

BENEDITO ALBERTINO ALBINO GOVE

Análise do Modelo de Gestão de Reclamações em vigor no Hospital Geral de Chamanculo



A Politécnica
Escola Superior de Gestão, Ciências e Tecnologias

Maputo, 2014

BENEDITO ALBERTINO ALBINO GOVE

Análise do Modelo de Gestão de Reclamações em Vigor no Hospital Geral de Chamanculo



A Politécnica
Escola Superior de Gestão, Ciência e Tecnologias

Maputo, 2014

DEDICATÓRIA

A minha mãe Albertina Salomão pelo encorajamento nos momentos difíceis do curso;

A minha esposa Generosa Carlos pelo apoio multiforme e generosidade dispensados;

Aos meus filhos: Ester, Carlos, Evandro e Eleutéria pela ausência consentida; e

A família e amigos que compreenderam e apoiaram a minha formação.

AGRADECIMENTOS

Ao Tutor pela paciência e didáctica com que acompanhou o desenvolvimento deste trabalho sem as quais não teria sido possível a concretização do mesmo.

À família pelo apoio multiforme e incondicional prestado durante a formação.

Aos colegas do curso que de forma directa e indirecta contribuíram para superação das minhas dificuldades.

Aos amigos que me apoiaram e muito em especial o amigo João de Catro Rafael “Beira-Maxixe”, que de maneira livre e espontânea assumiu o papel de um verdadeiro encarregado de educação.

A todos o meu muito obrigado

Resumo

A satisfação dos clientes tem constituído desafio para as organizações no contexto geral e de modo particular para o Serviço Nacional de Saúde. A institucionalização do serviço de reclamações é forma encontrada pelas organizações para avaliar o nível de satisfação dos clientes em relação ao produto ou serviço que as organizações oferecem e através desta avaliação adequar cada vez mais o produto/serviço à necessidade dos clientes. Assim sendo, coloca-se a necessidade de saber se o serviço de reclamações instituído contribui eficazmente para captar as avaliações dos clientes e se essas avaliações são utilizadas para melhorar os serviços prestados. Com o estudo de caso do Hospital Geral de Chamanculo, procurou-se obter as percepções dos dirigentes e dos utentes sobre o funcionamento, importância do serviço de reclamações e seu contributo para melhoria dos cuidados de saúde prestados de modo a tirarmos conclusões sobre o modo como são geridas as reclamações. Neste sentido o estudo revela que, globalmente, as reclamações não são utilizadas como um instrumento de gestão nem partilha da informação resultante desse processo.

Palavras-chave: Qualidade, Satisfação, Motivação e Avaliação

Índice	
Lista de Quadros	7
Lista De Tabelas	8
Lista de Abreviaturas	9
Lista de Anexos.....	10
I INTRODUÇÃO.....	12
1.1 OBJECTO E PROBLEMA DE ESTUDO.....	13
1.2 JUSTIFICAÇÃO.....	14
1.3 OBJECTIVOS.....	15
1.3.1 OBJECTIVO GERAL	15
1.3.2 OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	15
1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO	16
II FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1 Introdução	17
2.2 Conceitos.....	17
2.3 Síntese da fundamentação teórica	32
III METODOLOGIA	34
3.1 Introdução	34
3.2 Método	34
3.3 Definição da Amostra	34
3.4 Selecção dos Sujeitos da pesquisa	34
3.5 Análise de dados	35
IV RESULTADOS	36
4.2 Perfis das amostras:	36
4.2.2 Perfil dos utentes do HGC inquiridos	38
4.3 Análise dos aspectos do questionário	40
V DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	49
5.1 Introdução	49
5.2 Análise de resultados do inquérito aos dirigentes	49
5.3 Análise de resultados do inquérito aos utentes	51
VI CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	53
6.1 Introdução	53
6.2 Conclusões	53
6.3 Recomendações.....	53
Bibliografia	55

Lista de Quadros

Quadro nº1 que representa aspectos e respectivos que interferem na satisfação do cliente

Lista De Tabelas

Tabela 1. Distribuição de dirigentes do HGM por idades

Tabela 2. Distribuição de Dirigentes do HGC por sexo

Tabela 3. Distribuição dos dirigentes do HGC por categorias profissionais

Tabela 4. Distribuição dos Dirigentes do HGC por funções

Tabela 5. Distribuição dos inquiridos em função da experiência profissional

Tabela 6. Condição dos utentes inquiridos no HGC

Tabela 7. Distribuição dos utentes por idades

Tabela 8. Distribuição dos utentes por sexo

Tabela 9. Distribuição dos utentes segundo situação laboral

Tabela 10. Distribuição dos utentes segundo a proveniência

Tabela 11. Distribuição de resposta sobre frequência de reclamações

Tabela 12. Formas mais frequentes de reclamações

Tabela 13. Estrutura que analisa reclamações apresentadas

Tabela 14. Respostas em torno de reclamações são discutidas ou não no colectivo

Tabela 15. Distribuição das respostas se as reclamações são instrumento de gestão

Tabela 16. Distribuição de respostas em torno da pergunta se a Caixa e o livro de Reclamações eram verificados com frequência

Tabela 17. Respostas à pergunta quais são as formas usadas pelo HGC para divulgação da existência da Caixa e Livro de Reclamações

Tabela 18: Se o utente já foi atendido

Tabela 19: Utente levou muito tempo a ser atendido

Tabela 20: Tempo de espera pelo atendimento

Tabela 21: Utente ficou satisfeito com o tratamento recebido?

Tabela 22: Sabe se existe caixa e livro de reclamações neste hospital

Tabela 23: Alguma vez apresentou reclamação/sugestão

Tabela 24: Formas usadas para apresentar reclamações/sugestões

Tabela 25. Resposta sobre conhecimento de alguém que tenha apresentado reclamação.

Tabela 26. Distribuição respostas sobre recepção de resposta da reclamação

Tabela 27: Tempo de espera de resposta da reclamação

Tabela 28. Classificação das instalações

Lista de Abreviaturas

HGC – Hospital Geral de Chamanculo

US – Unidade Sanitária

PESS – Plano Estratégico do Sector de Saúde

TQM – Total Quality Manangement

BIM – Banco Internacional de Moçambique

Lista de Anexos

Anexo I – Ficha de entrevista aos Dirigentes do Hospital Geral de Chamanculo

Anexo II – Ficha de entrevista aos Utentes do Hospital Geral de Chamaculo

Glossário

Os termos: **cliente**, **utente**, **consumidor** e **paciente** foram empregues de forma indiscriminada conforme o contexto de cada frase.

I INTRODUÇÃO

Nos dias que correm, os utentes tornaram sofisticadas as suas necessidades, tornando-se cada vez mais difícil exceder as suas expectativas o que origina por vezes algumas reclamações.

No entanto, para o caso Moçambicano e no concernente à Função Pública, o Estado através do Decreto 30/2005, o Conselho de Ministro aprovou as Normas de Funcionamento dos Serviços da Administração Pública visando por um lado a sua organização interna e por outro preservar o interesse do cidadão.

Por sua vez a Lei nº 2/96 De 4 de Janeiro de 1996 da Assembleia da Republica, refere que os cidadãos têm o direito de apresentarem petições, queixas e reclamações perante autoridade competente, com excepção dos tribunais, para exigir o restabelecimento dos seus direitos violados ou em defesa do interesse geral é exercido nos termos do artigo 1 da mesma lei.

Segundo Gama (2009) a visão tradicional de reclamação cujo enfoque tem um efeito psicológico muito negativo por estar associado à ideia de culpa, analisa a reclamação sob duas perspectivas, sendo uma do ponto de vista dos clientes e outra do ponto de vista dos colaboradores. Tradicionalmente, os clientes tendem a colocar culpa de algo que não aconteceu como esperado nos colaboradores da organização, em particular naqueles com que têm um contacto mais directo. Por sua vez a tendência dos colaboradores acharem que estão a ser criticados injustamente, daí a tendência igualmente de não passar para a restante organização as reclamações de clientes com o receio de uma associação das mesmas a um erro cometido. Mais adiante a autora refere que os clientes que reclamam estão dando às organizações oportunidade conhecerem os seus problemas e formas como ajudá-los e ainda oportunidade para melhorar processos internos. Desta forma conclui a autora que as reclamações devem ser incentivadas pelas organizações, como forma de reforçar as relações de confiança com os clientes e como forma de melhorar os produtos, serviços e processos internos da organização.

1.1 OBJECTO E PROBLEMA DE ESTUDO

Dado que estas normas aprovadas pelo Decreto 30/2005, apresentam apenas o carácter prescritivo, pretende-se perceber qual a preparação e motivação dos funcionários seniores do Hospital Geral de Chamanculo para receber, tramitar e incorporar nos seus planos de trabalhos as Reclamações emanadas do público utente.

Por outro lado, pretende-se avaliar mediante a verificação da frequência das Reclamações a vontade do público utente de participar na correcção de algo que considera não funcionar como seria de esperar, uma vez o público não confia nas instituições públicas e daí achar que não valha apenas reclamar ou denunciar (Ética de Moçambique – estudo sobre corrupção em Moçambique 2001).

Ainda segundo o mesmo estudo, os cidadãos têm medo de denunciar irregularidades porque a polícia, os tribunais digamos o Estado não garante protecção aos denunciantes e suas famílias. Posto isto, pretende-se saber como são geridas as Reclamações, qual o impacto do modelo de gestão adoptado no Hospital Geral de Chamanculo tanto do ponto de vista participação do público utente como na melhoria dos processos de atendimento deste mesmo público.

Caracterização do Hospital Geral de Chamanculo

Conforme o artigo 23 do Diploma Ministerial nº 127/2002 de 31 de Julho, os hospitais gerais distinguem-se dos hospitais rurais por se situarem sempre em zona urbana e por servirem de primeiro nível de referência essencialmente a população provenientes da área de saúde situadas em zona urbanas.

Refere ainda que por servirem de primeiro nível de referência a população provenientes da área de saúde situadas em zona urbanas, os hospitais gerais prestarão cuidados cirúrgicos de cirurgia geral em regime de urgências (24 horas por dia), realizando também intervenções de grande cirurgia electiva.

