



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISAS EM
ADMINISTRAÇÃO**

ANTÔNIO CARLOS RODRIGUES

**COMPREENDENDO OS SINAIS DA QUALIDADE NA SAÚDE:
UM ESTUDO DE CASO DE UMA CLÍNICA DE TRATAMENTO
ONCOLÓGICO**

**BELO HORIZONTE
2013**

ANTÔNIO CARLOS RODRIGUES

**COMPREENDENDO OS SINAIS DA QUALIDADE NA SAÚDE:
UM ESTUDO DE CASO DE UMA CLÍNICA DE TRATAMENTO
ONCOLÓGICO**

Dissertação apresentada ao Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Administração

Área de concentração: Mercadologia e Administração Estratégica

Linha de Pesquisa: Logística e Gestão da Cadeia de Suprimentos

Orientador: Prof. Dr. Noel Torres Júnior

BELO HORIZONTE
2013

R696c
2013

Rodrigues, Antônio Carlos.
Compreendendo os sinais da qualidade na saúde
[manuscrito] : um estudo de caso de uma clínica de
tratamento oncológico / Antônio Carlos Rodrigues /
2013.

118 f.: il., gráfs. e tabs.

Orientador: Noel Torres Júnior.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de
Minas Gerais, Centro de Pós-Graduação e Pesquisas
em Administração.

Inclui bibliografia (f. 108-114) e apêndices.

1. Saúde – Administração – Teses. 2.
Administração estratégica – Teses. 3. Logística
empresarial – Teses. I. Torres Júnior, Noel. II.
Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Pós-
Graduação e Pesquisas em Administração. III. Título.

CDD: 658.401

Elaborada pela Biblioteca da FACE/UFMG. – NMM/059/2013



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Departamento de Ciências Administrativas
Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO do Senhor ANTONIO CARLOS RODRIGUES, REGISTRO N° 519/2013. No dia 20 de maio de 2013, às 10:00 horas, reuniu-se na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, a Comissão Examinadora de Dissertação, indicada pelo Colegiado do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração do CEPEAD, em 26 de abril de 2013, para julgar o trabalho final intitulado "Compreendendo os Sinais da Qualidade na Saúde: um Estudo de Caso em uma Clínica de Tratamento Oncológico", requisito para a obtenção do Grau de Mestre em Administração, linha de pesquisa: Mercadologia e Administração Estratégica. Abrindo a sessão, o Senhor Presidente da Comissão, Prof. Noel Torres Júnior, após dar conhecimento aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra ao candidato para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

1. APROVAÇÃO;

(APROVAÇÃO CONDICIONADA A SATISFAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS CONSTANTES NO VERSO DESTA FOLHA, NO PRAZO FIXADO PELA BANCA EXAMINADORA (NÃO SUPERIOR A 90 NOVENTA DIAS);

(REPROVAÇÃO.

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pelo Senhor Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Senhor Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 20 de maio de 2013.

NOMES

ASSINATURAS

Prof. Dr. Noel Torres Júnior
ORIENTADOR (CEPEAD/UFMG)

Prof. Dr. Márcio Augusto Gonçalves
(CEPEAD/UFMG)

Prof. Dr. Dario Ikuo Miyake
(Departamento de Engenharia de Produção/USP)

À minha família: mãe, pai e irmãos. À
Mariana, minha companheira.
Todos, fontes de inspiração e
conforto nos momentos mais difíceis.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Noel Torres Júnior, por toda paciência e dedicação durante o desenvolvimento da dissertação, cujo entusiasmo, vontade de aprender e lecionar despertou em mim um sentimento negado desde o início do curso pela docência. Precisamos de mais profissionais com tal determinação;

Aos meus pais, Maria da Graças e Jorge, e irmãs, Júlia e Jaqueline, exemplos vivos de dedicação, superação e caráter;

À minha companheira e namorada, Mariana, pela compreensão, incentivo e ajuda, sem a qual não seria possível a realização deste trabalho;

A Aparecida, César, Lígia e Beatriz, por me acolherem e fazerem de seu lar parte do meu;

À Fernanda, pelo companheirismo nestes sete anos de convivência, nos tempos da graduação e pós-graduação e pelos momentos de alegria, tristeza, raiva e alívio que só o mundo acadêmico pode nos proporcionar;

A João Victor, Mariana, Glauciene, Lyovan e Clara, meus novos amigos, companheiros inseparáveis, que ouviram muitas lamentações nos momentos mais difíceis, mas que dividiram também momentos de grande felicidade e satisfação. Obrigado pela disponibilidade e pelo companheirismo;

Aos demais colegas ingressantes no programa de pós-graduação em 2011;

A todos os funcionários da empresa estudada, por contribuírem com a pesquisa;

Aos professores e funcionários CEPEAD-UFMG, pela possibilidade de aprendizado conjunto;

Ao CNPq, pela concessão da bolsa que viabilizou minha sobrevivência durante o curso.

“Mergulha a mente, quanto possível, no estudo. O estudo liberta da ignorância e favorece a criatura com o discernimento. O estudo e o trabalho são as asas que facilitam a evolução do ser. O conhecimento é mensagem de vida. Não apenas nos educandários podes estudar. A própria vida é um livro aberto, que ensina a quem deseja aprender”.

JOANNA DE ÂNGELIS

RESUMO

Para obter um serviço, os clientes interagem com organizações. Ao interagirem, eles, conscientemente ou não, filtram os sinais e os organizam em um conjunto de impressões, algumas racionais e emocionais. Os sinais dividem-se três categorias: funcionais, mecânicos e humanos. Este trabalho tem por objetivo descrever a abordagem dos sinais da qualidade para o entendimento das principais dimensões que afetam a qualidade do serviço. O setor de saúde foi escolhido por sua importância e peculiaridades em relação aos demais. Para alcançar tal objetivo foi realizado um estudo de caso de uma clínica de tratamento oncológico de destaque setorial, o qual permitiu um novo olhar para sobre a qualidade em serviços. Aplicaram-se entrevistas, questionários e análise de documentos para a coleta de dados. A abordagem dos sinais permitiu uma visão diferente da qualidade tradicionalmente usada. Os resultados da pesquisa revelaram a necessidade de compreender o serviço na perspectiva da experiência vivenciada e desejada pelos clientes. Constatou-se hoje uma grande ênfase nos sistemas de gestão da qualidade quanto aos aspectos associados à confiabilidade do processo, nitidamente ligados aos sinais funcionais, em detrimento aos sinais mecânicos e humanos. Estes últimos são mais direcionados pelas lideranças do que pelos sistemas de gestão da qualidade adotados. Grande parte das ferramentas da qualidade usada pela organização é de caráter básico, indicando que no futuro poderão ser adotadas ferramentas mais sofisticadas, para obter resultados mais significativos. Concluiu-se que a qualidade em serviço apresenta mais dimensões do que a qualidade em manufatura. Não basta garantir a funcionalidade do serviço. A forma e o ambiente onde ele é entregue afetam a percepção de sua qualidade pelo cliente. Nesta direção, a organização precisa conhecer tudo o que clientes sentem em relação àquela experiência proporcionada pelo serviço.

Palavras-chave: Serviços, Qualidade, Saúde, Sinais da qualidade

ABSTRACT

Customers interact with organizations to obtain services. In interacting with organizations, customers consciously and unconsciously filter experience clues and organize them into a set of impressions, some more rational or calculative and others more emotional. Clues fall into three main categories: functional clues, mechanic clues, and human clues. This research aims to describe the approach of service clue to understanding the key dimensions that affect the quality of service. The health sector was chosen for its importance and peculiarities regarding other. To achieve this goal we performed a case study of a clinical oncology treatment prominent industry, which allowed a new point of view on quality services. The instruments used were interviews, questionnaires and document analysis for data collection. The approach of the service clues allowed a different quality traditionally used. The results of the research revealed the need to understand the service from the perspective of lived experience and desired by customers. It appears today a great emphasis on quality management systems regarding the reliability aspects associated with the process, clearly linked to functional clue, to the detriment of human and mechanical clues. The last two are more targeted by the leaders than by quality management systems adopted. Much of the quality tools used by the organization is basic character, indicating that the future can be adopted more sophisticated tools to obtain more meaningful results. It is concluded that the service quality has more dimensions than the quality in manufacturing. It is not enough to ensure the functional clue. The way and the environment in which it is delivered affect the perception of quality by the customer. In this direction, the organization needs to know everything that customers feel about this experience in the customer service.

Keywords: Services, Quality, Health, Quality clues

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estrutura da dissertação.....	16
Figura 2 – Espectro de tangibilidade.....	18
Figura 3 – Proporção de produtos físicos e serviços de pacotes de valor entregues.....	20
Figura 4 - Atividade de linha de frente e retaguarda.....	23
Figura 5 – Posicionamento na matriz variedade versus volume.....	25
Figura 6 – Ciclo PDCA.....	38
Figura 7 - O diagrama da trilogia Juran.....	47
Figura 8 – Modelo limites ao crescimento.....	49
Figura 9 – Os sinais advêm de todas as coisas que os clientes sentem.....	52
Figura 10 - Influências das evidências sobre as percepções da experiência de serviço dos consumidores.....	56
Figura 11 – Linha do tempo das certificações da Clínica Alfa.....	74
Figura 12 – Iceberg da Qualidade.....	92
Figura 13 - <i>Blueprint</i> do processo de administração medicamentosa.....	96

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Princípios de cada nível de certificação	43
Quadro 2 – Definições dos principais programas e ferramentas da qualidade .	45
Quadro 3 – Os três tipos de sinais.....	53
Quadro 4 - Situações relevantes para diferentes estratégias de pesquisa	65
Quadro 5 - Táticas recomendadas para a pesquisa baseada em estudos de casos	67
Quadro 6 – Projeto de estudo de caso	68
Quadro 7 – Entrevistado, nível hierárquico, tempo médio da entrevista e número de visitas.....	71
Quadro 8 - Ferramentas utilizadas pela empresa.....	100

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Problema de pesquisa.....	14
1.2	Objetivos	14
1.2.1	Objetivo geral	14
1.2.2	Objetivos específicos.....	14
1.3	Justificativa.....	15
1.4	Organização da dissertação.....	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1	Serviços.....	17
2.1.1	Características e elementos dos serviços	17
2.1.2	Falácia da divisão serviço e produtos físicos.....	20
2.1.3	<i>Front office</i> (linha de frente) e <i>back office</i> (retaguarda).....	22
2.1.4	Classificação de serviços	24
2.2	Serviços de Saúde	26
2.2.1	Similaridades entre serviços de saúde e outros serviços	26
2.2.2	Dissimilaridades entre serviços de saúde e outros serviços	28
2.2.2.1	Condições adversas.....	28
2.2.2.2	Aversão	29
2.2.2.3	Privacidade	30
2.2.2.4	Atendimento holístico.....	30
2.2.2.5	Risco	30
2.2.2.6	Fadiga	32
2.3	Qualidade.....	33
2.3.1	Gestão da qualidade	36
2.3.2	Sistemas de gestão da qualidade ISO 9001.....	38
2.3.3	Acreditação Hospitalar	40
2.3.4	Programas e ferramentas da qualidade	43
2.3.5	Trilogia Juran.....	46
2.3.6	Modelo do limite ao crescimento	48
2.4	Sinais da qualidade.....	50
2.4.1	Base conceitual para os sinais da experiência.....	53

2.4.2	Papéis dos sinais.....	55
2.4.3	Sinais funcionais.....	56
2.4.4	Sinais mecânicos.....	58
2.4.5	Sinais humanos	61
3	METODOLOGIA	64
3.1	Seleção da estratégia de pesquisa e justificativa.....	64
3.2	Fenômeno investigado	65
3.3	Estratégia escolhida: estudo de caso único	66
3.4	Seleção do caso.....	69
3.5	Método de coleta de dados	70
3.6	Método de análise de dados	72
4.	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	73
4.1	O caso da Clínica Alfa.....	73
4.1.1	Sinais funcionais: atendendo às expectativas do cliente.....	75
4.1.2	Sinais mecânicos: influenciando as primeiras impressões, expectativas e valores	80
4.1.3	Sinais humanos: superando as expectativas.....	85
4.2	A sustentação dos sinais da qualidade	92
4.3	A utilização de métodos e ferramentas da qualidade.....	99
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
	REFERÊNCIAS	107
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento.....	114
	APÊNDICE B – Roteiro de entrevista	115

1 INTRODUÇÃO

O setor de serviços cresceu significativamente em grande parte dos países desenvolvidos no século XX. Sua importância é evidenciada pelo fato deste ser o segmento econômico de maior tamanho e maior crescimento em diversos países (CHASE; APTE, 2007; FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2010; LOVELOCK; WIRTZ, 2008; ZEITHAML; BITNER; GREMLER, 2011).

A maior parcela do crescimento absoluto nas estatísticas de nível de emprego e a aceleração no aumento do número de vagas se concentram, sobretudo, nos setores de serviços de saúde e de tecnologia da informação (ZEITHAML; BITNER; GREMLER, 2011).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os gastos nessa rubrica foram de 9,7% do Produto Interno Bruto (PIB) do planeta em 2009, um valor estimado em US\$5,3 trilhões. Nos Estados Unidos, tais despesas correspondiam a 15,7% do PIB. No Brasil, o segmento também é bastante significativo, representando o equivalente a 8,4% do PIB (PEDROSO; MALIK, 2011).

Além das questões econômicas, as atividades de saúde envolvem o cuidar da vida, o que as torna extremamente críticas para a sociedade. A necessidade de cuidados, investimentos e gastos com saúde tende a aumentar gradativamente em função da maior conscientização por parte dos indivíduos de que devem se cuidar melhor, da maior disponibilidade de recursos tecnológicos, do aumento do poder de renda da população e da elevação da expectativa de vida (PEDROSO; MALIK, 2011).

Nesse último quesito, deve-se destacar que, segundo dados recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013) a esperança de vida ao nascer de um brasileiro – 73,2 anos para ambos os sexos, dados de 2009 – aumentou mais de dez anos entre 1980 e 2009. Outro estudo da mesma instituição indica um crescimento consistente da população acima de 60 anos, o que deve ocasionar alteração significativa na estrutura da pirâmide

populacional brasileira: a quantidade de pessoas acima dessa faixa etária deve dobrar nos próximos vinte anos, até atingir, aproximadamente, 30% da população total em 2050.

Soma-se a isto, o fato de que a prestação de serviços de saúde, designadamente, constitui um tipo de serviço complexo, dispendioso e universalmente utilizado, com impactos tanto na economia quanto na qualidade de vida diária da população (BERRY; BENDAPUDI, 2007).

Dado o tamanho, a relevância e o impacto que tal setor apresenta na sociedade, torna-se importante o desenvolvimento de pesquisas por acadêmicos de marketing e operações de serviços neste segmento. Contudo, poucos estudos têm sido realizados envolvendo a combinação destas duas disciplinas. Este enfoque pode proporcionar uma análise mais completa dos fenômenos que ocorrem neste campo, auxiliando no desenvolvimento de estratégias que elevem os níveis de segurança e qualidade dos serviços (CHASE; STEWART, 1994; BERRY; BENDAPUDI, 2007).

Nesse contexto, a despeito do grande desenvolvimento do tema Qualidade na área industrial, a compreensão deste tema para o setor de saúde pode ser entendida como relevante. Notadamente, poucos trabalhos abordam de maneira aprofundada a forma como a Gestão da Qualidade deve ser implantada e conduzida nas organizações de serviços (CHASE; STEWART, 1994). Na sua maioria, os trabalhos acerca da Qualidade em serviços se voltam para a mensuração da Qualidade baseados no modelo seminal SERVQUAL proposto pelos autores Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988).

Consoante como a necessidade de maior entendimento do tema Qualidade para o setor de saúde, os trabalhos de Carbone e Haeckel (1994), Carbone (2004), Berry, Wall e Carbone (2006), Berry e Carbone (2007), Berry e Seltman (2010) analisam a construção da percepção da qualidade pelo cliente do serviço entregue pelo prestador. Na visão destes trabalhos, todo cliente constrói uma experiência de serviço ao interagir com uma organização, seja pessoalmente, por telefone, internet ou outros meios. Tal experiência pode ser decomposta por uma série de outras pequenas experiências. Cada uma delas transmite inúmeras mensagens que impactam a forma como os clientes se

sentem em relação ao serviço entregue. Essas mensagens podem ser compreendidas como vários “sinais” que são percebidos pelos clientes durante e após a entrega do serviço. De certo modo, eles contam uma “história do serviço” entregue que são inerentes à própria experiência de serviço vivenciada pelo cliente.

Dentro da perspectiva de sinais, torna-se relevante que os gestores tenham o conhecimento acerca da “história do serviço” criada para seus clientes pela organização. A mesma deve ter o cuidado de construir uma “história do serviço” que seja certa e congruente com os seus objetivos organizacionais. Portanto, pode-se afirmar que é melhor para a organização contar uma “história do serviço” que seja consistente, coesa e atraente do que uma inconsistente, incoerente e desinteressante (BERRY; WALL; CARBONE, 2006).

Além disso, verificou-se uma baixa produção acadêmica de trabalhos oriundos da área de Gestão de Operações e Engenharia de Produção acerca de qualidade de serviços no setor de saúde brasileiro. Este fato foi um elemento motivador para o desenvolvimento desta dissertação, uma vez que o autor vislumbrou a oportunidade de estudar um assunto ainda pouco conhecido, mas capaz de fomentar novas discussões sobre este tema.

Mesmo sabendo que algumas organizações brasileiras do setor de saúde podem ter excelentes padrões de qualidade e que, de alguma maneira, tais organizações se preocupam com as experiências do encontro de serviço, a dúvida sobre como essas organizações conseguem transmitir a seus clientes ideias sobre a qualidade de seus serviços permanecia. Assim, este trabalho busca compreender como os sinais da qualidade sob a perspectiva dos autores Berry, Carbone, Haeckel, Wall e Seltman são construídos nas Organizações de Saúde que notadamente trabalham com elevados padrões de qualidade. Para tanto, realizou-se um estudo de caso único em uma empresa do setor de saúde de excelência na prestação de seus serviços.

1.1 Problema de pesquisa

Buscando solucionar a dúvida apontada na Introdução recorreu-se à literatura, por meio de uma revisão, para definir o problema em estudo desta dissertação. A partir da conjuntura apresentada, nota-se uma premente necessidade de compreender as ações realizadas para gerar percepções de qualidade de serviço por parte de clientes com base nos sinais da qualidade.

1.2 Objetivos

Uma vez definido o problema de pesquisa, partiu-se para a caracterização de seus objetivos.

1.2.1 Objetivo geral

Estudar a abordagem do uso dos sinais da qualidade como forma de gerar percepções de excelência de serviço em uma organização prestadora de serviços de saúde.

1.2.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos são os desdobramentos do objetivo geral e é mediante os quais se alcança o objetivo final. Neste trabalho, os objetivos específicos são:

- Identificar, com base na literatura revisada, os principais sinais da qualidade;

- Compreender o papel dos sistemas de gestão da qualidade nos sinais da qualidade;
- Identificar as principais ferramentas da qualidade utilizadas pela empresa;

1.3 Justificativa

Há duas justificativas principais para a realização deste trabalho. Primeiro contribuir para um aprofundamento, no âmbito acadêmico, da discussão do uso de uma nova visão sobre gestão da qualidade de serviços no setor de saúde. Segundo servir de fonte de consulta para gestores que desejem conhecer o uso desta visão gestão da qualidade de serviços nas organizações de saúde, tanto por meio da revisão da literatura quanto das experiências práticas que foram relatadas com base na pesquisa de campo.

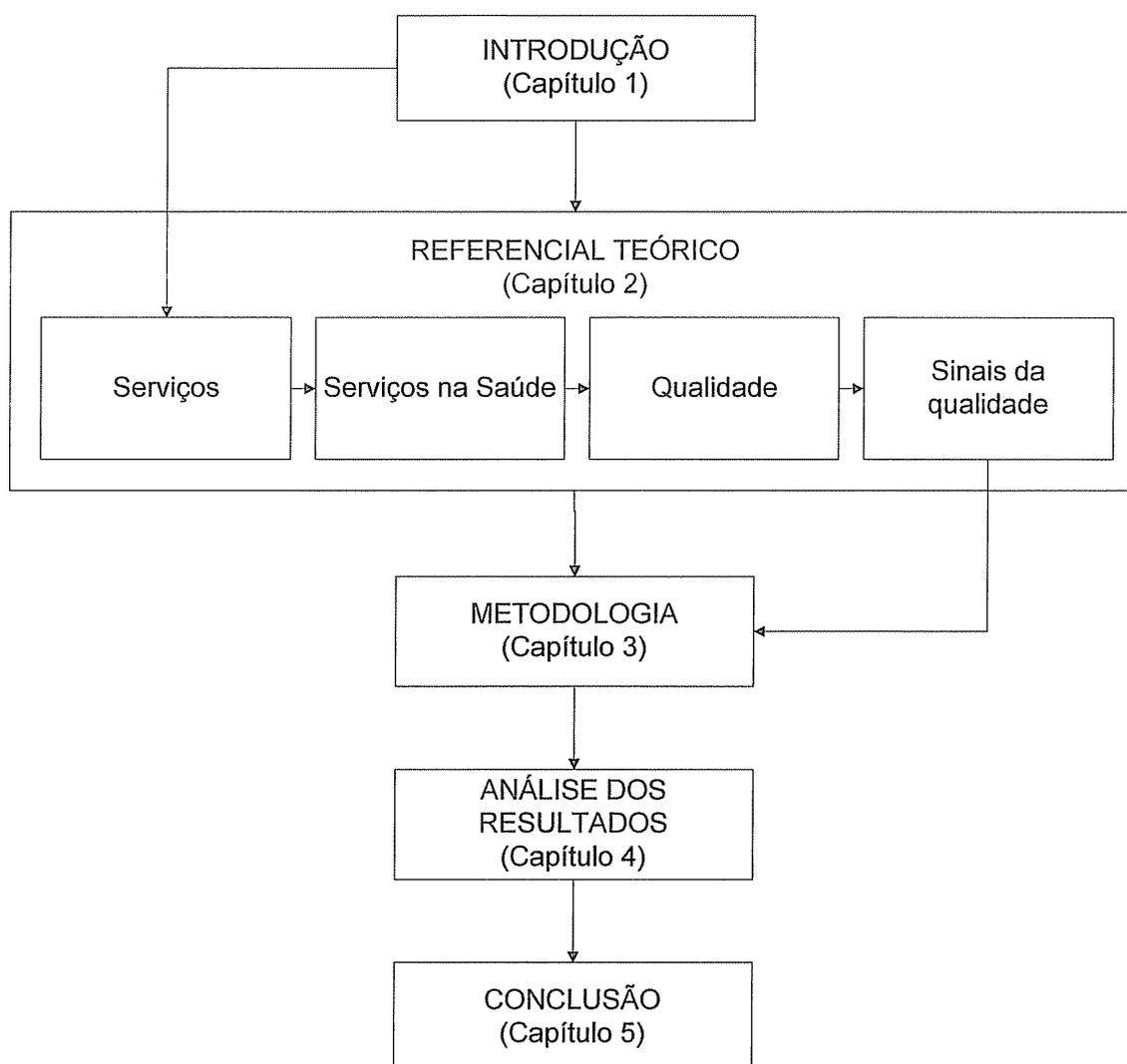
Devido à baixa produção acadêmica brasileira sobre o tema aqui explicitado em organizações de saúde, optou-se pela realização de um estudo exploratório que pudesse levar ao alcance do objetivo proposto. Tal estudo resultou nesta dissertação, que foi desenvolvida em duas etapas. A primeira compreendeu a revisão da literatura referente ao problema, que vai desde a importância dos serviços, com suas definições e características, até o estudo dos sinais da qualidade de serviços. A segunda etapa compreendeu uma pesquisa de campo baseado no método de estudo de caso único e na comparação dos resultados obtidos com a revisão da literatura.

1.4 Organização da dissertação

Esta dissertação está estruturada em cinco capítulos (Figura 1). O primeiro capítulo é dedicado à apresentação do problema, do objetivo e das formas

utilizadas para alcançá-lo. No segundo capítulo, desenvolve-se a revisão da literatura pertinente ao problema. No terceiro capítulo, descrevem-se a proposição de pesquisa de campo, sua metodologia e a escolha do método. No quarto capítulo, procede-se à apresentação e análise dos resultados da pesquisa de campo, por meio da comparação entre as descobertas e a revisão da literatura. No quinto capítulo, formulam-se as conclusões do trabalho, suas limitações e propostas para estudos futuros.

Figura 1 – Estrutura da dissertação



Fonte: Elaborado pelo autor (2013)

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Pretende-se neste capítulo apresentar os fundamentos que serão utilizados para abordar o problema de pesquisa proposto.

2.1 Serviços

2.1.1 Características e elementos dos serviços

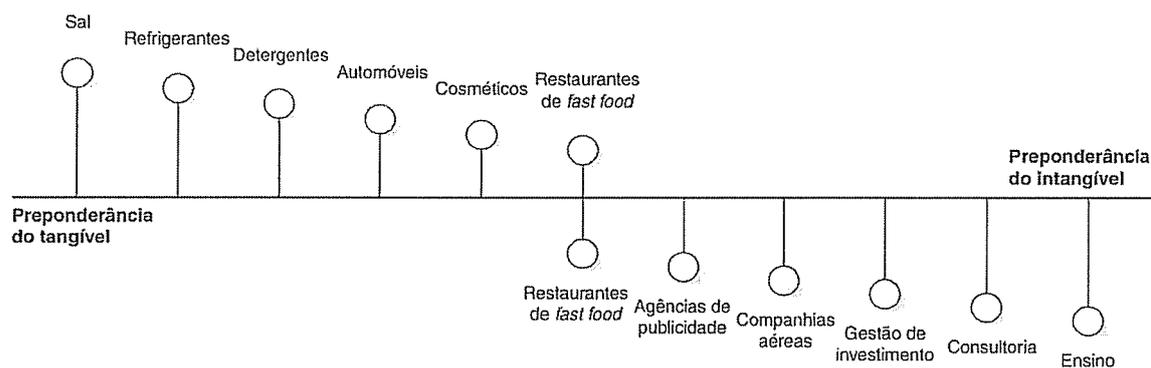
Os serviços podem ser entendidos como atos, processos e atuações oferecidos ou coproduzidos por uma entidade ou pessoa para outra entidade ou pessoa (ZEITHAML; BITNER; GREMLER, 2011).

Diferentemente dos bens, que geralmente são coisas que podem ser possuídas, os serviços são experiências que os clientes vivenciam (GIANESI; CORRÊA, 1994).

Os bens e os serviços podem ser considerados componentes de um pacote de valor, no qual existe domínio de um deles (CORRÊA; CORRÊA, 2008). Nesse sentido, classificar uma empresa como puramente prestadora de serviços ou manufatureira não é uma tarefa fácil, porque, frequentemente, os produtos oferecidos apresentam uma combinação entre bens e serviços (SASSER; OLSEN; WYCKOFF, 1978; CORRÊA; CAON, 2006). A parcela de valor oferecida pelos bens e pelos serviços pode variar conforme o negócio (CORRÊA; CAON, 2006; SHOSTACK, 1977; ZEITHAML; BITNER; GREMLER, 2011).

A Figura 2 apresenta exemplos de empresas que oferecem pacotes de bens e serviços e a proporção aproximada em que isso acontece.

