



UNIVERSIDADE FUMEC
FACULDADE DE CIÊNCIAS EMPRESARIAIS – FACE
Mestrado em Administração

**A Percepção de Qualidade em Dois Hospitais Certificados
no Estado de Minas Gerais**

Tarcísio Dayrell Neiva

Belo Horizonte
2013

Tarcísio Dayrell Neiva

**A Percepção de Qualidade em Dois Hospitais Certificados
no Estado de Minas Gerais**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Administração da Universidade FUMEC, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Administração.

Área de Concentração: *Marketing, estratégia e competitividade*

Orientador: *Prof. Dr. Jersone Tasso Moreira Silva*

Belo Horizonte
2013

N417p Neiva, Tarcísio Dayrell.
A Percepção de qualidade em serviços hospitalares certificados no Estado de Minas Gerais/ Tarcísio Dayrell Neiva. – Belo Horizonte, 2013.

145 f : il. ; 30 cm.

Orientador: Jersone Tasso Moreira Silva.
Dissertação (mestrado) – Universidade FUMEC. Faculdade de Ciências Empresariais.

Inclui bibliografia.

1. Serviços de saúde – Controle de qualidade - Estudo de casos.
I. Silva, Jersone Tasso Moreira. II. Universidade FUMEC.
Faculdade de Ciências Empresariais. III. Título.


CDU: 614.2

Elaborada por Olívia Soares de Carvalho. CRB/6: 2070



196513

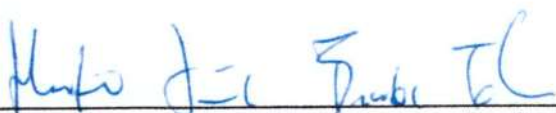
Dissertação intitulada “A Percepção de Qualidade em Serviços Hospitalares Certificados no Estado de Minas Gerais”, de autoria do Mestrando *Tarcísio Dayrell Neivas*, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:




Prof. Dr. Jersone Tasso Moreira Silva- Universidade FUMEC
(Orientador)



Prof. Dr. Alexandre Teixeira Dias – Universidade FUMEC



Prof. Dr. Hugo Ferreira Braga Tadeu– Fundação Dom Cabral



Prof. Dr. Cid Gonçalves Filho
Coordenador do Programa de Doutorado e Mestrado em Administração
Universidade FACE/FUMEC

Belo Horizonte, 03 de junho de 2013.

A minha esposa Silvana
pelo apoio e carinho;

minha filha Ana Clara
pelo amor e aconchego;

minha mãe Dilma
pelo carinho e pelos valores humanos
repassados ao longo dos anos de convivência; e

meu pai José Andrade Neiva
pelo exemplo, apoio e ajuda constante.

AGRADECIMENTOS

Ao Orientador Prof. Dr. Jersone Tasso Moreira Silva,
pela dedicação no processo de orientação deste estudo;

ao Co-orientador e amigo Dr. Renato Couto,
pelo apoio na elaboração da pesquisa;

a Profa. Leila Brito,
pela assessoria de metodologia textual, revisão,
normalização técnica e programação visual desta
dissertação.

aos meus caros amigos,
por se fazerem presentes nos momentos difíceis e felizes; e

a Deus,
pela bênção da vida;

Não vivemos pela quantidade imediata dos acertos, mas pela capacidade de entendermos onde estamos errando, transformando as falhas em ajustes consistentes, feitos no tempo adequado para a manutenção das direções, métodos e pessoas.

SÉRGIO DAL SASSO

RESUMO

Guiadas pela missão de recuperar a saúde dos pacientes, as organizações hospitalares buscam a permanente melhoria da qualidade da gestão pela integração harmônica de suas áreas organizacionais. Desta forma, a partir de uma visão estratégica focada na eficácia do atendimento, têm procurado atuar pautando-se na eficiência e eficácia organizacional, utilizando abordagens e ferramentas de qualidade nos processos de planejamento e gestão de pessoas – seu grande diferencial competitivo. Assim, o presente estudo aborda a qualidade dos serviços prestados pelos hospitais certificados, tanto na percepção dos gestores como dos pacientes, segundo dados e informações obtidos na pesquisa realizada nos seguintes hospitais do Estado de Minas Gerais: Hospital Felício Rocho e Hospital Arnaldo Gavazza Filho. Tal pesquisa apoiou-se na premissa básica de que a qualidade dos serviços hospitalares fundamenta-se no entrelaçamento destas duas vertentes: a eficiência dos gestores e a satisfação dos clientes, tendo como suporte a importância do investimento na gestão de pessoas, com vistas à permanente melhoria da qualidade do atendimento, aqui tratada a partir dos processos de gestão da qualidade como a NBR ISO 9001:2008 e a acreditação, processos de qualidade que seguem normas de padrão internacional, e que, na prática hospitalar, envolvem funcionários, médicos, enfermeiros, fornecedores e colaboradores. Ao final deste estudo, concluiu-se que tais processos de gestão de qualidade contribuíram para a melhoria contínua do atendimento nos hospitais pesquisados, resultando, conseqüentemente, na satisfação dos clientes.

Palavras-chave: gestão de qualidade, hospitais, recursos humanos, resultados.

ABSTRACT

Guided by the mission to recover the health of patients, hospital organizations seek continuous improvement of quality management for the harmonious integration of its organizational areas. Thus, from a strategic vision focused on the effectiveness of care, have sought to act basing on efficiency and organizational effectiveness, using quality tools and approaches in planning and managing people - your great competitive. Thus, the present study addresses the quality of services provided by certified hospitals, both in the perception of managers as patients, according to data and information obtained in the survey conducted in the following hospitals in the state of Minas Gerais: Hospital Felício Rocho Hospital and Arnaldo Gavazza Filho. Such research has relied on the basic premise that the quality of hospital services is based on the intertwining of these two strands: the efficiency of managers and customer satisfaction, supported the importance of investing in people management, with a view to continuous improvement quality of care, here from the processes of quality management as ISO 9001:2008 and accreditation, quality processes that follow norms of international standard, and that, in hospital practice, involve employees, doctors, nurses, suppliers and collaborators. At the end of this study, it was concluded that such processes of quality management contributed to the continuous improvement of care in hospitals surveyed, resulting thus in customer satisfaction.

Keywords: quality management, hospitals, human resources, results.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Aspectos da qualidade total	32
FIGURA 2	Modelo de estratégia de serviços com qualidade	42
FIGURA 3	Modelo de gráfico de Pareto	45
FIGURA 4	Modelo de diagrama de causa e efeito	45
FIGURA 5	Modelo de estratificação	46
FIGURA 6	Modelo de folha de verificação	46
FIGURA 7	Modelo de histograma	47
FIGURA 8	Modelo de gráfico de variáveis	47
FIGURA 9	Modelo de gráfico de controle	48
FIGURA 10	Modelo de Plano 5W2H	48
FIGURA 11	Modelo de <i>Brainstorming</i>	49
FIGURA 12	Modelo de Ciclo PCDA	50
FIGURA 13	Sistema de gestão da qualidade	56
FIGURA 14	Processo de expectativa do cliente	76
FIGURA 15	Modelo ajustado completo	119
FIGURA 16	Modelo ajustado completo – <i>t de Student</i>	119
FIGURA 17	Expectativa <i>versus</i> escolaridade	124
FIGURA 18	Satisfação <i>versus</i> escolaridade	125

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Classificação de resultados	78
TABELA 2	Grau de escolaridade dos respondentes	80
TABELA 3	Porcentagem do gênero dos respondentes por hospital	81
TABELA 4	Porcentagem de respondentes por idade	82
TABELA 5	Porcentagem de respondentes por escolaridade	82
TABELA 6	Porcentagem de respondentes por hospital sobre a pergunta: “O serviço médico deste hospital foi satisfatório?”	86
TABELA 7	Porcentagem de respondentes por hospital sobre a pergunta: “O nível de conhecimento de enfermagem foi satisfatório?”	86
TABELA 8	Porcentagem de respondentes por hospital sobre a pergunta: “O nível de conhecimento de recepção foi satisfatório?”	84
TABELA 9	Porcentagem de respondentes por hospital sobre a pergunta: “O profissionalismo da equipe da recepção foi satisfatório?”	84
TABELA 10	Porcentagem de respondentes por hospital sobre a pergunta: “A qualidade do serviço prestado na limpeza é adequada?”	85
TABELA 11	Porcentagem de respondentes por hospital sobre a pergunta: “Os serviços são prestados com a presteza e a rapidez esperadas?”	85
TABELA 12	Porcentagem de respondentes por hospital sobre a pergunta: “As instalações são adequadas, visivelmente agradáveis, e o tempo para cumprimento da tarefa é respeitado?”	86
TABELA 13	Porcentagem de respondentes por hospital sobre a pergunta: “Você indicaria os serviços deste hospital, considerando-os de excelência?”	86

TABELA 14	Porcentagem de respondentes por hospital sobre a pergunta: “Você sabe que este hospital é certificado pela ONA ou ISO. Acredita que isto gera um diferencial na atenção e na estadia?”	87
TABELA 15	Porcentagem de respondentes por hospital sobre a pergunta: “Quando você internou neste hospital, imaginou que a implantação de uma certificação hospitalar geraria melhora na qualidade dos processos, impactando na assistência prestada?”	87
TABELA 16	Porcentagem de respondentes por hospital sobre a pergunta: “A qualidade final dos serviços prestados pelo hospital é adequada?”	88
TABELA 17	Porcentagem de respondentes por hospital sobre a pergunta: “Você retornaria ao hospital por compreender seus aspectos qualitativos de assistência, mesmo sabendo que o custo poderia igual ou maior?”	88
TABELA 18	Porcentagem de respondentes por hospital sobre a pergunta: “Você escolheria um hospital por indicação do seu médico?”	89
TABELA 19	Porcentagem de respondentes por escolaridade sobre a pergunta: “O serviço médico deste hospital foi satisfatório?”	89
TABELA 20	Porcentagem de respondentes por escolaridade sobre a pergunta: “O nível de conhecimento de enfermagem foi satisfatório?”	90
TABELA 21	Porcentagem de respondentes por escolaridade sobre a pergunta: “O nível de conhecimento da recepção foi satisfatório?”	90
TABELA 22	Porcentagem de respondentes por escolaridade sobre a pergunta: “O profissionalismo da equipe da recepção foi satisfatório?”	91
TABELA 23	Porcentagem de respondentes por escolaridade sobre a pergunta: “A qualidade do serviço prestado na limpeza é adequada?”	91
TABELA 24	Porcentagem de respondentes por escolaridade sobre a pergunta: “Os serviços são prestados com a presteza e a rapidez esperadas?”	92

TABELA 25	Porcentagem de respondentes por escolaridade sobre a pergunta: “As instalações são adequadas, visivelmente agradáveis, e o tempo para cumprimento da tarefa é respeitado?”	92
TABELA 26	Porcentagem de respondentes por escolaridade sobre a pergunta: “Você indicaria os serviços deste hospital, considerando-os de excelência?”	93
TABELA 27	Porcentagem de respondentes por escolaridade sobre a pergunta: “Você sabe que este hospital é certificado pela ONA ou ISO. Acredita que isto gera um diferencial na atenção e na estadia?”	93
TABELA 28	Porcentagem de respondentes por escolaridade sobre a pergunta: “Quando você internou neste hospital, imaginou que a implantação de uma certificação hospitalar geraria melhora na qualidade dos processos, impactando na assistência prestada?”	94
TABELA 29	Porcentagem de respondentes por escolaridade sobre a pergunta: “A qualidade final dos serviços dos serviços prestados pelo hospital é adequada?”	94
TABELA 30	Porcentagem de respondentes por escolaridade sobre a pergunta: “Você retornaria ao hospital por compreender seus aspectos qualitativos de assistência, mesmo sabendo que o custo poderia igual ou maior?”	95
TABELA 31	Porcentagem de respondentes por escolaridade sobre a pergunta: “Você escolheria um hospital por indicação do seu médico?”	95
TABELA 32	Faixa etária dos respondentes	96
TABELA 33	Grau de escolaridade dos respondentes	97
TABELA 34	As quatro variáveis (satisfação)	103
TABELA 35	Matriz de correlação (satisfação)	104
TABELA 36	KMO e Teste de Bartlett (satisfação)	104
TABELA 37	Resultado da análise fatorial (satisfação)	105
TABELA 38	Características das questões (expectativa)	105
TABELA 39	Matriz de correlação (expectativa)	106

TABELA 40	KMO e Teste de Bartlett (expectativa)	106
TABELA 41	Resultado da análise fatorial (expectativa)	107
TABELA 42	Características das questões (fidelidade)	107
TABELA 43	Matriz de correlação (fidelidade)	108
TABELA 44	KMO e Teste de Bartlett (fidelidade)	108
TABELA 45	Resultado análise fatorial (fidelidade)	109
TABELA 46	Características das variáveis (qualidade percebida)	109
TABELA 47	Matriz de correlação (qualidade percebida)	110
TABELA 48	KMO e Teste de Bartlett (qualidade percebida)	110
TABELA 49	Resultado da análise fatorial (qualidade percebida)	111
TABELA 50	Matriz de correlação (valor percebido)	111
TABELA 51	KMO e Teste de Bartlett (valor percebido)	112
TABELA 52	Resultado da análise fatorial (valor percebido)	112
TABELA 53	Análise descritiva (satisfação)	113
TABELA 54	Características da variável (expectativa)	113
TABELA 55	Características das variáveis (fidelidade)	114
TABELA 56	Matriz de correlação (fidelidade)	115
TABELA 57	KMO e Teste de Bartlett (fidelidade)	115
TABELA 58	Resultado da análise fatorial (fidelidade)	115
TABELA 59	Análise descritiva (qualidade percebida)	116
TABELA 60	Matriz de correlação (qualidade percebida)	116
TABELA 61	KMO e Teste de Bartlett (qualidade percebida)	117
TABELA 62	Resultado da análise fatorial (qualidade percebida) ..	117
TABELA 63	Características da variável (valor percebido)	118
TABELA 64	Descrição do modelo ajustado 2	120

TABELA 65	Cargas cruzadas	121
TABELA 66	Cargas cruzadas das variáveis latentes	122
TABELA 67	Estatística descritiva dos construtos avaliados	123
TABELA 68	Hipóteses avaliadas no estudo	123
TABELA 69	Processo da implantação da certificação	126
TABELA 70	Dificuldades enfrentadas na implantação da certificação	126
TABELA 71	Resultado da implantação da certificação	127
TABELA 72	Pontos positivos pós acreditação ou certificação	128
TABELA 73	Pontos negativos pós acreditação ou certificação	128
TABELA 74	Melhora percebida na qualidade assistencial após a acreditação ou certificação	129
TABELA 75	O novo modelo facilitou a administração do setor?	129

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Gênero dos respondentes	79
GRÁFICO 2	Faixa etária dos respondentes (I)	80
GRÁFICO 3	Grau de escolaridade dos respondentes	81
GRÁFICO 4	Gênero dos respondentes	96
GRÁFICO 5	Faixa etária dos respondentes (II)	97
GRÁFICO 6	Grau de escolaridade dos respondentes	97
GRÁFICO 7	Concordância com a questão: “Com a implantação das certificações, você percebe a gestão mais ordenada, gerando impacto na satisfação do cliente?”	98
GRÁFICO 8	Concordância com a questão: “Você acredita que tem atendido a expectativa do seu cliente?”	98
GRÁFICO 9	Concordância com a questão: “Em caso de necessidade, seus clientes têm retornado ao hospital por considerá-lo de excelência?”	99
GRÁFICO 10	Concordância com a questão: “Em caso de necessidade, seus clientes têm retornado ao hospital, pelo aspecto qualitativo da assistência?”	99
GRÁFICO 11	Concordância com a questão: “Em caso de necessidade, seus cliente têm retornado ao hospital pela indicação médica?”	100
GRÁFICO 12	Concordância com a questão: “A implantação da certificação gerou impacto positivo na estadia como reformas, novos projetos arquitetônicos ou outros?”	100
GRÁFICO 13	Concordância com a questão: “A implantação da certificação gerou melhora qualitativa nos processos de gestão, causando impacto na assistência?”	101
GRÁFICO 14	Concordância com a questão: “Você acredita que seu cliente voltaria ao hospital, desconsiderando o custo (pagamento ou desembolso) pelos serviços?”	101

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Distribuição do gasto por natureza da receita	26
QUADRO 2	Instituições de saúde brasileiras acreditadas por organizações internacionais	60

LISTA DE SIGLAS

ABDE	<i>Alliance for Entrepreneurship and Business Development</i>
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACI	<i>Accreditation Canada International</i>
AMB	Associação Médica Brasileira
ANAHP	Associação Nacional de Hospitais Privados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
AVE	<i>Average Variance Extracted</i>
FIRJAN	Federação das Indústrias do Rio de Janeiro
CHAID	<i>Chi-Square Automatic Interaction Detector</i>
GAP	<i>Service Quality Gap Analysis</i>
HAG	Hospital Arnaldo Gavazza Filho
HFR	Hospital Felício Rocho
IAF	<i>Inter-American Foundation</i>
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
MS	Ministério da Saúde
NIHAO	<i>National Integrated Accreditation for Healthcare Organization</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação Hospitalar
PBE	Prática Baseada em Evidências
PDCA	<i>Plan, Do, Check, Act</i>
PLS	<i>Partial Least Squares</i>
RH	Recursos Humanos
SISTEMA FIRJAN	Fundo para o Desenvolvimento Social FIRJAN/IAF
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
1.1	Objetivos	23
1.1.1	Objetivo geral	23
1.1.2	Objetivos específicos	24
1.2	Justificativa	24
2	REFERENCIAL TEÓRICO	30
2.1	Conceito de qualidade	30
2.2	Gestão de qualidade	39
2.3	Gestão de pessoas	50
2.4	A certificação e sua importância	53
2.5	A melhoria da qualidade	61
3	METODOLOGIA	66
3.1	Tipo de pesquisa quanto à abordagem	66
3.2	Tipo de pesquisa quanto aos fins	68
3.3	Unidades de observação e população	69
3.4	Instrumentos de coleta de dados	70
3.5	Amostragem	70
3.6	Construtos e indicadores	71
3.6.1	Indicadores	74
3.7	Análise se dados	76
4	ANÁLISE DE RESULTADOS	77
4.1	Perfil da amostra	77
4.2	Análise descritiva	79
4.2.1	Análise geral do questionário de clientes	79
4.2.2	Análise geral do questionário “clientes” por hospital	81
4.2.3	Análise do questionário “clientes” por escolaridade	89
4.2.4	Análise geral do questionário aplicado aos gestores	96
4.3	Dados ausentes	102
4.4	Avaliação da normalidade	102
4.5	Outiliers	102
4.6	Análise da dimensionalidade	103
4.6.1	Questões do construto “Expectativa” no questionário dos clientes	105
4.6.2	Questões do construto “fidelidade” no questionário dos clientes	107
4.6.3	Questões do construto “qualidade percebida” no questionário dos clientes	109
4.6.4	Questões do construto “valor percebido” no questionário dos clientes	111

4.6.5	Questões do construto “satisfação” no questionário dos clientes	113
4.7	Análise dos construtos no questionário dos gestores	113
4.7.1	Construto “expectativa”	113
4.7.2	Construto “fidelidade”	114
4.7.3	Construto “qualidade percebida”	116
4.7.4	Construto “valor percebido”	117
4.8	Validação do modelo	118
4.8.1	Construtos avaliados e hipóteses do estudo	122
4.9	Resultados adicionais encontrados	123
4.10	Análise das entrevistas com os gestores	125
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
	REFERÊNCIAS	135
	ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

Um hospital é uma instituição que presta serviços especializados, e por apresentar funções diferenciadas, caracteriza-se como uma organização bastante complexa. Tendo em vista pautar-se no desenvolvimento de ações que ofereçam serviços de qualidade para a população, seus gestores necessitam de ferramentas gerenciais que possibilitem a avaliação dessas ações. Por meio de tais ferramentas, essas organizações também analisam o desempenho da gestão dos recursos utilizados na consecução das atividades de prestação de serviços.

A missão essencial das instituições hospitalares é atender a seus pacientes de forma adequada. Por isso, eficiência e eficácia nos processos de gestão são necessárias para assegurar uma assistência competente e humanizada à saúde dos seres humanos que buscam essas instituições, necessitados de cuidados e apoio (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO..., 2001).

Há décadas o cenário hospitalar, em todos os seus aspectos, tais como atendimento, pontualidade, serviços, ética, respeito e estrutura física, tem merecido um constante descrédito da população necessitada dos serviços de saúde. Tal constatação trouxe preocupação aos gestores hospitalares, tanto da esfera pública quanto privada, por se somarem aos graves problemas advindos do déficit financeiro, da insuficiência de pessoal especializado para contratação, da falta de leitos, das péssimas condições de higiene e de estrutura física, presentes na maioria dos hospitais brasileiros.

Uma vez que um hospital é, também, uma organização, uma empresa que precisa ser bem gerenciada para que obtenha os resultados adequados, há que considerá-lo, “uma soma de pessoas, máquinas, recursos financeiros e outros” (MAXIMIANO, 1992), ou seja,

uma combinação de esforços individuais que tem por finalidade realizar propósitos coletivos. Por meio de uma organização, torna-se possível perseguir e alcançar objetivos que seriam inatingíveis para uma pessoa. Uma grande empresa ou uma pequena oficina, um laboratório ou o corpo de bombeiros, um hospital ou uma escola são todos exemplos de organizações (MAXIMIANO, 1992).

Chinelato (2004, p. 3) afirma que elas não são estáticas, uma vez que são formadas por pessoas. E que também possuem duas realidades: a interna e a externa. Sendo assim, para sobreviver, as organizações precisam se readaptar

continuamente. Neste sentido, trabalhar em grupo contribui para multiplicar ideias e alcançar resultados, numa atuação simultânea de forças geradora da necessária sinergia que levará ao sucesso dos objetivos propostos.

Lucena (1992) apresenta a mesma linha de pensamento, ao afirmar que a força de trabalho deve estar apta a promover as mudanças no ambiente organizacional, o que requer esforço permanente de readaptação e de assimilação de novos conhecimentos. Por isso, são maiores as exigências de qualificação pessoal para assumir desafios, novas responsabilidades e riscos, e ainda, de flexibilidade para conviver com a instabilidade do mercado. O fator humano, nesta esfera, é tido como fundamental para a realização do empreendimento empresarial.

Como as pessoas são o núcleo constituinte das organizações, um dos desafios da obtenção e manutenção da qualidade nos serviços hospitalares consiste em tratar a individualidade e gerenciá-la em ambientes marcados pela diversidade, e que se transformam a todo o momento. É então que a estratégia surge como meio de gerenciamento (LUCENA, 1992).

O conceito de estratégia tem sua origem na área militar, apresenta várias abordagens, e está sempre em permanente evolução. De forma mais ampla, o conceito de estratégia pode englobar objetivos, metas e planos. Consiste em um plano que faz parte das mais importantes metas, políticas e ordens de ação de uma empresa, conforme os precedentes. A estratégia coordena recursos para uma postura exclusiva, com base na análise de suas competências e deficiências, bem como nas mudanças no ambiente externo (MINTZBERG; QUINN, 2001).

Evoluindo no tempo, atualmente, o perfil desejável do ambiente hospitalar é aquele focado na permanente melhoria da qualidade de gestão e assistência, buscando a integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica e assistencial. Neste sentido, dentro de uma visão estratégica focada na eficácia de atendimento, as organizações hospitalares têm procurado atuar pautando-se na eficiência organizacional, utilizando abordagens e ferramentas tais como qualidade nos processos, planejamento estratégico, gestão de pessoas e processos, e sistemas de informação e de gestão com foco em custos setoriais (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS..., 2009).

Tais ferramentas de qualidade podem e devem ser implementadas, concomitantemente, pelos profissionais de saúde, auxiliando os gestores da

empresa a apurar resultados, avaliar situações críticas e de sucesso, com o objetivo de desenvolver novas ações para corrigir resultados ruins ou replicar boas práticas. Desta forma, para atender às expectativas do usuário, considerando as empresas e seus prestadores, as organizações hospitalares também têm investido em *Programas de Certificações*, garantindo ações padronizadas e planejadas de atendimento.

Segundo Chrisio (2008), nos últimos tempos tem-se verificado um interesse crescente na certificação de serviços de saúde. Tema relativamente novo para a maioria dessas instituições e para muitos dos seus gestores, apesar de constituir uma necessidade absolutamente requerida e identificada, e não mais um modismo, vem sendo valorizado, principalmente, pelo resultado gerado, a saber: melhor sistematização interna, maior disciplina nos processos, maior confiança do usuário, entidade pagadora e colaboradores, e menores custos e reclamações.

Quando se fala em qualidade de serviços de saúde, consideram-se os aspectos intrínsecos e extrínsecos do serviço e características como resolubilidade, intangibilidade, variabilidade, prontidão, dentre outras. Por meio de uma avaliação obtém-se um mapeamento do que é percebido pelo usuário em termos de valor, que se torna uma ferramenta de gerenciamento da qualidade da atenção a ele dispensada.

Assim, dentre os pilares de sustentação de uma empresa de qualquer segmento, a qualidade desponta como item de crucial relevância. No entanto, implementá-la, de forma eficaz, requer mudanças e modificações na cultura organizacional, gerando, portanto, a necessidade de reavaliação de hábitos e procedimentos desde o nível operacional. É visando este viés temático que, neste estudo, também será abordada a importância das ferramentas de qualidade.

Neste sentido, serão focados alguns conceitos e definições das ferramentas de qualidade, das técnicas e das atividades operacionais que visam atender aos requisitos de qualidade nas organizações, a partir da utilização de planejamento, controle e processos sistemáticos. Para tal, serão apresentados conceitos de qualidade que diferenciam a qualidade técnica em serviços da qualidade do atendimento ao cliente e dos serviços a ele prestados.

A proposta é tangenciar o que vem a ser a gestão de pessoas de uma organização e sua importância para alcançar o sucesso organizacional, repercutindo alguns conceitos visando a melhoria do desempenho humano nas

organizações. Será abordada, ainda, a necessidade constante de se contar com gestores capacitados e qualificados para garantir a aplicabilidade eficaz das ferramentas de gestão e administração, para alcançar a melhoria da qualidade do ambiente hospitalar.

Desta forma, a qualidade é apresentada como um elemento motivador da melhoria da assistência hospitalar, ressaltando-se que os processos de sua gestão, como por exemplo a NBR ISO 9001:2008 e a Acreditação, são ferramentas que envolvem os recursos humanos da organização, de forma a culminar na aperfeiçoamento contínuo dos procedimentos, para se obter melhores resultados.

Por fim, será abordada a qualidade dos serviços prestados pelos hospitais certificados, tanto na percepção dos gestores quanto na percepção dos pacientes, com base nos dados e informações obtidos na pesquisa realizada nos seguintes hospitais: Hospital Felício Rocho e Hospital Arnaldo Gavazza Filho. Um estudo de campo que teve como premissa básica a qualidade dos serviços hospitalares, a partir de duas vertentes: a eficiência dos gestores e a satisfação dos clientes, de forma a responder o problema de pesquisa: *como mensurar a importância da inter-relação gestor “versus” cliente, visando o alcance da excelência em resultados?*

1.1 Objetivos

Para responder à questão formulada, mister se faz a consideração de todos fatores envolvidos no âmbito desta inter-relação, tanto na esfera dos recursos humanos como na esfera administrativa das ferramentas de gestão de qualidade, considerando-se, ainda, a fidelização de clientes no plano do desenvolvimento dos processos de sua certificação.

1.1.1 Objetivo Geral

Mensurar a importância da inter-relação gestor / cliente para o alcance da excelência em resultados.

1.1.2 Objetivos específicos

- . Avaliar o nível de satisfação com a prestação de serviços ofertada por hospitais certificados percebidos pelo cliente;
- . analisar os resultados alcançados, atestando a eficiência dos gestores e a satisfação dos clientes;
- . identificar os fatores percebidos pelos pacientes e gestores de qualidade na prestação de serviços em hospitais certificados.

1.2 Justificativa

Cada hospital introduz adaptações no seu sistema administrativo, mas tal sistema se compõe, basicamente, dos setores de atendimento ao cliente como recepção, telefonia, internação, ouvidoria e outros. Também o integram os setores de apoio: higienização hospitalar, lavanderia, rouparia, manutenção e alguns outros, dependendo da estrutura do hospital. Para Channe (2006), o conceito de “hoteleria hospitalar” tem fundamento no de “hoteleria clássica”, por se pautar na “excelência no atendimento, busca da qualidade e humanismo”.

Um cliente insatisfeito faz referências negativas ao serviço prestado, gerando um conceito negativo da empresa e, conseqüentemente, inibindo a fidelização. Fidelizar é necessário em qualquer negócio, mas no ramo hospitalar tem-se diferenciações. Uma delas refere-se ao fato de que alguns tratamentos são finalizados e outros não, porém todos os momentos que os clientes permanecem dentro do hospital serão lembrados (CHANNE, 2006).

No Brasil, não é raro notícias da incapacidade dos hospitais públicos de atender satisfatoriamente a população. Essa incapacidade pode ser decorrente de problemas políticos e macroeconômicos, o que não exime a administração dos hospitais de procurar oferecer serviços de qualidade e gerir os recursos de forma eficiente. Isso significa que a otimização de recursos dentro dos hospitais, assim como o aprimoramento de processos, realização de investimentos e outras medidas podem ser uma forma de melhoria no serviço prestado ao público e nas contas prestadas ao governo. A grande maioria da população depende do setor de saúde pública, o que exige valores consideráveis de recursos aplicados no seu

orçamento, que devem ser administrados com responsabilidade, ou seja, na busca de resultados satisfatórios (SILVA *et al.*, 2008).

O contato direto com o hospital nas consultas médicas e nas hospitalizações e o contato indireto pela realização de exames e diagnósticos representam a utilização dos serviços de saúde pelo cliente e o funcionamento desses serviços a ele prestados. Tal processo resulta do comportamento do indivíduo na sua busca por cuidados médicos profissionais. Como o primeiro contato é de caráter pessoal, os profissionais da saúde são os principais responsáveis pela continuidade do processo, no que tange a solucionar os problemas de saúde do paciente.

Incoerentemente, o setor de saúde no Brasil vem sendo marcado por custos crescentes na assistência concomitante à queda de qualidade dos serviços e a restrições crescentes no acesso da população a esses serviços (ARAÚJO, 2007). Segundo dados da Organização Mundial de Saúde – OMS, o governo brasileiro gasta por ano US\$ 280 *per capita* em saúde pública. Um relatório da Federação das Indústrias do Rio de Janeiro – FIRJAN e Inter-American Foundation – IAF, entidades que compõem o Sistema FIRJAN/IAF, apresentando o gasto com saúde das 60 maiores nações do mundo, atesta que o Brasil ocupa a 35ª posição, o que revela um alto *deficit* em investimentos no setor (FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DO RIO... 2006).

Conforme demonstrado no Quadro 1, constata-se que os gestores hospitalares gastam cada vez mais com insumos e serviços de diagnóstico, ambos onerosos não só por suas características técnicas e alta tecnologia envolvida nos processos, como, também, por utilizarem equipamentos importados ou por serem eles próprios, em sua grande maioria, produtos importados de alto custo.

QUADRO 1
Distribuição do gasto por natureza da receita

NATUREZA DA RECEITA	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Diárias e Taxas	31,7%	33,1%	30,3%	29,4%	28,0%	24,5%
Insumos Hospitalares	44,9%	46,4%	48,6%	50,9%	48,5%	51,5%
Sadt	12,0%	11,1%	12,6%	11,6%	11,2%	14,1%
Outras/Serviços	3,0%	2,9%	2,5%	3,2%	340,0%	4,5%
Outras/Operadoras	8,5%	6,6%	6,0%	4,8%	8,9%	5,5%

Fonte: SINHA/ANAHP, 2011.

Desta forma, os serviços de saúde apresentam muitas fontes de ineficiência e problemas não só de qualidade, que constituem um verdadeiro desafio para os gestores deste setor de prestação de serviços (FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DO RIO... 2006).

Pesquisa realizada no Brasil, em 2012, mostrou que 311 instituições possuíam certificado da Organização Nacional de Acreditação Hospitalar – ONA, dos quais 10% eram membros da Associação Nacional de Hospitais Privados – ANAPH. Segundo os dados levantados, as Instituições privadas e lucrativas são as que mais investem neste tipo de certificação, sendo muitas delas possuidoras de acreditação internacional. Atualmente, as capitais brasileiras têm investido no Turismo Saúde, que é o fornecimento de assistência médica hospitalar a estrangeiros. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2011), tal mercado representa US 60 bilhões ao ano no mundo e no Brasil, que, por sua vez, dispõe de profissionais renomados e hospitais bem estruturados e possuidores de certificações internacionais para receber pacientes do exterior.

A escolha do tema proposto deve-se, pois, à necessidade de se aprofundar na temática da gestão a ser implantada e dos processos a serem definidos pelas instituições hospitalares, para planejar meios de garantir um atendimento de qualidade e um relacionamento saudável entre hospital e o paciente.

Com a implantação e a padronização de processos de gestão, é possível mensurar a qualidade dos serviços prestados, utilizando indicadores de desempenho. Para tanto, delimita-se este estudo à abordagem da necessidade

das instituições hospitalares de atuar com mais eficiência, eficácia e efetividade, visando prestar um serviço de saúde de qualidade.

Neste contexto, faz-se necessário o uso de estratégias de gestão focadas nas necessidades do usuário, no intuito de não somente atendê-lo, mas de ir além de suas expectativas. Ser competitivo é ser eficiente em termos de entrega de valor para o cliente. Mas como entregar-lhe valor, se não se conhece as suas expectativas? Como buscar a melhoria contínua dos serviços, se não se sabe onde tem que melhorar?