1.2 JUSTIFICAÇÃO

A escolha do tema análise do modelo de gestão adoptado no Hospital Geral de Chamanculo visa perceber até que ponto a busca de satisfação dos clientes é prosseguida por aquela US para a sobrevivência, pois, como afirma Silveira (2011), no seu trabalho o impacto da gestão de reclamações na fidelização de clientes, uma das estratégias que as empresas podem adoptar para desenvolverem e manterem um relacionamento estreito e de longo prazo com os seus clientes, pode ser através de uma gestão de reclamações adequada. <http://hdl.handle.net/10071/4350> - 2/3/2014 -19h10

Por seu turno, Susana Gil Nogueira (2008), Qualidade e Satisfação em Serviços de Saúde: Uma Abordagem da Avaliação do Desempenho. Recuperado em 9/12/2011, refere que a reforma na Administração Pública orientada pelo modelo de gestão pela qualidade, requer a identificação e desenvolvimento das competências dos funcionários, recorrendo à avaliação do desempenho como um instrumento de promoção de uma cultura de mérito que aumente os níveis de eficiência e qualidade.

Assim, pretende-se avaliar como o HGC usa estas duas estratégias para prestação de cuidados de saúde de qualidade.

1.3 OBJECTIVOS

1.3.1 OBJECTIVO GERAL

Analisar o modelo de Gestão de Reclamações em vigor no Hospital Geral de Chamanculo.

1.3.2 OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

1.3.2.1 Avaliar o grau de motivação da Direcção do Hospital Geral de Chamanculo com vista a tornar Reclamações um *instrumento de gestão*.

1.3.2.2 Avaliar o nível de conhecimento e utilidade que os utentes possuem em relação à existência da Caixa e Livro de Reclamações/Sugestões.

1.3.2.3 Sugerir acções para melhoria da utilização da Caixa e Livro de Reclamações.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

O presente trabalho compreende a seguinte estrutura:

- I. Introdução
- II. Fundamentação teórica
- III. Metodologia
- IV. Resultados
- V. Discussão dos resultados
- VI. Conclusões e recomendações

II FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Introdução

Para melhor perceber a temática de reclamações, recorreu-se a consultas de estudos e obras de autores existentes que se debruçaram sobre factores cuja ausência ou presença originam reclamações.

2.2 Conceitos

2.2.1 Atendimento hospitalar

Para definir conceito de **atendimento hospitalar**, vamos nos basear Boone e Kurtz (1998), começam por referir que é muito difícil definir serviço porque vezes há em que o serviço é prestado associado a um bem e como exemplo os autores referem que uma *boutique* pode vender um vestido. Mas, se houver necessidade de fazer ajustes nesse mesmo vestido, aí a *boutique* estará a prestar/vender serviços. Dada a esta dificuldade de definir serviço, os autores adoptam a definição da Associação Americana de Marketing segundo a qual: “serviços são produtos que são intangíveis, ou pelo menos o são de forma substancial. Se totalmente intangíveis, são comercializados directamente do produtor para o usuário, não podem ser transportados nem armazenados, e são quase instantaneamente perecíveis. Os produtos de serviço são frequentemente difíceis de serem identificados, uma vez que passam a existir ao mesmo tempo em que são comprados e consumidos. São compostos de elementos intangíveis inseparáveis, geralmente envolvem a participação do cliente de alguma maneira importante, não podem ser vendidos no sentido de transferência de propriedade, e não têm direito de posse”.

Ora, mais do que um serviço qualquer, aos profissionais dos serviços de saúde é lhes exigida uma atenção especial dado que os seus clientes na maioria das vezes se encontram num estado emocional perturbado dada a incerteza que paira sobre o seu estado de saúde.

2.2.2 Qualidade em atendimento

Para atender bem em qualquer segmento, devemos tratar o cliente com respeito e empatia, agindo de maneira imparcial, argumentando de forma convincente, caso seja necessário, e, sobretudo, sendo um bom ouvinte. <http://www.artigonal.com/atendimento-ao-cliente-artigos/qualidade-em-atendimento-na-recepcao-de-hospitais-e-pronto-atendimento-3804135.html> 15/07/2013.

Gama (2009), apresenta elementos integrantes do atendimento com qualidade como sendo:

- Informação adequada e concreta;
- Respostas eficazes e objectivas;
- Relacionamento atento e próximo com o cliente;
- Ajuda, sempre que necessário;
- Honestidade e lealdade;
- Boa apresentação; e
- Organização.

Las Casas (2002), define **qualidade** como sendo: “o total dos aspectos e características de um produto ou serviço que tem a capacidade de satisfazer necessidades declaradas ou implícitas”. Por seu turno, o INE, III RGPH 2007, refere que a qualidade dos serviços de saúde depende muito dos recursos humanos e materiais, que influenciam em grande medida no melhoramento e cobertura no atendimento.

2.2.3 Satisfação

Gama (2009), refere que satisfação é a avaliação da experiência por parte do cliente relativamente às suas expectativas, acrescentando que as expectativas dependem das suas necessidades, experiências anteriores, de “passa palavra” e comunicação que são as promessas feitas pela entidade prestadora de serviço.

2.2.4 Paciente

Pessoa que está sob cuidados médicos.

2.2.5 Acompanhante

Pessoa que faz companhia ou dá assistência a indivíduo doente, idoso ou inválido.

2.2.6 Cliente de saúde

De acordo com Thaise Marques Da Silva (2012), A Qualidade no Atendimento da Recepção Hospitalar percebida pelos Clientes de Saúde. Recuperado em 10/08/2013 citando Taraboulsi (2006, p. 24), a expressão *cliente de saúde* é a mais adequada dentro do contexto hospitalar e abrange, além da pessoa enferma, os familiares, amigos e visitantes.

Por sua vez Kotler (2000), define cliente no geral nos seguintes termos:

- Um cliente é a pessoa mais importante do mundo, num escritório, quer ele se comunique pessoalmente ou por carta;
- Um cliente não depende de nós, nós é que dependemos dele;
- Um cliente não interrompe nosso trabalho, ele é a finalidade do mesmo. Não estamos fazendo um favor ao servi-lo, ele está nos fazendo um favor dando a nós a oportunidade de fazê-lo.
- Um cliente não é alguém com quem discutir ou debater. Ninguém jamais venceu uma discussão com um cliente.
- Um cliente é uma pessoa que nos traz desejos e é nossa obrigação lidar com eles de maneira lucrativa

2.2.7 Reclamação

Uma reclamação é uma expressão de insatisfação a cerca do padrão ou qualidade da assistência prestada e está relacionada a acções ou ausência delas por parte do pessoal ou voluntários, situação essa que possa directa ou indirectamente causar aflição a alguém.

As reclamações estão directamente associadas aos compromissos assumidos por uma organização, em termos de o quê e como promete prestar assistência e dar apoio. As pessoas que estão do lado receptor da assistência e ajuda têm o direito de reclamar caso os padrões não estejam sendo atingidos, a assistência não seja adequada para elas ou não esteja chegando conforme o prometido pelas organizações implementadoras, ou caso haja sérias violações do código de conduta. <http://www.hapinternational.org/pool/files/cafod-complaints-handling-mechanism-chm-guide-v1-0-po.pdf> de 14/07/2013 - 17h10

Gama (2009), apresenta três sentidos de reclamação como sendo:

- Verbalização de uma expectativa que não se cumpriu;
- Momento da verdade na relação entre a empresa e os seus clientes;
- Oportunidade para uma organização satisfazer os seus clientes insatisfeitos, ao repor alguma anomalia que tenha ocorrido nos produtos ou serviços prestados.

Esta autora apresenta/analisa a visão tradicional de reclamação cujo enfoque tem um efeito psicológico muito negativo por estar associado à ideia de culpa, vista sob duas perspectivas, sendo uma do ponto de vista dos clientes e outra do ponto de vista dos colaboradores. Tradicionalmente, os clientes tendem a colocar culpa de algo que não aconteceu como

esperado nos colaboradores da organização, em particular naqueles com que têm um contacto mais directo. Por sua vez a tendência dos colaboradores acharem que estão a ser criticados injustamente, daí a tendência igualmente de não passar para a restante organização as reclamações de clientes com o receio de uma associação das mesmas a um erro cometido. Mais adiante a autora refere que os clientes que reclamam estão dando às organizações oportunidade conhecerem os seus problemas e formas como ajudá-los e ainda oportunidade para melhorar processos internos. Desta forma conclui a autora que as reclamações devem ser incentivadas pelas organizações, como forma de reforçar as relações de confiança com os clientes e como forma de melhorar os produtos, serviços e processos internos da organização/inação.

De igual modo, Lei nº 2/96 De 4 de Janeiro de 1996 da Assembleia da Republica, refere que os cidadãos têm o direito de apresentarem petições, queixas e reclamações perante autoridade competente, com excepção dos tribunais, para exigir o restabelecimento dos seus direitos violados ou em defesa do interesse geral é exercido nos termos artigo 1 da mesma lei. Para o efeito, define petição como sendo a apresentação de uma proposta de adopção de determinadas medidas a qualquer instituição ou autoridade pública sobre matéria da sua competência ou âmbito de acção e ainda como a exposição com o fim de expressar um ponto de vista que se considere relevante para a apreciação, ou para a denúncia de irregularidades e anomalias no funcionamento dos serviços públicos.

2.2.8 Motivos de reclamação

Vilalara (2009), no seu trabalho sobre reclamações começa por perguntar “porquê é que o cliente não fica satisfeito”?

Prosseguindo, este autor refere que a maioria das reclamações, as que indicam factos concretos e quantificáveis, referem-se a queixas generalizadas de:

- Falta de cortesia;
- Tratamento displicente;
- Desconhecimento do seu local de trabalho;
- Desconhecimento das suas funções;
- Falta de informação;
- Esperas impertinentes.

Realça que este é o conjunto de atitudes que revelam conduta inadequada no atendimento ao público.

Esta autora refere que a *imagem da empresa* é valorizada cada vez mais pela qualidade do serviço prestado e, quanto mais se conseguir diferenciá-la positivamente de imagens concorrentes, melhores serão os resultados. Por essa razão, cada dia se dá maior atenção às atitudes correctas no tratamento às pessoas fundamentalmente no que se refere a:

- Acolhimento e tratamento aos clientes ou potenciais clientes - aspectos humanos;
- Ambiente, decoração, limpeza, restauração e conforto;
- Qualidade na prestação dos próprios serviços - aspectos administrativos, comerciais ou técnicos.

Tudo isto tem uma enorme importância na configuração da *imagem da empresa* que, num sentido ou noutro, se formará no mundo do cliente.

Por seu turno Gama (2009), no seu trabalho intitulado *Atendimento e Gestão de Reclamações*, refere que falar de qualidade significa buscar excelência, acrescenta de seguida que satisfazer as necessidades dos clientes passa por lhes dar o que eles querem e não o que nós queremos lhes dar, concluindo afirma que devemos dar sempre mais às pessoas do que aquilo que esperam receber.

Mais adiante este autor cita aspectos que interferem na avaliação da satisfação do cliente (serviço percebido/avaliação da experiência), nomeadamente:

- Fiabilidade e confiança;
- Capacidade de resposta/responsabilidade;
- Aspectos tangíveis associados ao serviço; e
- Empatia.

