

Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado

Ana Maria Malik*

RESUMO O presente artigo trata do conceito de qualidade de maneira aplicada aos serviços de saúde. Assume que o interesse por ele é cíclico, que os instrumentos utilizados não necessariamente são novos mas que periodicamente voltam à moda, sob diferentes denominações. Discute algumas questões relacionadas a consumo de saúde e assume, como seu objeto, pontos de semelhança e de diferença no entendimento de qualidade em saúde no setor público e no setor privado. Levanta para isto o papel do mercado e do Estado e variáveis tais como acesso, universalização, direito à saúde, produção científica, planejamento e até mesmo concepção de mundo em relação a trabalhador e usuário. Tenta caracterizar o que é singular em cada um dos processos e o que é generalizável. Apresenta ainda aspectos de avaliação em saúde e seu relacionamento com a temática anterior. Por fim, discute alguns mitos associados ao tema, tentando quebrar a aura de religião que o envolve.

ABSTRACT This article deals with quality as an issue related to health care. It shows that interest related to it is not new, but comes back every couple of years. Consumption in health is addressed, as well as commonalities and differences between health care delivery in public and private sectors. The role of the State and of the marketplace are also discussed, together with some variables such as access, equity, right to health, R&D, planning and what lies behind general concepts related to workers and users. Evaluation is another item presented, in its relationship with quality. Finally, the mythic aspect of the issue is presented, in order to withdraw it from its present quasi-religious implications.

INTRODUÇÃO

"Words, words, words". Desde Shakespeare, passando por qualquer outro autor menos original, já se sabe que é possível utilizar a mesma palavra para definir objetos e conceitos diferentes. Raros interlocutores perceberão a armadilha (intencional ou não) e ainda menos relatarão o que perceberam.

Qualidade é reconhecidamente um termo ao qual se atribui valor subjetivo, sendo hoje vendido como algo que varia praticamente de interlocutor para interlocutor. No entanto, situando essa discussão no Brasil do final do século, isso não invalida critérios mais objetivos, como aqueles da Asso-

* Diretora do Proahsa, professora da Eaesp/FGV e da FSP/USP e coordenadora da Região Metropolitana de São Paulo, na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

ciação Brasileira de Normas Técnicas e/ou do início da aceitabilidade das normas ISO.

Por outro lado, o senso comum ainda assume o termo como um atributo, freqüentemente com conotação positiva, de qualquer pessoa ou coisa. Em dicionários da língua portuguesa (Ferreira, 1986), francesa (Maubourguet, 1990) e inglesa (Woolf, 1979) as definições começam por apresentar a palavra como uma propriedade, atributo ou condição que distingue uma pessoa ou uma coisa de outras e lhes determina a natureza. No dicionário de língua portuguesa, uma das definições tem caráter depreciativo: “espécie, casta, laia” e outra é apresentada como filosófica: “aspecto sensível, e que não pode ser medido, das coisas”. Finalmente, sob a apresentação de “de qualidade”, surge: “de boa qualidade ou que se distingue pela posição social, pela educação, pela distinção, etc.”

Em francês, a definição se completa com a conotação da excelência ou da superioridade e do mérito, apresentando a noção do homem de qualidade como sendo nobre de nascença. Em inglês, mesmo o dicionário sendo o mais antigo consultado, o termo também traz entre seus significados o de grau de excelência. Como último comentário lingüístico, um clássico do romance alemão contemporâneo, de Robert Musil, traduzido e editado pela Nova Fronteira nos anos 70, recebe o título de “Um Homem sem Qualidades”. Assim, pode-se a rigor assumir que qualquer pessoa ou coisa tem necessariamente alguma *qualidade* (característica inerente), enquanto que *as qualidades* passam a ser os chamados atributos de conotação positiva (ou excelência).

Na área técnica, é aparentemente consensual atribuir os primeiros esforços a respeito de qualidade em saúde como devidos a Florence Nightingale, na guerra da Criméia. Do ponto de vista da “cultura organizacional” do setor, estão aí o primeiro grande mito e a primeira grande heroína. Mais recentemente, entre os trabalhos mais acessíveis, encontra-se a discussão na área da indústria, aparentemente onde se

inicia o trabalho dos grandes autores da área (Deming, 1990; Jurán, 1989; Ishikawa, 1985), na saúde, mais voltada à avaliação da assistência médico-hospitalar (Donabedian, 1993) e até na aplicação mais direta dos princípios da qualidade industrial à área da saúde (Berwick, 1991), e uma leitura mais crítica, nacional (Nogueira, 1994). O México é outro país latino no qual a bibliografia a respeito de qualidade em saúde é farta. A revista “Salud Pública”, que tem circulação ampla no continente, já dedicou números especiais ao tema. Há outros autores e outras publicações mas, a rigor, este primeiro panorama pode ser considerado suficiente em termos mais teóricos (Stiles e Mick, 1994).

No decorrer dos anos é possível verificar que a noção da qualidade é recorrente e a preocupação com ela e com suas definições é cíclica. Não necessariamente, porém, ela vem sendo trabalhada com a preocupação de ser factível, tendo como objeto o serviço de saúde comum. A noção do “padrão ouro”, de aquilo que se gostaria de atingir, é cada vez mais confundida com o que se deveria fazer, esquecendo as noções de processo, de temporalidade e até de realidade. Com freqüência parece, pelo que se ouve, que as pessoas trabalham acreditando que o pensamento positivo e a auto-ajuda são suficientes para garantir a qualidade da prestação de assistência. Segundo dirigentes de diferentes organizações prestadoras de serviços de saúde de São Paulo, pode-se ter a impressão de que há pouco a aprimorar nos serviços sob sua responsabilidade, o que não parece ser a percepção prevalente entre os usuários, financiadores e boa parte dos profissionais, principalmente dependendo do papel que estes representam na prestação ou gestão das atividades.

Pouco daquilo que se diz atualmente é, de fato, novo. Talvez o final do século fosse o momento adequado para divulgar novamente as mesmas e recorrentes idéias; pode ser que a embalagem atual seja a mais atraente, uma vez que as pessoas estão mais propensas a considerar sua individualidade

como fundamental para garantir o sucesso do esforço coletivo. É possível que o medo (dos custos, dos consumidores, dos adversários, do mercado, do futuro) esteja impulsionando os homens e mulheres a buscarem uma base num conhecimento partilhado e numa atividade colaborativa. Tudo isso para deixar claro que qualidade talvez seja o nome que se dá a uma maneira específica de organização de idéias, da mesma forma que já ocorreu com tantos outros termos.

Há quem diga, inclusive, que a palavra hoje já está caindo em descrédito, sugerindo seu descanso para, eventualmente, ser mais uma vez retomada em alguns anos e novamente discutida. A rigor, trata-se do mesmo processo já ocorrido com o termo "estratégico". Às vezes, ele é resgatado e considerado útil. Em seguida, é relegado, até nova onda. No entanto, a forma estratégica de raciocínio existe de maneira documentada desde que o mundo é mundo (ou desde a primeira vez que se fez guerra). Não é sequer necessário citar Maquiavel para datá-la. A denominação que lhe é dada importa tão pouco quanto o nome Montecchio ou Capuleto.

QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

O tema qualidade em saúde se presta a uma quantidade enorme de interpretações. Sua abrangência passa pela temática da Constituição Brasileira de 1988, que associa claramente (embora de maneira implícita) a definição de saúde à de qualidade de vida. Apresenta ainda aspectos que a conduzem por variáveis do consumo de modo geral, fazendo com que se torne fundamental definir se existe, afinal, o consumidor da área específica, entre outros desvios de igual potencialidade.

A qualidade em saúde vista na linha específica dos programas que valorizam o consumidor obriga, por exemplo, a repensar o tamanho do consumo em saúde. Em primeiro lugar, é comum medi-lo à luz de "compra" de produtos ou serviços tangíveis.

Mesmo nesse caso, cabe pensar qual o foco de observação mais adequado: medicamentos, órteses e próteses, alimentos (características nutricionais ou produtos diet/light), moradia em condições de habitabilidade, contato com microorganismos patogênicos em condições mais favoráveis para estes ou para o ser humano?

