



DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: CONFRONTO DE VISÕES

**Maria José dos Reis
Leonel Mazzali**

A preocupação com a qualidade na área da saúde é relativamente recente. Em 1985, surgiram as primeiras publicações sobre a aplicação da gestão da qualidade total – TQM – na área hospitalar, caracterizando, assim, o início da prática da qualidade no setor. A partir daí, clínicas, hospitais e laboratórios passaram a conceber os serviços prestados em termos mais amplos do que os estritamente médicos. À semelhança de qualquer empresa, essas organizações vêm lidando com as influências ambientais, tais como o acirramento da concorrência, as mudanças tecnológicas e as alterações nos perfis de consumo. Ademais, a figura do paciente – o consumidor que aceitava, sem questionar, tudo o que lhe fosse im-

posto – cedeu lugar à figura do cliente, altamente crítico e exigente no que se refere à individualidade, à exclusividade, à ética, à qualidade e à informação.

Nesse contexto, Beemer e Shook (1998) afirmam que o desenvolvimento tecnológico aguçou ainda mais o senso crítico dos consumidores. O século XX possibilitou o ingresso dos serviços de saúde na era tecnológica, cujos marcos principais foram a descoberta da penicilina, em 1928, e o advento da informática, a partir da década de 50. No entanto, Alemi (2000) chama a atenção para a persistência de deficiências na prestação dos serviços. Segundo o autor, de nada adianta uma organização adquirir tecnologia sem incorporá-la

efetivamente ao processo de prestação do serviço, em particular no âmbito do comportamento e da prática do pessoal. Assim, embora considerada a grande esperança para o aumento da qualidade no serviço de saúde, a tecnologia não trouxe grandes avanços; ao contrário, o aumento da complexidade associada à sofisticação tecnológica contribuiu para o aumento de falhas.

A tecnologia é importante, mas não suficiente. A incorporação de novas tecnologias requer uma mudança de atitude frente às práticas antes adotadas, isto é, de nada adianta investir em novas tecnologias e continuar com os mesmos comportamentos e procedimentos. A propósito, Scarponi (1994) salienta que a tecnologia adequada é a eficaz, apresentando-se como a melhor solução ao problema do cliente. Em outras palavras, de nada vale um tomógrafo, quando o cliente necessita de um simples curativo. Deve-se considerar, em primeiro plano, as necessidades do cliente.

Este estudo tem como objetivo identificar e analisar as concepções dos clientes e dos profissionais de serviços de saúde no que se refere à qualidade, à tecnologia e à correlação entre ambas. O enfoque é qualitativo, tendo em vista avaliar como os agentes – cliente e fornecedor – percebem a estrutura, o processo e o resultado dos serviços prestados.

Busca-se o confronto de visões a partir das diferenças entre as percepções dos clientes e as dos agentes prestadores de serviços.

A primeira seção apresenta um breve panorama da evolução da tecnologia nos serviços de saúde, identificando as principais implicações para a organização hospitalar. A segunda seção aborda a qualidade nos serviços de saúde a partir da discussão dos princípios e dos principais enfoques encontrados na literatura. As terceira e quarta seções apresentam os procedimentos metodológicos adotados na pesquisa de campo empreendida na cidade de São Paulo. As quinta e sexta seções apresentam e discutem os resultados da pesquisa. Finalmente, a sétima e última seção estabelece o confronto das visões dos agentes e dos clientes dos serviços de saúde.

Desenvolvimento tecnológico e serviços de saúde

No século XVII, Hipócrates formalizou os procedimentos cirúrgicos a partir da compilação do conhecimento existente. Somente no século XIX foram superadas as barreiras da dor e da contaminação cirúrgica, com a descoberta de drogas anestésicas e de procedimentos de esterilização. No século XX, a tecnolo-

gia avançou, trilhando um caminho sem volta, assentado, de um lado, no aperfeiçoamento das técnicas e dos procedimentos cirúrgicos e, de outro, no desenvolvimento da bioquímica. Merecem destaque: a descoberta da penicilina, em 1928, o primeiro antibiótico conhecido que começou a ser produzido comercialmente em 1940; os antibióticos de terceira e quarta gerações; as constantes inovações nos equipamentos cirúrgicos e de diagnóstico; o advento dos materiais e instrumentais descartáveis – seringas, equipos, máscaras, agulhas, lâminas, bisturis, aventais, campos cirúrgicos, sondas e trocáteres; o desenvolvimento de novos materiais de síntese e de técnicas de imobilização ortopédicas.

A trajetória do desenvolvimento tecnológico a partir do século XX ancorou-se, de modo especial, na redução de infecções, no aumento do conforto para o cliente, na reconfiguração do ambiente hospitalar e no aumento da precisão do diagnóstico. Na segunda metade do século XX e, mais intensamente, a partir da década de 1980, os avanços na bioquímica e na informática, bem como a descoberta de novos materiais, foram responsáveis pela inserção da saúde em uma nova trajetória marcada pela emergência, de um lado, de equipamentos de alta precisão, como aparelhos de tomografia, de ressonância magnética e

de ultra-sonografia e, de outro, de procedimentos cirúrgicos altamente sofisticados, com o auxílio da informática, do laser e da robótica.

Alemi (2000) enfatiza que muitos pesquisadores atestam os efeitos positivos da tecnologia no progresso dos serviços de saúde, principalmente no que se refere à melhoria da qualidade de vida. Referindo-se aos avanços associados à informática, o autor afirma que a internet constitui poderosa ferramenta de manutenção do sistema *home care*, pelo qual o cliente realiza o tratamento em sua residência, transmitindo informações, “em tempo”, sobre a reação ao tratamento.

A internet abre também a oportunidade para a telemedicina, destacando-se, segundo Tachinardi (2000), a teleconsulta, a segunda opinião, o ensino a distância e a telecirurgia, com o auxílio da robótica. Ademais, com o advento da internet, surgiram, nos EUA, as organizações virtuais de administração de saúde (VMCO), isto é, clínicas que gerenciavam o tratamento pela internet.