Esta autora apresenta de seguida um quadro que detalha os pormenores de cada aspecto como a seguir se indica:

Da Silva (Outubro2012), no seu estudo sobre a qualidade no atendimento da recepção hospitalar percebida pelos clientes de saúde, apresentado no VII Congresso Norte Nordeste de Pesquisa e Inovação (Brasil), refere que os clientes de saúde anseiam por atendimento de qualidade e a recepção, como primeiro e último contacto do hospital também devem satisfazer essa necessidade. O estudo analisou a qualidade no atendimento da recepção de um hospital, com base na hotelaria hospitalar.

Esta autora prossegue referindo que uma vez que os clientes de saúde não mais buscam apenas tratamento médico, não adianta oferecer um bom serviço médico-hospitalar, simplesmente. Eles anseiam por acolhimento e atendimento individualizado, aliado a uma estrutura física convidativa e confortável.

Segundo a mesma autora, um estabelecimento de saúde, centrado na gestão da hotelaria hospitalar, deve preocupar-se não apenas com a qualidade dos atendimentos médico-hospitalares, mas também com os colaboradores administrativos e, principalmente com a valorização das pessoas e do tratamento humanizado dos clientes de saúde, gerando satisfação, encantamento e fidelização.

Mais adiante, esta autora refere que apesar do conceito de hotelaria hospitalar envolver, em muitos casos, a adaptação da estrutura física, a preocupação maior é com a quebra do paradigma de atendimento impessoal e a diminuição do desconforto por estar em um ambiente hospitalar. Dessa forma, a característica predominante refere-se ao serviço prestado e forma de atendimento.

Assim, no que se refere à qualidade no atendimento prestado pela recepção, ela é essencial para a qualidade do hospital como um todo. É o primeiro e o último contacto do hospital e canal de comunicação directo com os clientes de saúde. Autora citando (CASTELLI, 2003, p. 163), o qual refere que “O cliente é recebido pela recepção, mantém-se permanentemente em contato com ela durante a sua estadia e, ao partir, é a recepção que lhe presta os últimos serviços”

Por sua vez, Gama (2009), aponta como requisito para qualidade no atendimento o acolhimento que por sua vez é influenciado pela imagem pessoal do atendedor que compreende todo aspecto visual desde: roupa, cabelo, acessórios, sapatos, modos de estar e de falar. Refere ainda que o primeiro requisito para uma boa imagem é a pontualidade, bem

como ser bem-educado e positivo, realçando que toda gente reage melhor a uma crítica que começa por um elogio feito de forma positiva. Refere ainda que constituem requisito para uma boa imagem demonstrar respeito pelos outros, como condição para quem pretende criar uma boa relação interpessoal e também ser discreto.

Para esta autora acolhimento de sucesso compreende:

- Atenção, simpatia e cortesia;
- Antecipação dos desejos e resolver problemas;
- Responder olhando Cliente nos olhos;
- Responsabilidade pelo serviço;
- Cumprimentar e sorrir - SEMPRE;

Por seu turno, Miguel Ricou (2004), no seu trabalho sobre a Ética e a Deontologia no Exercício da Psicologia, aborda as teorias éticas baseadas na virtude as quais consideram que o papel central da definição do bom e do mau está centrado na pessoa como agente promotor dos seus comportamentos. Nesse sentido, a noção de virtude assume-se como fundamental. Mas o que é uma virtude? Aristóteles, por muitos considerado o pai da ética, na sua obra “Ética Nicomaqueia”, distinguiu dois tipos de virtudes: as que são próprias do carácter e as que são próprias da inteligência, ou dito de outra forma, as virtudes morais e as intelectuais. Para este filósofo, a característica fundamental da virtude é o equilíbrio; não será por acaso que se popularizou a expressão “no meio está a virtude” que não é mais do que a assunção que teremos que ser equilibrados em todas as formas de comportamento. Ser virtuoso será então actuar de acordo com determinada característica que fará com que a acção decorra o melhor possível.

Este autor citando (Solomon, 1995), prossegue referindo que a virtude será então um traço de carácter que a pessoa terá que dispor para conseguir levar a cabo a sua vida com sucesso, pelo que as teorias éticas da virtude perseguem três objectivos fundamentais: (1) desenvolver e defender um conceito de pessoa ideal; (2) desenvolver e defender um conjunto de virtudes necessárias para se ser uma pessoa ideal; (3) desenvolver uma forma das pessoas poderem atingir essas mesmas virtudes.

O mesmo autor, citando (Frattallone, 2001), refere que foi já na Antiga Grécia que foram definidas aquelas que se tornaram conhecidas pelas quatro virtudes cardeais, a saber: a justiça, a prudência, a fortaleza e a temperança. A justiça contém a medida de proporcionalidade, sendo que a sua completa realização corresponde ao bem comum, dado que a sua própria definição terá que incluir os outros, pois se vivêssemos sozinhos a questão da justiça não se colocava. Se bem que correndo o risco de sermos injustos para conosco, tal desiderato só se torna possível por meio de uma comparação com terceiros. Só se pode saber o que é justo através de uma medida de equilíbrio com os iguais. A prudência diz respeito ao agir em si, uma vez que, para o fazermos, devemos reflectir, decidir racionalmente para escolhermos a opção mais válida. Agir automaticamente ou instintivamente raramente dá resultado. O racional é natural do Homem, pelo que assim ele deve agir para cumprir com as suas disposições naturais. Devemos pois agir prudentemente através do reconhecimento da realidade, agindo de uma forma informada, o que justifica esta segunda virtude. Sendo verdade que por vezes é difícil a utilização da prudência, pois a situação pode exigir respostas rápidas e decididas, a fortaleza assume-se como uma terceira virtude no sentido de levar o Homem a enfrentar o perigo sem se deixar levar pela cobardia ou, em sentido contrário, por actuações temerárias. A temperança, como quarta virtude, tem como fundamento básico a questão do equilíbrio. Nenhuma das outras três virtudes o seria se fosse empregue de uma forma desequilibrada. A temperança revela-se então fundamental para equilibrar os comportamentos, proporcionando todas as virtudes.

Este autor citando (Solomon, 1995), refere que depois do aparecimento do cristianismo na Europa, às virtudes cardeais juntaram-se as virtudes teológicas da moral cristã – a fé, a esperança e a caridade – que com as quatro anteriores formaram as sete virtudes que, em conjunto com os 7 pecados mortais – a gula, a preguiça, a ganância, o orgulho, a inveja, a raiva e a luxúria – dominaram o pensamento medieval sobre a ética.

O autor citando (Habermas, 1991/1999), refere que pode afirmar-se que as teorias da virtude adquirem um sentido teleológico dado que pretendem responder à questão de como se deve viver e em que consiste viver o bem. Do mesmo modo o autor citando (Gyatso, 2000/1999, p.94), aponta o Dalai Lama que interpreta a virtude como sendo “*o método pelo qual a felicidade é alcançada*”, uma vez que o que nos traz mais satisfação na vida são as acções que fazemos pelo bem dos outros, referindo-se pois a uma virtude de benevolência. Logo, aquele

que estiver disposto, em função do seu carácter, a realizar aquilo que é correcto será o modelo da pessoa moral.

De igual modo, o autor cita (Pence, 1980) que afirma que o pressuposto de base reside no facto de que sendo tão fácil as pessoas quebrarem normas e regras morais ou formais, resulta muito mais lógico que as pessoas, devido ao seu carácter, queiram tomar as decisões mais certas em função daquilo que assim for considerado, (Pence, 1980 citado por Beauchamp e Childress, 1994/2002). Por exemplo, nos cuidados de saúde, o profissional virtuoso tomaria a decisão de defender o melhor interesse do seu doente, pois assim o consideraria correcto.

Mais adiante o autor cita Beauchamp e Childress (2002/1994) como defensores de ideia de que embora as virtudes sejam de grande importância, esse facto não implica que não sejam necessárias regras ou princípios para tomar decisões, uma vez que pessoas de bom carácter moral terão também, muitas vezes, dificuldade em definir aquilo que é correcto ou incorrecto fazer. Assim, estes autores propõem uma correspondência entre virtudes e princípios, ainda que reconheçam não ser possível constituir uma relação entre todas as virtudes e princípios ou normas de obrigação. De facto, existem algumas virtudes que poderão apenas facilitar ou potenciar o cumprimento de determinadas normas.

O autor cita igualmente outros autores como Peter Singer (1994/1993) ou Jonh Rawls (1993/1971) como sendo defensores da ideia de que as pessoas virtuosas poderão, ainda que com a melhor das intenções, enganar-se, pelo que as virtudes não podem ter um papel definitivo na estruturação daquilo que é correcto fazer. Ou seja, uma pessoa honesta poderá por qualquer motivo involuntário, sem se aperceber, ser desonesta.

Miguel Ricou (2004), *A Ética e a Deontologia no Exercício da Psicologia*. Baixado em 15/10/2013 sobre *As teorias deontológicas*, refere que se é verdade que são as pessoas que actuam, não o será menos verdade que são as suas acções que condicionam a realidade. Já foi referido que o Homem moderno evoluiu como tal quando tomou consciência de si, quando percebeu que era único, distinguindo-se de tudo o resto qualquer que fosse a realidade vivida. Começou pois a alterar o mundo à sua volta bem como a alterar-se a si próprio para conseguir uma melhor adaptação e, nessa perspectiva, uma vida melhor.

Claro que a possibilidade do Homem realizar acções que alterem o mundo faz com que este se transforme não apenas para quem o modifica, mas também para todos os outros, semelhantes

e não semelhantes, o que traz de volta um dos pressupostos da ética: a optimização do funcionamento social através da promoção do bem.

Sobre esta matéria o autor citando igualmente (Solomon, 1995), defende que desde há muito tempo, a ética se centrou no julgamento das acções, dos comportamentos, com o objectivo fundamental de promover as boas atitudes por parte das pessoas ou, em última análise, de evitar que estas fizessem coisas más. Se as teorias éticas da virtude se centram na promoção de uma série de traços de carácter com esse mesmo objectivo, as teorias deontológicas preocupam-se, essencialmente, com a formulação de uma série de princípios e normas morais para a prossecução desse propósito.

Deste modo, o desígnio primordial das teorias deontológicas passa por formular e defender um determinado conjunto de regras ou princípios morais, bem como desenvolver um processo de definir o que fazer quando algumas dessas regras ou princípios entrarem em conflito.

