



TESIS DOCTORAL

**QUALIDADE HOSPITALAR: UMA ANÁLISE DE SUA REALIDADE
EM CAMPINA GRANDE – PARAIBA - BRASIL**

JURACI DIAS ALBUQUERQUE

**DEPARTAMENTO DE ECONOMIA APLICADA E ORGNIZAÇÃO DE
EMPRESAS**

2012

JURACI DIAS ALBUQUERQUE

**QUALIDADE HOSPITALAR: UMA ANÁLISE DE SUA REALIDADE
EM CAMPINA GRANDE – PARAIBA - BRASIL**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade de Extremadura, como requisito a obtenção do grau de doutor.

Área de Concentração: Organização de Empresas.

Diretor de Tese: PROF.DR.PEDRO EUGÉNIO LOPEZ SALAZAR

BADAJOS – ESPANHA

2012

JURACI DIAS ALBUQUERQUE

**QUALIDADE HOSPITALAR: UMA ANÁLISE DE SUA REALIDADE
EM CAMPINA GRANDE – PARAIBA - BRASIL**

Aprovada em: __/__/2012

TRIBUNAL DE TESIS

Presidente

1° Vocal

2° Vocal

3° Vocal

Secretário



*"Que darei eu ao Senhor por todos os
benefícios que me tem feito?"*

Sl. 116: 12

Dedicatória

Aos meus filhos, Rodrigo e Raphael, meus eternos e imutáveis paradigmas de felicidade.

A meu neto Miguel, minha nova fonte de inspiração.

Aos meus pais, Venceslau e Laura, pelo exemplo de vida pelo apoio a este doutorado e que partiram antes de sua conclusão.

AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares de modo especial a Maria José e amigos que me incentivaram e apoiaram.

Ao Prof. Dr. Pedro Eugenio López Salazar por seu profissionalismo, valiosa e imprescindível orientação, incentivo e apoio.

A Prof. Dr.ª Maria Bernadete de Sousa Costa por sua dedicação, orientação, parceria e apoio na construção desta pesquisa.

Ao Prof. Jozemar Pereira Santos pelas orientações preciosas na análise estatística que enriqueceram a construção desse trabalho.

Ao coordenador do Programa de Doutorado, Prof. Tomás M. Benegil Palácios, por sua visão estratégica na viabilização deste curso.

Aos professores da Universidade de Extremadura por compartilharem conosco conhecimentos e experiências.

Ao Prof. Dr. Juan Pérez - Miranda Castilho e a Prof. Dr.ª Solange Fátima Geraldo da Costa pela importante contribuição compartilhada na suficiência investigadora.

Ao Prof. Cícero Agostinho Vieira pela amizade e revisão de português.

A Faculdade de Enfermagem Santa Emília de Redat, através de sua diretora Prof.ª Maria da Glória Uchôa pela viabilização deste curso.

A Administração Central da Universidade Estadual da Paraíba que me concedeu afastamento das atividades para participar desse curso.

Aos colegas professores, funcionários e alunos do departamento de enfermagem que me apoiaram.

À Dr. Milton Medeiros, por estimular e apoiar incondicionalmente esse doutorado, fazendo-me enxergar mais longe.

À todos os gestores, profissionais e pacientes dos hospitais que participaram desta pesquisa, pela valiosa e imprescindível contribuição.

À todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização dessa tese.

RESUMO

ALBUQUERQUE, Juraci Dias. QUALIDADE HOSPITALAR: UMA ANÁLISE DE SUA REALIDADE EM CAMPINA GRANDE-PARAIBA-BRASIL. 337 f. Tese (Doutorado em). Universidade de Extremadura, Badajóz, 2012.

No mundo atual, as práticas realizadas nos serviços de saúde passaram a ser consideradas produtos e, assim, passíveis de exigência de qualidade e, conseqüentemente, de serem submetidas a medidas avaliativas. Com a expansão dos serviços privados e a competitividade própria do mundo capitalista, esta exigência tornou-se notória também no setor público, visto que, o cidadão passou a entender a qualidade como direito social. Nesse estudo, a definição de qualidade perpassa por uma complexa relação entre a ação proativa da gestão, pela implantação de uma estratégia de qualidade organizacional da instituição prestadora de serviço e as necessidades e expectativas do paciente/ cliente a quem se pretende satisfazer e pode ser mensurada por meio da avaliação da qualidade em saúde. Teve como objetivo geral, avaliar o nível de implantação da qualidade pelos hospitais credenciados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, na cidade de Campina Grande, Paraíba-Brasil, na percepção dos pacientes, gestores e profissionais. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa e quantitativa, realizada em seis hospitais gerais de médio e grande porte, com uma amostra de 310 pacientes, seis gestores e 185 profissionais. Os instrumentos de coleta de dados constaram de três questionários: o primeiro avaliou a qualidade percebida (desempenho), através da Escala Servqual (pacientes), o segundo analisou o nível de implantação da qualidade nos hospitais (gestor), e o terceiro avaliou o gerenciamento de qualidade hospitalar e performance na qualidade de serviço (profissionais). A amostra pesquisada permitiu reformular a Escala Servqual, mensurar quantitativamente o desempenho percebido, extrair as dimensões determinantes da qualidade do serviço hospitalar e três fatores: confiabilidade ou serviço despachado, processo de desempenho de serviço e tangíveis. A análise dos dados envolveu estatísticas descritivas (médias e desvio padrão) e a técnica multivariada de análise fatorial. Os resultados revelaram que na avaliação dos pacientes, o nível de implantação da qualidade pelos hospitais da rede do SUS, apresentaram diferenças significativas em todas as dimensões pesquisadas e a dimensão segurança foi considerada a mais importante. Na avaliação dos gestores, só dois hospitais possuem programa da qualidade implantado formalmente, embora de forma parcial. Constatam-se também, diferentes características entre os hospitais públicos, privados e filantrópicos quanto à qualidade; os hospitais filantrópicos apresentaram uma performance mais positiva da assistência e dos serviços prestados aos usuários do SUS, e os hospitais públicos, a mais negativa. Na avaliação da qualidade, os profissionais avaliaram os serviços de forma mais positiva que os pacientes. A menor média encontrada no teste de comparação múltipla de Tukey atribuída às 28 variáveis dos cinco construtos, foi atribuído ao serviço público e o construto que interferiu na performance da qualidade do serviço foi o desenvolvimento da força de trabalho. A concretude desse estudo permite concluir que o principal fator que interfere na implantação da qualidade são as pessoas, pois a qualidade da assistência e do serviço prestado nas referidas instituições hospitalares não atendeu às expectativas dos pacientes, contrariamente à avaliação dos gestores e profissionais. Considerando que a não execução da avaliação da qualidade dos

serviços hospitalares implica na necessidade de implementar a liderança da gerência hospitalar, a cooperação organizacional, o investimento em tecnologia e a análise de processo/informação e o desenvolvimento da força de trabalho e da performance da qualidade de serviço, sugere-se direcionar as ações para a busca de uma gestão mais eficiente.

Palavras-chave: Avaliação, Gestão da qualidade, Gestão Hospitalar, SUS, Escala Servqual.

ABSTRACT

ALBUQUERQUE, Juraci Dias. HOSPITAL QUALITY: NA ANALYSIS of its REALITY in CAMPINA GRANDE-PARAÍBA-BRAZIL. 337 f. Tese (Doctorate in). University of Extremadura, Badajóz, 2012.

Nowadays practice made in the health service have been considered products and thus are now subject to quality requirements and are now submitted to evaluative measures. With the expansion of private services and the competitiveness of the capitalist world, these demands are also notorious in the public sector for the citizens today see this quality as a social right. In this paper, the definition of quality goes through the complex relationship between the proactive management, the implantation of an organizational quality structure of the institution that provides the service and the necessities and expectations of the patient / client to whom satisfaction must be guaranteed and measured through the evaluation of health quality. The general objective of this study is to evaluate the level of quality implantation by the hospitals accredited by Sistema Único de Saúde – SUS in Campina Grande, Paraíba-Brazil, in the perception of patients, managers and professionals. It is a descriptive survey with qualitative and quantitative approach, performed in six large and medium sized hospitals, with a sample of 310 patients, six managers and 185 professionals. The data collect instruments were three questionnaires: the first evaluated the perceived quality (performance) through Servqual Scale (patients), the second analyzed the level of quality implantation at hospitals (manager) and the third studied the management of hospital quality and performance in the service quality (professional). The studied sampled allowed the reformulation of Servqual Scale, measure quantitatively the perceived performance, extract determinant dimensions hospital service quality and three factors: reliability or dispatched service, service process performance and tangible. The analysis of the data involved descriptive statistics (average and standard deviation) and the factorial analysis multivariate technique. The results revealed that according to the patients' evaluation, the level of implantation of quality by the hospitals of the SUS network presented significant differences in all the studied dimensions, being the security one considered the most important. According to the managers, just two hospitals have formally implanted the quality program, but partially. Different characteristics among public, private and philanthropic hospitals were also noted in relation to quality; the philanthropic hospitals presented the most positive performance of assistance and services provided to SUS users and the public hospital had the worst results at this point. In quality evaluation, the professionals' analysis was better than the patients'. The lowest average in the multiple comparison test of Tukey assigned to the 28 variables of the five constructs was given to the public service and the construct that interfered with the service quality performance was the development of the labor force. The concreteness of this work leads to the conclusion that the main factor to interfere with the implantation of quality lies on the people, once the assistance and service quality in the analyzed institutions didn't meet patients' expectations, contrary to the evaluation of managers and professionals. Considering that the non-execution of hospital services quality evaluation means the necessity of the implantation of the leadership of hospital management, organizational cooperation, technology investment and analysis of process/information and the development of labor

force and of service quality performance, it is suggested that a more efficient direction is pursued.

KEY WORDS: evaluation, quality management, hospital management, SUS, Servqual Scale.

Resumen

ALBUQUERQUE, Juraci Dias. CALIDAD HOSPITALARIA: UN ANÁLISIS DE SU REALIDAD EN CAMPINA GRANDE-PARAIBA-BRASIL. 337 f. Tesis (Doctorado en). Universidad de Extremadura, Badajóz, 2012.

En el mundo actual, las prácticas realizadas en los servicios de salud pasaron a ser consideradas productos y, así, se encuentran a merced de las exigencias de calidad y, consecuentemente, a ser sometidas a medidas evaluativas. Con la expansión de los servicios privados y la competitividad propia del mundo capitalista, esta exigencia se torno notoria también en el sector público, dado que, el ciudadano pasó a entender la calidad como derecho social. En ese estudio, la definición de calidad sobrepasa por una compleja relación entre la acción eficaz de la gestión, por la implantación de una estrategia de calidad en la organización de la institución prestadora del servicio y las necesidades y expectativas del paciente/ cliente a quien se pretende satisfacer y puede ser mensurada evaluando la calidad en la salud. Tiene como objetivo general, avaliar el nivel de implantación de la calidad en los hospitales credenciados por el Sistema Único de Salud – SUS, en la ciudad de Campina Grande, Paraíba-Brasil, con la percepción de los pacientes, gestores y profesionales. Se trata de un estudio descriptivo, con un abordaje cualitativo y cuantitativo, realizado en seis hospitales generales de medio y gran porte, con una muestra de 310 pacientes, seis gestores y 185 profesionales. Los instrumentos de colecta de datos constan de tres cuestionarios: el primero evaluó la calidad percibida (desempeño), através de la Escala Servqual (pacientes), el segundo analizó el nivel de implantación de la calidad en los hospitales (gestor), y el tercero evaluó el gerenciamiento de la calidad hospitalaria y el rendimiento en la calidad de servicio (profesionales). La muestra investigada permitió reformular la Escala Servqual, medir cuantitativamente el desempeño percibido, extraer las dimensiones determinadas de la calidad del servicio hospitalario y tres factores: confiabilidad o servicio despachado, proceso de desempeño de servicio y tangible. El análisis de los datos involucró estadísticas descriptivas medias y desvío de padrón y la técnica multivariada de análisis factorial. Los resultados revelaron que en la avaliación de los pacientes, el nivel de implantación de la calidad de los hospitales de la red de SUS, presentaron diferencias importantes en todas las dimensiones investigadas y la dimensión de la seguridad fue considerada la más importante. En la evaluación de los gestores, sólo dos hospitales poseen un programa de calidad implantado formalmente, aunque de forma parcial. Se constatan también, diferentes características entre los hospitales públicos, privados y filantropicos en cuanto a la calidad; los hospitales filantrópicos presentaron un rendimiento más positivo en la asistencia y en los servicios prestados a los usuarios de SUS, y los hospitales públicos, la más negativa. En la evaluación de calidad, los profesionales evaluaron los servicios de forma más positiva que los pacientes. El menor promedio encontrado en el teste de comparación múltiple de Tukey atribuido a las 28 variables de las cinco construcciones, fue asignado al servicio público y a la construcción que interfirió en el rendimiento de la calidad del servicio fue el desenvolvimiento de la fuerza de trabajo. La concretización de este estudio permite determinar que el factor principal que interfiere en la implantación de la calidad son las personas, pues la calidad de la asistencia del servicio prestado en las referidas instituciones

hospitalarias no alcanzó las expectativas de los pacientes, al contrario de la evaluación de los gestores y profesionales. Considerando que la no ejecución de la evaluación de la calidad de los servicios hospitalarios implica en la necesidad de implementar la liderazgo de la gerencia hospitalaria, la cooperación de la organización, la inversión en la tecnología y el análisis de proceso/información el desenvolvimiento de la fuerza de trabajo y del rendimiento de la calidad de servicio, sugiere manejar las acciones para la búsqueda de una gestión más eficiente.

Palabras-clave: Evaluación, Gestión de calidad, Gestión Hospitalaria, SUS, Escala Servqual.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Visão da qualidade como ciência e arte.	47
Figura 2 - Os oito princípios da qualidade.	51
Figura 3 - Ciclo de Shewhart ou Ciclo PDCA.	69
Figura 4 - Estrutura organizacional orientada para os serviços.	74
Figura 5 - Qualidade total percebida.	76
Figura 6 - O modelo da qualidade de Gronroos- Gummesson.	81
Figura 7 - Uma visão estratégica dos inter-relacionamentos dos recursos geradores da qualidade.	82
Figura 8 - Modelo da estrutura de um hospital.	85
Figura 9 - Modelo conceitual de influência de implementação de fatores TQM nos hospitais.	90
Figura 10 - Dimensões da qualidade total em serviços de saúde.	91
Figura 11 - Experiência do paciente – operação cirúrgica.	93
Figura 12 - Benefícios dos serviços de saúde.	102
Figura 13 - Perfil da qualidade hospitalar no Brasil.	112
Figura 14 - Avaliação da qualidade de serviços pelos consumidores.	125
Figura 15 - Qualidade de serviço.	126
Figura 16 - Modelo conceitual da qualidade de serviços – Modelo de Gap.	132
Figura 17 - Modelo conceitual de qualidade de serviço- Sete Gaps.	134
Figura 18 - Distribuição geográfica dos hospitais pesquisados na cidade de Campina Grande-PB.	155
Figura 19 – Perfil sociodemográfico dos pacientes.	278
Figura 20 – Medos do paciente	279
Figura 21 – Custo da ausência de qualidade	280
Figura 22 – Expectativas do paciente em relação à equipe	281
Gráfico 1 - Expectativas e Percepções: Dimensão Confiabilidade.	130
Gráfico 2 - Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com a classificação dos hospitais.	173

Gráfico 3 - Distribuição dos pacientes atendidos nos hospitais, segundo o sexo.	174
Gráfico 4 - Distribuição dos pacientes atendidos nos hospitais, segundo a faixa etária.	175
Gráfico 5 - Distribuição dos pacientes atendidos nos hospitais, segundo o grau de escolaridade.	175
Gráfico 6 - Expectativas e percepções dos pacientes assistidos nos hospitais.	179
Gráfico 7 - Expectativas média das dimensões do SERVQUAL (nível de importância).	182
Gráfico 8 - Percepção da qualidade do serviço por dimensões, segundo o tipo de hospital.	187
Gráfico 9 - Avaliação média de QSS - qualidade dos serviços nos hospitais pesquisados.	188
Gráfico 10 - Avaliação média de QAS - qualidade da assistência nos hospitais pesquisados.	189
Gráfico 11 - Avaliação da qualidade dos serviços segundo o gênero dos pacientes.	194
Gráfico 12 - Avaliação média da qualidade da assistência, segundo o gênero dos pacientes.	195
Gráfico 13 - SCREE PLOT indicando a formação de três fatores como solução da AFE.	198
Gráfico 14 - Média das expectativas e percepções das dimensões do SERVQUAL.	205
Gráfico 15 - Média das expectativas e percepções dos 15 itens do SERVQUAL.	206
Gráfico 16 - Média das percepções das dimensões do SERVQUAL (nível de importância)	207
Gráfico 17 - Dendrograma da análise de agrupamento hierárquico pelo método Average Linkage.	212
Gráfico 18 - Classificação dos escores das questões do Servqual agrupamento de três Clusters.	213
Gráfico 19 - Mapa perceptual da análise de correspondência entre Clusters e Instituição Hospitalar.	214
Gráfico 20 - Mapa percentual da análise de correspondência entre Clusters e faixa etária.	215
Gráfico 21 - Classificação dos hospitais pesquisados.	216
Gráfico 22 - Distribuição do número de camas nos hospitais pesquisados.	218

Gráfico 23 - Distribuição quantitativa de camas para atendimento SUS dos hospitais pesquisados.	218
Gráfico 24 - Correlação entre números de profissionais e número de camas dos hospitais pesquisados.	220
Gráfico 25 - Distribuição do tempo (anos) de funcionamento dos hospitais pesquisados.	221
Gráfico 26 - Distribuição dos gestores dos hospitais pesquisados segundo o sexo.	222
Gráfico 27 - Formação profissional dos gestores dos hospitais pesquisados.	222
Gráfico 28 - Distribuição dos profissionais participantes por tipo de hospital.	237
Gráfico 29 - Distribuição dos profissionais das instituições de saúde, segundo o sexo.	238
Gráfico 30 - Distribuição dos profissionais segundo a faixa etária.	238
Gráfico 31 - Distribuição dos profissionais pesquisados por categoria.	239
Gráfico 32 - Distribuição dos profissionais, segundo o nível de formação.	239
Gráfico 33 - Avaliação média dos profissionais para LGH.	242
Gráfico 34 - Avaliação média dos profissionais para CO.	244
Gráfico 35 - Avaliação média dos profissionais para LT.	246
Gráfico 36 - Avaliação média dos profissionais para FT.	248
Gráfico 37 - Avaliação média dos profissionais para AI.	250
Gráfico 38 - Avaliação média dos profissionais para PQS.	252
Gráfico 39 - Avaliação média da qualidade dos serviços de saúde na percepção dos profissionais dos hospitais.	270
Gráfico 40 - Avaliação da qualidade dos serviços de saúde na percepção dos usuários atendidos nos hospitais.	271
Gráfico 41 - Profissionais x Pacientes- desempenho da qualidade geral dos serviços prestados nos hospitais.	273
Gráfico 42 - Profissionais x Pacientes – desempenho da assistência geral á saúde prestada nos hospitais.	274
Organograma 1 - Momentos da Verdade entre Pacientes e Profissionais.	35
Diagrama 1 - Análise fatorial confirmatória das três dimensões obtidas do SERVQUAL adaptado com 15 questões a partir da SEM.	200

Diagrama 2 - Estimativa padronizada (coeficientes de regressão) das três dimensões obtidas do SERVQUAL adaptado com 15 questões a partir da AFE.	201
Diagrama 3 - Modelo proposto da qualidade do gerenciamento hospitalar e performance na qualidade de serviço – modelo hipotético.	275
Diagrama 4 - Diagrama de caminhos para o modelo proposto do gerenciamento de qualidade hospitalar e performance da qualidade de serviço.	259
Diagrama 5 - Estimativa padronizada para o modelo proposto: coeficientes de regressão, correlações e coeficientes de determinação.	260
Quadro 1 - Contribuições do setor industrial para a avaliação e melhora da qualidade no setor sanitário de 1950 a 1965.	41
Quadro 2 - Definições da qualidade	48
Quadro 3 - Diferenças entre a concepção tradicional e a concepção atual da qualidade.	49
Quadro 4 - Diferenças entre o pensamento tradicional e a nova filosofia da qualidade.	55
Quadro 5 - Histórico da qualidade.	56
Quadro 6 - Obstáculos à implantação da qualidade total.	61
Quadro 7 - Comparação de distintos modelos da GCT.	63
Quadro 8 - Diferenças existentes entre os conceitos da gestão da qualidade.	65
Quadro 9 - Comparación de los modelos de los expertos em GCT.	70
Quadro 10 - Diferenças entre bens físicos e serviços.	73
Quadro 11 - Paradigmas na busca por organizações de serviço de saúde.	101
Quadro 12 - Barreiras à implementação dos FCS na redução de erros hospitalares.	111
Quadro 13 - Fatores para uma alta qualidade no serviço hospitalar e seus níveis de importância.	113
Quadro 14 - Dimensões Servqual x dimensões originais da qualidade de serviço.	127
Quadro 15 - Dimensões, declarações e definições da Escala Servqual.	129
Quadro 16 - Estudos empíricos sobre a utilização da Escala Servqual	146
Quadro 17 - Estudos empíricos sobre a utilização da Escala Servqual	147
Quadro 18 - Estudos empíricos sobre a utilização da Escala Servqual.	148
Quadro 19 - Estudos empíricos sobre a utilização da Escala Servqual.	149

Quadro 20 - Estudos empíricos sobre a utilização da Escala Servqual.	150
Quadro 21 - Distribuição do número de leitos de acordo com a especialidade e a forma de credenciamento.	156
Quadro 22 e 23 - Servqual: Gaps = Perc – Exp e Servqual: Percepção.	165
Quadro 24 - Medida de fidedignidade ou consistência interna para as dimensões do questionário Servqual.	177
Quadro 25 - Análise de variância (de uma classificação) para cada Gap das dimensões do Servqual.	181
Quadro 26 - Análise de variância (de uma classificação) para cada dimensão da percepção.	184
Quadro 27 - Teste de comparação múltipla de Tukey relativo a qualidade percebida das dimensões do Servqual.	185
Quadro 28 - Aplicação do teste t para amostras dependentes, nas cinco dimensões.	186
Quadro 29 - Análise de variância (de uma classificação) para a variável QSS: Qualidade de Serviço Oferecido.	189
Quadro 30 - Análise de Variância (de uma classificação) para a variável QSS: Qualidade de Assistência Prestada.	190
Quadro 31 - Medida de fidedignidade ou consistência interna para as dimensões do questionário SERVQUAL (Coeficiente Alfa de Cronbach).	205
Quadro 32 - Análise de variância (de uma classificação) para cada dimensão da percepção.	208
Quadro 33 - Teste de comparação múltipla de Tukey relativo às dimensões do Servqual.	208
Quadro 34 - Demonstração da relação entre a variável número de profissionais x número de camas dos hospitais pesquisados.	219
Quadro 35 - Histórico dos hospitais pesquisados.	224
Quadro 36 - Estágio de desenvolvimento da qualidade dos hospitais pesquisados.	225
Quadro 37 - Estágio de desenvolvimento da qualidade dos hospitais pesquisados.	233
Quadro 38 - Características de sistemas de qualidade dos hospitais pesquisados.	235
Quadro 39 - Análise de variância (de uma classificação) para cada item de LGH.	243
Quadro 40 - Teste de comparação múltipla de Tukey, relativo aos itens de LGH.	243
Quadro 41 - Análise de variância (de uma classificação) para cada item de CO.	245

Quadro 42 - Teste de comparação múltipla de Tukey, relativo aos itens de CO.	245
Quadro 43 - Análise de variância (de uma classificação) para cada item de LT.	247
Quadro 44 - Teste de comparação múltipla de Tukey, relativo aos itens de LT.	247
Quadro 45 - Análise de variância (de uma classificação) para cada item de FT.	249
Quadro 46 - Teste de comparação múltipla de Tukey, relativo aos itens de FT.	249
Quadro 47 - Análise de variância (de uma classificação) para cada item de AI.	251
Quadro 48 - Teste de comparação múltipla de Tukey, relativo aos itens de AI.	251
Quadro 49 - Análise de variância (de uma classificação) para cada item de PQS.	253
Quadro 50 - Teste de comparação múltipla de Tukey, relativo aos itens de PQS.	253
Quadro 51 - Análise de variância (de uma classificação) para as variáveis do questionário dos profissionais.	255
Quadro 52 – Resultado do teste de comparações múltiplas de Tukey	259
Quadro 53 - Efeito de cada construto sobre a qualidade de serviço na SEM.	268

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Expectativas dos pacientes entrevistados: Indicadores da qualidade de serviços dos hospitais.	178
Tabela 2 - Medida de adequação KMO e teste de Bartlett.	197
Tabela 3 - Solução Unifatorial: Matriz de fatores ou componentes.	197
Tabela 4 - Matriz Rotada de Fatores.	199
Tabela 5 - Estatísticas do construto qualidade de serviço (amostra sistemática de pares, n= 155).	202
Tabela 6 - Indicadores de ajuste do modelo de dimensões do SERVQUAL modificado (15 questões).	204
Tabela 7 - Aplicação do Teste t para amostras dependentes, nas três dimensões.	209
Tabela 8 - Matriz de correlação ^{a, b} .	210
Tabela 9 - Matriz de correlação ^{a, b} .	211
Tabela 10 - Análise de agrupamento – Método não-hierárquico das k-medidas (3 clusters).	213
Tabela 11 - Construtos do questionário dos Profissionais de Saúde. (28 itens)	240
Tabela 12 - Consistência interna das respostas do questionário.	241
Tabela 13 - Medidas descritivas – Resumo (GQH).	269
Tabela 14 - Medidas descritivas – Resumo (Servqual).	272

LISTA DE SIGLAS UTILIZADAS

- ABNT** – Associação Brasileira de Normas Técnicas.
- ANAHP** – Associação Nacional de Hospitais Privados.
- ANS** – Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- CBA** – Consórcio Brasileiro de Acreditação.
- CCAH** – Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais.
- CNES**- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde.
- CQI** – Continuous Quality Improvement.
- CQT**- Controle de Qualidade Total.
- FNQ**- Fundação Nacional da Qualidade.
- GQH** – Gerenciamento de Qualidade Hospitalar.
- GQT** – Gestão da Qualidade Total.
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- ISQUA** – International Society for Quality Assessment.
- ISO** – International Organization Standard.
- JCAH** – Joint Commission on Accreditation of Hospitals.
- JCAHO** – Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization.
- JCI** – Joint Commission International.
- MS** – Ministério da Saúde.
- NBR** – Norma Brasileira.
- NR** – Norma Regulamentadora.
- OMS** – Organização Mundial da Saúde.
- ONA** – Organização Nacional de Acreditação.
- OPAS** – Organização Pan-Americana de Saúde.

PBQP – Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade.

PIB – Produto Interno Bruto.

PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde.

PNQ – Programa Nacional da Qualidade.

QT – Qualidade Total.

SUS – Sistema Único de Saúde.

TQC – Controle Total da Qualidade.

TQM – Total Quality Management.

SUMARIO

INTRODUÇÃO	27
I – Considerações Gerais	27
II – Objetivos	30
III – Hipóteses	30
IV – Trajetória Metodológica	31
V – Justificativa	33
VI – Estrutura do Trabalho	36
CAPITULO 1: ASPECTOS CONCEITUAIS DA QUALIDADE	39
1.1 Sua Evolução	40
1.2 Uma Aproximação a sua Definição	42
1.3 Outras Interpretações do Conceito Qualidade	48
1.4 Desenvolvimento do Sistema de Qualidade Total	56
1.5 Os Obstáculos que se deve Superar	60
1.6 Diretrizes do Sistema de Gestão da Qualidade	64
CAPITULO 2: SERVIÇOS E QUALIDADE	72
2.1 Serviços	72
2.2 Qualidade no Setor de Serviço	76
2.3 Mensuração da Qualidade de Serviço	78
2.4 Performance do Ambiente Hospitalar	83
2.5 Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde	85
2.6 Avaliação da Qualidade nos Serviços de Saúde	94
2.7 Evolução da Pesquisa sobre Qualidade no Brasil	106
2.8 Acreditação	113
2.9 Enfoques Sobre os Prêmios de Qualidade Aplicados nos Serviços de Saúde	121

CAPITULO 3 – QUALIDADE: EXPECTATIVAS E PERCEPÇÕES	124
3.1 Escala Servqual	124
3.2 Setor Hospitalar	141
3.3 As Criticas	142
3.4 Estudos Utilizando a Escala Servqual	145
CAPITULO 4 – METODOLOGIA	153
4.1 Natureza do Estudo	153
4.2 Cenário de Investigação	154
4.3 Objeto de Estudo	154
4.4 População e Amostra	157
4.5 Instrumento de Coleta de Dados	159
4.6 Metodologia de Coleta de Dados	160
4.7 Validação da Escala Servqual modificada (15 questões)	161
4.8 Processamento e Análise de Dados	167
CAPITULO 5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	172
5.1 Análise Externa da Qualidade	173
5.1.1 Análise da Relação entre as Instituições Hospitalares e o Perfil Sócio-Demográfico dos Pacientes	173
5.1.2 Análise das Expectativas e Percepções dos Pacientes	176
5.1.3 Qualidade dos Serviços e a Satisfação dos Clientes	180
5.1.4 Análise Comparativa dos Hospitais dentro de cada Dimensão da Percepção (ou qualidade de serviço percebido).	184
5.1.5 Análise Comparativa das variáveis QSS (Qualidade do Serviço Oferecido) e QAS (Qualidade da Assistência Prestada), segundo a natureza dos hospitais.	188
5.1.5.1 Análise Comparativa de QSS (Qualidade do Serviço Oferecido) e QAS (Qualidade da Assistência Prestada), segundo as características sócio-demográficas dos pacientes.	194

5.1.6 Resultados da Análise Fatorial Exploratória	197
5.1.7 Análise Comparativa dos Hospitais, Através dos três Fatores Extraídos do Servqual, Dentro de cada Dimensão da Percepção ou (qualidade de serviço percebido).	208
5.1.8 Estimativa da Qualidade dos Serviços e da Assistência Prestada pelas Três Dimensões do Servqual (15 questões).	209
5.1.9 Análise de Agrupamento (ou cluster)	211
5.1.10 Análise de Correspondência	214
5.2 Análise Interna – Uma Abordagem Qualitativa	216
5.2.1 Caracterização das Instituições objeto da pesquisa.	216
5.2.2 Caracterização dos Gestores.	221
5.2.3 Abordagem Qualitativa	223
5.2.3.1 Histórico dos Hospitais Pesquisados	223
5.2.3.2 Estágio de Desenvolvimento da Qualidade nos Hospitais Pesquisados	224
5.2.3.3 Características de Sistemas de Qualidade nos Hospitais Pesquisados	235
5.3 Análise Quantitativa	236
5.3.1 Análise da Relação entre as Instituições Hospitalares e o Perfil Sócio-Demográfico dos Profissionais.	237
5.3.2 Análise da Relação entre a Qualidade do Gerenciamento Hospitalar e Execução do Serviço	240
5.3.2.1 Construtos – Consistência Interna (Alfa de Cronbach)	241
5.3.3 Análise Comparativa da Qualidade da Gerência Hospitalar, Segundo os Tipos de Hospitais	242
5.3.3.1 Liderança da Gerência Hospitalar	242
5.3.3.2 Cooperação Organizacional	244
5.3.3.3 Liderança em Tecnologia	246
5.3.3.4 Força de Trabalho	248
5.3.3.5 Análise do Processo / Informação	250
5.3.3.6 Performance da Qualidade de Serviço	252
5.3.4 Modelagem SEM- Questionário dos Profissionais (QGH)	256
5.3.4.1 Diagrama de Caminhos para a Modelagem Sem do Gerenciamento de Qualidade Hospitalar	258

5.3.4.2 Modelo Analítico de Caminho Aceito para o Estudo	260
5.4 Análise Cruzada das Percepções	269
5.4.1 Avaliação dos Profissionais	269
5.4.2 Avaliação dos Usuários	271
5.4.3 Comparação da Avaliação: Profissionais x Usuários	272
5.4.3.1 Desempenho da Qualidade (profissionais) x Qualidade dos Serviços Prestados (usuários)	273
5.4.3.2 Desempenho da Qualidade (Profissionais) x Qualidade da Assistência á saúde (usuários)	274
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	277
7. REFERÊNCIAS	296
ANEXOS	313



INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

I - Considerações Gerais

Desde duas últimas décadas do final do século XX que a melhoria da qualidade se tornou um tema importante nas discussões de alguns países que têm o objetivo de desenvolver programas de qualidade na área de saúde. Nesse contexto, as organizações prestadoras de serviços de saúde, compreendidas como empresas complexas, necessitam adaptar-se a esse novo cenário e se tornarem flexíveis, para incorporarem estratégias capazes de atender ao usuário, seja cliente interno ou externo, razão de ser da instituição.

Nos dias de hoje, a busca pela excelência na prestação de serviços tem se tornado uma preocupação contínua para os profissionais de saúde, trazendo os temas qualidade e avaliação para amplas discussões, entre seus gestores e usuários. No Brasil, as iniciativas para implementar políticas de qualidade iniciaram-se a partir da década de 90, em decorrência das exigências mercadológicas e dos usuários.

O Brasil também se insere no contexto dos países que estão desenvolvendo Programa de Qualidade. De um universo de mais de sete mil hospitais públicos e privados, o Brasil possui em torno de 130 deles certificados nos vários níveis estabelecidos pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), responsável por essa certificação no país. (Oliveira - 2011). Quando comparados com outros países a exemplo dos Estados Unidos, onde mais de 80% dos hospitais são certificados, nos deparamos com um grande desafio de elevar o nível de certificação dos hospitais.

A repercussão que as ações de qualidade têm sobre os resultados empresariais constituem uma das linhas de investigação mais recentes, sobretudo nos últimos dez anos. Segundo a Organização Nacional de Acreditação (ONA- 2010), os hospitais têm enfrentado

desafios expressivos diante de um mercado cada vez mais competitivo, associado a um cenário econômico indefinido, de grandes avanços tecnológicos-científicos, e uma grande regulamentação do setor saúde e com crescente imposição de demonstração de eficácia/eficiência da assistência médico-hospitalar.

Para Crosby (1989), uma das grandes justificativas de boas perspectivas para a qualidade é justamente a crise econômica mundial. Todos têm de fazer mais com menos, o que representa trabalhar com qualidade, produtividade e competitividade de forma sustentável.

A avaliação da qualidade da assistência na organização hospitalar, às transformações ocorridas no cenário político mundial, a globalização da economia, a crescente dispersão das novas tecnologias e a socialização dos meios de comunicação são alguns dos eventos que contribuíram para a mudança do comportamento dos usuários dos serviços, bem como para o aumento da competitividade na maioria das organizações.

Uma das grandes questões a nível mundial é a gerência, sendo atualmente um dos recursos mais almejados que há no planeta. É um recurso que, sob qualquer ponto de vista, marca diferenças de competitividade e é tido como meio estratégico para alcançar as metas previstas entre as organizações ou mesmo entre as nações.

As perspectivas de gerência de qualidade total e de melhoria contínua (Total Quality Management/TQM e Contínuos Quality Improvement/CQI) iniciadas na década de 90 foram inicialmente enfatizadas na administração de bens. Nas instituições prestadoras de serviços de saúde, a qualidade deve ser considerada, sobretudo, porque o produto/serviço é consumido durante a sua produção, tornando-o diferente da produção de bens, em que é possível separar o produto com defeito, sem maiores conseqüências, exceto a perda de matéria-prima e o retrabalho. (SILVA, 2003, COSTA, 2007).

Atualmente, há uma constante preocupação dos gestores em geral com a qualidade dos serviços hospitalares, tendo em vista que os hospitais são organizações complexas e, por possuírem a função primordial de prestar assistência à saúde da população de uma determinada região, possuem grande repercussão social (FORD e FOTTLER, 2000).

Partindo das considerações que envolvem a situação da qualificação dos hospitais no Brasil, surgiram os seguintes questionamentos: Qual a percepção dos gestores dos hospitais, profissionais e pacientes/clientes sobre a qualidade dos serviços e da assistência, e quais as dificuldades e vantagens de se investir no processo de melhoria contínua da qualidade.

Considerando que o objetivo fundamental da qualidade é satisfazer às necessidades do cliente, torna-se imprescindível que os profissionais se preocupem com a qualidade da assistência prestada ao paciente. A adoção do processo de qualidade em serviço propicia mudanças profundas no modelo de gerenciamento. Além disso, desperta uma maior consciência da importância do trabalho em equipe e um maior respeito pelo ser humano, na busca de melhorar o seu trabalho. Nesse sentido, a qualidade é também entendida como um processo de mudança estratégica, observando-se, entretanto, que somente através dos profissionais envolvidos na assistência é que tais mudanças se concretizarão.

O objetivo principal da assistência deve ser a prestação de serviços de qualidade mediante a utilização de todos os recursos existentes nos hospitais quer sejam públicos ou privados. Considerando que, a qualidade do serviço reside em obter a utilidade funcional, simbólica e a relativa às vivências a um custo razoável para o cliente, ou seja, o valor seja positivo para ele.

A atuação no âmbito da atenção à saúde de forma inovadora requer dos profissionais uma postura permanente de reflexão e investimentos éticos em torno da melhoria da qualidade assistencial que possa responder de forma ampla à necessidade da saúde do cliente.

Considerando as perspectivas de gerência de qualidade total e de melhoria contínua nas instituições de saúde, pode-se afirmar que o principal problema que se observa na maioria dos hospitais públicos do Brasil, e notadamente nos hospitais da cidade de Campina Grande no Estado da Paraíba, consiste na deficiência da gestão de serviços públicos com base no sistema de qualidade apontado na literatura pesquisada.

Percebe-se que a carência de qualidade como uma eficiente ferramenta administrativa nos serviços, interfere na participação dos profissionais integrantes do sistema de saúde, e principalmente o paciente, razão de ser do hospital, que perde a sua identidade e passa a ser um número, um órgão doente, um diagnóstico, um caso ou um descaso. Esta problemática foi comprovada na vivência profissional da pesquisadora, como enfermeira assistencial e gerente no âmbito hospitalar.

Diante da situação observada nos serviços hospitalares credenciados pelo SUS na cidade de Campina Grande - PB, este estudo se propõe atingir os seguintes objetivos e hipóteses:

II - Objetivos

Geral

- Analisar o nível de implantação da gestão de qualidade pelos hospitais credenciados pelo Sistema Único de Saúde – SUS na cidade de Campina Grande - Paraíba, Brasil, na percepção dos pacientes, gestores e profissionais.

Específicos

- Avaliar a qualidade dos serviços prestados pelos hospitais na percepção dos pacientes, gestores e profissionais.
- Estabelecer a relação entre a medida interna da qualidade de serviço, e a medida externa da qualidade de serviço.
- Investigar a implantação da qualidade nos três grupos de hospitais e estabelecer a correlação entre este nível de implantação e a percepção de qualidade pelos pacientes.

Para alcanças os objetivos propostos nesse estudo foram formuladas as seguintes hipóteses:

III – Hipóteses

H₁: As cinco dimensões: tangibilidade, confiabilidade, responsividade, segurança e empatia propostas pela Escala Servqual, apresentam a mesma importância relativa.

H₂: A avaliação pelos pacientes da qualidade do serviços oferecido (QSS) e da qualidade da assistência prestada (QAS), difere segundo a natureza dos hospitais pesquisados.

H₃: As características relacionadas a gênero, faixa etária e escolaridade influenciam na avaliação da qualidade do serviço e da assistência na percepção dos pacientes.

H₄: Existe um gap muito pequeno entre as expectativas e percepções dos pacientes.

H₅: Existem diferenças entre os gaps expectativas-percepções segundo a natureza das instituições hospitalares pesquisadas.

-
- H₆: O nível de percepção da qualidade do atendimento hospitalar percebido pelos pacientes difere, segundo a natureza dos hospitais pesquisados.
- H₇: Existe uma alta e igual implicação da direção com a qualidade nos diferentes tipos de hospitais pesquisados.
- H₈: Existe uma alta e igual dinâmica de desenvolvimento da força de trabalho nos diferentes tipos de hospitais pesquisados.
- H₉: Existe um igual peso entre as variáveis: liderança da gerência hospitalar, cooperação organizacional, liderança tecnológica, análise de informação e desenvolvimento da força de trabalho em todos os hospitais pesquisados e este peso se corresponde por igual aos diferentes tipos de hospitais pesquisados.
- H₁₀: A importância das variáveis tem igual peso, independentemente da natureza dos hospitais pesquisados.
- H₁₁: Melhor liderança da gerência hospitalar (LGH) deve ter um efeito direto na análise de processo/informação (AI) e na qualidade de serviços de saúde (PQS).
- H₁₂: Melhor cooperação organizacional (CO) deve ter um efeito direto na análise do processo/informação (AI) e efeito indireto sobre a qualidade de serviços de saúde (PQS).
- H₁₃: Liderança tecnológica (LT) tem um efeito direto na análise do processo/informação (AI) para o melhoramento contínuo e efeito indireto sobre a qualidade de serviços de saúde (PQS).
- H₁₄: Desenvolvimento da força de trabalho (FT) tem um efeito direto na análise do processo/informação (AI) para o melhoramento contínuo e na qualidade de serviços de saúde.
- H₁₅: Análise do processo/informação para o melhoramento contínuo (AI) tem um efeito direto sobre a qualidade de serviços de saúde (PQS).
- H₁₆: Análise do processo/informação para o melhoramento contínuo (AI) media a relação entre qualidade de serviços de saúde (PQS) juntamente com a liderança da gerência hospitalar (LGH), cooperação organizacional (CO), liderança tecnológica (LT) e desenvolvimento da força de trabalho (FT).
- H₁₇: Existe uma correspondência entre a percepção da qualidade por parte dos usuários e a percepção da qualidade por parte dos funcionários.
- H₁₈: A percepção da qualidade percebida, tanto pelos pacientes, como por parte dos funcionários coincide em termos relativos em função da natureza dos hospitais pesquisados.

IV – Trajetória Metodológica

Para a consecução dos objetivos e hipóteses propostas neste estudo adotou-se um percurso metodológico tendo como primeira etapa a realização de uma compilação bibliográfica e o estudo das informações obtidas. Para tanto, fez-se necessário a avaliação de trabalhos teóricos e empíricos sobre a temática qualidade e avaliação de serviços de saúde.

A compilação bibliográfica teve como finalidade a construção do marco teórico com apoio da revisão de literatura. As fontes bibliográficas pesquisadas foram diversificadas em bibliotecas e hemerotecas destacando-se:

- Biblioteca da Faculdade de Ciências Econômicas Y Empresariales da UNEX Badajoz-Espanha
- Biblioteca da Faculdade de Medicina do Hospital Infanta Cristina, Badajoz-Espanha
- Biblioteca do Hospital La Paz-Madrid-Espanha.
- Biblioteca Central da Universidade Federal da Paraíba UFPB-João Pessoa-Brasil.
- Biblioteca Central da Universidade Federal da Paraíba – UFPB-Campina Grande-Paraíba.
- Biblioteca da Faculdade de Administração da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB – Campina Grande-Paraiba.
- Biblioteca da Faculdade de Administração de Empresas/UNIPÊ – João Pessoa – Brasil
- Biblioteca da Faculdade de Enfermagem Santa Emilia de Rodat - João Pessoa – Brasil.

A investigação se baseou também, em levantamentos de dados oficiais do Ministério da Saúde e de fontes secundárias como: artigos científicos, internet e periódicos de Jornais onde a partir das referencias obtidas, se procedeu a seleção daquelas que se consideraram mais relevantes para este estudo.

O processo metodológico empírico foi desenvolvido da seguinte forma: Em primeiro lugar, optou-se pela Escala Servqual a ser aplicada aos 310 pacientes, onde se estabeleceram os critérios de inclusão da população e amostra, sendo adaptado o instrumento Servqual de 22

para 15 itens. Em segundo lugar, foi aplicado um questionário com os seis gestores dos hospitais campo da pesquisa, para se avaliar o estágio de implantação da qualidade nestes serviços; em seguida, foi aplicado um instrumento com 185 profissionais para avaliar o Gerenciamento da Qualidade Hospitalar (GQH), utilizando um instrumento estatístico para validar o modelo que é uma metodologia de análise multivariada que contempla: liderança da gerência hospitalar, cooperação organizacional, liderança tecnológica, força de trabalho, análise de informação e performance da qualidade de serviço.

Os dados foram agrupados, codificados e analisados mediante tratamento estatístico com uso da técnica de Modelagem de Equações Estruturais (SEM), software AMOS 8.0, SPSS e outros testes estatísticos.

V - Justificativa

A abordagem desta temática tem um sentido especial, ao ser situado no percurso profissional da pesquisadora. A aproximação com o tema desta tese emergiu da experiência acumulada em trinta anos de atividade profissional, atuando em hospitais públicos, privados e filantrópicos como enfermeira assistencial, e em cargos administrativos, bem como, na gerência hospitalar.

Essa experiência, sempre foi permeada pela dicotomia entre a teoria e a prática. Vivenciada, como profissional integrante do sistema de saúde os períodos de ascensão e crise no processo de mudança do Sistema Único de Saúde – SUS, e o surgimento desenfreado de novos leitos, de novos serviços e de “administradores hospitalares” criados pelo sistema. Presenciou-se, em seguida, a desativação de leitos, unidades e serviços, devido à forte crise administrativa, provocada pela limitação de verbas oriundas do Governo Federal, pela má gestão dos recursos financeiros, humanos e tecnológicos, e pela falta de profissionalização na administração hospitalar.

Além dessas experiências explicitadas, vale salientar outro impacto no desenvolvimento da administração dos serviços de saúde foi implementar ações administrativas no modelo de gestão familiar, como também trabalhar a assistência, qualidade e humanização dentro de uma planta física hospitalar mapeada com os pacientes assistidos pelo SUS e pelos pacientes particulares e/ou de planos de saúde privado.

A visão tecnicista da pesquisadora, adquirida na formação de Graduação em Enfermagem, foi substituída pela visão holística do hospital, que a partir desse momento

passou a ser visto como empresa, na sua complexa e difícil arte de gerenciamento, em face da demanda de serviços oferecidos.

Nesse sentido, o patrono da administração hospitalar Mac Earchern (1957) afirma que de todas as empresas modernas, nenhuma é mais complexa do que o hospital. Em consonância com esse pensamento, Drucker (2006) afirma que o hospital é a organização humana mais complexa jamais concebida, mas também, nos últimos 40 anos, um dos tipos de organizações que cresce mais rapidamente em todos os países desenvolvidos.

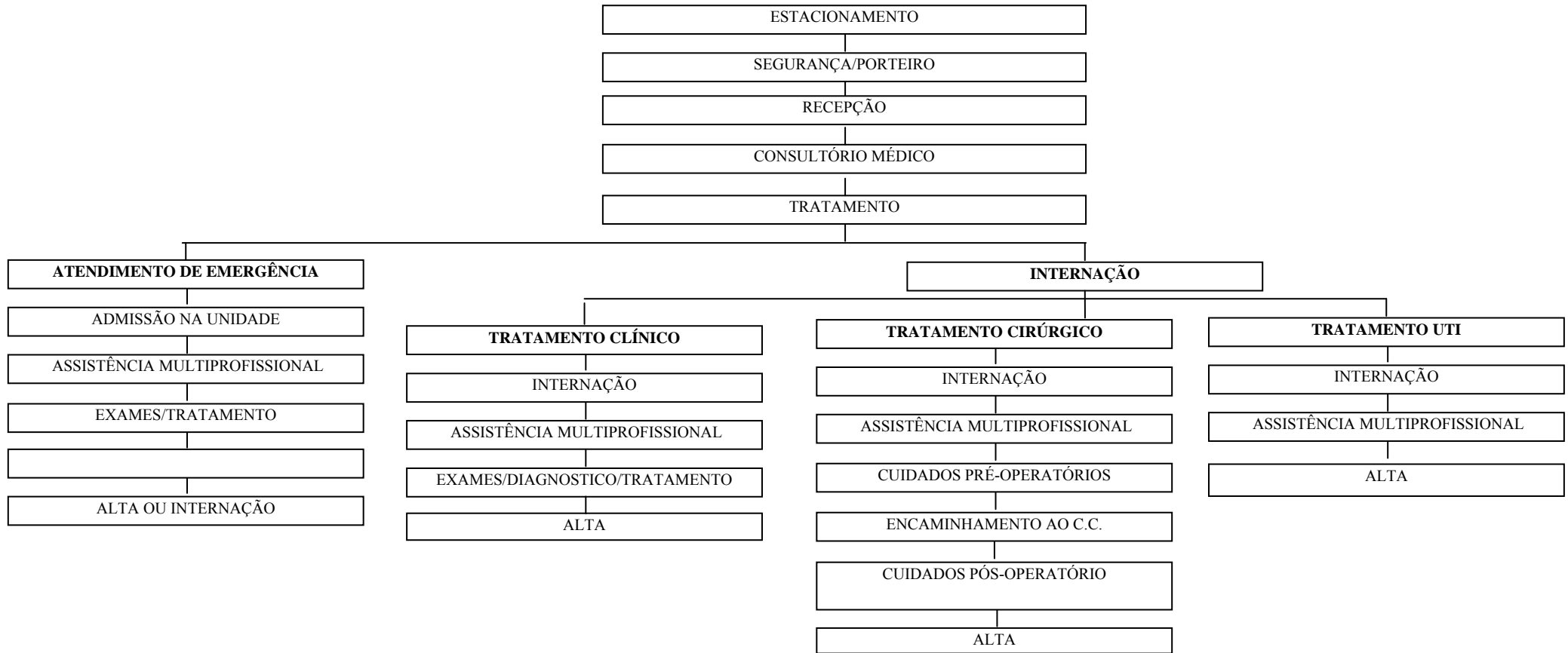
Ao atuar profissionalmente na complexidade desse tipo de organização e nesse contexto se conhece e se entende que todos os serviços e profissionais envolvidos, repercutem diretamente na qualidade da assistência prestada ao paciente-cliente. Condizente com esse pensamento Zanon (2001) afirma que, a assistência médico-hospitalar é tão complexa como uma orquestra sinfônica em que todos os seus instrumentos devem estar afinados, coordenados e dirigidos de forma a obter o rendimento máximo.

Com base nessas experiências acumuladas, vários conceitos emergiram no cotidiano profissional da pesquisadora levando a entender melhor o significado do termo qualidade, destacando-se as seguintes expressões: avaliação, paradigma, ideologia, gestão de pessoas, competitividade, atualização, educação permanente, cliente, satisfação, profissionalismo, custos, mudança, produtividade, equipe, envolvimento, cultura organizacional, melhoria contínua, motivação, liderança, cidadania e ética.

Esse percurso trilhado permitiu identificar a distância que separa o paciente/cliente dos profissionais inseridos no serviço e a qualidade da assistência. Portanto, a saúde, um dos bens mais indispensáveis ao ser humano, aparece muitas vezes relegada ao segundo plano, mas não se pode atribuir a culpa apenas ao governo, gestores e profissionais, todas as pessoas são responsáveis e devem participar da gestão dos serviços de saúde.

No entendimento da pesquisadora, se somos provedores de assistência, a priori, somos os maiores responsáveis pelas mudanças paradigmáticas e culturais e pela qualidade da assistência. Esse contexto nos fez conhecer, e entender todos os serviços que afetam diretamente a qualidade da assistência prestada ao paciente conforme explicitado no organograma a seguir:

ORGANOGRAMA 1: MOMENTOS DA VERDADE ENTRE PACIENTES E PROFISSIONAIS



Organograma 1: Profissionais envolvidos na assistência multiprofissional: Corpo clínico, (nas mais diversas especialidades), enfermagem, nutrição, fisioterapia, psicologia, assistência social, serviços de copa/cozinha, higienização e limpeza, lavanderia, almoxarifado, técnicos (manutenção, hemoterapia, laboratório, radiologia, farmácia), recepcionista, porteiro, telefonia, burocratas em geral e administração. C. Grande, PB-2010.

Fonte: Elaboração própria

As situações explicitadas no organograma são chamadas por Norman (1993) de hora da verdade. Este conceito foi introduzido na literatura especializada em gerência de serviços e significa literalmente a ocasião e o lugar, onde e quando o prestador de serviço tem a oportunidade de demonstrar ao cliente a qualidade de seus serviços.

Para Las Casas (1999), os momentos da verdade, são os momentos em que o cliente entra em contato com algum aspecto da organização e obtém uma impressão da qualidade de seus serviços. Pressupõe-se que qualquer contato do indivíduo com a organização e que forma alguma impressão é considerado momento da verdade como por exemplo: leitura de um anúncio, ligações telefônicas, pedidos de informação e a própria prestação do serviço.

Do ponto de vista do consumidor, a prova mais imediata do serviço acontece no encontro de serviço ou no momento da verdade, quando o consumidor interage com a empresa. Muitas empresas subestimam o número de pontos de contato entre elas e seus consumidores, onde a qualidade envolve cada parte da empresa e pode ter um efeito profundo na avaliação do serviço que é influenciado pela inevitável interação de um número considerável de variáveis sociais, psicológicas e situacionais.

A percepção a respeito do serviço é formada durante os momentos da verdade e estes, por sua vez, formam um ciclo do serviço onde os clientes comparam a percepção do serviço prestado com suas expectativas iniciais, avaliando a qualidade do serviço.

Por tanto, o que constitui a principal contribuição dessa tese é a consideração do papel das competências distintas como fator explicativo da qualidade na visão dos gestores dos hospitais, profissionais e pacientes.

Diante do exposto, esta pesquisa poderá contribuir para o paciente, para melhoria da qualidade da assistência e dos serviços hospitalares, para ampliar as publicações acerca da qualidade, visto que essa temática, ainda é escassa na literatura, sobretudo no que diz respeito ao emprego de instrumentos e parâmetros passíveis de aferir a qualidade e, conseqüentemente compará-la a padrões desejáveis.

VI - Estrutura do trabalho

O presente trabalho está estruturado em seis capítulos. No Capítulo 1, são abordados os aspectos conceituais da qualidade, sua evolução, outras interpretações do conceito qualidade, desenvolvimento do sistema de qualidade total, obstáculos que se deve

superar, e diretrizes do sistema de gestão da qualidade. No capítulo 2, se analisam as características dos serviços, e no capítulo 3 se estuda o modelo teórico a contrastar.

