

QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Claudia Araujo, Kleber Figueiredo,
Marina Dias de Faria

Resumo:

As organizações de saúde brasileiras têm enfrentado desafios, principalmente no que se refere a controle de custos e qualidade dos serviços prestados. O conceito de qualidade em serviços de saúde passou, ao longo dos anos, do enfoque puramente técnico para um enfoque mais abrangente, no qual se tenta satisfazer as necessidades, interesses e demandas de três grupos: os prestadores do serviço de saúde, os que gerenciam tais serviços e os que o utilizam. O objetivo do artigo é analisar por meio de revisão de literatura os principais pontos relativos a qualidade de serviços no setor de saúde. As conclusões apontam que a melhoria da qualidade em serviços de saúde somente é atingida caso se torne parte integrante da cultura organizacional. Desta forma, os gestores devem focar em seus recursos humanos e ter em mente que os serviços de saúde são prestados por pessoas para pessoas.

QUALITY IN HEALTH SERVICES

Abstract

The Brazilian health care organizations have faced challenges, particularly concerning control costs and quality of service. The concept of quality in health services rose from the purely technical approach to a more comprehensive approach, which tries to meet the needs, interests and demands of three groups: the providers of health services, those who manage such services, and those who use it. This article aims to examine through literature review the main points concerning the quality of health services. The findings suggest that quality in health services is only achieved if it becomes part of the organizational culture. Therefore, managers should focus on human resources and to keep in mind that health services are provided by people to people.

1. Introdução

A relação entre a qualidade e o meio organizacional sempre foi muito estreita e mutável (Aguilar e Lira, 2001). Nos últimos anos, as organizações de saúde brasileiras têm enfrentado desafios, principalmente no que se refere a controle de custos e qualidade dos serviços prestados. O conceito de qualidade em serviços de saúde passou, ao longo dos anos, do enfoque puramente técnico para um enfoque mais abrangente, no qual se tenta satisfazer as necessidades, interesses e demandas dos diversos *players* envolvidos no sistema: financiadores, operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços e usuários. Cada um destes grupos tem interesses e opiniões próprios sobre melhoria de qualidade dos serviços. Trata-se de um mercado imperfeito, com

forças específicas, em que qualquer ação deveria, obrigatoriamente, estar fundamentada em uma visão sistêmica. No entanto, o que se vê é a preocupação com o repasse dos custos, gerando um “jogo de soma zero”. Em consequência, tem-se um setor de saúde no Brasil marcado por *dificuldades financeiras* – financiadores que não conseguem acompanhar a evolução dos custos assistenciais, operadoras em crescentes dificuldades por motivos diversos (como a política de controle de preços e a criação de novas coberturas), prestadores de serviços endividados e com lucros encolhidos – e *crise na qualidade dos serviços prestados*.

Através dos resultados da Pesquisa de Assistência Médico-Hospitalar (AMS), realizada pelo IBGE em 2005¹, o Brasil contava naquele ano com 77.004 estabelecimentos de saúde, somando-se instituições públicas e privadas. De acordo com os dados da Conferência Nacional da Saúde (CNS), a dívida dos hospitais somente com a Previdência Social totalizava, em outubro de 2003, R\$ 6 bilhões². Ainda em relação à situação financeira, os resultados da pesquisa elaborada pelo Centro Paulista de Economia da Saúde (Cpes), da Universidade de São Paulo, junto a 27 hospitais privados brasileiros, indicaram que a margem líquida dos centros médicos caiu de 4,7% em 2003 para 1,8% em 2004.³ O estudo comprova que a redução da lucratividade dos hospitais decorre de um aumento do nível de endividamento do segmento, em função da dificuldade dos hospitais particulares em reajustar os preços de seus serviços. Isto ocorre porque, também com balanços financeiros mais frágeis, as operadoras de saúde vêm controlando o repasse de preço aos seus prestadores de serviços, como hospitais. Como consequência, tem-se um engessamento do sistema e uma distorção: de acordo com a pesquisa, 47% das receitas dos hospitais brasileiros vêm de medicamentos e materiais, como gaze e seringa, enquanto que sua atividade fim, os serviços médico-hospitalares, correspondem a apenas 30% da receita.

A gravidade da crise de inoperância dos serviços de saúde no Brasil, frente ao aumento das demandas sociais, vem destacando a importância de uma gestão eficiente da qualidade dos serviços prestados pelas organizações de saúde. O presente artigo tem como objetivo analisar por meio de revisão de literatura os principais pontos relativos a qualidade de serviços de saúde. Primeiramente será tratado o conceito de qualidade em serviços, mais especificamente nos serviços de saúde para, em seguida, abordar os desafios inerentes à implementação de programas de qualidade em instituições de saúde.