Por seu turno, o Professor Doutor Carlos David Sotomane no seu trabalho sobre *Conceitos e Abordagens Afins Sobre a Qualidade de Vida nas Organizações* (Maio 2013), refere que o actual mercado competitivo das organizações reforça a importância do papel das pessoas nas mesmas. O seu contributo essencial, para o sucesso das instituições num clima organizacional, cultiva comprometimento organizacional, disposição e entrega das pessoas aos objectivos organizacionais. A preocupação com a qualidade de vida, saúde e bem-estar está cada vez mais presente na consciência dos indivíduos e das sociedades. Esta preocupação é cada vez mais crescente e pertinente dado que é no local de trabalho, onde as pessoas passam a maior parte do seu tempo e, por conseguinte, a qualidade do ambiente de trabalho assume grande importância nas suas vidas. Desta forma, afigura-se pertinentes as reflexões, a compreensão, a realização de trabalhos de pesquisa sobre os climas psicológicos e os seus impactos no bem-estar afectivo e nas atitudes perante o trabalho.

Mais adiante, o autor apresenta o *conceito de bem-estar*, que embora reconhecendo que o conceito é rotulado pela subjectividade, porque envolve todos os componentes que são essenciais à condição humana, a nível físico, psicológico, cultural e espiritual. O autor prossegue citando Rego (2008), o qual aponta que trabalhos empíricos identificam ligações entre medidas de felicidade dos colaboradores e medidas de performance no trabalho, com uma implicação na relação directa. Ou seja, a performance aumenta quando o bem-estar psicológico aumenta. Isto significa que promover o bem-estar psicológico dos colaboradores

pode ser uma forma de estimular o desempenho individual e organizacional. De igual modo cita Daniels (2000), sobre o bem-estar afectivo, que, segundo este, é um dos melhores indicadores do bem-estar psicológico e um dos componentes mais importantes da felicidade, com o reconhecimento de que os locais de trabalho têm um papel crucial na felicidade das pessoas.

Mais adiante este autor conclui referindo que a avaliação do clima organizacional é um assunto complexo, não sendo possível estabelecer uma metodologia única ou roteiro, para a sua execução. A avaliação do clima organizacional não se processa mediante os fundamentos de uma ciência exacta, onde se permite a comprovação absoluta dos resultados apurados. Isto significa que promover o clima organizacional que tende a qualidade de vida saudável exige de todos e de forma contínua uma agregação do conteúdo e intensidade de valores, de normas, de atitudes, de sentimentos e de comportamentos que estimulam o desempenho individual e por conseguinte da organização vista de forma integrada.

Nogueira (2008) no seu trabalho sobre a qualidade e satisfação em serviços de saúde, refere que a reforma na Administração Pública orientada pelo modelo de gestão pela qualidade, requer a identificação e desenvolvimento das competências dos funcionários, recorrendo à avaliação do desempenho como um instrumento de promoção de uma cultura de mérito que aumente os níveis de eficiência e qualidade. Assim sendo, coloca-se a questão de saber se os sistemas de avaliação do desempenho contribuem para a qualidade e satisfação no trabalho em serviços de prestação de cuidados de saúde. Neste trabalho o autor emprega como palavras-chaves: Qualidade, Satisfação, Motivação, Desempenho, Avaliação.

Este autor acrescenta que a actividade produtiva tornou-se hoje indissociável da prestação de serviços especializados baseada na relação de troca e co-produção entre servidor e destinatário. Enfatiza que fenómeno de “servicialização” ou “tercialização” fez com que as características requeridas actualmente aos trabalhadores nas “sociedades de serviços” sejam bem diferentes das necessárias para a produção industrial do passado. Certos traços da personalidade, as capacidades relacionais e intelectuais integram o “modelo da competência”, em que estratégias de gestão qualificante dos recursos humanos visam o desenvolvimento pessoal e profissional orientado para a flexibilização, integração social e cooperação em equipas. Assiste-se, presentemente, tanto no sector privado como no público, a uma implementação de programas de reforma das estruturas produtivas, procurando adaptá-las às

actuais necessidades de qualidade e eficiência. Procura-se a modernização e a inovação não só através da introdução das novas tecnologias, como na adaptação ou reestruturação dos processos operativos e na diversificação de produtos e serviços, ao mesmo tempo que se investe na formação dos recursos humanos, de acordo com modelos participativos de gestão, e se implementam sistemas de avaliação do desempenho a vários níveis.

Mais adiante esta autora refere que a avaliação da qualidade no trabalho passou a incluir várias perspectivas, uma vez que o conceito de qualidade comporta significados diferentes para diferentes entidades. Sublinha citando (Martin; Handerson, 2004:172), que do ponto de vista dos empresários e dos administradores de serviços públicos, *“a qualidade é ir ao encontro das necessidades do cliente – quer estas sejam explícitas ou implícitas”*. Refere ainda que *Cada uma das pessoas ou serviços da organização é ao mesmo tempo cliente da pessoa ou serviço anterior e fornecedor da pessoa ou serviço seguinte*. Citando (Putnam, 2000) refere que a produtividade é um indicador do desempenho económico de uma organização ou de uma comunidade, cuja variabilidade depende de múltiplos factores internos e externos às organizações. (Kelemen, 2003:8) citado pela autora refere que as exigências do mercado levaram as empresas a competir pelo reconhecimento público aderindo a esquemas de certificação e acreditação da qualidade que impõem e fiscalizam o respeito por normas standardizadas de acordo com leis e códigos de defesa do consumidor e do trabalhador. Além dos “rankings” organizados segundo a qualidade dos produtos/serviços ou o volume de negócios, passou-se a premiar o investimento na inovação e desenvolvimento, e também a qualidade das condições de trabalho medida pelo nível de satisfação dos trabalhadores e dos clientes/ utentes. *“A qualidade tornou-se uma norma institucional central ao funcionamento efectivo do mercado: uma norma que as organizações (sejam elas privadas, públicas ou voluntárias) devem respeitar se pretenderem ganhar legitimidade aos olhos da sociedade”* (Kelemen, 2003:8). A adequação dos processos operativos às exigências de qualidade dos produtos e serviços, mantendo as empresas competitivas, levaram ao desenvolvimento de modelos de gestão subordinados a imperativos estratégicos de eficiência a todos os níveis.

Nogueira (2008), sobre a Avaliação do Desempenho em Serviços de Saúde, refere que a problemática da qualidade e da satisfação no que concerne ao sector da saúde prende-se com as especificidades próprias das instituições de prestação de cuidados de saúde, com a sua variada natureza e dimensão, quer sejam públicas ou privadas. Refere igualmente que o grau

de especialização varia consoante as valências clínicas e o tipo de cuidados prestados (urgência, cuidados primários, domiciliários). Por outro lado, numa única instituição de saúde, mesmo de reduzidas dimensões e limitada área de actuação, encontramos uma grande variedade de departamentos e de agentes que se ocupam de tarefas diversificadas não-clínicas, desde recepção, transporte, higiene, alimentação, manutenção de equipamentos, aquisição de materiais, contabilidade e gestão, etc. Hoje o acto médico pressupõe a existência de uma equipa multidisciplinar com um elevado grau de especialização e todo um apoio logístico e administrativo que, se por um lado contribui para uma mais eficiente prestação de serviços clínicos, por outro lado é limitativa e geradora de tensões e conflitos entre as visões economicistas das directivas gestionárias sobre os recursos materiais e humanos disponíveis e os imperativos éticos e corporativos relativos à aplicação e actualização dos saberes e das práticas dos profissionais de medicina e enfermagem (Carapinheiro, 2006).

A organização hierárquica é necessária ao bom funcionamento da sociedade, correspondendo à divisão do trabalho e à diversificação de tarefas avaliadas de acordo com os valores predominantes na comunidade. Esses valores reflectem-se nos quatro critérios essenciais – universalismo, colectivismo, integracionismo e tradicionalismo – que correspondem respectivamente à adaptação às condições de existência, à criação de projectos colectivos, à coesão e solidariedade necessárias à ordem social e à manutenção e reprodução do modelo cultural (Parsons; 1968). Quando a organização burocrática é confrontada com a necessidade de mudança para suplantar crises e disfunções geradas pela impessoalidade das regras e centralização das decisões, um dos processos mais característicos é o “círculo vicioso” de produção de mais regras emitidas superiormente, gerando novas resistências e descontentamento. Porém, *“a mudança acaba sempre por se tornar inevitável, quer seja porque as suas disfunções e problemas internos se tornaram “monstros” quer por virtude de imposição absoluta do meio circundante (crise económica, movimentos sociais, transformações políticas, etc.)”* (Freire, 2002:76). A autora refere que na verdade, a reforma das organizações públicas adoptou a desburocratização e os modelos e técnicas de gestão desenvolvidas no sector privado, em que domina a preocupação com os resultados e o controlo do desempenho orientado para a eficiência.

Por outro lado, refere a autora que várias estratégias de gestão destinam-se a fomentar o envolvimento dos trabalhadores nos objectivos da organização e a aumentar a produtividade

através de sistemas internos de controlo e incentivos. Uma vez que a racionalidade burocrática assenta na autoridade, disciplina e controlo a todos os níveis da organização, em que a eficácia é garantida pela selectividade baseada na competência, a competição é um factor omnipresente que actua sobre o desempenho, sem enfrentar resistência aberta perante as exigências sempre acrescidas impostas hierarquicamente. Assim, os sistemas de avaliação do desempenho pressupõem práticas destinadas a motivar os trabalhadores (aumentos no salário, promoções, benefícios, oportunidades de expressão e decisão), conferindo também maior poder ao empregador. Quanto maior a organização, mais se verifica a necessidade de manter as atenções focadas no cumprimento dos objectivos colectivos e de cumprir as exigências correspondentes a esse fim.

Nogueira (2004), sobre a qualidade e actividade produtiva, diz que as empresas não podem hoje actuar à margem da sociedade global alheadas do “conjunto das identidades cívicas” que congregam e da qualidade dos projectos colectivos em que se encontram envolvidas. A produção económica é indissociável das “competências sociológicas”, *“porquanto se trata de reinventar incessantemente, de reconstruir sociedade global e local no próprio cerne das actividades do trabalho”*. Esses objectivos de sociedade incorporados na actividade produtiva são *“uma questão ética, na medida em que a gravidade dos destinos dos indivíduos, do seu emprego e da sua identidade social, se joga no próprio futuro das empresas. [...] São também profissões, regiões, comunidades locais que dependem da força e da qualidade das sociedades construídas em empresas”*

Sobre a Gestão da Qualidade e a Satisfação refere a variabilidade no desempenho de organizações similares e a impossibilidade de imitar ou replicar os casos de sucesso deve-se à diversidade dos recursos próprios de cada uma, que constituem uma combinação única de meios materiais e imateriais. Os saberes, competências e valores fazem parte do capital próprio de uma instituição que garante a sua viabilidade e funcionalidade. Estimular e manter altos níveis de desempenho de todos os membros da organização implica conjugar tarefas e procedimentos normalizados com inovação e mudança contínua. Para cumprir esta dupla exigência, os trabalhadores têm de se identificar com os objectivos da organização e têm de se empenhar em atingi-los, não só respeitando as regras estabelecidas e reconhecidas como as “melhores práticas”, como adaptando-as e inovando dentro do seu campo de actuação e com os meios de que dispõem, o que pressupõe uma permanente atitude crítica, responsável e

proactiva na procura de soluções criativas. Porém, na realidade, nem todos os trabalhadores correspondem a esse perfil ideal e também não dispõem de liberdade, oportunidades e meios para essa forma de trabalhar. Além disso, as funções são cada vez mais amplas e complexas, os prazos cada vez mais apertados e as exigências em eficiência maiores, de acordo com a fórmula segundo a qual metade das pessoas recebem o dobro para produzir três vezes mais (Handy, 1996, *in* Hosie et al., 2006:12).

