

Eiriz, Vasco; Figueiredo, José António (2004), *Uma abordagem em rede à avaliação da qualidade dos serviços de saúde*, Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão, Vol. 3, N.º 4 (Outubro-Dezembro), pp. 20 – 28.

## **Uma Abordagem em Rede à Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde**

### **A Network Approach to Healthcare Services Quality Assessment**

Vasco Eiriz<sup>1</sup>

José António Figueiredo<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Professor Auxiliar do Departamento de Gestão, Escola de Economia e Gestão, da Universidade do Minho. Doutorado em Management pela University of Manchester Institute of Science and Technology (UMIST), Reino Unido. Contacto: Vasco Eiriz, Universidade do Minho, Escola de Economia e Gestão, Departamento de Gestão, Gualtar, 4710-057 Braga, Portugal. Email: [veiriz@eeg.uminho.pt](mailto:veiriz@eeg.uminho.pt), Tel.: +351 253 604 551; Fax: +351 253 676 375; Página pessoal: [www.eeg.uminho.pt/dgap/veiriz](http://www.eeg.uminho.pt/dgap/veiriz).

He is Assistant Professor at the Department of Management, School of Economics and Management, University of Minho, Portugal. His Ph.D. is in Management from the University of Manchester Institute of Science and Technology (UMIST), United Kingdom. Contact details: Vasco Eiriz, University of Minho, School of Economics and Management, Department of Management, Gualtar, 4710-057 Braga, Portugal. Email: [veiriz@eeg.uminho.pt](mailto:veiriz@eeg.uminho.pt), Tel.: +351 253 604 551; Fax: +351 253 676 375; Home page: [www.eeg.uminho.pt/dgap/veiriz](http://www.eeg.uminho.pt/dgap/veiriz).

<sup>2</sup> Assistente da Escola Superior de Gestão, do Instituto Politécnico de Santarém, Portugal. Doutorando em Ciências Empresariais no Departamento de Gestão, Escola de Economia e Gestão, da Universidade do Minho, Portugal. Contacto: José António Figueiredo, Instituto Politécnico de Santarém (ESGS), Complexo Andaluz, Apartado 295, 2001-904 Santarém, Portugal. Email: [jose.figueiredo@esgs.pt](mailto:jose.figueiredo@esgs.pt), Tel.: +351 965 862 118.

He is Assistant Lecturer at the Instituto Politécnico de Santarém, Portugal. He is a Ph.D. student in management at the University of Minho, Portugal. Contact details: José António Figueiredo, Instituto Politécnico de Santarém (ESGS), Complexo Andaluz, Apartado 295, 2001-904 Santarém, Portugal. Email: [jafigueiredo@sapo.pt](mailto:jafigueiredo@sapo.pt), Tel.: +351 965 862 118.

## **Uma Abordagem em Rede à Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde**

### **A Network Approach to Healthcare Services Quality Assessment**

#### **Resumo**

Este artigo identifica mudanças importantes no sector dos serviços de saúde em Portugal. Uma dessas mudanças é na propriedade dos prestadores desses serviços, assistindo-se à entrada de organizações lucrativas num sector tradicionalmente dominado por operadores públicos. Simultaneamente os utentes dos serviços de saúde têm alterado as suas atitudes, tendo vindo a preocupar-se e a exigir cada vez mais dos seus serviços de saúde. Estas mudanças têm conduzido os prestadores de cuidados de saúde, tanto privados como públicos, a desenvolver serviços mais orientados para o marketing. Baseado nestas mudanças, o artigo reconhece a importância da avaliação dos serviços de saúde como forma de aumentar os níveis de satisfação dos utentes e de eficiência organizacional, e desenvolve uma abordagem em rede sobre a avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Apesar desta avaliação colocar questões diferentes das que se levantam noutros serviços devido à complexidade, ambiguidade e heterogeneidade dos serviços de saúde, o artigo desenvolve uma abordagem à avaliação da qualidade que tem em consideração os quatro principais actores dos serviços de saúde (utentes, pessoal, fornecedores e proprietários) e quatro grandes indicadores de qualidade (desempenho financeiros, funcionalidade logística, orientação do serviço para o cliente e competência técnica e profissional do pessoal).

Palavras-chave: serviços de saúde, avaliação da qualidade, abordagem em rede, Portugal.