A discussão do que possa ser cliente é ampla neste ramo de negócio. Segundo Churchill e Peter (2003), o cliente é aquele que se beneficia dos serviços e/ou produtos oferecidos por uma empresa. No presente estudo, focado no setor hospitalar, considera-se cliente o próprio paciente, ou seja, a pessoa que se submete a um tratamento por doença ou agressão, beneficiando-se, de alguma forma, dos serviços da instituição. Assim, pretende-se, primeiramente, obter parâmetros para avaliar como os pacientes dos hospitais acreditados perceberam a qualidade dos serviços prestados, e se a implantação através das certificações de qualidade pelas Normas ISO 9000 e ONA geram, de fato, melhoria no atendimento.

Para alcançar um alto nível de qualidade, é fundamental que os hospitais implementem uma parceria com seus colaboradores (médicos, diretores e colaboradores), visando uma mudança de cultura e comportamento, que lhes permita responder, com ética e responsabilidade, aos anseios dos pacientes internados. Outros fatores como a gestão e readequação das atividades administrativas, financeiras e de planejamento operacional e estratégico devem ser priorizados, para alavancar o crescimento socioeconômico do hospital e, conseqüentemente, favorecer um atendimento de qualidade baseado na humanização.

Segundo informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, os usuários de planos de saúde somam mais de 42 milhões de pessoas. Em 2009, o setor movimentou uma receita de mais de R\$ 62 bilhões. Partindo-se dessas informações, é possível observar a necessidade de se criar ferramentas de avaliação do setor, que possibilitem medir a produção desses serviços de saúde, bem como estabelecer metas a serem alcançadas (ARAÚJO, 2007)

De acordo com Balestrin (2011), uma das maiores riquezas dos hospitais é a sua capacidade de atender para as mudanças verificadas no mercado de consumo, influenciando diretamente as necessidades cotidianas dos clientes, o que interfere, de forma positiva, no desenvolvimento de estratégias de atendimento hospitalar que visem tais mudanças e, por extensão, que atendam a grande diversidade cultural da clientela, o que significa uma adequação segundo a perspectiva nacional, pois tornando-as aplicáveis a instituições de diferentes regiões do país.

A troca de ideias e experiências entre enfermeiros, médicos, gestores, funcionários e fornecedores de diferentes localidades, constituídas de elementos culturais e institucionais, oferta a chance de se ter, a qualquer momento, diferentes práticas de atendimento que, comparadas entre si, promovem o aperfeiçoamento da atividade hospitalar. Atender de forma qualificada um paciente, médico, colega de trabalho, visitante ou prestador de serviço cria a sensação de se estar dentro de um mundo protegido, propício ao desenvolvimento da atitude de sempre fazer o melhor possível.

Em seu texto publicado na revista da Associação Médica Brasileira – AMB, Bittar (2000) reproduz o descrito no Manual de Acreditação de Hospitais para a América Latina, ao atestar que o desenvolvimento de programas de garantia de qualidade é uma necessidade em termos de eficiência e uma obrigação em termos éticos e morais. Neste sentido, a racionalização da oferta de cuidados visando uma melhora permanente e uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e de ensino e pesquisa, certamente, será benéfica ao paciente e à comunidade.

Assim sendo, com a finalidade de facilitar o desenvolvimento desta questão, não será feita a distinção entre “Certificação e Acreditação”, e sim uma avaliação desses processos que, em ambos os casos, pretende-se completa, na medida em que partam da estrutura para alcançar resultados, levando-se também em conta as influências e as consequências de ações danosas ao meio ambiente. Exemplo disto é o lançamento de dejetos e lixo hospitalar a céu aberto, oferecendo risco de contaminação à comunidade local.

Eis as justificativas para a utilização dos processos de acreditação, segundo Pickering (1992):

- . o impacto dos programas de garantia de qualidade é insignificante sem programas de certificação ou acreditação;
- . a vantagem mais importante do programa de acreditação ou de certificação está no período preparatório (de planejamento) e no período pós-implementação (de avaliação), neste caso, para mensurar a melhoria da assistência hospitalar, por meio de avaliação em equipe, de auto-avaliação e de revisão interna.
- . esses programas obrigam os hospitais a decidir, principalmente, sobre questões que, em geral, não estão dispostos a enfrentar, em especial, a relativa à disciplina dos médicos. O enfoque de que o hospital é o local que esses profissionais utilizam apenas para trabalhar muda para o lugar onde eles também têm responsabilidade organizacional;
- . os referidos programas melhoram o ânimo pessoal e o espírito de cooperação das equipes de trabalho, elevando a satisfação de todos os envolvidos no atendimento, haja vista se sentirem responsáveis por uma assistência médico-hospitalar de alta qualidade aos pacientes; e
- . contribuem para elevar o nível dos debates sobre saúde, políticas públicas de saúde e de atendimento hospitalar, além de difundir conhecimentos sobre a prática clínica e sua administração.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste estudo, que tem como objeto a qualidade em serviços hospitalares certificados no Estado de Minas Gerais, mister se faz o estudo de todos fatores envolvidos no âmbito da inter-relação da eficiência dos gestores com a satisfação dos usuários, tanto na esfera da administração das ferramentas de gestão de qualidade como na esfera da gestão de pessoas aplicada à fidelização de clientes, uma vez que decorre dessa relação de interdependência entre esses elementos organizacionais o imperativo de uma abordagem teórica integrada, que possibilite alcançar o sentido da excelência de resultados.

2.1 Conceito de qualidade

A preocupação com a qualidade é um tema antigo. Por volta de 2.150 a.C, o código de Hamurabi já demonstrava interesse pela durabilidade e funcionalidade das habitações produzidas na época. Se um construtor, por exemplo, vendesse um imóvel que não fosse sólido o suficiente para atender as necessidades dos moradores, e este desabasse, ele seria sacrificado. Já os fenícios, amputavam a mão do fabricante de determinado produto que não fosse produzido segundo as especificações governamentais, ou seja, com perfeição (OLIVEIRA, 2004).

Tem-se, então, desde a Antiguidade, a importância de se produzir produtos e serviços de qualidade, visando o reconhecimento dos clientes. Assim surge o conceito de qualidade, que passa a ser obrigatório em tudo que é produzido com a finalidade de atender as necessidades básicas das pessoas, de forma a lhes garantir segurança e conforto. “Um produto ou serviço de qualidade é aquele que atente perfeitamente, de forma confiável, de forma acessível, de forma segura, e no tempo certo, as necessidades do cliente” (CAMPOS, 2004, p. 2).

A qualidade pretendida pelos dirigentes com vistas a alcançar o público interno e externo, visa tanto o público atual quanto o futuro. Por outro lado, corresponde, também, à conjugação de valores que possam sustentar conceitos criativos a cada etapa do desenvolvimento humano na organização. Este é o

pensamento de Deming¹ (1990 *apud* Souki e Pereira, 2004). Abordando a qualidade dentro de uma visão bastante ampla, Juran (1992² *apud* Souki e Pereira, 2004) a definiu como adequação ao uso, o que quer dizer que a organização terá que adequar sua estrutura às necessidades de mercado.

Todavia, além de significar adequação ao uso, a qualidade é um aglomerado de atributos capazes de tornar um bem ou um serviço eficaz e adequado ao uso para o qual foi criado. Compreender e melhorar a qualidade é de suma importância para a obtenção de sucesso e crescimento. Assim, é importante considerar a disposição da empresa para a mudança de comportamento, respeitando sempre a identidade da organização (MONTGOMERY, 2004).

Neste sentido, Fonseca e Miyake (2006) afirmam que uma das maneiras de as empresas aprimorarem seus níveis da qualidade, consiste no uso apropriado de técnicas e ferramentas. Porém, várias ferramentas da qualidade não estão completamente integradas ao dia-a-dia das empresas. Para os autores, muitas vezes, o uso de tais ferramentas não acarreta o atendimento dos resultados esperados. No entanto, isso não corresponde à ineficácia das ferramentas de qualidade, e sim ao fato de que falta um entendimento acerca delas bem como de sua adequada seleção e aplicação.

Por outro lado, a globalização estimulou um alto grau de competitividade, levando as empresas a buscarem novas ferramentas para atender melhor os clientes e suas necessidades, de forma a conquistá-los pela excelência no atendimento, fornecendo produtos e serviços sob medida. Com isso, as empresas passaram a necessitar, cada vez mais, de aperfeiçoamento e certificações para alcançar qualidade e, conseqüentemente, sucesso. É visando este fim, que algumas ferramentas são usadas como meio de se atingir metas e objetivos (FONSECA; MIYAKE, 2006).

Neste sentido, tem-se que, utilizadas no controle, melhoria e planejamento da qualidade, tais ferramentas possibilitam o levantamento de dados informativos que ajudam a identificar a causa dos problemas e a determinar soluções para sua eliminação. Desta forma, para se atingir as melhorias promotoras da qualidade

¹ DEMING, W. E. *Qualidade: a revolução da administração*. Marques-Saraiva: Rio de Janeiro, 1990.

² JURAN, J. M. A. *qualidade desde o projeto: os novos passos para o planejamento da qualidade em produtos e serviços*. Pioneira: São Paulo, 1992.

dos serviços é fundamental que a administração hospitalar recorra a determinados métodos de gestão.

Para definir *qualidade* Campos (2004) utiliza a denominação *Qualidade Total*, afirmando que qualquer sistema produtivo depende da qualidade total de seus produtos e serviços, sendo esta a razão de interligar qualidade a custo, atendimento, moral e segurança (FIG. 1). Além disso, o autor atesta que a prática do controle da qualidade é que garante a eliminação dos problemas decorrentes do processo de produção e de serviços.

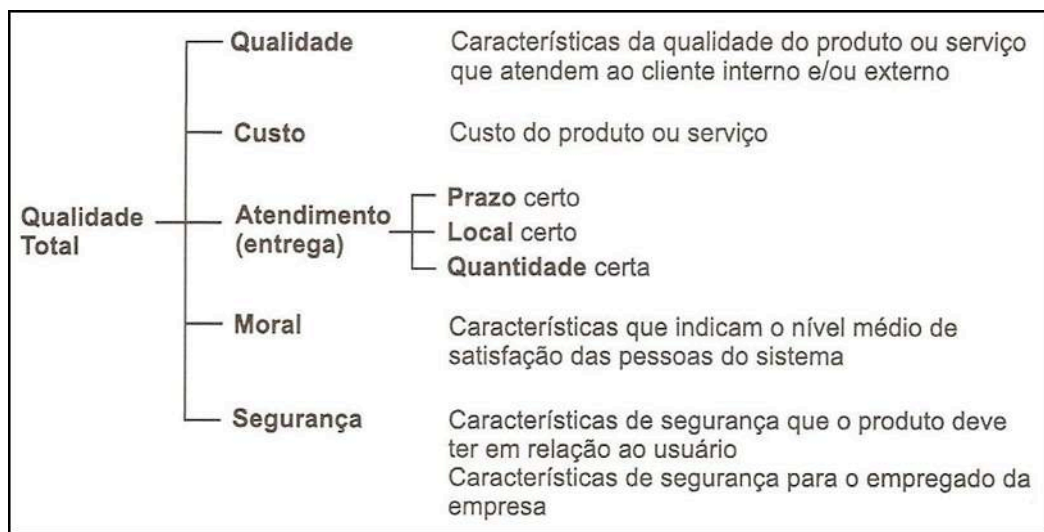


FIGURA 1: Aspectos da qualidade total
Fonte: Campos, 2004, p. 23.

Segundo a Associação Nacional dos Hospitais Privados (2009), a qualidade tem sido considerada um elemento diferenciador no processo de atendimento das expectativas de clientes e usuários dos serviços de saúde. Toda instituição hospitalar, dada a sua missão essencial em favor do ser humano, deve preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência, de tal forma que consiga uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e, se for o caso, das áreas de docência e pesquisa. Tudo isso, tendo como razão e objetivo a adequada atenção ao paciente.

Oliveira (2009) atesta que o gerenciamento da qualidade deve estar interligado a questões estratégicas da empresa. Sendo assim, a *Gestão Estratégica da Qualidade* deve ser fundamentada no potencial dos concorrentes e não em padrões fixos internos, ou seja, não são os padrões internos que

determinam a qualidade de um produto, e sim as exigências do mercado consumidor.

A partir de tais exigências, faz-se necessária a implantação do *Sistema de Gestão da Qualidade* que, conforme Oliveira (2009), garante o comprometimento de todos os envolvidos no objetivo de conquistar a excelência nos produtos e serviços da empresa, possibilitando seu aprimoramento contínuo. Além disso, segundo o autor, há que implantar uma *Política da Qualidade*, a ser regida por um documento explicitando o compromisso da alta administração com a qualidade dos processos, e que servirá como guia para as ações gerenciais, técnicas e operacionais.

Conforme abordado, os serviços oferecidos por uma empresa devem ser cuidadosamente planejados e, acima de tudo, realizados com qualidade. Um serviço bem feito gera satisfação nos clientes, que voltam a comprá-lo ou o indicam a outras pessoas de seu relacionamento. Com isso, crescem a demanda e os lucros (LAS CASAS, 2007).

De acordo com Fitzsimmons e Fitzsimmons (2005) e Grönroos (2003), a qualidade dos serviços é percebida pelo cliente, quando este participa do processo da prestação. Para tanto se faz necessário entender o que o cliente procura e como avalia o serviço.

Grönroos (2003) afirma que os consumidores escolhem prestadores de serviços comparando suas percepções do serviço recebido com o esperado, o que denomina de “qualidade de serviço percebida”. A qualidade é percebida quando os serviços recebidos (ou experimentados) atendem às expectativas dos clientes. Nesses termos, o autor argumenta que “qualidade é o que os clientes percebem”.

Neste sentido, segundo Fitzsimmons e Fitzsimmons (2005), a satisfação do cliente com a qualidade do serviço pode ser definida pela comparação da percepção do serviço prestado com as expectativas do serviço desejado.

O grau de satisfação do cliente, portanto, por estar diretamente ligado à fidelidade e retenção e, por conseguinte, à lucratividade da organização, tem papel essencial na gestão de serviços (CORRÊA; CAON, 2009).

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1999) atribuem à qualidade de serviços a discrepância que existe entre as expectativas e as percepções dos clientes sobre um serviço experimentado. A chave para assegurar uma boa qualidade de serviço

é obtida quando as percepções dos clientes excedem suas expectativas. Porém, não basta compreender a importância de se fornecer serviços com excelente qualidade, é preciso que haja um processo contínuo de monitoração das percepções dos clientes sobre a qualidade do serviço, pela identificação das causas das discrepâncias encontradas e adoção de mecanismos adequados.

Kotler e Armstrong (1993) acrescentam que, devido ao caráter intangível dos serviços (não se pode experimentá-los antes da compra), os consumidores procuram constantemente por sinais de sua qualidade, tirando conclusões a partir de tudo que puderem observar. Isso inclui as instalações, os equipamentos, as pessoas, o preço, o lugar, enfim, quem proporciona os serviços e como, onde e quando são proporcionados.

Em vista disso, as empresas prestadoras de serviços bem sucedidas focam sua atenção tanto em seus clientes quanto em seus empregados, por entenderem como funciona a cadeia de valor dos serviços que liga os lucros da prestadora de serviços à satisfação do empregado e do cliente (KOTLER; ARMSTRONG, 2003). Para os autores, trata-se de uma cadeia constituída por cinco elos:

- . *Qualidade do serviço interno* – seleção e treinamento de qualidade superior, ambiente de trabalho de alta qualidade e forte apoio àqueles que trabalham diretamente com o cliente, o que resulta em empregados contentes e produtivos.
- . *Empregados contentes e produtivos* – funcionários mais contentes, leais e trabalhadores resultam em serviço de maior valor.
- . *Serviço de maior valor* – criação e entrega de valor e de serviço mais efetivo e eficiente ao cliente, o que resulta em clientes fieis e satisfeitos.
- . *Clientes fieis e satisfeitos* – usuários que optam pela fidelidade à empresa, comprando regularmente e passando referências positivas ao seu grupo de relacionamento, o que resulta em crescimento da lucratividade do serviço.
- . *Crescimento da lucratividade do serviço* – desempenho superior entre os prestadores daqueles serviços.

Desta forma, as empresas deste setor devem garantir que, a cada atividade conformadora do serviço prestado, os clientes recebam um atendimento

de alta qualidade. Contudo, essa qualidade será sempre variável dependendo da interação funcionário/cliente (KOTLER; ARMSTRONG, 2003).

Uma vez que o processo de percepção do consumidor pela qualidade dos serviços segue padrões especiais, vender serviços e diferenciar seu fornecimento requer soluções especiais de Marketing. Kotler e Armstrong (2003) ressaltam a importância do marketing interativo nos serviços e explicam que a qualidade de serviço percebida depende enormemente do momento da interação comprador/vendedor.

Neste contexto, Grönroos (2003) resalta que um prestador de serviços que tem como estratégia ser o melhor do mercado e atender a clientes que exijam excelente serviço, deve primeiro criar essa expectativa nos seus clientes potenciais e, em segundo lugar, prover uma qualidade de serviço que seja percebida como excelente.

Para o autor, os clientes não compram bens e serviços. Eles compram os benefícios que os bens e serviços lhes proporcionam. Compram ofertas que consistem em bens, serviços, informações, atenção pessoal e outros componentes. Tais ofertas lhes prestam serviços, e é exatamente este serviço embutido na oferta e percebido por eles que cria valor. Neste sentido este autor sentencia que o valor é criado nos processos de geração de valor pelo cliente, quando clientes individuais ou usuários empresariais fazem uso da solução ou do pacote que compraram (GRÖNROOS, 2003).

Ainda segundo o autor, certos momentos do processo de atendimento podem ser considerados verdadeiras oportunidades de fidelização, por darem espaço ao prestador para demonstrar ao cliente a qualidade de seus serviços. É quando o cliente sente o serviço acontecendo. Esses momentos impactarão na percepção do cliente em relação à qualidade dos serviços prestados (GRÖNROOS, 1993).

Dada a importância de se criar expectativas no cliente para a sua avaliação da qualidade do serviço que irá comprar, é útil que o fornecedor do serviço analise como essas expectativas são formadas, de forma que possa avaliar o poder de sua atuação neste importante componente da avaliação feita pelo cliente e, conseqüentemente, de seu poder de competitividade (GIANESI; CORRÊA, 1994).

Em operações de serviços o cliente tem papel especialmente importante, o que normalmente não ocorre em manufatura, uma vez que tem poder de influenciar no processo da prestação, pelo simples motivo de fazer parte do mesmo. Isso faz com que sua atuação possa influenciar sua própria percepção de qualidade do serviço prestado (GIANESI; CORRÊA, 1994). Segundo Lovelock e Wright (2002): “Alguns serviços envolvem uma relação formal na qual cada cliente é conhecido pela organização e todas as transações são registradas e cadastradas individualmente”.

Neste caso, Lovelock e Wright (2002) enfatizam que em determinadas empresas ocorrem contatos diretos com o cliente, que é conhecido da organização onde é realizada a coleta de seus dados cadastrais. Além disso, as expectativas dos clientes envolvem diferentes elementos, incluindo serviço desejado, serviço adequado, serviço previsto e uma zona de tolerância que se estende entre os níveis de serviço desejado e adequado:

- . *serviço desejado* – nível ansiado de qualidade do serviço que um cliente acredita que possa e deva ser entregue ou realizado.
- . *serviço adequado* – nível mínimo de qualidade do serviço que um cliente aceitará sem ficar insatisfeito.
- . *serviço previsto* – grau de qualidade do serviço que um cliente acredita que uma empresa de fato entregará.
- . *zona de tolerância* – grau de variação na entrega do serviço que os clientes estão dispostos a aceitar.

Dadas as colocações de Lovelock e Wright (2002) e de Gianesi e Corrêa (1994), tem-se que os clientes esperam um retorno satisfatório em relação aos serviços prestados, gerando uma expectativa.

Em vista disso, o cliente deve ser tratado com respeito e dedicação, até porque, segundo Zulke³ (1991 *apud* Rangel, 1994, p. 26), as pessoas contam suas experiências ruins para muitas outras, enquanto que as experiências positivas são contadas para poucas. Desta forma, a empresa precisa se preocupar com o serviço prestado no seu dia-a-dia, pois, afinal, os aspectos negativos são divulgados de forma ainda mais rápida que os positivos, o que reforça a necessidade de se planejar os procedimentos para satisfazer os

³ ZÜLKE, M. L. *Abrindo a empresa para o consumidor*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1991.

clientes, de forma a repercutir o princípio de que cabe à empresa ser a solução para o cliente e não um problema. Neste sentido, há que considerar que a globalização da economia gerou clientes cada vez mais exigentes tanto com a qualidade dos produtos e serviços como com a rapidez no atendimento.

Segundo Chrisio (2008), é missão de toda empresa fornecer serviços e produtos que satisfaçam as necessidades dos clientes. Os serviços de saúde não fogem à regra. Assim, para responder a tal finalidade a organização hospitalar deve entender e identificar tais necessidades e integrá-las ao perfil do serviço prestado. Para que isso ocorra, é necessária a articulação das várias funções da organização, de forma a assegurar que o serviço prestado esteja em conformidade com as especificações, critérios e padrões pré-definidos, sendo fundamental a identificação de desvios e o emprego de ações de combate, no sentido de se evitar recorrências. Sobressai, então, o entendimento de que a sistematização do processo da qualidade em serviços de saúde pode trazer inúmeros benefícios, dentre outros, menos reclamações de clientes, maior disciplina dos processos, melhor sistematização interna, maior confiança nos gestores e clientes, menos falhas e erros, melhor diálogo com clientes e fornecedores, melhor segurança assistencial, menores possibilidades de ocorrência de eventos adversos, menores variações na assistência ao cliente e, por último, maior transparência nas decisões.

Porter (1989) também considera que, para proporcionar serviços de qualidade, as organizações de saúde precisam adequá-los às necessidades e desejos do cliente, ou seja, precisam criar valor. Neste caso, o grande desafio é identificar o que o cliente realmente busca quando procura um serviço, e conseguir estabelecer o que, no seu entendimento, representa valor. Torna-se, portanto, fundamental descobrir esse valor e associá-lo aos serviços oferecidos. Dessa forma, percebendo-o no serviço, o consumidor tende a repetir o consumo, o que pode levar à fidelidade, aumentando a demanda pelo produto ou serviço.

Segundo Grönroos (2003), muito frequentemente a qualidade é citada como uma meta interna, sem nenhuma referência explícita ao significado que se pretende para qualidade de serviço. Falar sobre melhor qualidade sem defini-la, sem esclarecer como é percebida por clientes e como pode ser melhorada e aprimorada, tem valor limitado.

O autor enfatiza a necessidade da criação de programas de qualidade em prestação de serviços para satisfazer o cliente. Para tal, é necessário compreender as diferenças entre produtos e serviços. Produtos são físicos, tangíveis e produzidos, sendo que sua medição de qualidade é realizada através de testes internos e com uso de equipamentos. No caso de serviços, que são intangíveis e prestados por pessoas, o controle é feito em testes internos, via treinamento das pessoas envolvidas. Na qualidade em serviços é fundamental compreender a satisfação do cliente e medi-la constantemente.

De acordo com Parasuraman, Zeithaml e Servqual (1999), a empresa deve praticar a melhor prestação de serviço ao cliente. Para que isso seja possível, recomendam:

- . *ouvir* – o aperfeiçoamento do serviço ocorre em decorrência do aprendizado contínuo das expectativas e das percepções dos clientes. A qualidade é definida pelo cliente;
- . *confiar* – é um dos principais atributos de um serviço. Se o cliente não confiar no prestador de serviços, os outros aspectos podem perder a importância;
- . *prestar o serviço* – os clientes querem serviços e não promessas ou fantasias. O administrador deve prestar o serviço que promete prestar;
- . *criar projetos* – os serviços devem ser projetados como um sistema, e qualquer falha nele detectada deve ser corrigida. A identificação da etapa do processo que está causando o problema é de extrema relevância;
- . *recuperar a confiança* – as empresas devem resolver as falhas ou reclamações dos clientes imediatamente. Caso contrário, estarão criando clientes insatisfeitos;
- . *surpreender* – todos querem receber tratamento justo. Assim, qualquer falha nesse aspecto gerará insatisfação para a clientela. Todo cuidado deve existir para evitá-la;
- . *fazer justiça* – as empresas prestadoras de serviços devem tratar os clientes de forma justa, e todo esforço deve ser feito para que a equipe de atendimento pratique essa filosofia. A falha de apenas um elemento pode estragar todo o esforço organizacional;

- . *trabalhar em equipe* – toda a organização prestadora dos serviços deve estar envolvida no processo, e com o mesmo comprometimento que leva suas equipes de atendimento ao sucesso;
- . *pesquisar funcionários* – costuma-se pesquisar clientes, mas dificilmente se pesquisa funcionários, a fim de avaliar os níveis de sua satisfação;
- . *aplicar endomarketing* – é importante, para que se tenha funcionários motivados, e tal processo começa com o atendimento às necessidades e desejos dos clientes internos;
- . *liderar servidores* – o estilo de liderança também é importante para o alcance de bons resultados. Isso vale tanto em nível interno, dos administradores com seus funcionários, como externo, dos prestadores de serviços com seus clientes.

Tais recomendações devem ser usadas para melhorar os serviços de forma constante, cabendo ao administrador, no entanto, fazer avaliações periódicas de seu trabalho, a fim de corrigir falhas, para alcançar melhores resultados (PARASURAMAN; ZEITHAML; SERVQUAL, 1999).

2.2 Gestão da Qualidade

Segundo Corrêa e Caon (2009), uma correta gestão de qualidade dos serviços será responsável pela produção de um pacote de valor que gere níveis de satisfação que garantam a fidelização do cliente.

Um cliente fiel será um agente de marketing da empresa, atuando via propaganda boca a boca, ao divulgar sua satisfação no seu círculo de influência, contribuindo para a conquista de novos clientes. Conseqüentemente, com o aumento do número de clientes e a expansão da participação da empresa no mercado pela oferta de serviços diferenciados, pode-se comandar preços mais altos pelos serviços. Observa-se, nesse processo, que a qualidade está ligada à lucratividade por ambos os lados: pelo mercado e pelos custos (CORRÊA; CAON, 2009).

Já um cliente insatisfeito faz referências negativas ao serviço prestado, com ou sem razão para tal. Fidelizar é necessário em qualquer negócio, mas nos ambientes hospitalares tem-se diferenciações. Alguns tratamentos serão finalizados e outros não, porém, todos os momentos que os clientes de saúde permanecerem dentro da instituição serão lembrados (CHANNE, 2006).

Assim, qualidade em serviços está ligada à satisfação. Um cliente satisfeito com o prestador de serviços está percebendo o serviço como de qualidade. E isso acontece em qualquer situação em que possa ocorrer essa satisfação, como a solução de um problema, o atendimento de uma necessidade ou de qualquer outra expectativa (LAS CASAS, 2007).

Entende-se por satisfação, o sentimento do cliente de que as suas necessidades ou os seus objetivos foram atendidos pelo fornecedor de serviços, ou seja, o consumidor obteve o que procurava e de maneira prazerosa. Embora pareça simples satisfazer o cliente, bastando dar a ele o que ele deseja, verifica-se que “as organizações de serviços muitas vezes falham em satisfazer seus clientes não porque os serviços prestados sejam intrinsecamente ruins, mas por serem inadequados, ou seja, por eles, simplesmente, não corresponderem ao desejado pelo cliente” (LOBOS, 1993). Neste sentido, frequentemente, o cliente fica insatisfeito porque não recebeu de seus fornecedores o que desejava. Mas o que o cliente realmente quer? Segundo Las Casas (1999), o cliente considera que a “empresa deve satisfazer necessidades, resolver problemas e fornecer benefícios”. Ou seja, ele quer ser bem atendido, receber exatamente a mercadoria ou serviço de que necessita, e contar com segurança para efetuar suas compras.

Kotler e Armstrong (2000) define satisfação como o sentimento de prazer ou de desapontamento resultante da comparação do desempenho esperado pelo produto (ou resultado) com as expectativas da pessoa. Se o desempenho ficar longe das expectativas, o consumidor ficará insatisfeito. Se o desempenho atender às expectativas, o consumidor ficará satisfeito, e se excedê-las ficará altamente satisfeito ou encantado. Muitas empresas visam à alta satisfação, porque os consumidores que estiverem apenas satisfeitos estarão dispostos a mudar quando surgir uma oferta melhor. Por outro lado, os clientes plenamente satisfeitos tendem a estar menos dispostos a mudar. A elevada satisfação ou o

encantamento cria uma afinidade emocional com a marca e não apenas uma preferência racional, resultando em lealdade por parte do consumidor.

Oliver (1997) argumenta que a qualidade de serviço está associada ao seu julgamento segundo as cinco dimensões da Escala Servqual GAP (*Service Quality Gap Analysis*) – metodologia criada para medir as percepções dos clientes acerca da qualidade em serviços, proposta por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), pela qual a qualidade de serviços pode ser entendida como sendo o quanto da expectativa do cliente é satisfeita pelos serviços oferecidos. A discrepância entre as expectativas do cliente antes de obter o serviço e a sua percepção após sua obtenção é denominada *Gap*.

Segundo o modelo e a metodologia, a satisfação pode associar-se a qualquer dimensão, relativa ou não à qualidade, como por exemplo, ao preço. Além disso, segundo Oliver (1997), as expectativas de qualidade baseiam-se em ideais ou percepções de excelência, e não requerem, necessariamente, uma experiência com a utilização de um serviço. A satisfação, por outro lado, baseia-se na experiência. O cliente efetua uma compra com uma determinada expectativa de qualidade de serviço, sendo essa formada por experiências prévias, recomendações pessoais ou pela comunicação da empresa. Após a compra ou o consumo do serviço, o cliente pode comparar a qualidade real com a esperada. É nesse momento que pode ser percebida a discrepância ou a defasagem do serviço, que é a diferença entre o desempenho real do fornecedor e a expectativa do consumidor (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985).

No entanto para gerar satisfação e tornar uma prestação de serviços de qualidade, o administrador deverá tomar certas precauções. Em primeiro lugar, precisará administrar as expectativas. Um cliente cria expectativas baseado nas promessas feitas pelos vendedores de serviços, nas experiências passadas com a empresa ou concorrentes ou, até mesmo, nos comentários de outras pessoas. Tais expectativas constituem a essência de sua satisfação (LAS CASAS, 2007).

Conforme demonstrado na Figura 2, a qualidade de serviços constitui um importante diferencial e, por isso, deve ser constantemente avaliada e reavaliada com os funcionários, como, também, de forma externa, com os clientes. É importante salientar que a qualidade possui um ciclo de desenvolvimento organizacional.

Figura 1: Modelo Gap de Qualidade dos Serviços (PARASURAMAN et al. 1985).

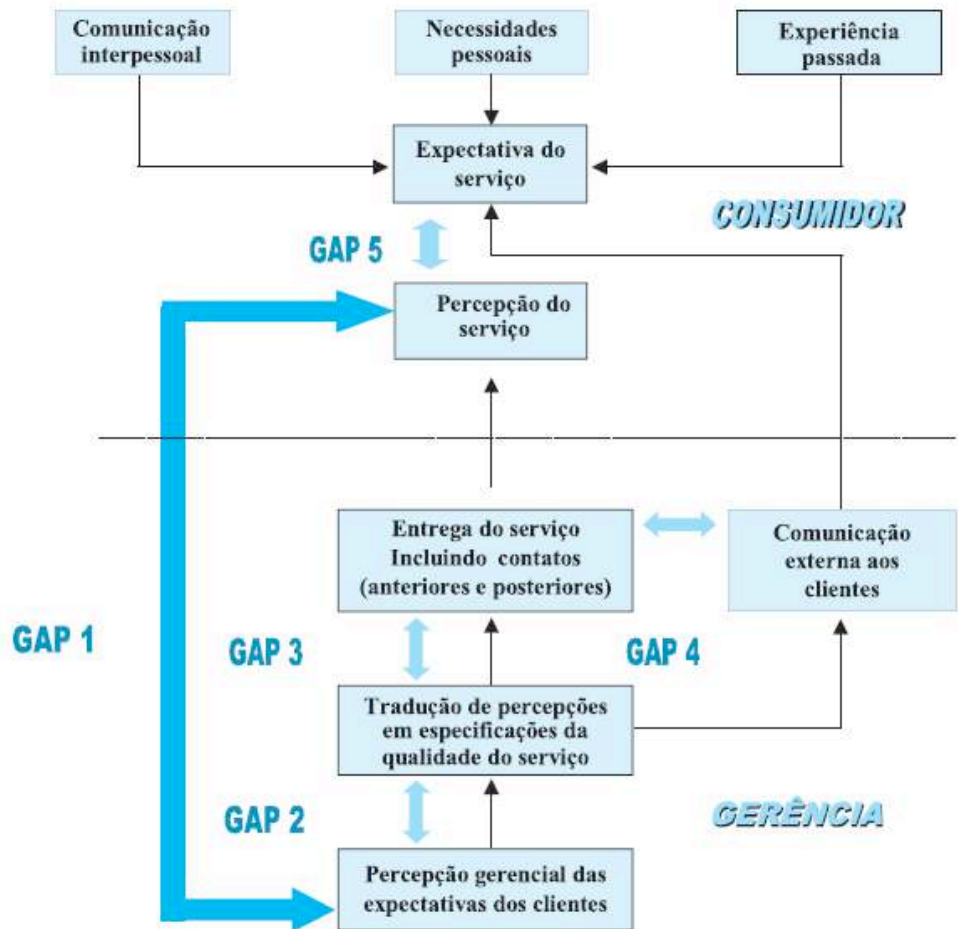


FIGURA 2 – Modelo GAP de qualidade dos serviços
Fonte: PARASURAMAN et al., 1985.⁴

Dentre os pilares de sustentação de uma empresa, a qualidade desponta como item de crucial relevância. No entanto, implementá-la de forma eficaz em uma empresa requer mudanças e modificações em sua cultura, gerando, portanto, a necessidade de reavaliação de hábitos e procedimentos desde o nível operacional até o mais alto do seu organograma.

Outro item a ser considerado pela empresa, além da qualidade, é a satisfação do cliente com a prestação do serviço. É se mantendo fiel a essa satisfação, que a empresa conquista a fidelidade do cliente à sua marca.

