

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

**“GESTÃO DA QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA PROPOSTA DE
INDICADORES PARA AUMENTAR A SATISFAÇÃO DO PACIENTE/CLIENTE”**

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA À UFPE
PARA OBTENÇÃO DE GRAU DE MESTRE
POR

ADRIANA KARLA BRASILEIRO DE CARVALHO

Orientadora: Prof^a. Denise Dumke de Medeiros, Docteur

RECIFE, OUTUBRO / 2003



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

PARECER DA COMISSÃO EXAMINADORA DE DEFESA DE
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE
ADRIANA KARLA BRASILEIRO DE CARVALHO

“Gestão da Qualidade nos Serviços de Saúde: Uma proposta de
indicadores para aumentar a satisfação do paciente/cliente”

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: GERÊNCIA DA PRODUÇÃO

A comissão examinadora, composta pelos professores abaixo, sob a presidência da primeira, considera a candidata ADRIANA KARLA BRASILEIRO DE CARVALHO aprovada:

Recife, 20 outubro de 2003.

Profª. DENISE DUMKE DE MEDEIROS, Docteur (UFPE)

Prof. DORIVAL DE CARVALHO PINTO, PhD (UFPE)

Prof. REIDSON PEREIRA GOUVINHAS, PhD (UFRN)

À
Deus,
por tudo.

AGRADECIMENTOS

À Deus.

Aos meus pais Cecília e Evilasio Carvalho.

Ao meu marido Fábio Moura.

Ao meu filho Lucas.

A minha orientadora, professora Denise Dumke de Medeiros.

À banca examinadora.

Ao programa de Pós-graduação de Engenharia de Produção da UFPE.

Ao CNPq, pelo apoio prestado.

RESUMO

O presente trabalho de dissertação foi desenvolvido na área de qualidade de serviços, com enfoque no setor saúde, buscando disponibilizar no mercado uma ferramenta da qualidade que auxilie as empresas desse setor na gestão da qualidade dos seus serviços.

A necessidade de disponibilizar esta ferramenta no mercado surgiu com o objetivo de suprir uma carência das empresas do setor saúde em obter a satisfação do seu paciente/cliente, uma vez que, englobados em uma era conhecida como “economia do cliente”, na qual o cliente é quem avalia e determina a qualidade dos produtos/serviços, percebe-se que a qualidade dos serviços médicos ainda está muito aquém das necessidades e expectativas do seu paciente/cliente. Diante dessa realidade, detectou-se, neste trabalho de pesquisa, as necessidades e expectativas do paciente/cliente e, baseadas nelas, foi proposto um modelo de indicadores para aumentar a sua satisfação em relação à assistência médica recebida. A definição desse modelo, com cerca de 26 indicadores da qualidade, foi baseada nos resultados obtidos através de uma pesquisa qualitativa, que apresentou os principais atributos, do ponto de vista do paciente/cliente, determinantes da qualidade dos serviços de saúde. Dessa forma, a partir do modelo de indicadores estabelecido e classificado em função das oito dimensões da qualidade de Garvin (1992) pôde-se realizar um estudo de caso, que possibilitou, através de uma seção de “*benchmark*”, em uma clínica de endocrinologia situada na cidade do Recife/PE, traçar metas de referência que possibilitassem outras empresas do setor analisarem, em um primeiro momento, a qualidade dos serviços prestados aos seus pacientes/clientes. Os resultados alcançados com esse estudo confirmaram o quanto ainda há para melhorar na qualidade dos serviços de saúde. Dessa forma, o modelo de indicadores proposto se apresenta como uma ferramenta capaz de avaliar a satisfação do paciente/cliente, possibilitando que as empresas criem mecanismos que atendam as necessidades e expectativas de seu paciente/cliente.

ABSTRACT

The current work was developed in the area of quality of services with approach in the health sector with the intention of become available in the market, a quality tool that assists the companies in the management of the quality of its services. The need of this tool in the market, appeared with the objective to supply a lack of the companies of the sector of health in getting the satisfaction of its patient, a time that, included in a known age as "the age of the customer", in which the customer is who evaluates and determines the quality of its products and services, we have a strong feeling that the quality of the medical services still is very on this side of the necessities and expectations of its patient. Ahead of this reality, was detected in this work of research, the necessities and expectations of the patient and, based on it, was proposed a model of indicators to increase its satisfaction regarding to the received medical assistance. The definition of this model, with about 26 indicators of quality, was based on the results gotten through a qualitative research that presented the main attributes, from the point of view of the patient, to evaluate the characteristics of a good health service.

So, based on the model of indicators established and classified in function of the eight dimensions of the quality of Garvin (1992) could be carried through a case study that made possible through a section of "benchmark" in a clinic of endocrinology in Recife, to trace reference goals that would make possible other companies of the sector to analyze, at a first moment, the quality of the services given to its patients. The results reached with this study had confirmed how much still it has what to improve in the quality of the health services. Therefore, the current model of pointers would be an useful tool to evaluate the satisfaction of the patient making possible that the companies create mechanisms that take care of to the necessities and expectations of its patient.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	2
1.1 Apresentação do problema de pesquisa.....	2
1.2 Importância do tema	4
1.3 Objetivo geral	5
1.4 Objetivos específicos	6
1.5 Resultados esperados.....	6
1.6 Limitações da dissertação.....	6
1.7 A estrutura da dissertação.....	7
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	10
2.1 A Qualidade	10
2.1.1 Evolução histórica da qualidade	10
2.1.2 Definição e conceito da qualidade.....	13
2.1.3 Abordagens da qualidade.....	14
2.1.4 As dimensões da qualidade.....	15
2.1.5 A percepção da qualidade.....	16
2.1.5.1 Conciliação das visões da qualidade da operação e do consumidor.....	17
2.1.6 Os ambientes da qualidade	20
2.1.7 Os indicadores e a qualidade	22
2.1.7.1 Definição de um indicador.....	26
2.2 Serviços.....	28
2.2.1 Características dos serviços	30
2.2.2 Qualidade nos serviços	31
2.3 Considerações sobre este capítulo	34
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	36
3.1 O setor saúde.....	36
3.1.1 O sistema de inovação no setor saúde	37
3.2 O serviço de saúde	37
3.3 A qualidade nos serviços de saúde	39
3.3.1 Tipos de qualidade no serviço de saúde	41
3.3.2 Classificação da qualidade nos serviços de saúde	42
3.3.3 Razões para se investir na qualidade dos serviços de saúde.....	43
3.4 A gestão da qualidade nos serviços de saúde	44
3.4.1 Certificação no setor saúde.....	46
3.5 O paciente como cliente.....	48
3.5.1 O paciente/cliente e a qualidade nos serviços de saúde.....	49
3.5.1.1 Tipos de pacientes/clientes	50
3.5.1.2 Temperamento dos pacientes/clientes	51
3.5.2 Paciente/cliente: necessidades, expectativas e satisfação.....	52
3.5.3 O paciente/cliente e a escolha do serviço médico	55
3.5.4 A interação médico-paciente: o papel dos hospitais e da profissão médica.....	57
3.6 Indicadores para aumentar a satisfação do paciente/cliente	57
3.7 Considerações sobre este capítulo	59
4. METODOLOGIA	61
4.1 Etapas da pesquisa	61
4.2 Delimitação da pesquisa	64
4.3 Instrumental de pesquisa	65
4.4 O tipo de amostragem.....	65

4.4.1	Universo da pesquisa	66
4.4.2	Tamanho da amostra.....	66
4.5	Metodologia para análise de dados.....	67
4.6	Metodologia para a definição dos indicadores “ <i>on-line</i> ”	68
4.7	Pré-teste	69
4.8	Análise dos dados	69
4.9	Considerações sobre este capítulo	74
5.	RESULTADOS DA PESQUISA	76
5.1	Resultados da pesquisa de campo.....	76
5.2	Indicadores da qualidade	80
5.3	Estudo de caso	90
5.3.1	O mercado da clínica pesquisa	90
5.3.2	A clínica de endocrinologia pesquisada	90
5.4	Resultados do estudo de caso	91
5.5	Considerações sobre este capítulo	96
6.	CONCLUSÕES.....	98
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
	APÊNDICE	

LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1: Lacuna formada na percepção da qualidade	18
Figura 2.2: Tamanho e duração da lacuna na qualidade percebida.....	19
Figura 2.3: O domínio dos consumidores e da operação na determinação da qualidade percebida.....	19
Figura 3.1: Fatores influenciando as expectativas do paciente	54
Figura 4.1: Etapas da pesquisa	63
Figura 5.1: Formulário de indicadores da qualidade	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1: O conceito de qualidade	13
Tabela 2.2: Ciclo de vida dos indicadores de qualidade	23
Tabela 2.3: Principais critérios para a geração de um indicador	26
Tabela 4.1: Especificação do indicador a ser utilizado	61
Tabela 4.2: Exemplo de critério de desempate.....	68
Tabela 4.3: Exemplo de contabilização dos resultados	73
Tabela 5.1: Resultado das entrevistas para determinar os principais características de um serviço de saúde de qualidade	76
Tabela 5.2: Principais atributos, no ponto de vista do paciente/cliente, para a qualidade do serviço de saúde.....	79
Tabela 5.3: Indicadores para aumentar a satisfação do paciente/cliente.....	81
Tabela 5.4: Concentração de clínicas de endocrinologia em Pernambuco	90
Tabela 5.5: Metas para os indicadores definidos	95

CAPÍTULO 1
INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A presente dissertação, desenvolvida na área de qualidade de serviços, com enfoque no setor saúde, tem o objetivo de propor indicadores da qualidade visando aumentar a satisfação do paciente/cliente, auxiliando, assim, na gestão da qualidade dos serviços de saúde.

Para tanto, inicialmente será apresentado um panorama do setor saúde frente ao ambiente no qual ele está inserido, destacando as principais dificuldades detectadas na gestão da qualidade dos serviços deste setor e alguns caminhos a serem tomados para eliminar os problemas identificados.

A partir deste panorama serão traçados quais são os objetivos desta dissertação, destrinchando-os em objetivo geral e objetivos específicos.

Serão, ainda, desenvolvidos, posteriormente, quais os resultados esperados com a finalização deste trabalho de pesquisa, assim como as limitações apresentadas por ele.

Finalmente, após esta estruturação inicial, será mostrado como está constituída esta dissertação, ressaltando qual o enfoque dado a cada capítulo.

1.1 Apresentação do problema de pesquisa

Desde a pré-história, já era possível detectar entre os homens alguma noção do que era qualidade. Esta noção foi evoluindo com o passar do tempo e assumindo diferentes enfoques, retratando a realidade de cada época.

Inicialmente, o conceito da qualidade estava mais associado à arte e à arquitetura, sendo incorporado, posteriormente, pelas pequenas empresas que estavam em desenvolvimento. A partir daí, a qualidade passou a ser medida através de procedimentos de avaliação, os quais faziam uso de técnicas de inspeção.

O desenvolvimento do conceito da qualidade assumiu uma maior abrangência com o término da II Guerra Mundial, que teve, principalmente, o Japão como o grande derrotado. A partir deste cenário, este país procurou reestruturar-se e mudar o estigma de produtor de bens de baixa qualidade, elegendo, por sua vez, a qualidade como objetivo central de todas as suas ações.

Esta postura assumida pelo Japão apresentou importantes conseqüências, como a popularização do conceito da qualidade, uma nova visão voltada para a satisfação do cliente e para a competitividade.

Porém, até meados de 1980, a evolução do conceito da qualidade não teria ultrapassado os limites de uma visão focada apenas em bens tangíveis - produtos que existem fisicamente - não havendo, portanto, uma consciência da qualidade voltada para o setor de serviços - bens intangíveis.

Assim, uma série de conceitos diferentes foi surgindo em volta do que era qualidade. Os diversos enfoques formados tiveram que ser organizados e unificados em uma só linguagem, como foi proposto por Garvin, em 1984, nas cinco abordagens gerais para definir a qualidade, que são: abordagem transcendental, abordagem baseada no usuário, abordagem baseada na produção, abordagem baseada no produto e abordagem baseada no valor.

A partir deste momento, a qualidade pôde ser definida em função do atendimento integral das necessidades do cliente, passando-se então a dispor de uma maior atenção para a qualidade no processo produtivo.

Então, com a abrangência do conceito da qualidade, verifica-se que os mais diversos setores passaram a ser avaliados e aprimorados, como foi o caso do setor saúde - objeto de estudo desta dissertação.

No caso deste setor, torna-se evidente que desde a pré-história a procura pelo atendimento médico sempre foi um produto de comercialização bastante ofertado e, também, demandado, sendo caracterizado por uma grande competência clínica por parte dos seus profissionais.

Porém, o que não é claro de se observar no setor saúde é um desenvolvimento correlato em relação à qualidade dos serviços prestados, no que se diz respeito, por exemplo, a relacionamento humano, ambiente, qualidade da alimentação dos pacientes, privacidade.

Foi a partir da década de 1990, com a adoção de padrões de qualidade, que o setor saúde teve a possibilidade de realizar significativas mudanças em seu sistema de gestão. As empresas passaram a desempenhar esforços não apenas para questões tecnológicas, mas também, para a reavaliação e reformulação dos seus processos, investindo, para tanto, no treinamento dos recursos humanos da empresa.

Assim, passou-se a desempenhar uma maior atenção para a gestão da qualidade no processo, definida sucintamente por Paladini (1995, p.18) como “o direcionamento de todas as ações do processo produtivo para o pleno atendimento do cliente”, o fim principal a que se destina essa gestão.

É justamente visando o cliente, que um número maior de empresas do setor saúde, vem buscando adquirir certificados de garantia da qualidade, como os de Acreditação - um sistema de avaliação periódica, voluntária e reservada para reconhecimento da existência de padrões

previamente definidos na estrutura, processo e resultados da organização – como também, os das normas da série ISO 9000 - um conjunto de normas internacionais que visam padronizar e aprimorar a qualidade das organizações – buscando, dessa forma, adicionar valor à empresa e proporcionar para o seu cliente uma maior confiança nos serviços que lhe são prestados.

Por sua vez, percebe-se, também, que as empresas do setor saúde estão, cada vez mais, utilizando diversos tipos de indicadores, no intuito de avaliar o desempenho dos seus processos e de direcionar os seus esforços, buscando, dessa forma, o alcance da satisfação do cliente.

Assim, vivendo em uma época conhecida como economia do cliente, percebe-se que as empresas do setor saúde dispõem de diversos meios de conhecer e servir o mercado, mas em contrapartida, o que se pode ainda perceber é uma prestação de serviço médico aquém da expectativa do paciente. Isto ocorre, provavelmente, pelo fato destes consumidores estarem apresentando um novo perfil, observado por Mezomo (2001, p.76) como sendo: "mais crítico, mais consciente de seus direitos, mais protegido pela lei (Lei de Defesa do Consumidor, Instituto de Defesa do Consumidor, Procon, etc) e mais cioso do valor do seu dinheiro".

Dessa forma, ciente de que o paciente é um ser específico e que apresenta necessidades diferentes, não podendo, portanto, ser satisfeito com soluções uniformes, torna-se necessário que as empresas do setor saúde procurem adequar o seu estilo de gestão em busca de uma melhoria contínua, responsiva às necessidades e expectativas do mercado, enfocando, sobretudo, o atendimento ao cliente.

Dentro desse contexto, propor indicadores da qualidade que aumentem a satisfação do paciente em relação ao desempenho empresarial, com base nas suas necessidades e expectativas, permitirá que as empresas do setor disponham de uma ferramenta que possibilite a aquisição de novas informações e conhecimentos, tornando-as proativa às mudanças do ambiente e permitindo que elas sejam competitivas e voltadas para a meta Zero Defeito.

1.2 Importância do tema

Baseado no conceito de Juran e Gryna (1991) de que a "Qualidade é adequação ao uso", torna-se necessário que as empresas estejam preparadas para identificar e satisfazer as necessidades dos seus clientes, caso elas tenham como objetivo sobreviver em um mercado competitivo.

Dessa forma, mostra ser de fundamental importância gerir de forma eficiente e eficaz os serviços de saúde para que se obtenha uma prestação de serviço de qualidade, fazendo-se

ainda necessário, para tanto, que as empresas adotem parâmetros para avaliação dos seus serviços.

Uma forma bastante utilizada é o uso de indicadores da qualidade, que devem, segundo Mezomo (2001), ser relacionados à estrutura, aos processos e aos resultados da empresa.

Takashina e Flores (1996) consideram tais indicadores essenciais ao planejamento e controle dos processos das organizações. Mezomo (2001), por sua vez, destaca a importância desses indicadores para a melhoria dos processos produtivos e a maximização dos resultados - já que eles visam medir e melhorar a administração do paciente, do ambiente, das atividades de coordenação e supervisão dos processos e dos resultados.

O que se pode constatar, então, é que: tais indicadores ajudam as empresas do setor saúde a seguir em um rumo minuciosamente estudado, permitindo analisar os seus resultados e aprimorá-los em direção a melhoria contínua.

Dessa forma, estabelecer indicadores da qualidade significa disponibilizar para as mais diversas empresas do setor saúde, respeitando as suas características individuais, uma ferramenta para analisar a qualidade técnica, ambiental e das relações interpessoais de acordo com as expectativas e necessidades do paciente, ou seja, disponibilizar uma ferramenta que auxilie na gestão da qualidade dos serviços de saúde.

Dentro deste contexto, pesquisar sobre como melhor gerir a qualidade dos serviços de saúde, utilizando-se para tanto de indicadores para aumentar a satisfação do paciente, significa criar um sistema de garantia da qualidade no setor saúde, baseado em padrões de qualidade, que possibilitem um desenvolvimento e consolidação de uma rede de recursos de conhecimento, que resultará, enfim, numa melhoria contínua da qualidade aos cuidados de saúde.

Portanto, com a identificação das principais necessidades desse setor e com a disponibilização de indicadores que aumentem a satisfação do paciente nas organizações de saúde, através da mensuração da qualidade dos serviços prestados sob o seu ponto de vista, acredita-se que será possível obter uma melhor gestão da qualidade dos serviços e conseqüentemente, a satisfação do paciente.

1.3 Objetivo geral

O objetivo geral deste trabalho de pesquisa é propor indicadores para aumentar a satisfação do paciente, auxiliando na gestão da qualidade dos serviços de saúde.

1.4 Objetivos específicos

Para auxiliar o alcance do objetivo geral desta dissertação, tem-se como objetivos específicos:

- Realizar uma revisão bibliográfica do Sistema de Gestão da Qualidade, focalizado no setor saúde;
- Analisar os atributos mais relevantes que determinam a qualidade dos serviços de saúde, no ponto de vista do paciente/cliente, que poderão ser levados em consideração ao analisar o Sistema de Gestão da Qualidade do setor saúde;
- Desenvolver indicadores, que possam ser aplicados as mais diversas empresas do setor saúde, apresentando uma atuação global e genérica nas mais diversas dimensões e atributos.

1.5 Resultados esperados

Os resultados esperados por esta dissertação serão atingidos se a metodologia proposta for adequada para o alcance dos objetivos apresentados, ou seja, se a metodologia permitir a definição de indicadores que aumentem a satisfação do paciente.

Dessa forma, espera-se que os indicadores propostos norteiem a gestão da qualidade dos serviços de saúde de modo que os pacientes possam perceber nitidamente a evolução do serviço, desfrutando dos seus benefícios.

Concomitantemente, será esperada, também, uma sensibilização dos empresários do setor para que maiores investimentos sejam feitos para melhor atender as necessidades e expectativas dos seus clientes.

Finalmente, é pretendido que os indicadores propostos neste trabalho agreguem um valor maior para as empresas do setor saúde que os utilizarem, suprimindo eventuais carências que possam existir na gestão da qualidade dos seus serviços.

1.6 Limitações da dissertação

Os indicadores de qualidade desenvolvidos nesta dissertação são destinados as empresas do setor saúde, mais especificamente, as clínicas que prestam serviços de saúde, da rede particular, que atendam na forma de consulta sob hora marcada e que apresentem como público-alvo as classes sociais A, B e C, já que estas classes são numericamente mais representativas nas clínicas a serem pesquisadas e com necessidades e expectativas inerentes.

A necessidade de limitar a abrangência das clínicas de saúde surge diante da constatação de que a gestão das empresas do setor saúde deve ser feita com base nos diferentes tipos de serviços prestados e, conseqüentemente, nas diferentes necessidades e expectativas dos pacientes/clientes.

Esta diversidade de serviços pode ser entendida melhor ao se comparar, por exemplo, as necessidades e expectativas dos pacientes/clientes que procuram os serviços de uma clínica de dermatologia que atenda na forma de consulta sob hora marcada com o de uma clínica de urgência cardiológica.

Dessa forma, os indicadores propostos por esta dissertação objetivam auxiliar na gestão das clínicas que apresentarem as citadas características e que tenham interesse em melhorar a qualidade dos serviços prestados aos seus pacientes/clientes, podendo, ainda, serem adaptados as especificidades existentes em cada uma delas.

1.7 A estrutura da dissertação

A dissertação está estruturada em seis capítulos, que estão a seguir sucintamente apresentados:

Capítulo 1: Introdução – o presente capítulo engloba a apresentação geral das premissas básicas da dissertação, definindo-se o problema da pesquisa, a importância de se pesquisar sobre o tema, os objetivos que se pretende atingir, os resultados esperados e as suas limitações.

Capítulo 2: Fundamentação teórica – apresentação da fundamentação teórica, a base de sustentação para o desenvolvimento de toda a dissertação, embasando conceitualmente a pesquisa que será realizada. Neste capítulo serão apresentados temas relacionados à qualidade, ao serviço e à qualidade no setor de serviços.

Capítulo 3: Revisão bibliográfica – exposição da revisão bibliográfica sobre o tema da pesquisa, proporcionando uma visão atual sobre a gestão da qualidade nos serviços de saúde, apresentando uma ênfase nos indicadores da qualidade deste setor e no seu cliente: o paciente.

Capítulo 4: Metodologia – apresentação da metodologia utilizada para o desenvolvimento da dissertação, ressaltando os tipos de pesquisa que foram exploradas, os instrumentos utilizados para a sua realização, a área da pesquisa, tamanho da amostra e suas delimitações.

Capítulo 5: Resultados da pesquisa – apresentação da análise, interpretação e tabulação dos dados coletados, como também, dos resultados da dissertação, propondo os indicadores da qualidade para aumentar a satisfação do paciente/cliente. Neste capítulo também serão

apresentados os resultados do estudo de caso realizado, o qual estabelece metas para os indicadores definidos.

Capítulo 6: Conclusões – neste capítulo são apresentadas as conclusões gerais da dissertação, verificando se os objetivos definidos foram devidamente alcançados. São apresentadas, também, as recomendações para outros futuros trabalhos.

CAPÍTULO 2
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A seguir será apresentada a fundamentação teórica referente ao tema da presente dissertação, visando embasá-la conceitualmente, possibilitando, dessa forma, analisar os princípios básicos para gerir a qualidade, mais especificamente dos serviços de saúde.

2.1 A Qualidade

Antes de definir o que é qualidade, aparenta ser mais adequado, inicialmente, entender como ocorreu a sua evolução histórica. A partir daí, torna-se mais fácil à compreensão das diversas definições que surgiram em torno da qualidade e de outros assuntos a ela relacionada.

2.1.1 Evolução histórica da qualidade

Reportar-se à evolução histórica da qualidade aparenta ser um fator essencial para melhor conceber os diversos estágios de desenvolvimento da qualidade em busca de melhores produtos, processos e serviços.

Ao analisar o conceito da qualidade, verifica-se que ele descende de milênios e, com o passar do tempo, foi assumindo enfoques diferentes, resultando em uma dinamicidade significativa do conceito. A partir desta análise, é possível perceber que mudaram as práticas, as responsabilidades, os conceitos e as prioridades em termos da qualidade.

Paladini (1995, p.32) ressalta que a "preocupação com a qualidade remonta a épocas antigas, embora não houvesse, neste período, uma noção muito clara do que fosse qualidade". Outros autores, também concordam com essa mesma linha de pensamento, como Juran (1990, p. 2), ao declarar que "as necessidades humanas pela qualidade existem desde o crepúsculo da história".

Segundo Paladini (1995) a evolução da qualidade pode ser dividida em seis períodos, os quais estão listados a seguir:

1) **Antiguidade:** Neste primeiro período, a percepção do conceito da qualidade era caracterizada pela alta qualidade e pela adoção de padrões para artes em geral, além de uma arquitetura de extrema precisão.

2) **Idade Média:** o segundo período da evolução da qualidade foi marcado pelo aparecimento dos primeiros operadores de Controle da Qualidade, surgidos com o crescimento de pequenas empresas e da diversificação de suas linhas de produção. Dessa forma, são definidos neste período, padrões rudimentares da qualidade para bens e serviços e

níveis básicos de desempenho da mão-de-obra, tendo sido determinadas as condições gerais para o trabalho humano.

3) **Décadas de 1900 a 1930:** Terceiro período - os primeiros 30 anos do século XX, principalmente a década de 1920, podem ser caracterizados como o período em que toda a ênfase do Controle da Qualidade esteve voltada para os procedimentos da avaliação da qualidade de produtos e serviços com a estruturação de técnicas de inspeção.

4) **Décadas de 1930 a 1940:** Neste quarto período, foi observado o desenvolvimento, de forma consistente, das aplicações estatísticas nos processos produtivos, com um princípio de popularização de conceitos, como os gráficos de controle e a aceitação por amostragem. Percebe-se, ainda, que foi na primeira década deste período que surge uma preocupação com os recursos humanos da empresa em termos de seu empenho e dedicação ao trabalho, estruturando-se processos motivacionais ainda hoje em uso. Na década seguinte, verifica-se o nascimento do Controle Estatístico da Qualidade, que veio formalizar as técnicas desenvolvidas em anos anteriores.

5) **Década de 1950:** Este quinto período foi caracterizado pelo desenvolvimento de técnicas e teorias da qualidade, no período pós-guerra, através da disseminação das tabelas, as quais tinham a responsabilidade de formular os planos de amostragem para a avaliação da qualidade por atributos e variáveis, além de planos de amostragem para a produção contínua. Foi, ainda, neste período, que se destaca a evolução do conceito da qualidade originada no Japão, permitindo uma enorme popularização dos métodos e da essência conceitual do controle da qualidade.

Até a década de 1960, toda evolução técnica observada no âmbito da qualidade, todas as orientações a esse respeito, permaneceram majoritariamente numa posição defensiva em relação aos defeitos.

6) **Década de 1960 a 1980:** O sexto período sobressaltou-se pela extensão do conceito básico da qualidade para novas e abrangentes ampliações, decorrente do nascimento do conceito de Controle da Qualidade Total, da estruturação dos Programas Zero Defeito e do aparecimento dos Círculos da Qualidade.

Outros autores também propuseram divisões para a evolução da qualidade, porém, com enfoques diferentes, como pode ser observado a seguir no modelo proposto por Feigenbaum (1994).

1º etapa - Controle da Qualidade pelo operador (1900): Nesta etapa, um trabalhador ou um grupo pequeno era responsável pela fabricação do produto por inteiro, permitindo que cada um controlasse a qualidade de seu serviço.

2º etapa - Controle da Qualidade pelo supervisor (1918): Aqui o supervisor assumia a responsabilidade da qualidade referente ao trabalho da equipe, dirigindo as ações e executando as tarefas onde fosse necessário e conveniente.

3º etapa - Controle da Qualidade por inspeção (1937): Nesta etapa, a finalidade de verificar se os materiais, peças, componentes, ferramentas e outros estavam de acordo com os padrões estabelecidos. Deste modo, seu objetivo era detectar os problemas nas organizações.

4º etapa - Controle Estatístico da Qualidade (1960): Feigenbaum destaca o reconhecimento da variabilidade na indústria em relação, por exemplo, a matéria-prima, operários e equipamentos destacando que a questão não era apenas distinguir a variação, mas como separar as variações aceitáveis daquelas que indicassem problemas. Desse modo, surgiu o Controle Estatístico da Qualidade, no sentido de prevenir e atacar os problemas.

É importante salientar, ainda, que foi nesta etapa, a época em que foram desenvolvidas as sete ferramentas básicas da qualidade na utilização da produção.

5º etapa - Controle da Qualidade (1980): Nesta etapa a qualidade deixa de ser um método restrito para um mais amplo, o gerenciamento. Mas ainda continua com o objetivo principal de prevenir e atacar os problemas, apesar de os instrumentos se expandirem além da Estatística, tais como: Quantificação dos Custos da Qualidade, Controle da Qualidade, Engenharia da Confiabilidade e Zero Defeito.