A segunda parte do trabalho está formada pelos capítulos 4 e 5 que constituem propriamente a investigação empírica realizada. O capítulo 4 se propõe a explicação da metodologia utilizada, detalhando o procedimento seguido a obtenção de informação, o tamanho e população da amostra, bem como os instrumentos de medição das distintas variáveis, objeto do estudo e a apresentação de técnicas de análise de informação.

O capítulo 5 compila os resultados obtidos que são os que permitem contrastar as hipóteses e validar o modelo teórico proposto.

O sexto capítulo se compõe das considerações finais, referências utilizadas para o desenvolvimento desta tese e anexos.



CAPÍTULO 1

1. ASPECTOS CONCEITUAIS DA QUALIDADE

Inicialmente enfatiza-se o movimento da qualidade ao longo da história, considerado como objetivo de atenção gerencial a qual pode ser identificada, desde os primórdios da atividade manufatureira, ainda no período em que predominava a produção em caráter artesanal. Assim, a preocupação com a qualidade advém do contexto-industrial cujo foco principal foi à elaboração de métodos de controle da qualidade.

Habitualmente, três termos genéricos têm sido utilizados associados à qualidade: controle de qualidade (quality control), asseguração da qualidade (quality assurance) e gestão de qualidade (quality management).

Quando se trata de esclarecer o conceito de qualidade, é imprescindível estudar suas origens, e mencionar uma série de autores denominados de gurus da qualidade por suas importantes contribuições no processo de investigação da qualidade, bem como analisar, sua influência na implantação e desenvolvimento de um modelo de qualidade. Dentre eles, pode-se citar: Deming, Juran, Crosby, Feigenbaun, Taguchi, Ishikawa e Groocack.

Pelas várias linhas de pensamento desses estudiosos, não é possível definir com exatidão o que se entende por qualidade, porque cada autor a define de forma diferente em função de suas experiências e suposições, dependendo do contexto e da perspectiva (GARVIN, 1988).

A literatura existente relacionada à qualidade é muito abrangente, por isso, este capítulo enfatiza os aspectos conceituais da qualidade, contemplando sua evolução, uma aproximação a sua definição, outras interpretações do conceito qualidade, desenvolvimento

do sistema de qualidade total, os obstáculos que se deve superar e diretrizes do sistema de gestão da qualidade. Trata-se de temas que a cada dia vêm se tornando imprescindíveis ao entendimento e aplicabilidade tanto para a equipe multiprofissional quanto para os administradores do setor de saúde.

Os estudos de Mezomo (2001) revelam que os conceitos de qualidade e de qualidade total só interessam, se forem inseridos na prática gerencial, porque é por meio dela que se faz a passagem da teoria para a ação transformadora. Acrescenta, ainda, que a qualidade não é simples conceito; é ação transformadora da realidade. Portanto, é o resgate da dignidade de todos: de quem produz, de quem usa e da própria instituição que se propôs servir a uma determinada comunidade.

1.1. Sua Evolução

Desmarets, 1995; Fuentes, 1998 e Alonso y Provedo, 1997, fazem referência à evolução histórica da gestão da qualidade onde na Década de 50 e 60 a qualidade era sinônimo de inspeção final, ou inspeção realizada uma vez finalizada a produção; entre 60 e 70 a gestão da qualidade evoluindo no âmbito da inspeção final a inspeção durante o processo de produção; de 70 a 80 a qualidade se estende da inspeção final e de processo a prevenção de defeitos; e da década de 80 a 90, a qualidade começa a deixar de centralizar-se tanto no produto, no serviço e processo, e passa a formar parte das pessoas e das atividades que estas realizam.

A evolução da gestão da qualidade nas últimas décadas é visualizada por três prismas: 1) como a simples inspeção dos produtos terminados (Inspeção da Qualidade); 2) baseado em um conjunto de normas e procedimentos que pretendem assegurar que a qualidade se encontra incorporada ao produto ou serviço (asseguramento da qualidade); 3) que pretende assegurar a colaboração efetiva e eficiente de todas as partes da organização com o objetivo de obter seus objetivos corporativos o qual poderia se definir como gestão da qualidade total (DESMARETS, 1995).

No início do século XX, com a evolução das organizações manufatureiras para a indústria e a produção em larga escala, houve enormes mudanças nos processos de trabalho, e elevação da produtividade, a partir da aplicação dos estudos de Henry Ford, que culminaram na clássica divisão do trabalho em tempos e movimentos. Pode-se caracterizar este período como a primeira fase do movimento da qualidade e o início da atividade voltada para este

objetivo de forma científica e sistematizada. Nesse contexto, a administração científica introduzida por Taylor e a criação de postos de inspetores de fábrica consolidaram esta etapa nos anos 20 do século passado (GARVIN, 1988; CHIAVENATO, 2000).

Na segunda década do século XX, começa a ser dada ênfase à qualidade, marcado pelo início do desenvolvimento econômico e social nos países ocidentais. Sua origem, no setor industrial, com os movimentos empresariais que sucedem a teoria científica com a gestão de Taylor. Com a teoria das relações humanas, respaldada pelos trabalhos de Mayo e Lewin, se fundamenta uma maior participação dos trabalhadores, a melhoria dos processos produtivos e a avaliação permanente de atividades que eram consideradas infalíveis. Nesse período, surgiram estudiosos cujos pensamentos foram considerados chaves para o desenvolvimento da avaliação da qualidade cujas contribuições tiveram reflexo no setor de serviço conforme o quadro abaixo.

Quadro 1: Contribuições do setor industrial para a avaliação e melhora da qualidade no setor sanitário de 1950 a 1965

W. E. DEMING	Orientação ao processo Redução de variabilidade Compromisso da direção
J. M. JURAN	Trilogia: planejamento, avaliação e melhoria
A. V. FEIGENBAUM	Qualidade total Orientação ao cliente
K. ISHIKAWA	Círculos de qualidade Implicação dos profissionais
P. B. CROSBY	Zero defeitos Slogans Custos da má qualidade Importância da formação
A. H. MASLOW	Trabalho em equipe

Fonte: Adaptado de Rodríguez, R. L. Satisfacción de los pacientes según diagnóstico motivo de ingreso: diferencias entre las expectativas previa al ingreso y la calidad percebida al alta. Tesis doctoral. Barcelona, 2000.

Em diferentes etapas da história, foram associadas diversas conotações ao substantivo qualidade como: controle de qualidade, melhoria contínua da qualidade e qualidade total. As diferenças ocorridas entre esses conceitos contemplou o cliente,

identificando o compromisso da direção com a qualidade concentrando os esforços na avaliação e melhoria contínua.

A influência da Segunda Guerra Mundial elevou a exigência de qualidade. A partir deste período, o controle de qualidade do produto final constituiu-se a etapa seguinte neste processo, cujo caráter científico foi dado por Walter Andrew Shewhart, através da obra *Economic Control of Quality of Manufactured Product*, publicado no início do século XX.

Na década de 50, no pós-guerra, Deming a convite do Governo Japonês, introduziu as práticas de gestão da qualidade, tornando-se o responsável pelo treinamento dos gerentes japoneses no campo do controle estatístico da qualidade (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Deming criou as técnicas estatísticas de controle de qualidade que foi o impulso inicial para o surgimento da gestão pela qualidade total. Historicamente, a partir dessa década, ocorreu um grande avanço em termos de concepção da ciência da qualidade, tendo como precursores: Walter Shewhart, W. Edwards Deming, Joseph M. Juran, Kaoru Ishikawa, Armand Feingebaum e Philip Crosby. Esses estudiosos da qualidade desenvolveram ensinamentos que foram cada vez mais se incorporando às organizações, cada uma agregando um valor especial ao conceito da qualidade. Este fato foi decisivo para reforçar o valor da qualidade, generalizar a sua aceitação, difundir seus princípios essenciais, chegando ao que hoje se denomina gerência da qualidade e gestão da qualidade total (CAMARGO, 1998).

Um marco importante da história da qualidade pode ser denominado de normalização. A partir de 1987, com a criação do ISO- International Organization for Standardization, ocorreu a popularização em meio às indústrias das certificações dos sistemas de garantia da qualidade, seguindo padrões adotados internacionalmente.

A partir da década de 90, a qualidade passou a ser valorizada por diversos estudiosos, nas diferentes áreas de atuação, convergindo sempre para definições que revelam a importância de adequar os objetivos das organizações às necessidades de seus clientes (MEZOMO, 2001).

1.2 Uma Aproximação a sua definição

Nos dias de hoje, o conceito de qualidade tem diversas definições no mundo empresarial. A qualidade é encarada como um conjunto de atributos essenciais à sobrevivência das organizações num mercado altamente competitivo, objeto da gerência estratégica, líder do processo, que envolve planejamento estratégico, estabelecimento de objetivos e mobilização de toda organização. É o clímax de uma tendência que teve início no

começo do século XX e que envolve também na atualidade, a responsabilidade social das empresas com o seu ambiente externo, potencializando seu uso em vários setores da economia e mais notadamente no setor de serviços.

Na literatura especializada existem numerosas definições, todas elas têm se formulado em função, tanto das características do bem ou serviço, como da satisfação das necessidades e exigências do consumidor. Nesse contexto, o termo qualidade estaria relacionado a um vasto espectro de características desejáveis na percepção do cuidado. Vuori (1989) alerta que, ao se abordar a dimensão qualidade torna-se necessário especificar qual aspecto da qualidade deseja-se levar em conta, quem define qualidade, e quem seria o beneficiário desta qualidade.

As definições explicitadas por uma plêiade de autores experts mundiais no âmbito da qualidade como: Crosby (1989), Juran (2002), Garvin (2002), Leão et al (2008) são unânimes ao afirmar a qualidade como a adequação ao uso previsto, e não como cumprimento de especificações ou requerimentos, é a propriedade do produto (ou serviço) que o torna adequado ao uso.

Crosby (1989) criou o conceito de defeito zero, no qual tudo pode ser bem feito da primeira vez. Sua teoria se baseia em que a qualidade é assegurada se todos se esforçarem em fazer seu trabalho corretamente da primeira vez.

Para sedimentar sua filosofia, Crosby instituiu as etapas de instauração de sua abordagem instituída de 14 pontos:

- 1- Dedicção da alta gerência e comprometimento, por meio da elaboração de um documento com a política e os objetivos da empresa.
- 2- Constituição de equipes para melhorias coordenadas pelos gerentes
- 3- Medição dos resultados.
- 4- Avaliação dos custos da qualidade.
- 5- Comunicação dos resultados aos supervisores e operários.
- 6- Reunião para identificação dos problemas.
- 7- Estabelecimento de um comitê informal para a divulgação do programa.
- 8- Treinamento da gerência e supervisão.

- 9- Estabelecimento do dia zero defeitos, quando os resultados anuais são divulgados e efetua-se o reconhecimento a todos os participantes do programa.
- 10- Estabelecimento dos objetivos a serem seguidos.
- 11- Consulta aos operários sobre a origem dos problemas.
- 12- Recompensar aqueles que atingiram os seus objetivos.
- 13- Formar os conselhos de qualidade.
- 14- Etapa final: Faça tudo de novo.

Segundo Juran (1990), a qualidade tem duas dimensões: o perfil do produto ou serviço que atende às necessidades do cliente e a ausência de defeitos. Nesse sentido, retrata a qualidade por meio de características de produtos e serviços que garantem a satisfação do cliente, ou seja, fitness for use é aprimoramento a cada projeto a partir de patamares já alcançados. Além do conceito do zero defeito, define qualidade como cumprimento de especificações ou requerimentos. Portanto, não existe probabilidade de colocação de definições universais, a não ser que seja desenvolvido um glossário patrocinado por um organismo reconhecido de acreditação.

A Norma ISO 8402 (ABNT, 1990), define qualidade como a totalidade das peculiaridades e das características de um produto ou serviço relacionado com sua capacidade de satisfazer necessidades declaradas ou implícitas. Esta abordagem, embora aceitável, não incorpora muitas das últimas interpretações sobre qualidade, cujo conceito tem mudado nos últimos quinze anos.

No âmbito das estratégias empresariais se considera que a qualidade é um instrumento favorável a competitividade da empresa. Nos últimos dez, anos observou-se no âmbito empresarial, acadêmico e social, uma nova cultura da qualidade, que poderia ser denominada como um novo paradigma da qualidade no qual supõe um meio para conseguir um determinado fim e não um fim em si mesmo. Nesse sentido, um dos pilares fundamentais do paradigma de qualidade consiste na difusão de inúmeras práticas e ferramentas de gestão empresarial que estão inseridas no processo de gestão da qualidade total (Total Quality Management).

Os órgãos internacionais reguladores da qualidade abaixo relacionados, destacam os seguintes conceitos sobre qualidade:

- A Associação Americana para o Controle da Qualidade (ASQC) define qualidade como o conjunto de características de um produto ou serviço orientadas a sua capacidade para satisfazer as necessidades do usuário.
- A Fundação Européia para a Qualidade (EFQM) entende qualidade como a totalidade de características de um produto ou serviço que suportam sua capacidade para satisfazer necessidades estabelecidas ou implícitas.
- A Associação Espanhola para a Qualidade (AECC) a define como o conjunto de propriedades e características de um produto, processo ou serviço que lhe confere sua aptidão para satisfazer necessidades estabelecidas ou implícitas.
- A Norma UNE EN ISO 8402 define a qualidade como o conjunto de características de uma entidade que lhe conferem aptidão para satisfazer as necessidades estabelecidas e as implícitas.

Nesse contexto, pode-se observar que a abordagem da qualidade vem evoluindo no cenário político de todo o mundo, considerando o conjunto de normas internacionais.

Para os peritos da *International Standard Organization* (ISO) apud Teboul (1991), qualidade representa o conjunto das propriedades e características de um produto, processo ou serviço que lhe fornecem a capacidade de satisfazer às necessidades explícitas ou implícitas. Assim, pode-se dizer que em todas as definições está implícito que a principal função da qualidade é satisfazer necessidades do cliente.

Esta função envolve a preocupação em oferecer produtos e serviços de qualidade ao usuário/cliente externo que venha a adquirir os mesmos. Entretanto, não se deve deixar de contemplar o cliente interno ou colaborador responsável pelo cumprimento deste objetivo, uma vez que se trata de atender as necessidades do usuário/cliente.

Garvin (1984,1988) com o objetivo de unificar ou de alguma forma concentrar todas as definições de qualidade desenvolveu uma investigação, a fim de tornar mais claras estas definições e classificou-as em cinco orientações:

1. Com base na transcendência, a qualidade é sinônimo de excelência inata. Considera-se a qualidade como algo que não pode ser definido de forma precisa, e que só se aprende a reconhecer através da experiência.
2. Com base no produto, esta definição é completamente oposta à anterior. Considera-se a qualidade como uma variável precisa e mensurável. Desta forma, classifica a

qualidade dos produtos em função da quantidade de atributo desejado que possuam. Esta definição surgiu na literatura econômica e se incorporou a uma série de modelos teóricos, e a partir desta definição se obtém duas conclusões: em primeiro lugar, que uma maior qualidade só se pode obter a um maior custo, e em segundo lugar, que a qualidade é uma característica inerente ao produto mais que algo adscrito ao mesmo.

3. Com base no usuário, esta definição parte da premissa de que a qualidade está nos olhos do observador, onde cada consumidor tem diferentes necessidades e os produtos que melhor satisfaça suas preferências, são os que se consideram que tem melhor qualidade. Trata-se de uma visão pessoal da qualidade, altamente subjetiva.
4. Com base na fabricação o enfoque permeia na vertente do provedor e está centrado basicamente na engenharia e na produção. Identifica a qualidade com a conformidade de requisitos.
5. Com base em valor se define a qualidade em termos de custos e preços.

A preocupação com a qualidade está deixando de ser uma opção, para se tornar um imperativo, um pré-requisito básico para a sobrevivência e a competitividade das organizações, em um mercado cada vez mais competitivo no mundo moderno (NOGUEIRA, 1999).

Fatores como a globalização, produtividade, competitividade, avanços tecnológicos, mudanças contínuas, clientes exigentes e melhoria contínua são realidades que vêm deixando sua marca registrada neste século. O resultado de todo esse avanço é o grande diferencial que define o perfil das pessoas envolvidas na prestação de serviços, portanto, a visão global e o foco na qualidade são considerados os principais pressupostos da grande revolução administrativa.

Na literatura pesquisada, o conceito de qualidade envolve dois aspectos básicos: a) qualidade técnica ou intrínseca diz respeito às características técnicas de um bem ou serviço que, medidas e comparadas com as de outros produtos, permitem estabelecer um juízo objetivo a seu respeito; b) qualidade percebida refere-se à impressão que o usuário tem sobre as propriedades de um produto, observando se ele satisfaz suas expectativas. Estes dois aspectos estão estritamente relacionados: um alto grau de qualidade técnica deveria produzir um alto nível de qualidade percebida (VARO, 1994).

O conceito de qualidade é também ambíguo, entre outras questões pelas diferentes utilizações que se aplicam o termo, difícil de definir e, sobretudo, de medir, e por isso, ao termo qualidade se mesclam fatores como: a melhor adaptação ao uso previsto, duração,

versatilidade e fatores subjetivos, como a beleza, a imagem do produto e da empresa ou a autoimagem do comprador Arana et al (1988). Além de um conceito, qualidade é também uma ideologia, isto é, um sistema de ideias, dogmaticamente organizado como instrumento de luta político-social, que reivindica a produção de bens e serviços voltados exclusivamente para o atendimento das necessidades do ser humano (ZANON, 2001).

Na concepção de Mezomo (2001), qualidade “é uma propriedade de um produto (serviço) que o torna adequado à missão de uma organização comprometida com o pleno atendimento das necessidades de seus clientes”. Dentre as propriedades que dão qualidade a um serviço (produto), podem-se destacar: a efetividade, a eficiência, a eficácia, a pertinência, a suficiência, a acessibilidade, a oportunidade, a atualidade e a aceitabilidade.

Os aspectos subjetivos da qualidade são representados pelas crenças, valores, atitudes, pensamentos, comportamentos e motivações, formando uma base sólida do que se denomina mitologia, ou seja, o lado arte da qualidade Oliveira (1998). Na figura 1, estão explicitados os aspectos de qualidade como ciência e arte, agrupando os elementos principais de cada categoria, a saber:

Figura 1: Visão da qualidade como ciência e arte

ARTE		CIÊNCIA	
Subjetiva	Comunicação	Objetiva	Processos
Criativa	Liderança	Sistemática	Indicadores
Cultura	Comprometimento	Métodos	Fatos & dados
Ética/valores	Envolvimento	Técnicas	Medidas
Crenças	Motivação	Procedimentos	Avaliações
Atitudes	Desafio	Normas	Comparações
Comportamentos	Prazer	Ferramentas	Qfd, Kanban, Jit etc.
↓		↓	
MITOLOGIA		METODOLOGIA	

Fonte: Melo, J. B.; Camargo, H. Qualidade na Saúde: práticas e conceitos, normas ISO nas áreas médico-hospitalar e laboratorial. São Paulo: Best-Seller, 1998. p.61.

Observa-se na figura 1 o aspecto subjetivo da qualidade e, ao mesmo tempo, as ferramentas necessárias para sua implementação.

Pela ausência de consenso no conceito de qualidade, o quadro abaixo resume vários expertos e definições sobre qualidade.

Quadro 2: Definições da Qualidade

Autores	Definição de Qualidade
JURAN (1951) GARVIN (1984)	Excelência
JURAN (1951) CROSBY (1979)	Conformidade com especificações
JURAN et al (1974, 1990 a y b)	Adequação ao uso
FEIGENBAUM (1961) ISHIKAWA (1986)	Valor (relação entre o valor percebido pelo usuário e os custos globais associados)
TAGUCHI (1979)	Evitar perdas
JURAN et al (1962) GRÖNROOS (1983) PARASURAMAN, et al (1985) DEMING (1989) FEIGENBAUM (1961, 1991)	Satisfazer ou exercer as expectativas do cliente

Fonte: Adpatado de Ros, S.C Relacion entre el enfoque de gestión de la calidad y el desempeño organizativo: una aproximacion desde la perspectiva basada en los recursos. Tesis Doctoral Valência, 2001. p.45.

1.3 Outras Interpretações do Conceito Qualidade

No estudo das relações da empresa com o mercado, com a visão e com os valores e crenças referentes à organização, verifica-se que, existem diferenças entre a concepção tradicional e a concepção atual da qualidade em vários aspectos, como ilustra o Quadro 3, a seguir:

Quadro 3: Diferenças entre a concepção tradicional e a concepção atual da qualidade

Aspectos a considerar	Concepção tradicional	Concepção atual
Objeto da qualidade	Orientado a produtos e serviços	Orientado a todas as atividades da organização, incluindo os clientes e administradores.
. Modo de obter a qualidade	Detectar e corrigir. Eliminar o defeito depois de fabricar	Prevenção de falhas. Desenhar bem para não cometer falhas. Autocontrole.
. Econômicos. Custos da qualidade	A qualidade custa, é cara	É rentável, porque aumenta a produtividade e reduz custos.
. Responsabilidade da qualidade	A inspeção e o departamento de controle de qualidade	Composição de todos os membros da organização
. Clientes e administradores	Pessoas alheias à organização	Os incorpora como parte do sistema. Clientes internos e externos
. Defeitos da qualidade, originados por erros	Causas especiais originadas em geral pelos operários	Causas comuns devidas à direção e os procedimentos
. Organização da manutenção	Responsabilidade do departamento de manutenção	Aplicam-se as técnicas avançadas de manutenção
Logística	Embasada na existência de um grande estoque	Técnicas de “justo a tempo”, “no stock”, “Kanban”, câmbio rápido”.
Posto em prática, e estilo de comando.	Imposto, objetivos incertos, incertezas, pouca informação, rígida.	Grande informação, participação, objetivos claros, confiança.
Requisitos do cliente	Quase desconhecidos e pouco levados em conta	Conhecer, compreender, assumir e satisfazer os requisitos do cliente.
Análise e resolução de problemas	De forma individual	Em grupo de trabalho, planos de melhora contínua, círculos de qualidade.

Fonte: De Domingo, J. y Arranz, A. Calidad y Mejora Continua. Donostia: San Sebastian Donostiarra, 1997, p.43.

Ainda com relação às concepções de qualidade, Barçante e Castro (1995 p.11) salientam que há duas perspectivas básicas na abordagem: qualidade como exigência fundamental para garantir a satisfação do cliente; e a mais abrangente, considera a qualidade como uma das implicações do novo paradigma em formação acelerada. Acrescentam, que em ambos os casos, a consciência crescente é praticamente universal sobre o valor da qualidade representa uma verdadeira revolução na forma e nos princípios de gestão.

Na perspectiva filosófica, qualidade “é uma questão de mentalidade e cultura, e isso deve ser assumido plenamente pelo gerente, pela equipe e por toda a organização. Ela é uma viagem e não um destino” (Chiavenato, 1997:217). Portanto, a qualidade é, ao mesmo tempo, uma filosofia e um conjunto de ferramentas para a melhoria dos processos que todos devem

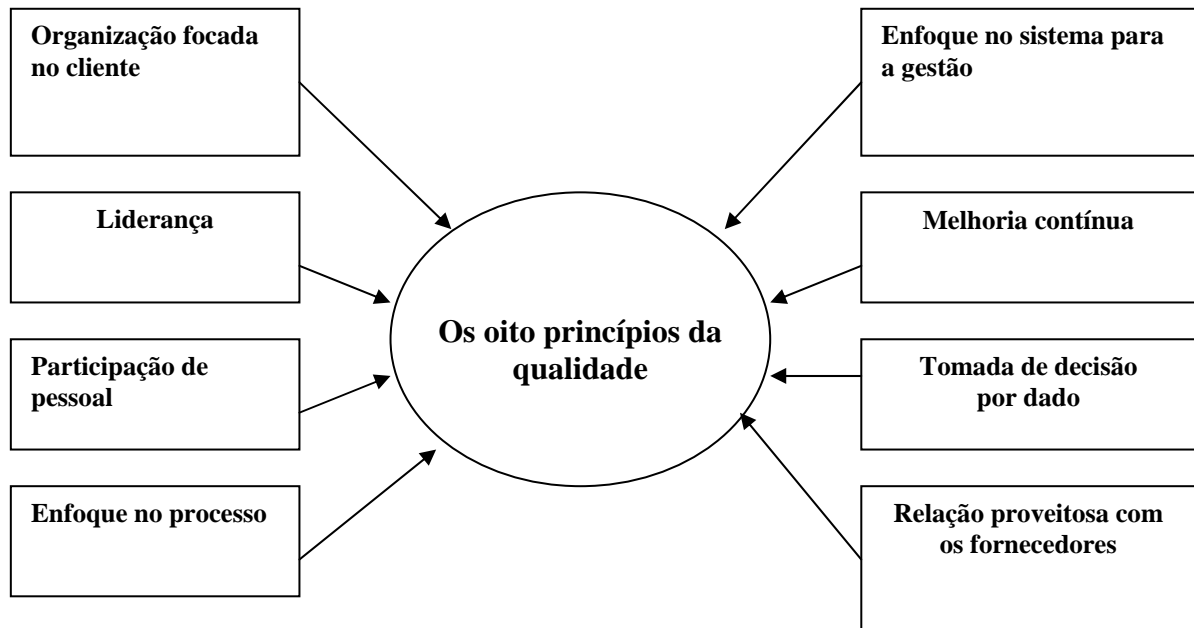
utilizar para produzir serviços com qualidade. Não é algo a ser cumprido por um setor ou por pessoas selecionadas, mas é o resultado de muito esforço corporativo.

Do ponto de vista empresarial, a qualidade “passa pela qualidade de seus departamentos, que é produzida pela qualidade pessoal dos que neles trabalham” (Mezomo, 2001:194). É por isso que a qualidade pessoal é o grande diferencial das organizações; investir nela significa garantir competitividade, maior produtividade, menor custo e sobrevivência da empresa.

Considerando que a qualidade implica na ausência de imperícia, de imprudência e de negligência, pode-se dizer que isso faz a diferença entre as organizações medíocres e as excelentes, e que aquelas medíocres, por não serem éticas, não merecem sobreviver. Portanto, independentemente da definição que se dê à qualidade, se reconhece que a qualidade resgata o valor de quem trabalha, respeita o consumidor/cliente e dá legitimidade social à organização produtora. Por outro lado, quem trabalha sem comprometer-se com a qualidade do que produz (bens ou serviços) está dando prova de mediocridade, de baixa autoestima e de falta de responsabilidade profissional.

Nessa mesma linha de pensamento, D`Élia (1997:51) enfatiza que “somente uma pessoa com qualidade pode transferir qualidade, e que não existem produtos com qualidade, mas sim produtos e serviços que ganharam qualidade, porque foram feitos por pessoas com qualidade”.

Para se administrar uma organização com qualidade deve-se considerar as normas ISO 9000:2000 (INMETRO, 2010) que têm se baseado nos oito princípios de gestão da qualidade indicados por estudiosos e tomados como diretrizes, como mostra a figura 2, a seguir:

Figura 2: Os oito princípios da qualidade

Fonte: Senlle, A. Calidad Total y Normalización ISO 9000: las normas para la calidad en las practicas. 2 ed. Barcelona (ES): Gestión 2000, p.49-50.

Os princípios apresentados devem funcionar como uma bússola norteadora para a ação gerencial comprometida com a qualidade, com ênfase nos componentes: efetividade, eficiência, adequação e qualidade técnico-científica. Uma gestão moderna da qualidade abrange tanto princípios, ferramentas e técnicas, como aspectos e atitudes comportamentais de todos os envolvidos, especialmente daqueles ligados à alta administração. É preciso haver qualidade no pensamento, na atuação, na liderança e no comportamento, que são as chaves para o sucesso.

Nos dias de hoje, não se pode mais aceitar normalmente atrasos, materiais defeituosos e erros humanos no trabalho. Qualidade precisa se tornar uma nova religião, ou seja, a melhoria de um produto ou serviços têm de ser um propósito constante. A aplicabilidade da qualidade requer que seja conhecida, refletida e aplicada na administração onde Deming definiu 14 pontos principais que deveriam ser seguidos (Farias, 2009)

- 1 Criar uma constância de propósitos de melhorar produtos e serviços.
- 2 Adotar a nova filosofia e o momento de iniciar um movimento por mudanças.
- 3 Deixar de contar com a inspeção em massa: a qualidade não se origina da inspeção, mas do melhoramento do processo.
- 4 Acabar com o sistema de compras baseado apenas no preço.

- 5 Melhorar constantemente o sistema de produção e serviço.
- 6 Implantar métodos modernos de treinamento no trabalho.
- 7 Implantar métodos modernos de supervisão, instituir a liderança.
- 8 Expulsar o medo da organização.
- 9 Romper as barreiras entre as áreas e staff.
- 10 Eliminar slogans, e não estabelecer metas para a mão-de-obra sem que se ofereçam meios para alcançá-las.
- 11 Eliminar os padrões de trabalho e cotas numéricas.
- 12 Remover as barreiras que privam o empregado de ter orgulho do seu trabalho.
- 13 Proporcionar treinamento contínuo.
- 14 Criar uma estrutura na alta administração que tenha como função implantar os 13 pontos anteriores.

Para o autor, o enfoque de Deming, está no controle e melhoria de processo, não apresentando, para tanto, um sistema estruturado, ou uma metodologia clara para a implementação de sua abordagem nas empresas.

Esses catorze princípios são indicativos para que se possa transformar uma realidade já sedimentada, em que são valorizados aspectos como a satisfação do usuário, a inovação, o conhecimento, entre outros, como fundamentais para a transformação dessa realidade. Essas premissas explicitadas por Deming (melhoria contínua, nova filosofia gerencial, educação continuada, liderança, trabalho em equipe, reconhecimento do trabalho da equipe, motivação e mudança de paradigma) são imprescindíveis para o sucesso na implantação da qualidade.

Ainda no que diz respeito à temática, é oportuno destacar também outros ensinamentos que levaram o Japão a reforçar o conceito de qualidade, a partir dos dez pontos instituídos por Juran apud (CAMARGO 1998 p.54):

1. Deve-se ter consciência da necessidade e oportunidade de melhorar.
2. Devem ser estabelecidas metas.
3. Para que as metas sejam alcançadas, é necessário que a empresa se organize, criando um conselho ou comitê da qualidade, nomeando coordenadores, selecionando os projetos de melhoria, identificando problemas.
4. Devem-se formar e treinar pessoas.
5. Soluções para os problemas devem ser rapidamente implementadas.
6. Os progressos devem ser relatados.

7. O trabalho efetuado deve ser reconhecido.
8. Os resultados devem ser comunicados.
9. Os resultados obtidos devem ser mantidos.
10. O programa anual de qualidade deve fazer parte da rotina da empresa.

Os pontos explicitados por Juran resumem uma reflexão, acerca da melhoria contínua, definição de metas, educação continuada, reconhecimento do trabalho, resolutividade dos problemas e ênfase nos resultados. Considera ainda, que a administração da qualidade envolve os processos de planejamento, controle e melhoria da qualidade conhecidos como a trilogia de Juran, e que, os custos de não se trabalhar com essa tríade implica em erros, desperdícios e retrabalho.

Esse somatório de atitudes visa garantir o sucesso de sua aplicabilidade nos programas de qualidade. Com base nesta afirmativa, Cherubin (1997) refere que as empresas estão cada vez mais interessadas e preocupadas com a qualidade, alertando que:

Os consumidores estão cada vez mais exigentes em relação à qualidade do produto ou serviço que estão dispostos a adquirir; a legislação, tal como o Código de Defesa do Consumidor, está disciplinando direitos e deveres dos fornecedores, protegendo o consumidor e penalizando gravemente o fornecedor de má qualidade; a concorrência está cada vez mais acirrada, determinando o mercado em que somente sobreviverão as empresas que estiverem fortemente comprometidas com a qualidade (CHERUBIN, 1997 p.375).

Nesse contexto, Chiavenato (2000:678) afirma que “a qualidade não se faz somente com tecnologia; faz-se com pessoas, sobretudo com pessoas capacitadas, treinadas, lideradas, motivadas e plenamente conscientes de suas responsabilidades”. Neste sentido, qualidade é, sobretudo, um estado de espírito que reina dentro da organização, ela exige o comprometimento das pessoas com a excelência.

Para a garantia da qualidade, a pessoa que presta a assistência, seus valores morais, sua formação profissional, seu estado de atualização técnico-científica e, principalmente, seu comprometimento são fatores que determinam se a assistência será de boa ou de má qualidade (Nogueira, 1999). Na realidade, ética e programas de educação da qualidade são confluentes, além de compatíveis, afinal, nada é mais ético do que prestar assistência de qualidade. Assim, a busca da qualidade é, em essência, a dimensão moral da vida profissional (RODRIGUES, 1997).

Nas relações humanas, a qualidade é intrínseca ao ser humano, e implica educação e esta, em sua essência, é quase sempre relegada. A tecnologia, com a qual, em geral, é identificada a qualidade, resulta de pessoas qualificadas, capazes de concebê-la e utilizá-la adequadamente é, antes de tudo, atitudinal. O fator fundamental é o investimento em uma cultura de qualidade.

O processo em busca da qualidade deve abranger todos os níveis da organização, de forma homogênea, permitindo que as pessoas se apoiem e se fortaleçam em torno de objetivos comuns. A aplicação prática de sistemas de qualidade pode ser feita em todas as empresas, de qualquer nível. Na verdade, todas precisam treinar pessoas, reorganizar seus processos de trabalho e, acima de tudo, atender aos seus clientes internos e externos.

Qualidade requer, essencialmente, a busca de instrumentos de mensuração numa dimensão quantitativa; já, na sua dimensão qualitativa, deve ampliar-se buscando resgatar a cidadania e a democracia em todos os níveis de atividades. Sua avaliação deve servir para uma contínua retroalimentação do seu planejamento. Deve envolver mais a adequação e a compatibilidade em relação à realidade dos serviços e o seu impacto sobre o nível de saúde da população, do que o nível de sofisticação de seus instrumentos de ação (LACERDA et al., 1996).

As diferenças entre a nova filosofia da qualidade e o pensamento tradicional, são ilustradas no quadro 4, a seguir:

Quadro 4: Diferenças entre o pensamento tradicional e a nova filosofia da qualidade

PENSAMENTO TRADICIONAL	NOVA FILOSOFIA
<ul style="list-style-type: none"> • A qualidade busca atender aos padrões e às especificações estabelecidos. • Ênfase nos lucros em curto prazo. • A qualidade e a produtividade são incompatíveis, não podem coexistir. • Fica à espera de grandes mudanças para melhorar. • A administração é autoritária, há grande distância entre operários e gerentes. • Ênfase na tecnologia. • Procura os defeitos depois do produto elaborado (alguns pequenos defeitos são permitidos). • Oferece prêmios pela maior produtividade. • Na relação existente predomina a proteção, a subordinação e o medo. • Os problemas da empresa estão nas pessoas. • Cada pessoa cuida do seu serviço. • Avalia-se o desempenho dos indivíduos. • Motivam-se as pessoas para produção. • É preciso controlar os empregados. • Quem é o responsável pelo erro? 	<ul style="list-style-type: none"> • A qualidade busca o atendimento das necessidades dos clientes. • Ênfase na qualidade e no pensamento em longo prazo. • O aumento da produtividade é consequência da melhoria da qualidade. • Busca o aprimoramento no dia-a-dia através das pequenas mudanças. • Busca a participação e o envolvimento de todos os funcionários. • Ênfase na dependência dos recursos humanos. • Busca prevenir os defeitos pelo aperfeiçoamento e controle dos processos. • Busca o crescimento e a valorização do funcionário. • Busca uma relação de parceria onde todos saem ganhando: empresa, funcionário, fornecedor e cliente. • Os problemas da empresa estão nos processos. • As pessoas trabalham em equipe. • Avaliam-se os processos. • Removem-se os obstáculos. • É preciso desenvolver as pessoas. • O que permitiu que o erro acontecesse?

Fonte: Antunes, A. V. Liderança para a qualidade na enfermagem. Rev. Nursing. São Paulo 2 (15), 1999, p.24.

As diferenças explicitadas mostram que falta perspicácia e predomina autoritarismo, centralização e desmotivação no modelo tradicional de administração, fato que inibe a implantação de programas de qualidade. Enquanto que no modelo da nova filosofia, a própria tecnologia empregada induz à qualidade no atendimento, nos relacionamentos e nos processos.

Para melhor entendimento, das interpretações do conceito de qualidade será apresentado no quadro 5, o histórico da qualidade, explicitando a década, o foco de atuação e os principais enfoques:

Quadro 5: Histórico da Qualidade

Década / Foco	Momentos importantes (FATOS)
1910 Foco na Produtividade	Formação dos conceitos de administração Científica e Produtiva
1920 Foco na Produtividade	Sistematização dos processos de produção em massa.
1930 Foco na Produtividade	Formulação dos conceitos de controle estatísticos do processo.
1940 Foco no Controle	Utilização nas indústrias Bélicas Norte-Americanas.
1950 Foco na Produtividade	Formulação dos conceitos de falha. Sistematização do Programa 5S.
1960 Foco no Controle	Formulação do conceito zero defeito. Formulação do conceito Just-in-time.
1970 Foco no Produto Final	Sistematização de sistema de qualidade empresarial. Concepção da técnica de desdobramento da Fundação Qualidade – QFD
1980 Foco nos Processos	Concepção da primeira versão da ISO
1990 Foco no cliente	Utilização da análise de valor nos processos de qualidade.
Primeira década do século 21	Utilização do conhecimento multidisciplinar e multidepartamental para integração da Instituição, Concepção da Metodologia e Gestão de Sistema.

Fonte: Instituto Qualidade de Gestão (IQG), Estruturação de Protocolos Multidisciplinares, São Paulo. Apresentação Ministrada por Machado, M. em 03 Jun. 2008.

1.4. Desenvolvimento do Sistema de Qualidade Total

Em 1956, Armand V. Feigenbaum lançou o livro *Total Quality Control: Engineering and management*, através do qual surgiu o conceito de Controle de Qualidade Total (CQT), tendo o mesmo defendido a idéia de que a qualidade só poderá resultar de um trabalho feito em conjunto de todos os que estão envolvidos no desempenho da organização, não apenas de um grupo de pessoas.

Para o autor, o conceito de Qualidade Total, significa qualidade em todos os aspectos das operações da empresa, é responsabilidade de todos e de cada um dos membros da organização que intervêm em cada etapa do processo.

No que diz respeito ao desenvolvimento da qualidade total, na literatura alguns autores afirmam que é sinônimo de qualidade absoluta ou qualidade acabada. Entretanto, Mezzomo (2001) afirma que essas expressões não têm sentido, porque qualidade não é algo estático, mas dinâmico; qualidade não é um estado, mas, processo (busca continuada). Pode-se definir a qualidade total como um esforço corporativo (compromisso de todos e em todos os níveis) para adquirir a estrutura e os processos à produção dos resultados previstos/satisfação dos clientes: internos e externos, e a sua melhoria continuada.

A busca da qualidade pelos consumidores ocorre como reflexo de suas necessidades e expectativas em relação ao serviço a ser recebido. São componentes inseparáveis para a prática do gerenciamento da qualidade total, o planejamento da qualidade, a manutenção da qualidade, a melhoria da qualidade.

Nesse sentido, Varo (1994 p.10) afirma que na atualidade, “a extensão do conceito de qualidade a todas as áreas da empresa conduz ao conceito de qualidade total”. Para ele, qualidade total é o conjunto de princípios e métodos organizados e de estratégia global que intentam mobilizar toda a empresa, com o fim de obter uma melhor satisfação do cliente ao menor custo. Portanto, é um sistema integrador dos esforços de melhoria contínua da qualidade de todas as pessoas de uma organização, para prover produtos e serviços que satisfaçam às necessidades dos consumidores.

Os autores De Domingo y Arranz, (1997) explicitam os princípios básicos de comportamento que se encontram implícitos na própria definição de qualidade total:

a) Conseguir satisfazer os clientes

- Estabelecer e melhorar as relações cliente-provedor.
- Satisfazer a (os) clientes internos.
- Conhecer os requisitos dos clientes.
- Medir o grau de satisfação do cliente
- Responder a todas as expectativas do cliente.

b) Implicação e apoio incondicional da direção

- Deve fazer patente de seu compromisso pela qualidade e dispor os meios.
- Deve liderar a implantação da Qualidade Total.
- Deve planejá-lo de um modo permanente.

- Deve estabelecer canal de comunicação.

c) Participação e Cooperação do Pessoal

- Coordenação e participação de todos os departamentos.
- Atribuição de responsabilidades, e motivar.
- Fomentar e obter a adesão e participação do pessoal.
- Possibilitar o desenvolvimento pessoal e profissional.

d) A melhora contínua e a inovação

- Inovação em tecnologia, e em novos produtos.
- Prevenção e avaliação.
- Inovação em novos sistemas.
- Para a melhora, contar com o potencial humano.

e) A formação permanente

- Para envolver o pessoal é necessário formá-lo.
- Estabelecer planos de formação.
- Facilitar e fomentar sua educação.
- Informação e reconhecimento.

Essa visão traduz um enfoque que busca melhorar a eficácia e a flexibilidade global da empresa, uma via para envolver toda a organização, todos os departamentos, grupos, pessoas e atividades. É, portanto, uma filosofia empresarial que conforma uma estratégia de mudança na organização e um modelo de gestão. Esse modelo se apóia em três pilares: orientação ao cliente; liderança em custo de produção; orientação ao cliente interno.

A qualidade total é “um método sistemático de aperfeiçoamento do conhecimento dos processos e sistemas que permitem colocar cada pessoa no comando do seu próprio processo, para modificá-lo, melhorando-o, simplificando-o ou revendo-o” (TEBOUL, 1991 p.282). Em outras palavras, é uma filosofia de gestão que pressupõe um envolvimento de todos os membros de uma organização em uma constante busca de auto-superação e contínuo

aperfeiçoamento. Essa filosofia traz resultados concretos, como comprovam as empresas bem sucedidas no mundo atual (CHIAVENATO, 1999).

Conforme Chiavenato (2000), as características básicas da qualidade total são caracterizadas por sete aspectos:

1. Organizacionalmente ampla e se transmite através das áreas funcionais.
2. Focaliza a qualidade dos processos que levam ao produto ou serviço.
3. É um processo de melhoria contínua.
4. Requer total apoio da alta administração e o envolvimento de todas as pessoas no esforço pela qualidade.
5. Focaliza o cliente, o consumidor.
6. Baseia-se na solução de problemas e no *empowerment* da força de trabalho.
7. Envolve uma abordagem de equipes.

Nesse contexto, o sucesso de qualquer programa de qualidade total, depende, essencialmente, da atuação dos gerentes em todos os níveis hierárquicos da organização (Carvalho, 1995:168). Pode-se dizer que o TQM é uma autêntica revolução administrativa, desde que cada gerente assuma as tarefas de: analisar o desempenho individual e coletivo de sua unidade de trabalho, em função dos resultados esperados; controlar a execução do processo de qualidade, criando oportunidades para que seus colaboradores possam avaliar e acompanhar sua viabilidade, custos, expectativas etc; promover programas de treinamento e reciclagem de seus auxiliares, em face dos desafios impostos pelo processo de qualidade; divulgar a política da qualidade adotada pela empresa a cada membro do grupo, monitorando e aperfeiçoando os índices de erros, defeitos e desperdícios (Carvalho, 1995). Portanto, é preciso que a atuação gerencial, como um todo, seja permeada pelo desejo de melhorar de fato, a qualidade de produtos e serviços.

Na concepção de Varo (1994), a qualidade total, o controle total da qualidade (TQC) total quality management (TQM) conduzem a um processo que analisa cada sistema crítico da organização e estabelece medidas básicas de atuação para, a partir delas, trabalhar constantemente, com o propósito de obter o funcionamento ótimo do sistema.

Considerando que a qualidade total afeta todas as partes da empresa, dessa forma, “a organização deve ser conduzida como um sistema aberto que integra elementos externos, tais como os clientes e os provedores, e toda a sua cadeia produtiva, inclusive seu desenho, normalização, tecnologia, provedores e compras, pessoal, produção, controle final, promoção

da saúde, assistência continuada, clientes e usuários, marketing e investigação e desenvolvimento” (VARO, 1994: 344).

Do ponto de vista empresarial, para funcionar plenamente, a qualidade total deve ser aplicada a todas as áreas, iniciando-se pelo topo da empresa. Os problemas para a implantação da qualidade total podem ser solucionados com diversas atuações dirigidas a toda a empresa: a formação, a comunicação e a informação, a participação e colaboração de todo o pessoal, o apoio e facilidades às pessoas, a orientação dos objetivos, a prioridade de ação sobre as pessoas, a promoção e seleção do pessoal e a avaliação contínua da qualidade (VARO, 1994).

A implementação do processo da qualidade total requer uma visão de futuro, o envolvimento de todos, em todos os níveis, através de um consistente plano de educação e treinamento. Exige ainda a criação de uma estrutura de apoio, de monitoria e de realimentação do processo, a celebração dos sucessos e a permanente avaliação do nível de satisfação dos clientes, de modo a poder antecipar, atender e exceder sua expectativa.

O movimento pela qualidade total no Brasil iniciou-se na década de 70 do século XX, tendo como pioneiros os professores Vicente Falconi e José Martins de Godoy. O caminho percorrido foi mais ou menos semelhante ao de outros países: começou pela área industrial, com rápida expansão para os setores de serviços, estendendo-se para a educação, a saúde, a administração pública, alcançando, por fim, todos os setores de atividades, em empresas e organizações públicas e privadas, nas diversas regiões brasileiras (NOGUEIRA, 1999).

1.5. Os Obstáculos Que Se Deve Superar

Vale salientar que existem obstáculos que impedem à implantação da qualidade total interferindo no sucesso de qualquer organização que queira sobreviver no mundo cada vez mais competitivo, como explicita o quadro 6, a seguir:

Quadro 6: Obstáculos à implantação da qualidade total.

A DIREÇÃO	A ORGANIZAÇÃO	O PESSOAL	A TÁTICA E ESTRATÉGIA
Falta de compromisso	Empirismo dos peritos	Resistência à mudança	Carência de comunicação e formação
Incapacidade de liderança	Preocupação pela quantidade em detrimento da qualidade	Falta de formação e motivação	Problemas do tipo financeiro
Falta de prevenção e dificuldade de resolução de obstáculos	Sistemas demasiado centralizados, burocratizados e rígidos	Desconhecimento do que supõem a mudança cultural produzida	Dificuldades de compreensão e transmissão dos objetivos
Freios à participação, e a escutar sugestões	Impedimento na estrutura vertical de funcionamento	Medos e receios, sobre todos os comandos	Entender a Qualidade Total como uma moda
Retrocesso à delegação de tarefas e responsabilidades	Carência de poder do assessor ou responsável da qualidade	Hábitos e tarefas rotineiras	Risco de realizar mal o processo de implantação
Falta de canais de informação	Mau funcionamento dos grupos o comitês de qualidade	Problemas para trabalhar em equipe	Perigo de contrapartidas em vez de asunción do projeto
Existência de grupos de pressão (autoridade)	Uma organização muito dividida e distante.	Dificuldades para expressar-se e aportar ideias	Formação de novas castas ou assessores
Falta de recursos materiais e/ou humanos	Repetição do tratamento de problemas por vários grupos	Carência de informação e de responsabilidades	Concentrar-se excessivo na documentação

Fonte: De Domingo, J. y Arranz, A. Calidad e Mejora Continua. Donostia: San Sebastián, Donostiarra 1997, p.21.

Considerando que a qualidade total não é meramente uma metodologia gerencial nem tão pouco um fenômeno meramente técnico e econômico, mas é essencialmente, uma questão ética e moral. Pode-se dizer que, a qualidade da assistência não depende de ações e técnicas bem planejadas, mas de um sentimento de empatia e humanização. Nessa visão, a conscientização para a qualidade começa pelo mais alto escalão da organização, a quem compete sensibilizar seus colaboradores.

O controle total de qualidade implica que todas as funções departamentais ou áreas da empresa estejam inter-relacionadas, de tal forma que todos devem contribuir para a obtenção de produtos ou serviços de qualidade. Portanto, a responsabilidade da qualidade excede o departamento de produção, abrangendo toda a empresa.

Frente ao exposto, entende-se que a qualidade total deve ser entendida como um esforço corporativo sendo compromisso de todos e em todos os níveis para adequar a estrutura e os processos à produção dos resultados previstos satisfação dos clientes internos e externos, e à sua melhoria continuada.

Na primeira metade da década de 90, diversos indicadores começaram a apresentar melhorias, destacando-se o de produtividade nas indústrias brasileiras, de modo que os setores produtivos e de serviços já exibiam ganhos extraordinários. Outro indicador que confirma os efeitos do movimento pela qualidade total foi o rápido crescimento do número de certificados, conferidos pelas normas da série ISO 9000.

Pela complexidade do sistema de qualidade total, o quadro a seguir faz um resgate histórico sobre alguns autores e seus pensamentos sobre a temática.

Quadro 7: Comparação de Distintos Modelos da GCT

Schonberger (1992)	Porter y Parker (1993)	Dale (1994)	Powell (1995)	Tummala e Tang (1996)	Kanji (1998)	Rao et al (1999)	Zhang (2000)
Orientação ao cliente. Marketing e vendas		Orientação ao cliente	Relação com clientes	Enfoque no cliente	Orientação ao cliente. Satisfação do cliente	Orientação do cliente	Orientação ao cliente
	Conduta da direção. Estratégia para a implantação da GCT.	Compromisso e liderança da direção. Planificação e organização	Liderança, compromisso da direção, adoção e comunicação da GCT.	Liderança. Planificação estratégica da qualidade	Liderança	Apoio da alta direção. Planificação estratégica da qualidade disponibilidade de informação da qualidade	Liderança, Planificação e Visão
Contabilidade e controle	Tecnologia em qualidade.	Medição de resultados e Feedback	Medida de resultados	Direção por fatos	Direção por fatos. Medição	Qualidade social. Resultados internos e externos	Avaliação
Operações	Direção de processos e sistemas	Utilização de técnicas e ferramentas de gestão de qualidade	Mentalidade zero defeitos. Flexibilidade na produção		Todo trabalho é um processo. Prevenção		Controle de processos e melhora
Capacidade. Desenvolvimento dos recursos humanos	Envolvimento dos empregados. Comunicação, organização e formação para a GCT	Educação e formação. Participação e trabalho em equipe	Aumento da formação. Organização aberta. Empowerment	Participação dos empregados e cooperação	Atenção aos clientes internos; Direção do pessoal. Trabalho em equipe; As pessoas fazem qualidade	Formação de empregados; Implicação dos empregados	Participação dos empregados, reconhecimento e prêmios. Formação e treinamento
Desenho e organização		Utilização de técnicas e ferramentas de gestão da qualidade	Relação com provedores			Qualidade dos provedores	Gestão da qualidade dos provedores
				Qualidade no desenho, rapidez e prevenção	Prevenção	Desenho do produto / serviço	Desenho do produto
Qualidade e melhoria de processo			Melhora de processo Benchmarking	Melhoria continua	Melhora contínua; Prevenção		Melhoria dos sistemas de qualidade
Conhecimento da competência			Benchmarking			Benchmarking	

Fonte: ROS, S. C. Relación entre el enfoque de gestión de la calidad y el desempeño organizativo: Una aproximación desde la perspectiva basada em los recursos, tesis doctoral. Valência, 2001 p.79-82

1.6. Diretrizes do Sistema de Gestão da Qualidade

Atualmente, constata-se que a gestão da qualidade tem sido abordada das mais diferentes formas e situações, destacando-se na esfera empresarial, nos modelos gerenciais, na política de recursos humanos e na organização dos processos de trabalho. Na literatura destaca-se uma gama de temas relacionados à gestão da qualidade, como se pode observar, constitui-se um conjunto seletivo de publicações importantes para as áreas gerenciais e administrativas. Para Feigenbaum (1956), a visão sistêmica da gestão da qualidade, supõe a necessidade de uma coordenação entre as distintas unidades organizativas.

Na Norma ISO 8402, a gestão da qualidade é definida como o conjunto de atividades da função geral da direção que determina a política da qualidade, os objetivos e as responsabilidades, e se leva a cabo por meios tais como a planificação da qualidade, o controle, o asseguramento e a melhora no marco do sistema da qualidade. Neste sentido, esta mesma norma define sistema da qualidade como a estrutura organizativa, os procedimentos, os processos e os recursos necessários para levar a cabo a gestão da qualidade.

A gestão da qualidade tem evoluído desde sua origem para uma visão cada vez mais global. Na sua abordagem gerencial contemporânea, a gestão da qualidade ou gestão estratégica da qualidade envolve o uso de técnicas comportamentais, a utilização do conceito de clientes internos e externos, cujo objetivo maior é a satisfação, a quebra da dicotomia entre o fazer e o pensar típico da administração Taylorista, a formação de equipes que pensam e executam os projetos, e a ênfase nos processos e fluxos de trabalho, a partir da estruturação organizacional adequada.

Outra abordagem similar ao termo gestão da qualidade é explicitada por Claver et al (1999) como o meio para conseguir os objetivos de qualidade, caminhando para a melhora contínua em todos os níveis organizativos e utilizando todos os recursos disponíveis para a empresa com o menor custo possível. Este conceito alerta para um estilo de direção focado no cliente onde através do planejamento da organização e controle da qualidade, objetiva a melhora contínua não só de bens ou serviços como também dos processos envolvendo todos os membros da empresa.

Para gerenciar com qualidade deve-se procurar entender melhor o sistema técnico e social pelo qual as organizações são responsáveis, considerando que a qualidade é um pouco de inspiração e muito de transpiração, de modo que cada empresa deverá inventar o seu

caminho, levando em consideração a sua cultura e orientando-se com base em alguns conceitos e balizamentos (TEBOUL, 1991).

Nessa abordagem sobre gerenciamento da qualidade, são enfatizadas as normas que dão suporte à gestão da qualidade (Teboul, 1991: p.54). De acordo com a definição japonesa da norma JIS-Z 8101, de 1981, “a gestão da qualidade é um sistema de meios colocados em prática para produzir economicamente produtos ou serviços que satisfarão as necessidades dos clientes”.

