Gestão da mudança estratégica na saúde no Brasil: um modelo para iniciar a implementação de estratégias de qualidade orientadas para o cliente*

T. Diana L. v. A. de Macedo-Soares**
João Alberto Neves dos Santos***

SUMÁRIO: 1. Introdução; 2. Fundamentação teórica; 3. Métodos de pesquisa e instrumentos utilizados; 4. Resultados do estudo inicial; 5. Desenvolvimento do modelo; 6. Teste do modelo do primeiro estágio (jul. 1995-dez. 1997); 7. Conclusão.

PALAVRAS-CHAVE: mudança estratégica; gestão da mudança na saúde; implementação de estratégias orientadas para o cliente em hospitais; estratégias de melhoria do desempenho organizacional; gestão estratégica da qualidade na saúde; medição do desempenho organizacional em hospitais.

Pressionadas por clientes mais exigentes e pelos novos padrões de desempenho estabelecidos pelo Ministério da Saúde, as organizações de saúde no país, especialmente os hospitais, estão adotando estratégias de melhoria da qualidade orientadas para o cliente. Contudo, os resultados não atendem às expectativas. Este artigo apresenta um modelo para auxiliar organizações de saúde durante o estágio inicial, crítico, do processo de implementação estratégica. O modelo enfatiza uma estrutura *ad hoc*, para gerenciar mais efetivamente as mudanças envolvidas nesse processo, e um sistema de medição de desempe-

---

* Este artigo, recebido em ago. e aceito em dez. 2000, teve uma versão preliminar apresentada na Conferência Internacional Ifors' 99, realizada em Pequim, China, em ago. 1999 (Macedo-Soares & Neves, 1999a). Os autores agradecem à dra. Kátia Machado da Motta, diretora-geral do Hemorio, pelo seu valioso apoio na aplicação do modelo. T. Diana de Macedo-Soares agradece ao CNPq pelo auxílio financeiro para a realização da pesquisa (Processo nº 303.233/89-3 NV).

** PhD, professora associada e coordenadora de pesquisa do Departamento de Administração e Escola de Negócios da PUC-Rio.
*** D.Sc., professor e diretor do Departamento de Engenharia de Sistemas do Instituto Militar de Engenharia.

nho adaptado à organização de saúde, para alavancar o processo e alinhar as ações tomadas. Depois de apresentar o referencial teórico e a metodologia (quantitativa e qualitativa) da pesquisa, o artigo resume os resultados mais relevantes do estudo inicial, notadamente um levantamento de 21 hospitais líderes. Em seguida, explica o desenvolvimento do modelo, descreve seu teste-piloto em um hospital de uma organização de saúde líder no país e apresenta os resultados mais significativos do teste. O artigo destaca, ainda, alguns detalhes pertinentes à cultura e ao contexto específicos da organização.

Managing strategic change in healthcare in Brazil: a model to begin the implementation of customer-oriented quality strategies

Pressed by a more demanding clients and by higher performance standards established by the Health Department, healthcare organizations in Brazil, especially hospitals, are implementing customer-oriented quality improvement strategies. However, results are well below expectations. This paper presents a model to help guide healthcare organizations throughout the critical buy-in stage of such strategies' implementation. The model emphasizes an *ad hoc* structure to manage more effectively the changes involved, and a healthcare-specific performance measurement system to drive the implementation process and to align the actions taken. After presenting the research's theoretical basis and methods (quantitative and qualitative), the paper summarizes the pertinent findings of the initial study, namely a survey of 21 leading hospitals. Next, the paper explains the model's development, describes its successful pilot test at the hospital of a leading healthcare organization, and presents the most relevant results. It also highlights some context-specific and culturally significant details of the method's application.

1. Introdução

Pressionadas por clientes mais exigentes e pelos novos padrões de desempenho estabelecidos pelo Ministério da Saúde, as organizações de saúde no país, especialmente os hospitais líderes, estão implementando estratégias de melhoria da qualidade orientadas para o cliente (EMQs). Contudo, na maioria dos hospitais, mesmo nos líderes, de acordo com o próprio depoimento de seus gestores, os resultados não atendem às expectativas. Isto ficou evidente em contatos telefônicos preliminares com os dirigentes dos hospitais, para saber se tinham adotado uma EMQ e se aceitariam participar de uma pesquisa sobre tais estratégias na saúde no Brasil.

Assim, a pergunta inicial da pesquisa foi: *por que as estratégias de melhoria da qualidade orientadas para o cliente nos hospitais no Brasil não obtiveram os resultados esperados, mesmo no caso dos hospitais líderes?*

As conversações telefônicas sugeriram que o problema podia estar relacionado com os métodos utilizados para a implementação da estratégia. Isto foi confirmado no âmbito de um levantamento sobre as EMQs adotadas nos

hospitais líderes. Pela mesma ocasião, averiguou-se que, na maioria dos casos, as práticas de melhoria da qualidade orientadas para o cliente desses hospitais não eram aplicadas sistematicamente no hospital todo, com os necessários atributos (integração entre elas, alinhamento e consistência com os objetivos estratégicos, em particular, orientação aos clientes) para contribuir para o sucesso da EMQ. Assim, o propósito final da pesquisa era projetar uma metodologia ou modelo que pudesse auxiliar na implementação mais eficaz deste tipo de estratégia e de suas práticas-chave.

O principal objetivo deste artigo é apresentar o modelo desenvolvido pelos autores para ajudar organizações de saúde durante o estágio inicial, crítico, do processo de implementação estratégica. Nas próximas duas seções apresentam-se a fundamentação teórica e os métodos da pesquisa. Na seção 4 são resumidos os resultados mais relevantes do estudo inicial, pertinentes às metodologias de implementação. Os processos de desenvolvimento e teste do modelo são descritos nas seções 5 e 6, destacando-se os resultados que evidenciam seu sucesso. O artigo também menciona o modelo proposto para o segundo estágio da implementação, que se refere ao desdobramento da estratégia pela organização toda, sem, porém, detalhar seus componentes.

A pesquisa é relevante na medida em que os novos padrões de desempenho impostos pelo Ministério da Saúde têm gerado uma demanda maior por metodologias eficazes de implementação de EMQs. São poucas as investigações realizadas no Brasil sobre práticas e estratégias orientadas para o cliente na saúde e ainda mais raras aquelas que focalizam metodologias de implementação estratégica. Cabe notar que esta pesquisa já contribuiu para as iniciativas governamentais de avaliação do desempenho na saúde, pois a equipe técnica responsável pela elaboração do instrumento de auto-avaliação dos órgãos executores de atividades hemoterápicas do Programa de Qualidade do Sangue do Ministério da Saúde contou com a participação de pessoas diretamente envolvidas com a implementação do modelo proposto. Além disso, o instrumento desenvolvido para o passo 2, avaliação inicial, serve como ferramenta de auto-avaliação dessas unidades no país. O desenvolvimento, teste e aplicação desse instrumento foram detalhados em artigos anteriores (Macedo-Soares & Neves, 1999b; 2000b), em que alguns elementos do referencial teórico da pesquisa foram apresentados.