Tomando emprestados alguns conceitos econômicos, pode-se trabalhar, por outro lado, uma série de características socioeconômicas usualmente medidas *per capita* para fazer a avaliação de condições de vida e/ou saúde de uma população: quantidade de profissionais e de consultórios, de unidades onde se aplicam vacinas, de leitos gerais, entre outros. Ainda é possível pensar na disponibilidade: existência, na região, de serviços adequados sobre população potencialmente usuária (por exemplo, leitos de maternidade sobre mulheres em idade fértil), no acesso (todos aqueles anteriormente citados e mais as condições geográficas, de informação, de modelo assistencial e de financiamento) ou ainda na real utilização de produtos ou serviços.

Isto ainda não termina por caracterizar o consumo em saúde, principalmente como objeto de decisões e atividades voltadas às premissas de equidade e universalidade. Ao contrário, as análises propostas, por mais grosseiras que sejam, acabam por apontar as grandes desigualdades regionais do país, sem falar naquelas devidas a condições socioeconômicas individuais. Percebe-se, de maneira talvez pessimista, que frente a todas as situações nas quais os brasileiros não são tratados de forma equânime, parece difícil transformar a saúde naquela onde tudo se torna diferente. Assim, qualidade em saúde tem um componente político externo ao setor e às decisões que dentro dele se tomam. Ao mesmo tempo torna-se necessário perceber que o consumo em saúde, realmente, é praticamente restrito à mesma reduzida percentagem da população que tem acesso a qualquer outro bem de consumo. Ainda é cabível mencionar que a

ingestão de suplementos vitamínicos destinados a prolongar a beleza, a juventude e a vida não faz parte do que se está tratando, a menos que o objeto de discussão seja saúde mental.

Por mais genéricas e complexas que sejam essas afirmações, é possível começar a compreender por que a *qualidade em saúde*, embora em termos teóricos se prenda a questões mais amplas, tende a ser confundida pela opinião pública em geral com a *falta de qualidade na assistência médico-hospitalar*. O fato de o objeto dessa assistência ser a doença (portanto outro ponto do processo saúde-doença) faz pouca diferença para análises mais imediatistas. De fato, próximo ou distante da percepção dos interessados, entre os primeiros requisitos para a discussão a respeito de qualidade está a dimensão temporal. *Não se interfere na qualidade de maneira súbita*: não se mudam opiniões rapidamente, não se alteram práticas de uma hora para outra, não se garante colheita de informações no curto prazo.

Serviços de saúde costumam ser entendidos como lugares onde se tenta diagnosticar e tratar doenças. Por exemplo, quando os exames mostram a normalidade, em geral é um alívio para o paciente, que espera encontrar algum resultado alterado. Em geral, do ponto de vista dos gerentes da organização, considera-se mais adequado quando todos os exames solicitados são “positivos” (ou seja, mostram alteração). De fato, um dos critérios de avaliação de qualidade de profissionais é o número de exames “positivos” por eles solicitados. Isso faz sentido: se exames podem mostrar alterações e se têm custos (alguém certamente paga por eles, quer seja a organização na qual são feitos ou o paciente, direta ou indiretamente), sua solicitação é tanto mais adequada, idealmente, quanto mais alterados os resultados.

O que significa o pedido de um exame cujo resultado é negativo? Em geral, representa a tentativa de uma elucidação diagnóstica frente a dados clínicos pouco precisos ou exagerados. Hoje também é fre-

qüente serem o reflexo da busca por garantir a salvaguarda do profissional/da instituição na época em que a chamada medicina defensiva está cada vez mais na moda, mesmo em países onde os processos judiciais por imperícia ainda não são a norma. Outra explicação freqüente se refere à oportunidade de ganhar tempo frente a uma fila de pacientes. Entre as diferentes hipóteses possíveis ainda estão a formação de profissionais e até mesmo a diminuição da ociosidade dos equipamentos e trabalhadores da área de diagnóstico.

Ou seja, o valor não-monetário de qualquer procedimento diagnóstico também está em quem olha para ele: se for o proprietário da unidade, interessa que os resultados, positivos ou negativos, estejam corretos. Em havendo volume, melhor. Se for o financiador, em tese cada exame a menos num dado diagnóstico, assumindo diagnóstico e terapêutica corretos, significa caso mais barato e, portanto, mais otimizado. Para o paciente, além do alívio frente aos resultados “negativos”, realizar um exame pode significar cuidado ou insegurança do profissional, desrespeito por seu tempo ou por seu bolso ou o usufruto de um direito. O profissional, por fim, pode sentir-se mais seguro de tomar uma conduta, mais protegido frente a um eventual questionamento e mais respaldado frente a seu treinamento prévio.

Até o momento, nem se entrou no mérito de qual a atualização dos procedimentos ou dos equipamentos utilizados ou da sua adequação à eventual elucidação diagnóstica. Caso contrário, a discussão se tornaria muito mais longa. A própria questão dos preços deveria ser parte integrante de quaisquer critérios. Afinal, na apresentação dos chamados custos crescentes da assistência médica, questão presente no Primeiro e no Terceiro Mundos, a área de diagnósticos certamente tem papel de destaque. Também costuma fazer parte da discussão de qualidade de vida o lugar que o gasto com saúde ocupa no orçamento familiar.

Isso introduz um assunto que faz parte da definição do que significaria estar lidando com serviços de saúde. A área de serviços é definida, de acordo com os estudiosos de marketing (Stantom, 1980), como "atendimentos, vantagens, colocados à venda ou proporcionados em conexão com a venda de mercadorias".

Aquilo mais comumente discutido em relação à área de diagnóstico parece enquadrar-se bastante bem nessa afirmação. Portanto, permite que se prossiga considerando algumas outras características dos serviços. Uma delas é a dificuldade em atribuir preços ao que é executado. Cada um dos componentes das máquinas utilizadas tem seu preço, bem como os diferentes materiais de consumo empregados, sejam eles seringas, agulhas, hormônios ou filmes de raios X. No entanto, na cobrança de qualquer exame entra uma outra categoria, a do atendimento, que acaba sendo mais ou menos valorizada de acordo com a percepção de quem é submetido ao procedimento e/ou de quem o financia. Certamente, quem o realiza e reconhece todo o processo nele envolvido o valoriza mais que qualquer outro. Quem o utiliza pode considerá-lo mais valioso antes de se submeter a ele e durante sua realização e, à medida em que o episódio se distancia no tempo, passa a considerá-lo mais dispensável. Quanto aos financiadores, por definição, tendem a considerá-lo mais caro que o necessário.

Isto posto, como atribuir preço ao procedimento? É voz corrente que há procedimentos diagnósticos mais caros no Brasil (em alguns serviços) que nos EUA. Primeiro, deve-se diferenciar custo de preço: qualidade entendida como aquela do processo industrial implica, em tese, a redução de custos, mesmo que seja uma medida global e de longo prazo. No entanto, isto não tem vínculo direto com preço para quem paga, pois a valorização dos procedimentos tem muito a ver com este último. A mão-de-obra norte-americana em geral é mais cara que a brasileira. Os equipamentos podem ser nacionais ou importados, o

mesmo ocorrendo com os insumos. Por que a diferença?

A seguir, há uma discussão interessante entre experts nacionais e internacionais em administração e economia da saúde a respeito da necessidade de se atribuir algum preço àquilo que o setor oferece, de modo a garantir que o consumidor valorize o que é feito por ele. Já fazem parte do folclore as histórias a respeito de como e porque os psicanalistas precisam cobrar e das comparações que os pacientes fazem entre quanto pagam por suas análises (valorizando mais seus processos quanto mais pagam por eles). Em muitos países latinos a opinião a respeito de o pagamento ser necessário prevaleceu, fazendo com que se utilize esse mecanismo no setor público como fator de consciência a respeito da utilização. Às vezes isso mascara uma tentativa de obter aumento de recursos para a saúde, uma vez que a disputa pelo orçamento não melhora a disponibilidade. Esse modelo, seja com a lógica que for, existe também em países chamados desenvolvidos.