#### **Abstract**

This paper identifies important changes in the Portuguese healthcare services sector. One of these changes is on the ownership of healthcare providers meaning that profit-oriented organisations are currently entering into an industry that was traditionally dominated by public services. At the same time customers are changing their attitudes towards healthcare becoming much more concerned and demanding with health services. Both changes are driving Portuguese healthcare private and public organisations to develop more marketing-oriented services. Based on these changes, the paper recognises the importance of quality evaluation of healthcare services as a means to increase levels of customer satisfaction and organisational efficiency and develops a network approach to healthcare quality assessment. Although evaluating healthcare services raises different questions from other services because of their complexity, ambiguity and heterogeneity, the paper develops a broad approach to quality evaluation that has in mind the four main actors in healthcare services (customers,

staff, suppliers, and owners) and four quality items (financial performance, logistical functionality, customer service orientation, level of staff training).

Keywords: healthcare services, quality assessment, network approach, Portugal.

## **1. Introdução**

A importância dos serviços de saúde está a aumentar não só pela maior preocupação que as pessoas colocam perante as questões da sua própria saúde, mas também pela atitude que têm perante tudo o que está relacionado com a saúde. São exemplo disso, entre outros, as expectativas de uma maior esperança de vida, de uma melhor qualidade de vida, ou de melhores condições de atendimento nos hospitais. Estes aspectos ajudam também a explicar que os serviços de saúde sejam objecto de maior atenção e interesse por parte do sector privado. Tal facto coloca os consumidores de serviços de saúde perante uma escolha cada vez mais alargada entre prestadores de saúde.

Como em qualquer outra actividade de carácter público ou privado, os prestadores de saúde, com ou sem fins lucrativos, devem estabelecer níveis e padrões de qualidade para servirem os seus utentes. É provavelmente mais difícil definir níveis de qualidade de serviço na saúde do que noutros serviços. Isto acontece não só porque está em causa a qualidade de vida do ser humano, mas também pelo grau de complexidade, ambiguidade e heterogeneidade dos serviços de saúde.

Este artigo desenvolve uma abordagem em rede à avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Esta abordagem poderá permitir às organizações que actuam no domínio dos serviços de saúde monitorizar os serviços que prestam aos seus clientes. Sugere-se uma visão em rede que tem em consideração os diferentes actores envolvidos na prestação de cuidados de saúde. Em particular, considera-se o conceito de qualidade dos serviços de saúde na perspectiva dos seguintes actores: clientes; fornecedores; pessoal prestador dos serviços; e detentores da organização prestadora de serviços.

Na seguinte secção identificam-se algumas das mudanças estruturais que se verificam no sector dos serviços de saúde em Portugal. Nas secções 3 e 4 discute-se o conceito e a forma de medir a qualidade nos serviços de saúde. A secção 5 destaca a necessidade de se desenvolver uma abordagem à avaliação da qualidade dos serviços de saúde que tenha em conta a perspectiva de vários actores que actuam em rede na prestação dos serviços de saúde. O artigo conclui destacando o seu principal contributo e advogando a necessidade de trabalhos empíricos de forma a desenvolver um modelo robusto de avaliação em rede da qualidade dos serviços de saúde.

## **2. Mudanças no sector dos serviços de saúde em Portugal**

Até ao início da década de 90, a maioria das organizações de serviços de saúde em Portugal pertenciam ao sector público. Presentemente assiste-se a mudanças na propriedade e gestão de muitas dessas unidades. Empresas ou grupos económicos orientados para o lucro e mesmo cotados em bolsa estão a entrar no negócio da saúde, de forma directa ou em associação com entidades de carácter cooperativo ou associativo. São exemplos disso o Grupo Mello, Grupo Banco Português de Negócios e Grupo Banco Espírito Santo.

Em 2003, o Governo português aprovou uma nova lei de gestão hospitalar visando a mudança na forma como estão organizados os hospitais públicos em termos jurídicos e administrativos. Simultaneamente lançou as parcerias público-privado como um dos modelos de gestão hospitalar. Um dos principais objectivos que levaram a esta iniciativa governamental é o controlo e racionalização da despesa pública. Esta nova lei, em conjunto com outras alterações na regulamentação do sector, levam a que aumente a oferta de serviços de saúde e, em simultâneo, poderão vir a contribuir para um maior poder de escolha dos utentes.

Neste contexto, pode afirmar-se que existem mudanças regulamentar que elevam a expectativa dos utentes, e estes por sua vez estão progressivamente a exigir maior sofisticação, eficácia e eficiência dos serviços de saúde. Tudo isto ocorre também num contexto em que os utentes exibem maior disponibilidade de rendimento para os serviços de saúde, levando-os, inclusive, a procurar fornecedores alternativos.