2. Fundamentação teórica

Conceitos centrais

Cabe lembrar as definições adotadas para os três conceitos centrais deste artigo: estratégia de melhoria da qualidade orientada para o cliente (EMQ), meto-

dologia de implementação de uma EMQ (Miemq) e modelo de implementação da estratégia.

- Uma EMQ orientada para o cliente, no caso de um hospital, é uma estratégia para satisfazer aos requisitos dos clientes externos (pacientes, parentes, amigos, médicos de referência etc.) e internos (como médicos, pessoal de enfermagem, gerentes e outros profissionais) do hospital, assim como dos outros interessados (governo ou empresas privadas, órgãos financiadores e comunidade, entre outros), com a principal preocupação de prolongar a vida, prevenir disfunções e restaurar as funções e o bem-estar, a um custo adequado e com uma preocupação com a ética, a qualidade de vida e o meio ambiente. Implica liderança por parte dos administradores do hospital, o envolvimento das pessoas de todos os níveis hierárquicos e um esforço conjunto e integrado de melhoria contínua e inovação dos processos clínicos e administrativos, produtos e serviços, sustentados e motivados por uma cultura apropriada e profundamente enraizada para este propósito.
- Miemq é um corpo de métodos e técnicas, processos e procedimentos, arcabouços, modelos e outras ferramentas, regras e postulados para implementar de forma efetiva uma EMQ. Implica um arranjo ordenado, lógico, eficiente e eficaz dos procedimentos e abordagens recomendados.
- Modelo de implementação é uma ferramenta metodológica ou, precisamente, um arcabouço, no sentido de um guia ou mapa para auxiliar a implementação da estratégia.

Revisão da literatura

Inicialmente, uma extensa revisão da literatura foi realizada para verificar se investigações parecidas estavam sendo conduzidas em outros lugares do mundo. Dessa revisão, dois relatórios de pesquisa foram considerados particularmente úteis: o *Health Care Application Research Committee report* (Goal/QPC, 1992), que apresentava vários casos de hospitais que tinham implementado estratégias de qualidade total (TQM), e o *International quality study* (Ernst & Young & American Quality Foundation, 1991), em que são comparadas as práticas de qualidade em hospitais de quatro países (EUA, Canadá, Japão e Alemanha).

A revisão bibliográfica ajudou a identificar os métodos e constructos necessários para operacionalizar a pesquisa. No que concerne aos modelos e metodologias de implementação de EMQs na área da saúde, baseou-se essencialmente no relatório Goal/QPC (1992) e nos trabalhos de Kaltsounakis (1995) e de Omachonu (1991).

A revisão da literatura também contribuiu para formular os pressupostos da pesquisa sobre os atributos necessários (os quatro primeiros itens a se-

guir) e desejáveis (os itens restantes) para que as metodologias fossem adequadas para a implementação de EMQs em hospitais:

- compatibilidade com a cultura do hospital e com as condições socioeconômicas do país;
- compatibilidade com o nível educacional dos funcionários do hospital;
- treinamento apropriado específico para o hospital;
- fundamentação teórica sólida, incluindo critérios, padrões, princípios e modelos;
- alinhamento e integração de todas as ações tomadas no âmbito da implementação com os objetivos estratégicos do hospital;
- um plano macro de implementação;
- uma estrutura *ad hoc* específica para adaptar a metodologia às condições específicas do hospital e para gerenciar o processo de mudança estratégica;
- métodos para aumentar a conscientização e o comprometimento visível da alta gerência do hospital com as necessárias mudanças envolvidas na implementação;
- processos efetivos de comunicação nos dois sentidos;
- avaliação periódica da adequação das mudanças realizadas, dos resultados obtidos e das futuras ações delineadas às mudanças nos fatores ambientais e na estrutura da indústria do setor;
- sistemas de medição de desempenho consistentes, amigáveis e integrados, que incluam indicadores para monitorar o progresso realizado, no sentido de atingir os objetivos da EMQ em diferentes níveis;
- desdobramento em dois estágios — projeto piloto, para que o hospital compre a nova estratégia; desdobramento pelo hospital todo;
- consideração das exigências dos sindicatos e associações de classe.

Com base nos resultados de pesquisas anteriores, a respeito da influência de fatores específicos ao país sobre a efetividade de estratégias orientadas para o cliente (Macedo-Soares & Chamone, 1994; Macedo-Soares & Lucas 1996a), os seguintes atributos foram acrescentados como necessários para uma implementação bem-sucedida da EMQ no caso de hospitais no Brasil:

- a metodologia leva em conta a falta de uma política governamental de incentivo à qualidade;

- os processos de comunicação da nova estratégia são informais, lúdicos, com reforços constantes;
- a falta de inclinação do povo brasileiro para realizar medições precisas, sistemáticas e rigorosas é gerenciada de forma criativa;
- a resistência dos médicos às iniciativas de gestão participativa, tais como delegação de poder e trabalho em equipe, é levada em conta;
- o possível conflito entre as necessárias mudanças para a implementação da EMQ e certos traços culturais brasileiros, por exemplo, personalismo, paternalismo/dependência, fuga do conflito (Barros & Prates, 1991), é antecipado.

3. Métodos de pesquisa e instrumentos utilizados

Além da revisão bibliográfica, a pesquisa utilizou-se dos métodos e instrumentos descritos a seguir.

Estudo inicial

Foi realizado um levantamento de 21 hospitais no Brasil, escolhidos entre os líderes, de acordo com a classificação dos ministérios da Saúde e do Planejamento e dos membros do Comitê de Excelência em Saúde da Fundação para o Prêmio Nacional de Qualidade. Utilizaram-se métodos estatísticos para testar a confiabilidade do instrumento (com base no alfa de Cronbach, a confiabilidade global foi de 98,23%) e para analisar os dados coletados (análise de fator com auxílio do aplicativo SPSS) por meio desse instrumento;

A seguir, realizou-se o estudo de caso de um hospital líder no Brasil, seguindo a metodologia de Yin (1994), com tratamento qualitativo dos dados.

Desenvolvimento do modelo para iniciar a implementação (modelo do primeiro estágio)

Esta fase compreendeu:

- análises qualitativas de modelos identificados como relevantes na revisão da literatura;
- sínteses de elementos significativos desses modelos com resultados de pesquisas anteriores e *insights* pessoais.

Teste piloto do modelo do primeiro estágio em um hospital líder (jul. 1995-dez. 1997)

Durante o teste piloto, foram avaliados:

- os resultados dos projetos piloto (tratamento estatístico dos dados pertinentes);
- a efetividade do modelo com base nas entrevistas com pessoas-chave da direção e da média gerência do hospital, utilizando questionários semi-estruturados;

Para entender melhor os aspectos mais complexos, um dos autores envolveu-se pessoalmente no processo de aplicação do modelo do hospital.