A gestão da qualidade é uma forma de dirigir uma organização que pretende a participação e a colaboração de todos os seus colaboradores. Portanto, não se trata de uma série de técnicas senão de um processo dirigido à melhoria contínua, que nunca se completa. O quadro a seguir explicita as diferenças entre os conceitos da gestão da qualidade.

Quadro 8: Diferenças existentes entre os conceitos da gestão da qualidade

Aspecto	Inspeção da Qualidade	Asseguramento da qualidade	Gestão da Qualidade Total
Âmbito	Relacionado com o produto	Principalmente processo de produção e em grau limitado, alguns serviços de apoio.	Todos os processos da empresa
Objetivo	Detecção de erros	Criar confiança cumprindo as normas e um sistema de qualidade documentado, eficácia interna	Conseguir a satisfação do cliente (interno e externo) mediante a melhora contínua
Filosofia	Classificação dos produtos de qualidade depois da fabricação	Gerar qualidade desde o desenho a entrega	Melhorar a qualidade em todos os aspectos da organização
Responsabilidade	Departamento de qualidade e inspeções	Representante da direção para o sistema de qualidade	Todo o pessoal
Cliente	Presta-se pouca atenção	Expectativas limitadas às especificações expressadas	Os clientes internos e externos são básicos
Qualidade	Conformidade com as especificações do produto final	Conformidade com o Sistema de Qualidade	A qualidade como é percebida pelos clientes, e a qualidade da organização como um todo
Provedores	Presta-se pouca atenção	Um elemento que deve ser controlado	O provedor é um elo importante
Normas	Especificações do produto	ISO 9001, 9002, 9003	ISO 9004 EFQM, Prêmio Deming, Critérios para Malcom Baldrige...

Fonte: DESMARETS, G. Relación Existente entre Aseguramiento de La Calidad y Gestión de Calidad Total, 1995, p.74.

A Gestão da Qualidade conta com uma série de objetivos que englobam vários segmentos e que são explicitados por De Domingo y Arranz, (1997), como:

- Comerciais

- Conhecer e satisfazer os requisitos de todos os clientes
- Responder satisfatoriamente as suas expectativas
- Conseguir mantê-lo como cliente e atrair novos clientes
- Melhora contínua da imagem da empresa

- Econômicos

- Diminuir custos
- Aumentar a competitividade
- Assegurar o futuro
- Aumentar os benefícios

- Técnicos

- Alcançar, controlar e melhorar os processos
- Apostar na prevenção e na melhora contínua
- Otimizar os processos e implantar inovações
- Investigar a incorporação de novas tecnologias
- Uso de diversas técnicas e ferramentas da qualidade.
- Avaliação

- Humanos

- Aumentar e canalizar a informação e a formação
- Mudar de cultura e o modo de fazer as coisas
- Potenciar as iniciativas e a responsabilidade de todos os empregados
- Obter a participação e implicação de todos os departamentos
- Colocar em prática de forma conjunta.

Segundo a NBR ISO 9000:2000, o sistema de gestão da qualidade deve estabelecer a política e os objetivos da qualidade, bem como as diretrizes que vão possibilitar a empresa atingir tais objetivos (Hargreaves et al., 2001). Para que se possa entender melhor a gestão da qualidade total, segundo Mezomo (2001 p.172-173), é preciso inseri-la nos seguintes conceitos: “política da qualidade, gestão da qualidade, sistema da qualidade, controle da qualidade e garantia da qualidade.”.

Küller (1996 p.174) destaca que as funções gerenciais básicas, em relação à implementação de programas de gestão de qualidade, são: “liberar o processo de implementação, definir as perspectivas, criar e implantar as estruturas e estratégias da qualidade total.” As funções gerenciais passam a ser o apoio, a auditoria e o reconhecimento das iniciativas de controle e melhoria da qualidade, que serão efetivadas e desenvolvidas no nível operacional.

Para que se possa desenvolver e implementar um sistema de gestão da qualidade, são necessárias as seguintes diretrizes:

- “determinação das necessidades e expectativas dos clientes e das outras pessoas interessadas;
- determinação dos processos e responsabilidades necessárias para atingir os objetivos da qualidade;
- determinação e fornecimento dos recursos necessários para atingir os objetivos da qualidade;
- estabelecimento de métodos para medir a eficácia e a eficiência de cada processo” (HARGREAVES et al, 2001: p.86).

A decisão de se adotar o sistema de gestão pela qualidade em uma instituição não é simples e implica muitas vezes profundas mudanças no estilo atual de gestão e no comportamento das pessoas, de todos os níveis hierárquicos. Esta iniciativa precisa estar acima de disputas políticas, projetos pessoais e dificuldades circunstanciais. Deve trazer consigo mudanças profundas de postura, de filosofia de gerenciamento, uma maior consciência da importância do trabalho em grupo e um maior respeito pelo ser humano e a capacidade de melhorar o seu trabalho. É importante também entender qualidade como um processo de mudança estratégica, enfatizando-se que somente através do coletivo tais mudanças se concretizarão (NOGUEIRA, 1999).

O gerenciamento da qualidade deve ter como estratégia o oferecimento de serviços que possuam qualidade técnica e humana, envolvendo critérios que emergem dos que recebem e dos que prestam esses serviços, concretizando a participação como grande passo para transformar a realidade em busca de uma gestão para a qualidade (SILVA, 2003).

Gerenciar através da qualidade é procurar entender melhor o sistema técnico e social pelo qual somos responsáveis (Teboul, 1991). Por isso, a qualidade pode e deve formar o pano de fundo das ações de formação e educação. Nesse aspecto, a implementação de um sistema de gestão da qualidade pode ajudar os serviços de saúde a enfrentarem os novos desafios impostos pela atual dinâmica social. Entretanto, tal ajuda só será possível a partir da estruturação de um modelo gerencial sistêmico, processual, com foco no cliente. É preciso que haja liderança e o envolvimento de todos, com base em indicadores, devendo ainda haver acompanhamento e avaliações, com vista à melhoria constante.

Nesse contexto, pode-se afirmar que a gestão da qualidade evoluiu a abrangência de toda a empresa onde seu êxito é de responsabilidade de todos que compõem o serviço. A partir deste movimento da qualidade surge a Gestão da Qualidade Total (TQM).

Portanto, os processos de planejamento, organização e controle propostos na gestão da qualidade formam o tripé administrativo imprescindível para o sucesso gerencial em qualquer área de atuação. Qualidade passou a ser um processo de desenvolvimento organizacional e gerencial, modificando profundamente a forma de gestão dos serviços.

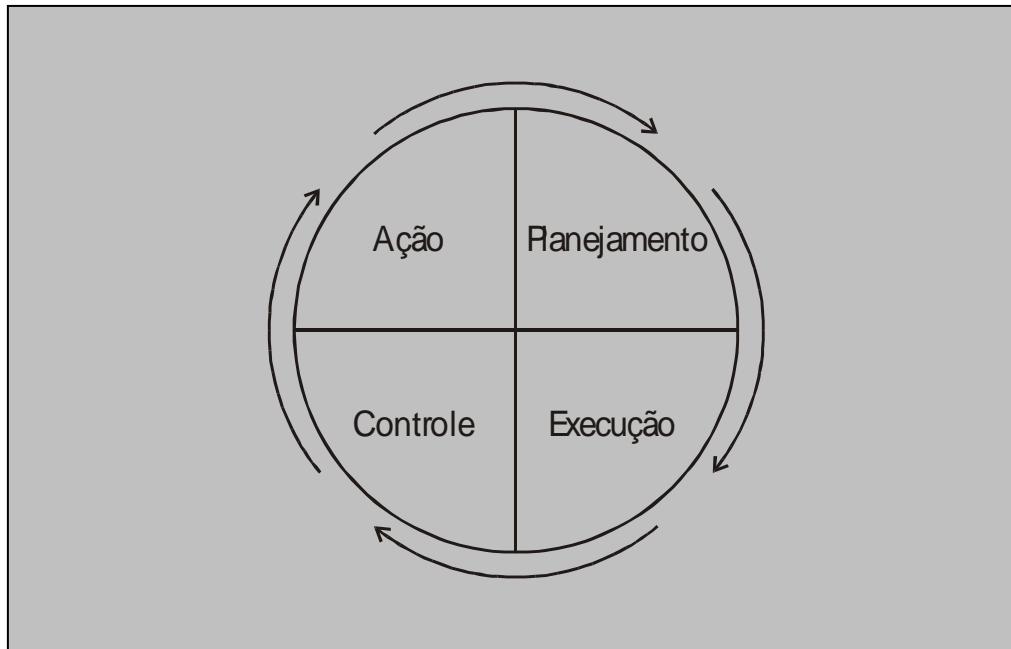
A maioria das investigações empíricas que fazem referência à gestão da qualidade conclui que a mesma produz um impacto positivo na organização, considerando tanto os resultados tangíveis como os de ordem econômica e competitiva, como os intangíveis que, são os relacionados aos recursos humanos. Camisón et al (2000) orienta que se faz necessário desde uma perspectiva de administração de empresas, a realização de estudos que reflitam o enfoque de gestão da qualidade adaptado pelos diversos diretores, bem como os princípios, as práticas e as técnicas utilizadas em uma organização para a implantação do sistema de qualidade.

Vários autores ao referirem ao sistema de gestão da qualidade fazem referência a complexidade da gestão pela qualidade total que deve englobar: áreas funcionais, processos, produtos ou serviços, melhoria contínua, parceria, envolvimento, cliente, *empowerment* e equipe (CHIAVENATO, 2000).

A gestão da qualidade total pode ser definida como filosofia de management que busca maximizar de forma continuada a satisfação do cliente, ao tempo que persegue identificar e eliminar sistematicamente aquelas atividades que não consistem em valor para a organização (Williams, 1997). Esta forma de gestão não consiste unicamente na implantação de um sistema de direção e gestão de empresa dinâmico, senão que trata de instaurar uma

cultura de melhora contínua e de organização orientada ao cliente, e que se entende como um processo sem fim com uma corrida que necessita de meta.

Figura 3: Ciclo de Shewhart ou Ciclo PDCA



Fonte: Deming, W. E. *Calidad, Productividade y Competitividad: la salida de la crisis*. Madrid: Dias de Santos, 1989. p.15.

O gerenciamento da qualidade total é um processo, através do qual se busca implantar a filosofia da qualidade total, cuja principal finalidade é a melhoria contínua dos produtos ou serviços, pelo aprimoramento do trabalho dos diversos membros e de todas as áreas da organização (ANTUNES, 1999).

A gestão da qualidade total, segundo a ISO-CD 8042, é um enfoque gerencial de uma organização centrada na qualidade, baseado na participação de todos os seus membros, com o objetivo de alcançar uma lucratividade de longo prazo, através da satisfação do cliente, incluindo benefícios para os membros da organização e para a sociedade (MEZOMO, 2001).

Como filosofia gerencial centrada na qualidade, a gestão da qualidade total baseia-se na participação de todos os membros da empresa com o objetivo precípua de aumentar a satisfação dos usuários-clientes incluindo-se neste processo os funcionários-colaboradores, partindo do entendimento que ao se melhorar a eficiência organizativa se obterá benefícios para todos da organização e conseqüentemente para a sociedade.

O gerenciamento da qualidade total envolve o conceito de controle que atribui aos trabalhadores, mais do que aos gerentes, a responsabilidade pelo alcance de padrões de

qualidade, sendo que a obrigação de obter qualidade está nas pessoas que a produzem, de modo que os trabalhadores, e não os gerentes são os responsáveis pelo alcance de padrões elevados de qualidade (Chiavenato, 2000). Essa responsabilidade é fortemente mensurada na assistência direta ao cliente no hospital, através da equipe multiprofissional de saúde. E para que a qualidade total possa funcionar amplamente, deve ser aplicada a todas as áreas, iniciando-se pelo topo da empresa. Portanto, o comprometimento da alta administração é indispensável, pois há profunda mudança da cultura da empresa.

Na maioria dos casos, o conceito de gestão da qualidade total exige mudanças substanciais dentro da organização, tanto de ferramentas de gestão empregadas como das estruturas organizativas, as atitudes e comportamentos de todos os membros da organização (CAMISÓN, 1994).

O quadro a seguir, resume a Gestão de Qualidade Total referenciando os principais aspectos e seus autores experts.

Quadro 9: Comparación de los modelos de los expertos em GCT

Autor	Deming	Juran	Crosby	Feigenbaun	Taguchi	Ishikawa	Garvin
Propósito	Otimização do sistema	Planejamento, controle e melhoria do sistema	Obtenção de zero defeito	Alcançar uma vantagem competitiva	Desenho de produtos robustos	Revisão e melhoria contínua das normas de qualidade	Alcançar uma vantagem competitiva
Definição de Qualidade	Adequação ao objetivo	Adequação ao uso	Conformidade com as necessidades	Sofisticação do cliente aos mais baixos custos	Nenhuma especificada	Nenhuma específica	Nenhuma específica
Conteúdo	Variação do conhecimento e da psicologia	Planejamento e melhoria da qualidade de forma conjunta e estruturada	Quadros e redes de avaliações antes de começar um processo contínuo de melhoria e prevenção	Tecnologia da engenharia de qualidade e do controle de processo	Função de perda de qualidade	Análise dos processos e equipes interfuncionais	Avaliação das dimensões da qualidade
Ênfase	Melhorar processos e reduzir a variação na produção	Trabalho em equipe e a participação. Círculos de qualidade	O papel da alta direção e a qualidade como melhoria contínua	Integrar os esforços das distintas funções	Reduzir a variabilidade em torno de um valor objetivo	Formação dos trabalhadores	Incidir naquelas dimensões da qualidade que fazem um produto competitivo
Contribuição	Estilo de gestão de cooperação positiva.	Trilogia dos processos na gestão da qualidade	Mudança na cultura empresarial	Estrutura operativa integrada (Sistema de Qualidade)	Eficácia da qualidade de desenho	Círculos de qualidade	Concepção estratégica da qualidade

Fonte: Adaptado de Ros, R.C. Relación entre el enfoque de gestión de la calidad y el desempeño organizativo: Una aproximación desde la perspectiva basada em los recursos, tesis doctoral. Valência, Pg. 69. 2001.



CAPÍTULO 2

2. SERVIÇOS E QUALIDADE

2.1 Serviços

O serviço é uma atividade ou uma série de atividades de natureza mais ou menos intangível que normalmente, mas não necessariamente, acontece durante as interações entre clientes e empregados de serviços e/ou recursos físicos ou bens e/ou sistemas do fornecedor de serviços que é fornecida como solução ao(s) problema(s) do(s) cliente(s) (GRÖNROOS, 2003).

Desde uma perspectiva de qualidade, Zeithmal et al (1990) afirmam que os serviços são intangíveis, constituindo-se em performances e experiências, o que impede o estabelecimento de especificações precisas para se alcançar uniformidade de qualidade no processo de produção. Por outro lado, são heterogêneos: a sua performance varia de pessoa para pessoa, de consumidor para consumidor e de dia para dia.

Kotler e Bloom (1998) definem serviço como: qualquer atividade ou benefício que uma parte possa oferecer à outra, que seja essencialmente intangível e não resulte na propriedade de qualquer coisa. Sua produção pode ou não estar vinculada a um produto físico. Serviço é considerado uma ação, um desempenho, um evento social, ou uma atividade ou produção consumida onde é produzida (BOWEN e SCHNEIDER, 1988).

Os autores acima citados destacam que: em alguns casos, os serviços, por serem intangíveis, não só fisicamente, como também mentalmente, dificultam sua compreensão quanto ao alcance de tal benefício. Para os consultores Juran (1990), Teboul (1991) Berry e

Parasuraman (1992) serviço é o trabalho desempenhado por alguém; caracteriza-se essencialmente pela sua interface, ou seja, o local onde o cliente e o prestador de serviços interagem; um processo que reúne os desejos dos clientes. Albrecht (1992) e (1992b) considera serviço como um produto fundamental, exigindo gerenciamento e estudo sistemático ou trabalhos executados por uma pessoa em benefício de outra. Nóbrega (1994) contextualiza na verdade, ao adquirir um serviço se está adquirindo a promessa de um benefício. Para Silpakit e Fisk (1985), a participação do cliente nos serviços é definida como esforços e envolvimento do cliente, mentais e físicos, necessários à produção e entrega de serviços.

De uma forma geral, serviço é fruto da interação entre prestador e cliente, na qual estão presentes desejos, emoções ou mesmo expectativas no recebimento de um benefício. Compete ao prestador a realização da expectativa do cliente por meio da transformação do serviço intangível em algo tangível, sendo esta a parte mais difícil, pois requer o conhecimento profundo do prestador (profissional) e o reconhecimento do cliente.

Apesar das divergências, vários autores como Moreira (1996), Schmenner (1999), Lovelock e Wright (2001) concordam haver algumas características comuns à maioria dos setores de serviços como a intangibilidade, a simultaneidade entre a produção e o consumo, e a impossibilidade de estocagem. Nesse sentido, Gronroos (2003) explicita a diferença entre bens e serviços, conforme ilustra o quadro 10, a seguir:

Quadro 10: Diferenças entre bens físicos e serviços.

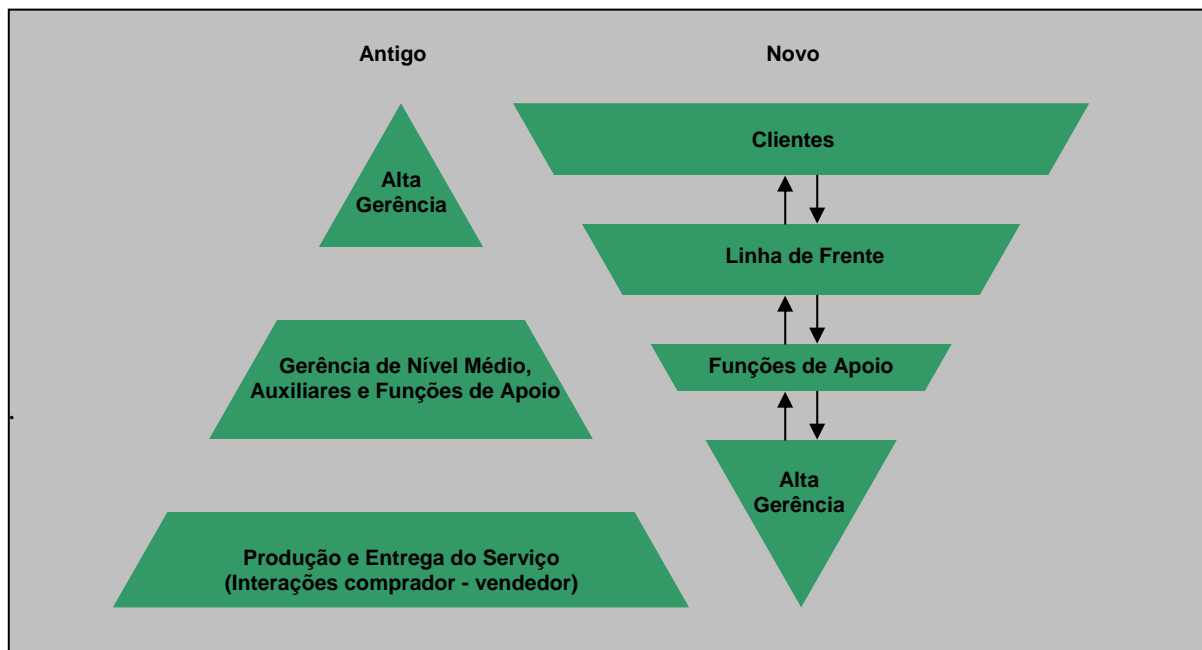
Bens Físicos	Serviços
Tangível	Intangível
Homogêneo	Heterogêneo
Produção e distribuição separadas do consumo	Produção, distribuição e consumo são processos simultâneos
Uma coisa	Uma atividade ou processo
Valor principal produzido em fábricas	Valor principal produzido nas interações entre comprador e vendedor
Clientes normalmente não participam do processo de produção	Clientes participam da produção
Pode ser mantido em estoque	Não pode ser mantido em estoque
Transferência de propriedade	Não transfere propriedade

Fonte: Gronroos, C. Marketing: gerenciamento e serviços. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003, p. 66.

Os requisitos para a viabilização de um bom serviço são: os estratégicos, os organizacionais, os gerenciais e os de conhecimentos e atitudes. Uma empresa orientada para serviços requer uma estrutura organizacional enxuta com poucos níveis hierárquicos onde as decisões têm que ser tomadas pelos empregados que se sintam próximos aos clientes. Nesse sentido, o papel dos gerentes muda para o de líder e os subordinados obtêm maiores responsabilidades e deles se espera maior independência no desempenho de suas tarefas.

Para explicitar uma perspectiva de modernização da estrutura organizacional orientada para o serviço, Gummesson (1990) mostra a diferença entre o novo e o antigo, na figura 04, a seguir:

Figura 4: Estrutura Organizacional Orientada para os Serviços



Fonte: Gummesson, E. D. Organizing for Marketing and Marketing Organization. New York: Amacon 1990, p.18.

Observa-se na figura 4, que o pré-requisito gerencial para a prestação de bons serviços é promovido, através do estabelecimento de uma liderança de administração principal orientada para serviços. Ser apenas um gerente com atribuições técnicas sem assumir o papel de orientador e líder, não contribui para o desenvolvimento de uma cultura de serviços.

Um serviço é normalmente percebido de maneira subjetiva. A essência do serviço, entretanto, é a intangibilidade do próprio fenômeno. Por isso, é normalmente difícil para o

cliente avaliar um serviço. Na análise da aplicação de alguns princípios da psicologia se admitiu que os mais ilustrativos no estudo da percepção em serviços são o princípio da similaridade, o da proximidade e o da continuidade (Las Casas, 1999). Assim, o princípio da similaridade, as coisas ou fatos similares tendem a ser percebidos pelo cliente como parte de um conjunto. Quanto ao princípio da proximidade, coisas próximas tendem a ser percebidas como parte de um conjunto, portanto, em relação ao princípio da continuidade está mais associado ao marketing.

Quando os clientes avaliam a qualidade de um serviço, eles o julgam em função de algum padrão interno que existia antes da experiência de serviço (Lovelock e Wright, 2001), esse padrão interno constitui a base para as expectativas do cliente.

Medir a qualidade de serviços é uma tarefa difícil, quando comparada com medir a qualidade de produtos. Os produtos possuem muitas características físicas que podem ser detectadas, inclusive com uma precisão alta, por meio de instrumentos de medição. Por sua vez, os serviços contêm características psicológicas e aspectos qualitativos difíceis de serem captados com um alto nível de confiança. Nesse contexto, Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000) afirmam que a qualidade do serviço normalmente se estende além da prestação do serviço em si. Em hospitais, por exemplo, os serviços impactam na qualidade de vida futura dos clientes.

Quanto ao nível de satisfação dos clientes, as informações se constituem uma das maiores prioridades de gestão nas empresas comprometidas com qualidade de seus produtos e serviços e, por conseguinte, com os resultados alcançados junto a seus clientes.

A qualidade de serviço, tanto técnica, quanto funcional é o ingrediente principal no sucesso das organizações de serviço (Grönroos, 2003). A qualidade técnica no tratamento de saúde é definida principalmente baseada na exatidão técnica do diagnóstico e procedimentos e a qualidade funcional está relacionada à maneira da prestação dos serviços de tratamento de saúde.

Qualquer serviço oferecido deve estar centrado nas necessidades do cliente. Na área de saúde, os serviços prestados devem ir ao encontro das necessidades do cidadão, levando em consideração suas expectativas sobre os cuidados à saúde, devendo assegurar sua participação por meio do compartilhamento de responsabilidade pelo seu bem-estar.

2.2 Qualidade no Setor de Serviço

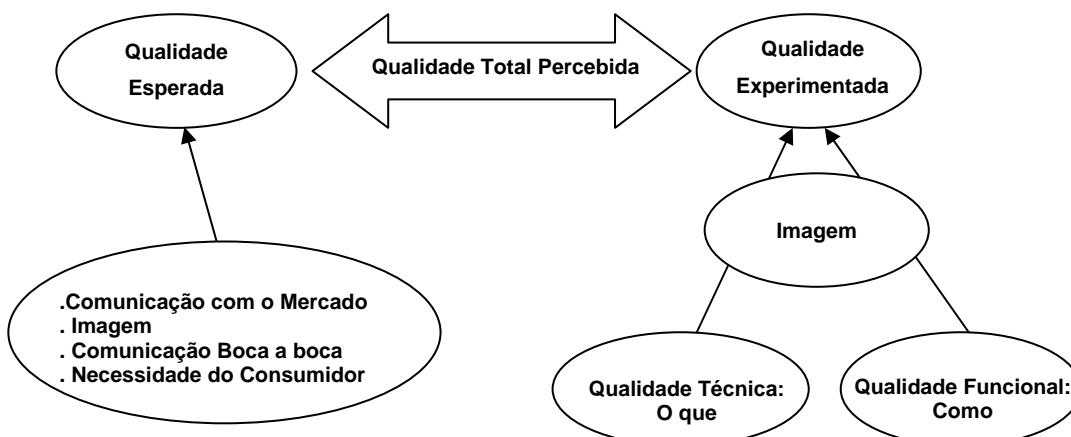
A qualidade de serviço tem se tornado um importante tema de pesquisa, em virtude de seu envolvimento significativo quanto à satisfação do consumidor (Bolton e Drew, 1991; Boulding et al., 1993), retenção do consumidor (Reicheld e Sasser, 1990) e garantia de serviço (Kandampully e Butler, 2001).

Por ter sido tendência dominante durante a última década, os teóricos desenvolveram vários modelos para explicar como percepções de qualidade de serviços são formadas, o que provocou amplos debates na comunidade acadêmica (Parasuraman et al, 1985). Assim, a qualidade de serviço tem sido reconhecida como um condutor de marketing corporativo e desempenho financeiro (GRÖONROOS, 1993; BUTLER et al, 1996; SOHAIL, 2003).

Para se implantar e manter excelente qualidade percebida do serviço é necessário, compreender que a qualidade é definida pelo cliente; é uma jornada e um trabalho de todos; é liderança e comunicação, qualidade e integridade são inseparáveis. Nessa perspectiva, um Programa de Gestão da Qualidade de Serviço envolve subprogramas como: o desenvolvimento de um conceito de serviço; programa de gerenciamento das expectativas dos clientes; programa de gerenciamento do resultado do serviço; programa de endomarketing; programa de gerenciamento do ambiente físico e programa de gerenciamento da participação do consumidor.

A determinação da qualidade dos serviços se baseia em estudos e na comparação entre expectativas e experiências para uma série de atributos de qualidade como mostra o esquema da Figura 5. Dentre os estudos, os mais conhecidos e mais influentes são os realizados por Berry et al (1985), destacando-se os relativos ao instrumento SERVQUAL.

Figura 5. Qualidade Total Percebida



Fonte: Grönroos, C. Marketing: Gerenciamento e Serviços. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier 2003, p.90.

Na figura 5, explicita-se a qualidade percebida do serviço e a qualidade experimentada, em que o nível da qualidade total percebida não é determinado pelo nível das dimensões da qualidade técnica e funcional apenas, mas sim, pela diferença (gap) entre qualidade esperada e a qualidade experimentada.

Para estudar os determinantes da qualidade de serviço e como os clientes avaliam a qualidade se toma por base os dez determinantes que caracterizam a percepção que os clientes têm do serviço, entre estes: competência está relacionada com a qualidade técnica do resultado, e o outro, credibilidade, tem uma ligação muito próxima com o aspecto imagem da qualidade percebida (Grönroos, 2003). Entretanto, as demais determinantes estão relacionadas, em maior ou menor grau com a dimensão do processo da qualidade percebida.

A qualidade de um serviço, conforme percebida pelos clientes tem as seguintes dimensões: o que o cliente recebe e como o cliente recebe. O resultado técnico do processo-qualidade técnica - e a dimensão funcional do processo qualidade funcional (GRÖNROOS, 2003).

Quanto à qualidade percebida, Parasuraman et al (1991) enfatiza a dificuldade de identificar a percepção da qualidade por parte do cliente para o setor de serviços, uma vez que, características como intangibilidade e inseparabilidade convidam o cliente a participar e a interagir, tornando-se parte atuante em sua elaboração. Nessa perspectiva, propuseram uma escala denominada SERVQUAL, que serve para mensurar a percepção de qualidade em serviços. O referido modelo fornece um delineamento por meio do formato de comparação entre expectativas e percepções, estruturando em cinco dimensões, que pode ser adaptado ou suplementado para atender às características ou necessidades específicas do pesquisador.

De acordo com Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000), ao contrário de um produto que possui características físicas que podem ser medidas objetivamente, a qualidade de serviço contém muitas características psicológicas e comportamentais muito difíceis de mensurar. Nesse sentido, pode-se afirmar que a prestação de um serviço frequentemente se confunde, no mesmo momento, com o seu consumo Moreira, (1996), o que se identifica na maioria dos serviços, é que estes são, no mínimo, produzidos e consumidos simultaneamente (Grönroos, 2003). Portanto, os serviços são processos consistindo em uma série de atividades em vez de coisas, por isso, não é possível manter serviços em estoque, como acontece com os bens físicos, mas admite-se, que, mesmo não sendo possível manter serviços em estoque, pode-se tentar manter clientes em estoque.

2.3 Mensuração da Qualidade de Serviço

Conforme Andalleb (2001), a avaliação de serviço traz desafios interessantes que tem comprometido acadêmicos e profissionais em países em desenvolvimento há algum tempo. Essas preocupações principais continuam a motivar o debate sobre o assunto: quem vai avaliar a qualidade e sob quais critérios.

É importante determinar o critério sob o qual a avaliação deve ser realizada Babackus e Mangold (1992). Esse critério pode ser técnico ou funcional, ou técnico e relacionado ao processo Zeithaml e Bitner (2000). As medidas de qualidade do serviço têm sido ligadas à satisfação com os serviços na literatura (REIDENBACH e SANDIFER, 1990; TAYLOR e CRONIN, 1994).

Na literatura Parasuraman et al (1994), evidencia dez determinantes de avaliação em serviços: acesso, competência, comunicação, confiabilidade, conhecimento do cliente, cortesia, credibilidade, receptividade, segurança e tangibilidade. Posteriormente, os dez determinantes da qualidade de serviço foram reduzidos aos cinco seguintes:

1. Tangíveis visíveis: está relacionado à atratividade das instalações, equipamentos e materiais usados por uma empresa de serviços, bem como à aparência dos funcionários do serviço.
2. Confiabilidade/credibilidade: significa que a empresa de serviços oferece a seus clientes serviço correto da primeira vez, sem cometer nenhum erro, e entrega o que prometeu dentro do prazo estipulado.
3. Capacidade de resposta/prontidão: significa que os funcionários de uma empresa de serviços estão dispostos a ajudar os clientes e atender aos seus requisitos, bem como informá-los, quando o serviço será prestado e então executá-lo com presteza.
4. Segurança/domínio: significa que o comportamento dos empregados transmitirá aos clientes confiança na empresa e que esta faz com que se sintam seguros. E também que os empregados são sempre corteses e têm o conhecimento necessário para responder às perguntas dos clientes.
5. Empatia: Significa que a empresa entende os problemas dos clientes e executa o serviço, tendo em vista seus melhores interesses, bem como lhes dá atenção pessoal, individual, e trabalha em horários convenientes.

Quanto à mensuração da qualidade de serviços, esta tem se mostrado um desafio para os pesquisadores, pois a satisfação dos clientes é determinada por um número muito grande de fatores intangíveis (FITZSIMMONS e FITZSIMMONS, 2000; LOVELOCK e WIRTZ, 2004).

A medição de desempenho aparentemente presta-se mais de imediato a encontros baseados em transação do que em encontros baseados em relacionamento. Há uma concordância geral quanto às relações entre as medições e a qualidade do serviço, pelo fato de que os últimos apresentam mais oportunidades de retorno, ajustes e melhorias contínuas do que os primeiros.

Ao medir qualidade percebida de serviço, os gerentes precisam ficar atentos ao gerenciamento de expectativas, quando desenvolvem programas de qualidade (Corrêa e Caon, 2002). Os clientes avaliam os serviços durante ou após o término do processo (pois dificilmente os serviços podem ser avaliados antes de sua prestação). Dessa forma, pode-se dizer que a avaliação da qualidade dos serviços se dá pela comparação entre o que o cliente esperava do serviço com o que ele percebeu do serviço prestado. Sendo, portanto, a avaliação do cliente, em função de suas expectativas e de sua percepção do serviço, conforme expressa à fórmula a seguir.

Avaliação da qualidade do serviço = f (Expectativas - Percepção). Na avaliação da relação entre a medida interna e externa e a qualidade do serviço (Teboul, 1991) afirma que é possível expressar a satisfação do cliente, através da seguinte relação:

Satisfação = $\frac{\text{Qualidade Percebida}}{\text{Qualidade Esperada}}$

Qualidade Esperada

Assim sendo, tem-se:

Percepção > Expectativa: nível de satisfação elevado com a superação das expectativas do cliente;

Percepção = Expectativa: cliente satisfeito com o atendimento das suas expectativas;

Percepção < Expectativa: cliente insatisfeito com o não atendimento de suas expectativas (frustração).

Muitos estudos têm explicitado que ocorre variação significativa entre a expectativa da qualidade de tratamento do paciente e a qualidade de serviço percebido do tratamento

recebido, e que isso é devido ao número de fatores relacionados à qualidade de serviço de tratamento oferecido (STRASSER et al., 1995; BUTLER et al., 1996).

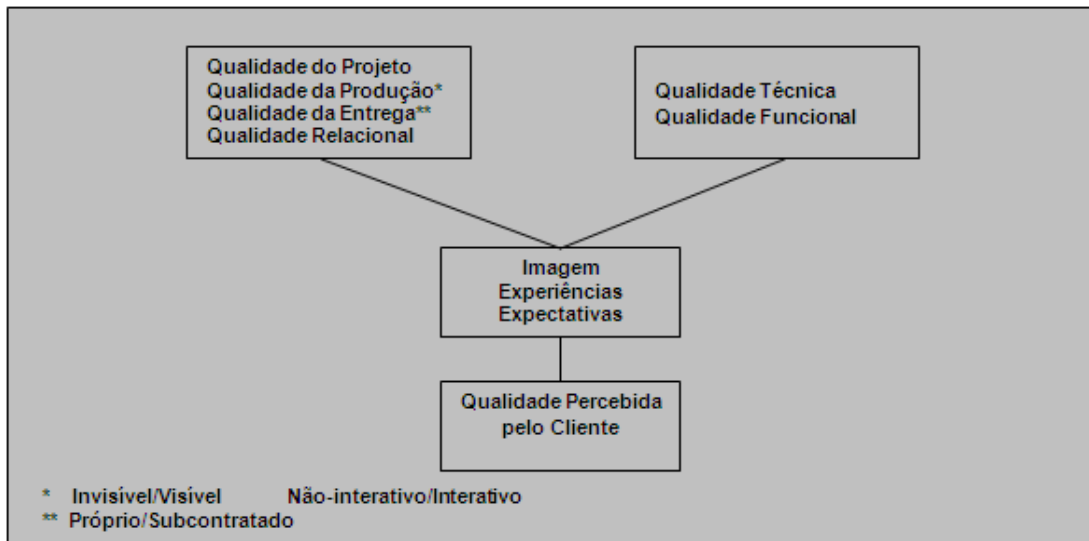
Embora, haja um consenso de que a satisfação do paciente nos serviços é importante para a garantia da qualidade nos serviços médicos e hospitalares, há uma escassez de informações empíricas na aceitação dos consumidores da prática do tratamento de saúde (SOHAIL, 2003).

Vale salientar que, embora amplamente reconhecido os indicadores de qualidade de satisfação do paciente com o tratamento médico, há necessidade de divulgação, visto que há pouca pesquisa nesse campo. Pelo fato dos pacientes estarem geralmente, inaptos para avaliar a qualidade técnica dos serviços médicos com exatidão, a qualidade funcional é geralmente o principal determinante das percepções de qualidade dos pacientes, conforme (DONABEDIAN, 1992).

Nesse sentido, Zeithaml et al (1998) desenvolveram o chamado Modelo de Análise do GAP da Qualidade, que é destinado ao uso para análise das fontes dos problemas da qualidade e auxilia os gerentes a compreenderem como a qualidade do serviço pode ser melhorada.

Para compreender o que os clientes procuram o que avaliam e como a qualidade do serviço é percebida por esses clientes, Grönroos (1993) identificou a necessidade de desenvolver modelos de qualidade de serviço, com base em dois modelos, com duas abordagens separadas, para descrever como a qualidade é criada.

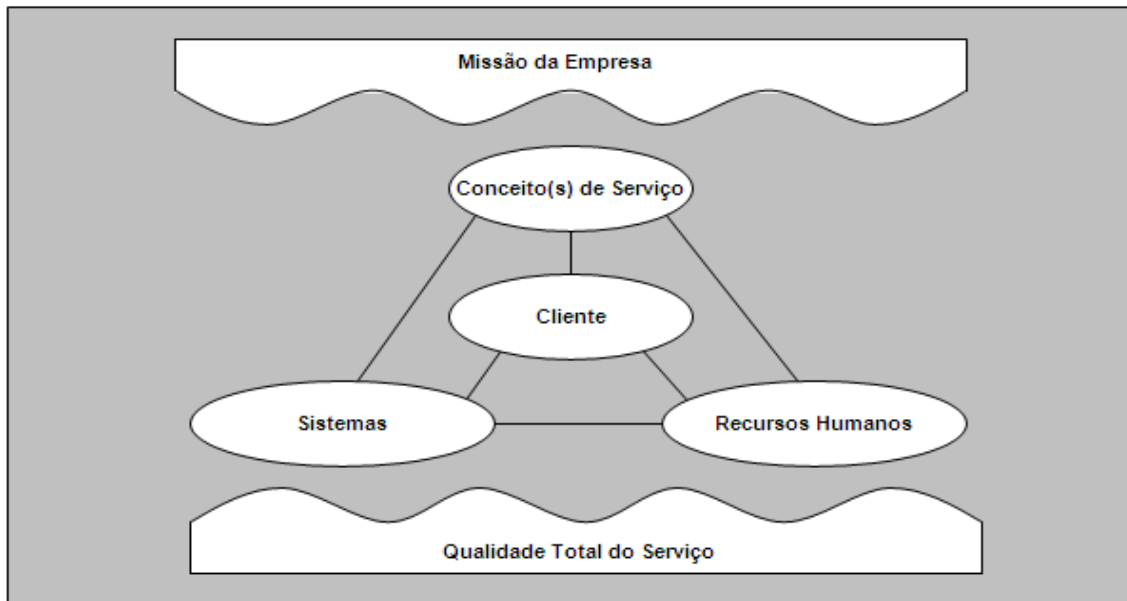
O modelo de 4 Q de Gummesson (1991) tem por base a noção de que todo mundo contribui para a qualidade e que existe uma quantidade de fontes diferentes da qualidade de uma empresa (projeto, produção, entrega e relações). O modelo de Grönroos é a da QPS - Qualidade Percebida do Serviço envolve as dimensões da percepção da qualidade, conforme explicitado na figura 6, a seguir:

Figura 6: O modelo da Qualidade de Grönroos-Gummesson

Fonte: Gummesson, E.; Grönroos, C. Quality of Services. Jessions from the product sector. América Marketing Association 1987, p.38.

A qualidade percebida do serviço é o que os clientes experimentam e avaliam. Nesse sentido, Grönroos (2003) sintetiza os seis critérios de Boa Qualidade Percebida do Serviço (profissionalismo e habilidades, atitudes e comportamentos, facilidade de acesso e flexibilidade, confiabilidade e honestidade, recuperação, reputação e credibilidade). Para o autor, as principais barreiras a uma implementação bem sucedida da gestão da qualidade de serviços atribui-se às barreiras organizacionais: as relacionadas a sistemas e regulamentos, à gerência, à estratégia e a de tomada de decisão e explicita na figura 7, a seguir que os recursos geradores da qualidade são:

Figura 7: Uma Visão Estratégica dos Inter-relacionamentos dos Recursos Geradores da Qualidade.



Fonte: Grönroos, C. Marketing: Gerenciamento e Serviços. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003: 242.

O modelo de Qualidade Percebida de Serviço pretende oferecer uma estrutura conceitual para o entendimento das características de um serviço, inclusive seu resultado, processo e dimensões de imagem, não é um modelo de medição. Pelo contrário, o intuito é dar ao gerente e ao pesquisador de marketing uma base para desenvolver uma oferta de serviço com determinada qualidade (GRÖNROOS, 2003).

Por outro lado, a qualidade em serviço só surge como resultado de uma nova postura da equipe, demandando, portanto, objetivos compartilhados, crenças comuns e meios adequados. Os gerentes e supervisores terão que ser verdadeiros líderes e não meramente gerentes de assuntos técnicos. Para Berry (1996:44), “fornecer serviços de elevada qualidade a todos os clientes, dia após dia, mês após mês, é difícil [...]. Mas é bastante compensador, não apenas financeiramente, como também espiritualmente, a excelência alimenta a alma”.

Comenta-se muito sobre qualidade de serviços, mas não se detectam na prática esforços reais e suficientes para transformar a qualidade dos serviços em uma fonte de vantagem competitiva onde, segundo Gummesson (1987:12), tem havido “falta de foco na generalidade sobre serviços”.

Considerando que, a qualidade é a base para o desenvolvimento de uma nova cultura de serviços, só existe uma forma de fidelizar clientes é por meio da implantação de uma cultura de serviços (Bueno, 2009). Assim, a cultura de serviços é uma filosofia de trabalho,

que influencia o modo pelo qual as pessoas se comportam e se relacionam, dentro de um contexto social. Em síntese, seria um sistema de valores para o cliente o que ele recebe e o que ele percebe que recebeu. Se ele recebeu um serviço além de sua expectativa, será um cliente fiel, que agregará valor àquela empresa; caso contrário, ele será um marketing negativo do serviço recebido.

Estudos realizados por Denton (1991) mostram que o índice de perda de clientes por insatisfação atinge um percentual entre 65% a 90%. Nesse sentido, Albrecht (1992) alerta que o percentual de perdas proveniente da insatisfação do cliente é maior que os acima apresentados, pois cada cliente insatisfeito transmite sua insatisfação para aproximadamente 11 pessoas. Para implantação e desenvolvimento da cultura de serviço, Carzon (1993) sugere quatro valores de relevância: satisfação do cliente, flexibilidade, criatividade e respeito ao empregado.

Nessa perspectiva, a nova cultura de serviços, na qual a busca da qualidade é o forte diferencial para agradar o cliente, e tem grande importância econômica, visto que é a maior fonte geradora do PIB nacional. Dessa forma, o cliente é fundamental, pois sem ele não há prestação de serviço, é ele que vai perceber e julgar se o serviço superou suas expectativas, se a qualidade recebida esteve de acordo com a esperada, enfim, faz o julgamento do processo.

2.4 Performance do Ambiente Hospitalar

Considerando que o hospital é uma instituição devidamente aparelhada de material e pessoal, em condições de receber, para diagnosticar e tratar aqueles que necessitam de assistência médica diária e cuidados permanentes de enfermagem em regime de internação OMS (1999), a organização do hospital apresenta muita semelhança com a de uma empresa, principalmente a estrutura formal da parte administrativa do hospital: administração, finanças, tesouraria, compras, materiais, pessoal e outras. Porém, estas semelhanças são mais formais do que reais, pois a estrutura de poder e funcionamento são diferentes em relação à encontrada nas empresas.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), a organização hospitalar é considerada um sistema complexo e dinâmico, no qual as estruturas e os processos são de tal forma interligados, que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final, sendo assim, nesse processo, não se avalia um setor ou departamento isoladamente, faz-se necessário avaliar a instituição como um todo.

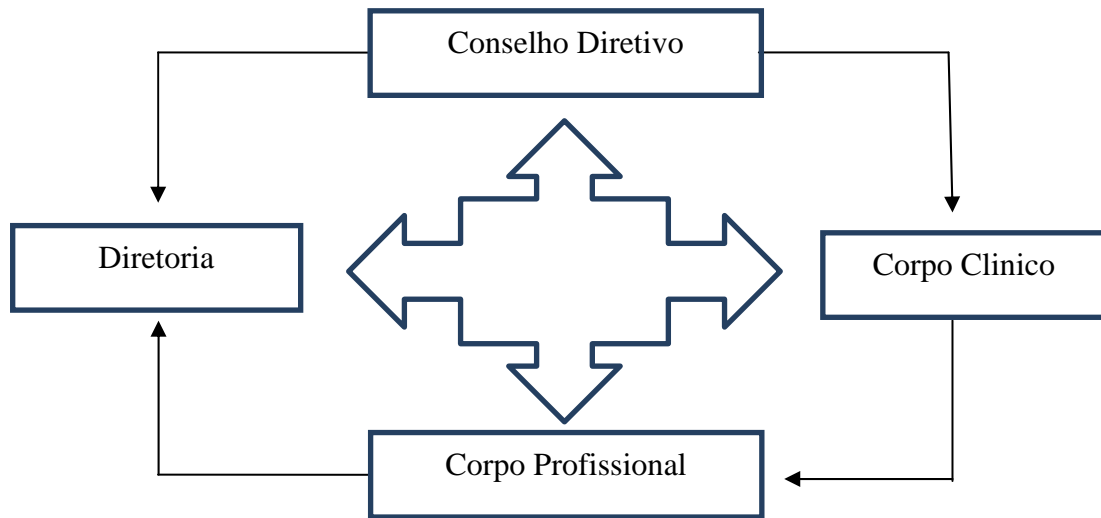
A primeira grande diferença com uma empresa é a presença dentro do hospital de vários grupos de pessoas interessadas nele, de profissionais distintos e com objetivos também diferentes: o corpo clínico, formado pelos médicos e que detém grande poder e prestígio em quase todo o hospital; os paramédicos agrupam diversas profissões distintas, mas que, apesar de sua importância no funcionamento do hospital, não detêm parcela importante de poder como os enfermeiros, técnicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos e outros. Os usuários, isto é, os pacientes, apesar de serem os principais interessados no hospital e sua razão de existência, não têm praticamente nenhuma influência no seu funcionamento.

A estrutura formal pode variar bastante de um hospital para outro, segundo seu tamanho, o tipo de serviço que oferece à população. Mas, em geral, podem-se identificar quatro conjuntos de funções desempenhadas no hospital:

1. Os serviços de internação, que compõem o núcleo do hospital, sua razão de ser, também chamados de serviços médicos, são aqueles que fornecem aos pacientes os cuidados médicos diretos de que estes necessitam.
2. Os serviços técnicos, que compreendem todos os recursos necessários a certos cuidados, e que implicam numa especialização de pessoas, equipamentos e materiais, prestam cuidados indiretos aos pacientes. São eles: laboratórios, radiologia, etc.
3. Os serviços gerais ou de apoio, compreendem os bens e serviços de hotelaria de um lado (cozinha, lavanderia, rouparia) e os de manutenção e engenharia (energia, água, obras). Estes serviços formam a infraestrutura do hospital.
4. Os serviços administrativos em geral, que asseguram a unidade do conjunto, provêm e administram os recursos humanos, financeiros e materiais necessários aos outros serviços. Compreendem o setor ou serviço de pessoal, compras, almoxarifado, financeiro, recepção, tesouraria, contabilidade, etc.

Com base nesta distribuição de funções e serviços, pode-se identificar um fluxo de bens e serviços no hospital, conforme mostra a Figura 8:

Figura 8: Modelo da estrutura de um hospital.



Fonte: Santos, SR Administração e Gestão em Serviço de Enfermagem João Pessoa, Editora Universitária da UFPB, 2010; p.49.

A organização de um hospital é complexa e nem sempre muito clara, o que dificulta sensivelmente seu funcionamento. No entanto, podem-se identificar algumas áreas que merecem maior atenção.

2.5 Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde

Os serviços de saúde e a Organização Mundial de Saúde definem qualidade do atendimento médico hospitalar em função de um conjunto de elementos: alto nível de excelência profissional; uso eficiente dos recursos; um mínimo de riscos, assim como um grau de satisfação dos pacientes e um impacto final na saúde. A melhor definição da qualidade na verdade não existe. O Controle de Qualidade Hospitalar, empresa certificadora do Estado de São Paulo, considera que dois pontos são importantes na definição da qualidade: que seja medida em função de indicadores previamente definidos e que seja adaptada aos usos e costumes locais, ou seja, que não haja preocupação em defini-las baseando-se no que é possível fazer em contexto do diferente daquele no qual se atua. A Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde dos E.U.A. usa, hoje em dia, o conceito de desempenho institucional que é mais preciso do que a palavra qualidade. Essa Comissão dá algumas definições sobre as dimensões desse desempenho: fazer o correto (eficácia e adequação) e fazer o correto corretamente (disponibilidade, pontualidade, efetividade,

segurança, eficiência, respeito e cuidado em geral com que se prestam os serviços) (JOINT COMMISSION, 2003).

A qualidade era um enfoque secundário na assistência à saúde no mundo inteiro. Em muitos países, atualmente está sendo considerada como um núcleo das preocupações governamentais e da sociedade. É consenso generalizado que, se a assistência à saúde é tão custosa, o produto deve ser da mais alta qualidade (NETO, 2004).

O tema qualidade nos serviços de saúde começou a ser aprimorado no início do século XX, nos Estados Unidos, pelo Colégio Americano de Cirurgiões, que por intermédio de padrões mínimos avaliava regularmente a qualidade dos cuidados aos pacientes hospitalizados. Embora seja amplamente reconhecido que há uma necessidade por indicadores de qualidade de satisfação do paciente com tratamento médico, muito pouca pesquisa na área existe.

Considerando que até os anos noventa do século XX, não existia qualquer preocupação formal com a qualidade, os serviços médico-hospitalares, além de mal distribuídos, eram, em geral, de baixa qualidade, causando enorme insatisfação e, às vezes, danos à população que a eles recorria (ZANON, 2001).

A gestão da saúde é, efetivamente, um dos maiores desafios que os administradores em saúde do mundo inteiro enfrentam. A assistência médico-hospitalar, segundo Zanon (2001), consome recursos que variam entre 4% a 14% do produto interno bruto - PIB de uma nação, constituindo-se um desafio adaptar uma organização tão complexa como o hospital ao novo paradigma da qualidade. Mais do que um desafio, trata-se de uma questão de sobrevivência. Por isso, as instituições de saúde passaram a repensar suas estruturas, seus processos e também suas relações de trabalho.

No que concerne à ideologia da qualidade na assistência médico-hospitalar, constatou-se que o conceito de *quality of care* foi proposto, pela primeira vez, em 1912, por Codman, um cirurgião de Boston, e que esta ideologia passou por um processo evolutivo semelhante ao da indústria de bens e serviços.

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (1994), a qualidade da assistência sanitária está em assegurar que cada paciente receba o conjunto de serviços, diagnósticos e terapêuticos mais adequados para receber uma atenção sanitária ótima, tendo em conta todos os fatores e os conhecimentos do paciente e do serviço médico, garantindo-se o melhor

resultado com o menor risco de efeitos iatrogênicos e a máxima satisfação do paciente com o processo.

A Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO, 1990) definiu qualidade médico-assistencial como o grau segundo o qual “os cuidados com a saúde dos pacientes aumentam a possibilidade da desejada recuperação destes e reduzem a probabilidade do aparecimento de eventos indesejados, dado o atual estado de conhecimento”.

O conceito de qualidade está intimamente ligado às ciências de saúde. Toda a formação do profissional de saúde é orientada, no sentido de melhoria e restauração da saúde do paciente ou, quando isto não é possível, melhoria das suas condições de vida. Observando-se os grandes avanços da medicina, conclui-se que todos eles se devem a pessoas que pensaram em melhorias (NOGUEIRA, 1999).

Na atual conjuntura política brasileira, a qualidade constitui-se o novo imperativo que enfrenta o sistema nacional de saúde, após ter passado por uma radical descentralização e municipalização de seus serviços. O novo modelo de atenção à saúde deve cumprir as metas de: orientar as organizações de saúde para oferecerem serviços enfocados na produção contínua da satisfação de seus pacientes e recursos humanos que empregam; buscar romper com o paradigma habitual que vê a qualidade em saúde como idêntica ao acúmulo de tecnologias ultramodernas e de pessoal altamente especializado; diminuir o grau de rigidez da atual divisão técnica do trabalho em saúde e buscar alternativas mais flexíveis e humanizadas de trabalho em equipe (NOGUEIRA, 1994).

Na área de saúde tem havido muitos debates sobre o despertar para a qualidade aproximadamente há vinte anos, devido à redução de verbas por parte do governo, das restrições e exigências dos planos de saúde privados, das pressões por parte dos clientes cada dia mais conscientes e exigentes, e principalmente pela obrigação hoje de se oferecer produtos ou serviços de melhor qualidade por preços menores, em função da competitividade do mercado, com a certeza de que só vai sobreviver no mercado quem tiver gerenciamento e controle.

Essa ação reativa dos serviços de saúde, desenvolvida em consequência das situações já mencionadas, impulsionou uma desenfreada corrida contra o tempo para tentar salvaguardar alguns serviços em meio à crise desordenada, vivenciada pelo setor. Esse despertar do setor de saúde para a qualidade assumiu uma dimensão nunca vista. Os hospitais começaram a investir em hotelaria, educação continuada e programas de qualidade, num

momento em que o setor de saúde agonizava, especialmente pela necessidade de profissionalização dos serviços.

A rede assistencial de saúde brasileira atua, em alguns casos, nos moldes de um país de primeiro mundo, como é o caso de hospitais acreditados pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* dos Estados Unidos e pela Acreditação Internacional Canadense; por outro lado, existem hospitais que não têm sequer o mínimo necessário como água tratada para o seu abastecimento.

Historicamente, no Brasil gasta-se pouco mais de 80 dólares “per capita” com saúde anualmente e com desperdício significativo de recursos (Medici, 1995). Este fato, aliado à crise de gestão do setor saúde no país, que se expressa pela precariedade da assistência hospitalar (Mezomo, 1994), tem justificado o esforço para implantação de programas de qualidade, com o objetivo de atender ao apelo da promoção da melhoria dos serviços prestados e redução de desperdícios.