Figura 2 – Espectro de tangibilidade



Fonte: Adaptada de Shostack (1977)

Sasser, Olsen e Wyckoff (1978), Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988), Ganesi e Correa (1994), Fitzsimmons e Fitzsimmons (2010) e Zeithaml, Bitner, Gremler (2011) definem as principais características das operações de serviços:

- **Intangibilidade** – Os serviços são experiências que, na maioria das vezes, não possuem propriedades físicas, fato que impossibilita sua avaliação antes da compra, ao contrário dos produtos. Assim, existe grande dificuldade de avaliação dos resultados. Conseqüentemente, a determinação da qualidade abarca uma série de aspectos intangíveis, enquanto que nos bens manufaturados a maioria dos aspectos que compõe a qualidade de um produto é tangível.
- **A necessidade da presença do cliente ou de um bem de sua propriedade** – O início das atividades relacionadas à prestação do serviço é de responsabilidade dos clientes, uma vez que eles fazem a solicitação para que o serviço exista. Além disso, o cliente – ou pertence do cliente – é “tratado” pelo sistema. A presença do cliente para a prestação do serviço, no entanto, não é necessariamente física, já que alguns serviços podem acontecer remotamente (mediante solicitação via *internet* ou telefone, por exemplo).
- **Escolha do local atrelada à localização do cliente** – Nas operações de manufatura, é comum que os produtos sejam enviados para o atacadista, e deste para o varejo, mesmo que a indústria esteja localizada a uma distância considerável. Nas operações de serviços, apesar de algumas exceções, como compras pela *internet* e cursos por

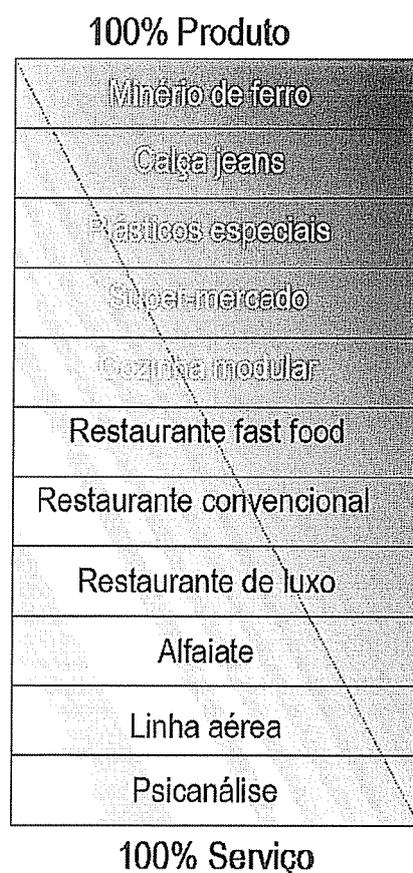
teleconferência, geralmente, há necessidade de um encontro físico entre cliente e empresa, e o tempo e o custo de deslocamento são fatores que afetam o valor do serviço.

- **Inseparabilidade** – Enquanto na manufatura o consumo de um produto manufaturado acontece após sua produção, na produção do serviço inicia-se quando o cliente faz a solicitação. A partir desse momento, ele começa a consumir o serviço ao mesmo tempo em que ele é produzido pela empresa, sendo que, muitas vezes, o cliente participa das operações de serviços.
- **Perecibilidade** – Refere-se ao fato de que os serviços não podem ser gravados, armazenados, revendidos ou devolvidos. Um assento em um avião ou uma mesa em um restaurante, uma hora de consulta com um advogado e minutos de linha telefônica comprados mas não utilizados não podem ser reclamados e utilizados ou revendidos mais tarde. Por este motivo, não há uma etapa intermediária entre a produção do serviço e seu consumo. Não existe a possibilidade de produzir antecipadamente para cobrir os picos de demanda, como nas empresas de manufatura.
- **Variabilidade** – A combinação das características intangíveis dos serviços e o fato de o cliente, muitas vezes, participar das operações fazem com que, em geral, os produtos oferecidos pelas prestadoras de serviços sejam heterogêneos, variando de um cliente para outro e dificultando a padronização de operações.
- **Qualidade relacionada às expectativas do cliente** – A avaliação da qualidade de um serviço é feita comparando-se o resultado percebido pelo cliente com a expectativa anterior à realização do serviço. Na manufatura, a avaliação da qualidade pelo cliente é feita, geralmente, com base em aspectos tangíveis.

2.1.2 Falácia da divisão serviço e produtos físicos

As organizações visam oferecer a seus clientes um “pacote de valor” (CORRÊA; CORRÊA, 2008, CORRÊA; CAON, 2006), o qual inclui parcelas, normalmente, consideradas como serviços e parcelas, normalmente, consideradas como bens físicos, ou produtos. Uma empresa aérea oferece, predominantemente, valor relacionado a transporte, no pacote de valor oferece também uma revista, refeições e, possivelmente, outros bens físicos. Uma concessionária de veículos vende o serviço de diagnóstico e instalação, mas vende também as peças sobressalentes necessárias, que são bens físicos. Percebe-se que a parcela de valor oferecido referente aos bens físicos e aos serviços varia conforme o negócio analisado (Figura 3).

Figura 3 – Proporção de produtos físicos e serviços de pacotes de valor entregues



Fonte: Adaptada de Corrêa e Corrêa (2006)

Segundo Corrêa e Corrêa (2006), o fato de a maioria das empresas oferecer um pacote de valor que inclui serviços e produtos físicos implica que o gestor de suas operações não deveria se esquivar do gerenciamento tanto de operações que geram a parte “serviço” como das operações que geram a parte “produto físico”.

Para os autores citados, a dicotomia pode ser falaciosa e levar a decisões e direcionamentos equivocados. Algumas dessas características foram discutidas por Corrêa e Corrêa (2006) e Corrêa e Corrêa (2008), que trouxeram contribuições importantes para a gestão de operações ao mostrarem que elas não são exclusivas das operações de serviços.

A perecibilidade dos serviços pode ser atribuída também a alguns tipos de bens manufaturados, como sorvetes ou jornais. Esses produtos também não podem ser estocados durante longos períodos, pois possuem prazo de validade curto. Dessa forma, deve-se ter cuidado ao afirmar que bens são estocáveis e serviços, não. A estocabilidade de um bem está diretamente relacionada a seu prazo de validade (CORRÊA; CORRÊA, 2008).

Semelhantemente, não seria correto afirmar que a intangibilidade é uma característica que difere as operações de serviços das operações de manufatura, uma vez que não são todos os bens que possuem apenas características tangíveis. Um exemplo citado por Corrêa e Corrêa (2008) é o *air bag* de um carro, que é avaliado somente após o uso.

As características atribuídas tradicionalmente às operações de serviços não são exatamente o ponto de diferenciação entre serviços e manufatura. Para a análise de gestão de operações, sejam elas de serviços ou de manufatura, é importante considerar o grau com que cada característica é encontrada no sistema. Cada operação de serviço apresenta um grau de contato com o cliente, dependendo da natureza do negócio. Além do mais, em uma mesma organização existem atividades do sistema em que o contato com o cliente é maior que em outras atividades.

2.1.3 *Front office* (linha de frente) e *back office* (retaguarda)

Quando se afirma que em serviços o cliente tem algum nível de contato com algum aspecto do processo produtivo, isso não significa que o cliente tem contato com todos os aspectos do processo produtivo da prestação do serviço. A interação e a extensão do contato com o cliente vão determinar até certo ponto por quanto tempo e que tipo de contato se estabelecerá entre os recursos produtivos e o cliente (CORREA; CAON, 2006; CORRÊA; CORRÊA, 2008).

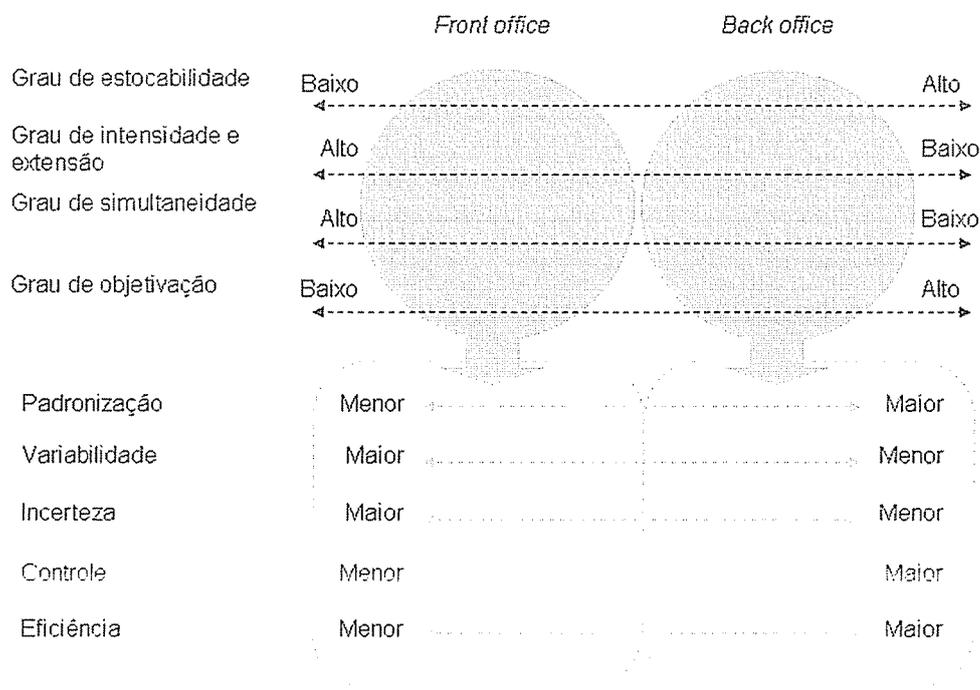
As atividades de serviço podem ser de alto contato ou de baixo contato. A parcela do sistema de operações de serviços que realiza operações de alto contato com o cliente é chamada de *front office*, ou linha de frente, enquanto que aquela que realiza operações de baixo contato denomina-se *back office*, ou retaguarda (CORREA; CAON, 2009).

Front office pode ser definido como a parte visível da operação do serviço para os consumidores e *back office*, como a parte invisível. Ou seja, as atividades do *front office* são aquelas vivenciadas pelo cliente (LOVELOCK; WIRTZ, 2008). Os componentes visíveis da operação do serviço podem ser divididos em componentes relativos ao pessoal da linha de frente; e componentes relativos às instalações físicas e equipamentos. O que ocorre no *back office* é de menor interesse para os consumidores (CORREA; CAON, 2009). As operações de alto contato, devido à presença do cliente, apresentam um ambiente mais carregado de incerteza e variabilidade, o que resulta em menor produtividade e controle mais complexo. Em oposição, as operações de baixo contato, isoladas do cliente, assemelham-se às operações de manufatura, apresentando ambiente mais previsível e maior padronização, possibilitando maior controle e maior produtividade. Pode-se afirmar, portanto, que a mensuração, a inspeção e o controle do processo são mais consistentes nas atividades do *back office* (CORREA; CAON, 2006; CORRÊA; CORRÊA, 2008).

Corrêa e Canon (2006) afirmam que as atividades de *front office* tendem a ter menor grau de estocabilidade, maior grau de intensidade e extensão no contato

com o cliente, maior grau de simultaneidade entre produção e consumo e menor grau de objetivação na avaliação de desempenho (Figura 4).

Figura 4 - Atividade de linha de frente e retaguarda



Fonte: Adaptada de Corrêa e Caon (2006)

Uma das diferenças observadas entre operações de manufatura e operações de serviços recai sobre a questão da participação do cliente nas operações. O cliente pode ser considerado um recurso produtivo em operações de serviços, uma vez que o serviço só tem início após a sua solicitação e, na maioria das vezes, participa diretamente do processo (FITZSIMMONS, 1985; LOVELOCK; YOUNG, 1979). Cabe destacar ainda que nas operações de serviços o cliente exerce um papel que não exerce em manufatura – ele tem o poder de influência no processo de prestação do serviço (GIANESI; CORREA, 1994). Ou seja, sua atuação pode influenciar sua própria percepção de qualidade do serviço prestado, além de interferir na eficiência de utilização de recursos. Desse modo, o cliente não deve ser visualizado como um receptor passivo do sistema de operações de serviços, pois existem várias oportunidades para que ele participe e influencie a produção do serviço.

Chase (1978) defende que quanto menor o contato do cliente com o sistema de operações do serviço maior a possibilidade da empresa de operar de forma

eficiente, visto que a presença do cliente impede a racionalização dos processos.

Fitzsimmons (1985) afirma que existem possibilidades de ganhos em produtividade nas operações de serviços quando a empresa atribui algumas funções ao cliente. As atividades de *back office* apresentam grande potencial para melhorar a produtividade, pois não envolvem o cliente no processo, o que poderia levar a uma maior eficiência (CHASE, 1978). Entretanto, a participação do cliente nas atividades do *front office* representam uma oportunidade de aumento de produtividade quando existe um investimento no “treinamento” de seus clientes, uma vez que há tarefas desempenhadas por eles que demandam conhecimento prévio e habilidade. O treinamento de clientes é importante para aquelas empresas que contam com alta participação deles, já que suas atuações podem ter alto impacto nos resultados (GIANESI; CORREA, 1994).

Toda decisão gerencial nas operações de serviços devem levar em conta o nível de contato do cliente com o processo (CHASE, 1978). Frequentemente, aumentar a produtividade em serviços pode significar mudar o comportamento e expectativas do cliente, assim, ele precisa entender e aceitar essa mudança (LOVELOCK; YOUNG, 1979).

2.1.4 Classificação de serviços

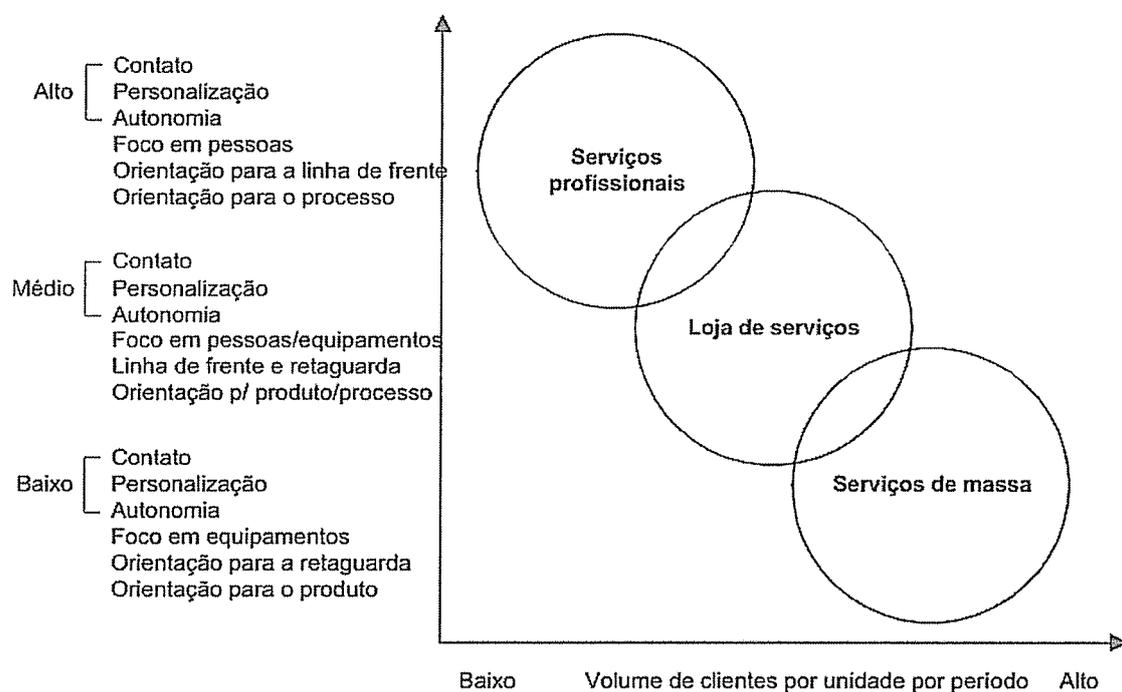
Silvestro *et al.* (1922) utilizam uma classificação de acordo com as seguintes dimensões:

- foco em equipamento ou pessoas (THOMAS, 1978);
- grau de contato com o cliente (CHASE, 1978; MAISTER e LOVELOCK, 1982);
- grau de personalização (MAISTER e LOVELOCK, 1982; LOVELOCK, 1983);
- grau de autonomia do pessoal de linha de frente (LOVELOCK, 1983);

- ênfase no *front office* ou no *back office*; e
- orientação para produtos ou processos.

Os processos de serviços podem ser posicionados em uma matriz de variedade *versus* volume (Figura 5) e classificados como: serviços profissionais, loja de serviços e serviços em massa (SILVESTRO *et al.*, 1992). A descrição de cada um destes tipos de serviços é feita a seguir:

Figura 5 – Posicionamento na matriz variedade versus volume



Fonte: Adaptada de Silvestro *et al.* (1992)

- a) **Serviços profissionais** – Uma vez que o cliente participa da definição do serviço delineando suas necessidades, os serviços profissionais devem ter a capacidade de se adaptar a cada uma de suas necessidades específicas. Há um baixo número de clientes atendidos por dia e o grau de personalização e contato pessoal é alto (Figura 5). Serviços de consultoria, assistência jurídica e serviços médicos classificam-se como “serviços profissionais”.
- b) **Serviços em massa** – Nos serviços em massa, não há negociação com cada cliente. Ou seja, não existem variações entre o atendimento de um

cliente e outro. Mesmo que haja possibilidade de escolha por parte dos clientes, as alternativas já são predeterminadas pela empresa. As empresas que oferecem serviços em massa estão preparadas para o atendimento de um grande número de clientes por dia e o contato com o cliente, geralmente, é baixo e impessoal. O transporte urbano é um exemplo de serviço em massa.

c) Loja de serviços – É o processo intermediário entre os serviços profissionais e os serviços em massa. Tal processo caracteriza-se por um volume maior de clientes processados por dia, como em hotéis e restaurantes, bem como atendimento a pessoa física em bancos. O valor do serviço é gerado tanto no *front office* (quarto e recepção dos hotéis, salão do restaurante e balcão das lojas) como no *back office* (limpeza de quartos em hotéis, cozinhas de restaurantes e setor de suprimento de lojas). O cliente, que tem um grau de contato considerável com a empresa, está, geralmente, interessado tanto no resultado do serviço como no processo. Por exemplo, num restaurante o cliente busca a satisfação de seu apetite (resultado) e uma experiência agradável durante a refeição (processo). Embora exista certo grau de personalização neste tipo de processo, ocorrem diversas oportunidades para a padronização de operações, exigindo menor autonomia do pessoal de contato.

2.2 Serviços de Saúde

2.2.1 Similaridades entre serviços de saúde e outros serviços

Segundo Berry e Bendapudi (2007) os serviços de saúde refletem diversas características igualmente associadas a outros tipos de serviços. Na maioria dos casos, eles são essencialmente intangíveis, pois os principais benefícios do diagnóstico, do tratamento e da educação médica do paciente derivam principalmente de atos desempenhados pelos funcionários em um processo. Assim, os pacientes incorrem em gastos monetários que não objetivam

primordialmente a aquisição de bens tangíveis. Nesse sentido, o tratamento médico em si, frequentemente, combina serviços intangíveis suportados por bens (por exemplo, uma sala de cirurgia equipada) e bens apoiados por serviços intangíveis (por exemplo, produtos e serviços farmacêuticos).

Os serviços de saúde são intensivos tanto em trabalho manual quanto em habilidades. A forte existência destes dois elementos contribuem para a ocorrência da variabilidade no desempenho de um profissional para outro. Em que se pese a variabilidade devido ao tipo de serviço, as habilidades de comunicação e técnicas dos profissionais.

Pelo fato dos serviços de saúde serem fornecidos às pessoas, e não aos seus bens físicos, a produção e o consumo são simultâneos. É necessário que o paciente esteja fisicamente presente onde o serviço é prestado (por exemplo, um consultório médico ou um hospital) e no momento em que médicos, enfermeiros e outros profissionais estejam disponíveis para prestar o serviço. Em certos casos, a simultaneidade pode ser um complicador para pacientes com idade avançada, dificuldade de locomoção ou situados em local de difícil acesso. Além disso, muitas das vezes, os pacientes esperam longos períodos para recebimento do atendimento.

Como muitos serviços, o serviço de saúde é perecível. As organizações de saúde criam valor com base em tempo e experiência do pessoal, equipamentos e espaço físico. Quando esses recursos não são utilizados, o valor que poderia ter sido criado perece.

Similarmente ao uso de outros serviços técnicos, como de reparo e avaliação de equipamentos eletrônicos, os clientes se encontram em considerável desvantagem de conhecimento acerca do próprio serviço entregue. Isto por sua vez, torna a qualidade clínica de difícil apreciação para o paciente mesmo após a execução do serviço. Dessa forma, os pacientes avaliam as experiências de serviços com base em comportamentos interpessoais dos profissionais, ao invés de avaliarem as habilidades técnicas dos mesmos. Assim, apesar de claramente vital para os pacientes, a qualidade técnica é de difícil mensuração (BENDAPUDI *et al.*, 2006).

2.2.2 Dissimilaridades entre serviços de saúde e outros serviços

A despeito de serem semelhantes a outros serviços, os serviços de saúde apresentam características peculiares. As subseções a seguir destacam algumas diferenças que merecem uma maior atenção pelo gestor.

2.2.2.1 Condições adversas

Os clientes de serviços de saúde estão doentes, podem estar estressados, e, às vezes, devem permanecer por algum tempo na “fábrica” de serviços – uma vez que eles são pacientes. Servir pacientes com alguma combinação de doença, dor, incerteza e medo representa um desafio único para os prestadores de serviços de saúde (BERRY; BENDAPUDI, 2007). Essas circunstâncias podem levá-los a serem muito mais exigentes, sensíveis e/ou dependentes do que normalmente seriam em outros tipos de serviço. As emoções influenciam a capacidade de escolha dos pacientes. Assim, elevados níveis de ansiedade elevados, induzidos por estresse, por exemplo, podem desencadear preferências por opções mais seguras que fornecem maior sensação de controle. Por outro lado, quando experimentam situações de tristeza, eles tendem a preferir opções mais gratificantes e reconfortantes (RAGHUNATHAN; PHAM; CORFMAN, 2006). Além disso, os pacientes, muitas vezes, são propensos a experimentar um mescla de emoções, como a esperança de cura de uma doença por meio cirúrgico, alternada pelo medo de que algo dê errado durante tal procedimento.

Nos serviços de internação hospitalar, o paciente não só visita o serviço de assistência, como também vive nele (BERRY; BENDAPUDI, 2007). Nesse contexto, mesmo quando a qualidade do serviço é excelente, a experiência da hospitalização é susceptível ao agravamento do estresse. Em ambientes hospitalares, os pacientes são submetidos a procedimentos médicos e/ou ao recebimento de tratamento médico. Não há controle da situação por parte

destes, o que contribui ainda mais para o estresse gerado pelo ambiente hospitalar, incluindo fatores como a falta de contato com a natureza e de estimulação física e mental, a ocorrência de ruídos e a falta de privacidade quando ocorrem múltiplas ocupações de quartos (BERRY; MIRABITO; BERWICK, 2004).

2.2.2.2 Aversão

A presença de alguma doença, ou a possibilidade dela ocorrer, faz com que as pessoas assumam papel de consumidores dos serviços de saúde. Geralmente, o contato inicial ocorre por meio de exames médicos e procedimentos cirúrgicos, muitas vezes, a contragosto e com certo receio por parte do paciente. A literatura sobre serviços em sua grande maioria concentra-se nos serviços que os clientes “desejam” (como recreação, entretenimento, cuidados pessoais e serviços de comunicações). Menor atenção é dedicada ao estudo dos serviços que os clientes precisam, mas não necessariamente “desejam” (BERRY; BENDAPUDI, 2007).

A aversão do cliente afeta a percepção de qualidade de serviço e, conseqüentemente, o grau em que os clientes aceitam o papel de “coprodutor”, necessário para um resultado positivo (BENDAPUDI; LEONE, 2003). Desempenhos aceitáveis dos serviços de saúde, normalmente, requerem a cooperação do paciente, tanto no encontro (respondendo a perguntas do clínico honestamente) quanto depois (tomando as medicações prescritas). A coprodução do cliente pode envolver emoções, custos e mudanças de estilo de vida. Nesse contexto, na maioria das vezes, o desinteresse dos pacientes em colaborar para coprodução do serviço decorre do sentimento de perda de controle sobre os resultados (BENDAPUDI; LEONE, 2003; DUHACHEK, 2005).

2.2.2.3 Privacidade

Os serviços de saúde são inerentemente pessoais, mas não necessariamente imbuídos de privacidade. Outros serviços não exigem que os clientes se desnudem física e emocionalmente assim como os serviços de saúde. Assim sendo, para receber o melhor cuidado possível, os pacientes não só têm que se despir, mas também discutir assuntos muito pessoais com pessoas “estranhas”. Além disso, os prestadores de serviços de saúde, muitas das vezes, são obrigados a informar os seus pacientes que eles devem perder peso, parar de dirigir um carro ou parar de tomar bebida alcoólica (BERRY; BENDAPUDI, 2007).

2.2.2.4 Atendimento holístico

Serviços de saúde precisam ser personalizados para atender às condições médicas do paciente, considerando-se a idade, a condição mental, as características pessoais, as preferências, as circunstâncias familiares e a capacidade financeira. A prestação de serviço de qualidade depende não só da capacidade técnica dos profissionais, mas também do conhecimento das individualidades dos pacientes. Neste sentido, o tratamento a ser aplicado ao paciente deve ser concebido sob uma perspectiva holística (BERRY; BENDAPUDI, 2007).

2.2.2.5 Risco

São poucos os serviços em que os clientes correm riscos. Os serviços de saúde são um deles (BERRY; BENDAPUDI, 2007). Uma profissão que

supostamente busca a cura pode prejudicar irreversivelmente o paciente (BURKE, 2003). Embora nem todos os tipos de infecções sejam evitáveis, algumas podem ser erradicadas por meio de práticas de segurança, tais como: higiene adequada das mãos, elevação da cabeceira da cama para que os pacientes em respiradores mecânicos possam reduzir suas chances de contrair doenças respiratórias, administração de antibióticos adequados antes da cirurgia e posicionamento dos pacientes em quartos individuais, para evitar a exposição de agentes infecciosos provenientes de companheiros de quarto (BURKE, 2003; BERRY; MIRABITO; BERWICK, 2004; BERRY; BENDAPUDI, 2007).

Milhões de pacientes são prejudicados por erros de medicação (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Erros deste tipo incluem a administração de doses ou a combinação de medicamentos incorreta. A quantidade de medicamentos administrados, o número de profissionais que prestam serviços para diversos pacientes e medicamentos com nomes similares podem ser fontes de possíveis equívocos. Prescrições escritas manualmente figuram como outra fonte de erros. A aplicação de códigos de barra e de sistemas de informações para a administração de medicamentos pode diminuir significativamente a incidência de erros de medicação. Erros de comunicação também contribuem para erros no diagnóstico e tratamento dos pacientes. Um estudo envolvendo 75 relatórios de erro de 18 médicos em cinco estados americanos constatou que 80% dos erros aconteceram devido a falhas de comunicação, tais como falta de informação nos prontuários ou registros, má comunicação entre os clínicos e má gestão de pedidos dos pacientes (WOOLF *et al.*, 2004; BERRY; BENDAPUDI, 2007).

Os prejuízos para os pacientes, no entanto, nem sempre são tão evidentes como aqueles decorrentes de falhas cirúrgicas ou erros de medicação. Kahn e Luce (2003) conduziram um experimento com mulheres que se submeteram a exames de mamografia. Apurou-se que aquelas pacientes que receberam um alarme falso tiveram maiores níveis de estresse, bem como ficaram menos propensas à realização de futuras mamografias do que mulheres do grupo de controle que receberam os resultados normais. Contudo, ao mesmo tempo, a redução de futuros exames não ocorreu em pacientes que receberam alarme

falso, mas receberam a informação de que resultados positivos na mamografia não indicam necessariamente câncer de mama.