Dentre os diversos destaques dados para a evolução da qualidade, verifica-se, ainda, que esse período foi contemplado com importantes obras de autores como: William E. Deming, Joseph M. Juran, Armand V. Feigenbaum, Philip B. Crosby, Kaoru Ishikawa, Genichi Taguchi e David A. Garvin, cujas contribuições aparecem em praticamente todos os países que desenvolvem atividades de produção de bens e serviços.

Porém, o que é possível ser constatado é que, até então, não há um movimento específico voltado para a qualidade dos serviços, preservando-se, ainda, um pensamento gerencial industrial. Por sua vez, já se pode perceber nesta época, a existência de uma preocupação, por parte da empresa, voltada para o consumidor.

Mais recentemente, nota-se que além da preocupação por parte das empresas com a qualidade, verifica-se, também, um interesse por parte do consumidor, resultando numa maior abrangência do conceito da qualidade, representando, assim, as tendências para a qual a qualidade está se direcionando.

2.1.2 Definição e conceito da qualidade

A qualidade representa, nos dias atuais, um conceito de grande importância para as organizações. Mas, o que se pode perceber é que embora a palavra "qualidade" torne-se cada vez mais utilizada, ela ainda não é integralmente entendida diante de toda as suas dimensões e abrangência.

A extrema diversidade de interpretação da definição da qualidade, a generalidade a qual ela é utilizada, possibilita englobar sinônimos que vão desde o luxo e o mérito até a excelência e o valor.

Assim, toda esta abrangência resulta em conclusões equivocadas ou, pelo menos, numa imprecisão conceitual em torno da qualidade, que pode ser altamente maléfica para o processo de gestão das empresas.

Portanto, torna-se essencial um melhor entendimento do termo para que a qualidade possa assumir um papel estratégico. Diversos autores procuram definir a qualidade seguindo os seguintes critérios:

- Simplicidade: no intuito de ela ser assimilada por todos os níveis da organização;
- Precisão: para não gerar interpretações duvidosas;
- Abrangência: para mostrar sua importância em todas as suas atividades produtivas.

Devido à dinamicidade do conceito qualidade, percebida ao longo de sua evolução, como já foi abordado anteriormente, alguns autores, conceituam a qualidade conforme a visão percebida por cada um deles, como pode ser observado na tabela 2.1 a seguir.

Tabela 2.1: O conceito de qualidade

Fonte: Shiozawa (1993, p.58).

Ano	Autor	Definição
1950	Deming	Máxima utilidade para o consumidor
1951	Feigenbaum	Perfeita satisfação do usuário
1954	Juran	Satisfação das aspirações do usuário
1961	Juran	Maximização das aspirações do usuário
1964	Juran	Adequação ao uso
1979	Crosby	Conformidade com os requisitos do cliente.

Vale salientar, que outros autores clássicos, também contribuíram para o desenvolvimento do conceito de qualidade e, portanto, poderiam estar presentes neste quadro.

Para fins desta dissertação, será adotado o conceito de qualidade de Juran & Gryna (1991) qualidade é adequação ao uso, ou seja, qualidade é a satisfação do cliente, por considerar que o enfoque dado à qualidade por estes autores, se adequa melhor tanto a atual situação do mercado, como também, ao problema de pesquisa desta dissertação.

2.1.3 Abordagens da Qualidade

As diferentes visões por parte dos autores em relação à qualidade resultaram em uma multiplicidade de conceitos, que precisavam ser organizados e até mesmo unificados em conjuntos específicos.

Foi a partir deste contexto que Garvin (1992) desenvolveu um estudo, no qual ele observava as modificações simultâneas que a qualidade sofre. Dessa forma, em função da sua organização e abrangência, o autor sistematizou os conceitos de qualidade em cinco abordagens, que podem ser observadas a seguir:

1) **Abordagem Transcendental:** A qualidade é sinônimo de excelência inata. A qualidade dificilmente pode ser definida com precisão, ela é uma característica que torna o produto aceitável, não pela análise feita, mas pela prática e, muitas vezes, pela experiência. Assim, pode-se dizer que a qualidade é apenas observável pela sua estética, mas não pode ser definida. Esta abordagem tem muito a ver com a beleza, o gosto e o estilo do produto.

2) **Abordagem baseada no produto:** Esta abordagem vê a qualidade como uma variável precisa e mensurável. A diferença da qualidade está na diversidade de algumas características dos elementos ou de acordo com a quantidade de atributos de um produto. São características adicionais que agregam valor ao produto.

3) **Abordagem baseada no usuário:** O enfoque dessa abordagem é o usuário. Procura-se desenvolver um produto que atenda às necessidades dos consumidores. Produtos de alta qualidade são os que satisfazem melhor às necessidades da maioria dos consumidores. Trata-se das funções básicas do produto.

4) **Abordagem baseada na produção:** Esta abordagem concentra-se no lado da oferta da equação, e se interessa, basicamente, pelas práticas relacionadas com a engenharia e a produção. A idéia é que, para produzir um produto que atenda plenamente às suas especificações, qualquer desvio implica numa queda de qualidade. As melhorias da qualidade levam a menores custos, pois evitam defeitos, tornando mais baratos os produtos, uma vez que para corrigi-los ou refazer o trabalho aumentam-se os custos.

Então, todo produto deve atender às especificações estabelecidas pela empresa, pois qualquer desvio desclassifica o produto resultando numa queda da qualidade.

5) **Abordagem baseada no valor:** Esta abordagem agrega qualidade em termos de custo e preço. Enfatiza a necessidade de um alto grau de conformação a um custo aceitável, para que o produto possa ser de qualidade. Um produto é de qualidade quando ele oferece um desempenho ou conformidade a um preço que seja aceitável pelo consumidor. As organizações procuram produzir os produtos com qualidade, mas com um custo baixo para ter uma aceitação no mercado e com um baixo preço para obter lucro.

Esse trabalho desenvolvido por Garvin revela que confiar em uma única definição da qualidade pode ser problemático. Paralelamente, evidencia-se que quase todas as definições de qualidade se enquadram em uma das cinco abordagens e, talvez por isso, seu trabalho tenha sido considerado definitivo no assunto.

Outro aspecto desta sistematização, proposta pelo autor, refere-se ao reconhecimento de que esses conceitos podem coexistir em um mesmo ambiente, servindo de estímulo para a melhoria de comunicação entre fornecedores, clientes e áreas distintas da organização. Conflitos tradicionais entre as áreas de projeto (ênfase baseado no produto), produção (ênfase baseado na fabricação), marketing (ênfase baseado no usuário) e vendas (ênfase baseado no valor) podem ser conduzidos a um consenso desde que se tenha essa visão multifacetada da qualidade.

2.1.4 As dimensões da qualidade

Garvin (1992) identifica ainda oito dimensões ou categorias da qualidade. Estas dimensões da qualidade podem aparecer inter-relacionadas, assim, a melhoria de uma pode resultar na melhoria de uma outra. Esta inter-relação pode representar a importância dessas dimensões para a gestão estratégica da qualidade. As oito dimensões da qualidade classificadas por Garvin são:

1) **Desempenho:** Refere-se às características operacionais básicas de um produto/serviço. São as características finais que o cliente deseja para o consumo.

2) **Características:** São os adicionais, aqueles itens secundários que suplementam o funcionamento básico do produto/serviço.

Em alguns casos é difícil separar as “características” do “desempenho”, pois as duas dimensões baseiam-se no funcionamento básico do produto/serviço.

3) **Confiabilidade:** Reflete a probabilidade de um mau funcionamento de um produto ou falha em um determinado período. Envolve o conserto e a manutenção do produto. O defeito deve ser corrigido com facilidade e o tempo de manutenção deve ser o menor possível.

4) **Conformidade:** O grau em que o projeto e as características operacionais do produto estão coerentes com os padrões preestabelecidos. Nesta fase se chega ao campo da

industrialização e produção. Está associada às técnicas de controle do processo, verificação dos itens de controle e limites de especificações. Nesta visão um defeito se tornará um problema.

5) **Durabilidade**: Uso proporcionado por um produto até ele se deteriorar fisicamente, ou seja, o ciclo de vida útil do produto. Em certos produtos fica difícil interpretar a durabilidade quando é possível fazer reparos ou quando têm uma vida útil grande. Neste caso, a durabilidade passa a ser o uso que se consegue de um produto antes de ele se quebrar e que possa, de preferência, ser substituído por outro, ao invés de se realizar constantes reparos.

6) **Atendimento**: Diz respeito à rapidez, cortesia, competência e facilidade de reparo. Os consumidores hoje não estão preocupados somente se o produto tem qualidade, mas também, com a pontualidade da entrega e com um bom relacionamento com o pessoal de atendimento. Nesta dimensão, é levado em consideração como o pessoal de atendimento reage às reclamações dos consumidores e às formas de tratamento da empresa devido a este fato.

7) **Estética**: Uma dimensão subjetiva. Relaciona-se, por exemplo, com a aparência do produto, o que se sente com ele, qual seu som, sabor, cheiro, etc. É sem dúvida um julgamento pessoal e reflexo das preferências individuais.

8) **Qualidade Percebida**: Uma dimensão subjetiva, resultado da falta de informações completas sobre um produto ou os atributos de serviço que, por sua vez, levam os consumidores a fazerem comparações entre marcas e, a partir daí, inferir sobre a qualidade. A reputação é um dos principais fatores que contribuem para a qualidade percebida.

Estas oito dimensões, quando juntas, envolvem vários conceitos da qualidade. A variedade destes conceitos explica a diferença entre cada abordagem, sendo que cada uma concentra-se numa diferente dimensão da qualidade, como pode ser observado a seguir:

- Abordagem baseada no produto reúne-se com desempenho, característica e durabilidade.
- Abordagem baseada no usuário reúne-se com estética, atendimento e qualidade percebida.
- Abordagem baseada na produção reúne-se com conformidade e confiabilidade.

A partir daí, pode-se concluir novamente que, ao definir qualidade, cada autor adota um ponto de vista diferente, sendo, ainda, inevitáveis os conflitos entre as diversas abordagens.

2.1.5 A percepção da qualidade

Como foi visto a qualidade apresenta diferentes visões. Procurando conciliar, por exemplo, a qualidade na visão do produtor e do operador, pode-se entender qualidade

segundo Slack (1997, p. 552), como “uma consistente conformidade com as expectativas dos consumidores”.

O autor destaca que o uso da palavra **conformidade** indica que há necessidade de atender a uma especificação clara (abordagem baseada na produção). Sendo assim, garantir que um produto ou serviço esteja conforme as especificações é uma tarefa chave da produção.

Já a palavra **consistente** implica que a conformidade às especificações não seja um evento “*ad hoc*” - feito ao acaso, mas que materiais, instalações e processos tenham sido projetados e então controlados para garantir que o produto/serviço atenda às especificações, usando um conjunto de características de produto/serviço mensuráveis (abordagem baseada no produto).

O autor continua destacando que o uso da expressão **expectativas dos consumidores** tenta combinar as abordagens baseadas no usuário e no valor. Reconhece que um produto/serviço precisa atingir as expectativas dos consumidores, que podem, de fato, ser influenciadas por preço.

Slack (1997) ainda frisa que o uso da palavra **expectativa** nessa definição, ao invés das palavras **necessidades** ou **exigências**, torna-se mais importante, pois **exigência** implicaria em qualquer coisa que o consumidor desejasse e que deveria ser proporcionado pela organização, já **necessidade** implicaria somente atingir os requisitos básicos.

O problema de basear a definição de qualidade nas expectativas do consumidor é que elas podem variar a cada um desses consumidores. Experiências passadas, conhecimento individual e histórico vão dar forma as suas expectativas. Além disso, os consumidores, ao receberem o produto/serviço, podem, cada um deles, ter uma percepção diferente.

É importante salientar ainda que a qualidade precisa ser entendida do ponto de vista do consumidor porque, para ele, a qualidade de um produto ou serviço em particular é aquilo que ele percebe como sendo qualidade. Dessa forma, a qualidade está nos olhos do observador e toda percepção de qualidade do consumidor é importante.

Além disso, em algumas situações os consumidores podem ser incapazes de julgar as especificações racionais técnicas do serviço/produto. Eles podem então usar medidas substitutivas como base para percepções de qualidade.

2.1.5.1 Conciliação das visões da qualidade da operação e do consumidor

Todas as organizações enfrentam atualmente uma dura concorrência, tendo que trabalhar com uma filosofia voltada principalmente para o cliente. Para conquistá-los e superar a concorrência, as empresas precisam identificar e satisfazer as suas necessidades.

A satisfação do cliente depende de como o produto/serviço irá se desempenhar em relação a sua expectativa. Assim, segundo Kotler & Armstrong (1998), a satisfação pode ser de três tipos diferentes de acordo com o desempenho do produto/serviço, dessa forma:

- Se o desempenho ficar abaixo da expectativa do cliente, ele ficará insatisfeito;
- Se o desempenho corresponder a sua expectativa, ele ficará satisfeito;
- Se o desempenho superar a sua expectativa, ele ficará altamente satisfeito ou encantado.

As expectativas baseiam-se em experiências de compras passadas dos clientes, na opinião de amigos, parceiros e, também, nas informações e promessas dos profissionais de marketing.

As empresas devem rastrear as expectativas do cliente, investigando como o seu próprio desempenho é percebido, monitorando-o sempre. Assim, para as empresas com foco no cliente, a sua satisfação é ao mesmo tempo um objetivo e um fator dominante do seu sucesso, concluindo que clientes satisfeitos trazem diversos benefícios (Kotler & Armstrong, 1998).

A visão de qualidade da operação preocupa-se em tentar atingir as expectativas dos consumidores. Já a visão de qualidade do consumidor é o que ele percebe ser o produto/serviço. Para criar uma visão unificada, a qualidade pode ser definida como o grau de adequação entre as expectativas dos consumidores e a percepção deles do produto/serviço.

Esta idéia permite olhar a visão de qualidade do consumidor, conseqüentemente a sua satisfação pelo produto/serviço como resultado da comparação de suas expectativas sobre este produto/serviço com suas percepções de como ele desempenha.

Esta análise pode ser observada melhor através da figura 2.1 exposta logo a seguir:

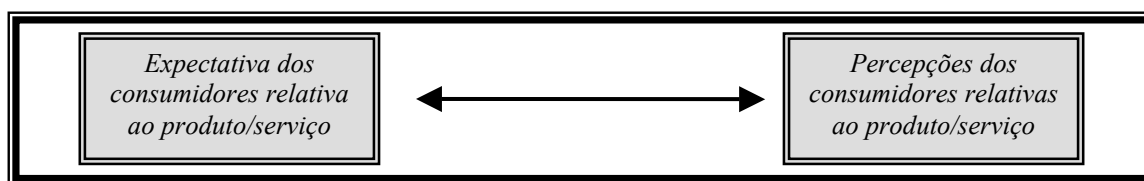


Figura 2.1: Lacuna formada na percepção da qualidade

Fonte: Slack (1997, p. 553)

Se a experiência com o produto/serviço foi melhor do que a esperada, então o consumidor está satisfeito e a qualidade é percebida como sendo alta. Mas, se o produto/serviço esteve abaixo das expectativas do consumidor, então, a qualidade é baixa e o consumidor está insatisfeito. Mas, caso o produto/serviço corresponde às expectativas, a qualidade do produto/serviço é percebida como aceitável.

Esta relação também pode ser observada na figura 2.2. a seguir, possibilitando uma melhor visualização.

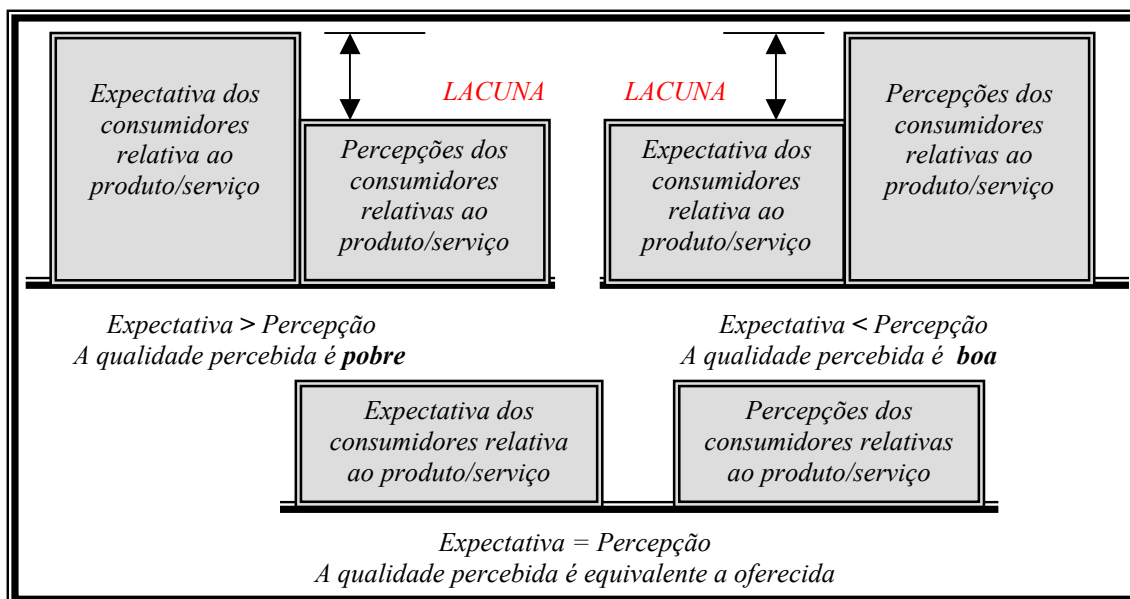


Figura 2.2: Tamanho e duração da lacuna na qualidade percebida.

Fonte: Adaptado de Slack (1997, p. 553).

Tanto as expectativas como as percepções dos consumidores são influenciadas por fatores, alguns dos quais não podem ser controlados pela operação e alguns dos quais, em alguma medida, podem ser gerenciados. A figura 2.3 mostra alguns dos fatores que influenciarão a lacuna entre expectativas e percepções. Este modelo de qualidade percebida pelo consumidor pode ajudar a entender como as operações podem gerenciar a qualidade, além de identificar alguns dos problemas decorrentes desta ação.

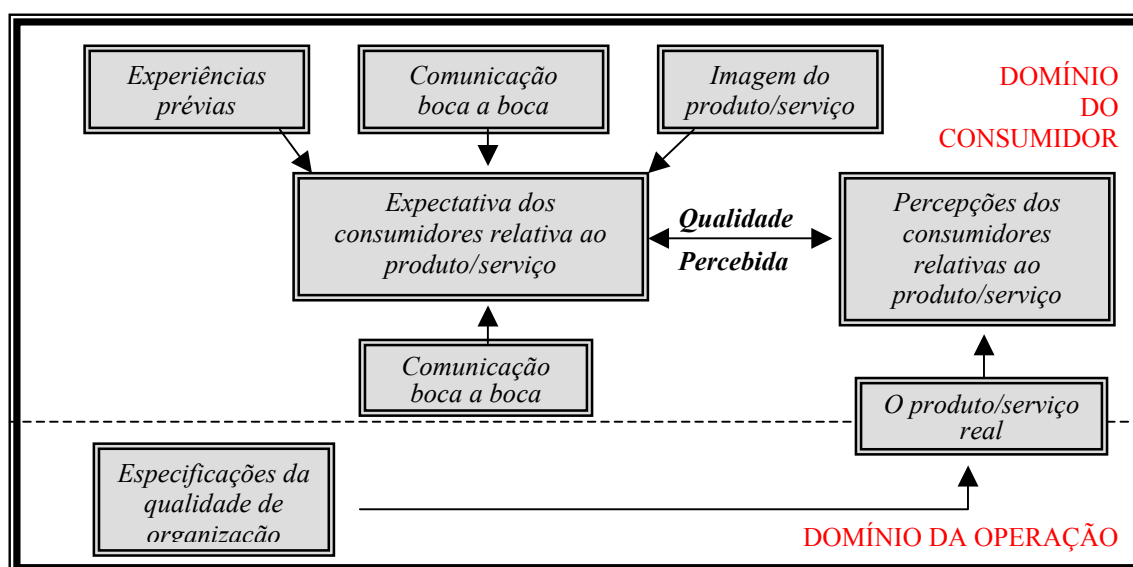


Figura 2.3: O domínio dos consumidores e da operação na determinação da qualidade percebida.

Fonte: Adaptado de Parasuraman, et al (1985) apud Slack, et al (1996, p. 554)

A parte inferior do diagrama representa o domínio de qualidade da operação e a parte superior, o domínio do consumidor. Esses dois domínios encontram-se no produto/serviço real, que é proporcionado pela organização e experimentado pelo consumidor.

Dentro do domínio da operação, o gerenciamento é responsável por projetar o produto/serviço e proporcionar as especificações de qualidade como ele deve ser criado. Já dentro do domínio do consumidor, suas expectativas são conformadas por fatores como experiência prévia com o produto/serviço em particular, imagem de marketing proporcionada pela organização e informação boca a boca de outros usuários. Estas expectativas são internalizadas como um conjunto de características da qualidade.

2.1.6 Os ambientes da qualidade

Ao investigar o processo produtivo de uma organização, quer seja dentro da linha de produção, nas atividades de apoio, ou na sua relação com o mercado consumidor, verifica-se a existência de diferentes ambientes da qualidade, fundamentados em três conceitos: modelo “*in-line*”, modelo “*on-line*” e o modelo “*off-line*”. (Paladini, 2000).

Estes três conceitos representam três momentos diferentes na busca pela qualidade, definindo-se, assim, uma estrutura conceitual para a organização baseada em ambientes, buscando determinar na prática a ênfase que devem possuir as atividades de diversos setores da organização.

A seguir serão listados os três ambientes da qualidade sob a ótica de Paladini (2000), ressaltando as particularidades inerentes a cada um deles:

a) Modelo “*in-line*”

Considerado o modelo mais elementar de produção da qualidade. Neste modelo há uma ênfase para a melhoria no processo produtivo, por intermédio da qualidade de conformação.

A idéia inicial da qualidade é a ausência de defeitos, devendo-se, portanto, priorizar fundamentalmente as ações para a correção e prevenção de defeitos. Em um segundo momento, sua preocupação é a capacidade de produção, enfatizando-se as estratégias de operação da empresa, os métodos de trabalho, os equipamentos e materiais utilizados.

O modelo “*in-line*” pode ser caracterizado como um conjunto bem definido de elementos básicos voltados para o processo de fabricação. Dessa forma, o modelo mostra estar centrado no processo produtivo e suas metas associadas à produtividade, minimização de perdas e desperdícios, melhor alocação de recursos tangíveis e intangíveis.

Porém, duas restrições podem ser atribuídas a este modelo: a primeira delas surge por ele não considerar as necessidades e conveniências do cliente, nem as estratégias de mercado;

já a segunda restrição está relacionada à não inclusão de algumas atividades em detrimento de outras mais fortes, de maior competência, podendo assim causar um desequilíbrio maléfico para a empresa.

b) Modelo “on-line”

No modelo “on-line” há um esforço em oferecer para o cliente um produto adequado as suas necessidades. Ele procura viabilizar, na prática, a ênfase dada ao cliente no conceito de qualidade.

Assim, este modelo pode ser definido como o esforço desempenhado pela empresa para captar rapidamente possíveis alterações em preferências, hábitos ou comportamentos de consumo, repassando-as ao processo produtivo, que deverá adaptar-se a nova realidade do mercado o mais breve possível.

Para tanto, o modelo de qualidade “on-line” exige que a empresa disponha tanto de um processo produtivo flexível, para que possa constantemente viabilizar as alterações necessárias para adequação do produto ao mercado, quanto de um sistema de informação permanentemente em funcionamento, para que possa captar as informações deste mercado.

Dessa forma, o modelo “on-line” necessita estar sempre melhorando o seu processo produtivo, pois a flexibilidade do processo está relacionada com a capacidade de conformação do sistema produtivo face às alterações do projeto determinadas pelo mercado, sendo, portanto, fundamental a qualidade de conformação também neste modelo.

c) Modelo “off-line”

O modelo “off-line” pode ser definido como o modelo em que a qualidade é gerada pelas áreas não diretamente ligadas ao processo de fabricação, mas relevantes para adequar o produto ao uso que dele se espera desenvolver.

O modelo “off-line” pode ser relacionado ao conceito de Qualidade Total, na medida que não se pode produzir a qualidade sem que todos estejam envolvidos. As atividades/funções que podem ser associadas a este ambiente são, por exemplo, a aquisição de matéria-prima, vendas, marketing, projeto e pessoal.

O que pode ser percebido, ao analisar os três modelos do ambiente da qualidade, é que nos modelos “in-line” e “on-line” há uma atuação direta sobre o processo produtivo, distinguindo, por sua vez, do modelo de qualidade “off-line”, que considera um novo elemento no esforço de produção da qualidade: a ação do pessoal que dará apenas suporte ao processo produtivo.

Os diferentes enfoques apresentados pelos modelos permitem visualizar a importância das empresas trabalharem com base na junção dos conceitos apresentados por cada um deles.

A adoção de apenas um dos modelos poderia restringir a capacidade de produção da empresa, pois caso se adotasse só o modelo “*in-line*”, poderia se ter projetos que não atendessem as necessidades dos clientes; caso fosse o modelo “*on-line*”, poderia se ter uma produção inviável, seja pelo custo final associado, seja pela impossibilidade de projetar o especificado pelo cliente; e finalmente, não poderia se adotar apenas o modelo “*off-line*”, já que ele necessita de um sistema de produção para lhe dá suporte.

Assim, dependendo na natureza da empresa, a junção desses três modelos pode ser feita apresentando enfoques diferentes, que deverão variar de acordo com missão e os objetivos empresariais.

2.1.7 Os Indicadores e a qualidade

Indicadores podem ser entendidos, segundo Takashina & Flores (1996. p.19), “como formas de representação quantificáveis das características de produtos e processos”. Eles podem ser utilizados pela organização para controle e aperfeiçoamento da qualidade e do desempenho dos produtos e processos ao longo do tempo.

Takashina & Flores (1996) ressalta que os indicadores são essenciais tanto para o planejamento, por possibilitar o estabelecimento de metas quantificadas e o seu estabelecimento na organização, quanto para o controle dos processos das organizações, por possibilitar que os resultados apresentados pelos indicadores sejam fundamentais para a análise crítica do desempenho da organização, para as tomadas de decisões e para o replanejamento.

Sendo assim, quatro fins principais podem ser atrelados aos indicadores, como os listados a seguir (Takashina, 1996):

1. Indicadores transmitem as necessidades e expectativas dos clientes para as organizações;
2. Indicadores viabilizam o desdobramento das metas do negócio;
3. Indicadores dão suporte à análise crítica dos resultados do negócio, às tomadas de decisão e ao replanejamento;
4. Indicadores contribuem para a melhoria dos processos e produtos da organização.

Porém, Trzesniak (1998) destaca que os indicadores precisam ser bem construídos, pois, caso contrário, muitas más decisões podem ser tomadas. É por isso que disponibilizar indicadores mostra ser uma tarefa de enorme responsabilidade.

Dessa forma, para estabelecer indicadores torna-se necessário ser analisado, previamente, o serviço onde estes indicadores serão utilizados.

Assim, segundo Tener e De Toro (apud Paladini, 1994), o modelo para avaliação do serviço deve ser implantado de acordo com cinco atividades básicas:

1. Definição do processo de serviço a ser avaliado;
2. Seleção dos consumidores do serviço (consumidores finais, comunidade), que são afetados pelo processo de serviços. Neste momento, um documento identifica os destinatários da avaliação;
3. Identificação das características de desempenho requeridas para o serviço, conforme as exigências do consumidor;
4. Tradução de cada característica fixada pelos consumidores em indicadores correspondente ao serviço, podendo-se analisar o grau de atendimento às expectativas dos consumidores;
5. Apresentação das medidas internas de desempenho do serviço quando confrontado com os indicadores, após ter sido formalizada as melhorias no serviço.

Trzesniak (1998) frisa, ainda, que os indicadores necessitam sempre estarem sendo revistos, questionados e discutidos, divulgando, de forma clara e sem ambigüidades, tanto a informação que eles contêm como a informação que eles não contêm, no que diz respeito ao processo que eles estão associados, fazendo com que os indicadores não percam a capacidade de retratar a realidade da qualidade organizacional.

Sendo assim, verifica-se que os indicadores apresentam um ciclo de vida, que pode ser mais bem observado através da tabela 2.2 a seguir:

Tabela 2.2: Ciclo de vida dos indicadores de qualidade

Fonte: Gil (1993, p. 41).

Desenvolvimento e Implantação			Utilização	
Levantamento e Inventário	Criação e Eleição	Preparação e Institucionalização	Acompanhamento e Avaliação	Substituição ou Abandono

O levantamento e o inventário são realizados através, por exemplo, de entrevistas, análise de fluxos de trabalho e estudos de documentos. Eles são identificados e caracterizados em termos de recursos empresariais a serem utilizados.

