

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

CRISTINA DIAMANTE

**MODELO DE GESTÃO PARA ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE
SERVIÇOS DE SAÚDE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Florianópolis

2003

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

CRISTINA DIAMANTE

**MODELO DE GESTÃO PARA ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE
SERVIÇOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção.

Profº: Orientador: Osmar Possamai, Dr

**Florianópolis
2003**

CRISTINA DIAMANTE

**MODELO DE GESTÃO PARA ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE
SERVIÇOS DE SAÚDE**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de **Mestre em Engenharia de Produção**, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 17 de dezembro de 2003.

Prof: Edson Pacheco Paladini, Dr
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Prof: Osmar Possamai, Dr
Orientador: PPGEP/UFSC

Prof^a: Ana Regina de Aguiar Dutra, Dra
PPGEP/UFSC

Prof: Gregório J. Varvakis Rados, Ph. D.
PPGEP/UFSC

*Dedico a
Aurélio e Micaela*

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, pela oportunidade de cursar o mestrado na Engenharia da Produção.

Ao Orientador, Prof: Osmar Possamai, Dr, por propiciar meu crescimento profissional. Obrigada pelo incentivo e por acreditar na realização deste trabalho.

A minha família, pelo apoio nos momentos em que mais precisei em minha vida.

Aos amigos, que me auxiliaram nos momentos difíceis.

À Unimed de Cascavel, que autorizou o desenvolvimento do estudo na clínica de fisioterapia para a aplicação do modelo proposto.

Aos colegas de trabalho, que colaboraram com suas idéias, principalmente a Keila e a Andréa, pela atenção dada nos momentos que solicitei.

Aos professores do Curso de Administração da Unioeste, pelo incentivo e pela força durante a elaboração do estudo.

Aos usuários, que colaboraram respondendo ao questionário aplicado.

A todos os que contribuíram para a elaboração deste estudo, muito obrigada.

RESUMO

DIAMANTE, Cristina. **Modelo de Gestão para Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. Florianópolis, 2003. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção. UFSC, 2003. 98p.

Os profissionais que gerenciam os estabelecimentos de saúde são responsáveis pela eficiência e a qualidade da prestação dos serviços de saúde. O objetivo do estudo foi desenvolver um modelo de gestão de serviços para aumentar a competitividade em organizações prestadoras de serviços de saúde. A metodologia utilizada classifica-se como aplicada, exploratória, descritiva, estudo de caso, com abordagem quantitativa. O instrumento utilizado para os fisioterapeutas foi um questionário semi-estruturado e para os usuários utilizou-se um questionário estruturado. A amostra foi constituída por 8 fisioterapeutas e 184 usuários. A coleta dos dados foi realizada em maio/julho de 2003. Os resultados do perfil dos fisioterapeutas apontou que 75% são do sexo feminino. Em relação à idade, 50% estão na faixa etária de 20 a 30 anos e 50% de 31 a 40 anos. Observou-se que 75% têm especialização na área de fisioterapia. A análise qualitativa assinalou o desconhecimento de gestão, serviços, e os conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas para gerenciar as organizações prestadoras de serviços de saúde. Os resultados das melhorias obtidas com a implantação do modelo proposto foram: a) elaboração da missão, dos objetivos e das metas; e também dos manuais de normas/rotinas e procedimentos; b) identificação das expectativas dos usuários e os critérios de avaliação da qualidade de serviços; c) melhora na comunicação da equipe, gerência e usuários; d) o desenvolvimento de avaliação e desempenho para equipe da clínica de fisioterapia; e) a criação de indicadores de qualidade e desempenho para medir a satisfação dos usuários e da equipe; f) a construção de indicadores para analisar o número de usuários faltosos, os que retornam e os usuários novos; g) realização de grupo de estudo e reuniões com discussão de casos como método de aprendizagem. Conclui-se que a participação da gerência e da equipe possibilitou a implantação do modelo proposto. Os pontos fracos observados na aplicação das etapas do modelo foram sanados. A comunicação entre os profissionais tornou-se eficiente. O estudo permitiu avaliar a qualidade do serviço oferecido. Melhoraram as relações com os usuários, interno/externo. A gestão nas organizações deve ter metas, ter foco no usuário e ter a sensibilidade para mudar suas estratégias quando houver necessidade.

Palavras-chave: Gestão, serviço de saúde, usuário.

ABSTRACT

DIAMANTE, Cristina. **Model of Administration for Health Care Organizations.** Florianópolis, 2003. Dissertation (Master's Degree in Production Engineering) - Program of Master's degree in Production Engineering. Florianópolis: UFSC, 2003. 98p.

The professionals that manage the health care are responsible for the efficiency and for the service quality. The objective of the study was to develop a model of services administration to increase the competitiveness in health care organizations. The methodology is classified as applied, exploratory, descriptive, study of case, with qualitative and quantitative approach. The survey was made using a semi-structured questionnaire for the physiotherapists and for the users a structured questionnaire was used. 8 physiotherapists and 184 users constituted the sample. The levy of the data was accomplished in May/July of 2003. The results of the physiotherapists' profile showed that 75% are female. In relation to the age, 50% are between 20 and 30 years old and 50% are between 31 and 40 years old. It was observed that 75% have specialization in the physiotherapy area. The qualitative analysis showed the ignorance in administration and services and the knowledge, abilities and posture requested to manage the health care organizations. The results of the improvements obtained with the applying of the proposed model were: the) Elaboration of the mission, the objectives and the goals; and also of the rules/routines manuals and procedures; b) identification of the users' expectations and the approaches of evaluation of the quality of services; c) improvement in the team communication, management and users; d) the evaluation and acting development for the physiotherapy clinic team; e) the creation of quality indicators and acting to measure the users and team satisfaction; f) the creation of indicators to analyze the number of users that don't show up, the ones that come back and the new users; g) organizing study groups and meetings to discuss cases as a learning method. In conclusion the participation of the management and of the team facilitated the usage of the proposed model. The weak points observed in the application of the stages of the model were healed. The communication among professionals became efficient. The study allowed to evaluate the quality of the service offered. There was an improvement in the relationship with the internal and external users. The administration in the organizations should have goals, focus the user and know how to change its strategies when there is need.

Key-words: Administration, health service, user.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	10
LISTA DE FIGURAS.....	11
CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Contextualização do Estudo.....	12
1.2 Objetivo do Trabalho	13
1.3 Justificativa.....	13
1.4 Estrutura do Trabalho.....	15
CAPÍTULO 2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
2.1 Abordagem sobre as Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.....	16
2.2 Gestão nas Organizações Prestadoras de Saúde.....	20
2.3 O Setor de Serviços.....	24
2.3.1 Serviços de saúde.....	32
2.3.2 Qualidade dos serviços.....	34
2.3.3 Indicadores de serviços.....	38
CAPÍTULO 3 - MODELOS DE GESTÃO	40
3.1 Modelo de Gestão 5 <i>Gap</i>.....	41
3.2 Modelo de Gestão para Qualidade ISO 9000.....	45
3.3 Modelo de Gestão da Qualidade Total.....	47
3.4 Modelo de Gestão <i>Balance Scorecard</i>.....	49
3.5 <i>Marketing</i> de Relacionamento.....	51
CAPÍTULO 4 – MODELO PROPOSTO.....	54
4.1 Apresentação do Modelo de Gestão Proposto.....	54
4.2 Descrição das Etapas do Modelo.....	55
4.2.1 Etapa 1 - Definição de critérios de qualidade do serviço.....	56
4.2.2 Etapa 2 - Levantamento das especificações dos serviços.....	57
4.2.3 Etapa 3 - Levantamento das expectativas dos usuários	57
4.2.4 Etapa 4 - Definição dos parâmetros específicos de comunicação.....	58
4.2.5 Etapa 5 - Levantamento de parâmetros para avaliação do serviço esperado.....	58

4.2.6 Etapa 6 - Identificação e avaliação dos resultados obtidos	59
4.2.7 Etapa 7 - Melhorias obtidas	60
4.3 Metodologia a ser Usada para a Aplicação do Modelo.....	60
CAPÍTULO 5 - APLICAÇÃO DO MODELO PROPOSTO.....	64
5.1 Apresentação do Modelo de Gestão Proposto.....	67
5.2 Descrição das Etapas do Modelo.....	73
5.2.1 Etapa 1 - Definição de critérios de qualidade do serviço.....	73
5.2.2 Etapa 2 - Levantamento das especificações dos serviços.....	75
5.2.3 Etapa 3- Levantamento das expectativas dos usuários.....	75
5.2.4 Etapa 4 - Definição dos parâmetros específicos de comunicação.....	78
5.2.5 Etapa 5 - Levantamento de parâmetros para avaliação do serviço esperado	80
5.2.6 Etapa 6 - Identificação e avaliação dos resultados obtidos	81
5.2.7 Etapa 7 - Melhorias obtidas.....	82
5.3 Considerações sobre o Modelo.....	83
CAPÍTULO 6 – CONCLUSÃO.....	85
6.1 Conclusão.....	85
6.2 Sugestões para Trabalhos Futuros.....	86
REFERÊNCIAS.....	87
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE PESQUISA APLICADO AOS PROFISSIONAIS	94
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE PESQUISA APLICADO AOS USUÁRIOS	97

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Características das organizações.....	17
Figura 2 - Diferenças entre o setor público e o setor privado.....	18
Figura 3 - Competências gerenciais como fonte de valor para organização	23
Figura 4 - A formação da percepção do serviço prestado	30
Figura 5 - Os 5 critérios para avaliar a percepção dos clientes	30
Figura 6 - Critérios da avaliação da qualidade dos serviços.....	31
Figura 7 - Os atributos dos serviços	31
Figura 8 - As 5 abordagens da qualidade dos serviços	35
Figura 9 - Qualidade percebida do serviço	36
Figura 10 - Indicadores de qualidade em serviços	39
Figura 11 - Modelo de gestão para analisar as falhas da qualidade em serviços	42
Figura 12 - Características da qualidade de serviços	44
Figura 13 - Conceito de controle de processos.....	46
Figura 14 - Pontos fortes e fracos das normas ISO 9001/2000	46
Figura 15 - O <i>balanced scorecard</i> como modelo gerencial	50
Figura 16 - Principais diferenças entre <i>marketing</i> de massa e <i>marketing</i> de relacionamento...53	
Figura 17 - Fluxograma das etapas do modelo proposto	54
Figura 18 - Organograma da Unimed.....	66
Figura 19 - Indicadores dos critérios da qualidade dos serviços.....	74
Figura 20 - Falhas na comunicação e os indicadores	79
Figura 21 - Avaliação do serviço recebido e seus indicadores	80
Figura 22 - Problemas levantados e ações de melhoria	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuições do número de usuários atendidos em maio de 2003.....	62
Tabela 2 - Distribuições do número de usuários pesquisados	62
Tabela 3 - Distribuição dos dados socioeconômicos da amostra pesquisada.....	68
Tabela 4 - Distribuição das respostas sobre a utilização dos serviços na clínica de..... fisioterapia da Unimed	76
Tabela 5 - Distribuição das fontes de informação utilizadas para escolher a clínica..... de fisioterapia	76
Tabela 6 - Distribuição do grau de avaliação em relação aos serviços prestados pela clínica de fisioterapia da Unimed	76
Tabela 7 - Distribuição das respostas sobre a avaliação da equipe de fisioterapia pelos..... usuários	77
Tabela 8 - Distribuição dos resultados sobre o retorno à clínica de fisioterapia da Unimed....	77
Tabela 9 - Distribuição dos resultados sobre recomendação da clínica de fisioterapia da..... Unimed pelo usuário	78

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do Estudo

O desenvolvimento econômico impõe uma cultura de gestão empresarial com paradigmas inovadores, para a capacitação administrativa e gerencial, visando atender à crescente competitividade dos mercados. Esta realidade engloba não apenas as estruturas de produção, transformação e comercialização, mas também de outros segmentos, como a prestação de serviços, sendo este considerado uma área em evolução nas empresas.

Cada vez mais os clientes estão se tornando mais críticos em relação aos serviços, criando maiores expectativas em relação a eles. Em uma organização de saúde, a participação e o contacto humano com o cliente podem ser combinados em diversos níveis para ofertar diferentes opções de serviço a cada cliente. Entretanto, observa-se a falta de experiência e a insuficiência de conhecimentos na área da gestão que afeta a maioria dos profissionais que gerenciam estabelecimentos de saúde. Destaca-se que estes profissionais estão capacitados para realizar os procedimentos decorrentes da sua formação, mas não foram ensinados, a conquistar, manter clientes e, muito menos, a gerenciar uma organização com lucratividade.

O gestor do estabelecimento na área da saúde necessita possuir conhecimentos administrativos e de modelo de gestão, para poder atuar e competir no mercado tornando-se assim um empreendedor. Para tanto, o desenvolvimento da noção de gestão na área da saúde é importante para a eficácia na prestação dos serviços e, conseqüentemente, para o aumento da maior lucratividade. Considera-se importante acrescentar novas habilidades aos profissionais da saúde, como empatia, criatividade e autonomia intelectual, que são indispensáveis para as profissões da área da saúde.

Neste contexto, verifica-se a necessidade de abandonar as ultrapassadas teorias da administração, visto que os gerentes ainda atuam com autoridade, centralizando e acumulando poder, comportamentos típicos e característicos dos estudos na graduação e das teorias científicas clássicas e burocráticas. Isto pode ser observado na dificuldade do gerente em delegar tarefas, repassar informações, confiar e interagir com sua equipe (NOGUEIRA, 1993). Pelo exposto, pode-se formular a seguinte pergunta de pesquisa. É possível desenvolver um modelo de gestão para gerenciar adequadamente os estabelecimentos de saúde? Para responder à pergunta de pesquisa, formularam-se os objetivos que nortearam o estudo, apresentados a seguir.

1.2 Objetivo do Trabalho

O objetivo geral do trabalho é desenvolver um modelo de gestão de serviços para aumentar a competitividade em organizações privadas que prestam atendimento de saúde.

Para atingir o objetivo geral, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- Estabelecer parâmetros pertinentes à gestão na área da saúde;
- Estabelecer os principais parâmetros à competitividade das organizações de saúde;
- Estabelecer a compatibilidade das exigências legais correspondentes às organizações de saúde com os requisitos de qualidade;
- Definir critérios de priorização de pontos de melhoria no processo de prestação de serviços.

1.3 Justificativa

No ciclo de qualidade do PNQ de 2001, foi apresentada uma gestão centrada no cliente, foco nos resultados com comprometimento da alta direção, visão de futuro de longo alcance, valorização das pessoas, responsabilidade social, gestão baseada em processos e informações, ação pró-ativa, resposta rápida e um aprendizado contínuo. Essa realidade, aliada aos novos conceitos e paradigmas, impõe-se como condição vital para a sobrevivência e desenvolvimento dos empreendimentos que prestam serviços na área da saúde, segundo Alves (2001).

Anualmente adentram ao mercado de trabalho muitos profissionais da área da saúde, tornando cada vez mais competitiva a prestação dos serviços nas organizações de saúde. Esta competitividade é baseada na competência do profissional, na qualidade dos serviços prestados, nos equipamentos de alta tecnologia, na localização, no ambiente, no preço dos serviços e nos recursos humanos qualificados para desenvolver o trabalho com competência, agregando valor a organização para conquistar o mercado.

Observa-se que os profissionais que atuam nas organizações de saúde constituem um dos eixos responsáveis pela eficiência do mesmo, ou seja, sua capacidade de intervenção é diretamente proporcional à qualidade da sua formação e/ou capacitação para desenvolver atividades relacionadas à prestação dos serviços de saúde. Na maioria das organizações de saúde, os profissionais prestam assistência ao usuário, gerenciam o estabelecimento de saúde,

bem como atuam como articuladores das equipes, peça fundamental para o desenvolvimento do trabalho. Porém, a realidade mostra que a maior parte destes profissionais não assume totalmente suas funções administrativas e gerenciais por diversas razões sociais, profissionais e de paradigmas, razões estas que Malik (1992) relaciona com capacitação dos profissionais da saúde, o modelo de gestão, a distribuição dos recursos, além dos fatores vinculados à formação profissional.

A Universidade é a grande formadora e responsável pelo perfil desenvolvido em seus acadêmicos, onde o marco conceitual e a filosofia do processo formador definem a maneira de atuação, as competências e habilidade de cada futuro profissional. Neste contexto, Rovere (1993) enfatiza que deve ser desenvolvido o censo crítico com capacidade de gerenciar as organizações prestadoras de serviços, com visão integral, conhecimento amplo da realidade do serviço, da população, bem como executar ações de planejamento, programação e condução das atividades, melhorando assim a qualidade dos serviços prestados nas organizações de saúde.

Entretanto, na maioria das vezes, a escola de formação dá ênfase apenas à assistência, deixando de lado as funções de gerência, como repassando a responsabilidade ao serviço ou ao próprio profissional. Porém, ao iniciar suas atividades, o fisioterapeuta, muitas vezes, desempenha a função assistencial e gerencial quase que concomitantemente, deixando assim uma lacuna entre o saber e o fazer.

Os modelos de gestão para as organizações prestadoras de serviços de saúde têm sua justificativa na história da administração e na gerência. Dezerega (1995) afirma que para gerenciar é ideal dispor de um modelo para pré-avaliar e pós-avaliar a viabilidade do planejamento para alcançar os objetivos e as metas estabelecidas pela organização.

Essa situação solicita que se criem modelos de gestão de fácil compreensão para estes profissionais, estabelecendo parâmetros pertinentes à gestão, à competitividade de organizações de saúde, com requisitos de qualidade, criando critérios de priorização de pontos de melhoria de processo de prestação de serviços. Nesta direção, para gerenciar é necessário um modelo de gestão, para que a organização tenha um estilo de trabalho, onde a união dos funcionários é integrada.

1.4 Estrutura do Trabalho

O presente trabalho está estruturado em seis capítulos, incluindo este primeiro capítulo de introdução à dissertação.

O Capítulo 2 descreve a fundamentação sobre modelos de gestão para organizações prestadoras de serviços de saúde, com enfoque na gestão e nos serviços prestados aos clientes.

O Capítulo 3 apresenta as bases construtivas de alguns modelos de gestão, tendo como ênfase o *marketing* de relacionamento, o sistema de gerenciamento baseado no *balanced scorecard*, o sistema de qualidade baseado nas normas do ISO 9000, qualidade total e o modelo de gestão de 5 *Gaps*.

O Capítulo 4 descreve o modelo proposto para clínicas de fisioterapia, baseado no modelo dos 5 *Gaps*.

No Capítulo 5 contém a descrição da aplicação do modelo proposto para organizações prestadoras de serviços de saúde.

O Capítulo 6 apresenta as conclusões do trabalho e as sugestões para trabalhos futuros.

CAPÍTULO 2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo aborda a organização prestadora de serviço, a gestão e os serviços de saúde. Delineia a importância do modelo de gestão para organizações prestadoras de serviços e os indicadores específicos do serviço de saúde.

2.1 Abordagem sobre as Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde

A organização, no entender de Bernardes (1993, p. 17), é conceituada como uma associação de pessoas que tem a “função de produzir bens, prestar serviços à sociedade e atender necessidades de seus próprios participantes”. Deve a organização possuir uma “estrutura formada por pessoas que se relacionam, colaborando e dividindo o trabalho para transformar insumos em bens e serviços; ser perene no tempo”.

As organizações apresentam uma missão, uma estrutura e um modo de funcionamento e recursos para se obter serviço. A combinação destas variáveis determina algumas formas de organização. Organização vertical: “aquela empresa que está estruturada de forma departamentalizada - com vários departamentos e chefes, o que dificulta a passagem das informações entre departamentos, criando problemas de qualidade”. Organização horizontal: “empresa estruturada por processos, em que o fluxo de informações se dá independente dos departamentos. Neste caso a informação flui melhor, pois são os processos os responsáveis por fazer a qualidade dos produtos e serviços” (POSSAMAI, 2002, p.1).

A organização possui uma cultura sendo esta constituída por elementos como os valores, as crenças, os ritos, os rituais e cerimônias, as histórias e mitos, os tabus, os heróis, as normas e comunicação. Para Freitas (1991, 19-21), os valores são definições a respeito do que é importante para a organização atingir o sucesso. Neste sentido, quanto maior for a durabilidade dos valores, mais forte será seu poder de penetração e de reforço a partir de outros elementos culturais. As crenças e pressupostos exprimem “aquilo que é tido como verdade na organização”. Em relação aos ritos, rituais e cerimônias, são consideradas “atividades planejadas que têm conseqüências práticas e expressivas, tornando a cultura organizacional mais tangível e coesa”, onde todas as ocorrências são administradas.

Nesta direção, Kwasnicka (1991) afirma que a organização estará bem estruturada quando possibilita aos indivíduos a realização de suas necessidades, minimizando os conflitos

interpessoais e com a própria organização. As estruturas organizacionais, para Srour (1998, p. 109), estão baseadas em “relações coletivas que abrangem e conectam atividades [...], formando um espaço em que os agentes sociais, munidos de instrumentos de trabalho, processam matérias-primas e as transformam em produtos finais”.

Produtos e serviços são produzidos pelas organizações que empregam pessoas, utilizando tecnologias, requerendo recursos e necessitando de gerenciamento. As organizações comerciais são guiadas para o lucro e dirigidas por uma filosofia de negócios, pautadas pelos custos, preços, concorrência, regulamentos, economia, relações internas e externas, levando em conta a sua estrutura. As organizações produzem bens ou serviços para atender às necessidades da sociedade. Segundo Chiavenato (2000), estas são as principais características das organizações.

Nesta direção, Mezomo (2001, p. 30) afirma que as organizações competitivas possuem “características que as tornam ‘diferentes’ das ‘iguais’ e que lhes dão uma energia que as tornam imbatíveis”. Estas características organizacionais são descritas como sendo o comprometimento em fazer tudo bem-feito, com profissionais competentes e dedicados. Estas organizações têm políticas de recursos humanos, atuam em uma gestão participativa com política de qualidade definida. Também possuem missão clara, escrita, conhecida e praticada. Têm clientes satisfeitos, pois os funcionários usam a criatividade e a inovação, tendo responsabilidade para com cliente. Segundo o autor, estas organizações são humildes por reconhecer que suas “forças vêm dos seus clientes, e não de seus próprios recursos financeiros e tecnológicos” (p. 31).

De acordo com suas características, as organizações têm os seguintes enfoques, descrito por Juran (1993), na Figura 1.

Características das Organizações Juran [1993]	Serviço direto Contatos diretos com clientes	Maior número de contato direto com cliente final Interfaces múltiplas com inúmeras transações individuais
	Benefício pela demanda Cumprimento de prazos	Disponibilidade no momento em que cliente necessitar Rigor no cumprimento de compromissos fixados com para o cliente
	O trabalho não é estocado	Realizado no momento do recebimento
	Produção gerada no momento	Não há chance de correção com o cliente presente
	Benefício principal é serviço	Serviço intangível

Figura 1 - Características das organizações. (adaptado de JURAN, 1993)

Entretanto, as organizações de saúde têm características próprias. Como aponta Junqueira (1992), elas são construídas para alcançar determinados objetivos, como a soma de pessoas, recursos e tecnologia que, juntas, atingem os objetivos e as metas. As organizações de saúde são consideradas complexas devido ao tipo de serviços produzidos. Estas diferem das demais organizações por serem consideradas como uma das mais importantes organizações humanas, principalmente pelo seu objetivo de melhorar, modificar ou manter as condições ou o estado de saúde. Paralelamente, as organizações de saúde buscam modificar atributos e comportamentos da clientela e também procuram um reposicionamento normal desta clientela em um novo ambiente social. As organizações de saúde têm suas próprias especificidades, sendo estas diferentes da gestão realizada nas organizações privadas.

As diferenças entre o setor público e o privado são apresentadas na Figura 2.

Setor Privado	Setor Público
Preocupação em satisfazer o cliente baseado no interesse.	Preocupação alicerçada no dever.
O cliente atendido remunera diretamente a organização, pagando pelo serviço recebido ou pelo produto adquirido.	O cliente atendido paga diretamente pela via do imposto, sem qualquer simetria entre a quantidade e a qualidade do serviço recebido e o valor do tributo que recolhe.
As políticas voltadas para a qualidade referem-se às metas de competitividade no sentido da obtenção, manutenção e expansão de mercado.	A meta é à busca da excelência no atendimento a todos os cidadãos, ao menor custo possível.
Livre autonomia estabelecida pela legislação e perfil da clientela.	Limite de autonomia estabelecida pela legislação e o perfil da clientela.

Figura 2 - Diferenças entre setor público e setor privado. (adaptado de OSBORN e GEBLER, 1994)

Para Brasil (1997) as principais diferenças da gestão concentram-se nos programas de qualidade, desenvolvidos pelo setor público, que tem por:

- Finalidade principal da atividade de caráter privado é o lucro e a sobrevivência em um ambiente de alta competitividade, enquanto que os objetivos da atividade pública são imbuídos do ideal democrático de prestar serviços à sociedade, em prol do bem-estar comum;
- Preocupação em satisfazer o cliente no setor privado é baseada no interesse, enquanto no setor público essa preocupação tem que ser alicerçada no dever;
- Atender ao cliente do setor privado remunera diretamente a organização, pagando pelo serviço recebido ou pelo produto adquirido. No setor público, o cliente atendido paga diretamente pela via do imposto, sem qualquer simetria entre a quantidade e a qualidade do serviço recebido e o valor do atributo que recolhe;

- Necessidades de políticas voltadas para a qualidade no setor privado referem-se a metas de competitividade no sentido de obtenção, manutenção e expansão de mercado, quanto no setor público a meta é a busca de excelência no atendimento a todos os cidadãos, ao menor custo possível.