De acordo com Oliver (1999), fidelidade é um profundo comprometimento para recomprar ou manter-se cliente de um serviço no futuro, de forma

⁴ Disponível em: <<http://renatabove.hospedagemdesites.ws/?tag=expectativa-do-cliente>>. Acesso em: 28 fev. 2012.

consistente, apesar das influências situacionais e dos esforços de marketing para causar mudança de comportamento.

Oliver (1999) declara que não há dúvidas de que existe uma relação entre a satisfação e a fidelidade do consumidor, porém, para o autor, também está bastante claro que esta é uma relação assimétrica. Ao mesmo tempo em que consumidores leais, na sua maioria, encontram-se satisfeitos, nem sempre os consumidores satisfeitos tornam-se leais.

Manter clientes leais constitui uma maneira eficaz para reduzir a incerteza e aumentar os lucros. A convivência com hábitos de compra adquiridos por conta de relacionamentos duradouros torna as vendas mais estáveis e previsíveis. O custo incorrido para se manter cativos aqueles consumidores que nutrem sentimento de lealdade ao fornecedor ou prestador de serviços é relativamente pequeno, quando comparado ao esforço alocado na obtenção de novos clientes. Na análise dos fatores que influenciam a propensão do cliente em adquirir e manifestar sentimento de lealdade, até recentemente acreditava-se haver uma relação de dependência direta com a satisfação, ou seja, um cliente reage favoravelmente, exprimindo seu contentamento, com a lealdade ao produto (Gianesi e Corrêa, 1996).

Segundo Berry e Parasuraman (1992), a fidelidade de empregados e clientes é obtida por meio da qualidade. Um serviço que possua alto padrão de qualidade é capaz de proporcionar qualidade à força de venda, estimular a propaganda boca a boca favorável, além de melhorar a percepção de valores do cliente.

Oliver (1999) define fidelidade como o compromisso de recomprar um produto ou serviço preferido mantido consistentemente no futuro, causando repetição do mesmo tipo ou compra do mesmo conjunto de marcas, apesar de influências situacionais e esforços de marketing com potencial para provocar mudança comportamento.

Em se tratando de organizações hospitalares, Alemi e Sullivan (2007) afirmam que, para que estas atuem nesse ambiente cada vez mais complexo e diversificado da prestação de serviços, é necessário que seus gestores busquem ferramentas de gestão que tenham comprovada eficácia no meio empresarial.

Desta forma, o anseio deste aperfeiçoamento e a Medicina ao alcance de todos têm exigido a busca permanente de métodos e processos a serem definidos

em curto prazo, possibilitando um atendimento médico-hospitalar adequado e compatível à população, incluindo-se sua faixa mais carente (ALEMI; SULLIVAN, 2007).

De modo geral, as ferramentas de qualidade implementadas em profundidade e de forma integrada pelos gestores hospitalares são de grande importância para a elevação da competitividade e, conseqüentemente, formam a base do sucesso organizacional. São diversos os métodos que podem ser utilizados, como, por exemplo, o Ciclo PDCA. Para Trivellato (2010), o Ciclo *Plan, Do, Check, Act* – PDCA⁵ é um método de processo de melhoria contínua e possui 4 etapas: *Planejar, Executar, Verificar e Agir*. Segundo o autor, é na etapa *Planejar* que o problema é identificado, suas causas são investigadas, e são propostas e planejadas as soluções. Na etapa *Executar* são preparadas e executadas as tarefas, de acordo com o planejado na etapa anterior. Já na terceira etapa – *Verificar* – são colhidos os dados e o resultado é comparado à meta planejada. Por fim, na última etapa – *Agir* – são realizados os acertos e correções para planejar, novamente, as ações de melhoria, reiniciando, desta forma, todo o ciclo.

Godoy (2009), por sua vez, apresenta algumas definições das ferramentas de qualidade mais utilizadas pelos gestores, na atualidade.

- . *Gráfico de Pareto* – ferramenta da qualidade em forma de gráfico de barras que dispõe a informação de forma a tornar evidente e visual a priorização de temas (FIG. 3).

⁵ Criada por Walter Shewhart na década de 1920, e difundida por Edwards Deming na década de 1950, a sigla PDCA é de origem inglesa.

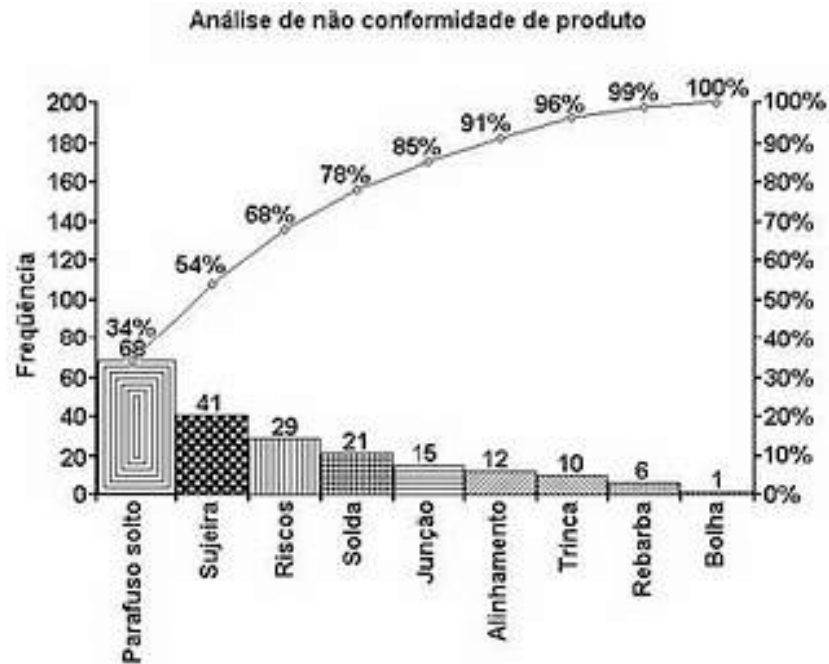


FIGURA 3 – Modelo de Gráfico de Pareto
Fonte: DJAIR, 2008⁶.

Diagrama de Causa e Efeito – técnica japonesa que possui múltiplas funções, sendo utilizada para levantar e identificar as causas dos diversos problemas existentes nos processos, além de fornecer subsídios para analisá-los (FIG. 4).

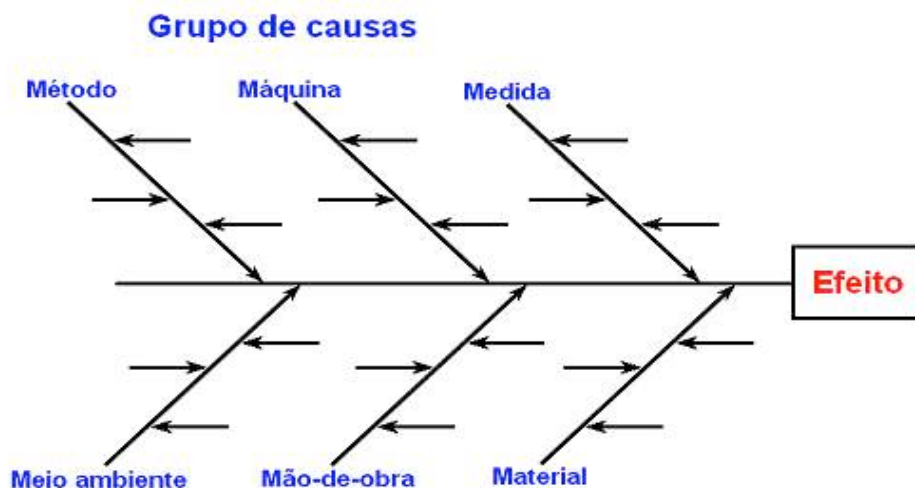


FIGURA 4 – Modelo de Diagrama de Causa e Efeito
Fonte: DJAIR, 2009.⁷

⁶ Disponível em: <<http://www.lugli.com.br/2008/02/grafico-de-pareto/>>. Acesso em: 30 jan. 2013.

⁷ Disponível em: <<http://www.lugli.com.br/2009/08/diagrama-de-causa-efeito-ishikawa/>>. Acesso em: 30 jan. 2013.

- Estratificação** – consiste no agrupamento da informação (dados) sob vários pontos de vista, de modo a focalizar a ação. O agrupamento da informação é feito com base em fatores apropriados que são conhecidos como fatores de estratificação (FIG. 5).

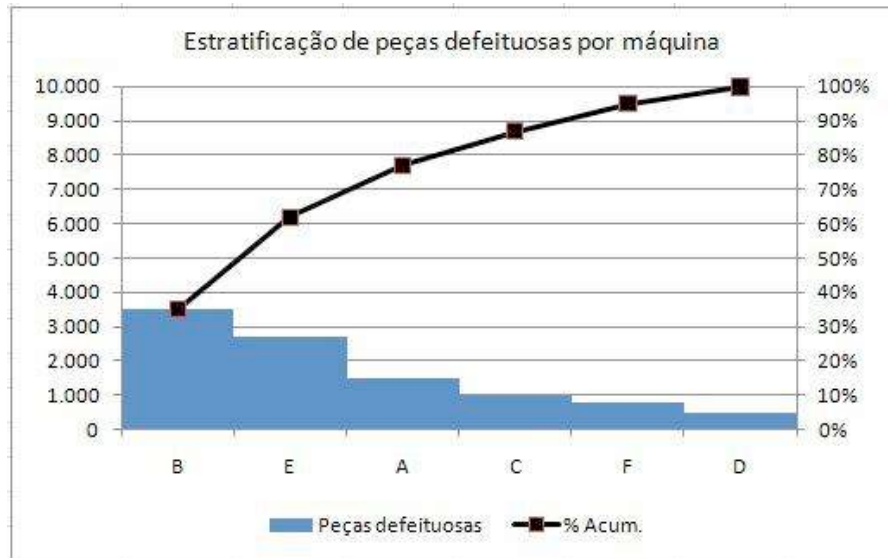


FIGURA 5 – Modelo de Estratificação
Fonte: USUÁRIOS DO EXCEL, 2011.⁸

- Folha ou Lista de Verificação** – conjunto de itens que podem aparecer em um processo, para o qual se deve verificar a ocorrência ou não (FIG. 6).

Característica	Lote 1	Lote 2	Lote 3	Lote 4	Lote 5	Lote 6	Lote 7	Lote 8	Lote 9	Lote 10
Manchas			X	X			X		X	
Rugosidade			X	X					X	
Quebra durante a extração						X				X
Falhas de Injeção		X			X				X	
Problemas de Soldagem	X			X					X	

FIGURA 6 – Modelo de Folha ou Lista de Verificação
Fonte: GODOY, 2009.⁹

⁸ Disponível em: <<http://usuariosdoexcel.wordpress.com/category/graficos/>>. Acesso em: 30 jan. 2013.

⁹ GODOY, Adeline Leite de. *Ferramentas de qualidade*. CEDET. 5 mar. 2009. Disponível em: <<http://www.cedet.com.br/index.php?/Tutoriais/Gestao-da-Qualidade/ferramentas-da-qualidade.html>>. Acesso em: 30 jan. 2013.

Histograma – é um gráfico de barras que tem por objetivo representar uma distribuição de frequência de uma variável de interesse (FIG. 7).

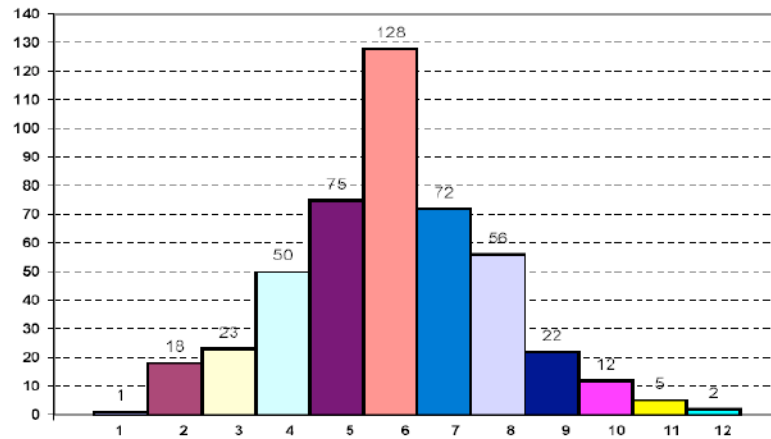


FIGURA 7 – Modelo de Histograma
Fonte: FG-FERRAMENTAS DE GESTÃO, 2010.¹⁰

Diagrama de Dispersão – são representações de duas ou mais variáveis organizadas em um gráfico, uma em função da outra (FIG. 8).

Diagrama de Dispersão

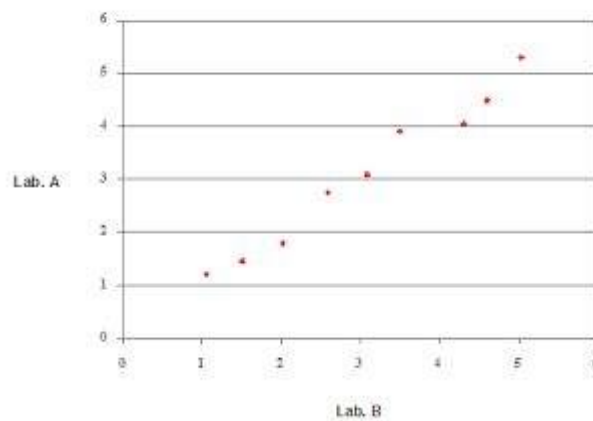


FIGURA 8 – Modelo de Gráfico de Variáveis
Fonte: GODOY, 2009.¹¹

¹⁰ Disponível em: < <http://www.portaladm.adm.br/fg/fg40.htm>>. Acesso em: 30 jan. 2013.

¹¹ GODOY, Adelize Leite de. *Ferramentas de qualidade*. CEDET. 5 mar. 2009. Disponível em: <<http://www.cedet.com.br/index.php?/Tutoriais/Gestao-da-Qualidade/ferramentas-da-qualidade.html>>. Acesso em: 30 jan. 2013.

- Gráfico de Controle – baseado em dados estatísticos, tem por princípio que todo processo tem variações estatísticas (FIG 9).

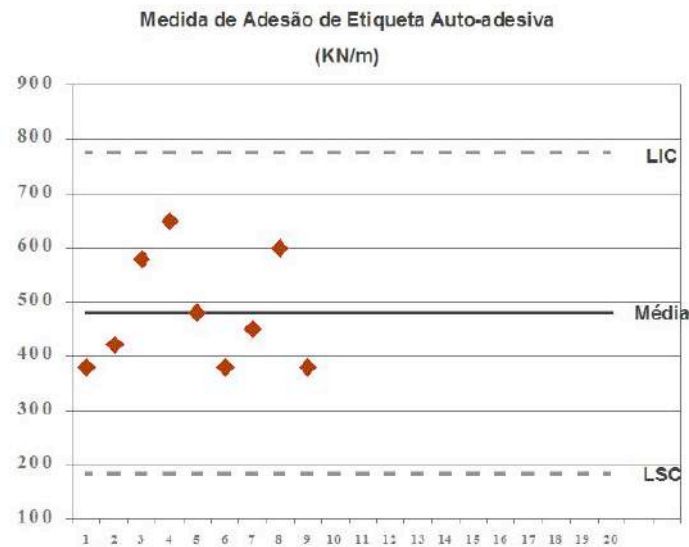


FIGURA 9 – Modelo de Gráfico de Controle
Fonte: GODOY, 2009.¹²

- 5W2H – funciona como um plano de ação simplificado e fica à disposição de todos os colaboradores da organização (FIG. 10).

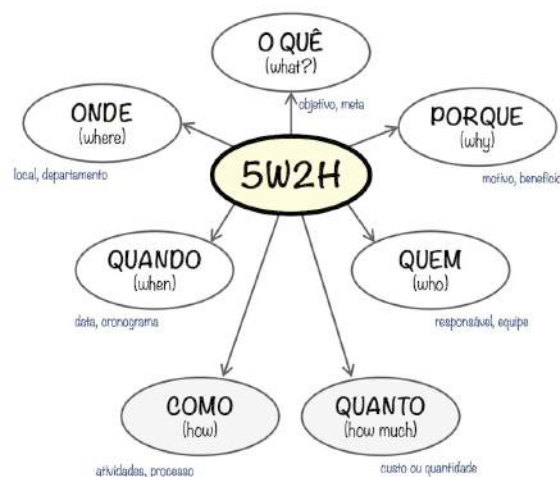


FIGURA 10 – Modelo de Plano 5W2H
Fonte: CMMI, 2012.¹³

¹² GODOY, Adelice Leite de. *Ferramentas de qualidade*. CEDET. 5 mar. 2009. Disponível em: <<http://www.cedet.com.br/index.php?/Tutoriais/Gestao-da-Qualidade/ferramentas-da-qualidade.html>>. Acesso em: 30 jan. 2013.

¹³ Disponível em: <<http://www.blogcmmi.com.br/qualidade/5w2h-como-ferramenta-para-elaboracao-do-plano-de-negocios>>. Acesso em: 30 jan. 2013.

- *Brainstorming* – consiste em uma dinâmica de grupo utilizada para geração de ideias e, também, para potencializar a criatividade na solução de problemas (FIG. 11).

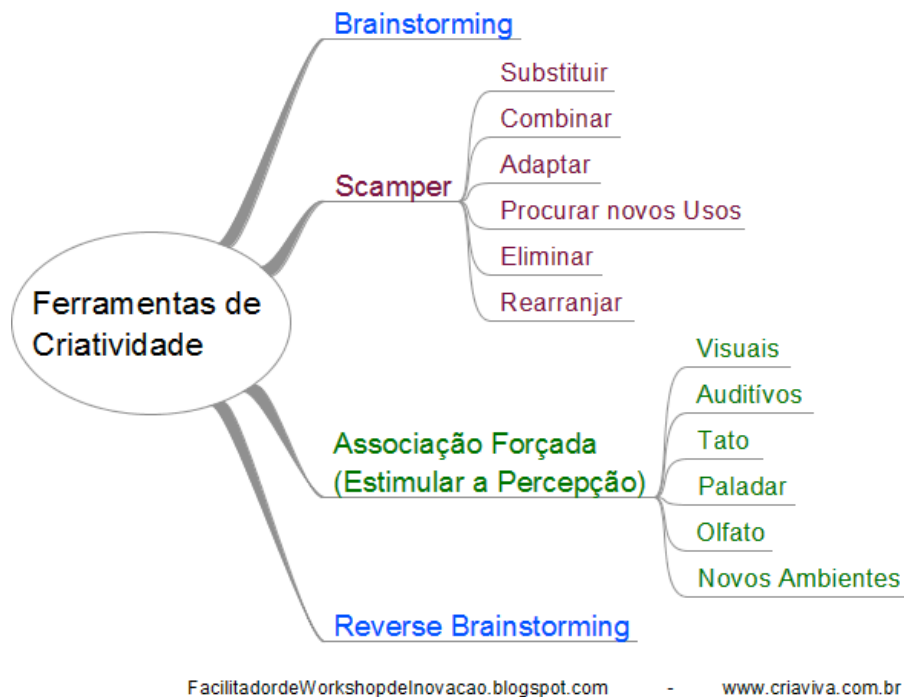


FIGURA 11 – Modelo de Brainstorming
Fonte: CRIAVIVA, 2011.¹⁴

- *Ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Art)* – este ciclo possui como princípio tornar mais claros e ágeis os processos envolvidos na execução da gestão como, por exemplo, a gestão da qualidade, dividindo-a em quatro principais passos: *Planejar, Executar, Verificar e Agir*. Ele é aplicado para se atingir resultados dentro de um sistema de gestão, e pode ser utilizado em qualquer empresa, de forma a garantir o sucesso nos negócios, independentemente de sua área de atuação (FIG. 12).

¹⁴ CRIAVIVA, Eurico Gushi. Criatividade, inovação, ferramenta, metodologia e processo. I.D.M. 4 jun. 2011. Disponível em: <http://facilitadordeworkshopdeinovacao.blogspot.com.br/2011_04_01_archive.html>. Acesso em: 30 jan. 2013.

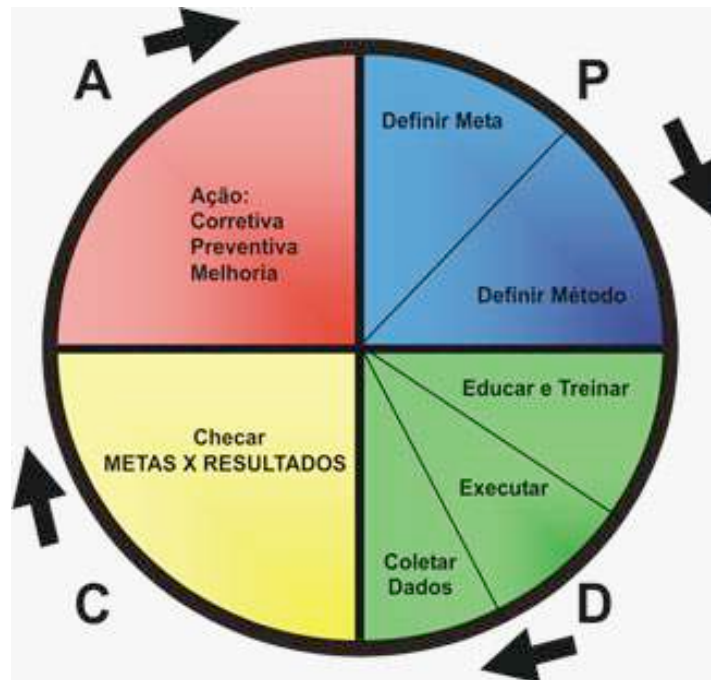


FIGURA 12 – Modelo do Ciclo PDCA
 Fonte: FERRARESI, 2012.¹⁵

Godoy (2009) ressalta, ainda, que as ferramentas, técnicas e atividades operacionais visam atender aos requisitos de qualidade das organizações e, para isto, utilizam o planejamento, controle e processos sistemáticos, garantindo, desta forma, seu importante papel na organização.

2.3 A gestão de pessoas

A organização é "uma entidade social conscientemente coordenada, com uma fronteira relativamente identificável, que funciona numa base relativamente contínua para alcançar um objetivo e/ou objetivos comuns" (ROBBINS, 1990).

No entendimento de Silva (2001, p. 44), as organizações são entidades dinâmicas e altamente complexas, que podem ser conceituadas de diversas maneiras. A conceituação mais comum explica que "uma organização é definida como duas ou mais pessoas trabalhando juntas cooperativamente dentro de limites identificáveis, para alcançar um objetivo ou meta comum".

¹⁵ FERRARESI, Diogo H. *O que é o ciclo PDCA e como funciona*. DHF News. 10 jul. 2012. Disponível em: <<http://diogodhido.blogspot.com.br/2012/07/o-que-e-o-ciclo-pdca-e-como-funciona.html>>. Acesso em: 30 jan. 2013.

Nessa definição, segundo o autor, há que ressaltar o fato de que as organizações são constituídas de pessoas. Ainda que isto pareça óbvio e simplista para o entendimento e apreciação do componente humano, é importante por causa da complexidade dos relacionamentos sociais e da variabilidade ou diversidade dos seres humanos (SILVA, 2001, p. 44).

Por isso é fundamental que a administração de uma empresa seja voltada para a gestão de pessoas, haja vista que a permanência da empresa no mercado, ou seja, a sua continuidade operacional irá depender da qualidade de seus produtos ou serviços, ou seja, vai depender da qualidade pessoal e profissional das pessoas que nela atuam. Neste sentido,

É a força de trabalho que deverá estar apta a promover as mudanças no ambiente organizacional, o que requer esforço permanente de readaptação e de assimilação de novos conhecimentos. São maiores as exigências de qualificação pessoal para assumir desafios, novas responsabilidades e riscos e de flexibilidade para conviver com a instabilidade. O fator humano, neste contexto, constitui a força vital para a realização do empreendimento empresarial (LUCENA, 1992, p. 14).

Assim, as pessoas são o núcleo constituinte das organizações, e, por isso, um de seus desafios consiste em como tratar a individualidade e gerenciá-la dentro de ambientes repletos de diversidade e que se transformam a todo momento. De acordo com Bosi (2003), a administração de recursos humanos abrange o conjunto de técnicas e instrumentos que permitem às organizações atrair, manter e desenvolver talentos. Em face do contexto ora vivenciado pelas organizações, caracterizado por mudanças constantes de natureza econômica, social e tecnológica, torna-se fundamental, em qualquer empresa, tanto pública quanto privada, uma administração voltada para a gestão de recursos humanos, visto que a continuidade de sua existência será determinada pela qualidade agregada aos seus produtos ou serviços, tendo como base pessoas motivadas e com alto nível de qualidade pessoal e profissional.

Consequentemente, segundo Pizolotto e Piccinini (2000), a área de Recursos Humanos passou a ser o agente transformador das organizações, provocando mudanças e oferecendo sustentação na implementação das mesmas. Neste contexto, em razão do papel que desempenham, os gestores precisam colocar-se no centro do processo de mudança, como geradores que são de uma empresa de sucesso. Para tanto, é fundamental que utilizem processos de gestão

mais interativos, que os permita atuar de forma analítica e diagnóstica, a partir de uma visão estratégica e empreendedora, que possa auxiliá-los nas tomadas de decisão. Com isso, a utilização adequada das ferramentas de qualidade pode contribuir para a melhoria dos processos de gestão, a fim de que as exigências do mercado competitivo possam ser atendidas, afinal, ao longo do processo de crescimento e desenvolvimento, as empresas estão criando e aprimorando conhecimentos e experiências para responder ao novo cenário do mundo globalizado, definindo, desta forma, a incessante busca pela competitividade.

Ainda de acordo com Pizolotto e Piccinini (2000), as empresas estão ligadas a fatores fundamentais como qualificação, flexibilidade e produtividade, introduzindo novas formas de gestão de recursos humanos, procurando reformular seu relacionamento com a força de trabalho, objetivando melhorias contínuas de produção e visando atrair os trabalhadores à coparticipação dos desafios competitivos contemporâneos.

Neste sentido, as organizações vêm adotando novos padrões de relação de trabalho, onde buscam uma maior participação dos trabalhadores nas tomadas de decisão da empresa. E nesse processo, um dos fatores que vem merecendo destaque é a valorização do capital intelectual, a partir da transformação da simples atuação operacional dos recursos humanos para uma atuação estratégica.

Segundo Albuquerque (1992), a busca por novas políticas da gestão de recursos humanos, assim como a inovação administrativa, tornaram-se fatores essenciais para as organizações dos novos tempos. As exigências de conhecimento prático e teórico, além das novas atitudes e habilidades decorrentes da introdução de inovações tecnológicas e sócio-organizacionais, que vêm alterando o perfil dos talentos humanos no contexto organizacional, refletem novos paradigmas. Trata-se, eminentemente, dos contornos de uma política de recursos humanos voltada à obtenção de resultados, que podem ser traduzidos como inovações, qualidade de serviços ou produtos e produtividade no trabalho (NASCIMENTO *et al.*, 2003, p. 3).

Ulrich (1998), acredita que a gestão de recursos humanos deve desempenhar quatro papéis dentro das empresas: (a) administração de estratégias de RH que precisam estar ajustadas à estratégia empresarial; (b) administração da infraestrutura da empresa, ou seja, da racionalização dos

diversos processos de RH; (c) administração da contribuição ao funcionário, ou seja, ajudá-los na resolução de seus problemas e necessidades para, com isso, obter maior envolvimento e competência dos mesmos; e (d) administração da participação dos funcionários nos planos de ação, fazendo com que a mudança aconteça. Importante considerar que

O grande desafio de todas as organizações é mostrar suas competências. As tarefas diárias exigem um alto grau de conhecimento e inteligência, as quais, geralmente, impedem as pessoas de ter relacionamentos estreitos. Na direção contrária, os sistemas têm que ser cada vez mais abertos, igualitários e honestos. Os empregados têm que pensar conjuntamente para, coletivamente, explorar as oportunidades, os serviços e resolver os problemas. Porque a organização depende da forma como os relacionamentos estiveram estruturados, adequando a nova realidade, devido às mudanças das idéias sobre os métodos e os padrões de organização (FEIJÓ; SILVA, 2007, p. 4).

É importante ressaltar que os investimento em recursos humanos correspondem à necessidade das empresas de oferecerem um atendimento de qualidade, com o objetivo de satisfazer seus clientes e permanecerem ativas no mercado. Sobre isso, ratifica-se que a qualidade no atendimento é a principal fonte de satisfação do cliente, cabendo à organização trabalhar para que esta satisfação seja alcançada, notadamente, a partir do primeiro contato do cliente com a empresa, no atendimento telefônico ou pessoal, onde se deve evitar uma excessiva demora na resposta. No caso do uso do telefone é preciso evitar deixá-lo na linha de espera, isto porque o telefone é um excelente instrumento de comunicação com os clientes, devendo ser utilizado de forma adequada e racional, pois um atendimento ruim pode fazer que o cliente migre para a concorrência (GODRI, 1994).

Desta forma, o atendimento tem que priorizar o vínculo humano, ou seja, primeiro o cliente, depois o fator comercial, lembrando-se sempre de que cada cliente é único e, sendo assim, não há dois iguais, e que dele depende a permanência da empresa no mercado.

2.4 A certificação e sua importância

A *International Organization for Standardization* – ISO é constituída de institutos de normalização nacionais de grandes e pequenos países, industrializados ou em desenvolvimento, em todas as regiões do mundo. A ISO

desenvolve normas técnicas voluntárias e agrega valor a todos os tipos de operações e negócios. Ela desenvolve apenas as normas que são requeridas pelo mercado, sendo este trabalho conduzido por especialistas cedidos por setores industriais, técnicos e de negócios, que solicitam as normas e, posteriormente, as colocam em uso. Tais especialistas podem se associar a outros que possuam conhecimentos pertinentes, tais como representantes de agências do governo e laboratórios de testes (PEREIRA, 2007).

Desta forma, a ISO é uma organização não governamental e, por tal razão, seus membros não constituem governos nacionais, e sim institutos de normalização em seus respectivos países. O Brasil é representado na ISO pela Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT (PEREIRA, 2007).

Segundo o autor, as normas ISO são voluntárias e não impõem a implementação. Certa percentagem das normas ISO (principalmente as relativas à saúde, segurança e meio ambiente) tem sido adotada em alguns países como parte da estrutura regulamentar, ou é referida pela legislação para servir como base técnica. Entretanto, tais adoções são decisões soberanas das autoridades regulamentares ou dos governos dos países interessados (PEREIRA, 2007).

Na definição do autor, as normas ISO são acordos técnicos que proporcionam uma estrutura para tornar a tecnologia compatível universalmente. Sua responsabilidade consiste em desenvolver normas, e não em verificar se as normas estão sendo implementadas pelo usuário, em conformidade com os requisitos normativos. A *Avaliação de Conformidade*, como este processo é conhecido, é assunto para os fornecedores e seus clientes no setor privado, e para os organismos reguladores, quando as normas ISO são incorporadas na legislação pública.

O que a ISO faz é desenvolver GUIAS ISO/IEC, cobrindo vários aspectos das atividades de *Avaliação de Conformidade* e das organizações que as realizam. Os critérios voluntários contidos nessas guias representam um consenso internacional sobre o que constitui prática aceitável, e o seu uso contribui para a consistência e coerência mundial da *Avaliação de Conformidade*. Além disso, Pereira (2007) explica que quando um produto, serviço ou sistema é avaliado por uma autoridade competente como atendendo aos requisitos da norma pertinente, é emitido um certificado como prova de sua aprovação. (PEREIRA, 2007).

Assim sendo, os objetivos voltados ao *Sistema da Qualidade*, tendo como base a *Norma NBR ISO 9001:2000*, são a satisfação do cliente e o fornecimento de produto que atenda aos requisitos do cliente e requisitos regulamentares, ao menor custo possível. Tais objetivos são alcançados por meio de um *Sistema de Qualidade* que aborde as atividades necessárias para assegurar confiança nos procedimentos utilizados para gerar um produto (bens e serviços), que é o resultado de um processo. Tem-se, pois, que a abordagem de um *Sistema de Qualidade* é igualmente eficaz para bens e serviços, porque o foco está no processo que gera o produto. A existência de um *Sistema de Gestão da Qualidade* implantado permite à organização operar com crescente eficiência e consistência para aumentar a satisfação do cliente (PEREIRA, 2007). Desta forma, têm-se duas maneiras de gerenciar a qualidade de uma organização.

- 1 *Sistema de Controle da Qualidade* – consiste de atividades e técnicas operacionais usadas para atender aos requisitos da qualidade, sendo orientado para a proteção do cliente e não para o custo mínimo. Um *Sistema de Controle da Qualidade* eficaz detecta e identifica produtos “não-conforme”, ao mesmo tempo em que fornece um “aviso pós fato” ao qual as pessoas reagem. É fundamental, pois, um modelo de inspeção, uma vez que a melhor qualidade somente é possível por meio de detida conferência, capaz de detectar o maior número possível de “não-conformidades”, descartando ou refazendo o trabalho, aumentando, desta maneira, o custo.
- 2 *Sistema de Gestão da Qualidade* – este sistema, por outro lado, emprega planejamento e controle dos processos para assegurar que o produto final atenderá totalmente aos requisitos. Este é, portanto, um sistema proativo que utiliza informação do processo para prevenir a ocorrência de “não-conformidades”. Melhor qualidade é possível a menos custo, uma vez que haverá menos “não conformidades” detectadas e, com isso, menos descarte e retrabalho. Na Figura 13, é possível entender o funcionamento deste sistema.