Já a criação e a eleição podem ser feitas, por exemplo, através de caracterização de fórmula de obtenção, origem e mecânica de coleta de dados, além de priorização por via de processo de votação.

Por sua vez, a preparação e a institucionalização ocorrem através da montagem do manual da qualidade organizacional, sendo incorporado por funcionários e usuários.

O acompanhamento e avaliação correspondem à verificação da representatividade do indicador, em face da área e linha de negócio em que atua/mensura.

E, finalmente, a substituição e o abandono ocorrem em função de mudanças organizacionais, que implicam na descontinuidade do indicador ou na falta de representatividade, seguidas da conseqüente obsolescência do mesmo.

Alguns aspectos em relação aos indicadores ainda são importantes ser destacados, como pode ser observado a partir de algumas considerações feitas por Takashina & Flores (1996) logo a seguir:

- Os indicadores estão intimamente ligados ao conceito da qualidade centrada no cliente;
- Indicadores possibilitam o desdobramento das metas de negócio, na estrutura organizacional, fazendo com que as melhorias obtidas em cada unidade contribuam para os propósitos organizacionais;
- Os indicadores devem sempre manter uma reação com a área de negócios, cujo desempenho causam um maior impacto no sucesso da organização;
- Indicadores viabilizam a busca da melhoria contínua da qualidade tanto dos produtos como dos serviços, assim como, da produtividade da organização, aumentando a satisfação dos seus clientes, sua competitividade e, conseqüentemente, sua participação no mercado.

Os indicadores podem ser classificados, segundo Paladini (2002) como indicadores de desempenho, indicadores de suporte e indicadores da qualidade propriamente ditos, que serão, por sua vez, explorados a seguir.

Os **indicadores de desempenho**, também conhecidos como indicadores da produtividade, avaliam a qualidade com base no processo produtivo, estando, portanto, relacionados ao ambiente “*in-line*” da qualidade. Eles estão associados às características do produto e do processo desdobradas pelo processador, a partir das características da qualidade.

Estes indicadores podem atuar tanto nas ações de operações básica de fabricação e de produção de bens como de serviços, procurando otimizar as operações individualmente e o gerenciamento integrado delas.

Os indicadores de desempenho apresentam características básicas bem definidas como:

- Ênfase no processo produtivo;
- Maior envolvimento com procedimentos de gestão tática e operacional;
- Direcionamento às características potenciais da empresa;

- Destaque para os pontos fracos da empresa;
- Avaliação do desempenho de todo o processo;
- Meta básica a eficiência da organização.

Já os **indicadores de suporte**, também conhecidos como indicadores das ações de apoio, são indicadores abrangentes, na medida que eles se referem à organização como um todo. Tais indicadores estão relacionados com o ambiente “*off-line*” da qualidade.

Os indicadores de suporte apresentam as seguintes características básicas:

- Ênfase ao suporte ao processo produtivo;
- Envolvimento preferencial aos procedimentos de gestão tática e operacional;
- Agilidade no suporte das novas ações requeridas e na integração de elementos de diferentes áreas e de diferentes funções;
- Destaque nas deficiências da empresa, na ação de conjunta de operações e de agentes de produção ou, ainda, no suporte ao funcionamento dessas operações e agentes;
- Avaliação do desempenho das ações de suporte ao processo produtivo e às demais ações fundamentais da empresa;
- Meta básica a capacidade de medir o suporte e o apoio aos modelos de eficiência e eficácia das ações gerais da organização.

Por fim, os **indicadores da qualidade propriamente ditos**, ou ainda, indicadores da sobrevivência, estão associados às características da qualidade do produto, julgadas pelo cliente. São os indicadores considerados mais estratégicos e abrangentes, por envolverem até os indicadores apresentados anteriormente.

Os indicadores da qualidade propriamente dito referem-se a forma como a organização reage às mudanças do mercado e, também, como a empresa possui capacidade de influenciar ou, até mesmo, criar tais mudanças. Estes indicadores estão relacionados ao ambiente “*on-line*” da qualidade e serão os tipos de indicadores propostos por esta dissertação.

As premissas básicas que caracterizam, especificamente, este tipo de indicadores são:

- Ênfase nas reações da empresa às mudanças do mercado, na forma como ela influencia e analisa as tendências deste mercado;
- Maior envolvimento com procedimentos estratégicos;
- Direcionamento para as oportunidades identificadas no mercado;
- Destaque para as ameaças externas à empresa;
- Avaliação do impacto do processo e do suporte em relação ao indicador no desempenho estratégico da empresa;

- Meta básica a mensuração da eficácia organizacional.

Segundo Takashina & Flores (1996), independente do tipo de indicador a ser elaborado, eles devem ser gerados a partir de alguns critérios, possibilitando, dessa forma, a disponibilidade de dados e de resultados mais relevantes, no menor tempo e com o menor custo possível.

Estes critérios podem, então, ser visualizados através da tabela 2.3 proposta por Takashina & Flores (1996) e demonstrada logo a seguir:

Tabela 2.3: Principais critérios para a geração de um indicador

Fonte: Takashina & Flores (1996, p. 25).

Crítérios	Descrição
Seletividade ou importância	Capta uma característica básica do produto ou do processo.
Simplicidade e clareza	Fácil compreensão e aplicação em diversos níveis da organização, numa linguagem acessível.
Abrangência	Suficientemente representativo, inclusive em termos estatísticos, do produto ou do processo a que se refere: deve-se priorizar indicadores de situação ou contexto global.
Rastreabilidade e acessibilidade	Permite o registro e a adequada manutenção e disponibilidade dos dados, resultados e memórias de cálculos, incluindo os responsáveis envolvidos. É essencial à pesquisa dos fatores que afetam os indicadores (os dados podem ser armazenados em microfilme, meio eletromagnético, relatórios, etc.).
Comparabilidade	Fácil de comparar com referências apropriadas, tais como o melhor concorrente, a média do ramo e o referencial de excelência.
Estabilidade e rapidez de disponibilidade	Perene e gerado com base em procedimentos padronizados, incorporados às atividades do processador. Permite fazer uma previsão do resultado, quando o processo está sob controle.
Baixo custo de obtenção	Gerado a baixo custo, utilizando unidades adimensionais ou dimensionais simples, tais como porcentagem, unidade de tempo, etc.

Outros pré-requisitos poderiam ainda ser citados, que complementaríamos a tabela 2.3 acima, porém, entende-se que estes pré-requisitos apresentados já suprem as necessidades básicas para a construção de indicadores, aparentando ser válido apenas apresentar qual o processo a ser seguido para a definição de um indicador.

2.1.7.1. Definição de um indicador

Segundo Paladini (2000), ao definir um indicador é necessário ser associados a ele dois conjuntos de dados: a **relação** do indicador com o ambiente de avaliação e a **estrutura** do indicador.

A **relação** do indicador com o ambiente de avaliação como um todo é caracterizada pela associação a quatro informações básicas:

a) **Objetivo:** Esta fase inicial é crucial por determinar **o que** será avaliado pelo indicador, direcionando toda a ação de avaliação de qualidade desenvolvida a partir deste indicador.

Um indicador pode apresentar objetivos gerais e específicos, não devendo este último ser em grande número.

Os objetivos do indicador estão associados à própria dinâmica do processo que está sendo avaliado, significando, portanto, que ele sempre deseja saber se está havendo melhoria no desenvolvimento do processo em questão.

b) **Justificativa:** Determina o **por quê** de se avaliar algo através de um indicador. Os indicadores apresentam justificativas que podem ser do tipo geral ou específica, não devendo estas últimas ser em grande número.

A justificativa também está associada à própria dinâmica do processo sob avaliação, mas buscando ver se está havendo crescente adequação ao uso no desenvolvimento do processo em questão, de acordo com o julgamento dos consumidores envolvidos.

De forma geral, pode-se afirmar que a justificativa de um indicador é importante ser feita por ela está associada ao valor que o indicador agrega à avaliação.

c) **Ambiente:** Os indicadores devem estar associados a algum dos ambientes da qualidade: “*in-line*”, “*on-line*” ou “*off-line*”.

Esta classificação é de grande importância, devendo-se considerar as características próprias de cada ambiente, com suas especificidades e suas ênfases.

d) **Padrão:** É um referencial adotado por um indicador para verificar se houve melhoria no processo sob avaliação, através da comparação entre o resultado obtido com a meta estabelecida.

Assim, deve-se ter esclarecido o que vem a ser uma melhoria. A melhoria necessita que se tenha o objetivo devidamente estruturado, como também, os meios para que seja possível seu alcance. Dessa forma, torna-se viável a mensurabilidade do indicador, permitindo ser verificado se a mudança foi de fato uma melhoria.

A melhoria, portanto, ocorre quando as alterações determinarem maior proximidade do alcance do objetivo.

Os padrões associados aos indicadores definem se as melhorias a serem obtidas são melhorias no ambiente “*in-line*”, permitindo se medir a eficiência, se são “*on-line*”, possibilitando a medição da eficácia, ou ainda “*off-line*”, que possibilita a verificação da integração entre as atividades de suporte ao processo e às relações da empresa com o mercado.

Os padrões podem ser fixados segundo quatro possibilidades:

1) Padrões naturais: quando os indicadores avaliam se o processo está se desenvolvendo em direção a um valor que tem aceitabilidade universal, ou seja, pelo senso comum.

2) Padrões que definem proximidade em relação a determinadas metas: a meta depende de cada processo ou do produto considerado, sendo estabelecidas em termos de intervalos.

3) Padrões fixados por “*benchmarking*” externo: Os padrões são fixados por empresas concorrentes do mesmo setor que apresentem um melhor desempenho.

4) Padrões fixados por “*benchmarking*” interno: Os padrões são fixados pela própria empresa, buscando uma melhoria dos índices já alcançados.

Já a **estrutura** do indicador deve ser associada a três componentes básicos:

a) **Elemento**: Refere-se ao contexto, situação, assunto ou natureza que basicamente caracteriza o indicador, definindo as condições de contorno do indicador: as fronteiras que definem a sua validade, sua aplicação ou a sua utilidade.

b) **Fator**: Refere-se a combinação de componentes em um mesmo contexto, relacionando, duas ou mais variáveis, em um mesmo elemento.

c) **Medida**: É a unidade com a qual se medem os fatores, segundo o sistema internacional de medidas.

Após ter conhecido, então, este conjunto de dados, que devem estar presente na definição de um indicador, torna-se possível a construção de indicadores voltados para as mais diversas áreas, respeitando, apenas as especificidades de cada uma delas.

2.2 Serviços

Antes de reportar-se ao setor de serviço, é oportuno expor um modelo geral, que divide os produtos em três categorias (Paladini, 1995. p. 57):

- **Bens tangíveis**: Referem-se a produtos que existem fisicamente.
- **Serviços**: Referem-se a bens intangíveis, representados por ações desenvolvidas por terceiros em andamento a solicitações específicas de atividades a executar.
- **Métodos**: Dizem respeito a procedimentos lógicos desenvolvidos por terceiros, ou ainda, informações por eles organizadas, em atendimento a solicitações que se referem a questões relativas aos meios de execução de uma atividade (*know-how*)”.

Alguns autores apresentam outras visões em relação a um produto e a um serviço, como por exemplo, Juran & Gryna (1991) ao afirmarem que um produto é o resultado de qualquer que seja o processo. Já Norman (1993) esclarece que um produto físico pode ser claramente

descrito em termos de seus atributos, sendo facilmente especificado e demonstrado antes da compra.

Em relação aos serviços, Cobra & Rangel (1992), classificam-no como sendo comercializável isoladamente, na medida que o produto intangível não se pega, não se cheira, não se apalpa, não se experimenta antes da compra, mas permite a satisfação de desejos e necessidades dos clientes. Já para Kotler & Armstrong (1998), o serviço é qualquer ato essencialmente intangível que uma parte pode oferecer à outra, cuja execução pode estar ou não ligada ao produto físico.

Nas definições expostas anteriormente, é possível visualizar claramente diferenças existentes entre elas. A maior diferença a ser destacada está relacionada ao modelo de interação com o cliente, cujas características em cada caso são, segundo Paladini (1995):

- **Bens tangíveis:** Elevado número de atividades de suporte e pequena interação direta com o cliente, ressaltando assim uma relação com os consumidores com ênfase em vendas, marketing e assistência ao uso do produto.
- **Serviços e Métodos:** Pequeno número de atividades de suporte e grande interação com o cliente, resultando em uma flexibilidade do processo produtivo.

No entanto, é importante salientar que a definição de serviço vem sendo gradativamente ampliada pelo reconhecimento de que nele está a grande oportunidade de diferencial competitivo. Com isso, o papel estratégico que os serviços representam para as empresas vem a cada dia sendo reforçado e direcionado no sentido da diferenciação.

Mas a partir de todas as definições que se tem hoje de serviço, é possível observar que eles estão relacionados a um modelo de interação com o cliente, enfatizando-se as relações diretas, destacando-se, ainda, interação da mão-de-obra da empresa com os consumidores e a flexibilidade do processo produtivo.

Porém, nessa relação, pode-se observar a existência de dois tipos diferentes de prestação de serviço, que caracterizam o serviço em **humano** ou **não humano** (Mirshawka, 1994).

No serviço **não humano**, as relações entre o fornecedor e o cliente são muito simples. A medição, normalização, inspeção e controle são bastante viáveis e muito úteis. Quem planeja ou determina o serviço não lida diretamente com o cliente. O envolvimento deste, às vezes é pequeno, as habilidades técnicas dominam a prestação de serviço, a produção é separada da entrega e as economias de escala podem ser conseguidas com razoável facilidade.

Já quando se tem uma prestação de **serviço humano**, as relações entre o fornecedor e o cliente são bastante complexas. A medição, normalização, inspeção e controle são viáveis, mas nem sempre confiáveis e muito úteis. Quem planeja ou define o serviço, muitas vezes,

está em contato direto com o cliente, havendo, portanto, um grande envolvimento desse cliente. As habilidades interpessoais dominam a prestação de serviço, havendo inclusive uma grande pressão psicológica. A produção do serviço chega a se confundir com a entrega e não se conseguem economias de escala com muita facilidade.

Atualmente, observa-se que os serviços **não humanos** estão começando a extrapolar os **humanos**, principalmente para os processos que produzem bens, nos quais pode-se afirmar categoricamente, que o envolvimento do cliente na produção é praticamente nulo.

Porém, o que se pode concluir é que é através da interação entre o cliente e a empresa, independente do tipo de prestação de serviço que irá ocorrer, que se dará a qualidade da prestação do serviço.

2.2.1 Características dos serviços

Os serviços apresentam características únicas, são, via de regra, intangíveis, inseparáveis, variáveis e perecíveis (Kotler & Armstrong, 1998).

- A **intangibilidade** é caracterizada pelos serviços não poderem ser vistos, provados, sentidos, ouvidos ou cheirados antes de comprados. Assim, os serviços são mais intangíveis do que tangíveis: produto é objeto; serviço é o resultado de desempenho. Quando o serviço é vendido, não há nada mostrado que seja tangível. Assim, os serviços são consumidos, mas não podem ser possuídos.
- A **variabilidade** é caracterizada pela qualidade dos serviços dependerem de quem os proporciona e quando, onde e como são proporcionados, isto é, da heterogeneidade dos serviços.
- A **inseparabilidade** é caracterizada por os serviços não poderem ser separados dos seus fornecedores, ou seja, os serviços são simultaneamente produzidos, vendidos e consumidos.
- A **perecibilidade** é caracterizada pela impossibilidade de estocar ou armazenar os serviços para venda ou uso posterior. Assim, uma vez produzido, o serviço deve ser consumido.

Vale ainda destacar outros diferenciais que, segundo Slack (1997), caracterizam os serviços:

- Os serviços são menos padronizados e uniformes: mesmo que os serviços sejam baseados em pessoas e equipamentos, o componente humano prevalece;
- Geralmente não podem ser protegidos por patentes: os serviços são facilmente copiados, razão pela qual é interessante que desfrutem de boa imagem de marca;

- Os serviços não podem ser preparados antes do momento exato da sua execução;
- É difícil estabelecer preço para serviço, sendo assim, os custos de produção dos serviços variam em virtude de serem apoiados em trabalho humano, estipulado subjetivamente;
- Os serviços exigem um trabalho muito intenso e, freqüentemente, precisam de uma complexa integração interfuncional de sistemas de apoio.
- Os serviços não podem ser substituídos ou vendidos como sendo de segunda mão ou de segunda escolha;
- As deficiências da qualidade do serviço não podem ser eliminadas antes da execução;
- Os serviços não produzem refugo ou rejeito;
- Os serviços são produzidos exatamente de acordo com a demanda;
- Os serviços envolvem o cliente para o qual o serviço está sendo prestado;
- Os serviços são personalizados.

2.2.2 Qualidade nos serviços

A qualidade nos serviços vem se tornando um fator de sucesso para todas as organizações. Mas para atingir tal sucesso, é necessário muito empenho da administração da qualidade, na medida que os esforços desempenhados para os serviços, devido as suas características, mostram superar os desempenhados para produtos.

Em termos da qualidade em serviços, observa-se que a qualidade aparece na interação cliente-empresa. O serviço oferece suporte ao cliente, em termos de facilidades diretas que a empresa coloca para ele, ou atendimento às ações por ele requisitado, o que representa a qualidade do serviço.

Percebe-se, assim, que nos processos de serviço há uma priorização em relações diretas com os consumidores.

Geralmente, a qualidade no serviço é referenciada ou a um serviço, que está associado diretamente a uma entidade ou produto tangível, ou a um serviço que é apenas uma entidade intangível, com pequeno ou nenhum envolvimento com produto.

A sua definição, além de derivar do conceito geral da qualidade, tem, na multiplicidade de atributos, a abordagem do gerenciamento de serviço com foco principal em como o serviço é percebido pelo cliente, tornando-se a mais importante força impulsionadora da operação dos negócios (Albrecht, 1994).

Porém, assim como na definição de qualidade, o conceito de qualidade nos serviços, também apresenta diferentes visões por parte dos autores, como pode ser observado a seguir:

Juran (1991) aborda o conceito de qualidade em serviços da mesma forma que sua definição genérica de adequação ao uso. Assim, qualidade de serviços para ele, é a capacidade de um serviço corresponder satisfatoriamente às necessidades do cliente quando o serviço é prestado. Essas necessidades podem ser de cortesia, pontualidade, fácil acesso ao serviço, informações claras e precisas, entre outras.

Já Las Casas (1999) observa que os clientes ficam satisfeitos ou não, conforme suas expectativas. Portanto, a qualidade do serviço é variável de acordo com o tipo de pessoa e a excelência é alcançada quando as expectativas dos clientes são superadas.

As duas definições apresentadas ressaltam enfoques diferentes: a primeira visa satisfazer necessidades, já a segunda, engloba superação de expectativas. Daí, pode-se concluir que um serviço será de qualidade quando ele atender as necessidades dos seus clientes, superando as suas expectativas, decorrendo, dessa forma, na sua satisfação.

Assim, saber reconhecer e diferenciar a qualidade requerida pelos clientes, a qualidade planejada pela administração e, também, a qualidade oferecida pelos funcionários é muito importante para a qualidade de serviços, devendo a organização manter sempre esses três enfoques da qualidade o mais próximo possível.

Na qualidade da prestação de serviço, para Paladini (1995), não se pode definir quais são os pontos críticos a serem controlados – o projeto da qualidade requer uma avaliação global e contínua do processo. Por este motivo, as ações que visam alterar procedimentos defeituosos são desenvolvidas em nível de reações à falha. Em alguns casos, é possível criar métodos de prevenção, mas é praticamente impossível prever um grande número de casos para os quais medidas prévias de eliminação de falhas podem ser aplicadas com eficiência.

Em termos de garantia em serviço, este autor observa ainda, que ela deve ser fornecida previamente para o cliente, antes de colocá-la em funcionamento. Assim, a participação do consumidor no processo produtivo é uma vantagem em termos de qualidade caso o processo (não-manufatura) for flexível para contemplar alterações constantes. Isto sem dúvida facilita a adequação ao uso.

Outros aspectos em relação aos serviços podem ser considerados como: a não possibilidade de centralização, o que dificulta o seu controle em termos de unicidade e coerência de produtos criados; a impossibilidade inspeção prévia dos serviços, pois eles são consumidos ao tempo que são produzidos; e a impossibilidade de se ter amostras do serviço, o que poderia permitir a prévia aprovação de sua execução.

Sendo assim, torna-se difícil analisar o nível de satisfação dos clientes em serviços, requerendo, para tanto, formas criativas de análises.

Contudo, a fixação de padrões da qualidade muda de um caso para outro, devido à variação dos elementos que determinam a identificação e avaliação da satisfação do cliente, que é a idéia principal da qualidade. De forma geral, faz-se as seguintes observações referentes ao gerenciamento da qualidade de serviço (Paladini, 1995):

- O conceito de qualidade não muda substancialmente, ou seja, persiste a meta prioritária da satisfação do consumidor;
- É fundamental considerar que a satisfação do cliente é avaliada em termos de aspectos subjetivos e fortemente afetada por expectativas muito dinâmicas, razão pela qual o sistema de produção deve ter características extremamente flexíveis;
- Três aspectos fundamentais devem ser considerados: a presença física do cliente, durante o desenvolvimento do processo produtivo; a dificuldade de fixar nos serviços especificações da qualidade, devido a sua não-tangibilidade; e o fato de que o serviço pouco se repete, restringindo a obtenção de dados e a definição de normas e procedimentos padrões.

Assim, oportunamente, analisar, aceitar e entender o que é a qualidade nos Serviços mostra ser essencial para a prestação de um serviço de excelência. Dessa forma, para tanto, mostra ser de grande importância a utilização de conceitos como o de Gestão da Qualidade, Controle da Qualidade, Garantia da Qualidade, Planejamento da Qualidade, Sistema da Qualidade e Melhoria da Qualidade para um gerenciamento mais eficaz da qualidade destes serviços.

Por sua vez, é possível ainda observar que há diferentes graus de intangibilidade na prestação de serviço, que mostra variar de acordo com as características do serviço que é prestado. Assim, percebe-se a existência de especificidades inerentes a cada setor que devem ser observadas particularmente.

Esta dissertação tem como objetivo analisar a qualidade dos serviços especificamente no setor saúde, sendo assim, o assunto abordado no capítulo seguinte.

2.3 Considerações sobre este capítulo

Considera-se que os conceitos apresentados sobre a qualidade, serviço, qualidade nos serviços mostram ser essenciais para o desenvolvimento e entendimento deste trabalho.

Os diversos conceitos existentes em relação à qualidade possibilitam as organizações traçarem objetivos mais bem definidos. Quando aplicados no setor de serviços, devidos às características da área, novas dimensões da qualidade podem ser percebidas.

Assim, torna-se evidente que gerenciar serviços é tarefa diferente de gerenciar a produção de bens. Porém, mais importante do que reconhecer esta diferença é compreender quais são as características especiais dos serviços que fazem com que a gestão de suas operações seja diferente da gestão da manufatura.

A partir da identificação destas diferenças, é possível perceber a existência de algumas particularidades, que conduzem a diferentes enfoques da qualidade nos diferentes setores.

Porém, é dentro deste contexto, que se verifica ser um fator essencial a existência da qualidade em qualquer que seja o setor, por possibilitar uma melhor gestão dos processos organizacionais. Para tanto, ressalta-se, ainda, o uso de indicadores da qualidade como ferramenta crucial nesta tarefa.

Assim, em uma economia em que o cliente é quem determina a qualidade, estabelecer indicadores para aumentar a satisfação do cliente torna-se de grande importância para o sucesso da gestão da qualidade de qualquer serviço.

CAPÍTULO 3
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Este capítulo tem o objetivo de fazer uma revisão bibliográfica direcionada para o tema desta dissertação, buscando retratar as pesquisas já realizadas sobre o assunto.

Para tanto, serão exploradas características e particularidades do setor saúde, dando uma ênfase para o atual panorama vivenciado pela gestão da qualidade nos serviços de saúde e ressaltando o uso de indicadores para aumentar a satisfação do paciente.

3.1 O setor saúde

O setor saúde é uma das áreas que apresentam uma das maiores, ou até mesmo a maior, indústria de serviços. Porém, é neste setor que pode ser observado, também, uma complexa rede de interação entre os diversos subsistemas que o constitui.

Para um melhor entendimento do ambiente que está sendo pesquisado por esta dissertação, será apresentado um panorama geral do setor saúde, possibilitando visualizar as complexas interações inerentes a este setor.

Assim, o setor saúde pode ser observado como um sistema maior composto por vários subsistemas/agentes. A interação entre eles está relacionada a uma articulação que envolve a assistência médica, as redes de formação profissional – escolas, universidades e centros de pesquisa, a indústria farmacêutica, a indústria de biotecnologia, as instituições regulamentadoras, a indústria produtora de equipamentos médicos e instrumentos de diagnóstico.

A especificidade desta articulação institucional, no setor saúde, demonstra a existência de complexas interações, que mostram ser de suma importância para apreciação dos fluxos de informação tecnológica existentes, por possibilitar uma análise das inovações e seu impacto na qualidade dos serviços de saúde.

Assim, o que pode ser percebido é que a relação existente entre todos os subsistemas do setor saúde resulta na efetividade das inovações sobre o bem-estar-social, através da qualidade dos serviços prestados, sendo válido, portanto, uma apresentação do impacto no sistema de inovação no setor saúde.

3.1.1 O sistema de inovação no setor saúde

Decorrente das fragilidades presentes no setor saúde, a existência de um sistema de inovação mostra ser um dos meios necessários para promover um desenvolvimento dessa área, na medida que se faz uma aplicação sistemática da ciência à produção.

Por conseguinte, o conceito de sistema de inovação busca contribuir para um melhor entendimento do processo de inovação, como elemento intrínseco e fundamental ao desenvolvimento econômico (Albuquerque & Cassiolato, 2002).

O sistema nacional de inovação pode ser desagregado em diferentes setores, isto é permitido devido à variância das características do progresso tecnológico e dos fluxos de informações científico-tecnológicas.

Sobressaltando o setor saúde, observa-se que este setor depende muito mais de conhecimentos científicos e tem uma relação muito mais próxima com os institutos de pesquisa do que, por exemplo, o setor têxtil. Daí, observa-se uma relação íntima do setor saúde com a ciência e a tecnologia (Albuquerque & Cassiolato, 2002).

É seguindo esta linha de raciocínio que é proposta a divisão do setor saúde em subsistemas, cada um deles demarcados de outras atividades econômicas em termos da dinâmica inovadora. Dessa forma, este setor é representado por um sistema maior composto por um conjunto de subsistemas que interagem entre si.

Assim, verifica-se que a fragmentação do sistema nacional de inovação no setor saúde mostra ser de fundamental importância, na medida que visualiza os subsistemas existentes no setor e os fluxos de informação tecnológica vivente, possibilitando analisar as inovações e um possível impacto delas na qualidade dos serviços de saúde.

3.2 O serviço de saúde

Para melhor entender como ocorre o processo de atendimento de um paciente em um serviço de saúde, é oportuno se retratar ao modelo de entrada-transformação-saída.

Assim, com base neste modelo, num processo de atendimento a um paciente, em um hospital, a entrada do processo produtivo é o paciente utente, que, por sua vez, passará por um processo de transformação, através de recursos utilizados, como conhecimento clínico e medicamentos, que serão processados e sairão em forma de, por exemplo, expectativa de vida e mortalidade.

Este modelo, embora seja simples, quando aplicado ao setor saúde, ele apresenta uma série de particularidades que exigem um tratamento especial.

Uma das características a ser levantada, que pode interferir na simplicidade deste modelo, diz respeito às características sócio-econômicas, em que o cliente utente dos serviços é, ainda, o contribuinte e o cidadão, cada vez mais consciente e exigente dos seus direitos. Para enfrentar este desafio, uma alternativa encontrada pode ser melhorar continuamente os serviços prestados.

Assim, o que pode ser percebido é que as expectativas dos pacientes dos serviços de saúde são cada vez mais elevadas e, numa área tão imprescindível e suscetível como é a saúde, os maus resultados e a falta de eficácia e eficiência torna-se incompreensível e não admitida por seus usuários.

Os serviços de saúde prestados em, por exemplo, hospitais e clínicas apresentam características de natureza delicada, como as habilidades e a formação da força de trabalho, além de uma estrutura organizacional complexa, que tornam estes serviços, efetivamente, de difícil gerenciamento.