2.2.2.6 Fadiga

A prestação de serviços doentes é um trabalho extremamente estressante. Profissionais da enfermagem chegam a trabalhar em turnos de doze horas ou mais, quase ininterruptamente. Eles ficam de pé grande parte do tempo realizando trabalho “pesado”, como levantar ou virar os pacientes ou ajudá-los no banheiro, podendo andar vários quilômetros durante a coleta de medicamentos e suprimentos necessários (HENDRICH; FAY; SORRELLS, 2002). Um médico pode terminar sua jornada de trabalho “regular” visitando de 25 a 40 pacientes, atendendo dezenas de telefonemas e podendo ser, ainda, solicitado no meio da noite por algum paciente com dificuldades (BERRY; BENDAPUDI, 2007). O esforço físico e a intensidade emocional pelos quais passam os cirurgiões, por exemplo, são notavelmente espantosas. Perder a concentração por um momento pode prejudicar o paciente irreversivelmente. Não obstante a grande possibilidade de ocorrência da fadiga, suas consequências negativas são inaceitáveis nos procedimentos médicos. A exaustão emocional dos profissionais de serviços de saúde no local de trabalho é resultado da frequência, da duração e da intensidade e variedade de exposição emocional. Muitos profissionais apresentam níveis elevados de cada uma dessas dimensões. O estresse emocional é inerente ao atendimento de pessoas gravemente doentes, fato que contribui para aumentar o estresse físico no trabalho (MORRIS; FELDMAN, 1996).

A possibilidade ou ocorrência real da negligência médica é outra fonte de estresse dos profissionais de saúde. A literatura de qualidade de serviço salienta a importância da confiabilidade e da recuperação das falhas (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988). Os erros médicos são comuns, entretanto, sua recuperação é de difícil concretização, pois existe possibilidade de prejuízos irreversíveis aos pacientes. A prática recomendada na literatura

padrão de recuperação de serviços é o pedido de desculpas aos clientes. Apesar disso, não é o que frequentemente ocorre nos serviços de saúde, a maioria dos profissionais pensa em pedir desculpas por um erro, mas fica receosa quanto às consequências de tais declarações fato que poderia deixá-los vulneráveis legalmente (GALLAGHER *et al.*, 2003).

Outra fonte de estresse emocional para os médicos é o momento de informar más notícias aos pacientes. Outros tipos de prestadores de serviços entregam más notícias aos clientes de uma maneira mais tranquila, são exemplos: em uma companhia aérea - “o voo está atrasado” ou em uma loja - “o produto vendido está esgotado”. Entretanto na área de saúde, as informações passadas podem ser extremamente impactantes para os clientes. Informar a um paciente de que ele agora é paraplégico devido a um acidente vascular cerebral ou que ele possui uma doença terminal, não é uma tarefa fácil. Além disso, os pacientes diferem em quanto realmente querem saber sobre o seu prognóstico. Muitas vezes, estes podem ser vagos em transmitir o que eles querem saber. Esses tipos de situações são diferentes do que os estudos relatam na literatura tradicional. Na prestação de serviços de saúde, a má notícia é, geralmente, mais frequente e as relações entre profissionais da saúde e pacientes muito mais pessoal e delicada (BERRY; BENDAPUDI, 2007).

2.3 Qualidade

Segundo Deming (1990), o termo qualidade só consegue ser definido por quem o avalia; ou seja, por quem é seu julgador. Na opinião de um operário, qualidade consiste em produzir alguma coisa de que possa orgulhar-se, enquanto na opinião de um administrador de fábrica consiste em produzir a quantidade planejada e atender às especificações.

A dificuldade para definir qualidade está na conversão das necessidades futuras do usuário em características mensuráveis, de forma que o produto

possa ser projetado e modificado para dar satisfação por um preço que o usuário pague (DEMING, 1990).

Segundo Juran (1990), a qualidade pode ser expressa pelo conjunto de características que atendem as necessidades do cliente e, portanto, promovem a satisfação com o produto ou serviço pela ausência de deficiências. Para padronizar uma definição mais curta que englobasse estas duas características, Juran define qualidade como adequação ao uso.

Ishikawa (1993) considera que a qualidade pode ser interpretada de duas maneiras. A primeira, muito restrita, afirma que qualidade significa qualidade de produto. A segunda, mais abrangente, afirma que qualidade significa qualidade de trabalho, qualidade de serviço, qualidade de informação, qualidade de processo, qualidade das pessoas, qualidade de sistema, qualidade dos objetivos etc.

Garvin (1984; 1992) destaca o problema de amplitude que diz respeito à qualidade: pesquisadores de quatro disciplinas – Filosofia, Economia, Marketing e Administração de Operações – estudam o assunto com base em pontos de vista próprios. O resultado é um conjunto de abordagens distintas para definir qualidade: transcendental, baseada no produto, baseada no usuário, baseada na produção e baseada no valor.

A existência das diferentes abordagens apontadas por Garvin (1984) tem algumas implicações relevantes. Em primeiro lugar, ela ajuda a explicar visões concorrentes defendidas pelas áreas de Marketing e Produção. Os administradores de marketing, normalmente, apresentam uma abordagem baseada no usuário ou no produto. Para eles, alta qualidade significa melhor desempenho, adição de características e outras melhorias que elevam os custos. Os administradores de produção consideram que qualidade significa conformidade com especificações e ênfase em “fazer certo na primeira vez”: para este grupo melhorias de qualidade resultam em reduções de custo. Em segundo lugar, essa coexistência representa um enorme potencial para conflitos e pode causar sérias interrupções na comunicação: esforços para remediá-la podem tornar-se inócuos se ela não for abertamente reconhecida. Em terceiro lugar, por mais paradoxal que pareça, o autor considera que as

organizações precisam cultivar perspectivas diferentes, porque são essenciais à introdução bem-sucedida de produtos de alta qualidade: dependência de uma única definição de qualidade pode ser uma fonte frequente de problemas.

Garvin (1992) defende que a abordagem da qualidade precisa mudar à medida que os produtos se movem do design para o mercado. As características que conotam qualidade devem ser, primeiro, identificadas com o uso de pesquisa de mercado (abordagem baseada no usuário). Essas características devem, então, ser traduzidas em atributos de produto identificáveis (abordagem baseada no produto). Por último, o processo produtivo deve ser organizado para assegurar que os produtos sejam feitos precisamente com essas especificações (abordagem baseada na produção).

Embora o foco desta dissertação seja operações em serviços e no trabalho de Garvin (1984) a qualidade tenha sido desenvolvida, basicamente, no contexto da manufatura, ele permitiu um avanço na discussão da qualidade: em vez de concentrar-se apenas em definições, o que fica evidente é a necessidade de identificar dimensões que possam servir como um referencial para pensar sobre os elementos básicos da qualidade do produto. As dimensões identificadas pelo autor foram: desempenho, características suplementares, confiabilidade, conformidade, durabilidade, capacidade de serviço, estética e qualidade percebida. Essa busca por dimensões da qualidade está presente também nos trabalhos de Grönroos (1984) e Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985, 1988, 1993) sobre qualidade de serviços.

O estudo da qualidade, por muitos anos, esteve associado a bens físicos. Essa associação, de certa forma, fazia sentido, uma vez que o setor manufatureiro foi o grande protagonista do desenvolvimento econômico de diversas nações ao redor do mundo, desde a Segunda Revolução Industrial. Esse quadro começou a mudar quando pesquisadores perceberam a importância do setor de serviços. Embora possam ser lembrados vários nomes, um seleto conjunto de autores (GRÖNROOS, 1984; GRÖNROOS, 1988; PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985, 1988; PARASURAMAN; BERRY; ZEITHAML, 1991) contribuiu muito para a compreensão da qualidade de serviços, dos elementos que a compõem e das formas usadas para mensurá-las.

Grönroos (1988) considera que os pesquisadores tentam lidar com marketing de serviços e de bens físicos usando os mesmos conceitos, modelos e referências. Tal constatação tem implicações sobre a maneira como se deve analisar a qualidade de serviços: as referências e os modelos não podem ser iguais, porque serviços e bens físicos são elementos com natureza distinta. A qualidade de serviços difere da qualidade de bens físicos devido às características que os distinguem. É possível testar um eletrodoméstico, um carro ou uma lâmpada antes da compra de cada um deles. Entretanto, é impossível saber com certeza como será o voo da empresa aérea, o almoço no restaurante ou a cirurgia plástica antes que haja a efetiva prestação desses serviços. Em outras palavras, o que muda não é a essência da avaliação que os consumidores fazem da qualidade de bens físicos ou serviços, e sim a natureza das propriedades segundo as quais a avaliação se dá num caso e no outro.

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) argumentam que a qualidade de serviços é mais difícil de ser avaliada do que a qualidade de bens físicos porque os primeiros são ricos em atributos de experiência. Em muitos casos, as evidências tangíveis estão limitadas às instalações físicas, aos equipamentos e recursos humanos do fornecedor.

A qualidade de serviço baseia-se no hiato entre o serviço percebido e o serviço esperado pelo cliente. Esta última afirmação é sustentada por um grupo considerável de autores (GRÖNROOS, 1984; GUMMESSON, 1979; PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985).

2.3.1 Gestão da qualidade

O conceito de qualidade relaciona-se tanto aos produtos como serviços, considerando elementos como satisfação do cliente, controle de processos, padronização, melhoria contínua, parcerias à jusante e à montante na cadeia

com vistas a obter melhorias e benefícios conjuntos e racionalização de tempo e insumos (CROSBY, 1984; JURAN, 1990; CARVALHO; PALADINI, 2006). A gestão da qualidade busca a melhoria do desempenho organizacional proporcionando, na maioria das vezes, vantagem competitiva para as organizações que a adota.

Segundo Juran e Gryna (1991, p. 43):

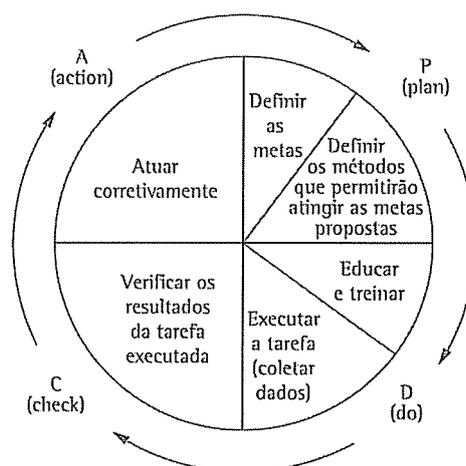
...para a maioria dos clientes, qualidade relaciona-se às características do produto que atendem suas necessidades. Além disso, qualidade quer dizer ausência de falhas, bem como um bom serviço ao cliente...

A gestão da qualidade tem como objetivos a padronização de processos e, por meio de planejamento, controle e melhoramento, a garantia da qualidade de produtos e serviços. As empresas necessitam adotar um sistema que priorize a qualidade em suas decisões para que seja possível alcançar e manter a qualidade de seus processos, produtos e serviços (LAGROSEN; LAGROSEN, 2003; OLIVEIRA *et al.*, 2011).

A qualidade tem muitas definições que podem variar de acordo com o contexto. No caso do segmento empresarial pode ser denominada como a conformidade aos requisitos dos clientes, atendimento das necessidades dos *stakeholders* e prevenção e gerenciamento de não conformidades, incluindo as ações para suas correções (LAGROSEN; LAGROSEN, 2003; CARVALHO; PALADINI, 2006; OLIVEIRA, *et al.*, 2011).

Os processos de melhoria contínua da qualidade são baseados no ciclo PDCA, ilustrado na Figura 6.

Figura 6 – Ciclo PDCA



Fonte: Adaptada de ABNT (2008)

Alguns estudos demonstram que os SGQs beneficiam significativamente às empresas (LAGROSEN; LAGROSEN, 2003; LAKHAL *et al.*, 2006). No entanto, existem grandes dificuldades na adoção desses sistemas. Um dos principais benefícios, diz respeito à melhoria nos processos, produtos e serviços, destaca-se também aumento da satisfação dos clientes, melhoria da imagem da empresa, abertura de novos mercados e maior vantagem competitiva diante da concorrência. No que tange às dificuldades observam-se as seguintes: resistência à mudança, dificuldade no entendimento e aceitação de determinados preceitos da qualidade, falta de comprometimento da média gerência e baixo envolvimento da alta direção, incluindo aporte pequeno de capital para as atividades associadas à qualidade (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

2.3.2 Sistemas de gestão da qualidade ISO 9001

A norma ISO 9001 é um tipo de sistema com objetivo específico de desenvolver princípios de gestão da qualidade nas organizações. As normas da família ISO 9000 são controladas pela *International Organization for Standardization*, organismo sem fins lucrativos fundado em 1947, sediado em Genebra, Suíça, cujo principal objetivo é o desenvolvimento de normas

técnicas e o incentivo à padronização visando facilitar as relações internacionais nos campos científico, intelectual, econômico e tecnológico (HEUVEL *et al.*, 2005; CARVALHO; PALADINI, 2006). No Brasil, ela é representada pelo INMETRO (Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial).

A série ISO 9000 é composta pelas normas ISO 9000 (sistema de gestão da qualidade fundamentos e vocabulários), ISO 9001 (sistema de gestão da qualidade – requisitos) e ISO 9004 (sistema de gestão da qualidade – diretriz para melhoria de desempenho). A certificação é feita apenas com base na norma ISO 9001, sendo as duas outras para orientação.

Para atingir a excelência organizacional as mais recorrentes alternativas lançadas pelas organizações são o desenvolvimento e a implantação de sistemas de gestão da qualidade com base na norma ISO 9001 (CARVALHO; PALADINI, 2006). Para que esse sistema promova o desempenho esperado, além das mudanças internas, é necessário que os *stakeholders* compartilhem de seus propósitos em relação à qualidade, apoiando, dentro do possível, a empreitada.

São indispensáveis o comprometimento e a ativa participação da alta direção, conforme preconiza a própria norma, nos processos de desenvolvimento e implantação do sistema, uma vez que recursos (financeiros, humanos e de infraestrutura) deverão ser disponibilizados em intensidades e momentos bastante específicos (HEUVEL *et al.*, 2005).

A primeira versão da norma ISO 9001 é de 1987; após isso duas revisões foram realizadas, em 1994 e 2000. Em 2008 foi lançada uma emenda e não uma revisão completa. Nenhum requisito foi adicionado, mas alguns foram melhorados sutilmente. Algumas dessas pequenas mudanças foram feitas com o intuito de melhorar a interface com a ISO 14001:2004 – sistema de gestão ambiental (ASSOCIAÇÃO..., 2008).

Um SGQ baseado na norma ISO 9001 traz diversos benefícios às organizações, dos quais se destacam: aumento da eficiência operacional, maior conformidade de produtos e serviços a partir da redução de falhas e

diminuição da variabilidade nos processos, atendimento dos requisitos do cliente com aumento de sua satisfação, diminuição de custos com retrabalhos e perdas, aumento das vantagens competitivas e melhoria da imagem da empresa (LAGROSEN; LAGROSEN, 2003; CARVALHO; PALADINI, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Apesar das críticas sobre causar engessamento de processos e aumento do número de documentos, o SGQ com base na norma ISO 9001 induz à melhoria contínua em projetos, processos, produtos e serviços nas empresas que o adotam (OLIVEIRA *et al.*, 2011). Entretanto, quando adequadamente implantado, proporcionam a racionalização no uso de insumos, maior controle de processos com conseqüente redução do desperdício e conscientização maior da mão de obra em relação à importância do seu trabalho (CARVALHO; PALADINI, 2006).

2.3.3 Acreditação Hospitalar

O processo de Acreditação Hospitalar (AH) no Brasil iniciou-se a partir dos anos 90, com a publicação “Acreditação de Hospitais para a América Latina e Caribe” (PAGANINI; NOVAES, 1992). Sequencialmente surgiram e se consolidaram iniciativas estaduais, posteriormente articuladas com o Ministério da Saúde que, em 1995, apresentou o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP), para a implantação da AH no Brasil. Em 1998 ocorreu a primeira edição do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (MBAH), e em 2001 o Ministério da Saúde considerou como política pública a adoção de medidas que possibilitem implantar e garantir a qualidade da assistência nos hospitais brasileiros.

A Acreditação Hospitalar (AH) constitui uma metodologia pautada na racionalização, organização de hospitais e de educação permanente do pessoal de serviço e de seus líderes. Fundamentado na avaliação dos padrões de referências desejáveis, construídos por peritos da área e previamente

divulgados, e nos indicadores ou instrumentos que o avaliador emprega para constatar os padrões que estão sendo observados (ORGANIZAÇÃO..., 2012).

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) é uma organização privada, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, que tem como principal objetivo a melhoria da qualidade de assistência médica (ORGANIZAÇÃO..., 2012). A missão da ONA é a promoção de um processo de Acreditação, visando aprimorar a qualidade da assistência na área da saúde no Brasil (ANTUNES, 2002). Ela é responsável pelo estabelecimento de padrões e pelo monitoramento do processo de Acreditação realizado pelas instituições acreditadoras.

O Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar (PBAH), por sua vez, visa ao amplo entendimento de um processo permanente de melhoria da qualidade assistencial, mediante a Acreditação periódica da rede hospitalar pública e privada. Para tanto, instituiu no âmbito hospitalar mecanismos para autoavaliação e aprimoramento contínuo da qualidade da atenção médico-hospitalar.

Na lógica do Processo de Acreditação (PAc), não se avalia um serviço ou departamento isoladamente. Entende-se que as estruturas e processos do hospital são de tal ordem interligados que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final (PAGANINI; NOVAES, 1992).

As Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS) são definidas como entidades jurídicas e legalmente constituídas, nas quais se prestam serviços de assistência médica do tipo hospitalar, hemoterápico, laboratorial e patologia clínica, ambulatorial e pronto atendimento, diagnóstico e terapia, atenção primária à saúde e assistência domiciliar, de caráter estatal ou privado, com ou sem fins lucrativos, sob a responsabilidade de uma diretoria.

As Instituições Acreditadoras (IAC) são entidades de direito privado, credenciadas pela ONA para desenvolverem o Processo de Avaliação (PAv) das OPSS. Como atribuições e competências, avaliar a qualidade dos serviços de saúde, certificar as OPSS acreditadas e capacitar avaliadores para o PAv.

O avaliador é o profissional qualificado para efetuar as avaliações do PAc, capacitado conforme as normas definidas pela ONA. O avaliador líder é o responsável perante a IAC por todas as fases do PAv. A equipe de avaliadores deve ser composta de no mínimo, três membros, sendo: um médico, um enfermeiro e um administrador(a).

O PAc se estrutura por níveis 1, 2 e 3, com seus princípios norteadores e por padrões, sendo que cada padrão representa uma definição e uma lista de itens de verificação que permitem a identificação precisa do que avaliar e a concordância com o padrão estabelecido (Ver Quadro 1). A coleta de dados dá-se pela observação no local e contatos com os profissionais dos diversos serviços.

As exigências do Nível 1 contemplam o atendimento aos requisitos básicos da qualidade na assistência prestada ao cliente, nas especialidades e serviços do hospital, com os recursos humanos compatíveis com a complexidade, qualificação adequada (habilitação) dos profissionais e responsáveis técnicos com habilitação correspondente para as áreas de atuação institucional.

No Nível 2, apresentam evidências de adoção do planejamento na organização da assistência hospitalar, referente a documentação, corpo funcional (força de trabalho), treinamento, controle, estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial e práticas de auditoria interna.

O Nível 3 deve evidenciar as políticas institucionais de melhoria contínua nas suas estruturas, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médicos-sanitários, com a utilização da tecnologia da informação, disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e avaliadas com foco na busca da excelência.

Quadro 1 – Princípios de cada nível de certificação

NÍVEL	PRINCÍPIO ESPECÍFICO	DESCRIÇÃO
1	SEGURANÇA	As exigências deste nível contemplam o atendimento aos requisitos básicos da qualidade na assistência prestada ao cliente, nas especialidades e nos serviços da organização de saúde a ser avaliada, com recursos humanos compatíveis com a complexidade, qualificação adequada (habilitação) dos profissionais e responsáveis técnicos com habilitação correspondente para as áreas de atuação institucional.
2	SEGURANÇA e ORGANIZAÇÃO	As exigências deste nível contemplam evidências de adoção do planejamento na organização da assistência, referentes à documentação, corpo funcional (força de trabalho), treinamento, controle, estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial, e práticas de auditoria interna.
3	SEGURANÇA, ORGANIZAÇÃO e PRÁTICAS DE GESTÃO DE QUALIDADE	As exigências deste nível contêm evidências de políticas institucionais de melhoria contínua em termos de: estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médicos-sanitários. Evidências objetivas de utilização da tecnologia da informação, disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e avaliadas com foco na busca da excelência.

Fonte: Elaborado pelo autor (2013)

2.3.4 Programas e ferramentas da qualidade

Utilizados para desenvolver, implantar, monitorar e melhorar os preceitos da qualidade nas organizações, os programas e ferramentas da qualidade representam importantes e necessários instrumentos para que os SGQs obtenham máxima eficiência e eficácia (BAMFORD; GREATBANKS, 2005). Avaliar a satisfação do cliente, visando à melhoria da qualidade nos serviços e produtos, é uma das importantes funções dos programas e ferramentas da qualidade. Essa prática promove a confiabilidade e produz consideráveis vantagens à empresa em relação aos seus concorrentes (CARVALHO; PALADINI, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2011).

As ferramentas da qualidade têm sido desenvolvidas e aprimoradas para sustentar a aplicação e utilização da gestão da qualidade nas empresas, dessa forma, considera-se que elas são imprescindíveis para o SGQ obter o sucesso largamente anunciado na literatura científica (THIA *et al.*, 2005).

Os programas e ferramentas da qualidade mais comumente utilizada pelas empresas, segundo Khanna, Laroia e Sharma (2010) e Oliveira *et al.* (2011), estão apresentados no Quadro 2. Destaca-se que alguns deles, como *benchmarking*, *brainstorming* e fluxograma são instrumentos utilizados também em diversas outras áreas da gestão além da qualidade.

Quadro 2 – Definições dos principais programas e ferramentas da qualidade

Programas e ferramentas da qualidade	
5S	<i>Seiri, Seiton, Seiso, Seiketsu e Shitsuke</i> , de origem japonesa ou em português Descarte, Arrumação, Limpeza, Saúde e Disciplina. Tem como objetivos a diminuição de desperdícios e custos e aumento da produtividade baseado na melhoria da qualidade de vida dos funcionários e modificações no ambiente de trabalho.
5W1H ou 5W2H	Trata-se de uma ferramenta que auxilia na estruturação de planos de ação a partir de questões chave (O quê? Quem? Quando? Onde? Por quê? e Como?). Já a 5W2H acrescenta a questão "Quanto?", enfatizando o custo da ação
Análise do modo e do efeito das falhas (FMEA)	É um processo sistemático e documentado para avaliação e redução de riscos de falhas em projetos e processos. Seu objetivo é identificar, definir, priorizar e reduzir os potenciais de falhas o mais cedo possível, diminuindo as chances de sua ocorrência tanto nos clientes internos como externos.
<i>Benchmarking</i>	É um processo contínuo e sistemático para avaliar produtos, serviços e processos em organizações que são reconhecidas como possuidoras das melhores práticas, com a finalidade de servir de referência para organizações menos avançadas.
<i>Brainstorming</i>	É um processo de grupo em que os indivíduos emitem ideias de forma livre, em grande quantidade, sem críticas e no menor espaço de tempo possível.
<i>Check list</i>	É utilizado para colher dados baseados em observações amostrais com o objetivo de verificar com que frequência ocorre um evento ao longo de um período de tempo determinado.
Controle estatístico do processo (CEP)	Controla a variação da média e desvio padrão de uma determinada grandeza utilizando as cartas de controle. Objetiva manter os processos dentro dos limites estabelecidos.
Desdobramento da função da qualidade (QFD)	Tem por objetivo auxiliar o time de desenvolvimento a incorporar no projeto as reais necessidades dos clientes. Por meio de um conjunto de matrizes parte-se dos requisitos expostos pelos clientes e realiza-se um processo de "desdobramento" transformando-os em especificações técnicas do produto.
Diagrama de <i>Ishikawa</i>	É uma representação gráfica que permite a organização de informações por semelhança a partir de seis eixos principais (método, material, máquinas, meio ambiente, mão de obra e medição), possibilitando a identificação das possíveis causas de um determinado problema, ou efeito, de forma específica e direcionada.
Fluxograma	Representa a sequência de atividades e processos, demonstra o fluxo dessas ações e permite a identificação de problemas e qual a sua origem.
Gráfico de Pareto	Ferramenta gráfica e estatística que organiza e identifica os dados de acordo com suas prioridades, como por exemplo pela decrescente ordem de frequência.
Histograma	O histograma é uma ferramenta estatística que, em forma de gráfico de barras, ilustra a distribuição de frequência.
<i>Poka yoke</i>	Objetiva a minimização de erros por meio de sistematização de mecanismos simples de prevenção.
SERVQUAL	Questionário composto por 22 perguntas que pretendem medir o desempenho da organização em 5 dimensões (tangibilidade, confiabilidade/credibilidade, receptividade, garantia e empatia), em dois eixos principais: percepção e expectativa. É no <i>gap</i> entre esses dois elementos que deve se centrar a atenção dos gestores.
Setup rápido	É utilizado para reduzir o tempo de troca de ferramentas. Objetiva eliminar os setups ou, em último caso, mudar os setups internos para externos.
6 σ	O seis sigma pode ser entendido como uma metodologia utilizada para reduzir continuamente a variabilidade dos processos e produtos, considerando a situação atual e a meta especificada, normalmente pelos clientes. Um processo Seis sigma é aquele no qual é rara a presença de uma variação fora das especificações.
Círculos de CQ	Pequenos grupos de colaboradores, em geral de 5 a 10 profissionais, que se reúnem voluntariamente e de forma regular para monitorar, identificar, analisar e propor soluções para os problemas organizacionais (denominados de projetos), principalmente aqueles relacionados à produção.

Fonte: Adaptada de Oliveira *et. al* (2011)

2.3.5 Trilogia Juran

Segundo Juran (1991), o gerenciamento da qualidade pode ser obtido pelo uso de três processos gerenciais: planejamento, controle e melhoramento da qualidade.

Planejamento da qualidade é o processo de preparação para a obtenção dos objetivos. É um conjunto de atividades que buscam desenvolver os produtos e os processos necessários para atender às necessidades dos clientes. Envolve uma série etapas universais, basicamente, como se segue:

- a) Determinar quem são os clientes.
- b) Determinar quais são as necessidades dos clientes.
- c) Desenvolver características de produtos que respondam às necessidades dos clientes.
- d) Desenvolver processos que sejam capazes de produzir essas características de produto.
- e) Transferir os planos resultantes às forças operacionais.