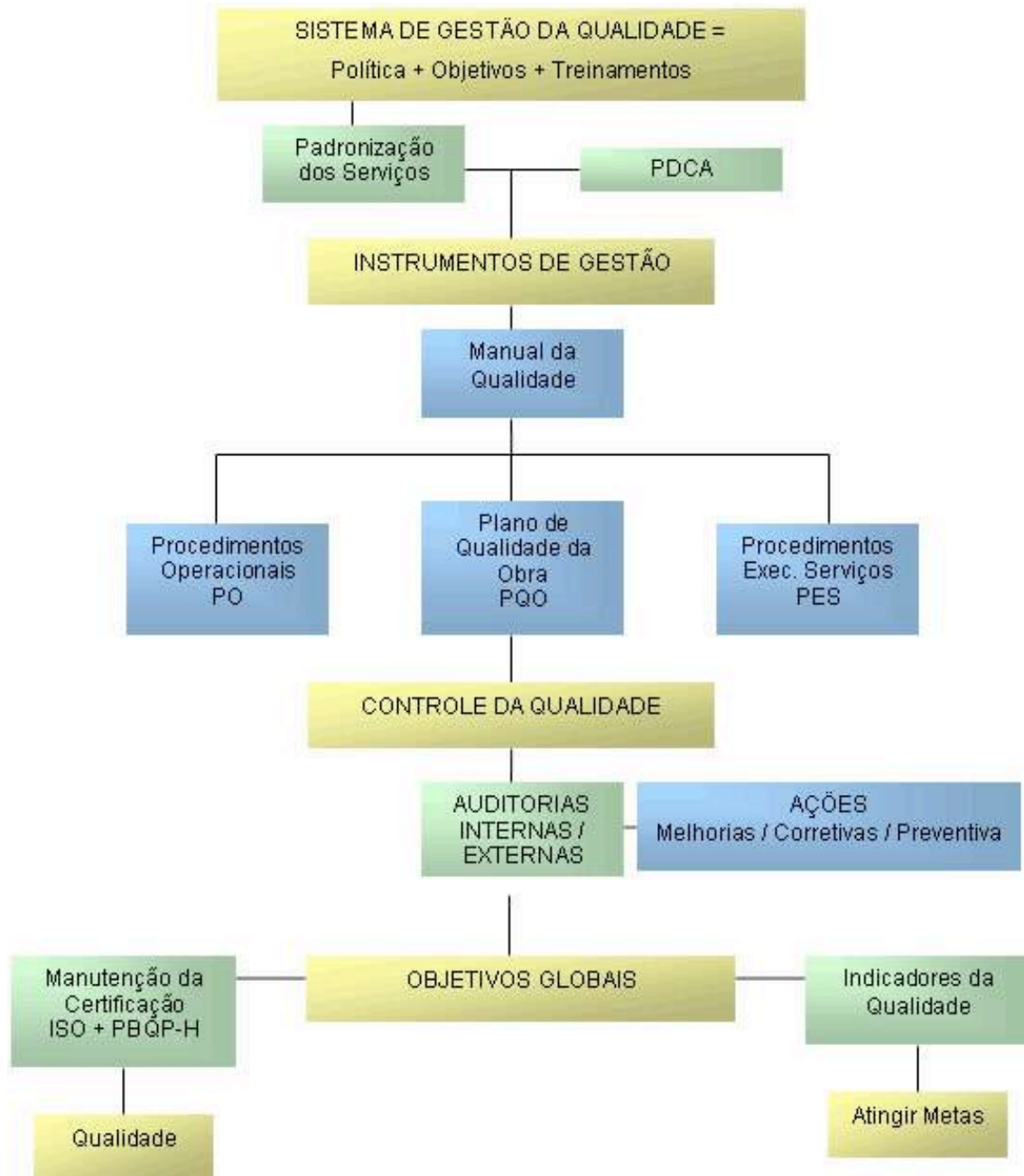


FIGURA 13 – Sistema de Gestão da Qualidade
Fonte: CGS ENGENHARIA, 2013¹⁶.

Ante a inexistência de um sistema de saúde perfeito, os hospitais vêm se empenhando para melhorar a qualidade na prestação de serviços por meio da ONA. Neste sentido, um dos primeiros passos a ser dado é a estruturação de liderança, com responsabilidades definidas de acordo com requisitos formais,

¹⁶ Disponível em:
<http://www.cgsengenharia.com.br/internas/politica_qualidade.asp>. Acesso em: 2 fev. 2013.

técnicos e de estrutura, conforme o perfil da organização, e a adoção de planejamento estratégico e políticas institucionais com ênfase na segurança dos pacientes e das partes interessadas (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO..., 2006).

O segundo passo é o aprimoramento da qualidade assistencial, no que diz respeito à gestão de pessoas, visando aperfeiçoar o desenvolvimento da cultura da aprendizagem, alcançar eficácia nas atividades de capacitação e desenvolvimento (resultado no empenho de trabalho) e optar por ações que favoreçam a inter-relação dos diferentes saberes clínico e gerencial para a garantia de melhores resultados.

O terceiro passo envolve os processos administrativos e sua interação sistêmica, pela análise e definição de indicadores de processos, promovendo ações de melhorias. Na sequência, tem-se a gestão de suprimentos que gerencia a interação sistematizada dos processos, alinhando-as aos objetivos estratégicos da organização, promovendo ações de melhoria e aprendizado.

Diante do exposto, é possível constatar que as estruturas gerenciais percebem a gestão de qualidade, promovendo mudanças em sua cultura, estrutura e método de trabalho, pela incorporação de medidas que visam elevar a segurança e a qualidade dos processos. Neste contexto, Rubo (1978) afirma que o exercício e o aprimoramento de uma medicina social, eficiente e ética, de caráter amplo e irrestrito, permite adotar soluções diversas e ameniza a dramaticidade do panorama atual e futuro.

Desta forma, tem-se que a gestão de qualidade alcança, também, os Planos de Saúde (medicinas de grupo e cooperativas médicas), que vêm se fortalecendo e tornando-se um importante fator de segurança para o trabalhador e para os empresários. Para os primeiros, os Planos de Saúde ofertam meios técnico-científicos necessários à cura de suas doenças e à prevenção, de forma a manter os seus clientes saudáveis; para os últimos, esta prestação de serviço é imprescindível para o bom andamento de suas empresas, pois tem apresentado resultados expressivos na melhoria do nível de saúde do seu pessoal com reflexos na melhoria do ambiente de trabalho, menor absenteísmo por doenças, menor índices de acidente de trabalho e a conseqüente elevação dos níveis de produtividade (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS..., 2009).

Além de oferecer mais segurança e qualidade no atendimento ao paciente, as instituições hospitalares acreditadas ganham um incentivo dos compradores de serviços na obtenção das certificações. Algumas operadoras de planos de saúde pagam um valor a maior na tabela de procedimentos para aqueles prestadores certificados. Conforme noticiou a imprensa, o Ministério da Saúde – MS e a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS estudam um estímulo às organizações hospitalares, a fim de incentivar a acreditação dessas prestadores de serviços ao Sistema Único de Saúde – SUS.

Souza, Amorim e Guerra (2008) explicam que o *Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar* foi instituído em junho de 2000, pelo Ministério da Saúde. Este programa aborda, de forma pioneira, questões importantes como a transferência de conhecimentos, humanização do atendimento, melhor aproveitamento dos recursos materiais, humanos e financeiros disponíveis, ampliando, dessa forma, a oferta e a qualidade dos serviços prestados. Constitui-se, assim, em importante passo para o enfrentamento dos problemas gerenciais pelos quais passam os hospitais integrantes do SUS. O seu ponto chave é encontrar alternativas para questões como a crescente evolução da relação entre as diversas instituições e o desenvolvimento das condições que tornem, de fato, os serviços de saúde mais eficazes, consistentes e articulados, de tal maneira que, a troca de experiências traga como denominador comum a busca concreta para satisfazer e atender as urgentes necessidades dos usuários, razão maior de todos os esforços do Ministério da Saúde.

Para este autor, sendo a saúde da população uma questão essencial para qualquer nação, há que se empenhar, iniciativa pública e privada, pelo aperfeiçoamento da padronização de processos capazes de mensurar a qualidade de serviços prestados, a partir de indicadores de desempenho e de qualidade.

Neste sentido com o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços de saúde, vários países vêm realizando pesquisas para conhecer o ponto de vista dos pacientes. No Brasil existem poucos estudos de avaliação dos serviços de saúde, talvez pela restrição que se faz à avaliação desses serviços, resultando, assim, em escassas informações sobre a resolutividade e satisfação dos pacientes.

Segundo Fitzsimmons e Fitzsimmons (2005), a satisfação do cliente com a qualidade do serviço pode ser definida pela comparação da percepção do serviço prestado com as expectativas do serviço desejado.

O grau de satisfação do cliente, portanto, por estar diretamente ligado à fidelidade e retenção e, por conseguinte, à lucratividade da organização, tem papel essencial na gestão de serviços (CORRÊA; CAON, 2009).

Para atender às expectativas do usuário, as empresas e seus prestadores também têm investido em *Programas de Certificações*, garantindo ações padronizadas e planejadas de atendimento. Segundo Chrisio (2008), nos últimos tempos tem-se verificado um interesse crescente na certificação de serviços de saúde. Tema relativamente novo para a maior parte das instituições de saúde e para muitos dos seus gestores, vale clarificar que trata-se de uma necessidade absolutamente requerida e identificada, e não mais um modismo, principalmente, pelos resultados gerados com tal iniciativa, dentre eles, melhor sistematização interna, maior disciplina nos processos, maior confiança para o usuário, entidade pagadora e colaboradores e, ainda, menores custos e reclamações.

Quando se fala em qualidade de serviços de saúde avaliam-se os aspectos intrínsecos e extrínsecos do serviço e suas características específicas de resolubilidade, intangibilidade, variabilidade, prontidão, dentre outras. É por meio dessa avaliação que se obtém um mapeamento do que é percebido pelo usuário em termos de valor, ou seja, trata-se de uma ferramenta de gerenciamento da qualidade sobre a atenção a ele dispensada. Porém, uma pergunta a ser formulada em pesquisa do setor: “O último hospital onde você foi assistido possuía alguma certificação de qualidade?, dificilmente teria resposta. De fato, “a grande maioria das pessoas que precisaram se internar nos últimos meses não saberia responder a esta pergunta” (MENEZES, 2012).

É este tipo de dúvida que o trabalho proposto pretende focar, considerando que a qualidade deve ser tratada como um processo motivador de melhora da assistência hospitalar. E nesse contexto, a acreditação é um processo de qualidade que envolve funcionários, médicos, enfermeiros, fornecedores e colaboradores, que segue normas de padrão internacional. Dividida em três níveis, a acreditação trata: (a) no Nível 1, focado no aspecto físico das instituições, da Segurança; no Nível 2 – focado nos processos – das Ferramentas

de Qualidade; e no Nível 3 – focado na gestão da qualidade – dos Resultados. Assim, por elevar a qualidade dos serviços hospitalares,

As certificações são uma garantia importante para o paciente. Todos os processos são verificados. Para se ter uma ideia, até mesmo um remédio é rastreado antes de chegar ao paciente, significando que foi bem acondicionado e que o fornecedor o trouxe de forma correta. (MENEZES, 2012).

Em consulta ao *site* da ONA, verifica-se que a acreditação vem sendo implantada em muitos hospitais mundo afora. No Brasil, existem 6.310 hospitais, sendo 42% públicos e 58% privados. Destes, 311 instituições já estão “acreditadas” pela ONA. Minas Gerais é o segundo Estado com o maior número de instituições portadoras de *Certificações ONA*, apresentando 58 instituições certificadas (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO..., 2012). No todo, nosso país apresenta outras Certificações Internacionais de entidades certificadoras que motivam o interesse dos gestores hospitalares, como a Joint Commission Internacional – JCI e a National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations – NIAHO e, ainda, a Accreditation Canada Internacional – ACI, conforme mostra o Quadro 2:

QUADRO 2

Instituições de saúde brasileiras acreditadas por organizações internacionais

INSTITUIÇÕES DE ACREDITAÇÃO	ANAHP	Instituições de Saúde Brasil	% ANAHP
Organização Nacional de Acreditação – ONA ¹⁷	32	311	10%
Joint Commission Internacional – JCI ¹⁸	11	19	58%
Accreditation Canada Internacional ¹⁹	8	15	53%
National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations – NIAHO ²⁰	2	3	67%

Fonte: Sites ONA, JCI, AC e NIAHO, 2012.

¹⁷ Disponível em: <<https://www.ona.org.br/OrganizacoesCertificadas>>. Acesso em: 4 fev. 2013.

¹⁸ Disponível em: <<http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/JCI-Accredited-Organizations/>>. Acesso em: 4 fev. 2013.

¹⁹ Disponível em: <<http://www.segurancadopaciente.com/colaboradores.php>>. Acesso em: 4 fev. 2013.

²⁰ Disponível em: <<http://dnvaccreditation.com/pr/dnv/default.aspx>>. Acesso em: 4 fev. 2013.

Além de oferecer mais segurança e qualidade no atendimento ao paciente, as instituições hospitalares acreditadas ganham este incentivo dos compradores de serviços na obtenção das certificações: algumas operadoras de planos de saúde pagam um valor a maior na tabela de procedimentos para os prestadores certificados. Além disso, conforme já mencionado neste estudo, o MS e a ANS estudam um estímulo complementar, a fim de incentivar a acreditação dos prestadores de serviços ao SUS.

2.5 A busca pela melhoria da qualidade

Serviços constituem uma transação realizada por uma empresa ou por um indivíduo, cujo objetivo está associado à transferência de um bem. Dentre as várias definições e colocações, destaca-se a de Rathmell²¹ (1996 *apud* Las Casas, 2009), que faz uma distinção implícita entre *bens* e *serviços*, considerando um *bem* como alguma coisa como um objeto, um artigo, um artefato ou um material; e um *serviço* como um ato, uma ação, um esforço, um desempenho.

Segundo Kotler e Armstrong (2000), os serviços possuem quatro características básicas.

- . *Intangibilidade* – os produtos não podem ser vistos, provados, sentidos, ouvidos ou cheirados antes de serem comprados. No entanto, um prestador de serviços hospitalares pode construir uma característica física de produtos intangíveis, procurando facilitar o raciocínio de cliente potencial, de forma a possibilitar que ele visualize o serviço oferecido, como por exemplo, mostrando um resultado de raios-X.
- . *Inseparabilidade* – de maneira geral, os serviços são produzidos e consumidos como na hotelaria hospitalar. As pessoas encarregadas da prestação desses serviços são parte da instituição (um médico e um enfermeiro, por exemplo) e, da mesma forma que o cliente, afetam os resultados.

²¹ RATHMELL, John M. What Is Meant by Services? *Journal of Marketing*, v. 30, n. 10, p. 32-36, out. 1996.

- . *Variabilidade* – os serviços são variáveis, já que dependem de quem os fornece, notadamente, na área da saúde.
- . *Perecibilidade* – serviços não podem ser estocados, exigindo adequação entre a oferta e a demanda, como uma cirurgia de emergência, por exemplo.

Segundo Kotler e Armstrong (2003) a necessidade é um estado de carência percebida que se transforma em um desejo, que, por sua vez, ligado ao poder aquisitivo, se torna uma demanda. Para que aconteça a demanda é necessária a criação de produtos e serviços que ofereçam valor para o cliente. Tal valor refere-se à percepção da diferença entre os benefícios obtidos e os custos para aquisição do produto/serviço. A satisfação virá, quando um produto oferecer um bom valor aliado à boa qualidade, ou seja, à ausência de defeitos.

Quando acontece o processo de troca entre duas pessoas, ocorre também uma transação entre as duas partes. Se as transações continuarem acontecendo entre elas, desenvolve-se um relacionamento. Este relacionamento é uma meta importante para o marketing e a sua continuidade vai depender, fundamentalmente, da percepção da satisfação do cliente com a relação estabelecida.

O serviço é consumido no exato instante em que é produzido e, uma vez apresentando problemas, a relação com o cliente estará instantaneamente abalada. Neste sentido, garantir a qualidade no processo de prestação do serviço ou, mais precisamente, garantir que ele seja adequadamente prestado desde o primeiro momento, é fundamental. Por este motivo, a gestão da qualidade em serviços, mais do que a gestão da qualidade de produtos físicos, se mostra tão relevante. Outro aspecto que dificulta e torna indispensável o monitoramento da percepção do cliente em relação à qualidade do serviço prestado deriva da variabilidade inerente à sua produção.

Diariamente, os consumidores utilizam serviços que estão em todos os lugares, interagindo com as ações das pessoas no cotidiano, sem que se tenha consciência disso. No plano individual, enviar uma carta, assistir televisão, ir a igreja e consultar um médico são exemplos de consumo de serviços (HOFFMAN; BATESON, 2003; LOVELOCK; WRIGHT, 2003).

Considerando essas situações, definir serviços como atos ou ações caracteriza a parte intangível presente em qualquer das situações mencionadas. Serviço é, pois, a parte que deve ser vivenciada, é uma experiência vivida, é o desempenho (LAS CASAS, 2009).

O tema “qualidade em serviços hospitalares” é tratado neste estudo, dada à necessidade de se pensar a gestão implantada e os processos definidos pelas instituições de saúde, com vistas ao planejamento dos meios de se garantir um melhor atendimento aos usuários, no plano do relacionamento hospital *versus* paciente. Pretende-se, primeiramente, definir parâmetros para avaliar a percepção dos pacientes dos hospitais acreditados em relação à qualidade dos serviços prestados, verificando se a implantação das Certificações de Qualidade pelas Normas ISO 9000 e ONA gerou melhorias no atendimento.

Com a implantação e a padronização de processos de gestão, pode-se mensurar a qualidade dos serviços prestados, por meio de indicadores de desempenho. Para tanto, delimita-se este trabalho ao problema de pesquisa: *como mensurar a importância da inter-relação gestor / cliente, visando o alcance da excelência em resultados?* Isto porque tal mensuração é importante no plano da necessidade das instituições hospitalares de trabalharem com eficiência, eficácia e efetividade, pois somente assim estarão prestando um serviço de saúde de qualidade.

Para alcançar esse alto nível de prestação de serviços, os hospitais terão que mudar a sua cultura comportamental, por meio de um trabalho, em parceria com seus colaboradores (médicos, diretores e colaboradores), voltado para um atendimento centrado na ética e na responsabilidade dos resultados, retratado na satisfação dos pacientes. Outros fatores, como gestão e readequação das atividades administrativas, financeiras, de planejamento operacional e estratégico, deverão ser priorizados para alavancar o crescimento socioeconômico do hospital, favorecendo um serviço de qualidade, pois baseado na humanização do atendimento.

Segundo informações da ANS, os usuários de planos de saúde chegam a mais de 42 milhões de pessoas. Em 2009, o setor movimentou uma receita de mais de R\$ 62 bilhões. Partindo dessas informações, é possível observar a necessidade de criar ferramentas de avaliação do setor, tanto para medir a

produção desses serviços de saúde, como para estabelecer metas a serem alcançadas (ARAÚJO, 2007).

Zeithmal, Parasuraman e Berry²² (1990 *apud* Grönroos, 2003) atribuem a qualidade de serviços à discrepância que existe entre as expectativas e as percepções do cliente com relação a um serviço experimentado. Neste plano, a chave para assegurar uma boa qualidade ao serviço é prever o momento em que o cliente perceberá que suas expectativas foram excedidas. Os autores ressaltam que embora o raciocínio seja válido, não basta compreender a importância de fornecer serviço com excelente qualidade, é preciso entender que o atendimento ao cliente é um processo contínuo a ser conduzido pelo monitoramento de sua percepção sobre a qualidade dos serviços que está recebendo, identificando, passo a passo, as causas das discrepâncias detectadas, e adotando mecanismos adequados para seu combate.

Segundo Grönroos (2003), inicialmente descobriu-se dez fatores determinantes da percepção dos clientes sobre a qualidade do serviço prestado. Com o resultado de estudos posteriores, tais fatores foram reduzidos a cinco.

- . *Tangibilidade* – aparência das instalações físicas, equipamento, pessoal e materiais de comunicação.
- . *Confiabilidade/credibilidade* – habilidade para realizar o serviço de forma confiável, precisa e consistente.
- . *Capacidade de resposta/prontidão* – disposição de prestar o serviço prontamente e auxiliar os clientes.
- . *Segurança/domínio* – competência e cortesia dos funcionários, e habilidade para transmitir confiança, segurança e credibilidade.
- . *Empatia* – atenção individualizada, facilidade de contato (acesso) e acesso aos meios comunicação disponibilizados pela empresa.

Segundo o citado autor, a *Escala SERVQUAL* é o instrumento ideal para mensurar a percepção dos clientes em relação à qualidade de um serviço. Tendo como base os cinco fatores determinantes dessa percepção, a referida escala formula a comparação entre as expectativas dos clientes sobre os serviços contratados e suas percepções dos serviços recebidos (GRÖNROOS, 2003).

²² ZEITHAML; PARASURAMAN; BERRY. *Delivering quality service: balancing customer perceptions and expectations*. New York: Free Press, 1990. 226 p.

O autor ressalta ainda que, ao usar uma abordagem do tipo *SERVQUAL* à medição da qualidade percebida do serviço, deve-se sempre customizar com cuidado o conjunto de determinantes e atributos usados para a situação específica que se apresenta (GRÖNROOS, 2003).

De acordo com Balestrin (2011), uma das maiores riquezas ofertadas pela instituição hospitalar é prover o seu corpo de funcionários da capacidade de estar sempre atento, haja vista ser esta uma exigência natural da própria atividade médico-laboratorial. Em vista disso, tem-se uma categoria de profissionais sempre atentos às mudanças ocorridas no dia-a-dia de trabalho, às necessidades dos pacientes, ao desejo de se desenvolver profissionalmente e, em especial, à grande diversidade cultural e operacional que caracteriza a atividade, exercida em perspectiva nacional, pelo permanente inter-relacionamento com diferentes instituições congêneres de diferentes cidades e estados brasileiros.

A troca de ideias e experiências com colegas, médicos, gestores, fornecedores de diferentes origens históricas, culturais e institucionais oferta oportunidades de sempre, a qualquer hora, ter-se contato com diferentes práticas que, comparadas entre si, possibilitam a percepção da necessidade do constante aprimoramento da atividade médico-hospitalar. Tal inter-relacionamento, sem dúvida, interfere na melhoria do serviço, dado que atender de forma qualificada um cliente, paciente, médico, colega, visitante ou prestador de serviço, cria em todos a sensação de se estar num mundo protegido, onde todos estão sempre atentos em fazer o melhor possível.

3 METODOLOGIA

A metodologia orienta o processo investigativo e exploratório, propondo métodos e formas de abordagem para a efetivação da pesquisa, podendo ser definida como a descrição do conjunto das atividades e instrumentos a serem desenvolvidos para a aquisição dos dados (bibliográficos ou de campo) com os quais se desenvolverá a questão proposta pela pesquisa, dando base para a construção de um saber seguro e válido (SILVA e SILVEIRA, 2003).

Tem-se que a metodologia utilizada no presente estudo é de natureza qualitativa-quantitativa quanto à abordagem e do tipo descritiva quanto aos fins. Morse (1991 *apud* Neves, 1996, p. 2) propõe o que chama de “triangulação sequenciada”, onde os resultados de um método são utilizados como base para o planejamento e emprego do outro método que o segue, complementando-o”.

Desta forma, constituída das abordagens teórica e prática, esta pesquisa fundamentou-se nos indicadores dos construtos de modelos disponibilizados pela literatura científica e no levantamento dos parâmetros da qualidade dos serviços hospitalares que, segundo Malhotra (2001), é uma técnica adequada aos propósitos qualitativos.

3.1 Tipo de pesquisa quanto à abordagem

Este estudo enquadra-se na modalidade qualitativa-quantitativa. Segundo Vergara (2008, p. 19), “os procedimentos qualitativos focalizam as peculiaridades e as relações entre os elementos, enfatizam o que é significativo, relevante, o que pode não ser necessariamente frequente no texto”. Assim, enquanto os procedimentos qualitativos privilegiam as frequências, ou seja, as ocorrências de determinados termos ou palavras-chave no texto, no plano dos procedimentos quantitativos, “os dados [são] tratados por meio de técnicas estatísticas simples, como a análise de frequências, ou por meio de outras mais complexas, como a análise fatorial e a análise de variância”.

De acordo com Neves (1996, p. 2), apesar de serem diferentes quanto à forma e à ênfase, “os métodos qualitativos trazem como contribuição ao trabalho de pesquisa uma mistura de procedimentos de cunho racional e intuitivo capazes de contribuir para a melhor compreensão dos fenômenos”.

No entendimento Lüdke e André (1996) e Martins (2006), a pesquisa qualitativa exige do pesquisador um contato real e em profundidade com o ambiente e o cenário que está sendo investigado, além de auxiliar o pesquisador, no decorrer do processo, a adequar o conteúdo teórico ao problema da pesquisa.

Quanto à pesquisa quantitativa, para Richardson (1999 *apud* Marconi e Lakatos, 2007), ela se caracteriza pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no seu tratamento por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples como percentual, média, desvio-padrão, às mais complexas como coeficiente de correlação, análise de regressão etc.

Malhotra (2001) ratifica o entendimento de que a pesquisa quantitativa se caracteriza pela quantificação de dados e generalização dos resultados da amostra, assim como pela aplicação da análise estatística de alguma forma, mas observando que para este tipo de pesquisa é indicada uma amostra consistente, que deve ser apresentada de forma estruturada.

Os procedimentos quantitativos e qualitativos não são mutuamente excludentes, podendo-se utilizá-los de forma complementar, como foi feito nesta pesquisa realizada na área de saúde, que vem gerando uma quantidade crescente de informações de elevado nível de complexidade, que levou ao desenvolvimento de aparatos, no contexto de pesquisas cientificamente embasadas, capazes de delimitar as etapas do desenvolvimento metodológico com maior concisão, e de fornecer, aos profissionais da saúde, melhor utilização das evidências resultantes de diferentes estudos (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A Prática Baseada em Evidências – PBE teve sua origem correlacionada com o trabalho do epidemiologista britânico Archie Cochrane, e se desenvolveu paralelamente ao acesso à informação (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). A PBE é caracterizada por uma abordagem voltada ao cuidado clínico e ao ensino, com base no conhecimento e na qualidade da evidência (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010), abrangendo, dessa forma, a definição do problema clínico, a identificação das informações necessárias, a condução da busca de estudos na literatura e sua avaliação crítica, a identificação da aplicabilidade dos dados oriundos das publicações e a determinação de sua utilização (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

O uso de evidências científicas requer habilidades dos profissionais de saúde, pois exige associar resultados oriundos de pesquisas na prática clínica para resolução de problemas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Assim, pode-se perceber a importância da PBE para que os diferentes profissionais da saúde possam embasar suas práticas em evidências recentes e cientificamente comprovadas. As iniciativas da PBE têm gerado uma maior demanda e produção de todos os tipos de revisões de literatura (WHITTEMORE; KNAFL, 2005; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Desta forma, considerando o entendimento de Marconi e Lakatos (2007) de que a pesquisa qualitativa busca analisar e interpretar, em profundidade, aspectos do comportamento humano, com vistas à sua descrição, realizou-se um trabalho *in loco*, ou seja, nos dois hospitais sujeitos desta pesquisa, visando a análise pormenorizada das funcionalidades e qualidade dos serviços oferecidos, a fim de coletar dados importantes à concretização deste estudo.

3.2 Tipo de pesquisa quanto aos fins

Neste plano, esta pesquisa se caracteriza como descritiva e exploratória. Goulart e Carvalho (2002) e Vergara (2007) classificam a pesquisa descritiva como aquela que objetiva descrever as características de uma população ou fenômeno estudados ou, ainda, estabelecer uma relação entre variáveis.

Para Churchill (1987), uma pesquisa descritiva objetiva conhecer e interpretar a realidade sem nela interferir para modificá-la.

Triviños (1987) ressalta que, para realizar uma pesquisa descritiva, o pesquisador necessita de conhecimento acerca do tema a ser pesquisado, uma vez que sua pretensão é descrever os fatos e fenômenos observados.

É neste sentido que Marshall e Rossman (1995) atestam que o objetivo da pesquisa descritiva é documentar o fenômeno de interesse do pesquisador, que busca conhecer os comportamentos, eventos, crenças, atitudes, estruturas e processos significativos que nele ocorrem. Desta forma,

as pesquisas deste tipo têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas

características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (GIL, 2009, p. 28).

Quanto à pesquisa exploratória, na visão de Gil (1991), seu objetivo é proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo explícito. Desta forma, para a obtenção de dados e informações ausentes de relatórios gerenciais, foi realizado um trabalho *in loco* nos hospitais pesquisados: Hospital Felício Rocho e Hospital Arnaldo Gavazza Filho.

3.3 Unidades de observação e população

Participaram desta pesquisa dois hospitais certificados. Um de Belo Horizonte-MG, Hospital Felício Rocho – HFR, localizado à Avenida do Contorno, 9.530 – Bairro Prado, de propriedade da Fundação Felice Rosso; e o outro de Ponte Nove-MG, Hospital Arnaldo Gavazza Filho - HAG, localizado à Av. Dr. José Grossi, 16 – Centro, de propriedade da Fundação Filantrópica e Beneficente de Saúde Arnaldo Gavazza Filho.

Neste estudo, optou-se pela amostragem por acessibilidade, ou seja, o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, e que possam, de alguma forma, representar o universo da pesquisa, ou seja, escolhe o que está disponível. “Aplica-se este tipo de amostragem em estudos exploratórios ou qualitativos, onde não é requerido elevado nível de precisão” (KLEINSCHMITT, 2001).

De acordo com Gil (1999), o tamanho da amostra é determinado por quatro fatores: a amplitude da população, o nível de confiança estabelecido, o erro máximo permitido e a porcentagem com que o fenômeno se verifica. Neste sentido, optou-se por conhecer a realidade vivida pelos cinco principais gestores de cada uma das organizações hospitalares pesquisadas.

O primeiro hospital – *Hospital Felício Rocho* – com Certificação ISO 9001:2008 e Acreditação ONA Nível III, é um hospital geral, que no período de realização desta pesquisa prestou atendimento a aproximadamente 1200 pacientes/mês, ofertando um grupo de 65 clientes/mês entrevistados. O segundo – Hospital Arnaldo Gavazza Filho – é um hospital geral, com certificação ISO 9001:2000, nos anos de 2009 e 2010 e Re-Certificação da ISO 9001:2008, pela Det Norke Veritas, e atendeu uma população aproximada de 700 pacientes/mês, ofertando um grupo consistente de entrevistados.

3.4 Instrumentos de coleta de dados

Conforme atestado por Silva e Menezes (2001), a entrevista é utilizada para se obter informações do entrevistado sobre determinado assunto ou problema, e nesta pesquisa, foi estruturada em dois questionários, visando à coleta de dados.

O primeiro questionário, do tipo *Survey* (Anexo I), aplicado aos pacientes dos citados hospitais, teve por fundamento o objetivo de mensurar seu grau de satisfação com os serviços prestados, e foi organizado a partir de escalas adaptadas dos autores Fornell *et al.* (1996), Morgan e Hunt (1994), Oliver (1997), Parasuraman Zeithaml e Berry (1988) e Souki e Pereira (2004). Importante ressaltar que este questionário foi estruturado de forma a dar liberdade de escolha ao entrevistado quanto à sua identificação, nos casos em que a entrevista fosse realizada no ambiente hospitalar, situação propícia à inibição do respondente.

O segundo questionário, composto de apenas 5 perguntas e aplicado aos gestores (Anexo II), foi baseado em suas dificuldades e facilidades, para mensurar qual o nível de inter-relação gestor *versus* cliente possibilita o alcance da excelência de resultados. Buscou-se, com este instrumental de coleta de dados, conhecer a realidade vivida pelo gestor, desde a Certificação ou Acreditação até os seus resultados, visando o entendimento do processo.

Os questionários foram aplicados, via Calls Centers e colaboradores dos setores de qualidade dos hospitais selecionados, a 200 clientes internados durante os meses de realização da pesquisa, sendo alguns selecionados após a internação e outros com até 30 dias da alta hospitalar, de forma a garantir confiabilidade às informações colhidas, dado que, durante a internação hospitalar, os pacientes têm receio de desqualificar o serviço utilizado. Após a aplicação, os dados eram disponibilizados para tabulação.

3.5 Amostragem

Marconi e Lakatos (2003) informam que técnicas de coleta de dados correspondem às definições operacionais em relação à sua parte prática. Assim, independente da técnica escolhida, deve-se descrever tanto a característica

quanto a forma de sua aplicação, indicando, inclusive, como se pensa codificar e trabalhar os dados obtidos.

Segundo os autores, a soma do material coletado aproveitável e adequado variará de acordo com a habilidade do investigador e de sua experiência e capacidade de descobrir indícios, no caso da pesquisa, ou subsídios importantes para o seu trabalho (MARCONI; LAKATOS, 2003).

A fórmula de cálculo utilizada para o tamanho da amostra segundo uma população finita é representada por Martins (2000) como:

$$N = \frac{Z^2(p)[1-(p)](n)/(N-1)e^2 + Z^2(p)[1-(p)]}{(1) - Z^2(p)[1-(p)]}$$

- a) n – Corresponde ao tamanho da amostra
- b) Z – Representa o número de desvios-padrão, em função de uma margem de confiança preestabelecida, definida nesta pesquisa em 95% ($Z = 1,96$);
- c) P – Proporção conhecida dos respondentes a uma pergunta, admitida, neste caso, em 95%;
- d) e – Margem de erro amostral tolerado, admitido em 0,06.

Aplicada a fórmula, concluiu-se pela necessidade da aplicação do número mínimo de 179 questionários.

O tratamento final dos dados, realizado via métodos estatísticos apropriados, apresenta, segundo Malhotra (2001), a vantagem da quantificação e generalização dos dados da amostra. Esta classificação também se justifica pelas seguintes características do estudo: definição clara das informações necessárias, processo de pesquisa formal e estruturado, amostra grande e representativa e análise de dados quantitativa e conclusiva.

3.6 Construtos e indicadores

Dado que um constructo “é uma criação mental, simples, que serve de exemplificação na descrição de uma teoria” (HOUAIS; VILLAR, 2001), quando um pesquisador elabora um novo constructo, precisa interagir com sua criação, precisa verificar sua validade, explorar suas possibilidades e aguardar

contribuições de outros pesquisadores e/ou orientadores. É com este propósito que se propõe o estudo desses constructos aplicados à qualidade da prestação de serviços hospitalares no plano do atendimento ao paciente, a partir da relação gestor *versus* pacientes.