Algumas grandes mudanças ocorridas, sobretudo na década de 1990, vieram agravar ainda mais a gestão dos serviços do setor saúde, como a busca da identidade perdida pelas empresas, a criação de uma visão de futuro, a identificação de valores, a reestruturação administrativa, a potencialização das pessoas (educação, treinamento e desenvolvimento), o redesenho dos processos, a avaliação dos resultados e o comprometimento de todos com a satisfação das necessidades do cliente, fazendo com que o sistema de atendimento à saúde precisasse se adequar a elas (Mezomo, 2001).

Para tanto, era preciso que os serviços de saúde mudassem não apenas fisicamente, mas também em sua atitude com relação, sobretudo, aos pacientes, na medida que a qualidade não é simples questão técnica ou filosófica, mas uma prática e um compromisso permanente de busca do Zero Defeito: zero erro, zero infecção, zero insatisfação e zero queixa.

Dessa forma, era necessário que as empresas não agissem nunca com qualquer condescendência com o errado ou com o menos bom, ainda que tal meta parecesse um ideal inatingível.

Então, é a partir desta realidade, que surgem programas no setor saúde visando instituir a melhoria da produtividade e da qualidade destes serviços com o propósito de medir, melhorar e monitorar, continuamente, a eficiência e a eficácia dos hospitais na provisão dos cuidados com a saúde.

3.3 A qualidade nos serviços de saúde

Como já foi visto, a qualidade pode ser expressa como satisfação do cliente, ausência de defeitos, ou seja, atingir as expectativas dos consumidores, o que implica na construção de um sistema de métodos de produção, o qual economicamente produz um bem ou um serviço de qualidade.

A qualidade no setor saúde vem, com o passar dos anos, sendo um assunto bastante estudado e debatido, porém, em termos práticos, nota-se que ainda há muito a ser desenvolvido neste setor.

O que se pode perceber é que o setor saúde não está totalmente familiarizado com termos como fornecedor, cliente e produto, sabendo apenas que as suas organizações utilizam recursos que serão executados nos processos, objetivando resultados (Mezomo, 2001).

Segundo a Revista Qualidade em Saúde (2002), até a última década, apenas iniciativas dispersas, muito localizadas, sem coerência ou uniformidade metodológica, frutos muitas vezes de esforços voluntaristas, generosos, mas episódicos, eram feitas para a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

Sendo assim, não se percebia uma estratégia global para a qualidade neste setor, que buscasse definir claramente áreas críticas de intervenção prioritária, que promovesse a formação adequada dos protagonistas, que dotasse os projetos de recursos humanos, materiais e organizacionais de forma suficiente e, ainda, que provocasse o envolvimento dos responsáveis políticos e das administrações desses serviços de saúde (Revista Qualidade em Saúde, 2002).

Dessa forma, é que a qualidade no setor saúde, de forma geral, em termos técnico-científico, vinha sendo manifestamente frustrante, assim como, estava sendo para o paciente e cidadão um serviço que não desfruta de segurança, conforto, rapidez e personalização.

Porém, o que se pode notar é que as atuais intervenções realizadas na área de saúde, ou que sobre ela incida, apresentam considerações, questionamentos ou manifestos relacionados à qualidade nesses serviços, seja por uma perspectiva global e genérica, seja nas suas diferentes dimensões e atributos.

Dessa forma, vem sendo possível se observar que os serviços do setor saúde estão progressivamente buscando incorporar a tendência da atual administração da qualidade: a efetiva satisfação dos clientes.

Mas, para tanto, é importante atentar-se para a variabilidade na carteira de clientes da organização, tornando necessário a quebra de paradigma baseada na premissa de que cada

pessoa é um cliente, passando, então, a focar cada cliente como uma pessoa (Mezomo, 2001).

Não se pode esquecer que é o cliente quem decide hoje o que vem a ser a qualidade do serviço, a partir de um processo de avaliação sob características tais como: imagem, expectativas e percepções sobre a qualidade, maneira como o serviço foi entregue ou executado, resultado final do serviço e extensão da sua satisfação.

A mensuração da qualidade no serviço de saúde, portanto, constitui-se em um fundamental desafio: antecipar o que vem a ser os desejos, as necessidades e as expectativas para uma boa prestação de serviço, já que o paciente está envolvido em toda a sua totalidade.

Uma grande dificuldade com a avaliação da qualidade do serviço, sobretudo do setor saúde, é que, muitas vezes, não existem padrões que permitam medir o desempenho dos serviços prestados, sendo, então, por isso que muitas pesquisas estão sendo desenvolvidas neste setor.

A dificuldade para estabelecer padrões para a qualidade do serviço de saúde está, muitas vezes, no fato de que o serviço deve ser medido subjetivamente e de que paciente tem o seu próprio conjunto de expectativas e perspectivas do que vem a ser qualidade do serviço de saúde.

Além disso, este setor ainda é composto por variadas visões que constituem os elos da sua cadeia, de modo que para o paciente a qualidade na saúde pode representar a possibilidade de aderir, aceder sempre que necessário ao médico; já para os profissionais da saúde, a qualidade da saúde pode ser equivalente a qualidade técnico-científica; e, ainda, para a direção de um hospital, a qualidade pode estar representada em uma gestão eficiente, através, por exemplo, de um bom atendimento, diminuição do tempo de espera, motivação e responsabilização dos funcionários, diminuição das despesas e redução das reclamações.

Sendo assim, é fundamental também que as organizações do setor saúde tenham flexibilidade e um bom conhecimento sobre a qualidade, para que elas possam dirigir seus esforços para a melhoria da qualidade voltada para os diferentes elos que o constitui.

Dessa forma, a qualidade nos serviços de saúde surge como uma exigência de todos os envolvidos nos cuidados de saúde, sendo vista como seu atributo essencial.

Mas, é importante ter claro que a qualidade no serviço de saúde deve ser avaliada a partir das necessidades do paciente, sendo necessário que os profissionais do setor saúde desenvolvam o seu trabalho dando respostas a estas necessidades, respeitando o seu direito de receber um serviço seguro e adequado, além de prestar contas do desempenho desses serviços prestados.

Para tanto, cabem a todos os envolvidos na prestação dos serviços de saúde, participar no desenvolvimento de sistemas de melhoria contínua da qualidade nos cuidados com a saúde, visando sempre o paciente, sendo necessário, portanto, que se tenha um sistema organizado para melhorar, de forma constante, os procedimentos, os resultados e os serviços prestado nos hospitais (Revista Qualidade em Saúde, 2000, p. 48-51).

Assim, a qualidade no serviço de saúde deve ser incorporada pelo setor sem desviar do seu real propósito, para tanto, segundo a revista Qualidade em Saúde (2000), torna-se necessário que:

- A qualidade no setor saúde busque satisfazer e diminuir as necessidades do paciente e não responder à procura oferecendo mais;
- A qualidade no setor saúde seja proativa de modo a prevenir e dar resposta, não servindo de pretexto para a procura de novas oportunidades de mercado;
- A qualidade no setor saúde reúna, integradamente, atributos, afetividade, eficiência, aceitabilidade e equidade e nunca a exigência única da aceitabilidade.

3.3.1 Tipos de qualidade no serviço de saúde

A qualidade pode ser avaliada a partir de três definições, que possibilitam a percepção de três tipos de qualidade diferente, intimamente entrelaçadas. Segundo Mirshawka (1994), esses três tipos de qualidade no serviço de saúde são:

a) Qualidade clínica: É a qualidade definida ou determinada por aqueles que prestam o serviço de saúde, como médicos e enfermeiras. Tradicionalmente, a qualidade clínica era a que requeria maiores atenções, sendo ainda assim a certeza de muitos.

Ao tentar conceituar a qualidade clínica, termos como morbidade (índice de doentes em uma comunidade), mortalidade (índice de mortes em uma comunidade) e taxas de infecção têm de aparecer de forma obrigatória.

b) A qualidade voltada para o paciente: São importantes termos como, por exemplo, atenção, gentileza, presteza, cuidado, comunicação, preocupação e empatia ofertadas ao paciente na prestação do serviço médico.

c) A qualidade econômica ou eficiência do custo da qualidade: Esse é um componente mais recente da qualidade dos serviços de saúde. Talvez por esta razão, muitos diretores clínicos ainda pensam que as decisões econômicas não têm lugar quando a qualidade é o que está se considerando.

Porém, na avaliação da qualidade do serviço de saúde, o fator econômico mostra ser fundamental, por considerar todas as ações e investimentos da organização de saúde em, por exemplo, infra-estrutura, recursos humanos e inovações tecnológicas.

Então, o que se pode perceber é que, em um ambiente no qual se procura gerenciar o serviço de saúde e desenvolver-se neste ambiente no qual se está inserido, as organizações devem desempenhar esforços englobando esses três tipos de qualidade do setor saúde.

Dessa forma, torna-se possível se obter a qualidade dos serviços de saúde em relação a todas as partes envolvidas e interessadas no atendimento médico de qualidade.

3.3.2 Classificação da qualidade nos serviços de saúde

Existem diversas maneiras de classificar o serviço de saúde. Uma das classificações mais utilizadas foi a de Donabedian, de 1966. Esta classificação universal da qualidade divide o serviço de saúde como bom ou ruim, além de medir a qualidade oferecida ao paciente.

A classificação de Donabedian (1994) refere-se a qualidade do serviço de saúde em relação a estrutura, ao processo e ao resultado.

- Por **estrutura** entende-se ser as qualificações, as certificações e outros atributos similares dos recursos usados no serviço de saúde.

A estrutura diz respeito às características mais estáveis da assistência médica ou de saúde, referindo-se aos objetivos, aos recursos físicos, materiais, humanos e financeiros, envolvendo, portanto, desde estrutura física e disponibilidade de equipamentos até a capacitação dos indivíduos que prestam a assistência, passando, ainda, pela organização dos serviços.

Verifica-se, então, que para esta conceituação cabem tanto dados numéricos, em termos de recursos disponíveis, como também, por exemplo, a qualidade dos profissionais, dos equipamentos e a existência de manutenção predial e de equipamentos.

- Por **processo** entende-se ser o conjunto de atividades envolvendo médicos e outras pessoas no atendimento dos pacientes.

O processo, de forma geral, abrange todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os pacientes, decorrendo dessas relações, conseqüentemente, os resultados da assistência, retirando-se daí as bases para a valoração da qualidade.

- Sendo assim, por **resultado** entende-se a conseqüência ou o benefício da intervenção médica.

Este clássico quadro conceitual apresentado por Donabedian é considerado uma tríade, que corresponde justamente às noções da Teoria Geral de Sistemas: entrada-transformação-

saída, sendo de difícil quantificação a influência ou contribuição exata na qualidade final da assistência prestada no setor saúde.

3.3.3 Razões para se investir na qualidade dos serviços de saúde

São inúmeras as razões que alicerçam as organizações para investirem na qualidade dos serviços médicos prestados ao paciente. Estas razões podem ser evidenciadas através da análise de resultados de pesquisas que estudam, por exemplo, o comportamento do cliente.

A Technical Assistance Research Programs, Inc (TARP), uma das instituições que, justamente, mais estudou o comportamento do cliente, tendo à sua frente o dinâmico John Goodman, publicou em 1991 as seguintes descobertas (Mirshawka,1994):

- Apenas 14% dos clientes insatisfeitos declaram para a empresa a sua insatisfação com os seus produtos/serviços, sendo estes mais propensos a fazerem novos negócios, mesmo que o problema não tenha sido resolvido.
- Desses 14%, cerca de 60% dos clientes farão novos negócios ou retornarão a empresa quando a sua reclamação inicial for atendida, podendo aumentar para 95% quando a sua reclamação é atendida rapidamente.
- Estes clientes insatisfeitos contarão a sua experiência para 9 a 25 novas pessoas, dependendo da sua insatisfação, divulgando apenas para novas 5 pessoas o tratamento que lhes foi dispensado, quando resolvido o problema.

Outras quatro razões importantes ainda forçam as organizações de serviço de saúde a se preocuparem com a percepção dos pacientes, bem como, com a satisfação que esses serviços fornecem. Estas razões podem ser classificadas como:

- **Razão humanitária:** Pacientes desejam qualidade excelente do serviço de saúde, pois ao precisarem desse serviço, eles estão mais vulneráveis, ansiosos e emocionados;
- **Razão econômica:** Os pacientes são os próprios clientes da empresa, que se deparam com um leque de opções de serviços equivalentes;
- **Razão de marketing:** Os pacientes podem se tornar bons ou maus veículos de comunicação após as experiências pelas quais eles passam.
- **Razão de eficiência:** Pacientes satisfeitos são muito mais fáceis de atender, enquanto pacientes insatisfeitos consomem à toa o tempo valioso daqueles que os atendem.

Dessa forma, conforme as razões apresentadas, dirigir os esforços das organizações de saúde para que elas possam prestar um serviço de qualidade para o paciente, significa tornar a

empresa mais competitiva, com clientes mais fidelizados e com os recursos otimizados, acarretando na diminuição de custos empresariais.

3.4 A gestão da qualidade nos serviços de saúde

A gestão da qualidade tem sido um assunto bastante abordado pelas empresas, que buscam sobreviver com sucesso numa era de globalização da economia e de uma competitividade cada vez maior de todos os segmentos do mercado, sobretudo do setor saúde.

Sendo assim, é possível se observar que as empresas estão, cada vez mais, adotando um modelo de gestão que privilegie as práticas que agregam valor ao cliente e que, também, otimizem o seu próprio desempenho.

Mezomo (2001) destaca que os modelos de gestão devem incluir valores e conceitos-chaves que apresentem: enfoque no cliente, liderança, melhoria contínua, participação e desenvolvimento dos funcionários, agilidade de resposta, ação preventiva e qualidade de projeto, visão de futuro, administração por fatos, criação de parcerias, ética e enfoque nos resultados.

Para tanto, cabe a Administração de Saúde a função de planejar, organizar, dirigir, controlar, coordenar e avaliar todos os recursos e procedimentos do serviço de saúde, de forma que ele possa atender a todas essas necessidades, sobretudo, a dos pacientes.

Mezomo (2001), ainda afirma que os serviços de saúde devem ser planejados e prestados de formas muito variadas, tanto nas grandes como nas pequenas organizações. Daí se dá a complexidade da tarefa administrativa neste setor, tanto relacionada com o tamanho da organização quanto com a sua missão.

Vale salientar, ainda, que a prestação de serviços de saúde é um processo administrativo que além de exigir planejamento, exige, também, alocação de recursos escassos, avaliação de desempenho e outras tarefas básicas de administração. Tais tarefas dependem de uma equipe qualificada e treinada, que deve estar sob a responsabilidade do administrador, incumbido tanto da finalização das atividades da organização que dirige como da coordenação da prestação de uma vasta rede de serviços, que envolve alta tecnologia e fatores pessoais/sociais/culturais.

Assim, o administrador deve desempenhar várias funções como: o de agente de mudança organizacional, o de inovador, o de elemento integrador, o de regulador do sistema, o de líder e, ainda, o de mediador no relacionamento com a comunidade, para uma boa gestão da qualidade dos serviços de saúde.

Dessa forma, a gestão da qualidade dos serviços de saúde pode ser compreendida como o ato de administrar ou dirigir os serviços de saúde para uma gestão verdadeiramente integrada de qualidade em todas as atividades e em todos os níveis dos serviços (Revista Qualidade em saúde, 2000).

Então, pode-se entender que gestão da qualidade dos serviços de saúde visa atingir a excelência organizacional dos serviços, que consiste “na forma global de gerir e trabalhar na organização que resulta num equilíbrio de satisfações de todas as partes interessadas: clientes, empregados, parceiros e fornecedores, acionistas ou pagadores, a comunidade que serve e a sociedade em geral” (Revista Qualidade em Saúde, 2000, p. 34).

Sendo assim, segundo a Revista Qualidade em Saúde (2000), para uma efetiva gestão da qualidade dos serviços de saúde, é preciso ter consensualmente reconhecido que:

- 1) A administração é um fornecedor de serviços dentro da organização;
- 2) A administração tem clientes a satisfazer, internos e externos;
- 3) A administração deve ser avaliada tanto pelos resultados como pelas boas práticas;
- 4) A qualidade dos serviços prestados quando consistente, é o resultado de uma liderança capaz de fazer emergir uma cultura da qualidade.

É necessário, ainda, que tais organizações possam, conscientemente, administrar como um sistema, os quais utilizam recursos que serão processados, gerando resultados. Para tanto, é essencial conhecer e aplicar os princípios de administração listados a seguir, que, segundo Mezomo (2001, p. 106) suportam esta filosofia:

- “Obter níveis de excelência nos procedimentos administrativos e clínicos e no atendimento das necessidades dos clientes;
- Otimizar o uso dos recursos (materiais, humanos, financeiros e tecnológicos);
- Maximizar os benefícios aos pacientes;
- Minimizar os riscos dos pacientes;
- Garantir a máxima satisfação de todos os clientes internos e externos;
- Reduzir os custos e eliminar o desperdício.”

Portanto, os administradores da saúde devem ser educados para focar nas necessidades dos clientes todas as atividades, todos os programas e todos os processos de trabalho. Eles devem ter visão a longo prazo e, ao mesmo tempo, oferecer respostas rápidas às necessidades emergentes de um mundo em constante mudança. Eles precisam, também, criar indicadores de qualidade e agir no sentido de garantir a equidade e a eficiência dos serviços, de melhorar o acesso e o ambiente interno e de elevar, permanentemente, o desempenho institucional.

Dessa forma, percebe-se que a melhoria da qualidade dos serviços de saúde deve se iniciar pela educação de seus administradores, podendo ainda ser sedimentado a ela, a utilização de indicadores da qualidade, contribuindo para que os serviços tenham uma missão definida, valores e princípios consistentes, além de processos e resultados adequados.

É necessário, então, que estes administradores dos serviços de saúde conheçam e utilizem, nas organizações deste setor, conceitos da qualidade, como o de Qualidade Total, que, por sua vez, ainda aparenta ser muito pouco utilizado na gestão da qualidade dos serviços de saúde.

Enfim, percebe-se que esforços devem ser feitos no intuito de melhorar a qualidade destes serviços, buscando assim reverter o estado da arte do setor saúde, tornando-se necessário um processo de desenvolvimento e modernização deste setor, através de mudanças radicais ou incrementais, mas que visem o contínuo melhoramento da qualidade dos serviços prestados.

3.4.1 Certificação no setor saúde

O processo de gestão da qualidade no setor saúde é um processo de contínuo desenvolvimento, na medida que iniciada a melhoria da qualidade em qualquer empresa ela se torna fundamental para a gestão de qualquer negócio (Camargo e Mello, 1998).

Um dos modelos mais conhecidos da gestão da qualidade dos serviços, prestados pelas instituições de saúde, é o desenvolvido por Donabedian (1980) e já apresentado nesta dissertação, que classifica a qualidade dos serviços de saúde por estrutura, processo e resultado.

Outros modelos têm sido, atualmente, bastante empregados em todo o mundo, como os prêmios da qualidade (Europeu, “*Malcolm Baldrige*” e Nacional) e a “*Internacional Standardization Organization*” - ISO.

Alguns desses modelos foram construídos tanto para gerir como para avaliar a qualidade dos serviços de saúde, um exemplo destes é o “*European Foundation for Quality Management*” - EFQM que tem vindo ser apontado pelo Ministério da Saúde e pelo Secretariado para a Modernização Administrativa como um modelo para referência (Revista Qualidade em saúde, 2000).

Existem modelos, ainda, que são específicos para determinadas áreas ou setores, podendo ser utilizados dos mais diferentes modos, adequando-se às especificidades dos mais variados ambientes organizacionais, como o modelo de Acreditação na área de saúde.

Nos EUA, várias instituições fornecem modelos para avaliação da qualidade dos serviços. No caso do setor saúde, o modelo de Acreditação fica a cargo de uma organização constituída para este fim específico: a Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde - JCAHO (“*Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations*”).

No Brasil, o Programa de Controle da Qualidade Hospitalar – CQH, mantido pela Associação Paulista de Medicina e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo é o mais antigo e apresenta um dos modelos existentes para avaliar a qualidade dos serviços prestados por hospitais.

Nos últimos anos, a JCAHO passou a direcionar sua atuação no sentido de privilegiar a ênfase na assistência clínica por meio do monitoramento de indicadores de desempenho ajustados à gravidade, passando, também, a valorizar o desempenho institucional. Finalmente, pode-se dizer que essa comissão assumiu, recentemente, o papel de educadora, além do de monitoramento.

Em 1999, JCAHO criou um ramo internacional com a intenção de estender as suas atividades de forma sistematizada aos países, que buscavam modelos semelhantes de avaliação extrema da qualidade dos seus serviços.

Assim, hospitais de diferentes continentes foram acreditados, o primeiro dos quais é brasileiro: Hospital Israelita Albert Einstein. A partir daí, modelos como o de Acreditação de hospitais tem sido gradativamente desenvolvidos e utilizados no Brasil.

Porém, é importante ser destacado, que em todos esses modelos, deve-se associar indicadores técnicos da qualidade com indicadores que medem a satisfação do paciente, no intuito de avaliar a qualidade dos serviços prestados.

As normas ISO também vêm sendo adotadas na busca da melhoria da gestão das empresas na área de saúde, embora a tendência atual da qualidade neste setor seja mesmo o modelo de Acreditação.

O modelo de Acreditação, segundo o grupo técnico de Acreditação, é um sistema de avaliação periódica, voluntária e reservada, para o reconhecimento da existência de padrões previamente definidos na estrutura e processo e resultado, com vistas a estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade da assistência médico-hospitalar e da proteção da saúde da população (Revista Qualidade em Saúde, 1992).

No programa de Acreditação, segundo Camargo e Mello (1998), considera-se hospital, independente de sua denominação, todo estabelecimento dedicado à assistência médica, em forma ambulatorial ou por meio de uma internação, seja de natureza estatal seja privada, de alta ou baixa complexidade, com fins lucrativos ou não.

A Acreditação teve sua origem na preocupação com as conseqüências advindas de eventuais falhas nos processos envolvidos na prestação de serviços, buscando uma prevenção a partir da avaliação do desempenho e da monitoração dos processos.

Acreditação, contudo, é mais uma ferramenta para ser agregada a Gestão da Qualidade Total, que padroniza comportamentos, segundo modelos preestabelecidos, mas que por si só não é suficiente para administrar as empresas do setor saúde.

Dessa forma, conclui-se que a Acreditação foi criada para a qualidade da assistência médico-hospitalar, com base em padrões iniciais e padrões de excelência, possibilitando um constante desafio de aprimoramento da qualidade do atendimento à saúde.

3.5 O paciente como cliente

A gestão da qualidade nos serviços de saúde, como já foi abordado anteriormente, apresenta como um dos seus principais objetivos a satisfação do seu paciente, como destaca Mezomo (2001), ao afirmar que a melhoria contínua da qualidade tem exatamente como objetivo fazer com que a organização como um todo, possa atender e exceder as expectativas dos seus clientes.

Mas quem é os clientes de uma organização de serviço de saúde? “Cliente é toda pessoa dentro do sistema que mantém qualquer relação com outra, seja ele de caráter temporário (relação médico-paciente, por exemplo) ou permanente, (relação médico-laboratório, ou médico administrador)” (Mezomo, 2001, p. 229).

Porém, o que é importante ser destacado é que todo paciente é consumidor de um serviço, o que o caracteriza como um cliente. Assim, paciente é a pessoa que está sendo assistida pelo médico e cliente é a pessoa que procura o médico, espera por ele e, enfim, recebe o atendimento médico (Ratinecas, 2003).

Dessa forma, todo paciente é um cliente, parecendo, então, ser mais apropriado referir-se a ele como paciente/cliente, possibilitando um melhor entendimento das suas necessidades e expectativas, além de uma melhor compreensão de como satisfazê-lo.

Os pacientes/clientes das organizações de saúde podem, segundo a Revista Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde (2001), serem classificados em três categorias:

1. Usuários Primários (usuários finais)

- Paciente
- Famílias
- Médicos

2. Usuários Secundários (pagadores ou reguladores)

- Fontes pagadoras
- Reguladoras

3. Usuários Auxiliares

- Empregados
- Supervisores
- Fornecedores
- Contratantes

Diante destes inúmeros atores que estão envolvidos no conceito de cliente nos serviços de saúde, será objeto de estudo desta dissertação a qualidade dos serviços de saúde voltada para o paciente/cliente.

3.5.1 O paciente/cliente e a qualidade nos serviços de saúde

Ao procurar um atendimento médico ou de assistência a sua saúde, o paciente/cliente geralmente se encontra em um estado de desequilíbrio com algum dos aspectos da sua vida, colocando-se, portanto, em uma situação de dependência em relação ao sistema que o acolhe.

É, supostamente, o profissional de saúde, quem será o detentor do conhecimento capaz de fornecer respostas ou soluções às demandas desses pacientes/clientes, cabendo apenas a organização prestadora dos serviços a missão de propiciar um relacionamento adequado entre o paciente/cliente e o profissional de saúde.

Porém, o que pode ser percebido é que as necessidades e expectativas dos pacientes/clientes, em relação aos serviços médicos prestados, variam a cada um deles, por apresentarem histórias de vida individual, decorrendo, assim, em diferentes reações.

Dessa forma, surge uma importante necessidade de se ter uma maior familiarização com o paciente/cliente quanto indivíduo, buscando um maior conhecimento do caminho que esta sendo construído para melhor entender e atender as suas necessidades.

Para tanto, observa-se ser necessário uma parceria entre o médico e o paciente/cliente, que devem trabalhar juntos, compartilhando decisões, de forma a melhor combinar as expectativas deste paciente/cliente à realidade de recursos do profissional, pois, como afirma Davis (1994), o médico, seguido de imediato por todos os demais profissionais de saúde, como enfermagem, auxiliares, atendentes, nutricionistas, recepcionistas, precisa entender que o tratamento digno para com seu paciente é, antes de tudo, uma obrigação de ofício.

Tais esforços, por sua vez, devem ser compatíveis aos diferentes tipos de pacientes/clientes e aos diversos fatores que os fazem escolher um determinado serviço

médico, cabendo aos profissionais, que constituem este serviço, à função de saber atender bem a todos os pacientes/clientes, sendo, para tanto, necessário conhecer como eles pensam e agem.

Portanto, torna-se oportuno conhecer os diferentes tipos de pacientes/clientes de um serviço de saúde, assim como os diferentes tipos de temperamento que estes pacientes/clientes podem apresentar.

3.5.1.1 Tipos de pacientes/clientes

A partir de um estudo realizado por Gregory P. Stony, em 1954, em relação aos tipos de clientes, foram identificados quatro tipos de pacientes/clientes em relação ao atendimento médico:

- **Econômico:** Este tipo de paciente/cliente é o mais exigente, procuram obter o melhor atendimento e tratamento, por acreditar estar desperdiçando tempo, dinheiro e esforço físico por estarem ali. Geralmente este tipo de paciente/cliente espera muito mais do serviço do que ele de fato pode aparecer.
- **Ético:** Este tipo de paciente/cliente costuma acreditar no médico pela sua competência, normalmente não exige tanto do atendimento prestado, por já ter referência do mesmo ou por já conhecê-lo. Assim, o paciente/cliente ético costuma ter uma grande expectativa em relação ao resultado do atendimento, não se preocupando, portanto, com a carreira pregressa do médico.
- **Conveniência:** Estes pacientes/clientes apresentam comportamento inverso ao paciente/cliente ético, valorizando e se dispondo a pagar mais pelo nome e carreira pregressa do médico do que o trabalho apresentado por ele.
- **Individualizado:** Este tipo de paciente/cliente deseja um atendimento que o individualize como pessoa e não somente como mais um comprador de serviço. Assim, ele deseja que o médico conheça sua história, converse com ele durante a consulta, o chame pelo nome, ou seja, o valorize como um indivíduo e não somente como um cliente que está pagando para ser atendido.

O que se pode constatar é que, atualmente, os tipos de pacientes mais freqüentes nos serviços de saúde e o que mais exigem qualidade, são os pacientes/clientes do tipo econômico e, principalmente, do tipo individualizado.

Porém, o que se pode concluir é que a partir desta abordagem dos tipos de pacientes/clientes que se passa a perceber, mais claramente, a difícil missão da gestão dos

serviços de saúde na busca pela prestação de um atendimento de qualidade, que atenda as mais diversas necessidades desses pacientes/clientes.

3.5.1.2 Temperamentos dos pacientes/clientes

Segundo Ferreira da Silva (2001), os pacientes/clientes podem apresentar diferentes tipos de temperamento decorrente do comportamento desprendido por eles.

O primeiro tipo de temperamento observado nos pacientes/cliente é o temperamento colérico (determinados, dominadores, impulsivos), caracterizado pela tentativa do paciente/cliente de dominar a situação diante de colocações feitas pelo médico, que possam vim a contrariar as suas expectativas ou idéias. Neste caso o paciente/cliente tende a contrargumentar ou não aceitar as colocações médicas, podendo não seguir as orientações prescritas, e até mesmo buscar outro profissional que corrobore suas idéias.