- Diferentes contingências a que estão submetidos os dois setores, como os limites de autonomia estabelecidos pela legislação e o perfil da clientela.

Levando em conta as especificidades das organizações de saúde, Hanselfeld (1972) afirma que estas possuem, ao mesmo tempo, um caráter de mudanças dos processos, pelas suas atividades diagnósticas, clínicas e preventivas, e um caráter de mudança profissional pelas suas possibilidades de modificarem o estado de saúde e o comportamento dos clientes.

O serviço prestado na organização de saúde é caracterizado pela desigualdade de condições entre os prestadores e os clientes que compram os serviços. Neste sentido, o cliente é considerado alguém para quem é efetuado um trabalho ou aquele que recebe benefício de determinado trabalho. Os autores descrevem que a qualidade na prestação dos serviços é também superar as expectativas dos clientes, lidar com eles, manter contato constante e um bom conhecimento do mercado, propiciando um melhor conhecimento das expectativas do cliente (MALIK e SCHIESARI, 1998). Observa-se a preocupação com a satisfação dos usuários relacionados aos serviços. A qualidade no setor prestador de serviços de saúde é desafiadora, bem como a satisfação do usuário, pois a oferta de serviços não é realizada de forma homogênea.

Mezomo (2001) descreve que existe um consenso nas organizações prestadoras de serviços de saúde em relação à organização do trabalho. O consenso se refere à mudança na estrutura organizacional e na criação de um ambiente de solidariedade e cooperação que possibilite o crescimento de todos, superando as desigualdades entre os prestadores de serviços e o cliente.

Para tanto, a “organização deve apostar na excelência dos serviços e não na mediocridade”, segundo Mezomo (2001, p. 93). Nesta direção, a organização deve aproximar-se do cliente, conhecê-lo e resolver seus problemas. Entretanto, nas organizações prestadoras de serviços de saúde, nem sempre se consegue a resolutividade para o cliente. Isto pode ser caracterizado pela negligência do atendimento, pela falta de equipamentos, de funcionários qualificados e, principalmente, por deficiências gerenciais.

Para minimizar os efeitos da falta de gerenciamento, planejamento, relacionamento com a equipe e clientes, as organizações prestadoras de saúde devem redescobrir o seu papel

na sociedade. Este depende basicamente da qualidade dos serviços que prestam à sociedade. Neste sentido, a organização de saúde terá oportunidade de reencontrar sua própria identidade quanto a conhecer seus clientes e suas necessidades, e quanto à qualidade dos serviços ofertados com redução de custos. Para isso deve buscar a inovação constantemente e realizar mudanças na forma de gerenciar.

2.2 Gestão nas Organizações Prestadoras de Saúde

As recentes mudanças ocorridas nas organizações originaram novos desafios, criando novas formas de gestão. Para Druker (1999); Kaplan e Norton (1997); Risher e Fay (1995), existem quatro fatores que influenciaram as novas formas de gerenciamento nas organizações. O primeiro fator refere-se às mudanças dos modelos de gestão, que promoveu inovações na estrutura organizacional. O segundo fator ocorreu com a globalização da economia, onde houve várias mudanças geopolíticas, geoeconômicas e tecnológicas em curto prazo. O terceiro fator deve-se às mudanças da tecnologia, onde a informação e a disseminação do conhecimento são as principais causas da inovação nos negócios, bem como nas estruturas e nos processos produtivos das organizações. O quarto fator ocorreu com o surgimento das novas formas de gestão, dentre elas pode-se citar a *core competence* e a gestão do conhecimento, sendo que todas agregam valor ao trabalhador, aumentando a produtividade e a competitividade nas organizações. Iniciativas como reengenharia, o gerenciamento da qualidade total, *empowerment*, produção *just-in-time*, envolvimento dos empregados e foco no cliente são algumas das formas com que as organizações têm respondido às mudanças no ambiente, descrito por Kaplan e Norton (1996); Risher e Fay (1995).

As expectativas dos clientes, segundo Alecian e Foucher (2001); Trosa (2001), descrevem que mudaram em relação à gerência, bem como as aspirações e motivações dos empregados.

Para conhecer o cliente, segundo Pasquali (2002) é preciso entender suas necessidades e suas expectativas, sendo este considerado um processo importante para a organização que preconiza a melhoria contínua. Entretanto, torna-se imperioso saber onde e como buscar a garantia da satisfação dessas. Observa-se que os clientes tornaram-se mais exigentes, passando a receber melhores serviços das empresas. Todos esses fatores fizeram com que as organizações fossem em busca de uma gestão mais dinâmica, redefinindo valores, estratégias e metas, desenvolvendo dessa maneira novas formas de gestão.

A gestão, segundo Cerqueira Neto (1993, p. 150),

é o processo administrativo de identificar e agrupar as atividades de entidade, de delinear e escalonar as autoridades e responsabilidades, e de estabelecer as relações de trabalho, de modo que os recursos disponíveis sejam aplicados da maneira mais eficiente, a fim de que a entidade e seus funcionários realizem seus objetivos mútuos.

Sob este aspecto, Motta (1998) conceitua gerência como a arte de pensar, de decidir e de agir - é a arte de fazer acontecer, de obter resultados. Para que a organização de saúde atinja seu objetivo, ela deve planejar e controlar pessoas, recursos financeiros, humanos, materiais e equipamentos. A equipe de saúde é algo dinâmico desempenhando tarefa, interagindo entre si, atendendo dessa forma as necessidades dos clientes (JUNQUEIRA, 1992). A função do gerente é ser o mediador entre pessoas, tecnologia, materiais e ambiente, devendo ter uma cumplicidade com os objetivos da organização. Nesta dimensão, a ação gerencial deve ser valorizada como uma expressão individual e coletiva dos princípios administrativos de um sistema social. Ela reflete o compromisso, a autodisciplina e a capacidade de adaptação pessoal para alcançar o consenso da missão e da visão de uma organização. Esta habilidade inclui todas as competências necessárias do conhecimento administrativo e do comportamento pessoal, na busca de novos horizontes (PEREZ, 1999).

Na visão de Junqueira e Inojosa (1992), o papel da gerência na eficácia da prestação dos serviços de saúde é importante, considerando o processo de produção dos serviços de saúde, os quais têm suas próprias características. Vale dizer que, as funções gerenciais desempenhadas são voltadas para a resolução dos problemas de saúde do cliente, e o gerente, neste ambiente, deve atuar como um pólo gerador de conhecimento, incorporando as inovações tecnológicas, definindo suas responsabilidades, visando à eficácia e à resolutividade dos serviços prestados.

Nas organizações prestadoras de serviços de saúde, as atividades devem ser realizadas de acordo com o objetivo proposto atendendo aos preceitos da eficácia. Neste contexto, observa-se a importância de ouvir o cliente e permitir que o trabalho seja realizado efetivamente, pois este cliente é a razão da existência da organização (MARTINEZ, 2002). Neste sentido, leva-se em conta o pensamento de Selig; Possamai e Kliemann Neto (2002, p. 1), de que um sistema

gerencial deve prover à empresa informações detalhadas das atividades dentro de um

processo de elaboração de seus produtos/serviços. Essas informações não devem ter um caráter meramente contábil, mas sim, uma ênfase gerencial deixando de lado a idéia de um simples processador de dados para assumir uma postura de gerenciamento de custos pelas atividades.

Os autores descrevem que um sistema gerencial necessita simular um “processo produtivo a partir de suas atividades, satisfazendo alguns pontos”, como:

- Identificar os produtos/serviços nos quais o consumidor reconhece valor, associando-os ao sistema produtivo;
- Identificar as atividades que agregam valor aos produtos e aos serviços;
- Apresentar medidas às causas que permitam uma linguagem de comunicação única na avaliação das melhorias;
- Analisar e identificar as causas dos custos; como o *layout* é um fator determinante nos custos de movimentação dos materiais;
- Permitir à gerência reconhecer, os níveis de atividades (onde a ação está realmente tomando lugar), como são formados os valores de custos;
- Unificar a produção pela utilização da noção abstrata do trabalho, que é o elemento comum entre as atividades;
- Considerar que o objetivo maior de uma empresa é agregar valor aos produtos e aos serviços, ou seja, as matérias-primas são apenas objetos de trabalho, segundo Selig; Possamai e Kliemann Neto (2003, p. 1-2). Observa-se que a principal vantagem competitiva das organizações prestadoras de serviços está baseada no conhecimento tácito que os funcionários possuem. Este conhecimento é difícil de ser modelado, pois ao mesmo tempo é individual e coletivo e reside na cabeça das pessoas. As organizações que propiciam a aprendizagem estão estruturadas para desenvolverem as competências específicas e a capacidade inovadora nos seus serviços, sistemas gerenciais e na liderança de mercado. Para melhor atender o cliente, segundo Maximiano (1995, p. 3-7), é necessário que o gerente tenha conhecimentos sobre o processo administrativo, pois “[...] é o gerente quem planeja, organiza, dirige e controla. Principalmente dirige, conduzindo pessoas de acordo com suas decisões [...]”. Destaca-se que, nas organizações,

o papel gerencial é influenciado por fatores como conjuntura econômica, tamanho, grau de profissionalização e ideologia da organização, formação e valores do gerente, motivação e necessidade de supervisão dos funcionários, disposição dos funcionários em relação ao gerente e a área de atuação do gerente.

Nesta direção, a competência gerencial é determinada por um conjunto de fatores

peçoais, inatos e intuitivos, e outros que são adquiridos através da formação e/ou experiências e do desenvolvimento do conhecimento e das habilidades. Como descreve Junqueira (1992, p. 86), a “atuação gerencial requer conhecimentos, habilidades e atitudes que passam pelas extensões técnicas, administrativas, políticas e psicossociais, possuindo significado eficaz que permeará a ação gerencial”. O autor expressa que não se pode identificar um estilo ótimo de gerência para os serviços de saúde. Pode-se, pelo menos, supor que será um gerente eficaz aquele que for capaz de envolver as pessoas na tarefa, alterando sua prática em função das mudanças que ocorrem no interior e fora da organização, comprometendo seus funcionários na produção dos serviços ofertados.

Brandão (1999) descreve que um gerente deve ter competências não apenas como um conjunto de qualificações, mas como resultado ou efeito da aplicação dessas qualificações no trabalho. Fleury e Fleury (2000) afirmam que as competências devem agregar valor econômico para a organização e valor social para o indivíduo, conforme ilustra a Figura 3.



Figura 3 - Competências gerenciais como fonte de valor para a organização. (FLEURY e FLEURY, 2000)

Nessa mesma direção, Sparow e Bognanno (1994) afirmam que competências desempenham condutas identificadas como importantes para obtenção de elevada performance em uma determinada tarefa, na extensão de uma carreira profissional ou contextualizada numa estratégia corporativa. O conceito de gerenciamento torna-se mais amplo e também envolve a prestação de serviços adequados e satisfatórios perante o cliente, tendo como benefício uma vantagem, o ganho que o cliente obtém do desempenho de um serviço que o satisfaz e que atenda às suas necessidades desejos e expectativas.

Observa-se que existem vários fatores que influem no gerenciamento dos serviços de saúde. Dentre eles destacam-se as condições econômicas que implicam no valor dos serviços,

materiais e equipamentos necessários à provisão do atendimento à saúde. Destacam-se também os fatores políticos que influem nas organizações e os fatores ambientais, influenciando no processo de trabalho com os clientes e as organizações. Neste processo, o gerente não pode ser visto no seu trabalho interno, mas como participante ativo do processo de elaboração das políticas da organização em face sua posição de líder.

O gerenciamento das organizações prestadoras de serviços de saúde pode ser considerado único (específico), pois possui características próprias devido ao individualismo do serviço. O gerente e a organização devem ter precisão na prestação dos serviços para cada cliente, devendo levar em conta a saúde individual, pois esta não pode ser reproduzida em massa e tampouco vendida como produto. Devem os serviços ser adaptado às necessidades particulares dos clientes. Nesta dimensão, deve-se levar em conta as indústrias dos cuidados médicos, que são as mais profissionalizadas, além de contar com vários profissionais que atuam tanto como provedores de serviços quanto como diretores de organizações prestadoras de serviços de saúde, segundo Mezomo (2001).

Neste sentido, as funções gerenciais nas organizações que prestam serviços de saúde devem abarcar o planejamento, controle e coordenação dos serviços, a alocação dos recursos, avaliação de *performance*, contar com o apoio de toda equipe, incluindo, aqui, o gerenciamento da qualidade do cuidado e a eficiência deste para o cliente. Selig; Possamai e Kliemann Neto (2003, p. 3) afirmam que são as

atividades que contribuem diretamente para a *performance* de um serviço/produto, e como é o consumidor quem avalia essa performance, o trabalho de definição das atividades e sua classificação em atividades valor ou não-valor são tarefas importantes e dinâmicas, e que devem ser conduzidas indiretamente pelo consumidor.

Os autores explicitam que estas atividades são caracterizadas pela sua lentidão e “pela necessidade de relacionar as atividades com as funções dos serviços/produtos. Além disso, a relação é dinâmica uma vez que os desejos dos consumidores alteram-se constantemente” (SELIG; POSSAMAI e KLIEMANN NETO, 2003, p. 3).

2.3 O Setor de Serviços

No século XIX, somente três de cada dez trabalhadores nos Estados Unidos estavam no setor de serviços. Os outros estavam na agricultura e na indústria. Cinquenta anos depois,

metade dos trabalhadores já estava no setor de serviços. Observa-se que, nos últimos anos, a economia, que era predominantemente de manufatura, hoje está baseada em serviços, segundo Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000).

No Brasil, ainda existe uma certa deficiência de bens e serviços, comparando-se com outros países desenvolvidos. Percebe-se que, em alguns lugares, como no ABC paulista, o setor de serviços cresceu, superando a atividade industrial. Este setor corresponde a 55% do produto interno bruto no Brasil. É o que responde pela maior parte do crescimento de novos empregos. Lovelock e Wright (2001) definem serviço como um ato ou desempenho que cria benefícios para clientes, por meio de uma mudança desejada no, ou em nome do destinatário do serviço. Os produtos podem ser divididos em três categorias, segundo Paladini (1995) a) como bens tangíveis sendo os produtos que são palpáveis fisicamente, b) os serviços que são os bens intangíveis e c) os métodos que são assessoria técnica, desenvolvida por terceiros.

Quanto aos aspectos operacionais na produção de bens e serviços, para Pasquali (2002, p. 9) estas devem ser claras. A autora descreve que

os bens são produzidos por pessoas que trabalham em condições ideais, como ambiente isolado, após treinamentos e instruções especializados, e com entrega real do produto, enquanto os serviços são produzidos com a participação do cliente e em ambientes adequados ao cliente, dependendo de outras áreas de suporte e com múltiplos instrutores, sem a garantia de entrega.

Existem algumas características que marcam a diferença entre bens tangíveis e serviços e métodos. No caso dos bens tangíveis, há uma pequena interação direta com o cliente. Nos serviços e métodos, apresenta-se uma grande interação direta com o cliente.

Para Albrecht (2002), o serviço é um resultado psicológico e fundamentalmente pessoal, ao passo que um produto físico é geralmente impessoal quanto a seu impacto sobre o cliente. E, para Ganesi e Corrêa (1994, p. 32), os “serviços são experiências que o cliente vivência enquanto que os produtos são coisas que podem ser possuídas”. Os autores descrevem que os serviços são difíceis de serem patenteados, pois não é fácil copiar conceitos, ao contrário de bens ou produtos, que podem ser copiados e/ou imitados. Há uma diferença entre gerenciar serviços e gerenciar a produção de bens. Portanto, é necessário o gerente conhecer as características especiais dos serviços.

Neste sentido, “os serviços apresentam características peculiares que dificultam a avaliação da qualidade, o que não ocorre com os bens manufaturados, já que os serviços são intangíveis”, segundo Pasquali (2002, p. 23). Os serviços, segundo Barros (2002), possuem quatro características, sendo:

- Intangíveis não pode ser medidos, não são vistos, são experiências vivenciadas pelos clientes;

- Não podem ser estocados, são usados no momento em que são oferecidos, pois, se não forem utilizados se tornam irrecuperáveis. Bens podem ser estocados e serem usados em outro momento, ou quando houver necessidade;

- Altamente variáveis e heterogêneos. Ocorrem variações dependendo do tipo de cliente e onde estão sendo prestados;

- São produzidos e consumidos ao mesmo tempo. Os prestadores de serviço participam ativamente durante o processo, ocorrendo uma interação entre eles e o cliente.

Segundo Goldzimer (1991), cliente é alguém que, movido por interesse próprio, tem a opção de chegar até o fornecedor em busca de seu produto ou serviço ou de escolher outro fornecedor qualquer, que lhe ofereça melhores condições para transacionar. Cada cliente toma centenas de decisões sobre a empresa ou seu produto, toda vez que uma pessoa ou alguma coisa que os represente entra em contato com ela. A empresa está constantemente causando impressões expressadas verbalmente ou não, que podem criar ou destruir esta relação.

Expandindo o conceito de cliente, Conway (1996) visualiza como internos os colaboradores de trabalho, ou externos, de fora da organização, que têm necessidades a serem atendidas e para os quais se vai trabalhar. Um cliente de uma empresa é, antes de tudo, um ser humano, um indivíduo. Ele não é, necessariamente, o público consumidor, mas sim qualquer pessoa que dependa dos serviços prestados pela empresa ou dos produtos por ela fabricados, mesmo que seja um dos seus colaboradores. Nesta interação, alguns fatores influenciam a escolha e a compra do serviço prestado. Segundo Gianesi e Corrêa (1994), torna-se necessário conhecer quais são as etapas do processo de decisão que influenciam a compra de um serviço. O cliente, identificando suas necessidades, sai em busca de informações sobre o profissional que poderá satisfazê-lo. Faz a avaliação do serviço utilizando opiniões, preço, instalações, e, após passar por essas etapas, procura ter acesso ao serviço.

A busca pela satisfação dos clientes, segundo Selig; Possamai e Kliemann Neto (2003, p. 6), está “associada à necessidade de racionalização de seus custos, vem obrigando as empresas a repensarem seus sistemas produtivos. [...] e diferenciar os dispêndios que agregam valor (custos) daqueles que não agregam valor (gastos)”. A satisfação do consumidor ou do cliente é o principal alvo de uma organização e um dos principais instrumentos de diferenciação entre a mesma e os seus concorrentes. Entre os clientes, incluem-se compradores externos de produtos e serviços da organização, a comunidade local,

funcionários, gerentes, supervisores e os seus proprietários.

Para Desatnick e Derzel (1995), manter o cliente, assegurar sua satisfação é um grande negócio, não importa o tamanho da empresa. A necessidade da excelência no serviço ao cliente e da disseminação por toda a cultura da organização vem da mentalidade de que o cliente deve vir em primeiro lugar.

Nesta direção, a chave para um serviço de qualidade ao cliente é concentrar-se profundamente nas necessidades e desejos, criando um serviço que atenda ou exceda as suas expectativas. O propósito deste esforço é dispor de clientes fiéis, com contratos exclusivos de longo prazo que sustentarão os custos da estrutura da empresa. McKenna (1997) ressalva que o estabelecimento de relacionamentos com os clientes é, hoje, um compromisso que precisa ser assumido por todos na empresa.

Para Zaiss (1994), o comprador de hoje é mais consciente do valor. Além dos benefícios específicos do produto ou serviço, está procurando por serviços de valores agregados. A grande ameaça para as organizações está no fato de que os empresários podem ficar tão envolvidos com questões contábeis, detalhes legais, levantamento de fundos e burocracia organizacional que facilmente perderão de vista o ingrediente mais importante para o sucesso de seu empreendimento, o cliente, segundo Cannie e Kaplin (1994).

Cliente é a pessoa que toma uma decisão de compra e é com quem o vendedor ou prestador de serviços está tratando, objetivando atendê-lo e solucionar o seu problema, citado por Freemantle (2001). Quando um cliente opta por um serviço, ele passa por um processo de decisão mais complexo do que quando decide comprar um produto. Isto ocorre pelas diferentes características entre serviço e produto. Características estas como a intangibilidade e a variabilidade, que dificultam o poder de decisão da compra, segundo Lovelock e Wright (2001).

Durante o processo de compra são observados dois importantes personagens, que seriam o usuário e o decisor. O usuário será o que irá consumir o serviço e o decisor é o que decide fazer a compra. O prestador de serviço deverá identificar as necessidades e expectativas de cada um deles. Muitas vezes o cliente é o usuário e o decisor ao mesmo tempo. Observa-se a existência de vários determinantes que influenciam a percepção do cliente durante a prestação do serviço. Isto ocorre durante ou após o processo de compra. A última impressão do serviço prestado é a que permanece na memória, influenciando o cliente a repetir a compra ou mesmo a passar uma boa impressão a outros clientes (GIANESI e CORRÊA, 1994). Os autores ressaltam que, durante o processo de procura do serviço, existem quatro fatores que influenciam o comportamento do cliente - a cultura, o social, o

pessoal e o psicológico.

Em relação à cultura, Kotler (2000) afirma que esta pode ser classificada a partir da nacionalidade, religião, grupos raciais e regiões geográficas. As classes sociais refletem a renda, ocupação, grau de instrução e as preferências por diferentes meios de comunicação. Quanto aos fatores sociais, estes influenciam o comportamento do consumidor. Existem pessoas que interferem direta ou indiretamente no comportamento de outras, pois pode-se citar que a família influencia de maneira significativa à decisão do cliente.

O comportamento pessoal do cliente, para Gianesi e Corrêa (1994), refere-se à identificação das características pessoais como idade, ocupação, estilo de vida e condição econômica, identificação que possibilita ao profissional prestador de serviço um atendimento diferenciado ao cliente. O autor descreve que, em relação aos fatores psicológicos, a motivação, a percepção, o aprendizado, as convicções e as atitudes influenciam o comportamento do cliente. A motivação leva-o a adquirir determinado serviço, devido a uma necessidade. A percepção é um fator intangível, é a maneira como o cliente interpreta as informações que recebe. O aprendizado é o que já teve como experiência anterior e as convicções e atitudes são certas noções que o cliente tem sobre o serviço adquirido.

Nesta dimensão, a necessidade da aquisição de um serviço, segundo Ferreira (1995), é aquilo que é essencial ou indispensável. A expectativa é a esperança fundada em supostos direitos, probabilidades ou promessas. Necessidades são desejos subconscientes e profundos que dizem respeito a questões existenciais e de identidade de longo prazo. Sendo assim, através desses desejos, os clientes sentem-se motivados a tomar iniciativas para realizá-los (LOVELOCK e WRIGHT, 2001).

A partir das necessidades dos clientes, é que vão surgir as expectativas em relação ao serviço que estão procurando. Ao analisar o serviço enquanto está usufruindo, o cliente levará em conta suas expectativas, que muitas vezes podem ser diferentes de suas necessidades. Os fatores que influenciam a formação das expectativas dos clientes seriam a) a comunicação entre uma pessoa e outra, b) as necessidades pessoais, c) experiências anteriores e d) a comunicação formal ou externa. A comunicação boca a boca baseia-se na recomendação de terceiros para tentar encontrar qual o melhor serviço para satisfazer suas necessidades. A necessidade pessoal é um dos principais fatores formador de expectativas, porque é tentando atender às suas necessidades que o cliente sai à procura do serviço. A comunicação formal ou externa, aliada à propaganda de um determinado serviço, faz com que ocorra um aumento da expectativa do cliente. Assim suas exigências se tornam maiores que suas necessidades (GIANESI e CORRÊA, 1994).

Para um prestador de serviço, manter o cliente fidelizado tem um custo menor do que adquirir novos clientes. O atendimento dessas expectativas só será possível através do bom desempenho do prestador de serviço.

Berry e Parasuraman, citados por (CORDEIRO, 2001), classificam em dois níveis as expectativas dos clientes. O serviço desejado é um misto do que o cliente acredita que pode ser, com o que deveria ser. Entre o nível desejado e o nível adequado existe uma zona de tolerância, sendo considerada pelo cliente como satisfatório. Quando um desempenho está abaixo da zona de tolerância, ele será frustrante para o cliente e poderá reduzir a sua fidelidade ao prestador de serviço. No momento em que as expectativas são maiores do que as necessidades, a avaliação do cliente será baseada de acordo com as suas expectativas, sendo assim, o fornecedor do serviço deverá redirecionar seus esforços com a finalidade de satisfazê-las. Existem algumas considerações importantes sobre necessidades e expectativas, dentre elas destacam-se:

- O prestador de serviços deve saber as expectativas e as necessidades de seus clientes;
- Em um curto prazo de tempo deve atender às expectativas dos clientes, estando apto para o mesmo, porque é baseado nelas que o serviço será avaliado;
- Em longo prazo, o sistema de operações de serviços deverá procurar as necessidades reais dos clientes, capacitando-se para atendê-las;
- Deve identificar as expectativas e, a real necessidade do cliente, procurando influenciar em ambas.

Nesta direção, observa-se a existência de alguns fatores que podem influenciar a percepção do cliente na compra do serviço. Segundo Albretch (1992), existe uma seqüência de momentos da verdade, que é quando o cliente analisa as características importantes. A seqüência de momentos da verdade enfrentados pelo cliente é denominada de ciclo de serviço. Cada momento da verdade tem um nível de importância diferente em relação ao ciclo de serviço, fazendo com que sejam identificados os momentos críticos.