2. Conceito de qualidade em serviços de saúde

Qualidade em serviços:

O processo de prestação de serviços requer uma cultura de gerenciamento de qualidade própria da empresa (Manenti, Camargo, Palomino, 2007). O exame dos estudos feitos sobre qualidade em serviços sugere que: (1) a qualidade em serviços é mais difícil de ser avaliada pelo

¹ Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2005.

² Fonte: reportagem publicada no jornal Gazeta Mercantil em 08 de novembro de 2004.

³ Fonte: reportagem publicada no jornal Valor em 26 de junho de 2005.

consumidor do que qualidade do produto, uma vez que representa uma experiência vivenciada pelo cliente. Especificamente em serviços de saúde, os pacientes muitas vezes não têm como avaliar objetivamente a qualidade técnica do atendimento, em termos da correta aplicação da ciência e da tecnologia da medicina à administração de um problema de saúde, e acabam buscando “pistas” da qualidade dos serviços recebidos; (2) a percepção de qualidade em serviços pelos clientes resulta da comparação entre suas expectativas e sua percepção do serviço recebido; e (3) a avaliação da qualidade envolve não só o serviço final entregue (*o que é entregue ao cliente*) como também o processo de entrega do serviço (*como é entregue*). (Grönroos, 1984; Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1985)

Já em 1982, Grönroos propunha que a qualidade dos serviços experimentada pelos clientes tem duas dimensões: *técnica e funcional*. A primeira diz respeito ao que é entregue pela empresa ao cliente (*resultado*), enquanto a segunda se refere à forma como o serviço é prestado, ou seja, ao *processo* que os clientes têm de se sujeitar para obter aqueles resultados.

Posteriormente, Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985, 1988 e 1991), com base em ampla pesquisa junto aos mais diversos tipos de empresas de serviços, propuseram que os clientes avaliam a qualidade dos serviços a partir de cinco dimensões: confiabilidade, presteza, segurança, empatia e tangíveis. A capacidade do provedor de serviços para proporcionar os resultados que os clientes desejam uma vez após a outra, sem surpresas desagradáveis, é denominada qualidade de resultados ou *confiabilidade* do serviço. Tem-se qualidade técnica do processo quando tudo é feito de acordo com o estado da arte no campo. As outras quatro dimensões se referem à percepção subjetiva da qualidade: (1) *Presteza*: a percepção do cliente de que o provedor de serviços responde rápida e precisamente às suas demandas e necessidades específicas. (2) *Segurança*: o sentimento do cliente de que está em mãos corteses, capazes e competentes. (3) *Empatia*: sensação do cliente de que está recebendo atenção individualizada. (4) *Tangíveis*: percepção do cliente de que todos os aspectos tangíveis do serviço (tal como instalações, equipamentos, ferramentas e documentos) são apropriados para a tarefa e amigáveis ao cliente.

Qualidade em serviços de saúde:

O conceito de qualidade em serviços de saúde passou, ao longo dos anos, do enfoque puramente técnico para um enfoque mais abrangente, no qual se tenta satisfazer as necessidades, interesses e demandas de três grupos: os prestadores do serviço de saúde, os que gerenciam tais serviços e os que o utilizam. Cada um destes grupos tem interesses e opiniões próprios sobre melhoria de qualidade dos serviços de um hospital.

Para que se compreenda adequadamente o conceito de qualidade em serviços de saúde, é necessário, primeiramente, ter em mente quem são seus clientes. Os clientes podem ser os usuários diretos, os médicos, os agentes financiadores, os terceiros pagantes (empresas, companhias de seguros, sindicatos etc.) e os visitantes/acompanhantes. Como os hospitais oferecem sua infra-estrutura para que os médicos exerçam suas atividades e atendam aos pacientes, estes profissionais devem ser vistos como clientes dos hospitais e clínicas e, como tais, ser atraídos e mantidos pelas instituições de saúde. Nesse sentido, estas instituições enfrentam o grande desafio de satisfazer as necessidades, interesses e demandas de *clientes*, com demandas e

expectativas distintas. Neste artigo, a qualidade em serviços de saúde será investigada sob a ótica dos *pacientes e familiares*.