Controle da qualidade é o processo para assegurar o cumprimento dos objetivos definidos no planejamento durante as operações. Consiste nos seguintes passos:

- a) Avaliar o desempenho da qualidade real
- b) Comparar o desempenho real com as metas da qualidade
- c) Atuar nas diferenças

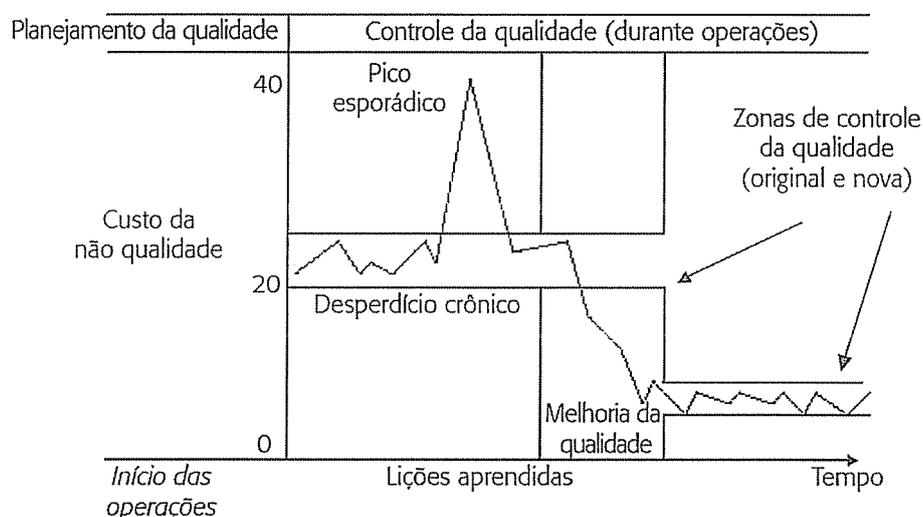
Melhoramento da qualidade é o processo para produzir com níveis superiores e inéditos de execução. Visa elevar os resultados a novos níveis de desempenho, seja ele incremental (melhoria contínua) ou inovador (melhoria radical). Envolve as seguintes etapas:

- a) Identificar as necessidades específicas para melhoramento – projetos de melhoramento.

- b) Para cada projeto, estabelecer uma equipe de projeto que tenha claramente a responsabilidade de fazer com que o projeto seja bem-sucedido.
- c) Fornecer os recursos, motivação e treinamento necessários às equipes para diagnosticar as causas, estimular o estabelecimento de uma solução e estabelecer controles para manter os ganhos.

Os três processos da trilogia Juran estão inter-relacionados, como mostra a Figura 7.

Figura 7 - O diagrama da trilogia Juran



Fonte: Adaptada de Juran (1991)

O diagrama da trilogia Juran é um gráfico com as variáveis "tempo" no eixo horizontal e "custo da não qualidade" (deficiências da qualidade) no eixo vertical. A atividade inicial é o planejamento da qualidade. Determina-se quem são os clientes e quais as suas necessidades. Em seguida, são desenvolvidos os projetos de produto e processo associados capazes de atender a essas necessidades. Finalmente, os colaboradores são capacitados a implementar os planos.

A tarefa dos colaboradores é operar os processos e produzir. À medida que as operações prosseguem, logo se percebe que o processo não é capaz de atingir todas as metas planejadas. A Figura 7 mostra que 20% do trabalho devem ser

refeitos como resultado da não qualidade. Esse desperdício torna-se, então, crônico, porque o processo planejado apresenta, intrinsecamente, deficiências.

Com os padrões estabelecidos, os colaboradores são incapazes de se livrar desse desperdício intrínseco. O que eles fazem, alternativamente, é executar o controle da qualidade, para prevenir que as coisas piorem. O controle inclui a extinção da dispersão (picos esporádicos) e a diminuição da variabilidade.

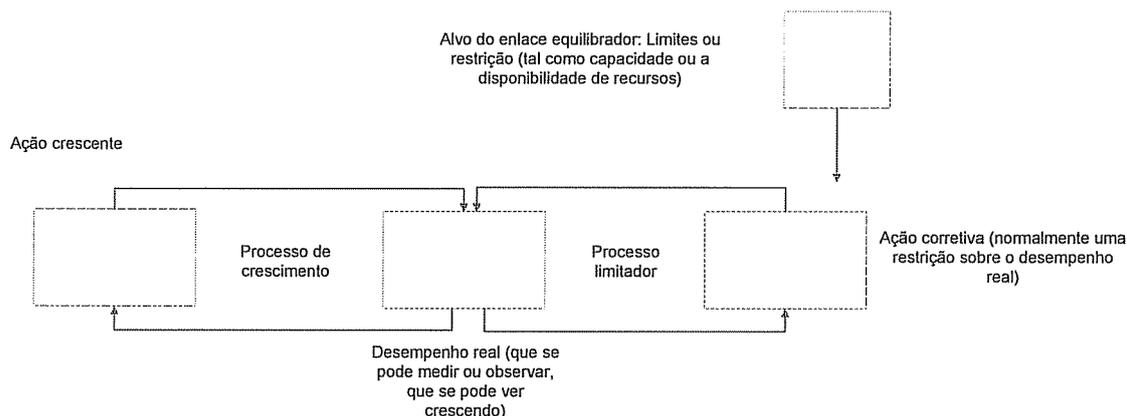
A Figura 7 também mostra que, com o tempo, o desperdício é reduzido a um nível muito abaixo do valor original. Esse ganho é conseguido pelo terceiro processo da trilogia, o da melhoria da qualidade. Percebe-se que o desperdício é também uma oportunidade de melhoria.

A trilogia relaciona-se às deficiências de processo. A escala vertical pode apresentar, por exemplo, unidades de medida como custo da não qualidade, frequência de erros, percentagem de defeitos e frequência de chamadas da assistência técnica. Nessa mesma escala, a perfeição seria o zero; quando os números sobem, significa que a situação piora. O resultado de reduzir as deficiências dos processos é a redução do custo da não qualidade.

2.3.6 Modelo do limite ao crescimento

Segundo Senge (2001) não há crescimento sem limites. Em todos os aspectos da vida, padrões de crescimento e limites surgem conjuntamente em várias combinações. Às vezes, o crescimento domina; às vezes, os limites dominam; e, muitas vezes, o grau de influência oscila entre eles. No modelo (Ver Figura 8), o processo de crescimento é geralmente visto como um enlace reforçador virtuoso, à esquerda. O processo limitador é normalmente mostrado com um enlace equilibrador à direita, que reage a desequilíbrios impostos pelo enlace de crescimento. O enlace equilibrador também é levado a deslocar-se para seu alvo – um limite ou restrição sobre o sistema inteiro, difícil de ver porque é muito afastado do processo de crescimento.

Figura 8 – Modelo dos limites ao crescimento



Fonte: Adaptada de Senge (2001)

O modelo de “limite de crescimento” propicia o entendimento da mudança do equilíbrio entre esses elementos ao longo do tempo. Quando se encontra uma limitação, tipicamente, existiu uma aceleração do crescimento e desempenho, geralmente, resultado de um esforço tenaz. Porém o crescimento estabiliza-se. A reação normalmente adotada é o aumento dos esforços que funcionaram anteriormente. Entretanto agora, quanto maior o empenho, mais intensa parece ser a oposição do sistema. Assim, o sistema alcança alguma fonte de resistência que impede melhorias adicionais. Mesmo que todos trabalhem com afinco, o resultado anterior não retorna.

Nesse ponto, ao invés do crescimento esperado, nota-se um de dois padrões de comportamento. Às vezes, o crescimento vertiginoso atinge um patamar, após o equilíbrio do desempenho, mesmo que se prossiga com um alto nível de esforço. Outra vez, o desempenho atravessa suas limitações, mas declina deliberadamente. Tal fenômeno é denominado “ultrapassagem e colapso”.

Uma situação típica do modelo de “limite de crescimento”, destacada por Senge (2001) é a metáfora de “colher os abundantes frutos baixos”. No início de uma campanha de melhoria da qualidade, por exemplo, os primeiros esforços (tal como treinamentos nas ferramentas de controle estatísticos de processos) levam a ganhos significativos na qualidade dos produtos, serviços e processos. Isto proporciona repetibilidade, apoio e ímpeto aos esforços da qualidade. Entretanto, completadas as mudanças fáceis (conhecidas entre veteranos da qualidade com “frutos baixos”), o nível de melhoria estabiliza-se, para desapontamento de todos. A nova onda de melhoria é mais completa e

difícil de administrar, elas envolvem a coordenação de várias partes diferentes da organização. A falta de apoio de toda organização, e as atitudes da alta direção, passam a constituir limites. A menos que a empresa promova mudanças mais difundidas em níveis mais altos, seus ganhos para a qualidade serão limitados.

2.4 Sinais da qualidade

Na prestação de serviços, detalhes podem ser de vital importância para a organização (BERRY; WALL; CARBONE, 2006). Enquanto muitos gestores concentram-se em alcançar metas essenciais, maior atenção a detalhes da prestação de serviço pode resultar em maior nível de satisfação do cliente. Pequenos sinais podem demonstrar que o serviço é excepcional, promovendo efeito proporcionalmente maior sobre a forma como o cliente avalia a experiência do serviço em si (BERRY; WALL; CARBONE, 2006; BERRY; SELTMAN, 2010). A experiência de um cliente em um hotel, por exemplo, não está relacionada apenas às expectativas básicas, como ter suas reservas feitas, quartos limpos e serviço de quarto entregue a tempo, mas também sinais sutis, como textura do lençol, decoração do ambiente e atitude da recepcionista.

Quando seleciona e utiliza os serviços que adquire, o cliente observa mais e processa mais informação do que os gestores e prestadores de serviços costumam perceber (BERRY; CARBONE, 2007; BERRY; SELTMAN, 2010). Ele age como detetive, no sentido de que processa e organiza os sinais da experiência com base em um conjunto de impressões que evocam sentimentos (HAECKEL; CARBONE; BERRY, 2003; CARBONE, 2004; BERRY; WALL; CARBONE, 2006). Ele processa esses sinais ao decidir entre comprar ou não determinado serviço e ao avaliá-lo no momento em que o está recebendo e depois.

A principal fonte de criação de valor para um serviço é o desempenho para o consumidor (BERRY; WALL; CARBONE, 2006). Quando compra serviços, o

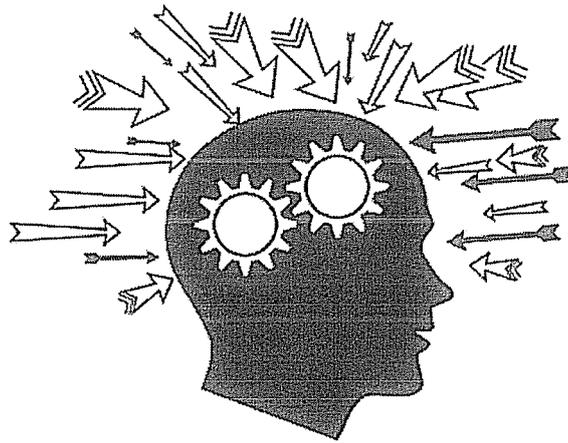
cliente não compra propriedade ou posse de objetos. Ao comprar um bilhete de transporte aéreo, alugar um carro, fazer uma reserva em um hotel, ir a um restaurante e utilizar outros serviços durante uma viagem turística, ele traz pouco ou nada de tangível para casa.

Os serviços, em geral, apresentam um número mais elevado de experiências do que os bens manufaturados (BERRY; WALL; CARBONE, 2006; BERRY; CARBONE, 2007). O consumidor de bens, normalmente, não visita o local onde as mercadorias são feitas. Entretanto, os consumidores de serviços, na grande maioria das vezes, não só visitam como podem permanecer no local onde os serviços são prestados.

Assim, a experiência com bens manufaturados é mais restrita do que a com serviços. Numa viagem de avião, o indivíduo é colocado em pelo menos três “fábricas de serviços”: o embarque, o avião e o desembarque. Em cada uma dessas fábricas, o cliente experimenta instalações, equipamentos e diversos prestadores de serviços. Uma viagem aérea pode envolver um complexo conjunto de experiências concentrados em apenas algumas horas. Existem, portanto, vários momentos que podem levar o passageiro a sentir satisfação, decepção, frustração ou fúria (BERRY; LAMPO, 2004). Uma viagem de avião, desse modo, envolve uma torrente de sinais de experiências de serviços, os quais precisam ser gerenciados.

Ao interagir com organizações o cliente, conscientemente ou não, filtra os sinais e as organiza em um conjunto de impressões, algumas racionais e outras de caráter mais emocional (BERRY; WALL; CARBONE; 2006; BERRY; SELTMAN, 2010). Logo, tudo quanto seja percebido ou sentido – ou que seja visível em sua ausência – constitui um sinal da experiência (Figura 9).

Figura 9 – Os sinais advêm de todas as coisas que os clientes sentem



Fonte: Adaptada de Carbone (2004)

Se o cliente pode ver, ouvir e sentir o cheiro ou o gosto de determinada coisa, esta coisa é um sinal (CARBONE, 2004; BERRY; CARBONE, 2007; BERRY; WALL; CARBONE, 2006; BERRY; SELTMAN; 2010). Por exemplo, tudo em uma mesa de restaurante potencialmente comunica uma sinal para os clientes, incluindo a aparência e o conteúdo do cardápio, a toalha de mesa, a utilização de guardanapos de papel ou de pano, limpeza da mesa e, naturalmente, a apresentação e sabor dos alimentos. Uniforme, comportamento e linguagem dos garçons também são considerados sinais de experiência do serviço. Os sinais da experiência dos consumidores contam a história de serviços de uma organização de maneira poderosa. As organizações bem-sucedidas que se notabilizam pela excelência de seus serviços contam suas histórias de maneira eficiente mediante o gerenciamento de sinais. Logo, é melhor contar uma história consistente, coesa e atraente do que uma inconsistente, incoerente e desinteressante (BERRY; SELTMAN; 2010).

Os sinais dividem-se três categorias principais (CARBONE; HAECKEL, 1994; HAECKEL; CARBONE; BERRY, 2003; BERRY; BENDAPUDI; 2003; CARBONE, 2004; BERRY; CARBONE, 2007; BERRY; WALL; CARBONE, 2006; BERRY; SELTMAN; 2010): funcionais, mecânicos e humanos.

Quadro 3 – Os três tipos de sinais

Sinais	Emitidos por	Interpretação
Funcionais	Bens e serviços	Racional
Mecânicos	Ambiente dos serviços	Emocional
Humanos	Fornecedores dos serviços	Emocional

Fonte: Berry e Carbone (2007)

Conforme o Quadro 3, os sinais mecânicos provêm de objetos reais ou do ambiente. Envolvem pistas sobre a apresentação sensorial do serviço. Incluem percepções visuais, cheiros, sons, sabores e texturas. Os sinais funcionais dizem respeito à confiabilidade do serviço. Os sinais humanos emergem do comportamento e da aparência dos prestadores de serviços – tom de voz, nível de entusiasmo, linguagem corporal, limpeza e vestuário adequado (CARBONE, 2004; BERRY; CARBONE, 2007; BERRY; WALL; CARBONE, 2006; BERRY; SELTMAN; 2010).

2.4.1 Base conceitual para os sinais da experiência

Os sinais criam a experiência de serviço, influenciando pensamentos, sentimentos e comportamento dos clientes (POON, 2001). Em seu estudo, Isen (1987) mostra que o humor positivo ajuda as pessoas a recuperar pensamentos positivos armazenados na memória. Isso porque quando estão em um estado de sentimento particular as pessoas tentam manter esse estado. Consequentemente, memórias congruentes com esse sentimento são mais acessíveis e mais prováveis que venham à mente. Contudo, esse padrão não vale para humores negativos. As pessoas tentam melhorar o humor negativo evitando memórias negativas (POON, 2001). Além disso, o humor também influencia as avaliações das pessoas. Laird (1974) descobriu em um estudo que os desenhos classificados como mais engraçados foram selecionados por pessoas mais sorridentes.

O humor afeta também a estratégia de processamento de informação que o indivíduo tende a adotar. Pessoas com humor positivo tomam decisão mais rápido ao passo que pessoas com humor negativo têm maior propensão à utilização de uma estratégia de tomada de decisão completa e, conseqüentemente, mais longa (SCHWARZ; CLORE, 1996; SCHWARZ, 2000). Humores positivos aumentam a probabilidade de muitos comportamentos positivos e parecem fazer as pessoas mais prestativas, bem como promovem comportamentos cooperativos em situações de resolução de conflito (BARON, 1997; FORD, 2006; GEORGE, 1998; ISEN; LEVIN, 1972). Um estudo de negociações diádicas constatou que indivíduos de bom humor foram menos propensos a apresentar hostilidade ou romper negociações e mais propensos a ver o ponto de vista dos outros e adotar uma abordagem de solução cooperativa de problemas para as negociações (CARNEVALE; ISEN, 1986). O humor dos consumidores pode ter impacto particular na forma como eles pensam e agem em encontros de serviços, devido à natureza interpessoal desses encontros (GARDNER, 1985). Assim, parece fundamental que as empresas procurem gerenciar sinais de experiência dos serviços de forma a influenciar positivamente o humor dos clientes.

Uma forma de influenciar positivamente o humor dos clientes é por meio de elementos tangíveis das experiências dos serviços – os sinais mecânicos. A psicologia ambiental e a pesquisa de mercado confirmam a influência de sinais mecânicos nos consumidores. A psicologia ambiental é responsável pelo paradigma estímulo-organismo-resposta (S-O-R) (SPANGENBERG; CROWLEY; HENDERSON, 1996). O ambiente físico ou estímulo (S) (isto é, os sinais mecânicos) provoca algum tipo de avaliação por uma pessoa ou um organismo (O), que resulta em uma resposta (R) (MEHRABIAN; RUSSELL, 1974). Psicólogos ambientais, na busca do entendimento da influência do ambiente físico sobre os pensamentos, sentimentos e comportamentos das pessoas, descrevem três processos complexos e inter-relacionados. Mehrabian e Russell (1974) propuseram que existem três tipos básicos de estado emocional – de prazer, de excitação e de dominância – mediando o comportamento em um ambiente. O de prazer refere-se ao grau em que a pessoa se sente bem, feliz ou satisfeita numa situação. O de excitação implica o quanto o indivíduo se sente alerta, estimulado, animado, excitado ou ativo em

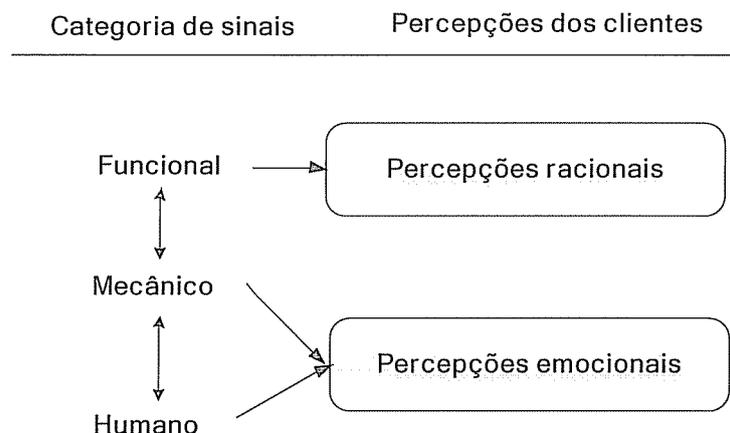
uma situação. O de dominância é a extensão pela qual o indivíduo se sente no controle, livre para agir na situação. Tais emoções estão associadas a respostas comportamentais classificadas como “comportamentos de fuga” ou “comportamentos de esquiva”. De outro lado, comportamentos de aproximação são positivos, dirigidos a determinado lugar, como um desejo de ficar, explorar ou associar. Assim, o ambiente pode desencadear sentimentos que encorajem alguém a ficar ou a deixá-lo (MEHRABIAN; RUSSELL, 1974).

Pesquisas de mercado confirmam a influência do meio ambiente nos clientes. Donovan e Rossiter (1982) testaram o modelo de Mehrabian e Russell no varejo e descobriram que as dimensões de prazer e de excitação são fortes preditores de intenções comportamentais de lojas. Neste estudo, o prazer foi um fator determinante de comportamento de aproximação, enquanto a excitação aumentava o tempo gasto pelo cliente na loja e a vontade de interagir com os vendedores. Não foi encontrada nenhuma relação entre o elemento dominação do modelo com o comportamento do cliente na loja (DONOVAN; ROSSITER, 1982). Os pesquisadores de marketing preocupam-se também com efeitos de fatores ambientais específicos ou sinais, tais como iluminação, música ou perfume. Em um estudo sobre os efeitos da música em ambientes de varejo e restaurante, Milliman descobriu que o volume e o ritmo podem influenciar o tempo e o dinheiro gastos pelos clientes no ambiente de consumo (MILLIMAN, 1982, 1986).

2.4.2 Papéis dos sinais

Os sinais funcionais, mecânicos e humanos desempenham papéis específicos na criação das experiências de serviços dos clientes (CARBONE, 2007; BERRY; WALL; CARBONE, 2006; BERRY; SELTMAN; 2010). Como indicado na Figura 10, os sinais funcionais influenciam principalmente as percepções racionais da experiência dos clientes, ao passo que os sinais mecânicos e humanos agem sobre suas impressões emocionais.

Figura 10 - Influências das evidências sobre as percepções da experiência de serviço dos consumidores



Fonte: Adaptado de Berry, Wall e Carbone (2006), Berry e Seltman (2007) e Berry e Seltman (2010).

As organizações bem geridas investem para sobressair em todas três categorias, gerenciando os componentes emocionais do serviço com o mesmo rigor que dedicam aos componentes racionais. As categorias de sinais são consideradas mais sinérgicas que aditivas. A soma das experiências que criam quando apresentadas com coesão é superior à soma das partes que atuam independentemente (HAECKEL; CARBONE; BERRY, 2003; CARBONE, 2004; BERRY; CARBONE, 2007; BERRY; WALL; CARBONE, 2006; BERRY; SELTMAN; 2010).

2.4.3 Sinais funcionais

Os sinais funcionais dizem respeito à percepção racional da qualidade técnica ofertada (CARBONE; HAECKEL, 1994; HAECKEL; CARBONE; BERRY, 2003; BERRY; BENDAPUDI; 2003; CARBONE, 2004; BERRY; CARBONE, 2007; BERRY; WALL; CARBONE, 2006; BERRY; SELTMAN; 2010). Os sinais funcionais são o “quê” da experiência do serviço, revelando a confiabilidade e funcionalidade dos serviços. Tudo que influencie as impressões do cliente

quanto à qualidade técnica do serviço – sua presença ou ausência – constitui uma evidência funcional (BERRY; SELTMAN; 2010).

Os sinais funcionais apoiam a essência de qualquer serviço porque abordam exatamente o problema que leva os consumidores ao mercado (CARBONE, 2004; BERRY; CARBONE, 2007; BERRY; WALL; CARBONE, 2006). Os consumidores compram soluções para tais problemas (BERRY; SELTMAN, 2010). Mais que um serviço de telefonia, eles compram a capacidade de comunicar-se com os outros; mais que uma passagem aérea, eles compram a capacidade de viajar a longas distâncias. No âmbito da assistência à saúde, mais que uma cirurgia de joelho, eles compram mobilidade e alívio para a dor crônica (BERRY; SELTMAN, 2010).

Nada supera a execução de um serviço corretamente logo na primeira vez. Em um estudo sobre o porquê de os clientes trocarem de fornecedor de serviço, Keaveney (1995) verificou que 44% dos clientes pesquisados mudaram (em parte ou totalmente) por causa de alguma deficiência no serviço crucial, isto é, por conta de um sério executado grosseiramente.

Estudo sobre qualidade de serviços, envolvendo 13 tipos diferentes (BERRY; PARASURAMAN; ZEITHAML, 1994), revelou que os clientes classificaram a dimensão confiabilidade como a mais importante no atendimento de suas expectativas em todos os casos. Confiabilidade é aqui definida como “a capacidade de realizar o serviço prometido de forma confiável e exata” (BERRY; PARASURAMAN; ZEITHAML, 1994). A pesquisa mostrou consistentemente que as empresas que receberam os melhores índices de qualidade foram aquelas que não apresentaram nenhum problema nos serviços cruciais. Os índices mais próximos dos melhores foram daqueles clientes que tiveram problemas nos serviços cruciais, mas que foram solucionados satisfatoriamente. E, de longe, os piores índices foram atribuídos aos clientes que tiveram problemas nos serviços cruciais, mas que não foram resolvidos de forma satisfatória.

A compreensão dos sinais funcionais engloba avaliar a essência dos serviços e gerenciá-los para atender bem às expectativas dos clientes. No entanto, apenas os sinais funcionais são insuficientes para exceder as expectativas dos

clientes de serviços (BERRY; WALL; CARBONE, 2006; BERRY; SELTMAN; 2010). Eles esperam, geralmente, que as empresas conheçam seu negócio e cumpram suas promessas de entrega da essência dos serviços (CARBONE; HAECKEL, 1994; HAECKEL; CARBONE; BERRY, 2003; BERRY; BENDAPUDI; 2003; CARBONE, 2004; BERRY; CARBONE, 2007; BERRY; WALL; CARBONE, 2006; BERRY; SELTMAN; 2010).

Os clientes não são facilmente surpreendidos quando o serviço é realizado com competência. Afinal, é o mínimo esperado por eles na experiência de serviço. Exceder as expectativas dos clientes de serviços requer superar suas expectativas básicas. Um extrato bancário preciso e água quente no chuveiro do hotel não provocam surpresa, não fazem os clientes perceber uma grande experiência (BERRY; WALL; CARBONE, 2006; BERRY; SELTMAN; 2010).

A função precípua dos sinais funcionais é reforçar a crença do consumidor (ou do possível consumidor) na confiabilidade da execução do serviço (BERRY; SELTMAN, 2010). Será essa organização – ou prestador – competente? Estarão em dia com as competências e os conhecimentos necessários para a boa execução do serviço? Cabe aos sinais funcionais responder com eficiência a tais perguntas (BERRY; SELTMAN, 2010). Devido a sua natureza intangível, os serviços, geralmente, são mais difíceis de serem avaliados pelos consumidores do que os produtos. Pelo fato de muitos serviços serem tecnicamente complexos, como é o caso da assistência médica à saúde, nada mais natural que os clientes busquem sinais que os ajudem a avaliar sua funcionalidade. A intangibilidade aliada à complexidade estimula o faro dos clientes quanto aos sinais, faro posteriormente aguçado pela importância, variabilidade e intimidade do serviço (BERRY; SELTMAN, 2010).

2.4.4 Sinais mecânicos

Sinais mecânicos provêm de objetos inanimados e oferecem uma representação física do serviço intangível (CARBONE, 2004; BERRY;

CARBONE, 2007; BERRY; WALL; CARBONE, 2006; BERRY; SELTMAN; 2010). O cliente que contrata um advogado não pode comprovar diretamente a competência dele, mas pode ver sinais mecânicos, tais como diplomas e prêmios pendurados na parede do escritório (BERRY; SELTMAN; 2010). Os sinais mecânicos podem servir como provas substitutas influentes para tranquilizar o cliente que aquele advogado é um bom profissional (BERRY; WALL; CARBONE, 2006; BERRY; SELTMAN; 2010).

Uma realidade de consumo de serviços é que os clientes compram o serviço antes de experimentá-los (BERRY; WALL; CARBONE, 2006). Um papel potencialmente importante de sinais mecânicos é a primeira impressão positiva que influenciará a escolha dos fornecedores de serviços pelo cliente (CARBONE, 2004; BERRY; CARBONE, 2007; BERRY; WALL; CARBONE, 2006; BERRY; SELTMAN; 2010). Normalmente, os clientes experimentam alguns sinais mecânicos antes de experimentar os outros tipos de sinais, até mesmo antes de tomar uma decisão de compra, como a seleção de um restaurante depois de olhar a vitrine e as toalhas sobre as mesas (BERRY; WALL; CARBONE, 2006; BERRY; SELTMAN; 2010).

Projetos das instalações, equipamentos, móveis, vitrinas, sinais, cores, texturas, sons e iluminação, entre outras pistas sensoriais, constroem um quadro visual do serviço, comunicando com os clientes sem utilizar uma única palavra. Essa ideia de que os sinais mecânicos expressam o quadro de serviço é coerente com o trabalho de Zaltman (1996), o qual sugere o uso de metáforas para o entendimento do comportamento dos clientes. Seu método de pesquisa, *Zaltman Metaphor Elicitation Technique* (ZMET), busca representar os pensamentos e os sentimentos dos consumidores por meio de metáforas ao invés de técnicas tradicionais de pesquisa de marketing.