Segundo Alemi (2000), a efetiva utilização da tecnologia requer o constante aperfeiçoamento do corpo técnico – médicos, enfermeiros e técnicos. A tecnologia não está associada unicamente a equipamentos físicos, mas também e principalmente ao conhecimento do corpo técni-

co e ao relacionamento com o paciente. A efetiva utilização da tecnologia disponível depende da construção de vínculos com os clientes. Nesse sentido, o corpo técnico atua como elemento catalisador da tecnologia, conjugando informação, conhecimento e adequação às necessidades do cliente.

Nesse contexto, Caldas et al. (1999) apontam para a perda da "individualidade" do paciente, como consequência da acentuada especialização da medicina, em particular no que concerne aos serviços de diagnóstico e terapia; o cliente é subdividido em partes e não tratado como um todo.

O desenvolvimento tecnológico produziu profundas mudanças nos critérios de avaliação do sucesso do empreendimento hospitalar, na estrutura e no comportamento organizacionais.

No que se refere aos critérios de avaliação do sucesso do empreendimento, o advento da moderna tecnologia gerou equívocos que se traduziram na associação do desempenho à produtividade dos equipamentos, deixando de considerar a efetividade, isto é, a obtenção do objetivo principal do serviço de saúde: atender às necessidades do paciente. Embora os aperfeiçoamentos científicos e técnicos sejam elementos decisivos, o comprometimento da orga-

nização com o cliente e, em especial, com a comunidade, é o diferenciador do hospital enquanto instituição. Nesse âmbito, Gonçalves (1998) afirma que os hospitais estão incluídos na lista das instituições fundamentais da comunidade. A relação que o hospital mantém com os indivíduos e com a coletividade resulta do papel essencial que este exerce, desde o nascimento até a morte.

No que se refere às mudanças na estrutura e no comportamento organizacional, os hospitais tornaram-se grandes e complexas organizações, apresentando enormes desafios associados à interação/integração entre os diversos departamentos e entre estes e o cliente. Nesse sentido, emergiram novos estilos de gestão, superando a visão tradicional da organização hospitalar. Tais estilos estão voltados para a integração e para a motivação dos agentes. Segundo Gonçalves (1998), a base fundamental do novo estilo é a estrutura matricial, com a consequente eliminação da figura centralizadora e, geralmente, autocrática do superintendente ou diretor geral. Em substituição, aparece um conjunto de gerentes, formando um conselho técnico-administrativo.

No Brasil, novas tecnologias de processos e de alcance de resultados foram introduzidas por alguns hospitais particulares, levando a uma dualidade no panorama social do

atendimento à saúde, considerando o acesso aos serviços e às tecnologias da área. Agregue-se, ainda, como salienta Silveira (1998), que o gerenciamento da utilização dos serviços hospitalares, amplamente utilizado pelas empresas de medicina de grupo e pelas seguradoras, está assentado no estabelecimento de padrões de atendimento, limitando a realização de exames de alto custo, o tempo de internação e os gastos hospitalares, segundo o tipo de doença.

A qualidade nos serviços de saúde

Assim como na indústria, o controle e o desenvolvimento da qualidade foram, por muito tempo, assumidos por engenheiros. Na área da saúde, foram exercidos pelos médicos, responsáveis exclusivos pela qualidade dos serviços prestados. Nesse sentido, a principal transformação ocorreu no âmbito do paradigma, isto é, a responsabilidade pela qualidade nos serviços de saúde não é mais única e exclusivamente dos médicos, mas de todos os agentes da organização, os quais devem ser devidamente treinados e totalmente comprometidos com o processo de qualidade, cujo objetivo primordial é atender às necessidades do cliente.

No atendimento às necessidades do cliente dos serviços de saúde

de é de vital importância, segundo Mezomo (1995), observar três princípios básicos: equidade, eficiência e efetividade.

Segundo o princípio da equidade, as necessidades dos clientes são atendidas independentemente da classe social, crença ou poder aquisitivo, disponibilizando-se todos os recursos necessários. O princípio da eficiência assegura a correta utilização de todos os recursos, de acordo com o caso. Finalmente, com a efetividade alcança-se o objetivo principal do paciente, qual seja, o restabelecimento da saúde ou a preservação da vida.

Para o referido autor, o resultado do serviço de saúde envolve três aspectos: o estado físico do indivíduo, as informações fornecidas ao paciente relativas ao seu caso e o comprometimento do paciente no tocante a procedimentos a serem executados. Assim, a qualidade nos serviços de saúde requer a identificação das expectativas e das necessidades do cliente, o comprometimento de toda a organização e a busca contínua da melhoria dos produtos e dos serviços. A qualidade não depende apenas do prestador do serviço; a educação e a comunicação com o cliente são fatores determinantes. A propósito, muitos dos problemas básicos de saúde poderiam ser solucionados com medidas profiláticas simples, como, por exemplo, lavar as mãos ao manusear alimentos.

Considerado como um setor onde a qualidade é aspecto inerente, somente a partir de 1985, segundo Santos (1994), iniciaram-se as primeiras publicações sobre a aplicação do gerenciamento pela qualidade total na área hospitalar.

Nos Estados Unidos, em meados da década de 80, a Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (Jcaho) mudou o enfoque da qualidade em saúde. Tradicionalmente orientado para a estrutura e para o processo, o enfoque passou a recair sobre os resultados baseados na garantia da qualidade. Em 1987, foi criado o "National Demonstration Project – NDP – on Quality Improvement in Health Care" – uma reunião de 21 líderes das organizações de saúde que, juntamente com peritos em qualidade na área industrial, discutiram as possibilidades da incorporação à saúde das técnicas de melhoria da qualidade utilizadas na indústria.

No Brasil, conforme Neto (2000), datam de 1974 as primeiras iniciativas de classificar os hospitais, através do Relatório de Classificação Hospitalar – Reclar, baseando-se nos serviços prestados, no *lay-out* e nos aspectos físicos da unidade de atendimento. A partir de 1982, o Reclar passou a ser adotado como pré-requisito para o funcionamento e o cadastramento de hospitais junto ao Inamps.