- 1 *Satisfação* – A qualidade percebida e o valor percebido são os constructos de maior impacto sobre a satisfação do cliente. Assim sendo, a organização deve investir, em primeiro lugar, na qualidade e no valor dos produtos e serviços para obter a lealdade pela satisfação de seus clientes. E para satisfazê-los, a qualidade do serviço tem de atender ou exceder suas expectativas (STUM; THIRY, 1991). Por conseguinte, clientes satisfeitos, frequentemente, repetem a compra.
- 2 *Expectativas* – Por outro lado, a expectativa não tem impacto significativo sobre a satisfação. Conforme atesta Oliver (1997), a satisfação decorre de avaliação das expectativas e do desempenho percebido. As expectativas do mercado representam a experiência de consumo prévio da oferta da empresa, incluindo a informação não experimental disponível através de propaganda na mídia, de divulgação boca-a-boca e da capacidade do fornecedor de prever e atender os requisitos da qualidade esperada no futuro. Assim, o construto expectativa tem perspectivas de passado e futuro. Captura as experiências de qualidade prévias, estabelecendo uma associação direta e positiva com os resultados da empresa, tais como a conquista da satisfação dos clientes. Ao mesmo tempo, prevê o comportamento da empresa no futuro. A expectativa de qualidade futura é crítica para a avaliação da qualidade presente. Assim, o papel preditivo das expectativas sugere um efeito positivo sobre a satisfação geral (FORNELL *et al.*, 1996). Finalmente, as expectativas dos clientes devem ser relacionadas positivamente com a qualidade percebida e, conseqüentemente, com o valor percebido. O conhecimento do cliente deve ser tal que as expectativas espelhem precisamente a qualidade corrente. Espera-se que o mercado servido nutra expectativas que sejam amplamente

racionais e que reflitam as habilidades dos clientes em aprender, a partir da experiência, a prever os níveis de qualidade e valor percebidos.

- 3 *Propensão à fidelidade* – a satisfação é uma grande arma para obtenção da fidelidade do cliente. Por outro lado, ela também tem sido definida a partir de um ponto de vista de concretização final dos objetivos do marketing, culminado no fim último das intenções comportamentais dos clientes em continuar a usar uma marca (ou uma empresa) no futuro. O valor da fidelidade vem sendo gerado e resgatado ao longo do tempo pelos consumidores leais de diversas formas, porém a compreensão de que este valor pertence ao cliente ainda é pouco difundida. Da mesma forma, tal valor não é comumente calculado pelas empresas. Mas ele existe e transita no cotidiano de relacionamento entre a empresa e seus clientes. Clientes leais conseguem extrair das empresas o valor de sua fidelidade, seja mediante produtos adicionais, distinção no atendimento ou privilégios diversos. Nos hospitais, não se observa a questão da fidelidade, pois percebe-se que grande parte dos clientes é encaminhada por seus médicos. Por isto, neste estudo, considera-se o peso da indicação médica no plano da qualidade do atendimento hospitalar.
- 4 *Qualidade dos serviços percebida* – é a forma pela qual se julga a excelência ou superioridade do serviço prestado pelo fornecedor, ou seja, como um cliente compara o serviço que recebe com o que, segundo suas expectativas, deveria receber. O julgamento da qualidade vai resultar da discrepância (grau e direção do afastamento) entre as expectativas e o efetivamente recebido do fornecedor, como assinalam Parasuramn, Zeithaml e Berry (1988).
- 5 *Valor percebido* – Segundo Zeithaml (1998) podem existir diferenças entre as expectativas dos clientes quanto aos atributos de valor do produto e as percepções da empresa sobre essas expectativas. Segundo Kotler (1998), o valor percebido pelo cliente é o resultado da diferença entre o valor total esperado e o custo total envolvido na

transação. Desse modo, se o consumidor considerar que o valor recebido foi maior que o esperado, ele ficará satisfeito com a aquisição, porém, se o resultado for negativo, ocorrerá o sentimento de frustração.

3.6.1 Indicadores

- Construto Satisfação

Nº	INDICADOR
Q4	Serviço médico hospitalar satisfatório
Q6	Nível de conhecimento de enfermagem satisfatório
Q7	Profissionalismo de hotelaria satisfatório

- Construto Expectativa

Nº	INDICADOR
Q8	Qualidade de serviço prestado, higienização e limpeza adequada
Q9	Serviços prestados com presteza e rapidez esperada
Q10	As instalações adequadas, visualmente agradáveis e tempo para cumprimento da tarefa respeitado.

- Construto Fidelidade

Nº	INDICADOR
Q11	Indicação dos serviços considerando um hospital de excelência
Q15	Retorno ao Hospital em função de aspectos qualitativos de assistência
Q16	Retorno ao Hospital em função da indicação médica

- Construto Qualidade Percebida

Nº	INDICADOR
Q12	Diferencial positivo na estadia
Q13	Implantação de certificação hospitalar gera melhora qualitativa dos processos causando impacto na assistência

- Construto Valor Percebido

Nº	INDICADOR
Q15	Custo efetivamente igual ao mercado em função da qualidade apresentada
Q16	Custo efetivamente igual ao mercado em função da resolubilidade apresentada

Alguns dos principais benefícios analisados relativos à satisfação do cliente com os produtos e serviços ofertados pela organização, podem ser descritos por suas características intrínsecas, a saber: (a) a imagem da marca perante o mercado; (b) garantias extras; (c) explicações de funcionamento; (d) atendimento recebido durante o processo de escolha das opções e compra; (e) vantagens do local; e (f) conquista de *status*.

Desta forma, para conseguir aumentar o valor percebido, é preciso ter como meta o incremento desses benefícios, porém, não se chegará a um resultado efetivo se não se incluir os custos, financeiros ou não, para os clientes, a saber: (a) o preço monetário em si; (b) a carga de impostos aplicados; (c) o custo gerado no processo de entrega; (d) o tempo que é despendido para realizar a compra; (f) o risco que é assumido para realizar a escolha e usufruir o produto; e (g) as tensões e os problemas emocionais.

Neste contexto, o valor percebido ideal é aquele que maximiza os benefícios que os clientes mais valorizam e, simultaneamente, busca reduzir os custos inerentes ao processo de compra.

No modelo abaixo, observa-se que as expectativas do cliente geram a qualidade percebida, o valor percebido e a satisfação, podendo gerar, conseqüentemente, a lealdade. Partindo-se deste princípio, é que pretende-se descobrir, neste estudo, se no setor hospitalar a qualidade e as certificações geram a lealdade, ou se apenas são modelos de gestão para um melhor controle (FIG. 14).

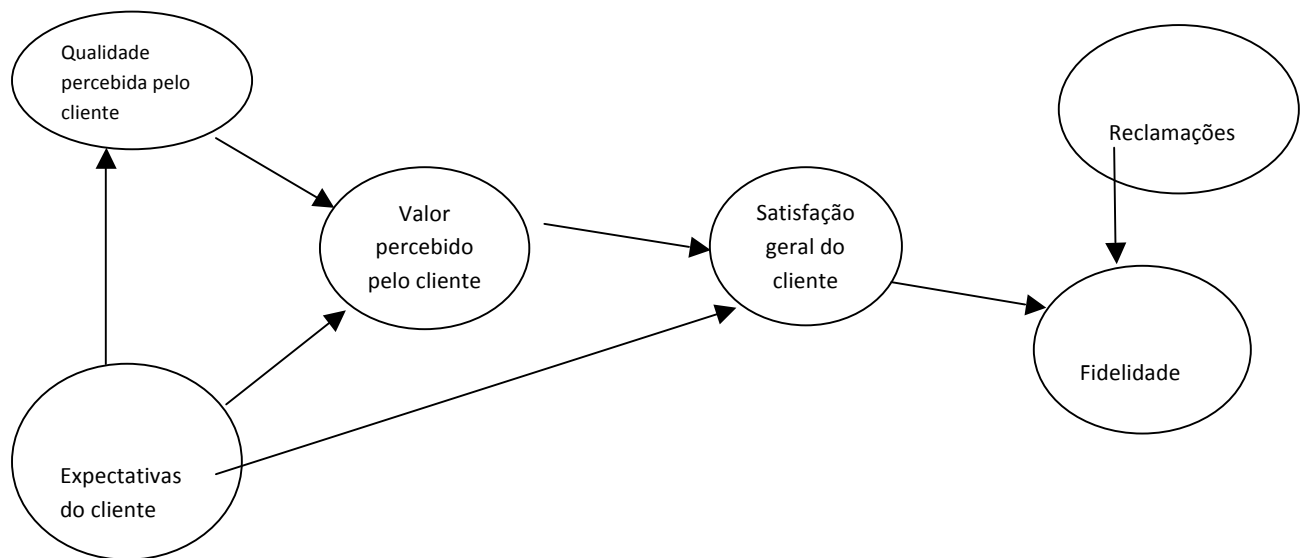


FIGURA 14 – Processo expectativa do cliente
 Fonte: GONÇALVES FILHO; GUERRA; MOURA, 2004.²³

3.7 Análise de dados

Objetivando garantir maior grau de fidedignidade e validade do instrumento de pesquisa, foram aplicados vários testes estatísticos que permitiram identificar problemas subjacentes aos dados e tratar essas deficiências (TABACHNICK; FIDEL, 2001). Assim, utilizou-se os seguintes instrumentos estatísticos: cálculos das médias e desvios padrão de cada dimensão do modelo, apuração de dados ausentes, levantamento de *outliers* uni e multivariados, detecção da normalidade e da linearidade dos dados, análise da fidedignidade e dimensionalidade do instrumento de pesquisa, avaliação da confiabilidade e validade dos construtos de acordo com as análises discriminantes, nomológicas e convergentes.

²³ GONÇALVES FILHO, Cid; GUERRA, Renata Souza; MOURA, Alexandre Inácio. Mensuração de satisfação, qualidade, lealdade, valor e expectativa em instituições de ensino superior: um estudo do modelo ACSI através de equações estruturais. *Gestão.Org*, v. 2, n. 1, jan./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/gestaoorg/index.php/gestao/article/viewFile/90/80>>. Acesso em: 20 fev. 2013.

4 ANÁLISE DE RESULTADOS

Os procedimentos de análise dos dados recolhidos na pesquisa são descritos, partindo-se de condições e pressupostos, com posterior discussão dos elementos envolvidos para obtenção dos resultados finais, inclusive, considerando-se as limitações das amostras e das decisões tomadas, visando alcançar resultados satisfatórios. Para tal, aplicou-se o padrão usual em uma análise multivariada, conforme sugerem Hair *et al.* (1998), Tabachnick e Fidel (2001) e Kline (1998), utilizando-se aplicativos como o SPSS e o Smart PLS.

Preliminarmente à análise efetiva, avaliou-se a existência de problemas nos dados, para saber se estes atendiam aos requisitos estatísticos das técnicas utilizadas, na sequência, em sua formulação (TABACHNICK; FIDEL, 2001, p. 56).

4.1 Perfil da amostra

Para a obtenção dos dados relacionados aos clientes foram aplicados, nos dois hospitais estudados, 179 questionários compostos de 16 perguntas, sendo as respostas dadas na Escala Likert.

A Escala Likert é do tipo de resposta psicométrica usada comumente em questionários e, com mais frequência, em pesquisas de opinião. Ao responderem um questionário baseado nesta escala, os entrevistados especificam seu nível de concordância com uma afirmação. Normalmente, o que se deseja é medir o nível de concordância ou discordância à afirmação proposta. E com a mesma normalidade são utilizados cinco níveis de respostas.

Como o questionário foi aplicado diretamente ao cliente, constata-se que houve baixa ausência de respostas entre esses sujeitos da pesquisa.

Quanto aos gestores, teve-se a participação de 15 sujeitos dos dois hospitais pesquisados, e ainda, uma entrevista com 12 deles para detectar os pontos positivos da implantação da Certificação nos hospitais e conhecer suas sugestões sobre o processo.

Na elaboração da análise fatorial, foi recomendada a utilização de testes para verificar a adequabilidade dos dados analisados. Nesse processo, foram utilizados dois testes: o KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) e o Teste de Bartlett. Tem-se, na Tabela 1, a classificação de resultados do teste KMO:

TABELA 1
Classificação de resultados

KMO	Grau de ajuste à Análise Fatorial
0,9-1	Muito boa
0,8-0,9	Boa
0,7-0,8	Média
0,6-0,7	Razoável
0,5-0,6	Má
<0,5	Inaceitável

Fonte: LIKERT, 1932.²⁴

Na interpretação do resultado, segundo o *software* SPSS²⁵, valores próximos de 1,0 indicam que o método de análise fatorial é perfeitamente adequado para o tratamento dos dados. Por outro lado, valores menores que 0,5 indicam a inadequação desse método (PEREIRA, 2003).

O Teste de Bartlett é interpretado da seguinte forma: se apresentar resultado significativo (p -valor $<0,05$), os dados são adequados para aplicação da análise fatorial; caso contrário, os dados não são adequados. Porém, esse teste só pode ser aplicado, quando as variáveis testadas tiverem distribuição normal.

Para testar a normalidade dos dados foi feito o teste de Anderson-Darling. A hipótese nula testada é a de que a população tem distribuição normal numa determinada característica. Logo, se o resultado do teste for significativo (p -valor $< 0,05$), quer dizer que essa população não tem distribuição normal.

Outro fator que mede a adequabilidade do banco de dados é a matriz de correlação, sendo que essa deve possuir a maior parte dos coeficientes com valor acima de 0,3 (FIGUEIREDO; SILVA, 2010).

²⁴ LIKERT, Rensis. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, n. 140, p. 1-55, 1932. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Escala_Likert. Acesso em: 1 abr. 2013.

²⁵ SPSS Inc. *Statistical Analysis Using SPSS*. Chicago, IL: SPSS Inc., 2001.

4.2 Análise descritiva

Foram aplicados nos dois hospitais pesquisados 179 questionários, sendo 112 respondentes do Arnaldo Gavazza e 67 do Felício Rocho. Os entrevistados foram agrupados por hospital. As entrevistas com os clientes do Hospital Felício Rocho somaram um número menor que o previsto, pela dificuldade de acesso ou de contato com esses sujeitos.

Quanto aos gestores, como já exposto, foram entrevistados 15 profissionais dos dois hospitais pesquisados, sendo que 12 deles ainda responderam a uma entrevista, visando detectar os pontos positivos da implantação da certificação nos hospitais e conhecer suas sugestões sobre o processo.

4.2.1 Análise geral do questionário de clientes

A maioria dos entrevistados é do sexo feminino, já que apenas 28,8% pertencem do sexo masculino.

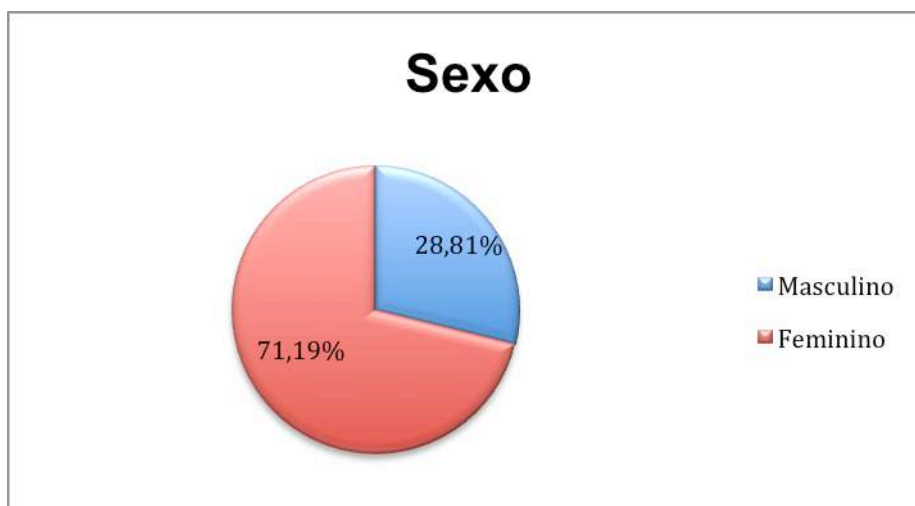


GRÁFICO 1 – Gênero dos respondentes

Fonte: Original desta pesquisa.

A faixa etária acima de 38 anos reúne a maior parte dos entrevistados, a saber, 70% deles. Conseqüentemente, nas outras faixas etárias, a baixa quantidade varia de 12 a 14 respondentes.

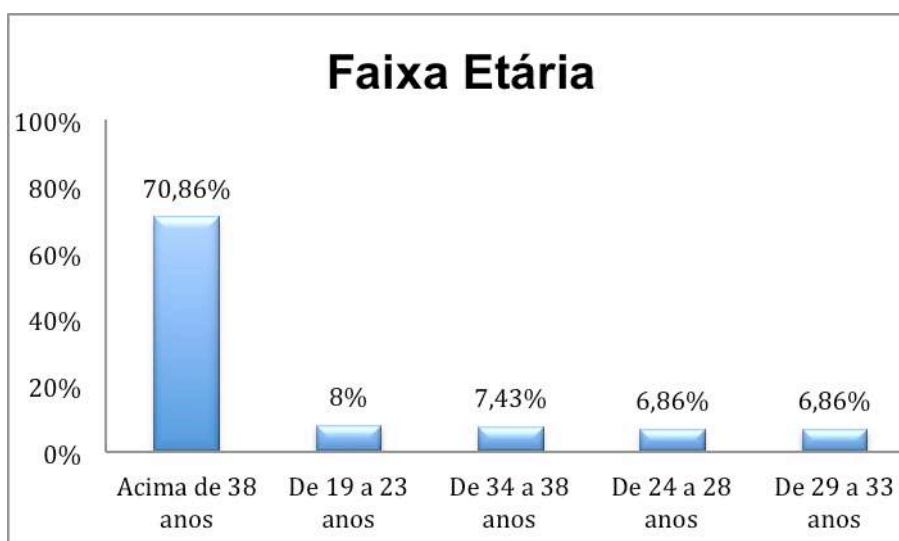


GRÁFICO 2 – Faixa etária dos respondentes (I)

Fonte: Original desta pesquisa.

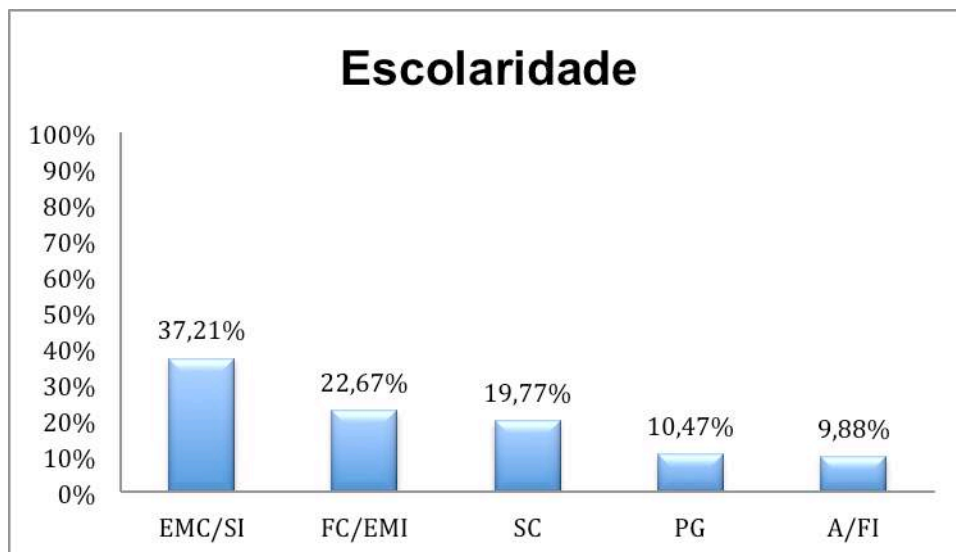
Aproximadamente 37% dos respondentes completaram o ensino médio ou possuem o nível superior incompleto. Menos de 10% dos entrevistados são analfabetos ou possuem o ensino fundamental incompleto. Quase 20% dos respondentes possuem nível superior.

TABELA 2

Grau de escolaridade dos respondentes

Escolaridade	Frequência	Porcentagem (%)	Porcentagem Acumulada (%)
Analfabeto/fundamental incompleto	17	9,88	9,88
Fundamental completo/ensino médio incompleto	39	22,67	32,56
Ensino médio completo/superior incompleto	64	37,21	69,77
Superior completo	34	19,77	89,53
Pós-graduação	18	10,47	100
Total	172	100	

Fonte: Original desta pesquisa.



A/FI: Analfabeto/fundamental incompleto; FC/EMI: Fundamental completo/ensino médio incompleto; EMC/SI: Ensino médio completo/superior incompleto; SC: Superior completo; PG: Pós-graduação

GRÁFICO 3 – Grau de escolaridade dos respondentes

Fonte: Original desta pesquisa

4.2.2 Análise geral do questionário “clientes” por hospital

Nos dois hospitais, a maioria dos respondentes é do sexo feminino, alcançando em torno de 70% do total.

TABELA 3

Porcentagem do gênero dos respondentes por hospital

Sexo	Hospital	
	Arnaldo Gavazza	Felício Rocho
Masculino	26,4%(29)	32,8%(22)
Feminino	73,6%(81)	67,2%(45)

Fonte: Original desta pesquisa.

A maioria dos respondentes dos dois hospitais, aproximadamente 70%, tem mais de 38 anos. A faixa etária com menor número de entrevistados no hospital Arnaldo Gavazza – HAG é a de 34 a 38 anos, e no Felício Rocho – HFR, acima de 43 anos.

TABELA 4
Porcentagem de respondentes por idade

Faixa Etária	Hospital	
	Arnaldo Gavazza	Felício Rocho
De 19 a 23 anos	10,2% (11)	4,5% (3)
De 24 a 28 anos	7,4% (8)	6,0% (4)
De 29 a 33 anos	7,4% (8)	6,0% (4)
De 34 a 38 anos	4,6% (5)	11,9% (8)
Acima de 38 anos	70,4% (76)	71,6% (48)

Fonte: Original desta pesquisa.

No hospital Arnaldo Gavazza, 31,4% dos respondentes possuem o ensino médio completo ou o superior completo. No Felício Rocho, essa classe também é a que possui o maior número de entrevistados, 46,3%. A segunda classe com mais respondentes no HAG é a fundamental completo/ensino médio incompleto, enquanto no HFR é a superior completo. No HFR, tem-se uma porcentagem maior de entrevistados com superior completo e/ou pós-graduação do que o HAG.

TABELA 5
Porcentagem de respondentes por escolaridade

Escolaridade	Hospital	
	Arnaldo Gavazza	Felício Rocho
Analfabeto/fundamental incompleto	13,3% (14)	4,5% (3)
Fundamental completo/ensino médio incompleto	29,5% (31)	11,9% (8)
Ensino médio completo/superior incompleto	31,4% (33)	46,3% (31)
Superior completo	14,3% (15)	28,4% (19)
Pós-graduação	11,4% (12)	9,0% (6)

Fonte: Original desta pesquisa.

No HAG, aproximadamente 97% responderam que concordam que o serviço médico do hospital foi satisfatório, enquanto que no HFR 90% dos respondentes tiveram essa mesma opinião.

TABELA 6
 Porcentagem de respondentes por hospital sobre a pergunta:
 “O serviço médico deste hospital foi satisfatório?”

	Hospital	
	Arnaldo Gavazza	Felício Rocho
Concordo totalmente	77,8% (84)	49,3% (33)
Concordo parcialmente	19,4% (21)	41,8% (28)
Não concordo e nem discordo	1,9% (2)	1,5% (1)
Discordo parcialmente	0% (0)	6% (4)
Discordo totalmente	0,9% (1)	1,5% (1)

Fonte: Original desta pesquisa.

Enquanto no HAG, 97% dos entrevistados consideraram satisfatório o nível de conhecimento da enfermagem, no HFR 86,5% concordaram com essa afirmação.

TABELA 7
 Porcentagem de respondentes por hospital sobre a pergunta:
 “O nível de conhecimento da enfermagem foi satisfatório?”

	Hospital	
	Arnaldo Gavazza	Felício Rocho
Concordo totalmente	74,1% (80)	50,7% (34)
Concordo parcialmente	23,1% (25)	35,8% (24)
Não concordo e nem discordo	2,8% (3)	4,5% (3)
Discordo parcialmente	0% (0)	9,0% (6)
Discordo totalmente	0% (0)	0% (0)

Fonte: Original desta pesquisa.

Nos dois hospitais, mais de 90% dos respondentes disseram que o nível de conhecimento da recepção foi satisfatório.

TABELA 8

Porcentagem de respondentes por hospital sobre a pergunta:
 “O nível de conhecimento de recepção foi satisfatório?”

	Hospital	
	Arnaldo Gavazza	Felício Rocho
Concordo totalmente	70,4% (76)	46,3% (31)
Concordo parcialmente	23,1% (25)	46,3% (31)
Não concordo e nem discordo	2,8% (3)	3% (2)
Discordo parcialmente	2,8% (3)	4,5% (3)
Discordo totalmente	0,9% (1)	0% (0)

Fonte: Original desta pesquisa.

No HFR, 95,5% dos respondentes consideraram que o nível de profissionalismo da equipe de recepção foi satisfatório, enquanto no HAG, 93,6% tiveram essa mesma opinião.

TABELA 9

Porcentagem de respondentes por hospital sobre a pergunta:
 “O profissionalismo da equipe da recepção foi satisfatório?”

	Hospital	
	Arnaldo Gavazza	Felício Rocho
Concordo totalmente	74,5% (82)	45,5% (30)
Concordo parcialmente	19,1% (21)	50% (33)
Não concordo e nem discordo	2,7% (3)	3% (2)
Discordo parcialmente	1,8% (2)	1,5% (1)
Discordo totalmente	1,8% (2)	0% (0)

Fonte: Original desta pesquisa.

No HAG 93,3% dos respondentes disseram que a qualidade do serviço prestado na limpeza é adequada, enquanto que no HFR essa porcentagem não chega a 90%.

TABELA 10

Porcentagem de respondentes por hospital sobre a pergunta:
“A qualidade do serviço prestado na limpeza é adequada?”

	Hospital	
	Arnaldo Gavazza	Felício Rocho
Concordo totalmente	82,1% (87)	46,3% (31)
Concordo parcialmente	13,2% (14)	40,3% (27)
Não concordo e nem discordo	0,9% (1)	7,5% (5)
Discordo parcialmente	3,8% (4)	4,5% (3)
Discordo totalmente	0% (0)	1,5% (1)

Fonte: Original desta pesquisa.

Aproximadamente 90% dos entrevistados do HAG concordaram que os serviços são prestados com a presteza e a rapidez esperadas, enquanto no HFR, essa porcentagem ficou em torno de 82%.

TABELA 11

Porcentagem de respondentes por hospital sobre a pergunta:
“Os serviços são prestados com a presteza e rapidez esperadas?”

	Hospital	
	Arnaldo Gavazza	Felício Rocho
Concordo totalmente	58,3% (63)	26,9% (18)
Concordo parcialmente	32,4% (35)	55,2% (37)
Não concordo e nem discordo	2,8% (3)	6,0% (4)
Discordo parcialmente	1,9% (2)	9,0% (6)
Discordo totalmente	4,6% (5)	3,0% (2)

Fonte: Original desta pesquisa.

No HAG, 96,3% dos respondentes estão satisfeitos com as instalações e com o tempo de cumprimento das tarefas, enquanto no HFR apenas 76,2% tiveram essa mesma opinião.

TABELA 12

Porcentagem de respondentes por hospital sobre a pergunta:
 “As instalações são adequadas, visualmente agradáveis,
 e o tempo para cumprimento da tarefa é respeitado?”

	Hospital	
	Arnaldo Gavazza	Felício Rocho
Concordo totalmente	70,6% (77)	26,9% (18)
Concordo parcialmente	25,7% (28)	49,3% (33)
Não concordo e nem discordo	0,9% (1)	6,0% (4)
Discordo parcialmente	0,9% (1)	9,0% (6)
Discordo totalmente	1,8% (2)	9,0% (6)

Fonte: Original desta pesquisa.

Aproximadamente 98% dos respondentes do HAG disseram que indicariam os serviços do hospital, enquanto no HFR esse percentual caiu para 88,1%.

TABELA 13

Porcentagem de respondentes por hospital sobre a pergunta:
 “Você indicaria os serviços deste hospital, considerando-os de excelência?”

	Hospital	
	Arnaldo Gavazza	Felício Rocho
Concordo totalmente	75,5% (74)	38,8% (26)
Concordo parcialmente	22,4% (22)	49,3% (33)
Não concordo e nem discordo	1,0% (1)	3,0% (2)
Discordo parcialmente	1,0% (1)	4,5% (3)
Discordo totalmente	0% (0)	4,5% (3)

Fonte: Original desta pesquisa.

No HAG, 88,8% dos respondentes responderam que a certificação do hospital da ONA ou ISO gera um diferencial positivo na atenção e estadia. No HFR, 90,9% expressaram essa mesma opinião.

TABELA 14

Porcentagem de respondentes por hospital sobre a pergunta:

“Você sabe que este hospital é certificado pela ONA ou ISO.

Acredita que isto gera um diferencial positivo na atenção e na estadia?”

	Hospital	
	Arnaldo Gavazza	Felício Rocho
Concordo totalmente	64,4% (58)	42,4% (28)
Concordo parcialmente	24,4% (22)	48,5% (32)
Não concordo e nem discordo	11,1% (10)	3% (2)
Discordo parcialmente	0% (0)	3% (2)
Discordo totalmente	0% (0)	3% (2)

Fonte: Original desta pesquisa.

No HFR 95,5% dos respondentes acreditam que a implantação de uma certificação hospitalar gera uma melhora qualitativa nos processos, que impacta na assistência hospitalar. No HAG aproximadamente 88% têm a mesma opinião.

TABELA 15

Porcentagem de respondentes por hospital sobre a pergunta:

“Quando você internou neste hospital, pensou que a implantação de uma certificação hospitalar geraria melhora da qualidade dos processos, impactando na assistência prestada?”

	Hospital	
	Arnaldo Gavazza	Felício Rocho
Concordo totalmente	69,2% (63)	44,8% (30)
Concordo parcialmente	18,7% (17)	50,7% (34)
Não concordo e nem discordo	9,9% (9)	3,0% (2)
Discordo parcialmente	0% (0)	1,5% (1)
Discordo totalmente	2,2% (2)	0% (0)

Fonte: Original desta pesquisa.

No HAG aproximadamente 96% dos respondentes consideraram adequada a qualidade final do serviço prestado pelo hospital. No HFR 88% tiveram essa mesma opinião.

TABELA 16

Porcentagem de respondentes por hospital sobre a pergunta:
 “A qualidade final do serviço prestado pelo hospital é adequada?”

	Hospital	
	Arnaldo Gavazza	Felício Rocho
Concordo totalmente	74,5% (70)	31,3% (21)
Concordo parcialmente	21,3% (20)	56,7% (38)
Não concordo e nem discordo	4,3% (4)	3,0% (2)
Discordo parcialmente	0% (0)	3,0% (2)
Discordo totalmente	0% (0)	6,0% (4)

Fonte: Original desta pesquisa.

No HAG, aproximadamente 96% dos respondentes retornariam ao hospital, por compreender seus aspectos qualitativos de assistência, mesmo sabendo que o custo poderia ser maior ou igual, enquanto no HFR, em torno de 90% dos entrevistados compartilham essa mesma opinião.

TABELA 17

Porcentagem de respondentes por hospital sobre a pergunta:
 “Você retornaria ao hospital por compreender seus aspectos qualitativos de assistência, mesmo sabendo que o custo poderia ser maior ou igual?”

	Hospital	
	Arnaldo Gavazza	Felício Rocho
Concordo totalmente	73,7% (70)	47,8% (32)
Concordo parcialmente	23,2% (22)	41,8% (28)
Não concordo e nem discordo	2,1% (2)	4,5% (3)
Discordo parcialmente	1,1% (1)	4,5% (3)
Discordo totalmente	0% (0)	1,5% (1)

Fonte: Original desta pesquisa.

Aproximadamente 92% dos respondentes do HAG escolheriam um hospital por indicação do médico. No HFR, 83,5% dos entrevistados tiveram essa mesma opinião.

TABELA 18

Porcentagem de respondentes por hospital sobre a pergunta:
 “Você escolheria um hospital por indicação do seu médico?”

	Hospital	
	Arnaldo Gavazza	Felício Rocho
Concordo totalmente	68,4% (67)	50,7% (34)
Concordo parcialmente	23,5% (23)	32,8% (22)
Não concordo e nem discordo	7,1% (7)	11,9% (8)
Discordo parcialmente	0% (0)	3% (2)
Discordo totalmente	1% (1)	1,5% (1)

Fonte: Original desta pesquisa.

4.2.3 Análise do questionário “clientes” por escolaridade

Analisando o questionário por escolaridade é percebido que as pessoas que tem maior grau de escolaridade tem maior discordância as perguntas estabelecidas demonstrando que o maior conhecimento pode levar a um maior questionamento.

As classes de A/FI, FC/EMI e PG tiveram 100% de respostas positivas na pergunta “O serviço médico deste hospital foi satisfatório?”. O maior percentual de respostas negativas está na classe dos respondentes que possuem ensino superior completo.

TABELA 19

Porcentagem de respondentes por escolaridade sobre a pergunta:
 “O serviço médico deste hospital foi satisfatório?”

	Escolaridade				
	A/FI	FC/EMI	EMC/SI	SC	PG
Concordo totalmente	70,6% (12)	83,8% (31)	60,9% (39)	51,5% (17)	76,5% (13)
Concordo parcialmente	29,4% (5)	16,2% (6)	31,3% (20)	39,4% (13)	23,5% (4)
Não concordo e nem discordo	0% (0)	0% (0)	3,1% (2)	3% (1)	0% (0)
Discordo parcialmente	0% (0)	0% (0)	4,7% (3)	3% (1)	0% (0)
Discordo totalmente	0% (0)	0% (0)	0% (0)	3% (1)	0% (0)

A/FI: Analfabeto/fundamental incompleto; FC/EMI: Fundamental completo/ensino médio incompleto; EMC/SI: Ensino médio completo/superior incompleto; SC: Superior completo; PG: Pós-graduação

Fonte: Original desta pesquisa.