4. Resultados do estudo inicial

Para apreciar por que e como o modelo foi desenvolvido, cabe primeiro resumir os resultados do estudo inicial, pertinentes às metodologias utilizadas pelos hospitais para a implementação de suas estratégias de melhoria da qualidade orientadas para o cliente.

À primeira vista, esses resultados pareciam bastante positivos. Quase metade (43%) dos representantes dos hospitais da amostra havia respondido que tinha sua própria metodologia de implementação da EMQ, e o mesmo percentual dizia que havia adotado uma metodologia baseada em controle total da qualidade (TQC), estilo japonês. O principal motivo dado para utilizar uma metodologia própria foi uma "incompatibilidade entre as metodologias disponíveis e a cultura do hospital".

Contudo, uma melhor inspeção dos dados, notadamente a respeito dos programas de treinamento, revelou que, quando os representantes dos hospitais diziam que tinham uma metodologia própria, na verdade estavam apenas aplicando métodos de solução de problemas. Os dados levantados pertinentes aos *fatores mais restritivos para aplicar a Miemq* forneceram algumas indicações sobre a razão pela qual quase nenhum hospital tinha colocado em prática uma metodologia de implementação própria.

No caso dos hospitais privados, "uma incompatibilidade (da Miemq disponível) com a cultural nacional" foi considerada o principal fator restritivo, seguido por "uma incompatibilidade com o (baixo) nível de educação dos funcionários". Este último também revelou ser o segundo fator mais restritivo no caso dos hospitais públicos. O principal foi que *a metodologia não levava em conta a falta de uma política governamental de incentivo à qualidade*. (Note-se que o levantamento foi realizado antes do estabelecimento, pelo Mi-

nistério da Saúde, dos novos padrões de desempenho mencionados no início do artigo.)

Assim, as evidências sugeriram fortemente que a principal razão pela qual as metodologias disponíveis não estavam sendo utilizadas era que estas não eram adequadas nem ao hospital nem ao contexto específico do país. Um fato considerado significativo foi que as metodologias disponíveis baseavam-se ou em requisitos (critérios ou padrões) que deveriam ser atendidos para que a EMQ pudesse ser efetiva, ou em elementos que deveriam ser implementados para assegurar um sistema eficaz de controle da qualidade. Nenhuma metodologia utilizava-se de um modelo, no sentido de um arcabouço de referência, para auxiliar a gestão do processo de mudança estratégica inerente à implementação de uma EMQ.

Chegou-se, assim, às seguintes conclusões:

- a metodologia não deveria ser genérica, mas específica ao contexto do hospital;
- conseqüentemente, a prioridade não deveria ser o desenvolvimento de metodologias mais adequadas aos hospitais, mas sim o projeto de um modelo genérico, no sentido de um guia ou mapa, que seria um arcabouço tanto para administrar a mudança estratégica quanto para desenvolver um corpo de métodos para implementar EMQs de acordo com as condições específicas do hospital.

5. Desenvolvimento do modelo

O modelo proposto inspirou-se em parte do arcabouço apresentado no relatório do Goal/QPC (1992). Incorporou elementos de outros modelos, principalmente os de Kaltsounakis (1995) e de Omachonu (1991), e levou em conta subsídios das pesquisas anteriores dos autores, bem como sua experiência pessoal com a implementação de EMQs no país.

O modelo do Goal/QPC foi escolhido como principal referência, não somente porque tinha sido aplicado em organizações de vários setores industriais, inclusive o de hospitais, e, portanto, provou ser altamente adaptável a contextos diferentes, mas, também, porque apresentava vários dos atributos considerados necessários para uma implementação adequada da EMQ.

Explicação do modelo

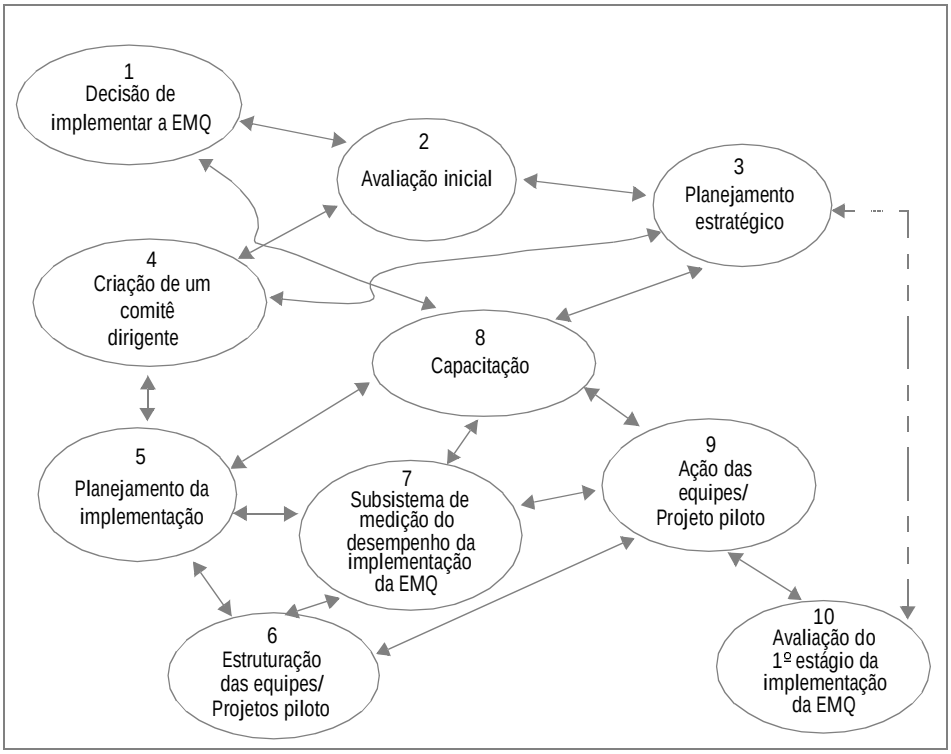
Em muitos aspectos, o modelo proposto é diferente do Goal/QPC. Algumas diferenças são apenas em ênfase. Por exemplo, distingue mais explicitamente

dois estágios separados. No primeiro, enfatiza a criação de uma estrutura *ad hoc* para iniciar o processo de implementação e gerenciar as mudanças envolvidas neste, ao incluir componentes específicos para tanto: *criação de um comitê dirigente* (*CD)* e *estruturação de equipes para os projetos piloto* (figura 1).