Em 1991, por iniciativa da Associação Paulista de Medicina, foi criado o CQH – Programa de Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar do Estado de São Paulo, cujo objetivo principal é a melhoria da qualidade. Apesar de iniciativas como essa, poucas entidades do Estado de São Paulo participam do programa, e menos ainda são certificadas.

Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Qualidade, com o objetivo de promover a cultura da qualidade, estabelecendo-se a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde.

No final de 1998, foi lançado oficialmente o Programa Brasileiro de Acreditação e, em 1999, foi constituída a Organização Nacional de Acreditação – ONA, órgão responsável pelo credenciamento de instituições de serviços de saúde.

O enfoque no cliente como centro das atividades da organização hospitalar, no Brasil, emergiu, segundo Gonçalves (1998), na década de 1980, encontrando dificuldades de implementação. Em todos os setores da atividade econômica, o comportamento do cliente vem sendo cada vez mais considerado como um ingrediente fundamental na elaboração das estratégias. O setor da saúde não foge à regra, preocupando-se em conhecer o comportamento do cliente nas diferentes circunstâncias que a área

da saúde engloba, desde o processo de escolha, até as causas determinantes da satisfação com o serviço.

Hui e Bateson (1991) salientam que, no processo de prestação do serviço de saúde, o controle sobre a vida é o valor fundamental do paciente. Nesse sentido, ao se entregar aos cuidados médicos, o cliente percebe a qualidade do atendimento a partir da preservação desse valor básico. Os autores destacam que a admissão na unidade hospitalar, geralmente, diminui a percepção de controle do cliente sobre sua vida, exigindo adequada atenção do corpo técnico.

Como se percebe, na visão dos referidos autores, a percepção de qualidade dos serviços de saúde, pelo cliente, faz-se predominantemente a partir de fatores emocionais.

A esse respeito, Gotlieb (2000) afirma que, para o cliente, as enfermeiras são o agente mais importante do cuidado hospitalar. O corpo de enfermagem, além da presença constante, atendendo a cada solicitação, é o elemento fundamental para a criação de um ambiente onde o paciente sinta-se sujeito da situação. O autor acrescenta que, quando o cliente percebe que os procedimentos do hospital são designados para auxiliá-lo a alcançar o desejado estado de controle, desenvolve uma impressão mais favorável sobre a qualidade do hospital.

Segundo Gotlieb (2000), o cliente pode apresentar reações diversas diante da alta tecnologia, desde medo ou receio até o encantamento. Assim, quanto maior o esclarecimento sobre o procedimento a ser realizado, mais seguro e maior a percepção da qualidade do serviço prestado.

O cliente deseja ser atendido de maneira individual e com cortesia. Na relação entre o prestador do serviço e o paciente reside o núcleo do processo de qualidade. Em uma pesquisa realizada com 600 clientes na região metropolitana de Recife, em 1995, Falk e Xavier (1998) chegaram à definição de oito critérios de satisfação do cliente durante a prestação dos serviços de saúde, quais sejam: conforto do quarto; presteza e gentileza da equipe de saúde; alimentação e higiene; burocracia hospitalar; assistência psicossocial; processo de pagamento; comodidade do acompanhante e livre acesso às visitas.

Finalmente, vale considerar a influência de informações e de percepções das pessoas com as quais o cliente convive. Nesse âmbito, Hibbard et al. (1997) salientam que as habilidades de interpretar e de assimilar informações são o elemento crítico no processo de tomada de decisão. Utilizando pesquisas de diversos autores, Hibbard et al. concluem que a integração de diferentes tipos de informação é um processo cognitivo complexo. Ao mesmo tempo, as evi-

dências mostram que os indivíduos são capazes de processar e utilizar apenas um limitado número de variáveis. Em meio a inúmeras opções, o consumidor escolhe com base em fatores pessoalmente relevantes.

Procedimentos metodológicos – composição da amostra de profissionais de saúde e clientes

Objetivando identificar traços da percepção dos agentes prestadores de serviço de saúde e dos clientes no que se refere à qualidade e à tecnologia, foi realizado durante o mês de julho de 2001 um levantamento centrado na pesquisa qualitativa, no âmbito da cidade de São Paulo, abrangendo especificamente o bairro do Ipiranga. Não houve preocupação acentuada com a precisão da amostragem e em testar estatisticamente hipóteses, mas com os indicadores da visão que o cliente e os profissionais de saúde possuem dos itens em questão.

No processo de construção da amostra de profissionais da área de saúde, optou-se por utilizar a amostragem não probabilística por conveniência. Assim, foram entrevistados 20 profissionais de saúde, com o seguinte perfil:

- Oito médicos de diversas especialidades: cardiologia (dois), clínica geral (um), cirurgia geral/gastroenterologia (um), neurocirurgia (um), oftalmologia (um), medicina intensiva/au-

ditoria (um), cirurgia bucomaxilofacial (um);

- Dois enfermeiros das especialidades de pediatria e auditoria;
- Três técnicos das especialidades radiologia/gamografia, enfermagem e instrumentação cirúrgica;
- Seis técnicos da área administrativa: supervisor de faturamento hospitalar (dois), assistente administrativo (dois), recepcionista (um) e psicólogo (um);
- Uma assessora do Ministério da Saúde, gerente geral de tecnologia em serviços de saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa/MS.

Oitenta por cento dos profissionais entrevistados prestam serviços à rede particular de saúde, especificamente ao Hospital São Camilo, situado no Bairro do Ipiranga, na cidade de São Paulo. O perfil da amostra se caracteriza pela predominância da faixa etária compreendida entre 36 e 50 anos, de ensino superior completo, de profissionais com mais de 20 anos de experiência e pela participação, em igual proporção, de homens e mulheres.

No que se refere aos clientes dos serviços de saúde, optou-se por realizar a pesquisa entre os moradores do Bairro do Ipiranga, na cidade de São Paulo, e entre a população carente que recorre ao Ambulatório São Camilo do Serviço Social, também si-

tuado no Bairro do Ipiranga. Tal procedimento justifica-se pela facilidade de acesso do pesquisador e a disponibilidade de recursos.