No setor privado há menos necessidade de justificar. Muitos são os programas da chamada assistência médica supletiva que insistem no desembolso, por parte do beneficiário, de algum valor quando do procedimento, mesmo que depois seja descontado da conta final, tendo em vista o desestímulo à utilização excessiva dos benefícios. Na verdade, *o discutível passa a ser qual o parâmetro para determinar o que é necessário e o que é excessivo.* Possivelmente os indicadores de utilização serão diferentes quando se trate de um programa no qual a prática seja a cobrança direta ou quando possa não haver dispêndio. Se um dos dois está correto, se algum dos dois é superestimado ou subestimado, fica difícil determinar. A valorização dos exames pela sociedade e pelos meios de comunicação também distorce os dados observados, bem como os preços cobrados pela sua realização.

Além da subjetividade implícita na atribuição de preços, existem outros critérios

que caracterizam serviços. Por exemplo, eles são intangíveis. Ou seja, eles são impalpáveis e difíceis de delimitar. Onde começa e onde termina a prestação de uma consulta? Quando se começa a pensar na necessidade de procurar serviço, na definição por parte do profissional a respeito de como e para quem ele irá trabalhar, no momento em que o usuário começa a sentir-se mal, quando escolhe o profissional, no agendamento da consulta, na chegada ao consultório, na entrada da sala... Afinal, como se pode descobrir o que essa consulta significou, de fato, para o paciente e para o profissional? Existe sempre uma dificuldade para se isolarem critérios e/ou variáveis. A intangibilidade dificulta a apreensão a respeito de o que é de fato uma consulta; essa dificuldade é um dos contribuintes para a fixação de preço para ela.

Serviços tampouco são estocáveis. Isso decorre obviamente da sua intangibilidade, mas pode ser compreendido também como algo cujo consumo não pode ser adiado. É possível comprar um carro num dia ou comprar o mesmo no dia seguinte, porque ele está guardado no pátio da montadora. O mesmo não ocorre com a cirurgia que, se não realizada no momento, pode deixar de ser necessária num segundo momento. Uma mãe pode abrir mão da sobremesa para dá-la a sua filha. Caso esta não a queira, a mãe pode ainda optar por consumi-la ou guardá-la para a refeição seguinte. O mesmo não ocorre com um procedimento da área da prestação de serviços em assistência médico-hospitalar. De fato, aparece aí outra das características da área: a produção e o consumo são simultâneos.

Na produção de medicamentos, depois de embalados e adquiridos eles são guardados à espera de serem prescritos, pois são produtos. Após a prescrição, em algum momento alguém vai ministrá-los e essa ação se dá ao mesmo tempo em que alguém os consome. Naturalmente, exceto para o fabricante do medicamento, sua produção só se justifica pelo momento de seu consumo, para não falar no momento em que seus

princípios ativos começam a agir, mais difícil de perceber.

SERVIÇOS DE SAÚDE: SETOR PÚBLICO E SETOR PRIVADO

Certamente a *noção de qualidade para o setor público e privado na área de saúde é diferente*, mesmo que os indicadores habituais contidos nos “pacotes” de qualidade não costumem se alterar. *Mortalidade, infecção hospitalar, média de permanência e até custo por procedimento, por alguma razão entendidos como indicadores de qualidade, sempre fazem parte do cardápio de tópicos a discutir.* O fato de se poder atribuir a estes a característica de indicadores de utilização não é tão importante. De fato, volta-se à questão da definição da qualidade. Onde termina a utilização e onde se inicia a qualidade? Em última instância, dado que sempre há recursos escassos sendo utilizados, a possibilidade de *usar “bem”* aquilo em que se investiu necessariamente faz parte do conceito de qualidade, embora “bem” e “mal” continuem sendo vagos e inquestionavelmente auto-referentes, assumindo que de um lado está aquilo com que o observador concorda e de outro aquilo de que ele discorda.

Há, porém, critérios que interessam mais a uns que a outros, de maneira geral. Trabalhar com generalizações é pouco adequado, porém parece lícito esperar que a preocupação com *universalidade* seja maior no setor público, por exemplo, enquanto que *retorno sobre investimento* seja uma questão mais da alçada privada. No Brasil há sistema público e privado, na vigência de um entendimento em que o *Estado tem papel no fornecimento da assistência, seja diretamente como prestador seja de forma indireta como alocador de recursos e controlador e afiançador da qualidade.* A mudança no entendimento do papel do Estado no Brasil nos últimos anos obriga a repensar seu papel no planejamento e na ação em saúde (Mendes, 1994), sob pena de – contra todos os ditames da qualidade – cair no vazio.

Enquanto prestador, ele se propõe a atender igualmente a toda a população; o setor privado, por sua vez, assume limitar sua abrangência à população que a ele tem acesso.

Tudo isso deriva do conceito do *direito à saúde e à assistência médica*. Saúde pode ser entendida como a resultante da combinação de múltiplos setores e, em tese, é até garantida pela Constituição de 1988, uma vez que a de 1967 não assegurava esse direito (Santos, 1994). Sua conotação tem caráter abstrato, tornando-se mais identificável pelo seu aspecto negativo (ou de falta de saúde). Assistência médica apresenta-se de maneira mais concreta, sendo claramente percebida em sua substância. Se ela é certa ou errada, mais ou menos adequada, excessiva ou insuficiente, frente a cada caso, necessidade ou plano, já responde a questões subjetivas. No entanto, cada um que chega ao serviço onde lhe prestam (ou não) assistência médica reconhece que recebe ou deixou de receber algo que foi buscar.

Neste trabalho, estará sendo privilegiada a discussão dos chamados serviços de assistência médica, notadamente hospitais, nos quais a questão público/privado tem assumido ao longo dos tempos conotação ideológica que atribui a um dos lados (mais uma vez, dependendo do observador) todas as qualidades e ao outro todos os defeitos. Não se trata de tentar realizar uma análise neutra ou imparcial, que é impossível, mas sim de levantar elementos que permitam a algum observador posicionar-se quanto a quais os critérios eventualmente observáveis. Ao mesmo tempo, a questão não é de assumir que qualquer desses setores seja mais correto que o outro. É simplesmente necessário perceber que, ao mesmo tempo em que a lógica da qualidade em saúde não pode seguir integralmente a lógica da qualidade da indústria automobilística e o próprio conceito de ISO 9000 é adaptado para serviços/saúde, também as bases conceituais do setor público não podem ser as mesmas daquelas do setor privado. O entendimento de cada um deles tem implicações de caráter macroambiental, levando

a rumos diferentes de ordem política, econômica e social.

As origens dessa separação público/privado no Brasil podem ser percebidas historicamente (Mendes, 1993; Guimarães, 1994). Em momentos diferentes seus movimentos de crescimento apresentaram características peculiares, respondendo a grupos de pressão específicos, colocados em posições variáveis de hegemonia. O mesmo também ocorre dentro de cada um dos setores, podendo ser exemplificado na área pública a partir da tendência explícita à descentralização/municipalização, que coloca em questão o papel dos serviços federais, estaduais e municipais, com suas contradições cada vez mais gritantes. Por exemplo, capitais de estado tendem a ser os municípios mais resistentes à municipalização. Há estados em que alguns hospitais já estadualizados ou municipalizados estão sendo "devolvidos" à instância federal e outros em que esta fase do processo sequer ocorreu ainda, independente dos anos passados desde a determinação legal. Uma pergunta a colocar refere-se a como se insere qualidade nesse impasse do respeito às diretrizes. Entre as abordagens teóricas possíveis está a de tentar uma aproximação entre Planejamento Estratégico (em suas diferentes apresentações atuais), principalmente no que diz respeito às chamadas construção de viabilidade (Rivera, 1989) ou corretagem do poder (Motta, 1991) e as teorias de qualidade.