Os percentuais mais elevados de entrevistados que deram resposta negativa pertencem às classes de escolaridade A/FI e PG. Somente a classe FC/EMI apresentou 100% de respostas positivas para essa pergunta.

TABELA 20

Porcentagem de respondentes por escolaridade da pergunta:
“O nível de conhecimento de enfermagem foi satisfatório?”

	Escolaridade				
	A/FI	FC/EMI	EMC/SI	SC	PG
Concordo totalmente	70,6% (12)	83,8% (31)	62,5% (40)	44,1% (15)	64,7% (11)
Concordo parcialmente	17,6% (3)	16,2% (6)	29,7% (19)	44,1% (15)	29,4% (5)
Não concordo e nem discordo	5,9% (1)	0% (0)	3,1% (2)	8,8% (3)	0% (0)
Discordo parcialmente	5,9% (1)	0% (0)	4,7% (3)	2,9% (1)	5,9% (1)
Discordo totalmente	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)

A/FI: Analfabeto/fundamental incompleto; FC/EMI: Fundamental completo/ensino médio incompleto; EMC/SI: Ensino médio completo/superior incompleto; SC: Superior completo; PG: Pós-graduação

Fonte: Original desta pesquisa.

A classe que apresentou maior percentual de respostas “concordo totalmente” quanto a um nível de conhecimento satisfatório da recepção foi a FC/EMI. Já a classe que apresentou maior percentual de respostas negativas foi a SC.

TABELA 21

Porcentagem de respondentes por escolaridade sobre a pergunta:
“O nível de conhecimento da recepção foi satisfatório?”

	Escolaridade				
	A/FI	FC/EMI	EMC/SI	SC	PG
Concordo totalmente	52,9% (9)	77,8% (28)	60,9% (39)	50% (17)	47,1% (8)
Concordo parcialmente	35,3% (6)	19,4% (7)	32,8% (21)	38,2% (13)	47,1% (8)
Não concordo e nem discordo	11,8% (2)	0% (0)	3,1% (2)	2,9% (1)	0% (0)
Discordo parcialmente	0% (0)	2,8% (1)	3,1% (2)	5,9% (2)	5,9% (1)
Discordo totalmente	0% (0)	0% (0)	0% (0)	2,9% (1)	0% (0)

A/FI: Analfabeto/fundamental incompleto; FC/EMI: Fundamental completo/ensino médio incompleto; EMC/SI: Ensino médio completo/superior incompleto; SC: Superior completo; PG: Pós-graduação

Fonte: Original desta pesquisa.

Apenas a classe FC/EMI apresentou 100% de respostas positivas sobre o profissionalismo da equipe de recepção. Já a classe FC/EMI foi a que apresentou o maior percentual de entrevistados que concordaram totalmente sobre isto.

TABELA 22

Porcentagem de respondentes por escolaridade sobre a pergunta:
“O profissionalismo da equipe da recepção foi satisfatório?”

	Escolaridade				
	A/FI	FC/EMI	EMC/SI	SC	PG
Concordo totalmente	52,9% (9)	76,3% (29)	60,9% (39)	57,6% (19)	58,8% (10)
Concordo parcialmente	23,5% (4)	23,7% (9)	34,4% (22)	39,4% (13)	35,3% (6)
Não concordo e nem discordo	17,6% (3)	0% (0)	1,6% (1)	3% (1)	0% (0)
Discordo parcialmente	5,9% (1)	0% (0)	1,6% (1)	0% (0)	5,9% (1)
Discordo totalmente	0% (0)	0% (0)	1,6% (1)	0% (0)	0% (0)

A/FI: Analfabeto/fundamental incompleto; FC/EMI: Fundamental completo/ensino médio incompleto; EMC/SI: Ensino médio completo/superior incompleto; SC: Superior completo; PG: Pós-graduação

Fonte: Original desta pesquisa.

A classe FC/EMI foi a única que obteve 100% de respostas positivas sobre a qualidade do serviço prestado na limpeza. Por outro lado, a A/FI foi a que apresentou o maior percentual de respostas negativas para essa pergunta.

TABELA 23

Porcentagem de respondentes por escolaridade sobre a pergunta:
“A qualidade do serviço prestado na limpeza é adequada?”

	Escolaridade				
	A/FI	FC/EMI	EMC/SI	SC	PG
Concordo totalmente	75% (12)	75,7% (28)	68,8% (44)	54,5% (18)	58,8% (10)
Concordo parcialmente	6,3% (1)	24,3% (9)	21,9% (14)	33,3% (11)	35,3% (6)
Não concordo e nem discordo	6,3% (1)	0% (0)	4,7% (3)	3% (1)	5,9% (1)
Discordo parcialmente	6,3% (1)	0% (0)	4,7% (3)	9,1% (3)	0% (0)
Discordo totalmente	6,3% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)

A/FI: Analfabeto/fundamental incompleto; FC/EMI: Fundamental completo/ensino médio incompleto; EMC/SI: Ensino médio completo/superior incompleto; SC: Superior completo; PG: Pós-graduação.

Fonte: Original desta pesquisa.

Nenhuma das classes apresentou 100% de respostas positivas sobre presteza e rapidez nos serviços prestados. Já as classes EMC/SI e SC foram as que apresentaram os maiores percentuais de respostas negativas para essa questão.

TABELA 24

Porcentagem de respondentes escolaridade sobre a pergunta:
“Os serviços são prestados com a presteza e a rapidez esperadas?”

	Escolaridade				
	A/FI	FC/EMI	EMC/SI	SC	PG
Concordo totalmente	62,5% (10)	63,2% (24)	35,9% (23)	41,2% (14)	47,1% (8)
Concordo parcialmente	25% (4)	34,2% (13)	48,4% (31)	47,1% (16)	41,2% (7)
Não concordo e nem discordo	6,3% (1)	0% (0)	4,7% (3)	2,9% (1)	5,9% (1)
Discordo parcialmente	0% (0)	0% (0)	7,8% (5)	5,9% (2)	5,9% (1)
Discordo totalmente	6,3% (1)	2,6% (1)	3,1% (2)	2,9% (1)	0% (0)

A/FI: Analfabeto/fundamental incompleto; FC/EMI: Fundamental completo/ensino médio incompleto; EMC/SI: Ensino médio completo/superior incompleto; SC: Superior completo; PG: Pós-graduação

Fonte: Original desta pesquisa.

A classe SC foi a que apresentou o maior percentual de respostas negativas sobre as instalações e o tempo para cumprimento das tarefas. Em contrapartida, as classes A/FI e FC/EMI foram as que apresentaram os maiores percentuais de respostas positivas para essa pergunta.

TABELA 25

Porcentagem de respondentes por escolaridade sobre a pergunta:
“As instalações são adequadas, visualmente agradáveis,
e o tempo para cumprimento da tarefa é respeitado?”

	Escolaridade				
	A/FI	FC/EMI	EMC/SI	SC	PG
Concordo totalmente	70,6% (12)	71,1% (27)	46,9% (30)	41,2% (14)	41,2% (7)
Concordo parcialmente	23,5% (4)	23,7% (9)	42,2% (27)	38,2% (13)	41,2% (7)
Não concordo e nem discordo	0% (0)	5,3% (2)	3,1% (2)	0% (0)	5,9% (1)
Discordo parcialmente	0% (0)	0% (0)	1,6% (1)	11,8% (4)	11,8% (2)
Discordo totalmente	5,9% (1)	0% (0)	6,3% (4)	8,8% (3)	0% (0)

A/FI: Analfabeto/fundamental incompleto; FC/EMI: Fundamental completo/ensino médio incompleto; EMC/SI: Ensino médio completo/superior incompleto; SC: Superior completo; PG: Pós-graduação

Fonte: Original desta pesquisa.

Somente a classe FC/EMI apresentou 100% de respostas positivas sobre a indicação dos serviços do hospital considerando-os de excelência. A classe com o maior percentual de respostas negativas foi a SC.

TABELA 26

Porcentagem de respondentes por escolaridade sobre a pergunta:
“Você indicaria os serviços deste hospital, considerando-os de excelência?”

	Escolaridade				
	A/FI	FC/EMI	EMC/SI	SC	PG
Concordo totalmente	75% (12)	76,5% (26)	58,3% (35)	45,5% (15)	47,1% (8)
Concordo parcialmente	12,5% (2)	23,5% (8)	36,7% (22)	42,4% (14)	47,1% (8)
Não concordo e nem discordo	6,3% (1)	0% (0)	0% (0)	3% (1)	5,9% (1)
Discordo parcialmente	6,3% (1)	0% (0)	3,3% (2)	3% (1)	0% (0)
Discordo totalmente	0% (0)	0% (0)	1,7% (1)	6,1% (2)	0% (0)

A/FI: Analfabeto/fundamental incompleto; FC/EMI: Fundamental completo/ensino médio incompleto; EMC/SI: Ensino médio completo/superior incompleto; SC: Superior completo; PG: Pós-graduação

Fonte: Original desta pesquisa.

Apenas a classe PG apresentou 100% de respostas positivas sobre a certificação da ONA ou ISO como geradora de um diferencial positivo na atenção dada ao cliente durante sua estadia. A classe que apresentou o maior percentual de respostas negativas foi a SC.

TABELA 27

Porcentagem de respondentes por escolaridade sobre a pergunta:
“Você sabe que este hospital é certificado pela ONA ou ISO? Acredita que isto gera um diferencial positivo na sua atenção e estadia?”

	Escolaridade				
	A/FI	FC/EMI	EMC/SI	SC	PG
Concordo totalmente	73,3% (11)	46,9% (15)	56,1% (32)	41,9% (13)	82,4% (14)
Concordo parcialmente	20% (3)	34,4% (11)	35,1% (20)	48,4% (15)	17,6% (3)
Não concordo e nem discordo	6,7% (1)	18,8% (6)	5,3% (3)	3,2% (1)	0% (0)
Discordo parcialmente	0% (0)	0% (0)	1,8% (1)	3,2% (1)	0% (0)
Discordo totalmente	0% (0)	0% (0)	1,8% (1)	3,2% (1)	0% (0)

A/FI: Analfabeto/fundamental incompleto; FC/EMI: Fundamental completo/ensino médio incompleto; EMC/SI: Ensino médio completo/superior incompleto; SC: Superior completo; PG: Pós-graduação

Fonte: Original desta pesquisa.

As classes que apresentaram 100% de respostas positivas na questão da implantação de certificação hospitalar como geradora de melhora qualitativa nos processos, impactando a assistência, foram a A/FI e a SC. A classe FC/EMI foi a que apresentou o maior percentual de respostas negativas a essa pergunta.

TABELA 28

Porcentagem de respondentes por escolaridade sobre a pergunta:
 “Quando você internou neste hospital, pensou que a implantação de certificação hospitalar geraria melhora qualitativa nos processos, impactando assistência prestada?”

	Escolaridade				
	A/FI	FC/EMI	EMC/SI	SC	PG
Concordo totalmente	66,7% (10)	59,4% (19)	63,8% (37)	51,5% (17)	58,8% (10)
Concordo parcialmente	33,3% (5)	25% (8)	27,6% (16)	48,5% (16)	35,3% (6)
Não concordo e nem discordo	0% (0)	12,5% (4)	6,9% (4)	0% (0)	5,9% (1)
Discordo parcialmente	0% (0)	0% (0)	1,7% (1)	0% (0)	0% (0)
Discordo totalmente	0% (0)	3,1% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)

A/FI: Analfabeto/fundamental incompleto; FC/EMI: Fundamental completo/ensino médio incompleto; EMC/SI: Ensino médio completo/superior incompleto; SC: Superior completo; PG: Pós-graduação

Fonte: Original desta pesquisa.

Todas as classes de escolaridade apresentaram mais de 90% de respostas positivas sobre a qualidade final do serviço prestado pelo hospital, à exceção da SC, que apresentou o maior percentual de respostas negativas a essa questão.

TABELA 29

Porcentagem de respondentes por escolaridade sobre a pergunta:
 “A qualidade final do serviço prestado pelo hospital é adequada?”

	Escolaridade				
	A/FI	FC/EMI	EMC/SI	SC	PG
Concordo totalmente	73,3% (11)	68,6% (24)	50% (30)	40% (12)	62,5% (10)
Concordo parcialmente	20% (3)	22,9% (8)	46,7% (28)	46,7% (14)	31,3% (5)
Não concordo e nem discordo	0% (0)	8,6% (3)	0% (0)	3,3% (1)	6,3% (1)
Discordo parcialmente	6,7% (1)	0% (0)	0% (0)	3,3% (1)	0% (0)
Discordo totalmente	0% (0)	0% (0)	3,3% (2)	6,7% (2)	0% (0)

A/FI: Analfabeto/fundamental incompleto; FC/EMI: Fundamental completo/ensino médio incompleto; EMC/SI: Ensino médio completo/superior incompleto; SC: Superior completo; PG: Pós-graduação

Fonte: Original desta pesquisa.

As classes FC/EMI e PG apresentaram 100% de respostas positivas para o retorno ao hospital por assimilar seus aspectos qualitativos de assistência, mesmo sabendo que o custo poderia ser maior ou igual. A classe com maior percentual de respostas negativas foi a SC.

TABELA 30

Porcentagem de respondentes por escolaridade sobre a pergunta:
“Você retornaria ao hospital por compreender seus aspectos qualitativos de assistência, mesmo sabendo que o custo poderia ser maior ou igual?”

	Escolaridade				
	A/FI	FC/EMI	EMC/SI	SC	PG
Concordo totalmente	62,5% (10)	81,3% (26)	58,3% (35)	40,6% (13)	82,4% (14)
Concordo parcialmente	31,3% (5)	18,8% (6)	33,3% (20)	46,9% (15)	17,6% (3)
Não concordo e nem discordo	6,3% (1)	0% (0)	5% (3)	3,1% (1)	0% (0)
Discordo parcialmente	0% (0)	0% (0)	3,3% (2)	6,3% (2)	0% (0)
Discordo totalmente	0% (0)	0% (0)	0% (0)	3,1% (1)	0% (0)

A/FI: Analfabeto/fundamental incompleto; FC/EMI: Fundamental completo/ensino médio incompleto; EMC/SI: Ensino médio completo/superior incompleto; SC: Superior completo; PG: Pós-graduação

Fonte: Original desta pesquisa.

Somente a classe SC apresentou mais de 90% de respostas positivas para a escolha do hospital por indicação de seu médico. FC/EMI foi a classe com o maior percentual de respostas negativas para essa questão.

TABELA 31

Porcentagem de respondentes por escolaridade sobre a pergunta:
“Você escolheria um hospital por indicação do seu médico?”

	Escolaridade				
	A/FI	FC/EMI	EMC/SI	SC	PG
Concordo totalmente	68,8% (11)	55,9% (19)	63,3% (38)	53,1% (17)	70,6% (12)
Concordo parcialmente	18,8% (3)	26,5% (9)	25% (15)	43,8% (14)	17,6% (3)
Não concordo e nem discordo	12,5% (2)	11,8% (4)	8,3% (5)	3,1% (1)	11,8% (2)
Discordo parcialmente	0% (0)	2,9% (1)	1,7% (1)	0% (0)	0% (0)
Discordo totalmente	0% (0)	2,9% (1)	1,7% (1)	0% (0)	0% (0)

A/FI: Analfabeto/fundamental incompleto; FC/EMI: Fundamental completo/ensino médio incompleto; EMC/SI: Ensino médio completo/superior incompleto; SC: Superior completo; PG: Pós-graduação

Fonte: Original desta pesquisa.

4.2.4 Análise geral do questionário aplicado aos gestores

Da mesma forma que se busca conhecer a avaliação dos clientes sobre a qualidade dos serviços hospitalares prestados, busca-se, também, neste estudo, conhecer e avaliar a percepção de qualidade do “gestor”. A fim de identificar o seu perfil, tem-se que 60% dos gestores entrevistados, ou seja, a maioria, são do sexo feminino, enquanto apenas 40% pertencem ao sexo masculino.

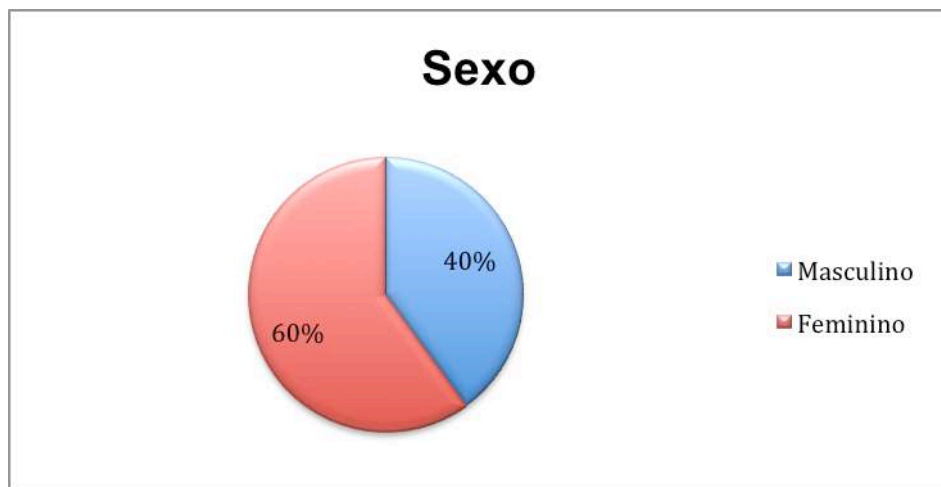


GRÁFICO 4 – Gênero dos respondentes
Fonte: Original desta pesquisa.

A faixa etária acima de 38 anos é a que contém o maior percentual de respondentes, com 33,3%. Por outro lado, a faixa com o menor percentual de entrevistados é a de 19 a 23 anos, com 6,7%.

TABELA 32

Faixa etária dos respondentes

Faixa Etária	Frequência	Porcentagem (%)	Porcentagem Acumulada (%)
De 19 a 23 anos	1	6,7	6,7
De 24 a 28 anos	4	26,7	33,3
De 29 a 33 anos	3	20,0	53,3
De 34 a 38 anos	2	13,3	66,7
Acima de 38 anos	5	33,3	100,0
Total	15	100,0	

Fonte: Original desta pesquisa.

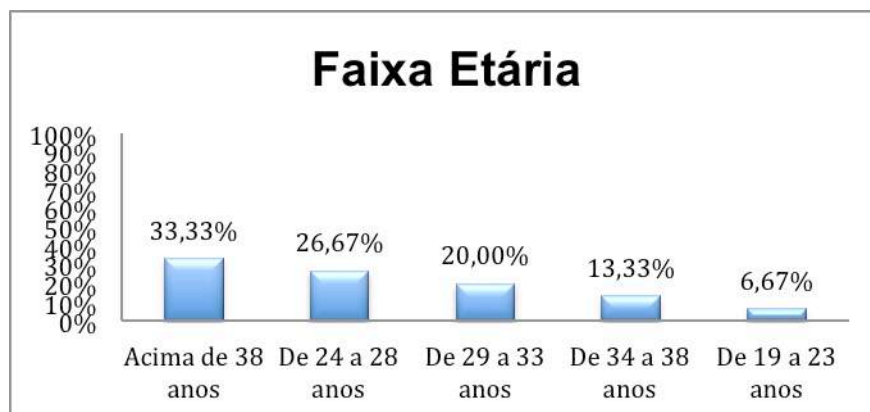


GRÁFICO 5 – Faixa etária dos respondentes (II)
Fonte: Original desta pesquisa.

A maioria dos gestores entrevistados – 80% – possuem pós-graduação. Nenhum gestor disse ser analfabeto ou ter ensino fundamental incompleto nem ter ensino médio completo ou superior incompleto.

TABELA 33
Grau de escolaridade dos respondentes

Escolaridade	Frequência	Porcentagem (%)	Porcentagem Acumulada (%)
Fundamental completo/ensino médio incompleto	1	6,7	6,7
Superior completo	2	13,3	20,0
Pós-graduação	12	80,0	100,0
Total	15	100,0	

Fonte: Original desta pesquisa.



A/FI: Analfabeto/fundamental incompleto; FC/EMI: Fundamental completo/ensino médio incompleto; EMC/SI: Ensino médio completo/superior incompleto; SC: Superior completo; PG: Pós-graduação

GRÁFICO 6 – Grau de escolaridade dos respondentes
Fonte: Original desta pesquisa.

A maior parte dos gestores entrevistados concorda que a implantação das certificações gera impacto na satisfação do cliente. Nenhum deles disse que discorda parcialmente ou que não concorda e nem discorda com a afirmação acima.



GRÁFICO 7 – Concordância com a questão: “Com a implantação das certificações, você percebe a gestão mais ordenada, gerando impacto na satisfação do cliente?”

Fonte: Original desta pesquisa.

Aproximadamente 85% dos entrevistados acreditam que têm atendido a expectativa do cliente. Nenhum gestor disse que discorda parcialmente dessa afirmativa.



GRÁFICO 8 – Concordância com a questão: “Você acredita que tem atendido a expectativa do seu cliente?”

Fonte: Original desta pesquisa.

93% dos respondentes disseram que seus clientes têm retornado ao hospital por considerá-lo de excelência. Apenas 6,7% deles não concordam com isso. As respostas “discordo parcialmente” e “não concordo e nem discordo” não foram marcadas por nenhum gestor.



GRÁFICO 9 – Concordância com a questão: “Em caso de necessidade, seus clientes têm retornado ao hospital por considerá-lo de excelência?”

Fonte: Original desta pesquisa.

93% dos entrevistados responderam que seus clientes têm retornado ao hospital pelo aspecto qualitativo da assistência. Nenhum gestor discordou dessa afirmativa.

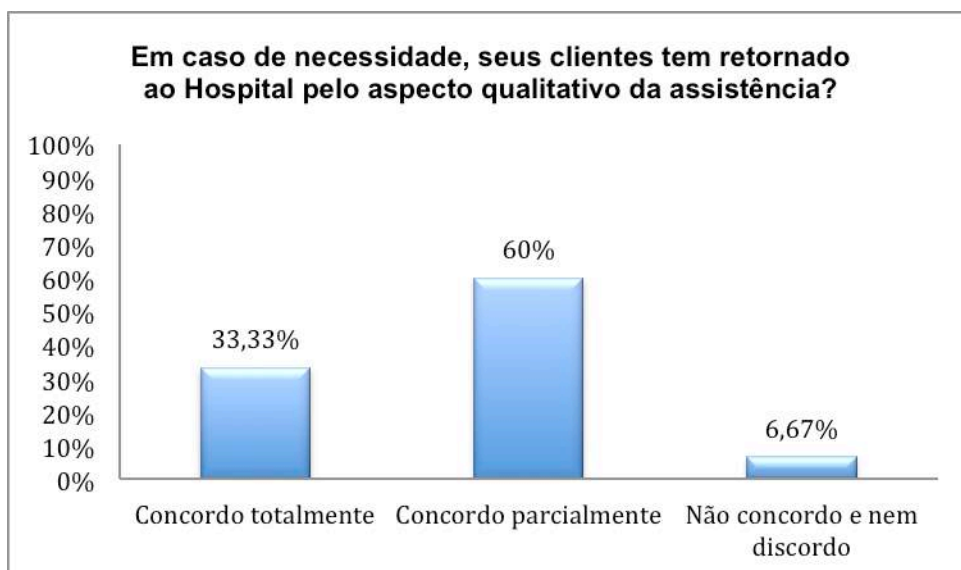


GRÁFICO 10 – Concordância com a questão: “Em caso de necessidade, seus clientes tem retornado ao hospital pelo aspecto qualitativo da assistência?”

Fonte: Original desta pesquisa.

Um pouco mais de 85% dos respondentes concordam que os clientes têm retornado ao hospital por indicação médica. Não houve respostas discordantes dessa afirmativa.

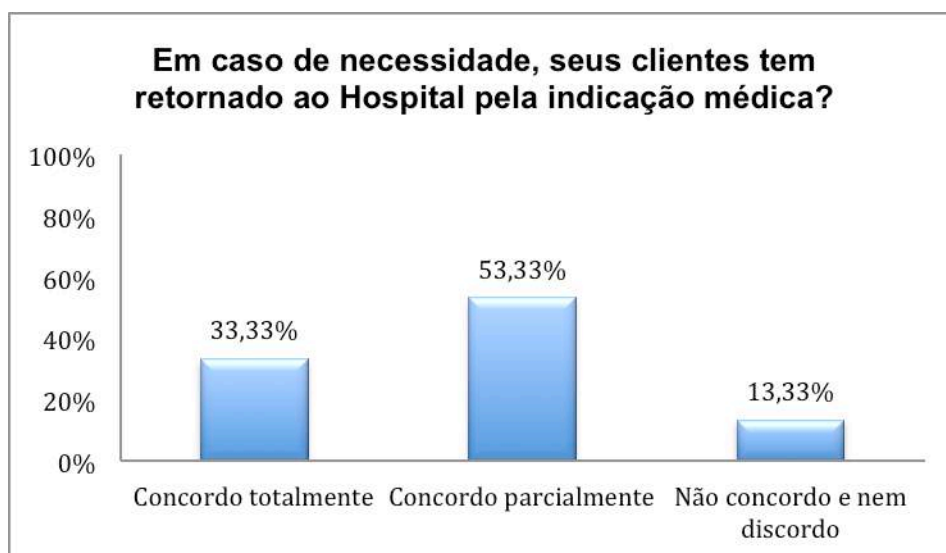


GRÁFICO 11 – Concordância com a questão “Em caso de necessidade, seus clientes tem retornado ao hospital pela indicação médica?”

Fonte: Original desta pesquisa.

86,67% dos gestores entrevistados disseram que a implantação da certificação gerou impacto positivo na estadia como reformas, novos projetos arquitetônicos e outros. Apenas um gestor disse não concordar com isso.



GRÁFICO 12 – Concordância com a questão: “A implantação da certificação gerou impacto positivo na estadia como reformas, novos projetos arquitetônicos ou outros?”

Fonte: Original desta pesquisa.

Todos os gestores concordam que a implantação da certificação gerou melhora qualitativa dos processos de gestão, causando impacto na assistência.

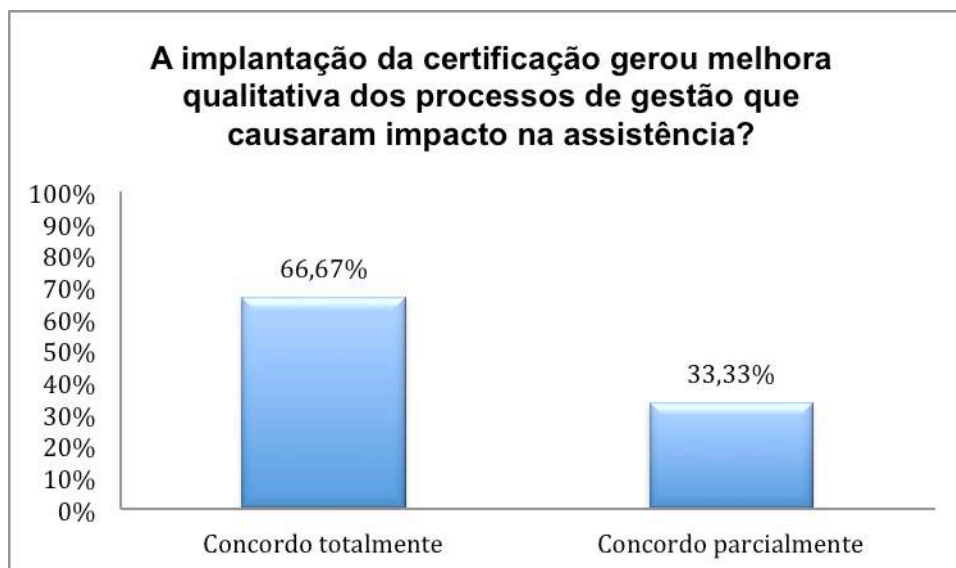


GRÁFICO 13 – Concordância com a questão “A implantação da certificação gerou melhora qualitativa dos processos de gestão que causaram impacto na assistência?”

Fonte: Original desta pesquisa.

80% dos respondentes acreditam que seu cliente voltaria ao hospital desconsiderando o custo (Pagamentos ou desembolso) pelos serviços. Nenhum gestor discordou dessa afirmativa.



GRÁFICO 14 – Concordância com a questão: “Você acreditaria que seu cliente voltaria ao hospital desconsiderando o custo (pagamentos ou desembolso) pelos serviços?”

Fonte: Original desta pesquisa.

4.3 Dados ausentes

Os dados ausentes ocorrem inevitavelmente em pesquisas, podendo deteriorar os resultados, distorcendo ou mesmo impossibilitando a análise dos dados (HAIR *et al.*, 1998, p. 46). Eles podem ocorrer por vários motivos, dentre eles pelo não entendimento do entrevistado da pergunta proposta, ou pelo seu desinteresse em responder tal pergunta. Por este motivo é de suma importância tratar estes dados, verificando os motivos determinaram seu surgimento (TABACHNICK; FIDEL, 2001, p. 48).

Avaliando o volume de dados ausentes neste estudo, constatou-se que apenas 144 perguntas foram deixadas em branco, perfazendo apenas 5% do total dos dados obtidos.

Como o volume foi muito baixo e nenhum questionário apresentou um número excessivo de perguntas em branco, optou-se por não excluir nenhum cliente da amostra.

4.4 Avaliação da normalidade

A fim de avaliar a normalidade dos dados em uma distribuição teórica, torna-se necessário averiguar se os dados empíricos se comportam tal qual proposto no modelo de distribuição teórica (TABACHNICK; FIDEL, 2001, p. 73).

Para facilitar seu entendimento dentro de cada análise, preferiu-se avaliar a normalidade dentro de cada requisito de pesquisa.

Conforme salienta Mingoti (2005, p. 52), quando os dados não são normais de maneira univariada, necessariamente não o podem ser de maneira multivariada. Assim, opta-se por trabalhar com procedimentos mais robustos de análises dentro do modelo de pesquisa.

4.5 Outliers

A existência de outliers também foi avaliada na pesquisa. Contudo, a presença desse tipo de observação não necessariamente prejudica a qualidade do banco de dados (HAIR *et al.*, 2005). Foram encontrados apenas 49 casos

isolados, dando uma média de aproximadamente 4 outliers por pergunta. Preferiu-se não retirá-los da amostra, já que foram as únicas respostas negativas dadas pelos clientes a todas as perguntas do questionário.

4.6 Análise da dimensionalidade

Com o intuito de conhecer a dimensionalidade de cada construto aplicou-se a Análise Fatorial Exploratória, conforme sugestão de Hair *et al.* (1998) e Tabachnick e Fidel (2001).

No construto Satisfação no Questionário Clientes, as questões que se apresentam são:

Q4: O serviço médico deste hospital foi satisfatório?

Q5: O nível de conhecimento da enfermagem foi satisfatório?

Q6: O nível de conhecimento da recepção foi satisfatório?

Q7: O profissionalismo da equipe de recepção foi satisfatório?

Antes de fazer a análise fatorial propriamente dita, necessário se faz verificar as características de cada questão.

Todas as quatro variáveis possuem média em torno de 4,5, mediana 5 e máximo 5. Esses resultados mostram que a maioria dos entrevistados concordou plenamente com as quatro questões. O desvio padrão de todas as questões ficou perto de 0,7.

TABELA 34
As quatro variáveis (satisfação)

Questão	N	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio Padrão
Q4	175	1	4,57	5	5	0,75
Q5	175	2	4,55	5	5	0,72
Q6	175	1	4,50	5	5	0,76
Q7	176	1	4,54	5	5	0,74

Fonte: Original desta pesquisa.

Quanto à normalidade dos dados, nenhuma questão segue distribuição normal, ou seja, o p-valor para o teste de Anderson-Darling foi menor que 0,05. As tabelas e gráficos dos testes foram anexadas ao estudo.

As correlações entre as variáveis Q1 e Q2 e entre Q3 e Q4 são fortes, e as demais correlações são fracas, não chegando a 0,5, mas pelo menos são maiores que 0,3, que é o mínimo exigido. As correlações fracas atrapalham o desempenho do construto.

TABELA 35
Matriz de correlação (satisfação)

	Q4	Q5	Q6	Q7
Q4	1,00	0,63	0,31	0,43
Q5	0,63	1,00	0,39	0,32
Q6	0,31	0,39	1,00	0,55
Q7	0,43	0,32	0,55	1,00

Fonte: Original desta pesquisa.

O KMO ficou entre 0,6 e 0,7, o que indica uma adequacidade razoável dos dados para a construção do construto. O Teste de Bartlett não pôde ser analisado nesse caso, pois as questões não seguem uma distribuição normal.

TABELA 36
KMO e Teste de Bartlett (satisfação)

KMO	0,627
Bartlett	193,13
P-valor	0

Fonte: Original desta pesquisa.

As variáveis Q4 e Q5 apresentaram as maiores comunalidades. Isso indica que essas variáveis são as mais importantes para a construção do construto Satisfação.

Esse construto acumula 57,84% da variação total dos dados. O indicado é que o fator tenha acumulado pelo menos 60% da variação total.

TABELA 37

Resultado da análise fatorial (satisfação)

Variável	Coeficiente	Comunalidade
Q4	,789	0,623
Q5	,775	0,601
Q6	,727	0,529
Q7	,749	0,561
Variância		2,314
Variância (%)		57,846

Fonte: Original desta pesquisa.

Eis a equação desse construto:

$$\text{Satisfação} = 0,789Q4 + 0,775Q5 + 0,727Q6 + 0,749Q7$$

4.6.1 Questões do construto “Expectativa” no questionário dos clientes

Q8: A qualidade do serviço prestado pela limpeza é adequada?

Q9: Os serviços são prestados com a presteza e a rapidez esperadas?