Trata-se de uma amostra estratificada, constituída basicamente por dois segmentos. O primeiro compõe-se de 62 clientes, com renda superior a um salário mínimo e condições econômicas de utilizar o serviço de saúde, isto é, aqueles que "vão" e não "são levados" a um serviço de saúde. Esse segmento, por sua vez, foi subdividido em 11 clientes que se servem da rede pública de saúde e 51 clientes usuários de convênios ou seguro-saúde.

O segundo segmento é composto de oito pacientes integrantes da população carente e de moradores de rua da região do Ipiranga.

Para compor a amostra do primeiro estrato – clientes com condições econômicas de utilizar o serviço de saúde – foram tomados como referência os moradores da Rua Cipriano Barata, na quadra compreendida entre as Ruas Oliveira Alves e Brigadeiro Jordão. Essa região abriga aproximadamente 250 moradores. De um total de 91 residências, foram pesquisados 62 moradores, e entrevistado um morador de cada residência.

Para compor o segundo estrato – população carente – tomou-se uma amostra com aproximadamente 10% dos clientes do Ambulatório São

Camilo do Serviço Social, que funciona na Rua Cipriano Barata, esquina com a Rua Oliveira Alves.

As tabelas 1 a 5 permitem constatar que, além de se considerar indivíduos de diversos níveis socioeconômicos, houve a preocupação de se incorporar à amostra diferentes perfis associados à idade, sexo, escolaridade e profissão.

Os clientes com condições econômicas, usuários da rede pública de saúde, caracterizam-se pela predominância da faixa etária situada entre 36 e 60 anos; dos níveis de escolaridade médio e superior e de assalariados ou profissionais liberais do sexo feminino e com rendimento bastante diferenciado.

O cliente usuário de convênio ou seguro saúde tem uma faixa etária predominante de 36 a 50 anos; é assalariado ou profissional liberal, em sua maioria; com nível de escolaridade entre médio e superior, predominantemente do sexo feminino, com renda familiar entre R\$ 901,00 e R\$ 2.700,00.

Finalmente, o cliente pertencente à população carente tem como nível de instrução máximo o ensino fundamental, a maioria entre 18 e 50 anos, todos do sexo feminino e com renda familiar, na sua totalidade, abaixo de R\$ 180,00, proveniente do trabalho informal ou do auxílio desemprego.

Procedimentos metodológicos – roteiro da entrevista

O roteiro de entrevista utilizado junto aos prestadores de serviços de saúde assentou-se na avaliação da percepção da qualidade nos serviços de saúde e na identificação dos conceitos de qualidade e de tecnologia nos serviços de saúde, do grau de informação do profissional sobre qualidade e sobre tecnologia e da relação entre qualidade e tecnologia.

O roteiro de entrevista utilizado junto aos clientes de serviços de saúde foi construído com questões fechadas, de única e de múltipla escolha, utilizando escala ordinal. Não foram propostas perguntas abertas, pois o pré-teste revelou dificuldades associadas à expressão e à falta de tempo.

A primeira parte do roteiro teve por objetivo obter a visão do cliente sobre qualidade, abordando, primeiramente, a identificação do conceito de qualidade e do processo de escolha de um serviço de saúde e, em segundo lugar, a percepção da qualidade e de seu custo.

A segunda parte do roteiro abordou, inicialmente, a visão do cliente sobre a tecnologia e seu custo na área da saúde, para, em seguida, captar a percepção da tecnologia e da sua importância na prestação do serviço de saúde.

A tabulação das questões que utilizam “escala de avaliação verbal balanceada” é destinada a avaliar atitudes. A opinião do entrevistado foi obtida a partir da consideração do número de respostas a favor e contra uma determinada afirmação.

Para a tabulação das questões que solicitavam a colocação dos itens em ordem de importância, atribuiu-se um valor para cada alternativa, sendo que, para a ausência de resposta, foi utilizado zero, conforme Mattar (1999). O procedimento empregado foi o de atribuir valores que correspondem ao número total de variáveis de cada questão, em ordem inversamente proporcional. Mais precisamente, ao item apontado como prioritário foi atribuída a maior pontuação e assim sucessivamente.

Para a tabulação de questões fechadas de múltipla escolha, foram considerados todos os itens escolhidos. Na tabela referente a esse tipo de questão, o número de escolhas excede o número de pesquisados, pela própria característica da escolha múltipla.

Análise e discussão: a visão dos prestadores de serviço

Da ótica dos prestadores de serviço de saúde, conforme tabela 6, o atendimento às necessidades do cliente é a característica mais enfatiza-

da como base da qualidade de um serviço de saúde, evidenciando a preocupação crescente dos profissionais de saúde com a satisfação do cliente e com a qualidade. Merece destaque o fato de que a visão do atendimento às necessidades do cliente está fortemente marcada pelo tratamento de indivíduos, independentemente de sua classe social, e pelo grau de abrangência das pessoas atendidas, através da viabilização da saúde para toda a população e da busca da perfeição, com um padrão de cultura e de aperfeiçoamento contínuos. Essa preocupação dos entrevistados ratifica o princípio da equidade defendido por Mezomo (1995), segundo o qual quanto mais pessoas forem atendidas pelos serviços de saúde, maior a qualidade de vida da população e menor a exclusão social.

Por sua vez, considerando a predominância, entre os entrevistados, da faixa etária compreendida entre 36 e 50 anos, bem como a época da formatura (década de 1980), pode-se inferir que o foco do atendimento às necessidades do cliente está fortemente atrelado ao movimento da qualidade na saúde.

A segunda característica apontada pelos entrevistados foi o espírito de equipe, isto é, o trabalho em sintonia com os diversos setores da organização. Tal fato ratifica a opinião de Mezomo (1992) de que funcionários estáveis, compromissados e

solidários são o maior patrimônio do hospital.

