



**UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA**

MARINA GOMES WIELEWICKI

**QUALIDADE DE ATENDIMENTO DE
RECEPCIONISTAS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:
UM ESTUDO EXPLORATÓRIO**

Londrina
2008

MARINA GOMES WIELEWICKI

**QUALIDADE DE ATENDIMENTO DE
RECEPCIONISTAS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:
UM ESTUDO EXPLORATÓRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Análise do Comportamento.

Orientadora: Profa. Dra. Norma Sant'ana Zakir

Londrina
2008

Catálogo na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

W646q Wielewicki, Marina Gomes.

Qualidade de atendimento de recepcionistas em unidade básica de saúde : um estudo exploratório / Marina Gomes Wielewicki. – Londrina, 2008. vii, 106f. : il.

Orientador: Norma Sant'Ana Zakir.

Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento, 2008.

Bibliografia: f.92-97.

1. Comportamento – Análise – Teses. 2. Pessoal da saúde pública – Avaliação – Teses. 3. Humanização na saúde – Teses. I. Zakir, Norma Sant'Ana. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento. III. Título.

CDU 159.9.019.43

MARINA GOMES WIELEWICKI

**QUALIDADE DE ATENDIMENTO DE
RECEPCIONISTAS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:
UM ESTUDO EXPLORATÓRIO**

BANCA EXAMINADORA

Profa. Norma Sant' Ana Zakir
Orientadora-UEL

Profa. Maria Rita Zoéga Soares
UEL

Profa. Jocelaine Martins da Silveira
Universidade Federal do Paraná

Londrina, 29 de julho de 2008.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À prefeitura municipal da cidade em que se realizou a pesquisa, bem como ao diretor de saúde do município e às recepcionistas pela abertura oferecida para a realização da pesquisa, pela confiança depositada no estudo considerando-o uma possibilidade de poder melhorar ainda mais o serviço de saúde prestado a sua população.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me protegido ao longo da vida e ter me dado fé, esperança e força nos momentos em que tudo parecia mais difícil.

A minha família pelo apoio incondicional em toda a jornada.

As minhas queridas sócias, colegas de trabalho e amigas, Nione Torres, Myrna E. C. Coelho e Bruna Tróia Pitelli, exemplos de conduta profissional e pessoal, em que tanto me espelho para poder melhorar.

A querida amiga, colaboradora na pesquisa e também sócia Carina Costelini pelo empenho, disposição e cuidado na coleta de dados.

Aos grandes amigos Renata Moreira da Silva, Elissa Battini Lopes, Paulo Guerra, Cristhiane A. Mitsi e Olívia Justen Brandenburg sempre ao meu lado na execução do trabalho e imensamente colaborativos para o bom andamento do estudo.

A estagiária Luciana Lara e Patrícia Silva, por toda a ajuda nos momentos em que a pesquisa me impedia de realizar outros projetos profissionais.

Às colegas Daniele Pedrosa Fioravante e Hellen Mello, por me ajudarem a percorrer determinados caminhos na execução da pesquisa, com a experiência que obtiveram de suas próprias pesquisas.

À professora Norma Sant'Ana Zakir por ter me encorajado em toda a jornada e me ajudar a desenvolver a virtude da paciência, tão necessária ao amadurecimento pessoal e profissional.

E, por último, mas de extrema relevância, ao meu querido noivo Francisco Luís Hipólito Galli, pelo companheirismo e cumplicidade em todos os momentos. Sem você, não finalizaria esta etapa com tanta alegria.

WIELEWICKI, Marina Gomes. **Qualidade de atendimento de recepcionistas em Unidade Básica de Saúde**: um estudo exploratório. 2008. 85f. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

RESUMO

O atendimento em recepção de instituições de saúde envolve uma pluralidade de elementos, concernentes a função de intermediar as necessidades do usuário e a estrutura organizacional, além de lidar com o sofrimento pela debilitação da saúde. Desta maneira, o acolhimento não pode ser realizado de maneira técnica e despersonalizada. Atualmente, a literatura em administração hospitalar e o Sistema Único de Saúde (SUS) defendem o atendimento seguindo a política da humanização, que preconiza a atenção, o esclarecimento de dúvidas quanto ao estado de saúde, a agilidade no atendimento, com a conseqüente redução de filas, adequando-se às necessidades de cada população. No entanto, não somente funcionários de recepção são responsáveis pela qualidade no atendimento, o papel de dirigentes de instituições e dos usuários é relevante para que a procura por estes serviços seja bem sucedida. A presente pesquisa procurou responder se o atendimento em recepção de Unidade Básica de Saúde de uma região de economia agrícola era realizado da maneira como o SUS preconiza, ou seja, de forma humanizada, bem como se havia concordância na avaliação de usuários e recepcionistas quanto à qualidade de atendimento. Objetivo foi de caracterizar a interação de recepcionistas com usuários deste serviço em situações de atendimento, segundo os pressupostos do Behaviorismo Radical. Participaram da pesquisa duas funcionárias (R1 e R2) que exerciam a função de recepcionista em uma Unidade Básica de Saúde de um município do interior do Paraná e 40 usuários. Foram realizadas filmagens de interações entre as recepcionistas e os usuários. Utilizou-se como instrumento de avaliação o Questionário de Satisfação do Consumidor e o Questionário de Auto-avaliação do Atendimento da Recepcionista. Os dados obtidos pelos instrumentos foram comparados e os itens constantes serviram como critério de avaliação da interação. Os resultados indicaram que a avaliação das interações entre recepcionistas e usuários foi semelhante e caracterizada pela emissão de comportamentos das profissionais avaliados como positivos e condizentes com os pressupostos da política de humanização do SUS. Sugere-se que pesquisas futuras utilizem um número maior de participantes e a readequação dos instrumentos. Pesquisas futuras poderão avaliar a interação dos usuários com outros funcionários de Unidades Básicas de Saúde ou entre profissionais da mesma instituição. Outra sugestão seria a realização de comparações entre instituições de saúde.

Palavras chave: Psicologia da saúde. Análise do comportamento. Atendimento ao público. Recepcionista. Unidade básica de saúde.

WIELEWICKI, Marina Gomes. **The Quality of Service of receptionists in public Healthcare Center**: exploratory study. 2008. 85p. Dissertation (Master degree in Behavior Analysis) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

ABSTRACT

The attendance at the reception of health institutions involves a number of elements, concerning the duty to intermediate the user's needs and organizational structure, in addition to dealing with the suffering by the debilitation of health. Thus, the admission can not be carried out technically and impersonally. Currently, the literature in hospital management and the Unified Health System (SUS) support the service following the policy of humanization, which preconizes the attention, the clearing up doubts about the state of health, the agility in service, with the consequent reduction of queues, adjusting itself to the needs of each population. However, it is not only the reception staff that is responsible for the quality of attendance; the role of managers of institutions and users is relevant so that the demand for such services is successful. This study tried to answer whether the service in reception of Public Healthcare Center in a region of agricultural economy was carried out as SUS advocates, that is, in a humane way, and if there was agreement on the assessment of users and receptionists about the quality of the service, being able. The objective was to characterize the interaction of receptionists with users of this service in situations of attendance, according to the assumptions of Radical Behaviorism. Took part in the research two employees (R1 and R2), who did the job of receptionists in a Public Healthcare Center of a small borough in an inner area of Paraná and 40 users. Filming of interactions between receptionists and the users were accomplished. As a tool of evaluation was used the Consumer's Questionnaire of Satisfaction, and the Self-assessment Questionnaire of the Receptionist's Service. The data obtained by the instruments were compared and the invariable items served as evaluation criteria of the interaction. The results indicated that the assessment of interactions between users and receptionists was similar and characterized by the issue of conduct of assessed professionals as positive and consistent with the assumptions of the policy of humanization of SUS. It is suggested, for future research, the use of more participants and the readjustment of the instruments. Future researches will be able to evaluate the interaction of users with other employees of Public Healthcare Centers or between professionals of the same institution. Another suggestion would be for comparisons between healthcare institutions.

Keywords: Health psychology. Analysis of behavior. Public service. Receptionist. Public healthcare center.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 ATENDIMENTO AO PÚBLICO: CARACTERIZAÇÃO E ÊNFASE EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE ...	10
1.1.1 O Psicólogo no Contexto de Saúde e o Atendimento ao Paciente	16
1.1.2 A Análise do Comportamento e o Atendimento ao Público	18
1.2 PESQUISAS EM ATENDIMENTO AO PÚBLICO.....	23
1.2.1 Pesquisas Utilizando Análise Funcional	34
2 MÉTODO	42
2.1 PARTICIPANTES	42
2.2 LOCAL	42
2.3 RECURSOS MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INSTRUMENTOS	43
2.3.1 Recursos Materiais	43
2.3.2 Equipamentos	43
2.3.3 Instrumentos	43
2.4 RECURSOS HUMANOS	44
2.5 PROCEDIMENTO	44
2.5.1 Fase 1	44
2.5.2 Fase 2	45
2.5.3 Fase 3	45
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
3.1 RESULTADOS E ANÁLISE QUANTITATIVA DOS DADOS OBTIDOS.....	46
3.2 RESULTADOS E ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS OBTIDOS	51
3.3 DADOS OBTIDOS POR MEIO DE CONVERSAS INFORMAIS E NÃO SISTEMATIZADAS.....	58
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICES	72
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Esclarecido aos Dirigentes da Instituição	73
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Esclarecido às Recepcionistas	75

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Esclarecido aos Usuários.....	77
APÊNDICE D – Questionário de Avaliação de Satisfação do Consumidor.....	79
APÊNDICE E – Questionário de Auto-Avaliação do Atendimento da Recepcionista.....	81
APÊNDICE F – Tabelas das Avaliações Realizadas por Usuários e Recepcionistas.....	83

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos tempos, a procura por serviços públicos de saúde tem aumentado significativamente no cenário nacional. Observa-se que a elevação na expectativa de vida da população, a melhoria dos programas de triagem, o acesso aos serviços de saúde e a maior conscientização da população sobre seus direitos são alguns dos fatores contribuintes para a configuração desse cenário (REBELO, 1995).

Outro aspecto a ser considerado é a posição do Brasil como país em desenvolvimento, o que implica na existência de males crônicos e degenerativos. No entanto, países nesta transição são forçados a continuar tratando as doenças infecciosas e mais simples e, simultaneamente, obrigam-se a cuidar cada vez mais dos males complexos, sofisticados e dispendiosos (MIRSHAWKA, 1994).

Neste sentido, as instituições de saúde deveriam incrementar seus serviços de forma a atender a demanda da população, com uma estrutura que ofereça qualidade de materiais e bons profissionais, que vão desde os médicos até a equipe responsável pelo primeiro contato do paciente com a instituição. Contudo, na era da informatização, a prioridade das empresas voltou-se para o investimento em tecnologia e estrutura física em detrimento do desenvolvimento pessoal, deixando capacitações, treinamentos e até mesmo uma seleção mais criteriosa para segundo plano.

É na década de noventa que alguns estudiosos começam a se preocupar com a questão. Após o ano 2000 os recursos e habilidades pessoais começaram a dar a tônica do atendimento ao cliente. Em ambientes hospitalares e ambulatoriais o fenômeno pode ser percebido mais intensamente, com o surgimento de expressões como a humanização, refletindo o cuidado nas interações com este público.

A proposta de atendimento no setor da saúde de maneira personalizada não concerne apenas ao setor privado. O governo federal também passou a se preocupar com a questão e elaborou políticas públicas de atendimento humanizado na saúde. Segundo seus pressupostos, características particulares de cada região devem ser levadas em consideração, além de avaliação de risco na priorização de atendimento, cuidado com as instalações, esclarecimento de dúvidas, entre outros (“SUS de A Z”, 2008).

Por se tratar de um conceito de atendimento ainda em implementação, é relevante observar a forma como tem sido utilizado, e seus efeitos na qualidade de atendimento. É neste contexto que a forma como interagem estes prestadores de serviços e

quem os utiliza passa a ser foco de estudo em áreas diversas, como antropologia, administração, marketing e a Psicologia, enfoque utilizado pelo presente estudo, mais especificamente a Análise do Comportamento.

Para tanto, foram examinadas interações entre recepcionistas e usuários de Unidade Básica de Saúde para verificar relações entre eventos presentes na recepção e a qualidade do atendimento, segundo avaliação de clientes e profissionais.

Acredita-se que o usuário possa vir a se beneficiar com um atendimento de melhor qualidade, na medida em que o profissional esteja mais sensível às contingências de cada interação.

1.1 ATENDIMENTO AO PÚBLICO: CARACTERIZAÇÃO E ÊNFASE EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

O contato entre qualquer instituição prestadora de serviços ou fabricante de produtos é realizado por meio de profissionais prontos para ouvir clientes que farão uso do que é oferecido. Esses, quando insatisfeitos com o serviço ou produto, ou quando têm suas expectativas frustradas procuram os serviços de atendimento ao cliente ou a recepção a fim de buscar a solução do impasse. Nestas condições, muitas vezes, atribuem a um determinado funcionário a responsabilidade pela falha ocorrida em virtude de ações praticadas por outra pessoa ou setor da empresa. O manejo destas situações reflete o respaldo que a instituição fornece para que o funcionário desempenhe sua função adequadamente, mesmo em outras ocasiões, em que impasses, falhas ou outros problemas não estão envolvidos.

A interação ocorrida entre os clientes, consumidores e usuários dos serviços de uma empresa ou instituição e o funcionário, teoricamente preparado para dar o encaminhamento necessário, sendo porta-voz da empresa, envolve uma série de fatores, o que torna estas circunstâncias, fontes ricas de análise de interações do ser humano. Assim, a satisfação do consumidor depende diretamente do primeiro contato que é feito com ele. O atendimento ao cliente reflete a estrutura organizacional, filosofia e a cultura da empresa que também é influenciada na percepção de qualidade (BITNER, 1990).

Estudos revelam que comportamentos dos funcionários de atendimento ao público podem afetar positivamente ou negativamente a opinião dos clientes sobre a qualidade do serviço. Pelo lado negativo, conflitos, ambigüidade e insatisfação dos funcionários são os maiores responsáveis pela inabilidade do bom atendimento. Tais

funcionários apresentam baixa satisfação no trabalho com mais freqüência, o que afeta a percepção do cliente sobre a qualidade no serviço. Pelo lado positivo, os clientes apresentam um maior nível de satisfação com o atendimento quando o funcionário apresenta domínio da função, demonstra habilidade, boa vontade e competência para resolver seus problemas. Além disso, amizade, entusiasmo e atenção ao cliente durante o contato afetam positivamente a percepção da qualidade no serviço (HARTLINE; FERREL, 1996).

Todavia, em se tratando de situações de atendimento na área da saúde, o termo “clientes” nem sempre é adequado, uma vez que fora criado para ser aplicado no mundo das transações econômicas. Na prática médica o cuidado ao usuário ou paciente envolve, dentre outros fatores, empatia e escuta (Glazer & Merris, 2006).

Os negócios tradicionais definem a relação com o cliente por simples regras de troca econômica. O cliente escolhe negociar com determinado estabelecimento e, como resultado, o estabelecimento devolve em melhorias. Em contraste, com pacientes, a instituição pode reverter mais, ou mesmo negativamente, sem que necessariamente dependa dos esforços da equipe profissional (GLAZER; MERRIS, 2006).

Com relação ao atendimento à saúde, não apenas quem é diretamente atendido é alvo das atenções do prestador de serviços, como também o são as pessoas que acompanham o paciente na consulta, uma vez que são as cuidadoras dos pacientes, ou os auxiliam em seus tratamentos, portanto, suas questões são colocadas na interação nestas situações (CAMPIOLO, 2007).

Existem dificuldades de aplicação dos conceitos utilizados por instituições industriais à área da saúde. Enquanto na primeira fala-se de “standards” aplicados ao “produto” e em seleção dos fornecedores de “matéria-prima”, na saúde não se tem dois pacientes iguais, porque muitos fatores pessoais, sociais e ambientais interferem nos resultados. Além disto, os médicos sempre tiveram grande autonomia de ação dentro de todo o sistema de saúde, e isto pode significar uma grande resistência no trabalho em equipe (MEZOMO, 2001).

O sistema de prestação de serviços de saúde é um sistema aberto porque sofre várias influências ambientais, sócio-econômicas, políticas e tecnológicas, que podem, por vezes, beneficiar ou dificultar o processo de prestação de serviços (MEZOMO, 2001). A função principal dessas instituições é fornecer condições e desenvolver atividades para o tratamento de pessoas doentes com vistas à recuperação da saúde, prolongamento da vida ou, pelo menos, condições para uma morte com dignidade. Pela imprevisibilidade da demanda a ser atendida, tais estabelecimentos enfrentam grande dificuldade para garantir sua

continuidade operacional (REBELO, 1995).

Na realidade brasileira, a política pública de saúde, implantada pelo governo federal, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), rege que cada município é responsável pela sua população. Adotou-se tal princípio pelo pressuposto de que, dada a diversidade climática, social e econômica do país, é impossível criar um só planejamento para ser implantado em todas as regiões. Assim, dentro dos princípios do SUS, os gestores municipais devem viabilizar o planejamento de acordo com as necessidades e características específicas de cada localidade. Às populações com grande contingente no campo, por exemplo, é conduzida uma política de combate ao uso de agrotóxicos, o que não é priorizado em grandes centros urbanos (“SUS de A Z”, 2008).

No entanto, percebe-se que em instituições públicas de saúde não é comum existir preocupação constante com a satisfação dos clientes. Dada a dificuldade de conseguir atendimento no sistema público de saúde, são raras as situações de questionamento ou reclamações sobre o atendimento. Afinal, a procura por outra instituição onde sua expectativa seja atendida acarretará em novo processo de espera por atendimento. As instituições públicas que funcionam de modo satisfatório, com eficiência e agilidade, têm, a cada dia, maior demanda e encontram dificuldade para encaminhar de volta à instituição de origem os pacientes que, por algum motivo, lhes foram referenciados (MEZOMO, 2001).

Entretanto, o governo pressiona instituições públicas pela melhora da qualidade nos cuidados de saúde. E em casos de instituições privadas, a pressão por esta melhora ocorre por parte da concorrência, de usuários, dos próprios administradores e dos provedores de serviços. Quando os serviços de saúde oferecem um bom relacionamento com o paciente, os cuidados e os resultados são vistos como “produto” das ações e interações de todas as pessoas envolvidas nos mesmos (MEZOMO, 2001). Para se garantir a qualidade nestas interações, Mirshawka (1994) aponta que funcionários de instituições de saúde devem saber falar com as pessoas, trabalhar em equipe, serem flexíveis, agradáveis e organizados.

São os funcionários considerados os mais simples, ou seja, que apresentam menor grau de instrução, que fazem a maior parte do trabalho de apoio. Estes estão em contato com as pessoas que se utilizam dos serviços prestados pela instituição. Enxergam com clareza onde estão os defeitos, os erros, as falhas, o desperdício de tempo e outras características da instituição de saúde que precisam ser mudadas. Eles podem ser fonte de muitas melhorias, caso sejam encorajados a apresentar as suas idéias para mudanças. Instituições que atentaram para o fato já perceberam além da melhora na qualidade, a conseqüente redução de gastos (BITNER; BOOMS; MOHR, 1994; MIRSHAWKA, 1994).

É relativamente comum encontrar casos em que profissionais da saúde – tanto nas instituições públicas como nas privadas – fazem apenas o suficiente para se manter no emprego, uma vez que o empenho ou maior produtividade não trazem o correspondente ganho financeiro (REBELO, 1995). Além disso, percebe-se que funcionários sentindo-se insatisfeitos, chateados ou desrespeitados, tanto pela diretoria da instituição quanto pelos usuários, não se empenham em manter boas relações com os clientes.

As empresas privilegiam treinamento e capacitação aos profissionais especializados, enquanto o profissional que atua na atividade-meio ou de base, assim como toda a linha administrativa, tem raras oportunidades de treinamento. O trabalho em áreas fundamentais como a recepção, o arquivo de prontuários, ou a farmácia, freqüentemente são vistos como local de “castigo” ou “depósito” de funcionários problemáticos ou desajustados.

Por outro lado, os clientes, na maioria das vezes, agem e solicitam atenção como se seu problema fosse único e o maior de todos. Se, por um lado, o cliente tem dificuldade de compreender o volume da demanda que o funcionário da recepção deve atender naquele dia, por outro, o profissional deve ser atencioso para com quem tem um problema a ser resolvido e que, certamente, é por ele considerado muito sério (REBELO, 1995).