(1) *O cliente busca “pistas” sobre a qualidade dos serviços de saúde:*

De acordo com Donabedian (1980, 1990), a maioria dos pacientes e familiares conhece pouco os detalhes do domínio técnico da qualidade, embora apreciem sua importância, e em geral, avaliam a qualidade técnica do tratamento indiretamente, pelas evidências do interesse e da preocupação dos profissionais com sua saúde e bem-estar. Em outras palavras, esses clientes muitas vezes buscam “pistas” que indiquem ou traduzam a qualidade dos serviços oferecidos por determinada clínica, hospital, ou laboratório. Nesta busca, avaliam a empatia e a dedicação do *staff* nas interações, a tecnologia e os equipamentos disponíveis, a comodidade de horários e localização do serviço, a postura e vestimenta dos funcionários, os outros clientes que estão aguardando atendimento e o ambiente físico em que os serviços são prestados.

Em serviços profissionais, como os serviços médicos, há um alto teor de qualidades de *crença*: o prestador em geral é altamente treinado num campo muito especializado e seu conhecimento desse campo ultrapassa imensamente o de seus clientes; os resultados em geral demoram a aparecer e dependem de uma variedade de fatores extrínsecos. Chegar a conclusões erradas, portanto, é muito fácil para os clientes e é a opinião do cliente que determina, muitas vezes, se ele irá retornar, bem como o tipo de publicidade boca a boca que será difundida sobre o serviço. As opções abertas para um provedor de serviços, cujos clientes cheguem a conclusões errôneas sobre a qualidade dos resultados são principalmente as seguintes: (1) administrar as evidências nas quais o cliente baseia seu julgamento; e (2) treinar o cliente para fazer uma avaliação mais apurada da qualidade técnica. (Harvey, 1998)

Alguns aspectos do processo da qualidade estão no olhar de quem a contempla. Se o cliente não se sente em mãos competentes – de um médico, por exemplo – então ele passa por um processo de baixa qualidade perceptual. O fato de que o médico possa ser o melhor do ramo não altera aquele fato, a menos que faça o cliente saber e acreditar nesse fato. Portanto, quem quer que estabeleça os padrões de qualidade em serviços deve conhecer os clientes e a maneira como julgam o processo de prestação do serviço. Isto significa que medir a qualidade envolve mais do que a conformidade com os padrões: envolve as percepções do cliente sobre o processo. (Harvey, 1998)

(2) *A qualidade em serviços resulta da comparação entre as expectativas prévias e a percepção do serviço recebido*

Para alcançar a satisfação dos clientes, é preciso que sua experiência com a instituição de saúde supere suas expectativas. A avaliação da qualidade pelos clientes é subjetiva e parte de uma expectativa que se confirmará, ou não, ao longo da interação com o prestador do serviço, ou seja, ao longo dos “momentos da verdade”.

O desapontamento do cliente pode ocorrer pelos seguintes fatores: (1) *a empresa não saber o que os clientes querem* – por falta de informação coletada junto aos pacientes, ou com

informações coletadas, porém mal interpretadas, aspectos importantes para os clientes podem ser negligenciados; (2) *dificuldade na especificação ou implementação da qualidade* - os gestores podem saber o que os clientes querem, mas não conseguem traduzir esta demanda em procedimentos e processos que sejam capazes de entregar o que o cliente quer; (3) *execução inadequada das especificações* – neste caso, é possível implementar os procedimentos adequados para oferecer o que o cliente quer, mas na hora da execução pelos funcionários, tais especificações não são seguidas, ou são boicotadas, por falta de comprometimento ou interesse dos colaboradores; e (4) *comunicação de mercado inadequada* – promessas *explícitas*, feitas através das atividades de comunicação com o mercado, ou *implícitas*, através dos aspectos físicos, ou preço cobrado, que não traduzem adequadamente o que realmente a empresa pode oferecer aos clientes. (Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1985)

Portanto, para evitar o desapontamento dos clientes, as instituições de saúde devem desenvolver pesquisas com seus clientes para conhecer suas demandas, traduzir suas demandas em processos, comprometer os colaboradores para que estes executem adequadamente as especificações e, muito importante, traduzir corretamente para o mercado o que é possível esperar da empresa, ou seja, nunca prometer mais do que se pode oferecer.