O setor privado e o setor público devem ser entendidos como singulares, cada um deles apresentando processos específicos, orientados por lógicas peculiares. O fato de se falar em qualidade ou até de pensar em aplicar a chamada qualidade total em ambos não elimina suas especificidades. Ao contrário, em cada um deles o instrumental esbarra no que lhe é peculiar: o curto prazo é um entrave, no setor público, ao mesmo tempo que a premência pelo resultado financeiro no privado. Nenhum deles é insuperável, porém devem ser levados em conta. Da mesma forma, o senso de missão do serviço público é um pon-

to forte inquestionável, usado como inspirador, e a disponibilidade óbvia de instrumentos de gerência numa organização privada.

No Brasil, não se pode dizer que a área pública assuma que disputa mercado consumidor, seja pela não-aceitação da regulação da oferta de serviços pelo mercado, seja pela percepção de que inexiste na verdade consumo em saúde ou ainda pelo fato de que a parcela realmente consumidora da população brasileira é ínfima em relação ao total, desde os shopping centers até os hospitais, passando também pela produção cultural e de exames complementares. No entanto, alguns estratos do setor privado estão em disputa por uma fatia pagante (direta ou indiretamente) da população, trabalhando inclusive com estratégias mercadológicas, de forma cada vez mais consciente. A chamada miopia mercadológica (Levitt, s.d.) vem sendo reconhecida como problema a enfrentar e estudos de marketing em saúde começam a ser realizados no Brasil, principalmente com relação a possíveis vantagens competitivas (Porter, 1992) entre diferentes assistências médicas supletivas mas também quanto a sua utilização em alguns hospitais.

O usuário direto do serviço de saúde no Brasil tem pouco direito de escolha, embora o estereótipo tradicional diga que apenas o do setor público não o tem. De fato, somente escolhe quem paga, ou seja aquele que remunera diretamente o serviço por atividade realizada ou o que compra algum plano individual. Quem recebe um plano da empresa onde trabalha talvez sinta que tem maior direito de reclamar, embora não necessariamente de exercer sua opção. Até que ponto essa percepção é clara para os prestadores fica por definir. Quanto aos financiadores, que poderiam de fato escolher, já há estudos sendo realizados que apontam para o fato de que frequentemente sequer as empresas que compram uma modalidade de assistência médica supletiva para seus funcionários têm clareza quanto ao que estão adquirindo.

Interessante notar, entre outras coisas, que a produção científica e até mesmo o movimento da formação de políticas (do qual fazem parte os tradicionais momentos de formulação e implantação) tem representação diferente nos dois setores. Já deixa de ser original a constatação de que o setor público em saúde, por algum motivo, preza o componente normativo ao extremo, detendo-se sobre ele e enunciando-o à minúcia, descurando-se por vezes de obter mecanismos que ofereçam viabilidade aos planos. Exemplo disso é a quantidade de material bibliográfico sobre planos e políticas de saúde, em geral produzidas por militantes do setor público. Em contrapartida, o setor privado aparentemente prima por delinear planos estratégicos, de baixo componente normativo, que servem basicamente como guias para a ocupação de espaço no mercado.

Enquanto dirigentes públicos não se furtam a apresentar os possíveis "porquês" e "comos" de seus projetos, o mesmo não costuma ocorrer no setor privado, em que gerentes das assistências supletivas tendem a ser mais evasivos, protegendo alguns dos rumos traçados. Em última instância, fica colocado um impasse entre o direito à participação no processo decisório por parte de mais atores (discurso explícito do setor público) e a proteção dos lances seguintes da implantação (discurso insinuado no setor privado). O sucesso de alguns projetos públicos¹ e de outro tanto do setor privado² mostra que nenhum dos caminhos é garantia de bons resultados.

Por outro lado, existem alguns estudos que apontam para alguma intencionalidade por trás da ineficiência do setor público. Uma vez que são os mesmos profissionais que trabalham nos dois setores, por algum motivo é diferente seu comportamento num e noutro lugares. Por exemplo, se um serviço dispõe de cinco equipamentos de um mesmo tipo, estarem todos quebrados ao mesmo tempo é um desafio à lei das probabilidades, que ocorre não raras vezes em hospi-

1) O aumento do número de brasileiros que passou a ter acesso a serviços de saúde, de maior ou menor qualidade, com equipamentos de qualidade variável e oferecendo procedimentos de complexidade e atualização também variáveis depõe, inquestionavelmente, a favor dos sucessos obtidos pelo SUS.

2) Trata-se de reconhecer que os mesmos cerca de 30% da população brasileira cobertos pela assistência médica supletiva nos últimos anos flutuaram entre diversos financiadores e prestadores de assistência, o que depõe a favor do sucesso das estratégias adotadas por alguns deles. Por outro lado, o fato de que alguns dos serviços hospitalares ditos de "de elite" tenham, finalmente, passado a aceitar pacientes financiados por terceiros (diminuindo a fatia de mercado da modalidade *out of pocket*) mostra que os prestadores, profissionais e institucionais foram sensibilizados para as modalidades supletivas.

tais públicos. Culpar o acaso é simplista, achar um culpado somente vai retirar essa pessoa de cena até ocorrer novamente o mesmo fato.

Para os responsáveis pela gestão dos serviços e pela qualidade nos mesmos, essa compreensão deveria levar a atitudes gerenciais diferentes e à busca de indicadores com outro tipo de abrangência. Frequentemente, esquece-se que o setor público em tese atende a uma população universalizada e o setor privado tem condição de discriminar com alguma clareza quem são aqueles que ele pretende servir. Assim, é mais fácil saber quem está ou não sendo atingido pelo serviço proposto e com que concentração. Ou seja, *numa população limitada, o número de exames por saída pode ser identificado, num intervalo de tempo dado, como de fato correspondendo ao que ocorre com a massa de usuários e este indicador pode ser extrapolado para fins de planejamento. Numa população sem limites claramente definidos, o mesmo indicador corresponde apenas à população que teve acesso ao serviço.* A categoria “demanda reprimida” pode, portanto, ser quantificada no setor privado embora costume estar muito mais presente no discurso do setor público.

Outra particularidade a considerar refere-se à importante noção da busca do culpado, seja no setor público seja no privado. Na verdade, como dizem alguns dos teóricos da qualidade, encontrar o culpado de nada serve, além de gerar medo e insegurança. Descobrir quem errou, nessa nova abordagem, deveria servir no máximo para definir a população-alvo de um programa de treinamento e não para punir ou demitir. Mais importante é descobrir o erro e aceitá-lo. Isso pode permitir encontrar suas causas e corrigi-las, especialmente porque elas costumam ter caráter estrutural, no sentido de falhas de organização, suprimento, financiamento, direção ou competência técnica. Menos frequentemente elas são atribuíveis a questões de processo. Sua consequência, porém, sempre será perceptível nos resultados e é mais fácil apontar para um

culpado a punir que admitir as insuficiências do serviço, que deverão ser corrigidas.

Essa alternativa demora mais para surtir efeito, mas tende a ser mais duradoura. Chega até a interferir na cultura organizacional, aumentando a segurança e incentivando a que os funcionários deixem de esconder suas falhas (inevitáveis, por mais que alguns autores de qualidade advoguem o erro zero). Num hospital sem finalidade lucrativa do município de São Paulo, por exemplo, na área de enfermagem se notificam as chamadas Ocorrências Adversas ao Paciente – OAP (Barbosa, 1995). No processo de introdução desse procedimento foi necessário vencer o medo dos trabalhadores em relação às represálias pelas ocorrências para poder tomar conhecimento do que ocorria e assumir a necessidade de correção.

No setor público existe um estereótipo no sentido de lhe atribuir como característica a impunidade dos trabalhadores. Na verdade, isso representa uma estratégia de caráter corporativo no sentido de assumir que se não há gerência real, não há porque buscar bodes expiatórios. No entanto, a falta do culpado não é sinônimo da inexistência de responsabilidade, embora esse atributo seja mais um dos estereótipos vinculados à área pública. Responsabilidade pública, pessoal, profissional, organizacional, sempre existem. Apesar disso, costuma haver duas grandes confusões a respeito do assunto: ou ele é trabalhado como parte adjetiva da organização burocrática, acompanhando a autoridade, ou ele é visto como sinônimo de culpa. Responsabilidade faz parte da essência do ser humano, independente de sua vinculação a qualquer organização ou estrutura de autoridade ou poder (Malik, 1992), seja no setor público ou no privado.