O atendimento de uma recepção envolve uma pluralidade de elementos, dada a função de intermediar as necessidades do cliente e a estrutura organizacional. É a base de sustentação para o restante do trabalho prestado ao cliente. Assim, um atendimento de má qualidade pode ser generalizado para o serviço de má qualidade da instituição como um todo (CAMPIOLO, 2007).

Os problemas em instituições de saúde surgem, em maior proporção, quando existem falhas ou dificuldades para se consultar, internar, encontrar o médico, receber tratamento de emergência e etc., atividades realizadas, ou pelo menos mediadas, por profissionais que atuam na recepção (MIRSHAWKA, 1994). Portanto, é de extrema relevância que as instituições de saúde se preocupem com a profissionalização da “linha de frente”, ou seja, secretárias e recepcionistas que são as pessoas que fazem a prática da boa relação, interagindo com o paciente, em nome da instituição (MEZOMO, 2001).

Rebelo (1995) concordando com Mezomo (2001) sobre a necessidade de dispender atenção para este setor em instituições de saúde, discute as necessidades de intervenções para melhorar o atendimento ao paciente, dada a necessidade de uma recepção atenciosa. São primordiais a agilidade no atendimento; respeito ao horário de agendamento; rapidez e desburocratização das rotinas de internação e de outros serviços. Por isso, a seleção,

capacitação e atualização constantes dos funcionários devem ser realizadas.

Neste sentido, é consenso na literatura que as instituições de saúde devam investir no desenvolvimento de seus funcionários, e não só em tecnologia, mas também através de cursos, estágios, mudança de função, reuniões, treinamentos e capacitações, de modo a levar em consideração as habilidades dos funcionários e suas opiniões a respeito de satisfação com o trabalho, (BITNER, 1990; CAMPIOLO, 2007; FERREIRA, 2000; FERREIRA; MENDES, 2001; MEZOMO, 2001; MIRSHAWKA, 1994; REBELO, 1995).

A falta de treinamento faz com que os funcionários encontrem dificuldades em identificar clientes que possam causar problemas para a instituição, e que não tenham autonomia para resolver muitas situações inusitadas. Aliado à falta de remuneração condizente com o volume de trabalho, o despreparo faz com que se sintam desmotivados, o que acaba refletindo na alta rotatividade e na conseqüente insatisfação do cliente. Então, neste contexto, o treinamento envolve mais que dizer “tenha um bom dia” ou como atender ao telefone, envolve compreender quais comportamentos dos funcionários são determinantes para a satisfação dos clientes (BITNER; BOOMS; TEREALULT, 1990).

O treinamento também auxilia profissionais de atendimento a enfrentar problemas encontrados em sua profissão. Afinal, profissões de atendimento ao público estão na lista das mais estressantes, dada a dificuldade em se adaptar à pressão exercida por clientes e supervisores. Além de capacitações constantes, para diminuir o efeito aversivo da profissão, algumas empresas criaram “salas de descompressão”, com massagem, cabeleireiro e ginástica laboral (“Do outro lado da Linha”; 2007). Mais do que isso, características do local de trabalho, da equipe, a remuneração e perspectiva profissional e as normas e regras da instituição também são fatores relevantes para a motivação do funcionário e conseqüente base no enfrentamento das dificuldades (CAMPIOLO, 2007).

A qualidade nos serviços de saúde deve começar pelo tratamento que um médico ou outro profissional da saúde proporciona a um episódio de enfermidade claramente definido em certo paciente. Tal tratamento pode ser dividido em dois aspectos: o técnico e o interpessoal. O primeiro diz respeito à aplicação da ciência e tecnologia da medicina e das outras ciências da saúde no manejo de um problema. O tratamento interpessoal consiste na preocupação, caridade, compaixão. Os pacientes esperam, além de receber a última palavra em tecnologia, profissionais competentes e atenção. Em instituições de saúde, grande parte do tempo, o trabalho é emocional (MIRSHAWKA, 1994).

O dia-a-dia de uma instituição de saúde traz cenas de grande solidariedade, mas também de profunda desvalorização do ser humano que, muitas vezes não passa de um

número, um caso, quando não de um órgão ou de uma parte ou peça anatômica. Nem sempre o paciente é respeitado em sua privacidade, sendo desnecessariamente exposto aos olhares curiosos, ao invés de receber um tratamento solidário da equipe. Por vezes é o paciente que se mostra solidário com o pessoal que o atende e evita até pedir o que necessita para não sobrecarregá-lo, tirando-o de sua rotina (MEZOMO, 2001).

Preocupado com o atendimento excessivamente técnico e impessoal, o SUS adotou, a partir de 2004, a política de humanização, tendo como objetivos principais reduzir filas e tempo de espera, além de oferecer atendimento acolhedor e resolutivo. Para tanto, estabelece que, como critério de atendimento, se prioriza os casos mais graves, ao invés da ordem de chegada. Conforme seus pressupostos, deve-se evitar esperas longas, sinalização deficiente e falta de informação. Os usuários do sistema têm, por direito, atendimento com atenção e respeito, de forma personalizada e com continuidade, recebendo todas as informações concernentes à sua saúde de maneira clara, objetiva, completa e compreensível, adequando-se à cultura local e respeitando a privacidade (“SUS de A Z”, 2008).

Ainda como parte da política de humanização, o programa incentiva a educação permanente aos funcionários, promovendo a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão. Usuários, gestores e trabalhadores são considerados co-responsáveis pelos serviços oferecidos e pela conseqüente qualidade dos mesmos (“SUS de A Z”, 2008).

Na cultura organizacional vigente em instituições de saúde discute-se mais temas relacionados às novas tecnologias, orçamentos financeiros do que formas de melhorar o atendimento ao paciente ou a capacitação de funcionários para tal. Isso mostra e prova a importância do conceito do humanismo ao ambiente hospitalar, essencial para cuidar e confortar o paciente e sua família em situações de doença. A humanização significa tudo o que é necessário para tornar a instituição adequada à pessoa e à salvaguarda de seus direitos fundamentais. Os que seguem esse preceito são os que, em suas estruturas físicas, tecnológicas e administrativas, valorizam e respeitam o paciente, colocando-se a serviço dos mesmos, garantindo-lhes um atendimento de elevada qualidade (CAMPIOLO, 2007; MEZOMO, 2001; MIRSHAWKA, 1994; REBELO, 1995).

A rotina de admissão necessária não deve ser despersonalizada e nem apenas um ato mecânico executado por um pessoal mal treinado. O paciente precisa ser recebido de forma que sejam dadas todas as informações necessárias sobre seu encaminhamento. Para ele, tais instituições são consideradas lugares estranhos e misteriosos que não o deixam à vontade. Daí a necessidade de sua ambientação através de informação

bem dada, solidariedade, apoio e atenção dos que o recebem (MEZOMO, 2001).

Do exposto até o momento, ressalta-se que o atendimento ao cliente consiste de uma atividade profissional que envolve, além de conhecimento técnico, uma vasta lista de características da interação, dentre eles o preparo do profissional, condições de trabalho a que é submetido e suporte institucional. Sob a outra perspectiva, o cliente traz suas necessidades e expectativas na solução de seu problema. Em casos de atendimento ao paciente, estas características ficam ainda mais evidentes. Portanto, a Psicologia pode ser inserida neste contexto para que se compreendam melhor os fatores que influenciam na avaliação da qualidade de atendimento ao público e minimizar dificuldades decorrentes de elementos comuns nestas ocasiões.

1.1.1 O Psicólogo no Contexto de Saúde e o Atendimento ao Paciente

Quando se fala sobre o binômio saúde e doença, aspectos psicossociais, fatores ambientais e a interação do indivíduo com seu meio são levados em consideração. Desta maneira, pode-se conceituar saúde como a interação bem sucedida entre indivíduo e as suas condições ambientais e sociais. Quando esta interação é inadequada ou deficiente, considera-se a doença como resultado, com diferenciadas intensidades de gravidade (MIRSHAWKA, 1994).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1960, conceituou saúde como “um estado de bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de enfermidades”. A partir desta conceituação, tem-se a saúde como uma questão de grau, um contínuo de valores, com muitos “estados intermediários entre a saúde ideal e o grau máximo de desequilíbrio” (MORAES, 1999, p.62).

Uma vez que o conceito de saúde passa a ser compreendido além da ótica puramente orgânica, passa a ser necessário relacionar os agravos à saúde a outros aspectos físicos e psicológicos gerais e ao contexto de seu ambiente natural e social, agregando-se aos estudos dos aspectos biológicos (REBELO, 1995).

Assim, conceber a saúde em termos de ocorrências comportamentais faz extrapolar o âmbito da medicina, ampliando possibilidades de intervenção e de compreensão. Uma vez que se especifica o papel da Psicologia como promotora de bem estar, é atribuição dos psicólogos subsidiar programas voltados à produção de conhecimentos e promoção da

aquisição de comportamentos relevantes neste contexto, os ditos “comportamentos de saúde”. Estes podem depender ou não do acesso do indivíduo aos sistemas de saúde, do local e da disponibilidade de profissionais (MORAES, 1999).

Desde os anos 90, profissionais de Psicologia, em número representativo, participam de equipes interdisciplinares nos mais variados contextos, desde centros de saúde de periferia até grandes instituições hospitalares e centros de reabilitação (AMARAL, 1999). Estes profissionais atuam na área que hoje em dia se denomina Psicologia da Saúde, definida como um conjunto de contribuições da Psicologia à promoção da saúde, que envolve, em última análise, o desenvolvimento do sistema de atenção, definição e adoção de políticas de saúde (MATARAZZO, 1980).

Segundo Miyazaki e Silvaes (2001), a prática da Psicologia da Saúde, como definida atualmente, conduz à inclusão da extensão de serviços à comunidade, assim como o exercício de atividades de ensino e pesquisa. A formação de profissionais de saúde e atendimento a futuros profissionais da área também se incluem entre as linhas de pesquisa mais promissoras e válidas.

O profissional, neste contexto, mantém contato intenso com a complexidade do comportamento humano. Muito da atuação deste profissional se dá em situações de crise, caracterizados por contingências aversivas, ocasiões em que pessoas passam por dificuldades relacionadas a capacidades fisiológicas, comportamentais e sociais/culturais (SANTOS, 2003). Sendo assim, a atuação do psicólogo na área da saúde, mais diretamente com a equipe que oferece cuidados ao paciente, favorece que aprendam a enfrentar estas situações, bem como auxilia os funcionários a lidar com estes pacientes de maneira que os confortem e encorajem a enfrentar contextos sobremaneira aversivos. Deste modo, tanto funcionários quanto pacientes recebem o amparo emocional necessário para enfrentar momentos de crise, preservando a saúde por lidar adequadamente com sentimentos resultantes dos acontecimentos nestas circunstâncias.

A Psicologia oferece diversas abordagens para se estudar questões referentes ao componente emocional na saúde do indivíduo. Na presente pesquisa, o enfoque utilizado é o da análise do comportamento, com sua filosofia calcada no behaviorismo radical, cuja intervenção vem se mostrando efetiva em diversos contextos. Maiores detalhes a respeito de seus pressupostos, utilizados no estudo, serão apresentados a seguir.

1.1.2 A Análise do Comportamento e o Atendimento ao Público

Usualmente, as pessoas consideram o comportamento como sendo uma manifestação de processos mentais e mecanismos neurológicos, entre outros acontecimentos internos. Assim, um eu interior seria o responsável por sentir, pensar, organizar e iniciar o comportamento, entendido como a ação manifesta. Esta concepção é partilhada por toda a cultura ocidental, que adota uma visão de homem dualista, em que a mente controla o corpo e ambos são entendidos como separados. Neste caso, a mente adota a função primordial e o comportamento é considerado seu acessório, como a manifestação de outro sistema ou processo interior. É desta forma que muitos profissionais, tanto da Psicologia, como da Medicina e áreas afins, passam a estudar estes processos e sistemas que controlariam o comportamento, nesta concepção (CHIESA, 2006).

No entanto, segundo os preceitos do behaviorismo radical, filosofia que embasa este estudo, eventos comportamentais são analisados, sem que, para isto, seja necessária a existência de entidades mentais que os expliquem. Deste modo, passam a ser compreendidos na interação com o ambiente, assumindo o papel primário na explicação e não mais como manifestações de outros processos. Sendo assim, o indivíduo, ao invés de segmentado em mente e corpo, passa a ser considerado como unidade, que interage com o ambiente. Com isto, as causas dos comportamentos também não estão situadas em outros mecanismos, mas sim nas interações estabelecidas entre a pessoa e o ambiente, sendo que se pode considerar ambiente tudo o que cerca a pessoa no mundo exterior, como objetos, outros indivíduos, animais e até mesmo reações fisiológicas do organismo.

Assim, para averiguar a probabilidade da emissão de determinado comportamento em situações futuras, é necessário que se analise como eram as condições do contexto no qual se emitiu tal comportamento e quais foram as conseqüências desta emissão no ambiente (CHIESA, 2006). Compreendendo-se, portanto, que o comportamento não ocorre no vácuo, e sim nas interações com o ambiente, que produzirão conseqüências capazes de determinar o quão provável é a repetição daquele comportamento (SIDMAN, 1995).

O comportamento, da forma como se apresenta em determinada ocasião, é resultado de três fatores: o primeiro deles encontra-se no material genético do indivíduo que se comporta, o segundo é fruto da história de reforço pela qual o indivíduo esteve exposto, que é única para cada pessoa, e o terceiro fator consiste nas relações estabelecidas com o ambiente atual, ou seja, o contexto em que o comportamento é emitido. Desta maneira, o

comportamento de uma pessoa assume o papel de variável dependente em relação às contingências ambientais, que são as variáveis independentes, que mantêm relações sutis e, ao mesmo tempo, complexas com o comportamento. De forma mais explícita, o behaviorismo radical pressupõe que o comportamento é função de estímulos antecedentes a sua emissão e da consequência desta, assim, os padrões de comportamento são selecionados, mantidos e fortalecidos (CHIESA, 2006; SKINNER, 1953/1998).

Neste ponto, faz-se mister esclarecer que, por consequência da emissão de um comportamento, compreendem-se efeitos produzidos em emissões anteriores nas quais características das contingências foram similares as que ocorrem atualmente.

Na linguagem do dia-a-dia é comum que se diga, por exemplo, que se irá conversar com a recepcionista para agendar uma consulta médica. No entanto, um evento futuro, uma vez que não se pode garantir sua ocorrência, não pode ser considerado causa de comportamento. Com a frase acima exposta pode-se, portanto, compreender que, em situações semelhantes, em que o indivíduo esteve enfermo, conversar com a recepcionista, dentre outros comportamentos, consequenciou o agendamento de consulta médica. Desta maneira, fica evidente que as consequências que mantêm o comportamento estão na história do organismo, e não em situações futuras (CHIESA, 2006; SKINNER, 1953/1998).

Sendo assim, para a análise do comportamento, definições em termos da topografia são secundárias quando comparadas às descrições relacionais, em que se busca compreender fatores que eliciam, mantêm e fortalecem os comportamentos. Dentre os primeiros, pode-se definir os aspectos ambientais, ou seja, a ocasião em que as respostas comportamentais ocorrem. Estes são denominados estímulos discriminativos, e correspondem aos aspectos que a sua presença aumenta a probabilidade da resposta ocorrer, uma vez que indica a possibilidade de ser reforçada e, em outras palavras, bem sucedida (CHIESA, 2006; SKINNER, 1953/1998).

Os estímulos só se tornam discriminativos devido à história de condicionamento de cada indivíduo (MEYER, 1997).

Por reforçadores, entendem-se os efeitos sobre o comportamento produzidos por uma consequência, mantendo-o e fortalecendo-o (CHIESA, 2006). Assim, o comportamento torna-se mais provável de ocorrer em situações semelhantes, no futuro. Podem ser expresso numa relação do tipo “se..., então...” inserido numa determinada contingência, como por exemplo: “Se eu atender bem os pacientes, então serei elogiada pelo chefe”. Os reforçadores podem ser de dois tipos, tanto positivos como negativos. No primeiro caso, o comportamento é seguido por adição, produção ou aparecimento de algo que não

estava presente ou estava presente em menor escala antes da emissão do comportamento. Já o reforçamento negativo presume a subtração, remoção ou eliminação de algo que estava presente na contingência antes da emissão do comportamento. Em ambos os casos a probabilidade de emissão do comportamento é elevada (SIDMAN, 1995).

A distinção reside no fato de que no reforçamento positivo, são agregadas conseqüências positivas, como elogio do chefe pelo bom atendimento, aumento no salário, reconhecimento da população pelo profissionalismo no atendimento. No caso dos reforçadores negativos, trata-se de livrar-se, diminuir ou remover eventos perigosos, perturbadores e ameaçadores, ou seja, atender a população sob o controle de ameaça de desemprego, ou o comportamento do usuário da unidade de saúde em busca da diminuição da dor estomacal (SIDMAN, 1995).

Entretanto, os reforçadores não são os únicos efeitos possíveis de uma conseqüência sobre o comportamento emitido. A punição é a conseqüência a comportamentos que consiste ou na perda de reforçadores positivos, ou na produção de algo considerado reforçador negativo. Assim como os reforçadores, a punição é apresentada contingente, e segue o comportamento emitido. Seria o caso da recepcionista perder o emprego após dizer palavras de baixo calão a um paciente, ou permanecer com o salário baixo por não conseguir agendar as consultas estipuladas pela meta da instituição. O que se pode perceber no caso da punição, é que o comportamento punido mostra ao indivíduo a forma considerada inadequada de se comportar em determinada situação. No entanto, não ensina comportamentos alternativos que sejam mais propícios à circunstância (SIDMAN, 1995).

Reforçadores ou punidores podem ficar comprometidos por eventos ambientais capazes de afetar o organismo pela alteração momentânea na efetividade reforçadora ou punitiva de outro evento, ou alterando momentaneamente a freqüência dos comportamentos do organismo que foram reforçadores ou punidores por esses eventos. São as denominadas operações estabelecadoras, que variam de indivíduo para indivíduo, dependendo da sua história de condicionamento. É por esta definição que se pode compreender a motivação, nos moldes do behaviorismo radical, enfatizando as condições nas quais o comportamento ocorre, abrindo mão de termos mentalistas, como instinto, para sua explicação. (CUNHA, 2001; HAYDU, 2004; MIGUEL, 2000)¹.

Deste modo, voltando-se para situações de interação entre recepcionistas e usuários de Unidade Básica de Saúde, o fato de encontrar amigos que comparecem às

¹ Explicações mais detalhadas quanto ao conceito de Operações Estabelecadoras constam nas referências Cunha 2001, Haydu e 2004 Miguel, 2000.

consultas pode alterar, aumentando o valor reforçador do salário, contingente ao trabalho de recepcionista. Por outro lado, usuários impacientes podem produzir estímulos que funcionam como operações estabelecedoras na redução do valor do pagamento. No caso do usuário, o bom atendimento por parte das profissionais pode elevar o valor reforçador de ir até a instituição quando doente, ao passo que a desatenção pode reduzir o valor reforçador do deslocamento. Pelo fato do presente estudo tratar-se de uma análise de interações, é importante conceituar o comportamento verbal à luz do behaviorismo radical. De modo geral, a linguagem é considerada comportamento, portanto é desenvolvida e mantida por contingências de reforço. Assim, é definida como qualquer outro comportamento, por seu caráter relacional, em função da comunidade a qual falante e ouvinte pertencem (BARROS, 2003; MATOS, 1991; RIBEIRO, 2003; SILVARE; GONGORA, 1998).

É neste sentido que o conceito de compreensão também se insere. Compreender não é tornar comum signos verbais, e sim entender a relação funcional da pessoa que ouve com o que foi dito, levando-se em consideração que cada um possui uma relação própria com o que é verbalizado, dada a sua história de aprendizagem. Portanto, a compreensão é a emissão de comportamentos por parte do ouvinte, sob o controle discriminativo de estímulos verbais (MEDEIROS, 2003).

Comportamentos que denotam a compreensão podem ocorrer de diversas maneiras, como por exemplo: um paciente dirige-se à recepcionista e pede que seja marcada uma consulta com o cardiologista para aquele dia. A recepcionista responde que não há mais vagas e que o cardiologista atenderá emergências no hospital a partir das 18 horas. O paciente pode tanto responder que, como se trata de emergência, irá ao hospital ou que prefere agendar para o dia seguinte. As duas respostas demonstram compreensão, apesar de diferentes.

É também, necessário que o ouvinte tenha certa familiaridade com os termos dos quais o falante se utiliza para que haja a compreensão (MEDEIROS, 2003; SILVARES; GONGORA, 1998). Caso a recepcionista recomende ao usuário que chega ao posto de saúde reclamando de coceira uma consulta com o dermatologista, é provável que não haja compreensão se o usuário for pouco instruído. Mas se a profissional recomendar uma consulta com o médico de pele, as chances de compreensão serão maiores.