O segundo tipo de temperamento pode ser caracterizado como fleumático (tranqüilos, observadores, passivos, dedutivos). Neste caso, os paciente/clientes costumam aceitar as colocações médicas, mas pensando metodicamente e cuidadosamente a respeito. Estes pacientes/clientes refletem, procurando novos dados que lhes permitam avaliar melhor a situação, levando um tempo maior para absorver tudo o que ouviram.

Os pacientes/clientes também podem apresentar um temperamento melancólico (sensíveis, emotivos, intuitivos, geralmente desenvolvendo relacionamentos pouco numerosos, porém, profundos) requerendo, portanto, um cuidado maior no modo de informá-los, sobretudo quando as informações podem gerar algum tipo de medo ou ansiedade, pois tendem a ficar deprimidos. Neste caso, torna-se muito importante fazer com que tais pacientes/clientes se sintam seguros em relação ao profissional médico, de modo que eles estejam certos de que todos os recursos possíveis e necessários serão utilizados para lidar com a sua situação.

No caso dos pacientes/clientes com temperamento sanguíneo (sedutores, atraentes, de relacionamentos fáceis e numerosos, porém tendendo a superficiais) pode-se verificar uma maior facilidade na aceitação de argumentos e orientações médica, embora não se possa dizer que eles estejam realmente convencidos de tudo o que o profissional médico diz, podendo até não seguir de forma correta as orientações médicas.

Estes diferentes temperamentos que os pacientes/clientes podem apresentar ao consumir um serviço médico, mostra ser oportuno ser conhecido, na medida que saber como lidar com eles amplia as chances de melhor atender às necessidades e às expectativas dos pacientes/clientes.

Então, a partir dos diferentes temperamentos dos pacientes/clientes, que o processo de escolha pelo serviço médico, mostra ser, na maioria das vezes, um processo demorado, constituído de várias etapas, cabendo aos serviços de saúde conhecê-lo para que possa melhor captar e a fidelizar os seus pacientes/clientes.

Dessa forma, cabe aos profissionais de saúde avaliar quais os fatores que influenciam o processo de decisão dos pacientes/clientes, entendendo como eles agem, de modo que seja então possível um tratamento mais adequado a estes pacientes/clientes.

3.5.2 Paciente/cliente: necessidades, expectativas e satisfação

A preocupação com a satisfação do paciente/cliente vem ganhando importância crescente na área de saúde. Porém, para satisfazer o paciente/cliente é necessário atender as suas necessidades, que podem ser serviços específicos requeridos (“eu preciso”), ou até mesmo, superar as expectativas (“eu quero”) que estes pacientes/clientes têm em relação aos serviços (Saúde & Cidadania, 2001).

Assim, segundo Miotto Júnior (2000) a boa qualidade de um serviço é percebida quando a qualidade experimentada atende as expectativas do cliente, ou seja, à qualidade esperada. Se as expectativas forem muito altas, a qualidade total percebida será baixa mesmo se a qualidade experimentada, medida em forma objetiva, for considerada boa.

Dessa forma, como a percepção da qualidade tem a relação direta com as expectativas do cliente, as empresas devem sempre pesquisar o que os seus clientes querem e quais são as suas expectativas em relação ao produto.

Sendo assim, Miotto Júnior (2000) destaca quais são os aspectos mais importantes, segundo pesquisas realizadas, que determinam a boa qualidade percebida do serviço. Estes aspectos serão listados a seguir:

- 1) Profissionalismo e habilidade: Os clientes subentendem que todos os recursos que compõem o serviço possuem o conhecimento e as habilidades necessárias para solucionar profissionalmente seus problemas.
- 2) Atitude e comportamento: Os clientes esperam que os prestadores de serviço estejam preocupados com seu bem estar e procuram solucionar os seus problemas de forma amigável.
- 3) Facilidade de acesso e flexibilidade: Os clientes esperam que todos os recursos do serviço sejam projetados para operarem de forma a facilitar o acesso aos serviços, além de estarem preparados para atender a demanda e aos desejos do cliente de forma flexível.

- 4) **Confiabilidade e honestidade:** Os clientes esperam que o serviço como um todo acolha os seus desejos e que as promessas estabelecidas pela empresa possam ser honradas, perante um desempenho coerente com os melhores interesses do cliente.
- 5) **Recuperação:** O cliente espera que a empresa tome atitudes imediatas diante de acontecimentos imprevistos ou de resultados indesejados, procurando manter o controle da situação ou encontrar soluções aceitáveis.
- 6) **Reputação e credibilidade:** Os clientes esperam que o serviço que lhe for prestado seja coerente com a confiança que lhe foi dada, com o valor pago e que representem um bom nível de desempenho e valores que possam ser compartilhados entre o cliente e o prestador do serviço.

Porém, é importante destacar que a avaliação do paciente, em relação à satisfação pelo serviço médico prestado pode variar bastante ao longo de todo o contato que o mesmo tem com o serviço. Qualquer episódio, no qual o cliente entra em contato com qualquer aspecto da organização, pode formar alguma opinião sobre a qualidade da prestação desses serviços.

Assim, a qualidade da interação entre o provedor do serviço de saúde e o seu receptor mostra ser crítica, no sentido de ser de fundamental importância. Dessa forma, apesar das novas tecnologias existentes nos sistemas de serviço de saúde, de um modo geral, a atividade dentro desses deve ser caracterizada pelo humanismo, a partir do momento que os pacientes não esperam apenas conseguir e receber a última palavra da tecnologia e de profissionais competentes, porém uma cultura na qual o ponto principal é a atenção prestada ao enfermo.

Portanto, qualquer programa de qualidade em um sistema de serviço de saúde precisa dar atenção suficiente às funções técnicas, preocupando-se, sobretudo, com as funções não-técnicas do processo de execução do serviço de saúde. Esse aspecto é de grande importância, pois se o provedor do serviço não atende qualquer um dos pontos da cadeia de experiência do paciente, pode se apagar todas as boas experiências que ele teve ao longo da cadeia.

Porém, caso consiga-se atender aos pontos da cadeia de experiência do paciente, acredita-se que ele não só ficará satisfeito como também transmitirá a experiência para outros potenciais pacientes.

Slack (1997) também propôs alguns componentes que irão agir como fatores influenciadores das expectativas do paciente/cliente.

É justamente a partir destes fatores influenciadores, que irão se formar a expectativa do paciente/cliente, que poderá ser provinda, por exemplo, da propaganda ou de informações de pacientes e amigos.

É, ainda, através da análise destes fatores influenciadores, que se torna possível saber se essa expectativa do paciente/cliente foi atendida ou até mesmo superada, após a consumação do serviço prestado.

Todo esta influência ressaltada, dos fatores influenciadores agindo sobre a expectativa do paciente/cliente, será ilustrada na figura 3.1 a seguir, assim como, será apresentada uma breve dissertação de cada um destes fatores logo posteriormente.

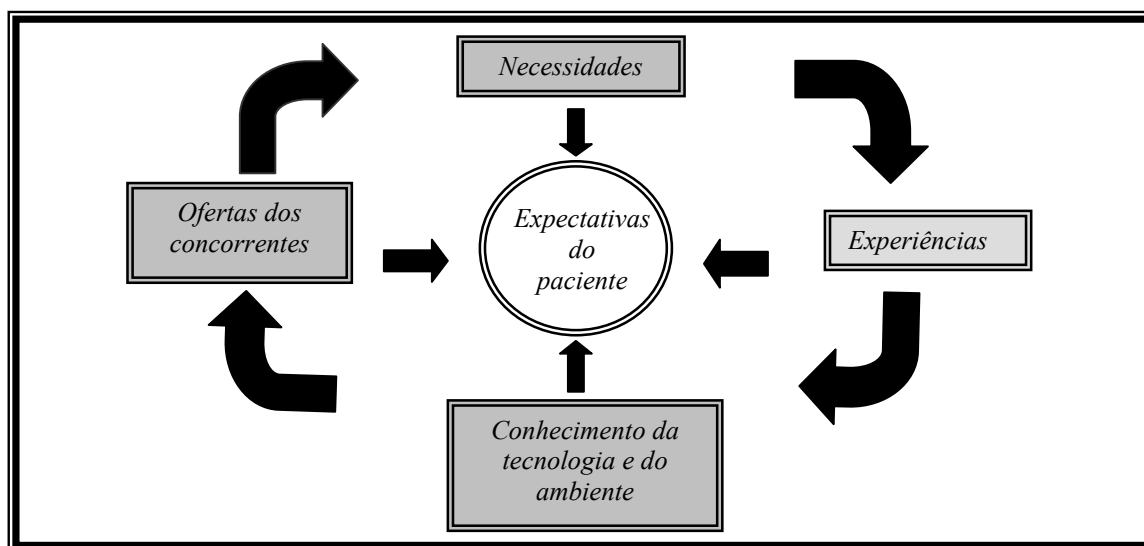


Figura 3.1: Fatores influenciando as expectativas do paciente.

Fonte: Slack (1997)

O fator influenciador **necessidade** diz respeito à necessidade de aliviar um problema relacionado com a sua própria saúde, ficar curado ou, ao menos, interromper a velocidade de progressão de uma certa enfermidade é de extrema importância na definição das expectativas do paciente.

O fator **experiências** relaciona-se a tudo o que o paciente já experimentou ou encontrou no passado ao receber o serviço de saúde.

O fator **conhecimento da tecnologia e do ambiente** refere-se ao ponto até o qual o paciente sabe que tipos de serviços são disponíveis, o escopo de tais serviços, incluindo os riscos e o nível tecnológico em que esses serviços são oferecidos passam a ser uma preocupação, inclusive para o sistema de serviço de saúde.

O sistema de serviço de saúde não pode, de forma alguma, negligenciar o conhecimento sobre as experiências de outras pessoas como, por exemplo, dos amigos, dos parentes e dos visitantes em geral.

O fator **ofertas da concorrência** está relacionado ao conhecimento sobre o que fazem outras organizações do serviço de saúde, o que oferecem e o que permitem pode ter um enorme impacto nas expectativas dos clientes.

É possível se observar que dentre os componentes apresentados, dois deles mostram ser cruciais para a tomada de decisão do paciente/cliente, estes componentes são: o conhecimento técnico e a qualidade de atendimento.

Porém, é importante salientar que estes fatores ainda podem variar de acordo com o tipo de paciente/cliente que irão procurar os serviços de saúde.

Dessa forma, o que se pode concluir é que o conhecimento desses fatores, que influenciam a expectativa do paciente/cliente, mostra ser de grande importância, na medida que a satisfação ou não-satisfação do paciente/cliente é decisória para o sucesso da organização.

3.5.3 O paciente/cliente e a escolha do serviço médico

O sistema de escolha de um serviço médico pelo paciente/cliente pode ser algo rápido ou complexo. Este processo de escolha pode decorrer de oito etapas importantes, inerentes ao processo: reconhecimento do problema, pesquisa, interferência de intermediários, avaliação das alternativas, escolha, confirmação da escolha, qualidade percebida e retorno ao profissional (Gregório, 2002).

O reconhecimento do problema pelo paciente/cliente ocorre quando este apresenta alguma alteração em seu organismo e, então, reconhece que precisa de um profissional para lhe apresentar uma solução, concretizando-se a decisão de procurar por um médico.

A partir daí, o paciente/cliente começa a fazer uma pesquisa, que normalmente se restringe aos amigos e familiares, em busca de um serviço médico que seja considerado de qualidade. Neste momento pode haver uma interferência de intermediários, como dos planos de saúde, no momento da decisão, mas se o paciente/cliente perceber que está perdendo um serviço de qualidade, ele não mais relevará este aspecto.

Assim, diante das alternativas provindas da pesquisa, o paciente/cliente faz sua avaliação e escolha. Caso a qualidade do serviço escolhido não seja percebida pelo paciente/cliente, a escolha final será diferente da próxima vez, fazendo com que ele opte por um serviço mais personalizado, que apresente uma melhor qualidade; mas se o serviço que lhe foi prestado atendeu a sua expectativa, então, o paciente/cliente deve retornar ao serviço, fidelizando sua escolha.

O que se pode perceber é que neste processo de avaliação e escolha do serviço de saúde, questões sociais, econômicas e culturais aparentam ser, também, fatores influenciadores. Então, é dessa forma que a classe social e o ambiente em que os pacientes/clientes estão inseridos mostram refletir nas opções que os pacientes/clientes têm para obter um atendimento médico adequado.

Dessa forma, mostra ser oportuno classificar os pacientes/clientes, de acordo com as características do setor saúde brasileiro, da seguinte maneira: os que dependem do Sistema Único de Saúde (SUS), os que possuem convênios, e os particulares, que pagam o próprio tratamento (Gregório, 2002).

Os pacientes que são atendidos no SUS são em sua grande maioria das classes C, D e E, representando 120 milhões de brasileiros, ou seja, 70,5% de todos os habitantes do país. Embora seja a grande maioria dos pacientes/clientes pertencentes a esta classe, não é objetivo desta dissertação estudar a qualidade dos serviços de saúde para este universo da população, devido às características ímpares apresentadas pelas organizações que atendem a esta classe.

Outra classe de pacientes/clientes é a dos conveniados aos planos de saúde, que se concentram, em geral, nas grandes cidades, englobando, por sua vez, as classes A e B. Observa-se que as classes C e D também fazem parte deste 30 milhões de pessoas, ou de 17,6% da população, decorrente dessas classes serem representadas por funcionários de empresas conveniadas a planos de saúde.

A característica principal desta categoria de pacientes/clientes é a existência de um grande esforço em conjugar os serviços oferecidos pelos convênios com o atendimento médico desejado, resultando, em geral, na insatisfação do paciente/cliente que percebe uma clara distinção entre o tratamento do tipo particular para o de convênios.

Enfim, os pacientes/clientes considerados mais exigentes são os consumidores do tipo de tratamento denominado particular. Este grupo de pacientes/clientes, como estão custeando o seu tratamento por conta própria, exige um melhor atendimento e a solução mais adequada para os seus problemas. Como este tipo de tratamento pode ser utilizado a qualquer momento e por qualquer classe social, mesmo sendo este um tratamento de custo elevado, torna-se impreciso a mensuração do número de pessoas e, também, da classe social pertencente a esta categoria.

Portanto, para se entender a escolha de um serviço médico é necessário ser levado em consideração uma série de particularidades inerentes a este setor, que englobam não apenas aspectos técnicos, mas também, aspectos sociais, culturais e econômicos.

3.5.4 A interação médico-paciente: o papel dos hospitais e da profissão médica

A interação existente entre o médico e o paciente/cliente apresenta ser um fator de grande importância para o desenvolvimento e aprimoramento de novas tecnologias, na medida que surgem novos procedimentos clínicos, que irão influenciar todo o sistema de saúde e resultar na qualidade dos serviços deste setor.

Assim, no processo de atendimento a cada paciente/cliente, por um médico, o conhecimento clínico deste tende a aumentar ou, pelo menos, aperfeiçoar diante das novas experiências que podem ser absorvidas dessa interação, concretizando, dessa forma, como a prática clínica mostra ser um fator fundamental.

Para um melhor entendimento, vários exemplos podem ser citados, como no caso da droga Minoxidil utilizada para hipertensão, um “efeito colateral” apresentado pela droga fez com que a prática médica constatasse que o medicamento poderia ser utilizado para uma nova indicação, passando a partir daí a ser prescrito também nos casos de calvície. Outro exemplo é o caso da droga Sildenafil (Viagra) antes indicado para hipertensão e, posteriormente, observado a sua eficácia nos casos de impotência sexual.

Diante das diversas contribuições que poderiam ser citadas, verifica-se que a qualidade da formação médica deve incidir sobre a contribuição que a profissão pode oferecer a essa interação crucial para o desenvolvimento tecnológico do setor.

Dessa forma, é justamente através dessa interação, entre o sistema de inovação no setor saúde e os sistemas de bem-estar-social, que se observa que a forma de organização das atividades do setor pode afetar o volume e a qualidade dessa contribuição potencial.

3.6 Indicadores para aumentar a satisfação do paciente/cliente

A qualidade dos serviços de saúde pode ser avaliada, segundo Mezomo (2001), a partir da análise dos seus indicadores de estrutura (planta física, recursos humanos, materiais disponíveis), de processo (clínicos e administrativos) e de resultado (serviços e satisfação do cliente).

Os indicadores já bastante conhecidos e utilizados são os indicadores de saúde, que podem ser entendidos segundo Rouquayrol (apud Saúde & Cidadania, 2003, p. 44) como “parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como de fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas

do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo”.

Os indicadores de saúde permitem o estabelecimento de padrões e o acompanhamento da sua evolução ao longo dos anos. São eles que irão retratar como estão as condições básicas do setor saúde, que devem, por sua vez, apresentar índices satisfatórios para que se possa pensar na qualidade dos serviços de saúde globalmente.

Os indicadores podem e devem ser utilizados como ferramentas para auxiliar o gerenciamento da qualidade. Indicadores de saúde da população associados a indicadores econômicos, financeiros, de produção, de recursos humanos, de qualidade de assistência propriamente dita, isto é, relacionados a determinadas doenças, auxiliam na avaliação de programas e serviços (Saúde e Cidadania, 2003, p.2).

Os indicadores de qualidade dos serviços devem ser criados e validados a partir de uma administração capacitada, totalmente comprometida com o processo de mudança e de melhoria contínua, além de dotada de uma liderança que lhe dê condições de envolver todas as pessoas em torno de objetivos.

Indicadores, portanto, “devem ser utilizados como instrumento de gerenciamento da empresa, fornecendo subsídios para o planejamento do negócio, para a tomada de decisões, para os processos de prevenção e para a melhoria da qualidade e da produtividade” (Mello e Camargo, 1998, p. 137).

Para analisar, especificamente, a qualidade dos serviços de saúde no geral, pode-se utilizar indicadores que analisem, por exemplo, as várias dimensões da qualidade como as oito dimensões da qualidade proposta por Garvin (1991): Desempenho, Característica, Conformidade, Durabilidade, Credibilidade, Atendimento, Estética e Qualidade Percebida.

Os indicadores são meios essenciais para a melhoria da qualidade dos serviços, eles são determinados a partir do “*feedback*” dos clientes, consumidores, prestadores de serviços e da visão dos empresários (Andrade, 2001). Dessa forma, para analisar a qualidade dos serviços de saúde o uso de indicadores mostra ser uma condição básica.

Porém, para que os indicadores sejam ferramentas úteis, devem ser produzidos com regularidade para a formação de séries temporais que permitam visualizar tendências no tempo, devendo, ainda, focar qualquer área ou especialidade, possibilitando até comparações internacionais.

Os indicadores a serem desenvolvidos por esta dissertação, para medir a qualidade dos serviços de saúde, serão indicadores basicamente de resultado, situados no ambiente “*on-line*”, por estarem justamente centrados na satisfação do paciente/cliente. Estes indicadores,

derivados dos modelos do ambiente da qualidade, são considerados por Paladini (1994) os melhores indicadores para se iniciar a organização da forma de medir a qualidade.

3.7 Considerações sobre este capítulo

O presente capítulo buscou apresentar um panorama atual do setor saúde, ressaltando, inicialmente, como está a qualidade dos serviços prestados neste setor.

Para tanto, tornou-se necessário a apresentação de conceitos da qualidade voltada para o setor saúde, assim como, de algumas ferramentas da qualidade que auxiliam na gestão da qualidade desses serviços.

Outros conceitos, abordagens e classificações foram também apresentados, sempre voltados para um enfoque no paciente/cliente, possibilitando, assim, que fosse examinado o quão complexo demonstra ser o processo de atendimento médico no setor saúde.

Assim, através do desenvolvimento deste capítulo, foi possível ser observado o quanto há ainda para ser melhorado neste setor, de forma que os serviços prestados possam atender aos anseios dos seus pacientes/clientes, que cada vez mais exigem a satisfação plena de suas necessidades e expectativas.

Dessa forma, é importante que os profissionais que prestam os serviços de saúde possam desenvolver uma gestão da qualidade com base em padrões bem estabelecidos, com foco na qualidade e ênfase no paciente/cliente.

É necessário, ainda, que as organizações do setor saúde busquem mais certificações que representem a busca pela qualidade e utilizem mais ferramentas da qualidade, como os indicadores, para obter a excelência dos serviços prestados a seu paciente/cliente.

CAPÍTULO 4
METODOLOGIA

4. METODOLOGIA

O presente capítulo tem como objetivo apresentar a metodologia utilizada para o desenvolvimento deste trabalho de dissertação, assim como, apresentar todos os resultados obtidos que possibilitaram o alcance dos objetivos propostos.

Inicialmente, foi realizada uma Pesquisa Exploratória, realizando-se um levantamento bibliográfico dos assuntos relacionados com o problema da pesquisa, buscando colher um maior número de informações disponíveis e, conseqüentemente, promover um maior conhecimento sobre o tema, de forma a proporcionar subsídios para o desenvolvimento de toda a pesquisa e a obtenção dos resultados.

A metodologia utilizada é baseada num método de Pesquisa Descritiva Conclusiva, buscando observar, registrar, analisar e correlacionar os fenômenos ou fatos dentro do problema de pesquisa, utilizando-se, para tanto, do método de Estudo de Campo para verificar quais os atributos, no ponto de vista do paciente/cliente, determinam a qualidade dos serviços de saúde.

Para o método estudo de campo, optou-se pela realização de um tipo de pesquisa qualitativa, na medida que esta mostra ser a mais apropriada para analisar um nível de realidade que não pode ser quantificada, ou seja, analisar um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

Assim, a proposta metodológica a ser desenvolvida tem como finalidade a construção de indicadores que aumentem a satisfação do paciente/cliente, através da mensuração da qualidade dos serviços prestados sob o seu ponto de vista, buscando, dessa forma, auxiliar na gestão da qualidade dos serviços de saúde.

4.1 Etapas da pesquisa

Os indicadores a serem desenvolvidos por esta dissertação serão constituídos a partir das principais necessidades e expectativas apresentadas pelos pacientes/clientes em relação a qualidade dos serviços prestados por uma clínica.

Na tabela 4.1 abaixo, está apresentado qual tipo de indicadores serão elaborados nesta dissertação:

Tabela 4.1: Especificação do indicador a ser utilizado

Classificação do indicador	Ambiente da qualidade	Área-chave do negócio	Tipo-chave de indicadores
Indicador da qualidade	"on-line"	Cliente	Satisfação de clientes

Os indicadores da qualidade, obtidos junto ao paciente/cliente, serão elaborados com base nos requisitos evidenciado na abordagem de Paladini, apresentada no Capítulo 2 desta dissertação, a qual ressalta a relação do indicador com o ambiente de avaliação e a estrutura do indicador, podendo, ainda, serem representados por valores tanto qualitativos quanto quantitativos, a depender da natureza dos atributos eleitos pelos pacientes/clientes para caracterizar a qualidade da prestação do serviço de saúde.

Por sua vez, torna-se inicialmente oportuno se desenvolver uma proposta metodológica que possibilite a construção desses indicadores. Para tanto, algumas etapas são estabelecidas com base no ciclo de indicadores da qualidade, apresentado no Capítulo 2, como pode ser observado a seguir:

1. Inicialmente, a partir da realização de entrevistas estruturadas, serão levantados quais os atributos mais importantes, no ponto de vista do paciente/cliente, que caracterizam a qualidade da prestação de um serviço de saúde;
2. Em seguida, será pesquisado qual a importância de cada atributo mencionado, no ponto de vista do paciente/cliente, na determinação da qualidade do serviço prestado;
3. Posteriormente, será feito o agrupamento das respostas que apresentarem homogeneidade, totalizando, para cada categoria, a importância atribuída a cada atributo mencionado, com base nas etapas anteriores 1 e 2;
4. Finalmente, serão definidos indicadores “*on-line*” para cada categoria, classificando-os de acordo com as oito dimensões da qualidade proposta por Garvin, em 1992.

Estabelecido os indicadores, será feito um estudo de caso em uma clínica de saúde, considerada pelos pacientes/clientes líder no seu mercado de atuação, que irá quantificar ou qualificar cada indicador, definindo metas para cada um deles através de uma seção de “*benchmark*”.

Dessa forma, poderá ser realizado não só uma aplicabilidade dos indicadores da qualidade propostos, como também, ser traçado metas, através do “*benchmark*”, que servirão como referência para outras clínicas de saúde que utilizarem estes indicadores para analisarem a qualidade dos seus serviços.

Para uma melhor visualização da metodologia proposta, será apresentado, na figura 4.1 a seguir, um fluxograma que delineia, passo a passo, as etapas que serão desenvolvidas para o alcance do objetivo proposto por este trabalho de dissertação, finalizando no referido estudo de caso.

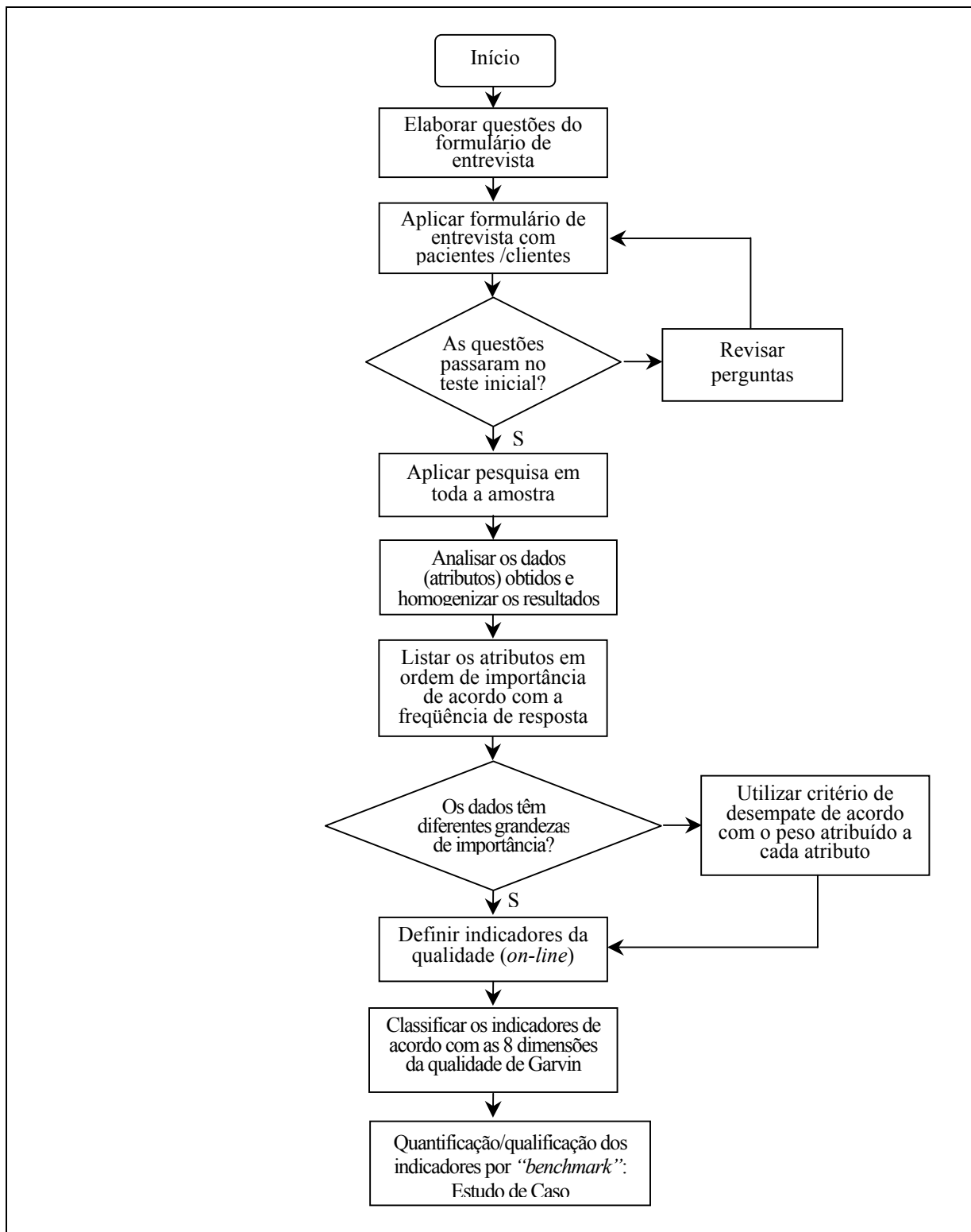


Figura 4.1: Etapas da Pesquisa

4.2 Delimitação da pesquisa

Para o desenvolvimento da proposta metodológica desta dissertação, torna-se conveniente delimitar o universo da pesquisa, respondendo as seguintes questões: Quem serão os consumidores pesquisados? Qual será a dimensão da área de pesquisa a ser estudada?