(3) *A avaliação da qualidade dos serviços de saúde envolve não só o serviço final entregue (o que), como também o processo de entrega do serviço (como).*

Também em serviços de saúde, a qualidade tem sido interpretada como um construto multidimensional, composto por um componente *técnico* (resultado entregue ao paciente) e outro *relacional* (processo de atendimento). O primeiro abrange a aplicação da ciência e da tecnologia da medicina à administração de um problema de saúde. O domínio *relacional*, ou *interpessoal*, por sua vez, refere-se à administração da interação social e psicológica entre o cliente e os profissionais. Embora o tratamento médico venha acompanhado de métodos poderosos e equipamentos técnicos bastante sofisticados, a relação entre o *staff* e os pacientes (e/ou seus familiares) é ainda um aspecto importante no processo de entrega de serviços de saúde.

Em 1997, Sewell realizou uma pesquisa nos Estados Unidos com o objetivo de verificar quais são as características consideradas mais importantes pelos pacientes. Os resultados indicaram que o mais importante é a confiabilidade dos serviços, seguida pela segurança transmitida, pela presteza da equipe, pela empatia e, por último, pelas dimensões tangíveis (instalações). Em 1998, foi feita uma outra pesquisa com 2.120 pacientes de quatro hospitais públicos americanos, tendo sido encontradas três dimensões da qualidade para os serviços de saúde públicos: confiabilidade, presteza e tangíveis. Em estudo realizado no Brasil, Urdan (2001) analisou a qualidade de serviços médicos na perspectiva dos clientes no sul do país. Trinta e cinco médicos foram avaliados em relação aos seus serviços, através de um questionário respondido por seus pacientes. Os resultados apontaram seis fatores como importantes para os clientes: as interações com o médico; a competência profissional transmitida; as interações com seus auxiliares; a comodidade de horários e localização do serviço; o profissionalismo e a responsabilidade; as comunicações auxiliares.

Apesar de haver consenso quanto à importância da dimensão interpessoal na qualidade dos serviços de saúde, até os anos 1980, a organização e o funcionamento dos sistemas de saúde

no Brasil foram marcados pelos princípios da eficácia, otimização e eficiência e, somente a partir dos anos 1990, foram incorporadas as noções de qualidade, equidade e satisfação do usuário, destacando a necessidade da humanização da atenção à saúde. Humanizar a atenção à saúde significa entender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidades específicas, preservando sua dignidade como ser humano. Refere-se à possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, entendendo o usuário como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde. A reflexão humanística não enfoca somente problemas e necessidades biológicas, mas abrange as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes nos relacionamentos humanos nas ações relativas à atenção em saúde. (Fortes, 2004) Portanto, para assegurar a qualidade dos serviços é necessário treinar e monitorar adequadamente o *staff*, assim como manter um clima de trabalho agradável e seguro. As empresas da área de saúde devem enxergar a gerência de recursos humanos como uma fonte de vantagem competitiva e atentar para assuntos como recrutamento e seleção, treinamento e educação, assim como envolvimento dos empregados de todos os níveis hierárquicos.

3. Programa de qualidade em instituições de saúde

Um programa de gestão da qualidade total pode ser definido como a seqüência de etapas necessárias para a implementação de um processo de mudança na organização, seguindo uma lógica que permita a orientação para a satisfação total do cliente, para a gerência dos processos e para a melhoria contínua. No processo de busca da qualidade, o *comprometimento da alta gerência* é fundamental, estimulando o *foco permanente no cliente externo* e a *satisfação dos funcionários*. O interesse dos altos gerentes por qualidade não deve ser um mero exercício intelectual, mas sim um forte comprometimento pessoal manifestado através de estratégias e liderança visionária. Além disso, como as empresas de serviços “servem” seus clientes através de seus funcionários, o *foco no cliente* e a *satisfação dos funcionários* devem ser vistos como um objetivo estratégico a ser alcançado quando se almeja a prestação de serviços de excelência. Isto é essencialmente verdadeiro em organizações de serviços de saúde por causa da proximidade física e psicológica entre os clientes e os prestadores do serviço.

São inúmeras as propostas de programas de qualidade disponíveis na literatura especializada. No entanto, no entendimento de Sureshchandar, Rajendran e Anantharaman (2001), muitas estratégias de qualidade propostas por práticos e teóricos parecem ser soluções quase universais para a indústria de bens de consumo, mas aplicá-las como solução completa ao setor de serviços não parece lógico. A questão a ser ressaltada é que, embora do ponto de vista conceitual, a maioria das dimensões do gerenciamento da qualidade na indústria naturalmente se aplique às empresas de serviços, as dificuldades de implementação da Qualidade Total em Serviços requerem atenção especial devido às inúmeras características diferenciadas dos serviços: intangibilidade; produção, entrega e consumo simultâneos; perecibilidade; variabilidade na expectativa dos clientes; e a participação dos clientes na prestação do serviço.