Gianesi e Corrêa (1994, p.74) descrevem que, “quando há uma ligação formal entre a organização e cliente, a organização percebe uma série de benefícios provenientes da frequência de compra do cliente. A organização deve conhecer melhor seus clientes e suas necessidades”. Quanto maior for o grau de relacionamento, maior é a “fidelidade do cliente em relação a um fornecedor de serviço específico”, “[...] podendo aumentar o custo de troca de fornecedor, aumentando seu poder de competitividade”.

A prestação do serviço e a comunicação transmitida ao cliente, durante ou após o processo da prestação do serviço, são os dois fatores principais responsáveis pela percepção do cliente em relação ao serviço oferecido, esta se apresenta na Figura 4.

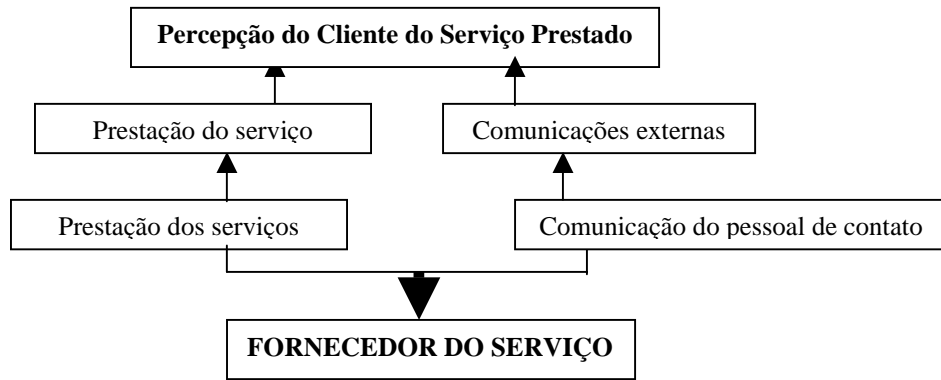


Figura 4 - A formação da percepção do serviço prestado. (GIANESI e CORRÊA, 1994, p. 86)

Para Zeithaml, Parasuraman e Berry citado por (GIANESI e CORRÊA, 1994), devem-se identificar os critérios que são avaliados pelos clientes em relação ao serviço de que necessitam. Os autores criaram uma lista com cinco critérios para avaliar a percepção dos clientes quanto à qualidade do serviço, isto é, o processo por meio do qual um cliente seleciona, organiza e interpreta as informações recebidas para criar uma imagem do que está recebendo, conforme demonstrado na Figura 5.

* São fáceis de quantificar e medir quanto às de manufaturados Deming (1990)	Dimensões dos Serviços Zeithaml; Parasuraman e Berry [1992]	* Confiabilidade	Fornecimento do serviço prometido de modo confiável e preciso.
		Sensibilidade	Disposição em oferecer serviço com presteza
		Segurança	Conhecimento, cortesia e habilidade de funcionários.
		Empatia	Atenção e cortesia individualizada.
		* Tangíveis	Aparência física de instalações, equipamentos, pessoal e materiais de comunicação.

Figura 5 - Os cinco critérios para avaliar a percepção dos clientes. (ZEITHAML, PARASURAMAN e BERRY, citado por GIANESI e CORRÊA, 1994)

Gianesi e Corrêa (1994) relatam que nem todos os clientes evidenciam o mesmo nível de importância em relação ao serviço prestado. Na análise do ciclo de serviço, observa-se que no primeiro e o último momento é o mais percebido pelo cliente, é o que fica mais forte na memória influenciando a futura decisão de retornar, ou não, a usufruir o serviço novamente. A

Figura 6 apresenta os critérios da avaliação do serviço.



Figura 6 - Critérios da avaliação da qualidade dos serviços. (adaptado de GIANESI e CORRÊA, 1994)

Os elementos que compõem a Figura 6 são:

- Credibilidade/segurança - ao prestar o serviço, este é realizado como o prometido, com precisão, consistência e segurança;
- Velocidade de atendimento - rapidez e prontidão para atender o cliente;
- Tangibilidade - é o que corresponde à parte física do serviço;
- Flexibilidade - necessidades do cliente, capacidade de mudar e adaptar o serviço.
- Acesso - a facilidade de entrar em contato com o prestador de serviço;
- Custo - o valor a ser pago pelo serviço;
- Atendimento/atmosfera - a facilidade de encontrar pessoal de atendimento, bens facilitadores e instalações;
- Consistência - sem variações no resultado do serviço;
- Competência - conhecimento e a habilidade do prestador de serviço no desempenho.

Para Juran (1993), as características da qualidade são identificáveis e são atributos necessários para adequação ao uso, mesmo com as particularidades do serviço. Apresentam-se na Figura 7 os atributos dos serviços.

Atributos dos Serviços Juran [1993]	Psicológicos	Beleza do ambiente, conforto, reconhecimento a clientes regulares.
	Tempo	Tempo de espera em filas.
	Contratuais	Garantia de serviço satisfatório.
	Éticos	Honestidade, cortesia, empatia.
	Tecnológicos	Conhecimento dos equipamentos.

Figura 7 - Os atributos dos serviços. (JURAN, 1993)

Para os atributos de qualidade em organizações prestadoras de serviços, Giansesi e Corrêa (1994) estabeleceram um conjunto de 11 padrões para interfaces críticas de serviços que podem ser usados na medição da satisfação dos clientes, a saber:

- Antecipação às necessidades dos clientes;
- Eficácia do planejamento;
- Interesse demonstrado pelo cliente;
- Oportunidade da prestação dos serviços;
- Padrões conjuntos definidos entre o prestador de serviços e o cliente;
- Precisão na prestação dos serviços;
- Qualidade dos serviços;
- Quantidade dos serviços;
- Satisfação global do cliente;
- Sensibilidade para identificar as necessidades dos clientes;
- Solução dos problemas e eliminação de suas causas.

Para Selig; Possamai e Kliemann Neto (2003, p. 3), a organização deve buscar “identificar as atividades agregadoras de valor ao cliente. A mensuração dos desperdícios e a detecção/eliminação das atividades que agregam valor são condicionantes dos novos sistemas de gestão para o auxílio da análise e melhoria da eficiência interna dos processos produtivos”.

Albrecht (1992, p. 24) observa que a gerência de “serviços, como modelo e filosofia de gestão, está conquistando a atenção de executivos em muitos estabelecimentos de prestação de serviços”. O mesmo autor descreve que o cliente deve ser encarado de uma nova forma. O cliente satisfeito e disposto a voltar e a pagar pelo serviço é como um ativo. Neste sentido, Vasconcelos (2001) ressalta que a procura crescente das pessoas por serviços de qualidade gera uma necessidade de transformações nas características destes serviços e um aumento na cobrança para com os prestadores de serviços, de qualquer natureza.

2.3.1 Serviços de saúde

Os serviços produzidos na área de saúde apresentam duas vertentes. A primeira refere-se à assistência dirigida ao indivíduo, e o segundo centra-se na gerência dos serviços ofertados. Malik (1996, p. 32) descreve que “os serviços de saúde são, por definição, dependentes da mão-de-obra especializada e de equipamentos com alto grau de

complexidade”. Neste sentido, Cohn e Elias (1998) descrevem que os serviços de saúde podem ser classificados de acordo com o local de atendimento, os níveis de complexidade da atenção que oferecem e a maneira como são financiados, em públicos ou privados.

Na saúde, o processo de produção dos serviços tem características próprias. Observa-se a importância do papel da gerência na eficácia da prestação dos serviços. Para Nogueira (1997, p. 182), “toda a assistência à saúde é um serviço. *Serviço* funde-se em uma interação pessoal intensa. Na saúde, ele é forte e decisivo para a eficácia do ato”. O trabalho no setor saúde tem um processo específico, pois envolve o cliente nos aspectos bio-psico-social, onde a qualidade dos serviços prestados está em primeiro lugar.

Malik (1996, p. 31) afirma que, devido às características dos serviços no setor da saúde, existe “dificuldade para definir as saídas dos serviços, devido à quantidade de tarefas de caráter de urgência ocasionando erros”. Afirma que existe “maior lealdade à equipe profissional em detrimento da organização. Nas organizações de saúde, devido à “interdependência das atividades, sendo estas, altamente especializadas, observa-se ainda, o pouco controle hierárquico sobre o grupo de trabalho...”. Nos serviços de saúde, cliente e mercado têm suas particularidades. Elas são necessárias para questionar se as leis de mercado são suficientes para garantir a qualidade dos serviços de saúde e se a questão da qualidade é abordada de forma semelhante na indústria ou em outros serviços (ÁVILA e ÁVILA, 2001).

Nas organizações prestadoras de serviço, a qualidade dos serviços é dependente da interação organização/cliente, onde o consumidor tende a avaliar a qualidade de um serviço não somente pela qualidade técnica, mas também pela qualidade funcional”, segundo Cordeiro; Valentina e Possamai (2002, p. 2). Corroborando com o exposto, destaca-se a existência de três tipos de serviços, os específicos de saúde prestados aos clientes e os resultados destes serviços, a avaliação dos serviços de saúde prestados e os planos direcionados a novos serviços e, a comunicação disseminada aos clientes por meio dos relatórios dos prestadores do serviço, permite a concretização da imagem da organização, em Mezomo (2001).

O prestador de serviço de saúde, mais do que qualquer outra área, deve prestar um serviço de excelente qualidade aos seus clientes, pois hoje a preocupação com a qualidade de vida e o bem-estar físico estão relacionados também com manutenção de uma boa saúde, assim como a concorrência com os demais profissionais, fazendo com que busquem efetuar um atendimento de excelente qualidade. Atualmente, alguns fatores são fundamentais para se realizar uma gestão, tais como inovação, qualidade, agilidade e atenção ao cliente (CORDEIRO e RIBEIRO, 2002).

Acredita-se que os profissionais da área da saúde sabem o que é melhor para o cliente. Talvez tenham razão na parte técnica e do conhecimento específico, mas com certeza o cliente analisará outros fatores, como a atenção dispensada a ele por todas as pessoas que o atenderam, o tempo de espera até ser consultado, o tempo do atendimento. O cliente analisa tudo desde o momento em que entra no estabelecimento até a sua saída. Sendo assim, os profissionais da saúde devem levar em conta todos os aspectos tangíveis e intangíveis e não apenas o conhecimento técnico (NOGUEIRA, 1999).

2.3.2 Qualidade dos serviços

Com relação à prestação da qualidade dos serviços, Silva (1999, p. 1), assinala que alguns autores manifestam a “importância vital da qualidade para as organizações que desejam ser competitiva no mercado atual”. Entretanto, “para muitas organizações esta premissa continua longe de serem alcançados, muitos são os motivos, dentre eles: a visão errada do que é prestar um serviço ou produto com qualidade”. A autora, destaca que as utilizações dos manuais de procedimentos, na grande maioria das vezes estão ultrapassadas. Considera que uma organização para ser competitiva “deve ter incorporado, como um todo, a idéia da qualidade em tudo o que faz. Todas as pessoas devem ser responsáveis pela qualidade de um produto ou serviço”.

Qualidade pode ser definida como um conjunto de características de desempenho de um produto ou serviço que, em conformidade com as especificações, atende e, por vezes, supera as expectativas e anseios do cliente. Qualidade total seria a estratégia de movimentação que todos os colaboradores da organização utilizam e participam para satisfazer as necessidades do cliente (BARROS, 2002).

Neste contexto, define-se qualidade como a satisfação das necessidades e expectativas dos clientes. Outro enfoque da qualidade recai na conformidade com as especificações do serviço que leva em consideração fazer melhor e mais rápido. Na Figura 8, descrevem-se as abordagens relacionadas à qualidade do serviço, como descrito por Garvin (1992).

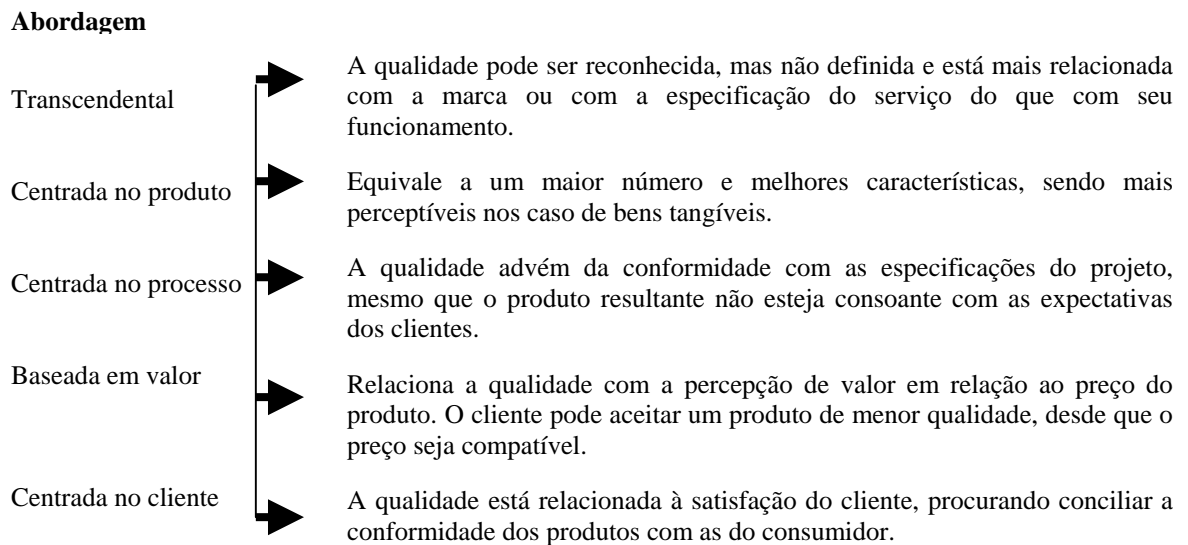


Figura 8 - As 5 abordagens da qualidade dos serviços. (adaptada de GARVIN, 1992)

Slack et al., (1996, p. 552) resumem as diferentes abordagens de Garvin (1992) na definição, “qualidade é a consistência e a conformidade com as expectativas do cliente”. Diz-se que um produto ou serviço possui qualidade quando atende às necessidades e expectativas de seus clientes. Qualidade é a avaliação cognitiva, por parte do cliente, de longo prazo, sobre a entrega do serviço e a satisfação é uma reação emocional, de curto prazo, ao desempenho específico de um serviço (LOVELOCK e WRIGH, 2001). Torna-se, dessa forma, mais difícil de ser avaliada a qualidade do serviço.

Lin; Tang e Jackson (1999) descrevem os atributos para a avaliação da qualidade nas organizações prestadoras de serviços, elaborando lista abrangente que cobre não só as atividades vinculadas ao negócio, mas também aquelas de suporte. Observa-se, na referida lista, um conjunto de atributos que tratam da humanização dos atendimentos prestados aos clientes a seguir:

- Aparência profissional dos médicos e auxiliares;
- Atitudes inspiradoras de confiança pelos profissionais;
- Competência técnica dos profissionais;
- Distribuição de atividades;
- Equipamentos com continuidade operacional e modernos;
- Explicações dos procedimentos aos pacientes;
- Gentileza e cortesia dos profissionais e do pessoal de apoio;

- Inexistência de erros nos documentos;
- Interesse dos profissionais pelos pacientes;
- Interesse pelas opiniões e sentimentos dos pacientes;
- Literatura disponível sobre os serviços;
- Pontualidade no cumprimento dos horários e prontidão no atendimento;
- Preços justos pelos serviços prestados;
- Privacidade durante os atendimentos;
- Responsividade dos profissionais médicos;
- Serviços bem realizados desde a primeira vez (inexistência de retrabalho);
- Tempo de espera previamente definido;
- Tratamento digno e respeitoso aos pacientes.

A organização, ao identificar o cliente, poderá realizar um atendimento que pode ser considerado ideal. Sem identificar o tipo de cliente, a organização pode ressaltar o que menos importa ao cliente e não prestar um serviço adequado (CORDEIRO; VALENTINA e POSSAMAI, 2002). Neste contexto, o serviço esperado não será o adequado.

Identificando o cliente, a organização poderá realizar o serviço da melhor forma possível, pois Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000) colocam que, se a organização executar somente o básico, o cliente poderá não qualificá-la como adequada. Já, se o prestador do serviço realizar bem o básico e o esperado, o cliente achará satisfatório o serviço recebido. A qualidade percebida pelo cliente é demonstrada na Figura 9.

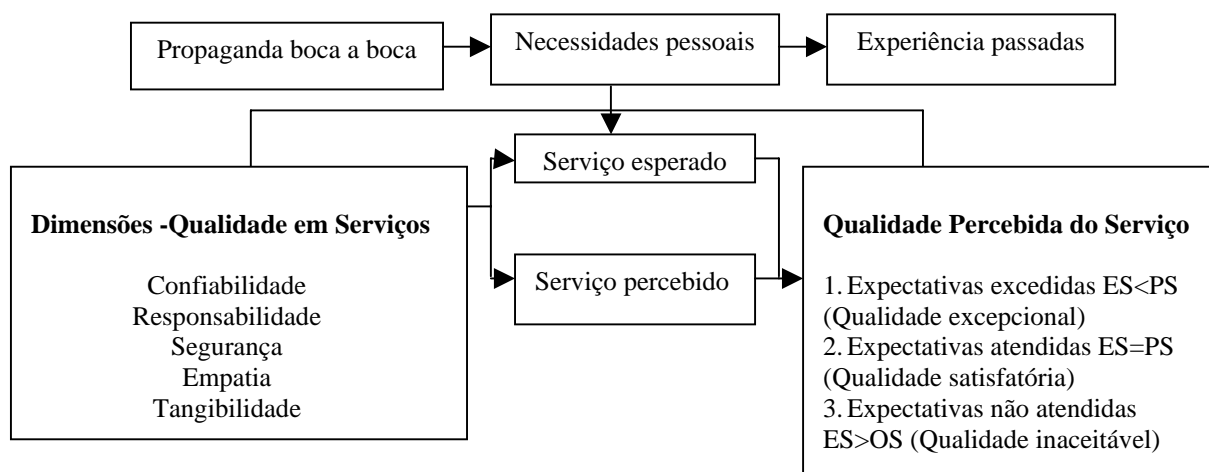


Figura 9 - Qualidade percebida do serviço. (adaptado de FITZSIMMONS e FITZSIMMONS, 2000)

Kotler (2000) salienta que serviços podem ser feitos com equipamentos ou com pessoas. Os realizados para as pessoas podem receber três classificações, a) os que não precisam de qualificação, b) os que necessitam de pequena qualificação e c) os que necessitam de especialização. Para o autor, os serviços devem ser diferenciados quanto ao tipo de atendimento das necessidades envolvidas. Pode haver necessidades pessoais e empresariais. Sob este aspecto, o prestador pode estipular diferentes preços para seu serviço, diferenciando os clientes particulares e os funcionários de uma determinada empresa ou convênio.

Neste contexto, o prestador de serviço deve descobrir as necessidades do cliente para prestar um serviço diferenciado. Lovelock e Wright (2001) afirmam que, quando um cliente escolhe por exemplo uma clínica, ele irá ao encontro da clínica e do profissional escolhido, entrando em contato com a parte tangível do serviço. Observará fatores como ambiente de serviço, os outros profissionais que trabalham na clínica, questões éticas do profissional que irá atendê-lo, serviços complementares, etc.

Atualmente, o usuário está mais bem informado, apresenta grande expectativa referente ao serviço e atendimento, não dispõe de muito tempo, quer mais benefícios e opta por outro profissional com bastante facilidade, caso este não saiba reconhecer e atender suas expectativas. Quando o profissional aponta os fatores que influenciam as expectativas dos clientes, deve observar quais fatores que influenciam na percepção do serviço prestado.

Quando o profissional identifica quais são os fatores que influenciam o comportamento do cliente, o que faz com que este compre determinado serviço, o profissional está descobrindo alguns aspectos importantes para conhecer melhor seus clientes e, dessa maneira, tentar satisfazer a suas necessidades. Os prestadores de serviços estão cada vez mais sofrendo uma forte pressão da concorrência e, dessa forma, precisam aumentar seus conhecimentos em relação ao cliente, com a finalidade de garantir a sua participação no mercado e expandir suas ações (ÁVILA e ÁVILA, 2001).

Em alguns tipos de serviços, a rapidez e eficiência são fatores importantes. Já no serviço da área da saúde, além destes fatores, há a necessidade de cada indivíduo e a eficácia para que se atinja o objetivo deste tipo de serviço. Para os mesmos autores, cliente e mercado têm suas particularidades, elas são necessárias para questionar se as leis de mercado são suficientes para garantir a qualidade dos serviços de saúde e se a questão da qualidade é abordada de forma semelhante na indústria ou em outros serviços.

2.3.3 Indicadores de serviços

Segundo Possamai (2002, p.1), “os indicadores são elementos que se prestam para mostrar a identificação de algum objetivo que se queria atingir. São controlados através de medidores (elementos quantitativos)”. Para uma organização, os indicadores são alguns dos instrumentos que darão os parâmetros necessários para uma melhor avaliação dos processos dentro da organização.

Para Takashina e Flores (1999), os indicadores são essenciais para o planejamento e controle de toda organização. São as formas de representar quantitativamente e qualitativamente as características de produtos e processos. De acordo com Gonçalves (citado por CORDEIRO, 2001), o prestador de serviço deve encontrar os indicadores que mais se encaixem ao tipo de serviço que realiza. Para Valarelli (1999), os indicadores são parâmetros qualificados e quantificados para demonstrar se os objetivos traçados foram alcançados, baseando-se na variação de alguns aspectos de estado ou situação.

Os indicadores podem ser usados para medir aspectos tangíveis e intangíveis. Os aspectos tangíveis nas organizações são os que podem ser vistos e contados. Antunes (1999) salienta que, até poucos anos atrás, havia muita resistência em serem avaliados os intangíveis, capital intelectual, mas hoje se percebe que eles agregam valor ao prestador de serviço.

Para Lovelock e Wright (2001), os indicadores são utilizados na avaliação da estrutura, do processo, da qualidade e do setor financeiro da organização. Na avaliação da estrutura são observados a parte física, as partes tangíveis, os recursos humanos, os equipamentos disponíveis e a forma organizacional do local. Na avaliação é considerada a forma como é desenvolvido o processo. Quanto à qualidade, avalia-se o grau de satisfação do cliente ao ser atendido em suas necessidades, desejos e expectativas. A avaliação do setor financeiro refere-se aos custos da organização prestadora de serviços, à margem de lucro, entre outros.

Para Edvinsson e Malone citados por (ANTUNES, 1999), a construção de indicadores pode ser verificada numa relação do foco financeiro, receita/empregado, faturamento/empregado, valor do serviço de mercado, valor de mercado dos empregados, despesas administrativas, investimentos em tecnologia da informação e recursos humanos que trabalham na organização. Os indicadores podem e devem ser utilizados como parâmetros para auxiliar no gerenciamento em todos os setores da organização.

Segundo Harrington citado por (FRANCHI, 1998), é de extrema importância saber

quais são os indicadores da qualidade, pois estes irão fornecer as informações necessárias para identificar os processos críticos, possibilitando, assim, o estabelecimento das decisões necessárias para melhoria da qualidade. Os indicadores da qualidade podem ser mais subjetivos do que objetivos, sendo apresentados na Figura 10.

Indicadores Objetivos	Indicadores Subjetivos
- tempo de execução;	- satisfação;
- número de falhas;	- disponibilidade;
- tempo de espera;	- acessibilidade;
- número de reclamações;	- cortesia;
- tempo de resposta;	- agilidade;
- número de cliente perdidos;	- confiança;
- volume de transações.	- competência.

Figura 10 - Indicadores de qualidade em serviços. (GONÇALVES citado por CORDEIRO, 2001)

Campos (1998) salienta que, quanto à eficácia da organização, quem vai indicá-la são os indicadores da qualidade. Na área da saúde, por meio de indicadores, consegue-se estabelecer padrões, assim como o acompanhamento da evolução desses padrões ao longo dos anos. Um único indicador, usado isoladamente, não possibilita o conhecimento da complexidade da realidade social, mas a junção de vários ou, ainda, a comparação entre vários indicadores facilita muito o trabalho. Os indicadores podem e devem ser usados para auxiliar o gerenciamento dos prestadores de serviço da área da saúde, de forma a assegurar a disponibilidade dos dados e resultados mais significativos em um menor tempo e com um menor custos.

Indicadores de desempenho têm como foco o material humano como índice de motivação dos empregados, número de empregados, idade média dos funcionários, rotatividade dos mesmos e despesas com capacitação dos recursos humanos. Para gerenciar uma organização de saúde, deve-se ter em mente a necessidade de indicadores, que tornam possível avaliar constantemente a qualidade do serviço, proporcionando mudanças ou agregar valor sempre que necessário. Para Campos (1998) os indicadores da produtividade podem mostrar como anda a eficiência da empresa, mas não indicam porque está perdendo mercado. No próximo capítulo, serão abordados alguns modelos de gestão, sendo eles: modelo de gestão *5 Gaps*, a ISO 9000, a gestão pela qualidade, o *balance scorecard* e o *marketing* de

relacionamento.

CAPÍTULO 3 - MODELOS DE GESTÃO

Nesse capítulo são apresentados diversos modelos de gestão, que podem ser utilizados pelas organizações prestadoras de serviço de saúde. Esse elenco dos modelos embasam em alguns pontos do estudo.

As organizações buscam modelos de gestão, segundo Kliemann Neto; Possamai e Selig (1999, p. 2) e isso ocorre devido “às recentes mudanças conjunturais proporcionadas pela abertura do mercado internacional para as empresas brasileiras e pelos novos parâmetros de competição - custos, qualidade e flexibilidade - vêm exigindo a melhoria dos níveis de competitividade”. Para os autores, “isto obriga a reavaliação constante das estratégias empresariais, com destaque para as sistemáticas de gerenciamento e controle, de forma a obterem-se incrementos contínuos nos índices de produtividade e qualidade”. Para tanto, é necessário um modelo de gestão que se adapte à realidade da organização.