Num outro sentido, verificou-se que a eficácia dos serviços de saúde em Portugal registou melhorias significativas nos últimos 30 anos. Por exemplo, a taxa de mortalidade infantil decresceu de 58,6 por cento, em 1970, para cinco por cento em 2001. A esperança média de vida dos portugueses aumentou de 64,2 anos, no caso dos homens, e 70,8 anos, no caso das mulheres, em 1970, para 73,5 anos, para os homens, e 80,3 anos, para as mulheres, em 2001. Estas melhorias foram conseguidas graças a um aumento significativo do investimento e dos gastos públicos em saúde. Por exemplo, de 1970 para 2001, o número de médicos aumentou mais de quatro vezes, de 8.156 para 33.233, enquanto a população teve, no mesmo período de tempo, um aumento de cerca de 20 por cento.

Apesar do elevado nível de gastos do Estado português na saúde, a satisfação dos utentes não é a melhor. Um estudo levado a cabo em 2002 (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2003) mostra que 21,2 por cento dos inquiridos estão insatisfeitos com os serviços fornecidos nas urgências dos hospitais. Conclui ainda que os serviços públicos de saúde não asseguram uma oferta capaz em algumas especialidades, como seja a assistência dentária e as consultas de clínica geral (embora, haja algum esforço para que todas as famílias portuguesas

tenham acesso a um “médico de família”). Tal como noutros países, o tempo de espera para algumas consultas de especialidade é considerado elevado, enquanto as listas de espera para cirurgias continuam a ser um problema. De acordo com o mesmo estudo, 34,8 por cento dos inquiridos recorreram a consultas no sector privado pelo menos uma vez durante o último ano, algo que indicia que os serviços públicos em alguns casos ou não existem, ou mesmo sendo mais baratos não compensam face à oferta privada. Em 1995, os gastos de saúde no sector privado, em Portugal, representavam cerca de 39,0 por cento dos custos totais com a saúde, enquanto que o mesmo rácio na União Europeia era de 21,5 por cento.

A evolução do sector em Portugal tem sido significativa, quer nas organizações com fins lucrativos, quer naquelas que não têm fins lucrativos. É hoje mais comum, mesmo em hospitais públicos, existirem quartos individuais com camas ergonómicas e com fins ortopédicos, casas de banhos privativas, e televisão. Em casos especiais existem espaços para que se acomodem familiares próximos. Adicionalmente, as zonas de espera fora das áreas de assistência hospitalar propriamente dita, têm melhorado significativamente, através da introdução de ar condicionado, aquecimento, áreas especiais de espera para crianças, máquinas automáticas de venda de bebidas e comidas, televisão, pontos de informação mais orientados para o cliente (neste caso familiares ou amigos dos pacientes), segurança preparada para prestar informação e controlar os espaços, venda de produtos e serviços (como sejam jornais ou flores), entre outros. Tudo isto significa que os serviços de saúde em Portugal estão a entrar numa nova era, muito mais orientada para o consumidor e para o marketing.

Neste contexto, as organizações prestadores de serviços de saúde, com ou sem fins lucrativos, procuram uma orientação acrescida para o mercado. Estas organizações percebem ainda que o seu sucesso depende largamente de vários actores (médicos, enfermeiros, administradores hospitalares e até mesmo os familiares e amigos dos pacientes), com os quais precisam de reforçar relações. Por exemplo, a possibilidade de escolha do prestador de saúde por parte do utente induz rapidamente a orientação do prestador para a fidelização desse utente baseada em serviços de qualidade. Da mesma forma, a capacidade de atracção de bons profissionais de saúde requer relações de proximidade que as organizações procuram cultivar com esses profissionais.

De uma forma geral, pode concluir-se que: i) o sistema nacional de saúde português é suficientemente eficaz; ii) os custos estão a aumentar, bastante acima da inflação média; iii) os portugueses e o próprio Governo estão a exigir melhores serviços de saúde; iv) a oferta de serviços de saúde privados são predominantemente complementares à oferta pública, estando,

contudo, a crescer; v) os níveis de satisfação dos utentes são maiores nas organizações privadas.

Na secção seguinte vamos abordar o conceito de qualidade nos serviços de saúde.

### **3. Conceito de qualidade nos serviços de saúde**

Segundo Grönroos (1994), a qualidade nos serviços deve ser definida pelos clientes. Dito de outra forma, é a percepção de qualidade que o cliente tem do serviço que deve ser estudada. Já Garvin (1988) fez uma abordagem diferente à qualidade, baseada na ideia de que esta depende do contexto, mostrando assim a necessidade de coordenar esforços no interior da organização no sentido de desenvolver uma melhor abordagem à qualidade. No entanto, como foi referido por Lovelock *et al.* (1999), a investigação de Garvin foi orientada para as actividades industriais. No que concerne aos serviços, Parasuraman *et al.* (1985) identificaram dez critérios utilizados pelos consumidores para avaliar a qualidade do serviço, os quais foram posteriormente (Parasuraman *et al.*, 1988) agregados em cinco grandes dimensões: i) aspectos tangíveis (aspecto dos elementos físicos); ii) confiança (desempenho de acordo com as expectativas); iii) conformidade (prontidão e utilidade); iv) garantia (competência, cortesia, credibilidade e segurança; v) empatia (acesso, comunicação e compreensão do cliente).