Estima-se que, em uma semana de internação em um hospital, um cliente tenha cerca de cinquenta momentos de verdade, interagindo com médicos, enfermeiros e auxiliares, técnicos, pessoal de apoio, manutenção e administrativo. Desse modo, se a qualidade não for uma prioridade a ser assegurada a cada uma dessas pessoas, afetará a avaliação que o cliente fará do serviço prestado Nogueira (1999), assim, a eventual falta de qualidade não será atribuída às pessoas, mas à instituição. As razões para o engajamento dos profissionais nessa nova perspectiva de fazer saúde com qualidade são mencionadas por SANTOS (2002):

[...] qualidade é um compromisso profissional, qualidade faz parte da ética; qualidade envolve trabalho bem feito e satisfação do paciente; qualidade é um ato de sensibilidade e respeito pelo paciente; qualidade faz o profissional sentir orgulho de superar-se a cada dia; qualidade é uma melhoria contínua do trabalho e não tem limites nem fronteiras para o aprimoramento das ações. SANTOS (2002:215).

É necessário, portanto, que os envolvidos com a assistência hospitalar reflitam sobre o momento em que vivem e sobre as perspectivas de futuro. Entretanto, é impossível reivindicar melhorias no sistema de saúde ao governo e aos gestores sem uma avaliação da qualidade dos serviços.

Faz-se oportuno se avaliar de forma continuada os serviços de atenção à saúde, principalmente aqueles que estão envolvidos com a assistência, para que se possa repensar sua postura profissional, implica ter responsabilidade social e cidadania dentro de um mercado competitivo e cheio de grandes desafios.

Observa-se uma mobilização em torno da aplicação de programas de qualidade nas organizações hospitalares, nas últimas décadas, em quase todos os países do mundo, com o objetivo de incrementar seu gerenciamento e melhorar a eficiência destes serviços. No Brasil, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), como modelo políticoassistencial de saúde, tem condicionado profundas mudanças na organização administrativa pública.

A avaliação da qualidade médicoassistencial é feita através da vigilância epidemiológica hospitalar, mediante levantamento de indicadores, enquanto a qualidade do atendimento é avaliada pela pesquisa de opinião do paciente, segundo ZANON (2001):

Entre as expectativas do paciente, inclui-se o respeito aos seus direitos. Ao contrário de outras empresas, a matéria-prima que entra em um hospital é a pessoa, cujo organismo não funciona apropriadamente. É a pessoa que sofre que está desequilibrada em suas funções físicas ou mentais, que está enfraquecida na sua capacidade, no seu desenvolvimento pessoal ou em suas relações com a sociedade ZANON (2001, p.67).

Dentre esses direitos, destacam-se: livre escolha, acesso ao tratamento, respeito e dignidade, privacidade e confidencialidade, conhecimento da identidade de quem o trata, informação e consentimento, recusa do tratamento e visitas.

Respeitar os direitos do paciente é exercer a ética, cuidando-se para não o expor ou causar-lhe dano. Nesse sentido, não há nada mais ético do que oferecer serviço da mais alta qualidade possível. A prestação de serviços sem propósito ético fica vazia e sem sentido. É oportuno destacar que os usuários dos serviços hospitalares deixaram de ser meros pacientes/clientes para se tornarem verdadeiros consumidores. São esses consumidores que exigem cada vez mais qualidade, fazendo com que os hospitais, não apenas se modernizem tecnologicamente, mas, acima de tudo, que busquem a qualidade em todos os serviços oferecidos e isso exige planejamento e pesquisas.

A implantação da gestão da qualidade total no hospital não é tarefa fácil, devido à complexidade da empresa hospitalar. Embora possua uma área administrativa semelhante à de empresas de manufaturas e serviços, o hospital diferencia-se por ter uma área específica, que é o serviço médicoassistencial. A implantação da GQT na organização hospitalar tem como objetivo mostrar transparência e excelência nos serviços prestados. Cada vez mais, hospitais e clínicas estão fazendo da qualidade, das Normas ISO, do Prêmio Nacional de Qualidade (PNQ) e da Acreditação Hospitalar um cartão de visita da excelência de seus serviços (Nogueira, 1999). O consumidor está exigindo qualidade e só os hospitais que a oferecerem terão uma clientela e sobreviverão como instituições respeitadas pela comunidade, visto que os hospitais, como qualquer outra organização neste país, passam por uma crise educativa.

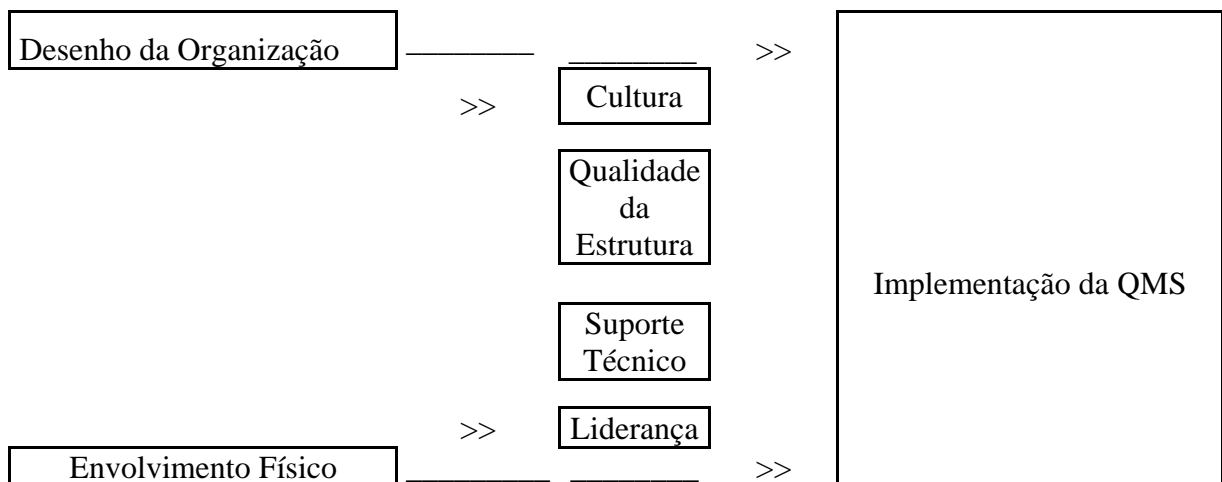
É importante se avaliar que nem sempre o paciente-consumidor tem condições de julgar a qualidade do serviço de saúde no aspecto técnico. Todavia, com base em sua experiência, o serviço vai ser avaliado considerando-se a atenção que as pessoas irão dispensar a prontidão das informações e atendimento prestado, a qualidade da alimentação e dos serviços auxiliares, entre outros aspectos. Ou seja, raramente o paciente poderá avaliar a qualidade médicoassistencial, mas julgará sempre e, muito bem, a qualidade administrativa ou a qualidade do atendimento.

Nas instituições hospitalares as mudanças são constantes, pois estas instituições não estão sendo mais avaliadas apenas pelo seu custo, mas pela qualidade do serviço. Com isso, a capacidade de julgamento, objetiva por parte do cliente é maior do que se costuma admitir, pois este deixou de assumir papéis passivos e passou a exigir seus direitos garantidos na legislação. A partir do advento do Código de Defesa do Consumidor, criado pela Lei nº 8.078, de 11/09/1990, inicia-se um novo momento no relacionamento hospital-consumidor, dando a este poder para exigir segurança, qualidade, efetividade e eficácia. Pode-se então afirmar que a ideologia da qualidade criou a consciência universal dos direitos do consumidor.

A busca pela qualidade e segurança no atendimento e nos procedimentos hospitalares é essencial para garantir o desenvolvimento dos estabelecimentos de saúde. Demonstrar esses padrões de excelência, em um mercado cada vez mais competitivo, é requisito para ampliar o diferencial de qualidade.

O modelo conceitual de influência e implementação de fatores TQM nos hospitais é apresentado por Wardahni, V. et al (2009) conforme a figura 9.

Figura 9 – Modelo Conceitual de Influência de Implementação de Fatores TQM nos Hospitais.

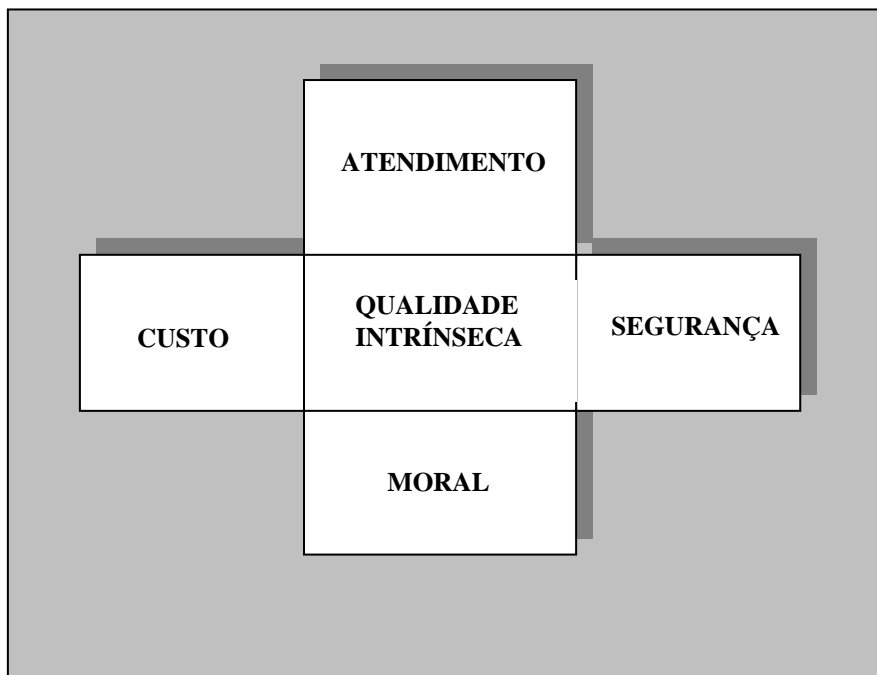


Fonte: Wardhani, V. et al. Determinants of Quality Management Systems Implementation in Hospitals. Health Policy 89. Idonésia, (2009) p.239-251.

Pela complexidade de se implantar o sistema de qualidade nos hospitais, os dirigentes de instituições hospitalares estão começando a entender que qualidade não é apenas uma nova moda, mas um conjunto de técnicas administrativas necessárias à condução da organização para o futuro, no sentido de aumentar a competitividade.

A gestão da qualidade abrange um sistema de gerenciamento no qual todas as dimensões da qualidade total em serviços de saúde são levadas em consideração por todos aqueles que executam o trabalho (Nogueira, 1999:8). Nesse sentido, a qualidade intrínseca agrega as dimensões que afetam a percepção final do cliente e o seu nível de satisfação, como ilustra a figura 10, a seguir:

Figura 10: Dimensões da qualidade total em serviços de saúde.



Fonte: Nogueira, L.C L. Gerenciando pela qualidade total na saúde. 2 ed. Belo Horizonte: Ed. Desenvolvimento Gerencial 1999, p.8.

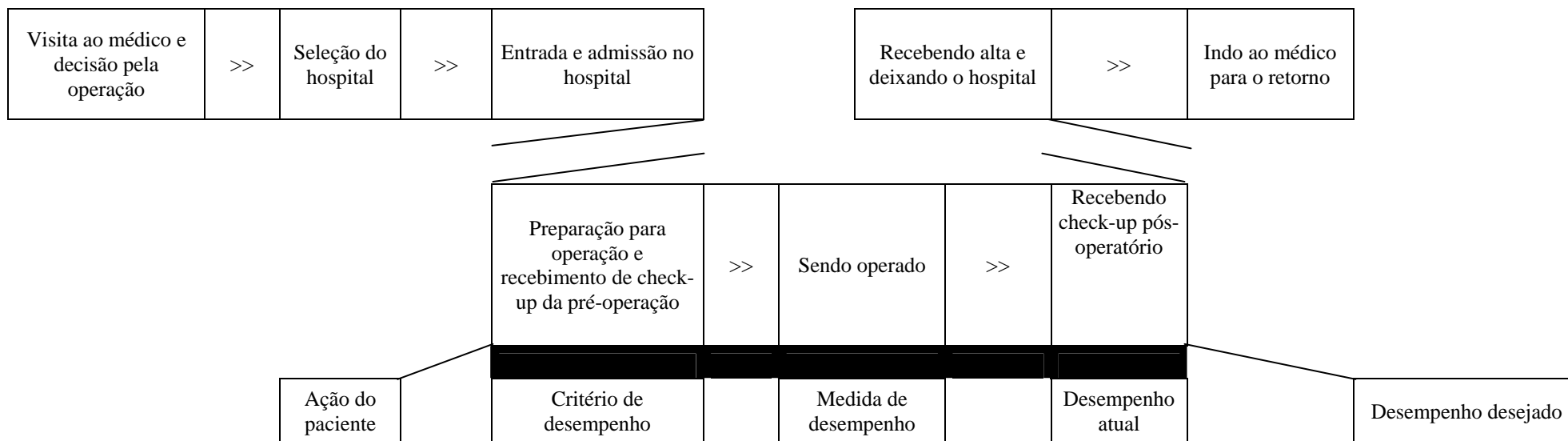
Considerando a qualidade no âmbito da saúde, é preciso ficar atento não apenas à qualidade técnica, mas a todas estas componentes que conduzem a um modelo de gerenciamento, que deve ser adotado por todos que executam o trabalho.

Trabalhar com qualidade nas instituições de saúde envolve a habilidade de reduzir a pressão entre as pessoas e de aumentar a capacidade de entender o ser humano holisticamente. Depende da construção de valores humanos, aliados a valores científicos. Sem qualidade

humana, não há qualidade técnica. A implantação da qualidade nos serviços de saúde depende de nossa participação ativa, que fortalece o coletivo da profissão, com base no conhecimento e na transferência desse conhecimento à sociedade.

Para melhor compreensão do processo de qualidade da assistência hospitalar, Holthof (1991) sintetiza na figura 11 a complexidade da assistência à saúde com o exemplo de um paciente que vai se submeter a uma cirurgia:

Figura 11 - Experiência do Paciente - Operação Cirúrgica



Preparando-se para a operação:

- * Encontrar o médico e o anestesista
- * Receber informações sobre a operação (duração, equipe planejada, riscos, benefícios)

* o quanto antes

Receber checagem antes da operação

- * receber calendário de exames
- * ir aos exames
- * fazer os exames
- * ouvir resultados dos exames

* tempo perdido limitado

* distância mínima de viagem

* tempo mínimo de espera

* Taxa mínima de erro

* prazo mínimo de entrega

* número de dias sem exames

* tempo perdido

* porcentagem de exames repetidos

* tempo de espera

* 5%

* 2%

Fonte: Holthof. B. Total quality in acute care Hospitals: Guidelines for hospital managers. Health Policy, Belgica 18. 1991 p. 243-250

Segundo o autor a abordagem de experiência do paciente é uma ferramenta útil para identificar a qualidade relevante do critério de desempenho para o bom atendimento. A seleção de critério contra o qual o desempenho do hospital vai ser medido e uma série de desempenhos alvos para cada critério é um processo guiado pela estratégia.

Frente ao exposto, pode-se inferir que a preocupação constante dos que dirigem as organizações de saúde e dos profissionais envolvidos com a assistência é o estabelecimento de metas em direção à qualidade, que deve emergir de um trabalho conjunto, voltado para a excelência. A qualidade transformou-se em filosofia de gerência e representa a mais importante das ferramentas competitivas de uma organização hospitalar.

Neste novo milênio, uma nova concepção ideológica envolve o contexto das organizações e dos serviços de saúde, visando à implantação do paradigma da gestão pela qualidade total. O cenário de gestão da qualidade nos serviços de saúde vem sofrendo transformações em suas várias áreas: econômica, técnica, de regulamentação e responsabilização e de evolução do conceito de saúde.

Esse processo de gestão tem levado algumas instituições de saúde a reavaliar sua forma de administração e adotar o gerenciamento da qualidade. As instituições de saúde que se dispuserem a trilhar o caminho da qualidade, adotando esta nova filosofia, se tornarão cada vez mais competitivas.

2.6 Avaliação da Qualidade nos Serviços de Saúde

Quando os cidadãos tornam-se pacientes, com muita frequência não é medida sua satisfação com os serviços oferecidos e, quando é, não raramente sua opinião é desconsiderada, pois são considerados pouco qualificados para opinar. Ainda se discute se ao paciente interessam as questões da gestão ou apenas da assistência. Na verdade, embora se diga que uma das definições de qualidade é aquilo por que o cliente esteja disposto a pagar, um dos assuntos mais delicados da área é a definição de quais as expectativas dos usuários. Ninguém melhor que o usuário para explicitar suas expectativas.

Uma discussão recorrente no setor é a que contrapõe a chamada melhoria contínua da qualidade (CQI) e a gestão da qualidade. Embora ambas se preocupem com aprimoramentos, pode-se dizer que na segunda, trabalha-se com algumas ferramentas mais consagradas, métodos estatísticos e alguns modelos já prontos de gestão, como é o caso da TQM (gestão da qualidade total) e dos prêmios de qualidade, locais ou nacionais, sempre baseados nos

modelos dos prêmios Deming e Baldrige. Na primeira, a melhoria constante, a premissa é que não se deve ficar satisfeito com os resultados obtidos, pois sempre há indicadores, assistenciais ou administrativos, internos ou externos, a melhorar, mas os métodos são menos definidos e as definições do que significa melhor são mais fluidas (MALIK, 1996).

Pesquisas realizadas no Estado de São Paulo, em momentos diferentes, e em amostras diferentes mostram aumento considerável de hospitais interessados em implantar algum tipo de iniciativa de qualidade. Mostram também a ampliação do conceito de iniciativa: num primeiro momento em 2000, eram referidos pelos informantes da pesquisa programas e atividades mais reconhecidas, da ordem de administração da qualidade, enquanto em 2002 programas de humanização e iniciativas relacionadas a ouvir a população foram citadas com frequência (MALIK e SHIESARI, 2001 e MALIK e NICOLETTI, 2004).

No estudo realizado que abrangeu uma amostra de 159 hospitais, das 97 instituições que responderam à pesquisa, 23% afirmaram ter alguma iniciativa visando à qualidade hospitalar. Desse segmento, a maioria informou monitorar indicadores gerenciais, apontando a constituição de um grupo diferenciado.

A avaliação externa (como as auditorias, creditações, certificações, gerenciamentos, prêmios diversos) tem sido uma tendência importante, ainda não se configurando como uma necessidade ou um requisito de funcionamento. Esse modelo tem um papel importante como complemento aos esforços de cada organização no sentido de se auto-avaliar. Permite legitimar seus resultados socialmente, pois em tese, agentes externos não têm como interesse elogiar ou criticar alguma organização, mas sim reconhecer seu interesse em se submeter a um procedimento que seria equivalente a um exame técnico que permite saber se seus esforços estão sendo bem sucedidos frente a critérios validados (MALIK, 1996).

Para a autora, cabe lembrar a importância de se estabelecer estratégias nacionais que incentivem a melhoria nos processos e serviços de saúde e assistência oferecidos à população. Fazem parte dessa discussão, tanto processos de avaliação, com critérios explícitos e aceitáveis nacionalmente, quanto à divulgação de indicadores possíveis de serem atingidos, sugerindo formas de fazê-lo e auxiliando na obtenção de recursos financeiros, materiais e de conhecimento para consegui-lo.

A discussão sobre qualidade traz, implícita ou explicitamente, a noção de avaliação. Trata-se de um processo por meio do qual se determina o valor de algo. Assim, avaliação implica dizer o que está sob avaliação (e o que não está), utilizando quais critérios, por quem,

a pedido de quem e qual foi o resultado. Ele permite descobrir, medir e analisar resultados, uma vez concluído o objeto (projeto, curso, programa, atividade), e aprimorá-lo (MALIK e PENA, 2003).

A prática profissional da avaliação pode ser entendida como a elaboração, negociação e aplicação de critérios explícitos, analisados, utilizando metodologias adequadas e cuidadosas tendo como objetivo conhecer, medir e julgar o contexto, méritos, valor ou estado de um objeto, de maneira a estimular e facilitar processos de aprendizado e desenvolvimento de pessoas e organizações (Silva 2003). Dessa forma, avaliação permite mostrar como está a situação daquilo sob análise e, dependendo da definição de qualidade utilizada, se a qualidade é ou não adequada. Considerando que qualidade pode também ser definida como atributo, não necessariamente tem a conotação positiva que lhe é frequentemente associada.

Expor-se à avaliação é correr o risco de (e estar disposto a) ser considerado menos perfeito do que se gostaria ou está acostumado. Ao mesmo tempo, é aumentar a probabilidade de ter, ao final, resultados melhores do que se teria sem ela. Como em qualquer situação de investigação, é preciso que tanto o avaliado quanto aquele sob avaliação estejam dispostos a serem surpreendidos com resultados mais negativos do que se esperaria ou desejaria. Caso contrário, qualquer processo avaliativo corre o risco de ser desqualificado, independente da correção dos critérios e/ou da metodologia empregada (MALIK e TELES, 2001).

Ao abordar a temática qualidade em saúde, é inevitável não correlacioná-la com a avaliação dos serviços de saúde, uma vez que na essência do conceito de qualidade está inserido a idéia de avaliação. Assim, é de suma importância que o conceito de qualidade esteja presente na filosofia institucional e incorporado pelos integrantes da organização (TRONCHIN et al, 2005).

A meta que muitos gestores e profissionais buscam para as suas empresas e serviços no atual cenário da saúde no Brasil e no panorama mundial é alcançar a qualidade nos hospitais. Entretanto, escolher o programa, o instrumento, o método ou o procedimento apropriados para se atingir a excelência da qualidade, é o maior desafio.

Para Donabedian (1999), qualidade do cuidado na saúde é decorrente de três fatores: estrutura, processo e resultado, e define-os como:

Estrutura – corresponde às características mais estáveis da assistência de saúde. Envolve, desde estrutura física e disponibilidade de equipamentos, até a capacitação dos

indivíduos que prestam a assistência, passando pela organização dos serviços. Atributos do local onde o cuidado é prestado como recursos materiais (facilidade em equipamentos, recursos financeiros); recursos humanos (quantidade e qualificação do pessoal); estrutura organizacional (organização do pessoal, métodos, normas e formas de pagamento). Faz-se pertinente acrescentar aos recursos supra referidos, os recursos instalações por tratar-se do espaço físico: acomodações, acessos, facilidades para locomoção, espaços de circulação onde o paciente é cuidado.

Processo – abrange de modo geral todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os pacientes. Fornece as bases para a valoração da qualidade uma vez que são através dessas relações que se obtêm os resultados da assistência. Denota o que é atualmente realizado na prestação do cuidado, inclui as atividades do paciente na procura e recebimento do cuidado; as atividades do pessoal na realização do diagnóstico; as recomendações ou implementação do tratamento. Consideramos o desempenho das atividades profissionais no âmbito das ações administrativas, assistenciais, atividades educativas/ensino e de pesquisa.

Resultado – consequência do trabalho realizado, na assistência refletindo as mudanças observadas no estado de saúde do paciente e na organização o que foi alcançado. É o efeito do cuidado no estado de saúde do paciente e da população; inclui a melhoria do conhecimento sobre a doença, as mudanças de comportamento que venham a melhorar esse estado de saúde e o grau de satisfação do paciente.

Uma vez quantificados os resultados, utilizando-se para isso, os indicadores, esses dados permitirão que os profissionais, sua estatística com outras organizações semelhantes e com o Sistema Único de Saúde – SUS buscando um sistema de saúde melhor ao paciente integrado para melhoria da qualidade.

Em 1993, no Seminário Internacional realizado em São Paulo, Avedis Donabedian afirmou que Qualidade do Cuidado de Saúde é definida por 7 atributos que chamou “os Sete Pilares da Qualidade”, citados anteriormente quais sejam:

- **Aceitabilidade** – Adaptação da assistência às expectativas, sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.

- **Efetividade** – O que se pode esperar medida de melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Resolutividade possível em condições de eficácia comprovada.
- **Eficácia** – Capacidade da arte e a ciência produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias. Utilização da competência técnica e da tecnologia.
- **Eficiência** – É a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo, relação e parâmetro entre insumo e produto.
- **Equidade** – Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.
- **Legitimidade** – Aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral. Conformidade com as preferências sociais. A sociedade decide e valora (imunização, programa de planejamento familiar, controle de epidemias e outros).
- **Otimização** – relação entre custo e benefício mais favorável. Torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais “adições” úteis perdem a razão de ser.

A padronização dos processos de avaliação vem ao longo dos anos evoluindo e aprimorando a identificação de critérios, indicadores e padrões cada vez mais equânimes quali-quantitativamente nos aspectos de estrutura, processo e resultados (FELDMAN, 2006).

Conforme a autora, a avaliação das organizações de saúde pode ter vários enfoques ou objetivos distintos como:

- Obter o licenciamento ou alvará de funcionamento,
- Cadastrar o hospital;
- Melhorar o resultado do desempenho profissional;
- Melhorar a qualidade da assistência prestada;

- Descobrir erros no atendimento;
- Baixar os custos cada vez maiores e adequar os recursos financeiros cada vez menores;
- Organizar um programa de reciclagem junto ao serviço de educação continuada;
- Fazer Seguro de Responsabilidade Civil Institucional;
- Elaborar com precisão padrões e critérios de qualidade;
- Conseguir o selo de qualidade nas organizações externas, entre outros.
(FELDMAN, 2006).

O autor Weitzman (1995) sugere que a qualidade de saúde pode ser definida em relação a três aspectos:

- Aspectos técnicos dos cuidados
- Relação interpessoal entre profissional e paciente
- As amenidades do cuidado.

A avaliação da qualidade no atendimento médico-hospitalar tem um conceito amplo e abrangente, que tem se desenvolvido à luz do movimento da qualidade e que terá repercussão na evolução do pensamento administrativo, deixando contribuições para o futuro da gestão da qualidade nos serviços de saúde.

Uma maneira de melhor compreender as expectativas e percepções dos clientes com relação à prestação dos serviços é identificar e analisar quais são os determinantes, segundo os quais os clientes avaliam a qualidade dos serviços. Embora o processo de avaliação seja difícil, vários autores definiram o que eles chamam de dimensões, critérios ou atributos que buscam determinar a qualidade na prestação de serviço.

Existe dificuldade na avaliação da qualidade do atendimento hospitalar, quando sinalizada pelas possibilidades de diferentes interpretações. A avaliação é a emissão de um juízo de valor, comparando resultados de procedimentos técnicos e/ou administrativos com parâmetros previamente definidos, por quaisquer critérios. Assim, um indicador pode ser definido como um sensor que auxilia a verificar se os objetivos propostos foram ou não

alcançados. Esse processo deve ser visto como algo positivo, estabelecendo assim, objetivos cada vez mais próximos ao ideal, e tentar alcançá-los (BURMESTER, 1997)

A avaliação é, em especial, parte fundamental no planejamento e na gestão do sistema de saúde. Um sistema de avaliação efetivo deve reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos. A abordagem para a avaliação desta qualidade deve ser ampla, abrangendo diferentes aspectos e visões (BRASIL, 2007).

A complexidade da avaliação da área hospitalar e a falta de tradição da utilização de indicadores de desempenho institucional de forma sistematizada e integrada, tanto nos aspectos qualitativos, como nos quantitativos, situação esta, identificada nos hospitais abrangidos por seu estudo (SILVA, 1998).

Segundo Mirshawaka (1994), quatro são as razões para que as organizações hospitalares se preocuparem com a qualidade de seus serviços:

- Razão humanitária – os pacientes, quando são hospitalizados, se encontram vulneráveis, ansiosos e emocionados, desejando, portanto, qualidade excelente do serviço de saúde.
- Razão econômica – ao escolher o hospital dentre as opções existentes, os pacientes querem que o seu dinheiro seja bem gasto. Além disso, é válido lembrar que apesar da função primordial do hospital ser prestar assistência à saúde, o lado econômico não pode ser esquecido, principalmente quando se trata de hospitais privados, pois são as receitas que farão com que o hospital mantenha-se em funcionamento e tenha possibilidade de fazer investimentos, contratações e melhorias.
- Razão de marketing – após passarem pelo hospital, os pacientes podem propagar sua experiência e se tornar bons ou maus veículos de comunicação. Mirshawaka (1994) traz exemplos de um estudo feito por uma instituição norte-americana que ilustram bem esta razão: - em média 96% dos clientes insatisfeitos não fazem reclamação à organização com a qual tiveram a experiência ruim, clientes que tiveram problemas com uma organização, em média, contam a sua experiência para 9 a 25 pessoas, podendo este número variar de acordo com o nível de insatisfação.
- Razão de Eficiência – pacientes satisfeitos são mais fáceis de atender e consomem menos tempo daqueles que os atendem.

No setor saúde, a qualidade é inerente ao serviço, mas julgada pelo cliente. Por isso, a qualidade deve levar em conta todas as características básicas e relevantes dos serviços que adicionam o seu valor, intensificam sua satisfação e determinam sua preferência. Entre os fatores que afetam a satisfação do cliente incluem o relacionamento entre a organização e o mesmo, o que conduz à confiança, à fidelidade e à lealdade (COSTA, 2007).

Nesse sentido, Ford e Forttler (2000) explicitam os paradigmas na busca por organizações de serviço de saúde focadas no cliente como ilustra o quadro 11:

Quadro 11: Paradigmas na busca por organizações de serviço de saúde.

ÁREA	PARADIGMA ANTIGO	NOVO PARADIGMA
Fatores-chave considerados pelos clientes	Eficiência de custo e efetividade clínica	Percepções de qualidade e valor por parte do paciente-cliente
Envolvimento do paciente-cliente na coprodução	Envolvimento limitado	Máximo envolvimento do paciente-cliente na coprodução da experiência de serviço
Cultura	Direcionada ao provedor	Direcionada ao paciente-cliente
Seleção e Treinamento da Equipe de Staff	Focado principalmente nas habilidades clínicas	Focado nas habilidades clínicas e no serviço ao paciente-cliente
Estratégias Motivacionais	Recompensas principalmente pela proficiência técnica	Recompensas pela proficiência técnica e pela habilidade no serviço ao paciente-cliente.
Design do Sistema de Serviço	Design pela eficiência técnica e efetividade no departamento ou área funcional	Design pelo serviço sem erros ao cliente através das áreas funcionais
Gerenciamento de Esperas	Usa o tempo de espera do cliente para aumentar a eficiência técnica	Gerencia o tempo de espera do cliente para melhorar a experiência clínica
Projeto do Ambiente de Serviço	Projetado para prover conforto e eficiência clínica	Projetado para o conforto do paciente-cliente e eficiência clínica
Medidas da efetividade	Custos, processos clínicos e resultados médicos	Custos, processos clínicos e resultados médicos mais a experiência do serviço como um todo
Aperfeiçoamento Organizacional	Intermitente, reativo e focado nas questões médica	Contínuo, proativo e focado nas questões médicas, financeiras e de satisfação do cliente.

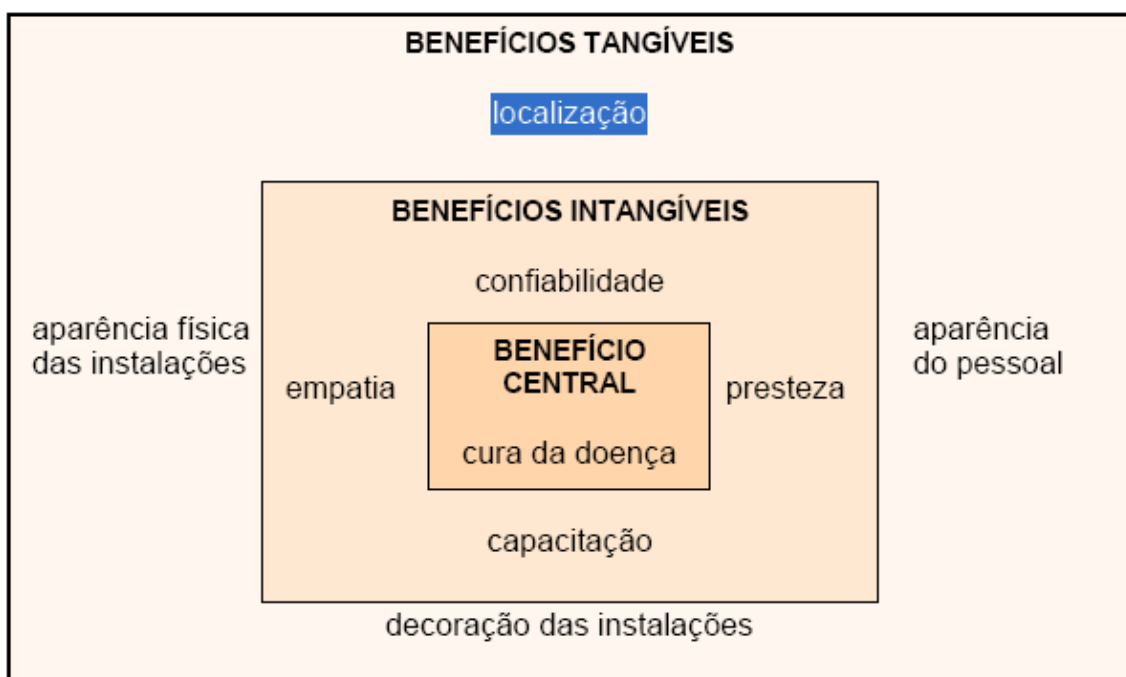
Fonte: Ford, R. C.; Forttler, M. D. Creating Customer-Focused Health Care Organization. Health care managenent review, V. 25. N. 4. 2000, p.23.

Considerando os novos paradigmas, observa-se na área de saúde que, os serviços exigem a presença física do cliente e não podem ser tocados, manuseados, pois são intangíveis. O grande desafio do profissional é tornar o serviço tangível. Muitas vezes, uma

experiência clínica poderá facilitar esse processo de tangibilidade. A qualidade torna-se tangível quando, no processo de prestação de serviço, há uma superação da expectativa em relação à percepção do cliente.

Na concepção de Lytle e Mokwa (1992), os serviços de saúde englobam três tipos de benefícios: benefício central, benefícios tangíveis e benefícios intangíveis, como ilustra a figura 12:

Figura 12: Benefícios dos serviços de saúde



Fonte: Lytle, R. S.; Mokwa, M. P. Evaluating Health Care Quality: the moderating role of outcomes. Journal of health care marketing. V 12. N 1. mar 1992, p.5.

O benefício central corresponde ao benefício fundamental o que o paciente espera alcançar (exemplo: cura de uma doença). Os benefícios intangíveis são os resultantes da interação entre os prestadores do serviço de saúde (médicos, equipe de enfermagem, etc.) e o paciente. São exemplos deste tipo de benefício: confiabilidade, empatia, presteza e capacitação. Já os benefícios tangíveis são os elementos do ambiente físico onde ocorre o serviço que demonstram a competência do fornecedor do serviço de saúde, como por exemplo, a localização, a aparência física e decoreação das instalações (salas de espera, quartos etc.), e a aparência do pessoal.

Conforme Malik e Teles (2001), para avaliar a qualidade nos serviços de saúde é necessário considerar uma série de variáveis, monitorar indicadores e responder a essas

questões: onde, com o que, como, o quê, quando, e por que estamos fazendo algo, e implica no interesse de se obter qualidade.

No que se refere à qualidade da assistência, é necessário o monitoramento contínuo do desempenho e o desenvolvimento de métodos para obter conhecimento, habilidades e reconhecimento a respeito da avaliação do cuidado prestado, compartilhando essa responsabilidade com o paciente e família com ações educativas (DONABEDIAN, 1990).

Para avaliação da qualidade da assistência é necessário o estabelecimento de padrões como fora citado anteriormente, que podem ser empíricos ou normativos. Os padrões empíricos são derivados da prática e têm por base os níveis de assistência cujo alcance pode ser medido. Por essa razão gozam de certo grau de credibilidade e aceitabilidade. Os padrões normativos derivam de fontes que fixam, de forma legítima, as normas de conhecimento e a prática assistencial predominante, ou seja, por livros, publicações, grupos de profissionais idôneos ou pesquisadores.

Portanto, a qualidade da assistência e os valores utilizados para avaliá-la estão incorporados nos critérios e padrões estabelecidos para efetuar o processo avaliativo. Assim, esses padrões podem diferenciar-se no seu aspecto seletivo ou de inclusão de acordo com a dimensão que se deseja avaliar. As dimensões selecionadas e o juízo emitido sobre seus valores constituem a definição funcional da qualidade de cada estudo. A mensuração da qualidade depende do nível no qual se fixa o padrão, sua rigidez ou flexibilidade. Para tanto, é necessário um exame criterioso dos resultados obtidos nos estudos, recomendando-se a objetividade assim como a formulação de novas questões e pesquisas (DONABEDIAN, 1992)

As principais tendências para a avaliação da qualidade da assistência em saúde que evoluíram nos últimos quarenta anos relatam a possibilidade de se adotar diversas abordagens envolvendo os componentes que tratam da avaliação da qualidade da assistência em saúde. Assim, os tradicionais componentes, estrutura, processo e resultados, podem ser analisados isoladamente ou de forma a estabelecer as seguintes relações: estrutura e processo; processo e resultados, estrutura, processo e resultados; estrutura e resultados (PAGANINI, 1993).

De forma específica, Malik e Teles (2001), dá ênfase aos três grandes objetos de avaliação nos serviços de saúde que são: estrutura, processo e resultado. A estrutura se refere aos recursos disponíveis, desde o orçamento, quadro de pessoas, área física, materiais e medicamentos até biblioteca, políticas de formação continuada, protocolos assistenciais, programas de avaliação de desempenho e programas de manutenção.

Os processos têm a ver com a utilização desses recursos, ou seja, se as pessoas existentes na organização são recrutadas de maneira apropriada, se estão disponíveis e qualificadas para a assistência, como a realizam, se seguem os protocolos assistenciais, se os materiais e medicamentos adquiridos são utilizados de acordo com os protocolos, se as políticas são seguidas, etc.

Os resultados como objeto de avaliação devem apontar para como é ou não satisfatório o trabalho da organização, no sentido de atingir melhoras nas condições observadas quando da entrada dos pacientes, quais os custos observados, se eles são compatíveis com a sustentabilidade do serviço, se os trabalhadores são ou não aprimorados por trabalharem no serviço, se suas taxas indicam elevada mortalidade ou índice de infecção hospitalar. No limite, o quanto suas atividades ajudam a melhorar os indicadores de saúde na comunidade na qual se encontram (MALIK e PENA, 2003).

Para Donahue (1993), a criação de indicadores é extremamente importante em relação à qualidade dos dados que proporciona e que o monitoramento desses, possibilita a identificação de oportunidades de melhoria de serviços e de mudanças positivas em relação ao alcance da qualidade a um custo razoável.

Um indicador pode ser elaborado em relação a qualquer dimensão da assistência à saúde de um paciente, como por exemplo, eficácia do atendimento, satisfação do cliente, treinamento de pessoal, e assim retratar a qualidade da assistência prestada. (Berwik 1995). Portanto, é necessário que padrões e critérios sejam estabelecidos e tornados claros e conhecidos a todos os membros da organização envolvidos nas atividades a serem medidas.

Por outra parte, os atributos que os indicadores devem possuir para que se tornem práticos e viáveis são: adaptabilidade, representatividade, simplicidade, rastreabilidade, disponibilidade, economia e praticidade. Devem ser direcionados para a tomada de decisões gerenciais voltadas para a solução de problemas apontados e que sirvam de base para a revisão de metas estabelecidas. Ressalta-se a importância da mudança de cultura, de valores e princípios na organização, quanto à necessidade de medir, para que se possa verificar com base em dados confiáveis e representativos, se as metas estabelecidas foram atingidas, (MILET e SANTOS, 1994).

A utilização de indicadores de saúde permite o estabelecimento de padrões, bem como o acompanhamento de sua evolução ao longo do tempo. Contudo, um único indicador isoladamente não possibilita o conhecimento da complexidade da realidade. Assim, é

recomendado que se utilizasse um grupo de indicadores, os quais poderão melhor especificar uma determinada realidade.

Para a elaboração de indicadores, a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations recomenda que sejam considerados:

- Atenção ao paciente: direitos dos pacientes e ética profissional, avaliação dos pacientes, tratamento dos pacientes, informação dada aos pacientes e familiares, coordenação da atenção á saúde.
- Funções da instituição: liderança, gestão da informação, gestão de recursos humanos, gestão do ambiente de atenção médica, vigilância, prevenção e controle de infecções, melhoria de desempenho profissional.
- Estrutura com funções importantes: corpos diretivos, gerência e administração, pessoal médico, enfermeiros. Muitos são os indicadores que podem evidenciar determinada situação, contudo é necessário que se priorizem a elaboração e o monitoramento daqueles indicadores mais adequados e que atendam às necessidades e uso específico (D'INNOCENZO, 2006).

Para a Organização Mundial de Saúde, esses indicadores gerais podem subdividir-se em três grupos:

- Aqueles que tentam traduzir a saúde ou sua falta em um grupo populacional. Exemplo: razão de mortalidade proporcional, coeficiente geral de mortalidade, esperança de vida ao nascer, coeficiente de mortalidade infantil, coeficiente de mortalidade por doenças transmissíveis.
- Aqueles que se referem às condições do meio e que têm influência sobre a saúde. Exemplo: saneamento básico.
- Aqueles que procuram medir os recursos materiais e humanos relacionados às atividades de saúde. Exemplos: número de unidades básicas de saúde, número de profissionais de saúde, número de leitos hospitalares, número de consultas em relação à determinada população (MALIK, 1994).

Critérios permitem definir o que se deseja chamar de qualidade, pois eles embasam ou deveriam embasar a avaliação. A definição ou seleção de critérios implica por um lado o reconhecimento de subjetividade no processo, por mais que seja difícil reconhecer esse fato (Malik 1996). Portanto, três tópicos devem ser lembrados quando se fala no conceito de qualidade: tomada de decisão, presença de critérios de julgamento e subjetividade.

Há pelo menos três grupos cujos critérios deveriam ser muito importantes na definição do que é qualidade em saúde e/ou na assistência à saúde: os cidadãos (usuários diretos dos serviços ou não), os técnicos envolvidos na prestação de ações assistenciais ou voltados à saúde/qualidade de vida e os tomadores de decisão (administradores ocupados com a alocação de recursos, políticos envolvidos com definição de prioridades, etc.). Ainda há outros a considerar, como fornecedores, reguladores, financiadores diversos. Quanto aos chamados pilares da qualidade, são alguns termos amplamente discutidos nos últimos 20 anos, mas que sempre cabe lembrar, Eficiência, Efetividade, Otimização, Aceitabilidade, Legitimidade e Equidade (MALIK, 1996).

2.7 Evolução da Pesquisa sobre Qualidade no Brasil

A partir de 1998, o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares – PNASS, que se caracteriza por uma pesquisa de satisfação dos usuários nas unidades de pronto-socorro, ambulatório e internação, além de aplicação de um roteiro técnico de avaliação, realizado pelos gestores estaduais e municipais em hospitais públicos e privados vinculados ao SUS, levando em conta a estrutura existente e os processos prioritários. O PNASS foi realizado nos anos de 2001 e 2002.

No ano de 2003, a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, por meio de seu Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC, optou por reformular o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares – PNASS (BRASIL, 2005)

O objetivo geral do PNASS é avaliar os serviços do Sistema Único de Saúde nas dimensões de estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços de saúde.

Os Objetivos Específicos são:

- Incentivar a cultura avaliativa dos gestores para os serviços de saúde;
- Fomentar a cultura avaliativa nos estabelecimentos de saúde;
- Ser instrumento de apoio à gestão do SUS;
- Produzir conhecimento qualitativo da rede de serviços de saúde;
- Difundir padrões de conformidade dos serviços de saúde;
- Incorporar indicadores de produção para avaliação de serviços de saúde;

- Aferir a satisfação dos usuários do SUS;
- Conhecer a percepção dos profissionais nos estabelecimentos de saúde sobre as condições e relações de trabalho;
- Identificar oportunidades e possibilidades de melhoria;
- Divulgar experiências exitosas para melhoria da qualidade local;
- Disponibilizar os resultados para conhecimento público (BRASIL, 2007).

O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde foi elaborado, em sua primeira versão, no período de agosto de 2003 a junho de 2004, sob a coordenação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, com a participação de diversas Secretarias e Autarquias do Ministério da Saúde, dentre as quais, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, DATASUS, Departamento Nacional de Auditoria do SUS, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde e Secretaria de Gestão Participativa.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES possui 145.189 estabelecimentos de saúde cadastrados, sendo 68.032 serviços de saúde conveniados ao Sistema Único de Saúde – SUS, em sua maioria consultórios isolados e unidades de atenção básica. A amostra prevista inicialmente para avaliação pelo PNASS foi de 9.734 serviços, sendo:

- 5.899 hospitais gerais, especializados ou unidades mistas;
- 3.657 ambulatórios de especialidades;
- 178 hospitais especializados com leitos obstétricos, serviços isolados de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) ou serviços isolados de Alta Complexidade em Nefrologia (Terapia Renal Substitutiva – TRS) (BRASIL, 2007).

O PNASS deveria ter sido aplicado de forma censitária nos 9.734 serviços de saúde elencados, porém foram efetivamente avaliados 5.626 serviços o que representa 57,8% do total. Estes serviços avaliados foram selecionados pelas equipes estaduais e municipais de avaliação, sem obedecer a critérios de randomização de amostra.

Foram aplicados 105.831 questionários de Pesquisa da Satisfação do Usuário em 5.745 serviços de saúde, sendo 42,7% na região Sudeste, 29,6% na região Nordeste, 12,0% na região Sul, 9,3% na região Centro-Oeste e 6,3% na região Norte.

Compuseram a análise, dados de 5.626 Serviços de saúde avaliados, dos quais 3.834 (68%) são hospitais gerais, 1.697 (30%) ambulatorios e 95 (2%) serviços isolados (60 maternidades, 23 TRS e 12 CACON). Dos 3.834 hospitais gerais foram considerados 3.815, sendo que, 2.279 (59,7%) possuem até 40 leitos, 1.159 (30,4%), de 50 a 149 leitos e 377 (9,9%) possuem acima de 150 leitos.

Analisando a natureza da organização, 1.693 (44,4%) são hospitais públicos, 1.191 (31,2%), hospitais beneficentes, 920 (24,1%), hospitais privados, e 9 (0,2%) de outra natureza (cooperativas, serviço social autônomo, serviços de economia mista e sindicatos). Do total de 3.815 hospitais, 7,2% apresentam atividades de ensino (BRASIL, 2007).

Os 5.626 serviços de saúde visitados e os mais de 105.000 questionários de satisfação de usuários e de profissionais que compõem a amostra coletada, embora não tenha atingido a abrangência prevista, representam a mais completa pesquisa já publicada no país na área de saúde, tanto por sua abrangência geográfica quanto pela completude de seus quatro eixos avaliativos (Roteiro de Padrões, Pesquisa de Satisfação dos usuários, pesquisa das Condições e relações de Trabalho e Análise dos Indicadores). Em relação aos indicadores, foram analisados: taxa de ocupação de leitos, taxa de mortalidade, e média de permanência.

O resultado da Pesquisa de Satisfação dos Usuários demonstra que a população, após conseguir o acesso a um serviço de saúde (especialmente a um hospital), avalia de forma bastante positiva os serviços recebidos. As maiores insatisfações dizem respeito ao tempo para a obtenção de um atendimento e ao tempo de espera dentro do hospital, além do tempo de visitas reduzido. A maior satisfação foi observada quanto ao acolhimento (94%), medido como a educação, respeito a interesse da equipe assistencial. As respostas positivas em relação ao atendimento das expectativas em relação ao hospital, distribuídas por região, apresentam uma distribuição regional semelhante à avaliação obtida pela pontuação do roteiro de padrões (maior no Sul e Sudeste, pior no Norte, Nordeste e Centro-Oeste), demonstrando que os usuários são capazes de reconhecer a qualidade dos estabelecimentos e dos serviços de saúde.

Em relação aos profissionais, a pesquisa investigou os aspectos condições e relações do trabalho. Dos 105.206 questionários coletados na pesquisa das Condições e Relações de Trabalho foram analisados 79.147, referentes aos trabalhadores dos hospitais gerais avaliados. Destas, 41% foram respondidas na região Sudeste, 24% na região Nordeste, 18% na região Sul, 10% na região Centro-Oeste e 7% na região Norte.

Composição da amostra: 26% eram Auxiliares Administrativos, 27% Médicos e 47% Profissionais de Enfermagem (Enfermeiros e Técnicos). Como resultado, o item de menor aprovação é o salário, considerado satisfatório por apenas 33,5% dos indivíduos. Em um segundo bloco está a Medicina do Trabalho (53%), o Conforto e Mobiliário (56%), e Materiais e Equipamentos (58%). O terceiro bloco de itens menos satisfatórios é o Dimensionamento das Equipes (62%), o Estímulo ao trabalho (63%), a Valorização Profissional (63%), a Segurança (64%) e a Distribuição de Tarefas (68%). A Higiene do Ambiente e a Avaliação Global do Hospital obtiveram uma aprovação de 76 e 78% respectivamente, enquanto que a questão relativa ao Relacionamento com as Chefias foi considerada satisfatória por 87% dos indivíduos.

Analisando por classe profissional, observa-se que os índices de aprovação são bastante elevados, que os médicos são os profissionais mais críticos em relação aos hospitais em que trabalham (89% indicariam ou usariam, 73% consideram “Bom” ou “Muito Bom”) e que os Administradores avaliam de forma mais positiva (94% e 83% respectivamente). Os profissionais de Enfermagem (técnicos + enfermeiros) se situam numa posição intermediária nesta avaliação (93% e 78%).

Outro item avaliado é se utilizariam novamente os serviços do hospital caso fosse necessário ou o indicariam para um amigo ou parente, 92% responderam afirmativamente. A região com o menor índice de aprovação e de indicação é a Norte (66% e 89%). A região Sul apresenta os melhores resultados da Indicação (95%) e da avaliação positiva (86%).

Estudos conduzidos por Bowers et al., (1994) sobre o uso de pesquisas em satisfação do paciente nos esforços de melhoria na qualidade em uma amostra de hospitais e organizações de saúde revelaram que, na prática, alguns dos atributos que determinam a satisfação dos pacientes não receberam atenção suficiente por parte dos gestores da área de serviços de saúde e, além disso, estes precisam saber quais são os atributos que os pacientes usam na avaliação da prestação destes serviços.

A literatura mostra que a avaliação dos serviços de saúde e implementação de iniciativas de melhorias de qualidade para satisfazer e, até exceder as expectativas dos pacientes pode ser feita de várias maneiras.

Torres e Guo (2004) elencam três abordagens de melhoria da qualidade para aumentar a satisfação do paciente: medida da visão dos pacientes, aumento da satisfação do paciente, através de esforço conjunto, e o uso do programa Seis Sigma. Para os autores, a

primeira abordagem pode ser conduzida através de: questionários, levantamentos e técnicas de grupo. Essa abordagem apresenta a vantagem de se ter um feedback direto dos pacientes quanto ao nível de satisfação/ou insatisfação com o atendimento ou serviço.

A segunda abordagem pode se realizada, através de esforços de diferentes organizações o que pode gerar soluções mais efetivas devido a um envolvimento mais amplo de pessoas de diferentes experiências e rotinas de trabalho. A desvantagem desta abordagem são os possíveis obstáculos devido à competição entre organizações distintas.

A terceira abordagem sugere a utilização da estratégia do Seis Sigma. Conforme Werkema (2004) e Pande et al. (2004) o Seis Sigma é uma estratégia altamente disciplinada caracterizada por uma abordagem sistemática centrada na eliminação de defeitos dos processos de uma organização através da utilização de ferramentas estatísticas que tem como objetivo proporcionar aos clientes um produto/serviço próximo da perfeição focaliza não a redução de defeitos e as variações de processos foi utilizada com sucesso nas empresas Motorola, General Elétrica entre outros.

Os autores Torres e Guo (2004) chamam a atenção para o fato de que apesar do Seis Sigma não ser muito usado em organizações da área de saúde, estudos têm mostrado que ele tem sido mais efetivo que técnicas anteriores de melhoria da qualidade por identificar e eliminar as causas de insatisfação do paciente. O sucesso na implantação do Seis Sigma está vinculado ao envolvimento da alta direção, aos treinamentos realizados e ao foco em uma filosofia que promova melhorias na qualidade. Para os autores, as três iniciativas mencionadas podem ser instrumento efetivo de melhoria da qualidade e da satisfação dos pacientes, mas que um fator preponderante para isto se concretizar é o esforço, envolvimento e colaboração de todos os profissionais e gestores da organização na busca deste objetivo.

Outro estudo foi desenvolvido por Neto et al. (2005) em quatro hospitais brasileiros, utilizando o programa 5Ss no Controle de Infecção Hospitalar. Os autores esclarecem que o 5Ss não pode ser visto como um programa isolado no âmbito organizacional, mas deve fazer parte de um planejamento estratégico elaborado pela alta direção, podendo, neste caso, servir como uma estratégia para reduzir as infecções, indicador este de melhoria de qualidade da assistência.

Outra ferramenta de avaliação foi utilizada por Albuquerque (2003) denominado Método dos Fatores Críticos de Sucesso (FCS). O autor desenvolveu a pesquisa em três serviços de assistência médica do setor privado. O instrumento de pesquisa utilizado foi uma

entrevista contendo os doze fundamentos de excelência do Prêmio Norte Americano de Qualidade Malcom Baldrige precursor do Programa Nacional de Qualidade (PNQ). O resultado do referido estudo apontou a existência de alguns fatores críticos comuns nos três serviços pesquisados, indicando uma maior importância destes em detrimento dos outros.

A mesma metodologia dos FCS foi também utilizada por Guimarães (2003), no hospital das clínicas da UFPE na clínica de hipertensão do serviço de cardiologia, onde foram utilizados dois questionários, um para os pacientes e outro para os gestores do serviço. O resultado desse estudo mostrou que a qualidade do atendimento do serviço oferecido foi o fator mais importante, para se atingir a excelência em detrimento ao aspecto infraestrutura e outro para os gestores do serviço.

Concernente à mesma metodologia de FCS Mcfadden et al. (2004) realizaram um estudo em 4 hospitais dos Estados Unidos para avaliar os fatores críticos de sucesso para o controle e gestão de erros em hospitais através de entrevista. Os autores enfatizaram que os erros médicos, além de custarem muito à nação estiveram associados a um percentual de morte elevado.