Outras diferenças são mais profundas. De acordo com Clark Jr. (1995), Sink e Morris (1995) e as conclusões de pesquisas anteriores (Macedo-Soares & Lucas, 1996a; Macedo-Soares & Ratton, 1999), o modelo proposto enfatiza o papel estratégico da medição do desempenho desde o começo do primeiro estágio, e não apenas no fim (*avaliação*). Um de seus principais componentes é o *subsistema de medição do desempenho da implementação da EMQ*. É chamado de subsistema porque faz parte da estrutura *ad hoc*. Esse subsistema tem um duplo papel: alavancar e mensurar o progresso dos projetos piloto de acordo com os objetivos e medidas estratégicas da organização, contribuindo, assim, para os necessários alinhamento e integração de todas as mudanças realizadas no âmbito do processo de implementação da estratégia.

Figura 1

Modelo para iniciar a implementação de uma EMQ
(modelo do primeiro estágio)



O modelo proposto também difere dos estudados pela sua forma. O objetivo é apresentar um fluxograma que possa ser considerado um guia ou quadro de referência para uma possível seqüência de passos. Isto não significa que os elementos dessa seqüência não possam ser reordenados em certos casos. Por exemplo, em vez de começar com *decisão de implementar a EMQ* (passo 1), a implementação poderá começar com *avaliação inicial* (passo 2) ou *planejamento estratégico* (passo 3), e, quando a seqüência é passos 1 e 2, o próximo passo não precisa necessariamente ser *planejamento estratégico* (3); também pode ser *criação de um comitê dirigente* (passo 4). Nesse caso, *planejamento estratégico* será o quarto passo, antes de *planejamento da implementação* (passo 5), e o *comitê dirigente* participará no planejamento estratégico com vistas ao desenvolvimento do *plano de implementação*. Note-se que, apesar de a *estruturação de equipes/projetos piloto* e o *subsistema de medição do desempenho da implementação da EMQ* serem considerados, respectivamente, os sexto e sétimo componentes ou passos, na prática, podem ocorrer simultaneamente. No modelo, setas foram colocadas num ou nos dois sentidos por causa dessas possibilidades e para enfatizar a importância da interação entre os componentes, a fim de assegurar uma retroalimentação entre eles.

6. Teste do modelo do primeiro estágio (jul. 1995-dez. 1997)

O Hemorio foi escolhido para o teste do modelo porque atendia a todos os requisitos necessários para tanto, conforme foi verificado no estudo de caso da organização. Ademais, havia um verdadeiro interesse por parte da direção em experimentar um modelo que pudesse auxiliar na implementação mais efetiva de suas iniciativas de melhoria da qualidade. Assim, o teste piloto acabou sendo também um serviço de consultoria.

Antes de apresentar os resultados desse teste, cabe dar alguns dados gerais sobre a organização, para que seu contexto específico possa ser apreciado.

Dados gerais sobre o Hemorio

O Hemorio, Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti, é uma instituição de saúde pública especializada em hematologia e hemoterapia, com 700 funcionários. Foi fundado em 1944 como o primeiro banco de sangue no país, contribuindo para a introdução das técnicas mais atualizadas em coleta e transfusão de sangue. Sua principal função é a coordenação da rede pública de sangue, ou seja, a *hemorrede*, que consiste em quatro hemocentros regionais, 10 hemonúcleos, 16 serviços de hemoterapia e 52 unidades de transfusão, distribuídos pelo estado do Rio de Janeiro.

O hospital do Hemorio é especializado no tratamento de doenças hematológicas, principalmente leucemia e anemia hereditária. Tem 70 leitos e 250 funcionários em tempo integral. Os processos de atendimento ao paciente externo/interno e ao doador são considerados processos-chave, de acordo com seus principais serviços.

Dados relevantes sobre a aplicação do modelo

Um ponto muito positivo no início da aplicação do modelo, precisamente no passo *decisão de implementar a EMQ*, foi o comprometimento da diretoria do hospital — quase todos médicos — com a implementação de uma EMQ propriamente dita, e não apenas com algumas iniciativas isoladas, como foi o caso no passado. Este comprometimento foi visível, em termos de alocar os recursos e tempo necessários para aplicar o modelo, para realizar a avaliação inicial e para liderar o processo de implementação por meio da estrutura *ad hoc* específica para este propósito.

Os principais problemas identificados na *avaliação inicial,* bem como as dimensões de qualidade às quais se referem, são listados a seguir. Note-se que as dimensões foram baseadas essencialmente nos critérios do Prêmio Nacional de Qualidade (FPNQ, 1995):

- relações com mercado e comunidade — *deterioração da imagem do Hemorio na percepção do cliente externo, doador de sangue*;
- desenvolvimento humano — *salários aquém do nível aceitável de satisfação*;
- processos-fim — *baixo nível de doadores de sangue*;
- planejamento e gestão — *direção e gerência altamente centralizadas*;
- arquitetura organizacional e sistema normativo — *falta de delegação de poder e documentação incompleta dos processos*;
- infra-estrutura e processos de apoio — *recursos financeiros insuficientes, resultando na falta do material médico necessário*;
- comunicação e disseminação da informação — *insuficiente divulgação externa e interna de informações.*

Com relação ao *planejamento estratégico,* a visão e a missão do hospital foram redefinidos com sucesso de acordo com a nova estratégia. A visão estratégica do Hemorio foi formulada da seguinte maneira: “ser reconhecido como um centro de excelência em hematologia e hemoterapia na América Latina”. Sua nova missão foi: “tornar-se um centro de referência em hematologia e he-

moterapia, assumindo as funções de hemocentro coordenador no estado do Rio de Janeiro, com ética e qualidade".

Inicialmente, o hospital encontrou dificuldades em redefinir suas metas e medidas, em parte porque seu planejamento não era suficientemente participativo. Apenas a diretoria estava envolvida, a média gerência nem tinha sido consultada. Essas dificuldades foram eventualmente superadas quando as causas foram identificadas durante as reuniões organizadas pela equipe de coordenação, cuja função é explicada mais adiante.

Alguns exemplos das novas metas estratégicas estabelecidas pelo Hemorio, bem como os indicadores adotados para sua medição (em itálico), são:

- aumentar a produção até 40% em dezembro de 1998/*número de doadores de sangue no Hemorio; número de exames de laboratório*;
- fornecer 100% do sangue e hemocomponentes necessários aos hospitais públicos (e privados que recebem recursos do governo) do Rio de Janeiro até dezembro de 2002/*número de bolsas de sangue fornecidas aos hospitais públicos do Rio de Janeiro*;
- atingir 90% de satisfação dos clientes, no caso do processo de atendimento ao cliente externo, até dezembro de 1998/*índice de satisfação do cliente (levantamento de satisfação dos pacientes externos com relação a dimensões relevantes de qualidade, por exemplo, cortesia e rapidez de atendimento)*;
- atingir 90% de satisfação do cliente, no caso do processo de doador de sangue, até dezembro de 1998/*satisfação do cliente baseada em um dos seus principais indicadores — tempo médio de atendimento ao doador de sangue; percentagem de problemas ocorridos durante as doações de sangue (por exemplo, hematomas, desmaios)*.