Evans *et al.* (2001) colocaram a questão da qualidade do sistema de saúde como uma questão de resultados nos diferentes níveis do próprio sistema, em detrimento da avaliação dos vários processos a ele inerentes. Esta perspectiva coloca uma dificuldade maior, que é tentar correlacionar resultados com uma variável específica. Ou seja, não é fácil, por exemplo, tentar relacionar o facto de que um maior nível de investimento na formação do pessoal da cirurgia neo-natal num hospital pediátrico contribui para uma diminuição da mortalidade infantil. Estes autores basearam a sua investigação num modelo da Organização Mundial de Saúde, que é suportado por três grandes objectivos: i) melhoria da saúde da população; ii) conformidade com expectativas legítimas, mas não relacionadas com a saúde, propriamente ditas (isto é, respeito pelas pessoas e orientação para os clientes); iii) equidade no financiamento. Este modelo fornece uma ideia questionável sobre qualidade do sistema de saúde dado que, em algumas situações, qualidade do sistema e equidade desse mesmo sistema não se podem relacionar. Por outras palavras, ao desenvolver uma visão global de qualidade na saúde é importante separar os aspectos técnicos dos aspectos humanos.

Um outro aspecto a ter em conta é o nível de expectativas dos utentes face ao sistema de saúde em termos de capacidade de resposta. Como é sabido, o resultado global do sistema de saúde está a aumentar a cada momento (por exemplo, a esperança média de vida continua a aumentar), o qual contribui para um constante aumento das expectativas dos utentes. Este

facto poderá contribuir para uma relação irracional: um aumento ou melhoria do resultado do sistema de saúde pode implicar um aumento das expectativas por parte dos utentes, o que pode significar no limite algum desapontamento por parte dos utentes quando as expectativas não são alcançadas e, neste caso, os utentes concluírem por uma diminuição do nível de qualidade do serviço.

Outras questões se poderão colocar em todo o sector dos serviços de saúde. De facto, a complexidade, heterogeneidade e ambiguidade dos serviços de saúde são de tal forma grandes que o utente médio não possui os conhecimentos ou instrumentos necessários para avaliar a qualidade do serviço de saúde. Isto requer o desenvolvimento de uma abordagem à qualidade que tenha em conta não só os utentes mas também outros actores do sistema. Seguidamente, discutiremos de que forma é que se poderá medir a qualidade na saúde e na secção 5 desenvolveremos uma perspectiva em rede sobre a avaliação dessa qualidade.

#### **4. Medidas de qualidade na saúde**

Para além da definição de qualidade nos serviços de saúde é importante desenvolver um modelo que conduza à avaliação e definição de medidas operacionais sobre essa qualidade.

Como referido por Herzlinger (1997, p. 94), aludindo ao mercado da saúde nos Estados Unidos da América, “os custos e a qualidade da maior parte das actividades do sistema de saúde não são mensuráveis e podem considerar-se mesmo incontroláveis”. Pode pois afirmar-se que existem muitas dificuldades na definição de medidas de desempenho como qualidade. De acordo com Lawton (1998), estas dificuldades incluem: i) complexidade na recolha e interpretação de muita informação, de uma forma rápida; ii) a definição de objectivos, em serviços complexos, e que em muitos casos colidem entre si; iii) a falta de correlação entre os objectivos globais da organização e alguns objectivos específicos; iv) a inexperiência de muitos gestores no desenvolvimento e utilização de medidas de desempenho; v) a falta de objectivos mensuráveis e relevantes que possam ser relacionados com rendimento e resultados específicos; vi) a falta de recursos para a construção de mapas de informação; vii) resistência por parte das pessoas para a mensuração regular de dados; viii) a falta de formação das pessoas em avaliação financeira; ix) o custo de medir o desempenho; e, finalmente, x) a falta de interesse.

A avaliação do desempenho ou da qualidade dos serviços de saúde pode ainda ter outro tipo de barreiras, tais como a dimensão, complexidade e heterogeneidade dos sistemas nacionais de saúde, assim como as grandes diferenças dos graus de especialização nos recursos humanos das organizações prestadoras de serviços de saúde (Carter, *et al.*, 1992).