Q10: As instalações são adequadas, visualmente agradáveis e o tempo para cumprimento da tarefa é respeitado?

TABELA 38

Características das questões (expectativa)

Questão	N	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio Padrão
Q8	173	1	4,55	5	5	,795
Q9	175	1	4,21	4	5	1,003
Q10	176	1	4,30	5	5	1,027

Fonte: Original desta pesquisa.

Em todas as questões, o mínimo foi 1 e o máximo 5. A mediana das questões 8 e 10 é 5, já a da questão 9 é 4. As médias das três perguntas foram bem parecidas, próximas de 4,5. O desvio padrão da questão 8 ficou abaixo de 1 e o das outras questões ficou próximo de 1.

Foi verificada a normalidade das questões pelo teste de Anderson-Darling. Como o p-valor de todas foi menor que 0,05, quer dizer que nenhuma delas segue uma distribuição normal. Os gráficos com os testes estão em anexo.

As correlações maiores são entre as variáveis Q8 e Q10 e entre Q9 e Q10. A correlação entre Q8 e Q9 não chega a 0,5, entretanto, é maior que 0,3.

TABELA 39
Matriz de correlação (expectativa)

	Q8	Q9	Q10
Q8	1,00	0,47	0,53
Q9	0,47	1,00	0,54
Q10	0,53	0,54	1,00

Fonte: Original desta pesquisa.

O KMO ficou entre 0,6 e 0,7, o que indica uma adequação razoável dos dados para a realização da análise fatorial. O Teste de Bartlett não pôde ser analisado nesse caso, pois as questões não seguem uma distribuição normal.

TABELA 40
KMO e Teste de Bartlett (expectativa)

KMO	0,689
Bartlett	123,98
P-valor	0

Fonte: Original desta pesquisa.

A variância total dos dados explicada pelo construto é de 67,43%, portanto, está acima do mínimo exigido. Todas as variáveis possuem uma comunalidade alta, acima de 0,6.

TABELA 41
Resultado da análise fatorial (expectativa)

Variável	Coeficiente	Comunalidade
Q8	,805	,648
Q9	,814	,662
Q10	,844	,713
Variância		2,023
Variância (%)		67,433

Fonte: Original desta pesquisa.

Eis a equação desse construto:

$$\text{Expectativa} = 0,805\text{Q8} + 0,814\text{Q9} + 0,844\text{Q10}$$

4.6.2 Questões do construto Fidelidade no questionário dos clientes

Q11: Você indicaria os serviços deste hospital considerando-os de excelência?

Q15: Você retornaria ao hospital por compreender seus aspectos qualitativos de assistência, mesmo sabendo que o custo poderia ser maior ou igual?

Q16: Você escolheria um hospital por indicação do seu médico?

TABELA 42
Características das questões (fidelidade)

Questão	N	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio Padrão
Q11	165	1	4,48	5	5	0,81
Q15	162	1	4,53	5	5	0,73
Q16	165	1	4,46	5	5	0,81

Fonte: Original desta pesquisa.

O padrão de comportamento das três perguntas é bem semelhante. As médias das três questões estão próximas de 4,5. A mediana de todas é 5, ou seja, pelo menos 50% dos respondentes falaram que concordam totalmente com o que foi perguntado. O desvio padrão das três foi menor que 1.

Foi verificada a normalidade das questões pelo teste de Anderson-Darling. Como o p-valor de todas foi menor que 0,05, quer dizer que nenhuma delas segue uma distribuição normal. Os gráficos com os testes estão anexados a este estudo.

A única correlação forte é entre as variáveis Q11 e Q15. As demais correlações são muito fracas, menores que o mínimo exigido de 0,3. Essas correlações fracas mostram que a variável 16 atrapalha o desempenho do fator construído, já que todas suas correlações estão abaixo de 0,3.

TABELA 43
Matriz de correlação (fidelidade)

	Q11	Q15	Q16
Q11	1,00	0,61	0,14
Q15	0,61	1,00	0,20
Q16	0,14	0,20	1,00

Fonte: Original desta pesquisa.

O KMO ficou entre 0,5 e 0,6, o que indica uma má adequação dos dados para a realização da análise fatorial. O Teste de Bartlett não foi analisado, porque as questões não têm uma distribuição normal.

TABELA 44
KMO e Teste de Bartlett (fidelidade)

KMO	0,531
Bartlett	78,542
P-valor	0

Fonte: Original desta pesquisa.

O fator construído explica 56,27% da variação total dos dados, estando abaixo do mínimo indicado. Por causa da baixa correlação da questão 16 com as demais, a sua comunalidade foi muito baixa, menor que 0,2.

TABELA 45
Resultado Análise Fatorial (fidelidade)

Variável	Coefficiente	Comunalidade
Q11	,859	,737
Q15	,877	,769
Q16	,426	,181
Variância		1,688
Variância (%)		56,269

Fonte: Original desta pesquisa.

Eis equação desse construto:

$$\text{Fidelidade} = 0,859Q11 + 0,877Q15 + 0,426Q16$$

4.6.3 Questões do construto Qualidade Percebida no questionário dos clientes

Q12: Você sabe que este hospital é certificado pela ONA ou ISO. Você acredita que isto gere um diferencial positivo na sua atenção e estadia?

Q13: Você quando internou neste hospital, imaginou que a implantação de uma certificação hospitalar geraria uma melhora qualitativa dos processos que impactaria na sua assistência?

Q14: A qualidade final do serviço prestado pelo hospital é adequada?

TABELA 46
Características das variáveis (qualidade percebida)

Questão	N	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio Padrão
Q12	156	1	4,41	5	5	0,79
Q13	158	1	4,47	5	5	0,76
Q14	161	1	4,43	5	5	0,83

Fonte: Original desta pesquisa.

A média de todas as questões foi bem semelhante, ficando bem próxima de 4,4. A mediana, o mínimo e o máximo foram os mesmos para todas as questões.

Foi verificada a normalidade das questões pelo teste de Anderson-Darling. Como o p-valor de todas foi menor que 0,05, quer dizer que nenhuma delas segue uma distribuição normal. Os gráficos com os testes estão em anexo.

Todas as correlações são fracas, não chegando a 0,5, contudo, estão acima de 0,3. Essas correlações fracas atrapalham o desempenho do fator construído.

TABELA 47
Matriz de correlação (qualidade percebida)

	Q12	Q13	Q14
Q12	1,00	0,50	0,49
Q13	0,50	1,00	0,32
Q14	0,49	0,32	1,00

Fonte: Original desta pesquisa.

O KMO ficou entre 0,6 e 0,7, o que indica uma adequação razoável dos dados para a realização da análise fatorial. O Teste de Bartlett não foi analisado porque as questões não têm uma distribuição normal.

TABELA 48
KMO e Teste de Bartlett (qualidade percebida)

KMO	0,632
Bartlett	80,93
P-valor	0

Fonte: Original desta pesquisa

A variável Q12 é a mais importante do construto, pois é a que possui maior de comunalidade. As outras duas possuem a mesma importância.

O fator construído explica 62,45% da variância total dos dados, portanto está acima do mínimo exigido.

TABELA 49
Resultado da análise fatorial (qualidade percebida)

Variável	Coefficiente	Comunalidade
Q12	,853	,728
Q13	,759	,576
Q14	,755	,570
Variância		1,874
Variância (%)		62,450

Fonte: Original desta pesquisa.

Eis a equação desse construto:

$$\text{Qualidade Percebida} = 0,853Q11 + 0,759Q15 + 0,755Q16$$

4.6.4 Questões do construto Valor Percebido no questionário dos clientes

Q15: Você retornaria ao hospital por assimilar seus aspectos qualitativos de assistência, mesmo sabendo que o custo poderia ser maior ou igual?

Q16: Você escolheria um hospital por indicação do seu médico?

As características dessas questões já foram apresentadas no item 4.5.

A correlação entre as duas variáveis é muito baixa, menor que 0,3, o que demonstra a falta de adequabilidade dos dados.

TABELA 50
Matriz de correlação (valor percebido)

	Q15	Q16
Q15	1,00	0,20
Q16	0,20	1,00

Fonte: Original desta pesquisa.

O KMO foi de 0,5, o que indica uma má adequação dos dados para a realização da análise fatorial. O Teste de Bartlett não foi analisado, porque as questões não têm uma distribuição normal.

TABELA 51
KMO e Teste de Bartlett

KMO	0,5
Bartlett	6,229
P-valor	0,013

Fonte: Original desta pesquisa.

Apesar da correlação entre as variáveis Q15 e Q16 ser muito fraca, e da má adequação dos dados, o construto Valor Percebido foi criado, mas não será utilizado na análise do modelo estrutural.

O fator construído explica 59,81% da variação total dos dados, estando um pouco abaixo do que o mínimo indicado. As duas variáveis têm a mesma importância na construção do indicador.

TABELA 52
Resultado da análise fatorial

Variável	Coefficiente	Comunalidade
Q15	,773	,598
Q16	,773	,598
Variância		1,196
Variância (%)		59,815

Fonte: Original desta pesquisa.

Eis a equação desse construto:

$$\text{Valor Percebido} = 0,773Q15 + 0,773Q16$$

4.6.5 Questão do construto Satisfação no questionário dos clientes

Q4: Com a implantação das certificações, você percebe a gestão mais ordenada, gerando impacto na satisfação do cliente?

Como esse construto é constituído por apenas uma variável, não é possível fazer a análise fatorial, já que o objetivo desta é reduzir o número de variáveis mantendo a mesma informação. Logo, só será apresentada a análise descritiva dessa variável.

TABELA 53
Análise descritiva (satisfação)

Questão	N	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio Padrão
Q4	15	1	4,47	5	5	1,06

Fonte: Original desta pesquisa.

A média da questão 4 ficou próxima de 4,5. A mediana é igual ao máximo, 5. Como a mediana é igual ao máximo, é possível perceber que essa variável não tem distribuição normal. Esse fato foi comprovado pelo teste de Anderson-Darling. O gráfico com o teste encontra-se anexado a este estudo.

4.7 Análise dos construtos no questionário dos gestores

4.7.1 Construto “expectativa”

É constituído pela variável:

Q5: Você acredita que tem atendido a expectativa do seu cliente?

Pelo mesmo motivo apresentado no item anterior, não foi possível fazer a análise fatorial desse construto. Segue abaixo as características dessa variável.

TABELA 54
Características da variável (expectativa)

Questão	N	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio Padrão
Q5	15	1	4,00	4,00	5	1,00

Fonte: Original desta pesquisa.

A média e a mediana obtiveram o mesmo valor, 4. O mínimo foi 1 e o máximo 5. O teste de Anderson-Darling mostrou que essa variável não tem distribuição normal. O teste foi anexado a este estudo.

4.7.2 Construto “fidelidade”

É constituído pelas variáveis:

Q6: Em caso de necessidade, seus clientes têm retornado ao hospital por considerá-lo de excelência?

Q7: Em caso de necessidade, seus clientes têm retornado ao hospital pelo aspecto qualitativo da assistência?

Q8: Em caso de necessidade, seus clientes têm retornado ao hospital pela indicação médica?

TABELA 55
Características das variáveis (fidelidade)

Questão	N	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio Padrão
Q6	15	1	4,07	4	5	0,96
Q7	15	3	4,27	4	5	0,59
Q8	15	3	4,20	4	5	0,68

Fonte: Original desta pesquisa.

Apenas a variável 6 tem mínimo 1, nas demais o mínimo é 3. Todas as questões têm mediana 4, máximo 5 e desvio padrão menor que 1. Nenhuma variável segue uma distribuição normal. Os testes encontram-se em anexo.

Todas as correlações entre as variáveis estão abaixo do mínimo exigido de 0,3, mostrando que esses dados não são adequados para a realização da análise fatorial.

TABELA 56
Matriz de correlação (fidelidade)

	Q6	Q7	Q8
Q6	1,00	0,09	-0,24
Q7	0,09	1,00	0,21
Q8	-0,24	0,21	1,00

Fonte: Original desta pesquisa.

O KMO foi menor que 0,5, o que indica uma inadequação dos dados para a realização da análise fatorial. O Teste de Bartlett não foi analisado, porque as questões não têm uma distribuição normal.

TABELA 57
KMO e Teste de Bartlett (fidelidade)

	Q6	Q7	Q8
Q6	1,00	0,09	-0,24
Q7	0,09	1,00	0,21
Q8	-0,24	0,21	1,00

Fonte: Original desta pesquisa.

Apesar da inadequação dos dados, o construto Fidelidade foi criado. O fator construído explica apenas 42,69% da variação total dos dados, estando bem abaixo do que o mínimo indicado de 60%. As comunalidades das questões 6 e 7 estão abaixo do mínimo indicado de 0,4. Esse desempenho ruim dos fatores comunalidade e variância explicada mostra que o indicador construído não é de boa qualidade.

TABELA 58
Resultado da análise fatorial (fidelidade)

Variável	Coefficiente	Comunalidade
Q6	-,586	,343
Q7	,458	,210
Q8	,853	,728
Variância		1,281
Variância (%)		42,685

Fonte: Original desta pesquisa.

Equação desse construto:

$$\text{Fidelidade} = -0,586Q6 + 0,458Q7 + 0,853Q8.$$

4.7.3 Construto “qualidade percebida”

É constituído pelas variáveis:

Q9: A implantação da certificação gerou impacto positivo na estadia como reformas, novos projetos arquitetônicos ou outros?

Q10: A implantação da certificação gerou melhora qualitativa dos processos de gestão, causando impacto na assistência?

Na Tabela 57, tem-se a análise descritiva das variáveis que compõem esse construto.

TABELA 59

Análise descritiva das variáveis (qualidade percebida)

Questão	N	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio Padrão
Q9	15	1	4,33	5	5	1,11
Q10	1	4	4,67	5	5	0,49

Fonte: Original desta pesquisa.

As variáveis possuem mediana e máximo iguais, porém o mínimo da questão 10 é 4 e o da questão 9 é 1. O desvio padrão desta variável é um pouco mais do que o dobro do desvio padrão da primeira. Nenhuma das variáveis segue uma distribuição normal.

A correlação entre as variáveis 9 e 10 é fraca, abaixo de 0,5, entretanto é maior que o mínimo exigido de 0,3.

TABELA 60

Matriz de correlação (qualidade percebida)

	Q9	Q10
Q9	1,00	0,49
Q10	0,49	1,00

Fonte: Original desta pesquisa.

O KMO ficou entre 0,5 e 0,6, o que indica uma má adequação dos dados para a realização da análise fatorial. O teste de Bartlett não foi analisado, porque as questões não têm uma distribuição normal.

TABELA 61
KMO e Teste de Bartlett (qualidade percebida)

KMO	0,5
Bartlett	3,311
P-valor	0,069

Fonte: Original desta pesquisa.

Apesar da má adequação dos dados, o construto Qualidade Percebida foi criado. O fator construído explica 74,12% da variação total dos dados, estando acima do que o mínimo indicado de 60%. As comunalidades das duas questões foram de 0,74%. Apesar da má adequação dos dados para a utilização da análise fatorial, o indicador construído ficou com uma qualidade boa.

TABELA 62
Resultado Análise Fatorial (qualidade percebida)

Variável	Coefficiente	Comunalidade
Q9	,861	,741
Q10	,861	,741
Variância		1,482
Variância (%)		74,119

Fonte: Original desta pesquisa.

Equação desse construto:

$$\text{Qualidade Percebida} = 0,861Q9 + 0,861Q10$$

4.7.4 Construto “valor percebido”

É constituído pela variável:

Q11: Você acreditaria que seu cliente voltaria ao seu hospital desconsiderando o custo dos serviços?

A Tabela 61 apresenta as características dessa variável.

TABELA 63
Característica da variável (valor percebido)

Questão	N	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio Padrão
Q11	15	3	4,20	4	5	0,78

Fonte: Original desta pesquisa.

O mínimo é 3, a mediana é parecida com a média, ficando em torno de 4 com o máximo em 5. O desvio padrão é menor do que 1. Essa variável não tem uma distribuição normal, o que pode ser verificado no teste de normalidade apresentado em anexo.

4.8 Validação do modelo

A validação do modelo deu-se através da modelagem de equações estruturais, que, por sua vez, tem início no modelo a ser estimado. É uma proposição estatística das relações entre as variáveis. Trata-se de um caminho hipotético de relações lineares entre um conjunto de variáveis, composto por dois componentes: o modelo de mensuração e o modelo estrutural.

O modelo de mensuração é o componente do modelo geral que contém as variáveis latentes, que não são observáveis e são geradas pelas covariâncias entre dois ou mais indicadores. No presente estudo, as variáveis latentes são: qualidade percebida, expectativa, satisfação e fidelidade.

Geralmente chamadas de fatores ou construtos, as variáveis latentes são, de fato, equivalentes aos fatores comuns da análise fatorial exploratória, e são definidas por meio de um conjunto de indicadores. O modelo estrutural é o componente do modelo geral que prescreve as relações entre as variáveis latentes e as observadas – que não são indicadores daquelas.

Para tanto utilizou-se o método *Partial Least Squares* – PLS que, por não exigir normalidade multivariada das variáveis, consegue trabalhar com um tamanho de amostra mais reduzido, além de se adequar melhor para estudos exploratórios que o método utilizado pelo LISREL (CHIN, 1998). O *software* utilizado foi o SmartPLS 2.0 M3. O modelo foi inserido no SmartPLS tal qual foi concebido na argumentação teórica.

Ao ajustar o modelo, são encontrados coeficientes para cada uma das relações propostas através das setas. Tais coeficientes constituem cargas fatoriais e são números que variam de -1 a 1. Cargas fatoriais baixas (menores que 0,3 em magnitude) indicam baixo relacionamento entre os indicadores e as variáveis latentes. Como pode ser observado na Figura 15, todos os indicadores apresentam alta carga fatorial com seus respectivos construtos.

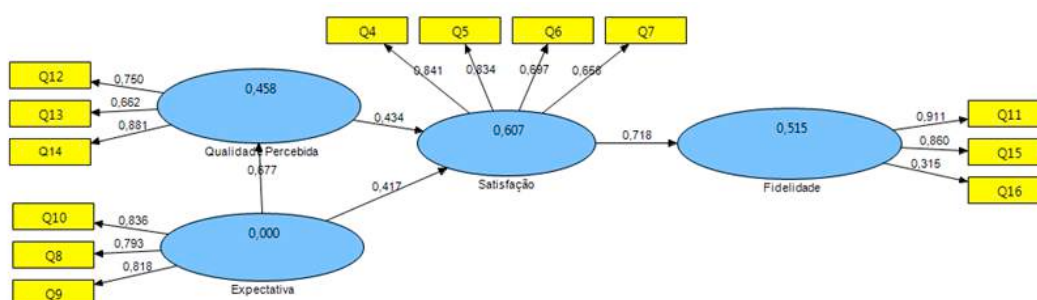


FIGURA 15 – Modelo ajustado completo
Fonte: Original desta pesquisa.

Para verificar se os coeficientes encontrados são significativos ao nível de 5% de significância foi utilizado o método *bootstrap*. Os valores apresentados no modelo se referem à estatística *t* do teste para avaliar a significância do coeficiente encontrado. Valores *t* acima de 1,96 indicam que os coeficientes são significativos ao nível de 5% de significância. Como pode ser observado na Figura 16, todos os coeficientes se mostraram significativos.

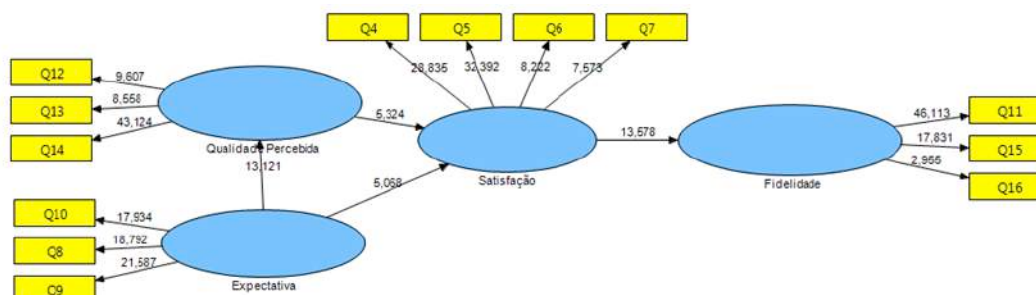


FIGURA 16 – Modelo ajustado – t de Student
Fonte: Original desta pesquisa.

A seguir procedeu-se à avaliação do modelo (FIG. 16) quanto à validade convergente. Tal avaliação é realizada com base na *Average Variance Extracted* – AVE. Esses valores, segundo Chin (1998), devem possuir o mínimo de 0,5. A Tabela 62 indica um patamar adequado no que tange a AVE para todos os construtos.

Em relação à avaliação da confiabilidade do construto, Chin (1998) indica que a mesma deve ser avaliada prioritariamente, segundo a confiabilidade composta, e que tal valor deve ser superior a 0,7. A Tabela 64 ratifica a confiabilidade do construto.

TABELA 64
Descrição do modelo ajustado

	AVE	Confiabilidade Composta	R ²
Expectativa	0,665	0,856	
Fidelidade	0,557	0,766	0,515
Qualidade percebida	0,596	0,814	0,458
Satisfação	0,580	0,845	0,608

Fonte: Original desta pesquisa.

Conforme exposto acima, o R² é uma medida que indica o quanto X explica a variabilidade de Y. É a mesma medida da regressão linear. Nesse sentido, existem três regressões realizadas no modelo estudado:

X= expectativa Y = qualidade percebida R² = 0,458

X1= expectativa X2= qualidade percebida Y=satisfação R² = 0,608

X= satisfação Y = Fidelidade R² = 0,515

Como se observa, não existe nenhum relacionamento no modelo tentando explicar a variabilidade de expectativas. Por isso não foi realizada uma regressão nesse sentido.

O valor de R² da Satisfação foi de 0,608. Isso significa que 60,8% da variabilidade existente na Satisfação pode ser explicada pela qualidade percebida e pela expectativa dos respondentes. Já em relação à Fidelidade, o R² foi de 0,515, indicando que os 51,5% da variabilidade pode ser explicada pela

Satisfação do respondente. A qualidade percebida possui sua variabilidade explicada em 45,8% pelas Expectativas dos respondentes.

A porção da variabilidade que não é explicada, tanto na Satisfação quanto na Fidelidade, são provenientes de variáveis não consideradas no modelo.

Em relação à validade discriminante, foram avaliadas as cargas cruzadas dos itens com os construtos. Como pode ser observado na Tabela 65, cada item possui carga mais alta no construto ao qual pertence do que em qualquer outro, atestando, assim, a validade discriminante.

TABELA 65
Cargas cruzadas

	Expectativa	Fidelidade	Qualidade Percebida	Satisfação
Q8	0,793	0,516	0,544	0,584
Q9	0,818	0,483	0,546	0,618
Q10	0,836	0,615	0,566	0,533
Q11	0,655	0,911	0,742	0,720
Q15	0,509	0,860	0,583	0,549
Q16	0,156	0,315	0,292	0,165
Q12	0,386	0,556	0,750	0,390
Q13	0,277	0,401	0,662	0,403
Q14	0,739	0,731	0,881	0,740
Q4	0,580	0,666	0,672	0,841
Q5	0,659	0,632	0,647	0,834
Q6	0,475	0,412	0,395	0,697
Q7	0,411	0,414	0,389	0,658

Fonte: Original desta pesquisa.

Os autores Fornell e Larcker (1981 *apud* Chin, 1998) indicam uma forma de avaliar a validade discriminante para as variáveis latentes. Nesse método, são obtidas as raízes quadradas das AVEs, sendo seus valores comparados com as correlações entre os diversos construtos. Quando a AVE é superior às correlações, pode-se afirmar que existe a validade discriminante. Por questão de inteligibilidade, os resultados obtidos para a raiz quadrada da AVE foram colocados na diagonal principal da matriz de correlação (assinaladas em negrito). A verificação a ser realizada, então, é entre a AVE e as correlações na mesma linha e na mesma coluna. Os resultados da Tabela 66 atestam a existência de validade discriminante para todos os construtos.

TABELA 66
Cargas cruzadas das variáveis latentes

	Expectativa	Fidelidade	Qualidade Percebida	Satisfação
Expectativa	0,815			
Fidelidade	0,656	0,759		
Qualidade Percebida	0,667	0,746	0,772	
Satisfação	0,712	0,718	0,711	0,762

Fonte: Original desta pesquisa.

Após a validação do modelo, procedeu-se a avaliação das hipóteses de trabalho.

4.8.1 Construtos avaliados e hipóteses do estudo

Para operacionalização dos construtos foi utilizada a carga fatorial não padronizada dos mesmos. Dessa forma são apresentados os resultados em uma escala tal qual a original (de 1 a 5). O valor 3 é então o centro da escala. Na Tabela 67 é apresentada a média e o intervalo de confiança de 95%.

Observa-se que todos os construtos apresentam média significativamente superior a 4, sendo que todos situam-se num mesmo patamar.

TABELA 67

Estatística descritiva dos construtos avaliados

	Intervalo de Confiança de 95%			Desvio Padrão
	Limite Inferior	Média	Limite Superior	
Expectativa	4,3	4,4	4,5	0,751
Fidelidade	4,4	4,5	4,6	0,594
Qualidade Percebida	4,3	4,4	4,5	0,588
Satisfação	4,5	4,5	4,6	0,564

Fonte: Original desta pesquisa.

Os estimados coeficientes encontrados no modelo ajustado (FIG. 15), apresentado anteriormente, indicam o relacionamento entre os construtos. Esses coeficientes são números que variam de -1 a 1. Tendo como base os coeficientes encontrados no citado modelo ajustado e reproduzidos na Tabela 68, encontrou-se a conclusão para as quatro hipóteses do estudo.

TABELA 68

Hipóteses avaliadas no estudo

Hipóteses	Coeficientes	Conclusão
H1: Existe uma relação positiva entre expectativa e qualidade percebida	0,677	Suporta
H2: Existe uma relação positiva entre expectativa e satisfação do cliente	0,417	Suporta
H3: Existe uma relação positiva entre qualidade percebida e satisfação do cliente	0,434	Suporta
H4: Existe uma relação positiva entre Satisfação do Cliente e Fidelidade	0,718	Suporta

Fonte: Original desta pesquisa.

4.9 Resultados adicionais encontrados

Para comparação dos índices dos construtos quanto ao sexo, escolaridade e faixa etária, utilizou-se uma técnica intitulada CHAID – *Chi-Square Automatic Interaction Detector*. Tal técnica, proposta por Kass (1980), permite avaliar o

relacionamento entre uma variável dependente e outras em nível categórico ou contínuo, com o resultado apresentado em forma de árvore, onde são mostradas as variáveis preditoras que mais estejam associadas à variável dependente. Os subconjuntos resultantes apresentam, internamente, uma maior homogeneidade em relação à variável dependente, mas com maior heterogeneidade possível entre os subconjuntos formados. Os critérios de divisão ou agrupamento utilizados nessa técnica foram fixados em 5%, ou seja, os subconjuntos apresentam significativa diferença ao se utilizar o teste qui-quadrado (ao nível de 5%). São apresentadas na Figura 17 e na Figura 18 as diferenças significativas detectadas nas variáveis. Os demais relacionamentos não se mostraram significativos (valor p superior a 0,05).

A Figura 17 indica que indivíduos com escolaridade maior que o fundamental completo/ensino médio incompleto, ou seja, com ensino médio ou ensino superior, possuem uma expectativa média (4,261) inferior aos demais indivíduos (média igual a 4,583).

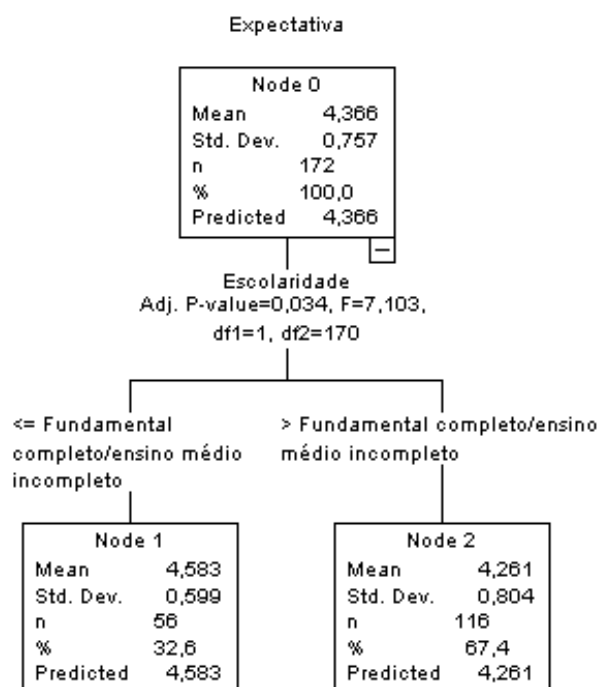


FIGURA 17 – Expectativa versus Escolaridade (CHAID)
Fonte: KASS (1980).

Ao observar a Figura 18, nota-se que os extremos, no que se refere ao grau de escolaridade, possuem menor índice de Satisfação. Indivíduos analfabetos/fundamental incompleto e indivíduos com ensino médio completo/superior apresentam médias inferiores a 4,5 enquanto os demais, média de 4,78.

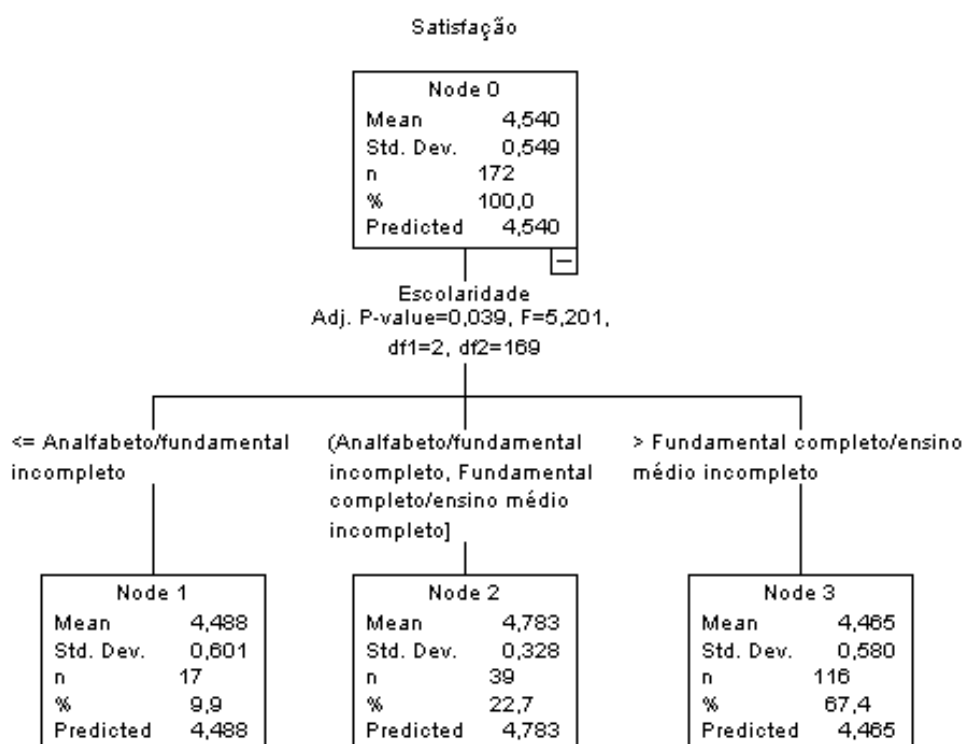


FIGURA 18 – Satisfação *versus* escolaridade (CHAID)
Fonte: KASS (1980).

4.10 Análise das entrevistas com os gestores

Para enriquecer o estudo foram entrevistados 15 gestores, sendo os dados colhidos devidamente avaliados e condensados em tabelas, por hospital: HAG e HFR.

No HAG, a implantação de “planejamento estratégico” e a “padronização dos procedimentos” foram as etapas mais citadas no processo de implantação da certificação, enquanto no HFR, a etapa mais citada foi a contratação de consultoria em gestão de qualidade (TAB. 69).

TABELA 69
Processo de implantação da certificação

	Hospital			
	Arnaldo Gavazza		Felício Rocho	
	Citações	%	Citações	%
Planejamento Estratégico	3	15,00		
Cadeia Cliente Fornecedor	1	5,00		
5S	1	5,00		
Padronização dos procedimentos (POP)	3	15,00		
Pesquisa de satisfação do cliente	2	10,00		
Contratação de consultoria em gestão de qualidade	2	10,00	2	33,33
Levantamento dos processos	1	5,00		
Diagnóstico de processos	1	5,00	1	16,67
Planejamento Setorial	1	5,00		
Gestão de Resultados	1	5,00		
Implementação do serviço de ouvidoria	1	5,00		
Auditoria interna	1	5,00		
Organizado			1	16,67
Trabalhoso			1	16,67
Difícil	1	5,00	1	16,67
Complexo	1	5,00		
Total de respondentes	5	100,00	4	100,00

Fonte: Original desta pesquisa.

Cinco gestores do HAG e todos do HFR disseram ter seguido os passos do PDCA. A “resistência de parte dos colaboradores” foi a dificuldade enfrentada na implantação da certificação mais citada nos dois hospitais.

TABELA 70
Dificuldades enfrentadas na implantação da certificação

	Hospital			
	Arnaldo Gavazza		Felício Rocho	
	Citações	%	Citações	%
Prazos curtos	1	6,25	1	14,29
Falta de mão de obra	3	18,75		
Resistência de parte dos colaboradores	4	25,00	4	57,14
Falta de recursos financeiros	2	12,50	1	14,29
Falta de espaço físico	3	18,75	1	14,29
Rotatividade de pessoal	2	12,50		
Sobrecarga de atividades	1	6,25		
Total de respondentes	6	100,00	5	100,00

Fonte: Original desta pesquisa.

A “melhoria de processos” foi o resultado obtido com a implantação da certificação mais citado nos dois hospitais. No HAG, este é o mais citado juntamente com a “segurança” (TAB. 71).