No que se refere à importância atribuída ao aprimoramento pessoal e de técnicas, também ocorreu ratificação da opinião de Mezomo (1993) de que a qualidade em saúde supõe técnicas e conhecimentos apurados.

Cabe ressaltar a menção feita a outras características, como assistência integral ao cliente, suficiência dos serviços, condições adequadas do prestador de serviço, relação satisfatória médico/paciente, higiene, rapidez, segurança e adequação do equipamento ao tipo de serviço prestado.

Com referência aos equipamentos de alta tecnologia, dos 20 profissionais entrevistados 14 declararam utilizá-los há mais de 10 anos, destacando a necessidade de um tempo de treinamento de um a quatro anos. De modo geral, os pesquisados foram treinados em curso formal, após o qual o treinamento foi dado de maneira informal – através de colegas de trabalho.

Provocados a se expressar sobre a afirmação: "Onde tem tecnologia tem qualidade", 50% dos profissionais concordaram com a afirmativa e 50% discordaram. No âmbito da correlação entre tecnologia e qualidade, 85% dos pesquisados concordaram que a qualidade nem sempre depende da tecnologia. Essa posição dos

profissionais ratifica as afirmações de Alemi (2000) de que a tecnologia não torna os prestadores mais eficientes e de que o seu advento não teve como decorrência o aumento da qualidade.

Na definição de tecnologia na área da saúde, merecem destaque: técnicas e aparelhagens avançadas; profissionais treinados; equipamentos de boa qualidade; equipamentos adequados ao serviço utilizado; equipamentos sofisticados que auxiliam no tratamento e no diagnóstico de doenças; ferramentas para a obtenção de melhor resultado, com menor trabalho e maior rapidez.

Houve um consenso entre os entrevistados quanto à tecnologia constituir uma ferramenta auxiliar poderosa para diagnósticos e tratamentos, notando-se a preocupação com o custo e com a restrição ao acesso, dado o poder aquisitivo do cliente.

Análise e discussão: a visão dos clientes

Quanto à caracterização de um serviço de saúde com qualidade, observa-se, a partir da tabela 7, que os clientes possuidores de convênio/seguro saúde consideram, em primeiro lugar, o atendimento às suas necessidades, seguido da rapidez, da confiabilidade do serviço, da utilização de técnicas e de aparelhagens avançadas. Tal posição está atrelada

ao perfil desse cliente, que tem à sua disposição ampla rede de serviços, com profissionais qualificados apoiados em aparelhagens e técnicas sofisticadas. Nesse sentido, a rapidez no atendimento torna-se uma característica diferenciadora da qualidade do serviço.

O segmento de clientes com condições econômicas e usuários da rede pública prioriza o atendimento de suas necessidades, colocando em segundo lugar a existência de profissionais qualificados e, em terceiro, a rapidez do atendimento. Esse cliente, ciente da frequência da imperícia no serviço médico da rede pública, é crítico e consciente de seus direitos, manifestando sua insatisfação e reivindicando melhores serviços. Nesse sentido, atribui elevada importância ao treinamento dos profissionais e, uma vez contemplada essa exigência, considera fundamental a individualização do atendimento, a partir da ênfase no quesito "atendimento rápido".

Por sua vez, a população carente, desprovida de condições financeiras, não tem consciência crítica do serviço prestado, notando-se, entretanto, certo "encantamento" com a aparelhagem avançada. Acostumado a longas filas, o cliente desse segmento prioriza a rapidez do atendimento.

Quanto às características diferenciais na escolha de um serviço de saúde, observam-se, com relação aos

clientes pertencentes ao segmento dos usuários de convênio/seguro saúde, opiniões distintas segundo a faixa etária. Aqueles com menos de 51 anos priorizam a qualidade e a tecnologia, enquanto os situados na faixa superior a 51 anos priorizam a qualidade, a proximidade do serviço da sua residência, a tecnologia – ressonância magnética, ultrasonografia e tomografia – e a indicação de amigos.

Os critérios utilizados pelo cliente com mais de 51 anos estão fortemente atrelados, de um lado, à maior frequência na utilização dos serviços e, de outro, ao fato de ignorar os serviços cadastrados no manual do convênio, preferindo a indicação de profissionais por amigos e parentes.

O cliente com condições econômicas e usuário da rede pública também apresenta diferentes critérios na caracterização de um serviço de saúde, segundo a faixa etária. Aqueles com menos de 51 anos priorizam a qualidade e a tecnologia, notando-se um “encantamento” com a última. Por sua vez, os situados na faixa superior a 51 anos priorizam a proximidade dos serviços e não a tecnologia.

Finalmente, a população carente prioriza a proximidade como fator diferencial na escolha do serviço de saúde, colocando a qualidade em segundo plano.

A concepção de tecnologia na saúde pelos clientes usuários de con-

vênio/seguro saúde está baseada na efetividade/rapidez dos serviços prestados e na importância atribuída aos equipamentos de diagnose e tratamento. Ressalte-se, no entanto, que os clientes com idade superior a 51 anos visualizam a tecnologia a partir da elevada especialização dos profissionais.

Considerando que a rede pública não dispõe de tecnologia, na ótica dos clientes com condições econômicas e usuários da rede com menos de 51 anos, a tecnologia está fortemente associada ao “encantamento” produzido pelos equipamentos de diagnose e tratamento. No entanto, o contexto de extensas filas e burocracia extrema não os conduz a estabelecer uma correlação estreita entre tecnologia e sofisticação dos equipamentos, aparecendo como elementos definidores a especialização e a qualificação dos profissionais.

Para a população carente, a tecnologia resume-se aos equipamentos e à especialização dos profissionais. Esse segmento considera, também, que a tecnologia inexistente na rede pública.

Com referência à percepção do custo da qualidade, os clientes com condições econômicas, usuários de convênio/seguro saúde e da rede pública, consideram-no baixo, enquanto a população carente associa à qua-

lidade grande complexidade e, em consequência, um alto custo.

Quanto ao custo da tecnologia, todos os segmentos têm uma percepção de que a tecnologia na saúde envolve complexidade e alto custo.