A forma tradicional de medir qualidade dos serviços de saúde é focada nas expectativas e percepções dos utentes. Por exemplo, baseado no modelo SERVQUAL, desenvolvido por Parasuraman *et al.* (1988), Lytle and Mokwa (1992) reconheceram nos serviços de saúde três tipos de benefícios: benefícios centrais (o núcleo do produto ou do resultado que o paciente espera alcançar); benefícios intangíveis (a interacção entre o médico e o paciente, que é largamente baseada na confiança, empatia, credibilidade e conformidade da relação entre os dois) e benefícios tangíveis (a localização e o aspecto físico das instalações, a sua decoração e o pessoal).

Ware *et al.* (1978), referidos por Sargeant (1999), investigaram a medida e o significado da satisfação dos pacientes e identificaram quatro dimensões que afectam a percepção que eles possuem da qualidade dos serviços de saúde. Estas quatro dimensões são: i) a conduta do médico, ii) a disponibilidade dos serviços, iii) a confiança e a iv) eficiência ou resultado obtido pelo tratamento.

Coddington *et al.* (2000, p. 51), sugeriram um outro instrumento alternativo para medir a qualidade dos serviços de saúde, que é o valor acrescentado que eles possam aduzir. Este valor acrescentado, inclui “serviços, conveniência, acessibilidade, relacionamento com o médico, inovação, preços unitários, e o volume ou intensidade da utilização de certos recursos (por exemplo, número de dias de internamento por mil habitantes)”.

Outros estudos acerca da satisfação dos utentes dos serviços de saúde relevam a importância da interacção do médico com o paciente, conveniência, acessibilidade, tempos de espera, possibilidade de escolha, qualidade de informação, quantidade de serviços disponíveis, natureza dos problemas de saúde dos pacientes e os antecedentes demográficos desses mesmos pacientes (Brown and Swartz, 1989; Singh, 1990; Sage, 1991).

Apesar de todos os factores mencionados poderem vir a influenciar a percepção de qualidade dos serviços de saúde, é preciso referir que essa percepção reflecte sobretudo o ponto de vista do utente. Mas, para além das medidas centradas no utente, outras medidas, centradas na organização, deverão ser desenvolvidas.

As medidas centradas na organização têm merecido a atenção da literatura de estratégia, na qual tem sido destacado o desempenho organizacional. Por exemplo, Chakravarthy (1986) referiu que a medida de desempenho estratégico da organização necessita de ir mais longe do que as tradicionais medidas de rentabilidade. O autor examinou medidas alternativas e propôs a capacidade da empresa satisfazer todos os seus “stakeholders”, e não só os seus accionistas, de forma a ultrapassar as limitações das medidas de rentabilidade. Venkatraman e Ramanujam (1986) desenvolveram um modelo de classificação em duas dimensões em que colocam o

enfoque em várias medidas de desempenho. Uma das dimensões relaciona critérios financeiros com critérios operacionais, enquanto a outra dimensão se centra em fontes de dados primários versus secundários. Recentemente, Harrison and Freeman (1999) editaram um número especial do *The Academy of Management Journal* em que abordam o relacionamento entre a gestão dos “stakeholders”, responsabilidade social e desempenho nas organizações. No seu artigo, os autores reconheceram a necessidade de “refinamento das ideias acerca de cada grupo de stakeholders” (p. 484).

Nestes termos, assumindo a complexidade, heterogeneidade e ambiguidade dos serviços de saúde, e a necessidade de desenvolver medidas centradas não só nos clientes/utentes, mas também na própria organização, a qualidade dos serviços de saúde deve ter em conta, não só o ponto de vista do cliente/utente, mas também o ponto de vista de outros actores, como sejam o pessoal (médicos, enfermeiros e outros), detentores dessas organizações (o Estado e as empresas com ou sem fins lucrativos), e fornecedores.

Através desta abordagem em rede que considera diferentes actores de um mesmo sistema, outras medidas de desempenho para além da satisfação do cliente emergem, permitindo o desenvolvimento de um modelo mais completo sobre a qualidade nos serviços de saúde.

De forma a não tornar o modelo demasiado complexo propomos, numa primeira fase, avaliar o desempenho financeiro da organização de serviços de saúde, a orientação do serviço para o utente/cliente, a sua funcionalidade logística e a competência técnica e profissional dos recursos humanos da organização. A avaliação da qualidade dos serviços de saúde deverá ser entendida pelos diferentes actores como um instrumento crucial, que deverá ser realizada numa base regular.

Num sector com escassos recursos, grandes expectativas por parte dos utentes/clientes, e com níveis de despesa cada vez maiores, é importante que todos os actores saibam o que significa qualidade em saúde. Num contexto de aumento de poder de escolha desses mesmos utentes/clientes, é também importante identificar que organizações oferecem mais confiança. Isto implica não só uma avaliação sistemática, mas também um sistema de *benchmarking*, baseado numa linguagem clara e numa metodologia, para o qual este artigo contribui desenvolvendo uma abordagem em rede sobre a qualidade dos serviços de saúde.