Se é que essa área de qualidade traz de fato inovações conceituais, a discussão do melhoramento contínuo por meio da lealdade da organização para com seu funcionário e do reconhecimento que ninguém erra por prazer (salvo em casos de doença mental) está entre elas. Essa é a diferença

entre esse tipo de abordagem e o chamado controle de qualidade. Sem dúvida, o controle de qualidade oferece a oportunidade de aferir os resultados desejados e tomar, no curto prazo, as medidas cabíveis. No entanto, tende a ser mais restrito, observando resultados estanques e praticamente desvinculando-os de outros componentes da organização. Caso fosse possível, a adoção de ambos os modelos concomitantemente seria desejável, embora o controle de qualidade seja a modalidade mais próxima daquilo que o senso comum chama de avaliação. Por isso, quando se trata de começar um processo de mudança de comportamento fugir do senso comum é recomendável.

A mudança passa pela percepção de que é falsa a crença que os trabalhadores não se importam com seus erros. Pelo contrário, existe uma alternativa a ela: a noção de que a organização costuma colocar obstáculos entre o trabalhador e seu desejo de realizar um trabalho bem-feito, do qual se possa orgulhar. Costuma-se, porém, assumir que no setor privado existe a arma da penalização (no limite, a demissão) e que o setor público é pior pois neste não há como punir. Quando existe a punição, deve-se punir quem? Aquele que errou por não ter sido treinado? ou que não tinha instrumental adequado de trabalho? ou que estava cansado? ou que errou por descuido ou desinteresse? ou aquele que selecionou? Como discriminar de maneira a minimizar a injustiça? Partir para soluções estruturais permite outras alternativas, de deslocamento do eixo dos culpados até os erros e destes para os problemas, reconhecendo que problema é algo que se reconhece como não-desejado e que se pretende corrigir, voltando à questão estratégica anteriormente apontada.

Especificamente com relação ao setor público, pode-se observar como fenômeno um compromisso questionável em relação à qualidade, até assumindo a discussão que a opõe à universalidade (Schiff, 1994). Por outro lado, por mais que se tente provar que no final das contas, com a redução das

perdas e do retrabalho, com a otimização das tarefas, o custo diminui, existe um investimento inicial a ser feito, não necessariamente possível no momento mais crítico do processo. Da mesma forma, a dificuldade de se trabalhar um planejamento de longo prazo influi na decisão de se investir tempo e esforços, além de dinheiro, no processo. Alguns trabalhos recentes, sobre Rio de Janeiro e Campinas, mostram que a maioria dos dirigentes hospitalares públicos estava, no momento das pesquisas, havia menos de cinco anos no cargo (Oliveira, 1995; Azevedo, 1993). No setor privado isto costuma ser diferente.

Ainda existe o chamado terceiro setor, aquele da filantropia (Drucker, 1990 e Fernandes, 1994). Hoje sob o nome de ONG, há um certo tempo conhecidas como públicas não-estatais, provavelmente em vias de se chamarem "organizações sociais", na área de saúde são tradicionais as organizações filantrópicas, tão caras às origens luso-brasileiras, como as Santas Casas de Misericórdia. Em outros países recebem outros tipos de denominação e sempre há aqueles aparentemente mais voltados a sua destinação original e os que dela se desviam (Steckel, 1989).

Será, no entanto, possível (ou até desejável) fazer listagens diferentes de indicadores dependendo do tipo de serviço considerado? A quantidade de indicadores existente já é bastante grande, o que obriga a rever a discussão sobre gerência, qualidade e sistema de informação. A utilização dos dados disponíveis para criar um sistema de informação utilizável em processos decisórios da organização tem sido um problema de investigação, mais que uma real questão administrativa. De fato, poucos dos dados disponíveis nos serviços transformam-se em indicadores, mesmo aqueles tradicionais. As decisões são com frequência tomadas com base nas necessidades do momento, independente da existência de séries históricas pacientemente coletadas. Também já não são poucos os gestores do setor que passam a compreender *qualidade como um instru-*

mento para chamar às falas os atores organizacionais, despertando-os para o fato das interdependências múltiplas sendo, segundo eles, mais um instrumento de gerência porém fundamentalmente dependente de quem o utiliza, pelo seu potencial de resultados.

QUALIDADE EM SERVIÇOS: PÚBLICOS OU PRIVADOS

Existe uma crença de que é mais fácil trabalhar com qualidade no setor privado que no público. Eventualmente, existe a impressão de que isso se deve à maior facilidade de lidar (obter, mobilizar e utilizar) com recursos financeiros, seja para remuneração e outras políticas compensatórias no âmbito de recursos humanos, seja para realização de reformas e construções, aquisição de equipamentos etc. De fato, até o primeiro trimestre de 1995 isto é real, pois salvo situações de excepcionalidade nas quais se verifica a criação de mecanismos para contornar o texto estrito da legislação, o uso do recurso no setor estatal é cercado de procedimentos que a rigor tentam coibir a desídia e garantir a probidade no trato da coisa pública. Naturalmente, isso gera especialistas em mecanismos paralelos, não desonestos, porém alternativos ao preconizado pela norma habitual. Entre as grandes questões de programas de qualidade estão os salários e estes são em média mais competitivos nos serviços privados.

Faz também parte do imaginário do *setor saúde que seus trabalhadores costumam ser mais mal-remunerados que em outras áreas da economia por atividades semelhantes*. Esse é um fator estrutural que sem dúvida interfere no desempenho final, mesmo com o discurso a respeito da vocação para a solidariedade que também se associa ao chamado trabalho em saúde. Nessa área também se considera que, embora o discurso esteja mais estruturado nos serviços públicos, começa a haver perda do espírito missionário e vocacionado por parte dos profissionais, principalmente médicos e enfermeiros.

Talvez já haja quem desconheça que antigamente os médicos foram tratados como sacerdotes e aos enfermeiros (na verdade às mulheres que se dedicavam à enfermagem, fossem elas enfermeiras ou não) se atribuía a denominação de "anjos de branco", fosse onde fosse. Atualmente, em qualquer tipo de serviço, há quem atribua com alguma frequência, principalmente aos médicos, a conotação de mercenários.

Ao mesmo tempo, na área de saúde existem mecanismos e abordagens preparados alegadamente para qualquer um dos setores considerados, inclusive os ditos públicos não-estatais. Por exemplo a Organização Panamericana de Saúde - OPS, sob a alegação de lutar para o aprimoramento contínuo da qualidade nos hospitais, vem desenvolvendo esforço continental no sentido de promover a Acreditação de Serviços de Saúde (Novaes, 1994). O termo acreditação é mais habitual em espanhol que em português e sua inspiração vem do esforço da Joint Commission of Hospital Accreditation (atual Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations), embora seu modelo não seja necessariamente aquele que a OPS defende.

A idéia é atingir hospitais de qualquer tipo, públicos ou privados, de caráter lucrativo, filantrópico ou beneficente, pequenos ou grandes, simples ou complexos. Diferentes graus de adesão foram obtidos pelas Américas e, no Brasil, os esforços vêm-se tornando mais visíveis, com a tentativa de trabalho conjunto de diferentes grupos que buscavam a primazia da idéia. Interessante é verificar como as restrições vinham-se configurando: às vezes, verificavam-se resistências no poder público; outras vezes, em instituições universitárias ou órgãos de classe. Ou seja, este projeto, desenhado sobre a idéia de qualidade e, portanto, idealmente tendo como premissa a necessidade de colaboração, tornava-se palco de manifestação de disputas por espaço e por poder que existiam em outras esferas mas que não tinham arena real para tornarem-se de fato um conflito.