No que diz respeito à correlação entre tecnologia e qualidade, embora os clientes de todos os segmentos considerem que a qualidade nem sempre depende da tecnologia, houve uma ênfase na afirmação "onde tem qualidade tem tecnologia". Nesse sentido, o cliente parece confundir tecnologia e qualidade. Se, de um lado, existe uma parcela da clientela altamente consciente e crítica, em particular os usuários da rede pública, de outro existe o "encantamento" com a tecnologia. Esse "encantamento" parece estar associado ao desconhecimento e à crença na eficácia dos equipamentos, em particular no âmbito da precisão do diagnóstico.

Não se pode desconsiderar, ainda, o receio da imperícia e a insegurança diante dos riscos e incertezas envolvidos no serviço de saúde. Nesse contexto, o cliente se transforma em paciente sem, contudo, confiar plenamente nos resultados a serem obtidos.

Fica evidente que a sofisticação tecnológica pode representar, para o paciente, a percepção de maior qualidade, a partir da crença de

que "a máquina não erra e medicamentos novos e mais caros são altamente eficientes".

Confronto de visões

No âmbito da concepção de qualidade, considerando que o prestador de serviço de saúde conhece profundamente os processos e os procedimentos necessários para a efetividade do atendimento, a pesquisa deixou patente que a sua visão está focada no processo.

Para o cliente, a qualidade resulta da forma pela qual percebe o serviço. Mais precisamente, a qualidade depende do atendimento colocado à disposição.

Assim, o cliente de convênio/seguro saúde, situado na faixa etária abaixo de 51 anos, percebe a qualidade a partir do ambiente da unidade de atendimento. Para esse cliente, os princípios essenciais da qualidade são as condições básicas do serviço. Ele passa a priorizar itens considerados supérfluos, como música durante o procedimento, cor das paredes e existência de aparelhagem sofisticada.

Por sua vez, o cliente de convênio/seguro saúde situado na faixa acima de 51 anos, do mesmo modo que os prestadores de serviço, visualiza a qualidade a partir do processo

e dos procedimentos, tendo ciência de todas as etapas a que é submetido e atribuindo um alto valor à capacidade do corpo técnico.

O cliente da rede pública com condições econômicas, independentemente da faixa etária, num contexto de alta incidência de erros é altamente crítico e exigente, priorizando itens básicos, como o atendimento rápido e a disponibilidade dos recursos técnicos. Apesar da dificuldade de acesso ao serviço de saúde, esse segmento exige individualidade. Dadas suas condições econômicas, considera que deve ter um atendimento comparável àquele dos convênios/seguro saúde.

O cliente carente é facilmente “encantado” e aceita, sem críticas, o serviço oferecido. Apesar da gratuidade do serviço, esse cliente é sensível à distância e à longa espera.

Em síntese, o profissional de saúde está voltado para a eficácia do serviço prestado, enquanto os clientes, de modo geral, têm sua atenção voltada para o ambiente e para a rapidez do atendimento. A competência do corpo técnico é fortemente percebida pelos clientes com condições econômicas situados na faixa etária acima de 51 anos.

No que diz respeito à concepção de tecnologia, o prestador de serviço considera que não se resume à aparelhagem, abrangendo, em particular, novos métodos e medicamen-

tos, associados aos avanços da bioquímica e da genética. Da mesma forma que Alemi (2000), considera que, apesar dos avanços tecnológicos, muitos erros acontecem, devido à falta de treinamento do corpo técnico. Para ele é fundamental a universalização do acesso às novas tecnologias, vista como um poderoso instrumento de desenvolvimento profissional, na medida em que a incorporação à prática leva à difusão do conhecimento. Em outras palavras, quanto maior a difusão da tecnologia, maior o grau de conhecimento necessário ao prestador de serviço.

Para os clientes, de modo geral, a tecnologia resume-se a técnicas e aparelhagens avançadas, sendo percebida como algo inacessível, devido à burocracia e ao alto custo. Para os clientes usuários de convênio/seguro saúde na faixa etária inferior a 51 anos, a tecnologia associa-se a métodos avançados, sendo considerada um fator determinante na escolha do serviço. Por sua vez, o cliente na faixa etária acima de 51 anos com condições econômicas percebe a importância da execução correta dos procedimentos, à qual associa a tecnologia, considerada como algo “delicado”, com influência sobre o resultado final do processo.

Os clientes são unânimes em afirmar que a tecnologia é cara e de difícil acesso. Para os clientes usuários da rede pública, a dificuldade de

acesso à tecnologia gera uma visão distorcida do profissional de saúde, encarado como um agente extremamente zeloso em relação a determinadas técnicas e procedimentos. Assim, quando o profissional prescreve determinado exame, o cliente tenta, de todas as formas previstas, obter o necessário acesso. Porém, diante de múltiplas dificuldades, desiste e passa a considerar o procedimento prescrito como desnecessário.

Em síntese, o prestador de serviços de saúde conceitua a tecnologia como uma ferramenta eficaz para a realização de procedimentos e exames. O cliente, em sua maioria, a define a partir da sofisticação dos equipamentos. Nota-se ainda, para os clientes da rede pública com condições financeiras, a clara visão da dificuldade de acesso à tecnologia, o que não os impede de priorizar a sofisticação dos equipamentos e a alta especialização profissional. Para os clientes usuários de convênios e seguro saúde situados na faixa abaixo de 51 anos, a facilidade de acesso ao serviço de saúde reflete-se na associação da tecnologia a procedimentos altamente sofisticados.

Na análise da correlação entre qualidade e tecnologia na visão do prestador de serviço, a qualidade não depende da tecnologia, mas, quando há qualidade, a tecnologia está presente. Para os prestadores, a tecnologia é encarada como uma ferramen-

ta para a qualidade e não como um elemento fundamental para garanti-la. Nesse sentido, a tecnologia possui um papel coadjuvante, quando bem utilizada.