Compreender o que outra pessoa diz a respeito de algo que esteja sentindo pode apresentar maior nível de dificuldade, uma vez que o acesso ao que é sentido é indireto, ocorre apenas por meio do relato verbal da pessoa. Para se compreender, é necessário que o ouvinte identifique como se sentiu, no passado, em situações semelhantes às que o falante relata (MEDEIROS, 2003). Hipotetizando-se a seguinte situação: o paciente que acaba de ser

atropelado, solicita à recepcionista uma consulta com o ortopedista. A recepcionista responde: “O senhor deve estar sentindo muita dor! Vou antecipar sua consulta, passando-a na frente da consulta dos pacientes que só vão mostrar resultados de exames”. Assim, a recepcionista compreendeu a dor do paciente, que fora atropelado e respondeu adiantando a sua consulta.

Embora os exemplos citados envolvam o comportamento vocal para explicar a compreensão, há casos em que seu uso não é necessário, desde que as pessoas envolvidas na interação apresentem certo nível de familiaridade com o contexto (MEDEIROS, 2003). Um paciente pode, simplesmente, apresentar para a recepcionista uma solicitação de exame, agendando um dia que o exame possa ser realizado, sem que haja troca vocal. No entanto, isto poderia não ocorrer caso o paciente apresentasse a solicitação em outro contexto.

Das críticas mais frequentes que o behaviorismo radical recebe, aquela de que não considera os sentimentos, representa a falta de conhecimento da filosofia da análise do comportamento. É relevante ressaltar que os sentimentos e pensamentos não são negligenciados, mas analisados de forma distinta da maneira que se age nas teorias dualistas e mecanicistas. Enquanto as últimas defendem que sentimentos ou pensamentos causam comportamentos, a filosofia skinneriana os adequa como sendo parte dele, sendo necessário descobrir como estas respostas surgiram e como alterá-las ou mantê-las, como qualquer outro comportamento (CHIESA, 2006).

Para se compreender como o comportamento ocorre, é necessário que se atente para eventos que estão, necessariamente, fora do organismo, que podem fazer parte da história passada do indivíduo que se comporta, denominado por Skinner como o primeiro elo na cadeia causal das respostas. Como segundo elo, tem-se os estados internos do organismo, que, como anteriormente exposto, são considerados comportamentos que não controlam ou induzem comportamentos, e só se pode alterá-los na medida em que se manipulem as variáveis do primeiro elo. Assim sendo, não se altera sentimentos de raiva manipulando o próprio sentimento. Altera-se na medida em que as contingências que eliciam a raiva são modificadas. O terceiro elo é denominado o comportamento aberto (SKINNER, 1953/1998). Para elucidar o exposto, tem-se o exemplo das recepcionistas de instituições de saúde que, em determinada ocasião, são repreendidas pelos médicos por terem agendado um grande número de consultas (primeiro elo), sentem-se chateadas e com raiva (segundo elo) e, em seguida, comportam-se de maneira considerada ríspida com os próximos pacientes que procuram agendar consulta com aquele médico (terceiro elo). Apesar de Skinner ter nomeado segmentos da cadeia causal como elos, este processo não ocorre de maneira linear e encadeada.

Conforme Chiesa (2006) deve-se compreender as relações de causa e efeito como teias, em que um comportamento pode ser função de muitas variáveis contíguas ou não no tempo e no espaço, e até vários comportamentos podem ser função de uma mesma variável (CHIESA, 2006).

As relações funcionais apresentam-se de maneira contingente, sem que, para tanto, haja a justaposição no tempo e espaço (MEYER, 1997) Esta metáfora vem de encontro com outra concepção, defendida por teorias dualistas e mecanicistas. Nesta, os eventos são dispostos numa relação de sucessão entre eles, tornando evidente a segmentação de início, meio e fim. O processo é linear e unidirecional e os efeitos são preenchidos com eventos considerados mediadores entre o que é externo ao organismo e o comportamento aberto. É neste processo que se insere as expectativas, motivações, compreensão, pensamentos que adquirem a função de preencher lacunas espaciais e temporais entre os acontecimentos (CHIESA, 2006).

Na metáfora da rede, a qual o behaviorismo radical defende, não há necessidade de preenchimento de lacunas, uma vez que supõe que os acontecimentos não são lineares e contíguos, na maioria das circunstâncias. A causalidade é dada ao longo do tempo, e os comportamentos emitidos numa dada contingência foram selecionados ao longo de uma história em que uma ampla faixa de possibilidades era disponível ao indivíduo.

Os conceitos apresentados ao longo do tópico norteiam o estudo atual no sentido de servirem de base para a análise das interações entre recepcionistas e usuários de Unidade Básica de Saúde. Pela ampla dimensão de fatores que determinam a causalidade de qualquer comportamento, muitas das variáveis envolvidas em situações de interação são obscuras e de difícil determinação. Assim, a pesquisa se restringe à avaliação e análise das interações, tendo por base variáveis manifestas no momento em que a interação ocorre, sendo um passo inicial na busca por relações funcionais neste âmbito profissional.

1.2 PESQUISAS EM ATENDIMENTO AO PÚBLICO

O contexto de atendimento ao público é o local mais apropriado para se investigar as origens de falhas no atendimento ao usuário. São nestas situações em que se pode encontrar os problemas e dificuldades dos indivíduos que encontram suas raízes na falta de preparo e treinamento dos funcionários, desinformação do usuário ou planejamento

ineficaz da instituição. Em estudos que investiguem o trabalho de atendimento ao cliente, faz-se mister que além da atenção ao trabalho do atendente, a própria relação com o usuário seja analisada, uma vez que a interação com este é a tônica da atividade profissional realizada.

O atendimento ao público é a atividade profissional que abarca as variáveis: comportamento do usuário, conduta do funcionário envolvido na situação, a organização do trabalho e as condições físico-ambientais. É considerada uma atividade de mediação entre as finalidades da instituição e os objetivos do usuário (FERREIRA, 2000). A literatura, ainda escassa na área, mostra-se preocupada com questões relativas à qualidade, em termos da produtividade e da rentabilidade, extremamente relevantes. No entanto, acredita-se que haja relevância em lançar um olhar sobre o papel dos atendentes e outras variáveis em vigor nas situações de atendimento, como o próprio comportamento dos usuários, por exemplo, ao se definir qualidade do atendimento.

Bitner (1990) realizou um estudo com enfoque na percepção do usuário sobre a qualidade do atendimento, enfatizando elementos presentes no momento da interação que podem influenciar na avaliação do cliente sobre a qualidade do serviço. Assim, a pesquisadora teve como objetivo levantar os fatores antecedentes e conseqüentes da satisfação ou insatisfação do cliente no período de atendimento e levantar quais estratégias de *marketing* poderiam ser utilizadas para influenciar na satisfação dos clientes no momento do atendimento.

Para tanto, a pesquisa foi realizada com 145 participantes que aguardavam seus vôos na sala de embarque de um aeroporto internacional. Um entrevistador lhes contava uma estória descrevendo uma situação negativa de atendimento. Era solicitado que os participantes se imaginassem como o viajante relatado na estória, em que o turista, após retornar de uma viagem mal-sucedida, foi à agência de viagens reclamar sobre o problema.

Havia três opções de respostas do agente de viagens frente à falha ocorrida. Os participantes da pesquisa recebiam uma das opções (funcionário atribuindo a falha a uma causa interna da empresa ou a uma causa externa à empresa ou sem oferecer alguma explicação). Havia também, duas possibilidades pelas quais o agente poderia se portar diante do problema: oferecer ou não alguma recompensa diante da situação. Folhetos ilustrando o ambiente da agência eram mostrados em duas versões: um ambiente organizado ou desorganizado. Metade da amostra dos participantes tinha acesso a um tipo e a outra metade, ao outro tipo. Depois de lerem a estória, os sujeitos responderam um questionário de escala *Likert* contendo medidas de atribuição, atitude, satisfação e intenção de comportamentos.

Como resultados, a autora encontrou que todos os entrevistados relataram o

mesmo nível de incômodo em todos os arranjos das situações, não havendo também interferência significativa no ambiente organizado ou desorganizado. Porém, os participantes que responderam ao questionário mediante a situação de explicação externa da empresa quanto ao problema, atribuem menos controle por parte da empresa que os que ofereceram explicação interna ou que não ofereceram explicação. Além disso, atribuem maior controle em situações em que a explicação é interna do que quando não há explicação.

Nas situações em que a explicação é interna à empresa, os clientes tendem a esperar que o problema ocorra novamente mais do que nas outras duas possibilidades. Oferecer recompensas e dar explicações sugere a redução do controle da agência pela falha. Quando não é dada qualquer explicação, oferecer alguma recompensa sugere admissão pela culpa do problema. Assim, a atribuição de responsabilidade pelo problema aumenta quando se oferece recompensa sem alguma explicação. Quando há oferecimento de recompensa, os clientes crêem que o erro não voltará a se repetir.

Apesar dos efeitos ambientais não parecerem significativos, de acordo com os resultados da pesquisa, clientes em ambientes organizados esperam que o erro não se repita mais do que os clientes em ambientes desorganizados. Quando os clientes percebem a causa do problema como sendo de responsabilidade da agência e provável de se repetir, eles ficarão mais insatisfeitos que na condição oposta. Explicações do funcionário, oferecimento de recompensa e aparência do ambiente físico podem influenciar na forma como percebem as causas do problema.

Com tais resultados, a autora sugere que estratégias de treinamento dos funcionários, o monitoramento por parte da gerência e estratégias de motivação do pessoal, além do cuidado com evidências físicas devem ser atentadas para que haja reconhecimento por parte do cliente na qualidade do serviço prestado. Pode-se, com isso, evitar conflitos e tensões desnecessárias e suas conseqüências na interação funcionário-usuário.

Bitner, Booms e Tetreault (1990) realizaram uma pesquisa em um restaurante, um hotel e uma empresa aérea com os objetivos de especificar eventos que levassem à satisfação do cliente. Com isso, investigaram o que faz destas interações favoráveis, além de especificar os eventos que levassem à insatisfação, bem como os que fazem destas interações desfavoráveis e também averiguar se há similaridades nos dois casos. Para tanto, fizeram uso do inventário *Critical Incident Technique* (CIT), que consiste em procedimentos especificamente definidos de coleta de observações de comportamentos humanos e classificação de modo a formar um catálogo de problemas práticos.

Foram classificadas situações em que os clientes se recordaram por terem

sido particularmente satisfatórias ou insatisfatórias. Dos clientes das empresas pesquisadas, 347 responderam ao inventário relatando situações satisfatórias, ao passo que 352 relataram situações insatisfatórias. Como resultado, os autores agruparam categorias que emergiram da classificação. Os três principais grupos são:

1. Resposta do funcionário à falha da empresa: como o profissional interage em situações de lotação de hotel, dos lugares do restaurante ou passagens aéreas, se oferecem compensações ou serviço diferenciado pelo mesmo preço, ou se não há alguma explicação ou pedido de desculpas; como o funcionário lida com a demora do serviço, se há explicações ou oferecimento de recompensa, além de outros fatores como quarto sujo, comida fria, problemas de bagagem.

2. Resposta do funcionário às necessidades do cliente: o reconhecimento da seriedade de necessidades do cliente e o devido tratamento; se há flexibilização de regras da empresa de modo a atender preferências do cliente; como o funcionário responde ao erro do cliente e a forma como conduz situações em que outras pessoas na ocasião se comportam inadequadamente.

3. Pedidos do cliente e comportamentos dos funcionários não esperados ou solicitados: o nível de atenção considerado favorável ou desfavorável, levando em consideração o tempo dispendido, preocupação com o conforto do cliente, provendo informações extras, antecipando necessidades; quando o funcionário emite pequenas atitudes que levem a interações altamente satisfatórias ou insatisfatórias para o cliente; se o funcionário se comporta de acordo com contexto cultural.

Com os resultados obtidos, os autores sugerem que as fontes de satisfação do cliente surgem mesmo que o serviço apresente falhas, desde que receba um tratamento especial dos funcionários. Ao passo que a inabilidade dos mesmos em conduzir situações em que há falhas no serviço leva à insatisfação. Assim, não somente o fato de ter havido falhas no serviço, mas principalmente o esforço e o interesse do funcionário em solucionar o problema é levado em consideração pelos clientes. Os autores apontam a necessidade de treinamento para que o funcionário aprenda como conduzir, ampliando seu repertório de respostas e de se prover autonomia ao trabalhador da linha de frente para resolver situações inusitadas que ocorram no atendimento ao cliente.

Outro ponto interessante abordado no estudo é a reflexão acerca da regra vigente na sociedade contemporânea de que o cliente sempre tem razão. Os autores discordam de tal posicionamento, uma vez que leva a crer que tudo o que o cliente solicita deve ser atendido. Essa filosofia leva à confusão por parte dos funcionários, que não sabem como

conduzir situações que fogem ao cotidiano do atendimento. Mais uma vez, é enfatizada a relevância da supervisão efetiva por parte da gerência, bem como o monitoramento e provimento de *feedbacks* para que se controlem algumas destas situações.

Bitner, Booms e Mohr (1994), realizaram um estudo enfatizando outra perspectiva da interação ocorrida em episódios de atendimento ao cliente, com o intuito de examinar o que os funcionários consideram crítico no atendimento nas mesmas três empresas onde se realizou a pesquisa anterior. Além disso, propuseram-se a averiguar os tipos de situações e comportamentos que os funcionários acreditam determinar a satisfação do cliente. Para tanto, foram entrevistados atendentes das três empresas, com um questionário contendo questões estruturadas e fechadas. Aos participantes era perguntado a respeito de eventos específicos que aconteceram num passado recente em que os clientes ficaram satisfeitos e insatisfeitos, num total de 397 episódios de satisfação e 377 episódios de insatisfação.

Com as respostas obtidas, os autores encontraram que funcionários atribuem a insatisfação do cliente a causas externas, como problemas no serviço de entrega ou o comportamento inapropriado do cliente, atribuindo a insatisfação mais a fatores situacionais do que ao próprio comportamento na interação. No entanto, no que tange a situações satisfatórias, os funcionários tendem a atribuir a resposta às necessidades e pedidos dos clientes, reportando-se a habilidade do funcionário de ajustar o sistema de forma a acomodar necessidades e pedidos. As últimas situações, tal como relatado na pesquisa anterior, iniciam-se com uma falha e terminam com a satisfação do cliente em resolver o problema. No caso de situações em que o cliente se engana de alguma maneira, não houve relatos de interações satisfatórias. Percebeu-se que os clientes atribuem mais os equívocos aos funcionários do que a eles próprios, principalmente quando se trata de eventos insatisfatórios.

Com tais achados, os autores apontam que funcionários têm uma noção realista e uma boa avaliação dos elementos contidos no momento de interação com o cliente. E que tais trabalhadores tendem a respeitar clientes e almejam realizar sua função da melhor maneira possível, muitas vezes esbarrando na falta de estratégias da empresa e falta de preparo. Para tanto, novamente neste estudo Bitner e colaboradores (1994) enfatizam que a política de que o cliente sempre tem razão não é verossímil. Muitas vezes os clientes apresentam condutas inapropriadas causando tensão e stress em administradores e recepcionistas. Compreendendo melhor tais questões, métodos que evitem suas causas podem ser desenvolvidos.

Portanto, é necessário descobrir os tipos de problemas que causam a insatisfação, quais são os problemas mais frequentes, quais clientes tendem a apresentar mais

problemas, sob quais circunstâncias criam mais ou menos embaraços e o que pode ser feito para identificá-las e como os funcionários podem enfrentar tais situações. Para tanto, funcionários necessitam de treinamento que abarque estratégias de enfrentamento e resolução de problemas para lidar com clientes, assim como com seus próprios sentimentos na interação; reconhecimento de características na interação de forma a antecipar o humor dos clientes para se evitar ou minimizar os problemas antes de tomarem grandes proporções.

Também é necessário que empresas se posicionem quanto a estes clientes, num contínuo que vai desde recusar até mantê-lo a qualquer custo, quantificando o impacto destes sobre o stress organizacional. Além de treinar a equipe de atendimento, o cliente também pode ser treinado, no sentido de aprender o que esperar da empresa e como se comportar apropriadamente nestas situações.

Outro exemplo de pesquisa que evidencia a qualidade no atendimento é o proposto por Hartline e Ferrel (1996) cujo objetivo foi de obter um melhor entendimento do contato entre funcionários de atendimento ao público e administradores examinando três perspectivas: funcionário-cliente (comportamentos do funcionário que podem influenciar na percepção do cliente a respeito da qualidade do serviço); administrador-funcionário (mecanismos administrativos que podem ser utilizados para estruturar respostas dos funcionários) e a relação das duas anteriores com a perspectiva do papel do funcionário.

Houve o levantamento de percepções e julgamentos de administradores, funcionários e clientes para se examinar as relações entre os três e determinar a importância destas relações com todo o processo administrativo para com os funcionários de atendimento. Para tanto, os pesquisadores enviaram pacotes contendo questionários a gerentes gerais de hotéis contendo um questionário para um administrador, cinco para funcionários e quarenta para clientes. Aos gerentes foi perguntado sobre o comprometimento com a qualidade, a autonomia e a ênfase na avaliação da conduta dos funcionários de atendimento. Aos funcionários, foi questionado a respeito dos níveis de stress, auto-eficácia, satisfação e adaptação à função exercida. E aos clientes, sobre a qualidade no atendimento. Do total de questionários distribuídos, retornaram 236 dos administradores, 743 dos funcionários de atendimento e 1351 dos clientes.

Como resultados, os autores obtiveram que funcionários auto-eficientes e satisfeitos com o trabalho exercem efeito positivo na percepção do cliente quanto à qualidade do serviço. Da perspectiva do funcionário, a auto-eficiência é significativamente negativa para a satisfação no trabalho, o que pode ser atribuído pela caracterização da função de atendimento ao público, em que geralmente são mal remunerados, mal treinados, trabalham

excessivamente e são altamente estressados. Como, na pesquisa, o perfil de funcionários é constituído por jovens, bem educados e trabalhando na função enquanto finalizam os estudos, não consideram o emprego como uma carreira permanente, o que pode levar a não se satisfazer com a função apesar da auto-eficiência.

A autonomia dada ao funcionário pareceu aumentar o papel conflituoso, apesar dos funcionários tornarem-se mais confiantes na realização de suas tarefas, melhorando a satisfação pessoal. Com autonomia, funcionários adquirem mais responsabilidades, o que pode causar frustração por não dar conta do montante de serviço. A auto-eficiência apareceu como fator importante na satisfação com o trabalho e na avaliação do cliente quanto à qualidade no serviço. Funcionários auto eficientes estão melhores preparados para controlar as dificuldades inerentes aos seus trabalhos.

Os autores concluem que a ênfase na avaliação do comportamento dos funcionários é o caminho para que funcionários consigam contornar situações mais facilmente e fazer com que entrem em contato com as mudanças necessárias. Além disso, deve-se atribuir aos administradores a função de procurar meios de melhorar a auto-eficácia e a satisfação no trabalho de seus funcionários.

Outro enfoque também encontrado na literatura internacional é a relação entre atendimento ao público e absentismo ou mesmo o abandono do emprego. Batt (2002) realizou uma pesquisa examinando a relação entre práticas de recursos humanos, pedidos de demissão e o desempenho organizacional em setores de serviço de atendimento ao consumidor de empresas com mais de cem funcionários nos Estados Unidos. Para tanto, a autora entrevistou gerentes, supervisores e funcionários, além de fazer um levantamento de informações das empresas como fundação, mercado principal, tamanho e os contratos com os funcionários. Análises sugerem que os pedidos de demissão são menores e as vendas aumentam em estabelecimentos que valorizam habilidades dos funcionários, suas participações nas decisões e uma política de recursos humanos que incentive com aumento no salário e garantia de segurança no emprego.

Deery, Walsh e Iverson (2006) desenvolveram um estudo examinando as conseqüências psicológicas em uma amostra de atendentes de *call-center* e sua relação com o absentismo, tendo como pressuposto que este é resultante de políticas organizacionais. A teoria em que o estudo se embasa no contrato psicológico, definido pela crença individual sobre a troca existente entre o funcionário e a organização, que emerge quando a organização promete benefícios futuros em troca do desempenho do funcionário.