Zaltman defende que as técnicas tradicionais se concentram principalmente no lado racional da tomada de decisão. O pesquisador sugere que as emoções estão relacionadas a processos de raciocínio, de modo que os dois sistemas impactam conjuntamente o comportamento. Assim, estudar o pensamento por si só não fornece um quadro completo da tomada de decisão do consumidor.

Consequentemente, ZMET usa a metáfora para capturar ambos os aspectos. Nesta técnica de pesquisa, os participantes escolhem imagens que representam seus pensamentos e sentimentos sobre um tema de pesquisa (ou seja, as imagens são uma metáfora visual). Em seguida, são entrevistados, para garantir que ideias importantes não sejam perdidas. A técnica ZMET considera a metáfora como a base do pensamento em que o modelo é baseado em uma série de premissas: a maioria da comunicação é não verbal; pensamentos ocorrem como imagens e pensamentos e sentimentos se misturam, e todos nossos sentidos fornecerem metáforas importantes (ZALTMAN; COULTER, 1995; ZALTMAN, 1996, 2003).

Sinais mecânicos pode ser uma poderosa fonte de imagens sensoriais capazes de ajudar os clientes a visualizar o serviço (CARBONE, 2004; BERRY; CARBONE, 2007; BERRY; WALL; CARBONE, 2006; BERRY; SELTMAN; 2010).

Parte do papel das primeiras impressões que os sinais mecânicos proporcionam é a sua influência sobre as expectativas dos clientes de serviços (CARBONE, 2006; BERRY; SELTMAN; 2010). As percepções dos clientes sobre a qualidade do serviço são avaliações subjetivas de uma experiência de serviço em relação a suas expectativas quanto àquele serviço. Junto com os preços, os sinais mecânicos funcionam como promessas implícitas do serviço, sugerindo aos clientes como o serviço deve ser. Os clientes esperam uma experiência com maior nível de atenção pessoal de uma loja de especialidade de luxo do que de uma loja de desconto. Sharma e Stafford (2000) concluíram que as percepções baseadas no ambiente de uma loja podem influenciar as crenças dos clientes sobre as pessoas que trabalham lá e que os ambientes mais agradáveis são geralmente associados a prestadores de serviços mais confiáveis.

O projeto de sinais mecânicos deve apoiar a estratégia de mercado da empresa (BERRY; WALL; CARBONE, 2006). Não seria uma boa ideia criar ambientes que implicitamente prometem um nível de qualidade que não pode ser consistentemente entregue. De outro lado, tipos certos de sinais mecânicos podem ajudar a empresa a atrair o tipo de cliente que a procura. Instalações,

móveis e vitrinas luxuosas tendem a atrair consumidores que desejam mercadorias modernas e atendimento especializado (CARBONE, 2004; BERRY; CARBONE, 2007; BERRY; WALL; CARBONE, 2006; BERRY; SELTMAN; 2010).

Sinais mecânicos influenciam diretamente as percepções dos clientes, porque tais sinais são parte da experiência (CARBONE; HAECKEL, 1994; HAECKEL; CARBONE; BERRY, 2003; BERRY; BENDAPUDI; 2003; CARBONE, 2004; BERRY; CARBONE, 2007; BERRY; WALL; CARBONE, 2006; BERRY; SELTMAN; 2010). Lugares desconfortáveis e sinais ofensivos prejudicam a experiência de serviço de uma loja (BERRY; WALL; CARBONE, 2006; BERRY; SELTMAN; 2010). Este tipo de sinal é especialmente importante para os serviços em que os clientes experimentam as instalações por um período de tempo prolongado, como aviões, hotéis e hospitais (BERRY; WALL; CARBONE, 2006; BERRY; SELTMAN; 2010).

2.4.5 Sinais humanos

Os sinais humanos criados pelos funcionários são mais evidentes em serviços de alta interação humana (HAECKEL; CARBONE; BERRY, 2003; BERRY; BENDAPUDI; 2003; CARBONE, 2004; BERRY; CARBONE, 2007; BERRY; WALL; CARBONE, 2006; BERRY; SELTMAN; 2010). Quanto mais pessoal e duradoura a interação com o cliente-provedor, mais acentuados e emocionais os sinais humanos são susceptíveis de ser. A interação humana na experiência de serviço oferece a oportunidade de estabelecer uma ligação emocional que pode demonstrar respeito e estima para os clientes e, conseqüentemente, superar suas expectativas, fortalecer sua confiança, e aprofundar sua lealdade (BERRY; WALL; CARBONE, 2006; BERRY; SELTMAN; 2010).

Assim como a interação pode produzir indesejável variabilidade na prestação do serviço, paradoxalmente, pode também produzir desejável variabilidade quando um provedor de serviço executa com competência, carinho e

desenvoltura incomum aquele serviço. A percepção do cliente do esforço empregado na prestação de um serviço exerce forte impacto na satisfação do serviço e na lealdade (KEAVENEY, 1995; MOHR; BITNER, 1995).

Sinais funcionais são, geralmente, mais importantes para atender às expectativas dos clientes de serviços, porque a funcionalidade oferece a essência das soluções aos clientes. De outro lado, sinais humanos são mais importantes para exceder as expectativas dos clientes quando os serviços apresentam alto contato pois o tratamento do cliente é essencial para evocar uma surpresa agradável. Exceder as expectativas dos clientes, por definição, requer um elemento surpresa, e a melhor oportunidade para isso ocorre no ato da interação entre prestadores de serviços e clientes (BERRY; PARASURAMAN; ZEITHAML, 1994). A interação humana proporciona a melhor oportunidade para demonstrar aos clientes um compromisso de servir.

Excelentes sinais mecânicos raramente podem superar sinais humanos ruins. Sinais emitidos pelas pessoas têm maior impacto na forma como os clientes se sentem sobre si mesmos e, portanto, têm um impacto definitivo no modo como eles se sentem a respeito da experiência do serviço (BERRY; CARBONE, 2007; BERRY; WALL; CARBONE, 2006; BERRY; SELTMAN; 2010). Sinais mecânicos são extremamente importantes para os pacientes de um hospital, porque eles ficam nestas instalações por um período prolongado e são susceptíveis a ansiedade, dor e momentos de grande estresse (BERRY; WALL; CARBONE, 2006).

Os sinais humanos superam sinais os mecânicos para os pacientes. Berry e Lampo (2004) analisaram as diferenças entre alta e baixa preferência por marcas de serviço em um estudo de múltiplas fases. Na fase inicial, 60 consumidores selecionaram uma marca de serviço que consideravam de boa qualidade, as quais recomendariam a um amigo (marca de alta preferência) e uma marca que não consideravam de boa qualidade e que não indicariam a ninguém (marca de baixa preferência). Os participantes ofereceram informações detalhadas sobre suas escolhas, incluindo uma lista de todas as palavras descritivas, pensamentos, características, símbolos ou imagens (experiência conhecida como “associações de marca”) para suas marcas de

alta e de baixa preferência. Os entrevistados, então, associaram os aspectos mais importantes que influenciaram sua opinião sobre as marcas. O comportamento dos funcionários foi, de longe, o mais influente na percepção dos entrevistados. Entre as 60 associações mais importantes relacionadas às marcas de alta preferência, 82% diziam respeito ao comportamento dos funcionários. Para marcas de baixa preferência, esse índice atingiu 90%. Fases posteriores de investigação utilizando diferentes métodos e amostras mais numerosas confirmaram a influência preeminente de comportamento dos funcionários.

3 METODOLOGIA

Esta seção tem como objetivo discutir e definir as questões metodológicas adotadas para o alcance dos objetivos da pesquisa.

3.1 Seleção da estratégia de pesquisa e justificativa

Um método científico apropriado é fundamental para o sucesso de qualquer pesquisa. Mesmo não sendo possível avaliar a superioridade de um método diante outro, é plausível dizer que existem métodos mais adequados que outros para investigar determinados fenômenos. É necessário estabelecer e delimitar claramente o fenômeno a ser investigado para aplicar o método apropriado (YIN, 2005). A estratégia adequada deve passar por três critérios no ato de sua escolha:

- Tipo de questão de pesquisa proposto.
- Extensão do controle do pesquisador sobre eventos comportamentais efetivos.
- Grau de enfoque em acontecimentos históricos em oposição aos acontecimentos contemporâneos.

O Quadro 4 apresenta essas três condições e demonstra a relação com as cinco estratégias de pesquisa principais nas ciências sociais: experimentos, levantamentos, análise de arquivos, pesquisas históricas e estudos de caso.

Quadro 4 - Situações relevantes para diferentes estratégias de pesquisa

Estratégia	Forma da questão de pesquisa	Exige controle sobre eventos comportamentais?	Focaliza acontecimentos contemporâneos?
Experimento	Como, por que	Sim	Sim
Levantamento	Quem, o que, onde, quantos, quanto	Não	Sim
Análise de arquivos	Quem, o que, onde, quantos, quanto	Não	Sim / Não
Pesquisa histórica	Como, por que	Não	Não
Estudo de caso	Como, por que	Não	Sim

Fonte: Adaptada Yin (2005)

3.2 Fenômeno investigado

A condição mais importante a ser tratada diz respeito à forma da questão de pesquisa. Um esquema básico de categorização para os tipos de questão pode ser representado pela série: “quem”, “o quê”, “onde”, “como” e “por que”. Questões do tipo “como” e “por que” são mais explanatórias. Dessa forma, as estratégias e os métodos mais adequados perfazem estudos de caso, pesquisas históricas e experimentos. Vale destacar que tais questões estão interessadas em explorar o fenômeno e identificar as relações causais entre os fatores, e não em focar meramente nas frequências ou incidências das observações (YIN, 2005).

Neste trabalho, busca-se discutir as ações realizadas por uma organização de saúde para gerar percepções da qualidade de serviço, apoiando-se na visão dos sinais da qualidade em um estudo de caso único (CARBONE; HAECKEL, 1994; HAECKEL; CARBONE; BERRY, 2003; BERRY; BENDAPUDI, 2003; CARBONE, 2004; BERRY; CARBONE, 2007; BERRY; WALL; CARBONE, 2006; BERRY; SELTMAN; 2010).

3.3 Estratégia escolhida: estudo de caso único

Yin (2005) ressalta cinco aplicações para estratégia de estudo de caso: (a) explicar a suposta relação de causalidade; (b) descrever uma intervenção e o contexto em que ocorre; (c) ilustrar tópicos dentro de uma avaliação; (d) explorar aquelas situações nas quais a intervenção que está sendo avaliada não apresenta um conjunto único e claro de resultados; e (e) realizar meta-avaliação, como o estudo de um estudo de avaliação.

Esta dissertação adota a estratégia de estudo de caso exploratório único, apoiado por técnicas de análise documental e entrevistas com profissionais-chaves de uma organização prestadora de serviço de saúde. Tal escolha se deve pela maior adequação do método em relação ao objetivo da pesquisa.

Quanto à classificação do tipo de pesquisa, este trabalho terá um enfoque predominantemente qualitativo. Cabe lembrar que um estudo de caso não deve ser entendido como sinônimo de pesquisa qualitativa, uma vez que, de acordo com o fenômeno pesquisado, poderá ocorrer à utilização de métodos tanto qualitativos quanto quantitativos.

Supondo que um projeto de pesquisa representa um conjunto lógico de proposições, é possível julgar sua qualidade com alguns testes lógicos. Yin (2005) considera quatro critérios para julgar a qualidade de um projeto de pesquisa que adota o método de estudo de casos:

- 1) **Validade construtiva** – O método deve estabelecer medidas operacionais adequadas aos conceitos estudados, visando evitar julgamentos subjetivos na coleta de dados.
- 2) **Validade interna** (critério válido para estudos explanatórios ou causais, e não para estudos descritivos e exploratórios) – O método deve estabelecer uma relação causal, em que determinadas condições conduzem a outras condições. Essas relações devem ser demonstradas, e não espúrias. Assim, se um pesquisador estiver investigando se o evento X induz o evento Y e concluir incorretamente

que existe uma relação causal entre X e Y sem perceber que um terceiro fator Z pode ter causado Y, ele terá falhado com relação à validade interna.

- 3) **Validade externa** – O método deve estabelecer o domínio onde os resultados da pesquisa podem ser generalizados. Assim, a validade externa determina se a teoria resultante dos estudos de casos pode ser generalizada além dos casos estudados. Os estudos de casos utilizam o conceito de generalização analítica por meio da abordagem de replicação lógica para suportar a validade externa da pesquisa.
- 4) **Confiabilidade** – O método deve demonstrar que as operações da pesquisa (por exemplo, procedimentos de coleta dos dados) podem ser repetidas, gerando os mesmos resultados. O objetivo da confiabilidade é minimizar erros e distorções. Assim, se um próximo pesquisador adotar exatamente os mesmos procedimentos descritos pela pesquisa original e conduzir novamente os mesmos estudos de casos, ele deve chegar aos mesmos resultados e conclusões.

Yin (2005) sugere a adoção de algumas táticas nos estudos de casos visando incrementar a validade e a confiabilidade da pesquisa (Quadro 5).

Quadro 5 - Táticas recomendadas para a pesquisa baseada em estudos de casos

Critério	Tática	Fase da Pesquisa
Validade construtiva	Utilizar múltiplas fontes de evidência	Coleta dos dados
	Estabelecer cadeias de evidências	Coleta dos dados
	Realizar uma revisão dos relatórios do estudo de caso com os principais entrevistados	Composição final
Validade interna	Realizar comparação de padrões	Análise dos dados
	Realizar explicações dos casos	Análise dos dados
	Realizar análises temporais	Análise dos dados
Validade externa	Adotar a lógica de replicação por meio de múltiplos estudos de casos	Projeto da pesquisa de campo
Confiabilidade	Utilizar um protocolo para o estudo de caso	Coleta dos dados
	Desenvolver um banco de dados para os estudos de casos	Coleta dos dados

Fonte: Adaptada Yin (2005)

Após clara definição da estrutura da questão de pesquisa, outros componentes importantes do problema estudado englobam (YIN, 2005):

- **Proposições estudadas** – direcionam as investigações do tema pesquisado, instigando o pesquisador a refletir sobre os fundamentos teóricos, assim como a procurar por evidências relevantes.
- **Unidade de análises** – define a forma de coletar os dados utilizados pelo pesquisador, guiando-o em suas análises.
- **Lógica de relacionamento dos dados às proposições** – forma de confronto dos dados coletados e das proposições levantadas. Um método que pode ser empregado é a análise por “semelhança de padrões”, em que se compara o comportamento dos dados coletados com os esperados.
- **Critério para de interpretação dos resultados** – parâmetros definidos para interpretar os achados da pesquisa são importantes para que o estudo tenha a validade interna.

O Quadro 6 demonstra o projeto utilizado nos estudos desta pesquisa.

Quadro 6 – Projeto de estudo de caso

Itens do projeto de estudo de caso	Descrição
Temática	Sinais da qualidade em serviços de saúde
Problema de pesquisa	Necessidade da compreensão das ações realizadas pelos gestores para gerar percepções de qualidade de serviço com base nos sinais da qualidade
Unidade de análise	Clínica especializada em tratamentos oncológicos
Tipo de estudo de caso	Estudo de caso único
Ligação lógica entre dados e proposições estudadas	Método comparativo entre a teoria estudada e os dados coletados
Critério de interpretação dos achados	Comparação com a teoria estudada

Fonte: Elaborado pelo autor (2013)

3.4 Seleção do caso

A escolha dos casos é de vital para o sucesso do estudo de casos (YIN, 2005). Apesar da possibilidade de escolha aleatória, não é necessário nem recomendável que isso seja feito dessa maneira. No caso de construção de teoria a partir do estudo de casos, recomenda-se que sejam escolhidos os casos que possam confirmar a teoria em desenvolvimento ou casos que negam os resultados previstos pela teoria em estudo (EISENHARDT, 1989). A escolha de casos deve obedecer a alguns critérios, como:

- casos mais representativos que possam confirmar o modelo ou a teoria em estudo;
- casos que possam negar o modelo ou a teoria em estudo;
- casos polares, isto é, um conjunto de casos que possam confirmar e outro conjunto que possam negar o modelo ou a teoria em estudo.

A escolha da organização pesquisada baseou-se na definição de casos mais representativos. Para tanto, a empresa deveria apresentar as seguintes características:

- a) prestador de serviço de saúde, uma vez que o escopo da pesquisa contempla os serviços de saúde;
- b) entidade privada, característica que delimita que o estudo de caso envolve uma organização privada, com ou sem fins lucrativos, excluindo-se, portanto, da amostra organizações públicas, em função das peculiaridades distintas de um e outro;
- c) prestador de serviço ambulatorial e/ou de pronto-atendimento, característica que delimita o estudo de caso a um tipo de organização. Esse é o principal tipo de atividade dos maiores prestadores privados de serviços de saúde no contexto nacional, fato que justifica tal delimitação;
- d) considerada referência em sua área de atuação pela qualidade do serviço prestado, característica que revela que sua reputação na prestação dos serviços é reconhecida no mercado (este fator está

- associado à condição da empresa ser bem-sucedida nas práticas e adoção de processos de gestão da qualidade); e
- e) localizada na região metropolitana de Belo Horizonte (em razão da limitação de verbas para deslocamentos).

A escolha da empresa de referência considerou as seguintes categorias teóricas: prestadora privada de serviço ambulatorial e/ou pronto-atendimento e com sede na região metropolitana de Belo Horizonte. Optou-se por um estudo de caso único, uma vez que o trabalho busca compreender em maior profundidade o fenômeno estudado.

3.5 Método de coleta de dados

A fase de coleta de dados busca garantir a qualidade do estudo de caso, visto que é nesta fase que se lida com a validade do construto, bem como com a confiabilidade (YIN, 2005). Para isso, três princípios básicos devem ser seguidos:

- **Utilização de várias fontes de evidência** – diversas fontes de evidências podem ser utilizadas no estudo de caso: documentação, registro em arquivo, entrevistas, observações diretas, observações participativas e artefatos físicos.
- **Elaboração de um banco de dados para o estudo de caso** – tal princípio visa organizar e documentar os dados coletados para que possam ser prontamente recuperáveis para inspeção ou nova leitura, aumentando consideravelmente a confiabilidade do estudo.
- **Encadeamento de evidências** – a finalidade deste item é elevar a confiabilidade das informações dos estudos de caso.

A coleta de dados foi realizada, principalmente, por meio de entrevistas semiestruturadas. Os entrevistados foram aqueles que Bryman (1989) denomina informantes-chaves da organização. Estes são funcionários com

senioridade e capacidade para a tomada de decisões e execução de ações voltadas para a qualidade na entrega dos serviços oferecidos pela organização. A escolha destes deu-se pela indicação da Diretora Administrativa da organização, uma vez que são pessoas diretamente ligadas ao principal processo de entrega do serviço da organização.

O convite aos entrevistados foi formalizado por meio de mensagem eletrônica à direção da empresa selecionada. O agendamento das entrevistas foi realizado pelo próprio pesquisador, por meio de contatos telefônicos ou mensagem eletrônica.

Quadro 7 – Entrevistado, nível hierárquico, tempo médio da entrevista e número de visitas

ENTREVISTADO	NÍVEL HIERÁRQUICO	TEMPO MÉDIO DE ENTREVISTA	NÚMERO DE VISITAS
Médico 1	Estratégico	23min	1
Médico 2	Estratégico/Tático	15min	1
Enfermeira	Estratégico/Tático	35min	2
Coordenador tecnologia da informação	Estratégico/Tático	17min	1
Supervisora de qualidade	Estratégico/Tático	110min	3
Supervisora de enfermagem	Estratégico/Tático	60min	2
Técnico de enfermagem 1	Operacional	15min	1
Técnico de enfermagem 2	Operacional	10min	1
Técnico de enfermagem 3	Operacional	16min	1
Recepcionista	Operacional	20min	1
Farmacêutica	Operacional	20min	1
Supervisora da portaria	Tático	20min	1
Supervisora de atendimento	Tático	16min	1
Supervisora de convênios	Tático	18min	1
Supervisora de limpeza	Tático	21min	1

Fonte: Elaborado pelo autor (2013)

A pesquisa de campo contou com a participação de 15 entrevistados. As entrevistas ocorreram no período compreendido entre novembro de 2012 e

janeiro 2013, na própria organização. A pesquisa de campo contou com a participação de 15 entrevistados. A duração média de cada entrevista foi de 27 minutos. O Quadro 7 apresenta as durações das entrevistas realizadas pelo autor.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi enviado também à Direção (APÊNDICE A). Este documento faz parte do banco de dados da pesquisa. Todas as entrevistas foram executadas nos respectivos locais de trabalho. Ao iniciar a entrevista, o pesquisador explicava, de maneira resumida, os objetivos e a forma de condução da entrevista. Um roteiro de entrevista foi aplicado junto a alguns funcionários (APÊNDICE B). Pelo fato de ser uma pesquisa exploratória, houve certo grau de liberdade para o entrevistado discorrer sobre os temas que ele julgava relevantes. Em determinados momentos da entrevista, o pesquisador fazia perguntas de natureza aberta, para explorar temas e para confirmar algumas questões apresentadas.

3.6 Método de análise de dados

O estudo de caso é uma estratégia de pesquisa que visa investigar fenômenos no seu contexto real, pautada na utilização de múltiplas fontes de evidências. Nesta abordagem, a análise de dados consiste, basicamente, em categorizar, tabular, examinar e combinar dados quantitativos com qualitativos, a fim de extrair uma relação lógica entre as evidências obtidas com as proposições em estudo (YIN, 2005). A análise de conteúdo compreende o conjunto de técnicas de análise das comunicações que visam obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou de recepção destas mensagens (BARDIN, 1977). Este trabalho utilizará a análise de conteúdo para a classificação e o manuseio das entrevistas, reduzindo-as, mediante inferências válidas, a um conjunto manejável de dados e informações.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nesta seção, apresentam-se os resultados do caso com base nas entrevistas pessoais feitas pelo pesquisador e nos documentos disponibilizados pela empresa.

4.1 O caso da Clínica Alfa

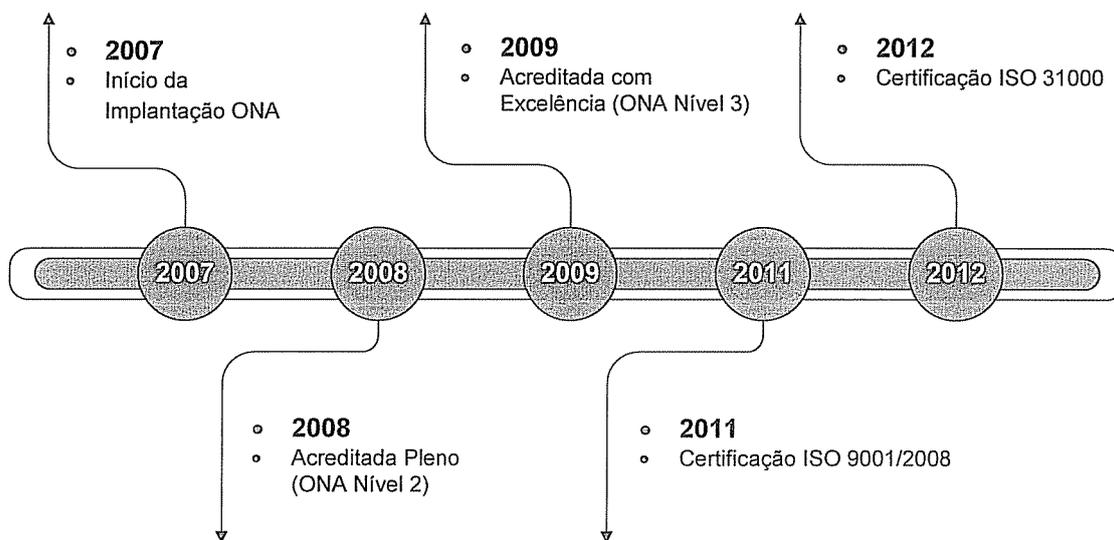
A Clínica Alfa, fundada em 1994, é hoje um centro de referência no estado de Minas Gerais pela competência e humanização. É especializada na prevenção e no tratamento das doenças oncológicas. Mudou-se para sede atual em 2002. Suas instalações foram projetadas de forma humanizada, para gerar conforto aos pacientes e seus familiares, médicos e colaboradores. Comporta sete andares. Há 14 consultórios médicos localizados, em quatro andares, e consultórios de quimioterapia, em dois andares. Cada consultório dispõe de salas de medicação com 30 leitos com área de televisão, convivência, boxe individualizado e ambiente para tratamento oncológico pediátrico. Há também uma lanchonete, um estacionamento e uma central de atendimento para agendamento de consultas e prestação de informações aos pacientes.

A empresa conta com 80 colaboradores. Há uma equipe multidisciplinar com 28 especialistas: oncologia (17), hematologia (5), nutrição (2), oncopediatria (1), clínica da dor (2) e psicologia (1).

Visando a seu crescimento pleno, a Clínica Alfa investe constantemente em infraestrutura, conhecimento e qualidade. O reconhecimento traduz-se pela conquista do certificado pela ONA (Organização Nacional de Acreditação), com nível máximo de excelência. Destaca-se, também, pelo pioneirismo na obtenção do Nível 3 de Acreditação em Minas Gerais.

A Figura 11 mostra a linha do tempo com todos Sistema de Qualidade implantados pela empresa.

Figura 11 – Linha do tempo das certificações da Clínica Alfa



Fonte: Elaborado pelo autor (2013)

Mais de 32 mil pacientes já foram atendidos ao longo desses anos, um número que reforça a posição estabelecida pela Clínica como referência na área de oncologia em Minas Gerais.

A organização tem como missão: “Contribuir para a prevenção, tratar com eficácia e assistir os pacientes e familiares com sincero interesse, dedicação e calor humano”. Busca tornar-se um complexo hospitalar de excelência voltada para o atendimento integral, com foco no cliente, referenciado nacionalmente e que atue na geração de conhecimento e sustentabilidade.

Para a Clínica Alfa, cinco valores são fundamentais na prestação de seus serviços: (a) calor humano, (b) transparência, (c) foco no cliente, (d) melhoria contínua de resultados e (e) conhecimento.

4.1.1 Sinais funcionais: atendendo às expectativas do cliente

Os valores e as estratégias fundamentais da Clínica Alfa são foco nos clientes, calor humano, melhoria contínua dos resultados, transparência e conhecimento. Eles contribuem para a apresentação dos sinais funcionais. O modelo de serviço em equipe busca despertar nos pacientes a sensação de que a Clínica está coordenando recursos para prestar o melhor tratamento possível.

Quando o paciente vai iniciar o tratamento, existe uma consulta de enfermagem, feita pela enfermeira que vai conversar com aquele paciente. Ela vai falar como que é o tratamento, quais são as reações possíveis daquele tratamento. Hoje, a Clínica Alfa está com um processo de implementação da SAE [Sistematização da Assistência de Enfermagem], e essa SAE contempla várias etapas. Então, eu tenho uma etapa de investigação, uma história pregressa daquele paciente, eu tenho avaliação através do exame físico, eu tenho ações de enfermagem, eu tenho um consulta com uma psicóloga. Quer dizer, eu estabeleço um diagnóstico de enfermagem e proponho um planejamento através de ações para aquele paciente, uma linha de cuidado para aquele paciente. Então, talvez isso seja uma forma também de estar tranquilizando um pouco mais aquele paciente. E nós temos também outro trabalho, que é a Comissão de Cuidado Multidisciplinar. Isso está em forma de um plano de ação. O objetivo é pegar um paciente com determinada patologia, como uma amostra mesmo, um piloto. Aí, o paciente vai passar por várias etapas, ele vai ter assistência farmacêutica. Assim, que o paciente fez a primeira quimioterapia, é entregue para ele as caixas originais daquele medicamento que foi administrado nele. A farmacêutica vai, explica como é o tratamento, quais são as reações. Nós temos uma nutróloga. Ele vai passar por um a consulta pela nutróloga, com a nutricionista, porque é importante você trabalhar a alimentação. Vai passar pelo cardiologista, porque tem alguns medicamentos que trazem toxicidade. Então, assim, a intenção do Cuidado Multidisciplinar é passar por todos esses profissionais. Existe todo esse acompanhamento. E com o Cuidado Multidisciplinar vai aumentar mais ainda a integração. Isso gera maior segurança, maior confiabilidade (supervisora de qualidade).