Os consumidores que serão pesquisados são aqueles que elegerão os principais atributos para determinar a qualidade de um serviço prestado por uma clínica, dessa forma, os consumidores que participarão da pesquisa serão os pacientes/clientes que consomem os serviços médicos da clínica.

A faixa etária dos entrevistados será determinada de acordo com a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS), que define diferentes classes de pacientes por faixa etária. Assim, segundo a OMS tem-se que:

- Pessoas com até 12 anos são classificadas como criança;
- Pessoas de 13 a 19 anos são classificadas como adolescente;
- Pessoas de 20 a 35 anos são classificadas como adulto jovem;
- Pessoas de 36 até 59 anos são classificadas como adulto;
- Pessoas acima de 59 anos são classificadas como idoso.

A partir desta classificação fica estabelecido como participantes da pesquisa apenas pacientes/clientes adulto jovem, adulto ou idoso, por considerar que é este grupo que apresenta poder de decisão próprio em relação a escolha do serviço.

Concomitantemente a este requisito, fica estabelecido que farão parte da pesquisa pacientes/clientes das classes sociais A, B e C, que já tenham utilizado os serviços de uma clínica de saúde, da rede particular, que atenda na forma de consulta sob hora marcada e que, também, apresente como público-alvo as classes sociais A, B e C.

Em relação a abrangência da área de pesquisa que será feita com os pacientes/clientes, fica determinado que ela se limitará a Região Metropolitana do Recife, por acreditar que é nesta região que está o maior número de consumidores que atendem os requisitos anteriormente estabelecidos, já que, segundo as informações do guia SOS Médicos, Dentistas, Clínicas e Hospitais (2003), é na Região Metropolitana do Recife que está concentrado o maior número de clínicas de todo o Estado de Pernambuco, cerca de 95% delas, com uma totalidade de 74 clínicas de diferentes especialidades.

4.3 Instrumental de pesquisa

As pesquisas que serão realizadas com os pacientes/clientes têm como objetivo conhecer as características qualitativas que eles consideram relevantes na prestação de um serviço de saúde. Dessa forma, a pesquisa realizada nesta fase será uma pesquisa qualitativa, que aprofunde os significados e as relações dos fenômenos estudados.

Para tanto, será utilizado um formulário de amostragem não probabilística, usando técnica coletora de dados com abordagem direta por meio de um roteiro de entrevista estruturada, contemplando as duas questões a seguir:

1. Quais são as cinco características mais importantes que determinam a qualidade de um serviço prestado por uma clínica particular?
2. Para cada característica mencionada, liste a de maior importância para a de menor importância.

As perguntas listadas anteriormente, que estarão contempladas no formulário de entrevista (Apêndice 2), serão feitas ao entrevistado de forma aberta, possibilitando que o mesmo possa expressar livremente a sua opinião, sendo apenas esclarecido, que as características listadas deverão ser relevantes a ponto de afetar na decisão de repetir a aquisição do serviço.

O formulário de entrevista, também, irá dispor de um campo com a solicitação da idade do entrevistado e de sua renda familiar, de forma que se possa ter certeza que o entrevistado preenche os requisitos que delimitam a pesquisa.

4.4 O tipo de amostragem

O tipo de amostragem selecionada foi determinado a partir da incerteza em se estimar a probabilidade que cada elemento relacionado deva ser incluído na amostra. Assim, com base nas informações disponíveis, passa-se a selecionar apenas um subgrupo da população considerado representativo de todo o universo.

A partir desse pressuposto, defini-se que a pesquisa que será realizada assumirá um critério de amostrador subjetivo, assumindo um procedimento de seleção não-probabilístico por tipicidade/intencionalidade.

Assim, o tamanho da amostra, que determina o número de entrevistas que serão realizadas com os pacientes/clientes, será baseada nos requisitos de uma pesquisa qualitativa, não considerando, portanto, a quantidade de entrevistas como fator determinante na significância do estudo.

4.4.1 Universo da pesquisa

Embora, o tamanho do universo da população não será determinante no tamanho da amostra a ser adotado por esta dissertação, mesmo assim, buscará se estimá-lo, no intuito de adquirir um maior conhecimento do ambiente no qual está se trabalhando.

Para tanto, foi utilizado o Guia SOS Médicos-Dentistas-Clínicas-Hospitais da Editora Brasileira de Guias Especiais – EBGE, para então se estimar o tamanho desse universo de pesquisa.

A referência adotada para se calcular a quantidade de pacientes/clientes que procuraram um serviço médico, em um ano, foi baseada na especialidade de Clínica Médica, na medida que esta apresenta uma maior concentração de médicos e também uma maior procura, pelo menos, em um primeiro momento, pelos pacientes/clientes.

Assim, foi constatada a existência de aproximadamente 560 Clínicos Gerais atuantes na Região Metropolitana do Recife, sendo, ainda, cerca de 95% deles localizados na cidade do Recife.

A partir desse referencial pôde-se estimar o universo da pesquisa através dos seguintes pressupostos:

- O número de horas trabalhadas por semana, em consultório, pelos médicos, é em média de 21 horas, ou seja, cerca de 1260 minutos;
- Considerando que cada consulta médica tem uma duração média de 30 minutos, tem-se, então, um número de 42 pacientes/clientes atendidos por semana, representando, aproximadamente, 168 pacientes/clientes atendidos ao mês.
- Sabendo-se que em média, em um mesmo mês, há uma incidência de 80% de novas consultas e de 20% de voltas, pode-se considerar no mês a existência de 134 (80% dos 168 pacientes/clientes atendidos ao mês) diferentes pacientes/clientes consultados.

Dessa forma, compreende-se que o universo da pesquisa pode ser representado por uma totalidade aproximada de 75.040 (560 clínicos pelos 134 pacientes/clientes consultados) pacientes/clientes.

4.4.2 Tamanho da amostra

O tamanho da amostra desta pesquisa de dissertação terá como referência os pressupostos apresentados na seção anterior, que aborda o tamanho do universo da pesquisa.

A princípio, o número de entrevistas a serem realizadas terá como base a média de pacientes/clientes consultados por um médico no mês, representando, então, uma totalidade de 134 entrevistas a serem desempenhadas.

4.5 Metodologia para análise dos dados

Após a realização das entrevistas com os pacientes/clientes, passa-se a enfatizar o processo de análise dos dados coletados com base no que os entrevistados disseram ser importantes para determinar a qualidade dos serviços de saúde.

A análise de dados nesta dissertação considera a simultaneidade da análise e da coleta dos dados, o que demonstra o caráter flexível do método qualitativo.

Para analisar e interpretar os dados obtidos durante a fase de pesquisa de campo será adotado os seguintes critérios:

- Homogeneização dos resultados da entrevista: reunião em grupos específicos das características que apresentam semelhança, agrupando-os em atributos genéricos. Esta etapa possibilitará uma melhor categorização dos resultados, procedimento bastante utilizado na pesquisa qualitativa, possibilitando classificar os resultados obtidos de acordo com as oito dimensões da qualidade proposta por Garvin;

- Ordenação das características que tiveram maior frequência de escolha, partindo daquelas que tiveram maior frequência de escolha, cerca de 70% das preferências, para as de menor frequência de escolha.

- Efetuar verificação através do critério de desempate para as características que apresentarem semelhança no percentual de frequência de escolha pelos pacientes/clientes. Para tanto, será atribuído peso de 1 a 5 a cada atributo mencionado, com base na importância estabelecida pelo entrevistado, de modo que a característica estabelecida como mais importante apresente peso 5, a de segunda maior importância peso 4 e assim conseqüentemente.

A tabela 4.2 a seguir detalha melhor como será feita esta análise de critério de desempate das características apontadas pelos pacientes/clientes:

Tabela 4.2.: Exemplo de critério de desempate

Fonte: Adaptado de Andrade, 2001.

CARACTERÍSTICA A			CARACTERÍSTICA B		
Peso	Frequência de respostas	Total	Peso	Frequência de respostas	Total
5	3	15	5	5	25
4	5	20	4	2	8
3	5	15	3	1	3
2	1	2	2	4	8
1	1	1	1	3	3
Total	15	53	Total	15	47

Nos casos em que os entrevistados não listarem as cinco características mais importantes que julguem essenciais para a qualidade de um serviço prestado por uma clínica, serão atribuídos pesos apenas aos atributos listados, partindo do maior peso para o de menor.

4.6 Metodologia para a definição dos indicadores “on-line”

A partir dos dados coletados da entrevista estruturada aplicada nos pacientes/clientes, serão estabelecidos indicadores “on-line”, classificando-os com base nas 8 dimensões da qualidade proposta por Garvin (1992): Desempenho, Características, Confiabilidade, Conformidade, Durabilidade, Estética e Qualidade Percebida

A definição dos indicadores poderá ser feita a partir da totalidade dos dados coletados na fase de entrevista, como também, a partir da seletividade dos dados mais representativos e/ou mais importantes, segundo avaliação do paciente/cliente.

Por sua vez, para determinação desses indicadores serão levados em consideração os principais critérios, apontados por Takashina e Flores, para determinação de um indicador, buscando assegurar a disponibilidade dos dados coletados e dos resultados mais relevantes, no menor tempo possível e ao menor custo.

Os indicadores da qualidade definidos serão mensurados, através de uma seção de “benchmark”, por uma clínica de endocrinologia reconhecida no mercado em que atua, possibilitando que sejam estabelecidas metas para os indicadores traçados.

Dessa forma, será possível a realização de um estudo de caso dos indicadores da qualidade propostos por esta dissertação, permitindo que outras clínicas ao utilizarem esta ferramenta, possam avaliar a qualidade dos serviços prestados em relação as metas de uma clínica que detém a liderança do mercado.

4.7 Pré-teste

Após a definição do tamanho da amostra, foi realizado um pré-teste com o formulário de entrevista (Apêndice 1) a ser utilizado. Para tanto, considerou-se 5% do tamanho da amostra definida para que pudessem ser verificadas eventuais falhas.

Dessa forma, pôde-se constatar que a primeira pergunta do formulário (Quais são as cinco características mais importantes que determinam a qualidade de um serviço prestado por uma clínica?) não estava deixando claro para o entrevistado sobre a natureza do serviço que a pesquisa estava referenciando.

Sendo assim esta questão pôde ser mais bem elaborada, passando a ser apresentada em um novo modelo de formulário (Apêndice 2) da seguinte forma: Quais são as cinco características mais importantes que determinam a qualidade de um serviço prestado por uma clínica particular, que atenda seus pacientes na forma de consulta sob hora marcada?

4.8 Análise dos dados

Através da análise e interpretação das respostas obtidas com a realização das entrevistas com os pacientes/clientes, será então feita a homogeneização dos dados, agrupando-os em categorias específicas aqueles que apresentam semelhança.

Sendo assim, é definido a seguir, em categorias, os principais atributos eleitos pelos pacientes/clientes entrevistados, que determinam a qualidade do serviço prestado por uma clínica, destacando o que representa cada uma das categorias:

1. Assiduidade: Demonstra a qualidade do atendimento a partir assiduidade do médico em relação as consultas marcadas, como também, a certeza de ser atendido pelo profissional escolhido. As respostas dos entrevistados para esta categoria foram: ser atendido pelo médico para a qual a consulta foi marcada, que o médico seja realmente o procurado, certeza da consulta e assiduidade.
2. Competência Profissional do Médico: Esta categoria representa as respostas que consideram a qualidade a partir da capacidade técnica do médico, como: confiança no médico, competência médica, formação médica, capacidade do médico, qualidade do médico, médico qualificado, conduta profissional, qualidade técnica do médico, resultados precisos, experiência médica, eficiente e eficaz, bom profissional e qualidade do profissional.
3. Comprometimento do profissional: Esta categoria considera a qualidade do atendimento em relação a preocupação que o médico tem com os resultados da

consulta na solução do problema do paciente/cliente. As respostas apresentadas pelos entrevistados foram do tipo: responsabilidade, atendimento minucioso e honestidade.

4. Compromisso com o Paciente/Cliente: Esta categoria engloba respostas que avaliam a qualidade do serviço a partir do comprometimento que o médico e demais funcionários da clínica tem com o paciente/cliente. Esta categoria é representada por respostas como: em caso de atraso, a atendente e o médico devem explicar/comunicar ao paciente, comunicação ao paciente quando houver falta ou atraso do médico.
5. Comunicação Médico-Paciente: Esta categoria demonstra a qualidade a partir do canal de comunicação existente entre o médico e o paciente/cliente, sendo evidenciado através de respostas dos entrevistados do tipo: disponibilidade de explicar procedimentos adotados, ser claro e objetivo, relação mais explicativa entre o médico e o paciente, interação médico-paciente, orientar o paciente, médico que escute o paciente, diálogo com o paciente, ouvir o paciente, comunicação e boa explicação dos exames e/ou patologia.
6. Custo da Consulta: As respostas apresentadas pelos entrevistados que formam esta categoria demonstram a qualidade a partir do valor cobrado ao paciente/cliente pela consulta. As repostas para esta categoria são expressas pelos entrevistados como: custo da consulta, convênios, preço popular, preço, facilidade de pagamento, preço acessível, facilidade de pagamento e preço da consulta.
7. Disponibilidade Médica: Esta categoria menciona a qualidade a partir da disponibilidade de horário de consulta, resultando nas seguintes respostas: facilidade em marcar consulta, horário acessível, horário da consulta, disposição dos horários de atendimento (sistema flexível: manhã, tarde e noite) e facilidade para antecipar consultas.
8. Disposição do médico: Esta categoria determina a qualidade de uma clínica com base na relação que o médico tem com o seu paciente/cliente, ou seja, esta categoria se refere às respostas apresentadas pelos entrevistados que expressam a qualidade a partir do atendimento médico prestado ao paciente/cliente. As respostas que representam esta categoria são: tratamento com o paciente, dar valor ao que o paciente expressa, atender o paciente com atenção e de forma educada, simpatia do médico, ser prestativo, bom humor, atendimento do médico, cortesia com o paciente, bom atendimento, qualidade no atendimento, cordialidade, nível de

- atendimento no consultório, agilidade, melhor atendimento, atenção, relação médico-paciente e profissionalismo.
9. Disposição dos Profissionais de Apoio: Esta categoria envolve todas as respostas apresentadas pelos entrevistados que expressam a qualidade a partir do atendimento prestado ao paciente/cliente por todos os profissionais que compõe o corpo de funcionários da clínica, com exceção do médico. As respostas apresentadas pelos entrevistados e englobadas nesta categoria foram: profissionalismo, atendimento, cortesia com o paciente, bom humor, atendimento na recepção, qualidade no atendimento, atendimento personalizado, tratamento com o paciente, simpatia, ser prestativo, cortesia com o paciente, bom atendimento, cordialidade, nível de atendimento do consultório, agilidade, melhor atendimento, recepção dos clientes e atenção.
 10. Duração da consulta: Esta categoria representa o tempo que o médico leva para atender cada paciente/cliente como fator determinante da qualidade da prestação do serviço. As respostas dos entrevistados que englobam esta categoria são: dimensionamento do tempo da consulta compatível com a natureza, controle do médico do tempo de consulta, não ser muito rápido, tempo adequado para cada consulta, responsabilidade e tempo de duração da consulta.
 11. Envolvimento com o tratamento: Esta categoria demonstra a qualidade do atendimento a partir do envolvimento do médico com o tratamento do paciente/cliente. As respostas que denotam esta categoria são: interesse em dar continuidade ao tratamento.
 12. Estacionamento: Esta categoria avalia a qualidade do atendimento com base na disponibilidade de estacionamento para os pacientes/clientes, sendo representada por respostas como: facilidade de estacionamento, estacionamento amplo e disponibilidade de estacionamento.
 13. Estrutura interna da Clínica: Esta categoria considera a qualidade a partir das instalações físicas do local, sendo representada pelos entrevistados através de respostas como: instalações, aspectos físicos, sala se espera agradável, instalações físicas, ambiente, conforto, infra-estrutura, climatização, otimizar instalações, ambiente (sala de espera) confortável, instalações confortáveis, ambiente agradável e aspecto ambiental.
 14. Facilidade de acesso: Esta categoria considera, com base nas respostas dos entrevistados, a qualidade do atendimento também pelas condições de acesso ao

- serviço. As respostas para esta categoria foram expressas por: local de fácil acesso, acesso e localização.
15. Higiene da Clínica: Esta categoria representa aspectos voltados para a higiene do local e dos profissionais da clínica, assim como, os procedimentos utilizados para atender o paciente/cliente. As respostas apresentadas foram: higiene, batas e lençóis descartáveis, aparência do fardamento, higiene do ambiente, limpeza, local higiênico, apresentação do local.
 16. Pontualidade: Esta categoria considera as respostas apresentadas pelos entrevistados em relação ao cumprimento do horário marcado com o paciente/cliente. As respostas desta categoria foram do tipo: pontualidade, respeito a hora marcada da consulta, pontualidade do atendimento, economia de tempo, rigor no horário (do médico), respeito ao horário agendado, cumprimento dos horários, organização do horário, atender na hora marcada, agilidade da consulta e atendente cumprido a programação.
 17. Preparação do Profissional de Apoio: Esta categoria considera a qualidade do atendimento com base na formação educacional dos profissionais de apoio da clínica. Esta categoria engloba respostas do tipo: atendentes qualificados, pessoas treinadas, formação da equipe médica e funcionários da clínica capacitados.
 18. Prestígio: Esta categoria representa as respostas que consideram a qualidade a partir da fama/reputação da clínica e/ou do médico. As respostas apresentadas pelos entrevistados que englobam esta categoria são: profissional conhecido e conhecer e ter referência do médico.
 19. Respeito Humano: Esta categoria expressa a qualidade do serviço a partir do quanto os profissionais da clínica valorizam questões de natureza emocional/humana do paciente/cliente. As respostas que sintetizam esta categoria são: tratamento humanizado, empatia/relação humana, respeito ao cliente, respeito humano, humanidade do médico e relação médico-paciente.
 20. Segurança. Esta categoria demonstra a qualidade do serviço prestado a partir da segurança que a clínica oferece para os seus paciente/clientes, sendo representada por respostas como: segurança e segurança no acesso a clínica.
 21. Tecnologia: Esta categoria está relacionada aos equipamentos destinados a exames clínicos, sendo representada por respostas do tipo: tecnologia dos equipamentos, aspectos tecnológicos e equipamento.

As respostas fornecidas pelos entrevistados apontam quais são os principais aspectos que vão determinar a qualidade do serviço de uma clínica no ponto de vista do paciente/cliente.

Na tabela 4.3 a seguir é dado um exemplo de como será feita, após a homogeneização dos resultados, a contabilização dos dados provindos das entrevistas realizadas.

Tabela 4.3: Exemplo de contabilização dos resultados

Categoria	Frequência de respostas	Total por frequência de resposta	Peso	Total por peso	Critério de desempate	%
Disposição dos Profissionais de Apoio	20	94	5	100	292	70%
	18		4	72		
	20		3	60		
	24		2	48		
	12		1	12		

A primeira coluna, categoria, representa as respostas homogeneizadas dos principais atributos que determinam a qualidade dos serviços prestados por uma clínica, eleitos pelos entrevistados. Na tabela 4.3, a categoria apresentada é denominada: disposição dos profissionais de apoio, representada pela homogeneização de respostas do tipo: tratamento com o paciente, simpatia, ser prestativo, cortesia com o paciente, bom atendimento, cordialidade.

A segunda coluna da tabela 4.3, frequência de respostas, deve ser analisada em conjunto com a quarta coluna, peso. Assim, de acordo com a tabela, pode ser observado que 20 entrevistados atribuíram peso 5, maior peso considerado na pesquisa, para a disposição dos profissionais de apoio, considerando que este atributo é o mais importante para determinar a qualidade dos serviços prestados; da mesma forma que 18 entrevistados atribuíram peso 4 para esta categoria; 20 atribuíram peso 3; 24 atribuíram peso 2 e 12 atribuíram peso 1.

A terceira coluna, total por frequência de resposta, representa quantos entrevistados elegeram a categoria disposição dos profissionais de apoio como fundamental para determinar a qualidade dos serviços prestados por uma clínica. Na tabela 4.3, pode-se perceber que 94 entrevistados consideraram a categoria disposição dos profissionais de apoio como um dos atributos mais importantes para determinar a qualidade do serviço.

A quarta coluna, peso, apresenta os pesos que os entrevistados deveriam atribuir a cada uma das cinco características consideradas mais importantes para determinar a qualidade da prestação dos serviços. Dessa forma, como pode ser observado na tabela 4.3, o entrevistado

poderia atribuir peso 5, 4, 3, 2 ou 1 de acordo com a importância do atributo, sendo o peso 5 atribuído ao mais importante e o peso 1 ao menos importante.

A quinta coluna, total por peso, refere-se ao produto de cada peso pela frequência de resposta correspondente. Assim, temos para os 20 entrevistados que atribuíram peso 5 para a categoria disposição dos profissionais de apoio um total por peso 100. Esta coluna é fundamental para o processo de critério de desempate.

A sexta coluna, critério de desempate, representa o somatório das respostas da coluna de total de pesos para cada categoria. Na tabela 4.3, para a categoria disposição dos profissionais de apoio temos o somatório do total de peso: 100, 72, 60, 48 e 12 resultando em 292. Este critério de desempate só será utilizado nesta dissertação, como já mencionado, quando houver um mesmo total por frequência de resposta para duas ou mais categorias.

A sétima e última coluna, %, demonstra quantos por cento a categoria representou em relação ao total de atributos eleitos pelos entrevistados. Assim, realizando-se, por exemplo, um total de 134 entrevistas, tem-se para a categoria disposição dos profissionais de apoio um total de frequência de resposta igual a 94, o que resulta num percentual de, aproximadamente, 70%.

O exemplo acima apresentado possibilita um melhor entendimento de como será realizado a contabilização dos dados coletados através das entrevistas.

4.9 Considerações sobre este capítulo

Este capítulo teve o objetivo de apresentar a proposta metodológica que foi utilizada para o desenvolvimento deste trabalho de dissertação, evidenciado os métodos de pesquisa utilizados para o desenvolvimento de cada capítulo.

As definições estabelecidas em cada seção proporcionarão os subsídios necessários para o alcance do objetivo proposto neste trabalho, na medida que os métodos aqui definidos condicionarão a aplicabilidade da pesquisa de campo prevista.

CAPÍTULO 5
RESULTADOS DA PESQUISA

5. RESULTADOS DA PESQUISA

O presente capítulo visa apresentar indicadores para aumentar a satisfação do paciente/cliente em relação a qualidade dos serviços prestados por uma clínica de saúde.

Os indicadores da qualidade que serão propostos terão como base os resultados obtidos com a pesquisa de campo realizada, classificando-os de acordo com as oito dimensões da qualidade proposta por Garvin (1992).

Dessa forma, se atende ao objetivo proposto por este trabalho de dissertação, disponibilizando-se para as clínicas de saúde uma eficaz ferramenta para auxiliar na gestão da qualidade dos serviços prestados aos pacientes/clientes.

Posteriormente, será apresentada, ainda, uma aplicabilidade dos indicadores propostos em uma clínica de endocrinologia, líder em seu mercado, buscando, através de “*benchmark*”, estabelecer metas para cada um dos indicadores definidos, permitindo que as clínicas que utilizarem esta ferramenta analisem, de imediato, a qualidade dos serviços que estão sendo prestados aos seus pacientes/clientes.

5.1 Resultados da pesquisa de campo

Para definição das bases dos indicadores da qualidade foi realizada uma pesquisa de campo, utilizando-se de um formulário de entrevista (Apêndice 2), no intuito de conhecer os principais atributos que, no ponto de vista do paciente/cliente, determinam a qualidade dos serviços médicos prestados por uma clínica particular que atenda seus pacientes/clientes no sistema de consulta sob hora marcada.

Na tabela 5.1 a seguir serão demonstrados os resultados obtidos com as entrevistas realizadas.

Tabela 5.1: Resultado das entrevistas para determinar os principais características de um serviço de saúde de qualidade

Categoria	Freqüência de respostas	Total por freqüência de resposta	Peso	Total por peso	Critério de desempate	%
Assiduidade do Médico	0	12	5	0	41	1,82%
	6		4	24		
	5		3	15		
	1		2	2		
	0		1	0		

Continua

Continuação da tabela 5.1

Competência Profissional do Médico	30	59	5	150	228	8,93%
	10		4	40		
	8		3	24		
	3		2	6		
	8		1	8		
Comunicação	4	49	5	20	153	7,41%
	16		4	64		
	12		3	36		
	16		2	32		
	1		1	1		
Comprometimento do Profissional	1	9	5	5	24	1,36%
	2		4	8		
	0		3	0		
	5		2	10		
	1		1	1		
Compromisso com o paciente/cliente	4	11	5	20	39	1,66%
	1		4	4		
	4		3	12		
	1		2	2		
	1		1	1		
Custo da Consulta	10	36	5	50	116	5%
	8		4	32		
	6		3	18		
	4		2	8		
	8		1	8		
Disponibilidade Médica	0	19	5	0	41	2,87%
	2		4	8		
	4		3	12		
	8		2	16		
	5		1	5		
Disposição dos Profissionais de Apoio	20	94	5	100	292	14,22%
	18		4	72		
	20		3	60		
	24		2	48		
	12		1	12		
Disposição Médica	18	78	5	90	244	11,80%
	14		4	56		
	18		3	54		
	16		2	32		
	12		1	12		
Duração da Consulta	5	24	5	25	59	3,63%
	0		4	0		
	5		3	15		
	5		2	10		
	9		1	9		
Estacionamento	0	15	5	0	26	2,27%
	1		4	4		
	2		3	6		
	4		2	8		

Continua

Continuação da tabela 5.1

	8		1	8		
Estrutura Interna da Clínica	4	52	5	20	118	7,87%
	6		4	24		
	10		3	30		
	12		2	24		
	20		1	20		
Facilidade de Acesso	0	4	5	0	8	0,61%
	1		4	4		
	0		3	0		
	1		2	2		
	2		1	2		
Higiene da Clínica	3	36	5	15	95	5,45%
	7		4	28		
	9		3	27		
	8		2	16		
	9		1	9		
Interesse pelo Tratamento	0	4	5	0	8	0,61%
	1		4	4		
	0		3	0		
	1		2	2		
	2		1	2		
Pontualidade	18	84	5	90	266	12,71%
	22		4	88		
	14		3	42		
	16		2	32		
	14		1	14		
Preparação dos profissionais de Apoio	3	12	5	15	40	1,82%
	4		4	16		
	1		3	3		
	2		2	4		
	2		1	2		
Prestígio	0	4	5	0	5	0,61%
	0		4	0		
	0		3	0		
	1		2	2		
	3		1	3		
Respeito Humano	6	31	5	30	84	5%
	4		4	16		
	8		3	24		
	1		2	2		
	12		1	12		
Segurança	0	14	5	0	26	2,12%
	2		4	8		
	1		3	3		
	4		2	8		
	7		1	7		
Tecnologia	0	14	5	0	32	2,12%
	1		4	4		
	5		3	15		

Continua

Continuação da tabela 5.1

	5		2	10		
	3		1	3		
TOTAL	661	661	-	-	1945	100%

Os resultados apresentados demonstram que das 134 entrevistas realizadas, nem todos os entrevistados apontaram cinco características para determinar a qualidade dos serviços médicos prestados ao paciente/cliente, já que o total de frequência de respostas apresenta um valor igual a 661 ao invés de 670 (134 entrevistas x 5 características).

Depois de analisados e contabilizados os dados obtidos na tabela 5.1 apresentada, serão enfim apresentados na tabela 5.2 abaixo, em ordem decrescente de prioridade, os principais atributos, no ponto de vista do paciente/cliente, para determinar a qualidade nos serviços de saúde, classificando-os de acordo com a sua ordem de importância e utilizando, quando necessário, o critério de desempate.