A pesquisa desenvolveu-se numa empresa de telecomunicações australiana

em que parte é estatal e outra é privatizada. Responderam a um questionário 85% do quadro de funcionários (n = 480) que consistia em escala *Likert* até cinco pontos. O número um correspondia à completa discordância e o número cinco a completa concordância de questões relativas ao contrato psicológico, referentes a treinamento, plano de carreira, pagamento baseado no desempenho, envolvimento na tomada de decisões, segurança de trabalho em longo prazo, confiança na organização e relações cooperativas entre funcionários. Além disso, o absenteísmo foi medido por meio de arquivos na empresa de cada funcionário participante, considerando o número de faltas por doença num período de doze meses.

Como resultados, os autores obtiveram que os funcionários crêem que a instituição não cumpre com as obrigações no setor. A maioria disse não acreditar na empresa e não percebem cooperação dos outros e, desta forma, faltam mais ao trabalho. No entanto, pode-se questionar se a medida do absenteísmo é realmente válida no estudo, uma vez que podem ser outras as causas de faltas no trabalho, como, de fato, doenças.

No cenário nacional, as pesquisas realizadas em diversas abordagens preocupam-se com questões relacionadas ao *stress* decorrente da função de atendimento, à satisfação do profissional com o suporte organizacional e também com a satisfação do cliente na qualidade do atendimento. Destas pesquisas, além de contextos empresariais, serão abordados contextos de saúde, como hospitais e laboratórios de exames médicos.

Ferreira (2001) desenvolveu um estudo cujo objetivo foi caracterizar o suporte organizacional dado aos atendentes; levantar os indicadores críticos no serviço de atendimento ao público e obter informações relativas à opinião dos atendentes sobre o serviço da instituição. A pesquisa foi desenvolvida num órgão público de prestação de assistência emitindo documentos e informações econômicas, jurídicas e culturais. Quinze funcionários e 58 usuários dos serviços da instituição participaram da pesquisa. A coleta de dados foi feita por meio de análise documental e entrevista semi-estruturada, além de observação das atividades.

Com isso, os resultados sugerem que o suporte organizacional aos funcionários é ineficiente e inadequado às exigências da atividade de atendimento e o processo de informação. A queixa é presente tanto por parte dos atendentes quanto dos usuários. A dificuldade mais relatada pelos funcionários diz respeito ao relacionamento com os usuários que, segundo eles, ou desejam o serviço de imediato ou estão muito desinformados sobre as exigências do serviço ou reclamam de modo mal educado.

A imagem que os funcionários têm da instituição é de insatisfação, segundo seus relatos, o sistema de avaliação é ineficiente, há falta de política de incentivo e

reconhecimento do trabalho, a política salarial não considera tempo de serviço, entre outros. Com a falta de reconhecimento da instituição os funcionários sentem-se injustiçados, entediados por desempenhar tarefas pouco reconhecidas. Os usuários relataram que a satisfação com o atendimento se dá na medida em que haja tratamento cordial do atendente, rapidez no atendimento da demanda, simplicidade nos procedimentos administrativos e relação custo-benefício vantajosa.

O autor conclui que, para um bom relacionamento com o usuário, é necessário planejar e implementar mudanças estruturais nas organizações e no processo de trabalho. Deve-se atentar para as condições materiais e instrumentais, como *layout* e sinalização dos locais de atendimento e meios de comunicação para interação com usuários. É igualmente relevante, o investimento em treinamento e desenvolvimento dos funcionários, facilitando o vínculo destes com a instituição, aumentando o envolvimento dos funcionários.

Ferreira e Mendes (2001) objetivaram abordar a inter-relação entre a atividade de trabalho e as vivências de prazer-sofrimento² dos trabalhadores em um contexto de atendimento ao público, identificando o impacto no bem-estar psíquico dos sujeitos com base teórico-metodológica na ergonomia francófona e na psicodinâmica do trabalho. A pesquisa orientou-se pelas seguintes questões: em que consistem as atividades de atendimento ao público no contexto organizacional estudado? Quais são as condições de trabalho disponibilizadas pela instituição, que caracterizam o serviço de atendimento e influenciam a atividade dos sujeitos? Como se caracteriza suas vivências de prazer-sofrimento?

Participaram da pesquisa 64 funcionários lotados no serviço de atendimento ao público de uma instituição integrante do sistema nacional de trânsito, que teve como forma de coleta de dados, observações e entrevistas individuais. Os resultados obtidos sugerem que: a execução dos serviços é um ritual cotidiano intenso de identificação da demanda do usuário, busca, registro e transmissão de informação; as poucas condições ambientais, abarcando as materiais e instrumentais limitam as atividades dos funcionários; houve predominância das vivências de sofrimento, associadas às condições de trabalho e às relações sócio-profissionais. Os próprios autores apontam que a pesquisa não permite criar um quadro explicativo mais conclusivo em termos da correlação entre trabalho real e vivências de sofrimento. Existe carência de dados sobre as interações com os usuários, o que possibilitaria dimensionar melhor o que os autores chamam de carga psíquica de trabalho.

Calais e Calais (2004) realizaram uma pesquisa com o objetivo de reduzir o

² Na pesquisa, o comportamento emocional é referido como “vivências de prazer-sofrimento”.

índice de *stress* e melhorar as condições de relacionamento interpessoal de funcionárias do serviço de atendimento ao consumidor de uma empresa. Quatro funcionárias com idades entre 21 e 30 anos participaram da pesquisa. As autoras colocam que as participantes acabam sendo vítimas das respostas agressivas de consumidores insatisfeitos e não sabem como reagir por ater-se ao protocolo da empresa, comportando-se com boa educação e demonstrando tranqüilidade. Conforme relatos, as funcionárias sentiam-se pessoalmente atacadas gerando resposta de raiva do cliente, além de impotência quando a solução do caso demandava tempo. Além disso, apresentavam dificuldades de interação com outros funcionários que detinham informações que deveriam prestar a seus interlocutores e que as avaliavam com base em relatórios.

Antes de passarem pela intervenção, as participantes preencheram o Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (2000) e o Inventário Assertivo (RATHUS, 1973). A intervenção foi composta por doze encontros semanais, com três horas de duração, realizados na própria empresa, no local de trabalho. Em tais encontros, as pesquisadoras utilizavam vídeo com filme sobre comportamento assertivo, textos pertinentes aos Direitos Humanos e comportamento assertivo, estratégias de parada de pensamento e de administração do *stress*. As pesquisadoras também explicavam acerca do conceito e manejo do *stress*, realizaram treinamento em Habilidade Sociais de Del Prette e Del Prette (1999), bem como treinamento em relaxamento muscular progressivo.

As autoras relatam que os resultados demonstraram mudanças nas respostas de *stress* e que as respostas de assertividade também apresentaram alterações nos pré e pós-testes, evidenciando notável redução no nível de *stress* e aumento no índice de assertividade. As participantes relataram que não percebiam mais as agressões dos usuários como sendo pessoais e sim à empresa. Além de relatar aumento de autoconfiança e auto-estima. Deve-se levar em conta que a pesquisa supracitada é realizada com técnicas cognitivo-comportamentais, muitas vezes não condizentes com a análise do comportamento, além de fazer uso de medidas indiretas, como os auto-relatos e inventários, que não oferecem dados precisos de observação.

Mello, Mello e Cattai (2005) realizaram uma pesquisa de caráter exploratório com atendentes de uma clínica de exames médicos e laboratoriais, cujo objetivo era investigar os níveis de satisfação dos funcionários em relação ao trabalho. Participaram da pesquisa vinte e dois funcionários, a totalidade dos que realiza atendimento ao cliente, a maioria composta por mulheres (92%). Utilizou-se um questionário elaborado pelas autoras, com vinte perguntas objetivas e estruturadas que investigavam a satisfação e expectativas do

funcionário quanto à política de recursos humanos adotada pela clínica e sua percepção quanto às expectativas e necessidades do consumidor. A fundamentação teórica utilizada foi de *marketing* e de recursos humanos. Os resultados obtidos sugerem um nível de satisfação da maioria dos entrevistados, mas com expectativas de melhoras nas práticas e políticas de recursos humanos, que envolvem desenvolvimento pessoal, remuneração e benefícios, entre outros.

Carvalho, Costa e Costa (2005) afirmam que na área da saúde, busca-se constantemente ampliar as equipes de trabalho com o pessoal qualificado e especializado para a prestação de serviço. Entretanto, freqüentemente práticas técnicas baseadas somente em princípios fisiológicos continuam sendo utilizadas. A técnica, em detrimento da interação, vem dificultando a prevenção ou o tratamento, gerando problemas para os profissionais, além de insatisfação e insegurança por parte dos usuários dos serviços.

Assim, os autores realizaram um estudo com o objetivo de identificar atitudes facilitadoras na interação dos profissionais com os usuários de um serviço de saúde, na percepção do usuário. Para tanto, realizaram uma entrevista semi-estruturada com 34 usuários. A coleta de dados ocorreu após o usuário ter sido atendido pelo profissional do serviço, seja médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou atendente. Os resultados obtidos foram agrupados em três categorias de análise: 1) Profissionais percebidos como técnicos; 2) Atitude empática observada e valorizada pelo usuário; 3) Satisfação com o atendimento. Os resultados apontam para a prevalência das relações mais voltadas para os aspectos da doença, numa prática objetiva e técnica. Com isso, os autores sugerem que seja implantado um atendimento mais empático, que repense as relações em saúde, visando ao atendimento interativo, comunicativo e compreensivo para um entendimento compartilhado, que gere bem-estar, reduza tensões e promova a qualidade de vida no trabalho em saúde.

Malagris e Fiorito (2006) desenvolveram um estudo com o objetivo de avaliar o nível de *stress* dos técnicos da área de saúde que atuam na Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória, no Rio de Janeiro. Segundo as autoras, os técnicos da área de saúde estão bastante vulneráveis a desenvolver *stress* em decorrência de fatores presentes no trabalho, uma vez que estão em contato com sofrimento alheio, sendo, muitas vezes impotentes. Para tanto, contaram com trinta e quatro técnicos da área de saúde de diversos setores como pediatria, geriatria, ortopedia, puericultura, laboratório, centro cirúrgico, fisioterapia, radiologia, odontologia e enfermagem geral.

Para a coleta de dados, fizeram uso de um questionário informativo, elaborado pelas autoras, contendo questões pertinentes a informações biográficas e

profissionais, necessárias para a delimitação da população do estudo. Além deste, também se utilizaram do Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos (LIPP, 2000), para avaliar a presença e fase do *stress* (alerta, resistência, quase exaustão e exaustão) e o tipo de sintoma mais freqüente (físico ou psicológico). Os resultados indicam maior porcentagem em mulheres do que homens na amostra, a maior parte da amostra encontra-se abaixo dos 39 anos e possui apenas o curso técnico. Considerando os resultados obtidos no Inventário de Stress, 76% dos funcionários estava estressada, a maioria mulheres e na fase de resistência (77%), o que revela desgaste acumulado ao longo do tempo, resultando em cansaço excessivo, problemas de memória e dúvidas quanto a si próprio, o que, segundo as autoras, pode comprometer a qualidade do trabalho.

Além dos problemas de medida indireta de comportamento, encontrados na pesquisa, nota-se que a amostra utilizada conta com número desigual de participantes homens e mulheres, o que gera dúvidas quanto à fidedignidade do resultado da maioria de mulheres com índices de *stress*. O problema poderia ser solucionado caso adotasse o mesmo número de participantes em cada gênero ou elege-se apenas um para a coleta de dados. Outra questão que suscita discussão é o fato de fatores externos influírem em estudos como este nos resultados de inventários utilizados para medir *stress*, o que novamente atenta para a necessidade de uma medida direta de observação de comportamento.

Das pesquisas relatadas até o momento, nenhuma se baseou nos pressupostos da análise do comportamento a fim de atingir seus objetivos. No entanto, dada a relevância do embasamento teórico da presente pesquisa, serão relatadas, a seguir, algumas pesquisas que se utilizaram da análise funcional como instrumento de análise de interações. Apesar de estes estudos se inserirem em contextos distintos do analisado no presente estudo, defende-se a relevância em abordá-los pelo norteamento que possam oferecer em pesquisas que sigam a mesma linha filosófica e metodológica.

1.2.1 Pesquisas Utilizando Análise Funcional

Em 1986, Komaki, Zlotnick e Jensen publicaram um estudo descritivo na tentativa de categorizar taxonomias comportamentais do que supervisores e subordinados fazem quando interagem no contexto de trabalho. Por isso desenvolveram o *Operant-Based Taxonomy and Observational Index of Supervisory Behavior* (OSTI), um instrumento de

observação, desenvolvido para determinar comportamentos efetivos de supervisores.

Para tanto, categorias foram primeiramente criadas derivadas do conceito de comportamento operante (SKINNER, 1974/1999), consideradas ser relacionadas com supervisões efetivas. Três categorias operantes formam a base da taxonomia:

- Antecedente ao desempenho: situações em que os supervisores provêem instruções e, ou informações quanto ao que o funcionário deve realizar;

- Monitoramento do desempenho: Situações em que os supervisores coletam informações quanto ao desempenho do funcionário;

- Conseqüente ao desempenho: Situações em que os supervisores indicam conhecimento a respeito do desempenho do funcionário.

Além destas, os autores formaram categorias referentes a situações em que os supervisores mencionam seus próprios comportamentos; situações em que os supervisores interagem mencionando o trabalho, mas não o desempenho; situações em que o supervisor interage mencionando outros assuntos, que não o trabalho ou desempenho de funcionários subordinados; e situações em que não há interação do superior com outra pessoa.

A forma como as categorias do instrumento de observação elaborado na pesquisa foi desenvolvida, vem em conformidade com a teoria da análise do comportamento na medida em que tratam-se de categorias funcionais e não topográficas ou estruturais. Somente quando os eventos são agrupados pelos efeitos que produzem no ambiente, pode-se realizar uma gama de pesquisas que possam abordar a prevenção e o controle de respostas em diversos contextos. As categorias tratam-se de classes funcionais, ou seja, a maneira como os supervisores se comportam. São um conjunto de comportamentos que tem o mesmo efeito sobre o ambiente, o local de trabalho, essa é a base para registrar respostas (BAUM, 1999; CATANIA, 1999).

Como procedimento, um observador treinado ficava fora da vista, mas a uma distância audível do supervisor e, se necessário, o acompanhava quando se locomovia de um lugar para outro. Cada período de observação durou trinta minutos e foi dividido em intervalos de um minuto.

Para testar a confiabilidade do instrumento, dois observadores independentes protocolizavam ao mesmo tempo as situações para então comparar suas anotações a cada intervalo e determinar se ambos concordavam na categorização. As discordâncias eram analisadas e alteradas ou na definição ou no procedimento de observação a fim de reduzir as diferenças de julgamento entre observadores.

Sete supervisores que compunham uma equipe de produção musical em um

departamento de teatro de uma universidade participaram da primeira etapa da pesquisa. Na segunda etapa, vinte supervisores de uma instituição financeira foram observados. Sete estudantes universitários serviram de observadores na primeira etapa e cinco para a segunda.

Foi realizado um total de 629 observações, os sete supervisores teatrais foram observados vinte e sete vezes, totalizando 189 observações e os supervisores bancários foram observados vinte e duas vezes, totalizando 440. Uma variedade de situações foi observada, incluindo encontros formais, entrevistas de emprego, ensaios, como também interações informais. Os supervisores foram observados nas suas mesas, no local de trabalho dos funcionários subordinados, nos escritórios dos supervisores e colegas e em trânsito de um lugar para outro.

Como resultados, os autores encontraram que, tanto a equipe de supervisores de montagem teatral, quanto da instituição financeira passam a maior parte do tempo (37,3% e 55%, respectivamente) realizando atividades sozinhos, seguido de interações relacionadas ao trabalho (32,2% e 23,2%, respectivamente). As categorias derivadas do conceito de comportamento operante vêm na seqüência, no entanto, diferem nos dois contextos. Para os superiores de montagem teatral, o monitoramento aparece com 11,3% do tempo em que estão engajados, seguido de interações relativas a antecedentes ao desempenho (11,1%), conseqüentes ao desempenho (5,3%) e, por último, interações sem relação ao trabalho (2,8%). Já os supervisores de instituição financeira, interagem na categoria antecedentes ao desempenho em 5,8% do tempo, seguido de conseqüente ao desempenho (4,9%), monitoramento (4,3%) e, por último, sem relação a trabalho (2,7%).

Os autores colocam que o instrumento de observação desenvolvido na pesquisa provê evidências de sua aplicabilidade confiável. O comportamento dos supervisores pode ser categorizado apesar das diferentes funções de trabalho, níveis e organização. Além de mostrar como se comportam com os colegas, superiores e subordinados, como também pessoas de fora da organização.

Komaki et al. (1986) ainda recomenda que em outros estudos seja adaptado o instrumento para ser utilizado na coleta de dados em qualquer ambiente de trabalho ou em situação de interações entre pais e filhos, irmãos e amigos. Ainda segundo os autores, o estudo é significativo para a teoria de condicionamento operante, pois amplia a definição de comportamentos conseqüentes para abarcar uma ampla gama de comportamentos apresentados em interações interpessoais.

Dando continuidade a essa pesquisa, Komaki (1986) realizou outro estudo, fazendo uso do OSTI, a fim de identificar e determinar empiricamente o que constitui

comportamentos eficazes de supervisores.

A pesquisa foi realizada em dois departamentos de uma grande empresa de seguros de saúde que emprega 2.600 funcionários. As duas divisões selecionadas têm 740 funcionários e 45 supervisores, destes, 24 foram selecionados para a pesquisa. O vice-presidente avaliou cada supervisor selecionado e categorizou como sendo ou não eficiente em termos de motivar funcionários ou efetividade da supervisão. Também avaliou os supervisores em motivar numa escala de A até F. Outro quesito avaliado foi a perícia técnica, os 24 foram reagrupados de acordo com o conhecimento.

Seis estudantes serviram de observadores. Cada um dos 24 supervisores foi observado mais de vinte vezes, num total de 465 amostras de 30 minutos. A coleta de dados durou sete meses, uma variedade de situações foi amostrada, incluindo interações cotidianas, revisões de tarefas, encontros formais e entrevistas de empregos. As observações ocorriam nas próprias mesas e escritórios, no local de trabalho dos subordinados, nos escritórios de colegas e supervisores, no refeitório e em trânsito de um ambiente para o outro. Dois estudantes observavam o mesmo supervisor ao mesmo tempo e faziam diferentes categorizações quanto aos comportamentos. Eles comparavam as anotações intervalo por intervalo para determinar a concordância nas marcações. O índice de concordância foi calculado como intervalo por intervalo.

Os grupos de supervisores efetivos e não efetivos apresentaram muitas semelhanças entre os componentes. Os números de supervisores em cada grupo era o mesmo, cada um contendo um diretor, dois supervisores de seção e nove supervisores de unidade. Havia também o mesmo número entre homens (quatro) e mulheres (oito) em cada. Não havia diferenças no nível educacional, idade, número de subordinados. A única diferença significativa foi que os membros do grupo não efetivo estavam empregados há mais tempo na mesma função do que os membros do grupo efetivo. No reagrupamento de conhecimento e pouco conhecimento técnico, três supervisores mudaram de posição e foram rearranjados nos grupos.

Os resultados sugerem que o grupo de supervisores efetivos em motivar os funcionários monitora seus comportamentos significativamente mais frequentemente que os não efetivos. Nenhuma diferença foi encontrada entre os grupos quanto a prover conseqüências contingentes ao comportamento dos funcionários.

Os supervisores efetivos monitoram o comportamento por meio da observação na condução das tarefas ou inspecionando os produtos pouco eficientes, que monitoram o comportamento dos funcionários mais por auto-relatos. Com relação ao tipo de

conseqüência fornecida, os supervisores eficientes não mostraram fornecer mais positivas ou menos negativas que os pouco eficientes.

Com isso, os resultados indicam que ambos os grupos realizam as mesmas atividades. As maiores diferenças são: a. A soma do tempo em que levam monitorando o desempenho. Os efetivos levam cerca de 50% a mais que os não efetivos coletando informações dos desempenhos dos funcionários; b. Monitoramento, os efetivos pegam mais amostras do trabalho.

O fato de não haver diferenças na conseqüenciação do desempenho não necessariamente significa que as conseqüências não são importantes em motivação.

O que os dados demonstram é a importância de conseqüências serem contingentes ao comportamento e balanceadas com conseqüências positivas. O desempenho monitorado pode dar melhores conseqüências se comparados aos não efetivos, assim, eles aumentam a probabilidade de prover conseqüências contingentes.

Baseado nos resultados deste estudo, o monitoramento de desempenho é um fator significativo para uma supervisão efetiva. A autora propõe que, para pesquisas na seqüência, teste-se o OSTI em outros ambientes de trabalho.