No entanto, existe uma diferença entre as expectativas do cliente/utente que se dirige a uma organização à procura da satisfação das suas necessidades e o modo como o serviço prestado e o processo de prestação são percebidos e avaliados. Para além dos clientes finais, há também todos os clientes internos e externos da cadeia de produção e, no caso dos serviços públicos, a totalidade dos cidadãos, com expectativas e percepções muito diferenciadas. A importância dos valores simbólicos, percepções e emoções na interpretação sociológica das relações de produção justifica a abordagem da qualidade baseada na cultura organizacional, nos estilos de liderança e em todos os aspectos das interações humanas em situações de trabalho.

2.2.9 Livro de reclamações

Define-se como livro de disponibilização obrigatória nos estabelecimentos em que se efectue atendimento público, no qual utentes e clientes podem registar queixa. O **livro de reclamações** é um dos meios mais práticos e comuns para o consumidor apresentar queixa. Quando algo não corre bem na prestação de um serviço ou na compra de um produto, o consumidor pode solicitar este livro e reclamar logo nesse local, sem nenhum encargo. <http://www.deco.proteste.pt/map/src/407841.htm> - baixado 14 de Julho de 2013 - 9h30

2.2.10 Caixa de reclamações ou banco de ideias

Basicamente a caixa de sugestões ou banco de ideias é uma ferramenta utilizada pelas empresas para colher a ideia, sugestões e críticas dos clientes, cujo principal intuito é a melhorias dos serviços prestados. Este meio permite que as empresas analisem os pontos que não estão satisfazendo as necessidades expostas pelos clientes e direcione os esforços para solucionar tais problemas, vale lembrar que estas iniciativas só se concretizam se a organização der um *feedback* aos clientes. <http://www.deco.proteste.pt/map/src/407841.htm>

2.2.5 Determinante de qualidade

Ferreira et al. (2001), no seu estudo sobre determinantes da satisfação dos utentes nos cuidados primários, começa por referir que não basta analisarmos os ganhos em saúde ou as necessidades satisfeitas. É também importante medir de que forma os serviços de cuidados primários estão a responder aos cidadãos de uma maneira que garanta a sua acessibilidade aos cuidados, a organização dos serviços, a atitude dos prestadores, a sua educação e a comunicação que estabelecem com os doentes, prosseguindo refere que vários autores e organizações internacionais têm realçado a importância de ouvir os doentes, argumentando que são normalmente estes que melhor conhecem qual o resultado de saúde desejável, fornecendo expectativas, quereres e prioridades diferentes das dos profissionais. Por outro lado, este autor citando (Grol *et al.*, 2000; Guadagnoli e Ward, 1998; Mossialos, 1997; WHO, 2000), refere que os doentes cada vez mais se apresentam perante os sistemas de saúde com um poder específico, como parceiros nos cuidados e nas tomadas de decisão. Mais adiante o autor citando Wensing e Grol (1998), os quais afirmam que há vários métodos para envolver os doentes na prestação dos cuidados. Um deles é recolher dados de satisfação com os cuidados e devolvê-los aos prestadores para serem usados em planos e acções orientados para a melhoria dos cuidados.

2.3 Síntese da fundamentação teórica

As organizações hoje em dia para prestar um serviço de qualidade devem procurar harmonizar os seus programas com os do meio circundante, evitando actuar à margem da sociedade global alheadas do “conjunto das identidades cívicas” que congregam a qualidade dos projectos colectivos em que se encontram envolvidas. Realsam-se os saberes, competências e valores fazem parte do capital próprio de uma instituição que garante a sua viabilidade e funcionalidade, Nogueira (2004) .

Ficou claro que para lograr sucesso as organizações devem adoptar as estratégias de gestão destinadas a fomentar o envolvimento dos trabalhadores nos objectivos da organização e a aumentar a produtividade através de sistemas internos de controlo e incentivos Freire (2002).

Os estudos sobre a satisfação dos utentes não devem analisar apenas os ganhos em saúde ou

as necessidades satisfeitas. É importante medir de que forma os serviços de saúde estão a responder aos cidadãos de uma maneira que garanta a sua acessibilidade aos cuidados, a organização dos serviços, a atitude dos prestadores, a sua educação e a comunicação que estabelecem com os doentes. Autores de organizações internacionais têm realçado a importância de ouvir os doentes, argumentando que são normalmente estes que melhor conhecem qual o resultado de saúde desejável, fornecendo expectativas, quereres e prioridades, que, em alguns casos são diferentes das dos profissionais Ferreira et al (2001).

III METODOLOGIA

3.1 Introdução

O estudo procurou responder às questões de pesquisa através do aprofundamento teórico da temática e revisão da bibliografia de abordagens sobre reclamações, tendo como suporte o material empírico relevante. O trabalho de campo terminou com entrevistas estruturadas no Hospital Geral de Chamanculo.

3.2 Método

Para a realização do presente trabalho recorreu-se ao método indutivo porque diferentemente do dedutivo que parte do geral para o particular, este parte do particular ao geral como um produto posterior ao trabalho de colecta de dados particulares. Este método faz constatação a partir de observações de casos ou fenómenos concretos que confirmam uma determinada realidade que se deseja conhecer. O método indutivo com o advento do positivismo, a sua importância foi reforçado e passou a ser também como o método mais adequado para investigação nas ciências sociais, Gil (1999).

3.3 Definição da Amostra

Para concretização da pesquisa e por razões dos recursos custo e tempo optou-se pela amostragem não-probabilística. Para o efeito, foi constituída uma amostra por conveniência, que correspondente a 5% da média mensal de consultas externas, cuja percentagem determinou que fossem inquiridos 506 utentes. De referir que o presente estudo por ser de carácter qualitativo, não requer um elevado nível de precisão, Gil (1999).

Por outro, foi também constituída uma amostra do tipo intencional, dirigida a alguns gestores a vários níveis do hospital, seleccionados na base do seu envolvimento reconhecido na implementação das políticas da US, entre eles médicos, enfermeiros, técnicos de Laboratório, de farmácias, técnicos da área administrativa. o não envolvimento da totalidade de dirigentes do hospital, é que acredita-se que os 12 inquiridos sejam representativos, Gil (1999).

3.4 Selecção dos Sujeitos da pesquisa

Se por um lado houve necessidade de obter informação sobre a percepção da existência e funcionamento do serviço de reclamações no HGC, foram escolhidos para o efeito como alvos do inquérito os utentes que já tivessem sido atendidos e em vias de abandonar a unidade sanitária, porque estes são detentores de informação do ciclo completo de atendimento.

Por outro lado havia igualmente a necessidade de perceber junto aos dirigentes a vários níveis qual a visão partilhada e orientadora daqueles relativamente a gestão de reclamações

3.5 Análise de dados

A análise de dados consistiu na interpretação dos dados obtidos com base nas entrevistas/questionários realizadas nos dois grupos alvos, tendo como foco as seguintes finalidades:

- 35.1 A avaliação do grau de motivação da Direcção do Hospital Geral de Chamanculo com vista a tornar Reclamações, um *instrumento de gestão*; e
- 35.2 A avaliação do nível de conhecimento e utilidade que os utentes possuem em relação à existência da Caixa e Livro de Reclamações

IV RESULTADOS

4.1 Introdução

Para materializar os objectivos “avaliar o grau de motivação da Direcção do Hospital Geral de Chamanculo com vista a tornar Reclamações, um *instrumento de gestão* e avaliar o nível de conhecimento e utilidade que os utentes possuem em relação à existência da Caixa e Livro de Reclamações, foi feito um estudo envolvendo duas amostras, cujos dados são apresentados e analisados mais abaixo:

4.2 Perfis das amostras:

4.2.1 Perfil dos dirigentes do HGC inquiridos

Tabela 1. Distribuição de dirigentes do HGM por idades

Idades	Frequência	Percentagem	Percentagem Valida	Percentagem acumulada
De 18 a 25 anos	2	0,4	16,7	16,7
De 26 a 35 anos	6	1,2	50,0	66,7
De 36 a 45 Anos	1	0,2	8,3	75,0
De 46 em diante	3	0,6	25,0	100,0
Total	12	2,4	100,0	

Fonte: Pesquisa

Os dirigentes inquiridos, a maioria, 50% tinham idades compreendidas entre 26 a 35 anos, seguidos de 25% com idades superiores de 46 anos e ainda 16,7% com idades compreendidas entre 18 a 25 anos e no fim 8,3%, cujas idades variavam de 26 a 35 anos.

Tabela 2. Distribuição de Dirigentes do HGC por sexo

Sexo	Frequência	Percentagem	Percentagem Valida	Percentagem acumulada
Masculino	3	0,6	25,0	25,0
Feminino	9	1,8	75,0	100,0
Total	12	2,4	100,0	

Fonte: Pesquisa

O sexo predominante nos dirigentes inquiridos é o feminino com 75%, sendo os restantes 25% masculinos.

Tabela 3. Distribuição dos dirigentes do HGC por categorias profissionais

Categorias profissionais	Frequê	Percentagem	Percentagem Valida	Percentagem acumulada
Médico	1	0,2	8,3	8,3
Técnica Saúde	4	0,8	33,3	41,7
Enfermeiro	2	0,4	16,7	58,3
Técnico Superior Saúde	2	0,4	16,7	75,0
Outras	3	0,6	25,0	100,0
Total	12	2.4	100,0	

Fonte: pesquisa

Em termos de categorias profissionais os dirigentes inquiridos constata-se que a maioria, 33,3% é constituída de técnicos de saúde seguidos de 25% outras categorias, sendo as categorias de Enfermeiro e Técnicos Superiores de Saúde com 16,7% cada.