Tabela 5.2: Principais atributos, no ponto de vista do paciente/cliente para a qualidade do serviço de saúde

Categoria	Total por frequência de resposta	Critério de desempate	%
Disposição dos Profissionais de Apoio	94	292	14,22%
Pontualidade	84	266	12,71%
Disposição Médica	78	244	11,80%
Competência Profissional do Médico	59	228	8,93%
Estrutura Interna da Clínica	52	118	7,87%
Comunicação	49	153	7,41%
Custo da Consulta	36	116	5,45%
Higiene da Clínica	36	95	5,45%
Respeito Humano	31	84	4,69%
Duração da Consulta	24	59	3,63%
Disponibilidade Médica	19	41	2,87%
Estacionamento	15	26	2,27%
Tecnologia	14	32	2,12%
Segurança	14	26	2,12%
Assiduidade do Médico	12	41	1,82%
Preparação dos profissionais de Apoio	12	40	1,82%
Compromisso com o paciente/cliente	11	39	1,66%
Comprometimento do Profissional	9	24	1,36%
Interesse pelo Tratamento	4	8	0,61%
Facilidade de Acesso	4	8	0,61%
Prestígio	4	5	0,61%

Como pode ser observada, a categoria denominada disposição dos profissionais de apoio foi considerada, pelo paciente/cliente, como o atributo mais importante para determinar a qualidade dos serviços prestados pelas clínicas de saúde; sendo seguida pelas categorias: pontualidade, disposição médica, competência profissional do médico, estrutura interna da

clínica, comunicação, custo da consulta, higiene da clínica, respeito humano, duração da consulta, disponibilidade médica, estacionamento, tecnologia, segurança, assiduidade do médico, capacitação dos profissionais de apoio, compromisso com o paciente/cliente, comprometimento do profissional, interesse pelo tratamento, facilidade de acesso e prestígio.

Observando, ainda, o total de frequência de respostas de cada atributo classificado, é possível se observar que as categorias custo da consulta e higiene da clínica apresentaram o mesmo total de frequência de resposta, sendo necessário ser utilizado, nesse caso, o critério de desempate.

Assim, a partir da utilização do critério de desempate foi definido que a categoria custo da consulta apresentava maior peso/importância para a qualidade dos serviços do que a categoria higiene da clínica. Este mesmo evento pode ser observado para as categorias tecnologia e segurança; para as categorias assiduidade do médico e capacitação dos profissionais de apoio; e também entre as categorias interesse pelo tratamento, facilidade de acesso e prestígio.

Para fins desta dissertação serão apenas consideradas como base de referência para propor os indicadores da qualidade, atendendo o objetivo proposto, as categorias que apresentaram um total de frequência de resposta maior igual a 10, decorrente das respostas que apresentam um percentual inferior a 1,5% (10 respostas) não terem uma influência representativa.

Dessa forma, as categorias comprometimento do profissional, interesse pelo tratamento, facilidade de acesso e prestígio, que apresentaram um total de frequência de 9, 4, 4, e 4, respectivamente, não serão utilizadas como base de referência para a elaboração dos indicadores da qualidade que serão propostos.

5.2 Indicadores da qualidade

Os indicadores que serão listados a seguir representam para as clínicas de saúde uma eficaz ferramenta para aumentar a satisfação do paciente/cliente com o serviço que lhe é prestado, devendo, por sua vez, ser adequado à realidade de cada empresa e utilizados de acordo com os requisitos peculiares desta ferramenta.

Os indicadores traçados serão classificados de acordo com as oito dimensões da qualidade de Garvin (1992): Desempenho, Característica, Conformidade, Durabilidade, Credibilidade, Atendimento, Estética e Qualidade Percebida, apresentados no Capítulo 2 deste trabalho, buscando possibilitar que as empresas analisem, através dos resultados provindos da

aplicabilidade dos indicadores, em qual dimensão da qualidade está se tendo o melhor e o pior desempenho.

Dessa forma, serão apresentados na tabela 5.1 adiante os indicadores da qualidade propostos por este trabalho de dissertação, classificando-os em função das categorias estabelecidas no Capítulo anterior.

Na primeira coluna da tabela estão apresentadas as principais categorias eleitas pelos pacientes/clientes, em ordem de importância, para determinar a qualidade dos serviços prestados por uma clínica.

Na segunda coluna, as categorias ou atributos definidos são classificados de acordo com as oito dimensões da qualidade de Garvin (1992): Desempenho, Característica, Conformidade, Durabilidade, Credibilidade, Atendimento, Estética e Qualidade Percebida.

Na terceira coluna, são, enfim, apresentados os indicadores da qualidade desta dissertação, classificados em função de cada atributo/categoria e dimensão da qualidade.

A quarta coluna apresenta o fator de cada indicador estabelecido, mostrando como cada um deles serão definidos.

A quinta e última coluna da tabela, medida, é apresentada a unidade em que se mede cada indicador.

Tabela 5.3: Indicadores para aumentar a satisfação do paciente/cliente

ATRIBUTO/ CATEGORIA	DIMENSÃO DA QUALIDADE	ELEMENTO/ INDICADOR	FATOR	MEDIDA
Disposição dos Profissionais de Apoio	Atendimento	Disponibilidade dos profissionais de apoio	(Número de Recepcionistas/ Número de clientes por tempo de consulta) x 100	%
		Capacitação dos profissionais de apoio	(Número de profissionais de apoio treinados /Número de funcionários) x 100	%
		Gentileza dos profissionais de apoio	Pesquisa com escala: Péssimo, Ruim, Boa, Muito Boa, Ótima	Péssima (Menos de 21% dos profissionais), Ruim (entre 21% a 40% dos profissionais), Boa (Entre 41% a 60% dos profissionais), Muito Boa (de 61% a 80% dos profissionais) e Ótima (Mais de 81% dos profissionais)
Pontualidade	Conformidade	Pontualidade do Atendimento Médico	(Número de consultas com atrasos ao mês/ Número total de consultas ao mês) x 100	%

Continua

Continuação da tabela 5.3

Disposição Médica	Atendimento	<i>Gentileza Médica</i>	Pesquisa com escala: Péssimo, Ruim, Boa, Muito Boa, Ótima	Péssima (Menos de 21% dos médicos), Ruim (entre 21% a 40% dos médicos), Boa (Entre 41% a 60% dos médicos), Muito Boa (de 61% a 80% dos médicos) e Ótima (Mais de 81% dos médicos)
Competência Profissional do Médico	Desempenho	<i>Preparação Técnica do Médico</i>	Pesquisa com escala: Péssimo, Ruim, Boa, Muito Boa, Ótima	Péssima (Sem títulos de pós-graduação), Ruim (1 título de pós-graduação), Boa (2 títulos de pós-graduação), Muito Boa (3 títulos de pós-graduação) e Ótima (Acima 4 títulos de pós-graduação)
		<i>Atualização do Conhecimento Médico</i>	Número total de participação em congressos/simpósios /Tempo de Formado	Número de congressos/simpósios por ano
Estrutura Interna da Clínica	Estética	<i>Estrutura Interna da Clínica</i>	Pesquisa com escala: Péssima, Ruim, Boa, Muito Boa e Ótima.	Péssima (Cadeiras), Ruim (Cadeiras e Revistas/Jornais), Boa (Cadeiras, Revistas/Jornais Atualizados, Água Mineral, Cafezinho, Ventilação), Muito Boa (Cadeiras, Revistas/Jornais, Água Mineral, Cafezinho, Chá, Biscoito, TV, Ar Condicionado) e Ótima (Cadeiras, Revistas/Jornais, Água Mineral, Cafezinho, Chá, Biscoito, TV, Ar Condicionado, Sofá, Salas de Espera, Acesso para Pessoas Portadoras de Deficiência).
Comunicação Médico-Paciente	Desempenho	<i>Comunicação entre o médico e o paciente/cliente</i>	Pesquisa com escala: Péssimo, Ruim, Bom, Muito Bom, Ótimo.	Péssima (Menos de 21% das vezes), Ruim (entre 21% a 40% das vezes), Boa (Entre 41% a 60% das vezes), Muito Boa (de 61% a 80% das vezes) e Ótima (Mais de 81% das vezes)
Custo da Consulta	Característica	<i>Disponibilidade de convênios médicos / planos de saúde</i>	Número de convênios Pesquisa com escala: Péssimo, Ruim, Bom, Muito Bom, Ótimo.	Péssimo (Menos de 2 planos de saúde), Ruim (entre 2 e 7 planos de saúde), Bom (Entre 8 e 13 planos de saúde), Muito Bom (Entre 14 e 19 planos de saúde) e Ótimo (Mais de 20 planos de saúde)

Continua

Continuação da tabela 5.3

		<i>Custo da consulta particular</i>	(Preço (R\$) da Consulta particular / Valor (R\$) salário mínimo) x 100	%
Higiene da Clínica	Característica	Limpeza do ambiente	Pesquisa com escala: Péssimo, Ruim, Bom, Muito Bom, Ótimo.	Péssima (Menos de 21% do exigido), Ruim (entre 21% a 40% do exigido), Boa (Entre 41% a 60% do exigido), Muito Boa (de 61% a 80% do exigido) e Ótima (Mais de 81% do exigido)
		Material descartável utilizado nos/pelos pacientes/clientes	Pesquisa com escala: Péssimo, Ruim, Bom, Muito Bom, Ótimo.	Péssimo (Menos de 21% do exigido), Ruim (entre 21% a 40% do exigido), Bom (Entre 41% a 60% do exigido), Muito Bom (de 61% a 80% do exigido) e Ótimo (Mais de 81% do exigido)
Respeito Humano	Atendimento	<i>Respeito Humano pelo paciente-cliente</i>	Pesquisa com escala: Péssimo, Ruim, Bom, Muito Bom, Ótimo	Péssimo (Menos de 21% das vezes), Ruim (entre 21% a 40% das vezes), Bom (Entre 41% a 60% das vezes), Muito Bom (de 61% a 80% das vezes) e Ótimo (Mais de 81% das vezes)
Duração da Consulta	Durabilidade	<i>Tempo de duração da consulta</i>	(Número de horas trabalhadas por dia) x 60/ Número de pacientes atendidos por dia	Minutos
Disponibilidade Médica	Durabilidade	<i>Disponibilidade diária do médico no consultório</i>	(Número de dias de consulta / Número de dias úteis na semana) x 100	% Dias por semana
		<i>Disponibilidade de horário do médico no consultório</i>	(Número de horas trabalhadas / Número de horas comerciais trabalhadas ao dia) x 100	% Horas
		<i>Flexibilidade do horário do médico</i>	Pesquisa com escala: Bom, muito bom e ótimo.	Bom (Manhã, tarde ou noite) Muito bom (Manhã e tarde, manhã e noite ou tarde e noite), Ótimo (Manhã, tarde e noite).
		<i>Disponibilidade de contato pós-consulta</i>	Pesquisa com escala: Nunca, Raramente, Às vezes, Quase Sempre e Sempre.	Nunca (0% das vezes), Raramente (0,1% a 40% das vezes), Às vezes (41% a 70% das vezes), Quase Sempre (71% a 99% das vezes) e Sempre (100% das vezes).
Estacionamento	Característica	<i>Disponibilidade de estacionamento para os pacientes/clientes</i>	Número de vagas no estacionamento / Número de pacientes por hora	Vagas

Continua

Continuação da tabela 5.3

Tecnologia	Conformidade	<i>Disponibilidade de equipamentos de apoio</i>	Pesquisa com escala: Péssimo, Ruim, Bom, Muito Bom, Ótimo.	Péssimo (Menos de 21% dos existentes no mercado), Ruim (entre 21% a 40% dos existentes no mercado), Bom (Entre 41% a 60% dos existentes no mercado), Muito Bom (de 61% a 80% dos existentes no mercado) e Ótimo (Mais de 81% dos existentes no mercado)
		<i>Disponibilidade de Equipamentos para Exames</i>	Pesquisa com escala: Péssimo, Ruim, Bom, Muito Bom, Ótimo.	Péssimo (Menos de 21% dos existentes no mercado), Ruim (entre 21% a 40% dos existentes no mercado), Bom (Entre 41% a 60% dos existentes no mercado), Muito Bom (de 61% a 80% dos existentes no mercado) e Ótimo (Mais de 81% dos existentes no mercado)
Segurança	Atendimento	<i>Disponibilidade de profissionais de segurança</i>	(Quantidade de profissionais de segurança por turno/Número de turnos de funcionamento da clínica) x 100	%
Assiduidade do Médico	Característica	<i>Assiduidade do Médico</i>	(Número de consultas ao mês - Número de consultas desmarcadas ao mês / Número de consultas ao mês) x 100	%
Preparação dos Profissionais de Apoio	Conformidade	<i>Reciclagem dos Profissionais de Apoio</i>	(Número de Treinamentos realizados por ano / Número de Funcionários) x 100	%
Compromisso com o Paciente/cliente	Característica	<i>Comprometimento com o Paciente/cliente</i>	Pesquisa com escala: Nunca da satisfação, Raramente da satisfação, Às vezes dá satisfação, Quase sempre dá satisfação e Sempre dá satisfação.	Nunca da satisfação (0% das vezes), Raramente da satisfação (0,1% a 40% das vezes), Às vezes dá satisfação (41% a 70% das vezes), Quase sempre dá satisfação (71% a 99% das vezes) e Sempre dá satisfação (100% das vezes).

O indicador **disponibilidade dos profissionais de apoio** está relacionado à quantidade de funcionários que a empresa dispõe para atender seus pacientes/clientes na recepção.

Este indicador é mensurado a partir do número de profissionais de apoio (receptionista, telefonista) que a empresa dispõe para atender seus pacientes/clientes pelo número de clientes que chegam ao consultório durante o tempo médio de consulta, multiplicando o resultado por cem. O resultado representa o percentual de funcionários de apoio disponíveis para atender os pacientes/clientes.

O indicador **capacitação dos profissionais de apoio** mensura a quantidade de profissionais de apoio da empresa que receberam algum tipo de treinamento para assumirem o seu posto de trabalho. Este indicador está associado apenas ao treinamento realizado quando o funcionário é admitido pela empresa.

Para mesurar este indicador é necessário calcular o número total de profissionais de apoio treinados pelo número total de funcionários de apoio que a empresa dispõe, multiplicando o resultado por cem. O resultado obtido indica o percentual de funcionários capacitados na empresa.

O indicador **gentileza dos profissionais de apoio** está relacionado à forma que os profissionais de apoio atendem os pacientes/clientes.

Este indicador, embora bastante subjetivo, é qualificado em função da quantidade de profissionais de apoio da empresa que atendem o paciente/cliente com atenção, simpatia, educação, boa vontade. Resultando, assim, na classificação do serviço em relação à gentileza dos profissionais em uma escala que se divide em cinco graus diferentes: péssimo, ruim, bom, muito bom e ótimo.

O indicador **pontualidade do atendimento médico** tem o propósito de mensurar o cumprimento ao horário marcado da consulta do paciente/cliente por parte do médico.

Este indicador é calculado a partir do número de consultas que o médico realiza com atraso pelo número total de consultas que o médico faz no período de um mês, multiplicando o resultado por cem. O resultado representa o percentual de consultas efetuadas ao mês com atraso.

O indicador **gentileza médica** está relacionado à forma que os médicos atendem os seus pacientes/clientes.

Este indicador, embora também bastante subjetivo, é qualificado em função da quantidade de médicos da empresa que atendem o paciente/cliente com atenção, simpatia, educação, boa vontade. O resultado obtido com este indicador qualifica a gentileza médica em uma escala que se divide em cinco graus diferentes: péssimo, ruim, bom, muito bom e ótimo.

O indicador **preparação técnica do médico** está relacionado à quantidade de cursos pós-graduação na área de saúde que os médicos cursaram ao longo dos seus anos de formado.

Este indicador é qualificado em função da quantidade de títulos adquiridos pelo número de médicos atuantes na empresa. O resultado obtido com este indicador qualifica a preparação técnica do médico em uma escala que se divide em cinco graus diferentes: péssimo, ruim, bom, muito bom e ótimo.

O indicador **atualização do conhecimento médico** mensura o quanto o médico está se atualizando em função do decorrer dos anos.

Este indicador é calculado a partir do número de total de congressos, simpósios, seminários que o médico tem participado pelo tempo de formado. O resultado obtido com este indicador representa o número de eventos que o médico tem participado ao ano.

O indicador **estrutura interna da clínica** está relacionado à infra-estrutura que a clínica dispõe para receber seus pacientes/clientes.

Este indicador é qualificado a partir dos recursos físicos que a empresa disponibiliza para o seu paciente/cliente. O resultado obtido com este indicador qualifica a estrutura interna da clínica em uma escala que se divide em cinco graus diferentes: péssimo, ruim, bom, muito bom e ótimo.

O indicador **comunicação entre o médico e o paciente/cliente** está relacionado à forma que o médico transmite as informações para o seu paciente/cliente e a maneira como o médico procura entender o que o paciente/cliente informa.

Este indicador é qualificado em função do número de vezes que o médico procura entender a mensagem que o paciente/cliente está transmitindo, assim como, em função do número de vezes que o médico se esforça para tentar ser compreendido pelo paciente/cliente. Os resultados obtidos através do uso deste indicador são classificados em uma escala que se divide em cinco graus diferentes: péssimo, ruim, bom, muito bom e ótimo.

O indicador **disponibilidade de convênios médicos / planos de saúde** representa a quantidade de convênios médico que a empresa é conveniada.

Sendo assim, este indicador é qualificado em função do número de planos de saúde que a clínica dispõe, resultando em uma classificação do indicador em uma escala que se divide em cinco graus diferentes: péssimo, ruim, bom, muito bom e ótimo.

O indicador **limpeza do ambiente** está associado à higiene percebida no ambiente, estando relacionada à limpeza em todas as instalações da empresa.

Este indicador é qualificado em relação a higienização apresentada e a higienização exigida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA para empresas do setor saúde, resultando numa avaliação baseada em uma escala que se divide em cinco graus diferentes: péssimo, ruim, bom, muito bom e ótimo.

O indicador **material descartável utilizado nos/pelos pacientes/clientes**, como batas, lençóis... Este indicador representa o quanto a empresa disponibiliza para seus pacientes/clientes recursos que devem ser utilizados individualmente.

Este indicador é qualificado em função da quantidade de materiais descartáveis pelo o exigido para o setor saúde. Os resultados obtidos através deste indicador são classificados em uma escala que se divide em cinco graus diferentes: péssimo, ruim, bom, muito bom e ótimo.

O indicador **respeito humano pelo paciente/cliente** representa o quanto o médico valoriza aspectos humanos no tratamento e relação com o paciente/cliente. Este indicador refere-se a importância dada pelo médico a aspectos voltados para relacionamento humano.

Este indicador é qualificado em relação ao número de consultas realizadas pelo médico em que se valorizam aspectos humanos. Os resultados obtidos com este indicador variam em uma escala que se divide em cinco graus diferentes: péssimo, ruim, bom, muito bom e ótimo.

O indicador **tempo de duração da consulta** indica quanto tempo o médico leva para atender o paciente/cliente.

Este indicador é mensurado em função do número de minutos que o médico trabalha ao dia pelo número de pacientes atendidos ao dia, resultando no tempo de duração de cada consulta.

O indicador **disponibilidade diária do médico** no consultório está relacionado ao número de dias que o médico presta serviço aos pacientes/clientes no consultório.

Este indicador é mensurado em função do número de dias de consulta realizada pelo médico no consultório pelo número de dias úteis da semana, multiplicando-se o resultado por cem. O resultado apresentado representa o percentual de dias da semana trabalhado.

O indicador **disponibilidade de horário do médico no consultório** mensura quantas horas o médico disponibiliza ao dia para atender o seu paciente/cliente.

Este indicador é mensurado a partir do número de horas em que o médico atende pacientes/clientes no consultório pelo número de horas comerciais trabalhadas ao dia, multiplicando-se o resultado por cem. O resultado representa o percentual de horas trabalhadas ao dia em relação ao horário comercial.

O indicador **flexibilidade do horário do médico** representa a flexibilidade do horário do médico no consultório para atender seus pacientes/clientes.

Este indicador é mensurado pelos turnos de trabalho em que o médico presta atendimento médico no consultório, resultando em uma escala que se divide em cinco graus diferentes: péssimo, ruim, bom, muito bom e ótimo.

O indicador **disponibilidade de contato pós-consulta** representa a disponibilidade do médico em prestar um serviço para o paciente/cliente após o horário da consulta, informando para o paciente/cliente telefones para eventuais necessidades.

Este indicador é qualificado em função do número de vezes que o médico disponibiliza para o paciente/cliente o número do seu telefone. Os resultados obtidos através deste indicador são classificados em uma escala que se divide em cinco graus diferentes: péssimo, ruim, bom, muito bom e ótimo.

O indicador **disponibilidade de estacionamento para os pacientes/clientes** representa o número de vagas para veículos que a empresa disponibiliza para os pacientes/clientes em atendimento.

Este indicador é quantificado em função do número de vagas existentes pelo número de pacientes/clientes em atendimento por hora. Os resultados obtidos por este indicador representam o número de vagas disponíveis para os pacientes/clientes.

O indicador **disponibilidade de equipamentos de apoio** está relacionado à quantidade de equipamentos que a clínica disponibiliza para os seus pacientes/clientes para auxiliar na eficiência e eficácia do atendimento, estes equipamento podem ser entendidos como computadores, painel eletrônico de chamadas, aparelho de telefone.

Este indicador é quantificado em função dos equipamentos existente no mercado para auxiliar o atendimento ao paciente/cliente. O resultado obtido através da aplicabilidade deste indicador é classificado em uma escala que se divide em cinco graus diferentes: péssimo, ruim, bom, muito bom e ótimo.

O indicador **disponibilidade de equipamentos para exame** representa a quantidade de equipamentos médicos que a clínica disponibiliza para atender os seus pacientes/clientes, estes equipamento podem ser entendidos como balança, tensiômetro, glicosímetro, estetoscópio.

Este indicador pode ser mensurado em função dos equipamentos médicos existente no mercado para auxiliar o atendimento clínico do paciente/cliente. O resultado obtido através da aplicabilidade deste indicador varia em uma escala que se divide em cinco graus diferentes: péssimo, ruim, bom, muito bom e ótimo.

O indicador **disponibilidade de profissionais** representa a quantidade de funcionários responsáveis pela segurança da clínica e, conseqüentemente, dos pacientes/clientes, em horário de funcionamento.

Este indicador pode ser mensurado através da quantidade de profissionais de segurança que a clínica apresenta pelo número de turnos de funcionamento da clínica, multiplicando-se o resultado por cem. O valor obtido por este indicador representa o percentual de profissionais de segurança apresentado pela clínica.

O indicador **assiduidade do médico** está relacionado a presença do médico perante as consultas marcadas com os seus pacientes/clientes.

Este indicador pode ser mensurado em função do número de consultas realizadas pelo médico ao mês menos a quantidade de consultas desmarcadas, dividido pelo número total de consultas previstas para o mês, multiplicando o resultado por cem. O resultado apresentado por este indicador representa o percentual da assiduidade do médico às consultas marcadas no mês.

O indicador **reciclagem dos profissionais de apoio** representa o número de treinamento que os funcionários de apoio fazem após ingresso na empresa.

Este indicador pode ser quantificado através do número de treinamentos realizados pelos profissionais de apoio ao ano pelo total de funcionários de apoio da empresa, multiplicando-se o resultado por cem. Este indicador indica, então, a quantidade de funcionários de apoio que recebem treinamento anual.

O indicador **comprometimento com o paciente/cliente** representa o quanto o médico e os funcionários da empresa prestam satisfação para o paciente/cliente diante das não-conformidades.

Este indicador é qualificado em função do nível de satisfação que é dado para o paciente/cliente. O resultado obtido através deste indicador varia em uma escala que se divide em cinco graus diferentes: nunca dá satisfação, raramente dá satisfação, às vezes dá satisfação, quase sempre dá satisfação ou sempre dá satisfação.

Esta lista de indicadores apresentada representa os principais aspectos que devem ser oferecidos pelas clínicas de saúde para que o seu paciente/cliente julgue o serviço oferecido como sendo de qualidade.

Embora alguns dos indicadores listados sejam bastante subjetivos, decorrente da natureza do atributo que se está medindo, a confiabilidade do modelo de indicadores não é afetada, na medida que são utilizados métodos classificatórios baseado em uma escala bem definida.

Por sua vez, é oportuno esclarecer que os indicadores propostos não limitam o investimento da empresa em relação a outros aspectos, que certamente contribuirão para aumentar a satisfação do seu paciente/cliente.

5.3 Estudo de caso

Os indicadores propostos por esta dissertação foram aplicados em uma clínica de endocrinologia, líder no mercado em que atua, segundo o ponto de vista do paciente/cliente, com o objetivo de estabelecer metas para cada indicador definido.

As metas apresentadas, nesta dissertação, têm o propósito de servirem como fator de referência para outras clínicas que utilizarem esta ferramenta para avaliar, em um primeiro momento, a qualidade dos serviços prestados a seus pacientes/clientes.

A seguir será apresentado o mercado no qual foi desenvolvido o estudo de caso realizado, destacando, a área de atuação, o número de clínicas de endocrinologia existente na área definida e uma apresentação da própria clínica que participou da pesquisa.

5.3.1 O mercado da clínica pesquisada

O mercado escolhido para aplicar os indicadores de qualidade, definidos nesta dissertação, foi aquele em que estão situadas as clínicas de endocrinologia, localizadas na cidade do Recife.

A área de pesquisa escolhida apresenta a maior concentração de clínicas de endocrinologia do Estado de Pernambuco, cerca de 88%, como pode ser observado nos dados do guia SOS Médicos, Dentistas, Clínicas e Hospitais (2003) apresentados na tabela 5.4 a seguir:

Tabela 5.4: Concentração de clínicas de endocrinologia em Pernambuco

Cidade	Quantidade de clínicas de endocrinologia
Recife	49
Jaboatão dos Guararapes	03
Olinda	02
Camaragibe (Aldeia)	01
Caruaru	01
Total de clínicas especializadas em endocrinologia no Estado de Pernambuco	56

5.3.2 A clínica de endocrinologia pesquisada

A clínica de endocrinologia que participou do estudo de caso desta dissertação está presente há cerca de 12 anos no mercado, estando há quase 2 anos situada em uma nova sede, situada em um dos bairros mais nobres da cidade do Recife, com uma estrutura moderna e funcional, adequando-se as mais diversas necessidades de seus pacientes.

A clínica possui 6 sócios, todos com formação na área médica há mais de 20 anos, sendo que 5 deles administram e exercem a função de médico endocrinologista no local.

A clínica dispõe de uma área útil de aproximadamente 600 m², com um estacionamento interno exclusivo para os pacientes/clientes, com disponibilidade 20 vagas, além das adjacências que acomodam, aproximadamente, 20 veículos.

A clínica está dividida em dois andares, sendo o térreo composto de duas amplas recepções, com assentos para cerca de 60 pessoas e 3 toaletes, inclusive, um deles com adaptações para deficientes físicos. No 1º andar da clínica está localizado os consultórios, com cerca de 40 m² cada um. A clínica dispõe ainda de ar-condicionado central e elevador para pessoas com dificuldade de locomoção.

Em relação ao corpo de funcionários, a clínica dispõe de 4 recepcionistas, 1 telefonista, 2 auxiliares de limpeza e 1 segurança.

O corpo clínico é composto por 11 médicos, sendo 9 deles com formação na área de clínica médica e endocrinologia e 2 com formação em pediatria e endocrinologia pediátrica.

O grupo é nacionalmente e internacionalmente conhecido por sua produção científica, tendo já produzido quatro livros texto sobre a área de endocrinologia, participado de vários trabalhos científicos, inclusive de grandes estudos multicêntricos nacionais e internacionais.

5.4 Resultados do estudo de caso

A partir de uma pesquisa realizada com um dos sócios da clínica de endocrinologia pesquisada, que representou as ações dos médicos integrantes da clínica e dos profissionais de apoio, ou seja, dos processos organizacionais, pôde se traçar, através de “*benchmark*”, metas padrão para cada um dos indicadores propostos.

Na figura 5.1 a seguir é apresentado o modelo de formulário utilizado para realizar a pesquisa com a clínica de endocrinologia selecionada.