No que se refere especificamente aos serviços de saúde, é relativamente escassa a literatura dedicada a documentar experiências de implementação de programas de qualidade. Diversos pesquisadores têm afirmado que implementações bem sucedidas de programas de

qualidade podem gerar resultados significativamente superiores para estas organizações, mas reconhecem que as organizações de saúde enfrentam enormes desafios ao tentar implementar tais programas.

3.1 - Desafios na implementação de Programas de Qualidade

Apesar de todos os benefícios trazidos pela implementação de programas de qualidade em hospitais, Scott (2001) afirma que a maioria das organizações de saúde que tentou implementar programas de qualidade nas décadas de 70 e 80, não obteve êxito. Este autor aponta algumas possíveis razões para estes resultados: muitos líderes pensam que a atitude dos empregados em relação aos serviços poderia melhorar se unicamente padrões de serviços fossem esquematizados e distribuídos para os empregados, ou se tais funcionários fossem encaminhados para programas de treinamento; algumas organizações não oferecem a seus gerentes as habilidades, ferramentas e suporte necessários para melhorar os serviços e os processos; e falta de compreensão de que para a organização desenvolver uma cultura de serviços é necessário um sistema de serviços e que este sistema não acontece por acidente. Em termos gerais, o levantamento bibliográfico sobre o assunto deixa claro que as organizações de saúde que pretendem implementar com sucesso programas de qualidade podem enfrentar os desafios apresentados a seguir:

O Autoritarismo e o Corporativismo Presentes nas Organizações de Saúde – as organizações de saúde adotam, muitas vezes, uma “estrutura hierárquica-funcional”, prejudicando a comunicação entre os níveis hierárquicos e criando uma cultura altamente burocrática e autoritária. A enfermagem e o corpo médico usualmente resistem aos ditames mais gerais da organização.

Resistência dos Médicos a Programas de Qualidade – De acordo com James (2002), os médicos se constituem em resistência aos programas de qualidade por deterem o conhecimento técnico e temerem a perda de controle sobre os procedimentos clínicos. Alguns profissionais vêem o programa de qualidade como uma forma de os administradores tomarem o controle dos tratamentos médicos para reduzir custos, prejudicando o adequado exercício da profissão, ao mesmo tempo em que permanecem sendo acusados pelos resultados negativos. Além disso, conforme salientado por Yang (2003), pode haver a má compreensão do programa: os médicos acreditam que as iniciativas são válidas apenas para a eficiência administrativa e que seus princípios não são aplicáveis ao tratamento médico. Short e Rahim (*apud* Yang, 2003) listaram os possíveis conflitos entre as características dos profissionais de saúde e as práticas de qualidade total, os quais estão resumidos no Quadro 1 a seguir:

Quadro 1: Possíveis conflitos entre as características dos profissionais de saúde e as práticas de qualidade total

Profissionais de Saúde	Programa de Qualidade Total
Responsabilidades individuais	Responsabilidades coletivas

Liderança profissional	Liderança gerencial
Autonomia	Prestar contas a outros profissionais
Autoridade administrativa	Participação
Autoridade profissional	Participação
Expectativas de objetivos (“goal”)	Expectativas de performance e processo
Avaliação da performance retrospectiva	Avaliação da performance simultânea

Fonte: Short e Rahim (*apud* Yang, 2003).

Dificuldade em Mensurar os Resultados da Qualidade – iniciativas de qualidade falham pela falta de medidas para monitorar a satisfação dos clientes, o moral dos funcionários e a gerência dos líderes. A coleta de dados sobre as reclamações dos clientes, sobre o número de abandonos/erros e sobre o custo da baixa qualidade forneceria ao gerente uma ferramenta corretiva e preventiva para monitorar e melhorar o desempenho.

Dificuldade em enxergar os Retornos Financeiros da Qualidade – Percebe-se uma falta de visão, por parte dos gerentes, dos benefícios financeiros da qualidade em saúde. Estudos empíricos sobre a relação entre custos e qualidade são inconclusivos.

Considerar que a Certificação é suficiente – Alguns hospitais têm visto a certificação como a solução para seus problemas de qualidade e produtividade. As certificações podem criar um aspecto punitivo nas iniciativas de qualidade e serem vistas como um “mal necessário”, e não como parte central de uma estratégia de qualidade da organização. Dentre as críticas sofridas pela certificação, destacam-se: não ser garantia de qualidade; não ser capaz de captar o desempenho da organização ao longo do tempo; concentrar-se em padrões e critérios rígidos; e falhar em focar no resultado do serviço para os pacientes.