De uma maneira geral, o *planejamento estratégico* foi bem-sucedido, na medida em que se chegou a um consenso com relação à importância de se criar uma estrutura *ad hoc*, específica para a gestão das mudanças associadas ao processo de implementação, a começar com a formação do *comitê dirigente*.

O *comitê dirigente* consistiu em duas equipes: a *equipe executiva*, para as decisões estratégicas, e a *equipe de coordenação*, para coordenar o processo de implementação. A líder da *equipe executiva* era uma médica, diretora-geral do hospital. Os outros membros eram seus diretores. A líder da *equipe de coordenação* também era uma médica, a gerente de recursos humanos. Os membros de sua equipe eram os chefes das principais áreas do hospital, como as de atendimento ao paciente externo, ao doador e ao paciente interno.

No Hemorio, as tentativas de definir a missão e as responsabilidades de cada equipe e de chegar a um acordo sobre a agenda para futuras reuniões não tiveram muito sucesso, pois algumas áreas, principalmente as clínicas, não estavam realmente envolvidas. A resistência à perspectiva de ter de assu-

mir novas responsabilidades administrativas, além das obrigações clínicas prioritárias, motivou, em grande parte, essa atitude.

Uma das primeiras decisões da *equipe executiva* dizia respeito à seleção dos processos para os projetos piloto. Os processos de doação de sangue e de atendimento ao cliente externo foram escolhidos, principalmente porque poderiam ser bons *showcases*, dada sua grande visibilidade, e ofereciam condições razoáveis em termos de reduzir a alta taxa de reclamações dos clientes, dentro de um prazo relativamente curto. Por exemplo, o hospital já tinha muitos dados sobre seu desempenho, mesmo se apenas relativos às dimensões quantitativas. No caso do processo de doação de sangue, as pessoas envolvidas estavam conscientes da importância para o Hemorio de melhorar a qualidade de seus serviços, considerando sua função de fornecedor de sangue para todos os membros da rede de hospitais públicos do estado de Rio de Janeiro.

Assim, o *planejamento da implementação* abrangeu os projetos piloto e as iniciativas associadas, como a constituição de equipes para realizar os projetos e seu treinamento, o marketing e o desenvolvimento do subsistema de medição do desempenho desses projetos. O planejamento deste último, que por si mesmo já é um projeto crítico, implicou um levantamento do perfil dos doadores de sangue e das percepções tanto destes quanto dos pacientes externos a respeito da qualidade dos serviços do hospital.

Com relação à *estruturação das equipes para os projetos piloto*, cabe deixar claro que, além dessas equipes, várias outras foram criadas para as atividades relacionadas a esses projetos (por exemplo, a equipe de capacitação da qualidade e a equipe da promoção da qualidade). Para tanto, os necessários perfis e habilidades de cada tipo de equipe tiveram de ser identificados. Houve uma preocupação de incluir um médico, uma enfermeira e uma funcionária do serviço social em cada equipe. No caso da equipe do projeto de atendimento ao paciente externo, um farmacêutico foi acrescentado, porque esse processo envolve o fornecimento de medicamentos ao paciente, uma prática comum em hospitais públicos.

O projeto do *subsistema de medição do desempenho da implementação da EMQ* incluiu a reestruturação dos processos de avaliação e recompensa do desempenho dos membros das equipes dos projetos piloto e do *comitê dirigente*. Primeiramente, uma análise foi realizada sobre o que medir. Em seguida, indicadores, de acordo com as dimensões relevantes de desempenho, não apenas quantitativas, como no passado, mas também qualitativas, tais como satisfação do paciente, foram identificados. Houve uma preocupação de alinhar os indicadores de desempenho dos projetos piloto, e das pessoas envolvidas neles, com as medidas gerais de desempenho do hospital que foram redefinidas no âmbito do planejamento estratégico.

O hospital teve algumas dificuldades culturais e técnicas de realizar esses primeiros passos no sentido de uma medição do desempenho mais eficaz, especialmente no caso dos processos. A razão mais óbvia era a documentação incompleta destes. Outros motivos foram que os dados estavam dispersos e as estatísticas disponíveis diziam respeito apenas à quantidade de serviços

prestados. Ademais, os funcionários do hospital estavam com receio das conseqüências da medição, por causa dos erros que esta poderia revelar. Também tiveram dificuldades em usar os sistemas de tecnologia de informação que foram implantados para dar suporte às novas metodologias de medição e de melhoria contínua da qualidade dos processos, especialmente no caso do projeto de doador de sangue. Como era de se esperar, todos esses problemas não foram completamente superados durante o primeiro estágio da implementação da estratégia. No entanto, a importância dada à medição teve um visível resultado positivo no sentido de enfatizar o que era realmente importante, de motivar a realização das necessárias mudanças e de fornecer uma direção para estas, mesmo que sua integração e seu alinhamento com os objetivos estratégicos não tenham sido alcançados imediatamente.

A *capacitação* foi um passo fundamental do primeiro estágio e teve de ser adaptado à cultura do hospital e ao nível educacional do pessoal envolvido. Durante o planejamento estratégico, dois tipos de cursos sobre gestão da qualidade foram programados, com vistas à capacitação, um de oito horas, para os diretores do hospital, e um de 40 horas, para a média gerência e os outros funcionários. Para os membros das equipes dos projetos-piloto, organizou-se mais um curso, de 16 horas, sobre documentação e análise de processos, com vistas à melhoria contínua destes. Durante o teste-piloto, esse curso enfocou algumas ferramentas básicas de qualidade, tais como fluxograma e espinha-de-peixe. Além desse treinamento, estimulou-se a participação dos membros das equipes dos projetos piloto em congressos e a realização de visitas a outros hospitais que estavam implementando EMQs.

Duas iniciativas originais, que visavam a facilitar a compreensão dos principais conceitos da EMQ por parte dos funcionários menos preparados, foram particularmente eficazes: o projeto de criação de folhetos com representação gráfica desses conceitos e a montagem de uma peça teatral desenvolvida pelos próprios funcionários, em que os atores colocavam os conceitos em prática. A peça, chamada *Da corda bamba à cama elástica*, tinha cinco atos:

- "Fofoca", mostrando seu aspecto negativo para o clima da organização e para alavancar o necessário esforço conjunto dos funcionários para melhorar continuamente os processos.
- "Relacionamento do funcionário com o chefe", destacando as dificuldades desse relacionamento e a necessidade de dar mais autonomia ao funcionário para poder atender mais rapidamente o cliente, e a importância de instituir o princípio do autocontrole para envolver o funcionário na busca espontânea da melhoria contínua dos processos.
- "Relacionamento com o cliente", enfatizando as falhas no atendimento e suas conseqüências nefastas para uma estratégia orientada para o cliente.
- "Busca de parceria com uma consultoria", para preparar o ambiente da organização para as necessárias mudanças.