Fioravante, Soares, Silveira e Zakir (2007) desenvolveram um estudo com o intuito de analisar funcionalmente a interação de odontopediatras e crianças por eles atendidas. Para tanto, objetivaram verificar tanto os comportamentos dos profissionais quanto dos pacientes que influenciariam no contexto. As autoras realizaram a pesquisa com o pressuposto de que, ao se identificar variáveis comportamentais relacionadas à administração do tratamento odontológico, pode-se minimizar aspectos aversivos deste contexto. Tais variáveis podem tanto se referir ao comportamento da criança quanto do profissional.

Participaram do estudo duas odontólogas cursando especialização em odontopediatria que indicaram duas crianças do sexo masculino, uma considerada cooperativa e a outra opositora. As mães das crianças selecionadas responderam ao *Walker Problem Identification Checklist* (WALKER, 1976) para identificar se as crianças necessitariam de atendimento psicológico. Em caso afirmativo, a criança era encaminhada para atendimento especializado e descartada da pesquisa.

As díades (profissional – criança), em momentos do procedimento odontológico eram filmadas pelos primeiros dez minutos³, então o profissional preenchia o *Protocolo Clínico* (JAY; OZOLINS; ELLIOT; CALDWELL, 1983), composto de oito

³ Restringiu-se este período de tempo uma vez que muitos atendimentos tinham esta duração.

categorias comportamentais que incluem respostas da criança indicativas de oposição, como chorar, agredir fisicamente, entre outros. Além de outras sete categorias indicativas de comportamentos cooperativos, como auxiliar na execução do procedimento, buscar suporte emocional, solicitar informação, entre outros.

Dois observadores independentes procederam a categorização dos comportamentos dos profissionais e das crianças, registrando a frequência das respostas de acordo com o quadro para categorização das condutas dos profissionais e das crianças. O quadro consistia na descrição de seis diferentes condutas dos profissionais consideradas positivas e cinco consideradas negativas, além de seis condutas das crianças consideradas positivas e outras seis consideradas negativas. Após esta categorização, calculou-se o índice de fidedignidade do instrumento, registrando o total dos dois registros para cada categoria específica, dividindo o valor de menor pelo de maior frequência e multiplicando-se por cem. Quando o resultado era inferior a 80, efetuava-se nova classificação. Após isso, conduzia-se a análise funcional dos comportamentos dos odontopediatras e as crianças.

As autoras apontam como resultado da pesquisa, que as crianças cooperativas tinham recebido maior número de condutas positivas dos profissionais, comparadas às não cooperativas. Do mesmo modo, profissionais que emitiam comportamentos positivos estabeleciam um contexto facilitador de comportamentos cooperativos nas crianças, não havendo necessidade de esquivarem-se com comportamentos opostos.

Além disso, quando as crianças se comportavam de maneira colaborativa, forneciam estímulos antecedentes aos profissionais para que estes se comportassem de maneira positiva na interação, tendendo a repetir o comportamento em situações futuras em que o estímulo estivesse presente. Da mesma forma o oposto acontecia, crianças não colaborativas na interação, forneciam estímulos antecedentes para que o odontopediatra se comporte de maneira considerada negativa. As autoras ainda apontaram que, tanto o comportamento do profissional em executar o procedimento, mesmo na presença de comportamento opositor da criança, como o próprio comportamento opositor da criança, eram reforçados negativamente, na medida em que, os dois, ao término do procedimento, livram-se dos estímulos aversivos, o profissional dos choros e gritos, por exemplo e, a criança, das críticas e restrições físicas ou verbais.

Em outra pesquisa, Fioravante (2007) buscou caracterizar o padrão de interação entre odontólogos que cursavam a especialização em odontopediatria e as crianças atendidas em duas situações distintas: de profilaxia e de emergência. Para tanto, contou com

dois destes profissionais e vinte crianças consideradas não-clínicas pelos padrões do inventário *Walker Problem Behavior Identification Checklist* (WALKER, 1976), utilizado na pesquisa anterior. Os dados foram coletados por meio de gravações em vídeo que duraram até trinta minutos, registrando-se a frequência por minuto de cada uma das categorias de resposta dos profissionais e das crianças, por meio dos instrumentos de categorização utilizados no estudo anterior.

Cada profissional atendeu dez crianças, cinco em atendimentos de emergência e cinco em atendimentos profiláticos. Os resultados indicaram que: as crianças emitiram mais comportamentos colaborativos nos atendimentos de profilaxia e mais opositores nos atendimentos de emergência. Os comportamentos opositores das crianças não exerceram influência significativa sobre comportamentos inadequados ou adequados dos profissionais. No entanto, os comportamentos dos profissionais pareceram ficar sob controle do tipo de intervenção, ou seja, mostraram apresentar maiores dificuldades com as crianças atendidas nas situações emergenciais.

Do exposto, é relevante ressaltar que a preocupação com a qualidade no atendimento não se restringe apenas a esfera comercial, tampouco a setores privados de cuidados à saúde. O governo federal, preocupado em tornar o atendimento mais personalizado e menos metódico, implementou, por meio do SUS, a política de humanização que preconiza atenção, esclarecimento de dúvidas, agilidade no atendimento, adequando-se às necessidades de cada população, considerando que localidades diferentes carecem de cuidados distintos (“SUS de A Z”, 2008).

Tendo-se por pressuposto que a qualidade do atendimento a usuários do serviço de saúde já esteja previamente definida por critérios de política de humanização implementada pelo SUS, a questão, nesta pesquisa, é verificar se esta política é posta em prática, na forma como é realizado o atendimento a usuários em recepção de Unidade Básica de Saúde, em uma região de economia agrícola com especificidades particulares. O item mais básico dessa questão se refere à escolha do tipo de medida a ser adotada na avaliação da qualidade do atendimento.

Constam na literatura inúmeras pesquisas que adotam medidas unilaterais, ora considerando a satisfação do usuário (BITNER, 1990; BITNER et al., 1990; CARVALHO et al., 2005), ora tendo como critério de qualidade de atendimento avaliações realizadas com funcionários (BITNER et al., 1994; CALAIS; CALAIS, 2004; DEERY et al., 2006; FERREIRA; MENDES, 2001; MALAGRIS; FIORITO, 2006; MELLO et al., 2005). Medidas, assim adotadas, podem implicar em parcialidade por se restringirem a uma única

perspectiva. Resultados de pesquisas como a de Bitner et al. (1994), que consideram dados de consumidores e de funcionários, colhidos através de diferentes instrumentos aplicados de forma independente, apontam que nem sempre consumidores e funcionários concordam em suas avaliações. Então, o problema de pesquisa, no presente estudo é verificar a possibilidade de uso de denominador comum, de forma a conciliar a satisfação de usuários de serviços em Unidade Básica de Saúde com auto-avaliação de recepcionistas, visando composição de medida de qualidade de atendimento.

Os objetivos da presente pesquisa foram verificar, a título exploratório, em interações entre recepcionistas e usuários de Unidade Básica de Saúde, a viabilidade de se conciliar as variáveis satisfação do usuário e auto-avaliação de recepcionistas em medida da qualidade do atendimento. Para tanto, calculou-se a correlação entre satisfação e auto-avaliação e se avaliou a sua adequação enquanto indicador do cumprimento dos critérios do SUS através de paralelo com análises funcionais do comportamento dos usuários e recepcionistas, baseada em observações diretas e em situações diferenciadas por avaliações dos próprios envolvidos.

Propõe-se, desta maneira, dar início à construção de um corpo de conhecimentos de natureza analítico comportamental, que forneça elementos tanto à assistência ao usuário, como também para a formação de profissionais devidamente treinados. Espera-se, com isso, contribuir para o ensino, a pesquisa e a prática da intervenção psicológica comportamental em contextos de atendimento ao público, bem como no atendimento em instituições de saúde, servindo de guia para o desenvolvimento de intervenções futuras, tais como treinamentos com funcionários, orientação à população ou mesmo quanto ao setor administrativo.

2 MÉTODO

2.1 PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa duas funcionárias municipais que exerciam a função de recepcionista em uma Unidade de Saúde Pública (R1 e R2) e atuavam na recepção geral. R1 estava na função há 10 anos, casada, 48 anos de idade, possuía ensino médio e profissionalizante em magistério. R2 estava na função há dois anos, solteira, 21 anos e possuía curso superior completo em administração de empresas.

A pesquisa contou também com a participação de 40 usuários da Unidade de Saúde de ambos os sexos, sendo a maioria mulheres (55%). A média de idade destes usuários era de 42,9 anos, sendo a maioria casada (62,5%), com ensino fundamental incompleto (42,5%), tendo como ocupação trabalhos rurais (25%) ou donas de casa (22,5%).

2.2 LOCAL

A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Saúde Pública de um município de quinze mil habitantes do Estado do Paraná, de economia essencialmente agrícola. A unidade oferecia aos usuários atendimento médico nas seguintes especialidades: neurologia, pediatria, ginecologia e obstetrícia, gastroenterologia, cardiologia e clínica geral. Realizava pequenas cirurgias, vacinas, curativos e exames médicos. Havia o serviço de agendamento de exames, consultas e internações para serem realizadas em outras cidades. Alojava uma equipe do Programa Saúde da Família (PSF), do Ministério da Saúde, composta por médico, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários. Sediava também a Secretaria Municipal de Saúde.

2.3 RECURSOS MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INSTRUMENTOS

2.3.1 Recursos Materiais

Fitas de vídeo, lápis, canetas esferográficas e papel, CDs de DVD.

2.3.2 Equipamentos

Filmadora, aparelho de televisão, vídeo cassete e aparelho de DVD.

2.3.3 Instrumentos

Questionário de Satisfação do Consumidor (apêndice D): O instrumento foi utilizado para obter informações do usuário acerca de sua opinião quanto ao atendimento oferecido na recepção. É composto de quatro questões referentes ao atendimento nos quesitos: qualidade de tratamento, informações dadas, rapidez e atenção. As respostas vão de 1 a 4, ou de 1 a 5 pontos em escala Likert, além de uma questão aberta, para o usuário fazer qualquer relevante, que não tenha sido perguntado.

As questões contidas no questionário foram elaboradas com base no conceito de humanização descrito por Campiolo (2007), Mezomo (2001), Mirshawka (1994) e Rebelo (1995), e pelo programa de humanização, desenvolvido pelo SUS (“SUS de A Z”, 2008), que tem como critérios atenção e respeito ao usuário, agilidade no atendimento, esclarecimento das dúvidas e fornecimento das informações pertinentes ao seu estado de saúde, entre outros.

Questionário de Auto-avaliação do atendimento da Recepcionista (apêndice E): O instrumento foi utilizado para obter informações da recepcionista acerca de sua opinião quanto ao atendimento oferecido na recepção. É composto de quatro questões referentes ao atendimento nos quesitos: qualidade de tratamento, informações dadas, rapidez e atenção. As

respostas vão de 1 a 4, ou de 1 a 5 pontos em escala Likert, além de uma questão aberta, para a recepcionista fazer qualquer apontamento relevante, que não tenha sido perguntado. As questões elaboradas foram baseadas nos mesmos critérios do Questionário de Satisfação do Consumidor (apêndice D).

2.4 RECURSOS HUMANOS

A pesquisa foi conduzida por uma aluna do programa de mestrado em Análise do Comportamento, da Universidade Estadual de Londrina, com o auxílio de uma estagiária do Curso de Psicologia, sob a orientação de docente, pertencente ao programa.

2.5 PROCEDIMENTO

2.5.1 Fase 1

Contato com a Instituição e com os participantes.

Após aprovação no comitê de ética da Universidade, sob inscrição número 300/06, efetuou-se o contato com a Secretaria Municipal de Saúde, responsável pela direção daquela Unidade Básica de Saúde para explicitar os objetivos da pesquisa, bem como solicitar a autorização para sua realização, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Posteriormente, os objetivos foram apresentados para as recepcionistas a fim de se obter autorização para a realização das observações previstas no estudo, por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

2.5.2 Fase 2

Filmagem das interações entre recepcionistas e usuários.

Por meio de estudo piloto, a pesquisadora realizou filmagens, testando o posicionamento da câmera e buscando garantir a adaptação das recepcionistas com o equipamento, para que não houvesse interferência em seus comportamentos. Além disso, testou-se o instrumento utilizado para entrevistar os usuários, verificando a adequação do vocabulário e o nível de compreensão das questões.

A partir de então se procedeu a realização de filmagens de 40 interações entre as recepcionistas e os usuários, sendo uma interação para cada usuário. Este número foi dividido em vinte interações com R1 e vinte interações com R2. As filmagens eram iniciadas a partir do momento em que o usuário se aproximasse do balcão de atendimento e encerravam quando se dirigia a outro setor da Unidade.

Tão logo os usuários foram atendidos pelas recepcionistas e, ao se dirigirem a outro setor, a estagiária participante da pesquisa, solicitava a autorização para utilizar sua imagem no estudo. No caso de concordância, o usuário assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e respondia ao Questionário de Satisfação do Consumidor (Apêndice D), lido e preenchido pela estagiária.

2.5.3 Fase 3

Auto-avaliação do comportamento das recepcionistas.

Após a realização das filmagens, as recepcionistas assistiram, separadamente, as interações com os usuários em que cada uma participou e, após assistir cada um dos episódios, respondiam ao Questionário de Auto-avaliação do Atendimento da Recepcionista (Apêndice E). Assim, R1 respondeu vinte questionários e R2 outros vinte.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos por meio do Questionário de Satisfação do Consumidor, respondido pelos usuários foram comparados aos dados obtidos por meio do Questionário de Auto-avaliação do Atendimento da Recepcionista. Os itens dos dois instrumentos, que se referem à qualidade do atendimento, serviram como indicadores para a avaliação da interação.

Com os dados dos dois instrumentos, realizou-se o cálculo teste de proporções, para demonstrar se as avaliações realizadas apresentavam valores estatisticamente equivalentes.

Como forma de exemplificar as interações entre os usuários e recepcionistas, selecionou-se interações em que houve concordância em todas as categorias, para cada uma das recepcionistas e em que houve total discordância. Como não houve situação em que os usuários e R1 discordassem em todas as categorias, optou-se por ilustrar o recorte de uma interação debatida na literatura (BITNER et al., 1990; BITNER et al., 1994). Os recortes foram transcritos, iniciando-se no período em que o usuário chegava ao balcão de atendimento até a despedida ou o deslocamento do usuário para outro setor. Os comportamentos das recepcionistas e usuários, observados e registrados cursivamente, foram posteriormente analisados.

Além disso, observações não sistematizadas, conversas informais com as recepcionistas, como também o conhecimento prévio da instituição forneceram dados adicionais que serviram de base para comparações com a literatura (BATT, 2002; BITNER, 1990; BITNER et al., 1990; BITNER et al., 1994; CALAIS; CALAIS, 2004; CAMPIOLO, 2007; CARVALHO et al., 2005; DERRY et al., 2006; FERREIRA, 2000; FERREIRA, 2001; FIORAVANTE, 2007; HARTLINE; FERREL, 1996; MEDEIROS, 2003; MEZOMO, 2001; REBELO, 1995; SANTOS, 2003; SIDMAN, 1995; SILVARES; GONGORA, 1998).

3.1 RESULTADOS E ANÁLISE QUANTITATIVA DOS DADOS OBTIDOS

Os dados obtidos por meio dos questionários de satisfação do consumidor (Apêndice D), aplicado após a ocorrência da interação do usuário com uma das recepcionistas e do questionário de auto-avaliação (Apêndice E), realizado após as recepcionistas assistirem

às filmagens das interações, foram submetidos à análise estatística realizada por meio do *teste de proporções*, exposto em tabelas no Apêndice F. As comparações realizadas entre o questionário de satisfação do consumidor e a auto-avaliação das recepcionistas foram calculadas tanto na sua frequência absoluta, quanto na sua frequência relativa. Com estes valores, calculou-se o intervalo de confiança que pressupõe que a igualdade das proporções é dada ao conter o valor “zero” dentro do intervalo de confiança. Caso o contenha, existe uma possibilidade das proporções dos usuários e da recepcionista serem estatisticamente iguais e, por esse motivo, não há evidências amostrais de que são diferentes essas proporções, o que é baseado no nível de 5% de significância.

A Figura 1 apresenta a frequência das respostas das recepcionistas e usuários nos instrumentos, quanto ao atendimento dispendido, tanto por R1 e R2 nas interações analisadas.

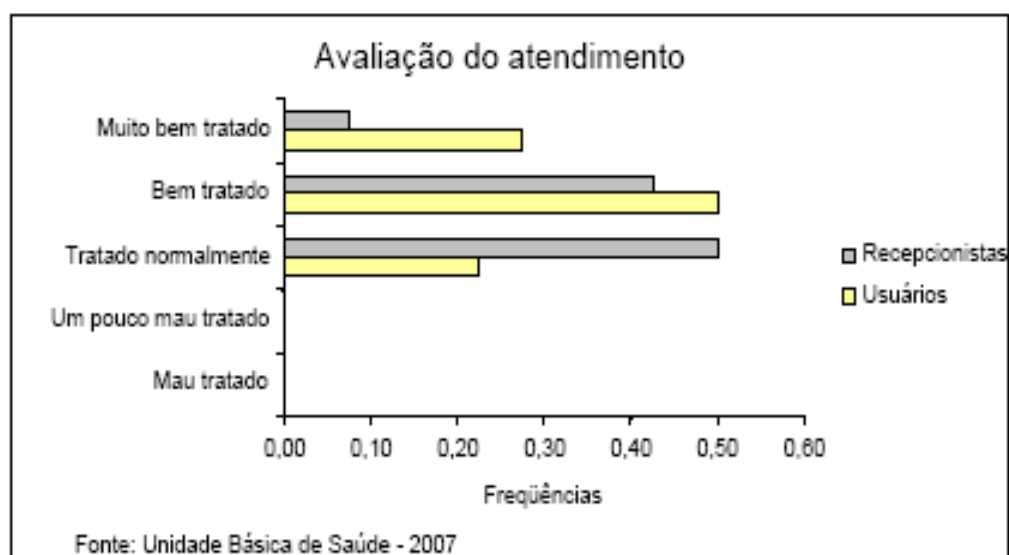


Figura 1 – Frequência de respostas de recepcionistas e usuários quanto ao tratamento recebido nas interações.

Os dados da Figura 1 apontam que metade dos usuários participantes do estudo avaliou que foram bem tratados pelas recepcionistas, ao passo que as mesmas tiveram essa avaliação em 43% das interações analisadas. Segundo as profissionais, em metade das ocasiões trataram com neutralidade os usuários atendidos, ao passo que 23% destes avaliaram como tendo recebido tratamento neutro. Em 8% das interações analisadas as recepcionistas avaliaram como tendo muito bem tratado os usuários, ao passo que 28% dos usuários

concordam com essa avaliação. Não houve menção, tanto de recepcionistas, quanto de usuários, quanto aos itens “um pouco mau tratado” e “mau tratado”. Conforme análise estatística realizada pelo *teste de proporções*, constata-se que as avaliações de usuários e recepcionistas foram equivalentes, no critério de nível 5% de significância (apêndice F).

A Figura 2 apresenta a frequência das respostas tanto das recepcionistas quanto dos usuários na avaliação das informações dadas durante as interações analisadas.

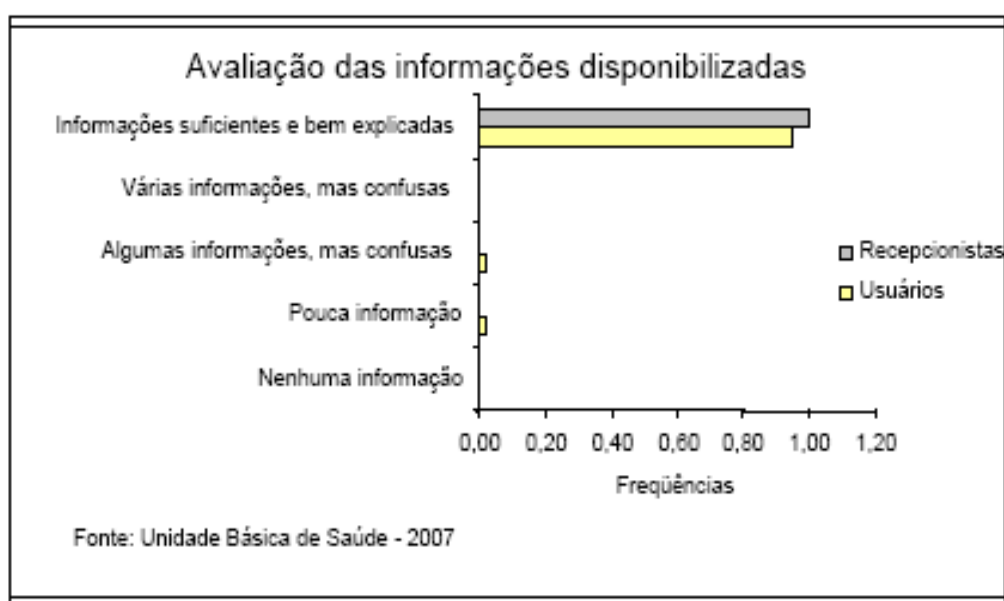


Figura 2 – Frequência de respostas de recepcionistas e usuários às informações disponibilizadas.