Os autores apresentam no quadro abaixo as nove barreiras mais citadas pelos hospitais pesquisados na redução de erros.

Quadro 12: Barreiras à implementação dos FCS na redução de erros hospitalares

BARREIRAS INTERNAS	BARREIRAS EXTERNAS
Questão de tempo	Legislação
Falta de suporte da alta administração	Cobertura dos erros pela mídia
Falta de recursos	Aumento nos custos associados à segurança
Medo	
Falta de incentivos	
Falta de conhecimento / entendimento	

Fonte: Mcfadden, K. L.; et al. Critical Success Factors four Sontrolling and Managenent Hospital errors the quality management Journal. V. 11 N.1. 2004 p. 485.

Atualmente, no Brasil, cada vez mais, serviços de saúde estão fazendo dos programas de qualidade, das certificações e das normas ISO um cartão de apresentação da excelência de seus serviços. Preocupada em avaliar essa evolução, a Consultoria Pieracciani Saúde (2001) desenvolveu uma pesquisa com mais de quinhentos participantes, envolvendo usuários, médicos e fontes pagadoras (assistências médicas), para mostrar o perfil da qualidade hospitalar no Brasil, conforme representa a figura a seguir.

Figura 13: Perfil da Qualidade Hospitalar no Brasil



Nessa mesma linha de pesquisa, Mirshawaka (1994) desenvolveu uma pesquisa nos Estados Unidos que mostrou em ordem decrescente, os fatores mais importantes na qualidade do serviço de saúde e, o nível de importância das mesmas na percepção dos clientes:

Quadro 13: Fatores para uma alta qualidade no serviço hospitalar e seus níveis de importância.

Nível de importância	Fator
97,3%	Cuidado das enfermeiras
96,4%	Aptidão clínica dos médicos
93,3%	Atitude dos empregados
89,9%	Estado da arte da tecnologia
85,6%	Administração do hospital
82,1%	Operações internas
74,9%	Aparência física do hospital
69,0%	Conveniência/acesso
61,0%	Serviço de alimentação
52,8%	Envolvimento da gerência na garantia da qualidade

Fonte: Mirshawaka, V. Hospital: fui bem atendido, a vez do Brasil. São Paulo: Makron Books, 1994, p.54.

2.8 Acreditação¹

Com relação aos serviços prestados no âmbito hospitalar, deve existir uma preocupação com a qualidade, e estabelecer um sistema que meça e cuide do paciente de forma que garanta um serviço de qualidade para todos, uma vez que seu objeto de trabalho é o cuidado prestado ao ser humano.

Em 1980, começaram a aparecer artigos de Donald Berwick, apresentando gestão de qualidade como aplicável na saúde e, em seguida, relatando os achados no *National Demonstration Project*, desenvolvido no *Harvard Community Health Plan*, (um plano de Saúde O HMO – existente em Boston) e publicados no livro *Curing Health Care*, traduzido no Brasil como *Melhorando a Qualidade dos Serviços médicos, hospitalares e da saúde*, em 1994 (BERWIC, 1995).

Os anos 90 evidenciam esforços de internacionalização de avaliação externa e garantia de qualidade em serviços de saúde, com o aparecimento de ISQua (*International*

¹ Acreditação: sistema de avaliação periódica, voluntária e reservada, para reconhecimento da existência de padrões previamente definidos na estrutura, processo e resultados, com vistas a estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade na assistência médico-hospitalar e na prevenção à saúde da população (MELO; CAMARGO, 1998).

Society for Quality Assessment, inicialmente incentivada por profissionais de países de língua inglesa e holandeses), de melhoria contínua nos serviços com o IHI (*Institute for Andes Health Care Improvement* de Donald Berwick) e com a disseminação de movimentos de acreditação, notadamente aqueles desenvolvidos pela JCAHO (*Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations*), pela Organização Pan-Americana da Saúde.

No final da década de 90, foram certificadas 120 grandes empresas brasileiras responsáveis por 30% do PIB do país, destacando-se as empresas de serviços financeiros, de saúde, governo, seguindo-se o comércio varejista e as universidades.

Nos anos 2000, institucionalizou-se a JCI (*Joint Commission International*), organização nova que mostra a intenção de expansão da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO). O Canadá tem sua própria agência acreditadora. Na Europa aparecem esforços no mesmo sentido, na Inglaterra, na França e na Holanda. Na primeira, se destaca o King's Fund (que tem sido contratado para realizar creditações de hospitais em Portugal).

Desde o início do século XXI, frente à premissa de que qualidade em serviços pode ser definida como ser menos arriscado para o paciente estar dentro de um serviço de saúde do que fora dele, têm sido realizadas iniciativas, principalmente em países europeus, Estados Unidos e Canadá, no sentido de trabalhar a segurança dos pacientes, esse tema foi o assunto principal do IsQua 2005.

Em 1975, a JCAHO introduziu, nos EUA, pela primeira vez, como requisito para acreditação, a exigência de métodos objetivos para a verificação de documentação da qualidade nas organizações de saúde do país. Fenômeno semelhante pode ser observado nos hospitais da rede privada suplementar, que fazem uso de certificações emitidas por órgãos avaliadores internacionais como diferencial de mercado, demonstrando uma crescente preocupação com a qualidade.

Os modelos de gestão de uso geral da saúde no Brasil são: a Organização Nacional de Acreditação (ONA) ou Internacional Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA); Joint Commission International (JCI) e National Integrated Accreditation for Healthcare Organization (NIAHO). Entretanto, algumas instituições adotam a Associação Brasileira de Normas Técnicas- Normas Brasileiras (ABNT-NBR) ISO 9001, para estabelecer seu sistema de gestão da qualidade (KERN e De LIMA, 2011).

A acreditação de organizações de saúde apresenta-se como uma forma de melhorar a gestão dos serviços e não somente como uma mera certificação, porque impacta na gestão da qualidade assistencial, tendo em vista que o atendimento as suas exigências, estimula a consolidação e a construção de uma base de gerenciamento e garantia da qualidade, ordenando e sistematizando o processo de gestão da organização. Trata-se de um mecanismo comprometido com a elevação do nível de qualidade dos serviços de saúde (KERN e De LIMA, 2011).

De acordo com a Joint Commission International (JCI-2008), o processo de Acreditação foi desenvolvido para criar uma cultura de segurança e qualidade no interior da instituição que se empenha em aperfeiçoar continuamente os métodos de prestação de cuidados ao paciente e os resultados obtidos. Por isso, as instituições:

- elevam sua credibilidade junto á população, no que diz respeito a sua preocupação com a segurança do paciente e com a qualidade do atendimento;
- proporcionam um ambiente de trabalho seguro e eficiente, que contribui para a satisfação do trabalhador;
- negociam com as fontes pagadoras com base em dados relativos á qualidade do cuidado;
- escutam os pacientes e seus familiares, respeitam seus direitos e criam com eles uma parceria no processo de cuidado.
- criam uma cultura aberta a aprender com os relatórios realizados regularmente sobre eventos adversos e questões de segurança.
- estabelecem um estilo de liderança colaborativa que define prioridades e uma liderança continua que prima pela qualidade e segurança do paciente em todos os níveis (CBA, 2008).

Conforme a ONA (2009), os principais interessados pelo processo de acreditação são: Líderes e administradores, profissionais de saúde, organizações de saúde, sistemas compradores, governo e cidadão.

Acreditação é entendida como o procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado. Os padrões podem ser mínimos ou mais elaborados e exigentes, definindo níveis de satisfação. Então, o processo de acreditação propõe-se a atuar sobre o modelo de prestação de serviços com instrumentos que regulam e garantem a qualidade da assistência, sabendo que, assim, haverá contribuição para melhorar a eficiência global do sistema com o conseguinte benefício para a população e para os setores

participantes. Poderia ser dito que um estabelecimento assistencial “acredita” ou “é acreditado” quando há disposição e organização dos seus recursos e atividades conformam um processo cujo resultado final é uma assistência médica de qualidade satisfatória (JOINT COMMISSION, 2003).

O processo de acreditação é um método de consenso, racionalização e ordenação das organizações de serviços de saúde e principalmente de educação permanente dos seus profissionais. Para avaliar a qualidade assistencial da organização de serviços de saúde é utilizado um instrumento de avaliação específico – manual – assegurando o enfoque sistêmico e a avaliação global da organização.

A acreditação de organizações de saúde originou-se nos Estados Unidos em 1953 e aos poucos foi estendendo-se para outros países. O processo de acreditação americano é coordenado pela Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO).

A JCAHO atua somente nos Estados Unidos e não autoriza o uso de sua metodologia fora desse contexto. A acreditação internacional fora do território norte-americano é de responsabilidade da Joint Commission International (JCI), empresa ligada a JCAHO que possui critérios, instrumentos e processos que seguem o modelo da JCAHO e desenvolve processos de avaliação desde 1998. Atualmente existem 40 hospitais acreditados pelo mundo, segundo a metodologia da JCAHO. O modelo norte-americano baseia seu processo de avaliação em um trinômio – avaliação, educação e consultoria.

No Brasil, a Joint Commission Internacional é representada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (CBA). Acompanhando a evolução mundial da acreditação e com o objetivo de permitir a associação de instituições de saúde brasileiras acreditadas por essa metodologia, o CBA utiliza-se do Manual de Padrões de Acreditação Internacional, onde evidencia-se a alta qualidade técnica e de gestão, expressa pelos padrões de excelência contidos no manual, atualmente reconhecidos e validados pelo consenso mundial.

A acreditação, segundo a metodologia da JCI, ocorre através da avaliação baseada em padrões, aplicada às instituições de saúde. A meta do programa é estimular a melhoria contínua e sustentada em instituições de saúde ao aplicar padrões e indicadores de consenso internacional.

No ano de 2003, ocorreu juntamente com o CBA a revisão do manual utilizado e alguns itens foram acrescentados: maior ênfase na segurança do paciente, análise de eventos adversos inesperados (reduzir riscos futuros), gerenciamento da dor e cuidados aos pacientes terminais (JOINT COMMISSION, 2003).

No Brasil há dois modelos de acreditação em vigor, o da ONA (Organização Nacional de Acreditação) e o da JCI, representada no país pelo CBA (Consórcio Brasileiro de Acreditação). A ONA trabalha de maneira descentralizada, sendo seus processos de acreditação realizados por entidades a quem foi delegada a atividade e que são periodicamente avaliadas.

Avaliação e gestão na assistência médico-hospitalar interessam a todos: ao governo, que precisa garantir cuidados em condições adequadas, à população pela qual ele é responsável e aos profissionais (voltados à atividade/ meio ou à atividade/ fim). Aos profissionais da avaliação externa, que passam a viver desse tipo de atividade e aos financiadores da assistência, pois embora saibam o que e quanto pagam, podem se interessar em não estarem associados, às cegas, a prestadores de serviço que talvez não tenham boas condições de funcionamento. As entidades de formação e regulamentação profissional, pois lhes interessa conhecer os padrões reconhecidos, tanto na assistência médica quanto na saúde propriamente dita, com atividades de vigilância e qualidade de vida. Para os fabricantes de equipamentos também faria diferença a qualidade dos serviços, porque seriam associados a organizações adequadas e que se esforçariam por manter atualizadas tecnologicamente suas instalações e sua estrutura. Enfim, todos os atores sociais são potencialmente interessados na qualidade e na avaliação na área da saúde (MALIK, 1996).

O Ministério da Saúde e a ONA tornaram-se parceiros em todas as fases do processo de elaboração, desde a habilitação de empresas acreditadoras até a certificação dos hospitais. O manual foi editado, a partir da experiência acumulada durante a avaliação de dezenas de hospitais brasileiros. Feitos os ajustes necessários nos padrões exigidos, de maneira a compatibilizá-los com o princípio orientador de cada nível: segurança e estrutura (Nível 1), organização (Nível 2), práticas de gestão de qualidade (Nível 3).

Nível 1:

PADRÃO:

O Hospital conta com instalações adequadas para a atenção e cuidados aos pacientes, dispondo de responsável técnico habilitado para a condução do serviço. As áreas apresentam condições de conforto e habitabilidade que contribuem para a boa assistência.

ITENS DE VERIFICAÇÃO:

- Verificar se os quartos e enfermarias possuem iluminação e ventilação natural.
- Verificar se a privacidade do paciente é respeitada.
- Verificar se os banheiros permitem a passagem de cadeiras de banho ou de rodas.
- Verificar se os pacientes dispõem de alarme na cabeceira do leito para chamar a equipe de enfermagem.
- Verificar se o hospital disponibiliza para o cliente, local (armários ou similares) ou sistema de guarda de pertences.
- Verificar se no local existe pia com sabão e toalhas de papel.
- Verificar a habilitação (capacitação) do responsável técnico.
- Verificar a possibilidade de atendimento em inaloterapia e oxigenioterapia.
- Verificar se o paciente conta com profissional médico responsável pela sua assistência.
- Verificar se a unidade dispõe de materiais e equipamentos básicos para manejo de emergência e parada cardiorrespiratória.

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) determina que as organizações prestadoras de serviços hospitalares devam, no princípio, orientador do NÍVEL 1 (segurança), atender aos requisitos formais, técnicos e de estrutura para a sua atividade, conforme legislação correspondente (ONA, 2006).

Nível 2:

PADRÃO:

A Unidade de Internação conta com manuais, rotinas e procedimentos documentados, realiza treinamento continuado dos técnicos e dispõe de um sistema de coleta de dados e indicadores que permitem a condução dos procedimentos, rotinas e avaliação.

ITENS DE VERIFICAÇÃO:

- Verificar se a unidade possui manuais e rotinas escritas de todos os procedimentos de treinamento, de capacitação e outros que realize.
- Verificar se os profissionais do setor estão habilitados e capacitados, e se realizam instrução em serviço.
- Verificar se os pacientes dispõem de um profissional médico responsável pela assistência da internação até a alta, assegurando a personalização e a continuidade de

cuidados.

- Verificar se a Unidade de Internação conta com: monitor cardíaco e cardioversor no local ou em outro de rápido acesso.

- Verificar a existência de um sistema de informação da Unidade de Internação sobre o atendimento, cuidado ao paciente e avaliação do serviço.

- Verificar se a unidade dispõe de um sistema claro e objetivo ou rotina de comunicação e informação aos familiares.

- Verificar a existência de um sistema de referência (interno ou externo) para o encaminhamento dos casos de alto risco.

Nível 3:

PADRÃO:

A Unidade de Internação dispõe de sistemas de aferição da satisfação dos pacientes (internos e externos) e participa ativamente do programa institucional da qualidade e produtividade. Seus serviços estão integrados ao sistema de informação do Hospital, dispondo de dados, taxas e indicadores que permitem a avaliação do serviço e comparações com referenciais adequados.

ITENS DE VERIFICAÇÃO:

- Verificar se o responsável técnico é apoiado por profissionais com habilitação adequada ou com capacitação específica.

- Verificar se existe sistema de indicadores que permita a obtenção de informação para a melhoria de processos gerenciais da unidade.

- Verificar se a unidade desenvolve programas de pesquisa aplicada, baseados em atividades do serviço.

- Verificar se a unidade mantém, um nível adequado de atualização tecnológica, incorporando materiais novos e equipamentos modernos, com menos de cinco anos de utilização continuada.

- Verificar o sistema e os resultados de aferição da satisfação de clientes (internos e externos).

- Verificar se os banheiros possuem barras de apoio para os pacientes e campanha para comunicação com a enfermagem.

- Verificar se as portas dos banheiros se abrem para o interior do quarto ou são

escamoteáveis.

- Verificar se o hospital conta com sistemas de climatização na Unidade de Internação.

A mais recente versão do Manual Brasileiro de Acreditação (ONA, 2010) relaciona algumas atividades inerentes à gestão da qualidade.

- 1- Analisar sistematicamente as informações referentes às necessidades e expectativas, implícitas e explícitas das partes interessadas,
- 2- Disseminar ferramentas de gerenciamento para a melhoria dos processos e identificar oportunidades de melhoria, por meio da comparação com outras práticas organizacionais,
- 3- Estabelecer mecanismos de uso dos indicadores para a tomada de decisão e melhoria das práticas, bem como, uma relação de causa e efeito entre eles;
- 4- Estimular a inovação e a criatividade;
- 5- Gerenciar os documentos padronizados;
- 6- Promover a melhoria de processos para alcançar a segurança da prestação de cuidados;
- 7- Promover, formalizar e gerenciar a interação entre as áreas;
- 8- Realizar auditoria interna sistemática, visando à manutenção e à melhoria do sistema de gestão.

O programa de Acreditação é uma necessidade em termos de eficiência e uma obrigação do ponto de vista ético. Outro órgão certificador é a International Standard Organization - ISO que é uma organização que também avalia os programas de qualidade de produtos e ou serviços de empresas no Brasil. A organização, que tem sede em Genebra, preparou Standards para certificação de produtos de bens ou serviços ou de partes dessas instituições. A finalidade das normas ISO é ajudar as organizações a documentar com eficácia os elementos dos sistemas que devem ser postos em prática para mantê-los eficientes e com qualidade.

Segundo a ABNT NBR ISO 9001: 2008 Norma Brasileira da Associação Brasileira de Normas Técnicas que especifica requisitos para um sistema de gestão da qualidade, o representando da direção (gestor da qualidade) tem a responsabilidade e autoridade para:

- assegurar que os processos necessários para o sistema de gestão da qualidade sejam estabelecidos, implementados e mantidos;
- relatar à alta direção o desempenho do sistema de gestão da qualidade e qualquer necessidade de melhoria; e
- assegurar a promoção da conscientização sobre os requisitos do cliente em toda a organização.

Por outra parte, a ISO promove nas instituições de saúde o processo de certificação. A certificação de conformidade às normas técnicas foi concebida inicialmente para produtos com elevados requisitos de segurança e qualidade, tais como os da indústria bélica, naval, aeronáutica e nuclear. Posteriormente, essa certificação foi estendida a outros segmentos, industrial ou não, que possuem exigências críticas tais como saúde e proteção ambiental.

O Brasil também segue essa tendência mundial, utilizando, para garantir a qualidade dos serviços nas instituições de saúde, o Modelo da Acreditação Hospitalar ou a Certificação da ISO (Ichinose, 2004). Para a referida autora, a certificação pela ISO possui quatro objetivos estratégicos: aceitação universal, compatibilidade atual, compatibilidade futura, documentação e manutenção de um sistema da qualidade, sendo constituídas por um conjunto de princípios que identificam as necessidades básicas de disciplina interna da empresa e especificam os procedimentos e critérios para assegurar que o produto atenda às necessidades do consumidor. Adicionalmente, as normas descrevem quais elementos o sistema da qualidade deve englobar, mas não como uma organização específica deve implementar esses elementos. A certificação é concedida àqueles que cumprirem suas exigências.

De acordo com Gutierrez (2008), uma pesquisa realizada com especialistas de certificadoras e consultorias revelou que o mercado é que irá ditar os caminhos a serem percorridos pelas empresas e aquelas que não tratarem da qualidade de forma correta sofrerá no futuro.

2.9 Enfoques sobre os Prêmios de Qualidade Aplicados nos Serviços de Saúde.

Os principais prêmios internacionais da qualidade são: o prêmio Deming (Japão), o prêmio Nacional da Qualidade Malcolm Baldrige (EUA) e o Prêmio Europeu da Qualidade. Estes prêmios da qualidade tem servido de parâmetros para criação de outros desenvolvidos em nível nacional em diferentes países: Suécia, Nova Zelândia, Índia, Canadá, Inglaterra, Singapura, Austrália e Brasil (FELDMAN, 2004).

O Prêmio Malcolm usa os seguintes critérios para classificar a melhor instituição de saúde: o desempenho da alta administração, como são coletadas e analisadas as informações, como é feito o planejamento estratégico, o desenvolvimento e a gestão dos recursos humanos, a gestão dos processos, os resultados do desempenho da instituição e a satisfação dos pacientes e outros beneficiários. Esses são, aproximadamente, os critérios de excelência exigidos pela Fundação Prêmio Nacional da Qualidade para premiar as empresas brasileiras.

Foi a década de 90 do século XX que marcou o início, de forma ampla e consistente, do movimento brasileiro pela qualidade. Em novembro de 1990, foi criado o Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade (PBQP) pelo Governo Federal. Em março de 1991, entrou em vigor o Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 9078/90) e, nesse novo contexto, em novembro de 1991, foi instituído o Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ). A aplicação dos programas de qualidade deu origem às certificações ISO, que incorporam rigorosos parâmetros de avaliação da performance organizacional.

O Prêmio Nacional da Qualidade é um prêmio anual concedido pela Fundação Prêmio Nacional da Qualidade com o objetivo de reconhecer as empresas brasileiras que mais se destacam na gestão da qualidade, utilizando critérios de qualidade pré-estabelecidos, demonstrando excelência de gestão com resultados de qualidade em produtos e serviços, foi modelado, a partir do prêmio Malcolm Baldrige.



CAPÍTULO 3

3. QUALIDADE: EXPECTATIVAS E PERCEPÇÕES

3.1 Escala Servqual

A literatura expressa sobre a realidade de qualidade de serviço de saúde no Brasil e em outros países em desenvolvimento sugere que medidas selecionadas disponíveis podem servir de referência.

Várias ferramentas têm sido desenvolvidas para a medida das expectativas e percepções dos pacientes. Estas ferramentas variam em termos de definição, conteúdo e medidas (Uzun, 2001). Mas o instrumento SERVQUAL, desenvolvido por Parasuraman et al. (1985), que posteriormente foi revisado em 1988 e 1991, continua o mais amplamente utilizado para determinar a importância relativa das cinco dimensões: tangibilidade, confiabilidade, responsividade, segurança e empatia para influenciar as percepções dos clientes.

Na Europa e EUA uma forma de se avaliar serviços é através da Escala Servqual. Os estudos utilizando esta escala dão ênfase ao trabalho do referido autor que propôs a escala SERVQUAL para medir a qualidade de serviços e despertou discussões no meio acadêmico que resultaram em algumas críticas, sugestões, refinamentos e adaptações da referida escala. Seus idealizadores alertaram que ela poderia ser adaptada ou ampliada para se ajustar às características ou às necessidades específicas de uma organização.

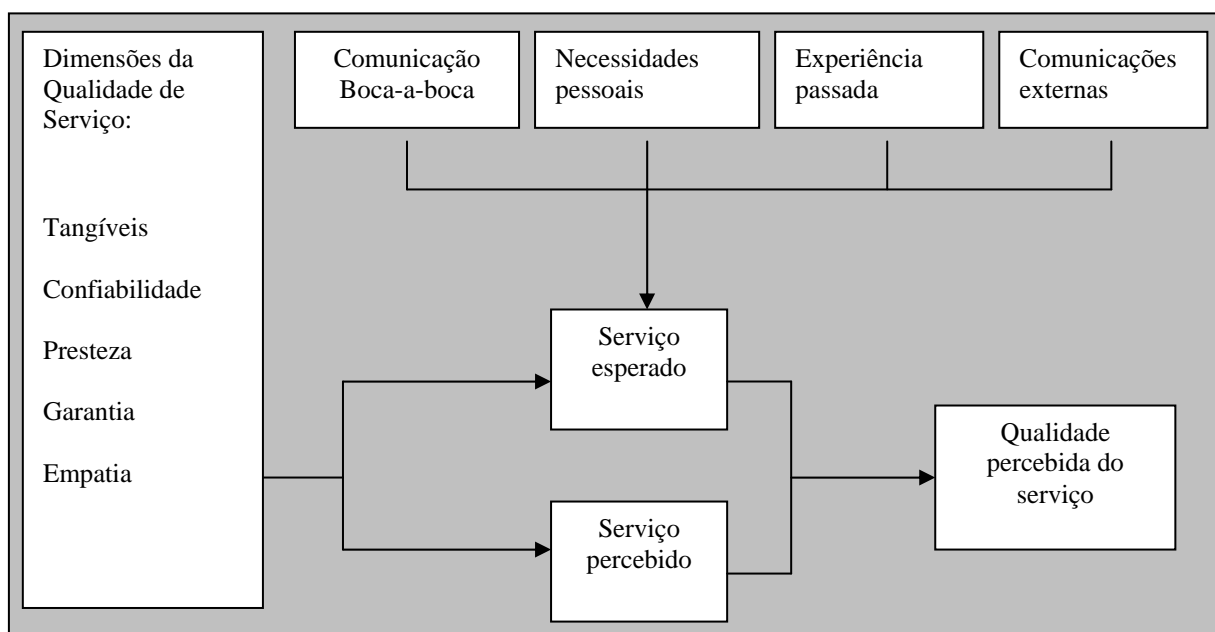
Segundo Berry e Parasuraman (1992), as expectativas do cliente são os verdadeiros padrões para se avaliar a qualidade do serviço. Eles afirmam com base no resultado de pesquisas em vários setores, que os clientes avaliam a qualidade do serviço, comparando o que desejam ou esperam com aquilo que experimentam. Para os autores, as expectativas dos clientes sobre os serviços se dão em dois níveis diferentes: um nível desejado e um nível

adequado. O primeiro reflete o serviço que o cliente espera receber (um misto do que o cliente acredita que *pode ser* com o que *deveria ser*), enquanto o segundo reflete o que o cliente acha aceitável (o mínimo aceitável). Uma zona de tolerância separa o nível desejado do adequado, significando o âmbito do desempenho do serviço que o cliente considera satisfatório.

Essa definição deve conceituar um enfoque comportamental, dando ênfase ao papel ativo que o cliente desempenha no encontro de serviço. É, portanto, uma conceituação situacional que considera como condições de grande ou pequeno contato podem afetar a operação de serviço.

As dimensões da qualidade de serviço pelos consumidores são explicadas na figura 14.

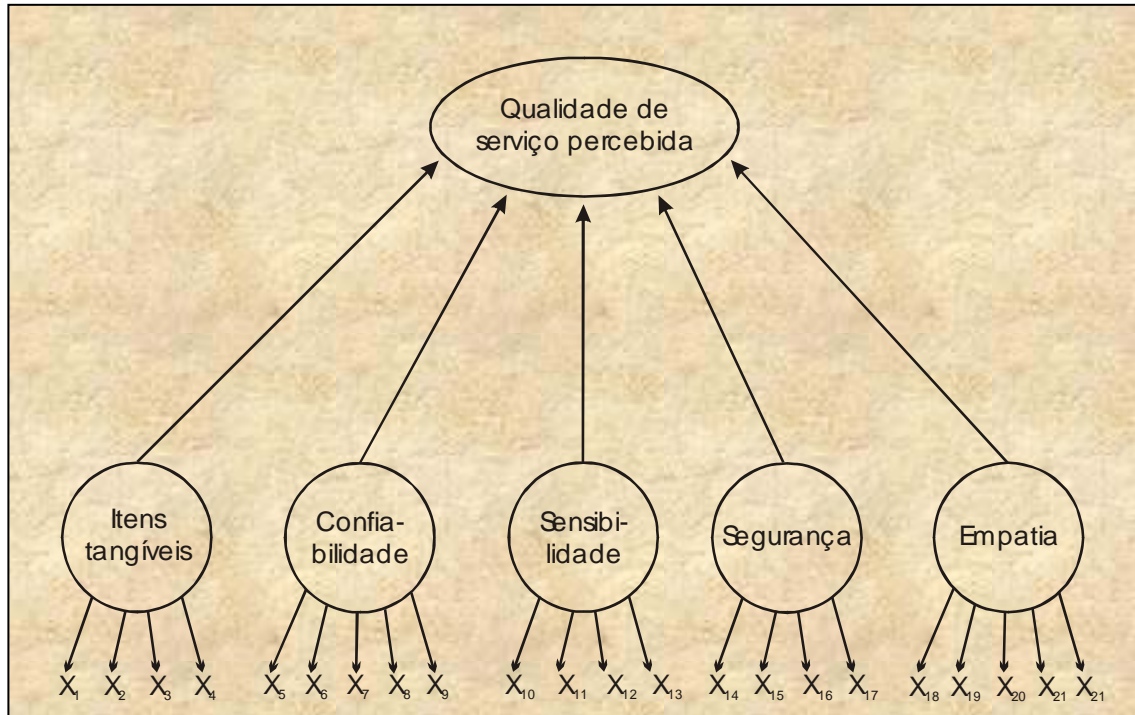
Figura 14: Avaliação da qualidade de serviços pelos consumidores.



Fonte: Zeithaml, V. A.; et al. Delivering Quality Service Balancing Customer Perceptions and Expectations. New York: The Free Press, 1990, p.23.

A base para identificar esses cinco componentes foi uma análise fatorial da escala de 14 itens desenvolvida com base nos grupos de discussão e nas aplicações setoriais específicas realizadas pelos autores Parasuraman et al (1985, 1988) e Zeithaml et al 1990) conforme figura 15.

Figura 15: Qualidade de serviço



Fonte: Parasuraman et al. (1988) apud Bateson, J. E. G; Hoffman, K. D. Marketing de Serviços. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001, p.468.

Buscando elaborar um instrumento de uso geral capaz de medir a percepção de qualidade pelos clientes, Zeithaml et al. (1990) pesquisaram cinco setores de serviços. A pesquisa identificou, inicialmente, dez critérios gerais ou dimensões assim denominadas: *tangíveis*, *confiabilidade*, *responsividade* (capacidade de resposta), *competência*, *cortesia*, *credibilidade*, *segurança*, *acesso*, *comunicação* e *compreensão* (do cliente).

Após análises estatísticas posteriores Zeithaml et al (1990) revelaram existir uma considerável correlação entre algumas das dez dimensões originais que sugeriram a consolidação das últimas sete dimensões em duas, denominadas *segurança* e *empatia*, representativas das dimensões originais, sendo que as demais dimensões não foram alteradas, formando, assim, um novo conjunto, composto de cinco dimensões, conforme o quadro a seguir, que mostra a correspondência entre as dez dimensões originais e as cinco dimensões da qualidade de serviços:

O quadro 14 mostra a qualidade de serviço percebido e o número de variáveis que cada dimensão engloba.

Quadro 14: – Dimensões SERVQUAL x Dimensões originais da qualidade de serviço

Dimensões originais	Tangíveis	Confiabilidade	Responsividade	Segurança	Empatia
Tangíveis					
Confiabilidade					
Responsividade					
Competência					
Cortesia					
Credibilidade					
Segurança					
Acesso					
Comunicação					
Compreensão					

Fonte: Zeithaml, V. A. et al Delivering quality service balancing customer perceptions and expectations. New York: Free Press, 1990, p. 176.

As duas novas dimensões acompanhadas das três originais são assim definidas por (KOTLER e BLOOM 1998; ZEITHAML et al., 1990 e LOVELOCK, 2004;):

- **Tangíveis:** aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoal e material de comunicação;
- **Confiabilidade:** habilidade para realizar o serviço prometido de forma confiável, precisa e consistente;
- **Responsividade:** disposição e vontade para ajudar os clientes e proporcionar o serviço prontamente;
- **Segurança:** conhecimento e atenção demonstrados pelos empregados e suas habilidades para transmitir confiança, segurança e credibilidade;
- **Empatia:** zelo e atenção individualizada que a empresa proporciona aos seus clientes.

Após a construção do modelo conceitual de qualidade de serviço e da definição das dez dimensões da qualidade de serviço originais e tendo como base uma vasta pesquisa

exploratória em cinco setores de serviços, Zeithaml et al. (1990), implementaram uma pesquisa quantitativa para a construção de um instrumento para medir a percepção da qualidade de serviço pelos consumidores de serviços.

Esta pesquisa quantitativa resultou no instrumento SERVQUAL, que é uma escala que consiste em uma seção destinada a medir as expectativas dos consumidores a respeito da prestação de um serviço e outra destinada a medir as percepções dos consumidores, quanto a sua avaliação sobre uma determinada categoria de serviços. Ambas as seções são compostas de 22 declarações e cada uma contém um cabeçalho com instruções detalhadas para a resposta dos consumidores.

Cada uma das 22 declarações é acompanhada de uma escala de sete pontos variando de (1), "discordo totalmente", até (7), "concordo totalmente", com classificações não textuais para os pontos intermediários da escala de (2 a 6).

Frente ao exposto, a qualidade de serviço percebida é obtida, subtraindo-se a classificação de expectativa da classificação de percepção para cada uma das 22 declarações. Os resultados obtidos podem ser usados individualmente para diagnósticos ou pode obter-se uma média das 22 declarações para chegar ao resultado global da qualidade de serviço.

A escala SERVQUAL possui uma terceira seção com declarações, cujo objetivo é verificar a avaliação dos consumidores acerca da importância relativa das cinco dimensões. Dependendo de necessidades específicas da empresa, os autores sugerem a inclusão de uma seção para levantar as experiências e impressões gerais dos consumidores como problemas encontrados com o serviço e recomendações, e a inclusão de uma seção com o objetivo de levantar informações demográficas dos respondentes como: idade, sexo e nível de escolaridade.

Após diversas análises estatísticas e refinamentos sucessivos, a escala SERVQUAL foi aprimorada de forma que as 22 declarações foram distribuídas em cinco dimensões: tangíveis, confiabilidade, responsividade, segurança e empatia, as quais foram obtidas, a partir de dez dimensões originais, conforme quadro a seguir:

Quadro 15: Dimensões, declarações e definições da Escala SERVQUAL.

Dimensões	Declarações da escala SERVQUAL	Definições
Tangíveis	1 – 4	Aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoal e material de comunicação.
Confiabilidade	5 – 9	Habilidade para realizar o serviço prometido de forma confiável, precisa e consistente.
Responsividade	10 – 13	Disposição e vontade para ajudar os clientes e proporcionar o serviço prontamente.
Segurança	14 – 17	Conhecimento e atenção demonstrados pelos empregados e suas habilidades para transmitir confiança, segurança e credibilidade.
Empatia	18 – 22	Zelo e atenção individualizada que a empresa proporciona aos seus clientes.

Fonte: Adaptado de Zeithaml et al. (1990, pp. 26 e 176); Grönroos (1993, p.59); Giansi & Correa (1994, p.90); Kotler e Bloom (1998, p.423); Fitzsimmons & Fitzsimmons (2000, p.250); Lovelock (2004, p.109); Shahin (2009, p.1).

Posteriormente, os autores desenvolveram diversos estudos, usando a SERVQUAL onde se concluiu que a *confiabilidade* é a dimensão considerada mais importante pelos consumidores pesquisados, enquanto a dimensão *tangível* é considerada a menos importante. A escala SERVQUAL, por sua confiabilidade e validade, é um instrumento que pode ser usado para melhor compreender as expectativas e percepções dos consumidores sobre a prestação de um serviço (ZEITHAML et al. 1990; FITZSIMMONS & FITZSIMMONS, 2000; LOVELOCK, 2004).

A escala SERVQUAL, embora tenha sido desenvolvida a partir de setores específicos, é um instrumento padronizado que pode ser aplicado em qualquer empresa de prestação de serviço, desde que sejam implementadas adaptações necessárias na redação de suas declarações, de modo a refletir a realidade da empresa.

A avaliação da qualidade de serviço, através das cinco dimensões é feita, através do levantamento das diferenças entre os valores de expectativas e percepções de cada uma das 22 declarações, conforme a seguinte fórmula:

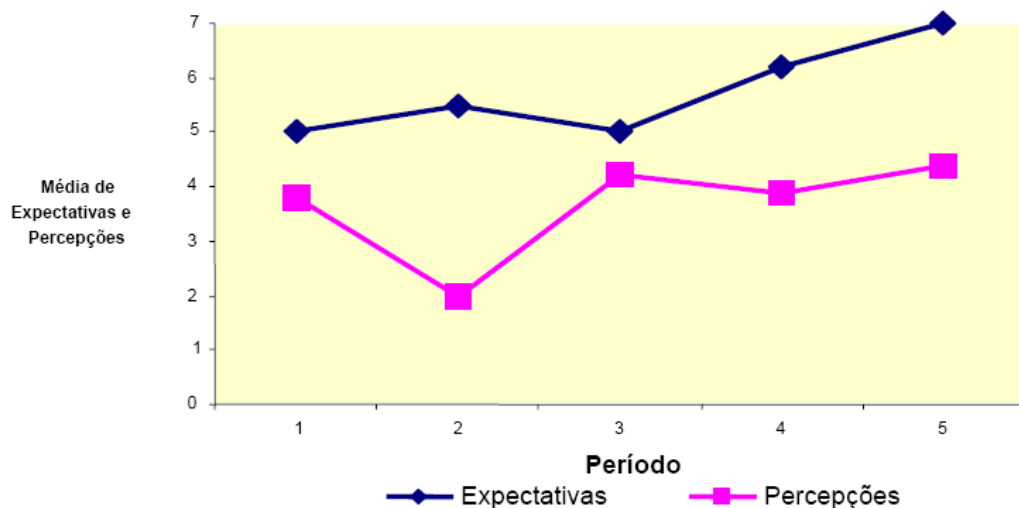
$$\text{ESCORE SERVQUAL} = \text{PERCEPÇÃO} - \text{EXPECTATIVA}$$

Zeithaml et al. (1990) sugeriram algumas maneiras de como a escala SERVQUAL e os dados por ela gerados podem ser usados:

- Para comparação entre uma empresa prestadora de serviços versus um competidor.
- Para comparar as expectativas e percepções ao longo do tempo.
- Para analisar segmentos de consumidores com diferentes percepções da qualidade de serviço.
- Para avaliar a percepção da qualidade dos clientes internos

As comparações de expectativas e percepções ao longo do tempo revelam as mudanças entre *gaps*, além de como ocorreram as mudanças de expectativas, percepções ou ambas de acordo com o gráfico 1:

GRÁFICO 1: - Expectativas e percepções: dimensão Confiabilidade



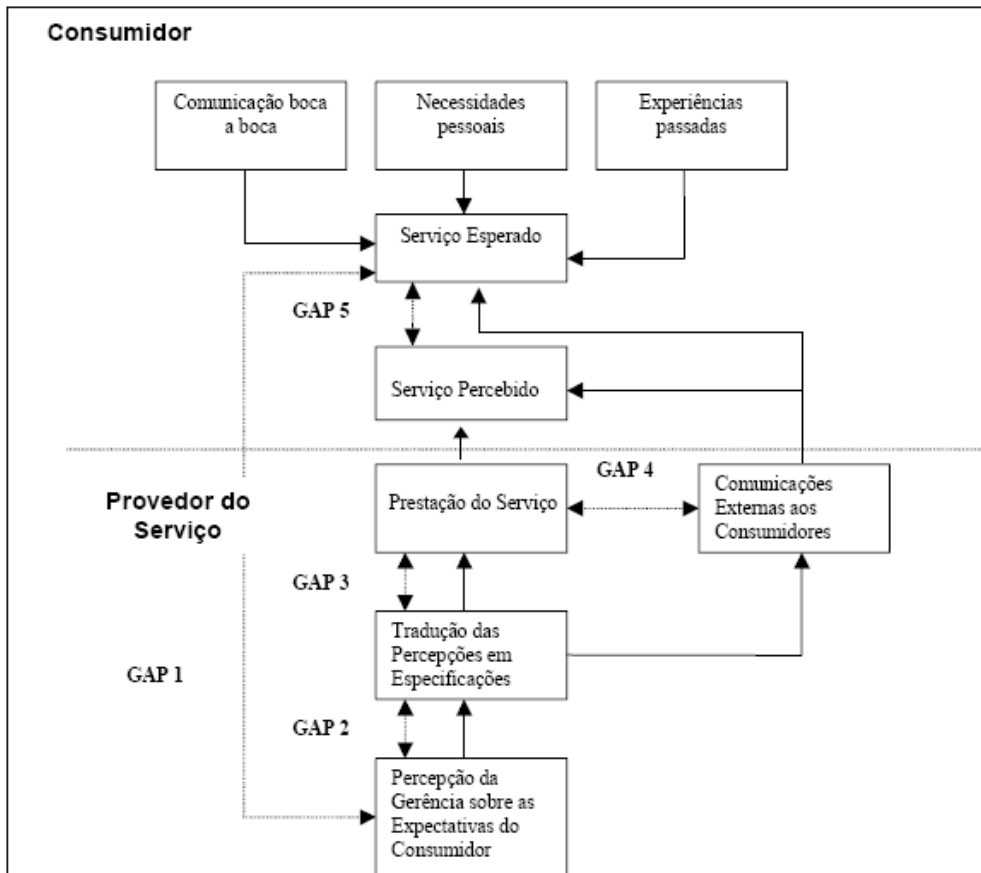
Fonte: Adaptado de Zeithaml et al. (1990, p.178)

Outro aspecto avaliado no Servqual é o modelo de análise de *gaps* da qualidade desenvolvido por Zeithaml et al. (1990) é um dos trabalhos mais consistentes produzidos para o setor de serviços é destinado à análise das fontes dos problemas da qualidade para auxiliar as empresas prestadoras de serviço a compreender, como a qualidade pode ser melhorada. O modelo de qualidade de serviços, como também é chamado, tem sido bastante utilizado e é citado por diversos autores (GRÖNROOS, 1993; GIANESI & CORREA, 1994; KOTLER E BLOOM, 1998; FITZSIMMONS & FITZSIMMONS, 2000; BERRY, 2001; BATENSON & HOFFMAN, 2001; LOVELOCK E WIRTZ 2004).

Baseados em uma pesquisa exploratória para compreender o constructo qualidade do serviço e seus determinantes, Zeithaml et al. (1990) concluíram que a avaliação da qualidade de serviço depende de como os consumidores percebem o desempenho do serviço em relação às suas expectativas. Assim, a qualidade do serviço pode ser definida como o grau de discrepância entre as expectativas dos clientes e suas percepções sobre o desempenho do serviço. A pesquisa também fez emergir um conjunto de atributos ou dimensões que os clientes utilizam como critério para avaliar o desempenho do serviço.

O modelo de qualidade de serviços pode ser descrito, conforme a figura 16. Assim, a parte superior do modelo inclui os fenômenos relacionados aos consumidores; a parte inferior inclui os fenômenos relacionados à empresa prestadora dos serviços (fornecedor). O *serviço esperado* é uma função das experiências passadas dos clientes, das suas necessidades pessoais, e da comunicação boca a boca. Esses são fatores que influenciam a expectativa dos clientes sobre a prestação do serviço. O serviço também é influenciado pelas atividades de comunicação externas da empresa com os consumidores (ZEITHAML et al., 1990).

O modelo identifica, ainda, cinco lacunas que causam problemas na prestação do serviço, denominadas *gaps da qualidade*. Os *gaps* da qualidade são resultados das inconsistências no processo de gestão da qualidade. O *gap 5*, entre o serviço esperado e o serviço percebido é uma função dos demais *gaps* que possam ter ocorrido durante a prestação do serviço. Os cinco *gaps*, suas causas e possíveis ações para eliminação das causas são apresentados na figura 16 a seguir por (PARASURAMAN et al 1985):

Figura16: Modelo Conceitual da Qualidade de Serviços – Modelo de GAP

Fonte: Parasuraman et al. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. Journal of Marketing. v. 49, 1985:44.

- GAP 1 (gap entre as expectativas do consumidor e a percepção da gerência): nem sempre os gestores entendem quais são as características que significam alta qualidade na visão do cliente ou seja, quais características o serviço deve ter para atender às necessidades do cliente e quais os níveis de desempenho que estas características devem possuir a fim de oferecer um serviço de alta qualidade.

- GAP 2 (gap entre a percepção da gerência e as especificações de qualidade do serviço): este gap ocorre, quando existe o conhecimento das expectativas do cliente, mas restrições como limitações de recursos, condições de mercado, flutuações na demanda etc, impedem que os gestores disponibilizem um serviço de alta qualidade. Este gap também pode ocorrer quando há falta de compromisso com a qualidade do serviço por parte da gerência.

- GAP 3 (gap entre as especificações de qualidade do serviço e a prestação do serviço): os referidos autores relatam que, mesmo quando existem diretrizes para o bom

desempenho do serviço e, para que os consumidores sejam tratados corretamente, a qualidade do serviço pode não se concretizar. Esta discrepância é justificada pelo papel central que tem o contato pessoal na prestação de um serviço: os funcionários das empresas prestadoras de serviço exercem forte influência na qualidade percebida do serviço pelos clientes e é difícil manter a qualidade padronizada por causa da variabilidade no desempenho do funcionário.

- GAP 4 (gap entre a prestação do serviço e a comunicação externa com os clientes): anúncios da mídia e outros tipos de comunicação feitos pela empresa podem afetar as expectativas dos clientes. Parasuraman et al. (1985) aconselham que a empresa, na comunicação com os clientes, não deve prometer mais do que ela realmente possa realizar, pois isso pode aumentar as expectativas iniciais e baixar as percepções de qualidade, se as promessas não forem cumpridas. Note-se que, por outro lado, a ausência de informação sobre o serviço que se pretende prestar, também pode prejudicar a empresa, pois ela pode gerar insegurança para o cliente acerca do serviço que ele procura. Por isso a empresa precisa encontrar um meio termo que garanta o equilíbrio entre esses dois aspectos.

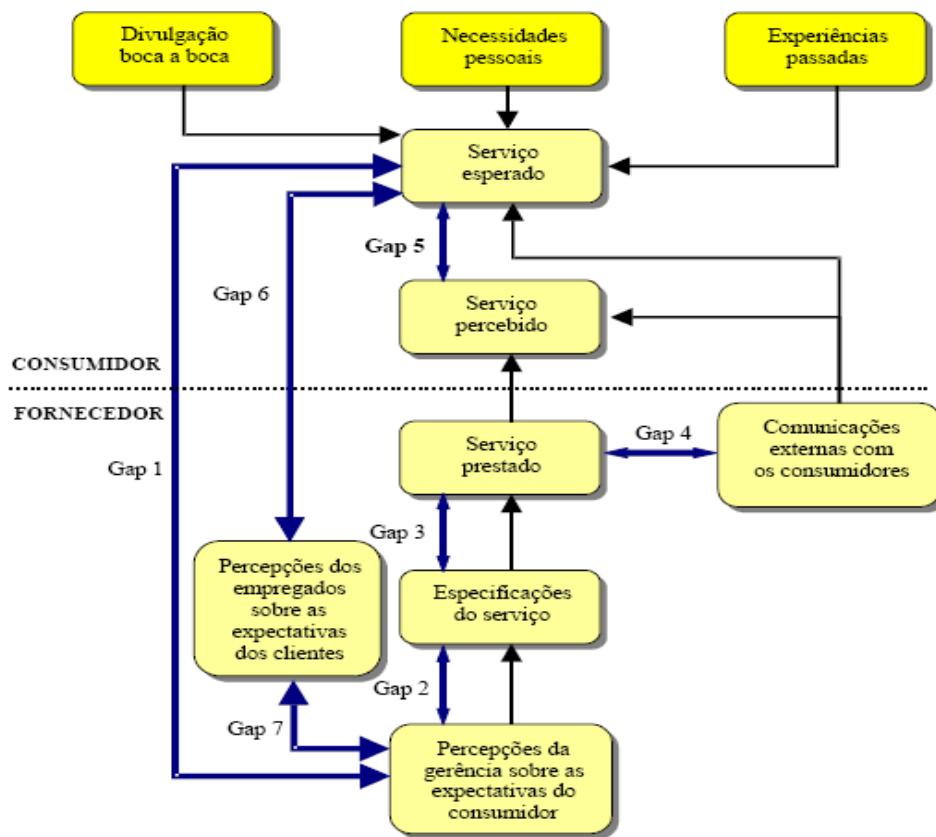
- GAP 5 (gap entre o serviço percebido e o serviço esperado): segundo Parasuraman et al. (1985), a chave para assegurar a boa qualidade do serviço é, portanto, eliminar o gap 5, é atender ou exceder as expectativas dos clientes sobre o serviço. Esse gap está situado no lado superior da figura 17 (Nível do consumidor/cliente) por se tratar da avaliação final do serviço. Isso significa, que os Gaps de 1 a 4 estão vinculados ao Gap 5. Portanto, os esforços dos gestores devem se concentrar nos Gaps 1 a 4.

Luk & Layton (2002) apud Shahin (2009) aprimoraram o modelo de análise de *gaps* da qualidade, acrescentando dois *gaps* ao modelo original, conforme a figura 17:

Gap 6, definido como o *gap* entre as percepções dos empregados e as expectativas dos clientes; este *gap* resulta das diferenças de entendimento dos empregados em relação às expectativas dos clientes.

Gap 7, definido como o *gap* entre as percepções dos empregados e as percepções da gerência, resultante das diferenças de entendimento das expectativas dos clientes por parte da gerência e empregados.

Assim, de acordo com Shahin (2009), os *gaps* um, dois, três, quatro, seis e sete, são identificados como funções relacionadas à área onde os serviços são prestados, enquanto o *Gap 5*, que pertence à área do cliente, é considerado a verdadeira medida da qualidade de serviço.

Figura 17: Modelo conceitual de qualidade de serviço – Sete Gaps

Fonte: Zeithaml, V. A.; Parasuraman, A.; Berry L. L. Delivering Quality Service. New York: The Free Press, 1990, Curry, 2002 e Luk & Layton, 2002 (apud SHAHIN, 2009).

Conforme Brown e Swartz (1989 apud GRÖNROOS, 1993:85),

a análise dos *gaps* da qualidade é uma forma direta e apropriada de identificar inconsistências entre as percepções do prestador e do cliente, no que diz respeito ao desempenho dos serviços. Abordar esses *gaps* parece ser a base lógica para a formulação de estratégias e táticas que assegurem expectativas e experiências consistentes aumentando, portanto, a probabilidade de satisfação e uma avaliação qualitativa positiva.

De acordo com Zeithaml et al. (1990), os dados obtidos através da escala SERVQUAL podem ser usados para a mensuração dos *gaps* de qualidade de serviço em diferentes níveis de detalhes como: para cada declaração, para cada dimensão ou a combinação das dimensões. A análise desses *gaps*, segundo os autores, permite às empresas prestadoras de serviço avaliar, não apenas a qualidade de serviço percebida, mas também identificar quais são as dimensões mais importantes, de acordo com as percepções dos clientes. Isso permite que as empresas dirijam seus esforços para essas dimensões, focando suas ações no que é verdadeiramente importante para os seus clientes.

O modelo de análise de *gaps* é reconhecido como a melhor contribuição para a literatura de área de serviços e busca orientar as empresas prestadoras de serviço na descoberta das razões para o problema da qualidade e na descoberta das formas apropriadas de eliminar os *gaps* (GRÖNROOS, 1993; SHAHIN, 2009).

Batenson e Hoffman (2001) advertem que, embora o modelo de análise de *gaps* forneça um instrumento básico de diagnóstico para a qualidade de serviço, para se tornar eficaz ele precisa estar embutido em um processo de qualidade de serviço que abranja toda a empresa.

Os autores sugerem as seguintes ações para que as empresas consigam aperfeiçoar a qualidade do serviço que transmitem: ouvir o cliente, pois a qualidade é definida por este e não com a conformidade às especificações da empresa; aumentar a confiabilidade da empresa, pois ela é o núcleo da qualidade de serviço; servir os elementos fundamentais, não fantasias; oferecer o serviço básico de modo confiável e sem falhas; reagir eficazmente às reclamações dos clientes (recuperação); surpreender os clientes, indo além das suas expectativas; tratar os clientes de maneira justa; trabalhar em equipe; realizar pesquisas com funcionários, pois essas pesquisas são tão importantes quanto às pesquisas com os clientes; e ter liderança capaz de favorecer os funcionários, de forma a inspirá-los e facilitar o seu trabalho.

Para melhor entender a importância da Escala Servqual, necessário se faz, abordar as cinco dimensões:

Concernente à **dimensão tangível**, conforme Zeithaml et al (1990), tangibilidade representa a aparência física das instalações, equipamentos, pessoas envolvidas e o material de comunicação. Na literatura sobre qualidade de serviço, a evidência física é chamada de dimensão tangível. Fundamenta-se, na adequação e no conforto do hospital, distingue-se a parte de hospedagem e a parte dos cuidados médicos assistenciais, entrelaçados. A evidência física é o ambiente onde o serviço é executado e onde a empresa interage com o cliente, ou seja, qualquer componente tangível que facilite o desempenho ou a comunicação do serviço. Ela é especialmente importante para comunicações relativas à confiabilidade dos serviços. Por serem os serviços intangíveis, os clientes geralmente procuram indicativos tangíveis ou evidências físicas, para avaliar o serviço, assim, alguns serviços são comunicados principalmente por meio de evidência física.

A aparência geral das instalações e da equipe do hospital dá subsídios tangíveis da qualidade de serviços que o paciente espera e consiste, em uma ampla gama de itens como arquitetura externa dos prédios, estacionamento, sinalização, salas de espera, consultórios,

unidades de internação, quarto dos pacientes, equipamentos, que são exemplos de evidência física do ponto de vista dos clientes.

Pode-se observar à luz da literatura que a avaliação da qualidade, na perspectiva dos pacientes, muitas vezes eles não têm condições de avaliar tecnicamente a assistência, contudo são capazes de avaliar a aparência externa do ambiente organizacional em toda sua dimensão. Na gestão hospitalar, tomou-se o conceito de ambiência para compreender e reorganizar a funcionalidade do hospital, destacando-se o espaço físico e a tecnologia, considerando que esses elementos não se conformam sem a mediância do bem atender e do bem assistir.

O ambiente físico nunca é neutro, ele emite, o tempo todo, mensagens para o paciente. Essas mensagens, tanto podem ser de cuidado e interesse como de extremo descuido e desinteresse. A partir do instante em que se entra em contato com o lugar em que se vai ser atendido, começa a experimentar sensações de bem-estar ou mal-estar, provocadas pelo ambiente e esse pode ser aconchegante e caloroso ou frio e impessoal.

Em serviços de saúde, a tecnologia é apenas um instrumento de trabalho para os profissionais, porque o produto final de seu trabalho não é um bem físico, e sim, um bem humanístico, por isso, o que se deve priorizar é a relação profissional-paciente e não profissional-máquina.

Quanto aos equipamentos, é outro aspecto que proporciona segurança e qualidade, tanto a equipe, como aos pacientes. Atualmente, a evolução tecnológica dos equipamentos faz com que médicos e clientes confiem muito nas indicações apontadas pelos aparelhos que nos investigam da cabeça aos pés, da pele aos órgãos mais íntimos, orientando os profissionais nas condutas e tratamentos e serem realizados.