Para gerenciar uma organização, é necessário um modelo de gestão que defina o estilo de trabalho da organização, onde a união de todos os funcionários seja integrada. Considera-se importante que o modelo identifique a organização de forma eficiente.

O modelo de gestão deve estabelecer as variáveis prioritárias e os parâmetros que irão conduzir a organização. As variáveis de maior importância referem-se aos insumos, processos, produtos e equipamentos necessários no ambiente para cumprir com a função social da instituição. Quando a organização dispõe de um modelo de gestão, este é estabelecido no planejamento institucional e passa a ter os elementos necessários para gerar credibilidade e competência institucional com clareza do caminho e tem ainda a legitimidade dos serviços desenvolvidos, como afirma Aguilar et al. (2002).

Os modelos de gestão servem para entender e descrever as organizações. Assim, cada organização deve ter seu próprio modelo de gestão, e deve realizar revisão do modelo quando da realização do planejamento estratégico na organização, segundo Aguilar et al., (2002). O autor destaca que, para realizar um modelo de gestão, é necessário conhecer as funções, a visão, missão, clientes, produtos e serviços, ciclo de serviços e a estrutura organizacional.

Neste sentido, o modelo de gestão deve ter características próprias para agregar valor às estratégias desenvolvidas pelas organizações. Na sequência, são apresentados cinco modelos de gestão, sendo eles, o modelo de gestão *5 Gap*, o modelo de gestão para qualidade - ISO 9000, o modelo de gestão pela qualidade, o modelo de gestão *balanced scorecard* e o

modelo de gestão *marketing* de relacionamento.

3.1 Modelo de Gestão 5 Gap

O aumento do setor de serviços tem comprovado a importância de as organizações destinarem maior atenção à qualidade dos serviços prestados. No entender de Giansesi e Corrêa (1994), a atenção maior deve ser dada à qualidade dos serviços internos - ou atividades de apoio, que são as atividades de serviços prestados dentro das organizações aos próprios funcionários, os quais constituem o elenco de clientes internos. O reconhecimento e o grau de satisfação dos relacionamentos internos promovem a integração, formando um elo indivisível, na consecução dos objetivos, segundo a visão dos clientes internos. Assim, fornecer os serviços com a qualidade esperada pelos clientes internos/externos requer no mínimo a identificação das expectativas de ambos.

Marketing interno, segundo Lãs Casas (1992), é definido como a aplicação das técnicas de *marketing* ao público interno. No contexto, serviços internos englobam as atividades presentes na interação entre o prestador e o receptor do serviço no interior da organização. Uma organização não deve dar somente importância ao atendimento. Ela deve levar em conta o ciclo contínuo, monitorando as percepções do cliente, sobre a qualidade do serviço. Deve, ainda, identificar as causas da não-qualidade percebida pelo cliente e tomar as medidas apropriadas para superar a lacuna.

Parasuraman; Berry e Zeithaml (1985), no intuito de auxiliar as empresas a detectar as fontes dos problemas na qualidade dos serviços, desenvolveu um modelo de gestão baseado em 5 lacunas, ou 5 *GAPs* para auxiliar a resolutividade dos problemas da qualidade. O modelo tem como propósito buscar subsídios em relação à avaliação da qualidade dos serviços pelos clientes. Ao mesmo tempo, visa medir se os serviços são avaliados pelos consumidores de forma global ou parcial, e quais são as múltiplas facetas das dimensões dos serviços e como estas dimensões diferem de acordo com o segmento do serviço.

Assim, a origem da qualidade de um serviço é atender ou exceder as expectativas do cliente. Os autores elaboraram um modelo conceitual para a qualidade de serviços ou modelo de *Gap*. O modelo de gestão foi criado a partir da comparação do serviço percebido com o serviço esperado, onde as expectativas do cliente são influenciadas por necessidades pessoais, experiência anterior, comunicação boca a boca e comunicações externas. O modelo de gestão é demonstrado na Figura 11.

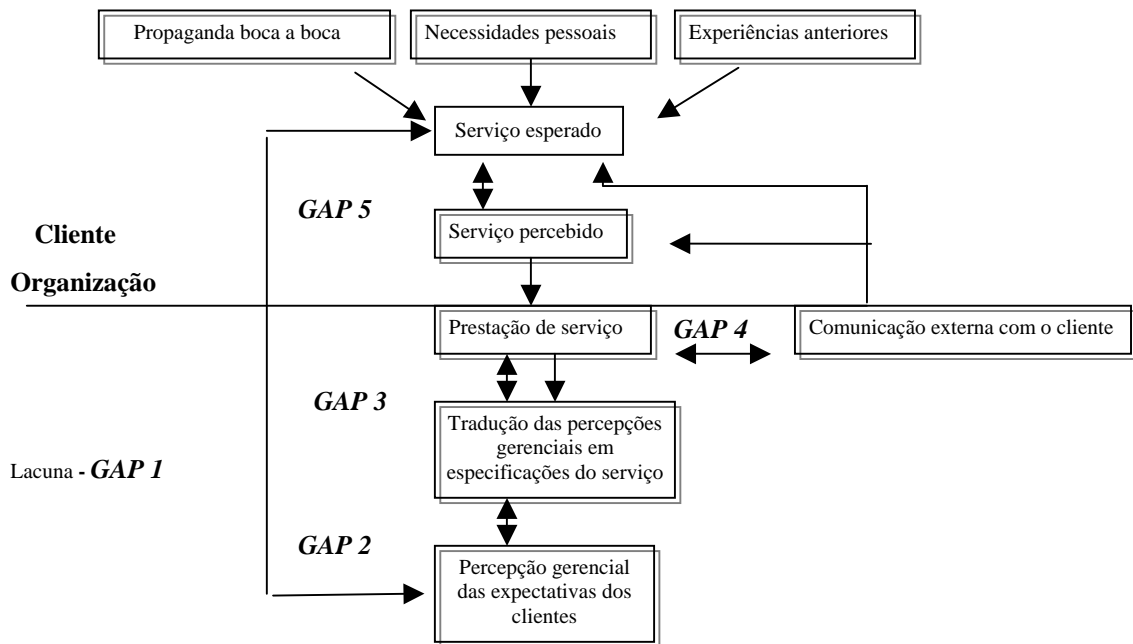


Figura 11 - Modelo de gestão para analisar as falhas da qualidade em serviços. (PARASURAMAN; BERRY e ZEITHAML, 1985)

Cada *Gap* ou lacuna representa um tipo de falha, que pode acontecer durante a prestação de serviços. A descrição de cada *Gap* é apresentado a seguir:

- *Gap 1* - Falha entre o serviço esperado pelo cliente e a percepção: a gerência não consegue compreender quais são as reais expectativas do cliente. Grönroos (1995) coloca que esse *GAP* pode ser devido à falta ou imprecisão de informações da pesquisa de mercado e da análise da demanda. A falha na interpretação das informações sobre as expectativas significa que não ocorre a análise de demanda, portanto, não há informações. Observa-se também, neste caso, que as informações podem ser insuficientes entre os funcionários, clientes e fornecedores em todos os níveis da organização;

- *Gap 2* - Falha entre a percepção da gerência e as especificações da qualidade do serviço: a gerência pode perceber quais são as expectativas dos clientes, mas não ter habilidade no desempenho do trabalho e, conseqüentemente, não satisfaz as expectativas dos clientes. Grönroos (1995) cita que este fator deve-se à ausência do planejamento, ou a erros, ou à insuficiência de procedimentos. Neste caso, a organização não estabelece metas claras e a alta gerência não assume compromisso com o planejamento da qualidade por serviço;

- *Gap 3* - Falha na especificação da qualidade dos serviços e na entrega acontece quando o serviço é bem planejado, porém ocorrem falhas no desempenho, não atendendo às

especificações pré-estabelecidas. Para Grönroos (1995), este *Gap* significa que funcionários não estão de acordo com as especificações ou as especificações são rígidas. Neste sentido, a cultura corporativa existente não coincide com as especificações ou as operações dos serviços são mal gerenciadas. Observa-se, ainda, a falta ou a negligência em relação ao *marketing* de serviços interno na organização, bem como a falta de suporte nas operações de tecnologia e sistema, dificultando o desempenho em conformidade com as especificações;

- *Gap 4* - Falha entre a entrega dos serviços e a comunicação externa com o cliente. Trata-se da propaganda realizada, que cria uma expectativa em relação a um determinado serviço, atraindo ou não clientes. Deve haver um equilíbrio de informações sobre o serviço prestado e o serviço prometido, atendendo, assim, às expectativas formadas pelos anseios dos clientes. Segundo Grönroos (1995), este *Gap* é o resultado do *marketing* externo, não havendo sincronia com as operações de serviço. Neste caso, não existe uma coordenação ou, se existe, há uma deficiência entre o *marketing* tradicional e as operações. Quanto às campanhas de comunicação com o mercado, estas seguem as especificações enquanto que a organização deixa a desejar;

- *Gap 5* - Falha entre o serviço percebido e o serviço esperado. Só ocorre quando uma das quatro falhas anteriores ocorrer podendo ser considerada como resultante das outras falhas. Para Grönroos (1995), este *Gap* refere-se aos problemas com a qualidade ou não há qualidade. Neste contexto, a comunicação boca a boca é contraproducente, a imagem da empresa se torna negativa e negócios são perdidos.

Gronroos (1995) afirma que uma das formas de gerenciar a qualidade de um serviço prestado é considerá-la do ponto de vista dos clientes. Ressalta que somente quando o prestador de serviços compreender como os serviços serão avaliados pelos clientes é que será possível saber como gerenciar essas avaliações e como influenciá-las para o caminho desejado.

Observa-se que as diferenças entre o serviço percebido pelo cliente e o serviço prestado pela organização representam uma perda de qualidade ou não conformidade do serviço. A qualidade em serviços pode ser definida como uma mescla de indicadores objetivos e subjetivos.

Para definir a qualidade de serviço para os clientes, é necessário compreender as dimensões da qualidade em serviços. Nas pesquisas sobre satisfação, observou-se que os clientes apontaram atributos relativos aos serviços em relação ao atendimento pessoal, conforme a descrição na Figura 12.

<p>Características da Qualidade de Serviços</p> <p>* Termos que se referem a formas que o cliente pode avaliar a qualidade de serviços</p>	<p>Determinantes dos Serviços</p> <p>Parasuraman, Zeithaml e Berry [1985]</p>	* Acesso	Facilidades de local, horário e tempo de espera.
		* Comunicação	Descrição clara na linguagem do cliente.
		* Competência	Habilidade e conhecimento dos RH.
		* Cortesia	Amabilidade, atenção e cortesia da equipe.
		* Credibilidade	Manter a confiança dos clientes.
		* Confiança	Desempenho consistente e preciso.
		* Receptividade	Rapidez e criatividade da equipe nas solicitações.
		* Segurança	Serviço isento de risco.
		* Tangibilidade	Elementos tangíveis para percepção da qualidade.
		* Compreensão e conhecimento do cliente	Compreensão das necessidades do cliente.

Figura 12 - Características da qualidade de serviços. (adaptado de PARASURAMAN; BERRY e ZEITHAML, 1985)

Em relação à qualidade dos serviços, Zeithaml; Parasuraman e Berry (1990) atribuem a discrepância existente entre as expectativas e as percepções do cliente sobre o serviço conhecido. A forma para assegurar uma boa qualidade de serviço é obtida quando as percepções dos clientes excedem suas expectativas.

Willians (citado por VASCONCELOS, 2001) acredita que um serviço de qualidade deve exceder as expectativas do cliente, deve gerar força para impulsionar uma empresa, desempenhando um papel fundamental. Um serviço de qualidade não é a meta, não é um objetivo, e, sim, uma maneira de se fazer negócio. Os serviços são os objetivos de um negócio. É por meio desta compreensão da qualidade que uma organização será capaz de encontrar indicadores para avaliar seu desempenho (CORDEIRO, 2001).

As lacunas apontadas na qualidade dos serviços devem ser interpretadas como oportunidades que a organização deve empreender para realizar o alinhamento dos serviços de acordo com as exigências dos clientes. Nesta direção, as organizações fornecedoras de serviços e de alta *performance* seguem as diretrizes dos princípios da qualidade na prestação dos serviços. Assim, estas organizações têm uma visão compartilhada na organização, com a disseminação da comunicação interna/externa, segundo Possamai (2002).

Ter um serviço de qualidade é uma das formas de permanecer e crescer no mercado. Assim, será tratada, no próximo item, a normalização da qualidade e sua relação com os serviços.

3.2 Modelo de Gestão para Qualidade - ISO 9000

Para Maranhão (2001), a ISO 9000 apresenta um conjunto de normas que estabelecem requisitos necessários para garantir a qualidade do serviço e a satisfação dos clientes. A ISO 9000 mantém a ênfase na figura do cliente, buscando a melhoria contínua. Laboratórios, hospitais, clínicas, cooperativas, entre outros órgãos da área da saúde, estão buscando essa certificação. Em 2000, foi reestruturada a norma, a qual está baseada em oito princípios:

- Foco no cliente: todos os estabelecimentos dependem dos clientes, sendo assim, devem atender a todas as suas necessidades atuais e as futuras;
- Liderança: os líderes devem criar e manter um ambiente harmonioso para que os funcionários obtenham os objetivos da organização;
- Envolvimento de pessoas: é uma simples decorrência do princípio de liderança, pois os funcionários têm que estarem engajados, para trabalhar com prazer, serem orientados e conectados a atingirem os objetivos comuns;
- Abordagem de processos: todo processo é um método de operações de ações, que se apresentam em uma seqüência definida, transformando entradas em saídas agregando valores. Dessa forma, fica mais fácil obter sucesso na gestão das organizações;
- Abordagem sistêmica: a identificação, compreensão e gestão dos processos inter-relacionados como um sistema, contribui para a eficiência e eficácia da organização no alcance de seus objetivos;
- Tomada de decisões baseada em fatos: as decisões efetivas devem ser baseadas na análise de dados e informações;
- Melhoria contínua: a melhoria da organização deve ser constante e permanente;
- Boas relações com fornecedores: uma boa relação amplia a capacidade entre fornecedores e organização, aumentando assim valores.

Segundo Robbins (2001), a ISO 9000 é uma certificação que atesta que os processos da organização estão dentro dos padrões de qualidade universais. Ao serem cumpridos esses padrões, é mais fácil para a empresa competir globalmente. Processo é definido pela ISO 9000 como o conjunto de atividades inter-relacionadas ou interativas que transformam insumos - entradas em produtos - saídas com agregação de valores (MARANHÃO, 2001). O autor descreve dois princípios relacionados aos processos. Um deles é a abordagem por processo, sendo que o resultado esperado é alcançado mais eficientemente, quando as atividades e os recursos empregados são gerenciados como um processo. Outro princípio são as abordagens sistêmicas, utilizadas pelo gerente para identificar, entender e gerenciar os

processos, como um sistema, contribuindo para a eficiência (produtividade) e para a eficácia (resultado) da organização com o intuito de alcançar seus objetivos. Conceito de controle do processo pode ser visto na Figura 13.

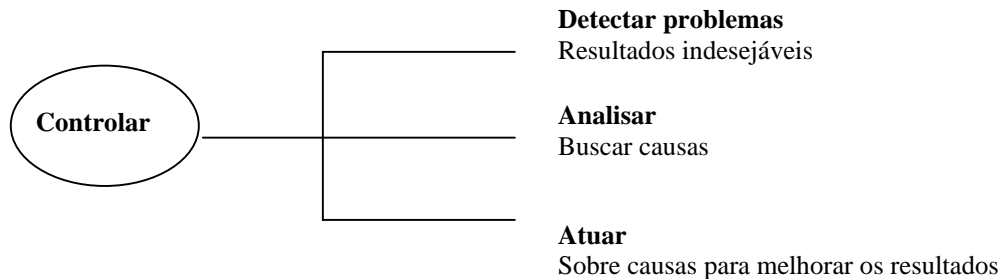


Figura 13 - Conceito de controle de processos. (NOGUEIRA, 1999)

Os requisitos das normas ISO implicam a organização das instituições, sem o que não são atendidos. Esta abordagem tem o mérito de instrumentalizar os gestores. A definição de diretrizes claras via política da qualidade, cumprida por meio de sistema da qualidade bem desenhado, com autoridades e responsabilidades explicitadas, processo claro com monitoramento pré-estabelecido, insumos e produtos rastreáveis e monitorados, o uso de indicadores e sua análise propiciam uma forma sistematizada de trabalho. A Figura 14 apresenta os pontos fortes e fracos da Norma ISO (9001/2000).

	Pontos fortes	Pontos fracos
Modelo de gestão		Não aponta modelo de gestão, apenas sistema da qualidade.
Organização	Aponta modelo de estruturação do sistema da qualidade de forma clara, propondo “um jeito certo” de se fazer qualidade.	
Abrangência	Certificação de uma única área poderá servir de estímulo para que outras iniciem processo de melhoria contínua da qualidade.	Permite que áreas isoladas de uma organização sejam certificadas.
Sistema da qualidade	Preconiza sistema que inclua diretriz clara (política da qualidade), com responsabilidades bem-estabelecidas.	
Periodicidade/avaliação	Semestral, vigilância sobre os requisitos da qualidade.	Dedicação da equipe para a manutenção do sistema.
Auditoria interna	Sistemática semestral, permitindo auto-avaliação contínua e fornecendo subsídios entre as auditorias da certificadora.	Formação de auditores internos, o que garante a homogeneização do conhecimento e abordagem.
Aplicabilidade para realidade da saúde	Grande número de certificações na área facilitam intercâmbio e da metodologia, a existência de consultores experientes.	Jargão de difícil entendimento no momento inicial.
Flexibilidade		Rigidez na forma não garante conteúdo adequado.
Direcionalidade futura		Melhoria contínua da qualidade e aprimoramento contínuo.

Figura 14 - Pontos fortes e fracos das Normas ISO 9001/2000. (MARANHÃO, 2001)

O sistema de garantia de qualidade baseado nas normas ISO está sendo adotado em várias instituições de saúde. As normas são de caráter abrangente, definindo o que deve ser contemplado no sistema de qualidade da instituição, sem preceituar nenhuma forma definida de como atingi-lo. As organizações têm liberdade para chegar ao fim desejado, por meio da utilização dos critérios convenientes e que melhor se adaptem.

Neste sentido, por ser parte de uma formulação estratégica para conseguir um diferencial competitivo e também por uma exigência dos clientes, atua como uma forma de avaliar o sistema de gestão e motivar os funcionários, garantindo assim, a qualidade (NOGUEIRA, 1999).

3.3 Modelo de Gestão da Qualidade Total

Qualidade total é uma modalidade de gerenciamento na qual predomina o gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia, levando em conta a programação de atividades e equivalente ao planejamento normativo de problemas estruturados, para se utilizar a linguagem do planejamento estratégico situacional além do gerenciamento estratégico. O objetivo central da qualidade total é a redução da variabilidade de produtos individuais, o que implica como pressuposto a possibilidade de padronização de produtos e dos processos de trabalho necessários para concretizar esses produtos. Os produtos nem sempre são claramente identificáveis ou precisáveis (uma operação no trânsito devido a um acidente, varia para cada caso) e nem são claramente traduzíveis em termos de uma relação de custo-benefício, dificultando a normatização produtiva e o uso da racionalização econômica.

Neste contexto, é recomendável que haja um bom nível de autonomia profissional, o que é inerente a este determinado tipo de produção.

Como descreve Mintzberg (1993), existem algumas organizações onde nem o trabalho, nem o produto desse trabalho pode ser padronizado. Nestes casos, a solução é padronizar o trabalhador, isto é, formar a força de trabalho com profissionais que ou possuem uma qualificação específica adquirida anteriormente ou que, dentro da própria organização, adquirem um conhecimento específico não só técnico, mas, sobretudo sobre as diretrizes que devem nortear o trabalho. O sistema de gestão da qualidade (SGQ) é um conjunto de regras e recursos que qualquer empresa e prestador de serviço podem utilizar, desde que empregado de forma correta e adequada para atingir seus objetivos. A análise crítica do SGQ dentro de uma organização é uma das exigências para o sucesso desejado. Esta análise possibilita avaliar a

satisfação dos clientes, o processo e o produto (MARANHÃO, 2001). A gestão da qualidade total é um processo de aprendizado e não tem regras rígidas. Estas são adaptadas à cultura da organização (FRANCHI, 1998).

As organizações em 1992 não aplicavam uma gestão centrada nos clientes, não existia uma visão do futuro, as empresas não apresentavam responsabilidade social e muito menos desenvolvimento de parceiras. No ciclo de qualidade de 2001, introduzido por Malcolm Baldrige em 1992, foi apresentada uma gestão centrada no cliente, com foco nos resultados, com comprometimento da alta direção, visão de futuro de longo alcance, valorização das pessoas, responsabilidade social, gestão baseada em processos e informações, ação pró-ativa, resposta rápida e um aprendizado contínuo. O modelo apresentado no ciclo 2001 se propõe a realizar a avaliação, diagnóstico e orientação devido à sua simplicidade, flexibilidade da linguagem utilizada e, principalmente, por não prescrever ferramentas e práticas de gestão (ALVES, 2001).

A satisfação do cliente é um dos parâmetros idealizados para avaliar-se o desempenho do sistema de gestão da qualidade. Musa (2001) salienta existirem ferramentas para medir a qualidade de produtos e serviços, apesar de essas ferramentas nem sempre serem perfeitas. Segundo autor, medir a eficiência da gestão na busca da excelência é o objetivo da qualidade total. Os critérios de excelência são sete:

- Liderança é a responsável pelo estímulo dos funcionários, pela direção para melhoria dos resultados da organização;
- Estratégias e planos, formula as estratégias e operacionaliza;
- Clientes e sociedade, o modo como a organização identifica os clientes;
- Informações e conhecimentos apóiam os principais processos e a gestão do desempenho da organização examinando a gestão e a eficácia da utilização das informações;
- Pessoas analisam as estruturas, a distribuição do trabalho, as políticas de distribuição de cargos e funções em comissão, os sistemas de avaliação de desempenho e reconhecimento dos funcionários individualmente e em grupo;
- Processos identificam e planejam os principais processos;
- Resultados das organizações ao avaliar o desempenho e os resultados dos critérios;

A qualidade total vincula o interesse em ampliar a capacidade analítica e de raciocínio dos funcionários, possibilitando a educação permanente com caráter funcional, ligado à padronização do processo de trabalho.

A qualidade total tem como objetivo sistemas ou realidades deterministas, o que implica uma presunção de forte governabilidade sobre processos, nos níveis

microorganizacionais. Esta presunção, por sua vez, é advinda da crença em uma existência assegurada, *a priori*, de ambientes de colaboração e não conflituosos, o que faz com que a QT não se preocupe com a pré-análise estratégica do plano.

Os únicos aspectos estratégicos considerados pela QT estão ligados ao gerenciamento superior de diretrizes e leva em conta as necessidades dos clientes e o comportamento do mercado, bem como a situação interna da empresa, a partir dos dados fornecidos pelo gerenciamento da rotina do dia-a-dia. Com essas informações em mãos, cabe à alta direção definir a visão da empresa, que deverá ser traduzida em metas de médio e curto prazo com os respectivos meios para atingi-las.

3.4 Modelo *Balanced Scorecard*

O *Balanced Scorecard* (BSC) é uma ferramenta gerencial usada para o desenvolvimento de medidas de desempenho. Em muitas organizações, ele tem o papel ampliado como base para sistema de gerenciamento estratégico. Desde a sua introdução, em 1992, o *BSC* tem obtido grande reconhecimento nos círculos gerenciais e tem sido implementado com sucesso em uma ampla gama de organizações.

O *BSC* é um modelo gerencial que auxilia na sustentação da estratégia da empresa com indicadores financeiros e não financeiros. O futuro da organização é direcionado pelo *BSC*. Por meio dele são definidos os objetivos e é verificada a performance sobre quatro perspectivas distintas. O *BSC* oferece instrumentos para os executivos percorrerem o caminho em busca da excelência empresarial. Segundo a filosofia do *BSC*, quando uma organização está a caminho do sucesso, deve existir harmonia entre os quatro conjuntos de indicadores de desempenho e qualidade, possibilitando um desenvolvimento real e equilibrado (CAMPOS, 1998).

O *BSC* é definido como “um conjunto de medidas que fornece à alta administração uma rápida, mas compreensiva visão dos negócios” (KAPLAN e NORTON, 1992, p. 8). O *BSC* ajuda a direção a visualizar a organização a partir de quatro perspectivas importantes, dos clientes, dos processos internos, de aprendizado e crescimento e financeiros. Cada perspectiva fornece uma resposta para cada uma das questões, como os clientes visualizam a organização, onde devem ser realizadas as mudanças, melhoramento contínuo para agregar valor e como os acionistas percebem o trabalho desenvolvido na organização.

Rocha (2000) coloca que o *BSC* é mais que um sistema de medidas. Os funcionários de todos os níveis da organização devem fazer parte do sistema de informações a respeito das medidas financeiras e não financeiras. Deve traduzir a visão e a estratégia de uma unidade de negócios em objetivos e medidas tangíveis, representando o equilíbrio entre indicadores externos voltados para os acionistas e clientes e as medidas internas dos processos críticos, de inovação, aprendizado e crescimento.