Tabela 4. Distribuição dos Dirigentes do HGC por funções

Categorias Profissionais	Frequência	Percentagem	Percentagem Valida	Percentagem Acumulada
Director(a) Clínico(a)	1	0,2	8,3	8,3
Administrador(a)	1	0,2	8,3	16,7
Enfermeiro(a) Chefe	1	0,2	8,3	25,0
Outros Níveis Responsabilidade	9	1,8	75,0	100,0
Total	12	2.4	100,0	

Fonte: pesquisa

Relativamente à função dos dirigentes inquiridos verifica-se que 75% dos mesmos é composta por outros níveis de responsabilidade, cabendo às funções de Directora Clínica, Administradora e Enfermeira Chefe 8,3% para cada uma delas.

Tabela 5. Distribuição dos inquiridos em função da experiência profissional

Tempo de serviço	Frequência	Percentagem	Percentagem Valida	Percentagem Acumulada
De 0 a 2 Anos	1	0,2	8,3	8,3
De 2 a 3 Anos	2	0,4	16,7	25,0
De 3 a 4 Anos	1	0,2	8,3	33,3
De 4 Em Diante	8	1,6	66,7	100,0
Total	12	2,4	100,0	

Fonte: pesquisa

No que diz respeito à experiência profissional dos dirigentes inquiridos, constata-se que a maioria, 66,7% possui experiência profissional de mais de 4 anos, seguida de 16,7% de profissionais com experiência de 2 a 3 anos e no fim, com menos de 2 anos e de 3 a 4 anos com 8,3% cada.

Resumindo, a maioria dos dirigentes é da faixa etária de 26 a 35 anos (50%), constituída por mulheres (75%), está enquadrada na carreira de técnico de saúde (33,3%), assumem outros níveis de responsabilidade com (75%) e têm mais de 4 anos de experiência profissional (66,7%).

4.2.2 Perfil dos utentes do HGC inquiridos

Tabela 6. Condição dos utentes inquiridos no HGC

Descrição	Frequência	Percentagem	Percentagem Valida	Percentagem Acumulada
Doente	352	69.4	69.6	69.6
Acompanhante	151	29.8	29.8	99.4
Utente	3	0.6	0.6	100
Total	506	99.8	100	

Fonte: Pesquisa

Dos inquiridos, a maioria, 69,6% são doentes, enquanto 29,8% são acompanhantes.

Tabela 7. Distribuição dos utentes por idades

Descricao	Frequência	Percentagem	Percentagem Valida	Percentagem Acumulada
18 A 25	137	27	27.2	27.2
26 A 30	119	23.5	23.6	50.8
31 A 35	95	18.7	18.8	69.6
36 A 50	112	22.1	22.2	91.9
>50	41	8.1	8.1	100
Total	504	99.4	100	

Fonte: Pesquisa

Em termos de idades, a maioria, 27,2% são da faixa etária dos 18 a 25anos, 23,6% da faixa de 26 a 30 anos e 22,2% dos 36 a 50 anos.

Tabela 8. Distribuição dos utentes por sexo

Descricao	Frequência	Percentagem	Percentagem Valida	Percentagem Acumulada
Masculino	166	32.7	33	33
Feminino	337	66.5	67	100
Total	503	99.2	100	

Fonte: Pesquisa

No que diz respeito às idades dos inquiridos, a maioria, 67% são do sexo feminino e apenas 32% do sexo masculino.

Tabela 9. Distribuição dos utentes segundo situação laboral

Descrição	Frequência	Percentagem	Percentagem Valida	Percentagem Acumulada
Estudante	73	14.4	14.5	14.5
Empregado	15	3	3	17.5
Trabalhador	243	47.9	48.3	65.8
Sem ocupação	67	13.2	13.3	79.1
Domestica	105	20.7	20.9	100
Total	503	99.2	100	

Fonte: Pesquisa

Em termos de ocupação profissional, a maioria, 48,3% são trabalhadores, seguidos de 20,9 e 14, 5% de domésticas e estudantes respectivamente e por fim 13,3% que não tinham qualquer ocupação.

Tabela 10. Distribuição dos utentes segundo a proveniência

Descricao	Frequência	Percentagem	Percentagem Valida	Percentagem Acumulada
< de 2 Km	234	46.2	47.1	47.1
5 Km	73	14.4	14.7	61.8
7Km	28	5.5	5.6	67.4
10 Km	44	8.7	8.9	76.3
> 10 Km	118	23.3	23.7	100
Total	497	98	100	

Fonte: Pesquisa

Relativamente a proveniência, 47,1% são provenientes de um raio <2quilómetros, 23,7% de raio de mais de 10kilometros e apenas 14,7% eram provenientes de raio de 5kilometros.

Assim, a maioria dos inquiridos é constituída por doentes (69,6%), na faixa etária dos 18 a 25 anos (27,2%), composta por mulheres (67%), na sua maioria trabalhadores (48,3%), vive num raio de menos de 2 km (47,1%).

4.3 Análise dos aspectos do questionário

4.3 Avaliação do grau de motivação da Direcção do Hospital Geral de Chamanculo com vista a tornar Reclamações, um *instrumento de gestão*”, conforme se segue:

- a) Apurar junto aos dirigentes a vários níveis do hospital se os utentes apresentavam reclamações.

Tabela 11. Distribuição de resposta sobre frequência de reclamações

Descrição	Frequência	Percentagem	Percentagem Valida	Percentagem Acumulada
Sim	7	1,4	58,3	58,3
Não	5	1,0	41,7	100,0
Total	12	2,4	100,0	

Fonte: pesquisa

Dos dirigentes inquiridos, a maioria 58,3% afirma que as reclamações são frequentes, tendo os restantes 41,7% respondido que as reclamações não são frequentes.

b) Apurar quais as formas mais usadas na apresentação de reclamações e sugestões

Tabela 12. Formas mais frequentes de reclamações

Descrição	Frequência	Percentagem	Percentagem Valida	Percentagem Acumulada
Oral	8	1,6	88,9	88,9
Livro	1	0,2	11,1	100,0
Total	9	1.8	100,0	

Fonte: pesquisa

No concernente às formas mais frequentes na apresentação de reclamações e sugestões a maioria, 88,9% afirma ser via oral, enquanto os restantes 11,1% afirmou ser o livro.

c) Estrutura do HGC que se responsabiliza por atender e responder reclamações

Tabela 13. Estrutura que analisa reclamações apresentadas

Nível Hierárquico	Frequência	Percentagem	Percentagem Valida	Percentagem Acumulada
Directora	1	0,2	8,3	8,3
Colectivo de Direcção	1	0,2	8,3	16,7
Outros Órgãos	10	2,0	83,3	100,0
Total	12	2.4	100,0	

Fonte: pesquisa

No respeitante a estrutura que analisa as reclamações e sugestões apresentadas no HGC, a maioria dos dirigentes inquiridos, 83,3% respondeu que eram outros níveis seguidos de dois grupos representando 8,3% cada tendo um dos grupos respondido que a Directora é que analisava as reclamações e outro afirma que é Colectivo de Direcção que as analisa.

d) Apurar se as reclamações eram discutidas no colectivo de direcção

Tabela 14. Respostas em torno de reclamações são discutidas ou não no colectivo

Descrição	Frequência	Percentagem	Percentagem Valida	Percentagem Acumulada
Sim	6	1,2	50,0	50,0
Não	6	1,2	50,0	100,0
Total	12	2.4	100,0	

Fonte: Pesquisa

Os resultados de pesquisa mostram que os dirigentes inqueridos dividem-se 50% que afirmam que as reclamações são discutidas no colectivo de direcção e restantes 50% afirma que não.

- e) Apurar se as reclamações são instrumento de gestão.

Tabela 15. Distribuição das respostas se as reclamações são instrumento de gestão

Descrição	Frequência	Percentagem	Percentagem Valida	Percentagem Acumulada
Sim	11	2,2	91,7	91,7
Não	1	0,2	8,3	100,0
Total	12	2.4	100,0	

Fonte: pesquisa

Os respondentes à pesquisa na sua maioria 91,7% afirmam que reclamações são instrumento de gestão e os restantes 8,3% afirmam que não.

- f) Caixa e Livro de Reclamações são frequentemente verificados

Tabela 16. Distribuição de respostas em torno da pergunta se a Caixa e o livro de Reclamações eram verificados com frequência

Descrição	Frequência	Percentagem	Percentagem Valida	Percentagem Acumulada
Sim	2	0.4	25	25
Nao	6	1.2	75	100
Total	8	1.6	100	

Fonte: Pesquisa

Os dirigentes inquiridos, a maioria 75% respondeu que a caixa e livro de reclamações não eram verificados com frequência, tendo apenas 25% afirmados que sim aqueles instrumentos são verificados frequentemente.

- g) Quais as formas usadas pelo HGC para divulgar a existência do caixa e livro de reclamações/sugestões

Tabela 17. Respostas à pergunta quais são as formas usadas pelo HGC para divulgação da existência da Caixa e Livro de Reclamações

Descrição	Frequência	Percentagem	Percentagem Valida	Percentagem Acumulada
Cartazes Verticais	1	0.2	8.3	8.3
Cartazes Proximo da Secretaria	6	1.2	50	58.3
Palestras Locais de Atendimento	5	1	41.7	100
Total	12	2.4	100	

Fonte: Pesquisa

Os resultados da pesquisa mostram que os inquiridos sobre as formas de divulgação dos dispositivos de reclamação, a maioria, 50% refere que a divulgação é feita por meio cartazes colados próximo da secretaria seguido de 41,7 % referia que a divulgação é feita por meio de palestras nos locais de atendimento e por fim 8,3% refere cartazes verticais no recinto hospitalar.

4.4 Relativamente ao segundo objectivo específico “avaliação do nível de conhecimento e de utilidade que os utentes têm em relação à existência da Caixa e Livro de Reclamações, a pesquisa forneceu os dados seguintes:

- a) Situação do utente entrevistado em relação de atendimento ou não que forneceu os seguintes resultados.