Na verdade, não é tecnologia de ponta que dá vida e dinamismo ao hospital, mas são as pessoas que exercem suas funções em benefício daqueles que necessitam dos serviços hospitalares. Não há dúvidas de que a empresa que vai bem é aquela que está equipada, no entanto, não bastam apenas máquinas, hotelaria e tecnologia, e sim, assistência, qualidade e humanização.

Para Medeiros (2003), não é suficiente ao hospital dispor de toda uma estrutura moderna, equipamentos apropriados, atividades médicas e uma administração operativa, se tudo não estiver voltado completamente para a satisfação das necessidades dos usuários, inclusive com criatividade. Acrescenta ainda que antes de pensar em paredes, móveis e equipamentos, devem-se enxergar primeiro o usuário e, das suas necessidades, surgirá à

estrutura humanizada. Esta visão alerta que, o momento da humanização significa a busca do equilíbrio entre o uso da tecnologia e a atenção direta entre os profissionais de saúde e pacientes.

No contexto global deste milênio, existem limites para a consecução da produtividade nos hospitais, através da tecnologia, instalações modernas, arquitetura e decoração, equipamentos e conhecimento técnico-científico, porém, quando esses limites forem atingidos faz-se necessário investir na qualidade e na humanização as últimas grandes descobertas da tecnologia moderna.

Para Zanon (2001), qualidade na assistência médico hospitalar é muito mais do que apresentar belíssimas instalações e equipamentos sofisticados [...]. É algo tangível que depende da capacidade de diagnosticar, tratar, melhorar ou curar doenças físicas e mentais. Acrescenta que é algo que tem a ver com a solidariedade humana, a vida e a morte, mas que, todavia, precisa ser avaliado objetivamente.

Frente ao exposto, as instalações e aparência dos serviços, o ambiente físico que se proporciona aos clientes, comunica mais do que pensamos. Mesmo quando você não está presente, o ambiente estará lá falando por você. É um elemento que pode promover ou dificultar a recuperação e promoção da saúde. Portanto, o oferecimento de ambientes agradáveis, deveria fazer parte do processo de recuperação e preservação da saúde também.

Ênfase também é dada pelo paciente, à aparência da equipe. Na opinião da pesquisadora, esta observação deve-se ao quantitativo de profissionais que entram em contato direto com o paciente, os quais são responsáveis pelo padrão de qualidade da assistência, e a imagem da empresa se reflete através dos agentes cuidadores da saúde.

Nesse sentido, o perfil do profissional, sua postura e aparência representam a imagem do serviço, onde conforme Veríssimo, apud Medeiros (1999) uma instituição não tem cara e não tem alma: tem história, mas não têm histórias. Cara e histórias têm as pessoas que trabalham na instituição que são também os que lhe fornecem a alma. A preocupação com aparência, seja fardamento e/ou paramentação com certeza repercutirá na qualidade (imagem) da empresa e do profissional. Em concordância com os autores Berry (2001) explica que a dimensão tangível, não convence sobre o serviço de uma forma geral.

Quanto à **dimensão confiabilidade**, segundo Zeithaml et al. (1990) é a habilidade para realizar o serviço de forma confiável, precisa e consistente. O hospital que oferecer prestação no atendimento, no momento em que promete fazê-lo, tanto no ato da admissão do

paciente, como nas intercorrências verificadas durante a permanência do paciente no hospital, é primordial, porque pode conduzir a confiabilidade e ao monitoramento da qualidade do serviço, por serem situações que geram carga de ansiedade, medo e expectativas negativas, tanto por parte do paciente, como de seus familiares. Por isso, faz-se necessário colocar a assistência à saúde mais próxima daquilo que é a sua essência: servir ao ser humano, considerando que os sentimentos dos profissionais de saúde são, ao mesmo tempo, recursos para uma interação de qualidade e produto das inter-relações.

A qualidade na área de saúde tem uma conotação diferente que vai além de mera satisfação do cliente, ou seja, significa o ato de cuidar o ser paciente holisticamente. A confiança na instituição e nos profissionais de saúde que nela trabalha depende em grande parte da comunicação interpessoal e intersetorial.

As promessas da instituição relacionadas a cumprimento, confiabilidade e fornecimento de serviços no momento que prometem fazê-lo constituem fatores que chamam a atenção sobre a importância da imagem da empresa. A qualidade dos serviços de saúde envolve uma correta adequação de todos os serviços prestados às necessidades que o paciente apresenta.

A confiabilidade é princípio essencial da qualidade de um serviço. Assim, um serviço não confiável será sempre um serviço ruim, independente de outros atributos, pois os clientes julgam a confiabilidade de um serviço por suas experiências com esse serviço.

No que diz respeito à **dimensão responsividade**, que é definida como a disposição e vontade para ajudar os clientes e proporcionar o serviço prontamente Zeithaml et al. (1990). A mesma nos conduz à reflexão sobre a complexidade de se administrar um hospital para atender às expectativas dentro desta escala de importância, é mais que uma função, é um desafio, principalmente, pela concentração de profissionais, e isso remete à questão do relacionamento entre as pessoas, desenvolver a visão humanística, isto é, na condição de seres humanos, exercendo suas atividades em prol de outros seres humanos.

Os atributos relacionados às expectativas com relação ao trabalho da equipe conduzem à reflexão sobre as habilidades interpessoais, e a relação profissional-paciente, o lado humano do atendimento. Portanto, faz-se necessário alcançar um equilíbrio entre as habilidades técnicas e interpessoais no contato com o paciente.

Nesse contexto, o grande desafio da equipe de saúde é integrar o trabalho técnico com cuidado humanizado, visto que os profissionais são sempre avaliados pela pessoa que é

tratada. Cabe ao paciente avaliar se está ou não se sentindo amparado ou confortado, sendo assim, corresponsável pelo seu bem-estar. É preciso, portanto, estar atento, não só ao aspecto mecânico da assistência, mas também a todos os sinais emanados do paciente e de sua família, para que se possa assegurar um tratamento humanizado.

Para Bateson e Hoffman (2001), a qualidade é uma atitude, uma avaliação global do cliente por uma oferta de serviço, criada a partir de uma série de experiências avaliadas e, por isso, é muito menos dinâmica do que a satisfação.

A complexidade das organizações na área de serviços ocorre devido à intangibilidade de seus produtos, ressaltando que na área de saúde isto se acentua por estar sua atividade representada pelo atendimento às pessoas, com intervenções diretas sobre o seu corpo físico, psicológico e espiritual.

No tocante à dimensão segurança, a mesma representa o conhecimento e a cortesia dos empregados e sua habilidade em transmitir confiança e exatidão Zeithmal et al. (1990).

O cuidado ao paciente vai muito além de mera execução de atividades tecnicamente adequadas, nas quais os envolvidos são treinados para tal. A partir do momento em que esta relação é iniciada, pessoas entram em cena, cada qual exercendo seu papel numa troca que envolve conhecimentos, habilidades, conflitos, inseguranças, medos e tantos outros sentimentos.

Os profissionais que trabalham em hospital e prestam assistências ao paciente nas 24 horas do dia e nos 365 dias do ano é uma espécie de coluna vertebral, através da qual passam os ligamentos para todo o corpo hospitalar se movimentar e devem estar em consonância com os programas de humanização e qualidade.

Quando se faz um resgate histórico sobre as filosofias, modelos conceituais e teorias, todos eles nos conduzem à qualidade da assistência, à visão holística do ser paciente. Esta visão de totalidade deve ser o princípio básico para nortear as ações na assistência ao paciente por sua direta e contínua presença no ambiente hospitalar. Trabalhar no ambiente hospitalar torna-se também uma missão a cumprir e não somente uma profissão a exercer.

O hospital sendo uma empresa, segundo Zanon (2001), é também um conjunto de processos, que podem ser classificados em duas categorias gerais: administrativos e médicoassistenciais. Essas duas categorias interagem para produzir o efeito principal que é a condição de saída do paciente, cuja qualidade ao final depende da efetividade e da eficiência de cada um deles.

A dimensão empatia é definida como a atenção e o carinho individualizado proporcionado aos clientes Zeithaml et al. (1990), além da simpatia, o entusiasmo e a atenção da equipe afetam positivamente as percepções dos pacientes quanto à qualidade do serviço.

Em ambientes de prestação de serviços, a satisfação do paciente muitas vezes é influenciada pela qualidade da interação interpessoal entre o funcionário e o paciente. Quanto melhor a qualidade da comunicação entre as equipes do hospital e seus pacientes, maior será o nível de satisfação do paciente com relação aos serviços prestados. Os prestadores de serviços constituem o lado humano da organização, e existe expectativa que forneçam serviços excelentes.

Todas as atitudes do profissional repercutem sobre o paciente e terão significados terapêuticos ou antiterapêuticos e a comunicação adequada pode diminuir conflitos detectados na interação com o indivíduo. O atendimento das necessidades do paciente depende quase sempre do tipo de comunicação que se estabelece com os profissionais. Outro ponto que destacamos é a consciência do profissional quanto a sua capacidade de comunicação e de diálogo com o paciente, isso com certeza constituem-se o alcance dos objetivos da assistência.

O setor de saúde e seus serviços são áreas que trabalham essencialmente com pessoas e para pessoas, de uma forma muito intensa, onde o momento da realização do trabalho (atendimento) ocorre junto com a interação dos profissionais e seus usuários.

As habilidades interpessoais ou a relação profissional-paciente ou o lado humano do atendimento, são termos que para Feldman (2003), indicam o papel dessas habilidades na relação entre pessoas, aquelas que permitem ao primeiro relacionar-se de forma construtiva com o segundo. Por isso, é necessário alcançar o equilíbrio entre as habilidades técnicas e interpessoais no contato com o paciente, além disso, é importante detectar e atender as questões emocionais, quanto fazer um bom exame físico, formular um diagnóstico preciso e indicar o tratamento adequado, ou seja, é a mudança de paradigma de uma postura organicista para humanística.

Considera-se que, ao entrar em contato com o paciente, o profissional lhe transmite sua disponibilidade e seu interesse, através de cinco habilidades cuja mensagem é, na maior parte do tempo, não verbal: preparar o ambiente, acolher, assumir posturas físicas, observar e escutar.

A essência humana se encontra basicamente no cuidado, e representa uma atitude, uma preocupação e um envolvimento afetivo com o outro, ou seja, uma atenção centrada no paciente.

Para Mezzomo (2003), pode ser estranho, mas quem vive a realidade hospitalar tem motivos de sobra para lembrar e insistir que o paciente é pessoa humana, gente, criatura sublime em sua estrutura física, no seu conjunto um ser tão perfeito que só um divino poderia ser o arquiteto e engenheiro a projetá-lo, pois, estes são alguns dos motivos que levam a dar toda atenção, competência, carinho e amor no atendimento.

As reflexões sobre a tarefa assistencial conduzem também ao campo ético. A questão ética surge, quando alguém se preocupa com as consequências que sua conduta tem sobre o outro. Para cuidar de alguém é preciso oferecer o próprio e valioso ser a outra como fonte de cura, é tornar-se disponível à experiência daqueles que estão enfermos.

3.2 Setor Hospitalar

Na área hospitalar, Babakus e Mangold (1992) examinaram a utilidade da escala SERVQUAL através de uma investigação empírica. Para tanto, os autores escolheram um hospital de médio porte dos Estados Unidos e aplicaram a escala SERVQUAL com algumas alterações que foram por eles assim justificadas:

- *redução do número de itens (de 22 para 15)*: os itens subtraídos por decisão dos pesquisadores e gestores do hospital ocorreram em virtude de alguns questionamentos não terem sido considerados relevantes para o ambiente hospitalar e outros itens foram excluídos por apresentarem redundância.

- *adoção de respostas, para cada item, na versão Likert 5 pontos (ao invés de 7)*: esta modificação foi baseada na experiência da equipe de gestores do hospital em pesquisas anteriores onde indicaram que a escala Likert 5 pontos reduz o nível de dúvidas dos pacientes respondentes e com isso, aumentaria o número de respostas e a qualidade das mesmas.

- *conversão de frases negativas para frases positivas*: após a aplicação do teste preliminar também se observou que a inclusão de expressões positivas e negativas nos itens da escala gerou dúvidas e dupla interpretação por parte dos respondentes. Os autores Vogels et al, (1989) apud Babakus e Mangold, (1992) alertaram que as distribuições de frequências das pontuações das expressões negativas eram bimodais, enquanto que as distribuições das expressões positivas eram unimodais. Os referidos autores conceituaram distribuições bimodais, quando aparecem dois pontos distintos com frequências mais elevadas do que as dos pontos vizinhos, o que, neste caso, evidencia uma provável falta de entendimento por parte dos respondentes dos itens a eles apresentados por meio de expressões negativas.

O trabalho de Babakus e Mangold (1992), através de análises de confiabilidade e validade (por meio de Correlação e Análise Fatorial Exploratória) concluiu que a escala SERVQUAL é confiável e válida no ambiente hospitalar e em uma variedade de outros serviços.

Os autores Bowers et al. (1994) investigaram quais atributos determinam a qualidade e a satisfação na prestação de serviços hospitalares. A pesquisa feita pelos autores em um hospital mostrou que os pacientes apontaram, além das dez dimensões originais de qualidade de serviço propostas por Parasuraman et al. (1988) no SERVQUAL, outras duas dimensões para avaliação dos serviços em hospitais: cuidado e atenção (envolvimento humano) por parte das equipes médica e de enfermagem, e consequências do serviço recebido como exemplo: cura, alívio de dores, entre outros.

Afirmam os autores que normalmente os consumidores dos serviços de saúde não são capazes de avaliar a qualidade técnica dos serviços que recebem e por isso utilizam elementos da qualidade associados à prestação do serviço de saúde, e afirmam que os pacientes definem a qualidade do serviço de saúde nas seguintes dimensões (humanas): empatia, confiabilidade, responsividade, comunicação e atenção.

Sugerem ainda, que os administradores de serviços de saúde devem discutir com os profissionais envolvidos na assistência, a necessidade de se inserir os seguintes passos:

- determinar os atributos específicos de qualidade usados pelos clientes de cada organização para julgar a qualidade e tentar priorizar estes atributos;
- estabelecer meios (exemplo escala SERVQUAL modificada) pelos quais tais atributos possam ser medidos;
- desenvolver táticas operacionais e especificar níveis de desempenhos adequados;
- incorporar a consolidação das dimensões da qualidade nas descrições das atribuições dos cargos, avaliações e estruturas de recompensas; e
- gerenciar as expectativas do cliente com relação ao nível de desempenho.

3.3 As Críticas

Em relação às dimensões que os clientes usam para julgar a qualidade de um serviço, Carman (1990) conduziu um estudo onde concluiu que pode ser necessário incluir outras

dimensões na escala SERVQUAL, além daquelas propostas por Parasuraman et al. (1988), com o objetivo de captar a definição do consumidor sobre a qualidade de serviço.

No exterior, diversos teóricos e empíricos questionaram a universalidade e a fidedignidade das dimensões da Escala Servqual, dentre eles: Carman (1990) Cronin e Taylor (1992), Butle (1996), Bigne et al (1997), Babakus e Mangold (1992), Teas (1994) e Brown et al. (1993) estabeleceram polêmica em relação ao modelo SERVQUAL de avaliação da qualidade em serviços como: as dimensões podem não ser tão genéricas; problemas de validade convergente e discriminante; a bateria de perguntas sobre expectativas e percepções; indicação de um modelo alternativo denominado SERVPERF; confusão que pode resultar entre satisfação com o serviço e com a qualidade de serviço e por não considerarem claro o significado do conceito de expectativas no Servqual.

No epicentro dessa discussão está a necessidade (ou não) de incluir as expectativas dos clientes na aferição da qualidade, com as consequentes repercussões nas avaliações de satisfação de clientes. Esses autores defendem, com base em testes de seus modelos, que não é necessário incluir as expectativas nas referidas avaliações. E, questionaram a utilização de resultados diferenciais na avaliação SERVQUAL, afirmando que essa forma de cálculo poderia levar a três problemas psicométricos associados ao uso de resultados diferenciais para avaliar qualidade de serviço que incluem: confiabilidade, validade discriminatória e problemas de restrição de variação que são definidas como:

- **Confiabilidade:** para os autores, medidas de resultados diferenciais *geralmente* demonstram má confiabilidade, porque qualquer correlação positiva entre os resultados de componente atenua a confiabilidade do resultado diferencial obtido. Isto significa, conforme os autores, que quando duas respostas são obtidas do mesmo respondente e em seguida subtraídas para formar uma medida de um terceiro constructo, raramente os componentes do resultado diferencial não se correlacionam positivamente.

- **Validade discriminatória:** refere-se a até que ponto medidas de constructos teoricamente não relacionados não se correlacionam entre si. Para os autores, o uso de resultados diferenciais pode originar validade discriminatória e torna questionável a validade do constructo resultante.

- **Restrição de variação:** acontece, quando um dos resultados de componente usado para calcular o resultado diferencial é consistentemente mais alto do que o outro componente.

Segundo os autores, isto acontece com a SERVQUAL, pois o nível esperado ou desejado de serviço *quase sempre* é mais alto do que o nível percebido do serviço real.

De maneira similar, no Brasil, Urdan (1995), Gonçalves (2000) e Veiga (1998), realizaram aplicações da escala onde não foram identificadas as cinco dimensões de forma idêntica à descrita originalmente, embora tenham concordado que as 22 questões tenham validade para detectar as percepções de qualidade por parte dos usuários. Estudos e pesquisas diversas, em países diferentes, apresentam resultados discrepantes, conforme afirma Veiga, (1998:23), que "as dimensões da qualidade podem estar associadas às especificidades culturais de cada país".

Para Cronin e Taylor (1992), a qualidade de serviço é mais bem conceituada como uma atitude e sugere que os consumidores formam uma atitude sobre um prestador de serviços com base em suas expectativas anteriores sobre o desempenho da empresa, o que tornaria um modelo "baseado em atitudes" mais eficaz de qualidade de serviço.

Com relação ao questionamento de Cronin e Taylor (1992), Brown et al (1993) e Parasuraman et al. (1994) defendem que um modelo baseado em atitudes não captura o comportamento dos consumidores com a mesma eficácia do modelo de qualidade de serviço e que os estudos de Cronin e Taylor (1992) focaram apenas as intenções de compra e mediram o constructo qualidade de serviço com uma escala inadequada, que esses resultados não foram conclusivos e sugeriram que futuras pesquisas examinassem o uso de resultados diferenciais e o uso do modelo de atitudes.

No contexto hospitalar, Reidenbach e Sandifer- Smallwood (1990) demonstraram a existência de problemas de medição, bem como, Babakus e Mangold (1992) mostraram expectativas que não podem contribuir para a relação entre qualidade e outras medidas-chave.

Entretanto, com o objetivo de otimizar a mensuração da qualidade de serviço, através do uso da SERVQUAL, comparar formatos alternativos de mensuração e atualizar a escala em relação às questões levantadas por Cronin e Taylor (1992), Brown et al (1993), e Parasuraman et al. (1994) modificaram a estrutura da SERVQUAL, de forma que a escala, além de capturar a lacuna entre o serviço percebido e o serviço desejado, denominada medida de superioridade do serviço (*Measure of Service Superiority - MSS*), capturasse também a lacuna entre o serviço percebido e o serviço adequado, denominada medida da adequação do serviço (*Measure of Service Adequacy - MSA*).

Nessa versão, as 22 declarações foram adequadas para deixá-las mais claras e eliminar algumas redundâncias contidas na versão anterior. Além disso, os pesquisadores

desenvolveram e testaram três formatos alternativos de questionários utilizados na escala, com uma, duas ou três colunas que visavam à eliminação de problemas psicométricos e problemas relacionados ao comportamento dos consumidores e facilitar a avaliação comparativa.

De acordo com Zeithaml et al. (1990), os dados obtidos, através da escala SERVQUAL podem ser usados para a mensuração dos *gaps* de qualidade de serviço em diferentes níveis de detalhes como: para cada declaração, para cada dimensão ou a combinação das dimensões. A análise desses *gaps*, segundo os autores, permite às empresas prestadora de serviço avaliar, não apenas a qualidade de serviço percebida, mas também identificar quais são as dimensões mais importantes, de acordo com as percepções dos clientes. Isso permite que as empresas dirijam seus esforços para essas dimensões, focando suas ações no que é verdadeiramente importante para os seus clientes.

3.4 – Estudos Utilizando a Escala SERVQUAL

Para melhor fundamentar esse estudo, realizamos uma revisão de literatura composto de pesquisas, que aplicaram a escala SERVQUAL em hospitais, avaliando a qualidade dos serviços do ponto de vista dos pacientes e profissionais de saúde, conforme os quadros a seguir:

Quadro 16: Estudos Empíricos sobre a Utilização da Escala Servqual

Autores/ Título Resumido	População Objeto do Estudo	Ano e País	Tamanho da Amostra	Tipo de Análise	Descrição e Conclusões
Vandamme, R. e Leunis, J. Desenvolvimento da escala de itens múltiplos para a medição da qualidade de serviços nos hospitais.	Pacientes de um hospital geral da Bélgica.	Bradford, 1993.	Total da amostra, 90 com amostra final de 70.	Instrumento SERVQUAL	Como o referido estudo avaliou a qualidade somente do ponto de vista do paciente, sugere outros estudos de contatos interpessoais entre pacientes e fornecedores de serviços.
Scardina, S. A. Servqual: uma ferramenta para avaliação da satisfação do paciente com o serviço de enfermagem.	Pacientes	Estados Unidos 1994	Não referenciada	SERVQUAL	O resultado aponta que os enfermeiros provêm o serviço para os pacientes e que o papel deles/delas é influente na satisfação global. Indica também abertura para melhoria alimentar.
Anderson, E. A. Medindo a qualidade de serviço nas clínicas de saúde universitárias.	Pacientes (estudantes) do Centro de Saúde da Universidade de Houston.	Bradford, 1995	A amostra foi composta de 431 questionários.	Instrumento SERVQUAL	Mensurar a qualidade do serviço é importante para avaliar a eficácia do planejamento estratégico no que diz respeito à melhoria da qualidade. Para atingir esses objetivos, o referido Centro de Saúde planeja administrar o SERVQUAL em uma base anual. Os pacientes deram uma menor importância aos aspectos tangíveis e empatia.
Youssef, F. N. et al. Qualidade do tratamento de saúde em hospitais.	Pacientes do Hospital de Midlands.	Bradford, 1995	300 questionários distribuídos com amostra final de 186.	Instrumento SERVQUAL	O instrumento SERVQUAL deve ser usado anualmente para avaliar resultados; projetar a melhoria contínua nos hospitais de NHS e comparar mudanças de qualidade do serviço entre hospitais. O desafio é exceder a expectativa do cliente, melhorar a qualidade do serviço, institucionalizar a qualidade em todos os hospitais de NHS, desenvolver importante papel de gerência na melhoria da qualidade e isso requer planejamento, coordenação e sobretudo, compromisso total.

Quadro 17: Estudos Empíricos sobre a Utilização da Escala Servqual

Autores/ Título Resumido	População Objeto do Estudo	Ano e País	Tamanho da Amostra	Tipo de Análise	Descrição e Conclusões
Youssef, F. N. et al. Qualidade do tratamento de saúde em hospitais.	Pacientes de hospitais de NHS.	Inglaterra 1996	A amostra foi composta de 174 pacientes.	Técnica de pesquisa de mercado internacionalmente usada - SERVQUAL	O resultado na avaliação global da qualidade nas cinco dimensões: tangibilidade, confiança, sensibilidade, segurança e empatia, foi significativamente negativo.
Lam, S. S. K. Servqual: uma ferramenta para a apuração da opinião dos pacientes dos serviços sobre a qualidade nos hospitais em Hong Kong.	Pacientes de hospitais de Hong-Kong.	Abingdon, 1997	Dos 84 pacientes pesquisados a amostra final foi 82.	Escala SERVQUAL	Esse estudo afirma que, baseado em dados fora dos E.U. A, o SERVQUAL parece ser uma escala consistente e de confiança para medir a qualidade do serviço e do cuidado de saúde. A escala exhibe medidas de confiança, válidas para avaliar as expectativas e desempenho.
Dennis, K. et al. Identificando forças e fraquezas da qualidade do serviço usando SERVQUAL: um estudo de serviços dentais.	Pacientes registrados em um curso de marketing em uma universidade ocidental.	New York, 1997	A amostra foi composta de 162 pacientes.	Escala SERVQUAL	O estudo indica que a SERVQUAL modificado pode identificar graus de satisfação e pode ajudar a identificar na prática dental o que poderia ser melhorado e que uma avaliação da qualidade do serviço com SERVQUAL é diagnóstica.

Quadro 18: Estudos Empíricos sobre a Utilização da Escala Servqual

Autores/ Título Resumido	População Objeto do Estudo	Ano e País	Tamanho da Amostra	Tipo de Análise	Descrição e Conclusões
Nigel, S. Melhoria de qualidade contínua no cuidado de saúde agudo: criando uma aproximação holística e integrada.	Equipe de funcionários e pacientes.	Bradford, 1997	Amostra aleatória composta de 478 questionários com amostra final de 235.	SERVQUAL	A aplicação do instrumento resultou nas seguintes medidas: projetar melhoria contínua; foco das ações para o paciente/cliente; inserção das equipes de funcionários nos programas de qualidade (ação educativa e não punitiva); envolver toda empresa; educação permanente das equipes.
Camilleri, D. e O`Calla – ghan, M. Comparando a qualidade do serviço de tratamento público e privado.	Pacientes de hospitais de Malta.	Bradford, 1998 1999	Não referenciado	Método SERVQUAL	Em Malta, o serviço privado é considerado como ser de qualidade superior aquele fornecido pelo setor público. Os pacientes consideram a qualidade do profissional e do cuidado técnico e o grau de atenção individual os dois aspectos mais importantes na qualidade do serviço.
Lim, P. C. e Tang, N. K. H. Um estudo das expectativas dos pacientes e a satisfação nos hospitais de Singapura.	Pacientes de hospitais de Singapura.	Bradford, 2000.	Foram distribuídos 300 questionários com amostra final de 252.	Escala SERVQUAL	Os autores demonstraram como o instrumento SERVQUAL poderia ajudar os hospitais a identificar as características do serviço que são importantes para os pacientes. Dessa maneira, os hospitais de Singapura, podem melhorar seu nível de qualidade e a eficácia da SERVQUAL pode ser monitorada ao longo do tempo. A garantia e a responsividade foram as dimensões críticas da qualidade dos serviços dos hospitais em Singapura. A dimensão garantia constituiu o mais sério problema. As expectativas dos pacientes são elevadas e os resultados foram baixos neste estudo. Concluem os autores que, melhorar a qualidade do serviço requer planejamento, coordenação e sobretudo, compromisso total dos gerentes, médicos e equipe de funcionários.

Quadro 19: Estudos Empíricos sobre a Utilização da Escala Servqual

Autores/ Título Resumido	População Objeto do Estudo	Ano e País	Tamanho da Amostra	Tipo de Análise	Descrição e Conclusões
Murrow, C. A. e Murrow, J. O que faz um bom enfermeiro?	Enfermeiros.	Chicago, 2002	Amostra composta de 105 questionários.	Escala SERVQUAL	Os respondentes classificaram as dimensões confiabilidade, responsividade, empatia e garantia como importante para a qualidade dos cuidados. Houve correlação elevada entre a confiabilidade e a competência técnica, entretanto, a confiabilidade despontou como o fator mais importante nesse estudo.
Curry, A. e Sinclair, E. Avaliando a qualidade dos serviços fisioterápicos usando a SERVQUAL.	Pacientes de três serviços de fisioterapia de um hospital de Dundee.	Bradford, 2002.	450 questionários foram distribuídos e 134 forma analisados.	Modelo SERVQUAL	Esse estudo confirma a utilidade e a potencial relevância da SERVQUAL no contexto do setor público para determinar prioridades do consumidor e medida de desempenho do serviço.
Jabnoun, J. e Chaker, M. Comparando a qualidade de hospitais públicos e privados.	Pacientes dos hospitais de Abu, Dhabi, Sharjah e Dubai.	Bradford, 2003.	400 questionários foram distribuídos e 205 respostas foram recebidas.	Versão SERVQUAL modificado.	Os gerentes de healthcare devem usar esse questionário para avaliar sua qualidade de serviço. O estudo sugere que os problemas enfrentados, relacionados à qualidade de serviço devem ser resolvidos através de treinamento para enfermeiras, médicos e administradores.
Sohail, M. S. Qualidade de serviço nos hospitais: mais favoráveis do que você poderia imaginar.	Pacientes atendidos em cinco hospitais privados da Malásia.	Bradford, 2003	De 1000 questionários distribuídos, 186 retornaram e 150 compuseram a amostra final.	Escala SERVQUAL adaptada.	A qualidade percebida é uma medida importante para influenciar a percepção dos consumidores. Os esforços do governo para modernizar hospitais com o Accreditation melhoraram com sucesso o nível de qualidade do serviço. O número de expectativas obtidas indica que os malasianos têm baixas expectativas com relação à assistência de saúde privada. As altas percepções registradas neste estudo, que excedem as expectativas, indicam que os malasianos percebem a qualidade de serviço de forma positiva, onde todas as medidas atribuídas superam as expectativas. As descobertas deste trabalho são importantes para os administradores dos hospitais na Malásia com relação aos aspectos não clínicos do serviço de qualidade. Em geral, em comparação com outros países como Hong Kong e Turquia, os fornecedores de cuidados de saúde da Malásia parecem fazer um trabalho melhor para conseguir a satisfação do cliente e a qualidade do serviço.

Quadro 20: Estudos Empíricos sobre a Utilização da Escala Servqual

Autores/ Título Resumido	População Objeto do Estudo	Ano e País	Tamanho da Amostra	Tipo de Análise	Descrição e Conclusões
Hercos, B. V. S. e Berezovsky, A. Qualidade do serviço oftalmológico prestado aos pacientes ambulatoriais, do Sistema Único de Saúde – SUS.	Pacientes ambulatoriais do SUS – Fundação Hilton Rocha.	Belo Horizonte – MG – Brasil, 2004.	100 pacientes	Escala Servqual adaptada	O grau de insatisfação com o serviço prestado foi discreto principalmente na dimensão segurança. Foi detectado que é na confiabilidade a maior deficiência. Os dados obtidos sugerem que monitorar a qualidade do serviço, através do emprego periódico da Escala Servqual permitiria planejar estratégias de intervenção de alta efetividade como também monitorar respostas a essas ações.
Borges, J. B. C. et al. Qualidade do serviço prestado aos pacientes de cirurgia cardíaca do Sistema Único de Saúde - SUS	Pacientes de cirurgia cardíaca da Santa Casa de Misericórdia.	Marília, São Paulo, Brasil - 2006.	82 Pacientes	Análise modelo Servqual	O paciente de cirurgia cardíaca tem expectativa alta quanto ao serviço médico-hospitalar. Ele da importância à dimensão segurança não sendo relevante a tangibilidade e confiabilidade. Os dados obtidos sugerem que a qualidade deste serviço pode ser monitorada periodicamente pela Escala Servqual.
Cruz, W. B. S. e Melleiro, M. M. Análise da satisfação dos usuários de um hospital privado.	Usuário em unidades de Internação de clínica médica e cirúrgica.	São Paulo - 2007	71 usuários	Escala Service Quality-Servqual	Quanto às dimensões confiabilidade, responsabilidade e empatia, todas foram valorizadas pelos usuários, principalmente relacionada ao desempenho dos colaboradores. Quanto à dimensão tangibilidade esta apresentou os menores índices de satisfação.

As conclusões extraídas das pesquisas apresentadas confirmam a consistência da Escala Servqual e sua aplicabilidade em diversos tipos de serviços. Explicitam ainda, os pontos fracos e fortes de cada serviço, as áreas para correção e aprimoramento bem como, sugestões para outros estudos.



CAPÍTULO 4

4. METODOLOGIA

Este capítulo tem a finalidade de apresentar a metodologia utilizada, o universo e amostra pesquisada, procedimentos adotados e os instrumentos de coleta de dados, bem como o tratamento estatístico para análise dos dados.

4.1 Natureza do Estudo

Para uma melhor compreensão do fenômeno investigado, optou-se pelo enfoque da pesquisa descritiva com abordagens qualitativa e quantitativa com o objetivo de maior abrangência do universo pesquisado. As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, o estabelecimento de relações entre variáveis. São incluídas neste grupo, as pesquisas que têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população (GIL, 2010).

Segundo Polit e Hanger (2006), a abordagem quantiqualitativa envolve a manipulação dos dados numéricos, através de procedimentos estatísticos, com propósito de descrever fenômenos ou avaliar a magnitude e a confiabilidade das relações entre eles. A revisão bibliográfica perdurou no decorrer da investigação, fundamentando os resultados obtidos.

De acordo com Demo (2008), os termos quantidade e qualidade não ensejam sentidos dicotômicos estantes, mas facetas da mesma realidade. Para o autor, quantidade para a qualidade é base e condição, enquanto que a qualidade, por sua vez, aponta para a dimensão da intensidade.

4.2 Cenário de Investigação

A pesquisa foi realizada no Estado da Paraíba-Brasil, na cidade de Campina Grande, em seis hospitais credenciados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, classificados como hospital geral de médio e grande porte. A escolha do local se deve ao fato de ser a segunda cidade do Estado da Paraíba, com maior número de hospitais credenciados pelo SUS de referência para atendimento de pacientes da macroregião do interior do Estado.

A cidade de Campina Grande situa-se a 120 km da capital do Estado da Paraíba, João Pessoa, é considerada um dos principais polos industriais e tecnológicos da Região Nordeste do Brasil, foi fundada em 1697, tendo sido elevada à categoria de cidade em 1864. Possui 3 universidades públicas e seis faculdades privadas, é pólo de educação e de tecnologia com um curso de Ciências da Computação nota 10 na avaliação do Ministério da Educação e mais três cursos de referência: Matemática, Pedagogia e Engenharia Elétrica.

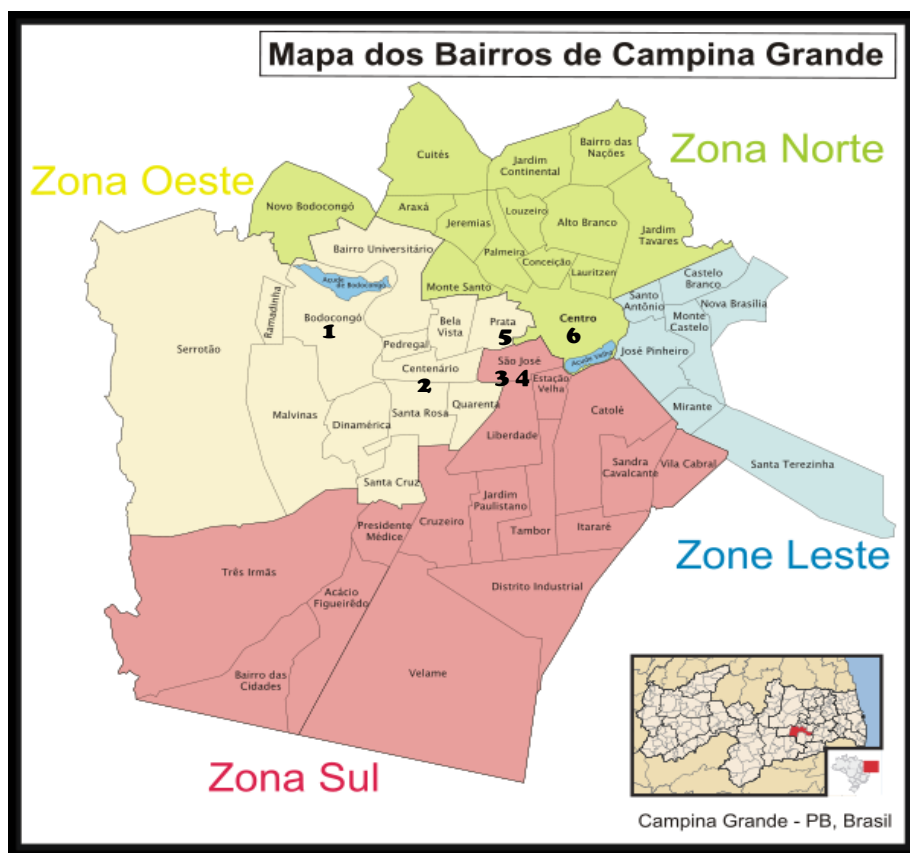
Atualmente, é classificada como a segunda cidade mais populosa do Estado da Paraíba, com 383.764 mil habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2009). Exerce grande influência política e econômica sobre o Compartimento da Borborema, que é composto por mais de 60 municípios (possui aproximadamente um milhão de habitantes), em cuja área engloba 5 microrregiões denominadas: Agreste da Borborema, Brejo Paraibano, Cariri, Seridó Paraibano e Curimataú.

4.3 Objeto de Estudo

Essa pesquisa teve como objeto de estudo os pacientes, os profissionais e gestores de seis hospitais públicos, privados e filantrópicos da cidade de Campina Grande-Pb. O objetivo da investigação foi analisar o nível de implantação da gestão da qualidade pelos hospitais credenciados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, na cidade de Campina Grande – Paraíba – Brasil, na percepção dos pacientes, gestores e profissionais.

Para a classificação dos hospitais, utilizamos como parâmetros de avaliação, os instrumentos elaborados pela Coordenação de Assistência Médica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), com base nos critérios estabelecidos pelo Conselho Nacional de Classificação Hospitalar. Nesse estudo, foram selecionados 2 hospitais públicos, 2 hospitais filantrópicos e 2 hospitais privados, totalizando assim 6 hospitais, distribuídos nos bairros da cidade, como ilustra a Figura 18:

Figura 18: Distribuição geográfica dos hospitais pesquisados na cidade de Campina Grande-PB, 2010.



Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Campina_Grande (acesso em 01/07/10 às 16h37minh)

Nesse estudo, definiu-se como hospital público (oficial) aquele que é mantido por órgãos de administração centralizada federal, estadual e municipal (SANTOS, 2010).

Caracteriza-se hospital filantrópico aquele que é particular não lucrativo, que de acordo com o Decreto nº 1.840, de 20 de julho de 1973, proporciona assistência gratuita a um quinto do total de seus serviços. Conforme Zanon (2001), para ser caracterizado como filantrópico, o hospital deve preencher três requisitos básicos: destinar 20% de sua receita bruta para atendimento gratuito às pessoas carentes; destinar pelo menos 60% dos seus leitos ao Sistema Único de Saúde e não conceder remuneração, gratificação ou vantagem de qualquer espécie aos membros da diretoria. No que concerne ao hospital privado ou particular, define-se como aqueles que operam com a finalidade de obter lucros.

Em relação à distribuição do número de leitos, os hospitais pesquisados são classificados como de médio (50 a 150 leitos) e grande porte (151 a 500 leitos). No que se refere à especialidade clínica todos os hospitais selecionados, são hospitais gerais.

Zanon (2001) define hospital geral como o que tem condições de prestar assistência, em regime de internação, a várias especialidades de clínica médica e cirúrgica, podendo limitar sua ação a um grupo etário (hospital infantil), a um determinado grupo da comunidade (hospital militar) ou a uma finalidade específica (hospital de ensino).

A rede hospitalar da cidade de Campina Grande é composta de 12 hospitais, com 2.159 leitos credenciados pelo SUS, atendendo nas seguintes especialidades:

Quadro 21 - Distribuição do número de leitos de acordo com a especialidade e a forma de credenciamento.

Nº de leitos por Especialidades	Forma de credenciamento		
	Existente	SUS	Não SUS
Cirúrgico			
Buco Maxilo Facial	13	10	3
Cardiologia	77	48	29
Cirurgia Geral	162	94	68
Endocrinologia	16	14	2
Gastroenterologia	26	21	5
Ginecologia	44	25	19
Nefrologia urologia	29	18	11
Neurocirurgia	60	58	2
Oftalmologia	27	19	8
Oncologia	13	2	11
Ortopedia traumatologia	91	60	31
Otorrinolaringologia	31	7	24
Plástica	31	17	14
Torácica	29	23	6
Total	649	416	233
Clínico			
AIDS	8	8	0
Cardiologia	72	47	25
Clinica Geral	353	265	88
Dermatologia	1	1	0
Geriatria	15	6	9
Hematologia	5	3	2
Nefro urologia	30	7	23
Neonatologia	70	37	33
Neurologia	44	36	8
Oncologia	28	25	3
Pneumologia	55	39	16
Total	681	474	207
Complementar			
UTI Adulto	102	81	21
UTI Infantil	40	34	6
UTI Neonatal	23	15	8
Unidade Intermediaria	22	18	4
Unidade Intermediaria Neonatal	24	23	1
Unidade Isolamento	14	13	1
UTI Adulto I	9	9	0
UTI Infantil I	7	7	0
Obstetrícia Cirúrgica	86	38	48

Obstetrícia Clínica	111	83	28
Pediatria Clínica	362	316	46
Crônicos	2	2	0
Psiquiatria	665	603	62
Cirúrgicos	13	13	0
AIDS	6	6	0
Saúde Mental	8	8	0
			0
Sumário			
Total Clínico/Cirúrgico	1330	890	440
Total Geral	2824	2159	665

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; (<http://cnes.datasus.gov.br> – acesso em 11/02/2010).

Do total de 2159 leitos, foram excluídos da pesquisa 1200 leitos que atendem nas seguintes especialidades: neonatologia, psiquiatria, neurologia, UTI adulto, pediátrica e neonatal, unidade intermediária adulta e neonatal, unidades de isolamento e pediatria. Portanto, 959 leitos foram considerados como o universo da pesquisa e foram selecionados os hospitais que atenderam os seguintes critérios:

- Quanto à assistência hospitalar: hospital geral;
- Quanto à classificação: hospital oficial, (administração centralizada federal, estadual, municipal, hospitais privados e filantrópicos credenciados pelo SUS);
- Quanto ao grupo etário: hospital de adultos (acima de 20 anos);
- Quanto ao número de leitos: hospital de médio e grande porte.

4.4 População e Amostra

O universo da pesquisa foi caracterizado pelos pacientes, gestores e profissionais de seis hospitais da rede pública, privada e filantrópica credenciada pelo SUS na cidade de Campina Grande-PB.

Para inclusão do gestor na pesquisa, o critério adotado foi estar o mesmo no topo da administração (direção).

Para seleção dos pacientes foram estabelecidos os seguintes critérios:

- ✓ Paciente na faixa etária acima de 20 anos;
- ✓ Grau de instrução: alfabetizado;
- ✓ Tempo de internação: hospitalizado há mais de 48 horas;

- ✓ Unidade de Internação: médico-cirúrgica;
- ✓ Quadro clínico: estável do ponto de vista médico e de enfermagem;

Critérios estabelecidos para os profissionais:

- ✓ Grau de instrução: graduação
- ✓ Cargo: gerência / supervisão

O tipo de amostragem adotado foi o de acessibilidade, que de acordo com Gil (2010), o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo. Dadas às dificuldades operacionais do processo de amostragem probabilística para escolha dos pacientes internos, optou-se pelo levantamento (ou survey) de uma amostra não probabilística, por conveniência ou intencional, obtida pelo critério de *acessibilidade*, composta de 479 pacientes, perfazendo 50% da população-alvo.

Deste total, 81 pacientes se recusaram a participar da pesquisa, 54 questionários apresentaram respostas incompletas, 14 apresentaram mais de uma resposta na mesma pergunta, 20 questionários apresentaram rasuras (induzindo dupla interpretação). Frente ao exposto, o tamanho final da amostra foi de 310 participantes o que satisfaz o critério do número de 5 casos por variável, defendido por vários autores.

Quanto à amostra dos profissionais, de um total de 275, 15 estavam de férias; 19 afastadas em licença maternidade e/ou tratamento de saúde; 25 instrumentos não foram devolvidos; 16 instrumentos apresentaram respostas incompletas e 15 instrumentos contendo enunciado com mais de uma resposta resultando em uma amostra final de 185 profissionais. Em relação aos gestores dos seis hospitais pesquisados, todos responderam integralmente ao questionário, apesar de algumas resistências iniciais e demora no preenchimento do mesmo.

A pesquisa foi conduzida de acordo com a Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2000). Portanto, antes de ser iniciado o processo de coleta dos dados, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba – (UFPB.).

Após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética (Anexos), foi apresentado aos profissionais e pacientes inseridos na investigação o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos), com os devidos esclarecimentos sobre os objetivos do estudo, a importância dos mesmos na participação da pesquisa, colocando-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais.

4.5 Instrumentos de Coleta de Dados

Foram aplicados três instrumentos. Aos gestores, foi aplicado um questionário com quatro blocos de questões abertas compostas de: o primeiro caracterizou as instituições pesquisadas quanto aos aspectos (classificação, especialidades médicas, serviços de internação, porte dos hospitais, números de profissionais, quantitativo de camas global e as destinadas ao atendimento SUS e tempo de funcionamento dos hospitais). O segundo bloco identificou os gestores quanto aos aspectos: gênero e formação. O terceiro bloco contemplou: o histórico dos hospitais, o estágio de desenvolvimento da qualidade (estágio de implantação, certificação, declaração da missão, manual de qualidade, compromisso da gestão com a qualidade, participação do paciente e do funcionário, plano de ação da qualidade e treinamento dos funcionários). A quarta etapa avaliou os motivos da implantação da qualidade, os fatores que interferem na implantação da qualidade e os benefícios/ retorno que a implantação da qualidade trouxe para o hospital.

Para a coleta de dados com o paciente, foi utilizado o questionário *SERVQUAL* constituído de dois blocos: O primeiro bloco com dados referentes às instituições de saúde (camas, classificação), e de dados demográficos dos participantes (gênero, faixa etária e escolaridade), o segundo, com questões referentes à expectativa e desempenho (Percepção) que contemplam cinco dimensões e foram constituídos de 15 questões cada, a serem respondidas em escala de Likert de 7 pontos (1: discordo totalmente,..., 7: concordo totalmente), este formato tem sido recomendado para pesquisas na área de saúde (Steiber 1989). Seguido de duas avaliações gerais, também em escala de 7 pontos (1: Muito ruim,..., 7: excelente): qualidade dos serviços oferecidos e qualidade da assistência prestada pelos hospitais.

Para atender aos objetivos do estudo, foram feitas algumas modificações da Escala Servqual, baseada na relevância das questões inerentes ao serviço hospitalar, bem como, no entendimento dos pacientes para responderem às questões. Foi mantida, a estrutura original dos instrumentos, apesar da linguagem ter sido adaptada para o contexto hospitalar. O questionário foi testado várias vezes para assegurar que o vocabulário, o formato, a extensão e a sequência das perguntas estavam apropriadas.

Nesse estudo, as cinco dimensões foram definidas por Zeithaml et al (1990) em:

- **Tangíveis:** aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoal e material de comunicação;

- **Confiabilidade:** habilidade para realizar o serviço prometido de forma confiável, precisa e consistente;
- **Responsividade:** disposição e vontade para ajudar os clientes e proporcionar o serviço prontamente;
- **Segurança:** conhecimento e atenção demonstrados pelos empregados e suas habilidades para transmitir confiança, segurança e credibilidade;
- **Empatia:** zelo e atenção individualizada que a empresa proporciona aos seus clientes.

As cinco dimensões originais da escala SERVQUAL (tangível, confiabilidade, responsividade, segurança e empatia) sofreram adaptações nas questões correspondentes de cada dimensão, oriundas da análise qualitativa junto aos pacientes, procurando-se adequar às especificidades da pesquisa com as seguintes justificativas:

- Redução do número de itens (de 22 para 15), também visto que os itens subtraídos não são importantes para o ambiente hospitalar e por apresentarem redundância;
- Conversão de frases negativas para frases positivas para melhor compreensão dos pacientes.

As modificações acima explicitadas estão em consonância com estudos encontrados na literatura (BABAKUS e MANGOLD, 1992).

Concernente ao instrumento aplicado aos profissionais, a caracterização do perfil sócio-demográfico abrangeu: distribuição dos profissionais por tipo de hospital, sexo, faixa etária, formação e escolaridade. Nessa etapa, avaliou-se qualidade do gerenciamento hospitalar (QGH), através de um instrumento estruturado composto de 6 construtos (liderança da gerência hospitalar, cooperação organizacional, liderança em tecnologia, força de trabalho, análise de processo informação e performance da qualidade de serviço).

4.6 Metodologia de Coleta de Dados.

Os dados foram coletados em três momentos: com os pacientes, gestores dos hospitais e com os profissionais (anexo).

A abordagem dos pacientes obedeceu aos seguintes critérios:

- Após autorização dos gestores dos hospitais selecionados para pesquisa e com a anuência das gerências das unidades de internação, foram consultados os prontuários dos pacientes e selecionados os mesmos, conforme os critérios anteriormente estabelecidos;
- Foi esclarecido a cada participante o objetivo da pesquisa e o mesmo assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo)
- A abordagem aos pacientes foi feita, utilizando-se um crachá identificando a pesquisadora com o objetivo de evitar o receio do paciente em se expor a algum tipo de represália por parte da equipe ou da administração do hospital;
- Garantiu-se o anonimato dos respondentes visando à obtenção de resposta mais sincera e maior adesão à pesquisa;
- O questionário foi aplicado nas unidades de internação de clínica médica e cirúrgica. A pesquisa foi desenvolvida no período da manhã e tarde, respeitando os horários de visitas médicas e de familiares, bem como as rotinas do serviço;
- O preenchimento foi feito pelo próprio paciente no quarto em que estava internado, contando com a presença da pesquisadora para eventuais esclarecimentos (o tempo médio da aplicação do questionário para cada participante foi cerca de 25 minutos). Este procedimento visou evitar a devolução em branco ou a não devolução do questionário.

Os dados foram analisados com uso da técnica de modelagem de equações estruturais (SEM) e de software Amos 8.0, SPSS 13.0 e outros testes estatísticos.

Quanto à abordagem com os profissionais, após a apresentação do objetivo da pesquisa e o termo de consentimento livre, esclarecido assinado (anexo), foi entregue o instrumento (questionário) e determinado o prazo para devolução do mesmo.

4.7 Validação da Escala Servqual Modificada (15 Questões)

Nesta seção são abordados alguns meios disponíveis para realizar a validação de escalas múltiplas. Os conceitos aqui descritos serão utilizados para validar os resultados obtidos pela aplicação da escala SERVQUAL quanto à qualidade dos serviços de saúde prestados pelos hospitais de Campina Grande-PB, verificando a *confiabilidade*, *dimensionalidade* e *validade da escala*, quando aplicada neste tipo de serviço.

CONFIABILIDADE, DIMENSIONALIDADE E VALIDADE

De acordo com Hair et al. (2005), antes de aceitar os resultados, o pesquisador deve submetê-los a um conjunto final de análises diagnósticas que avaliem o grau de generabilidade dos resultados pelos métodos de validação disponíveis. O objetivo da validação do modelo utilizado é demonstrar a generalidade dos resultados para a população total.

O uso de variáveis múltiplas e a confiança na sua combinação em técnicas multivariadas deve também concentrar atenção no *erro de medida*. Erro de medida é o grau em que os valores observados não são representativos dos valores verdadeiros. Muitas fontes podem originar erros de medidas. Elas vão, desde o erro de entrada de dados devido à imprecisão da medida, até a falta de habilidade dos respondentes em fornecerem informações precisas. Dessa forma, todas as variáveis usadas em técnicas multivariadas devem ser consideradas como tendo um certo grau de erro de medida.

Para avaliar e reduzir o erro de medida, deve-se levar em conta a *validade* e a *confiabilidade* da medida. A garantia da validade começa com a compreensão direta do que deve ser medido e então realizar a medida tão correta e precisa quanto possível. Entretanto, valores exatos não garantem validade, por que uma pergunta incorreta pode obter um valor exato, mas inválido.

Os autores Hair et al. (2005) apontam quatro questões básicas para a construção de escalas múltiplas: definição conceitual, dimensionalidade, confiabilidade e validade.

• **Definição conceitual**

A definição conceitual especifica a base teórica para a escala múltipla, definindo o conceito a ser representado em termos aplicáveis à pesquisa. No contexto gerencial, podem ser definidos conceitos como: empatia, segurança ou satisfação.

• **Confiabilidade**

Confiabilidade é o grau em que a variável observada mede o valor verdadeiro e está livre de erro. Quando a mesma medida é feita repetidamente, pode-se obter maior consistência nas medidas mais confiáveis do que nas medidas menos confiáveis. Deve-se avaliar as variáveis empregadas e medidas alternativas válidas, para então escolher a variável com maior confiabilidade. As medidas podem ser multivariadas, conhecidas como escalas múltiplas (a

escala SERVQUAL é um exemplo delas), nas quais diversas variáveis são reunidas em uma medida composta para representar um conceito ou dimensão. Para obter uma descrição mais próxima do valor verdadeiro das variáveis de interesse, deve-se trabalhar para aumentar a confiabilidade e a validade, pois o impacto do erro de medida e a confiabilidade ruim não podem ser diretamente observados.

De acordo com Malhotra (2001) e Hair et al. (2005), uma escala pode ser considerada confiável quando, ao ser utilizada em sucessivas medições, obtém-se resultados consistentes.

Existem pelo menos duas maneiras de medir a confiabilidade, ou grau de consistência entre múltiplas medidas de uma variável: uma é o *teste-reteste*, através do qual a consistência é medida entre as respostas para um indivíduo em dois pontos no tempo e a outra é a *consistência interna*, que avalia a consistência entre as variáveis de uma escala múltipla. A consistência interna avalia o quanto os itens ou indicadores (no caso da SERVQUAL, as declarações) medem o mesmo constructo e possuem uma alta inter-correlação.

Os autores, Hair et al. (2005), Malhotra (2001) e Parasuraman et al. (1994) adotam o coeficiente alfa de Cronbach para avaliar a consistência interna de escalas múltiplas. Esse coeficiente varia de 0 a 1 e o limite inferior geralmente aceito, de acordo com Hair et al. (2005) é de 0,70, podendo ser aceito 0,60. Esse limite inferior também é adotado por MALHOTRA (2001).

• Dimensionalidade

A dimensionalidade significa que os itens são unidimensionais, isto é, que eles são fortemente associados uns com os outros e representam um só conceito. O teste de unidimensionalidade é que cada escala múltipla deve consistir de itens com cargas altas em um único fator. A unidimensionalidade é avaliada, através do uso da técnica de análise fatorial.

• Validade

Após garantir que uma escala está de acordo com a definição conceitual, é unidimensional e atende aos níveis necessários de confiabilidade, deve-se fazer uma avaliação final que é a validade da escala.