Para Campos (1998), a definição de visão é um alto nível de um resultado desejado, comumente descrito em termos econômicos, em termos de desempenho não econômico e de melhoria do estilo de vida. As ideologias centrais são as características eternas da empresa. Podem ocorrer mudanças nos mercados, de líderes, introduzirem novas tecnologias, mas a ideologia central do estabelecimento permanece como meta e fonte de inspiração. Ela apresenta um valor e um propósito central. Os valores centrais estão relacionados com os valores intrínsecos à empresa e têm importância dentro da empresa. Estes valores não podem ser alterados devido ao ambiente externo.

Além de integrar as quatro áreas, o *BSC* tem a função de esclarecer e traduzir a visão e a estratégia, comunicar e associar objetivos e as medidas estratégicas, planejar, estabelecer metas e alinhar iniciativas, melhorar o *feedback* e o aprendizado estratégico. O *BSC* apresenta inovações pelo fato de não colocar o controle no centro do sistema de gestão, e sim a estratégia e a visão da empresa (PESSOA, 2000). A estratégia da empresa deverá estar ligada constantemente com a medição do desempenho de todas as etapas do serviço. A Figura 15 apresenta a interligação entre essas quatro áreas.

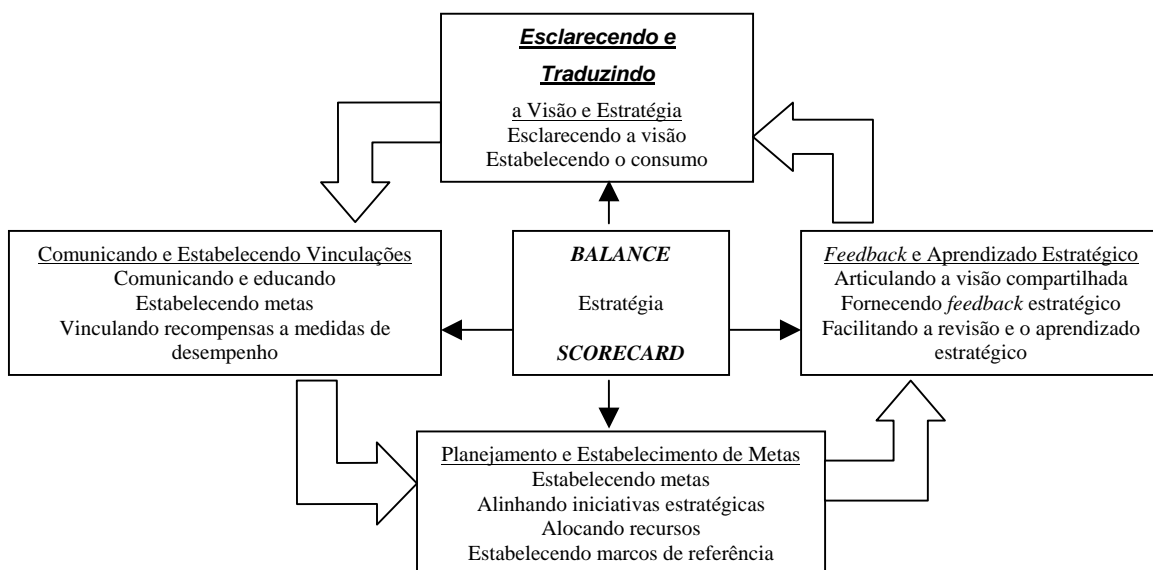


Figura 15 - O *balanced scorecard* como modelo gerencial. (adaptado de KAPLAN e NORTON, 1997)

Em relação à sua estrutura, o *BSC* mede o desempenho organizacional contemplando quatro dimensões críticas - financeira, clientes, processos internos e aprendizagem e crescimento - denominadas de perspectivas, para a gestão estratégica da organização. Kaplan e Norton (1997) descrevem que o modelo permite a utilização de um número maior de perspectivas, conforme a necessidade específica da organização. Os autores apontam que as medidas de desempenho devem ser equilibradas, abrangendo todos os níveis da organização, da alta administração até o nível hierárquico inicial, possibilitando o alinhamento de todos os recursos à estratégia da organização.

O *BSC* é um modelo gerencial que pode ser utilizado para estruturar e implementar a gestão de desempenho em todos os níveis da organização, integrando objetivos, iniciativas e medições com a estratégia empresarial, fundamentando-se em quatro perspectivas:

- Financeira: são as etapas de desenvolvimento da organização como o crescimento, sustentação e colheita;
- Clientes: possui indicadores de satisfação, captação, retenção, lucratividade e participação no mercado;
- Processos internos: identificando os processos críticos é que a empresa deve atingir a excelência, engloba indicadores de sua cadeia de valores, incluindo inovação, operações e pós-venda;
- Aprendizado e crescimento: base para o desenvolvimento futuro da organização, inclui indicadores relativos à motivação, capacitação, *empowerment*, alinhamento, clima organizacional e eficiência dos sistemas de informação. Baseado nesta perspectiva, segundo Cordeiro (2001), as organizações devem investir na capacitação dos funcionários e melhorias dos sistemas de comunicações, com objetivo de criar maior valor para o cliente, melhorar a eficácia do processo, introduzindo a organização em novos mercados, aumentando a renda e os resultados.

3.5 Marketing de Relacionamento

Nos anos 70 e 80 as empresas priorizavam os profissionais especialistas. Hoje as empresas estão contratando os profissionais que apresentam uma visão ampla do negócio. Estão eliminando funções alienantes. O profissional necessita realizar um trabalho criativo, executando duas ou mais funções. É a idéia do profissional multifuncional (LOVELOCK e WRIGHT, 2001). Diante da nova realidade econômica mundial, o *marketing* é uma das

ferramentas mais poderosa, para conquistar e manter clientes, a serem utilizadas neste século. Ela está baseada na orientação para o cliente, para o lucro e na busca por novas formas de comunicação com a finalidade de se conseguir manter um relacionamento profundo e duradouro com os clientes e fornecedores, conseguindo dessa forma aumentar a vantagem competitiva. Antigamente, na área da saúde, não havia *marketing*. Gradativamente vários tabus estão sendo mudados, segundo Cobra e Zwarg, (1987).

As organizações prestadoras de serviços têm direcionado suas ações em três dimensões, a) desenvolvimento de serviços inovadores, visando atrair e reter os clientes, b) gerenciamento com objetivo de incrementar a lucratividade e c) reestruturação interna com a revisão dos processos de trabalho para melhor atender o cliente. Observa-se que os prestadores de serviço têm que se adaptar a um forte regime de concorrência. Uma das ferramentas usadas para conquistar e manter clientes é o *marketing* de relacionamento. É uma ferramenta importante para identificar o mercado e as necessidades dos clientes. Assim, é considerada mais do que uma simples forma de administrar. É uma filosofia na administração. Cordeiro, Valentina e Possamai (2002, p. 2) salientam que o *marketing* de relacionamento

é uma ferramenta de grande utilidade para a organização identificar o cliente-alvo, oferecer um serviço diferenciado, estimulando os funcionários a realizar um trabalho de orientação ao cliente, com empatia e responsabilidade em todo tipo de interação que venha a surgir. O *marketing* de relacionamento é uma estratégia baseada no cliente, o que implica em uma visão unificada dele, acessível a vários departamentos.

O *marketing* de relacionamento, para Lovelock e Wright (2001, p. 132), refere-se às “atividades destinadas a desenvolver ligações economicamente eficazes de longo prazo entre uma organização e seus clientes para o benefício mútuo de ambas as partes”. Neste sentido, o *marketing* deve estabelecer, manter e salientar, em longo prazo, os relacionamentos com clientes, funcionários e outros parceiros, visando lucro, de maneira que os objetivos das partes interessadas sejam atendidos. Os objetivos são alcançados se houver uma troca mútua e o cumprimento das promessas, segundo Grönroos (1995).

Na organização voltada para a qualidade, os gerentes de *marketing* têm duas responsabilidades. Uma delas é atuar na formulação de estratégias e políticas voltadas para ajudar a empresa a vencer. A segunda responsabilidade é dar tanto qualidade de *marketing* quanto a qualidade de produção. A atividade de *marketing* envolve a pesquisa, treinamento em vendas, propaganda, atendimento ao cliente, entre outras, e estas devem ser realizadas em conformidade com altos padrões (KOTLER, 2000).

Fidelizar e conquistar clientes, para Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000), significa competir em várias dimensões. Os clientes utilizam algumas variáveis, como preço, conveniência, reputação e segurança para decidir sobre a compra de um serviço ou não. Nesta dimensão, as organizações devem conhecer seus clientes, para, desta forma, adaptar os serviços, as ofertas, as mensagens, os sistemas de entrega e os métodos de pagamento, como descrito por Kotler (2000).

Neste contexto, o *marketing* de relacionamento é catalogado em como fazer melhores negócios, e não apenas mais negócios. Assim, as organizações devem quantificar e monitorar a prestação de serviços e não apenas o volume. Sob essa visão, Pepper e Roger citados por (KOTLER, 2000) listaram as principais diferenças entre *marketing* de massa e o *marketing* de relacionamento, descritos na Figura 16.

<i>Marketing de Massa</i>	<i>Marketing de Relacionamento</i>
Cliente médio	Cliente individual
Anonimato do cliente	Perfil
Produto - padrão	Oferta sob medida
Produção em massa	Produção sob medida
Distribuição em massa	Distribuição personalizada
Propaganda maciça	Mensagem personalizada
Promoção em massa	Incentivos personalizados
Mensagem só de ida	Mensagem de ida e volta
Economias de escala	Economia de escopo
Participação de mercado	Participação no cliente

Figura 16 - Principais diferenças entre *marketing* de massa e o *marketing* de relacionamento. (adaptado de PEPPERS e ROGERS citado por KOTLER, 2000)

O profissional tem que aproveitar ao máximo o contato com o cliente para conhecê-lo melhor, fazendo com que cada cliente seja exclusivo ou único, para conseguir cativá-lo. Brezke; Ribeiro e Dourado (1998) relatam que alguns autores citam que são benéficos para a empresa os resultados do *marketing* de relacionamento, como maior qualidade de serviços, maior satisfação e lealdade do cliente, conseqüentemente, maior lucratividade.

CAPÍTULO 4 - MODELO PROPOSTO

O presente capítulo apresenta a proposta de um modelo de gestão para organizações prestadoras de serviço de saúde, tendo como parâmetro o modelo das cinco falhas de qualidade do serviço desenvolvido por Parasuraman; Berry e Zeithaml (1985).

4.1 Apresentação do Modelo Proposto

O modelo proposto consta de sete etapas, como demonstra a Figura 17, proporcionando uma visão geral do fluxograma de desenvolvimento do modelo.

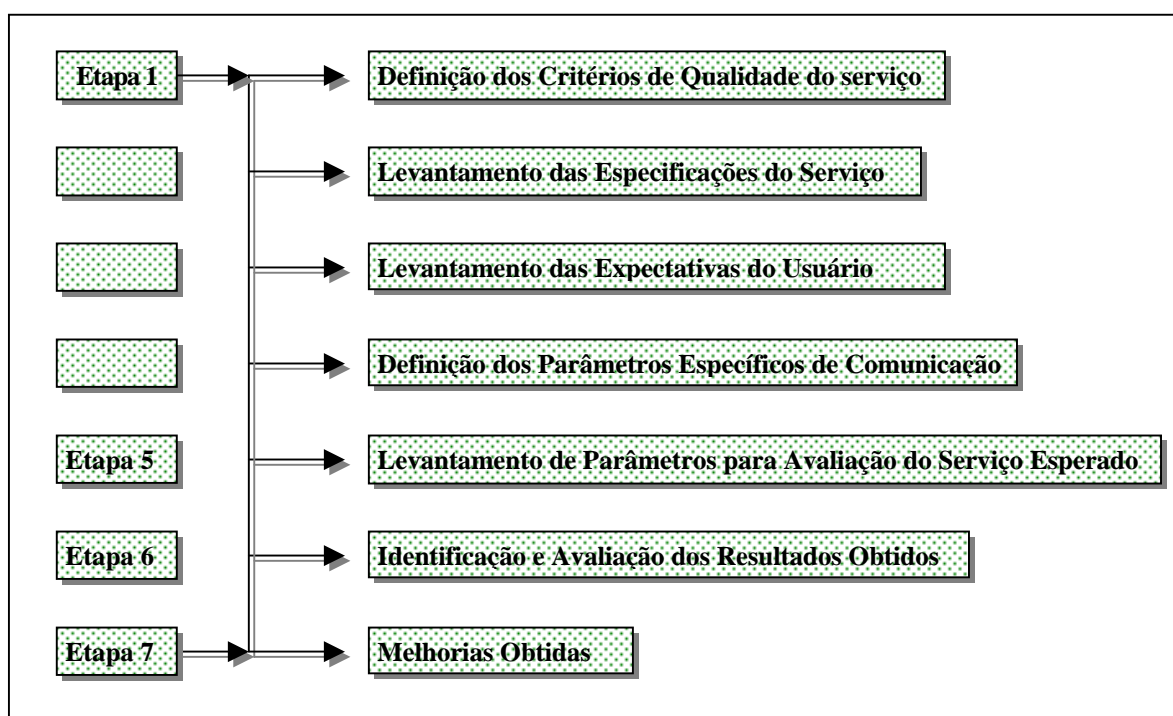


Figura 17 - Fluxograma das etapas do modelo proposto.

As etapas do modelo proposto consistem em:

- Etapa 1 - Definição de critérios de qualidade do serviço: relacionam-se à falta de clareza em medir e reconhecer resultados, utilizando ferramentas para avaliar os critérios da qualidade do serviço;
- Etapa 2 - Percepção da organização e as especificações do serviço: refere-se às descrições das especificações de cada setor da organização;

- Etapa 3 - Expectativa do usuário e percepção da empresa: forma como são julgadas as expectativas do usuário;
- Etapa 4 - Definição dos parâmetros específicos de comunicação: criar comunicação interna e externa apropriada e eficaz sobre o serviço;
- Etapa 5 - Levantamento de parâmetros para avaliação do serviço esperado: avaliar a satisfação do usuário;
- Etapa 6 - Identificação e avaliação dos resultados obtidos: levantamento dos pontos fracos que ocorreram durante a execução do serviço e avaliar os processos críticos da execução do serviço;
- Etapa 7 - Melhorias obtidas: identificar e avaliar os resultados de todas as etapas e apresentar melhorias.

4.2 Descrição das Etapas do Modelo

Antes de iniciar a implantação de um modelo de gestão, é necessário ter o apoio da alta gerência. Esta preparação consiste em reunião com a diretoria da organização, com o intuito de criar uma infra-estrutura para o uso do modelo, gerando um ambiente favorável entre os membros envolvidos, levando em conta a melhoria e a formação contínua dos funcionários. É importante conhecer quais são as estratégias do serviço e da organização, bem como a existência do sistema de comunicação, o trabalho desenvolvido nos setores e a ocorrência da política de incentivos para os profissionais se qualificarem. É necessário conhecer os critérios de avaliação relacionados aos profissionais que atuam em cada setor.

O comprometimento da alta gerência é fundamental para o sucesso na implantação e manutenção do modelo proposto. A organização prestadora de saúde tem como meta e objetivo atender o usuário com qualidade, como também disponibilizar um ambiente de conforto e com pessoas atenciosas, prestativas, educadas e bem informadas.

Para a consecução destas etapas, é necessário realizar reunião com a alta gerência, com todos os membros da equipe. O objetivo desta reunião é colocar a necessidade de a organização prestadora de serviço de saúde ter o seu próprio modelo de gestão, sendo também discutidos os conceitos de gestão, serviços e os conhecimentos para gerenciar a organização prestadora de serviços de saúde. Para ter este conhecimento, é preciso investigar isso junto aos profissionais que atuam na organização. Para realizar esta pesquisa, é necessário elaborar um questionário semi-estruturado (Apêndice A), a ser aplicado aos profissionais. Nesta

direção, Cordeiro (2001) menciona que, apesar de um cliente mostrar-se satisfeito, não é possível saber se ele será definitivamente leal. Por este motivo, os profissionais devem esforçar-se continuamente para cativá-lo, tentando fazê-lo fiel ao serviço por um período de tempo maior. Ouvir o cliente sobre a compra do serviço é complicado, pois nem sempre esse cliente diz a verdade quanto à sua satisfação. Muitas vezes esse cliente está satisfeito, porém encontra no concorrente algo que lhe agrade mais, e assim ocorre a troca de organização.

Pode ser solicitada a opinião do serviço por meio de folhetos que são depositados em uma urna, podendo ser mais fácil e verdadeiro para o cliente expressar sua satisfação ou insatisfação, referente ao serviço. Para tanto é necessário orientar os funcionários com relação às expectativas dos usuários. Toda equipe deve estar comprometida e sempre bem informada quanto às metas da organização a serem atingidas, para serem motivados continuamente com os resultados obtidos.

Um pré-requisito é a necessidade de informar e sensibilizar os profissionais que atuam na clínica sobre implantação do modelo proposto, pois, quando todos compreendem as metas, os esforços se alinham para a inovação e o sucesso. O estabelecimento destas atividades pode ser por meio de reunião, onde serão informados/dialogados os objetivos da implantação do modelo. Neste processo é fundamental a disseminação das informações para esclarecer as dúvidas que eventualmente surgirem.

4.2.1 Etapa 1 Definição de critérios de qualidade do serviço

Esta etapa consiste em definir quais os critérios de qualidade que serão usados para avaliar a qualidade do serviço ofertado do ponto de vista dos usuários. Tem como objetivo identificar quais os parâmetros de qualidade requeridos pelo cliente em relação ao serviço recebido. O desenvolvimento desta etapa está a cargo do gerente e da equipe.

As possíveis ferramentas que poderão ser utilizadas nesta etapa estão baseadas nos critérios de avaliação da qualidade do serviço prestado levando em quanto as variáveis, seguintes: a) confiança no profissional, b) facilidade de acesso ao serviço, c) custo compatível com o serviço, d) infra-estrutura moderna e equipamentos com tecnologia de ponta, e) inovação constante do serviço, f) resolutividade do serviço quando a demanda for menor que a oferta, g) realização do serviço de acordo com a necessidade do cliente, h) um ambiente seguro e com atendimento adequado a especificação do serviço, i) conhecimento (o saber), habilidades (saber fazer) e atitudes (comportamento na realização do serviço), sendo que os critérios pesquisados devem levar em conta a opinião do usuário sobre o serviço.

O resultado esperado desta etapa é a quantificação da qualidade de acordo com as expectativas geradas e atingidas pelos serviços ofertados ao usuário, e o resultado da satisfação ou não dos usuários. A identificação dos critérios de qualidade dos serviços prestados aos usuários propicia a realização do diagnóstico dos serviços realizados, bem como a elaboração do planejamento dos serviços ofertados pela clínica de fisioterapia.

4.2.2 Etapa 2 - Levantamento das especificações do serviço

Esta etapa prevê a determinação das especificações que compõem o processo de trabalho na clínica de fisioterapia. Para tanto, devem ser levados em conta os objetivos e as metas em relação aos serviços e, para que isso aconteça, deve ser realizado um planejamento.

O objetivo desta etapa é realizar a descrição e levantar as especificações de cada função dos profissionais que atuam na organização. Este *portfólio* das funções tem como objetivo definir as atribuições de cada profissional da organização. O *portfólio* das funções será descrito pela gerência e pelos funcionários, pois cada um irá mapear suas funções e descrevê-las. Após a descrição das funções, serão elaborados pela gerência e pelos funcionários os manuais de normas e rotinas para cada setor de sua atuação. Esta definição das funções tem como base a atuação clara com metas definidas, serviços de qualidade e maior competitividade da organização.

4.2.3 Etapa 3 - Levantamento das expectativas dos usuários

Esta etapa consiste em pesquisar os parâmetros relacionados às expectativas dos clientes externos e internos da organização. Os resultados obtidos com a investigação irão servir para conhecer as expectativas dos clientes internos e externos da organização com o intuito de satisfazê-las no momento da prestação de serviço.

A realização desta etapa está a cargo da gerência que irá juntamente com os funcionários definir as variáveis que irão compor o questionário semi-estruturado (Apêndice B), tendo como objetivo o conhecimento do perfil e das expectativas dos usuários.

Conhecer o perfil dos clientes que buscam os serviços na organização servirá para prever e ofertar um atendimento diferenciado. Estabelecidas as funções da equipe de trabalho, é possível estimular e envolver a equipe a atender o cliente com maior qualidade de acordo com sua individualidade.

4.2.4 Etapa 4 - Definição dos parâmetros específicos de comunicação

A definição dos parâmetros específicos de comunicação na organização serve para destacar a importância da comunicação entre os usuários internos e externos da organização. A base desta etapa é a organização promover uns ambientes adequados, cordiais, com informações claras e precisas, levando em conta as necessidades dos usuários. Toda a equipe participará nesta etapa, contando ainda com a participação dos usuários.

Dentre as ferramentas relevantes que a gerência utiliza, estão as reuniões de equipe, por serem estas consideradas importante forma de comunicação para tomada de decisões, negociações e resolução de conflitos com resolutividade, justamente por estarem sendo dialogadas no coletivo. Obter informações sobre o desempenho da organização é trabalho da equipe. A comunicação é realizada por meio de relatórios, boletins, memorandos, para que a equipe tenha conhecimento das propostas e serviços onde possam atuar com qualidade.

O importante fator que contribui para o desempenho da comunicação pode ser realizado por meio de um grupo de estudo semanal, onde os profissionais trocam experiências, realizam estudos de caso, possibilitando assim a re-orientação dos serviços e a sincronia da comunicação entre gerência, equipe e/ou usuários.

Nesta etapa, é necessário discutir a possibilidade de realizar a comunicação por rede prevendo rapidez, funcionalidade, produtividade, competitividade e eficiência com as outras organizações prestadoras de serviço na área da saúde.

O resultado da etapa define quais os parâmetros específicos de comunicação utilizados na organização. A partir desta definição é possível a criação de um sistema para disseminar as informações com objetividade e clareza. Sua utilização serve para comunicar-se com a equipe e para com os usuários, facilitando a eficácia organizacional. A comunicação é a essência do atendimento ao usuário e é fundamental para desenvolver relacionamentos profissionais positivos com os mesmos.

4.2.5 Etapa 5 - Levantamento de parâmetros para avaliação do serviço esperado

Está etapa serve para levantar e avaliar os parâmetros relativos ao serviço esperado segundo a ótica do usuário. O objetivo é identificar como o usuário percebe o serviço e qual é a avaliação final do serviço recebido. de modo que a equipe e a gerência possam encontrar formas de realizar as melhorias quando houver necessidade na prestação do serviço.

O desenvolvimento desta etapa é de competência da gerência e da equipe. Para medir o grau de satisfação do usuário podem ser utilizadas técnicas como pesquisa individual por meio de questionário estruturado, pesquisas em grupo, pesquisas por mala direta, e-mail e caixa de sugestões na recepção da organização. A partir dos dados coletados da pesquisa e analisados com abordagem quali-quantitativa, é possível redimensionar o enfoque do atendimento segundo a percepção do serviço de acordo com as necessidades dos usuários. Para concretizar tal objetivo, o mesmo deve ser estudado, debatido com a gerência, equipe, sendo complementado pela opinião de alguns usuários participantes do processo de implantação do modelo proposto.

4.2.6 Etapa 6 - Identificação e avaliação dos resultados obtidos

Esta etapa prevê a identificação e avaliação dos resultados, assim como os pontos fracos considerados como ameaça na produtividade e competitividade, que ocorrerem durante a execução do processo de serviço realizado pela equipe. O levantamento e a análise dos pontos fracos será realizado pela gerência e equipe com a participação de alguns usuários.

Esta etapa constitui-se na somatória de todas as outras etapas. O resultado esperado da etapa será o reflexo no padrão da qualidade dos serviços, que é satisfatório de acordo com as necessidades advindas dos usuários. As seis etapas descritas até o presente momento são as bases para a implantação do modelo proposto.

A etapa consiste em realizar o levantamento dos pontos fracos ocorridos durante a execução do processo de serviço. Segundo Cordeiro; Valentina e Possamai (2002), o objetivo desta etapa é identificar os processos críticos tornando alvo de melhorias. O levantamento e a análise dos pontos fracos são realizados pela gerência e todos os profissionais envolvidos no processo de atendimento.

Nas informações obtidas na etapa 5 poderão ser detectadas as prioridades de mudanças para realizar as adequações necessárias. Devem-se manter em constante avaliação e aperfeiçoamento os pontos falhos durante a prestação do serviço, pois os processos de melhoria auxiliam a aumentar a satisfação do cliente e a competitividade no mercado.

Esta etapa envolve a política de qualidade adotada pela empresa, que deve ter credibilidade no mercado para que o cliente a procure, deve passar segurança quanto aos serviços oferecidos e possuir profissionais capacitados e competentes para executarem os procedimentos. Para que a organização possa cumprir com a sua missão, torna-se importante operar como *learning organizations*, constituindo-se em uma autêntica comunidade de

aprendizagem para a gerência, equipe e usuários. Todos os funcionários da organização deverão ter em mente as especificações das funções exercidas por cada um, seguindo as normas e rotinas estabelecidas. Quando o funcionário não desempenhar adequadamente o processo podem ocorrer falhas na prestação do serviço.

O resultado esperado nesta etapa é o padrão da qualidade dos serviços que irá satisfazer as necessidades dos clientes. Esta etapa preconiza, ainda, a motivação dos funcionários ao prestarem o serviço em uma empresa que os valoriza. Depois de ocorrer a identificação do que pode ser melhorado, cabe à equipe criar um plano de ação, apresentando as melhorias que devem ocorrer (CORDEIRO; VALENTINA e POSSAMAI, 2002). Todo esse estímulo vai depender muito da política voltada aos recursos humanos desenvolvidas pela empresa.