PESQUISA NA CLÍNICA	
1. a. - INDICADOR: Disponibilidade dos profissionais de apoio	
Número de profissionais de apoio	$\frac{\quad}{\quad} \times 100 = \quad \times 100 = \boxed{\quad \%}$
Número de clientes por tempo de consulta	
1. b. – INDICADOR: Capacitação dos profissionais de apoio	
Número de profissionais de apoio treinados	$\frac{\quad}{\quad} \times 100 = \quad \times 100 = \boxed{\quad \%}$
Número de funcionários	

Continua

Continuação da figura 5.1

1. c. - INDICADOR: Gentileza dos profissionais de apoio

- () Péssima (Menos de 21% dos profissionais)
 () Ruim (Entre 21% a 40% dos profissionais)
 () Boa (Entre 41% a 60% dos profissionais)
 () Muito Boa (Entre 61% a 80% dos profissionais)
 () Ótima (Acima de 80% dos profissionais)

2. - INDICADOR: Pontualidade do atendimento médico

$$\frac{\text{Número de consultas com atrasos no mês}}{\text{Número total de consultas ao mês}} \times 100 = \text{_____} \times 100 = \boxed{\text{_____}} \%$$

3 - INDICADOR: Gentileza médica

- () Péssima (Menos de 21% dos médicos)
 () Ruim (Entre 21% a 40% dos médicos)
 () Boa (Entre 41% a 60% dos médicos)
 () Muito Boa (Entre 61% a 80% dos médicos)
 () Ótima (Acima de 80% dos médicos)

4. a. - INDICADOR: Preparação técnica do médico

- () Péssima (Sem títulos de pós-graduação)
 () Ruim (1 título de pós-graduação)
 () Boa (2 títulos de pós-graduação)
 () Muito Boa (3 títulos de pós-graduação)
 () Ótima (Acima 4 títulos de pós-graduação)

4. b. - INDICADOR: Atualização do conhecimento médico

$$\frac{\text{Número total de participação em congressos/simpósios}}{\text{Tempo de formado}} = \text{_____} = \boxed{\text{_____}} \text{ congressos por ano}$$

5 - INDICADOR: Estrutura Interna da Clínica

- () Péssima (dispõe apenas de cadeiras)
 () Ruim (dispõe de cadeiras e revistas/ jornais)
 () Boa (dispõe de cadeiras, revistas/jornais atualizados, água mineral, cafezinho e ventiladores)
 () Muito boa (dispõe de cadeiras, revistas/jornais, água mineral, cafezinho, chá, biscoito, tv e ar condicionado)
 () Ótima (dispõe de cadeiras, revistas/jornais, água mineral, cafezinho, chá, biscoito, tv a cabo, ar condicionado, sofá, salas de espera, acesso para pessoas portadoras de deficiência).

6 - INDICADOR: Comunicação entre o médico e o paciente/cliente

- () Péssima (Menos de 21% das vezes)
 () Ruim (Entre 21% a 40% das vezes)
 () Boa (Entre 41% a 60% das vezes)
 () Muito Boa (Entre 61% a 80% das vezes)
 () Ótima (Acima de 80% das vezes)

7. a. - INDICADOR: Disponibilidade de convênios médicos / planos de saúde

- () Péssimo (Menos de 2 planos de saúde)
 () Ruim (entre 2 e 7 planos de saúde)
 () Bom (Entre 8 e 13 planos de saúde)

Continua

Continuação da figura 5.1

() Muito Bom (Entre 14 e 19 planos de saúde)

() Ótimo (Mais de 20 planos de saúde)

8. b. - INDICADOR: Custo da consulta particular

$$\frac{\text{Preço (R\$) da consulta particular}}{\text{Valor (R\$) salário mínimo}} \times 100 = \frac{\quad}{\quad} \times 100 = \boxed{\text{\% do salário}}$$

9. a. - INDICADOR: Limpeza do ambiente

() Péssimo (Menos de 21% do exigido)

() Ruim (Entre 21% a 40% do exigido)

() Bom (Entre 41% a 60% do exigido)

() Muito Bom (Entre 61% a 80% do exigido)

() Ótimo (Acima de 80% do exigido)

9.b. - INDICADOR: Material descartável utilizado nos/pelos pacientes/clientes.

() Péssimo (Menos de 21% do exigido)

() Ruim (Entre 21% a 40% do exigido)

() Bom (Entre 41% a 60% do exigido)

() Muito Bom (Entre 61% a 80% do exigido)

() Ótimo (Acima de 80% do exigido)

10 - INDICADOR: Respeito humano pelo paciente/cliente

() Péssimo (Menos de 21% das vezes)

() Ruim (Entre 21% a 40% das vezes)

() Bom (Entre 41% a 60% das vezes)

() Muito Bom (Entre 61% a 80% das vezes)

() Ótimo (Acima de 80% das vezes)

11 - INDICADOR: Tempo de duração da consulta

$$\frac{\text{Número de horas trabalhadas por dia}}{\text{Número de pacientes atendidos por dia}} = \frac{\quad}{\quad} \times 60 = \boxed{\text{minutos por consulta}}$$

12. a. - INDICADOR: Disponibilidade diária do médico no consultório

$$\frac{\text{Número de dias de consulta}}{\text{Número de dias úteis da semana}} = \frac{\quad}{5} \times 100 = \boxed{\text{dias por semana}}$$

12. b. - INDICADOR: Disponibilidade de horário do médico no consultório

$$\frac{\text{Número de horas trabalhadas pelo médico}}{\text{Número de horas comerciais ao dia}} = \frac{\quad}{8} \times 100 = \boxed{\text{horas disponíveis}}$$

12. c. -INDICADOR: Flexibilidade do horário do médico

() Bom (Manhã , tarde ou noite)

() Muito bom (Manhã e tarde, manhã e noite ou tarde e noite),

() Ótimo (Manha, tarde e noite)

12. d. - INDICADOR: Disponibilidade de contato pós-consulta

Continua

Continuação da figura 5.1

- () Nunca (0% das vezes)
 () Raramente (Entre 0,1% a 30% das vezes)
 () Às Vezes (Entre 31% a 70% das vezes)
 () Quase Sempre (Entre 71% a 99% das vezes)
 () Sempre (100% das vezes)

13 - INDICADOR: Disponibilidade de estacionamento para os pacientes/clientes

$$\frac{\text{Número de vagas no estacionamento}}{\text{Número de pacientes por hora}} = \frac{\quad}{\quad} \times 100 = \boxed{\text{\% vagas por cliente}}$$

14. a. - INDICADOR: Disponibilidade de equipamentos de apoio.

- () Péssimo (Menos de 21% dos existentes no mercado)
 () Ruim (Entre 21% a 40% dos existentes no mercado)
 () Bom (Entre 41% a 60% dos existentes no mercado)
 () Muito Bom (Entre 61% a 80% dos existentes no mercado)
 () Ótimo (Acima de 80% dos existentes no mercado)

14. b. - INDICADOR: Disponibilidade de equipamentos para exames.

- () Péssimo (Menos de 21% dos existentes no mercado)
 () Ruim (Entre 21% a 40% dos existentes no mercado)
 () Bom (Entre 41% a 60% dos existentes no mercado)
 () Muito Bom (Entre 61% a 80% dos existentes no mercado)
 () Ótimo (Acima de 80% dos existentes no mercado)

15 - INDICADOR: Disponibilidade de profissionais de segurança

$$\frac{\text{Quantidade de Profissionais de segurança por turno}}{\text{Número de turnos de funcionamento da clínica}} = \frac{\quad}{\quad} \times 100 = \boxed{\text{profissionais por turno}}$$

16 - INDICADOR: Assiduidade do médico

$$\frac{\text{Nº de consultas ao mês} - \text{Nº de consultas desmarcadas ao mês}}{\text{Número de consultas ao mês}} = \frac{\quad}{\quad} \times 100 = \boxed{\text{\%}}$$

17 - INDICADOR: Reciclagem dos profissionais de apoio

$$\frac{\text{Número de treinamentos realizados por ano}}{\text{Número de funcionários}} \times 100 = \frac{\quad}{\quad} \times 100 = \boxed{\text{\%}}$$

18 - INDICADOR: Comprometimento com o paciente/cliente

- () Nunca dá satisfação (0% das vezes)
 () Raramente dá satisfação (Entre 0,1% a 30% das vezes)
 () Às Vezes dá satisfação (Entre 31% a 70% das vezes)
 () Quase Sempre dá satisfação (Entre 71% a 99% das vezes)
 () Sempre dá satisfação (100% das vezes)

Figura 5.1: Formulário de indicadores da qualidade

As respostas obtidas com a realização da pesquisa na clínica selecionada têm o intuito de, posteriormente, servirem como valores referenciais para analisar a qualidade dos serviços prestados por outras empresas do setor, abstraindo-se dos resultados negativos que, por ventura, possam ser obtidos nessa avaliação.

A seguir pode ser visualizado na tabela 5.5, os resultados obtidos com o estudo de caso realizado na clínica selecionada.

Tabela 5.5: Metas para os indicadores definidos

INDICADOR	FATOR	MEDIDA (META)
Disponibilidade dos profissionais de apoio	5/8*100	62,5%
Capacitação dos profissionais de apoio	5/5*100	100%
Gentileza dos profissionais de apoio	(x) Muito Boa (Entre 61% a 80% dos profissionais)	Muito Boa (Entre 61% a 80% dos profissionais)
Pontualidade do atendimento médico	1650/3300*100	50%
Gentileza médica	(x) Ótima (Acima de 80% dos médicos)	Ótima (Acima de 80% dos médicos)
Preparação técnica do médico	(x) Muito Boa (3 títulos de pós-graduação)	Muito Boa (3 títulos de pós-graduação)
Atualização do conhecimento médico	75/15	5 congressos/simpósios por ano
Estrutura Interna da Clínica	(x) Ótima (dispõe de cadeiras, revistas/jornais, água mineral, cafezinho, chá, biscoito, tv a cabo, ar condicionado, sofá, salas de espera, acesso para pessoas portadoras de deficiência)	Ótima (dispõe de cadeiras, revistas/jornais, água mineral, cafezinho, chá, biscoito, tv a cabo, ar condicionado, sofá, salas de espera, acesso para pessoas portadoras de deficiência)
Comunicação entre o médico e o paciente/cliente	(x) Muito Boa (Entre 61% a 80% das vezes)	Muito Boa (Entre 61% a 80% das vezes)
Disponibilidade de convênios médicos / planos de saúde	(x) Bom (Entre 8 e 13 planos de saúde)	Bom (Entre 8 e 13 planos de saúde)
Custo da consulta particular	100,00/240,00*100	41% do salário mínimo
Limpeza do ambiente	(x) Ótimo (Acima de 80% do exigido)	Ótimo (Acima de 80% do exigido)
Material utilizado nos pacientes, como batas, lençóis e outros.	(x) Bom (Entre 41% a 60% do exigido)	Bom (Entre 41% a 60% do exigido)
Respeito humano pelo paciente/cliente	(x) Ótimo (Acima de 80% das vezes)	Ótimo (Acima de 80% das vezes)
Tempo de duração da consulta	360/15	24 minutos
Disponibilidade diária do médico no consultório	4/5*100	80%
Disponibilidade de horário do médico no consultório	5/8*100	62,5%
Flexibilidade do horário do médico	(x) Muito bom (Manhã e tarde, manhã e noite ou tarde e noite)	Muito bom (Manhã e tarde, manhã e noite ou tarde e noite)
Disponibilidade de contato pós-consulta	(x) Sempre (100% das vezes)	Sempre (100% das vezes)
Disponibilidade de estacionamento para os pacientes/ clientes	40/16*100	250%
Disponibilidade de equipamentos de apoio.	(x) Ótimo (Acima de 80% dos existentes no mercado)	Ótimo (Acima de 80% dos existentes no mercado)
Disponibilidade de equipamentos para exames.	(x) Ótimo (Acima de 80% dos existentes no mercado)	Ótimo (Acima de 80% dos existentes no mercado)

Continua

Continuação da tabela 5.5

Disponibilidade de profissionais de segurança	$2/2*100$	100%
Assiduidade do médico	$(60-15)/60*100$	75%
Reciclagem dos profissionais de apoio	$0/5*100$	0%
Comprometimento com o paciente/cliente	(x) Quase Sempre dá satisfação (Entre 71% a 99% das vezes)	Quase Sempre dá satisfação (Entre 71% a 99% das vezes)

As medidas/metabol apresentadas com a realização da pesquisa possibilitam verificar que embora a clínica pesquisada apresente uma liderança no mercado em que atua, sendo referência para outras empresas do setor em qualidade de serviços, os resultados apresentados apontam melhorias que poderão ser realizadas para que seus pacientes estejam plenamente satisfeito em relação todas as dimensões da qualidade.

Os indicadores que apresentaram resultados mais críticos foram: preparação dos profissionais de apoio, pontualidade do atendimento médico e comunicação entre o médico e o paciente/cliente.

5.5 Considerações sobre este capítulo

O capítulo apresentado foi desenvolvido com base na pesquisa realizada com clientes, que apresentou os principais atributos para determinar a qualidade dos serviços de saúde, de acordo com a percepção do paciente/cliente.

Dessa forma, foi elaborado um modelo com 26 indicadores da qualidade, classificado em função das dimensões da qualidade proposta por Garvin (1992), buscando proporcionar uma maior satisfação para o paciente/cliente.

O capítulo ainda apresentou um estudo de caso realizado em uma clínica de endocrinologia líder do mercado em que atua, segundo o paciente/cliente, buscando mensurar cada indicador proposto em relação à qualidade dos seus serviços.

Os resultados apresentados demonstraram que, embora a clínica pesquisada seja considerada referência de qualidade no mercado, percebe-se que muitas melhorias deverão ainda ser realizadas para que se obtenha a satisfação do seu paciente/cliente.

CAPÍTULO 6

CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

O presente capítulo tem o objetivo de apresentar as conclusões gerais deste trabalho de pesquisa, ressaltando os assuntos abordados ao longo do seu desenvolvimento.

Sendo assim, verifica-se que no primeiro Capítulo da dissertação, introdução, ao definir o problema de pesquisa, foi constatada a existência de uma defasagem do nível de qualidade presente nos serviços de saúde em função das necessidades e expectativas do paciente/cliente, resultando em uma gama de pacientes/clientes insatisfeitos com a qualidade dos serviços prestados e, conseqüentemente, em empresas com dificuldade de desenvolvimento ou até sobrevivência no mercado.

Baseado neste fato, foi desenvolvido inicialmente o Capítulo 2, buscando enfocar os conceitos voltados, principalmente, para a qualidade, ressaltando-se as dimensões da qualidade de Garvin (1992), serviço e qualidade nos serviços, que, por sua vez, foram essenciais para o desenvolvimento e entendimento deste trabalho de pesquisa.

A elaboração deste capítulo possibilitou constatar que, independente do setor do mercado ou natureza da empresa, a qualidade mostra ser essencial para a gestão dos processos organizacionais.

Posteriormente, na revisão bibliográfica do Capítulo 3, através de um panorama atual apresentado do setor saúde, ressaltando a gestão da qualidade nesses serviços, foi possível concluir o quão complexo demonstra ser o processo de atendimento médico nesse setor e o quanto há ainda para se fazer para que se obtenha pacientes/clientes mais satisfeitos.

As conclusões doravante obtidas, através da Pesquisa Exploratória realizada nos Capítulos 2 e 3, mostraram ser essenciais para o embasamento dos capítulos subseqüentes, assim como, representaram o alcance do primeiro objetivo específico deste trabalho de pesquisa: realizar uma revisão bibliográfica do Sistema de Gestão da Qualidade, focalizado no setor saúde.

Entretanto, tornava-se ainda necessário definir um método que possibilitasse o alcance dos outros objetivos traçados nesta dissertação, o que pôde ser realizado no capítulo construído posteriormente.

Assim, no Capítulo 4 foi apresentada uma proposta metodológica para coletar dados e definir indicadores. O emprego do método definido possibilitou, inicialmente, com o auxílio de um formulário de entrevista, definir os principais atributos para determinar a qualidade dos serviços médicos prestados por uma clínica particular que atenda seus pacientes/clientes no

sistema de consulta sob hora marcada, o que decorreu no alcance do segundo objetivo específico previamente determinado.

Dessa forma, através dos dados coletados com as entrevistas realizadas, foi possível concluir que para o paciente/cliente considerar o serviço de saúde como de qualidade é necessário que a empresa ofereça atributos determinantes da qualidade de acordo com as suas necessidades.

Os três atributos mais importantes, que representaram mais de 50% das respostas obtidas pelos entrevistados, foram os atributos: disposição dos profissionais de apoio, pontualidade e disposição médica.

Sendo assim, confirmou-se a necessidade de disponibilização de uma ferramenta no mercado que possibilitasse as empresas do setor saúde identificarem em quais dos atributos eleitos pelo paciente/cliente deviam ser canalizados maiores investimentos, de forma que se obtivesse pacientes/clientes mais satisfeitos e fidelizados.

Dentro desta perspectiva, foi proposto, no Capítulo 5 um modelo de indicadores da qualidade baseado nos atributos definidos, de modo a proporcionar para as empresas do setor condições reais de avaliarem a qualidade dos seus serviços, permitindo, assim, que as mesmas, em função dos resultados alcançados com cada indicador aplicado, tenham condições de melhor atender as necessidades e expectativas do seu paciente/cliente.

A conclusão desse Capítulo representou o alcance do objetivo geral deste trabalho de pesquisa, resultando numa proposta de um modelo com 26 indicadores da qualidade, classificados em função das oito dimensões da qualidade proposta por Garvin (1992): Desempenho, Característica, Conformidade, Durabilidade, Credibilidade, Atendimento, Estética e Qualidade Percebida.

A empregabilidade e validação desse modelo de indicadores puderam, ainda, ser observadas no estudo de caso realizado em uma clínica de endocrinologia, permitindo constatar que embora a empresa que tenha participado desta etapa da pesquisa seja uma empresa conceituada no mercado, utilizada como referência de qualidade dos serviços prestados, ainda há diversas melhorias a serem efetuadas na clínica para melhor atender as necessidades e expectativas do paciente/cliente da empresa.

O presente trabalho de dissertação se propõe a disponibilizar para o mercado além de uma revisão bibliográfica atualizada sobre o assunto, também uma eficaz ferramenta para a gestão da qualidade dos serviços do setor saúde, possibilitando que seja avaliado e monitorado o desenvolvimento da qualidade na empresa tanto em um primeiro momento,

decorrente dos padrões de referência (metas) estabelecidos para cada indicador através de “*benchmark*”, como também, ao longo do tempo.

Percebe-se, então, que o modelo de indicadores da qualidade propostos podem ser vistos como uma importante ferramenta do Sistema de Gestão da Qualidade proposto na série de normas ISO 9000, na medida que eles buscam avaliar e proporcionar a melhoria contínua das empresas do setor saúde.

Os resultados alcançados com este trabalho de pesquisa condicionaram o alcance dos objetivos definidos no Capítulo 1, representando a superação de algumas barreiras enfrentadas no decorrer do desenvolvimento da pesquisa, como: dificuldade em conseguir dados relacionados ao tamanho do universo da pesquisa realizada, no intuito de determinar os principais atributos que determinam a qualidade dos serviços de saúde; dificuldade em encontrar bibliografia que abordasse o uso de indicadores da qualidade em empresas do setor saúde; e dificuldade de encontrar artigos que tratassem a qualidade dos serviços de saúde a partir das insatisfações do paciente/cliente.

Com a superação dessas dificuldades e alcance dos objetivos definidos, outras linhas de pesquisa puderam ser visualizadas para continuidade desta dissertação, como as duas apresentadas a seguir: realização de uma pesquisa sobre as necessidades de pacientes/clientes para empresas que apresentem características distintas da estudada, como, por exemplo, uma urgência cardiológica e avaliação da evolução da gestão da qualidade das empresas que utilizarem os indicadores propostos por este trabalho de dissertação, analisando a evolução dos resultados alcançados ao longo do tempo.

Assim, o que se pode sintetizar para representar a conclusão desta dissertação é que o trabalho de pesquisa realizado pôde contribuir não apenas para as empresas do setor saúde, como também, pôde se observar uma aplicabilidade dos postulados teóricos na realidade das empresas.

Dessa forma, pôde ser confirmada a importância não somente da definição de qualidade apresentada por Juran e Gryna (1991) de que a “Qualidade é adequação ao uso”, na medida que são os clientes que experimentam, avaliam e devem determinar a qualidade dos serviços prestados, como também, pôde ser confirmado o quanto as empresas precisam atender as necessidades dos seus clientes, para que elas possam se manter vivas e competitivas no mercado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Eduardo de Motta, CASSIOLATO, Jose Eduardo. *As especificidades do sistema de inovação do setor saúde: uma resenha da literatura como introdução a uma discussão sobre o caso brasileiro*. Disponível em: <<http://www.fesbe.org.br/download/estudos-fesbe-1-parte1>>. Acesso em: 29 out 2002.

ALBRECHT, Karl. *Serviços internos*. São Paulo, Pioneira, 1994.

ANDRADE, Calos Eduardo Metzler de. *Melhoria da qualidade em serviços: uma aplicação de indicadores de desempenho em pequenas empresas*. Florianópolis, 2001. 163 p. (Mestrado de engenharia de Produção - Universidade de Santa Catarina / USC).

BERWICK, Donald M, et al. *Melhorando a Qualidade dos Serviços Médicos, Hospitalares e da Saúde*. São Paulo: Makronbooks, 1994.

BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. *Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares*. In. Revista Saúde Pública. São Paulo. v. 30. n.1 Fev. 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/>>. Acesso em: 21 maio 2003.

BRISOLLA, Sandra Negraes. *Indicadores para apoio à tomada de decisão*. In. Revista Saúde Pública. Brasília, 1998. v.27, n.2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/>>. Acesso em: 21 maio 2003.

CAMARGO, Leonidas Lopes de. *Uso de indicadores da qualidade para o gerenciamento estratégico de empresas do ramo comercial*. Florianópolis, 2000. 113p. (Doutorado – Universidade Federal de Santa Catarina / UFSC). Disponível em: <<http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/4429.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2003.

COBRA, Marcos & RANGEL Alexandre. *Serviços ao Cliente – Uma Estratégia Competitiva*. São Paulo: Cobra, 1992.

DAVIS, Frank S. *Qualidade Total em Saúde*. São Paulo: STS, 1994.

DONABEDIAN, A. *A Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde*. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1994.

DUBEUX, Carlos Henrique Santos. *Parâmetros para a qualidade dos serviços de saúde: O caso do Pólo Médico de Grande Recife*. Recife, 2000. 72 p. (Mestrado – Universidade Federal de Pernambuco / UFPE).

FEIGENBAUM, A. V. *Controle da Qualidade Total*. São Paulo: Makron Books, 1994.

GARVIN, David A. *Gerenciando a Qualidade*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1992.

GERANEGÓCIO. O que é qualidade ? In: *Programa de qualidade*. Disponível em: <<http://www.geranegocio.com.br/html/geral/p12.html>>. Acesso em: 24 jan. 2003.

GIL, Antônio de Loureiro. *Qualidade Total nas Organizações*. São Paulo: Atlas, 1993.

GREGÓRIO, Renato. *Consultório global: Como conquista e fidelizar pacientes*. Rio de Janeiro, Fundação Biblioteca Nacional, 2002.v. 2, 32p.

HOSPITAL DE SÃO MARCOS. A qualidade na saúde. In: *Profissional*. Disponível em: <<http://www.hsmbraga.min-saude.pt/qualidade.htm>>. Acesso em: 25 jan. 2003.

INSTITUTO DA QUALIDADE EM SAÚDE. Centro de documentação e informação. In: pagina 54-56. Disponível em: < http://www.icgzn.pt/p%C3%A1gina_54-56.htm >. Acesso em: 25/01/2003.

JURAN, Joseph M. *Planejando para a qualidade*. São Paulo: Pioneira, 1990.

JURAN, J. M., GRZYNA, F. *Controle da Qualidade handbook*. São Paulo: Makron Books, 1991. v.1. – Conceitos, Políticas e Filosofias da Qualidade.

KOTLER, Philip, ARMSTRONG, Gary. *Princípios de Marketing*. Rio de Janeiro: Ed. Prentice Hall do Brasil, 1998.

LAS CASAS, Alexandre L. *Marketing de Serviços*. São Paulo: Atlas, 1999.

LOIOLA, Alessandro. *Analisando o outro lado da moeda: qual a extensão da responsabilidade dos pacientes sobre a atenção médica que recebem?* Disponível em: <http://saudeweb.terra.com.br/saudeweb/main.php?content=ass_select&art_codigo=755&ass_codigo=52> Acesso em: 10 mar. 2003

MELLO, Joamel B., CAMARGO, Marlene O. *Qualidade na saúde: Práticas e conceitos. Normas ISO nas Áreas Médico-Hospitalar e Laboratorial*. São Paulo: Editora Best Seller, 1998

MEZOMO, João Catarin. *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. 1. ed. Manole: São Paulo, 2001.

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

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

OLIVEIRA, Giovanilza Maria Pessoa de. *A Gestão da Qualidade e Elementos do Sistema da Qualidade em Empresas Prestadora de Serviços*. Recife, 2000. 76 p. (Mestrado – Universidade Federal de Pernambuco / UFPE).

PALADINI, Edson Pacheco. *Avaliação Estratégica da Qualidade*. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. *Qualidade Total na Prática: Implantação e Avaliação de Sistemas de Qualidade Total*. São Paulo: Atlas, 2000. p. 18-21

_____. *Gestão da Qualidade no Processo: A Qualidade na Produção de Bens e Serviços*. São Paulo: Atlas, 1995.

PEREIRA, Cilene, CASTELLÓN, Lena. *Relações delicadas*. Revista Isto É. Nº 1772. 17 set. 2003, p. 46-48.

RATINECAS, Paulo. *Cliente ou paciente: uma questão de reflexão e ação*. Disponível em: <www.MaxiMarket.com.br> acesso em: 02/06/2003.

REVISTA QUALIDADE EM SAÚDE. Os caminhos da qualidade e o papel do IQS. "s.l.": Instituto de Qualidade em Saúde, set. 2002. 62p. Edição especial. Disponível em: <http://www.icgzn.pt/especial_-_setembro_2002.htm>. Acesso em: 18 fev. 2003.

_____. "s.l.": Instituto de Qualidade em Saúde, ano 1, n. 0, jun. 2000. 58p. Disponível em: <http://www.icgzn.pt/ano_1_n0.htm>. Acesso em: 18 fev. 2003.

SAÚDE & CIDADANIA. *Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde*. Disponível em: <http://ids-saude.uol.com.br/saudecidadania/ed_03/index.html> Acesso em: 20 mar. 2003.

SANTOS, Luciano Costa. *Projeto e análise de processos de serviços: avaliação de técnicas e aplicação em uma biblioteca*. Florianópolis, 2000. 110f. (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção / UFSC). Disponível em: <<http://www.teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/4183.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2003.

SHIOZAWA, Ruy Sergio Cacesse. *Qualidade no atendimento e tecnologia de informação*. São Paulo: Atlas, 1993. p.58.

SICSÚ, Abraham Benzaquen. *Análise das tendências tecnológicas nas estruturas (planos e seguros de saúde, hospitais, clínicas e laboratórios) do núcleo do pólo médico do Recife*. Recife: "s.ed.", 2003. 23p. Relatório.

SILVA, Vitor M. C. Ferreira da. *A relação médico-paciente*. Disponível em: <<http://www.sab.org.br/med-terap/art-vitor.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2003.

SLACK, Nigel, et al. *Administração da Produção*. São Paulo: Atlas, 1997.

SOS Médicos, Dentistas, Clínicas e Hospitais. Recife: Editora Brasileira de Guias Especiais - EBGE, 2003.

TAKASHINA, Newton Tadachi. Indicador da qualidade e do desempenho: conceitos, definições e gestão de resultados. *União Brasileira para a Qualidade*. Rio de Janeiro. Jun. 1996. Entrevista a Revista Decidir. Disponível em: <<http://www.ubq-rj.com.br/artigos/iqid.htm>>. Acesso em: 10 jul. 2003.

TAKASHINA, Newton Tadachi, FLORES, Mário César Xavier. *Indicadores da Qualidade e do desempenho: como estabelecer metas e medir resultados*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1996.

TRZESNIAK, Piotr. *Indicadores quantitativos: reflexões que antecedem seu estabelecimento*. Brasília, vol. 27, n.2. maio/ago, 1998.

TORRES, Marleide Gomes. *Avaliação da Qualidade dos Serviços de laboratórios utilizando-se o método SERVQUAL*. Recife, 2001. (Mestrado – Universidade Federal de Pernambuco / UFPE).

APÊNDICE

Apêndice 1

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Nome: _____ **Idade:** _____

Renda Familiar: () Menor do que 2 salários mínimos () Maior igual a 2 salários mínimos

CASO JÁ TENHA UTILIZADO OS SERVIÇOS MÉDICOS DE UM CONSULTÓRIO PARTICULAR QUE ATENDA NO SISTEMA DE CONSULTA POR HORA MARCADA, FAVOR RESPONDER AS QUESTÕES A SEGUIR.

1) Quais são as cinco características mais importantes que determinam a qualidade de um serviço prestado por uma clínica?

2) Para cada característica mencionada, liste a de maior importância para a de menor importância.

Apêndice 2

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Nome: _____ **Idade:** _____

Renda Familiar: () Menor do que 2 salários mínimos () Maior igual a 2 salários mínimos

CASO JÁ TENHA UTILIZADO OS SERVIÇOS MÉDICOS DE UM CONSULTÓRIO PARTICULAR QUE ATENDA NO SISTEMA DE CONSULTA POR HORA MARCADA, FAVOR RESPONDER AS QUESTÕES A SEGUIR.

1) Quais são as cinco características mais importantes que determinam a qualidade de um serviço prestado por uma clínica particular, que atenda seus pacientes na forma de consulta sob hora marcada?

2) Para cada característica mencionada, liste a de maior importância para a de menor importância.