3.2 - Fatores de sucesso na implementação de Programas de Qualidade em Serviços de Saúde

Há poucas pesquisas que busquem identificar estas dimensões para programas de qualidade no setor de serviços (TQS). Visando a cobrir esta lacuna, Sureshchandar, Rajendran e Anantharaman (2001) desenvolveram um estudo sobre este assunto, chegando a um total de 12 fatores que se relacionam entre si, enfatizando a noção de que o TQS é uma filosofia holística e um conjunto de práticas que devem ser executadas em conjunto: (1) comprometimento da alta gerência e liderança visionária; (2) gerenciamento dos recursos humanos (RH); (3) sistema técnico; (4) sistema de informação e análise; (5) *benchmarking*; (6) melhoria contínua; (7) foco no cliente; (8) satisfação dos funcionários; (9) relações trabalhistas; (10) responsabilidade social; (11) ambiente para prestação dos serviços (*servicescape*); (12) cultura de serviço. A partir do levantamento bibliográfico, percebeu-se que, em serviços de saúde, estas mesmas dimensões são

consideradas críticas para o sucesso de programas de qualidade. Cada uma dessas dimensões será discutida a seguir.

1. *Comprometimento da alta gerência e “liderança visionária”*: pré-requisito para o sucesso na implementação da qualidade total, liderança visionária significa a formulação de uma visão de longo prazo para o desenvolvimento da organização, propagando tal visão através da organização, projetando e desenvolvendo um plano de ação e finalmente comprometendo toda a organização. Os altos gerentes têm que acreditar no programa de qualidade, tomando a frente do processo. Para Taublib (1998), não importa o tamanho do hospital, nem sua natureza; se a cúpula diretiva não estiver decidida a implantar o programa de qualidade, não será possível iniciar o processo.

2. *Gerenciamento de RH*: empresas de serviços que buscam a qualidade precisam enxergar a gerência de RH como uma fonte de vantagem competitiva, estando atenta para assuntos como recrutamento e seleção, treinamento e educação, *empowerment* e envolvimento dos empregados. É preciso educar os empregados através de programas de treinamento, tornando-os capazes e responsáveis por suas performances. *Teamwork* e participação são essenciais, especialmente em tratamento médico, que requer a cooperação entre os departamentos.

3. *Sistema técnico*: diz respeito à qualidade técnica dos serviços, incluindo a gerência da qualidade dos processos. Os processos de serviços ao cliente e os procedimentos internos devem ser padronizados e gerenciados para assegurar a qualidade. Não existe qualidade sem padrão.

4. *Sistema de informação e análise*: em um ambiente de qualidade total, é importante equipar os empregados com informações a respeito dos processos e dos clientes e é preciso haver comunicação entre os níveis organizacionais, funções, linhas de produto etc., para resolver os problemas e implementar mudanças. Para Taublib (1998), “*só gerencia quem tem meta, só tem meta quem tem padrão, só tem padrão quem tem informação*”. Os sistemas de informações devem ser integrados verticalmente (consultórios médicos, clínicas, fornecedores) e horizontalmente (entre departamentos) para garantir a re-alimentação (*feedback*) necessária à tomada de decisões clínicas.

5. *Benchmarking*: em serviços, é necessário que as empresas foquem não somente em dados, mas também em certas características comportamentais, como satisfação do consumidor e do empregado. O *benchmarking* envolve mais do que comparações estatísticas, incluindo visitas não só à empresa-líder do setor, mas a empresas de excelência para aprender, em primeira-mão, como se chegou àquele desempenho.

6. *Melhoria contínua*: o alcance da qualidade em serviços é uma jornada constante, sem fim. O verdadeiro desafio está em manter vivas, ao longo do tempo, a energia, a aprendizagem e a melhoria. Cada encontro é uma oportunidade de reforçar, ensinar e divulgar a importância da excelência em serviços. A insatisfação dos clientes e suas reclamações são boas fontes de estímulo ao aprimoramento contínuo.

7. *Foco no cliente*: a satisfação dos clientes deve ser o objetivo e a medida de qualidade de serviços. No gerenciamento pela qualidade, é necessário inverter a pirâmide tradicional, colocando o cliente em primeiro lugar. É importante conduzir pesquisas de satisfação dos clientes periodicamente para entender suas necessidades, analisar os problemas e realizar melhorias. Medir a satisfação dos clientes pode ser uma forma poderosa de melhorar os serviços, desde que o *feedback* não represente punição dos funcionários.