4.2.7 Etapa 7 - Melhorias Obtidas

Esta etapa prevê o desenvolvimento do processo de melhoria da qualidade do serviço ofertado. O objetivo é verificar se as etapas estão sendo operacionalizadas segundo o planejamento estabelecido. A execução desta etapa é de responsabilidade da gerência e da equipe que atua na prestação do serviço, bem como a participação dos usuários. A identificação e a análise das melhorias obtidas será através das pesquisas já realizadas e de novas pesquisas de *marketing* do usuário que frequenta e para novos usuários.

Devem ser apresentadas as melhorias obtidas, a sua identificação, e a avaliação dos resultados de todas as etapas que apresentaram melhorias. Os resultados devem ser apresentados e debatidos em reunião com todos os funcionários da clínica.

Para a realização do estudo, utilizou-se da pesquisa de campo para os profissionais fisioterapeutas e os usuários que frequentam a clínica de fisioterapia da Unimed-Cascavel/PR.

4.3. Metodologia a ser usada para a aplicação do modelo

A pesquisa utilizada no estudo classifica-se como aplicada, devido ao seu caráter prático e pela necessidade de resolução dos fatos reais, podendo, assim, auxiliar as organizações a adotarem um modelo de gestão para manter e fidelizar os clientes. Essa metodologia é também considerada como exploratória, por ser apropriada para obter maior conhecimento e compreensão de pesquisa em perspectiva (MATTAR, 1996).

O estudo é caracterizado descritivo, à medida que alcança a obtenção e exposição de dados representativos de determinada situação ou fenômeno. A pesquisa, neste contexto, descreve o modelo de gestão e realiza a sua aplicação em uma organização prestadora de serviço de saúde, para o atingimento da lucratividade e competitividade.

Devido às características dos seus objetivos e da sua aplicação em uma clínica de fisioterapia, utilizou-se do estudo de caso, como uma “forma de aprofundar o conhecimento de problemas não suficientemente definidos é através de estudos”, realizados a partir de outros modelos de gestão para organizações (MATTAR, 1996, p. 22).

A pesquisa é de campo, por realizar uma investigação junto aos profissionais que atuam em uma organização prestadora de serviços de saúde e os clientes que utilizam os serviços, visando à obtenção dos dados sobre o modelo proposto e satisfação do cliente quanto aos serviços ofertados.

O método utilizado para tratar os dados foi quantiquantitativo. Quantitativo pela aplicação e coleta junto a um número expressivo de clientes e qualitativo pela coleta de dados junto aos profissionais que prestam serviços em uma organização de saúde.

O instrumento utilizado para os profissionais foi um questionário semi-estruturado, que propiciou a obtenção de informações sobre o perfil dos pesquisados (Apêndice A) e as questões abertas sobre o modelo proposto. O instrumento utilizado para coletar os dados junto aos clientes foi um questionário estruturado com questões relacionadas à comunicação e à satisfação quanto aos serviços recebidos (Apêndice B).

Para a consecução do estudo a amostra recaiu para os 8 profissionais que atuam na clínica de fisioterapia, junto a Unimed de Cascavel/PR. A delimitação da pesquisa para os profissionais deve-se ao fato de o estudo propor e aplicar um modelo de gestão em organização prestadora de serviço de saúde. Para esta população, utilizou-se o total da amostra, com 100% dos profissionais.

A participação do cliente no estudo ocorreu para os que participam nos programas de reabilitação em fisioterapia. Na referida clínica existem duas formas de atendimento. Na primeira, o cliente é atendido na segunda-feira, quarta-feira e sexta-feira. Na segunda, o cliente é atendido na terça-feira e na quinta-feira. Em ambos os casos, os mesmos recebem um mínimo de 10 sessões de fisioterapia. A Tabela 1 apresenta o número de clientes atendidos no mês de maio de 2003.

Tabela 1 - Distribuição do número de clientes atendidos no mês de maio de 2003

Clientes atendidos na clínica	Dia da semana	Total
Número de clientes atendidos	2ª, 4ª e 6ª feira.	822
Número de clientes atendidos	3ª e 5ª feira	600
Número de clientes novos no mês	1º atendimento	143
Total de clientes atendidos no mês		1.565

Fonte: Relatório de procedimentos da clínica de fisioterapia da Unimed do mês de maio (UNIMED, 2003).

Para efeito da amostra, foi aplicado o questionário (Apêndice B) aos usuários da segunda-feira, da terça-feira e para todos os clientes novos que adentraram na clínica durante o mês de maio de 2003. Para a realização do cálculo da amostra, admitiu-se erro amostral de 6% com um nível de confiança de 94%. Para tanto, utilizou-se a fórmula de Stevenson (1981), descrita na seqüência, onde:

n = tamanho da população

n_o = amostra

e = erro

$$n_o = \frac{1}{e^2} = n_o = \frac{1}{0,06^2} = 278, \text{ correspondendo a } 6\%.$$

$$n_e = \frac{n \times n_o}{n + n_o} = \frac{68 \times 278}{68 + 278} = \frac{18.904}{346} = 54$$

$$n_i = \frac{n \times n_o}{n + n_o} = \frac{42 \times 278}{42 + 278} = \frac{11.676}{320} = 36$$

$$\frac{143 \times 278}{143 + 278} = \frac{39.754}{421} = 94$$

Na seqüência, apresenta-se a Tabela 2, que contém a distribuição do número de clientes pesquisados.

Tabela 2 - Distribuição do número de clientes pesquisados.

Clientes atendidos	Total	População pesquisada
Clientes de 2ª, 4ª e 6ª feira	68	54
Clientes de 3ª e 5ª feira	42	36
Clientes novos	143	94
Total da amostra	253	184

Fonte: Relatório de procedimentos da clínica de fisioterapia da Unimed do mês de maio (UNIMED, 2003).

Optou-se pela realização do teste piloto dos questionários, visando à reformulação de questões se necessário. Os instrumentos foram aplicados para 2 fisioterapeutas e para 5 clientes. Na primeira etapa foi aplicado o questionário (Apêndice B) para os clientes em maio/2003, e, a aplicação do questionário (Apêndice A) para os profissionais fisioterapeutas, em julho/2003. O questionário contém questões sobre o perfil dos pesquisados e questões pertinentes ao estudo do modelo de gestão proposto para organizações que prestam serviços de saúde.

Para coletar os dados, foram observadas as normas do código internacional de pesquisas sociais e de mercado, da *Marketing Research – Esomur*, citado por Mattar (1996), sendo esta, de forma livre, esclarecida e voluntária, respeitando o direito da privacidade e garantia da utilização da informação para fins de estudo. Ambos os questionários foram aplicados individualmente na clínica de fisioterapia, para os profissionais e para os clientes quando estes adentravam em busca do serviço na clínica da Unimed de Cascavel/PR.

No capítulo seguinte, serão descritos a aplicação do modelo de gestão proposto, os comentários e as delimitações durante sua aplicação do modelo de gestão escolhido.

CAPÍTULO 5 - APLICAÇÃO DO MODELO PROPOSTO

O presente capítulo apresenta a aplicação do modelo proposto para organizações prestadoras de serviços de saúde. A aplicação do modelo proposto foi realizada em uma clínica de fisioterapia de Cascavel - PR. Cabe salientar que a implementação do modelo não deve ter regras rígidas, pois terá de estar adaptado à cultura da empresa. Por se tratar de um estudo de caso na seqüência, foi descrita a organização prestadora de serviço, objeto da implantação do modelo proposto.

A Unimed é uma cooperativa de trabalho médico, fundada e administrada por médicos, que valoriza a ética, a medicina humanizada e a responsabilidade social. Fundada em 1967, em Santos (SP), é a primeira cooperativa médica do mundo. Segundo uma pesquisa encomendada ao Instituto Ibope, é líder no setor de saúde, com 25% do mercado, 93 mil médicos cooperados e 11 milhões de usuários, o que garante a qualidade de atendimento de norte a sul do país, incluindo uma rede de serviços próprios e credenciados. O complexo empresarial cooperativo unimed é constituído por todas as Unimeds do país e diversas empresas criadas para oferecer suporte a elas, por meio de serviços desenvolvidos para agilizar e aperfeiçoar o atendimento. O sistema Unimed é composto por 364 cooperativas médicas, entre Singulares, Federações e a própria Confederação Nacional. As Unimeds locais, que atuam no âmbito dos municípios, são denominados Unimeds singulares. Na Região Sul do país, as Federações do Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina formam a Unimed/Mercosul, segundo o Estatuto Social e Regimento Interno da Unimed (1996).

A Unimed Cascavel iniciou suas atividades em março de 1989, situa-se entre as cinco empresas de maior faturamento na cidade de Cascavel. Apresenta, em seu quadro, 96 funcionários, 371 médicos cooperados, 32.419 usuários, 35 hospitais, 94 clínicas e serviços auxiliares, 25 laboratórios distribuídos na área de ação que inclui os municípios de Boa Vista da Aparecida, Braganey, Campo Bonito, Capitão Leônidas Marques, Cascavel, Catanduvas, Corbélia, Guaraniaçu, Ibema, Iguatu, Lindoeste, Nova Aurora, Santa Lúcia, Santa Tereza do Oeste, Três Barras do Paraná, segundo o Estatuto Social e Regimento Interno (1996).

A estrutura político-administrativa da cooperativa de trabalho da Unimed/Cascavel, conforme o Estatuto Social e Regimento Interno (1996), tem a missão de agregar profissionais médicos para o exercício de sua profissão e propiciar um serviço médico de boa qualidade a custo compatível. A Unimed Cascavel - cooperativa de trabalho médico Ltda, está constituída de acordo com a Lei Federal nº5764, de 16/12/71 e demais institutos legais que norteiam o

cooperativismo. Rege-se também pelo seu estatuto e pelo regimento interno. Detalhadamente a Unimed tem como objetivos agregar profissionais médicos para defesa do exercício liberal, ético e qualitativo da profissão, com adequadas condições de trabalho e remuneração justa; pugnar pelo exercício liberal da medicina, na defesa da ética médica e no combate à intermediação mercantil no trabalho do médico; desenvolver atividades destinadas à difusão e fortalecimento da doutrina cooperativista; propugnada pela união, integração e progresso dos seus médicos cooperados; promover outras atividades compatíveis com sua destinação, podendo, para tanto, firmar convênios com hospitais, laboratórios, serviços de radiologia, clínicas de fisioterapia e outras instituições ligadas à rede de saúde.

A estrutura político-administrativa compreende os seguintes órgãos: assembléia geral, diretoria, conselho fiscal e conselho técnico. A cooperativa é administrada por um conselho de administração composto por nove membros, sendo que a diretoria executiva é integrada por seis cooperados com os seguintes cargos de diretor presidente, diretor vice-presidente, diretor tesoureiro, diretor superintendente, diretor secretário, conselheiro regional de Ubitatã e três conselheiros vogais.

Os cooperados se obrigam a executar os serviços provenientes dos contratos assinados em seu nome com a cooperativa, conforme as normas estabelecidas no regimento interno. Deve o cooperado cumprir as disposições da lei, no estatuto social e deliberações tomadas pela diretoria além de observar fielmente, as disposições do código de ética médica, bem como zelar pelo patrimônio moral e material da cooperativa.

Com referência aos usuários, a cooperativa deve servi-los e proporcionar acesso à medicina de alto padrão, garantindo-lhes atendimento humanizado e pessoal, por meio da relação direta do médico com o paciente, fazendo com que os atendimentos estejam ao alcance do poder aquisitivo da maioria da população. A prestação de serviços médicos aos usuários somente será exercida por médicos pertencentes ao quadro de cooperados dentro das especialidades na qual se achem inscritos. Os serviços médicos serão executados exclusivamente pelos cooperados em seus estabelecimentos particulares (consultórios) ou nos hospitais credenciados. Entre os serviços prestados, estão as clínicas de fisioterapia e o serviço de medicina ocupacional, além de prestação de assistência médico-hospitalar, quer por intermédio de contratos com pessoa física ou jurídica, com plano sem co-participação e o participativo, podendo o usuário optar por seguro e transporte aéreo.

O compromisso com a comunidade não se restringe à geração de empregos ou prestação de serviços. Através de sua política de responsabilidade social, a Unimed direciona verba para projetos de resgate à cidadania e de incentivo à prática de atividades físicas,

principalmente as que envolvem crianças e adolescentes. Desde 1998, a Unimed ajuda a manter projetos sociais. Atualmente, auxilia a Guarda Mirim, Projeto Remar, Clube de Canoagem e projeto Criança Olímpica, englobando cerca 500 crianças e adolescentes. Com este trabalho, a Unimed afasta menores das ruas, incentiva a prática de esportes, descobre novos talentos e, principalmente, valoriza o ser humano. São ações como essas que levaram a cooperativa a firmar compromisso com a Fundação Abrinq e receber a autorização para utilizar o selo “Empresa Amiga da Criança”. Na organização, os recursos humanos estão divididos nos vários setores. Esta divisão se dá pela prática adquirida exercendo a função ou por profissionais capacitados com conhecimento, habilidade e atitudes para realizar as funções compatíveis com o cargo exigido. O investimento em capacitação se dá quando da solicitação dos funcionários, por meio de pedido à diretoria, que irá analisar e aprovar ou não. Com relação à gestão de pessoal, a seleção é realizada pela análise dos currículos que chegam até o departamento pessoal.

Na estrutura organizacional da Unimed, o modelo de gestão adotado apresenta sua estrutura básica voltada para as unidades com administração parcialmente independentes, mas sempre voltadas para o foco principal da empresa.

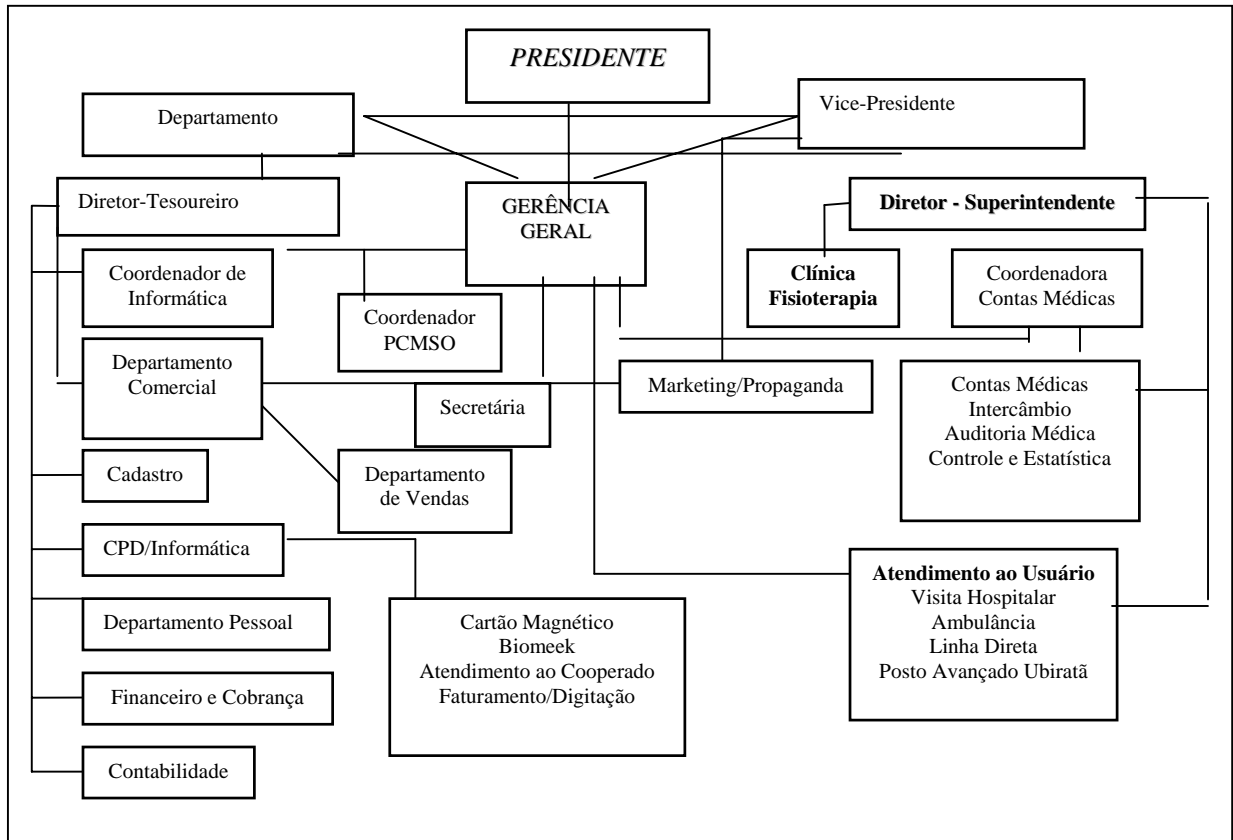


Figura 18 - Organograma da Unimed

A empresa conta com tecnologia interligada por rede com as singulares do Paraná, por meio de roteadores de alta tecnologia e potência. O sistema de atendimento ao usuário é por meio de cartão magnético *off line*. Cada prestador tem um computador para efetuar a liberação do procedimento na hora. Este serviço está implantado para 60% dos consultórios, laboratórios e clínicas especializadas. Está sendo estudada a liberação *on line* através da *Internet*. A empresa conta com um portal no qual pode ser acessada a página da empresa na *Internet* e está internamente ligada por rede com os funcionários.

Para proporcionar um atendimento ágil ao usuário, as decisões sobre assuntos do seu interesse precisam ser rápidas. Por isso, todos os funcionários devem conhecer os princípios da Unimed e saber tomar decisões nos momentos necessários. A garantia da qualidade dos serviços é assegurada pela formalização de processos e pela administração das rotinas. Essas ações garantem que a qualidade dos produtos ou serviços não será alterada com a substituição de pessoas. Todos os funcionários devem saber divulgar os produtos e serviços da Empresa.

5.1 Apresentação do Modelo Proposto

Esta etapa consistiu na apresentação do modelo de gestão para as organizações prestadoras de serviços de saúde, sendo este referendado do modelo de Parasuraman; Berry e Zeithaml (1985). Para aplicar o modelo na organização, realizou-se reunião com a alta gerência, onde se solicitou a autorização para aplicação do modelo proposto. Foi estabelecido que haveria reuniões semanais, sendo convidados os integrantes da equipe a participar de todo o processo da aplicação do modelo proposto.

Em uma segunda reunião com a gerência e a equipe, apresentou-se o modelo proposto e as etapas (fluxograma) que compõem a aplicação do modelo proposto. Nesta reunião, foi observada durante a discussão das etapas do modelo do proposto, a falta de clareza dos fisioterapeutas sobre gestão, serviços, conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para gerenciar organizações prestadoras de serviços de saúde.

Decidiu-se pela aplicação de um questionário semi-estruturado (Apêndice A) aos fisioterapeutas, com o intuito de explorar as variáveis desconhecidas. A aplicação do questionário foi durante o mês de julho de 2003. Na seqüência, foram processados e analisados os dados relativos ao perfil e sobre as questões abertas numa abordagem quali-quantitativa.

A análise dos resultados da pesquisa realizada com os fisioterapeutas está dividida em duas partes, sendo que a primeira compõe o perfil e a segunda refere-se à análise das questões abertas realizadas com os profissionais fisioterapeutas pesquisados. Na Tabela 3 são apresentadas as distribuições dos dados socioeconômicos da amostra pesquisada.

Tabela 3 - Distribuição dos dados sócio-econômicos da amostra pesquisada.

Variável	Descrição	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Sexo	Feminino	6	75%
	Masculino	2	25%
Idade	20 a 30 anos	4	50%
	31 a 40 anos	4	50%
Número de filhos	Nenhum	6	75%
	1	2	25%
Estado Civil	Solteiro	4	50%
	Casado	4	50%
Universidade Graduação	PUC/PR	1	12,5%
	UEL/Londrina	2	25%
	Unesp/SP	1	12,5%
	URCANP/Bagé/RS	1	12,5%
	UEP	1	12,5%
	Unoeste	1	12,5%
Tempo de Formação	Faculdade Salesiana de Lins	1	12,5%
	5 a 10 anos	6	75%
Escolaridade	11 a 15 anos	2	25%
	Graduado	2	25%
Tempo de Trabalho na Organização	Especialização	6	75%
	2 anos	2	25%
Número de Empregos	3 anos	6	75%
	2 empregos	8	100%
Local de Trabalho	Clínica de Fisioterapia/Unimed	8	100%
Outros Locais de Trabalho	Outras Clínicas de Fisioterapia	5	62,5%
	Docente	2	25%
	Atendimento a domicílio	1	12,5%
Renda Mensal	R\$ 1.500,00	4	50%
	R\$ 2.000,00	2	25%
	R\$ 3.000,00	1	12,5%
	R\$ 5.000,00	1	12,5%

O perfil profissional dos fisioterapeutas pesquisados demonstrou que 75% são do sexo feminino, portanto a maioria da amostra. Em relação à idade, constatou-se que 50% estão na faixa etária de 20 a 30 anos e 50% de 31 a 40 anos, sendo que 50% são solteiros e 50% são casados é, destes, 75% não têm filhos. Observa-se que a amostra pesquisada é relativamente jovem. A metade da amostra é formada por casados.

Quanto à universidade graduação dos pesquisados, 25% são formados na Uel/Londrina, os demais em várias universidade do Paraná, São Paulo e Rio Grande do Sul. O tempo de formação apontado foi que 75% está no mercado de trabalho de 5 a 10 anos e somente 25% de 11 a 15 anos. Observou-se que somente 25% da amostra tem a graduação e 75% tem especialização na área de fisioterapia.

Em relação ao trabalho, evidenciou-se que 100% dos pesquisados trabalham na Unimed, sendo que 75% trabalham há 3 anos e 25% há 2 anos. Constatou-se que 100% dos integrantes da amostra possuem 2 empregos, sendo que 62,5% pontuaram que atuam em outra clínica de fisioterapia no segundo emprego, 25% atuam como docentes em universidades e 12,5% referem, como segundo emprego, o atendimento domiciliar.

A renda mensal pontuada pelos pesquisados ficou assim distribuída: R\$ 1.500,00 (um mil quinhentos reais) em 2 empregos para 50% dos pesquisados. Evidencia-se que a Unimed paga o salário de 1.100,00 (um mil e cem reais). Assim, este profissional que também atua em outra clínica particular e em atendimento domiciliar, percebe, no segundo emprego, um salário de R\$ 400,00 (quatrocentos reais) mensal.

Os resultados apontam que 25% dos pesquisados atuam na Unimed, 01 dos pesquisados atua em uma clínica particular e 01 afirmou trabalhar como docente em uma universidade pública. Observou-se que 12,5% da amostra atua na Unimed, sendo que este profissional possui uma clínica particular, e outro 12,5% atua na Unimed e em universidade particular.

Na seqüência são apresentados os resultados da análise qualitativa realizada com os oito profissionais fisioterapeutas que atuam na clínica de fisioterapia da Unimed. As questões referem-se ao conhecimento sobre a gestão em organizações prestadoras de serviços de saúde.

Com relação à questão sobre o conhecimento de gestão, foi pontuado por quatro pesquisados o desconhecimento sobre gestão. Observou-se que os entrevistados têm um entendimento fragmentado em relação à função gerencial. Isto pode ser observado nas falas dos sujeitos, *gestão é o período em que uma pessoa ocupa um cargo e realiza uma atividade específica nele. É a função que um ou mais pessoas tem para comandar um grupo de pessoas até uma empresa. É um modelo administrativo que utilizamos para otimizar melhorar a nossa prestação de serviços. É a habilidade de administrar, organizar.*

Em relação sobre o conhecimento do que é serviço, os pesquisados pontuaram o completo desconhecimento do que é serviço. Entretanto, quatro dos entrevistados pontuaram conhecimento do trabalho realizado, contudo, observa-se que há uma interpretação errônea quanto à definição sobre serviço. Isto é evidenciado claramente em algumas falas: *Serviço é todo o trabalho prestado aos clientes de uma empresa. O serviço prestado tem que satisfazer as expectativas de quem o procura, principalmente na área da saúde, porque exige tempo, empenho e bom atendimento do profissional. Serviço é qualquer prestação de serviço, emprego é tudo aquilo que realizamos em nosso trabalho. É tudo aquilo que a clínica de fisioterapia oferece aos clientes da Unimed. Oferta, prestação de produto, habilidade,*

orientação, presta ou serve algo. O processo de produção do trabalho nas organizações prestadoras de serviços de saúde tem características próprias, daí a importância do papel da gerência na eficácia da prestação dos serviços.

Na questão sobre o conhecimento dos modelos de gestão utilizados nas organizações, cinco dos entrevistados responderam que não sabem o que é um modelo de gestão e nem para que serve. Em contrapartida, três dos entrevistados responderam que os modelos de gestão conhecidos são: *Modelo assistencial, organizacional, administrativo e empresarial. Modelo de gestão baseado no 5 Gaps. Gestão empresarial.* A literatura descreve vários modelos de gestão existentes para gerenciar as organizações, dentre eles destacam-se: a gestão da qualidade total, modelo dos 5 Gaps, modelo de gestão estratégica baseado no *balance scorecard* e o modelo preconizado pela ISO 9000. Estes modelos são descritos no Capítulo 3 deste estudo.