A validade de uma escala se concretiza na validade de conteúdo e validade de construção ou de conceito. Uma escala tem validade de conteúdo, quando abrange todas as

dimensões que integram o conceito que pretende medir. A escala considerada introduz todos os elementos da participação definidos na literatura e colocados em aparatos teóricos, pelo que se supõe tal validade. A validade de construção se desdobra em validade convergente e validade discriminante.

Existem pelo menos mais três formas de validade: validade convergente, validade discriminante e validade nomológica.

Validade convergente avalia o grau em que duas medidas no mesmo conceito estão relacionadas. Correlações altas indicam que a escala está medindo o conceito pretendido.

Validade discriminante é o grau em que dois conceitos similares são distintos. O teste mais uma vez é a correlação entre medidas, sendo que a escala deve estar correlacionada com uma medida semelhante, mas conceitualmente distinta. Nesse caso, a correlação deve ser baixa, indicando que a escala múltipla é diferente do outro conceito semelhante.

Validade nomológica se verifica a uma escala, quando esta mede um conceito que nos permite identificar relações com outros conceitos que existem, de acordo com as considerações teóricas.

Análise Fatorial

De acordo com Hair et al (2005), a análise fatorial é um nome genérico dado a uma classe de métodos estatísticos multivariados cujo principal propósito é definir uma estrutura subjacente em uma matriz de dados. A análise fatorial aborda o problema de analisar a estrutura das inter-relações (correlações), entre um grande número de variáveis, definindo um conjunto de dimensões latentes comuns, chamadas de fatores. A análise fatorial é usada essencialmente para a redução e sumarização dos dados.

A análise fatorial é uma técnica de interdependência na qual todas as variáveis são simultaneamente consideradas, cada uma relacionada com todas as outras. Na análise fatorial, as variáveis estatísticas (fatores) são formadas para maximizar seu poder de explicação do conjunto inteiro de variáveis.

A análise fatorial pode ser **exploratória**, quando é utilizada para a busca de uma estrutura em um conjunto de variáveis ou como método de redução de dados, sem estabelecer restrições *a priori* sobre a estimação de componentes, nem sobre o número de componentes a serem extraídos; ou pode ser **confirmatória**, quando de antemão existem ideias sobre a

estrutura real dos dados baseados em suportes teóricos ou em pesquisas anteriores e serve para avaliar o grau em que os dados satisfazem a estrutura esperada.

Análise da Estrutura da Escala Servqual

1. Fiabilidade da Escala Servqual (ou Consistência interna)

A consistência interna ou fiabilidade da Escala Servqual para os serviços de saúde em Campina Grande-PB, constando de 15 questões, foi medida pelo coeficiente Alfa de Cronbach (GAPS = Perc - Exp) ou apenas as medidas da Percepção dos respondentes (n = 310).

Quadros: 22 e 23. Servqual: Gaps = Perc – Exp e Servqual: Percepção.

SERVQUAL GAPS = Perc – Exp. Alfa = 0,934 e Alfa padronizado = 0,936		SERVQUAL - Percepção. Alfa = 0,951 e Alfa padronizado = 0,951	
<i>Itens</i>	<i>Alfa de Cronbach se item for deletado</i>	<i>Itens</i>	<i>Alfa de Cronbach se item for deletado</i>
G1	0,933	P1	0,951
G2	0,934	P2	0,950
G3	0,936	P3	0,951
G4	0,928	P4	0,947
G5	0,926	P5	0,946
G6	0,929	P6	0,947
G7	0,930	P7	0,949
G8	0,928	P8	0,947
G9	0,928	P9	0,946
G10	0,931	P10	0,949
G11	0,929	P11	0,947
G12	0,931	P12	0,949
G13	0,928	P13	0,947
G14	0,926	P14	0,947
G15	0,929	P15	0,947

Segundo Hair et al (2005), um valor de pelo menos 0,70 reflete uma fidedignidade aceitável, embora reconheçam que esse valor não seja um padrão absoluto. Para o autor, se decisões importantes foram tomadas, a partir das escalas avaliadas, os pesquisadores devem se esforçar para que a confiabilidade do instrumento atinja valores de Alfa de Cronbach acima de 0,90, meta essa que foi alcançada nessa pesquisa, indicando boa consistência interna. No

Gap = Percepção – Expectativa, a média do alfa foi 0,934 e do alfa padronizado 0,936 e na medida de percepção a média tanto do alfa quanto do alfa padronizado foi 0,951.

Análise Fatorial Exploratória

Uma análise fatorial exploratória foi conduzida com uma amostra aleatória sistemática de 50% dos respondentes (amostra de ímpares) para a realização da validação da escala utilizada para medir a qualidade dos serviços de saúde em hospitais de Campina Grande-PB e confirmação das dimensões presentes no constructo qualidade de serviço, conforme definido no modelo de cinco *gaps*.

De acordo com Malhotra (2001), a análise fatorial exploratória pode ser utilizada para identificar dimensões latentes ou fatores que expliquem as correlações entre um conjunto de variáveis; identificar um conjunto novo, menor, de variáveis não-correlacionadas para substituir o conjunto original de variáveis correlacionadas; e identificar, em um conjunto maior, um conjunto menor de variáveis que se destacam.

A primeira etapa para a realização da análise fatorial começa pela identificação dos objetivos da análise, especificação das variáveis e determinação do tamanho adequado da amostra. De acordo com Hair et al. (2005) e Malhotra (2001), o tamanho da amostra deve ser de quatro a cinco vezes o número de variáveis. Hair et al. (2005) sugerem que o tamanho da amostra não deve ser menor do que 100 observações.

A segunda etapa é a construção da matriz de correlação, pois para que a análise fatorial seja apropriada, as variáveis devem ser correlacionadas. Nessa etapa, se as correlações entre as variáveis forem pequenas, a análise fatorial, pode tornar-se inadequada. Para determinar a adequação da amostra para a análise fatorial pode-se aplicar o teste de esfericidade de Bartlett Hair et al., (2005) para testar a hipótese nula de que as variáveis não sejam correlacionadas na população. Outra medida de adequação da amostra é o índice de adequabilidade da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (Hair et al.,2005). O KMO compara as magnitudes dos coeficientes de correlação parcial. Pequenos valores de KMO indicam que as correlações entre pares de variáveis não podem ser explicadas por outras variáveis, e que, portanto, a análise fatorial pode não ser aplicável. Quanto mais próximo de 1, melhor o índice KMO, que está contido no intervalo entre 0 e 1. Valores abaixo de 0,5 indicam que a análise fatorial pode ser inadequada.

A terceira etapa é a determinação do método de análise fatorial, que será a abordagem a ser utilizada para deduzir os pesos ou coeficientes dos escores dos fatores. Existem dois modelos básicos para obter soluções fatoriais: a análise de fatores comuns e a análise de componentes. A análise de componentes é a mais usada.

A quarta etapa é a determinação do número de fatores. O objetivo desta etapa é extrair um número menor de fatores do que o número de variáveis. Alguns critérios ajudam a determinar o número de fatores: determinação *a priori*, *scree plot*, determinação com base em autovalores e com base na percentagem da variância são alguns deles.

A quinta etapa é a rotação dos fatores, através da qual a matriz de fatores é transformada em uma matriz mais simples e mais fácil de interpretar. A rotação é chamada ortogonal, se os eixos são mantidos em ângulo reto e oblíqua, quando os eixos não se mantêm em ângulo reto e os fatores são correlacionados.

Finalmente, a sexta etapa é a interpretação dos fatores, que é facilitada pela identificação das variáveis que apresentam mais cargas sobre o mesmo fator.

4.8 Processamento e Análise dos Dados

Os dados foram analisados e interpretados, através da abordagem qualitativa e quantitativa e englobou duas fases: descritiva e analítica.

- Fase descritiva: nesta fase foram descritas as características gerais da amostra e após exame de consistência dos dados, os mesmos foram categorizados e codificados para análise, através de pacote estatístico.
- Fase analítica: os dados foram descritos, sob a forma de proporções, média e desvio padrão, sendo apresentados em forma de figuras, tabelas, gráficos, quadros e diagramas.

Para análise dos dados, utilizou-se o software Access - 2003 na construção de um banco de dados para as questões inerentes aos instrumentos de coleta dos dados. As informações contidas no banco de dados foram transferidas para o pacote estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) – versão 13.0. As variáveis estudadas foram mensuradas nos níveis das escalas: nominal, ordinal e intervalar. Inicialmente, efetuou-se a codificação das variáveis pertinentes, e procedeu-se a consistência dos dados. A seguir, utilizando a estatística descritiva se levou a cabo: (a) caracterização das instituições de saúde (classificação n° de camas, n° de profissionais e tempo de funcionamento do hospital) e

descrição dos dados relativos aos pacientes e profissionais (sexo, faixa etária, formação, escolaridade e distribuição dos profissionais), com a construção de tabelas de frequências simples, medidas descritivas, cruzamentos de variáveis (tabelas de frequências conjuntas) e gráficos estatísticos pertinentes.

Na sequência e, de acordo com objetivos específicos propostos, foi utilizado o procedimento da análise fatorial confirmatória para a modelagem de equações estruturais, conforme (Diagrama de Caminhos 5). Também foram aplicados os seguintes testes estatísticos, ao nível de 5% de significância:

- ◆ *Teste U de Mann-Whitney*: teste não paramétrico para comparação das médias dos postos de duas amostras independentes. Correspondente ao teste da razão “t” para verificação de igualdade entre as médias de duas populações independentes. Utiliza “distribuição livre”.
- ◆ *ANOVA de Kruskal-Wallis*: teste não paramétrico para comparação das médias dos postos de três ou mais amostras independentes. Correspondente à ANOVA (one-way) paramétrica para verificação de igualdade entre as médias de três ou mais populações independentes. Utiliza “distribuição livre”.
- ◆ *Teste Post-Hoc (comparação múltipla) de Dunn* – teste complementar à aplicação da ANOVA não-paramétrica de Kruskal-Wallis para verificar quais pares de tratamentos (categorias) apresentam diferença significativa em relação à variável quantitativa analisada.

As variáveis estudadas foram mensuradas nos níveis das escalas: nominal, ordinal e intervalar. Inicialmente, efetuou-se a codificação das variáveis pertinentes, e procedeu-se a consistência dos dados. A seguir, utilizando a estatística descritiva se levou a cabo: (a) caracterização das instituições de saúde (leitos, classificação) e descrição dos dados relativos aos pacientes (sexo, faixa etária e escolaridade) com a construção de tabelas de frequências simples, medidas descritivas, cruzamentos de variáveis (tabelas de frequências conjuntas) e gráficos estatísticos pertinentes.

De acordo com os objetivos específicos propostos e para um melhor entendimento, foi efetuada uma validação das dimensões propostas na escala SERVQUAL. Não houve confiabilidade ou consistência interna aceitável de boa parte das dimensões, segundo as expectativas dos pacientes pesquisados. Tendo em vista que as cinco dimensões propostas da escala SERVQUAL não terem atendido à confiabilidade aceitável, efetuou-se uma validação das dimensões, através das técnicas multivariadas da Análise Fatorial: a) aplicação da análise fatorial exploratória (AFE) para identificação das variáveis latentes, fatores ou dimensões presentes, a partir das cinco dimensões propostas pelos autores da escala SERVQUAL; (b)

análise fatorial confirmatória (AFC) foi então aplicada para validação (convergente e discriminante) das dimensões alcançadas na AFE, fazendo-se uso em cada um dos procedimentos da Análise Fatorial de uma amostra sistemática de 50% da amostra total. A AFE foi realizada pelo método de componentes principais e uso de rotação varimax para melhor interpretação dos fatores e a aplicação da AFC para verificação do modelo de mensuração da modelagem de equações estruturais, com uso do software AMOS 16.0. (ver Diagrama de Caminhos 5). Executaram-se, em seguida, aplicações de Análise de Agrupamento e Análise de Correspondência na busca de similaridades e dissimilaridades, também foram aplicados os seguintes testes estatísticos, ao nível de 5% de significância:

- ◆ Teste t para comparação de duas amostras independentes: teste paramétrico para comparação das médias de duas amostras independentes. Usa como condições ou premissas a normalidade e a homocedasticidade dos dados.
- ◆ Teste de Levene para comparação de duas variâncias: teste paramétrico para comparação da igualdade de duas variâncias populacionais (homocedasticidade). Usa a estatística F de Snedecor, graus de liberdade, $g.l = (v_1, v_2)$ como estatística de teste.
- ◆ ANOVA (de uma classificação): procedimento paramétrico para comparação das médias de três ou mais amostras independentes: premissas normalidade e homocedasticidade.
- ◆ Teste Post-Hoc (comparação múltipla) de Tukey – teste complementar à aplicação da ANOVA paramétrica (de uma classificação) para verificar quais pares de tratamentos (categorias) apresentam diferença significativa em relação à variável quantitativa analisada.
- ◆ Teste de Significância da Correlação de Pearson: teste paramétrico para verificação da significância do coeficiente de correlação r de Pearson. A medida de associação linear “ r ” entre duas variáveis quantitativas assume valores entre -1 a +1.
- ◆ Regressão Linear Múltipla apresenta como modelo estimado a equação $Y = a + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + b_kX_k$, onde b 'is são os coeficientes de regressão e a = intercepto. Coefficiente de determinação (R^2): fornece a porção da variação total da variável dependente Y explicada pela variável independente X no modelo. R^2 é o quadrado do coeficiente de correlação linear múltiplo R e assume valores entre 0 e 1 (ou 0 a 100%).

Portanto, nos procedimentos desenvolvidos para construção da análise estatística requerida na verificação das hipóteses propostas, foram usados, quando pertinentes, a amostra total objeto de estudo e a amostra aleatória sistemática obtida na aplicação da análise fatorial exploratória para identificação das dimensões presentes na escala SERVQUAL.

A Escala SERVQUAL é composta de 22 itens, distribuídos em subescalas distintas (as dimensões de qualidade), cujas respostas são dadas em escala Likert, pretendendo medir

tanto as expectativas quanto às percepções de qualidade por parte dos respondentes, abrangendo cada subescala uma das cinco dimensões em que a qualidade de serviços seria decomposta. A mensuração da qualidade de serviço percebida pelo usuário é feita através da medição das diferenças entre os escores de percepção e os de expectativa (confirmação/desconfirmação), de tal maneira que uma diferença negativa (expectativa maior que a percepção) indica qualidade percebida abaixo do esperado, e uma diferença positiva (percepção maior que a expectativa) indica percepção de qualidade acima da esperada.

Por ter sido desenvolvida em setores diversos, pretende ser genérica e aplicável a todos os tipos de organizações e ramos de serviços, se necessário com a introdução de adaptações, como sugerem os próprios autores, que em trabalho posterior de refinamento da SERVQUAL, promoveram algumas alterações em itens específicos, melhorando a redação de alguns itens e substituindo alguns outros, de modo a espelhar melhores propriedades psicométricas, tornando a escala mais fidedigna e válida (PARASURAMAN et al, 1991).

Em relação ao nível de implantação do modelo de gestão de qualidade nos hospitais com os gestores, na fase descritiva, utilizou-se a metodologia de Análise de Casos (Yin 2003;2008) e, na fase analítica, gráficos e quadros.

Concernente à avaliação da qualidade do gerenciamento hospitalar (QGH) envolvendo os profissionais, na fase descritiva após elencadas as características gerais da amostra e exame de consistência dos dados (Alfa de Cronbach, Modelagem Sem e o Teste de Tukey.), utilizou-se um instrumento estatístico para validar o modelo denominado analítico facilitado (Path Analitic Model) e na fase analítica, foram utilizados gráficos, tabelas, figuras e quadros.



CAPÍTULO 5

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dados coletados são finitos em si próprio, eles só possuem significado, à medida que são capazes de gerar informações para o processo de decisão, tendo como finalidade a melhoria contínua da qualidade.

Nesse estudo se avalia a satisfação do paciente como uma função da qualidade de serviço percebido em hospitais da cidade de Campina Grande-PB. As relações estatisticamente significativas são discutidas com a finalidade de contribuir com os gestores dos hospitais, profissionais e aqueles que elaboram as políticas de saúde na construção de estratégias centradas no paciente/ usuário com vistas a inovar serviços hospitalares e melhorar a assistência e a satisfação do paciente.

Do ponto de vista gerencial, trabalhar para e com qualidade requer fundamentação em fatos e dados, portanto, este capítulo apresenta os resultados obtidos sobre a avaliação da qualidade da assistência e dos serviços, enfatizando que esta temática é bastante complexa, uma vez que, existem muitas definições a esse respeito. Somam-se a isso, as características diferenciais dos serviços como: heterogeneidade, intangibilidade e inseparabilidade.

Considerando a complexidade das mudanças implantadas no setor de saúde, das atividades que até os dias de hoje se encontram cerceadas pela limitação de recursos que permeiam os setores públicos, em especial os hospitais que, pela sua própria natureza institucional, buscam a gestão pela qualidade total como estratégia gerencial para otimização de seu atendimento.

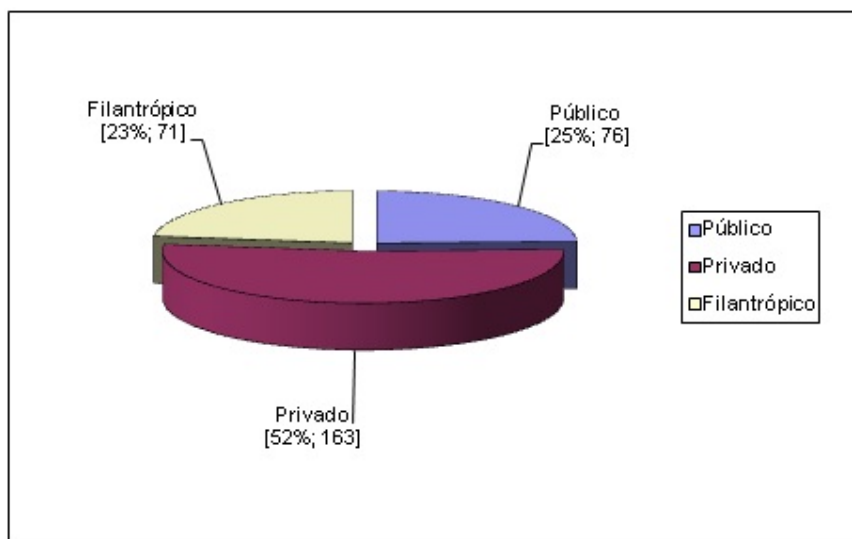
No momento atual, não é possível somente propagar a existência da qualidade, é necessário evidenciar por meio de indicadores confiáveis. Com base no exposto, fez-se uma análise dos dados obtidos dos pacientes, gestores e profissionais dos hospitais participantes deste estudo, acerca da qualidade dos serviços e da assistência prestada por instituições hospitalares credenciadas pelo SUS em Campina Grande, PB – Brasil, como mostram os resultados inseridos nesse estudo.

5.1 Análise Externa da Qualidade

5.1.1 Análise da Relação entre as Instituições Hospitalares e o Perfil Sócio-Demográfico dos Pacientes.

Para análise da relação entre as instituições hospitalares pesquisadas e o perfil dos pacientes desse estudo, foram utilizadas as variáveis institucionais referentes à classificação do hospital, de acordo com o Ministério da Saúde, e as variáveis referentes à identificação dos sujeitos participantes, tais como: sexo, faixa etária e grau de escolaridade, como mostram os gráficos a seguir.

Gráfico 2 - Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com a classificação dos hospitais. Campina Grande, PB – Brasil, 2010

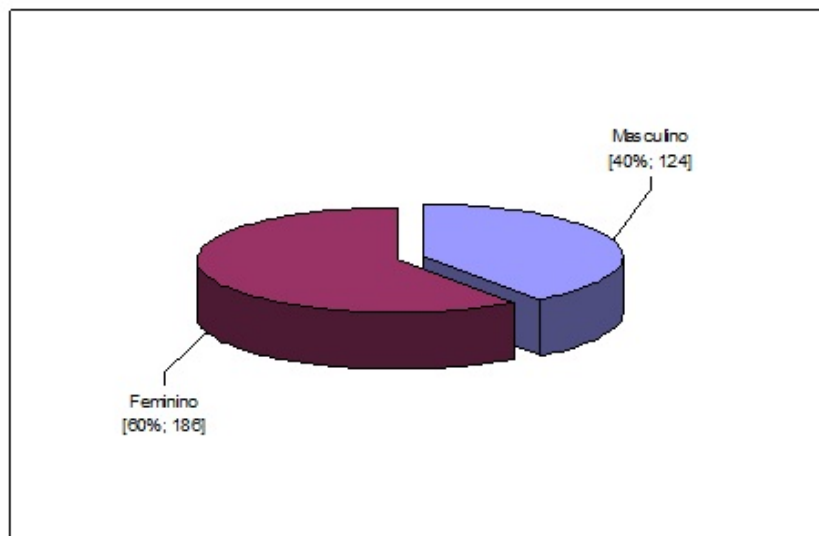


Fonte: Elaboração própria

Na análise da variável participantes da pesquisa, observa-se no gráfico 2, uma predominância de pacientes no hospital privado 52,6% (163), atribuindo-se esse fato a ocorrência de maior rotatividade dos pacientes internados em detrimento do hospital público e filantrópico onde a permanência dos pacientes é maior. O sistema de saúde brasileiro é composto por dois subsistemas: o público (SUS) e o privado constituído pela saúde suplementar (predominante) e os serviços particulares autônomos. Segundo dados da Agência Nacional da Saúde, 45,5% dos brasileiros têm plano de saúde. O Sistema de saúde brasileiro é misto (público para quem não pode pagar e privado para quem tem plano de saúde) está longe de se modelar pelo desnível da qualidade da assistência entre as duas clientela, ou seja, o sistema tem duas portas e, através delas, são oferecidos serviços completamente diferentes.

O SUS beneficia todos os brasileiros, direta ou indiretamente em campanhas de vacinação, resgate de urgência, medicamentos de alto custo, métodos contraceptivos, vigilância sanitária e transplante (Temporão, 2009). O sistema de saúde brasileiro é uma referência internacional, no entanto, enfrenta dois desafios a serem vencidos: a gestão e o financiamento.

Gráfico 3 - Distribuição dos pacientes atendidos nos hospitais, segundo o sexo. Campina Grande, PB- Brasil, 2010.

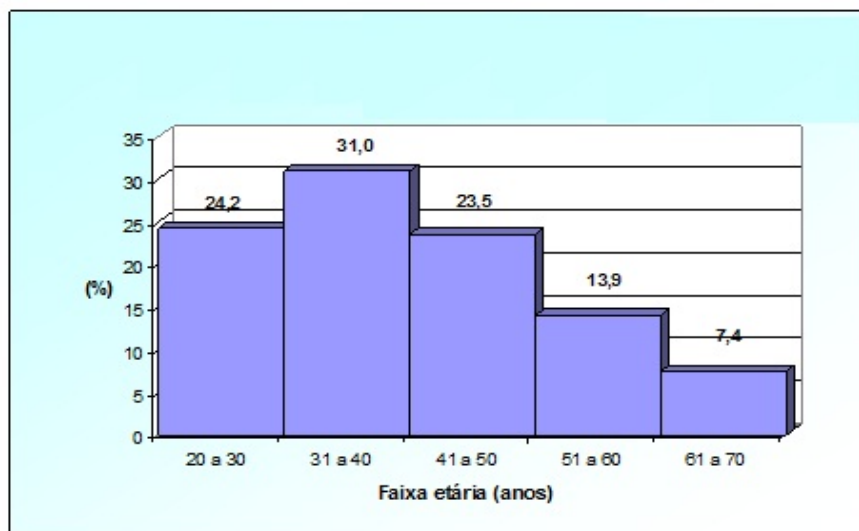


Fonte: Elaboração própria

Constata-se no gráfico 3 em relação à variável sexo que 60% dos sujeitos do estudo são do sexo feminino. Tradicionalmente, as mulheres têm um cuidado maior com a saúde que

os homens. Elas se cuidam mais, buscam mais o atendimento médico e, por isso, vivem mais (Moreira,1996). O Ministério da Saúde, ao comemorar os 20 anos do SUS implantou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2011).

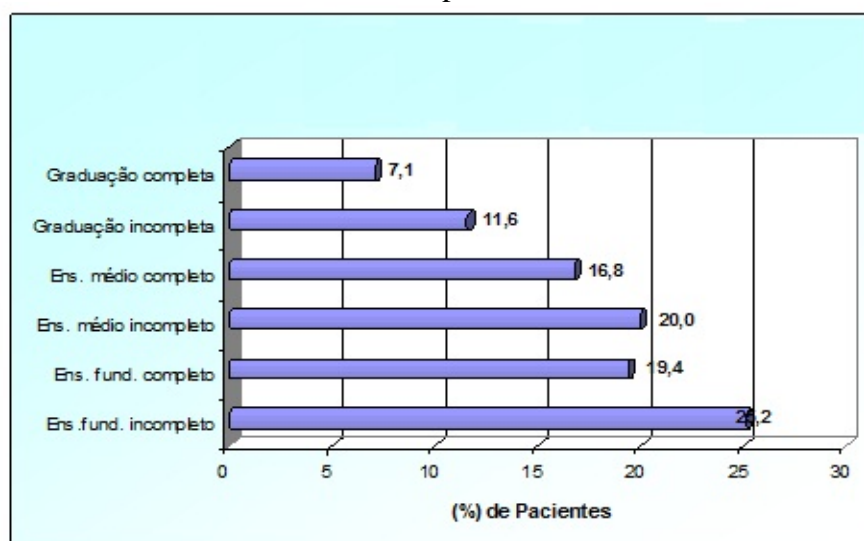
Gráfico 4 - Distribuição dos pacientes atendidos nos hospitais, segundo a faixa etária. Campina Grande, PB- Brasil, 2010.



Fonte: Elaboração própria

Quanto à variável faixa etária, observa-se que grande parte dos pacientes entrevistados, 55,2%, se encontram na faixa etária entre 20 e 40 anos, isso significa que a demanda desses hospitais é constituída de adultos jovens.

Gráfico 5 - Distribuição dos pacientes atendidos nos hospitais, segundo o grau de escolaridade. Campina Grande, PB-Brasil, 2010.



Fonte: Elaboração própria

Na análise da variável escolaridade, observa-se que 64,6% dos pacientes pesquisados possuem apenas ensino fundamental e ensino médio incompleto, o que denota um nível educacional baixo, e isto, influencia o indivíduo na busca do cuidado. Segundo a literatura as taxas de morbidade e mortalidade são mais elevadas na população com baixo nível de escolaridade.

5.1.2 Análise das Expectativas e Percepções dos Pacientes

Quanto à avaliação das expectativas e percepções dos pacientes, embora estes tenham sido orientados individualmente a não avaliarem um serviço de excelência, os mesmos atribuíram valores máximos as cinco dimensões da Escala Servqual. Portanto, faz-se necessário registrar, que os resultados obtidos na realização da pesquisa estão baseados na qualidade percebida pelos pacientes aqui entendidos como instrumento para incorporar a opinião do paciente à gestão do hospital.

Considerando que um dos resultados mais importantes dos grupos de discussão, é a explicação dos critérios utilizados pelos consumidores para julgar a qualidade dos serviços Zeithaml et al (1990), após analisar as questões e respostas levantadas pelos pacientes, identificaram-se os critérios gerais subjacentes, denominando-os de dimensões .

Para avaliar as expectativas e percepção dos pacientes assistidos pelos hospitais nas dimensões: tangibilidade, confiabilidade, responsividade, segurança e empatia utilizaram-se a medida de fidedignidade ou consistência interna. Para efeito de operacionalização do modelo cada construto foi substituído pelo seu indicador equivalente, obtido através da média da soma dos seus indicadores, conforme o quadro 24.

Quadro 24 - Medida de fidedignidade ou consistência interna para as dimensões do questionário SERVQUAL (Coeficiente *Alfa de Cronbach*).

Indicadores	Amostra dos clientes (n = 310)	
	Alfa de Cronbach (α)	Classificação
Expectativas (15 itens)	0,842	Satisfatório
1. <i>Tangibilidade</i> (3 itens)	0,483	Insuficiente
2. <i>Confiabilidade</i> (3 itens)	0,598	Insuficiente
3. <i>Responsividade</i> (3 itens)	0,425	Insuficiente
4. <i>Segurança</i> (4 itens)	0,629	Aceitável
5. <i>Empatia</i> (2 itens)	0,444	Insuficiente
Percepções (15 itens)	0,953	Excelente
1. <i>Tangibilidade</i> (3 itens)	0,783	Bom
2. <i>Confiabilidade</i> (3 itens)	0,860	Satisfatório
3. <i>Responsividade</i> (3 itens)	0,839	Satisfatório
4. <i>Segurança</i> (4 itens)	0,857	Satisfatório
5. <i>Empatia</i> (2 itens)	0,720	Bom
Avaliação geral (Serviço e Assistência)	0,910	Excelente

Fonte: Elaboração própria

O quadro 24 mostra a medida de fidedignidade ou consistência interna, verifica-se que o tipo de medida diagnóstica utilizada é o coeficiente de confiabilidade o qual avalia a consistência da escala inteira, sendo o *Alfa de Cronbach* a medida mais amplamente usada onde o limite inferior geralmente aceito é de 0,70 (HAIR et al 2005).

O *Alfa de Cronbach* foi calculado para testar a confiabilidade e consistência interna de cada fator para o questionário SERVQUAL (medida de qualidade de serviços), composto de 32 itens medidos pelos componentes Expectativas (15 itens) e Percepções (15 itens), comparando os dois componentes, através de cinco dimensões de qualidade de serviço: tangibilidade, confiabilidade, responsividade, segurança e empatia e seguido de duas questões de avaliação geral sobre “qualidade técnica (serviço)” e “qualidade funcional (assistência)”.

O resultado da avaliação geral do serviço e da assistência dos 32 itens foi igual a 0,910, enquanto que para a escala de 15 itens expectativa (0,842) e para os 15 itens percepção (0,953), com estes resultados, se comprova a consistência interna desse estudo. Muitos estudos têm indicado que ocorre variação significativa entre a expectativa da qualidade de

tratamento do paciente e a qualidade do serviço percebido do tratamento recebido, e que este fato é atribuído ao número de fatores relacionados à qualidade de serviço do tratamento oferecido (STRASSE et al. 1995, BUTLER et al, 1996; KANDAMPULLY, 1997).

Os resultados obtidos das estatísticas descritivas revelaram que as expectativas dos pacientes são muito elevadas o que se traduziu em desvios negativos. Assim, pode-se inferir que os pacientes são bastante exigentes possuindo expectativas muito elevadas ou então são pouco exigentes quando classificam as percepções atribuindo valores muito baixos, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1 - Expectativas dos pacientes entrevistados: Indicadores da qualidade de serviços dos hospitais (n = 310)

Dimensão	Questões	Média	D.	Escala de Likert (7 pontos)*						
				1	2	3	4	5	6	7
Tangibilidade	E1	6,54	0,890	-	0,3	1,3	2,9	7,4	15,5	72,6
	E2	6,06	1,103	0,6	1,3		6,1	16,8	31,6	43,5
	E3	6,02	1,291	1,9	-	2,3	8,4	14,2	23,5	49,7
Confiabilidade	E4	6,57	0,775	-	-	1,0	1,9	6,1	20,6	70,3
	E5	6,54	0,883	-	-	1,9	3,2	5,2	18,4	71,3
	E6	6,72	0,673	0,3	-	0,3	0,6	3,9	14,8	80,0
Responsividade	E7	6,38	0,854	0,3	-	0,6	2,6	8,1	33,2	55,2
	E8	6,61	0,848	0,3	0,3	1,0	1,9	4,2	17,7	74,5
	E9	6,45	0,845	0,3	0,3	0,3	1,6	8,4	28,1	61,0
Segurança	E10	6,72	0,619	-	-	0,3	1,3	3,2	16,5	78,7
	E11	6,48	0,873	0,3	-	0,6	2,9	8,1	22,6	65,5
	E12	6,56	0,867	-	0,6	0,6	2,9	6,1	16,8	72,9
	E13	6,11	1,059	0,3	0,3	1,6	5,5	16,8	29,0	46,5
Empatia	E14	6,46	0,846	-	0,3	0,3	3,5	7,4	25,8	62,6
	E15	6,48	0,835	0,3	-	1,0	1,3	7,7	26,5	63,2

Fonte: Elaboração própria extraída dos resultados do questionário Servqual

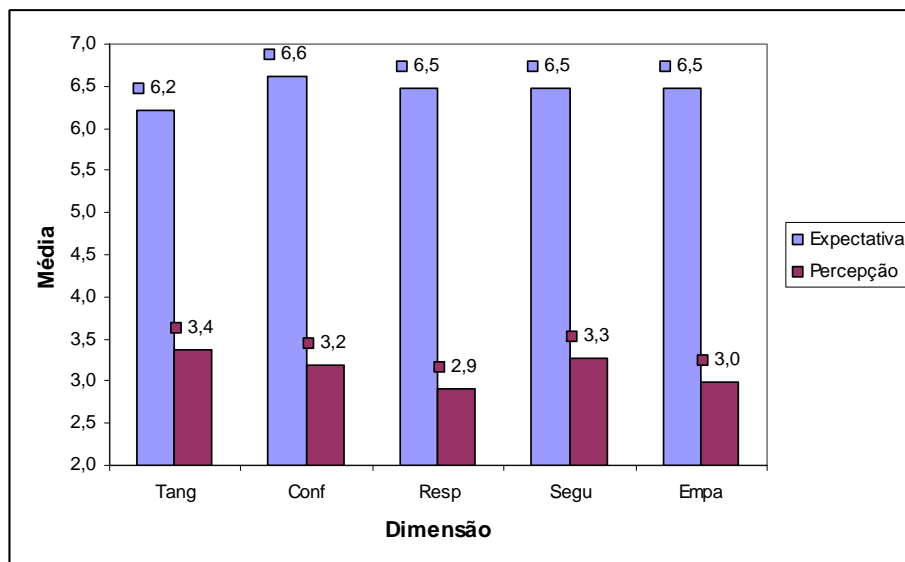
* Escala tipo Likert: 1- Discordo totalmente, 2, 3, 4, 5, 6 e 7 – Concordo totalmente.

Verifica-se na Tabela 1, a avaliação da expectativa e percepção dos pacientes assistidos pelos hospitais nas dimensões: tangibilidade, confiabilidade, responsividade, segurança e empatia onde, a menor média concentrou-se na dimensão tangibilidade (6,02) que se refere à aparência dos funcionários e as maiores médias às dimensões confiabilidade (6,72) concernente à confiança que os funcionários devem transmitir ao paciente e segurança (6,72) relacionado ao preparo dos funcionários, sendo que grande parte dos respondentes verbalizaram considerar o mesmo sentido a essas duas dimensões.

Na percepção da pesquisadora, as interrelações presentes nos serviços de saúde entre os integrantes do sistema é que faz a diferença, pois, abrange mais que um encontro físico, intermediado pela aplicação de medidas técnicas e científicas.

O gráfico 6, a seguir, apresenta os gaps entre expectativa e desempenho nas cinco dimensões, e responde à hipótese **H₄: Existe um Gap muito pequeno entre as expectativas e percepções dos pacientes.**

Gráfico 6 - Expectativas e percepções dos pacientes assistidos nos hospitais. Campina Grande, PB-Brasil, 2010.



Fonte: Elaboração própria

Na análise do gráfico 6, verifica-se um elevado nível de expectativa com médias que variaram entre 6,2 e 6,6 em detrimento do nível de percepção que registra média entre 2,9 a 3,4, evidenciando com esses resultados níveis de serviço percebido muito abaixo das

expectativas dos pacientes. Portanto, esse resultado não confirma a **H₄ que existe um Gap muito pequeno entre as expectativas e percepções dos pacientes.**

Na opinião da pesquisadora, as diferenças entre percepções e expectativas podem ocorrer com base nas variáveis gerais, como: nacionalidade, cultura, complexidade do serviço, subjetividade do serviço e no poder que a mídia exerce ao expor as fragilidades dos serviços à população, mostrando que o quantitativo de investimento que os governantes disponibilizam para a saúde é insuficiente e má distribuído. Destacam-se ainda, como variáveis específicas, o quadro clínico e emocional do paciente, a experiência de internação vivenciada anteriormente e número de contatos com as equipes em ambientes hospitalares.

5.1.3 Qualidade dos Serviços e a Satisfação dos Clientes

Nessa etapa fez-se a análise da qualidade dos serviços e a satisfação dos clientes com base nas dimensões, respondendo à hipótese **H₅: “Existem diferenças entre os GAPS expectativas-percepções segundo a natureza das instituições hospitalares pesquisadas”.**

H₅ - Hipótese nula H_0 , segundo os GAP's das cinco dimensões do SERVQUAL:

Dimensão 1 - TANGIBILIDADE

H₀: Não existem diferenças entre os gaps expectativas-percepções (Tangibilidade), segundo a natureza das instituições hospitalares pesquisadas.

H₁: Existem diferenças entre os gaps expectativas-percepções (Tangibilidade), segundo a natureza das instituições hospitalares pesquisadas.

Dimensão 2 - CONFIABILIDADE

H₀: Não existem diferenças entre os gaps expectativas-percepções (Confiabilidade), segundo a natureza das instituições hospitalares pesquisadas.

H₁: Existem diferenças entre os gaps expectativas-percepções (Confiabilidade), segundo a natureza das instituições hospitalares pesquisadas.

Dimensão 3 - RESPONSABILIDADE

H₀: Não existem diferenças entre os gaps expectativas-percepções (Responsividade), segundo a natureza das instituições hospitalares pesquisadas.

H₁: Existem diferenças entre os gaps expectativas-percepções (Responsividade), segundo a natureza das instituições hospitalares pesquisadas.

Dimensão 4 - SEGURANÇA

H₀: Não existem diferenças entre os gaps expectativas-percepções (Segurança), segundo a natureza das instituições hospitalares pesquisadas.

H₁: Existem diferenças entre os gaps expectativas-percepções (Segurança), segundo a natureza das instituições hospitalares pesquisadas.

Dimensão 5 - EMPATIA

H₀: Não existem diferenças entre os gaps expectativas-percepções (Empatia), segundo a natureza das instituições hospitalares pesquisadas.

H₁: Existem diferenças entre os gaps expectativas-percepções (Empatia), segundo a natureza das instituições hospitalares pesquisadas.

De acordo com os resultados, no quadro 25, **não se confirma a hipótese H₅ de que existem diferenças entre os GAPS expectativas – percepções, segundo a natureza das instituições hospitalares pesquisadas**, ou seja, a hipótese H₀ não foi rejeitada para cada uma das cinco dimensões do Servqual.

Nessa etapa, foi aplicada uma ANOVA paramétrica de uma classificação, não resultando diferença significativa dos GAP's = EXP – PERC pelos pacientes para as cinco dimensões Tangibilidade, Confiabilidade, Responsividade, Segurança e Empatia, segundo a natureza das instituições de saúde pesquisadas. A suposição de igualdade de variâncias das cinco dimensões foi assumida pelo teste de Levene.

QUADRO 25 - Análise de Variância (de uma classificação) para cada Gap das Dimensões do Servqual.

Dimensão	SS	g.l	MS	SS	g.l	MS	Estatística	Significância
	Efeito	Efeito	Efeito	Erro	Erro	Erro	F	p-valor
Tangibilidade ⁺	3,700	2	1,850	736,016	307	2,397	0,772	0,463
Confiabilidade ⁺	5,607	2	2,803	768,960	307	2,505	1,119	0,328

Responsividade ⁺	4,536	2	2,178	768,104	307	2,502	0,871	0,420
Segurança ⁺	4,109	2	2,055	650,741	307	2,120	0,969	0,381
Empatia ⁺	12,263	2	6,132	819,224	307	2,668	2,298	0,102

(⁺) Teste de Levene assume igualdade de variâncias para os grupos de hospitais: Pub, Priv e Filant

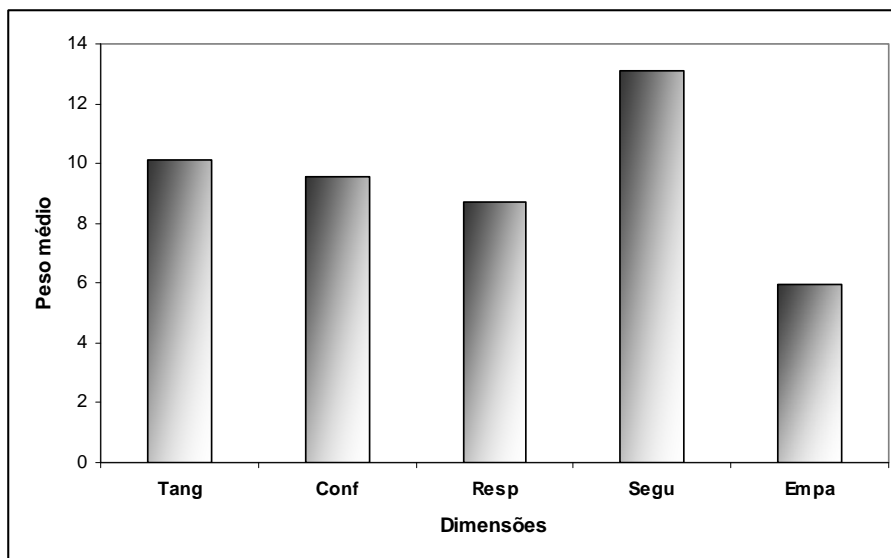
SQ: Soma de Quadrados; g.l: graus de liberdade; MQ: Média de Quadrados

(*) ANOVA, resultado não significativo para p-valor > 0,05

A qualidade dos serviços e a satisfação dos clientes dependem em grande medida daquilo que ocorre em tempo real, incluindo as ações dos funcionários e das interações entre estes e os clientes. As percepções se mostram inferiores às expectativas em todas as dimensões, indicando lacunas de serviço negativas (percepção - expectativa).

Quando da realização de cruzamentos estatísticos da amostra e analisados os resultados apresentados, constataram-se algumas dimensões melhor avaliadas por um mesmo grupo de pacientes, como ilustra o gráfico 7: Esse resultado, responde a **H₁: As cinco dimensões Tangibilidade, Confiabilidade, Responsividade, Segurança e Empatia proposta pela Escala Servqual, apresentam a mesma importância relativa.**

Gráfico 7 - Expectativas média das dimensões do SERVQUAL (nível de importância).



Fonte: Elaboração própria

Legenda: **Tang:** Tangibilidade

Conf: Confiabilidade

Resp: Responsividade

Segu: Segurança

Empa: Empatia

Na análise do gráfico 7, constata-se a expectativa média das dimensões do Servqual concernente ao nível de importância que a dimensão segurança foi considerada a mais importante das dimensões da qualidade de serviço, essa se destacou com visibilidade absoluta, enquanto que tangibilidade, confiabilidade ficaram superpostas, indefinidas de acordo com a opinião dos pacientes.

A expectativa entre os pacientes é a segurança que eles serão atendidos por uma equipe capacitada e competente, que os tratará profissional e eficientemente, e que os procedimentos corretos serão adotados desde o início. Portanto, quanto maior o nível de segurança fornecida pela equipe do hospital, maior será o nível de satisfação do paciente.

Frente a esse resultado, **não se comprova a hipótese H₁ que as expectativas dos pacientes referentes às cinco dimensões: tangibilidade, responsividade, confiabilidade, segurança e empatia proposta pela Escala Servqual apresentam a mesma importância relativa.**

O resultado dessa pesquisa não confirma o encontrado por Parasuraman et al (1988) e Lovelock e Wright (2001) onde a dimensão confiabilidade teria a maior importância e a tangibilidade a menor. Entretanto, esse resultado encontra respaldo na pesquisa de Cabral (2007)¹ onde a dimensão segurança foi considerada a mais importante pelos pacientes, seguida da dimensão confiabilidade. A pesquisa de Borges (2006)² também confirma que a dimensão segurança foi a mais relevante na opinião dos pacientes, seguida de atendimento e empatia.

Na percepção da pesquisadora, esse resultado não se atribui à subtração dos sete itens da escala original, nem das adaptações feitas, mas as características do serviço de saúde e a similaridade dos conceitos confiança e segurança na opinião do paciente.

Para Oliver (1993), enquanto os antecedentes da percepção de qualidade se constituem as desconfirmações de ideais, os antecedentes da satisfação se constituem as desconfirmações das expectativas preditivas, bem como a qualidade percebida. Assim, no modelo estrutural, apesar da não convergência, pode-se verificar no sistema de equações

¹ Objetivo: Utilizar o método dos fatores críticos de sucesso e a Escala Servqual para avaliar qualitativa e quantitativamente a qualidade percebida pelos clientes em serviços hospitalares, Amostra 39 pacientes; Local Recife-Pernambuco- Brasil

² Objetivo: Avaliar a qualidade do serviço prestado aos pacientes de cirurgia cardíaca no período hospitalar em serviço de SUS, identificando as expectativas e percepções dos pacientes. Amostra 82 pacientes, Local Marília São Paulo – Brasil

padronizadas que, das variáveis independentes que predizem a satisfação, a qualidade é a que possui maior impacto em relação à expectativa e valor percebido, o que corrobora ao previsto pelos modelos teóricos.

Na visão da pesquisadora, a qualidade de serviços só poderá ser criada por profissionais que tenham prazer em servir. A qualidade de uma empresa passa pela qualidade de seus departamentos, que é produzida pela qualidade pessoal dos que neles trabalham. E, é por isso, que a qualidade pessoal é o grande diferencial das organizações.

Portanto, os dados obtidos revelaram que a satisfação geral é concebida como resultante das várias percepções que o paciente vem acumulando ao longo da sequência de momentos de contato com as equipes.

5.1.4 Análise Comparativa dos Hospitais Dentro de Cada Dimensão da Percepção (ou Qualidade de Serviços Percebido)

A fim de investigar se existem diferenças estatisticamente significantes entre os três tipos de hospitais, a partir das cinco dimensões relativas à percepção (ou qualidade percebida), foi empreendida a análise de Variância ANOVA (de uma classificação), o Teste de Tukey, o qual realiza uma comparação múltipla entre as cinco dimensões e o Teste-*t* que realiza uma comparação das médias de percepção (ou qualidade percebida) entre as cinco dimensões, com o objetivo de responder à hipótese **H₆: O nível de percepção da qualidade do atendimento hospitalar percebido pelos pacientes difere, segundo a natureza dos hospitais pesquisados.**

QUADRO 26 - Análise de Variância (de uma classificação) para cada Dimensão da Percepção.

Dimensão	SQ	g.l	MQ	SQ	g.l	MQ	Estatística	Significância
	Efeito	Efeito	Efeito	Erro	Erro	Erro	F	p-valor
Tangibilidade ⁺	30,047	2	15,024	531,401	307	1,731	8,679	0,000*
Confiabilidade ⁺	24,699	2	12,349	615,203	307	2,004	6,163	0,002*
Responsividade ⁺	21,248	2	10,624	611,435	307	1,992	5,334	0,005*

Segurança ⁺	22,785	2	11,393	557,921	307	1,817	6,269	0,002*
Empatia ⁺	24,225	2	12,112	627,617	307	2,044	5,925	0,003*

⁽⁺⁾ Teste de Levene assume igualdade de variâncias para os grupos de hospitais: Pub, Priv e Filant

SQ: Soma de Quadrados; g.l: graus de liberdade; MQ: Média de Quadrados

(*) ANOVA, resultado significativo para p-valor < 0,05

O quadro 27, a seguir, apresenta os testes de Comparações Múltiplas (Post Hoc) para os resultados das ANOVAS que apresentaram diferenças significativas (p-valor < 0,05).

QUADRO 27 - Teste de Comparação Múltipla de Tukey Relativo a Qualidade Percebida das Dimensões do SERVQUAL.

1. Tangibilidade	Público (2,83)	Privado (3,56)	Filantrópico (3,55)
Público (2,83)		0,000*	0,003*
Privado (3,56)	0,000*		0,998
Filantrópico (3,55)	0,003*	0,998	
2. Confiabilidade	Público (2,72)	Privado (3,25)	Filantrópico (3,50)
Público (2,72)		0,018*	0,002*
Privado (3,25)	0,018*		0,433
Filantrópico (3,50)	0,002*	0,433	
3. Responsividade	Público (2,54)	Privado (2,91)	Filantrópico (3,29)
Público (2,54)		0,134	0,003*
Privado (2,91)	0,134		0,137
Filantrópico (3,29)	0,003*	0,137	
4. Segurança	Público (2,82)	Privado (3,34)	Filantrópico (3,58)
Público (2,82)		0,016*	0,002*
Privado (3,34)	0,016*		0,437
Filantrópico (3,58)	0,002*	0,437	
5. Empatia	Público (2,55)	Privado (3,01)	Filantrópico (3,36)
Público (2,53)		0,057	0,002*
Privado (3,01)	0,057		0,199
Filantrópico (3,36)	0,002*	0,199	

(*) Diferença significativa entre as médias, indicando subgrupos heterogêneos

As diferenças significativas contidas no quadro 27 seguiram a mesma tendência para as dimensões **Itens tangível, Confiabilidade e Segurança**. Assim sendo, após o Teste de Tukey, vê-se que o hospital *Público* apresentou percepção (ou qualidade de serviço prestado) diferente dos hospitais *Privado* e *Filantrópico*. Quanto às dimensões **Responsividade e Empatia**, houve diferença significativa da percepção, apenas entre os hospitais: *Público* e *Filantrópico*.

Na análise das comparações entre as médias das percepções dos pacientes para as dimensões do Servqual, segundo os três tipos de hospitais pesquisados, **se confirma a hipótese H₆ que o nível de percepção da qualidade do atendimento hospitalar percebido pelos pacientes difere, segundo a natureza dos hospitais pesquisados.**

Adicionalmente, foi aplicado o teste *t* para amostras dependentes na comparação das dimensões duas a duas:

Medidas Descritivas Resumo

Dimensões	N válido	Média	D. Padrão
Tangibilidade	310	3,38	1,35
Confiabilidade	310	3,18	1,44
Responsividade	310	2,91	1,43
Segurança	310	3,27	1,37
Empatia	310	2,98	1,45

Como se observa, a partir das medidas descritivas no resumo acima, as dimensões **Tangibilidade** e **Responsividade** apresentaram percepção média máximas e mínimas: 3,38 e 2,91, respectivamente.

QUADRO 28 - Aplicação do Teste *t* Para Amostras Dependentes, nas Cinco Dimensões

	Tangibilidade	Confiabilidade	Responsividade	Segurança	Empatia
Tangibilidade	0	0,201	0,472	0,111	0,402
Confiabilidade	0,001*	0	0,271	-0,090	0,201
Responsividade	0,000*	0,000*	0	-0,361	-0,070

Segurança	0,091	0,062	0,000*	0	0,291
Empatia	0,000*	0,000*	0,160	0,000*	0

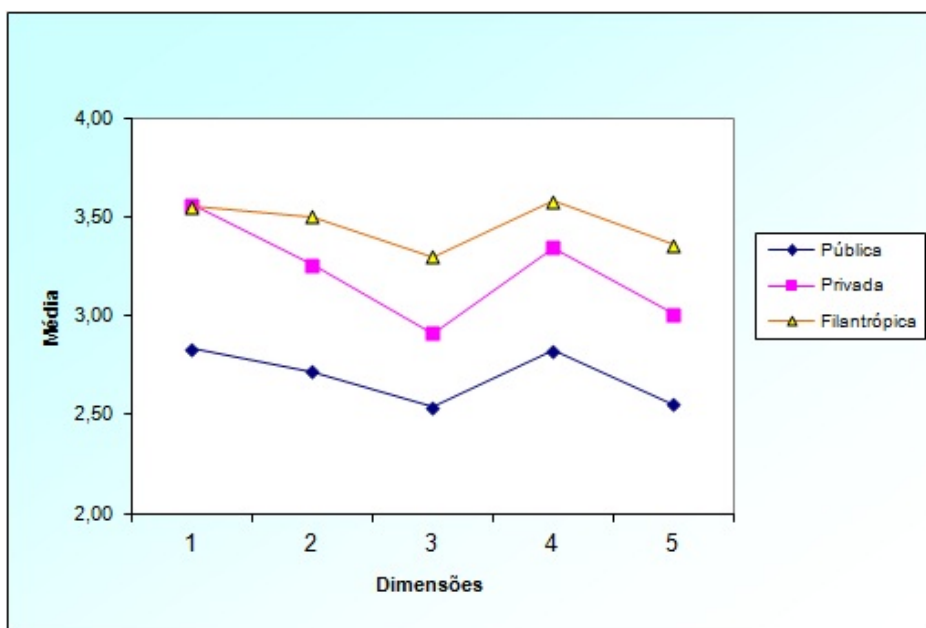
([†]) Matriz triangular superior, diferenças médias entre as dimensões

(*) Matriz triangular inferior, p-valor < 0,05, resultados significativos.

Na avaliação das médias das percepções dos pacientes através das cinco dimensões e dos 15 itens pesquisados, observa-se no quadro 28, que existe uma diferença na avaliação média da percepção entre os pacientes dos hospitais públicos, privados e filantrópicos. O paciente do hospital público apresentou a menor média na avaliação das cinco dimensões e o hospital privado e filantrópico, as maiores médias.

O gráfico 8 a seguir, apresenta o escore médio da qualidade percebida das cinco dimensões respeitando a classificação dos hospitais.

Gráfico 8 - Percepção da qualidade do serviço por dimensões, segundo o tipo de hospital. Campina Grande, PB-Brasil, 2010.