Nessas circunstâncias o caso brasileiro, que não deve ser diferente do que ocorre em alguns outros países, pode estar demonstrando a utilização da qualidade como pretexto para a explicitação de divergências que possivelmente já existiam mas estavam escamoteadas em questões de outra natureza. A tentação de buscar a identificação de um grupo, associação ou categoria profissional com a qualidade na área da assistência médico-hospitalar acirra comportamentos corporativos. A questão mais ampla, quanto a se o instrumento (e os critérios por ele introduzidos) é ou não válido para todo tipo de hospital e se sua utilização irá de fato contribuir para a melhora dos hospitais e da assistência por eles prestada assume caráter secundário na disputa pela viabilização do projeto, transferindo mais uma vez a ótica do componente normativo/operacional (os padrões e indicadores) para o político-estratégico. *Desta forma, os responsáveis pela definição dos padrões deveriam estar acoplados a um grupo multiinstitucional que permitisse sua implementação, demonstrando a necessidade por um movimento convergente.* O paralelismo entre ambos os componentes é um dos motivos do atraso de qualquer um desses esforços.

Uma série de outras iniciativas vinham ocorrendo na área, agregando-se de alguma maneira ao esforço descrito. O Controle de Qualidade Hospitalar - CQH, programa lançado a partir de uma iniciativa conjunta entre Associação Paulista de Medicina - APM e Conselho Regional de Medicina de São Paulo - Cremesp e depois patrocinado exclusivamente pela APM, também tem como objetivo a melhora nos hospitais públicos e privados dispostos a participarem do esforço. O atrativo tangível que oferecem é o Selo de Qualidade, conferido a hospitais que aderem voluntariamente ao programa e que atingem alguns critérios previamente estipulados. A avaliação é do tipo aprovado/reprovado³. Entre os hospitais que receberam o selo⁴, a proporção de hospitais privados é muito maior que a de públicos, embora não esteja disponível a in-

formação quanto a se a proporção entre os inscritos é equivalente. Há financiadores que já demonstraram preferência por hospitais "selados", mas este ainda é um esforço inicial, embora já esteja em seu quarto ano.

O PACQS vincula Academia Nacional de Medicina, Colégio Brasileiro de Cirurgiões e Universidade Estadual do Rio de Janeiro, com vistas a apoiar a iniciativa de acreditação da OPS. Este programa vem estudando modelos de outros países. Assim, pode-se dizer que OPS, CQH, PACQS, em conjunto com associações de prestadores privados e financiadores públicos e privados, estão tentando desenvolver uma aliança no sentido de dar corpo amplo, nacional e institucional à idéia da acreditação. A idéia vem sendo definir critérios ditos mínimos, alcançáveis, sem distinção entre públicos e privados. É reconhecido que esses critérios poderão ter variação regional, mas para cada região o chamado padrão para acreditação deverá ser atingido independente de quantidade de serviços existentes, padrões de financiamento, seus proprietários etc.

O grupo técnico que está estudando os critérios vem-se surpreendendo com alguns dos resultados preliminares dos testes do instrumento. Para alguns itens, o mínimo é freqüentemente superado. Para outros, hospitais com imagem de altíssima qualidade não chegam ao mínimo definido consensualmente. A rigor, o objetivo de estimular melhorias constantes nos serviços poderá estar sendo atingido por meio da acreditação. Assim, independente dos atrativos tangíveis, *o aprimoramento do hospital estará sendo alcançado desde que o interesse por isso exista.* As expectativas para o primeiro momento do programa não são muito altas, nem mesmo por parte das associações de hospitais, principalmente se for aceita a perspectiva de melhoramento contínuo como um processo e não de uma avaliação pontual.

É difícil perceber o que faz com que organizações se disponham a implantar qualquer tipo de inovação sem que haja real

3) Há uma iniciativa, do IPCC, que desenhou um instrumento de cunho classificatório, privilegiando aspectos de estrutura. Entre as populações-alvo dessa iniciativa estão os financiadores da assistência médica.

4) Uma das características do programa é a confidencialidade. Por isso, o público externo não sabe quais são os hospitais inscritos. Apenas o selo é público, cabendo ao próprio hospital ou ao CQH, se assim o desejarem, divulgar os hospitais que fazem jus a ele.

envolvimento. Críticas a respeito de toda a literatura de qualidade e, atualmente, de reengenharia, passam pelo fato de que muitos profissionais consomem esses títulos e acreditam que basta contratar alguém externo à organização para viabilizar resultados, pois esses atores terão o tempo para pensar o que falta à gerência. Muitas dessas abordagens (difícilmente poderiam ser consideradas teorias) acabam sendo entendidas e vendidas como pacotes fechados, como prontas a aumentar os resultados de uma determinada organização (Wood, 1994). *Na saúde também existe a busca pela panacéia*, mas até o momento sua incorporação, se comparada com aquela verificada em outro tipo de organização, costuma ser tardia.

Essa introdução de novos métodos e técnicas pode ser devida à não-familiaridade dos gerentes do setor com esse tipo de literatura. Mesmo assim, muito já se avançou, desde os livros clássicos sobre as "teorias de administração", em que hospitais apareciam como exceções. Por outro lado, a busca da introdução da qualidade em serviços de saúde obriga a reconhecer uma variável crítica: uma das formas pelas quais o interesse da gerência se manifesta é pelo tempo que permite que venha a ser consumido no processo. A ansiedade por resultados é absolutamente natural, tanto numa dieta de emagrecimento quanto num programa institucional ou nacional de qualidade. No entanto, em nenhum dos casos faz sentido iludir-se com as fases iniciais. A cultura das organizações em geral é forte e aquelas voltadas à assistência médica também têm seus estereótipos, seus heróis e seus mitos. Como se trata de mudar culturas e comportamentos, por exemplo na aceitação dos erros e na redução da expectativa pelo próprio desempenho, por definição qualquer programa dessa ordem leva tempo (Tolovi, 1994). Ensinar a levantar dados e calcular indicadores é fácil; mais trabalhoso é incorporar a percepção e o comportamento de que trabalhar com indicadores é importante.

Também deve ser lembrado que um dos axiomas do aprimoramento contínuo está

no treinamento, retreinamento e educação de todos os trabalhadores, para suas áreas técnicas de atuação e até mesmo para qualidade. No entanto, em hospitais, é comum que o turno da noite seja relegado, ao menos neste último item. As alegações, quando se vai discutir o assunto do prisma racional, passam pela dificuldade de se trabalhar com formação de equipes no período noturno, pelo número reduzido de pessoal no turno da noite, pelo cansaço, até mesmo pela menor disponibilidade dos treinadores em trabalharem nesse período e dos funcionários em se deslocarem para o dia de modo a serem treinados. Frequentemente, o noturno é simplesmente esquecido. Isso chama a atenção principalmente porque em linhas de montagem tradicionais se viabilizam de rotina treinamentos à noite. Em alguns centros hospitalares paulistas, que estão investindo em implantação de programas de qualidade, porém, esse fenômeno vem sendo observado, com profissionais do período noturno afirmando que há programas de qualidade que, no entanto, eles desconhecem. *Nenhum programa de qualidade é implantável sem o profundo envolvimento dos funcionários da organização, que ao menos nessa circunstância passam a ser chamados de clientes internos.*

DIMENSÕES DA QUALIDADE: AVALIAÇÃO EM SAÚDE?

Na área de saúde a avaliação já é um conceito claramente trabalhado, sendo conhecido em boa parte dos cursos da área o clássico modelo de Donabedian (Donabedian, op. cit.) baseado em estrutura, processo e resultado. Para esse autor, o modelo se justifica pois as três características são claramente inter-relacionadas. Naturalmente cabe a ressalva de que, se melhorando a estrutura aumenta a probabilidade de o processo e o resultado serem mais adequados, uma boa estrutura está longe de garantir resultado. Da mesma forma, estrutura inadequada apenas atrapalha o processo, mas não impede sua realização conforme os preceitos da prática recomendada.