TABELA 71
Resultados da implantação da certificação

	Hospital			
	Arnaldo Gavazza		Felício Rocho	
	Citações	%	Citações	%
Credibilidade	2	11,11		
Satisfação dos clientes	1	5,56	1	5,88
Melhoria de processos	3	16,67	5	29,41
Segurança	3	16,67	1	5,88
Controle dos processos	1	5,56		
Qualidade no atendimento ao cliente	2	11,11	2	11,76
Aumento de receita	1	5,56	2	11,76
Redução de custos	1	5,56		
Novos conveniados	1	5,56		
Imagem institucional fortalecida	1	5,56		
Infraestrutura readaptada	1	5,56	2	11,76
Equipe capacitada			1	5,88
Aperfeiçoamento			1	5,88
Padronização	1	5,56	2	11,76
Total de respondentes	6	100,00	5	100,00

Fonte: Original desta pesquisa.

A “credibilidade” foi o ponto positivo mais citado pelos gestores do HAG, enquanto no HFR foi o “gerenciamento de riscos” (TAB. 72).

TABELA 72
Pontos positivos pós acreditação ou certificação

	Hospital			
	Arnaldo Gavazza		Felício Rocho	
	Citações	%	Citações	%
Credibilidade	5	31,25	1	7,14
Organização dos processos	3	18,75	2	14,29
Padronização	2	12,5	1	7,14
Satisfação dos clientes	1	6,25	2	14,29
Honrar os prazos	1	6,25		
Segurança assistencial	1	6,25	1	7,14
Melhoria na infraestrutura	1	6,25		
Aumento das vendas de serviços	1	6,25		
Comprometimento dos colaboradores	1	6,25		
Gerenciamento de riscos			3	21,43
Alinhamento			1	7,14
Melhoria de faturamento			1	7,14
Redução de gastos			1	7,14
Qualidade no atendimento			1	7,14
Total de respondentes	7	100	4	100,00

Fonte: Original desta pesquisa.

Os pontos negativos citados por dois gestores no HAG foram “ausência de mão de obra qualificada”, “sobrecarga de trabalho” e “colaboradores não envolvidos”. No HFR nenhum ponto negativo foi citado por mais de um gestor (TAB. 73).

TABELA 73
Pontos negativos pós acreditação ou certificação

	Hospital			
	Arnaldo Gavazza		Felício Rocho	
	Citações	%	Citações	%
Ausência de mão de obra qualificada	2	28,57		
Alta rotatividade de pessoal	1	14,29		
Dificuldade de manter o padrão			1	25,00
Planilhas sem aplicação prática			1	25,00
Alto investimento			1	25,00
Sobrecarga de trabalho	2	28,57	1	25,00
Colaboradores não envolvidos	2	28,57		
Total de respondentes	5	100,00	4	100,00

Fonte: Original desta pesquisa.

Nos dois hospitais, a resposta mais citada foi o “sim” para a percepção da melhora na qualidade assistencial após a acreditação ou a certificação. No HAG, dois gestores disseram que esse é um “processo de melhoria contínua”. No HFR, nenhuma medida foi citada por mais de um gestor (TAB. 74).

TABELA 74

Melhora percebida na qualidade assistencial após a acreditação ou certificação

	Hospital			
	Arnaldo Gavazza		Felício Rocho	
	Citações	%	Citações	%
Sim	5	71,43	4	36,36
Processo de melhoria contínua	2	28,57	1	9,09
Rotinas padronizadas			1	9,09
Melhora no relacionamento com o cliente			1	9,09
Melhora na gestão			1	9,09
Melhora na qualidade			1	9,09
Credibilidade			1	9,09
Segurança			1	9,09
Total de respondentes	6	100	5	100,00

Fonte: Original desta pesquisa.

No HAG, dois gestores disseram que ficou mais fácil administrar o seu setor, e que também melhorou o controle dos processos. No HFR, nenhum ponto foi citado por mais de um gestor (TAB. 75).

TABELA 75

O novo modelo de gestão facilitou a administração do setor?

	Hospital			
	Arnaldo Gavazza		Felício Rocho	
	Citações	%	Citações	%
Sim	2	33,33	1	33,33
Não	1	16,67		
Sobrecarga de trabalho	1	16,67	1	33,33
Melhor controle dos processos	2	33,33	1	33,33
Total de respondentes	5	100,00	2	100

Fonte: Original desta pesquisa.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embasada na proposta de conhecer melhor a gestão da qualidade no setor hospitalar, por meio de pesquisa realizada em dois hospitais certificados com o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços prestados aos seus clientes, este estudo demonstrou que a implantação da acreditação ou certificação é uma importante ferramenta para seu crescimento e desenvolvimento, principalmente, do ponto de vista dos gestores.

Tal conclusão adveio do cruzamento de informações científicas ofertadas por pesquisa teórica sobre os novos modelos de gestão de qualidade com os dados colhidos na pesquisa de campo, realizada em dois hospitais com Certificação de Qualidade pelas Normas ISO 9001 e ONA.

No plano teórico, este estudo atesta a tese de La Forgia e Coutollenc (2009), de que uma série de ferramentas de gerenciamento da qualidade pode ser utilizada para melhorar o atendimento hospitalar, e que, no Brasil, muitos hospitais vêm utilizando algumas delas, principalmente, aquelas que medem a satisfação do cliente, já que adotam medidas administrativas com base nos resultados encontrados pelos pesquisadores do setor.

Na análise dos dados, considerando-se a classificação dos sujeitos-clientes da pesquisa quanto ao gênero, apurou-se que a grande maioria são do sexo feminino (71,19%) e o restante do sexo masculino. Extratificando por hospital, observa-se uma ligeira discrepância desses percentuais, uma vez que, no Hospital Felício Rocho, o sexo feminino representou 67% dos entrevistados, enquanto no Arnaldo Gavazza, o alto percentual de 74% deles, e com idade superior a 38 anos.

Quanto à faixa etária dos clientes, a posicionada entre 19 e 23 anos foi a menor encontrada, sendo explicada pela baixa propensão, das pessoas dessa idade a internações hospitalares não urgentes. Dessas, constatou-se que do universo pesquisado, 59,3% possuem curso fundamental completo e médio, tendo o restante, em sua maioria, o curso superior completo ou pós graduação. Nota-se que no Hospital Arnaldo Gavazza, localizado na cidade de Ponte Nova, o volume de respondentes com curso superior e ensino médio é menor, talvez em razão do perfil da educação nas cidades do interior do Estado apresentar um índice mais baixo de desenvolvimento escolar.

Desta forma, com base nos dados colhidos e avaliados, é possível afirmar, ao final deste estudo, que o modelo teórico proposto foi validado na pesquisa com os clientes, que comprovou as hipóteses levantadas. Neste sentido, no que se refere ao atendimento à “expectativa” do cliente, com base nos resultados encontrados, tanto a “qualidade do serviço de limpeza” quanto a “presteza e rapidez desejadas” foram consideradas de bom nível, já que constatou-se acima de 80% de concordância nesses quesitos. Já as instalações do Hospital Felício Rocho foram alvo de avaliação mais severa, não alcançando um resultado tão bom quanto os demais quesitos avaliados.

No que se refere à “qualidade percebida”, nos dois hospitais, os clientes concordaram que a certificação gera um diferencial positivo na atenção dispensada aos pacientes e, conseqüentemente, na imagem da instituição. Também a “qualidade final” dos serviços prestados obteve excelente resultado, pois atestada por 96% dos respondentes do Arnaldo Gavazza Filho e 88% do Felício Rocho.

Considerando o quesito “fidelização”, observa-se que, em ambos os hospitais, o médico é a referência principal para o retorno do paciente. Constatou-se, no Hospital Arnaldo Gavazza, que a fidelidade ao médico é mais expressiva, haja vista a existência de um número menor de médicos em cidades do interior e, conseqüentemente, uma maior visibilidade e proximidade desses profissionais com os clientes. Quanto ao elevado grau da Fidelização – 90% – tem-se que os clientes atestaram um nível de excelência em ambos os Hospitais, razão pela qual retornariam ao mesmo para um novo tratamento.

Quanto ao construto Expectativa, tem-se 67,7% de variabilidade na percepção da qualidade dos serviços prestados. Isto comprova que, junto com a Qualidade Percebida, este construto explica o percentual de 60,7% de variabilidade na satisfação dos clientes. Já o construto Satisfação aponta 51,5% de fidelidade dos clientes. Tem-se, pois, que todas as relações encontradas são positivas, confirmando que, no setor da saúde, o Modelo ISCN proposto por Fornell *et al.* (1996) pode ser reaplicado, haja vista que a Satisfação é o resultado da Qualidade Percebida em conformidade com a Expectativa do cliente, gerando a Fidelidade.

Destaca-se, nesta síntese analítica, a supremacia do construto Expectativa, uma vez que as perguntas: “A qualidade do serviço prestado de limpeza é

adequada?” e “Os serviços são prestados com a presteza e a rapidez esperadas, e as instalações são adequadas e visualmente agradáveis, e o tempo para cumprimento da tarefa é respeitado?” geram no cliente um sentimento de atenção e cuidado, diferentemente do que sempre se acreditou, ou seja, que a preocupação com o atendimento médico e a cura seja a sua prioridade. Tal quadro, se analisado criticamente sob a ótica dos valores, reforça a constatação de que o cliente está se perdendo do foco principal: sua saúde. Por outro lado, pode-se concluir que, em função de uma escolaridade mais baixa, movido pela simplicidade, esteja considerando a atenção recebida mais importante que a qualidade do tratamento médico.

Todavia, ainda neste plano avaliativo, o construto Satisfação, que apresentou um impacto estatístico significativo, confirma a inversão dos valores constatada na análise do construto Expectativa. Supõem-se que, por se tratar de um construto que perpassa a assistência médica e paramédica, os curiosos dados alcançados contradizem o senso comum, uma vez que, exatamente nos mais elevados níveis de escolaridade, este construto apresentou os menores patamares, levando à conclusão de que os clientes mais esclarecidos, normalmente, estão mais preocupados com os serviços de hotelaria e apoio do que com assistência médica e cura.

No caso do construto Fidelidade, cujas questões envolvem a indicação dos serviços do hospital por considerá-los excelentes, e o retorno ao mesmo por ter assimilado a qualidade na assistência recebida, mesmo sabendo que o custo poderia ser igual ou maior, envolvendo ainda, a escolha de um hospital por indicação de médico de confiança, o resultado obtido indicou um alto grau de correlação positiva com os construtos Qualidade Percebida, Expectativa e Satisfação, levando à conclusão de que quanto maior a qualidade percebida, a expectativa e a satisfação do cliente, maior será o nível de sua Fidelidade ao hospital.

Formulando uma breve síntese, tem-se que os clientes dos dois hospitais pesquisados estão satisfeitos com o serviço médico, com o atendimento da enfermagem e com a recepção e atenção recebida, considerando o alto grau de concordância em todos os construtos investigados, com destaque para a Satisfação, haja vista que ela alcança um patamar de excelência, segundo o resultado da pesquisa.

Outras contribuições de carácter qualitativo, originadas da pesquisa com os gestores, devem ser elencadas. Dentre elas, verificou-se unanimidade na opinião dos gestores quanto à necessidade de implantação e revalidação do planejamento estratégico, melhor controle dos processos com estabelecimento de indicadores e procedimentos operacionais, gestão por resultados e criação de processos de auditoria interna, quando se pensa em certificação de um hospital. Apesar das dificuldades encontradas como resistência dos colaboradores, prazos curtos, falta de recursos financeiros e a alta sobrecarga de trabalho, o resultado obtido pós-implantação da certificação é considerável, gerando para a instituição, conforme informação dos gestores, maior credibilidade, melhoria contínua dos processos, um nível maior de segurança no gerenciamento de riscos, e o mais importante, conforme comprovado neste estudo, a alta Satisfação dos clientes.

Assim, importante se faz responder às sugestões dos gestores, como a implementação de mais programas de treinamento e desenvolvimento de mão de obra especializada, a busca de motivação constante para um melhor envolvimento do pessoal, o interesse, por parte dos hospitais, de maior investimento em prol da redução da sobrecarga de trabalho, gerando, com isso, o que se fez consenso entre esses administradores: com a implantação da certificação ficou mais fácil administrar cada setor do hospital, haja vista a dinamização dos processos internos.

Conclui-se, pois, que este estudo trouxe uma consistente contribuição teórica à gestão de qualidade dos serviços hospitalares, principalmente, pelas análises da implantação de acreditação e certificação e de seus benefícios, muito embora sua principal contribuição tenha sido a constatação de que, considerando determinados graus de instrução e idades, a maioria dos clientes não conhece e, por isso, não valoriza as ferramentas de qualidade. Neste sentido, urge divulgar informação sobre “certificação de qualidade”, de forma que esses cliente, além de se preocuparem com a cura da doença e com a alta hospitalar, considere, também, os serviços de hotelaria e apoio oferecidos pelo hospital, valorizando, assim, o seu investimento na gestão de qualidade.

Ao encerramento desta pesquisa, há que se ratificar a importância do tema estudado no âmbito da Ciência da Administração, e mais especificamente da Administração Hospitalar, no que se refere à necessidade de seu aprofundamento, visando novas e urgentes abordagens, haja vista o flagrante

desinteresse no estudo e conhecimento deste importante setor de prestação de serviços. Portanto, esta pesquisa não pode parar aqui. Muitas de suas variáveis podem e devem ser retomadas a partir dos questionamentos levantados, de forma a serem ampliadas, refutadas, enfim, devidamente avaliadas no bojo de um dinamismo próprio da realidade organizacional sempre em permanente evolução.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Lindolfo G. de. Competitividade e recursos humanos. **Revista da Administração da USP**, v. 27, n. 4, out./dez. 1992.

ALEMI, F.; SULLIVAN, T. An example of activity based costing of treatment programs. **The American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, v. 33, p. 89–99, 2007.

ARAÚJO, C. Qualidade dos serviços hospitalares e o gerenciamento dos profissionais de enfermagem: um estudo em cinco hospitais brasileiros. XXXI ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO - ENANPAD, XXXI, 2007, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ENANPAD, 2007.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS – ANAPH. Qualidade em gestão hospitalar. **Observatório ANAPH**, 2009. Disponível em: <http://www.anahp.com.br/files/observatorio_2009_01.pdf>. Acesso em: 5 out. 2012.

BALESTRIN, Francisco. Inferno astral das operadoras dos planos de saúde. ENCONTRO DE PRESTADORES E OPERADORES DE PLANOS DE SAÚDE, VIII. jul. 2011, Salvador. **Anais...** AHSEB: São Paulo, 2011. Disponível em <<http://sindhosba.org.br/novo/wp-content/uploads/2011/08/Anahp-Balestrin.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2012.

BERRY, Leonard L. e PARASURAMAN, A. **Serviços de marketing: competindo através da qualidade**. Tradução de Beatriz Sidou. São Paulo: Maltese-Norma, 1992.

BITTAR, O. J. N. V. Gestão de Processos e Certificação para Qualidade em Saúde. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 46, n. 1, jan./mar. 2000.

BOSI, Gelisa de Lara Couto. Administração de Recursos Humanos em Pequenas Empresas. **Biblioteca SEBRAE**. 27 jun. 2003. Disponível em: <[http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/bds.nsf/097FB9FE3023FD3303256D520059C146/\\$File/NT00001F7E.pdf](http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/bds.nsf/097FB9FE3023FD3303256D520059C146/$File/NT00001F7E.pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2013.

CAMPOS, Vicente Falconi. TQC – **Controle da qualidade total: no estilo japonês**. Nova Lima: INDG Tecnologia e Serviços Ltda., 2004.

CAMPOS, Vicente Falconi. **Qualidade total: padronização de empresas**. Nova Lima: INDG Tecnologia e Serviços Ltda., 2004.

CHANNE, Daniel de Freitas. **Hotelaria hospitalar: Investir para Sobreviver**. ABIFICC, out. 2006. Disponível em: <<http://www.abifcc.org.br/oldnews/noti10012006.html>>. Acesso em: dez. 2012.

CHIN, W. W. Issues and opinion on structural equation modeling. **MIS Quarterly**, v. 22, n. 1, p. 7-16, 1998.

CHINELATO FILHO, J. **O&M integrado à informática**. Rio de Janeiro: LTC, 2004.

CHURCHILL JÚNIOR, G. A. **Marketing research: methodological foundations**. Chicago: The Dryden Press, 1987.

CHURCHILL JÚNIOR, G. A.; PETER, P. **Marketing: criando valor para o cliente**. São Paulo: Saraiva, 2003.

CHRISIO, Phillip W. Certificação: Necessidade sim, moda não? **Revista Certificação da Qualidade**, p. 16, São Paulo. 2008

CORRÊA, Henrique Luiz; CAON Mauro. **Gestão de serviços**. São Paulo: Atlas, 2009.

FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Assessoria de Pesquisas Econômicas. **Quanto custa a saúde pública?** 3 jan. 2006. (*Série Quanto Custa?*)

FEIJÓ, José Eduardo de Oliveira; SILVA, Maria Cecília da. Capital humano e a vantagem competitiva da Petrobras. SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, IV, 2007, Rezende-RJ. **Anais...** Rezende: AEDB, 2007.

FIGUEIREDO, D.; SILVA, J. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. **Opinião Pública**, Campinas, v. 16, n. 1, p. 160-185, jun. 2010.

FITZSIMMONS, James A; FITZSIMMONS, Mona J. **Administração de serviços, operações, estratégias e tecnologia da informação**. 4 ed. Tradução de Jorge Ritter. Porto Alegre: Brookman, 2005.

FONSECA, Augusto V. M. da; MIYAKE, Dario Ikuo. **Formas de classificação para as técnicas e ferramentas da qualidade**. Fortaleza: ABEPRO, 2006. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006_TR470319_8581.pdf>. Acesso em 15 jan. 2013.

FORNELL, C.; JOHNSON, M. D.; ANDERSON, E. W.; CHA, J.; BRYANT, E. The customer satisfaction index: nature, purpose, and findings. **Journal of Marketing**, v. 60, p. 7-18, oct. 1996.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. **Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem**. Rio de Janeiro: Revista Latino Americana de Enfermagem, 2004.

GIANESI, Irineu G. N.; CORRÊA, Henrique Luiz. **Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente**. São Paulo: Atlas, 1994.

GIANESI, Irineu G. N.; CORRÊA, Henrique Luiz. **Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente**. São Paulo: Atlas, 1996.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GODOY, Adelize Leite de. **Ferramentas da qualidade**. São Paulo: CEDET, 2009. Disponível em: <<http://www.cedet.com.br/index.php?/Tutoriais/Gestao-da-Qualidade/ferramentas-da-qualidade.html>>. Acesso em 14 jan. 2013.

GODRI, Daniel. **Conquistar e manter clientes**. 32. ed. Blumenau-SC: Eko, 1994.

GOULART, S.; CARVALHO, C. A. O pesquisador e o design da pesquisa qualitativa em administração. In: VIEIRA, M. M. F.; ZOUAIN, D. M. **Pesquisa qualitativa em administração: teoria e prática**. Rio de Janeiro: FGV, 2002.

GRÖNROOS, C. **Marketing: gerenciamento e serviços – a competição por serviços na hora da verdade**. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

GRÖNROOS, Christian. **Marketing: gerenciamento e serviços a competição por serviços na hora da verdade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

HAIR, JR.J.F. ; ROLPH, E.; TATHAM, R.L.; BLACK, W.C. **Multivariate data analysis**. 5. ed. New Jersey: Prentice Hall; 1998.

HAIR JÚNIOR, Joseph F.; BABIN, Barry J.; MONEY, Arthur H.; SAMOUEL, Phillip. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Tradução de Lene Belon Ribeiro. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HOFFMAN, K. D.; BATESON, J. E. G. **Princípios de marketing de serviços: conceitos, estratégias e casos**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro Salles. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

KASS, G. V. An exploratory technique for investigating large quantities of categorical data. **Applied Statistics**, v. 29, n. 2, p. 119–127, 1980.

KLEINSCHMITT, Sandra Cristina. **Apostila de metodologia da pesquisa científica**. Toledo, 2011. Disponível em: <http://www.fasul.edu.br/pasta_professor/arquivos/7/9197_apostila_i.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2013.

KLINE, R. B. **Principles and practices of structural equation modeling**. New York: Guilford, 1998.

KOTLER, Philip. **Administração de marketing**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1998.

KOTLER, Philip; ARMSTRONG Gary. **Princípios de marketing**. 3. ed. Rio de Janeiro: Prentice Hall, 1993.

KOTLER, Philip; ARMSTRONG Gary. **Administração de marketing**. São Paulo: Prentice-Hall, 2000.

KOTLER, Philip; ARMSTRONG Gary. **Princípios de marketing**. 9 ed. São Paulo: Prentice Hall do Brasil, 2003.

LA FORGIA, Gerard M.; COUTOLLENC, Bernard F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Editora Singular, 2009. 496 p. Disponível em <<http://www.ibedess.org.br>>. Acesso em 10 outubro 2012.

LAS CASAS, Alexandre Luzzi. **Qualidade total em serviços**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LAS CASAS, Alexandre Luzzi. **Marketing de serviços**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LAS CASAS, Alexandre Luzzi. **Marketing de serviços**. 8 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

LIKERT, Rensis. A technique for the measurement of attitudes. **Archives of Psychology**, n. 140, p. 1-55, 1932.

LOBOS, Júlio. **Encantando o cliente: externo e interno**. São Paulo: Instituto da Qualidade, 1993.

LOVELOCK, Christopher H; WHRIGHT Lauren. **Serviços: marketing e gestão**. Saraiva, 2002.

LOVELOCK, C.; WRIGHT, L. **Serviços: marketing e gestão**. São Paulo: Saraiva, 2003.

LOVELOCK, Christopher H; WHRIGHT Lauren. **Serviços: marketing de serviços**. Saraiva, 2006.

LÜDKE, M; ANDRÉ, M. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1996.

LUCENA, Maria Diva da Salette. **Avaliação de desempenho**. São Paulo: Atlas, 1992.

MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing**: uma orientação aplicada. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003. 311p.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARSHALL, Catherine; ROSSMAN, Gretchen B. **Designing qualitative research**. Thousand Oaks: Sage, 1995.

MARTINS, G. de A. **Guia para elaboração de monografias e trabalhos de conclusão de cursos**. São Paulo: Atlas, 2000.

MARTINS, Gilberto de Andrade. **Estudo de caso**: uma estratégia de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2006.

MAXIMIANO, A. **Introdução à administração**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1992.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Contexto Enfermagem**, Curitiba, v. 2, p. 758-764, 2008.

MENEZES, Nayara. O raio X da saúde em Belo Horizonte. **Revista Veja**, São Paulo, 2012. Encarte Hospitais, p. 13.

MINGOTI, S. A., **Análise de dados através de métodos de estatística multivariada**: uma abordagem aplicada. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.

MINTZBERG, Henry; QUINN, James Brian. **O Processo da estratégia**. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MONTGOMERY, D. C. **Introdução ao controle estatístico da qualidade**. Rio de Janeiro: LTC, 2004.

MORGAN, Robert M.; HUNT, Shelby D. The commitment-trust theory of relationship marketing. **Journal of Marketing**, v. 58, p. 20-38, jul. 1994.

NASCIMENTO, Andressa Maria Freire da Rocha do. [et al]. Tendências atuais das políticas de recursos humanos: um estudo de caso numa empresa têxtil da Paraíba. SEMINÁRIOS EM ADMINISTRAÇÃO – SEMEA, VI, 2003, São Paulo. **Anais...** FEA/USP: São Paulo, 2003. Disponível em: [www.ead.fea.usp.br/.../RH/022RH%20-](http://www.ead.fea.usp.br/.../RH/022RH%20-....) Acesso em: 12 jan. 2013.

NEVES, José Luis. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 1, n° 3, 2° sem. 1996. Disponível em: <www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/c03-art06.pdf>. Acesso em: 5 de mar. 2010.

OLIVEIRA, Otavio J. (Org). **Gestão de qualidade: tópicos avançados**. São Paulo: Pioneira Thopson Learning, 2004.

OLIVEIRA, Otávio J (org.) **Gestão da qualidade: tópicos avançados**. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

OLIVER, R. L. A. **Satisfaction: a behavioral perspective on the consumer**. Boston: Irwin/ McGraw-Hill, 1997.

OLIVER, R. L. A. Whence consumer loyalty? **Journal of Marketing**, v. 63, Special Issue, p. 33-44, 1999.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. 3. ed. Brasília: MS, 2001.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Qualificação de prestadores. **Revista FH.com.br**, fev. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Estatísticas de Saúde Mundiais. OMS, 2011.

PARASURAMAN, A., ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, New York: American Marketing Association, Fall 1985. v. 49, p. 41-50.

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

PARASURAMAN, A ; ZEITHAML, V; BERRY, L. SERVQUAL: novos métodos na acreditação de hospitais. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 45, n. 4, sept./dec. 1999. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 10 outubro 2012.

PEREIRA, Alexandre. **Guia prático de utilização do SPSS: análise de dados para ciências sociais e psicologia**. 4 ed. Lisboa: Edições Silabo, mar. 2003.

PEREIRA, Cláudia Carlos. **Capacitação de auditores internos da qualidade: NBR ISO 9001:2000**. Brasília: Poliedro, 2007.

PICKERING, E. Novos métodos na acreditação de hospitais, In: Novaes, H. M.; Paganini, J. M. **Garantia de qualidade: acreditação de hospitais para América Latina e o Caribe**. Washington D.C., Federação Brasileira de Hospitais, 1992. (Série Silos, 13).

PIZOLOTTO, Maira Fátima; PICCININI, Valmira Carolina. Gestão Estratégica de Recursos Humanos: um estudo das políticas de benefícios sociais no setor metal-mecânico gaúcho. ENCONTRO ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO – ENANPAD, XXIV, set. 2000, Florianópolis. **Anais...** ENAMPAD, Florianópolis, 2000.

PORTER, Michael E. **Vantagem competitiva**: criando e sustentando um desempenho superior. 20 ed., Rio de Janeiro: Campus, 1989.

PORTER, Michael E.; TEISBERG, Elizabeth O. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir custos. São Paulo: Artmed, 2007.
RANGEL, Alexandre. **Cliente interno**: o mexilhão. São Paulo: Marcos Cobra, 1994.

ROBBINS, Stephen P. O processo administrativo: integrando teoria e prática. São Paulo: Atlas, 1990. 518 p.

RUBO, Ieraldo. A participação da medicina de grupo no contexto da política nacional de saúde. CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE GRUPO, I, 1978, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1978.

SILVA, Reinaldo O. da. **Teorias da administração**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES Estera Muszkat. **Metodologia de pesquisa e elaboração da dissertação**. 3 ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/upload/paper/adm/adm_3439.pdf> Acesso em: 15 jan. 2013.

SILVA, José Maria; SILVEIRA, Emerson Sena. **Apresentação de trabalhos acadêmicos**: normas e técnicas. Juiz de Fora: JuizForana, 2003.

SILVA, S. R. A; GONÇALVES, M. A; SIQUEIRA, P. C.; SILVEIRA, C. A. C. As decisões de investimento da Fundação Hospitalar de Minas Gerais e seus reflexos nos indicadores de qualidade. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde – RAHIS**, p. 46-57, jul./dez. 2008.

SOUZA, Antônio Arthur de; AMORIM, Thaís Las Casas de Macedo; GUERRA, Mariana. Análise dos sistemas de informações dos hospitais. **Revista da Administração Hospitalar e Inovação da Saúde**, a. 1, n. 1, p. 38-45, jul./dez. 2008.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Raquel de. **Revisão integrativa**: o que é e como fazer? São Paulo: Einstein, 2010. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2013.

SOUKI, G. Q.; PEREIRA, C. A. Satisfação, motivação e comprometimento de estudantes de administração: um estudo com base nos atributos de uma instituição de ensino superior. ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – EnANPAD, XXXVIII, 2004, Curitiba. **Anais...** Curitiba: ENANPAD, 2004. CD ROM.

STUM, D. L.; THIRY, A. Building customer loyalty. **Training and Development Journal**, v. 45, p. 34-36, apr. 1991.

TABACHNICK, B. G.; FIDELL, L. S. **Using multivariate statistics**. 3 ed. New York: HarperCollins, 2001.

TRIVELLATO, Artur Antunes. **Aplicação das sete ferramentas básicas da qualidade no ciclo PDCA para melhoria contínua**: estudo de caso numa empresa de autopeças. São Carlos: Universidade de São Paulo, 2010.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

ULRICH, David. **Os campeões de recursos Humanos**: inovando para obter melhores resultados. São Paulo: Futura, 1998.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

VERGARA, Sylvia Constant. **Métodos de pesquisa em administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

WHITTEMORE, R. **Combining evidence in nursing research**: methods and implications. New Haven: Yale School of Nursing, v.54, p. 56-62, 2005.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. **The integrative review**: updated methodology. Oregon: Journal of Advanced Nursing, v.52, p. 546-553, 2005.

ZEITHAML, V. A. Consumer perceptions of price, quality and value: a means-end model and synthesis of evidence. **Journal of Marketing**, v. 52, p. 2-22, jul. 1988.

ANEXOS

Anexo 1

SCRIPT – PESQUISA DE SATISFAÇÃO HFR / HAGF

Prezado (a) Senhor(a),

Contamos com a sua gentileza para preencher o formulário abaixo, para que possamos atendê-lo cada vez melhor.

Sua opinião é fundamental para nós.

Esta iniciativa é extremamente importante, e responder a pesquisa tomará apenas alguns minutos do seu tempo.

CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO

1. SEXO:

1. Masculino
2. Feminino

2. IDADE: _____

1. De 19 a 23 anos
2. De 24 a 28 anos 3. De 29 a 33 anos
4. De 34 a 38 anos
5. De 39 a 43 anos

3. ESCOLARIDADE: Qual é a escolaridade do (a) Sr (a)?

1. Analfabeto/fundamental incompleto
2. Fundamental completo/ensino médio incompleto
3. Ensino médio completo/superior incompleto
4. Superior completo
5. Pós-graduação

4. O serviço médico deste Hospital foi satisfatório?

1. Concordo totalmente 2. Concordo parcialmente 3. Não concordo e nem discordo
4. Discordo parcialmente 5. Discordo totalmente

5. O nível de conhecimento da Enfermagem foi satisfatório?

1. Concordo totalmente 2. Concordo parcialmente 3. Não concordo e nem discordo
4. Discordo parcialmente 5. Discordo totalmente

6. O nível de conhecimento da Recepção foi satisfatório?

1. Concordo totalmente 2. Concordo parcialmente 3. Não concordo e nem discordo
4. Discordo parcialmente 5. Discordo totalmente

7. O profissionalismo a equipe de Recepção foi satisfatório?

1. Concordo totalmente 2. Concordo parcialmente 3. Não concordo e nem discordo
4. Discordo parcialmente 5. Discordo totalmente

8. A qualidade do serviço prestado de Limpeza é adequada?

1. Concordo totalmente 2. Concordo parcialmente 3. Não concordo e nem discordo 4.
Discordo parcialmente 5. Discordo totalmente

9. Os serviços são prestados com a presteza e a rapidez esperadas?

1. Concordo totalmente 2. Concordo parcialmente 3. Não concordo e nem discordo
4. Discordo parcialmente 5. Discordo totalmente

10. As instalações são adequadas, visualmente agradáveis e o tempo para cumprimento da tarefa é respeitado?

1. Concordo totalmente 2. Concordo parcialmente 3. Não concordo e nem discordo
4. Discordo parcialmente 5. Discordo totalmente

11. Você Indicaria os serviços deste Hospital considerando-os de excelência?

1. Concordo totalmente 2. Concordo parcialmente 3. Não concordo e nem discordo
4. Discordo parcialmente 5. Discordo totalmente

12. Você sabe que este Hospital é Certificado pela ONA e ISO. Você acredita que isto gere um diferencial positivo na sua atenção e estadia?

1. Concordo totalmente 2. Concordo parcialmente 3. Não concordo e nem discordo
4. Discordo parcialmente 5. Discordo totalmente

13. Quando você internou neste Hospital, imaginou que a implantação de uma certificação hospitalar geraria uma melhora qualitativa e de processos, que impactaria na sua assistência?

1. Concordo totalmente 2. Concordo parcialmente 3. Não concordo e nem discordo
4. Discordo parcialmente 5. Discordo totalmente

14. A qualidade final do Serviço prestado pelo Hospital é adequada?

1. Concordo totalmente 2. Concordo parcialmente 3. Não concordo e nem discordo
4. Discordo parcialmente 5. Discordo totalmente

15. Você retornaria ao Hospital por compreender seus aspectos qualitativos da assistência, mesmo sabendo que o custo poderia ser maior ou igual?

1. Concordo totalmente 2. Concordo parcialmente 3. Não concordo e nem discordo
4. Discordo parcialmente 5. Discordo totalmente

16. Você escolheria um Hospital a se tratar por indicação do seu médico?

1. Concordo totalmente 2. Concordo parcialmente 3. Não concordo e nem discordo
4. Discordo parcialmente 5. Discordo totalmente

Anexo II

SCRIPT - PESQUISA DE SATISFAÇÃO HFR / HAGF

Prezado(a) Gestor(a),

Conto com a sua gentileza de preencher a pesquisa abaixo, para que possa conhecer um pouco mais da realidade da “Gestão da Qualidade em Hospitais”.

Sua opinião é fundamental para o êxito do meu trabalho.

Esta iniciativa é extremamente importante, e responder a pesquisa tomará apenas alguns minutos do seu tempo. As respostas deverão ter no máximo 5 linhas abaixo das perguntas.

Desde já agradeço.

1. Como foi o processo de implantação da certificação? Seguiu-se os passos do PDCA?
2. Quais foram as dificuldades enfrentadas na implantação?
3. E os resultados obtidos após implantação?
4. Qual é a sua percepção dos pontos positivos e negativos pós acreditação ou certificação?
5. Foi percebida uma melhora da qualidade assistencial pós acreditação ou certificação? E o modelo de gestão? Ficou mais fácil administrar seu setor?