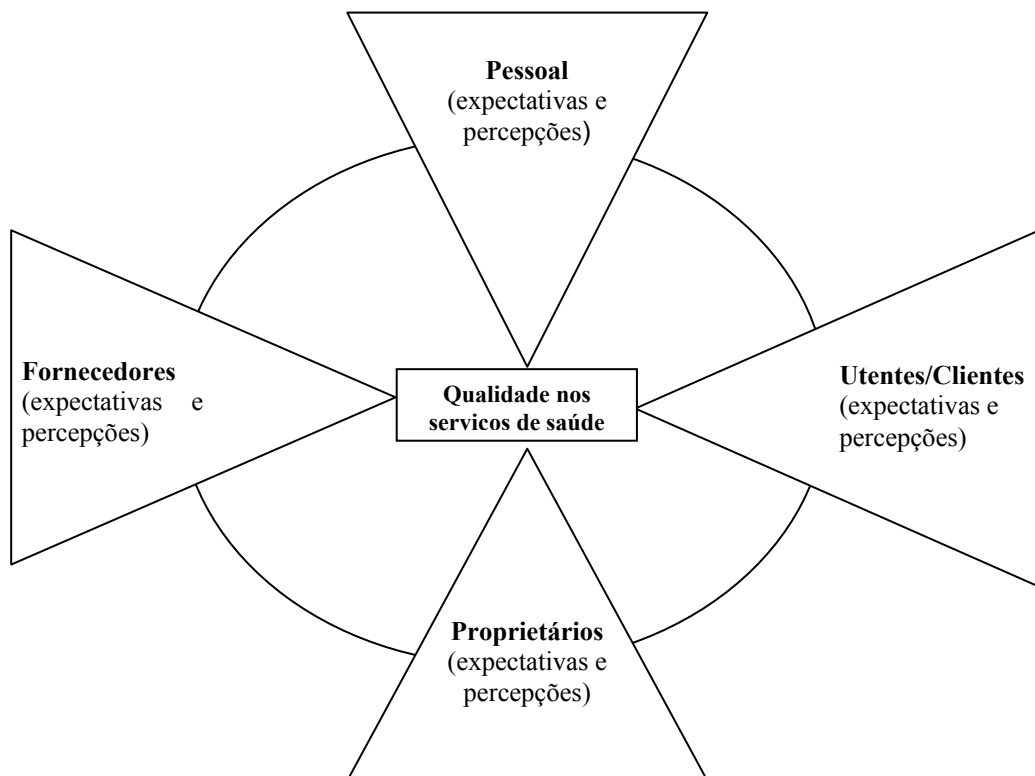
## **5. A qualidade dos serviços de saúde numa perspectiva de rede**

De forma a implementar um inquérito à qualidade dos serviços de saúde credível, necessitamos de desenvolver um modelo e posteriormente conduzir uma investigação empírica para o testar. No nosso ponto de vista, este modelo pressupõe a existência de vários actores individuais e organizacionais no seio do sistema de saúde. Este sistema deve ser visto

como uma rede de relações entre diferentes actores, os quais têm percepções diferentes, e muitas vezes expectativas em conflito. Isto significa que o inquérito tem que ter uma estrutura diferente de acordo com o objecto de avaliação. Por exemplo, se nós analisarmos um serviço de saúde privado, é normal que as percepções e expectativas dos médicos sejam diferentes dos utentes/clientes, ou dos accionistas. Num outro caso, é difícil encontrar um hospital com um elevado padrão de satisfação dos utentes/clientes e accionistas insatisfeitos. Noutro exemplo, um hospital com um elevado grau de inovação em termos de procedimentos e equipamento médico pode ser visto pelos seus utentes como não tendo um grande nível de qualidade se, por exemplo, a sua capacidade de resposta é fraca. Ainda num outro exemplo, pessoal técnico insatisfeito poderá conduzir à prestação de um mau serviço aos utentes.

A Figura 1 identifica os diferentes actores existentes num sistema de saúde.

**Figura 1: Principais actores existentes num sistema de saúde**



Fonte: Autores

Deve referir-se que mesmo dentro de cada um dos quatro grupos de actores identificados acima, existem diferentes indivíduos e grupos. O pessoal compreende, por exemplo, médicos, enfermeiros, administradores hospitalares, e outro pessoal técnico e não – técnico. Os proprietários de uma organização de saúde poderão ser o Estado ou outra entidade pública, uma entidade privada ou proprietários individuais. As organizações poderão ser orientadas

para o lucro ou não (e neste caso, poderão ser do Estado ou organizações de voluntariado, de carácter associativo ou cooperativo). Os principais fornecedores das organizações de serviços de saúde são a indústria farmacêutica e os fornecedores de equipamento. Finalmente, utentes/clientes poderão compreender actuais e potenciais pacientes, incluindo os seus familiares e amigos.