8. *Satisfação dos funcionários*: está diretamente relacionada à satisfação de suas necessidades. É necessário suprir as necessidades básicas dos funcionários, trabalhar o potencial mental das pessoas, valorizar o aprimoramento contínuo, estimular a participação e desenvolver atividades de integração.

9. *Relações trabalhistas*: se os membros do sindicato se sentirem ameaçados, haverá uma oposição veemente aos esforços de melhoria da qualidade. É preciso buscar parcerias que beneficiem ambas as partes. Para tanto, é necessário o comprometimento das empresas em aumentar a segurança no emprego, valorizar a transparência das decisões, envolver os funcionários nos projetos e melhorar a qualidade de vida no emprego.

10. *Responsabilidade social*: Além de gerar lucro, as empresas têm que cumprir suas obrigações sociais e comunitárias. O escopo da qualidade em serviços de saúde vai além dos cuidados dedicados ao paciente e inclui o impacto sobre a família e a comunidade.

11. *Ambiente*: o ambiente físico no qual os serviços são prestados influencia a percepção de qualidade do cliente e afeta também os empregados da empresa. O ambiente é uma das dimensões da qualidade em saúde, representando o aspecto das instalações do hospital, seu *layout*, sua localização e sua capacidade física.

12. *Cultura de serviço*: a cultura organizacional possibilita que as pessoas compartilhem uma visão comum da empresa e de seus objetivos. A primeira tarefa para implementar o programa em organizações de saúde é transformar a cultura em orientada para a qualidade e para os clientes. Esta mudança é significativamente influenciada pela filosofia e valores da alta gerência.

Todas estas dimensões são componentes vitais para a melhoria da qualidade, mas a implementação da qualidade total só será efetiva se estas dimensões estiverem integradas e operando em um ambiente que abrace a *melhoria contínua* como uma filosofia de gerência de qualidade. A chave é o forte comprometimento da gerência, gerando sinergia entre as dimensões em um ambiente de aperfeiçoamento contínuo. Especificamente em relação a programas de qualidade em organizações de saúde, Scott (2001) propôs a adoção de seis procedimentos, apresentados a seguir:

1. *Desenvolva a consciência* – certificar-se de que todos na organização (empregados, médicos e gerentes) compreendem o porquê de o sistema estar se focando em melhorar os serviços, como este foco está relacionado com o planejamento estratégico, e o que se pretende atingir. Estas mensagens devem ser distribuídas em diversos materiais impressos e

encontros. Cada encontro ou evento é uma oportunidade para compartilhar as iniciativas que estão sendo implementadas e os resultados que estão sendo alcançados.

2. *Estabeleça expectativas de serviços e padrões de comportamento* – todos devem saber exatamente o que fazer para atingir os objetivos do serviço ao cliente. Isto significa que os gerentes devem estabelecer expectativas de serviços e padrões de comportamento claros, começando pela definição de “excelência em serviços”. Os gerentes precisam envolver todos na identificação dos clientes internos e externos e na descoberta do que importa mais para cada um destes grupos. As seguintes questões são apropriadas para serem perguntadas a qualquer cliente: “o que você mais quer e precisa quando vem ao nosso departamento ou chama pelo nosso serviço?”; “o que nós precisamos fazer para que isto ocorra?”; “o que o seria necessário para impressioná-lo de verdade?”. O próximo passo é transformar as respostas a estas questões em expectativas de serviço, através de padrões claros a serem seguidos.

3. *Identifique e elimine barreiras e obstáculos* – times e relacionamentos devem ser desenvolvidos e estimulados. A falta de time de trabalho não é saudável e interfere no serviço aos clientes. É necessário que os gerentes insistam no *teamwork* e eliminem as barreiras que criam competição e fragmentação.

4. *Aprenda e desenvolva habilidades* – empregados de todos os níveis têm oportunidade para aprender novas habilidades relacionadas com a excelência em serviços. É necessário facilitar novas técnicas que possibilitem a aprendizagem no ambiente de trabalho.

5. *Escute seus clientes* – medir a satisfação dos clientes pode ser uma forma poderosa de melhorar os serviços, desde que o *feedback* não seja focado em punição. Os empregados devem aprender formas de responder às reclamações e ser treinados e autorizados a agir para consertar os erros.