Essa “união de forças”, explicitada pela equipe multidisciplinar, serve como um poderoso sinal funcional, fazendo assim que o cliente sinta que o prestador de serviço possui competência e conhecimento para executar o serviço.

Investimentos em sistemas e infraestrutura necessários à prestação de uma assistência médica integrada, rápida e eficiente foram implantados pela Clínica Alfa para os pacientes e os familiares que os acompanham.

A segurança do paciente, por exemplo, é tratada sistematicamente. Cada parte dos processos recebe atenção especial pelos profissionais da Clínica. Pacientes com câncer, além de correrem contra o tempo, necessitam de dosagens personalizadas. A Clínica Alfa possui um sistema informatizado que rastreia todo o processo, desde o momento em que é feita a prescrição até a alta do paciente.

A Clínica Alfa, em 2007, iniciou a busca por uma ferramenta que confirmasse ou contestasse se o medicamento foi produzido na sequência correta e para a pessoa correta.

Verifiquei que não havia no Brasil nenhum sistema dessa natureza e iniciei a pesquisa. Criamos o sistema e fizemos vários testes para não ter erros, pois lidamos com vidas (coordenador de tecnologia da informação).

O coordenador de tecnologia de informação explica que o paciente recebe uma pulseira com a prescrição de um único dia, pois pode haver mudança de medicamento de um dia para o outro. O sistema confirma ou contesta a conferência que farmacêuticos e enfermeiras já vêm fazendo no dia a dia e oferece, assim, garantias maiores a pacientes e profissionais envolvidos em um tratamento.

O coordenador de tecnologia da informação sustenta que a Clínica Alfa possui vantagem tecnológica. “Vários hospitais já nos visitaram para conhecer o sistema, e isso é sinal que a checagem eletrônica está dando certo”, acrescenta.

O método permite que durante a consulta o médico crie a prescrição no banco de dados da clínica.

Na central de diluição de medicamentos, o sistema acusa a presença do paciente e libera a preparação das drogas, que são manipuladas na própria clínica, agilizando todo o tratamento. Cada medicação, com sua dosagem correta, ganha uma etiqueta com o nome do paciente, do remédio, a sequência dele no tratamento e um código de barras. Assim que fica pronto, o próprio sistema emite um aviso para a equipe de enfermagem (farmacêutica)

Sequencialmente, mais uma ferramenta tecnológica é utilizada para o controle do tratamento, similar a um *palmtop*: o pequeno computador, que cabe na mão, com dimensões de 15cm x 20cm e função *touchscreen* (funcionamento com o

toque na tela). O aparelho utilizado na Clínica auxilia a checagem eletrônica de todo o processo de medicação, assegurando que cada paciente recebe o tipo de medicamento e a dose correta, no horário determinado pelos médicos.

Só depois de constatada a veracidade é que a medicação é liberada para o uso. No entanto, essa aplicação deve ser feita na ordem e no tempo correto. Se algo for trocado, no mesmo instante o *palm* alerta o erro (supervisora de enfermagem).

Além dos pacientes e dos medicamentos, os profissionais da Clínica Alfa possuem um código de barras, que funciona como uma identificação virtual. Assim, é possível saber o responsável por cada procedimento e o horário em que o trabalho foi feito. O sistema informatizado passa segurança à equipe e ajuda no trabalho diário.

É muito simples trabalhar com a checagem eletrônica. O uso da tecnologia vem, sem dúvida, ser uma ferramenta eficaz e complementar nos métodos de segurança já existentes na Clínica, dando ainda mais garantias de sucesso no tratamento (enfermeira).

Quando o medicamento é ministrado, a instituição rastreia os horários e as datas da administração do remédio de cada paciente. O *palm* lê o código de barras da pulseira que os pacientes recebem. Por meio dela, são obtidas as informações sobre os medicamentos que devem ser administrados a cada um deles. O *palm* armazena as informações de horários e datas da administração do remédio em cada paciente. Adicionalmente, confere e grava informações como: número do crachá do funcionário responsável por ministrar o medicamento e o código de inscrição do paciente e de sua medicação. Esses cuidados impedem erros quanto ao tipo de remédio e à sua ordem de aplicação. Outras funções são também desempenhadas pelo aparelho, como aviso de alta dos pacientes e produção de dados que permitem rastreabilidade da medicação administrado nos pacientes. O uso deste aparelho confere maior exatidão e segurança para o corpo técnico e para os pacientes, que podem acompanhar todo o processo.

O aparelho é mais uma garantia para eliminar o risco de alguma troca ou engano. Com o sistema, é possível saber se o medicamento está sendo administrado na ordem correta, com as substâncias certas e para o paciente adequado. Conseguimos rastrear todo o preparo do remédio, qual funcionário o aplica e qual o horário (supervisora de enfermagem).

Tal método informatizado controla a dosagem e a ordem de aplicação dos remédios dos pacientes em tratamento quimioterápico, reduzindo a possibilidade de erros.

Com base no processo de atendimento ao paciente descrito, é possível verificar que a introdução da tecnologia de informação para a administração medicamentosa proporcionou mais confiabilidade ao processo, conforme ressaltado pela enfermeira.

Tudo que a gente quer é trazer mais confiabilidade, segurança, transparência e controle de todo o processo de manipulação do medicamento e da checagem. (supervisora de enfermagem)

Outro aspecto que pode contribuir para disseminação da competência na prestação serviço é o aperfeiçoamento técnico dos profissionais. A instituição acredita que a formação de médicos e de profissionais da saúde vai muito além dos anos de estudo da graduação e das especializações. Dessa forma, ser um bom médico inclui atualizações constantes na área de atuação. A Clínica Alfa realiza todos os anos uma série de reuniões científicas, com o propósito de debater as atualizações mais recentes do tratamento de vários tipos de câncer e de definir quais seriam as formas de tratamento mais adequadas para os pacientes da clínica.

Segundo o coordenador do projeto, as reuniões são de enorme importância, porque contribuem para a atualização e interação entre profissionais da área.

O resultado tem sido extremamente positivo. Os profissionais relatam que a qualidade das apresentações contribui de forma significativa para o aprendizado contínuo. Dessa forma, a iniciativa permite que a Clínica Alfa continue a ser instituição de ponta e referência nacional no tratamento dos pacientes com câncer (médico 1).

Apesar de todo este esforço, o médico 2 reconhece que é difícil demonstrar a competência técnica aos pacientes, porém a Clínica busca amenizar este efeito com o uso de critérios rigorosos de conduta médica. O discurso aponta ainda que o corpo clínico está atualizado com as práticas médicas modernas.

Realmente, é mais difícil que o paciente perceba a competência técnica do corpo clínico. Hoje, a gente tem critérios muito bem estabelecidos de como devem ser as condutas médicas, principalmente, baseada na medicina baseada em evidência, que tem inclusive publicações, livros textos, *softwares*, *sites* que são atualizados continuamente. E o principal hoje que está sendo

percebido pelos prestadores de serviço é a busca pela criação de uma forma de demonstrar os resultados ao paciente. Mostrar que em um determinado diagnóstico quantos por cento se tem de resolubilidade. Um exemplo o paciente apresenta uma pneumonia. Quantos por cento dos pacientes que têm aquela pneumonia ficam curados? O paciente tem uma doença mais grave, por exemplo, um câncer de mama, quantos por cento dos pacientes naquele estágio da doença conseguem ficar curados com o procedimento A, B, C e D, e quanto custa para esses pacientes ficarem curados nesses procedimentos A, B, C e D e, também, quanto custa do ponto de vista de efeitos adversos para o paciente ficar curado. Porque não adianta nada você fazer o melhor tratamento, cura o paciente e deixa o paciente com alguma sequela (médico 2).

A supervisora de enfermagem destaca a importância da utilização dos protocolos.

Nós temos mais de vinte médicos e uma equipe de enfermagem de mais de dez pessoas. Se cada um fizer de uma forma, não há demonstração de segurança ao paciente (Supervisora de Qualidade).

Outro sinal funcional que busca explicitar a competência e, de certa forma, dá aos pacientes pistas da qualidade do serviço prestado ocorre por meio da distribuição de cartilhas sobre o tratamento a ser realizado.

Todo paciente, para iniciar o tratamento, passa por uma consulta com a enfermeira. Nós distribuimos cartilhas nesta consulta, que informa ao paciente os possíveis efeitos adversos, por que eles acontecem e maneiras de aliviar esses efeitos ou de impedir que eles apareçam. Então, é aí que o atendimento é individualizando. Cada caso, passamos tanto verbalmente, nesse primeiro momento, quanto por escrito as orientações ao longo do tratamento. Nas vindas do paciente aqui, a gente também reforça essas orientações de acordo com o que o paciente vai apresentando durante o tratamento. Então, na primeira consulta, na primeira vez que o paciente toma medicação, ele recebe essa cartilha com orientação da enfermagem. Os próprios técnicos de enfermagem também estão sempre reforçando, mostrando qual medicamento e o que ele pode sentir com aquele medicamento. Além disso, o paciente quando vai embora para casa, nós temos um procedimento chamado de "retroalimentação". Então, até o prazo de cinco dias, a gente liga para esse paciente (temos funcionários responsáveis por essa retroalimentação), que ligam para o paciente e perguntam como que o paciente está passando. Dependendo do que o paciente coloca, reforçam-se essas orientações por telefone até a próxima visita do paciente à clínica (supervisora enfermagem).

Segundo Zeithaml, Bitner, Gremler (2011), é preciso educar os clientes ou, em síntese, socializá-los, para que possam desempenhar seus papéis com eficácia. A educação por meio de artigos por escrito, recursos on-line e manuais do cliente é uma das formas citadas pelos autores e utilizada pela Clínica Alfa. A ação ainda auxilia na redução do impacto causado pela

combinação de doença, dor, incerteza e medo na prestação do serviço (BERRY; BENDAPUDI, 2007).

A supervisora de enfermagem discorre também sobre o papel do cliente na coprodução do serviço prestado, devido ao “treinamento” proferido ao paciente no início do tratamento.

Apesar de cada paciente ter reações esperadas, cada um é de um jeito em relação às medicações. Informamos tudo isso aos pacientes. Como ele faz um tratamento ambulatorial e está em casa na maioria do tempo, ele deve saber reconhecer as reações e procurar assistência médica. Podem ser sinais esperados, mas se eles aparecerem, o paciente é orientado a procurar a assistência médica imediatamente. Eles possuem o número do celular do médico. Se não conseguem falar com o médico, devem procurar um pronto socorro ou hospital onde o médico dele trabalha (supervisora de enfermagem).

Caso o paciente tenha algum problema, ele sabe qual o procedimento a realizar. Os clientes são educados para desenvolvimento de capacidade necessário para a execução de uma tarefa – neste caso, buscar assistência –, contribuindo, assim, para a entrega de um serviço de qualidade (ZEITHAML; BITNER; GREMLER, 2011). Isso aumenta o grau de aceitação, o papel de “coprodutor” necessário para um resultado positivo (BENDAPUDI; LEONE, 2003). A Clínica Alfa faz com que o paciente se sinta seguro, diminuindo o sentimento de perda de controle sobre os resultados (BENDAPUDI; LEONE, 2003; DUHACHEK, 2005).

4.1.2 Sinais mecânicos: influenciando as primeiras impressões, expectativas e valores

Os sinais mecânicos provêm dos elementos tangíveis, que oferecem uma representação física do serviço intangível. Em geral, os consumidores adquirem um serviço antes mesmo de experimentá-lo. Um papel evidente dos sinais mecânicos é causar uma boa impressão inicial. Os clientes costumam experimentar sinais mecânicos até certo grau antes de experimentar os sinais funcionais e os sinais humanos. Os sinais mecânicos, frequentemente,

influenciam a seleção de um serviço. Consumidores que carecem de uma experiência anterior com determinado serviço, muitas vezes, baseiam sua escolha primeiramente na aparência das instalações, ao passo que o papel dos sinais funcionais consiste em instigar a confiança dos clientes nas competências do serviço durante e após sua prestação. Um dos papéis dos sinais mecânicos é levar o consumidor que adquire o serviço a sentir-se inteligente desde o início.

Sinais mecânicos influenciam as expectativas dos clientes quanto aos serviços porque criam as primeiras impressões. Tal fato é importante porque as percepções dos clientes quanto à qualidade dos serviços de uma organização resultam de sua avaliação do serviço recebido em relação às expectativas que nutria acerca desse serviço. Sinais mecânicos tornam implícitas as promessas do serviço de como será o serviço. Portanto, os sinais mecânicos deveriam apoiar o posicionamento de mercado pretendido pela organização, sinalizando com precisão o tipo de experiência que quer oferecer.

Como os sinais mecânicos são parte integrante da experiência dos consumidores, influenciam o modo como eles sentem a experiência e percebem seu valor. A influência dos sinais mecânicos sobre o valor percebido, tipicamente, aumenta à proporção que os consumidores passam mais tempo nas instalações onde o serviço é prestado.

Tais sinais são importantes no âmbito dos serviços de saúde. Com efeito, a assistência médica é um serviço incomum em muitos aspectos, incluindo o estresse que provoca nos clientes. Os estresses que acometem os pacientes costumam decorrer de suas enfermidades ou ferimentos, podendo envolver dor, redução da capacidade física, ansiedade quanto a exames médicos ou procedimentos agendados e incerteza em relação ao futuro. No entanto, boa parte de estresse pode também advir das instalações onde é prestada a assistência, que podem ser intimidantes, barulhentos, desprovidos de apoio emocional, desligados da natureza e aprisionadores (ULRICH, 1991).

A assistência médica não pode ser separada do ambiente em que é prestada, ambiente esse que pode proporcionar uma série de oportunidades para tranquilizar o pacientes, elevar-lhes a moral e despertar neles a sensação de

cura (BERRY; SELTMAN, 2010). A filosofia que embasa o projeto das instalações da Clínica Alfa busca aliviar o estresse daqueles que utilizam seus prédios – pacientes, familiares ou visitantes –, assim como o quadro funcional. O objetivo da Clínica é criar um espaço físico que permita mitigar o estresse de seus ocupantes, em vez de acentuá-los.

A estrutura física aqui é encantadora, se comparada aos outros lugares. Os consultórios parecem consultórios de novela. Existe todo um trabalho aqui. Temos um arquiteto, temos um decorador. Assim o design de ambiente é diferenciado. Então, o cliente já consegue perceber isso por aí. Ele chega aqui, não tem a característica de um ambiente hospitalar, muitas vezes, até sombrio... aquela mesa de metal, aquela coisa assustadora. Ele chega ao consultório, ele tem uma decoração. Cada um com uma decoração diferente, cores alegres, vivas que potencializa o astral daquele cliente (supervisora de qualidade).

A Clínica Alfa buscar transmitir uma imagem de “ambiente de cura”, voltado para as necessidades dos pacientes. As instalações procuram atenuar o estresse daqueles que o utilizam, oferecendo um lugar de refúgio, simbolizando competência, facilitando a orientação, acomodando as famílias e transmitindo carinho e respeito.

Quando os pacientes e visitantes entram na Clínica Alfa, deparam-se com um uma portaria bem sinalizada e acolhedora, com plantas, móveis e quadros, transmitindo ao ambiente uma atmosfera acolhedora. Os 14 consultórios médicos estão divididos em quatro andares, todos elegantes, acolhedores e simples.

Existem duas Salas de Medicação que são utilizadas pelos pacientes. A Sala de Medicação 1 é dividida em três ambientes: duas salas de convivência com poltronas e televisão e leitos em boxes individualizados. Este espaço promove a interação dos pacientes.

A Sala de Medicação 2 possui leitos em boxes individualizados com música ambiente.

Os pacientes ficam na poltrona ou no leito, na cama. Mas é sempre essa preocupação de ter um conforto maior. Então, nossa poltrona é toda acolchoada. É uma poltrona de boa qualidade. O paciente consegue colocar as pernas para o alto, esticar a poltrona e deitar na poltrona. Isso gera um conforto maior (supervisora da qualidade).

Há, também, um auditório para oitenta pessoas. É usado para ampliar o conhecimento da instituição por meio de reuniões científicas, palestras, eventos e treinamentos. O prédio possui ainda acesso à rede *Wi-Fi* em todos os andares e estacionamento com acesso à Clínica, e pode ser utilizado para embarque e desembarque dos pacientes.

Grande parte dos serviços necessários ao atendimento inicial dos pacientes e seus familiares está localizada neste ambiente, e é de fácil acesso. Uma sensação de tranquilidade permeia o local. Não há barulho (existe uma grande placa pedindo silêncio). O local não lembra a entrada de um hospital ou clínica tradicional.

A Clínica Alfa conta com duas catracas eletrônicas, para maior segurança e controle da entrada e saída de pessoas. “É uma forma preventiva de proteção e segurança, a fim de inibir qualquer tipo de ação não desejada”, relata a supervisora da recepção. O antigo sistema de entrada e saída exigia do visitante apenas a entrega de um crachá. Com a implantação das catracas, é necessário preencher um cadastro de identificação na primeira visita à Clínica Alfa e utilizar, de forma visível, os crachás dentro das dependências do prédio.

Tínhamos uma taxa muito alta de perda de crachás. Agora, com a necessidade de estar com o cartão de identificação em mãos para sair, a tendência é reduzir o índice de perdas (supervisora da portaria).

A organização possui 26 câmaras, que registram, 24 horas por dia, toda a movimentação nas áreas para o seu circuito interno de segurança.

Temos, em média, nove mil entradas e saídas por mês no prédio. Com tantas pessoas passando diariamente por aqui, é necessário tomarmos todas as precauções de segurança necessárias. E como se trata de um estabelecimento que atua na área da saúde, este cuidado deve ser redobrado (supervisora da portaria).

A supervisora da portaria também destaca a importância de se fazer o registro ao entrar toda vez na clínica, além de utilizar, de forma visível, os crachás dentro das dependências do prédio.

Apesar de gastarmos alguns minutos preenchendo os dados, este controle é essencial para sabermos quem está entrando na clínica e qual é o seu objetivo lá dentro. A devolução dos crachás na portaria também é primordial para que eles não se percam e sejam

indevidamente usados por pessoas que desconhecemos (supervisora da portaria).

No esforço de acalmar e distrair seus pacientes pediátricos, a Clínica Alfa procede a um cuidadoso gerenciamento de sinais em suas instalações. Estas exibem paredes coloridas, com inúmeras ilustrações, que despertam um interesse visual, desvinculando do ambiente hospitalar.

Hoje, a Clínica Alfa possui dois quartos. Nós chamamos de apartamento de crianças. Então, lá têm um leiaute com decoração infantil, apesar de termos poucas crianças em atendimento. O quarto possui imagem colorida, desenho, lápis de cor, televisão isso tudo para tornar um ambiente mais acolhedor para a criança (supervisora de qualidade).

Grande parte da decoração é apresentada ao alcance da visão das crianças. A iluminação é esmaecida. O ambiente é projetado de modo a tranquilizar e subjugar.

O número de crianças é muito pouco. É um número baixo. A própria oncologia pediátrica gira em torno de 3% a 5% dos tumores de adultos, então é bem pequeno. Temos no segundo andar os apartamentos. As crianças, a gente separa e deixa bem fechadinha [risos]. Nós temos lá dois apartamentos onde ficam as crianças e os pais. Permitimos mais de um acompanhante. Aí, eles ficam lá com as crianças. Mantemos a porta fechada. Temos uma televisão só para elas. A parede é toda desenhada. Temos brinquedos, lápis, coisas assim para que eles brinquem. Criança é muito tranquila. Ela chora, esperneia, ela grita na hora de furar, de puncionar, mas depois ela é muito transparente, muito tranquila. A criança, na maioria das vezes, ela é mais fácil de lidar do que adulto. É muito difícil para a criança, mas para os pacientes adultos, ao verem a criança, é também difícil. Então por isso nós separamos as crianças. Se os pacientes adultos observassem uma criança chorando, eles ficam todos apreensivos. A criança já gera esse sentimento mesmo e nós ficamos mais consternados. Não é de dó, não, mas todo mundo fica mais sensibilizado (supervisora da enfermagem).

Um local especialmente projetado acaba por relaxar e diminuir as preocupações dos pacientes (ZEITHAML; BITNER; GREMLER, 2011). A Clínica Alfa acredita que um ambiente humanizado influi muito na hora do tratamento. Por isso, cada detalhe dos quartos foi planejado para oferecer mais conforto e atenção aos pacientes. Desde as cores dos ambientes até a disposição das poltronas e boxes. Isso possibilita que a equipe de enfermagem possa prestar a melhor atenção a todos. Ainda, há uma preocupação por parte da Clínica Alfa da influência que os pacientes têm entre si no desempenho final do serviço. Logo, a separação das crianças em quartos diferenciados evita que outros pacientes sejam afetados negativamente uns pelos outros.

4.1.3 Sinais humanos: superando as expectativas

A interação humana na experiência de serviço enseja a oportunidade de transmitir aos clientes respeito e apreço e, ao fazê-lo, superar suas expectativas, fortalecer sua confiança e aprofundar a lealdade. Assim como a intensidade da mão de obra pode ocasionar a indesejada variabilidade em um serviço, pode também criar uma variabilidade desejável quando o prestador executa o serviço com incomum civilidade, cuidado, compromisso e desenvoltura. A percepção dos clientes quanto ao empenho dos prestadores releva ter uma influência particularmente forte sobre sua satisfação e lealdade.

Enquanto os sinais funcionais costumam ser mais importantes para satisfazer às expectativas dos clientes quanto a toda a espécie de serviços (porque a funcionalidade oferece a principal solução procurada), os sinais humanos, geralmente, são mais importantes para superar as expectativas dos clientes quanto aos serviços interativos e altamente dependentes da mão de obra (porque o modo de tratar o cliente é crucial para essas experiências, e um tratamento excelente pode gerar uma surpresa agradável). O elemento da surpresa agradável é necessário para a superação das expectativas, e a melhor ocasião para proporcioná-lo é quando os clientes interagem com os prestadores de serviço.

A equipe de enfermagem da Clínica Alfa busca desempenhar o trabalho não apenas com competência, mas também com muito carinho, dedicação e cuidado com o outro.

É uma satisfação coordenar uma equipe que faz tudo com muita dedicação e amor. Contamos com profissionais qualificados, que possuem profundo conhecimento nos processos de enfermagem e no desenvolvimento de protocolos. A experiência em outros setores, como emergência e unidade intensiva de saúde, e o entrosamento entre os grupos também são essenciais para o sucesso do departamento (supervisora de enfermagem 1).

A técnica de enfermagem 1 define a profissão como uma mistura de companheirismo e comprometimento:

É doação. É preciso doar de corpo e de alma. Trabalho com amor, carinho. O profissional fica mais humanizado ao ter contato com tantos pacientes, tantas histórias e tantos sentimentos (técnica de enfermagem 1)

No início, ela era responsável desde a diluição até a aplicação do medicamento: “Fazíamos tudo, e hoje somos responsáveis pela administração, já que tudo vem preparado pela farmacêutica”, acrescenta. Para ela, o humor é fundamental. Tanto que antes de entrar na Clínica Alfa ela afirmar deixa todos os problemas do lado de fora. Ressalta que chega para trabalhar feliz, pois o bom serviço começa pelo bom humor. “Dessa forma, os pacientes ficam à vontade e sentem que a gente é amiga, companheira”. A técnica de enfermagem 1 afirma que a enfermagem é como uma meta para ela, pois quanto mais pratica mais ela quer fazer melhor. Para isso, lê, participa de congressos e simpósios. “Faço o que eu gosto”, conclui.

A primeira pessoa a compor a equipe foi a técnica de enfermagem 2, que atua na Clínica desde os primórdios da organização. Nos 17 anos da Clínica Alfa, ela relata a paixão pelo que faz. Sua rotina compreende administrar medicação aos pacientes, ligar o soro, conferir os dados de cada um e, principalmente, ouvir e dar atenção a todos. Ela explica que, pelo fato de lidar sempre com a dor, tenta transmitir aos pacientes a ideia de que na vida tudo passa e que o importante é tentar construir tudo de novo. Ela também se define como uma pessoa muito feliz.

Vivi momentos inesquecíveis, de alegrias, tristezas e fortes emoções. Trabalhar na enfermagem oncológica exige um equilíbrio psicológico muito grande. Afinal, passamos muito tempo com o paciente e nos envolvemos com a história deles. Comemoramos as vitórias e sofremos nas derrotas também (técnica de enfermagem 2).

Da mesma forma pensa a enfermeira. “Este é, sem dúvida, o maior desafio da minha carreira. Sinto que a cada dia cresço profissionalmente e pessoalmente aqui dentro”. Ela destaca que outra característica da equipe é a inquietude intelectual. Além dos treinamentos mensais internos, o departamento de enfermagem participa constantemente de congressos e simpósios nacionais e regionais da área.

Com a constante busca do conhecimento e capacitação e da valorização das atividades em equipe, conquistamos um ambiente de trabalho saudável, alegre e com profissionais extremamente competentes (enfermeira).

A oportunidade de crescimento dentro da empresa também estimula o comprometimento e a atenção cuidadosa com os pacientes. “Quando o profissional gosta do que faz, fica mais fácil dar conta de todas as suas obrigações”, explica a supervisora de enfermagem.

A atual supervisora da limpeza está na Clínica Alfa desde 2006, quando iniciou sua carreira como faxineira. Depois, teve uma oportunidade no setor da Central de Atendimento. Após dois anos, trabalhou no arquivo. Posteriormente, foi convidada para retornar à equipe da higiene como encarregada, ocupando um cargo de chefia.

Está sendo um desafio. Sou uma pessoa que corre atrás daquilo que quer e não desisto fácil. Sou aberta a aprender coisas novas. Aqui é o primeiro lugar que se preocupa com o paciente, que é o nosso cliente, de uma forma tão humanizada. Tive um caso na minha família e pude ver de perto as necessidades de um doente oncológico (supervisora da limpeza).

Segundo ela, trabalhar na Clínica Alfa é uma conquista diária. “A Clínica é uma instituição que investe em seus funcionários, dando oportunidades para que ele cresça”. De acordo com ela, as seis funcionárias que ela coordena se tornaram parte de sua família. “Passamos a maior parte do dia juntas, fazendo assim com que a Clínica esteja em perfeita condições de atendimento”, ressaltou.

A funcionária se diz grata à Clínica Alfa pelas oportunidades geradas.

Cresci muito aqui. Acredito que se temos um sonho devemos sempre acreditar que ele vai se realizar. Mas não devemos ficar parados. Temos que correr ao encontro do nosso sonho, com a certeza de que alcançaremos o melhor (supervisora da limpeza).

Na Recepção da instituição, todos estão sempre com um sorriso estampado no rosto, bom humor e disposição por estar sempre ajudando e encaminhando os pacientes. Uma funcionária que está na Clínica Alfa desde 1995 relata o quanto gosta do trabalho que desempenha.

Gosto do que faço. Tenho muito prazer, porque aprendi com os médicos, sempre dedicados. Além disso, o agradecimento sincero de cada paciente é muito gratificante. Não tem dinheiro que pague todo o carinho que recebo (repcionista).