Embora todos os actores referidos possuam alguma influência, expectativas e percepções sobre a qualidade nos serviços de saúde, pode argumentar-se que alguns deles, particularmente os médicos, os enfermeiros e os pacientes, como participantes directos na produção e consumo dos serviços de saúde, tenham um maior interesse na prossecução de uma maior percepção de qualidade dos serviços.

Frequentemente as necessidades dos diferentes actores no interior de uma mesma organização podem colidir entre si. Por exemplo, proprietários de organizações de serviços de saúde tentarão alcançar um nível superior de eficiência, enquanto o pessoal exigirá, por exemplo, novo equipamento. Num outro exemplo, os pacientes e seus familiares apreciarão positivamente um comportamento delicado por parte do pessoal, enquanto que muitos profissionais de saúde acharão que este tipo de comportamento, já não se enquadra necessariamente naquilo que entendem por profissionalismo.

É necessário definir um inquérito para cada tipo de actores, dado que estes possuem expectativas e percepções muito específicas. Por exemplo, se tentarmos avaliar a importância da solidez financeira de uma organização, provavelmente não será um item muito importante para um utente/cliente, mas será de certeza importante para os proprietários. De igual forma, os aspectos logísticos do serviço de saúde são importantes para o pessoal, mas provavelmente não serão tão importantes para os proprietários da organização. Isto implica que os estudos empíricos que se desenvolvam sobre este assunto tenham em consideração as necessidades e objectivos de cada um dos actores.

A Tabela 1 classifica a importância de quatro itens de qualidade nos serviços de saúde por nós identificados como relevantes, para cada um dos actores.

**Tabela 1: Itens de qualidade relevantes para o inquérito**

Itens de qualidade	Expectativas/Percepções			
	Utentes	Proprietários	Pessoal	Fornecedores
Desempenho financeiro	Irrelevante	Relevante	Relevante	Relevante
Funcionalidade logística	Relevante	Irrelevante	Relevante	Relevante
Orientação do serviço para o cliente	Relevante	Relevante	Irrelevante	Irrelevante
Competência técnica e profissional do staff	Relevante	Relevante	Relevante	Relevante

Fonte: Autores

Após a definição do inquérito para cada um dos participantes na organização de serviços de saúde, será importante definir o peso que cada um desses mesmos participantes possui no resultado final. Isto significa que, dependendo dos objectivos específicos de cada agenda de investigação, será necessário definir a importância de cada um dos participantes para uma percepção global de qualidade dos serviços de saúde.

## **6. Investigação futura**

O sector dos serviços de saúde está a tornar-se cada vez mais importante. Ao mesmo tempo a oferta de serviços de saúde está a alargar-se, com organizações públicas e privadas em concorrência crescente por um orçamento de saúde cada vez maior. Organizações públicas e privadas em Portugal estão a entrar numa nova fase de desenvolvimento, muito mais orientada para o marketing.

Os serviços de saúde são uma actividade que lida com pessoas e por isso e pela sua natureza têm uma complexidade superior, uma ambiguidade alargada e são muito heterogéneos, características que os distinguem de muitos outros serviços. Simultaneamente, quer os accionistas privados, quer os governos, exigem maiores níveis de eficiência. É por isso importante definir um instrumento de avaliação que ajude os governos, as organizações de serviços de saúde, os utentes/clientes e outros actores do sistema a escolherem melhor. Esta ferramenta é um barómetro da qualidade dos serviços de saúde que deverá avaliar regularmente todas as organizações.

É sabido que os clientes são cruciais na definição de qualidade nos serviços. Esta é a visão tradicional, particularmente na literatura de marketing. Contudo, numa abordagem mais ampla e completa à avaliação da qualidade dos serviços de saúde é necessário que se considerem não só os utentes/clientes, mas também outros actores. Esta abordagem em rede permite observar a qualidade de tal forma que a complexidade, ambiguidade e heterogeneidade dos serviços de saúde possa ser capturada.

Neste artigo foi proposto de forma exploratória uma abordagem para avaliar a qualidade dos serviços de saúde, no qual estão integradas as expectativas e percepções, não só dos utentes/clientes, mas também do pessoal de saúde, fornecedores e proprietários das organizações prestadoras de saúde. Para que se consiga ponderar estes diferentes pontos de vista, será necessário levar a cabo um inquérito que seja diferente para cada um dos actores do sistema de saúde. Em investigações futuras deverá procurar-se desenvolver a abordagem proposta neste artigo, avaliar as percepções e expectativas dos diferentes actores, e, por via disso, propor um modelo robusto de avaliação em rede da qualidade dos serviços de saúde.