Conforme os dados expostos na Figura 2, R1 e R2 avaliaram que nas 40 interações analisadas, proveram informações suficientes e bem explicadas aos usuários. Destes, apenas dois tiveram opiniões divergentes, um deles tendo avaliado como recebido pouca informação e outro como tendo recebido algumas informações, mas confusas. Os itens “várias informações, mas confusas” e “nenhuma informação” não foram mencionados, seja por recepcionistas como por usuários. O que representa, na análise estatística, que as avaliações de usuários e recepcionistas foram equivalentes e positivas (apêndice F).

Cabe, no entanto, um apontamento pertinente a esta questão. Nas alternativas existentes percebe-se que dados quantitativos e qualitativos estão misturados, ou seja, há quantidade de informações combinado à forma como foram dadas as informações, o que pode gerar confusão nas respostas. Outro fator importante é que não há combinações suficientes nas alternativas que abarquem todas as opções de resposta. O que não garante que

usuários e recepcionistas avaliem as informações disponibilizadas segundo os mesmos critérios.

A Figura 3 apresenta os dados referentes à frequência de respostas de recepcionistas e usuários na avaliação quanto à velocidade de atendimento nas interações analisadas no estudo.

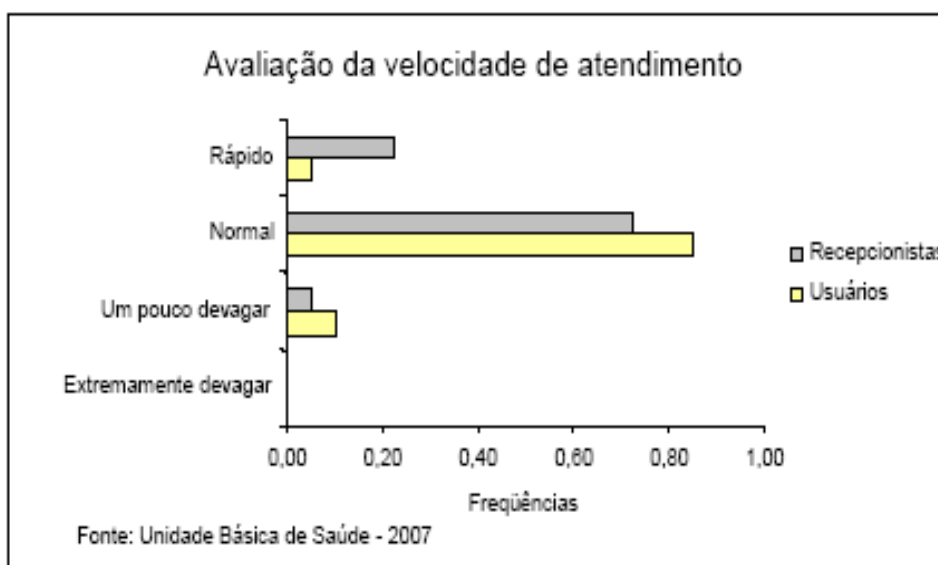


Figura 3 – Frequência de respostas de recepcionistas e usuários quanto à velocidade de atendimento.

Os dados obtidos na tabela 3 demonstram que a maioria dos usuários (34) e em maior parte das avaliações das recepcionistas (29 interações), a velocidade do atendimento foi considerada neutra. Em nove interações e dois usuários avaliaram o atendimento como sendo rápido. Houve menção de quatro usuários e de duas interações avaliadas pelas recepcionistas como tendo realizado o atendimento um pouco devagar. Usuários e recepcionistas não optaram pela alternativa “extremamente devagar” em nenhuma das interações. Os dados da questão analisados conforme os critérios do *teste de proporções* apontam que recepcionistas e usuários avaliaram o quesito “velocidade” de maneira equivalente e positiva, não extrapolando o nível 5% de significância (apêndice F).

A Figura 4 apresenta a frequência de respostas de recepcionistas e usuários na avaliação da atenção das profissionais aos usuários no momento do atendimento na recepção.



Figura 4 – Frequência de respostas de recepcionistas e usuários quanto à atenção dos profissionais.

Conforme os dados da Figura 4, 50% dos usuários avaliaram que foram atendidos com paciência, ao passo que os outros 50% avaliaram como tendo sido atendidos de maneira bem paciente. As recepcionistas avaliaram que, em 68% das ocasiões atenderam os usuários de forma paciente. Segundo as profissionais, atenderam de maneira bem paciente em 30% das ocasiões e, em 3% das interações atenderam aos usuários com pouca paciência. O item “nenhuma paciência” não foi escolhido como alternativa de avaliação em nenhuma ocasião, tanto por recepcionistas quanto por usuários. Os dados da figura 4, analisados estatisticamente, por meio do *teste de proporções*, novamente demonstram que as avaliações de usuários e recepcionistas foram equivalentes e positivas.

Os dados quantitativos obtidos por meio da análise percentual e estatística fazem reportar aos achados de Bitner et al. (1994), apontando que os funcionários, por eles observados, têm uma noção realista e uma boa avaliação dos elementos contidos no momento de interação com o cliente, tendendo a respeitar clientes e almejando realizar sua função da melhor maneira possível. Tal condição pode, muitas vezes, esbarrar na falta de estratégias da empresa e na falta de preparo. Por meio das avaliações realizadas, tanto pelas recepcionistas quanto pelos usuários por elas atendidos, corroboram-se estes aspectos elocubrados pelos autores, uma vez que, de maneira geral, as avaliações são concordantes, o que remete ao fato de que tanto profissionais quanto usuários estarem expostos às mesmas contingências.

Além disso, também em concordância com Bitner et al. (1994), pelo fato das avaliações terem sido positivas, pode-se afirmar que as recepcionistas do presente estudo

respeitavam os clientes e realizavam suas atividades da melhor maneira possível. A maneira como as interações ocorriam, a fim de melhor explorar este aspecto serão discutidas no tópico a seguir.

Apesar dos dados quantitativos medirem o grau de satisfação dos usuários e das recepcionistas e a concordância de respostas, não contemplavam todos os aspectos da interação, o que pode ser alcançado por meio de uma análise pautada em observações diretas dos comportamentos presentes nas interações (FIORAVANTE et al., 2007). Assim, a fim de enriquecer as análises, foram realizados estudos das filmagens das interações avaliadas, tanto por usuários como pelas recepcionistas. Além disso, os resultados de observações diretas funcionaram como critério de avaliação da correlação como medida, isto é, a conciliação entre satisfação do usuário e auto-avaliação das recepcionistas, como indicador de qualidade atendimento, foi avaliada através de paralelo com resultados de observação direta.

3.2 RESULTADOS E ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS OBTIDOS

Os dados quantitativos obtidos permitem que se tenha um panorama da avaliação de usuários e recepcionistas a respeito das interações durante os atendimentos que, conforme os resultados, demonstraram uma avaliação positiva tanto de usuários como das recepcionistas do que ocorre no contexto. No entanto, foi necessário analisar funcionalmente as interações ocorridas, levando-se em consideração o efeito de comportamentos emitidos por um sobre outro, e vice-versa.

O que vem a facilitar a compreensão de como elementos presentes nas interações interferem na satisfação dos usuários e na avaliação das recepcionistas com o atendimento para que o avaliem como sendo, no geral, positivo.

Para tanto, a seguir, serão relatados casos em que as avaliações entre usuários e recepcionistas foram concordantes:

Usuária: Oi.
R1: Oi, tudo bem?
Usuária: É... Tenho uns resultados de uns exames que eu queria saber se está pronto, fiz mês passado.
R1: Você fez onde?
Usuária: Fiz aqui, pelo dr. A⁴.
R1: Esses exames são de sangue?
Usuária: São, são de sangue...
R1: É J.?
Usuária: J. R. S.
R1: Tá... aqui...
Usuária: Viu, o dr. A atende amanhã de manhã?
R1: Atende.
Usuária: Cedo, né?
R1: Cedo.
Usuária: De que horas a que horas?
R1: Olha, se você puder chegar às sete horas, que os funcionários a gente coloca na frente.
Usuária: Ah tá. Que daí eu venho amanhã para mostrar o resultado.

Quadro 1 – Diálogo entre usuário e R1.

O recorte da interação descrita no quadro 1, refere-se ao diálogo em que os quesitos avaliados no questionário de satisfação do consumidor e a auto-avaliação de R1 foram concordantes. Desta maneira, demonstra que usuária e recepcionista consideraram que o tratamento dispendido pela recepcionista na interação foi neutro, as informações dadas foram suficientes e claras, transcorreu em tempo normal e houve paciência por parte da recepcionista ao longo do atendimento. Pode-se considerar que a interação fora reforçadora para a usuária, pois as conseqüências foram o resultado do exame e a produção de reforço positivo adicional ao procurar a Unidade Básica de Saúde, recebendo informações acerca da consulta. O comportamento de R1, ao fornecer as informações solicitadas, também é reforçado, seja pelo salário no final do mês, pago pela realização do serviço, mas também, provavelmente, por fatores sociais, como o evidenciado pela última fala de R1 no quadro acima, que recebe aprovação e simpatia dos usuários ao fornecer informações adicionais que não foram propriamente solicitadas.

⁴ Os nomes citados nas interações não serão revelados a fim de evitar identificação das pessoas envolvidas.

R2 ao telefone, usuária aguardando atendimento.
Usuária brinca com R2, olhando para a câmera, dizendo que a recepcionista está “enrolando”.
R2 desliga o telefone e a usuária entrega um papel, sorrindo.
R2: Ah, mas você “dicupa”eu?!
Usuária: Aí ó, a T. mandou eu entregar para você.
R2: Você pode vir fazer amanhã?
Usuária: Que horas?
R2: Uma hora da tarde.
Usuária: Aqui? Ou lá? (apontando para a direção do Hospital)
R2: Aqui. Você fala comigo.
Usuária: Daí depois eu faço onde, aqui ou lá? (apontando para a direção do Hospital)
R2: Aqui!
Usuária: Uma hora? Não tem jeito de ser de manhã, não? (fala rindo)
R2: Não, uma hora. (responde rindo)
Usuária: Obrigada, viu.
R2: Por nada, tchau.

Quadro 2 – Diálogo entre usuário e R2.

No recorte da interação descrita acima, assim como na anterior, houve concordância entre a recepcionista e a usuária, uma vez que consideraram que a recepcionista tratou bem a usuária ao longo da interação, dispendeu informações suficientes e claras, o episódio transcorreu em tempo neutro e houve paciência por parte da recepcionista ao longo do atendimento. Com isso, infere-se que o comportamento da usuária tenha sido reforçado positivamente ao ser atendida em suas necessidades, tanto pelo agendamento procurado como pela busca de informações adicionais acerca do local para a execução da consulta ou exame, embora isso não tenha ficado especificado na interação. O comportamento de responder aos questionamentos de R2 também pareceu ter sido reforçado pelo componente social na interação. O bom humor da usuária pode ser definido como um estímulo discriminativo para que a recepcionista se comporte de maneira bem humorada também.

Das duas interações supracitadas pode-se afirmar que, em concordância com os achados no estudo de Fioravante et al. (2007), quando as profissionais emitem determinados comportamentos, como atender prontamente aos pedidos e responder às questões, estabelecem um contexto facilitador de comportamentos cooperativos nos usuários, não havendo necessidade de esquivarem-se com punições, respostas agressivas ou reclamações, por exemplo. Além disso, quando os usuários comportam-se de maneira

colaborativa, podem fornecer estímulos antecedentes discriminativos aos profissionais para estes se comportarem de maneira também colaborativa na interação que, por sua vez, funcionam como estímulos discriminativos para o comportamento facilitador dos usuários. Assim, pode aumentar a probabilidade de que profissionais e usuários repitam o comportamento em situações futuras em que o estímulo estiver presente, o que contribui para a avaliação positiva do atendimento prestado na recepção, tanto segundo a opinião dos usuários, quanto das profissionais. A observação confirma dados de Fioravante et al. (2007), onde interações avaliadas positivamente pelas pessoas envolvidas consistem em contextos menos aversivos.

No que tange a interações em que as avaliações realizadas por usuários e recepcionistas foram distintas, com R1 não houve casos em que houvesse 100% de distinção nos quesitos avaliados, já com R2, houve uma situação, descrita a seguir.

Rapaz esperando para ser atendido, R2 sozinha na recepção procurando prontuários sem ter visto o usuário. Após alguns minutos...

R2: Oi moço.

Usuário: Tenho essa consulta aqui para marcar com o dr S. (entrega a solicitação de consulta)

R2: Como que é o nome?

Usuário: P. M.

R2: P. M.?

R2 pega o caderno de consultas referente ao dr. S , verifica a disponibilidade e marca a consulta.

R2: P., ó, dia 30, deste mês, às sete horas da manhã. Tem que vir aqui no posto, trazer o cartãozinho do SUS para mim dar autorização, nesse dia aí.

Usuário: Tá (usuário vira-se e sai do posto).

Quadro 3 – Diálogo entre usuário e R2.

No recorte da interação acima descrita, os quesitos avaliados no questionário de satisfação do consumidor e a auto-avaliação de R2 foram discordantes. O usuário considerou que fora tratado normalmente, que houve pouca informação dada, o atendimento fora um pouco devagar e que a recepcionista se apresentou de forma bem paciente. Já a recepcionista considerou que tratou bem o usuário atendido, deu informações suficientes e bem explicadas, o atendimento transcorreu no tempo normal e se considerou paciente na interação.

O usuário em questão pode ter considerado o tempo em que R2 ficou

procurando prontuários antes de atendê-lo ao avaliar que o atendimento transcorreu um pouco devagar. Tanto a recepcionista quanto o usuário, na avaliação do atendimento, podem ter respondido sob o controle de estímulos divergentes, não detectados na interação, possivelmente relacionados a cada história de condicionamento (MEYER, 1997). Como, no presente caso, a avaliação diverge das realizadas por outros usuários, hipotetiza-se que, no caso, o usuário esteja respondendo a outros aspectos, não presentes no momento da interação, por exemplo, horário para outros compromissos seguintes ao agendamento na Unidade Básica de Saúde. No entanto, apesar de não haver concordância em nenhum dos quesitos, as avaliações entre recepcionista e usuário, não foram propriamente contrárias. As distinções estariam em graus de intensidade.

Há também aspectos relacionados à R2 que favoreceram a distinção entre sua avaliação e a realizada pelo usuário supracitado. A profissional estava no setor há 2 anos, tinha 21 anos de idade e possui curso superior completo. Já R1, estava na função há 10 anos e possuía ensino médio e profissionalizante. Com isso, diferença mínima encontrada entre as avaliações de usuários e recepcionistas que apontavam uma proximidade maior entre as avaliações realizadas por R1 e usuários que R2 e os usuários (apêndice F), supõe-se que R1 compreenda melhor as necessidades da população atendida, pelas variáveis como tempo em que atua no setor e escolaridade mais próxima a dos usuários atendidos. Assim, R1 pode estar sob o controle dos mesmos estímulos presentes na contingência e responder a estes estímulos, de maneira similar como respondem os usuários, comparado a R2.

Conforme colocado anteriormente, das interações observadas com R1, não houve avaliação de usuários que fosse totalmente distinta da avaliação realizada pela profissional. No entanto, em uma situação observada na pesquisa, estiveram presentes elementos relevantes abordados na literatura de atendimento ao público (BITNER et al., 1990; BITNER et al., 1994). Tal interação será relatada a seguir para que se possa analisar melhor o que ocorreu.

R1 conversando com duas amigas dentro da recepção, de costas para o balcão de atendimento, falando a respeito dos filhos e três usuários aguardando atendimento, no entanto sem solicitar. Após alguns minutos, R1 vira-se e vê os usuários esperando. Olha para um casal que aguarda atendimento e diz:

R1: Oi, tudo bem?... Oi.

Usuária: quero marcar... Como que é o nome? (pergunta ao rapaz que a acompanha) Curativo para tirar o dreno.

R1: É na segunda porta à esquerda (aponta a direção), conversa com o pessoal da enfermagem, tá?

Usuária: Tá.

Quadro 4 – Diálogo mencionado pela usuária que, apesar da demora para ser atendida, pela recepcionista estar conversando com terceiras acerca de assuntos não pertinentes ao trabalho, avalia como tendo sido bem atendida.

No recorte apresentado, a recepcionista manteve-se de costas para o balcão de atendimento, enquanto pessoas aguardavam ser atendidas, e conversava com amigas de assuntos não relacionados ao trabalho, o que pode não ser considerado o ideal em termos de conduta profissional em atendimento ao usuário. Apesar disto, a usuária avalia positivamente o atendimento prestado.

R1 avaliou o atendimento considerando que tratou de forma neutra, deu informações suficientes e bem explicadas e foi paciente. Porém admitiu que demorou para começar o atendimento, por ter ficado conversando com uma amiga que não via há muito tempo.

A interação descrita ilustra o que Bitner et al. (1990) aponta em seus estudos ao considerar que as fontes de satisfação do cliente surgem mesmo que o serviço apresente falhas, desde que haja habilidades no atendimento pelos funcionários, ao passo que a inabilidade dos mesmos em conduzir situações em que há falhas no serviço levava à insatisfação. Assim, não seria somente o fato de ter havido falhas no serviço, mas principalmente o esforço e o interesse do funcionário em solucionar, o que é levado em consideração pelas pessoas atendidas. Desta forma, evitar-se-iam conflitos que poderiam dificultar a interação e comprometer a qualidade do atendimento.

Observou-se que é comum profissionais encontrarem pessoas conhecidas, receberem presentes dos usuários, convites para eventos sociais, entre outros. Nestes casos, tais estímulos podem aumentar o valor reforçador de outras conseqüências, como salário, que é contingente ao trabalho de recepcionista, conforme o explanado acerca do conceito de

operações estabelecidas (CUNHA, 2001; HAYDU, 2004; MIGUEL, 2000). Usuários impacientes poderiam também funcionar como operações estabelecidas na redução do valor de estímulos reforçadores arbitrários, como o pagamento. No caso do usuário, o bom atendimento por parte das profissionais, por exemplo, poderia elevar o valor reforçador de ir até a instituição quando doente, ao passo que a falta de atenção poderia elevar o caráter aversivo e/ou reduzir o valor reforçador do deslocamento.

As avaliações realizadas pelos usuários, na pesquisa, reforçam os achados no estudo de Mirshawka (1994) em que, para garantir a qualidade nas interações, funcionários de instituições de saúde devem saber falar com as pessoas, trabalhar em equipe, serem flexíveis, agradáveis e organizados.

Assim, os participantes da presente pesquisa enquadram-se como exceção segundo o estudo de Rebelo (1995) que afirma que é relativamente comum encontrar casos em que profissionais da saúde – tanto nas instituições públicas como nas privadas – fazem apenas o suficiente para se manter no emprego, uma vez que o empenho ou maior produtividade não trazem o correspondente ganho financeiro. Além disso, percebe-se que funcionários sentindo-se insatisfeitos, chateados ou desrespeitados não se empenham em manter boas relações com os clientes.

Na instituição pesquisada, as recepcionistas relatam que gostavam do trabalho, e faziam-no com satisfação, o que provavelmente se reflete no bom atendimento à população, apesar do volume elevado do serviço. Nesta condição, os pacientes esperam atenção, além de informação bem dada, solidariedade e apoio dos que o recebem (MEZOMO, 2001), tecnologia e profissionais competentes (MIRSHAWKA, 1994).

Pela ampla dimensão de fatores que determinam o comportamento, muitas variáveis envolvidas em situações de interação não são explícitas, e conseqüentemente de difícil identificação. Assim, a pesquisa se restringiu à avaliação e análise das interações, tendo por base variáveis manifestas no momento em que a interação ocorreu, sendo um passo inicial na busca por relações funcionais neste âmbito profissional.