Para o cliente, tecnologia e qualidade andam juntas. A distinção que o cliente faz entre tecnologia e qualidade é muito sutil. Somente os clientes com condições econômicas na faixa acima de 51 anos, que, geralmente, utilizam os recursos tecnológicos com maior frequência, possuem uma percepção mais aguçada da diferença entre tecnologia e qualidade.

Na verdade, o cliente está dividido entre o encantamento e o medo. O medo, característico dos clientes com condições econômicas situados na faixa etária acima de 51 anos, está associado à possibilidade de o profissional encarregado de atendê-lo não ser suficientemente capaz de utilizar a tecnologia de maneira adequada. O encantamento, característico do usuário de convênio/seguro saúde na faixa abaixo de 51 anos e do usuário carente, está associado à dimensão e ao grau de sofisticação da aparelhagem.

Finalmente, três peculiaridades foram observadas no comportamento do cliente pertencente à faixa etária superior a 51 anos. Em primeiro lugar, sua visão muito se assemelha à do prestador de serviço de saúde, destacando-se a preocupação

com a confiabilidade, a rapidez do atendimento, a higiene, a especialização dos profissionais, a proximidade e a acessibilidade à tecnologia. Tal percepção é fruto da experiência dessa clientela, mais sujeita a procedimentos de alta tecnologia, obtidos a partir de longas e cansativas rotinas burocráticas. Em segundo lugar, o cliente dessa faixa etária atribui muita importância à indicação de amigos e parentes quando da escolha de um serviço de saúde. Em terceiro lugar, esse cliente tende a definir qualidade a partir da qualificação dos profissionais, da rapidez do atendimento, dos equipamentos e de sua adequação ao uso.

Os resultados obtidos da pesquisa efetuada são um importante ponto de partida para novas e mais profundas investigações. Em primeiro lugar, é fundamental, a partir da construção de um modelo conceitual e de uma metodologia específica, identificar uma lista de critérios de avaliação da qualidade e da tecnologia pelos agentes e pacientes do serviço de saúde, a qual poderá servir como referencial para a gestão da rede hospitalar. Em segundo lugar, diante da limitação de natureza geográfica e considerando que os hospitais estão inseridos em contextos particulares, seria interessante ampliar a pesquisa para outras áreas da mesma cidade e de outros Estados, procedendo à comparação dos resulta-

dos. Em terceiro lugar, realizar estudos comparativos entre países com diferentes culturas e níveis socioeconômicos.

Tabela 1
PERFIL DA AMOSTRA DE CLIENTES SEGUNDO A RENDA

| Renda em R\$ | População com condições econômicas | | População carente |
|---------------|------------------------------------|------------------------|-------------------|
| | Rede pública | Convênio/ Seguro Saúde | |
| Abaixo de 180 | - | - | 8 |
| 181-540 | 4 | 2 | |
| 541-900 | 7 | 3 | |
| 901-1.800 | 15 | 1 | |
| 1.801-2.700 | 19 | 4 | |
| 2.701-3.600 | 4 | 1 | |
| 3.601- 5.400 | 2 | - | |
| Total | 51 | 11 | 8 |

Fonte: Elaboração dos autores.

Tabela 2
PERFIL DA AMOSTRA DE CLIENTES SEGUNDO A IDADE

| Faixa etária (anos) | População com condições econômicas | | População carente |
|---------------------|------------------------------------|------------------------|-------------------|
| | Rede pública | Convênio/ Seguro Saúde | |
| 18-25 | 2 | 4 | 2 |
| 26-35 | 1 | 8 | 2 |
| 36-50 | 4 | 21 | 3 |
| 51-60 | 3 | 9 | 1 |
| Acima de 60 | 1 | 9 | - |
| Total | 11 | 51 | 8 |

Fonte: Elaboração dos autores.

Tabela 3
PERFIL DA AMOSTRA DE CLIENTES SEGUNDO A ESCOLARIDADE

| Escolaridade | População com condições econômicas | | População carente |
|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------|-------------------|
| | Rede pública | Convênio/ Seguro Saúde | |
| Ensino fundamental incompleto | - | - | 6 |
| Ensino fundamental | 1 | 5 | 2 |
| Ensino médio | 5 | 18 | - |
| Ensino superior | 5 | 25 | - |
| Pós-graduação | - | 3 | - |
| Total | 11 | 51 | 8 |

Fonte: Elaboração dos autores.

Tabela 4
PERFIL DA AMOSTRA DE CLIENTES SEGUNDO A PROFISSÃO

| Profissão | População com condições econômicas | | População carente |
|-----------------------------|------------------------------------|------------------------|-------------------|
| | Rede pública | Convênio/ Seguro Saúde | |
| Desempregado | - | - | 4 |
| Trabalho informal | - | - | 1 |
| Diarista | - | - | 1 |
| Prendas domésticas | - | 9 | 2 |
| Assalariado | 6 | 20 | - |
| Profissional liberal | 4 | 18 | - |
| Aposentado | 1 | 4 | - |
| Total | 11 | 51 | 8 |

Fonte: Elaboração dos autores.

Tabela 5
PERFIL DA AMOSTRA DE CLIENTES SEGUNDO O SEXO

| Sexo | População com condições econômicas | | População carente |
|------------------|------------------------------------|------------------------|-------------------|
| | Rede pública | Convênio/ Seguro Saúde | |
| Masculino | 5 | 20 | - |
| Feminino | 6 | 31 | 8 |
| Total | 11 | 51 | 8 |

Fonte: Elaboração dos autores.

Tabela 6
PROFISSIONAIS DE SERVIÇOS DE SAÚDE –
CARACTERÍSTICAS QUE CONFEREM QUALIDADE A UM
SERVIÇO DE SAÚDE

| Características | Número absoluto | Percentual |
|---|-----------------|-------------|
| Atender às necessidades do cliente | 8 | 40% |
| Profissionais treinados com espírito de corpo | 4 | 20% |
| Possuir técnicas e tecnologia avançadas/ funcionamento dos setores em sintonia | 3 | 15% |
| Rapidez, segurança, higiene, respeito/ outras respostas | 3 | 15% |
| Técnicas e aprimoramento do pessoal em função do cliente | 2 | 10% |
| Total | 20 | 100% |

Fonte: Elaboração dos autores.