Na questão pesquisada sobre o que compõe um modelo de gestão, observou-se que cinco dos pesquisados pontuaram o desconhecimento das etapas que compõem um modelo de gestão. Enquanto que, três deles responderam que: *Acredito que seria um modelo no qual se tem parte administrativa, qual o tipo de prestação de serviço, organização em geral. Meta a ser atingida, análise de pontos bons e ruins, motivação para aperfeiçoar e atingir objetivos, bom administrador. Indicadores de qualidade, processo e serviço.* Quanto à estrutura/composição de um modelo de gestão, Kliemann Neto; Possamai e Selig (1999, p. 1) descrevem que modelo de gestão é baseado em sete fases, sendo: 1) mapeamento dos processos e definição das atividades. 2) identificação dos produtos, 3) alocação dos recursos às atividades e determinação dos custos, 4) alocação dos tempos de passagens dos produtos nos processos, 5) determinação dos custos dos produtos, 6) análise dos resultados e 7) melhorias.

Com relação aos conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para gerenciar uma organização prestadora de serviços de saúde, quatro pesquisados responderam que desconhecem quais são os conhecimentos, as habilidades e as atitudes requeridas para realizar o gerenciamento de organizações prestadoras de serviços de saúde. Entretanto, quatro deles responderam que o conhecimento requerido é: *Administração geral, conhecimento específico da área de saúde. Visão global do mundo do serviço a ser prestado e do público a ser atingido. Tipo de população que irá atender, qual é a expectativa do cliente, quais as necessidades que o serviço de saúde deve atender a quem o procura. Sobre as expectativas dos clientes da área da saúde e da fisioterapia. Características da organização. Modelos de gestão que poderão ser aplicados nessa organização. Experiência ou vivência mesmo que*

temporária da área que irá atuar. Material humano, conhecer e orientar. Consultar o campo de serviço na região e na própria cidade, para que a gerência atenda os pacientes com qualidade e atenção. Com relação ao conhecimento, observa-se que existe uma confusão sobre os conhecimentos para realizar o gerenciamento. Neste sentido, para realizar o gerenciamento é essencial o conhecimento relacionado às políticas de saúde, epidemiologia, recursos humanos, recursos financeiros, materiais e equipamentos, processo de trabalho, administração, funções gerenciais e conhecimento do serviço.

Assim, o saber é constituído por um conjunto de conhecimentos e permite ao indivíduo identificar o meio no qual está inserido, bem como o desempenho de suas funções no trabalho, na organização, na cultura profissional e no clima organizacional. Portanto, o conhecimento, embora seja pessoal, deve ser incorporado na empresa, na equipe de trabalho, ou seja, colocar a estruturação ou planejamento das ações para cada setor, atividade ou tarefa, desenvolvendo novas competências e habilidades a cada componente que junto planejou a ação.

O conhecimento deve estar articulado interdisciplinar e multidisciplinar. Neste contexto, deve-se redefinir o processo de trabalho e passar a considerar o homem como um ser integral, capaz de interagir, participar da organização, disseminando o conhecimento como fonte de informação. A gerência permite o aumento da autonomia profissional. Em consequência promove a descentralização administrativa e decisória, otimizando a participação da comunidade na administração dos serviços.

Em relação às habilidades requeridas para gerenciar, segundo os seis pesquisados, constatou-se que estes desconhecem estas habilidades. Foi pontuado, por dois deles sobre habilidades para gerenciar: *Como abordar e convencer o cliente a procurar a prestadora de serviços. Em realizar a avaliação e diagnóstico fisioterapêutico. Realizar procedimentos de tratamento fisioterapêuticos. Reconhecer os pontos fracos do seu atendimento a fim de melhorar. Reconhecer os pontos fracos da organização com o intuito de melhorar. Aplicar um modelo de gestão adequado à organização.* As falas dos sujeitos descrevem os procedimentos necessários para realizar o atendimento ao cliente, sendo que este conhecimento é específico da profissão. As competências das habilidades gerenciais são determinadas por um conjunto de fatores, inatos e intuitivos e outros que são adquiridos por meio da formação e/ou experiências. O conceito de habilidade está relacionado com a forma de execução de tarefas, na aplicação de conhecimentos, de agir, de pensar. A habilidade favorece a aplicação da competência e da aptidão. Aptidão é ter condições de raciocinar.

Dentre as habilidades necessárias para gerenciar, destacam-se as habilidades pessoais, as quais significam ser hábil no trato com as pessoas, ser flexível e adaptativo e saber ouvir. As habilidades interpessoais assumem um caráter extremamente importante nas organizações onde o trabalho em equipe é uma constante, pois fazem com que os gerentes sejam hábeis na condução de processos interdisciplinares, responsáveis pelo desenvolvimento do perfil criativo e inovador dos seus subordinados, atuando como agentes potencializadores das habilidades da equipe, pois, no futuro, o foco será o gerenciamento em prol da missão, da inovação e da diversidade.

Além das aptidões tangíveis, outras intangíveis são representadas, como integridade, honestidade, lealdade aos princípios, autoconfiança, auto-estima, tenacidade, altos níveis de energia, tranqüilidade em situação de tensão e criatividade tão importantes no desempenho de suas atividades. Exige-se também a habilidade de motivação, para que um processo de mudança tenha sucesso, e para que as pessoas que sofreram os impactos das mudanças sejam envolvidas e alinhadas com os objetivos da mudança.

Quanto às atitudes requeridas necessárias para gerenciar, seis dos pesquisados não responderam à questão, declararam não ter conhecimento sobre a questão. Somente dois sujeitos participantes da pesquisa responderam que as atitudes são: *Querer gerenciar de forma adequada essa organização baseada em modelos de gestão específica para locais que prestam serviços de saúde. Estar ciente da qualidade de serviço empregada para todos funcionários da empresa.* Evidenciou-se o desconhecimento relativo às atitudes para gerenciar. As atitudes preconizadas são ética no respeito à vida e na realização do serviço, justiça no atendimento ao usuário, lealdade entre os colegas, ser justo com a equipe, ser afetivo dando atenção para a equipe e usuários, ser aberto às mudanças, ser um líder educador que demonstre humildade e que saiba aceitar críticas. A formação de uma atitude é resultado de crenças, julgamentos, exposições a comunicações persuasivas, trocas de informações e experiências com outros indivíduos.

Os resultados das questões abertas de forma geral apontam que a universidade tem sua ação voltada para a formação, a qual normalmente é delimitada ou planejada de acordo com o mercado de trabalho. A análise qualitativa assinala uma falta de clareza. Os sujeitos participantes da pesquisa apontam esta falta de clareza nas perguntas abertas, sobre o conceito do que é gestão, modelo de gestão e dos conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para gerenciar as organizações prestadoras de serviços de saúde.

Em reunião realizada com alta direção apresentaram-se os resultados da pesquisa aplicada aos profissionais fisioterapeutas. A partir desta reunião, iniciou-se a discussão sobre

gestão, serviços e conhecimentos, habilidade e atitudes necessárias para gerenciar. No sentido de propiciar maiores informações, foram distribuídos textos sobre o tema estudado.

No encontro seguinte, discutiu-se o modelo proposto e as etapas para a implantação do mesmo. Foi detalhado em cada etapa o objetivo, a meta, a ferramenta utilizada para solucionar os processos críticos e sua implementação. Estas melhorias foram realizadas pela gerência e equipe. Com relação aos vários problemas existentes na clínica, relatados em reunião anterior, foi estabelecido que as secretárias deveriam elaborar relatórios mensais sobre o aumento e/ou diminuição do número de usuário novos e antigos. Ressaltou-se que o relatório deveria conter o número dos usuários agendados por dia, o número de faltosos com e/ou sem justificativa e o número de usuários que não retornam para realizar as sessões subsequentes. Neste caso, a secretária deverá, por meio do diálogo, descobrir o motivo.

Nas reuniões subsequentes entre a gerência e equipe, foi debatido o andamento da aplicação do modelo proposto e a discussão dos processos críticos referentes ao atendimento na clínica. Para solucionar os nós críticos foi elaborado um cronograma, o qual foi entregue para os funcionários, assinalando, assim, a responsabilidade e o comprometimento durante as fases da implantação do modelo.

5.2 Descrição das Etapas do Modelo

5.2.1 Etapa 1 - Definição de critérios de qualidade do serviço

Nesta etapa definiram-se quais foram os critérios utilizados na avaliação da qualidade dos serviços prestados ao usuário. Com relação aos critérios, observou-se que os profissionais e o gerente desconheciam a importância de critérios de qualidade do serviço.

Pelo fato do desconhecimento sobre os critérios de qualidade da equipe e gerente, em conjunto optou-se pela realização de um grupo de estudo. Decidiu-se, para o primeiro encontro do grupo de estudo, a discussão dos critérios de qualidade do serviço. Para tanto elaboraram-se textos para a discussão coletiva.

Observa-se a importância de ter critérios de qualidade de serviço, pois propicia avaliar o serviço realizado e identificar os erros ou falhas cometidas durante a execução do mesmo. Existem alguns aspectos da qualidade que o cliente pode avaliar após a prestação do serviço. Estes estão relacionados ao desenvolvimento dos processos, fatores como a mão-de-obra, imagem da organização onde o cliente é atendido, formas de atendimento, equipamentos

utilizados durante a prestação de serviço. A responsabilidade desta etapa ficou a cargo da equipe e do gerente da clínica de fisioterapia.

O resultado do estudo do grupo apontou que os critérios utilizados na avaliação da qualidade do serviço, tendo por base os critérios descritos por Giansesi e Corrêa (1994) apresentados na Figura 19.

Critérios da Qualidade do Serviço	Indicadores
Acesso	Localização da clínica, a existência de transporte coletivo nas proximidades e a disposição de estacionamento para os usuários;
Custo	Determinado pela cooperativa e incluído na parcela do plano de saúde. Os usuários que possuem o plano participativo podem realizar o tratamento na clínica da Unimed sem custo, entretanto quando realizam em outra clínica existe um custo. Para os usuários com planos em carência, estes podem iniciar o tratamento imediatamente. Também neste caso, se for realizado em outras clínicas, irá vigorar a existência da carência. Pelo fato de a clínica aceitar o plano participativo e abolir a carência do plano, são fatores predisponentes da escolha do usuário pela clínica de fisioterapia da Unimed;
Credibilidade e segurança	Esta variável leva em conta a imagem da organização, a solidez financeira, o conjunto de serviços ofertados e a qualidade do atendimento dos profissionais;
Competência	Relativa aos profissionais na prestação dos serviços. Pontua-se, aqui, que a organização não oferece capacitação interna e tampouco cobre os custos em capacitações externas. Neste sentido, cada profissional individualmente busca sua capacitação de acordo com suas necessidades;
Velocidade de atendimento	Relacionado à agilidade e à presteza com que o profissional realiza o atendimento, bem como ao número de usuários atendidos nas 6 horas;
Tangíveis	Relaciona-se com a qualidade do espaço físico, dos equipamentos modernos e dos materiais utilizados nos procedimentos para o atendimento dos usuários;
Flexibilidade	Avalia a ocorrência das mudanças em relação às necessidades dos usuários, como o horário, número de seções de fisioterapia, os tipos de procedimentos realizados e o resultado do tratamento, segundo a percepção do profissional e do usuário;
Consistência	Avalia se o processo de trabalho não apresentou variações.

Figura 19 - Indicadores dos critérios da qualidade dos serviços. (Fonte: adaptado de GIANESI e CORRÊA (1994))

Com relação ao critério relativo às competências, observa-se que, quando foi discutida esta variável, foi solicitado pela equipe dispensa para os profissionais participarem de eventos externos e em outras cidades do Brasil, sem ônus dos dias participados nos eventos, bem como a reposição de horários extra pelos profissionais. A gerência aceitou a proposta da equipe, bem como sua colocação para a diretoria. Em reunião subsequente a gerente relatou que a diretoria autorizou a liberação dos profissionais para participarem de eventos. Assim, os profissionais podem participar de seminários, encontros, congressos sem a perda dos dias e não necessitam realizar a reposição dos usuários que não foram atendidos durante o tempo em que permaneceram fora do local de trabalho.

Na reunião entre os profissionais da clínica e a gerência, foram pontuados estes critérios para a avaliação da qualidade do serviço prestado e sugerido que os profissionais estejam realizando avaliações constantes dos critérios para que estes permaneçam ou sejam modificados de acordo com a necessidade do serviço e dos usuários.

5.2.2 Etapa 2: Levantamento das especificações do serviço

Nesta etapa foi realizada a descrição da especificação das atividades realizadas pelos profissionais da clínica de fisioterapia, servindo para definir a função de cada profissional. O objetivo da descrição e das especificações serviu para reduzir as discrepâncias no atendimento realizado aos usuários.

As descrições das especificações funcionais foram elaboradas pelos próprios profissionais que atuam no atendimento ao usuário juntamente com a gerência. Para conter estas especificações, foi elaborado um manual de normas e rotinas, onde consta a atuação de cada profissional de forma clara, com as metas definidas, contendo a descrição dos procedimentos realizados.

Observou-se que o fato de os profissionais discutirem as normas e rotinas preconizadas para a clínica propiciou maior entrosamento entre a equipe e, conseqüentemente, aumento da qualidade no serviço ofertado, pela realização da normatização das funções.

5.2.3 Etapa 3 - Levantamento das expectativas dos usuários

Para conhecer as expectativas dos usuários, nesta etapa realizou-se uma pesquisa tendo como o objetivo conhecer a expectativa e a satisfação do usuário em relação aos serviços prestados na clínica de fisioterapia. Os usuários responderam o questionário (Apêndice B) no momento que adentraram na clínica para receber os serviços de fisioterapia.

A população foi constituída por 184 usuários de ambos os sexos e de várias faixas etárias. Os resultados da análise realizada com os usuários sobre a utilização dos serviços na clínica de fisioterapia, são apresentados na Tabela 4, descrita na seqüência.

Tabela 4 - Distribuição das respostas sobre a utilização dos serviços na clínica de fisioterapia da Unimed

Variáveis	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Vontade de conseguir serviços de melhor qualidade	92	50%
Vontade de encontrar um ambiente mais amigável	22	12%
A vontade de mudar de clínica	-	-
Facilidade de acesso	60	32,6%
Não responderam	10	5,4%

Em relação aos resultados da variável sobre a utilização dos serviços de saúde pelos usuários, constatou-se que 50% das pessoas responderam que era a vontade de conseguir um ambiente de melhor qualidade, 32,6% pontuaram a facilidade de acesso à clínica, 12% assinalaram a vontade de encontrar um ambiente amigável e somente 5,4% não responderam à questão. Na Tabela 5 são apresentados os resultados das fontes de informações utilizadas pelos usuários que optaram pela escolha da clínica de fisioterapia da Unimed.

Tabela 5 - Distribuições das fontes de informação utilizadas para escolher a clínica de fisioterapia

Variáveis	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Parentes e amigos	97	53%
Propaganda	15	8%
Lista de conveniados do plano de saúde	52	28%
Outras	20	11%
Não respondeu	-	-

Quanto aos resultados da questão sobre as fontes de informação utilizadas para a escolha da clínica de fisioterapia da Unimed, verificou-se que 53% dos usuários responderam que receberam a sugestão/informação de parentes e/ou amigos, 28% dos pesquisados referiram que utilizam a lista de convênios do plano de saúde para realizar a escolha da clínica, 11% procuram outras fontes de informações e apenas 8% responderam que a procura da clínica acontece pela propaganda.

Na Tabela 6 são apresentados os resultados do grau de avaliação em relação aos serviços prestados pela clínica de fisioterapia da Unimed.

Tabela 6 - Distribuição do grau de avaliação em relação aos serviços prestados pela clínica de fisioterapia da Unimed

Variáveis	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Muito satisfeito	120	65,2%
Razoavelmente satisfeito	30	16,3%
Um pouco insatisfeito	-	-
Muito insatisfeito	-	-
Não responderam	34	18,5%

Os resultados referentes à questão relacionada ao grau de avaliação em relação aos serviços prestados pela clínica de fisioterapia da Unimed, apontaram que 65,2% dos usuários responderam que estão muito satisfeitos com o serviço ofertado, 16,3% responderam estarem razoavelmente satisfeitos com o atendimento na clínica e 18,5% não responderam à questão.

Na Tabela 7 são analisados os resultados da avaliação da equipe de profissionais da clínica de fisioterapia pelos usuários.

Tabela 7 - Distribuição dos resultados da avaliação da equipe de profissionais da clínica de fisioterapia pelos usuários

Variáveis	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Excelente	120	65,2%
Muito boa	39	21,2%
Boa	-	-
Razoável	-	-
Inadequada	-	-
Não respondeu	25	13,6%

A análise dos resultados avaliação da equipe de profissionais da clínica de fisioterapia pelos usuários apontou que 65,2% dos pesquisados avaliaram que o trabalho realizado pela equipe de fisioterapia é excelente. Entretanto 21,2% da amostra pesquisada avaliou o trabalho da equipe como bom e apenas 13,6% não responderam à questão.

Na Tabela 8 são apresentadas as respostas referentes ao retorno do usuário à clínica de fisioterapia da Unimed pelos usuários.

Tabela 8 - Distribuição dos resultados sobre o retorno do usuário à clínica fisioterapia da Unimed

Variáveis	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Sem dúvida escolherei	119	65%
Provavelmente escolherei	61	33%
Poderei ou não escolher	4	2%
Provavelmente não escolherei	-	-
Não escolherei de maneira nenhuma	-	-

Em relação aos resultados da variável sobre o retorno do usuário à clínica de fisioterapia da Unimed, constatou-se que 65% dos usuários pesquisados responderam que sem dúvida escolheriam novamente a clínica para realizar os tratamentos fisioterapêutico, 33% dos pesquisados assinalou que provavelmente escolheria e 2% responderam que poderiam ou não escolher e voltar novamente à clínica.

Na Tabela 9 são analisadas as respostas referente à recomendação da clínica de fisioterapia da Unimed pelo usuário.

Tabela 9 - Distribuição dos resultados sobre a recomendação da clínica de fisioterapia da Unimed pelo usuário

Variáveis	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Sem dúvida recomendaréi	110	60%
Provavelmente recomendaréi	61	33%
Poderei ou não recomendar	-	-
Provavelmente não recomendaréi	-	-
Não recomendaréi de maneira nenhuma	-	-
Não respondeu	13	7%

Em relação aos resultados da questão sobre a recomendação do usuário da clínica de fisioterapia da Unimed, observou-se que 60% dos usuários responderam que sem dúvida recomendariam à clínica. Entretanto, 33% dos usuários pontuaram que provavelmente recomendariam à clínica e apenas 7% não respondeu à questão.

Após a apresentação dos resultados da pesquisa realizada com os usuários, para a gerência e a equipe, evidenciou-se a falta de um banco de dados sobre os usuários que frequentam a clínica de fisioterapia, contemplando suas preferências, expectativas e a avaliação dos serviços recebidos.

A necessidade de a organização possuir um banco de dados foi sugerida pela gerência e a equipe. Decidiu-se que a gerente buscaria o apoio da diretoria sobre a possibilidade do desenvolvimento de um banco de dados contendo informações sobre os usuários.

Em encontro posterior, a gerente citou a decisão favorável da diretoria para iniciar o banco de dados, sendo este de responsabilidade do setor de informática. Decidiu-se que os resultados das pesquisas realizadas com os fisioterapeutas e com os usuários seriam cadastrados no banco de dados.

5.2.4 Etapa 4 - Definição dos parâmetros específicos de comunicação

Quanto à definição dos parâmetros específicos de comunicação, em reunião foram apontadas deficiência de comunicação entre a equipe e a gerência e com os usuários, provocando problemas no atendimento aos usuários e na manutenção da clínica. Discutiu-se a importância da comunicação entre a gerência, a equipe e os usuários.

A clínica de fisioterapia é um *marketing* para vendas de plano de saúde. Observou-se a falta de informação dos vendedores em relação aos serviços desenvolvidos na clínica de fisioterapia. São problemas decorrentes da falha de comunicação entre os vendedores dos planos de saúde e a equipe e a gerência. Debateu-se sobre a comunicação formal e informal. A formal é aquela em que existe uma hierarquia, onde há autoridade, onde alguém tem o

direito de mandar e alguém que deve cumprir a ordem dada. A informal ocorre em função da aproximação dos colaboradores, de amizade, onde os problemas são resolvidos sem interferência dos superiores.

Na Figura 20 são apresentadas as falhas resultantes da comunicação entre a equipe e a gerência.

Falhas na comunicação	Indicadores
Fisioterapeutas - Gerência	- Reuniões mensais - Escolha e representante para troca de informações
Fisioterapeuta - Fisioterapeuta	- Estudo de caso - Troca de conhecimentos
Clínica - vendedores	- Palestras - Conversas informais
Fisioterapeutas - comunidade	- Entrevistas no programas de televisão - Artigos em revistas - <i>Folders</i> explicativos
Fisioterapeutas - toda organização	- Reuniões com chefes de setores - Boletins informativos - Ginástica laboral

Figura 20 - Apresenta as falhas na comunicação e os indicadores

No intuito de resolver os problemas relacionados à comunicação entre equipe e gerência, foi proposta a melhoria nas informações dos serviços realizados na clínica de fisioterapia, sendo esta por meio de comunicação interna, informações destacadas no mural, publicações no boletim informativo da Unimed.

Discutiu-se a melhor forma de resolutividade em relação à comunicação entre o setor de vendas e a clínica de fisioterapia. Foi agendada reunião com os vendedores dos planos de saúde, com o objetivo de esclarecer e orientar sobre o trabalho de fisioterapia desenvolvido na clínica.

Com relação à comunicação externa, foi sugerido em reunião que os fisioterapeutas escrevam artigos em boletins informativos, revista e/ou entrevistas nos programas de televisão que são instrutivos. Realizou-se um cronograma sobre os temas que a equipe pesquisaria e escreveria no folheto explicativo de circulação interna, informando sobre o trabalho da fisioterapia, suas áreas de atuação e sobre os benefícios que a ginástica laboral proporciona, passando, desta forma, mais informações aos usuários externos e internos.

Esta etapa foi realizada por toda equipe, tendo a participação dos vendedores dos planos de saúde. Os resultados da etapa foram o início do grupo de estudo semanal entre os fisioterapeutas para discussão de estudo de caso, bem como publicações no boletim informativo da Unimed.

5.2.5 Etapa 5 - Levantamento de parâmetros para avaliação do serviço esperado

Nesta etapa realizou-se o levantamento e a avaliação dos parâmetros relativos do serviço esperado. Foi decidida em reunião a aplicação do questionário estruturado para avaliar o serviço, segundo a percepção do usuário. Nos resultados da pesquisa constatou-se que os usuários estão satisfeitos com o local, com o serviço e com os profissionais da clínica de fisioterapia.

Os resultados da pesquisa com os usuários permitem concluir que 80% responderam que optaram pela clínica por ser um ambiente de melhor qualidade e pela facilidade de acesso. Sobre as fontes de informação para a escolha da clínica, 81% responderam que foi por sugestão/informação de parentes e/ou amigos e outros procuram na lista de convênios.

Quanto ao grau de avaliação dos serviços prestados na clínica, 81,5% estão satisfeitos com o serviço ofertado e com o atendimento. O trabalho da equipe foi assinalado como excelente pela maioria, e 98% pontuou que retornariam à clínica e mais da metade indicaria a clínica para outras pessoas.

Como forma de complementar as informações fornecidas pelos usuários, a gerência acatou a sugestão para a colocação de uma urna na recepção da clínica, sob a responsabilidade da secretária, que retira os formulários preenchidos pelos usuários, sendo estes entregues à gerência, que analisa.

O objetivo da caixa de sugestão foi avaliar a percepção da satisfação dos usuários com relação aos serviços usufruídos. Os resultados analisados da urna revelaram que os usuários estão satisfeitos com o serviço e solicitaram a colocação de revistas atualizadas na recepção da clínica. A gerente solicitou uma reunião com a equipe onde se realizou a apresentação dos resultados obtidos da caixa de sugestão. Na Figura 21 demonstra-se a avaliação do serviço recebido e seus indicadores.

Avaliação do Serviço	Indicadores
Tratamento fisioterapêutico difícil de ser avaliado	<ul style="list-style-type: none"> - Expor o trabalho ao qual será submetido - Enfatizar os aspectos tangíveis da fisioterapia
Apresenta riscos	<ul style="list-style-type: none"> - Mostrar conhecimento do que será tratado - Demonstrar segurança no que realiza

Figura 21 - Avaliação do serviço recebido e seus indicadores.

Discutiu-se a hipótese de que, a partir de 2004, a aplicação de questionários aos usuários será realizada trimestralmente com objetivo de avaliar a percepção do usuário quanto ao serviço utilizado e à realização de melhorias.

5.2.6 Etapa 6 - Identificação e avaliação dos resultados obtidos

Durante as várias reuniões realizadas, identificaram-se alguns pontos fracos e pontos fortes, ocorrendo algumas insatisfações na equipe. Os pontos fracos detectados foram sanados, e os pontos fortes melhorados quando necessário. Na seqüência, são descritos os pontos fracos:

- A falta de gerente no setor para poder resolver os problemas relativos aos profissionais. Para tanto, foram determinadas reuniões quinzenais com a gerência e profissionais, visando oportunizar o diálogo, a troca de experiência e a resolutividade dos problemas;

- A clínica de fisioterapia não tinha meta a cumprir, pois os profissionais trabalhavam sem um objetivo a alcançar. A partir da implantação do modelo proposto, foi elaborada a missão, os objetivos e a metas dos serviços de fisioterapia, sendo estes descritos no manual de normas e rotinas para clínica;

- A falta de informação dos vendedores dos planos de saúde. Neste sentido realizou-se capacitação visando ao aumento dos planos e à qualidade dos serviços ofertados ao usuário, bem como o esclarecimento do trabalho realizado pelo fisioterapeuta, propiciando aos vendedores conhecer os trabalhos desenvolvidos na clínica e os profissionais que nela atuam;

- Os funcionários recém-contratados não passam por um processo de orientação/capacitação em relação ao serviço, funções/atribuições, estrutura e funcionamento da organização. A resolução deste ponto fraco deu-se por meio da confecção do manual de normas e rotinas para os funcionários, educação contínua no serviço realizada pela gerência;

- Observaram-se pontos falhos no agendamento para o tratamento do usuário, sendo que os mesmos muitas vezes não comparecem para realizar o tratamento. Em reunião com a secretária, constatou-se que a mesma não instruía os usuários adequadamente quanto aos horários, retornos e o número de sessões semanais preconizada para cada usuário;

- Problema na manutenção dos aparelhos utilizados na clínica. Constatou-se que alguns aparelhos utilizados na clínica são importados. Assim, quando necessitam de manutenção, são enviados para outras cidades, havendo demora no retorno dos mesmos. Neste tempo em que não há o equipamento, são desmarcadas algumas sessões de usuários, ocasionado constrangimento para os mesmos e ociosidade para profissional.