Aos relatos indicam a satisfação da equipe de Enfermagem com o que fazem no dia a dia de suas funções. Assim, todo esse entusiasmo pode ser transmitido aos pacientes, que, muitas vezes, estão fragilizados emocionalmente pela doença.

Às vezes, ele [o paciente] pensa o pior, porque o câncer tem esse peso. Há uma associação com a morte. Acabou! Não tem mais o que fazer'. Quando eu trago o atendimento humanizado, eu venho trazendo mais leveza para esse paciente. Eu consigo ajudar ele a passar por esse momento do tratamento de uma forma melhor (supervisora de qualidade).

O reconhecimento do tratamento diferenciado pelos clientes é retratado na fala da supervisora de qualidade.

O paciente tem esse entrosamento mesmo com a gente. No período que eu estive na enfermagem, teve uma paciente que fez uma toalha pequena e bordou meu nome e um desenho junto. Então você vê que tem todo aquele envolvimento, aquela coisa bem personalizada mesmo. E é nítido isso aqui. Você vê o relacionamento do paciente com colaborador (supervisora de qualidade).

A supervisora de qualidade, quando indagada como percebe que desenvolve um tratamento diferenciado, elaborou a seguinte resposta.

Pela forma de tratar o paciente e pelo retorno que temos do paciente. Ele deixa nítido que gosta daqui e que é feliz. O último dia do paciente nós enfeitamos o leito dele com balões. Todo mundo vê e sabe que aquele paciente com balãozinho está terminando o tratamento. Semana passada, a gente teve um paciente que fez um bolo enorme e trouxe para todos colaboradores, porque ele estava recebendo alta. São pequenas atitudes que você vê que o paciente está satisfeito com o atendimento. O próprio visual do paciente em si aqui é diferenciado. Você olha para ele assim e você não percebe que ele é um paciente oncológico. Ele não é um paciente debilitado, não é um paciente baixo astral. Claro que temos pacientes que não estão assim. Mas, no geral, são pacientes mais alegres que estão lutando pela vida. Sabe, eu vejo que os colaboradores da Clínica Alfa conseguem contribuir para essa luta pela vida (supervisora de qualidade).

A estadia do paciente na Clínica é amenizada pela realização de diversas atividades, como exposições, apresentações de artistas e atividades da Trupe da Alegria (grupo formado por profissionais da Clínica, cuja função é alegrar e entreter os pacientes durante o período da medicação).

A instituição tem várias atividades relacionadas à humanização. Hoje nós temos aqui a Trupe da Alegria. São palhaços que fazem várias apresentações para os pacientes (supervisora da qualidade).

O técnico de enfermagem 3 relata sua experiência com o projeto.

Trabalho na clínica há oito anos. E, há dois anos, a Clínica, com o espírito de humanizar o atendimento, implantou o projeto Trupe da Alegria. Foi ministrado um curso para quem quisesse participar. Me inscrevi por livre e espontânea vontade. Tornei o palhaço Tuiuiu e, uma vez por mês, junto com a trupe, cantamos, brincamos e nos divertimos muito com os pacientes. É contagioso e uma oportunidade plural estar nesse projeto. São crianças, adultos e idosos que se sentem bem conosco e a gente com eles. Na alegria deles, a gente vê o resultado do trabalho. Como técnico de enfermagem, estou todos os dias ali, mas quando estou como Tuiuiu e recebo um sorriso ou aperto de mão, é diferente. A gente passa a ter uma visão melhor da vida (técnico de enfermagem 3)

Anualmente, é realizada também uma gincana, que conta com a integração dos colaboradores, médicos, pacientes, acompanhantes e representantes, que realizam diversas atividades focadas na solidariedade.

Nós temos aqui também uma gincana entre paciente e colaborador, dividido em três equipes, e você vê, assim, aquela alegria, o entusiasmo do paciente e têm horas que você pensa assim: Não parece que eu trabalho com oncologia! Por que o clima é muito bom, a energia é muito boa. O paciente se sente em casa com todo esse trabalho que a gente faz (supervisora de qualidade).

Um humorista de expressão nacional, em 2010, com participação em importantes programas humorísticos, passou uma tarde inteira entretendo os pacientes que estavam em medicação no segundo e quarto andar da Clínica. A supervisora de convênios uma das colaboradoras que assistiu à apresentação, lembra que todos ficaram surpresos com a facilidade como aceitou o convite.

Como ele é superfamoso e requisitado, achamos que ele não teria tempo, mas ele concordou na hora em vir. Ele falou com cada um dos presentes, cantou, interpretou e declamou poemas e falou um pouco de sua história. Foi muito bonito! (supervisora de convênios).

A Clínica Alfa promoveu, também em 2010, um show acústico e particular de uma dupla de cantores. Eles passaram três horas apresentando, em voz e violão, seus maiores sucessos para os pacientes, que ainda tiveram a oportunidade de pedir músicas não apenas da banda, mas também outros sucessos da música sertaneja e caipira. Eles já se apresentam na Clínica Alfa outras vezes. A primeira foi em novembro de 2009, quando participaram de uma Gincana promovida pela Clínica. Eles foram a atração trazida por uma das equipes como tarefa da competição.

Na ocasião, outros artistas também estiveram presentes para alegrar os pacientes. Como muitas pessoas não podiam se deslocar para assisti-los, a dupla circulou pelo prédio para se apresentar. Fizeram pequenos shows em todos os andares de medicação. “A atitude dos cantores emocionou os internos e os colaboradores da empresa”, relata a supervisora de qualidade.

O conceito de confidencialidade médica é levado a sério por todos os profissionais da Clínica Alfa, que tratam com preocupação a integridade e o sigilo das informações sobre o paciente. Para garantir a ética e impedir a divulgação não autorizada de dados, a equipe da Clínica é constantemente treinada e orientada no atendimento aos familiares e amigos.

Possuímos arquivos completos com informações como nome, endereço, tratamento em andamento, histórico de doenças, alergias, exames e até dosagem de medicações utilizadas. Entendemos a preocupação dos parentes, mas não podemos falar nada sem a prévia autorização do paciente e do médico. Imagine o efeito em uma família se for divulgado que um dos seus membros em tratamento possui alguma outra enfermidade grave? (supervisora de atendimento).

A supervisora de atendimento relata que os exames deixados pelos pacientes também são protocolados e devolvidos somente para eles, que assinam um formulário de recebimento, ficando em poder da instituição por vinte anos. Em todos os prontuários são registrados os dados que podem ou não ser divulgados. A partir daí, é feito o atendimento aos amigos e familiares do paciente.

Quando nos pedem informações mais detalhadas que não temos autorização de passar, sugerimos uma reunião com o médico responsável, que pode conduzir e orientar os interessados (supervisora de atendimento).

Na hipótese de que o paciente não tenha condições para autorizar o repasse dos dados ou tenha ido a óbito, as informações devem ser dadas somente por ordem judicial (que fica retida na clínica) ou sob a forma de laudo, que deverá revelar o diagnóstico, o procedimento do médico e a causa da morte. O prontuário original, na sua totalidade ou em partes, não deve ser fornecido aos solicitantes, pois é um documento que, obrigatoriamente, precisa ser arquivado pela entidade. Já no caso de menores de idade, os responsáveis possuem acesso total a estes dados. No entanto, em algumas situações ocorre o

contrário e é o paciente que deve ser poupado de certos detalhes sobre o seu estado de saúde.

Cada caso é analisado separadamente, mas isso ocorre geralmente com pessoas muito idosas ou com alguém que possa correr algum risco com o conhecimento do seu estado. Além disso, frequentemente nos deparamos com perguntas do tipo: "Esse tratamento vai fazer o meu cabelo cair?". Por mais que, por experiência, sabemos a resposta, não devemos nunca passar esse tipo de informação. Somente o médico possui essa autorização (supervisora de atendimento).

Todos os colaboradores de atendimento da Clínica Alfa são instruídos a obedecer aos termos a seguir, que são encontrados em todos os Procedimentos Operacionais Padrões:

Nos termos que dispõem sobre a normatização do sigilo profissional, constitui obrigação de todos os funcionários, dentro ou fora da Clínica Alfa, manter sigilo sobre:

- Toda a informação relativa ao paciente, quer obtida mediante diagnósticos e exames, quer obtida mediante outros procedimentos pertinentes ao exercício profissional;
- Tudo aquilo que for presenciado durante todo e qualquer ato médico e assistencial;
- O estado de saúde do paciente, bem como o andamento do tratamento;
- Informações prestadas pelo paciente ao médico ou a outro profissional de saúde;
- Quaisquer dados do prontuário do paciente, salvo por autorização deste ou de seu responsável.

A adoção deste procedimento busca assegurar o controle do comportamento dos funcionários, na tentativa de evitar constrangimentos pela disseminação de informações sigilosas a respeito dos pacientes da Clínica.

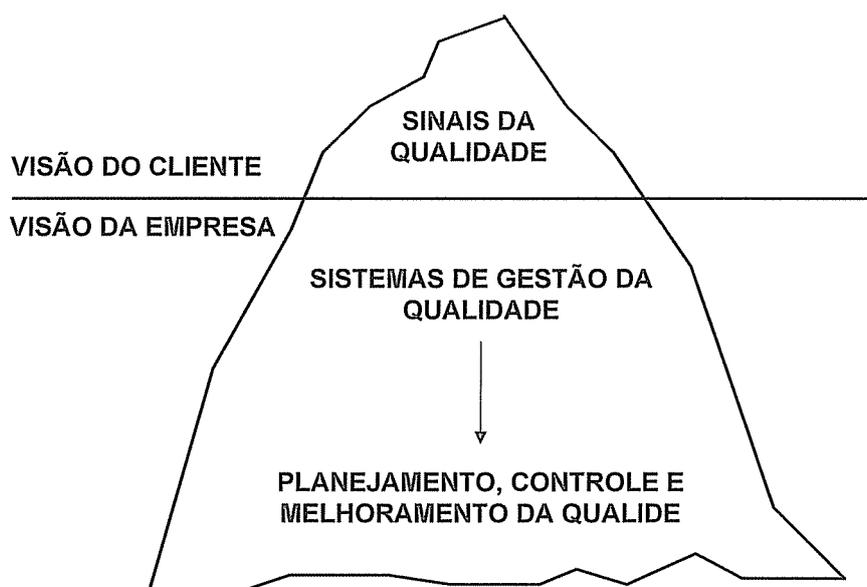
Configura-se, portanto, uma ação nitidamente relacionada à gestão dos sinais humanos descritos por Berry e Seltman (2010), por meio do controle da linguagem verbal dos prestadores de serviços.

4.2 A sustentação dos sinais da qualidade

Os relatos dos diversos funcionários envolvidos no processo de entrega do serviço relevaram a preocupação dos mesmos na entrega dos sinais da qualidade propostos pelos autores Berry, Carbone, Haeckel, Lewis e Seltman.

Neste contexto, pode-se afirmar que os sinais da qualidade provêm da implementação dos diversos Sistemas de Gestão da Qualidade (ISO 9001, ISO 31000 e Certificação ONA) adotados pela Clínica Alfa. Estes sistemas permitem uma sistematização da gestão da qualidade, organizando assim os processos de planejamento, melhoria e controle da qualidade na organização. As certificações também servem como instrumentos para tangibilizar o nível de excelência em qualidade atingido pela empresa.

Figura 12 – Iceberg da Qualidade



Fonte: Elaborado pelo autor (2013)

A Figura 12 retrata a relação entre os sinais da qualidade percebidos pelos clientes e sustentados pelos diversos sistemas de gestão da qualidade que auxiliam a organização na condução dos três grandes processos gerenciais de Gestão da Qualidade: planejamento, melhoramento e controle da qualidade.

A administração de medicamentos é um processo que ilustra alguns procedimentos de controle suportados pelo uso de recursos eletrônicos. A

tecnologia desempenha papel preponderante na capacidade da empresa de prestar serviços de saúde de qualidade e com segurança a seus pacientes. Vários investimentos foram destinados a tecnologias de computação, com foco especial no correto preparo e aplicação da medicação por meio da checagem eletrônica (Figura 13).

O processo tem início com o protocolo padronizado por patologia. O médico seleciona o tratamento por neoplasia, acrescenta peso e altura e o sistema já faz o cálculo da dosagem do medicamento, que aparece na sequência correta, com os tempos de infusão de cada medicamento, com a data, o nome e o CRM. Além disso, existe um controle de dosagem máxima permitida, com o alerta para o médico. Com suporte na parametrização do diluente dos medicamentos na prescrição padronizada, o sistema consegue avaliar a incompatibilidade medicamentosa.

Ao chegar à enfermagem, o paciente recebe uma pulseira com seu nome e a numeração da prescrição contendo um código de barras. A enfermagem recebe o soro preparado pela farmácia com a numeração do código de barra na sequência da prescrição.

O paciente desce com a prescrição para uma das salas de medicação. Lá existe uma conferência dessa prescrição pelo pessoal da enfermagem se há autorização ou não e é emitida uma pulseira com código de barra e o nome desse paciente. Essa pulseira é colocada no braço do paciente. Ele, então, aguarda a medicação (supervisora de qualidade).

No processo antigo, antes da automatização, o profissional da enfermagem realizava a leitura para o paciente do nome que estava no soro e só após a confirmação de que era dele iniciava-se a aplicação. A sequência correta era lida na prescrição antes de fazer a aplicação. No processo atual, a checagem da aplicação da medicação é feita pelo *Palmtop*, aparelho que lê o código de barras. O enfermeiro passa o aparelho no código de barras do próprio crachá e, em seguida, passa o aparelho *palm* na pulseira do paciente, aguardando a mensagem do *palm* com o nome do paciente e o medicamento a ser aplicado. Logo após, passa o *palm* no código de barras do soro e aguarda a mensagem "Medicamento checado com sucesso". Caso não seja o medicamento correto, aparecerá no *palm* a mensagem "Este medicamento não confere com a

sequência da ordem” ou “Erro: o número do medicamento não é igual ao da pulseira”. Ao finalizar a medicação, o funcionário passa o *palm* na pulseira do paciente, para verificar se todos os soros foram aplicados.

Na farmácia, depois de verificada, a prescrição é liberada para diluição. O sistema só deixa preparar o próximo medicamento quando é finalizado o processo de preparo do soro atual.

Na Central de Diluição de Medicamentos, o sistema acusa a presença do paciente e libera a preparação das drogas, que são manipuladas na própria clínica, agilizando todo o tratamento. Cada medicação, com sua dosagem correta, ganha uma etiqueta com o nome do paciente, do remédio, a sequência dele no tratamento e um código de barras. Assim que fica pronto, o próprio sistema emite um aviso para a equipe de enfermagem (farmacêutica).

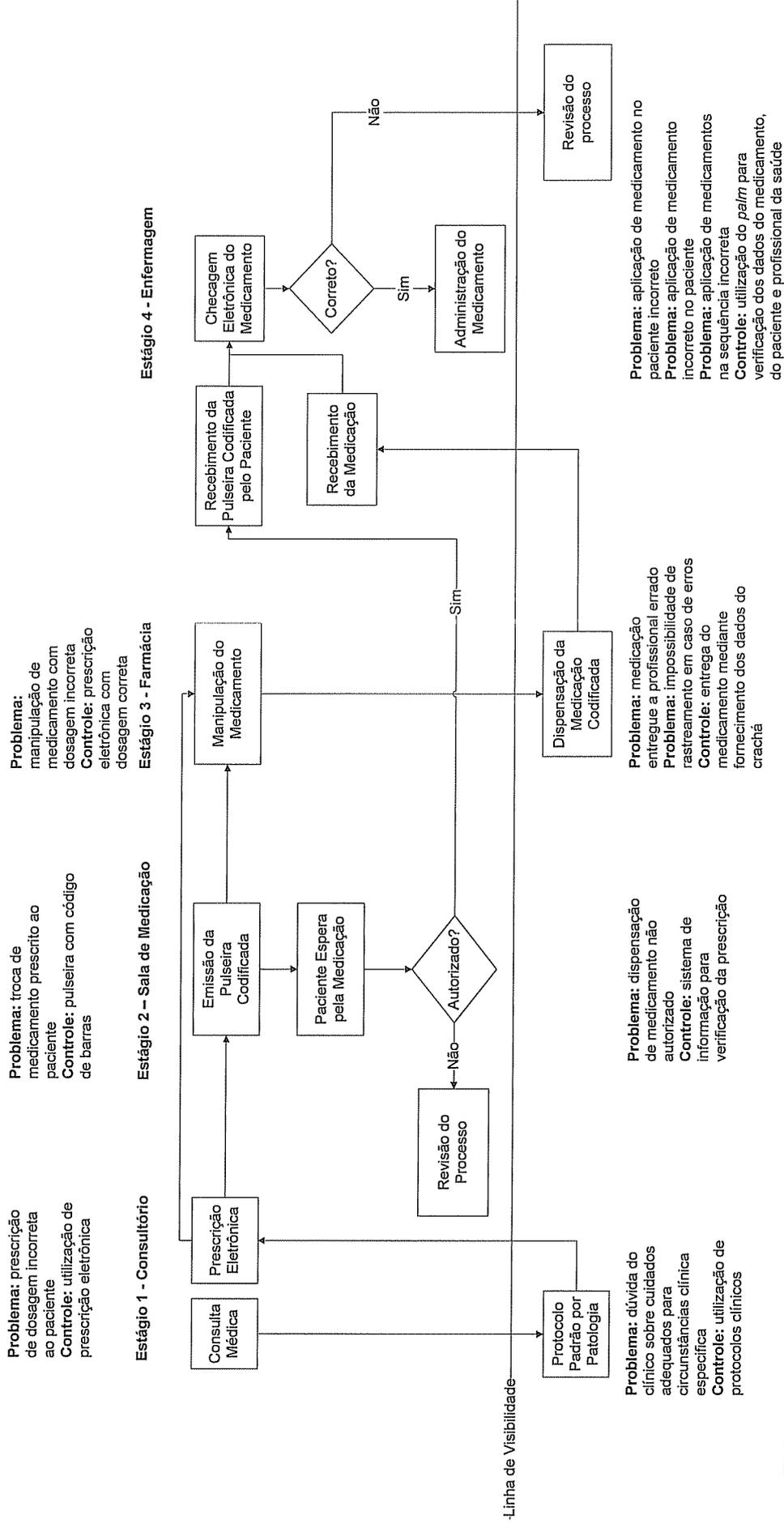
Os materiais e os medicamentos aparecem na tela do computador, para que o funcionário da farmácia possa separar e dar baixa no estoque pelo código de barras. Depois de separado, começa o processo da diluição, que, quando finalizado, emite a etiqueta com o nome do paciente, dados da medicação e o código de barras, de acordo com a sequência da prescrição. O armazenamento do soro é feito de forma individualizada, por leito, para evitar que o soro do paciente de um leito fique junto com o de outro leito.

A prescrição vai para a Farmácia. É manipulada. Quando a medicação fica pronta, o técnico de enfermagem vai até a Farmácia e mostra o crachá dele. Existe uma leitura de código de barra, e então é feita uma dispensação desse medicamento. Eu sei, então, qual foi o técnico que pegou aquela medicação na Farmácia, o que garante a rastreabilidade desse medicamento manipulado. Quando o medicamento chega ao posto de Enfermagem, o técnico de enfermagem pega a prescrição, pega o medicamento e vai até o leito do paciente. Lá, ele pega o *palm* checa no crachá dele pelo código de barra, checa a pulseira do paciente e o soro do paciente. Então, o *palm* informa se aquele soro está na sequência correta e se é o paciente correto. Tanto que eu tenho indicador do percentual de erro de checagem porque se meu técnico checar a medicação na ordem incorreta ou o paciente incorreto o *palm* irá registrar. Isso vai ser computado como erro para esse técnico. Só depois disso é realizada a aplicação do medicamento (supervisora de qualidade).

Também existe controle no recebimento e armazenamento de medicamentos na Clínica Alfa. Todas as notas são lançadas com lote, validade, data de recebimento e data de pagamento, e os medicamentos são etiquetados antes de ir para o estoque.

Portanto, há a possibilidade de rastreamento do medicamento aplicado no paciente. Quanto à qualidade dos medicamentos, é feito todo um processo de qualificação dos fornecedores, que vai desde a visita técnica ao seu laboratório até a análise dos laudos dos medicamentos recebidos.

Figura 13 - *Blueprint* do processo de administração medicamentosa



Fonte: Elaborado pelo autor (2013)

Além de desenvolver e aprimorar o sistema, todos os funcionários são treinados, no mínimo, três horas por mês. A enfermeira e a farmacêutica participam semanalmente das reuniões científicas do corpo clínico da Clínica Alfa, nas quais são discutidos casos clínicos, tratamentos para os tumores e inserção de novas drogas, com base em evidências científicas.

A Clínica Alfa utiliza o código de barras “EAN128”, escolhido por ser linear alfanumérico, que representa identificadores de aplicação e permite a inserção de maior quantidade de informação e de dados adicionais, assim como números de série, data de validade ou medidas e, também de algo muito importante, como o número de lote de produção. É um tipo de codificação para identificação de produtos com maior necessidade de serem rastreados, sendo especialmente aplicados em situações logísticas e em produtos hospitalares.

A conferência por meio do código de barras é dividida em duas partes. A primeira é a geração do código de barras pelo processo da farmácia, a partir dos dados da prescrição e das ordens de produção dos soros quimioterápicos. A segunda é a colocação do código em todos os medicamentos, o qual é checado com o código gerado pela enfermagem com base nas informações das prescrições. Estes dois códigos atribuem ao sistema uma série de regras que validam (permitem ou não) a checagem. Segundo a enfermeira, o sistema informatizado passa segurança para a equipe e ajuda no trabalho diário.

É muito simples trabalhar com a checagem eletrônica. O uso da tecnologia vem, sem dúvida, ser uma ferramenta eficaz e complementar nos métodos de segurança já existentes na clínica, dando ainda mais garantias de sucesso ao tratamento (enfermeira).

A descrição do processo de administração medicamentosa feita anteriormente comprova o grande empenho da Clínica Alfa no quesito controle da qualidade com o uso da tecnologia da informação. Tal ênfase pode ser explicada pela natureza do setor de saúde, cuja principal preocupação é com a segurança em relação à vida do paciente.

Durante a entrega do serviço em cada um dos estágios, há a utilização de *poka yokes*, para prevenção de falhas. Esses mecanismos reforçam a ideia de controle muito enfatizada pela Clínica Alfa em seus processos organizacionais.

A Figura 13 apresenta alguns problemas que podem acontecer no decorrer da prestação do serviço. A utilização da prescrição eletrônica e de protocolos clínicos evita que o médico deixe de utilizar o cuidado médico para uma circunstância clínica e não cometa erros na dosagem a ser administrada ao paciente no primeiro estágio.

No estágio seguinte, a possibilidade de equívocos no preparo do medicamento para o paciente e a liberação incorreta de medicamento não autorizado pelo médico é evitada pelo uso de códigos de barras e pulseiras de identificação do paciente e pela verificação eletrônica de autorização da medicação.

No estágio 3, a transmissão eletrônica de dados para a farmácia assegura que a possibilidade de manipulação de medicamentos em dosagem incorretas torne-se drasticamente reduzida. Pelo fato do medicamento ser dispensado somente pela apresentação do crachá do funcionário responsável reduz a possibilidade de entrega de medicação para o profissional errado. Tal procedimento permite o rastreamento do medicamento e de possíveis erros daquele profissional nos processos subsequentes.

No estágio final, o uso do *palm* e dos demais recursos eletrônicos impede a administração de medicamento incorreto e/ou na sequência incorreta no paciente. Evita, ainda, a administração de medicamento no paciente incorreto pelo profissional da saúde. Após o término das verificações, o medicamento é aplicado e o processo chega o seu final. No caso de ocorrência de alguma divergência, ela será computada na elaboração do índice de aplicação correta dos medicamentos.

Os sinais da qualidade mecânicos e humanos parecem advir muito mais do direcionamento estratégico adotado pela liderança do que dos sistemas da qualidade em si. A Trupe da Alegria, por exemplo, não é uma exigência de nenhum dos sistemas de gestão da qualidade. Entretanto, a Clínica Alfa acredita que tal ação reduz os impactos negativos ligados ao ambiente de cuidados em saúde, como dor, incerteza e medo. O projeto prepara a equipe para o relacionamento humanizado do recebimento dos pacientes e familiares ao término do atendimento.

A preocupação do sistema de gestão da qualidade (SGQ) no que tange aos sinais mecânicos é exposta em um dos depoimentos concedidos pela supervisora de enfermagem:

Não há a preocupação explícita dos sistemas de gestão da qualidade. Seguem-se todas as normas do Brasil dos países de segurança. Mas em termos da qualidade bens físicos do prédio, não. Nós não fizemos os apartamentos para as crianças por causa dos sistemas de gestão da qualidade. Existe uma prioridade na questão da satisfação. Você tem que ter níveis de satisfação e o reconhecimento de seu cliente, tanto interno quanto externo. Todo cliente preza pelo conforto e, de certa forma, vai obrigar a organização a ter equipamentos que trazem segurança, entretanto o sistema de gestão da qualidade não vai me falar que eu tenho que ter um computador de última geração ou se eu tenho um computador mais antigo de uma marca não muito boa. Mas se ele atende minha necessidade, tudo bem. Não se entra na questão da qualidade do medicamento, por exemplo. Se aquele laboratório está certificado e habilitado a comercializar em todo o Brasil, eu posso comprar. Se eu compro a melhor marca ou a pior marca, isso não é cobrado (supervisora de enfermagem).

A entrevistada deixa claro que não há requisitos explícitos que obriguem a organização a se preocupar com a questão da qualidade dos bens físicos da organização. A exigência do SGQ recai sobre os padrões brasileiros de cunho técnico, basicamente. A criação dos apartamentos decorados, ambientes de descontração e leitos confortáveis provém dos direcionamentos formulados pelas lideranças da organização.

4.3 A utilização de métodos e ferramentas da qualidade

Uma vez que o foco da Clínica Alfa recai sobre os sinais funcionais, o autor buscou identificar os principais métodos e ferramentas da qualidade que ela utiliza.

No processo de implantação dos sistemas de gestão da qualidade, algumas ferramentas foram inseridas para auxiliar a organização a controlar a qualidade dos produtos e processos. Seguem alguns dos métodos e ferramentas

apresentados na literatura e a indicação de quais são utilizados pela empresa (Quadro 8).

Quadro 8 - Ferramentas utilizadas pela empresa

Métodos e ferramentas da qualidade	Empresa
5S	X
Ciclo PDCA	X
5W1H ou 5W2H	X
Análise do Modo e do Efeito das Falhas (FMEA)	X
Benchmarking	X
<i>Brainstorming</i>	X
<i>Check List</i>	X
Círculo de Controle da Qualidade (CCQ)	
Controle Estatístico do Processo (CEP)	
Diagrama de Ishikawa	X
Gráfico de Pareto	X
Histograma	X
<i>Poka yoke</i>	X
Definir, Medir, Analisar, Melhorar e Controlar (DMAIC)	
Desdobramento da Função Qualidade (QFD)	
ServQual	
Pesquisa de satisfação do cliente	X

Fonte: Elaborada pelo autor (2013)

Pinto e Carvalho (2006) demonstram que organizações que implantam programas de qualidade mais robustos possuem maior tradição em qualidade. Ou seja, implantaram anteriormente outros programas de qualidade como as normas ISO 9000, ISO 14000 ou TQM.

Essa situação pode ser explicada pelo arquétipo de “limites ao crescimento” (SENGE, 2001). Os primeiros esforços para implementação dos SGQ levaram a Clínica Alfa a ganhos significativos na qualidade serviços e processos. Isso proporcionou grande apoio e ímpeto aos esforços dos funcionários em direção à busca da qualidade. Entretanto, completadas as mudanças “fáceis” (“os frutos baixos”), o nível de melhoria parece estar se estabilizando.

