perceptions and Expectations. New York: The Free Press, 1990.226p.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Questionário dos Clientes

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

Meu nome é Marianella Ventura Fadel, estudante de mestrado em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Estamos realizando uma pesquisa com o objetivo de contribuir para o melhor conhecimento sobre a prestação de serviços públicos odontológicos.

Participarão da pesquisa os usuários e os cirurgiões-dentistas que estão envolvidos com a prestação dos serviços.

Pedimos sua colaboração em preencher este questionário para que possamos verificar como você, **usuário**, percebe a qualidade dos serviços oferecidos pela Prefeitura Municipal de Florianópolis e destacar o que você considera mais importante quando procura esses serviços.

Agradecemos pela sua gentileza.

Indique de acordo com a legenda abaixo, a alternativa que melhor expressar sua opinião.

Muito Satisfeito 	Satisfeito 	Insatisfeito 	Muito Insatisfeito 
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

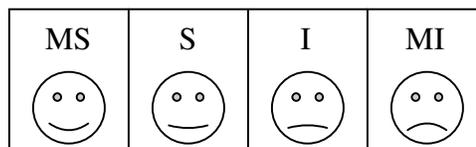
1. Em relação à sala de espera, consultórios, banheiros e vestuário dos profissionais, você está:

MS 	S 	I 	MI 
--------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------

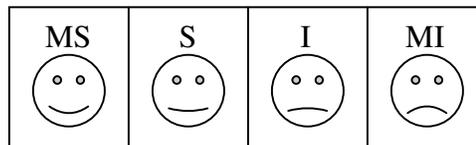
2. Os equipamentos são modernos, e você está:

MS 	S 	I 	MI 
--------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------

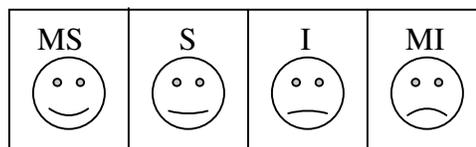
3. Os serviços são bem executados, e você se sente:



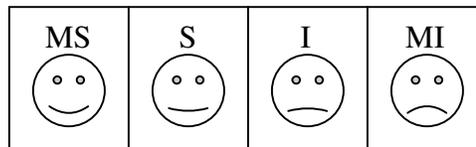
4. O atendimento é pontual e você está:



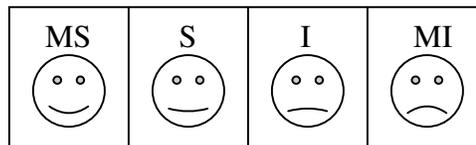
5. Os problemas que aparecem são rapidamente atendidos, e você está:



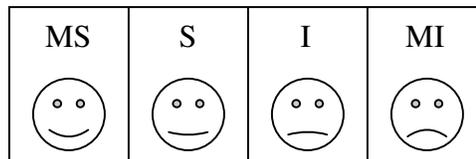
6. As informações são respondidas rápida e atentamente, e você se sente:



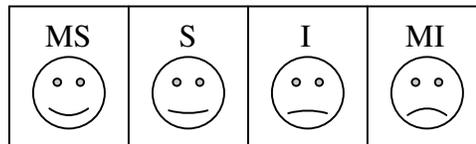
7. Os serviços são executados com a segurança de quem entende do assunto, e você fica:



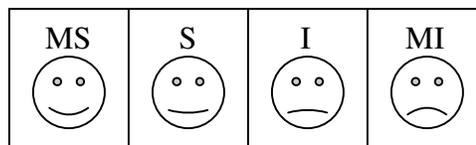
8. As suas dúvidas são respondidas satisfatoriamente, e você se sente:



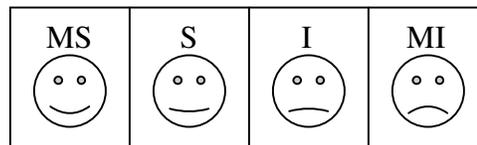
9. Quanto à cortesia, respeito e consideração no atendimento, você está:



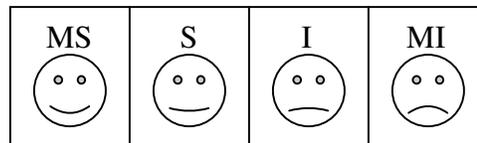
10. Você percebe preocupação e cuidado na preservação dos seus interesses, e você fica:



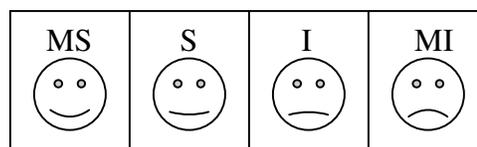
11. Você se sente seguro quanto à reputação dos serviços oferecidos, e você fica:



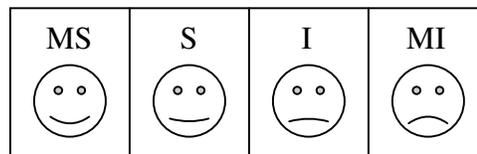
12. Em relação à garantia dos serviços realizados você se sente:



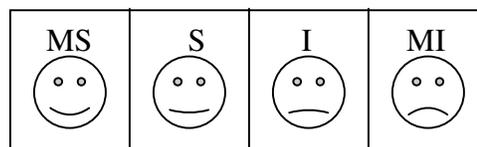
13. Você sente tranquilidade ao utilizar estes serviços, e quanto a isto, você está:



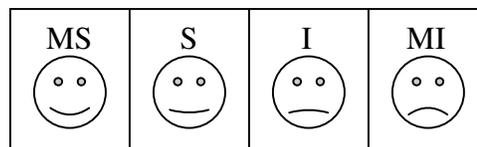
14. A equipe é comprometida com o bem-estar dos clientes, e você se sente:



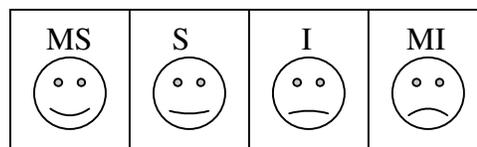
15. O agendamento é fácil e você está:



16. O acesso e a localização do posto de saúde são fáceis e você se sente:



17. Suas dúvidas são solucionadas com clareza, e você fica:



18. Os clientes são ouvidos com a devida atenção e você fica:

MS	S	I	MI
			

19. Os funcionários têm a capacidade de identificar necessidades específicas de cada cliente, e você se sente:

MS	S	I	MI
			

20. Suas necessidades são compreendidas e o serviço tem flexibilidade para atender aos seus interesses, e você fica:

MS	S	I	MI
			

## APÊNDICE B – Questionário dos Profissionais (CDs)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE COLETIVA

Meu nome é Marianella Ventura Fadel, sou aluna de Mestrado em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Estamos realizando uma pesquisa com o objetivo de contribuir para o melhor conhecimento sobre a prestação de serviços públicos odontológicos.

Participarão da pesquisa os usuários e os cirurgiões-dentistas que estão envolvidos na prestação de serviços.

Pedimos sua colaboração em preencher este questionário para que possamos verificar como você, **profissional** da Odontologia, percebe a qualidade dos serviços oferecidos pela Prefeitura Municipal de Florianópolis e destacar o que você considera mais importante ao prestar esses serviços.

Agradecemos pela sua gentileza.

Na sua percepção, qual o fator mais determinante para um serviço odontológico de qualidade:

### Fator 1 – Tangibilidade

- a) Ambiente físico atraente e agradável, vestuário profissional adequado ( )
- b) Equipamentos de boa aparência e modernos ( )

### Fator 2 – Confiabilidade

- a) Serviços bem executados ( )
- b) Pontualidade ( )

### Fator 3 – Pronto Atendimento

- a) Agilidade e rapidez de resposta na solução de erros e problemas ( )
- b) Atenção na prestação de informações ( )

### Fator 4 – Competência

- a) Execução de serviços com segurança ( )
- b) Capacidade de responder dúvidas do cliente ( )

**Fator 5 – Empatia**

- a) Delicadeza e consideração ao prestar informações e esclarecimentos ( )
- b) Preocupação e cuidado na preservação dos interesses do cliente ( )

**Fator 6 – Credibilidade**

- a) Boa reputação dos serviços ( )
- b) Garantia dos serviços ( )

**Fator 7 – Segurança**

- a) Tranqüilidade ao utilizar os serviços ( )
- b) Equipe comprometida com bem-estar dos clientes ( )

**Fator 8 – Acessibilidade**

- a) Fácil agendamento ( )
- b) Fácil localização ( )

**Fator 9 – Comunicação**

- a) Clareza ao esclarecer dúvidas ( )
- b) Ouvir cliente com a devida atenção ( )

**Fator 10 – Compreensão das necessidades do cliente**

- a) Capacidade de identificar necessidades específicas de cada cliente ( )
- b) Flexibilidade para atender interesses dos clientes ( )

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Marianella Aguilar Ventura Fadel e estou desenvolvendo a pesquisa “Percepção da qualidade em serviços públicos de odontologia – um estudo de caso”. A presente pesquisa pretende verificar a percepção da qualidade pelos usuários e pelos cirurgiões-dentistas. Este estudo será realizado através da aplicação de um questionário que não trará nenhum risco ou desconforto ao participante. Será garantido sigilo, assegurando a privacidade dos participantes da pesquisa quanto aos dados envolvidos na pesquisa. Cada participante poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, exceto quando os dados já estiverem publicados. Esperamos que os resultados nos permitam elaborar sugestões adequadas objetivando contribuir para a melhoria dos serviços públicos de odontologia. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone (0\*\*48) 32341788. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e somente serão utilizadas neste trabalho.

Pesquisador Principal \_\_\_\_\_  
Marianella Aguilar Ventura Fadel

Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_  
Prof. Gilsée Ivan Regis Filho, Dr.

Consentimento Pós-Informação

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa “Percepção da qualidade em serviços públicos de odontologia – um estudo de caso”, e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.

Assinatura \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_