Desta maneira, além de uma análise quantitativa, que forneça dados a respeito do grau de satisfação de usuários e profissionais, e de uma análise qualitativa, que forneça dados funcionais de recortes das interações, informações obtidas em conversas com as recepcionistas e observações não sistemáticas também podem fornecer subsídios para uma análise mais completa do contexto pesquisado. Estas informações adicionais consistiram em dados da instituição que controlam o comportamento das recepcionistas e/ou dos usuários, ou mesmo descrevem comportamentos encobertos das profissionais em situações de

atendimento. Fatores não captados na coleta de dados realizada por meio das filmagens, mas que, conforme Chiesa (2006), são elementos integrantes da determinação de comportamentos, colaborando para a compreensão de uma análise funcional das situações registradas pelas filmagens.

3.3 DADOS OBTIDOS POR MEIO DE CONVERSAS INFORMAIS E OBSERVAÇÕES NÃO SISTEMATIZADAS

Além dos dados coletados por meio das filmagens e questionários, dados complementares foram obtidos por meio de observações não sistematizadas na instituição e por conversas informais com as recepcionistas participantes do estudo. Como resultados, tem-se que:

Os usuários remetem às recepcionistas queixas de outros setores ou funcionários na instituição, o que corrobora os achados da literatura (CAMPIOLO, 2007; FERREIRA, 2000) que aponta a recepção como o setor que faz o intermédio entre a instituição como um todo e a população a que atende. Ainda segundo a literatura, nestes casos, é comum que funcionários não saibam como se comportar diante de respostas de clientes insatisfeitos por ater-se ao protocolo da empresa (CALAIS; CALAIS, 2004). No entanto, as profissionais relatam que encontraram uma forma de resolver o problema, realizando o encaminhamento do usuário para a diretoria da instituição nos casos em que há queixas mais graves ou frequentes acerca de outros setores, evitando assim, situações constrangedoras com colegas.

Na instituição em questão, são frequentes os questionamentos e reclamações de usuários na estação de rádio local, o que contradiz os achados de Mezomo (2001) que aponta serem raras as situações de questionamento ou reclamações sobre o atendimento ou a procura por outra instituição. É possível que a existência de um canal ou veículo conhecido dos usuários possa ter contribuído para tal condição. Conforme Mezomo (2001), em instituições públicas de saúde não é comum existir preocupação constante com a satisfação dos clientes e que, dada a dificuldade de conseguir atendimento nessas instituições, os usuários não fazem exigências quanto à qualidade e rapidez no atendimento. Com isso, pode-se afirmar que a população atendida pela instituição, responde às avaliações de modo criterioso, apesar do grande número de avaliações positivas.

Outro fato apontado por Mezomo (2001) diz respeito à dificuldade encontrada pelas instituições que atendem de modo satisfatório de encaminhar de volta à instituição de origem os pacientes que, por algum motivo, lhes foram referenciados. Este aspecto vem em concordância com o observado na pesquisa. Na cidade, o hospital público, que fora terceirizado há cerca de três anos, deixou de oferecer diversos serviços que eram ofertados à população, quando era administrado pelo município. Tal condição gerou uma demanda elevada pelos serviços da Unidade Básica de Saúde que não tem possibilidade de encaminhar para outras Unidades por ser a única na região a disponibilizar determinados serviços.

As profissionais também relatam que é comum ter que repetir a informação numa mesma ocasião, pois os usuários, geralmente, não a compreendem. Tal situação exige das profissionais que expliquem de maneiras diferentes para que haja compreensão, o que leva a atrasar o atendimento. O fato remete ao conceito de compreensão utilizado pela análise do comportamento (MEDEIROS, 2003; SILVARES; GONGORA, 1998), ou seja, conforme o relatado, recepcionistas e usuários não compartilham da mesma história de aprendizagem, podendo divergir nas relações com o que é verbalizado, fazendo com que os usuários não fiquem sob o controle discriminativo dos estímulos verbais emitidos pelas recepcionistas (MEDEIROS, 2003).

R1 e R2 admitiram ter dificuldade em se comportar assertivamente frente a usuários, ou seja, não negam favores ou pedidos, mesmo que encontrem algum impedimento para realizá-lo no momento. Há situações em que são procuradas nos finais de semana e em outros contextos pelos usuários, que perguntam e solicitam consultas. Geralmente, as profissionais reforçam tal comportamento dos usuários (SIDMAN, 1995), agendando consultas assim que o expediente se inicia na semana, apesar de relatarem não aprovar tal comportamento.

O relacionamento entre as recepcionistas e a diretoria é considerado bom, conforme relatado pelas profissionais, que dizem sentirem-se atendidas nas reivindicações e com autonomia para tomar diversas decisões no trabalho. Desta maneira, são capazes de resolver impasses que surgem na recepção, sem envolver outros setores da Unidade Básica de Saúde, tal como o proposto por Bitner et al. (1990), que defende a prática da autonomia no setor de linha de frente como forma de resolver situações inusitadas no relacionamento com clientes. Hartline e Ferrel (1996) apresentam uma ressalva quanto a este fator, defendendo que com a autonomia, aumenta-se a responsabilidade e, com ela, a frustração dos funcionários por não conseguir cumprir as tarefas solicitadas. No entanto, conforme o observado e relatado, as

receptionistas consideram a autonomia como facilitadora na função, e não como um fator adicional de responsabilidades.

Conforme relatado pelas recepcionistas, são raras as situações em que médicos, diretores ou funcionários de outros setores solicitam serviços que demandem mais tempo ou esforço que o habitual. Nas situações em que isso ocorre, recebem o respaldo da diretoria, que compensa o serviço oferecendo um período de folga, minimizando outras tarefas ou, até mesmo, se responsabilizando perante a prefeitura em casos de reclamações. Diversos autores apontam para a relevância do papel da diretoria na atuação de atendentes ao público. Hartline e Ferrel (1996) defendem que o setor administrativo tem a função de procurar meios de melhorar a auto-eficácia no trabalho de seus funcionários. Batt (2002) incentiva os estabelecimentos a valorizarem as habilidades dos funcionários e adotar uma política de recursos humanos que valorize os profissionais por meio de aumento salarial, entre outros. Deery et al. (2006) constataram que a falta de relações colaborativas entre funcionários e instituição reflete no aumento do absenteísmo. Ferreira (2001) ressalta que a falta de reconhecimento da instituição gera sentimentos de injustiça e tédio nos funcionários por desempenharem funções pouco reconhecidas. Desta maneira, na instituição pesquisada há uma relação colaborativa entre o setor de diretoria e as funcionárias de atendimento ao público. Os primeiros levando em consideração as necessidades e limitações das profissionais e estas, ao se sentirem valorizadas e respeitadas, buscam atender as solicitações da diretoria.

As profissionais afirmam ter flexibilidade para atender pacientes, no caso de antecipar casos urgentes ou rápidos, como a entrega de um exame solicitado. Isto, além de estar de acordo com a política de humanização proposta pelo SUS (“SUS de A Z”, 2008), vem em conformidade com os apontamentos de Santos (2003), que se refere às instituições de saúde como um contexto que está sob contingências aversivas, em que há dificuldades relacionadas a capacidades fisiológicas, comportamentais e sócio-culturais das pessoas que serão atendidas. Portanto, a flexibilidade nos atendimentos, é de fundamental importância. Carvalho et al. (2005) defendem que o atendimento em saúde de uma forma mais empática, que repense as relações em saúde, visando ao atendimento interativo, comunicativo e compreensivo, que gere bem-estar, reduza tensões e promova a qualidade de vida no trabalho em saúde, o que está de acordo com a prática adotada na recepção observada.

Uma das condições importantes a serem analisadas é que a recepção não é informatizada, variável ambiental que contribui para a demora em localizar prontuários, agendar exames e consultas. Não há sinalização, na Unidade Básica de Saúde, para os diferentes setores, ou seja, não estão disponíveis no ambiente estímulos discriminativos aos

usuários que sinalizem uma forma adequada de se comportar (SIDMAN, 1995), seja para onde se dirigir, a quem perguntar, ou até mesmo as áreas de fazer silêncio. Bitner (1990) aponta para a importância de fatores ambientais na avaliação do cliente quanto à qualidade no atendimento. No presente caso, nota-se que mais que a organização, a falta de determinados elementos ou o excesso de outros, interferem no desenvolvimento do trabalho das recepcionistas e na compreensão dos usuários, o que dificulta, de fato, a execução de um atendimento considerado de boa qualidade.

Apesar da atividade realizada por recepcionistas de instituições de saúde, não ser considerada simples, seja por fatores relacionados a doenças e sofrimento, ou dos fatores inerentes ao atendimento ao público, (CAMPIOLO, 2007; MEZOMO, 2001), os dados obtidos no estudo revelam que a emissão de determinados comportamentos que demonstram atenção ao problema, empatia, disponibilidade em resolver a situação do paciente, fizeram com que os usuários avaliassem suas condutas de maneira positiva (MEZOMO, 2001; REBELO, 1995). O respaldo da diretoria da instituição também é considerado fundamental para que a atividade profissional na recepção seja avaliada positivamente (BATT, 2002; DEERY et al., 2006; FERREIRA, 2001; HARTLINE; FERREL, 1996), tanto por quem é beneficiado do serviço – o usuário – como por quem o realiza – a recepcionista.

Ferreira (2000) atentou para a relevância do relacionamento entre funcionários e clientes em atividades de atendimento ao público. Segundo o autor, as principais dificuldades encontradas pelos funcionários, neste sentido, são a pressa dos usuários pela resolução do problema, as reclamações feitas de maneira mal educada e a desinformação a respeito das exigências do serviço. Esse último aspecto fora diversas vezes relatado pelas profissionais que apontaram que, além de outras dificuldades do serviço, o trabalho sem o auxílio da informatização, o fato do usuário não trazer a documentação exigida e, muitas vezes, sequer tê-la providenciado, implica na lentidão do serviço e, muitas vezes, no insucesso do usuário em conseguir agendar consultas ou realizar exames. As profissionais relataram ainda que, em muitas situações, diante deste tipo de ocorrido, receberam reclamações quanto ao atendimento, tanto de usuários como dos médicos.

Tal fator pode ser considerado de extrema relevância na presente pesquisa, ao exemplificar o papel dos usuários na qualidade do atendimento. Bitner et al. (1994) criticam a máxima de que o cliente sempre tem razão, apontando que é inverossímil esta crença, uma vez que não raro clientes ou, no caso usuários, apresentam condutas inapropriadas, ou não respeitam determinadas regras a fim de que seu problema seja solucionado. Instituições que adotam esta filosofia, têm como resultado insatisfação, tensão e

níveis elevados de stress em seus funcionários (BITNER et al., 1994). É neste aspecto que se levanta a relevância do papel do usuário na avaliação de qualidade de atendimento, uma vez que a execução de determinados comportamentos das recepcionistas na interação dependem de comportamentos prévios emitidos pelos usuários.

Sendo assim, quando os usuários emitem tais comportamentos, contribuem para que as recepcionistas também se comportem de maneira facilitadora (FIORAVANTE, 2007). Estes fatores, somados ao papel da instituição, pela disponibilização de recursos facilitadores do trabalho e pela política vigente, constituem-se nos determinantes do atendimento considerado de qualidade, tanto por profissionais envolvidos quanto pelos que demandam o serviço.

Desta maneira, pode-se considerar que, pela pesquisa realizada, os pressupostos indicados pelo SUS que compõem o conceito de humanização de atendimento, quanto ao respeito e atenção ao usuário, agilidade, priorizando os de maior risco, disponibilização de informações e adequação às características da população (“SUS de A Z”, 2008), são presentes na recepção da instituição avaliada. Isso pode ser afirmado pelos dados estatísticos das avaliações de usuários e recepcionistas, pela análise funcional das interações e pelas observações do local e da dinâmica das interações na recepção. Considerou-se, também que a auto-avaliação de recepcionistas e satisfação do consumidor, quando conciliados possam vir a funcionar como indicadores de qualidade do atendimento. Isso porque as altas correlações observadas entre as duas medidas, que indicaram qualidade no atendimento, foram confirmadas por análises funcionais de dados obtidos em observações diretas.

Apesar de inúmeras relações relevantes com dados da literatura, a presente pesquisa apresenta ressalvas quanto aos seus procedimentos. O número reduzido de participantes deve ser levado em consideração, uma vez que, em alguns aspectos, a literatura aponta para dados divergentes aos obtidos no estudo. Assim, não se pode afirmar se realmente há divergência ou se, caso o número de participantes fosse maior, os dados sinalizariam para outras conclusões.

Com relação à instituição selecionada percebe-se que, caso fosse de uma cidade de grande porte ou até mesmo se os participantes fossem de diferentes instituições os dados também poderiam ser compatíveis aos achados da literatura, ou então, apontar para as mesmas conclusões de maneira mais consistente.

É importante notar que dados relevantes foram obtidos por meio de observações não sistematizadas e conversas informais. Neste caso, o uso de registros do ambiente ou do comportamento das recepcionistas fora do período de atendimento e a

elaboração de entrevistas com as mesmas ou até mesmo com outros funcionários e a diretoria poderiam gerar mais rigor experimental à pesquisa.

O cuidado com a elaboração de instrumentos de coleta de dado também deve ser levado em consideração. As questões elaboradas no questionário de avaliação do consumidor e na auto-avaliação das recepcionistas constam de alternativas que podem gerar confusão. Percebe-se que houve mistura de medidas quantitativas e qualitativas, além de opções insuficientes para abarcar todas as possibilidades de avaliação.

A forma como os usuários responderam aos instrumentos também merece ressalvas. Por haver um número significativo da população analfabeta ou com índices primários de escolaridade, a estagiária da pesquisa lia ao usuário as perguntas e opções de respostas, para que este escolhesse uma alternativa. Então, a estagiária anotava a resposta que, na opinião do usuário, melhor caracterizava o atendimento. No entanto, esta forma de condução, apesar de facilitar a compreensão, pode ter intimidado os usuários, de forma a responderem as questões tendendo a alternativas que representem uma avaliação positiva.

Apesar destas questões, a pesquisa traz dados relevantes que foram obtidos graças à metodologia proposta de avaliar tanto a satisfação do usuário do serviço, quanto a opinião das recepcionistas, cujos comportamentos serviram de base para conceituar o atendimento dentro da proposta de humanização. Assim, permite afirmar que tais interações foram caracterizadas, principalmente, por comportamentos das profissionais, avaliados como positivos pelos usuários e pelas recepcionistas e que, a sua emissão, é variável dependente de fatores relacionados ao preparo profissional, dos recursos e da política institucional e do comportamento dos usuários que buscam o serviço na Unidade Básica de Saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente o atendimento ao público tem sido amplamente abordado na mídia e órgãos de defesa do consumidor têm fiscalizado cada vez mais as empresas e instituições pela forma como seus clientes são atendidos em suas necessidades. Em se tratando de instituições comerciais, o atendimento não satisfatório implica na decisão de compra de seus clientes, na escolha de determinado estabelecimento para prestação de serviços, fechamento de contratos, entre outros.

No entanto, quando se trata de atendimento em instituições de saúde, principalmente nas instituições públicas, a realidade não está inserida na esfera comercial. Nestes casos, o atendimento requer cuidados com a saúde, envolvendo, em algumas ocasiões, situações emergenciais que comprometem a vida de quem busca o serviço.

Portanto, além das questões debatidas do atendimento ao público no geral, aspectos relacionados à atenção e cuidado a quem será atendido adquirem função principal, com o objetivo de resolver problemas relacionados à saúde. Levando-se em consideração tais aspectos, o atendimento passa a ser realizado de maneira a se prender a um protocolo puramente técnico e burocrático. Tais questões devem ser levadas em consideração, desde que agregadas a uma flexibilidade que possa otimizar a melhora do paciente.

Sendo assim, trata-se de um segmento complexo, em que, somado a técnicas de atendimento, tarefas burocráticas, formas de intermediar a instituição com as pessoas que são atendidas, aspectos psicológicos são extremamente valiosos, como respaldo para melhorar as interações com o paciente, que demanda seus serviços com o comprometimento de sua saúde.

Assim, o desenvolvimento da presente pesquisa teve o objetivo de verificar as avaliações de usuários de Unidade Básica de Saúde e recepcionistas do atendimento prestado na recepção, segundo os pressupostos do Behaviorismo Radical, analisando funcionalmente os comportamentos emitidos, observados por meio de filmagens, tanto das profissionais como dos usuários, identificando-os em categorias.

Os dados indicaram que as avaliações realizadas pelos usuários e pelas recepcionistas foram equivalentes, ou seja, as opiniões acerca do atendimento foram muito parecidas e positivas, na grande maioria das categorias. Observou-se que o contexto era facilitador, isto é, usuários e recepcionistas forneceram estímulos discriminativos para o outro se comportar de maneira positivamente reforçadora, mantendo interações satisfatórias para as

pessoas envolvidas.

Além disso, havia o respaldo da instituição, promovendo autonomia e apoio às profissionais. O fator social também estava presente nas interações envolvidas, por tratar-se de uma cidade de pequeno porte e basicamente agrícola, usuários e recepcionistas se conhecem e até se presenteiam com os produtos que cultivam nas propriedades, o que agrega valor ao reforço pelo comportamento das recepcionistas em bem atender os usuários e, dos usuários em ir em busca de atendimento. O que também permite afirmar que está em conformidade com os pressupostos da política de humanização implantada pelo governo federal, por meio do SUS.

No entanto, observou-se que as profissionais comportavam-se de maneira inassertiva em algumas situações, como no caso de usuários solicitarem consultas quando as encontraram fora do expediente e em outros contextos. Um treinamento, neste caso, poderia fazer com que manejassem melhor este tipo de situação.

Outro fator importante é a falta de sinalização nas dependências da instituição. Não havia placas indicando o caminho aos diferentes setores, tampouco sinalização que mostrasse aos médicos e especialidades disponíveis nos dias da semana. Assim, as profissionais, além de realizar as tarefas usuais, repetiam tais informações aos usuários, atrasando o serviço principal.

Com o estudo realizado, pôde-se ter uma amostra do panorama daquela instituição e das relações que se estabelecem no setor de atendimento, além de avaliar as interações conforme a Análise do Comportamento. Reconhece-se que o número pequeno de participantes desta pesquisa e o pouco tempo de coleta de dados são fatores que influenciam o reduzido volume de dados ou de evidências que possam confirmar hipóteses. O uso de instrumentos já validados também poderia fornecer um embasamento mais criterioso para os resultados. Bem como a melhor formulação das alternativas de respostas. Além de atentar-se para que o próprio participante preencha o instrumento, evitando variáveis que possam interferir nos resultados.

Pesquisas subseqüentes poderiam avaliar a interação dos usuários com outros funcionários de Unidades Básicas de Saúde, enfermeiros e médicos, ou mesmo entre os profissionais da instituição. Ou até desenvolver comparações entre instituições. Há, também, a necessidade de estudos futuros que avaliem a efetividade dos procedimentos adotados na pesquisa, se as partes – usuários e recepcionistas – respondem aos mesmos elementos presentes na interação quando avaliam os comportamentos emitidos nas mesmas.

É de extrema relevância que se desenvolvam pesquisas no campo da Saúde

Pública Brasileira, uma vez que é um cenário evidente na política e cotidiano da população e que apresenta problemas de diferente natureza. É necessário que a Psicologia, em especial na abordagem da Análise do Comportamento possa compreender as relações existentes e introduzindo seus conceitos possa contribuir para o aprendizado de novos padrões comportamentais das pessoas envolvidas, levando a uma melhora no sistema de saúde pública, por meio da melhora nas interações. É especialmente relevante que pesquisas na abordagem da Análise do Comportamento sejam conduzidas no contexto da saúde, podendo assim contribuir na elucidação de questões mais básicas, como adoção de medidas apropriadas, para que a partir daí, possa abordar questões de maior complexidade.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, V. L. A. R. Novos desafios na formação do psicólogo na área da saúde. In Kerbauy, R. R. *Comportamento e Saúde: explorando alternativas*. Santo André, SP: ARBytes editora, 1999, p. 3-9.
- BARROS, R. S. Uma introdução ao comportamento verbal. In *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiv*. 2003, 5 (1). 73-82.
- BATT, R. Managing Customer Services: human resource practices, quit rates, and sales growth. In *Academy of Management Journal*. 2002, 45 (3), 587-597.
- BAUM, W. M. *Compreender o Behaviorismo: ciência, comportamento e cultura*. Porto Alegre: Artes Médicas.1999, (cap 5) 91-107.
- BITNER, M. J.; BOOMS, B. H.; TETREAULT, M. S. The Service Encounter: Diagnosing Favorable and Unfavorable Incidents. In *Journal of Marketing* 54 (January),1990, 71-84.
- BITNER, M. J. Evaluating Service Encounters: The effects of psysical surroundings and employee responses. In *Journal of Marketing* 54 (april), 1990, 69-82.
- Bitner, M. J.; Booms, B. H.; Mohr, L. A. Critical Services Encounters: The employee's viewpoint. In *Journal of Marketing* 58 (October), 1994, 95-106.
- CALAIS, S. L.; CALAIS, M. L. Intervenção em grupo para controle de stress e treinamento assertivo em atendentes do S.A.C. de uma empresa. In Brandão, M. Z. S.; Conte, F. C.S.; Brandão, F. S.; Ingberman, Y. K.; Silva, V. L. M.; Oliani, S. M. (orgs). *Sobre Comportamento e Cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento*. Santo André, SP: ESETec editores associados, 2004, 111-115.
- CAMPIOLO, M. R. F. *Gestão do Consultório Médico*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2007.
- CARVALHO, A. L. S.; COSTA, E. M.; COSTA, I. C. C. Qualidade de vida: um desafio para a humanização do cuidado em saúde. In *Anais do II Congresso Brasileiro de Stress e V Congresso da ABQV*. São Paulo. 2005, 180-181.
- CATANIA, A. C. *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999, (cap 5 e 7). 81-107; 129-144.