Durante as primeiras tentativas de aplicação de qualidade em serviços de saúde chegou-se a considerar Donabedian superado. No entanto, atualmente já se percebe que ambos os modelos se complementam, principalmente a partir da percepção da equifinalidade entre as diferentes partes da organização e os diferentes momentos do processo, idealmente buscando sempre a mesma conclusão. A aferição dos resultados do cuidado, em última análise, reflete a qualidade das estruturas e dos processos, tornando difícil ignorar a importância dos dois primeiros em relação ao último (Stiles e Mick, 1994).

Uma forma de agregar com mais clareza o modelo de Donabedian ao da qualidade é incorporar às suas variáveis básicas (estrutura, processo e resultado) outras características, desta vez "adjetivas": técnicas, interpessoais e voltadas a "amenidades". Estas permitem atribuir maior concretude aos conceitos anteriores, de caráter mais abstrato. Ou seja, do ponto de vista técnico, estrutura significa disponibilidade de equipamento, qualidade e quantidade de recursos humanos, tamanho, gestão, se é público ou privado etc. Processo, por sua vez, envolve acurácia de diagnóstico, adequação do tratamento e condutas. Quanto ao resultado, tecnicamente se avaliam mortalidade e morbidade, aumento ou redução no estado de saúde ou de função, distribuição de ocorrências adversas e obtenção de recursos, por exemplo.

Da ótica interpessoal, estrutura envolve o impacto das novas tecnologias sobre os papéis profissionais e o aparecimento de profissões na área. O processo, nesse caso, envolve relações de comunicação e formas de relacionamento dos profissionais e da organização com pacientes e suas famílias. Resultados são aferíveis por meio da observação da satisfação dos pacientes e das famílias, dos encaminhamentos recebidos, do cumprimento das prescrições e dos retornos em novos episódios de doença e da obtenção de recursos.

Finalmente, do prisma da disponibili-

dade de "amenidades" na estrutura estão limpeza, facilidade de acesso e de estacionamento. Em processo busca-se eficiência no fluxo de pacientes e curtos períodos de espera, enquanto que os resultados são, mais uma vez, satisfação de pacientes e seus familiares, encaminhamentos recebidos e obtenção de recursos.

Como sempre em avaliação é importante ter claro o objeto sob avaliação: caso seja a capacidade de sobrevivência da organização, o fato de a obtenção de recursos estar sempre apresentada como resultado se justifica, permitindo até que a limpeza seja deixada para segundo plano. Caso se valorize a relação entre as pessoas na organização, adotando modelos sociais de análise, certamente pode ser relegada para segundo plano a informação a respeito de qual o número de leitos de um hospital.

De fato, exceto para diferenciar o bem do mal (lembrando que esses conceitos não são objetivos), *os padrões de qualidade não deveriam ser diferentes para setor público e setor privado*. No Brasil, os hospitais certamente respeitam a estatística e a distribuição normal no sentido de poderem ser avaliados entre melhores e piores. O mesmo ocorre com hospitais públicos e privados pois todos, de cada uma das categorias, não podem ser vistos como uniformemente bons ou ruins. Na pior e mais simplista das hipóteses, respondem ao paradigma do comportamento organizacional, por causa da combinação entre tarefas, pessoas e grupos lá existentes e numa circunstância simplesmente realista estaria ocorrendo um esforço consistente de avaliação.

Entre os melhores e os piores hospitais de uma região, há certamente públicos e privados, respeitada a proporção entre os dois tipos de serviço e caso a amostra seja suficientemente grande. Qualquer leitor habitual de jornais e revistas, técnicas ou leigas, pode citar uma série de serviços "bons" e "ruins", sem conhecê-los. Assim toma corpo o papel da imagem pública, obtida tanto por intermédio da imprensa falada e escrita quanto dos seus usuários ou dos seus trabalhadores. De fato, todos conhecem alguém que já foi aten-

dido num hospital e gostou ou não do atendimento. Ao mesmo tempo, quando um funcionário se orgulha ou se envergonha de trabalhar num determinado serviço, isso certamente influencia a opinião ou os atos futuros. Embora não técnica, essa também é uma avaliação válida, com conseqüências para a vida organizacional, que podem levar a estereótipos difíceis de serem mudados.

Por vezes, para manter uma imagem, há hospitais que se furtam a oportunidades de avaliação que permitam comparações. O investimento, no caso, é na diferença, vendida como insuperável. Tratar-se-ia, portanto, de categorias não-comparáveis. Além disso, há a questão, sempre presente, da maneira pela qual são coletados os indicadores, para saber se de fato eles são comparáveis. Infecção hospitalar, por exemplo, faz parte desse grupo de indagações. Usam-se metodologias diferentes em hospitais com graus variados de complexidade e chega-se a valores numéricos, comparados como se tratassem da mesma coisa. Merece ser considerada a preocupação a respeito de a quem podem interessar comparações, legítimas ou não, e quem fugiria delas.

Avaliação pelo usuário é outro desses aspectos pouco resolvidos, que também passa pela questão da concepção que se tem de usuário muito antes de definir instrumentos. Na verdade, existe com freqüência o estereótipo de que o paciente e seu acompanhante não têm condições de avaliar o que ocorre no serviço de saúde por valorizar questões ditas cosméticas ou voltadas às chamadas "amenidades", como se o atendimento é oportuno e gentil, há silêncio à noite e a limpeza parece satisfatória. O primeiro questionamento se refere a por que não valorizar essas informações. Não se trata de assumi-lo como único instrumento, mas dentre os diversos utilizados seu peso não deveria ser desprezível.

Outra questão nesta área está no preconceito de classe que os profissionais têm. Certamente de forma inconsciente, tende-se mais a valorizar a opinião daquele que desembolsa algo especificamente para a ati-

vidade e, portanto, se sente mais no direito de reclamar que o usuário do serviço público. É quase como se não se reconhecesse o direito à dignidade daquele que paga mas não é reconhecido como financiador. Mais uma vez, trabalha-se com um conceito pendular: ou o usuário pode tudo e é temido ou ele é visto como um objeto sobre o qual se desenvolve as ações de saúde. A realidade não é nem uma nem outra. O fato de alguém ser de uma determinada classe social não o torna mais apto a avaliar o que quer que seja nem o exclui de dentro dos possíveis avaliadores.

AFINAL, QUALIDADE É RETÓRICA OU REALIDADE?*

Pode-se estar falando de serviços públicos ou privados, bem ou mal-gerenciados, com gestores indicados pela competência, pelo compromisso, por laços de sangue ou por qualquer outro tipo de motivação. *Qualidade é uma aspiração legítima de qualquer instância*, no entanto, há algumas questões envolvidas nas teorias de qualidade que merecem ser reanalisadas de maneira a evitar a incorporação acrítica de todo um referencial estrangeiro e gestado na indústria para a prestação de serviços hospitalares, por mais legítimo que seja esse conhecimento e a aspiração por sua utilização.

Existe uma contradição entre *afastar o medo e trabalhar em circunstâncias de insegurança*. Afinal, mesmo em culturas de qualidade, quando se fala em otimizar custos a primeira idéia continua sendo cortar pessoal. Por outro lado, é preciso lembrar que independente do envolvimento do trabalhador nos programas de qualidade e na vida da organização, no Brasil existe uma *diferença cruel entre padrões de remuneração, dependendo do nível do trabalhador na estrutura*. Usar expressões voltadas à criação de espíritos de grupo é insuficiente quando as decisões sobre alocação de recursos e políticas salariais e as informações sobre rumos da organização não são coletivas ou quando um aumento de produtividade ou

5) Esse é um dos subtítulos do artigo de Schiff e Goldfield (1994), já citado, no qual se baseia a discussão que desenvolvemos a seguir.

a obtenção de melhores padrões de qualidade não é acompanhada de reconhecimento, mesmo que simbólico.

O conceito da qualidade como um processo contínuo, que pode ser encarado como um estímulo constante, já foi percebido como altamente gerador de ansiedade (da mesma forma que o erro zero). Trata-se de definir uma meta que jamais será atingida e esta, dependendo do perfil do trabalhador, pode levar a uma angústia insolúvel. Além disso, as organizações nas quais se observam programas de qualidade com mais frequência são aquelas onde há instalações e equipamentos adequados no sentido de atrair a clientela mais seleta e os profissionais mais disputados; isso também pode ser perigoso para a saúde mental de quem trabalha, no sentido de estimular a competição em vez da cooperação.