Tabela 18: Se o utente já foi atendido

Descrição	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Sim	503	99.2	99.6	99.6
Não	2	0.4	0.4	100.0
Total	505	99.6	100.0	

Fonte: Pesquisa

b) Quanto ao tempo que se levou para ser atendido forneceu resultados que se seguem

Tabela 19: Utente levou muito tempo a ser atendido

Descrição	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Sim	261	51.5	51.9	51.9
Não	242	47.7	48.1	100.0
Total	503	99.2	100.0	

Fonte: Pesquisa

No respeitante a demora ou não no atendimento a maioria, 51,9% afirma ter demorado para ser atendidos e 48,1% afirmou não ter demorado para ser atendido.

c) A pesquisa procurou apurar o tempo de espera pelo atendimento tendo constatado

Tabela 20: Tempo de espera pelo atendimento

Descrição	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
<1 Hora	83	16.4	16.4	16.4
2 Horas	84	16.6	16.6	32.9
3 Horas	104	20.5	20.5	53.5
4 Horas	135	26.6	26.6	80.1
> 5 Horas	101	19.9	19.9	100.0
Total	507	100.0	100.0	

Fonte: Pesquisa

Em termos do tempo dispendido, a maioria, 26,6% aguardou 4 horas para ser atendido, enquanto 20,5% respondeu ter esperado 3 horas para receber tratamento, seguidos de 19,9% que aguardou mais de 5 horas pelo tratamento, por fim dois grupos com 16% cada cujo tempo de espera variou entre menos de 1 hora e 2 horas de espera.

d) Avaliação da satisfação pelo tratamento recebido

Tabela 21: Utente ficou satisfeito com o tratamento recebido?

Descrição	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Sim	355	70.0	70.3	70.3
Não	150	29.6	29.7	100.0
Total	505	99.6	100.0	

Fonte: Pesquisa

Em termos de satisfação, a maioria 70,3% afirmara ter ficado satisfeitos com o tratamento recebido e apenas 29.7% não teria ficado satisfeito.

e) Os utentes foram questionados se sabiam da existência da caixa e livro de reclamações.

Tabela 22: Sabe se existe caixa e livro de reclamações neste hospital

Descrição	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Sim	298	58.8	58.8	58.8
Não	209	41.2	41.2	100.0
Total	507	100.0	100.0	

Fonte: Pesquisa

Dos participantes na pesquisa, a maioria, 58,8% tinham conhecimento da existência de caixa e livro de reclamações e sugestões, enquanto 41,2% não tinham qualquer conhecimento da existência dos instrumentos.

f) Procurou-se saber se o utente alguma vez apresentou reclamação

Tabela 23: Alguma vez apresentou reclamação/sugestão

Descrição	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Sim	9	1.8	1.8	1.8
Não	491	96.8	98.2	100.0
Total	500	98.6	100.0	

Forte: Pesquisa

A maioria dos inquiridos, 96,8% afirma nunca ter apresentado reclamação e apenas 1,8% afirma ter alguma vez apresentado reclamação.

g) Caso a resposta anterior seja sim qual a forma usada para apresentar reclamação

Tabela 24: Formas usadas para apresentar reclamações/sugestões.

Descrição	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Carta	1	0.2	33.3	33.3
Livro	1	0.2	33.3	66.7
Telefone	1	0.2	33.3	100.0
Total	3	0.6	100.0	

Fonte: Pesquisa

Os utentes que afirmaram ter uma vez apresentado reclamação, as suas respostas relativas a forma usada para apresentação da reclamação, dividiram-se equitativamente em 33,3% cada sendo; carta, livro e telefone respectivamente.

h) Procurou-se saber se o entrevistado conhecia alguém que tivesse apresentado reclamação.

Tabela 25. Resposta sobre conhecimento de alguém que tenha apresentado reclamação.

Descrição	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Sim	6	1.2	1.2	1.2
Não	492	97.0	98.8	100.0
Total	498	98.2	100.0	

Fonte: Pesquisa

A tabela acima mostra o resultado da pergunta se os inquiridos conheciam alguém que tivesse apresentado reclamação, onde a maioria, 97% respondeu que não tinham nenhum conhecido e apenas 1,2% conheciam alguém que tivesse apresentado reclamação.

i) Apresentada a reclamação obtêm-se resposta

Tabela 26. Distribuição respostas sobre recepção de resposta da reclamação

Descrição	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Sim	2	0.4	40.0	40.0
Não	3	0.6	60.0	100.0
Total	5	1.0	100.0	

Fonte: Pesquisa

Os dados da tabela acima mostram o resultado da pergunta se o utente após a reclamação, recebeu a necessária resposta, tendo a maioria, 60% não ter recebido resposta e apenas 40% é que recebeu a resposta.

j) Apresentada a reclamação, quanto tempo depois a resposta era dada

Tabela 27: Tempo de espera de resposta da reclamação

Descrição	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Imediato	1	0,2	100,0	100,0
< 5 dias				
De 5 a 10 dias				
...				

Fonte: Pesquisa

A totalidade de respondentes afirmou ter recebido a resposta imediatamente.

k) Avaliação do estado das instalações do hospital pelos utentes

Tabela 28. Classificação das instalações

Descrição	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Mas	196	38.7	39.4	39.4
Razoáveis	245	48.3	49.3	88.7
Boas	55	10.8	11.1	99.8
Exíguas	1	0.2	0.2	100.0
Total	497	98.0	100.0	

Fonte: Pesquisa

A maioria dos inquiridos 49,3% considera que as instalações são razoáveis, seguida de 39,4% que considera o estado das instalações mau e 11,1% considera que as instalações são boas. Por fim, apenas 0,2% referem que as instalações são exíguas.

V DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Introdução

Nos dias que correm várias organizações adoptam nos seus modelos de gestão e políticas viradas ao aprimoramento do cliente, cujo enfoque varia de autor em autor, por exemplo para Gama (2009), a qualidade no atendimento contempla aspectos como informação adequada e concreta, respostas eficazes e objectivas, relacionamento atento e próximo com o cliente, ajuda, sempre que necessário, honestidade e lealdade, boa apresentação e organização. Estes aspectos uma vez adoptados e comunicados aos potenciais clientes serão utilizados para verificação de conformidade, e, caso não se verifiquem pode resultar em reclamações. Lembrando, reclamação pode ser entendida na seguinte vertente: as pessoas que estão do lado receptor da assistência e ajuda têm o direito de reclamar caso os padrões não estejam sendo atingidos, a assistência não seja adequada para elas ou não esteja chegando conforme o prometido pelas organizações prestadoras da assistência, ou caso haja sérias violações do código de conduta. <http://www.hapinternational.org/pool/files/cafod-complaints-handling-mechanism-chm-guide-v1-0-po.pdf>. Baixado em 14/07/2013

Assim, com a aprovação pelo Conselho de Ministro do Decreto 30/2001 de 15 de Outubro, o qual regula o funcionamento dos serviços de Administração Pública, procuramos medir qualitativamente as acções levadas a cabo pelo prestador do serviço no caso vertente o HGC, no âmbito de institucionalização, divulgação e gestão de reclamações.

5.2 Análise de resultados do inquérito aos dirigentes

5.2.1 Sobre a pergunta se os doentes apresentavam reclamações mais de metade (58,3%) respondeu que sim as reclamações eram apresentadas, no entanto, 41,7% dos membros do mesmo colectivo ao responderem não, estabeleciam um sinal evidente de ausência de um trabalho de sistematização das reclamações apresentadas, bem como de falta de um plano visando acolher as reclamações. Em outras palavras pode se concluir que no HGC, prevalece a visão distorcida das reclamações, que, segundo Gama (2009) existe uma tendência dos colaboradores acharem que estão a ser criticados injustamente, daí a tendência igualmente de

não passar para a restante organização as reclamações de clientes com o receio de uma associação das mesmas a um erro cometido.

5.2.2 Sobre as formas em que as reclamações eram apresentadas, mais de metade dos inquiridos 88,9% respondeu que estas eram apresentadas oralmente, contrariando o disposto do artigo 49 do Decreto 30/2001 de 15 de Outubro, o qual refere, “o cidadão que não saiba ou não possa escrever na língua oficial pode utilizar gratuitamente os serviços dum funcionário ou qualquer outra pessoa para formular a sua sugestão ou reclamação por escrito”. Ora, se a maioria dos membros do colectivo acredita que a maioria das reclamações são apresentadas oralmente como estes poderão contribuir para o cumprimento do previsto no nr 3 do artigo 46 do decreto acima citado o qual recomenda o seguinte “após a leitura das reclamações ou sugestões o dirigente da unidade orgânica respectiva deve tomar as medidas que forem da sua competência para sanar as irregularidades confirmadas e encaminhar às entidades competentes as que ultrapassam a sua competência”. Por outro lado a visão da maioria não concorre para a materialização do previsto no nº 1 do artigo 47 do mesmo decreto, que regula que “cópia de cada sugestão ou reclamação apresentada nas repartições locais dos órgãos da Administração Pública será remetida, através da unidade orgânica dos recursos humanos e por via hierárquica ao director provincial que superintende ou tutela a área respectiva, indicando-se as medidas tomadas ou as propostas de medidas a tomar”.

5.2.3 Os membros de direcção inquiridos divergem quanto ao órgão encarregue pela análise de reclamações, onde encontramos dois grupos com 8,3% cada referindo que estas eram analisadas pela directora e colectivo de direcção respectivamente e o terceiro grupo maioritário, com 83,3% que afirmou que as reclamações era analisadas por outros órgãos. Esta visão maioritária igualmente não concorre para o alcance do previsto no nº 3 do artigo 46, conforme nos referimos no parágrafo anterior.

5.2.4 A repartição igual de percentagem em 50% cada dos membros de direcção que referem que as reclamações eram discutidas no colectivo e outros 50% referindo que as reclamações não eram objecto de discussão no colectivo de direcção, prenuncia claramente a ausência de uma política de acolhimento de reclamações defendida por Gama (2009).

5.2.5 Mais de 90% dos membros de direcção inquiridos refere que as reclamações eram instrumentos de gestão, agudizando deste modo a falta de consistência da visão de reclamações entre aqueles membros, especialmente se olharmos a tendência variada das respostas em torno deste assunto.

5.2.6 Dos membros da direcção inquiridos, a maioria 75% respondeu que não existia nenhum plano em curso que visasse a verificação sistemática da caixa e livro de reclamações. O artigo 50 do Decreto 30/2001 de 15 de Outubro, institui que os serviços de inspecção devem analisar os livros de sugestões e reclamações, ora se a nível do colectivo não existe um conhecimento conciso do que deve ser feito em relação a este instrumento, depreendendo-se assim ser difícil conseguir uma utilização eficaz do mesmo.

5.2.7 Sobre as formas de divulgação da existência do livro e caixa de reclamações, 50% dos inquiridos responderam que a divulgação é feita por meio de cartazes afixados próximo da secretaria e 41,7% respondeu que a divulgação era feita através de palestras nos locais de atendimento. A tendência da distribuição de respostas sobre a divulgação destes instrumentos segue a forma como o decreto orienta os sujeitos, onde não se dá nenhuma ênfase sobre como os serviços devem ser divulgados. BIM Magazine (2004).

5.3 Análise de resultados do inquérito aos utentes

5.3.1 Dos utentes entrevistados 26,6% esperou pelo atendimento durante 4 horas e outros 20,5% só foram atendidos 3 horas depois.