6. *Reforce e dê suporte ao aprimoramento contínuo* – o verdadeiro desafio é manter a energia, a aprendizagem e a melhoria vivas ao longo do tempo. Cada encontro é uma oportunidade de reforçar, ensinar e aprender a importância de bons serviços aos clientes.

No Brasil, os programas de qualidade no setor de saúde ainda são incipientes. Malik e Teles (2001) investigaram a implementação de programas de qualidade em 159 hospitais do estado de São Paulo. Dos 97 hospitais que responderam à pesquisa, somente 22 afirmaram ter tomado alguma iniciativa naquela direção. Dentre os hospitais que implementaram programas de qualidade, observou-se que as razões mais valorizadas para a implementação foram, em primeiro lugar, melhorar a assistência prestada, em segundo, melhorar a organização e, em terceiro, aumentar a satisfação do usuário. Verificou-se, também, um “desconhecimento profundo” e assumido, por parte dos dirigentes, dos custos com a gestão da qualidade. No entanto, este desconhecimento não inibe um discurso de escassez de recursos para justificar a falta de investimentos em operações consideradas por eles como “não essenciais”.

4. CONCLUSÃO

Resumidamente, pode-se afirmar que a melhoria da qualidade em serviços de saúde somente é atingida caso seja configurada como um objetivo de *todos* os funcionários e se torne *parte integrante da cultura organizacional*. Pelas questões apontadas neste artigo, e principalmente pela importância das interações pessoais na entrega do serviço de saúde, a

implementação de programas de qualidade e a acreditação não se traduzem necessariamente em qualidade dos serviços sob a ótica dos pacientes e familiares.

Por causa da presença do cliente no processo de produção do serviço de saúde, todo sistema deve ser concebido em termos de assegurar tanto a qualidade técnica quanto a percepção da qualidade por parte dos clientes. Compreender esse aspecto dual da qualidade do serviço é uma das chaves para o sucesso. Os gestores devem, portanto, juntamente com a melhoria dos processos e sistemas, focar em seus recursos humanos e ter em mente que os serviços de saúde são prestados por *pessoas para pessoas*.

Referências Bibliográficas

AGUIAR, V.; LIRA, W. A evolução do conceito e processo da qualidade. **Qualit@as Revista Eletrônica**, v.1, n.1, 2002.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment**. Michigan: Health Administration Press, 1980.

_____; The seven pillars of quality. **Archive Pathology Med**, v. 114, p. 1115-1118, 1990.

FORTES, P.A.C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n. 3, p. 30-35, set./dez. 2004.

GRÖNROOS, C. A service quality model and its marketing implications. **European Journal of Marketing**, v. 18, n. 4, p. 36-44, 1984.

HARVEY, J. Service quality: a tutorial. **Journal of Operations Management**, v. 16, n. 5, p. 583-597, 1998.

JAMES, B.C. “Physicians and quality improvement in Hospitals: how do you involve physicians in TQM?”. **Association for Quality & Participation**, 2002, pp.56-63.

MALIK, A.M.; TELES, J.P. “Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo”. **Revista de Administração de Empresas**, Vol. .41, n.3, jul/set 2001, pp.51-59.

MANENTI, D.; CAMARGO, M.; PALOMINO, R. Processo de gerenciamento para a qualidade em serviços turísticos. **Qualit@s Revista Eletrônica**, v.6, n.1, 2007.

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

PORTER, M.; TEISBERG, E.O. Redefining Competition in Health Care. **Harvard Business Review**, p. 65-76, jun. 2004.

SCOTT, G. "Customer satisfaction: six strategies for continuous improvement" **Journal of Healthcare Management**, Vol. 46, n.2, mar./abr 2001, pp.82-85.

SEWELL, N. "Continuous quality improvement in acute health care: creating a holistic and integrated approach". **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol. 10, n.1, 1997, pp.20-26.

SURESHCHANDAR, G.S.; RAJENDRAN, C.; ANANTHARAMAN, R.N. "A holistic model for total quality service". **International Journal of Service Industry Management**, Vol. 12, n.4, 2001, pp.378-412.

TAUBLIB, D. **Controle de qualidade total: da teoria à prática em um grande hospital**. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1998.

URDAN, A.T. "A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente". **Revista de Administração de Empresas**, Vol.41, n.4, out./dez. 2001, pp.44-55

YANG, C.C. The establishment of a TQM system for the health care industry. **The TQM Magazine**, Vol.15, n.2, 2003, pp.93-98.