Qualidade também tem sido muito associada a consultores externos, que dispõem de pacotes prontos e sem o envolvimento suficiente na organização para darem as medidas necessárias para o respeito à cultura interna. Isso pode levar a gastos elevados em projetos de curto prazo, prejudicando a idéia da introdução do conceito em períodos mais longos. Pior ainda é quando os contratados são profissionais originários de áreas diferentes, que não têm a sensibilidade para diferenciar características peculiares.

Outro mandamento da qualidade advém da percepção que a experiência passada só é útil se transformada em dados. A área de saúde no Brasil trabalha geralmente mal a questão de dados e informações. Atualmente, o discurso vem priorizando esse setor, num movimento pendular, embora sem que os fatos correspondam a essas intenções. Deve ainda ser percebido o fato de que, no limite, *a busca de indicadores de processo, como tempos de espera, ocorrências adversas, exames negativos, pode acabar por substituir os resultados dos tratamentos propriamente ditos no interesse dos gestores.*

Na área da saúde, sempre cabe perguntar qual é a finalidade de um aprimoramen-

to constante da qualidade. Às vezes, parece que os programas institucionais se esquecem das primeiras perguntas a serem respondidas, quanto a *o que está sendo produzido, para que e para quem*. Servir refeições mais quentes e mais bem apresentadas aos doentes acamados não pode estar entre os objetivos prioritários do hospital, embora deva estar entre as metas da Cozinha. No mínimo, deve ser lembrado que um hospital dificilmente subsiste sozinho, fazendo parte de um sistema social no qual há desnutridos e famintos. Da mesma forma, racionalização do quadro de pessoal é uma meta razoável; no entanto, numa área tradicionalmente conhecida como geradora de empregos, em termos sociais isso pode tornar-se uma catástrofe. Ainda do prisma do trabalho, há um reconhecimento contemporâneo de que sindicatos estão perdendo poder de barganha. Eventualmente, pode-se perceber que programas de qualidade têm seu papel nesse processo, envolvendo os trabalhadores em outros tipos de associação. Esse ainda não é um fenômeno sentido na saúde, mas revela parte do caráter utilitário da idéia.

Ao mesmo tempo, embora a afirmação acima pareça apontar para a redução da solidariedade como valor, a qualidade sugere que se vá ao encontro dos usuários para saber quem eles são, em que acreditam e o que esperam. Há uma série de teorias vinculando classe social e relações de cooperação, que não podem ser generalizadas para diferentes populações. Caso haja interesse de fato em conhecer o usuário de cada serviço, há formas de fazê-lo. A Antropologia até aponta para a maior adequação de se estudarem comunidades mais reduzidas, com vistas a conhecê-las, em oposição a ter informações estatisticamente aceitáveis com base na aceitação dos grande números.

Finalmente, embora os apóstolos da qualidade possam discordar dessa idéia, qualquer trabalhador, seja na organização que for, tem o direito de discordar de qualquer dos dogmas apresentados, buscando

seu próprio graal. A intolerância religiosa levou à Noite de São Bartolomeu, à Inquisição e às Cruzadas, que representaram basicamente derramamento de sangue dos diretamente envolvidos e aumento de poder dos mandantes. Por isso, é importante assumir que por mais atraente que pareça a idéia, ela não pode ser vista como preceito de fé.

Na área de saúde ou de assistência médico-hospitalar, a questão da qualidade, encarada da maneira que parecer mais oportuna,

é fundamental pois pode representar anos de vida em melhores condições. Acesso a procedimentos necessários, não-consumo de exames ou medicamentos desnecessários ou nocivos, informação sobre como práticas cotidianas têm relação com saúde e respeito por parte dos profissionais é o mínimo que se pode esperar de um sistema ou serviço de saúde, mesmo daqueles que privilegiam a doença em seu entendimento.

Referências Bibliográficas

- AZEVEDO, C.S.
1993 *Gerência hospitalar*. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado), IMS, Universidade do Rio de Janeiro.
- BARBOSA, A.P.
1995 *Qualidade em serviços de saúde*. São Paulo. Dissertação (Mestrado), Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas.
- BERWICK, D.M.; GODFREY, A.B.; ROESSNER, J.
1991 *Curing helth care*. San Francisco: Jossey Bass.
- DEMING, W.E.
1990 *Qualidade: a revolução da administração*. Rio de Janeiro: Marques Saraiva.
- DONABEDIAN, A.
1993 *Seminar on quality assessment and assurance*. São Paulo: PROAHSA; EAESP/FGV.
- DRUCKER, P.F.
1990 *Managing the nonprofit organization*. New York: Harper Collins.
- FERNANDES, R.C.
1994 *Privado porém público*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- FERREIRA, A.B. de H.
1986 *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- GUIMARÃES, R. et al
1994 *Saúde e sociedade nos anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- ISHIKAWA, K.
1985 *What is total quality control in the japanese way*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- JURÁN, J.M.
1989 *Jurán on leadership for quality*. New York: Free Press.
- LEVITT, T.
s.d. *Miopia em marketing*. (Em Biblioteca Haward de Administração de Empresas. São Paulo: Abril Cultural, v. 1).
- MALIK, A.M.
1992 Desenvolvimento de recursos humanos, gerência de qualidade e cultura organizacional. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 32-41, set./out.
- MAUBOURGUET, P. (Dir)
1990 *Petit Larousse illustré*. Paris: Larousse.
- MENDES, E.V.
1993 *O Distrito sanitário*. Rio de Janeiro: CEBES/HUCITEC.

- MENDES, E.V. (Org.)
1994 *Planejamento e programação local da vigilância da saúde no distrito sanitário*. Brasília: OPS/OMS.
- MOTTA, P.R.
1991 *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro: Record.
- NOGUEIRA, R.P.
1994 *Perspectivas de qualidade em saúde*. São Paulo: Qualitymark.
- NOVAES, H. de M.; PAGANINI, J.M.
1994 *Padrões e indicadores de qualidade para hospitais*. Washington: OPS
- OLIVEIRA, J.M. de
1995 *Gerência em saúde e concepções sobre natureza humana nas organizações*. São Paulo. Dissertação (Mestrado), Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas.
- PORTER, M.E.
1992 *Vantagem competitiva: criando e sustentando um desempenho superior*. Rio de Janeiro: Campos.
- RIVERA, F.J.U. et al
1989 *Planejamento e programação em saúde hoje*. São Paulo: Cortez.
- SALUD PUBLICA DE MEXICO
1990/93 *Salud Publica de Mexico*. [s.1.], v.32, n. 2; v. 35, n. 3.
- SANTOS, L.
1994 *Distribuição de competência no sistema único de saúde: o papel das três esferas de governo no SUS*. Brasília: OPS/OMS.
- SCHIFF, G.D.; GOLDFIELD, N.I.
1994 Deming Meets Braverman: toward a progressive analysis of the continuous quality improvement paradigm. *International Journal of Health Services*, [s.1.], v. 24, n. 4, p. 655-73.
- STANTOM, W.
1980 *Fundamentos de marketing*. São Paulo: Pioneira.
- STECKEL, R.
1989 *Filthy, rich and other nonprofit fantasies*. California: Ten Speed.
- STILES, R.A.; MICK, S.S.
1994 Classifying quality initiatives: a conceptual paradigm for literature and policy analysis. *Hospital and Health Services Administration*, [s.1.], v. 39, n. 3, fall, p. 309-326.
- TOLOVI Jr., J.
1994 Por que os programas de qualidade falham? *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 6-11, nov./dez.
- WOOD Jr., T.; URDAN, F.T.
1994 Gerenciamento da qualidade total: uma revisão crítica. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v.34, n. 6, p. 46-59, nov./dez.
- WOOLF, H.B. (Ed.)
1979 *Webster's new collegiate dictionary*. Springfield: G & C Meniam.