- "As mudanças organizacionais", no sentido de implementar a melhoria contínua do desempenho e a orientação para o cliente desejadas.

As primeiras *ações das equipes para os projetos piloto* consistiram na aplicação das metodologias ensinadas durante a capacitação para melhorar continuamente a qualidade dos processos selecionados para os *showcases*. A prioridade foi implementar a gestão por processos orientada para o cliente, com vistas a atingir as metas estabelecidas no âmbito do planejamento estratégico. As equipes basearam-se em informações sobre os clientes externos para as análises dos processos. Estas foram bastante proveitosas, e sugestões relevantes para a melhoria dos processos foram apresentadas à equipe de coordenação, tais como:

- a substituição de médicos por enfermeiros na triagem clínica, o que poderia contribuir para a rapidez do atendimento ao doador;
- o encorajamento à fidelização dos doadores de sangue considerados aptos, de forma que estes se tornassem doadores espontâneos, o que poderia contribuir para reduzir a taxa de inaptidão sorológica e, assim, diminuir os custos do processo de atendimento ao doador e aumentar a qualidade do produto final, o sangue.

Nesse estágio, foi fundamental fazer alguma publicidade dos projetos piloto. A equipe da promoção da qualidade organizou eventos promocionais criativos, que tiveram êxito, em grande parte, porque foram adaptados à cultura e ao contexto específico do hospital. Um exemplo é o concurso Mascote EMQ, que teve também como objetivo aumentar a participação dos funcionários. O vencedor criou como mascote uma boneca na forma de uma bolsa de sangue. O concurso de *jingles* é outro bom exemplo dos eventos promocionais realizados. O *jingle* tinha de incluir alguns conceitos-chave da estratégia, tais como cliente, processo e melhoria contínua.

Pela mesma ocasião, a equipe de promoção reativou alguns dos meios tradicionais de comunicar as atividades relacionadas à EMQ, como jornais murais, boletins informativos e revistas. Por exemplo, o *Hemorio-Informe* foi criado e a revista *IEHE* foi reativada. A equipe em questão também estabeleceu novas parcerias, por exemplo, com a Secretaria Municipal de Saúde, com vários jornais locais e com estações de rádio e televisão, como a TVE e a TV Globo. O objetivo era divulgar melhor o Hemorio junto à população, para captar mais doadores e, assim, aumentar o volume de sangue para poder atender a um número maior de hospitais da rede pública.

A *avaliação* objetivava a medição e a análise crítica dos resultados do primeiro estágio da implementação da EMQ, tendo correspondido ao teste-piloto do modelo e durado em torno de dois anos e meio. Para tanto, o *subsistema de medição do desempenho da implementação da EMQ* teve um papel fundamental.

Contribuiu para avaliar o desempenho do Hemorio, não somente em função da produção de suas áreas clínicas, medida por indicadores apenas quantitativos, como foi o caso no passado, mas também em função da efetividade de seus processos administrativos e de apoio, medida por indicadores quantitativos e qualitativos. Os resultados mais relevantes são apresentados a seguir.

Resultados da aplicação do modelo do primeiro estágio

A julgar pelos resultados dos projetos piloto, o teste do modelo foi muito bem-sucedido.

Conforme mostra a figura 2, houve um aumento sustentado na produção dos doadores de sangue desde janeiro de 1996 (isto é, seis meses depois de se iniciar o teste piloto). Da mesma maneira, a figura 3 indica um aumento significativo e sustentado no número de exames laboratoriais no fim do primeiro estágio (33% em dezembro 1996) e durante o ano seguinte (+34% em dezembro de 1997). Tais melhorias foram significativas, no sentido de contribuir para o alcance da principal meta estratégica estabelecida para o projeto do doador de sangue: "aumentar a produção em 40% até dezembro de 1998".

Figura 2

Evolução da doação de sangue no Hemorio

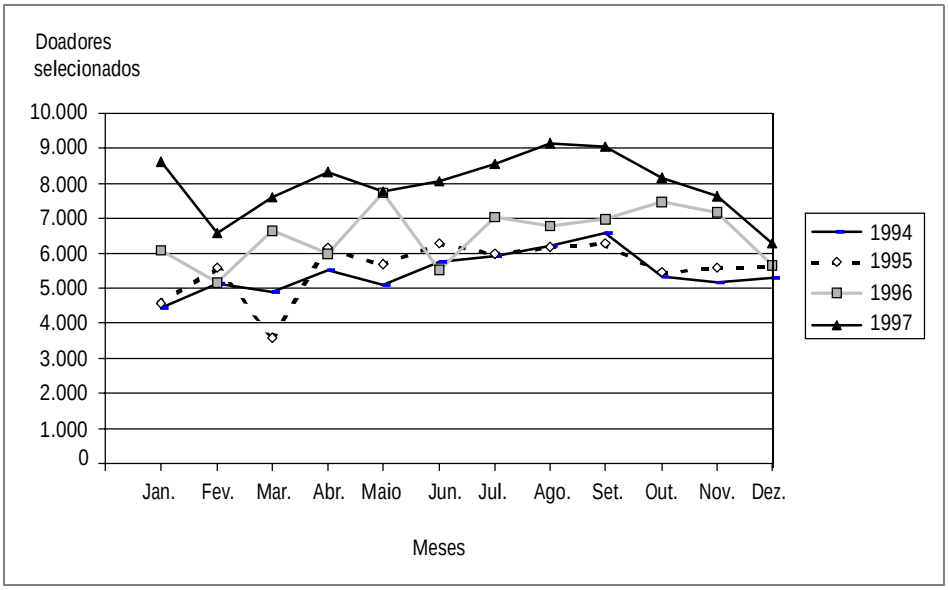
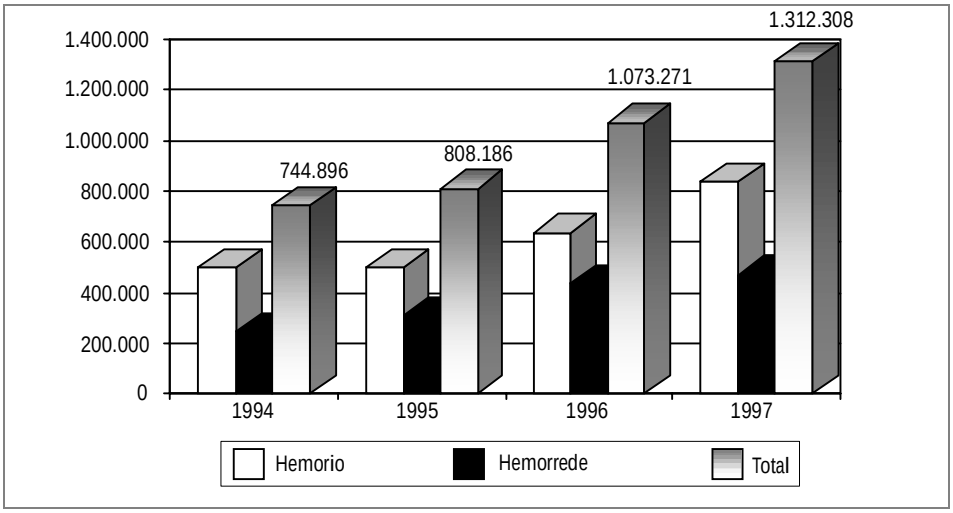