5.3.2 Relativamente à avaliação do atendimento recebido, 70,3% referiu que ficou satisfeito com o tratamento recebido e apenas 29,7% é que disse não ter ficado satisfeito.

5.3.3 No tocante ao conhecimento da existência da caixa e livro de reclamações, 58,8% referiu que sabia da existência dos instrumentos, somente 41,2% dos inquiridos é que não sabiam da existência dos mesmos.

5.3.4 Inquiridos se alguma vez teriam apresentado reclamação, apenas 1,8% respondeu que sim e 98,2% referiu nunca tinha apresentado qualquer reclamação.

5.3.5 Do total de utentes que se pronunciaram sobre a forma de apresentação das suas reclamações, apontaram carta, livro e telefone como instrumentos usados, cabendo a cada um a percentagem de 33,3%

5.3.6 Aos inquiridos, foi lhes apresentada a questão se tinham algum conhecido que uma vez tivesse apresentado alguma reclamação, dos quais 1,2% respondeu e que sim e os restantes 98,8% referiu que não tinham nenhum conhecido seu que tivesse apresentado a reclamação.

5.3.7 Dos inquiridos que se pronunciaram sobre a recepção de resposta sobre suas reclamações, 40% respondeu afirmativamente como tendo recebido resposta e 60% disse não ter recebido qualquer resposta.

5.3.8 Sobre o tempo de espera pela resposta de uma reclamação o único utente que se pronunciou, correspondendo a 100% referiu que a resposta foi imediata. Esta situação esta em concordância com a visão defendida por Kotler (2000), na obra Administração de Marketing, o qual defende que de todos os clientes que registam uma reclamação, entre 54 e 70% voltarão a usar os serviços com empresas se suas reclamações forem resolvidas. Refere ainda que o percentual chega a espantosos 95%, se os clientes sentirem que a reclamação foi atendida rapidamente e afirma igualmente que clientes que reclamarem junto a uma organização e tiverem suas queixas satisfatoriamente resolvidas falam a uma média de cinco outras a respeito do bom tratamento que recebem.

5.3.9 Aos inquiridos foi-lhes solicitada a avaliação do estado das instalações, sendo de destacar a maioria, 49,3% que as classificou como razoáveis e 39,4% que respondeu que o estado das instalações era mau. Cerca de 40% dos respondentes consideram instalações degradadas, cuja avaliação mostra a ausência do cumprimento do disposto no n.º 1 do artigo 28 do Diploma Ministerial n.º 127/2002 de 31 de Julho o qual refere que os hospitais do nível secundário devem beneficiar-se de manutenções regulares e que pelo menos de 5 em 5 anos. Por seu turno o n.º 2 atribui competências aos directores provinciais para prever recursos necessários para manutenção de rotina e que esta tenha lugar nos prazos estabelecidos.

VI CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

6.1 Introdução

Neste estudo procuramos perceber dos gestores do Hospital Geral de Chamanculo o nível de conhecimentos que possuem sobre a importância de implantação adequada do serviço de gestão de reclamações por um lado, e por outro lado avaliar a disponibilidades dos cidadãos/utentes para usar este serviço, tendo em conta a legislação disponível e o nível de divulgação deste serviço.

6.2 Conclusões

6.2.1 Relativamente ao conhecimento e liderança do processo de gestão de reclamações por parte dos dirigentes do hospital, os resultados de inquérito mostram claramente a ausência de uma visão partilhada da importância deste serviço e os benefícios que podem advir da implantação adequada do serviço de reclamações.

6.2.1 Quanto aos utentes, na maioria dos inquiridos constatou-se que os mesmos tinham conhecimento da existência do serviço, variando porém, as razões do fraco uso do serviço, como por exemplo sob alegação de que tencionavam frequentar o hospital mais vezes, porque não pretendiam prejudicar os funcionários e até mesmo sob alegação de que só quem é rico é que poderia reclamar. Estas e outras alegações mostram a falta de um trabalho de base por parte da direcção de divulgação da existência e da essência de funcionamento deste serviço, trabalho este que iria dissipar os temores e alegações apresentados pelos utentes.

6.2.2 O estudo procurou captar a avaliação dos utentes sobre o estado das instalações, tendo-se constatado que estes não tinham nenhuma ideia formada sobre as mesmas, levando nos a concluir que o estado de conservação das instalações não produzia nenhum efeito psicológico sobre os mesmos.

6.3 Recomendações

6.3.1 A implantação de um serviço de reclamações no Hospital Geral de Chamanculo deve passar de uma obrigação legal para uma necessidade da Direcção por forma a colher os benefícios do mesmo, daí a necessidade de uma visão partilhada sobre este serviço.

6.3.2 O passo seguinte deve ser a criação de um gabinete independente e de fácil acesso, colocação de placas que anunciam e convidam o utente a usar o serviço e deixar de funcionar como um serviço acessório de Recursos Humanos.

6.3.3 O utente precisa saber que aquele serviço não é apenas como cumprimento de um dispositivo legal, mas sim um instrumento que sirva os interesses das duas partes (os Utentes e a Direcção).

Bibliografia

PESS (2001-2005-2010) Plano Estratégico do Sector Saúde

Decreto 30/2005 de 15 de Outubro, do Conselho de Ministros que Aprova Normas de Funcionamento de Serviços de Administração Pública

Lei nº 2/1996 de 4 de Janeiro, da Assembleia da República

Ética Moçambique – estudo sobre corrupção em Moçambique (2001)

Diploma Ministerial nº 127/2002 de 31 de Julho

Luis Boone, David Kurtz e Aline Almeida (1998): Marketing Contemporâneo, 8ª Edição, Rio de Janeiro

<http://www.artigonal.com/atendimento-ao-cliente-artigos/qualidade-em-atendimento-na-recepcao-dehospitais-e-pronto-atendimento-380413.html> 15/07/2013

Alexandre Las Casa (2002): Administração de Marketing – Atlas Editora

INE(2007): III Recenseamento Geral da População e Habitação

Thaise Marques Da Silva (2012): A Qualidade no Atendimento da Recepção Hospitalar Percebida pelos Clientes da Saúde

Philip Kotler (2000): Administração de Marketing, 10ª Edição, São Paulo

<http://www.hapinternational.org/pool/files/cafod-complaints-handling-mechanism-chm-guide'v1-0-po.pdf> 14/07/2013

Miguel Ricou (2004): A Ética e a Deontologia no Exercício da Psicologia

Carlos David Sotomane (Maio 2013): Conceitos e abordagens afins sobre a qualidade de vida nas organizações

Susana Gil Nogueira (2004 e 2008): Qualidade e Satisfação em Serviços de Saúde – Uma Abordagem da Avaliação do Desempenho

Pedro Lopes Ferreira, António Luis, Sara Valente, Victor Raposo, Paula Godinho e Ermelinda Dias Felício (2001): Determinantes da Satisfação dos Utentes dos Cuidados Primários: o Caso de Lisboa e Vale do Tejo

<http://www.deco.proteste.pt/map/src/407841.htm> - 14/07/2013 9h30

António Carlos Gil (1999): Métodos e Técnicas de Pesquisa Social, Editora Atlas, São Paulo
BIM Magazine (2004)

ANEXO I

FICHA DE ENTREVISTA AOS DIRIGENTES

Esta entrevista tem por finalidade objectivos meramente académicos para obtenção do grau de licenciatura.

Captação De Dados Pessoais

Idade	Sexo	Categoria		Fucao		Experiencia Profissional	
		Medico		Director Geral			
		Tecnico de Saude		Director Clinico(a)		<1 Anos	
		Enfermeiro		Administrador		<3 Anos	
		Tecnico Superior de Saude		Enfermeiro(a) Chefe		<5 Anos	
		Tecnico Superior N1		Chefe de Secretaria		>5 Anos	
				Outros Niveis d Responsab			

1. É comum utentes apresentarem muitas Reclamações/ Sugestões na Unidade Sanitária/Serviço pela qual responde?

Sim Não

2. Se sim; quais as formas em que estas reclamações/sugestões são apresentadas?

Correio
electronico

Oral Carta Livro Telefone Correio SMS

3. Como são tratadas as Reclamações /Sugestões?

Director	Director Clinico	Colectivo Direccao	Comite de Saude	Gabinete do Utente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Conteúdos das Reclamações /Sugestões constituem matéria de agenda do colectivo?

Sim Não

5. Considera que as reclamações /Sugestões são instrumento de gestão

Sim Não

6. A Caixa e Livro de Reclamações /Sugestões são de uso corrente

Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a. Se sim; qual a regularidade?

Semanal	Quinzenal	Mensal	Outro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Formas utilizadas pelo hospital para divulgar os serviços de reclamações/sugestões?

		Cartazes		
Gabinete do Utente	Cartazes Verticais	Próximos na secretaria	Palestras nos locais. Atendimento	Palestras na Comunidade
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Quais os aspectos não levantadas pelo entrevistador e que na sua opinião considera que o ajudariam a perceber melhor o fenómeno de reclamações e sugestões? _____

Agradeço pela disponibilidade e pelas respostas prestadas, as quais irão enriquecer o meu trabalho

FICHA DE ENTREVISTA AOS UTENTES

ANEXO II

Esta entrevista tem por finalidade objectivos meramente académicos para obtenção do grau de licenciatura.

1. Idade dos entrevistados:

Doente	Acompanhante	Utente	Idade							Sexo	
			18 A 25	26 A 30	31 A 35	36 A 45	46 A 50	51 A 60	> 60	M	F

Estudante	Empregado	Trabalhador	Sem Ocupação	Domestico	Vive Próximo do hospital				
					<2km	5km	7km	10km	10km>

2.

Já foi atendido							
Sim	Não						
a. Levou muito Tempo para ser atendido							
Sim	Não						
Tempo de espera em horas							
<1	1	2	3	4	5	6	> 6

b.

3.

Ficou satisfeito com atendimento?	
Sim	Não

Justifique:

4. Se sabe da existência da Caixa e Livro de Reclamações/Sugestões neste hospital?

Sim	Não
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>

5. Já alguma vez apresentou Reclamação/Sugestão?

Sim Não

a. Se sim, qual a forma que usou?

Carta	Livro	Telefone	SMS	Correio electrónico

b. Se não porquê?

6. Conhece alguém que tenha apresentado reclamação

Sim Não

a. Se sim; qual foi o motivo

b. Obteve resposta?

Sim Não

c. Se sim; depois de quanto tempo?

Tempo de espera de resposta em dias										
Imediato	<5	10	15	20	25	30	35	40	45	>45

7. Como

Classifica as instalações do hospital?

Mas	Razoáveis	Boas	M. Boas	Exíguas

Obrigado pelo tempo disponibilizado