Uma nova onda de melhoria poderá ser muito mais complexa e difícil de gerenciada. Elas envolvem a coordenação de várias partes diferentes da organização. A possível falta de apoio de toda a organização e a atitude da alta

direção passam a constituir limites. A menos que a empresa promova mudanças mais difundidas em níveis mais altos (busca pelos frutos mais altos), seus ganhos de qualidade serão limitados.

Assim, para o alcance de maiores níveis de qualidade, gradativamente, a Clínica Alfa poderá buscar por novos SGQ que utilizam técnicas mais sofisticadas.

A maior parte das 12 ferramentas utilizadas pela organização enquadra-se nas sete ferramentas da qualidade ou nas sete ferramentas do planejamento. Entretanto, existe um direcionamento para a busca de novos patamares de melhoria, ilustrado pela utilização do FMEA pela organização, fato que pode ser interpretado como um sinal de tentativa de alavancagem no cenário de limitações de crescimento.

Há, portanto, a expectativa de que a Clínica Alfa realize a implantação de programas mais sofisticados, uma vez que já existe maior familiaridade com outros programas de qualidade, bem como a utilização de ferramentas básicas da qualidade.

Além dos benefícios das ferramentas, as organizações também, desfrutam dos benefícios do SGQ e da certificação. Os benefícios auferidos são distintos, uma vez que cada organização tem uma percepção diferente de como a certificação impacta no ambiente organizacional. Os benefícios comuns foram: a padronização dos processos, auxiliando a identificar se um procedimento está tomando muito tempo, se há atividades desnecessárias e também, a criação de um procedimento-padrão e de fácil compreensão a todos os colaboradores.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao interagirem com qualquer organização, os clientes têm uma experiência de serviço, seja pessoalmente, por telefone, pela internet ou por outros meios de comunicação. Esta experiência de serviços é cheia de mensagens que impactam a forma como os clientes se sentem, bem como contam uma “história” sobre o serviço que a empresa fornece. Tais mensagens provêm de vários sinais, que os clientes percebem quando consideram a possibilidade de comprar um serviço. A implicação primordial disso é: será que os gestores conhecem os verdadeiros sinais que sua empresa está emitindo? Os clientes estão experimentando e construindo a história desejada pela organização?

Um dos objetivos deste trabalho foi apresentar uma nova visão sobre as experiências dos clientes nas organizações de serviços de saúde. Buscou-se construir uma linguagem e uma estrutura para explicitar as dimensões que formam a “experiência do cliente”. Com este intuito, pretendeu-se esclarecer como as práticas adotadas pela organização se relacionam com as dimensões propostas.

Evidenciou-se como cada categoria de sinais desempenha papéis diferentes na criação da experiência de serviço para os clientes. Os sinais funcionais são essenciais, pois são parte fundamental do serviço. Sem sinais funcionais não há serviço. Sinais mecânicos podem despertar o interesse do cliente, no entanto estimulam suas expectativas e o julgamento. Para certos serviços, os sinais humanos apresentam a melhor oportunidade para exceder as expectativas dos clientes. Eles oferecem a melhor oportunidade para a ocorrência da surpresa agradável. Conseqüentemente, auxiliam na construção de estratégias que visem ao encantamento do cliente. A interação humana na experiência de serviço oferece a oportunidade de aprofundar a ligação emocional dos clientes com empresa. Por tudo isso, pode-se afirmar que os sinais devem ser adequadamente orquestrados pela gerência para que a qualidade dos serviços seja obtida. Para tanto, torna-se fundamental a

compreensão do serviço na perspectiva da experiência vivenciada e desejada pelos clientes. Nesta direção, a organização precisa conhecer tudo que clientes enxergam, ouvem, tocam, cheiram, provam, interagem, fazem e, acima de tudo, sentem.

Um ponto de destaque diz respeito à sustentação dos sinais da qualidade permitida por sistemas de gestão da qualidade, como ISO e a Acreditação, desenvolvidas pela Clínica Alfa. Percebe-se que a visão da qualidade da empresa permite enfatizar, principalmente, os aspectos funcionais da prestação do serviço. Já os sinais mecânicos e humanos parecem ser reflexos do posicionamento que lideranças da empresa têm a respeito da prestação de serviço de qualidade para seus clientes.

A Clínica Alfa apresenta certa tradição em sistemas de gestão qualidade. Por isso, utiliza um conjunto de ferramentas básicas para a estruturação de seus processos na prestação do serviço. De certa forma, os esforços despendidos pela empresa com os sistemas de gestão da qualidade parecem proporcionar resultados mais proporcionais. Entretanto, a fase dos “frutos baixos” tende ao término e, conseqüentemente, irá obrigar a Clínica Alfa a adotar novos sistemas de gestão da qualidade, bem como ferramentas mais avançadas para a obtenção de resultados mais significativos.

O foco principal da trilogia Juran no processo de controle pode ser explicado pela natureza do setor de saúde, que lida diretamente com a vida humana. A segurança é notadamente, um fator preponderante. O uso de tecnologias de informação facilita todo o processo de controle, a exemplo da utilização da prescrição e da checagem eletrônica.

Esta dissertação buscou analisar as práticas existentes na Clínica Alfa sob a perspectiva dos sinais de qualidade. Em função do caráter exploratório do trabalho, acredita-se que a revisão da literatura e a realização da pesquisa de campo tenham sido suficientes para alcançar o objetivo estabelecido.

- **Limitações do estudo**

Devem-se registrar duas limitações do trabalho. Primeira, dada a escassez de pesquisas brasileiras sobre o tema, praticamente toda a literatura utilizada é internacional, com destaque para autores norte-americanos. Segunda, o método de caso não permite a generalização dos resultados para todas as clínicas privadas brasileiras. Em princípio, as descobertas são aplicáveis somente à organização pesquisada.

- **Sugestões para trabalhos futuros**

Pelo caráter exploratório deste trabalho, foram descobertas ideias gerais que podem ser mais profundamente discutidas por outros pesquisadores em estudos futuros.

Uma possibilidade é replicar a pesquisa de campo em outra organização de saúde, para verificar se os resultados são semelhantes; ou seja, se há replicação literal.

Outra possibilidade futura é realizar estudos de caso múltiplos de instituições de saúde e verificar semelhanças e/ou diferenças entre ações que evidenciem os sinais da qualidade na experiência de serviços.

O estudo pode ser realizado também em outros tipos de organizações de saúde, como hospitais e laboratórios, para a comparação dos resultados obtidos nesta dissertação.

Os três desenvolvimentos futuros descritos contemplam técnicas de pesquisa qualitativa. Por sua vez, outra possibilidade futura seria concentrar-se em técnicas de pesquisa quantitativa.

Outros pesquisadores podem também realizar estudos com instituições do setor público brasileiros, para verificar com que frequência as ações voltadas aos sinais da qualidade ocorrem.

Por fim, outros pesquisadores podem realizar pesquisa de campo com uma amostra de clientes das organizações pesquisadas, para verificar se as ações descritas no trabalho têm produzido os efeitos desejados sobre a qualidade de serviço percebida.

◦ **Contribuições da pesquisa**

Em termos acadêmicos, esta pesquisa contribuiu no sentido de verificar empiricamente a visão dos sinais da qualidade dentro das organizações de prestação de serviços de saúde. Neste trabalho, pôde-se destacar que o entendimento da qualidade em serviço envolve um conjunto de dimensões mais amplas do que a visão da qualidade em manufatura. Nesta última, existe um enfoque nitidamente direcionado às questões de funcionalidade do produto. A prestação de serviço para garantir a funcionalidade não significa necessariamente alta qualidade percebida. Aspectos relacionados ao “como” o serviço é entregue desempenham papéis que podem ruir mesmo com aqueles serviços extremamente funcionais.

Para a organização pesquisada o trabalho pode ser útil como base para o aprimoramento da visão do que é qualidade em serviços e, assim, desdobrar ações para próximos planejamentos estratégicos a serem elaborados pelos gestores da Clínica Alfa.

Em relação ao pesquisador, este trabalho permitiu o amadurecimento pessoal, profissional e acadêmico. A aplicação prática de conceitos teóricos na realidade profissional tem contribuído para o contínuo aprimoramento das habilidades e das competências. A conclusão de uma pesquisa que traz

contribuições para a academia, para a organização e para a sociedade é motivo de orgulho e fonte de motivação para a aceitação de novos desafios.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, F. L. *Implantação do processo de acreditação baseado no manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares da ONA*: um estudo de caso em um hospital de grande porte, 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *ISO 9001: 2008: Sistema de gestão da qualidade – requisitos*. Rio de Janeiro: ABNT, 2008.
- BAMFORD, D. R.; GREATBANKS, R. W. The use of quality management tools and techniques: a study of application in everyday situations. *International Journal of Quality & Reliability Management*, v. 22, n. 4, p. 376–392, 2005.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARON, R. A. The sweet smell of... helping: effects of pleasant ambient fragrance on prosocial behavior in shopping malls. *Personality and Social Psychology Bulletin*, v. 23, n. 5, p. 498–503, 1997.
- BENDAPUDI, N. M.; LEONE, R. P. Psychological implications of customer participation in co-production. *Journal of marketing*, p. 14–28, 2003.
- BENDAPUDI, N. M.; Berry L. L.; Frey, K. A.; Parish, J. T.; Rayburn W. L. Patients' perspectives on ideal physician behaviors. *Mayo Clinic Proceedings*, v. 81, n. 3, p. 338–344, 2006.
- BERRY, L. L.; BENDAPUDI, N. Clueing in customers. *Harvard Review of Business*, v. 81, n. 2, p. 100-106, 2003.
- BERRY, L. L.; MIRABITO, A. M.; BERWICK, D. M. A health care agenda for business. *MIT Sloan Management Review*, v. 45, n. 4, p. 56–64, 2004.
- BERRY, L. L.; PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A. Improving service quality in America: Lessons learned. *The Academy of Management Executive*, v. 8, n. 2, p. 32–45, 1994.
- BERRY, L. L.; SELTMAN, K. D. *Lições de gestão da Clínica Mayo: por dentro de uma das mais admiradas organizações de serviços do mundo*. Porto Alegre: Bookman, 2010.
- BERRY, L. L.; WALL, E. A.; CARBONE, L. P. Service clues and customer assessment of the service experience: lessons from marketing. *The Academy of Management Perspectives*, v. 20, n. 2, p. 43–57, 2006.
- BERRY, L. L.; BENDAPUDI, M. N. Health care: a fertile field for service research. *Journal of Service Research*, v. 10, n. 2, p. 111–122, 2007.
- BERRY, L. L.; LAMPO, S. S. Brand in labour-intensive services. *Business Strategy Review*, v. 15, n. 1, p. 18–25, 2004.

- BRYMAN, A. *Research methods and organization studies*. London: Routledge, 1989.
- BURKE, J. P. Infection control – a problem for patient safety. *New England Journal of Medicine*, v. 348, n. 7, p. 651–656, 2003.
- CARBONE, L. P.; HAECKEL, S. H. Engineering customer experiences. *Marketing Management*, p. 8–19, 1994.
- CARBONE, Lewis. *Clued In: how to keep customers coming back again and again*. FT Press, 2004.
- CARNEVALE, P. J. D.; ISEN, A. M. The influence of positive affect and visual access on the discovery of integrative solutions in bilateral negotiation. *Organizational behavior and human decision Processes*, v. 37, n. 1, p. 1–13, 1986.
- CARVALHO, M. M. DE; PALADINI, E. P. *Gestão da qualidade teoria e casos*. Rio de Janeiro: Elsevier Campus, 2006.
- CHASE, R. B. Where does the customer fit in a service operation. *Harvard Business Review*, v. 56, n.6, p. 137-142, 1978.
- CHASE, R. B.; APTE, U. M. A history of research in service operations: what's the big idea? *Journal of Operations Management*, v. 25, n. 2, p. 375–386, 2007.
- CHASE, R. B.; STEWART, D. M. Make your service fail-safe. *Sloan Management Review*, v. 35, n. 3, p. 35–44, 1994.
- CORRÊA, H. L.; CAON, M. *Gestão de serviços: lucratividade por meio de operações e de satisfação dos clientes*. São Paulo: Atlas, 2006.
- CORRÊA, H. L.; CORRÊA, C. A. *Administração de produção e operações: manufatura e serviços: uma abordagem estratégica*. São Paulo: Atlas, 2008.
- CROSBY, P. B. *Qualidade e investimento a arte de garantir a qualidade*. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1984.
- DEMING, W. E. *Qualidade: a revolução da administração*. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.
- DONOVAN, Robert J.; ROSSITER, John R. Store atmosphere: an environmental psychology approach. *Journal of retailing*, v. 58, n. 1, p. 34–57, 1982.
- DUHACHEK, A. C: A multidimensional, hierarchical framework of responses to stressful consumption episodes. *Journal of Consumer Research*, v. 32, n. 1, p. 41–53, 2005.

EISENHARDT, K. M. Building theories from case study research. *Academy of management review*, p. 532–550, 1989.

FITZSIMMONS, J. A. Consumer participation and productivity in service operations. *Interfaces*, p. 60–67, 1985.

FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. J. *Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia de informação*. Porto Alegre: Bookman, 2010.

FORD, W. S. Z. Evaluation of the indirect influence of courteous service on customer discretionary behavior. *Human Communication Research*, v. 22, n. 1, p. 65–89, 2006.

GALLAGHER, T. H.; WATERMAN A. D.; EBERS, A. G.; FRASER, V. J.; LEVINSON, W. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, v. 289, n. 8, p. 1001–1007, 2003.

GARDNER, M. P. Mood states and consumer behavior: A critical review. *Journal of Consumer Research*, p. 281–300, 1985.

GARVIN, D. A. *Gerenciando a qualidade a visão estratégica e competitiva*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1992.

GARVIN, D. A. What Does “Product Quality” Really Mean? *Sloan Management Review*, v. 26, n. 1, p. 25–43, 1984.

GEORGE, J. M. Salesperson mood at work: implications for helping customers. *The Journal of Personal Selling and Sales Management*, p. 23–30, 1998.

GIANESI, I. G. N. *Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente*. São Paulo: Makron, 1994.

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

GRÖNROOS, C. Service quality: the six criteria of good perceived service quality. *Review of business*, v. 9, n. 3, 1988.

GUMMESSON, E. The marketing of professional services — an organizational dilemma. *European Journal of Marketing*, v. 13, n. 5, p. 308–318, 1979.

HAECKEL, S. H.; CARBONE, L. P.; BERRY, L. L. how to lead the customer experience. *Marketing Management*, v. 12, n. 1, p. 18–23, 2003.

HENDRICH, A.; FAY, J.; SORRELLS, A. Courage to heal: comprehensive cardiac critical care. *Healthcare Design*, p. 11–13, 2002.

HEUVEL, J. V. D.; KONING, L.; BOGERS, A. J. J. C.; BERG, M.; DIJEN, M. E. M. VAN. An ISO 9001 quality management system in a hospital: Bureaucracy or just benefits? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, v. 18, n. 5, p. 361–369, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo demográfico*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>> Acesso em: 17 jan. 2013.

ISEN, A. M. Positive affect, cognitive processes, and social behavior. In: Berkowitz, L. (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*. Academic Press: New York, v. 20, p. 203–53, 1987.

ISEN, A. M.; LEVIN, P. F. Effect of feeling good on helping: cookies and kindness. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 21, n. 3, p. 384, 1972.

ISHIKAWA, K. *Controle de qualidade total à maneira japonesa*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1993.

JURAN, J. M. *Juran na liderança pela qualidade*. São Paulo: Thomson Pioneira, 1990.

JURAN, J. M.; GRZYNA, F. M. *Controle da qualidade: conceitos, políticas e filosofia da qualidade*. São Paulo: McGraw-Hill, 1991.

KAHN, B. E.; LUCE, M. F. Understanding high-stakes consumer decisions: mammography adherence following false-alarm test results. *Marketing Science*, v. 22, n. 3, p. 393–410, 2003.

KEAVENEY, S. M. Customer switching behavior in service industries: an exploratory study. *The Journal of Marketing*, p. 71–82, 1995.

KHANNA, H. K. Quality management in Indian manufacturing organizations: some observations and results from a pilot survey. *Brazilian Journal of Operations & Production Management*, v. 7, n. 1, p. 141–162, 2010.

LAGROSEN, S.; LAGROSEN, Y. Quality configurations: a contingency approach to quality management. *International Journal of Quality & Reliability Management*, v. 20, n. 7, p. 759–773, 2003.

LAIRD, J. D. Self-attribution of emotion: the effects of expressive behavior on the quality of emotional experience. *Journal of personality and social psychology*, v. 29, n. 4, p. 475, 1974.

LAKHAL, L.; PASIN, F.; LIMAM, M. Quality management practices and their impact on performance. *International Journal of Quality & Reliability Management*, v. 23, n. 6, p. 625–646, 2006.

LOVELOCK, C. H. Classifying services to gain strategic marketing insights. *Journal of Marketing*, v.47, n.3, p. 9-20, 1983.

LOVELOCK, C. H.; WIRTZ, J. *Marketing de serviços: pessoas, tecnologia e resultados*. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2008.

LOVELOCK, C.H.; YOUNG, R.F. Look to consumers to increase productivity. *Harvard Business Review*, v. 57, 1979.

MAISTER D. H.; LOVELOCK, C. H. Managing facilitator services. *Sloan Management Review*, v.23, n.4, p.19-31, 1982

MEHRABIAN, A.; RUSSELL, J. A. *An approach to environmental psychology*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 1974.

MILLIMAN, R. E. The influence of background music on the behavior of restaurant patrons. *Journal of Consumer Research*, p. 286–289, 1986.

MILLIMAN, R. E. Using background music to affect the behavior of supermarket shoppers. *The journal of Marketing*, p. 86–91, 1982.

MOHR, L. A.; BITNER, M. J. The role of employee effort in satisfaction with service transactions. *Journal of Business Research*, v. 32, n. 3, p. 239–252, 1995.

MORRIS, J. A.; FELDMAN, D. C. The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labor. *Academy of Management Review*, p. 986–1010, 1996.

OLIVEIRA, J. A.; NADAE, J.; OLIVEIRA, O. J.; SALGADO, M. H. Um estudo sobre a utilização de sistemas, programas e ferramentas da qualidade em empresas do interior de São Paulo. *Produção*, v. 21, n. 4, p. 708–723, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *World health statistics 2010*. Geneva: OMS, 2010.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). Disponível em: <<http://www.ona.org.br>>. Acesso em: 04 mar. 2012.

PAGANINI, J. M.; NOVAES, H. DE M. Garantia de qualidade: acreditação de hospitais para América Latina e o Caribe. *OPAS. Série Silos*, v. 13, 1992.

PARASURAMAN, A.; BERRY, L. L.; ZEITHAML, V. A. More on improving service quality measurement. *Journal of Retailing*, v. 69, n. 1, p. 140–147, 1993.

PARASURAMAN, A.; BERRY, L. L.; ZEITHAML, V. A. Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Retailing*, v. 67, n. 4, p. 420–450, 1991.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, v. 64, n. 1, p. 12–40, 1988.

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

PEDROSO, M. C.; MALIK, A. M. As quatro dimensões competitivas da saúde. *Harvard Business Review*, v. 89, n. 3, p. 54–63, 2011.

PINTO, S. H. B.; CARVALHO, M. M. C; HO, L. L. Implementação de programas de qualidade: um survey em empresas de grande porte no Brasil. *Gestão da Produção*, v. 13, n. 2, 2006.

POON, J. M. L. Mood: a review of its antecedents and consequences. *International Journal of Organization Theory and Behavior*, v. 4, p. 357–388, 2001.

RAGHUNATHAN, R.; PHAM, M. T.; CORFMAN, K. P. informational properties of anxiety and sadness, and displaced coping. *Journal of Consumer Research*, v. 32, n. 4, p. 596–601, 2006.

SASSER, W. E; OLSEN, R. P.; WYCKOFF, D. D. *Management of service operations: text, cases, and readings*. Boston: Allyn and Bacon, 1978.

SCHWARZ, N. Emotion, cognition, and decision making. *Cognition & Emotion*, v. 14, n. 4, p. 433–440, 2000.

SCHWARZ, N.; CLORE, G. L. Feelings and phenomenal experiences. *Social psychology: Handbook of basic principles*, v. 2, p. 385–400, 1996.

SENGE, P. M. *A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende*. 9 ed. Tradução de OP Traduções. São Paulo: Best Seller, 2001.

SHARMA, A.; STAFFORD, T. F. The effect of retail atmospherics on customers' perceptions of salespeople and customer persuasion: an empirical investigation. *Journal of Business Research*, v. 49, n. 2, p. 183–191, 2000.

SHOSTACK, G. L. Breaking free from product marketing. *The Journal of Marketing*, p. 73–80, 1977.

SILVESTRO, R.; FITZGERALD, L.; JOHNSTON, R.; VOSS, C. Towards a classification of service processes. *International Journal of Service Industry Management*, v.3, n.3, p. 62- 75, 1992.

SPANGENBERG, E. R.; CROWLEY, A. E.; HENDERSON, P. W. Improving the store environment: do olfactory cues affect evaluations and behaviors? *The Journal of Marketing*, p. 67–80, 1996.

THIA, C. W.; CHAI, K.-H.; BAULY, J.; XIN, Y. An exploratory study of the use of quality tools and techniques in product development. *The TQM Magazine*, v. 17, n. 5, p. 406–424, 2005.

THOMAS, D. R. E. Strategy is different in service businesses. *Harvard Business Review*, v.56, n.4, p.158, 1978.

ULRICH, R. Effects of interior design on wellness: theory and recent scientific research, *Journal of Healthcare Design*, pp. 97-109, 1991.

WOOLF, S. *et al.* A string of mistakes: the importance of cascade analysis in describing, counting, and preventing medical errors. *Annals of Family Medicine*, v. 2, n. 4, p. 317–326, 2004.

YIN, R. K. *Estudo de caso*. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZALTMAN, G. *How customers think: Essential insights into the mind of the market*. Harvard Business Press, 2003.

ZALTMAN, G. Metaphorically speaking. *Marketing Research*, v. 8, n. 2, p. 13–20, 1996.

ZALTMAN, G.; COULTER, R. H. Seeing the voice of the customer: Metaphor-based advertising research. *Journal of advertising research*, v. 35, n. 4, p. 35–51, 1995.

ZEITHAML, V. A.; BITNER, M. J.; GREMLER, D. D. *Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente*. Porto Alegre: Bookman, 2011.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO

A Universidade Federal de Minas Gerais, através do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração, está desenvolvendo uma pesquisa intitulada "**Compreendendo os sinais da qualidade na saúde: um estudo de caso de uma clínica de tratamento oncológico**". A referida pesquisa é de autoria do Prof. Antonio Carlos Rodrigues por meio da coordenação do Prof. Dr. Noel Torres Júnior. Neste sentido, gostaríamos de convidá-la (o) a participar de uma entrevista gravada para identificar as contribuições da Acreditação com Excelência para Qualidade dos serviços prestados dentro de uma organização de Saúde de Belo Horizonte.

Possíveis contribuições: O estudo permitirá melhor compreensão das dimensões da Qualidade em Saúde.

Desconfortos e riscos: Caso você se sinta algum desconforto durante a entrevista você poderá pedir ao pesquisador que a entrevista seja encerrada. Você também poderá solicitar qualquer esclarecimento quando sentir necessidade e poderá interromper sua participação em qualquer momento, sem ônus, de qualquer natureza. Você tem a liberdade de recusar ou retirar o consentimento sem penalização em qualquer etapa da pesquisa.

Asseguramos que o que for dito, registrado e escrito será respeitosamente utilizado exclusivamente para fins desta pesquisa, e que serão mantidos o sigilo e anonimato das informações aqui contidas.

Desde já agradecemos a sua colaboração

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, li e entendi o consentimento e me foram dadas as oportunidades para esclarecer minhas dúvidas. Minha participação é inteiramente voluntária, autorizo o registro das informações fornecidas por mim, através de questionário, para serem utilizadas integralmente ou em partes, sem restrições de prazos ou citações, desde a presente data. Seu controle e guarda ficará em poder do Prof. Antonio Carlos Rodrigues para realização da pesquisa intitulada "**O impacto dos programas e ferramentas da qualidade nos serviços de saúde: análise dos processos gerenciais de controle e melhoria da qualidade**".

Belo Horizonte, de _____ de 2012.

Nome:

Assinatura:

Data:

Telefone dos pesquisadores:

Prof. Antonio Carlos Rodrigues – Telefone (31) 8535-6501

Prof. Dr. Noel Torres Junior – Telefone: (31) 3409-7030

Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração, Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Ciências Econômicas. Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, CEP: 31270-401, Belo Horizonte - MG

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Seção A – Identificação e Caracterização da Empresa

Esta seção busca informações gerais sobre a organização.

Nome da Organização:

Endereço:

Respondente:

Cargo:

E-mail:

Qual o tempo de atuação da empresa no mercado?

A empresa possui organograma?

Qual a configuração das instalações da empresa?

Qual o número de empregados da sua empresa?

Qual a composição do corpo clínico da empresa?

Qual o ramo de atividade?

Quais os tipos de certificações que sua empresa possui?

Qual a data de obtenção de cada certificação?

A empresa utilizou consultoria externa para obtenção das certificações?

Seção B – Qualidade em Serviços de Saúde

Esta seção busca informações sobre a percepção da Qualidade pelos gestores.

O que você entende por Qualidade?

Em sua opinião, de que forma os pacientes avaliam a Qualidade dos serviços prestados por sua empresa?

Como sua empresa garante a Qualidade dos serviços para os pacientes?

Seção C – Sinais Funcionais

Esta seção busca informações sobre a dimensão funcional.

Quais as práticas utilizadas pela organização para transmitir ao paciente toda competência e conhecimento técnicos necessários para a boa execução dos serviços prestados?

Você faz uso de algum método ou ferramenta gerencial para alcançar esse objetivo?

Como a organização realiza o controle dos processos?

A organização utiliza algum tipo de pesquisa de satisfação do cliente?

Seção D – Sinais Humanos

Esta seção busca informações sobre a dimensão humana.

Fale sobre a importância do tratamento humanizado aos pacientes?

Como os funcionários da organização transmitem respeito e apreço aos pacientes?

Os funcionários seguem algum padrão de comportamento?

Como tais padrões são controlados?

Como a privacidade do paciente é respeitada?

Em relação aos familiares dos pacientes, qual o tratamento dispensado a eles?

Você se lembra de alguma experiência de algum paciente que tenha sido surpreendido pela cordialidade transmitida por algum funcionário?

Seção E – Mecânicos

Esta seção busca informações sobre a dimensão mecânica.

Quais estratégias utilizadas pela organização para influenciar as impressões iniciais dos pacientes através dos elementos físicos da organização (instalações, móveis e equipamentos)?

Existe alguma preocupação em relação às instalações na redução das tensões geradas pelo ambiente médico nos pacientes (medo, dor, frustração, impotência)?

Há alguma diferenciação entre tipos de pacientes nesses aspectos (crianças e idosos)?

Existe algum projeto especial para decoração (iluminação, decoração e ruídos)?

Seção F – Ferramentas, métodos e programas da Qualidade

Esta seção busca verificar ferramentas, métodos e programas utilizados pela empresa

- () Diagrama de Ishikawa
- () 5S
- () PDCA
- () *Brainstorming*
- () Gráfico de Pareto
- () Controle Estatístico de Processo
- () 5W1H ou 5W2H
- () *Check list*
- () FMEA
- () Histograma
- () *Benchmarking*
- () Seis sigma
- () Servqual
- () QFD
- () Setup rápido
- () *Poka-yoke*