Figura 3

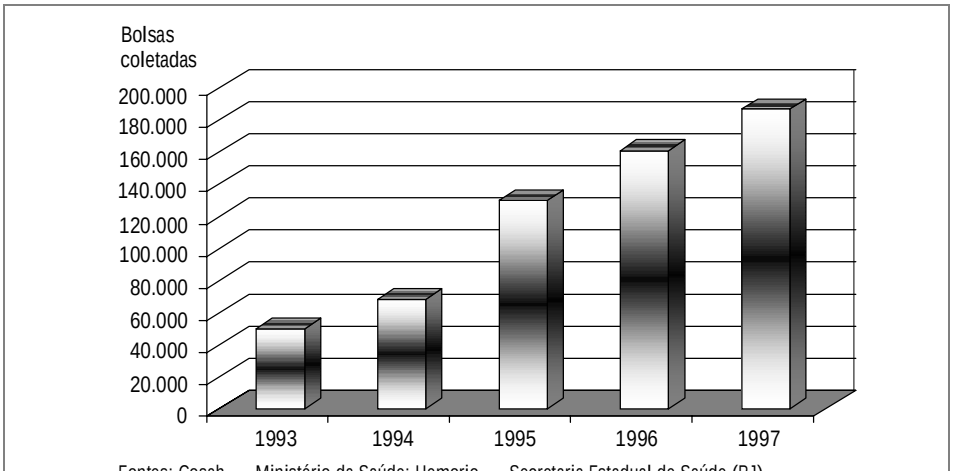
Exames sorológicos no Hemorio



Um resultado relevante, quanto ao alcance da segunda meta estratégica mencionada anteriormente, foi o aumento no número de bolsas de sangue coletadas para distribuição na rede de hospitais públicos do estado do Rio de Janeiro. Conforme pode ser visto na figura 4, esse aumento foi de aproximadamente 43% entre dezembro de 1995 e dezembro de 1997.

Figura 4

Bolsas de sangue coletadas para distribuição na rede de hospitais públicos do estado do Rio de Janeiro

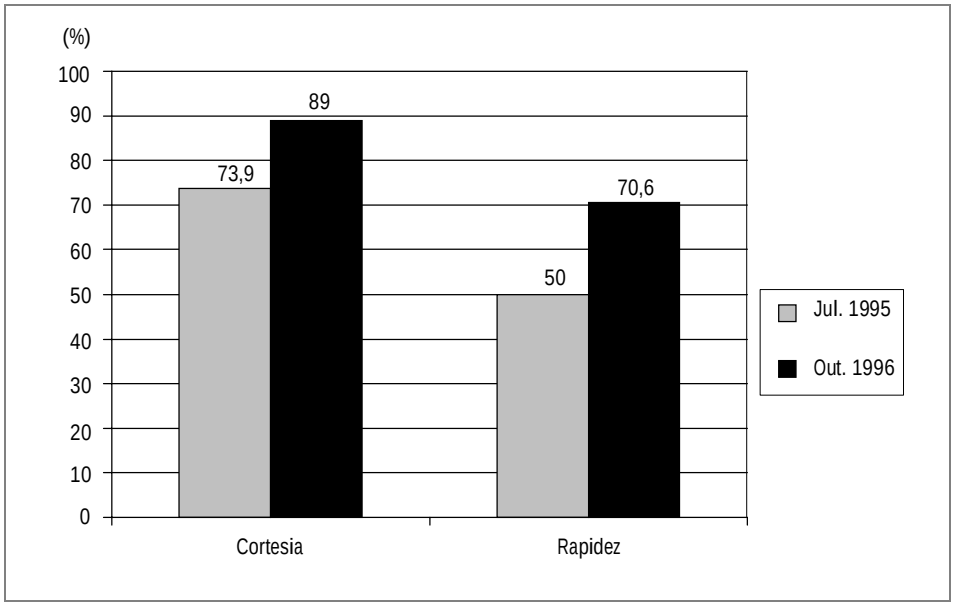


Fontes: Cosah — Ministério da Saúde; Hemorio — Secretaria Estadual de Saúde (RJ).

Com relação à satisfação do cliente, como a figura 5 sugere, houve uma melhoria de 20% da satisfação do cliente externo (paciente ambulatorial), em termos de cortesia, e de 42% em termos de rapidez no atendimento, já em outubro de 1996. Isso foi considerado um resultado positivo, embora tenha provado ser insuficiente para alcançar a meta estratégica de assegurar 90% de satisfação desse cliente até dezembro de 1998.

Figura 5

Índice de satisfação do cliente:
processo de atendimento ao paciente ambulatorial



No caso do projeto do doador de sangue, os resultados foram bem melhores. Como evidencia a figura 6, o tempo médio de atendimento ao doador foi reduzido em mais da metade bem antes do fim do primeiro estágio, contribuindo substancialmente para que se atingisse a meta de 90% de satisfação dos clientes até dezembro de 1998 para o processo de atendimento ao doador de sangue. Note-se que, entre 1996 e 1997, o tempo médio subiu ligeiramente, devido ao aumento do número de doadores, conforme mostra a figura 4. Outro resultado positivo que ajudou para alcançar essa meta foi a redução, para quase a metade, dos problemas que ocorrem durante as doações, tais como hematomas e desmaios, no fim do primeiro estágio (figura 7).