## Referências

- APIFARMA (2003), *A Indústria Farmacêutica em Números*, Lisboa: Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica (APIFARMA).
- Brown, S. W. and Swartz, T. A. (1989), A gap analysis of professional service quality, *Journal of Marketing*, 53 (April), pp. 92-98.
- Carter, N., Klein, R. and Day, P. (1992) *How Organisations Measure Success: The Use of Performance Indicators in Government*, Routledge, London.
- Chakravarthy, B. S. (1986), Measuring Strategic Performance, *Strategic Management Journal*, 7 (5), pp. 437-458.
- Clark, G. (1990), *Managing service quality – An ifs executive briefing*, Bedford, UK: IFS Publications.
- Coddington, D., Fischer, E., Moore, K. and Clarke, R. (2000), *Beyond managed care – How consumers and technology are changing the future of healthcare*, San Francisco: Jossey-Bass, a Willey Company.
- Counte, M. A., Meurer, S. (2001), Issues in the assessment of continuous quality improvement implementation in healthcare organisations, *International Journal for Quality in Healthcare*, 13 (3), 197-207.
- Evans, D. B., Edejer, T. T., Lauer, J., Frenk, J., and Murray, C. J. L. (2001), Measuring quality: from system to the provider, *International Journal for Quality in Healthcare*, 13 (6), 439-446.
- Gandhi, T. K., Cook, E. F., Puopolo, A. L., Burstin, H. R., Haas, J. S., and Brennan, T. A. (2002), Inconsistent Report Cards – Assessing the comparability of various measures of the quality of ambulatory care, *Medical Care*, 40 (2), 155-165.
- Garvin, D. A. (1988), *Managing quality*, Chapter 3, New York: The Free Press.
- Grönroos, C. (1994), From scientific management to service management, *International Journal of Service Industry Management*, 5 (2), 5–20.
- Harrison, J. S.; Freeman, R. E. (1999), *Stakeholders, social responsibility, and performance: empirical evidence and theoretical perspectives*, *The Academy of Management Journal*, 42 (5), pp. 479-485
- Herzlinger, R. (1997), *Market driven healthcare*, New York: Perseus Books, HarperCollins Publishers.
- Lawton, A. (1998), *Ethical Management for Public Services*, Oxford University Press, Oxford.
- Lovelock, C., Vandermerwe, S., and Lewis, B. (eds.), (1999), *Services marketing – A European perspective*, Harlow: Prentice Hall Europe.
- Lytle, R. S. and Mokwa, M. P. (1992), Evaluating health care quality: the moderating role of outcomes, *Journal of Health Care Marketing*, 12 (1), pp. 4-14
- Mota Pinto, M., Ramos, F. and Pereira, J. (2000), Health technology assessment in Portugal, *International Journal of Technology Assessment in Healthcare*, nº 16, 2, pp. 520-531.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2003), *Relatório de Primavera 2003 – Saúde - Que rupturas?*, Observatório Português dos Sistemas de Saúde, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., and Berry, L. (1985) A conceptual model of service quality and its implications for future research, *Journal of Marketing*, 4 (Fall), pp. 41-50
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., and Berry, L. (1988) SERVQUAL: a multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality, *Journal of Retailing*, 64 (1), pp. 12-40
- Rubin, H. R., Pronovost, P., and Diette, G. B. (2001), From a process of care to a measure: the development and testing of a quality indicator, *International Journal for Quality in Healthcare*, 13 (6), 489-496.

- Sage, G. C. (1991) Customers and the NHS, *International Journal of Health Quality Assurance*, 4 (3), pp. 23-34
- Sargeant, A. (1999) *Marketing Management for Nonprofit Organizations*, Oxford University Press, Oxford
- Singh, J. (1990) A multifacet typology of patient satisfaction with a hospital, *Journal of Health Care Marketing*, 10 (December), pp. 8-21
- Venkatraman, N. and Ramanujam, V. (1986) Measurement of business performance in strategy research: a comparison of approaches, *Academy of Management Review*, 11 (4), pp. 801-814.
- Ware, J. E., Davies-Avery, A. and Stewart, A. L. (1978) The measuring and meaning of patient satisfaction, *Health and Medical Care Services Review*, 1 (January/February), pp. 14-20
- Zeithaml, V. A., Parasuraman, A., Berry, L. L. (1990), *Delivering quality service*, New York: The Free Press.