CHIESA, M. *Behaviorismo Radical: a filosofia e a ciência*. (C. E. Cameschi, Trad). Brasília, D.F.: Editora Celeiro, 2006.

CUNHA, R. N. Motivação: uma tradução comportamental. In *Sobre comportamento e cognição: questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos*. Wielenska, R. C. org. Santo André, SP: ESETec, 2001, 74-78.

DEERY, S. J.; WALSH, J. T.; IVERSON, R. D. Toward a better understanding of psychological contract breach: a study of customer service employees. In *Journal of Applied Psychology* 91 (1). 2006, 166-175.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. *Psicologia das habilidades sociais*. Petrópolis: Vozes, 1999.

FERREIRA, M. C. Serviço de atendimento ao público: o que é? Como analisá-lo? Esboço de uma abordagem teórico-metodológica em ergonomia. *Revista Multitemas*, UCDB, Campo Grande, 2000, 128-143.

FERREIRA, M. C. Marcas do trabalho no serviço de atendimento ao público: carimbar, carimbar... In Mendes, A. M., Borges, L. O.; Ferreira, M. C. (orgs). *Trabalho em transição, saúde em risco*. Brasília – DF, 2001. (1). 153-176.

FERREIRA, M. C.; MENDES, A. M. “Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor”: atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. In *Estudos de Psicologia* 6 (1). 2001, 93-104.

FIORAVANTE, D. P. *Análise da interação entre o odontopediatra e a criança em situação de atendimento odontológico*. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2007.

FIORAVANTE, D.P.; SOARES, M. R. Z.; SILVEIRA, J. M.; ZAKIR, N.S. Análise funcional da interação profissional-paciente. In *Estudos de Psicologia*, Campinas 24 (2). 2007, 267-277.

GLAZER, J. L.; MERRIS, K. L. When customer service and patient care collide: applying traditional business models os customer service to health care can be a disservice to our patients. On line: www.aafp.org/fpm. Acessado em 5/09/2006.

GUIMARÃES, S. S. Psicologia da Saúde e doenças crônicas. In Kerbauy, R.R. *Comportamento e Saúde: explorando alternativas*. Santo André, SP: ARBytes editora, 1999, 22-45.

HARTLINE, M. D.; FERREL, O. C. The Management of Customer-Contact Service Employees: an empirical investigation. *In Journal of Marketing*, 60. 1996, 52-70.

HAYDU, V. B. O que é operação estabelecadora? In Costa, C. E.; Luzia, J. C.; Sant'Anna, H. H. N. (orgs). *Primeiros Passos em Análise do Comportamento e Cognição*. Santo André, v. 2. 2004, 59-66.

JAY, S. M.; OZOLINS, M.; ELLIOT, C. H.; CALDWELL, S. Assessment of children's distress during painful medical procedures. *Health Psychology*, 2. 1983, 133-147.

KOMAKI, J. L. Toward Effective Supervision: An Operant Analysis and Comparison of Managers at Work. *Journal of Applied Psychology*, 71. 1986, 270-279.

KOMAKI, J. L.; ZLOTNICK, S.; JENSEN, M. Development of an operant- based taxonomy and observational index of supervisory behavior. *Journal of Applied Psychology*, 71. 1986, 260-269.

LIPP, M. E. N. Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000a.

MALAGRIS, L. E. N.; FIORITO, A. C. C. Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde. *Estudos de Psicologia Campinas*, SP.23 (4). 2006, 391-398.

MATARAZZO, J.D. Behavioral Health and Behavioral Medicine: frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*. 35 (9). 1980, 807-817.

MATOS, M. A. As categorias formais de comportamento verbal em Skinner. *In Reunião anual de psicologia da sociedade de psicologia de Ribeirão Preto*. Anais.. Ribeirão Preto: SPRP, 1991, 333-341.

MEDEIROS, C. A. Compreensão: comparação entre seus usos cotidianos e sua análise operante – análise operante da compreensão. In BRANDÃO, M. Z. S.; CONTE, F. C.S.; BRANDÃO, F. S.; INGBERMAN, Y. K.; SILVA, V. L. M.; MOURA, C. B.; SILVA, V. M.; OLIANI, S. M. (orgs). *Sobre Comportamento e Cognição: a história e os avanços, a seleção por conseqüências em ação*. Santo André, SP: ESETec, editores associados, 2003, 195-203.

MELLO, H. C. M.; MELLO, L. M.; CATTAL, L. E. *Pesquisa de satisfação dos clientes internos de uma clínica de exames médicos e laboratoriais da cidade de Londrina*. Monografia de pós graduação em gestão e práticas de recursos humanos da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, campus Londrina, 2005.

MEYER, S. B. O conceito de análise funcional. In Delitti, M. *Sobre o Comportamento e Cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo comportamental*. Santo André: ARBytes editora, 1997, 31 – 36.

MEZOMO, J.C. *Gestão da Qualidade na saúde: princípios básicos*. Barueri, SP: Editora Manole, 2001.

MIGUEL, C. F.. O conceito de operação estabelecadora na análise do comportamento. In *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 16 (3). 2000, 259-267.

MIRSHAWKA, V. *Hospital: fui bem atendido, a vez do Brasil*. São Paulo: Makron Books, 1994.

MIYASAKI, M. C. O. S.; SILVARES, E. F. M. Psicologia da Saúde em Hospital Escola: extensão de serviços à comunidade acadêmica. In MARINHO, M. L.; CABALLO, V. (Ed.). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Londrina: Ed UEL, 2001, 335-359.

MORAES, A. B. A. Psicologia e saúde bucal: circunscrevendo o campo. In KERBAUY, R. R. *Comportamento e Saúde: explorando alternativas*. Santo André, SP: ARBytes editora, 1999, 61-83.

RATHUS, S.A. 30-Item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4 (3). 1973, 398-406.

REBELO, P. A. P. *Qualidade em saúde: modelo teórico, realidade, utopia e tendência*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1995.

RIBEIRO, A. F. O que é comportamento verbal. In COSTA, C. E; LUZIA, J. C.; SANT'ANNA, H. H. N. (org.). *Primeiros Passos em Análise do Comportamento e Cognição*. Santo André, SP, 2003, 67-76.

SANTOS, G. T. A psicologia comportamental na formação dos profissionais da saúde. In BRANDÃO, M. Z. S; CONTE, F. C. S.; BRANDÃO, F. S.; INGBERMAN, Y. K.; MOURA, C. B.; OLIANI, S. M. (org.). In *Sobre comportamento e cognição: clínica, pesquisa e aplicação*. Santo André, SP, ESETec, 2003, 307-311.

SIDMAN, M. *Coerção e suas Implicações*. (M. A. Andery & T. M. Sério, Trads). Campinas, SP: Editorial Psy, 1995. (Trabalho original publicado em 1989).

SILVARES, E. F. M; GONGORA, M. A. N. *Psicologia Clínica Comportamental: a inserção da entrevista com adultos e crianças*. São Paulo: Edicon, 1998.

SKINNER, B. F. *Ciência e Comportamento Humano* (J. C. Todorov; R. Azzi, Trad.). São Paulo: Martins Fontes, 1998. (Trabalho original publicado em 1953).

SKINNER, B. F. *Sobre o Behaviorismo* (M. P. Villalobos, Trad.). São Paulo: Cultrix, 1999. (Trabalho original publicado em 1974).

WALKER, H. M. Walker problem behavior identification checklist (WPBIC): *manual*. Los Angeles: Western Psychological Service, 1976.

“DO OUTRO lado da linha”. Disponível em:
<<http://jornalhoje.globo.com/JHoje/0,19125,VJSO-3076-20070628-288693,00.html>>
acessado em 05/07/2007.

“SUS de A Z”. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/>> acessado em 30/07/2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de consentimento esclarecido aos dirigentes da instituição

APÊNDICE A – Termo de consentimento esclarecido aos dirigentes da instituição

Venho, por meio desta, solicitar sua autorização para a realização de filmagens de interações entre os usuários e as recepcionistas da Unidade de Saúde, durante o horário de trabalho. Sua colaboração será importante para a coleta de dados da pesquisa intitulada “*Análise de interações de recepcionistas de Unidade de Saúde Pública com o usuário*”, referente a uma dissertação do Curso de Mestrado, em execução junto ao Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina. A pesquisa tem como objetivo levantar as dificuldades que o profissional de atendimento ao público, na área da saúde enfrenta ao atender os pacientes, seus resultados estarão à sua disposição. Com seus resultados, será possível planejar treinamentos e intervenções para que o trabalho seja realizado de forma mais satisfatória, tanto para o paciente, para a instituição, para o funcionário e também no relacionamento com colegas.

Asseguramos que, em nenhum momento, será revelado o nome ou localidade da instituição no estudo e que o registro das filmagens será utilizado unicamente para fornecer dados para a realização da pesquisa. As fitas serão mantidas até a publicação do trabalho, para conferência dos dados por meio do protocolo de observação, contido no projeto, posteriormente, serão eliminadas. Não haverá custo nenhum na pesquisa por parte da instituição. Como também não haverá qualquer tipo de prejuízo aos funcionários participantes da pesquisa, além dos riscos que o trabalho habitual possa oferecer.

Atenciosamente,

Assinatura do responsável pela Instituição

Marina Gomes Wielewicksi
Endereço: Av. Carlos Gomes, 231. Londrina, Pr.
Telefones: (43) 3342 1337 / (43) 9918 9120

_____ de _____ de 2007.

APÊNDICE B

Termo de consentimento esclarecido às recepcionistas

APÊNDICE B – Termo de consentimento esclarecido às recepcionistas

Venho, por meio desta, solicitar sua autorização para a realização de filmagens de interações suas com os usuários da Unidade de Saúde, durante o horário de trabalho. Sua colaboração será importante para a coleta de dados da pesquisa intitulada *“Análise de interações de recepcionistas de Unidade de Saúde Pública com o usuário”*, referente a uma dissertação do Curso de Mestrado, em execução junto ao Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina. A pesquisa tem como objetivo levantar as dificuldades que o profissional de atendimento ao público, na área da saúde enfrenta ao atender os pacientes, seus resultados estarão à sua disposição. Com seus resultados, será possível planejar treinamentos e intervenções para que o trabalho seja realizado de forma mais satisfatória, tanto para o paciente, para a instituição, para o funcionário e também no relacionamento com colegas.

Asseguramos que, em nenhum momento, seu nome será revelado no estudo e que o registro das filmagens será utilizado unicamente para fornecer dados para a realização da pesquisa. As fitas serão mantidas até a publicação do trabalho, para conferência dos dados por meio do protocolo de observação, contido no projeto, posteriormente, serão eliminadas. Não haverá custo nenhum da sua participação na pesquisa. Como também não haverá qualquer tipo de prejuízo a você ou a seus entes queridos, além dos riscos que o trabalho habitual possa oferecer, sendo possível a sua desistência da participação se assim o desejar.

Atenciosamente,

Marina Gomes Wielewicki

Endereço: Av. Carlos Gomes, 231. Londrina, Pr.
Telefones: (43) 3342 1337 / (43) 9918 9120

Eu, , RG nº , declaro que estou ciente dos itens constantes neste Termo e concordo com o fornecimento e divulgação dos resultados do trabalho para o estudo citado.

Assinatura do participante

_____ de _____ de 2007.

APÊNDICE C

Termo de consentimento esclarecido aos usuários

APÊNDICE C – Termo de consentimento esclarecido aos usuários

Venho, por meio desta, solicitar sua autorização para a realização de filmagens de interação entre os usuários e as recepcionistas da Unidade de Saúde, durante o horário de trabalho. Sua colaboração será importante para a coleta de dados da pesquisa intitulada “*Análise de interações de recepcionistas de Unidade de Saúde Pública com o usuário*”, referente a uma dissertação do Curso de Mestrado, em execução junto ao Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina. A pesquisa tem como objetivo levantar as dificuldades que o profissional de atendimento ao público, na área da saúde enfrenta ao atender os pacientes, seus resultados estarão à sua disposição. Com seus resultados, será possível planejar treinamentos e intervenções para que o trabalho seja realizado de forma mais satisfatória, tanto para o paciente, para a instituição, para o funcionário e também no relacionamento com colegas.

Asseguramos que, em nenhum momento, será revelado o nome ou localidade da instituição no estudo e que o registro das filmagens será utilizado unicamente para fornecer dados para a realização da pesquisa. As fitas serão mantidas até a publicação do trabalho, para conferência dos dados por meio do protocolo de observação, contido no projeto, posteriormente, serão eliminadas. Não haverá custo nenhum na pesquisa por parte da instituição. Como também não haverá qualquer tipo de prejuízo aos funcionários participantes da pesquisa, além dos riscos que o trabalho habitual possa oferecer.

Atenciosamente,

Marina Gomes Wielewicki

Endereço: Av. Carlos Gomes, 231. Londrina, Pr.
Telefones: (43) 3342 1337 / (43) 9918 9120

Assinatura do responsável pela Instituição

APÊNDICE D
Avaliação de satisfação do consumidor

APÊNDICE D – Avaliação de satisfação do consumidor

(por favor, indique a resposta que melhor expresse sua opinião ou sentimento sobre o assunto).

1. Quanto ao atendimento prestado na recepção, eu me senti:

1. mau tratado
2. um pouco mau tratado
3. tratado normalmente
4. bem tratado
5. muito bem tratado

2. Quanto à forma com que as informações foram dadas:

1. nenhuma informação
2. pouca informação
3. algumas informações, mas confusas
4. várias informações, mas confusas
5. informações suficientes e bem explicadas

3. Quanto à rapidez no atendimento:

1. extremamente devagar
2. um pouco devagar
3. normal
4. rápido

4. Quanto à atenção dos profissionais em atender as pessoas:

1. nenhuma paciência
2. pouca paciência
3. pacientes
4. bem pacientes

5. Há alguma reclamação que não foi perguntada e que gostaria de fazer, ou que gostaria de enfatizar?

Dados:

Idade: _____

Profissão: _____

Escolaridade: _____

Sexo: _____

Estado civil: _____

Serviço buscado no posto de saúde: _____

Atendido por: _____

Referência (roupa ou acessório que identifique na filmagem): _____

APÊNDICE E

Auto-avaliação do atendimento da recepcionista

APÊNDICE E – Auto-avaliação do atendimento da recepcionista

(por favor, indique a resposta que melhor expresse sua opinião ou sentimento sobre o assunto)

1. Quanto ao atendimento que prestei ao usuário, eu:

1. mau tratei
2. mau tratei um pouco
3. tratei normalmente
4. tratei bem
5. tratei muito bem.

2. Quanto à forma com que dei as informações:

1. dei nenhuma informação
2. dei pouca informação
3. dei algumas informações, mas confusas
4. dei várias informações, mas confusas
5. dei informações suficientes e bem explicadas

3. Quanto à rapidez no atendimento fui:

1. extremamente devagar
2. um pouco devagar
3. normal
4. rápido

4. Quanto a minha atenção em atender fui:

1. nada paciente
2. pouco paciente
3. pacientes
4. bem pacientes

5. Há alguma observação que não foi perguntada e que gostaria de fazer, ou que gostaria de enfatizar desta interação?

Dados:**Recepcionista:** _____**Referência do usuário (roupa ou acessório que identifique na filmagem):** _____

APÊNDICE F

Tabelas das avaliações realizadas por usuários e recepcionistas

APÊNDICE F – Tabelas das avaliações realizadas por usuários e recepcionistas

Tabela 1: Frequências absoluta, relativa e intervalo de confiança dos dados das avaliações de usuários e R1, quanto à qualidade dos atendimentos realizados por R1.

atendimento	Frequência absoluta		Frequência relativa		Intervalo de confiança	
	Usuários	R 1	Usuários	R 1		
a	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
b	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
c	5	10	0,25	0,50	-0,54	0,04
d	9	9	0,45	0,45	-0,31	0,31
E	6	1	0,30	0,05	0,03	0,47

*** Usuários > R1

informações	Usuários		R 1		Intervalo de confiança	
	Usuários	R 1	Usuários	R 1		
a	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
b	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
c	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
d	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
e	20	20	1,00	1,00	0,00	0,00

rapidez	Usuários		R 1		Intervalo de confiança	
	Usuários	R 1	Usuários	R 1		
a	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
b	2	2	0,10	0,10	-0,19	0,19
c	16	11	0,80	0,55	-0,03	0,53
d	2	7	0,10	0,35	-0,50	0,00

atenção	Usuários		R 1		Intervalo de confiança	
	Usuários	R 1	Usuários	R 1		
a	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
b	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
c	11	12	0,55	0,60	-0,36	0,26
d	9	8	0,45	0,40	-0,26	0,36

Tabela 2 – Frequências absoluta, relativa e intervalo de confiança dos dados das avaliações de usuários e R2, quanto à qualidade dos atendimentos realizados por R2.

atendimento	Frequência absoluta		Frequência relativa		Intervalo de confiança	
	Usuários	R 2	Usuários	R 2		
a	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
b	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
c	4	10	0,20	0,50	-0,58	-0,02
d	11	8	0,55	0,40	-0,16	0,46
e	5	2	0,25	0,10	-0,08	0,38

*** R1 > Usuários

informações	Frequência absoluta		Frequência relativa		Intervalo de confiança	
	Usuários	R 2	Usuários	R 2		
a	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
b	1	0	0,05	0,00	-0,05	0,15
c	1	0	0,05	0,00	-0,05	0,15
d	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
e	18	20	0,90	1,00	-0,23	0,03

rapidez	Frequência absoluta		Frequência relativa		Intervalo de confiança	
	Usuários	R 2	Usuários	R 2		
a	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
b	2	0	0,10	0,00	-0,03	0,23
c	18	18	0,90	0,90	-0,19	0,19
d	0	2	0,00	0,00	0,00	0,00

atenção	Frequência absoluta		Frequência relativa		Intervalo de confiança	
	Usuários	R 2	Usuários	R 2		
a	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
b	0	1	0,00	0,05	-0,15	0,05
c	9	15	0,45	0,75	-0,59	-0,01
d	11	4	0,55	0,20	0,07	0,63

*** R2 > Usuários
*** Usuários > R2

Tabela 3 – Frequências absoluta, relativa e intervalo de confiança dos dados das avaliações de usuários e recepcionistas, quanto à qualidade dos atendimentos realizados.

atendimento	Frequência absoluta		Frequência relativa		Intervalo de confiança	
	Usuários	Rs	Usuários	Rs		
a	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
b	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
c	9	20	0,23	0,50	-0,56	0,01
d	20	17	0,50	0,43	-0,23	0,38
e	11	3	0,28	0,08	-0,03	0,43

informação	Frequência absoluta		Frequência relativa		Intervalo de confiança	
	Usuários	Rs	Usuários	Rs		
a	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
b	1	0	0,03	0,00	-0,04	0,09
c	1	0	0,03	0,00	-0,04	0,09
d	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
e	38	40	0,95	1,00	-0,15	0,05

rapidez	Frequência absoluta		Frequência relativa		Intervalo de confiança	
	Usuários	Rs	Usuários	Rs		
a	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
b	4	2	0,10	0,05	-0,11	0,21
c	34	29	0,85	0,73	-0,13	0,38
d	2	9	0,05	0,23	-0,38	0,03

atenção	Frequência absoluta		Frequência relativa		Intervalo de confiança	
	Usuários	Rs	Usuários	Rs		
a	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
b	0	1	0,00	0,03	-0,09	0,04
c	20	27	0,50	0,68	-0,48	0,13
d	20	12	0,50	0,30	-0,10	0,50