Figura 6

Tempo médio de atendimento ao doador

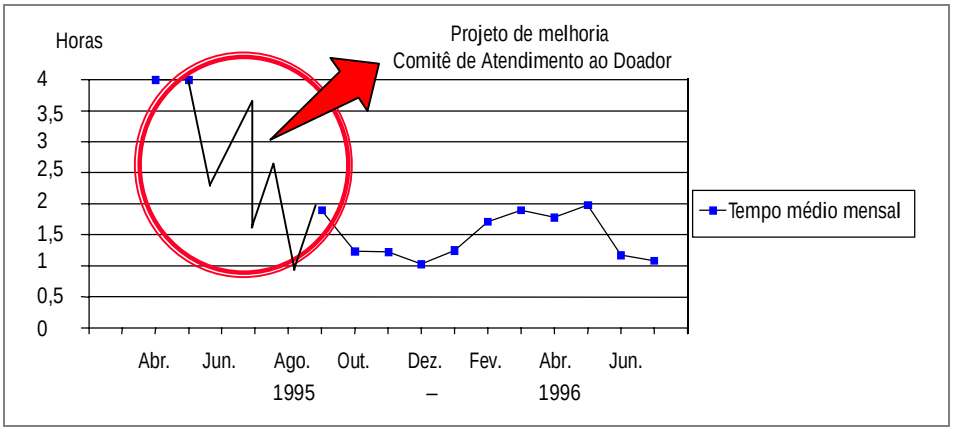
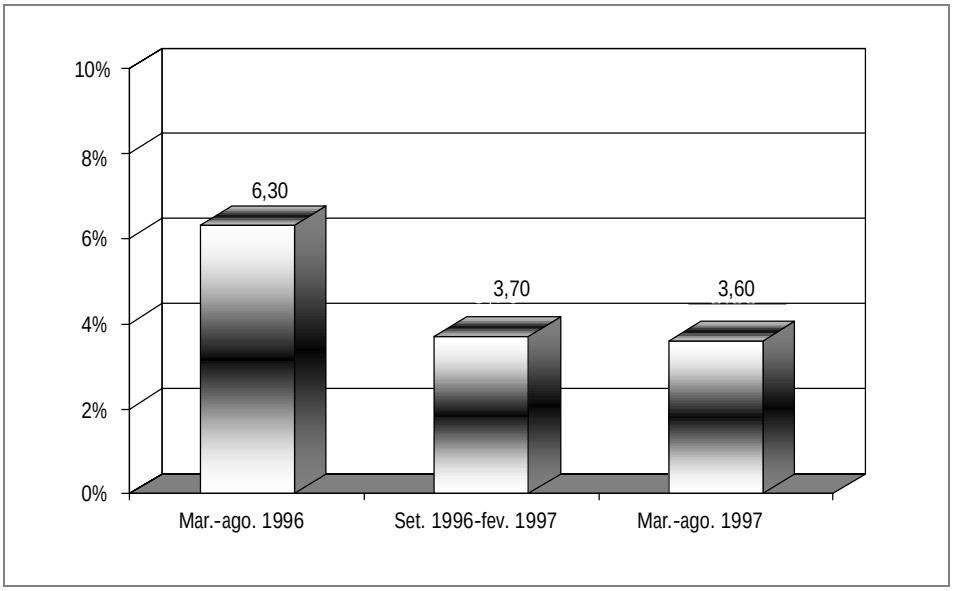


Figura 7

Percentagem de problemas durante a doação de sangue



Segundo estágio

Por causa dos resultados positivos da aplicação do modelo do primeiro estágio, em 1998 o Hemorio decidiu desdobrar a EMQ em todo o hospital. Os autores

propuseram um outro modelo para esse segundo estágio da implementação da estratégia.

Foge ao objetivo deste artigo descrever os componentes desse segundo modelo, apresentado na Conferência Informs/Korms Seoul 2000 (Macedo-Soares & Neves 2000a). Cabe, no entanto, mencionar que nesse segundo modelo, o terceiro componente do modelo do primeiro estágio, *planejamento estratégico,* constitui o ponto de partida do segundo estágio quando se reavaliam os objetivos da estratégia do hospital à luz dos resultados até então alcançados. Conforme mostra a figura 1, em que uma seta indica um processo de retroalimentação entre os componentes 10 e 3, os resultados da *avaliação* do primeiro estágio fornecem parte dos subsídios necessários para o novo planejamento estratégico com vistas ao desdobramento da estratégia pela organização toda.

7. Conclusão

Apesar de algumas dificuldades encontradas na aplicação do modelo no Hemorio, principalmente por ocasião do desenvolvimento de uma nova cultura organizacional, mais orientada para o cliente, concluiu-se que a experiência foi muito positiva. Os projetos piloto provaram ser *showcases* efetivos, tendo ajudado o Hemorio a ganhar dois prêmios importantes, o Qualidade-Rio (categoria prata), em 1997, e o Procon, em 1998.

Cabe mencionar que, no âmbito de novas pesquisas iniciadas pelos autores em 1998, o modelo foi adaptado e testado em organizações públicas de outros setores. Foi aplicado no Instituto Militar de Engenharia (IME), instituição pública de ensino superior, e na Controladoria Geral do Município do Rio de Janeiro, órgão público da administração direta. Os resultados foram promissores, pois ambas as instituições já ganharam o Prêmio Qualidade-Rio 1999 na categoria bronze.

Referências bibliográficas

Barros, B. T. & Prates, M. *O estilo brasileiro de administrar*. São Paulo, Atlas, 1991.

Clark Jr., L. A. Development, application and evaluation of an organizational performance measurement system. Blacksburg, Virginia Polytechnic Institute and State University, 1995. (PhD Dissertation.)

Ernst & Young and American Quality Foundation. *International quality study. Health care industry report*. Cleveland, 1991.

FPNQ (Fundação para o Prêmio Nacional de Qualidade). *Critérios de excelência.* São Paulo, FPNQ, 1995.

Goal/QPC. *Health Care Application Research Committee Report. Putting the 'T' in health care TQM*. Methuen, Goal/QPC, 1992.

Kaltsounakis, Z. Implementing total quality management in Canadian health care: an empirical investigation. Concordia University, Montreal, 1995. (Master of Science in Administration Thesis.)

Macedo-Soares, T. D. L. V. A. & Chamone, S. G. Total quality strategies in industry: the experience of two multinationals in Brazil. *Quality Management Journal, 1*(3):57-79, 1994.

——— & Lucas, D. C. Key quality management practices of leading firms in Brazil: findings of a pilot-study. *The TQM Magazine, 8*(4):55-70, 1996a.

——— & ———. Práticas gerenciais de qualidade das empresas líderes no Brasil. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1996b.

——— & Neves, J. A. dos Santos. A methodology for implementing quality improvement strategies in hospitals in Brazil. In: Triennial Conference, 5. Ifors'99. *Proceedings*... Beijing, Ifors, 1999a. p. 19-20.

——— & ———. A new quality improvement assessment instrument for hospitals in Brazil. In: International Conference of the Decision Sciences Institute, 5. *Proceedings*... Athens, 1999b. p. 681-5.

——— & ———. Customer-oriented performance improvement strategies in health care in Brazil: a framework for organization-wide strategy implementation. In: Informs/Korms Seoul 2000 Conference. *Proceedings*... Seoul, 2000a.

——— & ———. Implementação de estratégias orientadas para o cliente nos hospitais no Brasil: um instrumento para avaliar sua eficácia. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, FGV, *34*(1):165-208, 2000b.

——— & Ratton, Cláudio A. Medição de desempenho e estratégias orientadas para o cliente: resultados de uma pesquisa de empresas líderes no Brasil. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, FGV, *39*(4):46-59, 1999.

Omachonu, V. K. *Total quality and productivity management in health care organizations*. Norcross, Industrial Engineering and Management Press, 1991.

Sink, D. S. & Morris, W. T. *By what method*? Norcross, Industrial Engineering and Management Press, 1995.

Yin, R. K. C*ase study research*. London, Sage, 1994.