5.2.7 Etapa 7 - Melhorias obtidas

Na dimensão das melhorias, conclui-se que o processo de análise dos resultados permitiu apontar e corrigir os erros/falhas de acordo com as etapas. Na seqüência, são descritas as melhorias obtidas com a implantação do modelo proposto na clínica de fisioterapia:

- Designação de um gerente para a clínica de fisioterapia;
- Elaboração da missão, dos objetivos e das metas;
- Elaboração e utilização dos manuais de normas e rotinas e procedimentos, sendo estes consultados diariamente pela equipe e funcionários da clínica;
- Identificação das expectativas dos usuários, suas necessidades, seus critérios de avaliação da qualidade de serviços. Facilitou a percepção de quais são e onde ocorrem as falhas, para encontrar soluções;
- Melhora na comunicação da equipe, gerência, funcionários e com os usuários, por meio de reuniões formais e informais, propiciando um conhecimento maior das atividades desenvolvidas na clínica, tendo como objetivo o aumento da busca do serviço pelo usuário.

Com relação aos profissionais decidiu-se, quanto à realização da propaganda da clínica de fisioterapia para os outros setores da organização. O desenvolvimento de avaliação e desempenho para equipe da clínica de fisioterapia. A criação de indicadores de qualidade e desempenho para medir a satisfação dos usuários e da equipe. A construção de indicadores para analisar o número de usuários faltosos, o número de usuários que retornam, e o de usuários novos. Bem como, o número de reclamações dos usuários, o tempo para o retorno das respostas das reclamações, sugestões realizadas e o tempo de execução do serviço prestado.

Ficou a cargo das secretárias, ao final de cada mês, a realização do controle do número de usuários que receberam serviços na clínica. Enviado o relatório para a gerência, esta o envia para a direção, que atualmente o retorna à clínica onde é colocando no mural. A equipe realiza grupo de estudo e reuniões periódicas com o objetivo de levantar melhorias nos serviços e a realização de estudo de casos como método de aprendizagem.

Na Figura 21 apresentam-se os problemas levantados e ações de melhoria realizadas após a implantação do modelo proposto.

Problemas levantados	Setor	Responsável	Causas	Conseqüências	Ações de Melhoria
Controlar horário de usuários	Recepção	Secretárias	Má comunicação	Atraso no tratamento	Melhorar comunicação
Demora no conserto de aparelhos	Gerencial	Gerência	Falta de pessoal capacitado para conserto	Dificuldade para profissionais atenderem os usuários	Maior agilidade para mandarem e cobrarem a volta do aparelho
Dificuldade para saber as necessidades do usuário	Prestadores do serviço	Fisioterapeutas	Falta de informação	Não satisfazer as expectativas do usuário	Maior informação e observação das expectativas dos usuários
Não ter informações sobre o número de atendimentos	Gerencial	Gerência	Má comunicação	Profissionais sem informações em relação aos números	Melhorar a comunicação entre gerência e profissionais

Figura 21 - Problemas levantados e ações de melhoria.

A aplicação do modelo proposto exigiu a participação da gerência, da equipe e secretárias. No desenvolvimento do modelo, houve o comprometimento de todos os profissionais para sanar e melhorar os pontos fracos observados durante a aplicação das etapas do modelo. Percebeu-se que, quando a comunicação entre os profissionais é eficiente, há uma melhor interação no alcance dos objetivos desejados, alcance que, no presente trabalho, foi a aplicação de um modelo de gestão.

5.3 Considerações sobre o Modelo

Acredita-se que, após a obtenção de informações sobre gestão, gerência, serviço, qualidade, serviço de saúde, os profissionais possuem conhecimentos para melhorar a qualidade do serviço e, conseqüentemente, fidelizar usuários, tornando a organização mais competitiva.

A pesquisa realizada com os fisioterapeutas e os usuários objetivou indicar as expectativas sobre os serviços ofertados, e os sobre gestão, serviços e competências essenciais (conhecimentos, habilidades e atitudes) para gerenciar organizações prestadoras de serviços de saúde. A finalidade do modelo proposto foi aumentar a competitividade da organização, neste caso da clínica de fisioterapia. Detectou-se que a noção de gerência de serviços entre esses profissionais é restrita, havendo uma carência de idéias por não terem um conhecimento prévio sobre o assunto.

Ficou constatado que um gerente é de vital importância para auxiliar no desenvolvimento dos trabalhos, como foi mostrado na aplicação do modelo, pois, até que não houvesse um gerente designado, o modelo ficou estagnado.

O trabalho permitiu avaliar a qualidade do serviço oferecido, da relação com o usuário interno e externo, promovendo uma maior interação entre todos os níveis hierárquicos da organização e destacar que o gerenciamento dentro da organização tem que apresentar metas, ter foco no usuário e ter a sensibilidade para mudar suas estratégias quando houver necessidade.

CAPÍTULO 6 - CONCLUSÃO

6.1 Conclusão

A pesquisa apresentada teve como objetivo apresentar um modelo de gestão para organizações prestadoras de serviço de saúde. O modelo proposto tem como finalidade aumentar a competitividade das organizações de saúde, partindo do princípio de que a noção de gerência entre esses profissionais é restrita, havendo uma carência de idéias por não terem um conhecimento prévio sobre o assunto.

Os objetivos foram atingidos quando da implantação do modelo de gestão baseado no modelo das cinco falhas da qualidade. O modelo foi apresentado no Capítulo 4 e aplicado no Capítulo 5.

Dentre os objetivos específicos propostos para o estudo, foi estabelecido parâmetros que aumentassem a competitividade das organizações de saúde. Esses parâmetros foram estabelecidos entre a gerência, equipe, setores da organização e os usuários, provendo a comunicação eficiente, distorções dentro da organização.

Quanto ao parâmetro para aumentar a competitividade, foi definida as especificações da equipe que realiza o processo de trabalho. Os parâmetros estabelecidos nas especificações, foram definir as funções de cada profissional. Com relação as expectativas dos usuários da organização, foi estabelecido os parâmetros para medir a expectativa e as satisfação dos usuário. Sobre este aspecto foram estabelecidos parâmetros para aumentar a competitividade.

O estabelecimento das compatibilidades das exigências legais correspondentes as organizações de saúde com requisitos de qualidade, foram estipulados por meio da análise dos critérios de qualidade do serviço, propiciando avaliar o serviço oferecido ao usuário e identificar os pontos críticos que ocorrem durante a execução do serviço prestado.

A definição dos critérios de priorização de pontos de melhoria no processo de prestação de serviço, evidenciou-se durante a implantação do modelo os pontos fracos, sendo que esses pontos foram resolvidos e/ou melhorados com o intuito de aumentar a competitividade da organização de saúde. Percebeu-se com a pesquisa de campo que profissionais não tinham conhecimento suficiente sobre vários aspectos administrativos. Após a aplicação do modelo, constataram-se mudanças significativas a respeito de gestão, de serviços e das organizações prestadoras dos serviços de saúde.

6.2 Sugestões para Trabalhos Futuros

Em face às lacunas observadas durante o desenvolvimento do estudo, sugerem-se os seguintes temas para trabalhos futuros:

- Estabelecer programas de capacitação dos funcionários em relação à gestão nas organizações de serviço, tomando por base o modelo ora desenvolvido.
- Estabelecer ações que possam minimizar o *Gap* entre as percepções internas e aquelas percebidas pelos usuários relativos ao serviço ofertado.
- Investigar os conhecimentos, as habilidades e as atitudes necessárias segundo a ótica dos docentes da Universidade, que atuam na disciplina de administração dos cursos da área de saúde.

O estudo visou a aplicar um modelo de gestão para organizações prestadoras de saúde, utilizando etapas, definindo termos administrativos, descrevendo vários modelos de gestão para solucionar algumas falhas que possam vir ocorrer no gerenciamento destas organizações, bem como a utilização de indicadores para aumentar a competitividade entre as organizações.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR, J; AGUIRRE, I.; MORANTES, W.; ESPINOZA, Y. **Metodologia para la elaboración de un modelo de gestión en una institución pública venezolana**: Fundacite-Mérida. V.27, n.6. Revista Interciencia. Venezuela, jun, 2002. p293-298. MIMEO.
- ALBRECHT, K. **Revolução nos serviços**: como as empresas podem revolucionar a maneira de tratar os seus clientes. 6. ed. São Paulo: Pioneira, 2002. 254 p.
- ALBRECHT, K. **Serviços com qualidade**: a vantagem competitiva. São Paulo: Makron Books, 1992.
- ALECIAN, S., FOUCHER, D. **Guia de gerenciamento no setor público**. Rio de Janeiro: Revan; Brasília : ENAP, 2001.
- ALVES, N.A. **A evolução dos critérios de excelência**. Banas Qualidade. Fev. 2001.
- ANTUNES, M. T. P. **Capital intelectual**. São Paulo: Atlas, 1999.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Gestão da qualidade e elementos do sistema de qualidade**. NBR ISO/9004, 1994.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Sistemas de gestão da qualidade**. Requisitos. NBR ISO/9001, 2000.
- ÁVILA, S. R. S. A., ÁVILA, M. L. **Satisfação de usuários: uma análise dos serviços prestados por uma cooperativa médica**. Administração on line ISSN 1517-7912 v.2 n.4 out/nov/dez 2001.
- BARROS, C. D. C. **Excelência em serviços**: uma questão de sobrevivência no mercado. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2002.
- BERNARDES, C. **Teoria geral da administração**: a análise integrada das organizações. São Paulo: Atlas, 1993.
- BRANDÃO, H. P. **Gestão baseada nas competências**: um estudo sobre competências profissionais na indústria bancária. Dissertação (Mestrado em Administração), Universidade de Brasília: UnB, 1999.
- BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado-MARÉ. **Programa da Qualidade e Participação na Administração Pública**. Brasília: 1997. 61p.
- BREZKE, M.; RIBEIRO, Á. H.; DOURADO, Y. **Marketing de relacionamento**:

oportunidade para desenvolvimento e crescimento contínuo no setor financeiro. The University of Texas: Pan American, 1998. 3p.

CAMPOS, J. A. **Cenário balanceado: *balanced scorecard***. São Paulo: Aquariana, 1998.

CANNIE, J. K., KAPLIN, D. **Mantendo clientes fiéis e para sempre**. [Tradução Gladyr Pinheiro Weizel]. São Paulo: Makron Books, 1994.

CERQUEIRA NETO, E. P. **Gestão da qualidade: princípios e métodos**. 3 ed. São Paulo: 1993, p.150.

CHIAVENATO, I. **Administração: teoria, processo e prática**. 3. ed. São Paulo: Makron Books, 2000.

COBRA, M.; ZWARG, F. A. **Marketing de serviços: conceitos e estratégias**. São Paulo: MacGraw-Hill, 1987.

COHN, A., ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil. políticas e organização de serviços**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1998, p.69.

CONWAY, W. E. **O segredo da qualidade**. Tradução Geni Goldschmidt. São Paulo: Marcos Cobra: Parente e Conway Quality, 1996.

CORDEIRO, N. R.; **Construção de um modelo de gerenciamento de processos para organizações prestadoras de serviços utilizando o balanced scorecard e o marketing de relacionamento**. UFSC. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção, 2001.

CORDEIRO, N. R.; VALENTINA, L. V. O. D.; POSSAMAI, O. Modelo de gestão estratégica para organizações prestadoras de serviço. **Congresso Nacional de Excelência em Gestão**. Centro Tecnológico - Escola de Engenharia - LATEC - Mestrado Profissional em Sistemas de Gestão. Niterói, RJ Universidade Federal Fluminense: 22 e 23 de novembro de 2002. 10p.

DESATNICK, R. L.; DERZEL, D. H. **Gerenciar bem é manter o cliente**. [Tradução Nivaldo Montingelli Jr]1ª ed. São Paulo: Pioneira, 1995.

DESEREGA, V. **Control de la gestión empresarial**. Centro de Desarrollo Gerencial. IESA. Caracas: Venezuela, 1995. 100p.

DRUCKER, P. **Desafios gerenciais para o século XXI**. Tradução de Nivaldo Montingelli Jr. São Paulo: Pioneira, 1999.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário básico da língua portuguesa**. Folha de São Paulo (19 fascículos). São Paulo: Nova Fronteira, 1995.

FITZSIMMONS, J. A., FITZSIMMONS, M. J. **Administração de serviços**. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2000.

FLEURY, A., FLEURY, M. **Estratégias empresariais e formação de competências: um quebra-cabeça caleidoscópico da indústria brasileira**. São Paulo: Atlas, 2000. 169p.

FRANCHI, P. A. **Um modelo para implementação da gestão da qualidade total e conseqüente obtenção da certificação ISO 9000**. UFSC. Dissertação em Engenharia de Produção. 1998.

FREEMANTLE, D. **O que você faz que agrada aos seus clientes?** Agregando valor emocional positivo. [Tradução de Maria Whitaker Ribeiro Nolf]. São Paulo: Makroon Books, 2001.

FREITAS, F. **Parceiros na vitória: administração participativa no mundo**. São Paulo: Cultura, 1991.

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

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

GOLDZIMER, L. S. **1º Eu: um recado do seu cliente**. [Tradução Vera Lotte B. Fernandes e Elisane Reis Barbosa Rebelo]. Série Desenvolvimento Gerencial. São Paulo: Maltese, 1991.

GRÖNROOS, C. A. **Marketing: gerenciamento e serviços: a competição por serviços na hora da verdade**. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

HANSENFELD, Y. People processing organizations: an exchange approach. **American Sociological Review**. 37 (june): 256-63, 1972.

JUNQUEIRA, L. A. P. **Gerência dos serviços de saúde**. In: Conferência Nacional de Saúde. Descentralizando e democratizando o conhecimento. v. 1. Brasília: Cultura, 1992.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOZA, R. M. A gerência na eficácia da prestação dos serviços. In: **Conferência Nacional de Saúde**. Descentralizando e democratizando o conhecimento. v. 2. Brasília: Cultura, 1992.

JURAN, J. M. Why quality initiatives fail. **Journal of Business Strategy**. Sam Houston State University, v. 14, n. 4, 1993.

KAPLAN, R. S., NORTON, D. P. **A estratégia em ação: balanced scorecard**. 11 ed. Rio de

Janeiro: Campus, 1997.

KAPLAN, R. S., NORTON, D. P. **The balanced scorecard as a strategic management system.** Harvard Business Review, Boston, p. 75-85, jan./fev., 1996.

KLIEMANN, F.; POSSAMAI, O.; SELIG, P. M. Gerenciamento integrado do sistema de manutenção na Itaipu Binacional. Grupo de Estudo de Produção Hidráulica (Ggh). **XV Seminário Nacional de Produção e Transmissão de Energia Elétrica.** Foz do Iguaçu: 17 a 22 de outubro de 1999.

KOTLER, P. **Administração de marketing.** 10 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2000.

KWASNICKA, E. K. **Teoria geral da administração: uma síntese.** 2 ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LAS CASAS, A. L. **Marketing de varejo.** São Paulo: Atlas, 1992.

LIN, P. C.; TANG, N. K. H.; JACKSON, P. M. An innovative framework for health care performance measurement. **Managing Service Quality.** v. 9, n. 6, 1999. p.423-433.

LOVELOCK, C., WRIGHT, L. **Serviços marketing e gestão.** São Paulo: Saraiva, 2001.

MALIK, A. M.. Diseñando un camino alternativo para la gerencia de servicios de salud. In: **Conferencia Nacional de Saúde.** Descentralizando e democratizando o conhecimento. v. 1. Brasília: Cultura, 1992.

MALIK, A. M. **Avaliação da qualidade, gestão:** para trabalhadores da área de saúde e outros interessados. São Paulo: SENAC, 1996. 38 p.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. v. 3. **Série Saúde & Cidadania.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

MARANHÃO, M. **Iso série 9000:** manual de implementação - versão 2000. 6 ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2001.

MARTINEZ, Silvia. A administração de serviços e o cliente nas organizações de saúde e hospitalares. **Revista o Mundo da Saúde.** Ano 26, v. 26. 2 abr./jun., 2002.

MATTAR, Fauze N. **Pesquisa de marketing.** Edição compacta. São Paulo: Atlas, 1996.

MAXIMIANO, A. C. A. Estudo do papel gerencial. In: **ASSEMBLEIA DO CONSELHO**

LATINO-AMERICANO DE ESCOLAS DE ADMINISTRAÇÃO. Anais...Brasil, São Paulo: Cladea, 1995. p3-7

MCKENNA, R. O novo marketing. **HSM Management**. São Paulo: Editora Savana, ano 1, n. 1, mar/abr. 1997. p.124-127.

MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde**. Princípios básicos. São Paulo: Manole, 2001.

MINTZBERG, H. **Structure in Fives**. Prentice-Hall.1993.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de dirigente**. 9 ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

MUSA, E.V. **Critérios de excelência**. FNPQ. 2001.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho em serviços de saúde. In: SANTANA, José Paranaguá de (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde (SUS)**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial de Saúde, 1997. 182-186 p.

NOGUEIRA, R. P. **Conceitos e princípios para programas de gestão da qualidade em serviços de saúde**. Rio de Janeiro, 1993. Mimeografado.

NOGUEIRA, L. C. L. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: EDG, 1999.

OSBORN, D., GAEBLER, T. **Reinventando o governo: como o espírito empreendedor está transformando o setor público**. São Paulo: MHComunicações, 1994.

PALADINI, E. P. **Gestão da qualidade no processo**. a qualidade na produção de bens e serviços. São Paulo: Atlas, 1995.

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

PASQUALI, R. C. **Metodologia para melhoria de processos de linha de frente em serviços: aplicação em laboratório de análises clínicas**. Dissertação de mestrado. Engenharia de Produção. Florianópolis, 2002. Disponível em: <www.eps.ufsc.br/disseta99/catarina/cap2.html#2.2>. Acesso em: 01/02/2004. 7p.

PESSOA, M. N. M. **Gestão das universidades federais brasileiras – um modelo fundamentado no BSC**. Tese de doutorado. Florianópolis, 2000.

PEREZ, N. R. **Pertinencia social de los programas académicos de perfil gerencial en el sector salud.** 1999.8 f. Mimeografado.

POSSAMAI, O. **Mensagem pessoal:** notas de orientação. Via e-mail: diamante@onda.com.br. 2002. 1p.

RISHER, H.; FAY, C. **The performance imperative:** strategies for enhancing workforce effectiveness. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1995.

ROBBINS, S. P. **Administração:** mudanças e perspectivas. São Paulo: Saraiva, 2001.

ROCHA, D. J. A. **Desenvolvimento do BSC para instituições de ensino superior privadas-** estudo de caso da u.n.4 da universidade Gama Filho. Florianópolis. 2000.

ROVERE; Mario. **Planificación estratégica de recursos humanos en salud.** Washington: D.C. E.U.A. OPS/OMS, 1993.

SELIG, Paulo Mauricio; POSSAMAI, Osmar. KLIEMANN NETO, Francisco José. **A inter-relação entre a capacidade e a melhoria do valor de uma empresa.** Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. UFRGS, 2003. 13p.

SILVA, C.F. **Melhoria da qualidade em serviços:** uma aplicação em hotéis. Tese de mestrado em Engenharia de Produção. Florianópolis, 1999.

SLACK, N. et al. **Administração da produção.** São Paulo: Atlas, 1996.

SPARROW, P.; BOGNANNO, M. **Competency requirement forecasting:** issues for international selection and assessment. In: *Managing Learning*. Edited by Christopher Mabey & Paul Iles. London: Routledge, 1994.

SROUR, R. H. **Poder, cultura e ética nas organizações.** Rio de Janeiro: Campus, 1998.

STEVENSON, W.J. **Estatística aplicada à administração.** São Paulo: Harbra, 1981.

TAKASHINA, N. T., FLORES, M. C. X. **Indicadores da qualidade e do desempenho:** como estabelecer metas e medir resultados. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1999.

TROSA, S. **Gestão pública por resultados:** quando o Estado se compromete. Rio de Janeiro: Revan; Brasília: ENAP, 2001.

UNIMED/CASCAVEL. **Relatório de produtividade mensal da UNIMED.** Cascavel: mai./, 2002. p3.

_____. **Relatório de procedimentos da clínica de fisioterapia da UNIMED.** Maio, 2003.

VALARELLI, L.L. **Indicadores de resultados de projetos sociais.** Junho, 1999. Disponível em:<www.rits.org.br>. Acesso em: 01/05/2002. 8p.

VASCONCELLOS, P. P. **Proposta de modelo para avaliação da qualidade na prestação de serviços odontológicos.** UFSC. Dissertação em Engenharia de Produção. 2001.

ZAISS, Carl D. **Treinamento eficaz em vendas:** faça parceria com seus clientes. [Tradução Antônio T. G. Carneiro]. São Paulo: Atlas, 1994.

ZEITHAML, V. A.; PARASURAMAN, A.; BERRY, L. L. **Delivering quality service:** balancing customer perceptions and expectations. New York: The Free Press, 1990. 226p.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE PESQUISA APLICADO AOS PROFISSIONAIS

Universidade Federal de Santa Catarina
Pós-Graduação em Engenharia da Produção - UFSC
Área - Ergonomia
Mestrado Interinstitucional - UNIOESTE
Consentimento para Participação do Estudo

Prezado Sr (a)

Estamos realizando uma pesquisa sobre: Modelo de Gestão para Organizações Prestadoras de Serviço de Saúde: - Estudo de Caso, que tem como objetivo desenvolver um modelo de gestão de serviços para aumentar a competitividade das organizações prestadoras de serviço de saúde. Esta pesquisa esta sendo realizada pela Fisioterapeuta Cristina Diamante, sob a orientação do Professor: Osmar Possamai, Dr. Solicitamos sua colaboração respondendo a um questionário com questões abertas e fechadas. As informações serão utilizadas para fins do estudo, e posteriormente serão divulgados os resultados para a instituição participante do estudo. Estou ciente do interesse e da disponibilidade para responder o questionário, desde que seja mantido o anonimato. Estou ciente que de que se trata de uma dissertação de mestrado.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: _____, _____, _____

INSTRUMENTO DE PESQUISA APLICADO AOS PROFISSIONAIS

1. Dados de Identificação:

Sexo:_____ Idade:_____ Renda_____ Nº de empregos:_____ Estado civil:_____

Nível de escolaridade: () Superior () Especialização () Mestrado () Doutorado

Tempo de Formada:_____ Universidade de Formação:_____

Profissão:_____ Locais de Trabalho_____

Tempo de Trabalho na Organização:_____

Possui Clinica Particular: (...) Sim – (...) Não

2. Questões Abertas:

2.1 Na sua opinião, o que é Gestão/Gerência?

2.2 Na sua opinião, o que é serviço?

2.3 Quais os Modelos de Gestão que você Conhece?

2.4 O que compõe um Modelo de Gestão?

2.5 Quais são os conhecimentos, as habilidades e atitudes necessárias para gerenciar uma organização prestadora de serviços de saúde?

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE PESQUISA APLICADO AOS USUÁRIOS

INSTRUMENTO DE PESQUISA APLICADO AOS USUÁRIOS

- 1) O que o levou inicialmente a pensar em utilizar os serviços da clínica de fisioterapia da Unimed?
- Vontade de conseguir serviços de melhor qualidade
 - Vontade de encontrar um ambiente mais amigável
 - A simples vontade de mudar de clínica
 - Facilidade de acesso
 - Não respondeu
- 2) Quais fontes de informação você utiliza para escolher uma clínica de fisioterapia?
- Nenhuma
 - Parentes e amigos
 - Propaganda
 - Lista de conveniados do plano de saúde
 - Outras
- 3) Q qual o grau de avaliação em relação aos serviços prestados pela clínica de fisioterapia da Unimed de Cascavel?
- a) Muito satisfeito
 - b) Razoavelmente satisfeito
 - c) Um pouco insatisfeito
 - d) Muito insatisfeito
- 4) A equipe de profissionais da clínica de fisioterapia da Unimed é:
- Excelente
 - Muito boa
 - Boa
 - Razoável
 - Inadequada
- 5) Você pretende escolher a clínica da Unimed se precisar novamente dos serviços de fisioterapia?
- Sem dúvida escolherei
 - Provavelmente escolherei
 - Poderei ou não escolher
 - Provavelmente não escolherei
 - Não escolherei de maneira nenhuma
- 6) Você recomendaria a clínica de fisioterapia da Unimed de Cascavel, a um familiar, ou amigo, ou colega de trabalho que precisasse dos serviços de fisioterapia?
- Sem dúvida recomendaria
 - Provavelmente recomendaria
 - Poderei ou não recomendar
 - Provavelmente não recomendaria
 - Não recomendaria de maneira nenhuma