Tabela 7
AValiação Comparativa entre as Visões
DOS Segmentos de Clientes

| Especificação | Clientes com condições econômicas usuárias da rede pública | Clientes com condições econômicas usuários de convênio/segurosaúde | População carente |
|--|--|--|--|
| Caracterização de serviço de saúde com qualidade | <ul style="list-style-type: none"> • atendimento necess. clientes • treinamento profiss. • Atendimento rápido e confiável | <ul style="list-style-type: none"> • Atendimento necess. clientes • Atendimento rápido e confiável • Técnicas e apar. avançadas | <ul style="list-style-type: none"> • Atendimento rápido • Técnicas e apar. avançadas • Atendimento necess. clientes |
| Características diferenciais na escolha do serviço de saúde | <ul style="list-style-type: none"> • Qualidade • Tecnologia • Proximidade • Qualidade** • Proximidade** • Tecnologia** | <ul style="list-style-type: none"> • Qualidade • Tecnologia • Indicação de amigos • Qualidade** • Proximidade** • Tecnologia, indicação de amigos** | <ul style="list-style-type: none"> • Proximidade • Qualidade |
| Concepção de tecnologia na saúde | <ul style="list-style-type: none"> • Equip. aux. diagnose e tratamento • Não existe na rede pública • Alta especial. prof. • Não existe na rede pública** • Equip. aux. diagnose e tratamento** • Alta especial. prof.** | <ul style="list-style-type: none"> • Melhor result., menor trabalho e maior rapidez • Equip. aux. diagnose e tratamento • Fator determ. qualidade • Alta especial. prof.** | <ul style="list-style-type: none"> • Equip. aux. diagnose e tratamento • Alta especial. prof. • Fator determ. qualidade • Não existe na rede pública • Melhor result., menor trabalho e maior rapidez |
| Custo da qualidade | • baixo | • baixo | • alto |
| Custo da tecnologia | • alto | • alto | • alto |
| Relação tecnologia/qualidade | A tecnologia não é vista como elemento fundamental para a existência da qualidade | A tecnologia não é vista como elemento fundamental para a existência da qualidade | A tecnologia não é vista como elemento fundamental para a existência da qualidade |

Obs.: Características marcadas com dois asteriscos: clientes com idade superior a 51 anos

Fonte: Elaboração dos autores.

Referências bibliográficas

- ALEMI, Farrokh. Management matters: technology succeeds when management innovates. *Frontiers of Health Services Management*. [S.l.], v. 17, n.1, p. 17-30, fall/2000.
- BEEEMER, C. Britt; SHOOK, Robert L. *Marketing estratégica: tudo o que mega e micro empresários devem saber para conquistar novos clientes*. Tradução: Lenke Peres, São Paulo: Futura, 1998. 317p.
- CALDAS, Miguel et al. Um gostinho do próprio remédio: até que ponto empresas de consultoria no Brasil adotam em si mesmas aquilo que prescrevem a seus clientes? *Revista de Administração de Empresas - RAE LIGHT*, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 2-12, out/dez. 1999.
- FALK, James Anthony; XAVIER, Tércio Antônio de Souza. Gestão pela qualidade em serviços de saúde: expectativas dos clientes potenciais e percepções dos profissionais da área. In: *Enanpad*, 22. set. 1998. Foz do Iguaçu. *Anais da Anpad*. (S.1), p. 1-12.
- GONÇALVES, José Ernesto Lima. Estrutura organizacional do hospital moderno. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 80-90, jan-mar 1998.
- GOTLIEB, Jerry B. Understanding the effects of nurses, patient's hospital rooms and patient's perception of control on the perceived quality of a hospital. *Health Marketing Quarterly*, [S.l.], v. 18, n. 1/2, p. 1-14, 2000.
- HIBBARD, Judith H. et al. Informing consumer decisions in health care: implications for decision-making research. *Millbank Quarterly*, [S.l.], v. 75, n. 3, p. 395-415, 1997.
- HUI, Michael K.; BATESON, John E. Perceived control and the effects of crowding and consumer choice on the service experience. *Journal of Consumer Research*, [S.l.], n. 18, p. 174-185, sep. 1991.
- MATTAR, Fauze Najib. *Pesquisa de marketing: metodologia, planejamento*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 337p.
- MEZOMO, João C. Uma nova identidade para o hospital. *Hospital Administração e Saúde*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 4-9, jan/fev. 1992.
- MEZOMO, João C. Os fundamentos da administração da qualidade. *Hospital Administração e Saúde*, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 186-189, jul/ago 1993.
- MEZOMO, João C. *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. São Paulo: Projeto Editorial UnG, 1995. 301 p.
- NETO, Antônio Quinto. *Processo de acreditação: a busca da qualidade nas organizações de saúde*. Porto Alegre: Dacasa, 2000. 136 p.
- SANTOS, João Alberto Neves. Liderança pela qualidade em saúde: uma metodologia de implementação. *Hospital Administração e Saúde*, São Paulo, v. 18, n.5, p. 270-274, set./out. 1994.
- SCARPONI, Florentino Garcia. Tecnologias adequadas em salud. *Hospital Administração e Saúde*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 7-14, jan./fev. 1994.
- SILVEIRA, José A. Mei. In MELLO, Joamel B.; CAMARGO, Marlene Ortega. *Qualidade na saúde: práticas e conceitos: normas ISO nas áreas médico-hospitalar e laboratorial*. São Paulo: Best-Seller, 1998. Cap. XXI, p. 237-254.
- TACHINARDI, Umberto. Tendências da tecnologia da informação em saúde. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 24, n. 3, mai/jun. 2000.

Maria José dos Reis é Mestre em Administração de Empresas e professora da área de Administração Hospitalar
Leonel Mazzali é Doutor em Economia de Empresas pela Eaesp-FGV e professor do programa de pós-graduação da Universidade São Marcos - SP