Fonte: Elaboração própria

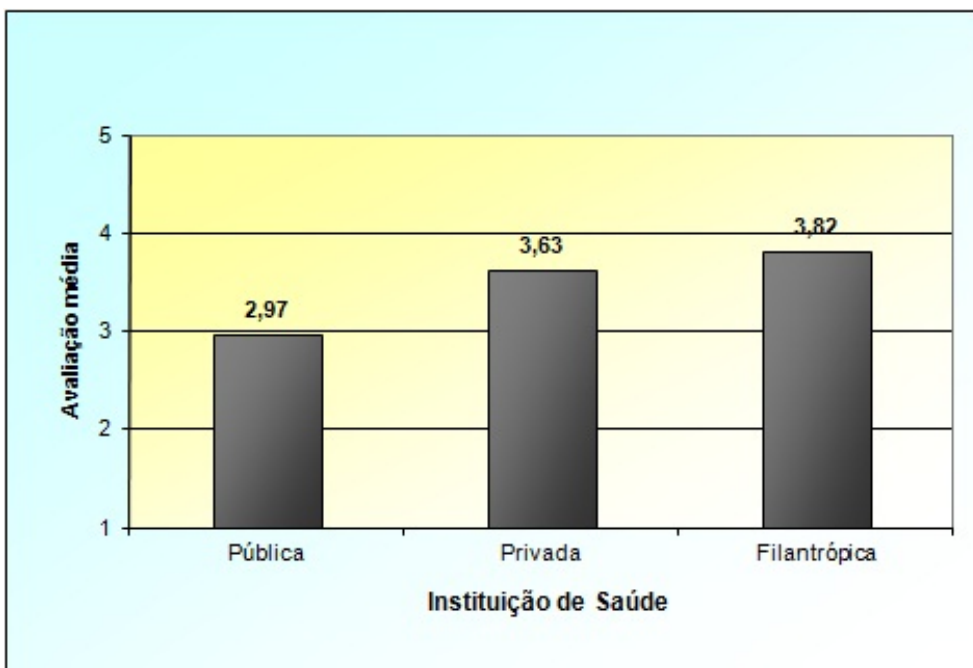
Observa-se nesse gráfico, a confirmação dos resultados anteriores em relação à avaliação dos três tipos de hospitais. O gráfico 8 resume os escores médios de percepção, segundo o tipo de hospital. Os hospitais públicos, privados e filantrópicos foram avaliados nas cinco dimensões onde no resultado do total de hospitais pesquisados, as maiores médias

foram atribuídas para as dimensões segurança (3,58), tangibilidade (3,55) e confiabilidade (3,50) e as menores avaliações dizem respeito às dimensões responsividade (3,30) e empatia (3,36), que é o lado humano do atendimento.

5.1.5 Análise Comparativa das variáveis QSS (Qualidade do serviço oferecido) e QAS (Qualidade da assistência prestada), segundo a natureza dos hospitais

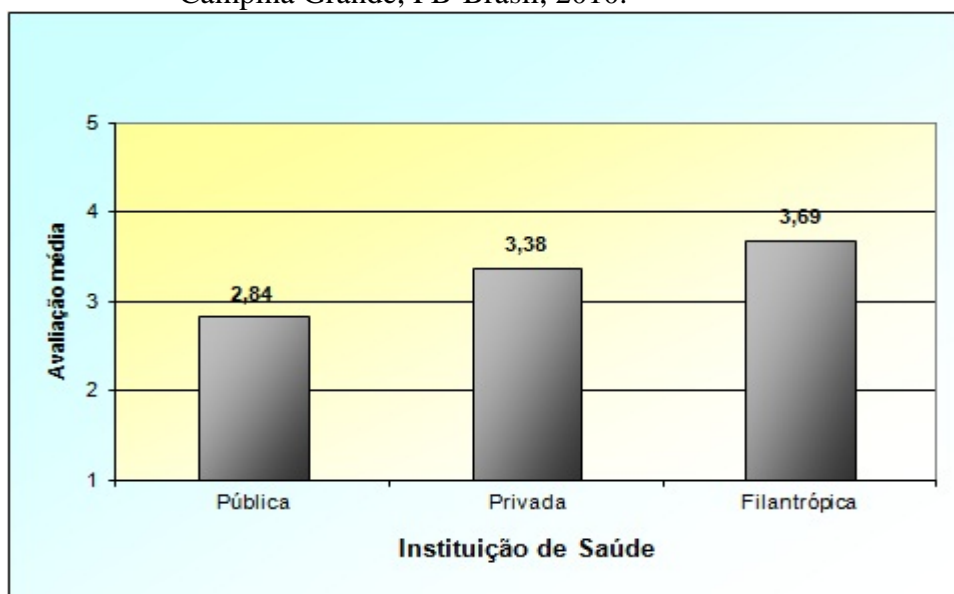
Na análise das comparações entre as médias das percepções dos pacientes para as variáveis QSS (Qualidade do serviço oferecido) e QAS (Qualidade da assistência prestada) do Servqual, segundo os três tipos de hospitais pesquisados e, conforme ilustram os gráficos 9 e 10 para se avaliar a significância dos dados, foi aplicado o teste de comparações de médias ou análise de variância paramétrica, a ANOVA de uma classificação com o objetivo de responder à hipótese **H₂: A avaliação pelos pacientes da qualidade do serviço oferecido (QSS) e da qualidade da assistência prestada (QAS) difere segundo a natureza dos hospitais pesquisados.**

Gráfico 9 - Avaliação média de QSS - qualidade dos serviços nos hospitais pesquisados. Campina Grande, PB-Brasil, 2010.



Fonte: Elaboração própria

Gráfico 10 - Avaliação média de QAS - qualidade da assistência nos hospitais pesquisados. Campina Grande, PB-Brasil, 2010.



Fonte: Elaboração própria

QUADRO 29 - Análise de Variância (de uma classificação) para a variável QSS: Qualidade de Serviço Oferecido.

Variável QSS ⁺ (Fonte de variação)	SQ	g.l.	MQ	Estatística	Significância
				F	p-valor
Entre grupos	30,967	2	15,484	8,635	0,000*
Residual	550,481	307	1,793		
Total	581,448	309			

SQ: Soma de Quadrados; g.l: graus de liberdade; MQ: Média de Quadrados

(⁺) O teste de Levene assume a igualdade de variâncias entre os grupos.

(*) ANOVA, resultado significativo para p-valor < 0,05

Em relação à avaliação da qualidade do serviço oferecido pelos hospitais pesquisados, conforme o Quadro 29, a ANOVA de uma classificação forneceu estatística $F = 8,635$ com significância $p\text{-valor} = 0,000 < 0,05$, indicando resultados significativos. O teste “post hoc” de Tukey apontou diferença significativa entre os grupos de hospitais: Público x Privado (Dif. média = -0,658, $p\text{-valor} = 0,001$) e Público X Filantrópico (Dif. média = -0,843, $p\text{-valor} = 0,000$). Privado x Filantrópico não apresentou diferença significativa (Dif. média = -0,185, $p\text{-valor} = 0,595$). Os dados, a seguir, enfatizam os resultados do teste de Tukey.

RESULTADO DO TESTE DE TUKEY

Instituição de Saúde	N	Média	Subconjuntos homogêneos*
Pública	76	2,97	a
Privada	163	3,63	b
Filantrópica	71	3,82	b

* As médias seguidas pela mesma letra não diferem estatisticamente entre si.

QUADRO 30 - Análise de Variância (de uma classificação) para a variável QAS: Qualidade da Assistência Prestada.

Variável QAS ⁺ (Fonte de variação)	SQ	g.l.	MQ	Estatística	Significância
				F	p-valor
Entre grupos	27,678	2	13,839	6,968	0,001*
Residual	609,706	307	1,986		
Total	637,384	309			

SQ: Soma de Quadrados; g.l: graus de liberdade; MQ: Média de Quadrados

(⁺) O teste de Levene assume a igualdade de variâncias entre os grupos.

(*) ANOVA, resultado significativo para p-valor < 0,05

Em relação à avaliação da qualidade da assistência prestada pelos hospitais pesquisados, conforme o Quadro 30, a ANOVA de uma classificação forneceu estatística $F = 6,986$ com significância $p\text{-valor} = 0,001 < 0,05$, indicando resultados significativos. O teste “post hoc” de Tukey apontou diferença significativa entre os pares grupos de hospitais: Público x Privado (Dif. média = $-0,538$, $p\text{-valor} = 0,017$) e Público X Filantrópico (Dif. média = $-0,848$, $p\text{-valor} = 0,001$). Privado x Filantrópico não apresentou diferença significativa (Dif. média = $-0,310$, $p\text{-valor} = 0,271$). Os dados, a seguir, enfatizam os resultados do teste de Tukey.

RESULTADO DO TESTE DE TUKEY

Instituição de Saúde	N	Média	Subconjuntos homogêneos*
Pública	76	2,84	a
Privada	163	3,38	b
Filantrópica	71	3,69	b

* As médias seguidas pela mesma letra não diferem estatisticamente entre si.

Os resultados revelaram que a menor média foi atribuída ao hospital público onde alguns aspectos são vivenciados no dia-a-dia pelos usuários desses serviços: filas e tempo de espera para o atendimento, falta de vagas para internação, superlotação, acomodações desconfortáveis (excesso de camas nos quartos), tempo de internação prolongado, assistência deficitária, dentre outros fatores anteriormente mencionados.

O serviço público é definido por alguns autores, como a atividade cujas características principais são a busca de interesse geral e a não sujeição às leis tradicionais da oferta e demanda que têm por finalidade a consecução da satisfação de seus clientes.

Na opinião da pesquisadora, os principais fatores que interferem na baixa qualidade dos hospitais públicos são: a ingerência dos serviços pela ausência de gestores qualificados, a interferência política, má aplicação dos recursos e a burocracia.

O gráfico 10 faz referência à qualidade da assistência, obtida através do teste “Post hoc” de Tukey e o mesmo apontou médias inferiores à apresentada na avaliação da qualidade dos serviços e diferença significativa entre hospitais público, privado e filantrópico e não apresentou diferença significativa entre hospital privado e filantrópico.

A qualidade dos serviços e da assistência prestada pelas instituições de saúde pesquisadas, avaliadas pelas dimensões do SERVQUAL, apontam uma performance mais positiva dos serviços prestados aos usuários do SUS pelos hospitais filantrópicos, e a mais negativa pelos hospitais públicos, infere-se este resultado, as características dos referidos hospitais já mencionados.

Na análise das comparações para as variáveis QSS (qualidade do serviço oferecido) e da QAS (qualidade da assistência prestada) pelos pacientes, segundo os três tipos de hospitais pesquisados, **se confirma a hipótese H₂ “A avaliação pelos pacientes da qualidade do serviço oferecido (QSS) e da qualidade da assistência prestada (QAS) difere, segundo a natureza, dos hospitais pesquisados”.**

A qualidade dos serviços e da assistência prestada pelas instituições de saúde pesquisadas em Campina Grande, avaliadas pelas dimensões do SERVQUAL, apontam uma performance mais positiva dos serviços prestados aos usuários do SUS pelos hospitais filantrópicos e privados em relação aos hospitais públicos.

Na avaliação da qualidade dos serviços e da assistência, o hospital filantrópico obteve média superior ao hospital público e privado (3,82) para a avaliação da qualidade dos serviços e (3,69) para a avaliação da assistência. Podem-se inferir, com esse resultado, as características dos hospitais filantrópicos (são isentos de impostos, não têm fins lucrativos, não distribuem dividendos, isenção de “pro-labore” de seus diretores, reaplicam os resultados financeiros em investimentos na própria instituição, e disponibilizam percentual de leitos para pessoas carentes).

A segunda média faz referência ao serviço privado que obteve média (3,63) na avaliação da qualidade dos serviços e (3,38) na avaliação da qualidade da assistência. Justifica-se esse resultado pelo fato destes serviços pesquisados, atenderem também, a pacientes particulares e de planos de saúde privado. Observa-se nessa realidade, o mapeamento desses serviços dentro de uma mesma planta física onde fica clara a diferença entre pacientes e clientes.

Portanto, a qualidade da assistência nesses serviços está prejudicada, por múltiplos fatores tais como: prioridade à assistência aos pacientes particulares e conveniados, superlotação dos serviços, número reduzido de profissionais, falta de material e equipamentos, fatores esses, que interferem na produtividade, humanização e qualidade da

assistência. Destaca-se ainda, ³modelo de administração familiar como principal fator que interfere na qualidade desses serviços.

A menor média atribui-se ao serviço público (2,97) para qualidade do serviço e (2,84) para qualidade da assistência. Entretanto, esse resultado não se justifica, uma vez que esses serviços possuem um maior quantitativo de profissionais, esses são mais bem remunerados, possuem uma menor carga horária de trabalho e não se observa na prática ações concretas e esforço coletivo para melhoria da assistência.

Esses mesmos profissionais ao desenvolverem atividades nos serviços privados apresentam produtividade e posturas diferentes. Atribui-se esse comportamento ao aspecto “estabilidade do servidor público” que faz parte de cultura políticocorporativo do país e se detecta na prática um sentimento de apatia e despreocupação refletida na relação desses profissionais com a melhoria dos serviços.

Essa avaliação negativa do serviço público não pode ser atribuída ao número de profissionais, pois na relação entre número de profissionais e número de camas no estudo realizado com os gestores dos hospitais, esse percentual, foi de 4,79 a 5,75 profissionais por paciente-média essa superior ao encontrado nos hospitais privados e filantrópicos. Portanto, esse resultado precisa ser avaliado pelos profissionais desses serviços.

Vale ressaltar que, a partir da promulgação da Constituição Federal do Brasil, em outubro de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, todo cidadão brasileiro tem direito ao atendimento à saúde, de forma gratuita e ampla por meio do sistema público chamado SUS, que, apesar de todos os pesares e problemas, é tido como um dos mais avançados do mundo, como proposta ou modelo de saúde (TEMPORÃO, 2009).

Do ponto de vista da pesquisadora, embora a Constituição Federal Brasileira contemple um conjunto de leis que defende e fortalece o SUS, todavia, o seu orçamento financeiro é insuficiente e não cobre a demanda de usuários do SUS, o que provoca os intermináveis conflitos de insatisfação da assistência à saúde da população exibidos diariamente pela mídia. Atualmente, o financiamento da saúde no Brasil está muito aquém das suas reais necessidades, é um dos menores da América Latina e enfrenta também problemas de gestão.

³ Administração familiar para Longenecker et al (1997) “falar de uma empresa familiar é tornar implícita a propriedade ou outro envolvimento de dois ou mais de uma família na vida e funcionamento dessa empresa. Para Leach (1998), pode ser entendida como aquela influenciada por uma família ou por uma relação familiar.

Pelo fato do Sistema Nacional de Saúde, sozinho não conseguir atender à grande demanda de maneira satisfatória, a sociedade se organizou de forma a manter um sistema de saúde privado oneroso, paralelo ao sistema público para lhe proporcionar atendimento de melhor qualidade. Para suprir essa carência criou-se, então, o setor de saúde suplementar, também chamado de assistência médica suplementar que vigora no país até os dias de hoje. Em virtude da baixa qualidade dos serviços públicos, se elevou o crescimento dos serviços privados.

É importante lembrar que os serviços de saúde são diferentes de outros tipos de atividades, onde se avalia a qualidade do produto acabado; na assistência, a avaliação é feita no ato da realização do atendimento e tem que ver com a recuperação do equilíbrio físico e emocional do indivíduo. Aliado a esse fato, deve-se considerar ainda, a forte carga emocional e psicológica que afeta o indivíduo ao procurar um serviço hospitalar, tais como: dor, ansiedade, medos (referentes à perda de emprego, diagnósticos, tratamentos, sequelas e morte). Esta forte carga emocional vivenciada pelo paciente com certeza vai deixá-lo emocionalmente mais vulnerável e exigente em suas avaliações. Essa experiência individual do adoecer é vivenciada, de modo único e particular (embora reflita o coletivo), constituindo-se comumente em momento de desordem física, subjetiva e contextual.

Para melhorar a qualidade da assistência à saúde nos serviços públicos, o Ministério da Saúde viabilizou o Programa Nacional de Humanização denominado Humaniza SUS, visto que existe uma forte interligação entre qualidade e humanização da assistência de tal forma que não pode se dissociar esses termos. Concomitante a este Programa, o Governo Federal/MS criou também o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde PNASS (Brasil, 2007), ambos para assegurar a qualidade do atendimento à saúde da população.

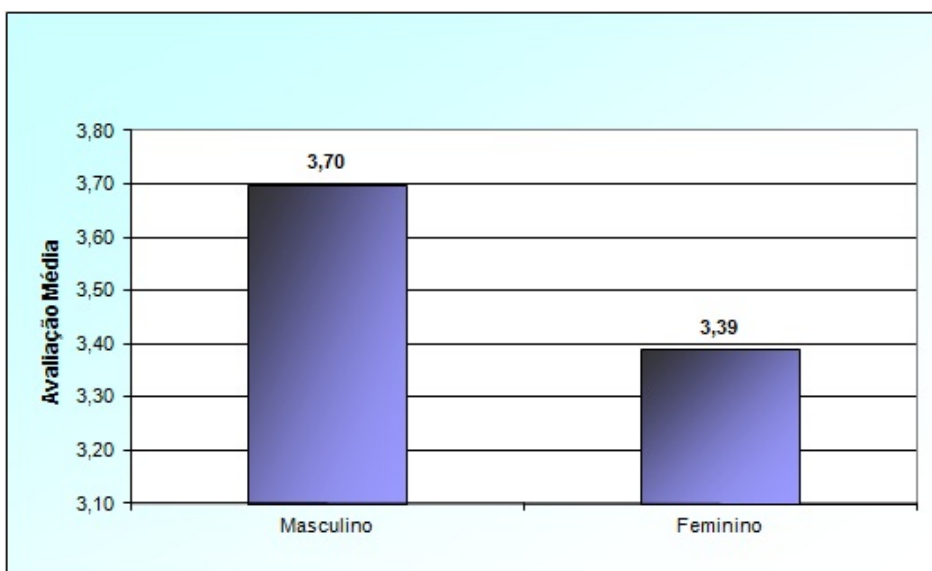
Vale ressaltar que, embora o Brasil possua amplas dimensões continentais, possui hospitais e serviços públicos de referência e com certificação de qualidade, não se limita apenas aos resultados encontrados nesse estudo.

5.1.5.1 Análise Comparativa de QSS (qualidade do serviço oferecido) e QAS (qualidade da assistência prestada), segundo as características sociodemográficas dos pacientes

Os resultados a seguir avaliam de forma global os serviços e a assistência e respondem à hipótese **H₃: as características relacionadas a gênero, faixa etária e**

escolaridade influenciam na avaliação da qualidade do serviço e da assistência na percepção dos pacientes.

Gráfico 11 - Avaliação da qualidade dos serviços, segundo o gênero dos pacientes. Campina Grande, PB-Brasil, 2010



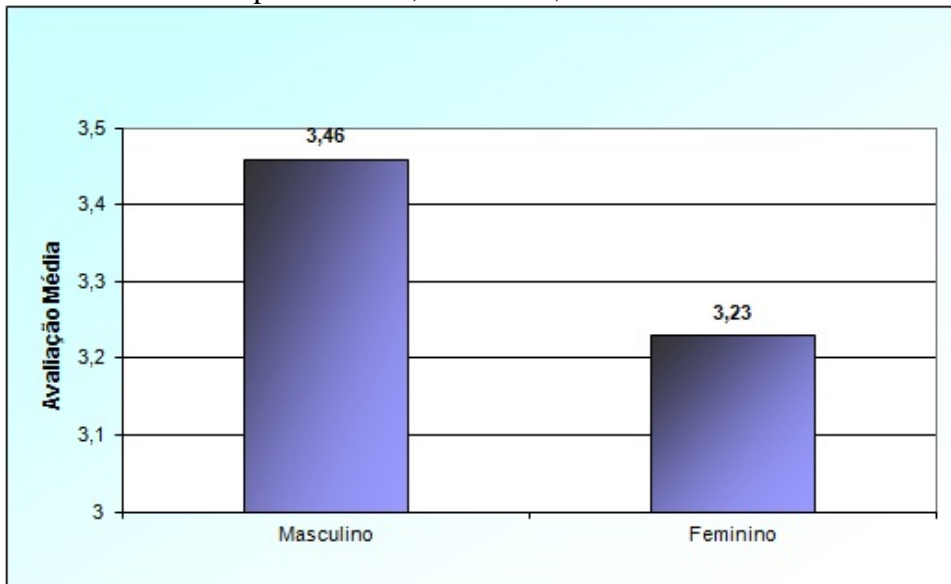
Fonte: Elaboração própria

O Gráfico 11 mostra que existe diferença significativa na avaliação da qualidade dos serviços, segundo gênero, ou seja, a qualidade dos serviços em geral foi diferenciada pelo sexo. Pacientes homens tiveram uma avaliação média superior e diferente significativamente das mulheres, ao nível de 5% de significância, conforme resultados do *teste t* aplicado. A qualidade da Assistência nos hospitais não é diferenciada significativamente pelo sexo dos pacientes. Embora os homens tenham avaliado em média superior às mulheres, essa diferença não é significativa ao nível de 5% de significância, quando da aplicação do *teste t*, portanto, existe diferença significativa na avaliação da qualidade dos serviços segundo o gênero.

Nessa avaliação da qualidade dos serviços o sexo masculino avaliou o serviço com média (3,70) em detrimento do sexo feminino (3,39). Segundo a pesquisadora, a mulher está mais atenta à qualidade dos serviços de que os homens por ser mais sensível, exigente, observadora e crítica, quando avalia um serviço em geral, pois, ela se envolve mais com o ambiente, costuma interagir mais com as pessoas e o entorno, e isso faz com que ela tenha mais conhecimento das fragilidades e lacunas do serviço. Atribui-se também esse resultado ao fato da mulher, compor 60% desta amostra.

O gráfico 12, a seguir, avalia a qualidade da assistência, na percepção dos pacientes.

Gráfico 12 - Avaliação média da qualidade da assistência segundo o gênero dos pacientes. Campina Grande, PB-Brasil, 2010.



Fonte: Elaboração própria

Quanto à avaliação média da qualidade da assistência nos hospitais, essa não é diferenciada significativamente pelo sexo dos pacientes. Ocorreu uma menor avaliação pelo sexo feminino (3,23), embora os homens tenham avaliado em média superior às mulheres, essa diferença não é significativa ao nível de 5% de significância, quando da aplicação do teste t.

As demais variáveis do perfil sócio demográfico, faixa etária e escolaridade não apresentaram associação ou diferença significativa com níveis de 1 ou 5% de significância, em relação às duas variáveis da avaliação geral: qualidade dos serviços e qualidade de assistência.

A qualidade dos Serviços nos hospitais não é diferenciada significativamente pela *faixa etária* dos pacientes. Embora haja diferença entre as faixas etárias onde a faixa de 61 a 70 anos apresentando maior média de avaliação 3,91 a ANOVA de uma classificação aplicada ao nível de 5% de significância, forneceu estatística $F = 1,073$ com significância $p\text{-valor} = 0,370 > 0,05$, não evidenciando diferença estatisticamente significativa.

A qualidade da assistência nos hospitais não é diferenciada significativamente pela *faixa etária* dos pacientes. Embora haja diferença entre as diversas faixas etárias, a ANOVA de uma classificação aplicada ao nível de 5% de significância, forneceu estatística $F = 1,346$

com significância $p\text{-valor} = 0,253 > 0,05$, não evidenciando diferença estatisticamente significativa.

Em relação à faixa etária dos pacientes, embora haja diferença entre as diversas faixas etárias, obtida através da ANOVA de uma classificação aplicada ao nível de 5% de significância, essa forneceu estatística $F = 1,346$ com significância $p\text{-valor} = 0,253 > 0,05$, não evidenciando diferença estatisticamente significativa.

Quanto ao nível de escolaridade, essa não é diferenciada significativamente pelos diversos níveis de escolaridade dos pacientes. A ANOVA de uma classificação aplicada ao nível de 5% de significância, forneceu estatística $F = 2,330$ com significância $p\text{-valor} = 0,074 > 0,05$, não evidenciando diferença estatisticamente significativa. Mas, apresenta uma tendência significativa em nível de significância de teste superior a 7,4% (HAIR et al, 2005).

A qualidade da assistência nos hospitais não é diferenciada significativamente pela escolaridade dos pacientes. Embora haja diferença entre as diversas escolaridades, a ANOVA de uma classificação aplicada ao nível de 5% de significância, forneceu estatística $F = 2,496$ com significância $p\text{-valor} = 0,060 > 0,05$, não evidenciando diferença estatisticamente significativa. (Mas, apresenta uma tendência significativa em nível de teste superior a 6%).

Os resultados apresentados **não confirmam a hipótese H₃: as características relacionadas a gênero, faixa etária e escolaridade influenciam na avaliação da qualidade do serviço e da assistência na percepção dos pacientes.**

5.1.6 Resultados da Análise Fatorial Exploratória

Nessa etapa dos resultados será testada a unidimensionalidade da escala

A solução unifatorial para escala SERVQUAL, através do método de componentes principais, forneceu a extração de um único fator explicando 60,0% das 15 (quinze) variáveis originais correspondentes à escala.

Tabela 2: Medida de adequação KMO e Teste de Bartlett.

Kaiser-Meyer-Olkin -Medida de adequação da amostra.		0,936
Teste de esfericidade de Bartlett	Qui-quadrado aprox. g.l	1963,466 105

Significância p	0,000
-----------------	-------

Os dados seguintes abordam a Matriz de fatores ou componentes.

Tabela 3: Solução Unifatorial : Matriz de Fatores ou Componentes^a

PERCEPÇÃO	Unifator carga fatorial	Comunalidades	
		inicial	extração
P9	0,866	1,000	0,749
P5	0,865	1,000	0,749
P11	0,828	1,000	0,686
P8	0,817	1,000	0,667
P13	0,815	1,000	0,664
P14	0,805	1,000	0,648
P6	0,803	1,000	0,645
P15	0,800	1,000	0,639
P4	0,795	1,000	0,631
P7	0,760	1,000	0,578
P12	0,741	1,000	0,550
P10	0,732	1,000	0,536
P2	0,668	1,000	0,447
P1	0,650	1,000	0,423
P3	0,624	1,000	0,389

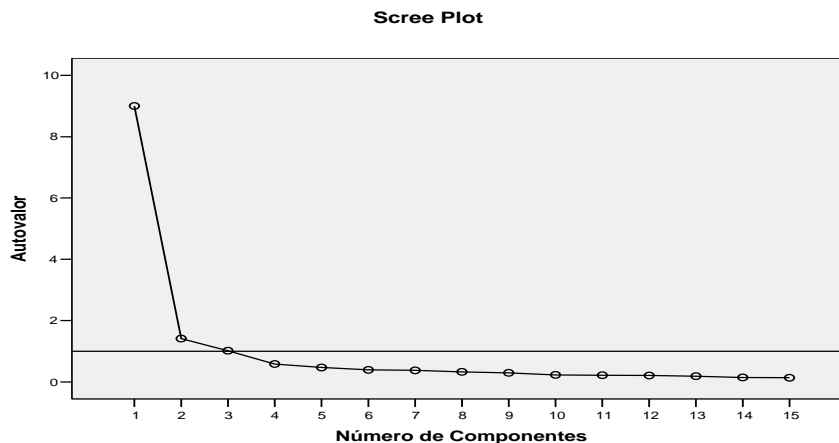
Método de extração: Componentes principais.

^a 1 componente extraído, Autovalor > 1 (9,002) ; Perct. da variância = 60,0%

Solução unifatorial – Consistência interna, Alfa de Cronbach = 0,951 (excelente)

O gráfico 13 a seguir, enfatizará a formação de fatores, através de análise fatorial exploratória.

Gráfico 13: Scree Plot indicando a formação de três fatores como solução da AFE.



Fonte: Elaboração própria

O Fator 1 referente à confiabilidade ou serviço despachado é um componente que agrega variáveis que contemplam as dimensões: confiabilidade, responsividade, segurança e empatia e envolve os aspectos: compreensão, cortesia, pontualidade, preparo, segurança, atenção e informação ou seja o lado humano da assistência. Este fator explica 34,07% da variância total das variáveis selecionadas para análise. A principal variável deste fator é P6 (0,820 – confiança), seguido das variáveis P11 (0,810 – segurança); P7 (0,798 – informação) e P14 (0,798 – cortesia).

O Fator 2 refere-se ao processo de desempenho do serviço é um componente que agrega indicadores de tangibilidade, confiabilidade, responsividade e segurança. Esse fator explica 26,17 da variação total das variáveis selecionadas para análise e avalia o desempenho dos funcionários com as seguintes cargas fatoriais: P12 (0,835 – educação); P15 (0,826 – atendimento das necessidades); P8 (0,769 – disposição para atender); P3 (0,715 – aparência dos funcionários).

O Fator 3 referente a itens tangíveis, este componente é formado pelas variáveis que avaliam as instalações físicas e equipamentos. Esse fator explica 15,98 da variância total com cargas fatoriais P1 (0,806 – equipamentos modernos) e P2 (0,780 – instalações físicas e atraentes). Confirma-se nesse resultado, que os três fatores acima referenciados, contemplam as cinco dimensões e as quinze variáveis, conforme a tabela e o quadro abaixo.

Tabela 4: Matriz rotada de fatores^a

PERCEPÇÃO	Fatores ou Componentes		
	F1	F2	F3
P6	0,820		
P11	0,810		
P7	0,798		
P14	0,798		
P10	0,734		
P13	0,704		
P9	0,667	0,458	
P5	0,552	0,503	
P12		0,835	
P15		0,826	
P8	0,403	0,769	
P3		0,715	0,478
P4		0,570	0,449
P1			0,806
P2			0,780

Foram extraídos os fatores:

F1: Confiabilidade ou serviço despachado - qualidade técnica (P6, P11, P7, P14, P10, P13, P9 e P5).

F2: Processo de desempenho do serviço - qualidade funcional (P12, P15, P8, P3 e P4)

F3: Itens tangíveis (P1 e P2)

Resumo da AFE

Fatores	F1	F2	F3
Autovalor > 1	9,00	1,41	1,02
% de variância	34,07	26,17	15,98
% acumul. Variância	34,07	60,24	76,22
Alfa de cronbach	0,943	0,906	0,781

Resíduo = Correl. observada – Correl. reproduzida

Ajuste do modelo: Considerado razoável. Existe 23% (25) de resíduos não redundantes, ou seja, (|resíduo| > 0.05).

Método de extração: Análise de componentes principais. Método de rotação: Varimax com Normalização de Kaiser. ^a Rotação convergiu em 5 iterações.

O resultado da Tabela 4 confirma que 76,22 da variância total das 15 variáveis observadas é explicativa apenas por três (3) fatores, representando um alto grau de conservação de informação original. A matriz fatorial rotada tem facilitado a interpretação de fatores, o que permitiu fazer uma descrição de cada um deles, dando uma denominação identificativa de acordo com seus traços diferenciados, conforme se observa nos resultados.

A análise fatorial confirmatória nesse estudo, o modelo de medida de mensuração do questionário SERVQUAL foi estimado pelo método Generalized Least Squares (Mínimos Quadrados Generalizados) com uso do software para modelagem de equações estruturais – AMOS16.0.

A análise fatorial confirmatória foi conduzida com a amostra aleatória sistemática de 50% dos respondentes (amostra complementar dos pares) para verificação das validades convergente e discriminante referentes aos coeficientes de regressão associados aos fatores encontrados na análise fatorial exploratória da escala utilizada para medir a qualidade dos serviços de saúde em hospitais de Campina Grande-PB e, tendo a confirmação da significância das dimensões presentes no constructo qualidade de serviço, conforme definido no modelo de cinco *gaps* (ou lacunas) conforme o diagrama a seguir.

O Diagrama de Caminhos sintetiza os três fatores com as respectivas variáveis ou indicadores.

Diagrama 1 - Análise Fatorial Confirmatória das três dimensões obtidas do SERVQUAL adaptado com 15 questões a partir da SEM.

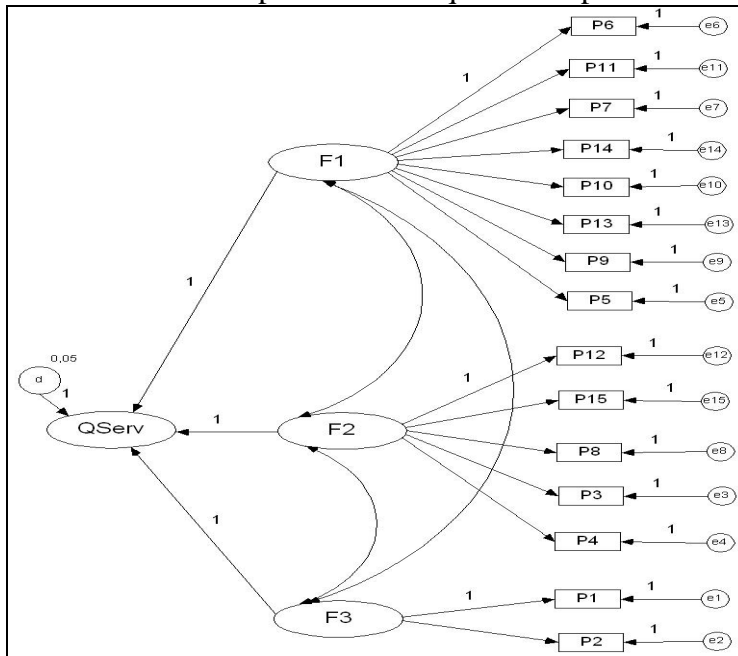


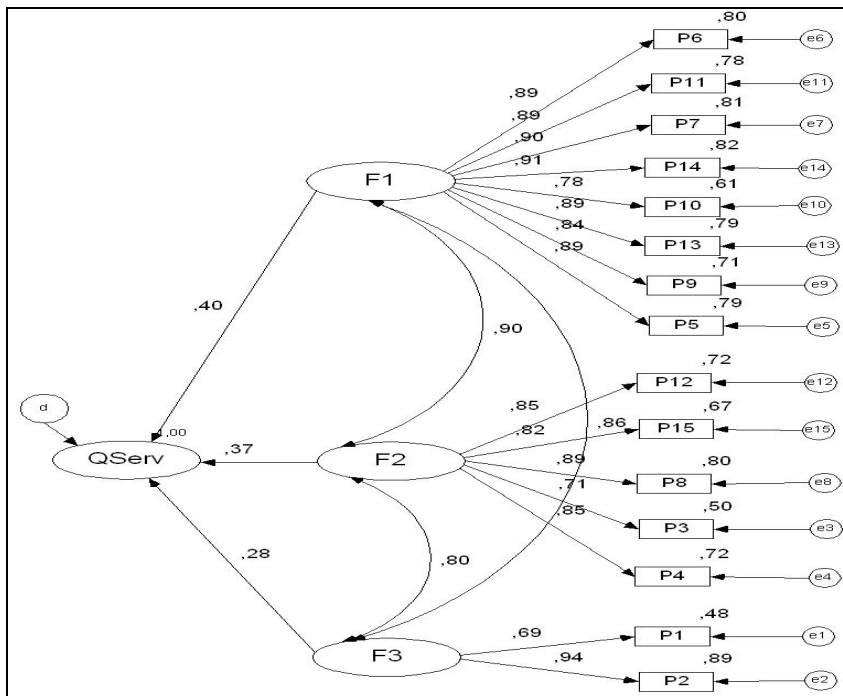
Diagrama de Caminho para Análise Fatorial Confirmatória (AFC)

Na análise do diagrama 1, obtida por meio da utilização da Modelagem de Equações Estruturais (SEM) constata-se que a qualidade do serviço é medida pelos três fatores obtidos das variáveis manifestas, assim representadas pelos construtos ou fatores F1: Segurança (medido pelas 8 questões); F2: Empatia (medido pelas 5 questões) e F3: Tangibilidade (medido pelas 2 questões), significa que na percepção do cliente o fator segurança é o mais importante, seguido do fator tangibilidade, e pela empatia. Frente ao exposto, pode-se inferir que a qualidade da assistência e do serviço não atendeu totalmente à expectativa do cliente, existe diferença significativa entre a expectativa e a percepção do paciente em todas as dimensões pesquisadas.

Esse resultado com os pacientes, difere do resultado da pesquisa com os profissionais sobre a performance da qualidade da assistência e dos serviços prestados pelos hospitais, que foi avaliada de forma positiva pelos mesmos. A dicotomia desse resultado segundo a pesquisadora, pode se atribuir a ausência da avaliação da satisfação do paciente por parte de alguns hospitais de acordo com os gestores desses serviços. Com a não inclusão do paciente no processo de avaliação, os profissionais não tomam conhecimento das lacunas dos serviços e a avaliação unilateral, não retrata um diagnóstico fidedigno sobre a qualidade.

O diagrama 2, a seguir, atribui pesos a cada variável analisada nos três fatores.

Diagrama 2- Estimativa padronizada (coeficientes de regressão) das três dimensões obtidas do SERVQUAL adaptado com 15 questões a partir da AFE.



Analisando o diagrama 2, observa-se, que os fatores obtidos no resultados oferecem aos gestores, gerentes e supervisores, informações úteis sobre quais aspectos de serviços são melhor avaliados pelos pacientes no hospital. Pode-se inferir, que o emprego de técnica de análise fatorial mostrou-se bastante eficiente na identificação de indicadores consistentes para revelar os fatores extraídos da Escala Servqual.

A etapa seguinte fez referência à Validade Convergente e Validade Discriminante. A Validade Convergente e Validade Discriminante de uma escala se concretizam na validade de conteúdo e validade de construção ou de conceito. Uma escala tem validade de conteúdo, quando abrange todas as dimensões que integram o conceito que pretende medir. A escala considerada introduz todos os elementos da Qualidade de Serviços definidos na literatura e colocados em aparatos teóricos pelos quais se supõe tal validade de construção se desdobra em **validade convergente** e **validade discriminante**.

Tabela 5: Estatísticas do Construto Qualidade de Serviço (amostra sistemática de pares, n=155).

Confiabilidade e Validade	Construtos	Est_Npdr*	S.E.	C.R.	Est_Pdr**	p-valor
Var. compartilhada = 0,612 Correl. = 0,782 ; R ² = 0,612	QServ ← F1	1,000	-	-	0,402	-
	QServ ← F2	1,000	-	-	0,366	-
	QServ ← F3	1,000	-	-	0,280	-
Confiab. Composta ¹ : 0,963 Variância extraída ² : 0,763	P6 ← F1	1,000			0,893	
	P11 ← F1	0,928	0,065	14,352	0,885	***
	P7 ← F1	0,912	0,061	14,928	0,898	***
	P14 ← F1	0,909	0,066	13,845	0,907	***
	P10 ← F1	0,786	0,066	11,964	0,783	***
	P13 ← F1	0,879	0,072	12,265	0,886	***
	P9 ← F1	0,800	0,068	11,767	0,840	***
Confiab. Composta ¹ : 0,914 Variância extraída ² : 0,682	P5 ← F1	0,897	0,059	15,315	0,889	***
	P15 ← F2	1,000	-	-	0,849	
	P8 ← F2	0,875	0,077	11,348	0,819	***
	P12 ← F2	0,978	0,079	12,362	0,893	***
Confiab. Composta ¹ : 0,811 Variância extraída ² : 0,687	P4 ← F2	0,714	0,083	8,614	0,707	***
	P3 ← F2	0,874	0,078	11,147	0,849	***
	P1 ← F2	1,000	-	-	0,693	-
	P2 ← F3	1,392	0,152	9,156	0,945	***

(1) consideram-se aceitáveis valores superiores a 0,70 (Hair, 2005)

(2) consideram-se aceitáveis valores superiores a 0,50 (Hair, 2005)

(3) ***valores $t > 3,35$, g.l. = $n - 1 = 154$, implica p-valor $< 0,001$.

(*) Est. Npdr: estimativa não-padronizada (covariância) e

(**) Est. Pdr: estimativa padronizada (correlação)

Validade Convergente

Verifica-se a validade convergente de um construto por meio do exame das cargas fatoriais dos indicadores na variável latente. Inicialmente, verificamos se as cargas fatoriais são fortes ($> 0,50$) e significativas e, em seguida, avaliamos de acordo com Hair et al (2005) a confiabilidade composta do construto (consideram-se aceitáveis valores superiores a 0,70) e a variância extraída (consideram-se aceitáveis valores superiores a 0,50). Observa-se, então na Tabela 5 que ocorre a validade convergente para a qualidade do serviço, pois, todos os construtos F1, F2 e F3 apresentam cargas fatoriais consideradas fortes ($>0,50$) e significativas (p-valor $< 0,001$) e confiabilidade composta ($>0,70$) e variância extraída ($> 0,50$) para cada fator considerado.

Validade Discriminante

A validade discriminante é o grau em que um construto é verdadeiramente diferente dos demais. Nessa etapa, verifica se as escalas que foram desenvolvidas para medir diferentes construtos estão de fato sendo medido. Hair et al (2005) sugerem como critério para conferir à validade discriminante a comparação da variância extraída do construto com a variância compartilhada (o quadrado da correlação múltipla, R^2) dos construtos. Só possui *validade discriminante* o construto que possuir variância extraída superior à compartilhada.

Como é apresentado na tabela 5, se verifica a validade discriminante, pois, cada um dos construtos *F1*, *F2* e *F3* apresenta variância extraída de 0,763; 0,682 e 0,687 (superiores ao valor de referência 0,50), bem como em relação ao valor da variância compartilhada igual a 0,612.

CÁLCULOS DA CONFIABILIDADE COMPOSTA E VARIÂNCIA EXTRAÍDA

Informações para a Validade Discriminante, Hair (2005).

Cálculo da confiabilidade composta:

$$Conf. composta = \frac{(\sum c \arg as)^2}{(\sum c \arg as)^2 + \sum erros} = \frac{(\sum c \arg as)^2}{n}, \quad n = n^{\circ} \text{ itens do construto}$$

ou *Conf. Composta* = soma quadrática das cargas fatoriais / n

Cálculo da variância extraída:

$$Var. extraída = \frac{(\sum c \arg as^2)}{(\sum c \arg as^2) + \sum erros} = \frac{\sum c \arg as^2}{n}, \quad n = n^{\circ} \text{ de itens do construto}$$

ou *Var. extraída* = carga fatorial quadrática média.

OBS:

1) Os cálculos da confiabilidade composta e da variância extraída realizados com auxílio da planilha Excel-2003.

2) carga = carga fatorial e erro = $1 - (\text{carga})^2$

A tabela 6 mostra as estatísticas ou indicadores de ajuste proporcionadas para o modelo estrutural do Servqual modificado. Alguns indicadores não atendem aos valores de referência mínima para ajuste do modelo.

Tabela 6: Indicadores de Ajuste do Modelo de Dimensões do SERVQUAL modificado (15 questões).

Indicador	Nível de aceitação recomendado (Kline, 1998)	Medida da escala SERVQUAL
Qui-quadrado normado χ^2 (p-valor)	-	160,77 (p=0,000)
Qui-quadrado normado ($\chi^2/g.l.$)	valor entre 0 e 3	1,848
GFI – indicador de ajuste de bondade	acima de 0,90	0,861 (valor periférico)
AGFI- ajuste do GFI (ou GFI ajustado)	acima de 0,90	0,808 (valor periférico)
RMSEA – Raiz média quadrados erros	inferior a 0,08	0,074 < 0,08
PGFI - Índice de qualidade de ajuste parcimonioso	acima de 0,60	0,624

As medidas de qualidade de ajuste apresentaram os seguintes resultados:

1) Ajuste absoluto

- Qui-quadrado: $\chi^2 = 160,77$, gl = 87 e p-valor = 0,000 (indica não ajuste, sendo sensível ao tamanho da amostra)

-Índice de qualidade de ajuste GFI = 0,861 (valor recomendado > 0,90) valor periférico

-Razão do erro quadrado médio de aproximação RMSEA = 0,074 (valor limite 0,08).

2) Ajuste parcimonioso

-Qui-quadrado normado: $\chi^2/gl = 1,848$ (considerado adequado, limite de valor até 3,0)

-Índice de qualidade de ajuste parcimonioso (PGFI), PGFI = 0,624

O quadro 31 dará ênfase aos indicadores expectativas percepções e avaliação geral do serviço e da assistência. Um instrumento de medida como a escala Servqual precisa possuir confiabilidade e validade em graus aceitáveis. Para medir a fiabilidade das dimensões, foi realizada uma análise da consistência interna da escala, calculando o coeficiente *alfa de Cronbach*.

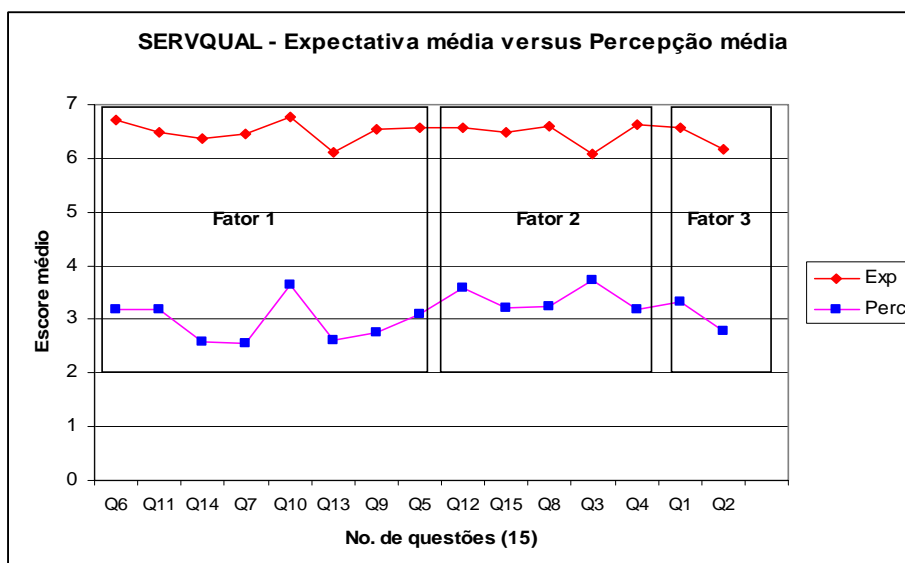
Quadro 31: Medida de fidedignidade ou consistência interna para as dimensões do questionário SERVQUAL (Coeficiente *Alfa de Cronbach*).

Indicadores	Amostra dos clientes (N = 156)	
	Alfa de Cronbach (α)	Classificação
Expectativas (15 itens)	0,806	Satisfatório
1. Confiabilidade ou serviço despachado (8 itens)	0,701	Bom
2. <i>Processo de desempenho do serviço</i> (5 itens)	0,628	Aceitável
3. <i>Itens tangíveis</i> (2 itens)	0,308	Insuficiente
Percepções (15 itens)	0,951	Excelente
1. Confiabilidade ou serviço despachado (8 itens)	0,943	Excelente
2. <i>Processo de desempenho do serviço</i> (5 itens)	0,906	Excelente
3. <i>Itens tangíveis</i> (2 itens)	0,708	Bom
Avaliação geral (Serviço e Assistência)	0,905	Excelente

Fonte: Elaboração própria

Foi calculado o Alfa de Cronbach-AC geral para os indicadores eleitos pela análise fatorial com o objetivo de se depurar ou verificar o grau de aderência geral dos indicadores. O valor obtido para o AC para expectativas foi (0,806) para percepções (0,951) e para avaliação geral do serviço e da assistência (0,905). Esses resultados são considerados adequados e conforme Malhotra (2001) deve ser ($> 0,6$).

O gráfico 14 fornece os três fatores com seus escores médios, contemplando expectativas e percepções.

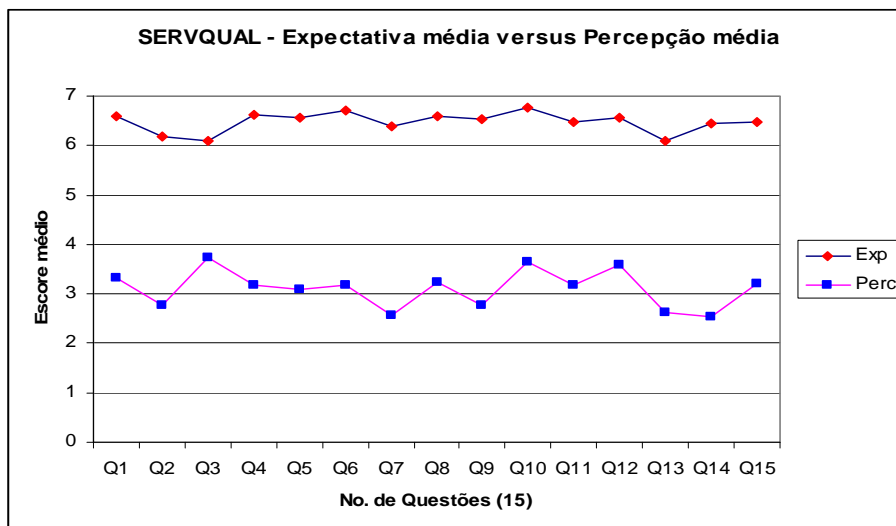
Gráfico 14: Médias das expectativas e percepções das dimensões do SERVQUAL. Campina Grande, PB-Brasil, 2010.

Fonte: Elaboração própria

O resultado do gráfico 14 contempla os três fatores: Fator 1, confiabilidade ou serviço despachado; Fator 2, processo de desempenho do serviço e Fator 3, itens tangíveis e os quinze itens da escala SERVQUAL onde reforça a discrepância existente entre expectativa e percepção.

O gráfico 15, a seguir, contempla os valores atribuídos aos 15 itens das expectativas e os quinze itens das percepções.

Gráfico 15: Médias das expectativas e percepções dos 15 itens do SERVQUAL Campina Grande, PB-Brasil, 2010.



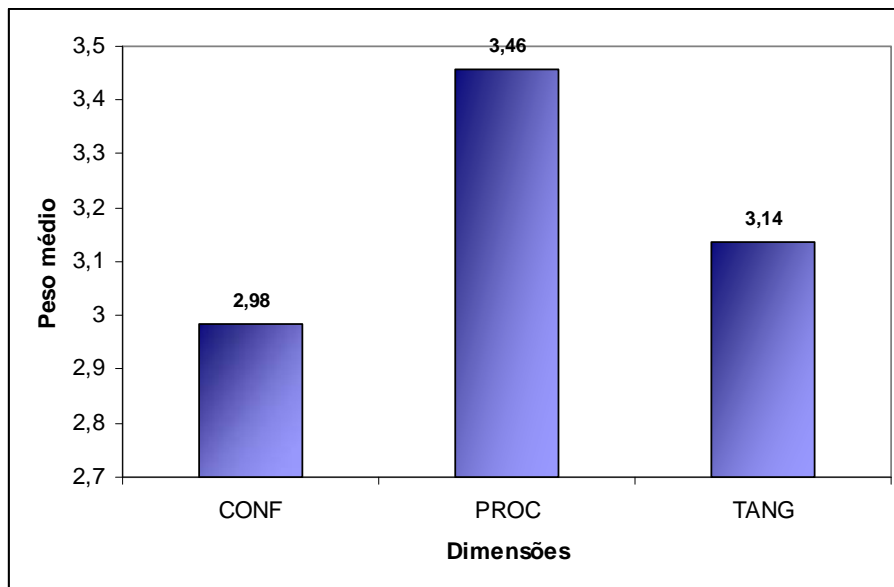
Fonte: Elaboração própria

Na análise do gráfico 15 se verifica as médias das expectativas e percepções dos 15 itens do SERVQUAL, como sendo as percepções ou resultado a um determinado momento do tempo, de um encontro entre uma subjetividade individual e outra coletiva. Dessa forma, as percepções têm lugar nas crenças e são atribuídas às pessoas, conhecimento, juízos, opiniões e sentimentos relativos aos direitos e deveres dos indivíduos. A avaliação da qualidade resulta da comparação realizada pelos clientes entre as expectativas sobre o serviço que vão receber e as percepções da atuação das organizações prestadoras de serviço.

Estes resultados confirmam que a expectativa de uma pessoa é função de muitas variáveis. Desta forma, os resultados obtidos nesta pesquisa devem ser interpretados, se observando este tipo de viés.

O gráfico 16 referencia, as médias atribuídas aos três fatores.

Gráfico 16: Média das percepções das dimensões do SERVQUAL (nível de importância). Campina Grande, PB-Brasil, 2010.



Fonte: Elaboração própria

Legenda: **CONF:** Confiabilidade ou serviço despachado

PROC: Processo de desempenho do serviço

TANG: Itens tangíveis

Observa-se no gráfico 16 que o fator processo de desempenho do serviço foi a que se destacou com visibilidade absoluta, enquanto que itens tangíveis e confiabilidade ou serviço despachado, ficaram superpostas, indefinidas de acordo com a opinião dos pacientes.

Em ambientes de prestação de serviços, a satisfação do paciente muitas vezes é influenciada pela qualidade da interação interpessoal entre o funcionário e o paciente. Os prestadores de serviços são o lado humano da organização e tem-se expectativa que forneçam serviços excelentes. Nesse contexto, todas as atitudes do profissional repercutem sobre o paciente e terão significados terapêuticos, e a comunicação adequada favorece o alcance dos objetivos da assistência.

Portanto, quanto ao nível de importância, detecta-se a maior média para o processo de desempenho do serviço. As expectativas e exigências do cliente formam os verdadeiros padrões de confiabilidade quanto ao que está sendo avaliado, é essencialmente um desempenho, em vez de um objetivo.

5.1.7 Análise comparativa dos hospitais, através dos três fatores extraídos do Servqual, dentro de cada dimensão da percepção ou (qualidade de serviço percebido)

Nessa etapa foi empreendida a análise de Variância ANOVA (de uma classificação), o Teste de Tukey, o qual realiza comparações múltiplas entre as médias das três dimensões e o Teste-*t* que realiza uma comparação das médias de percepção (ou qualidade percebida) entre as três dimensões. Com o objetivo de investigar se existem diferenças estatisticamente significantes entre os três tipos de hospitais, a partir das três dimensões da percepção (ou qualidade percebida).

QUADRO 32: Análise de Variância (de uma classificação) para cada dimensão da percepção

Dimensão	SQ	g.l	MQ	SQ	g.l	MQ	Estatística	Significância
	Efeito	Efeito	Efeito	Erro	Erro	Erro	F	p-valor
CONF ⁺	12,027	2	6,013	264,511	153	1,729	3,478	0,033*
PROC	25,840	2	12,920	283,911	153	1,856	6,963	0,001*
TANG ⁺	19,936	2	9,968	279,250	153	1,825	5,461	0,005*

(*) ANOVA, resultado significativo para p-valor < 0,05

(†) O teste de Levene assume a igualdade de variâncias entre os grupos.

SQ: Soma de Quadrados; g.l: graus de liberdade; MQ: Média de Quadrado

Teste de Comparação Múltipla (Post Hoc) de Tukey para os resultados das ANOVAS no quadro 32 que apresentaram diferenças significativas (p-valor < 0,05):

QUADRO 33: Teste de Comparação Múltipla de Tukey Relativo às Dimensões do SERVQUAL

1. Confiabilidade	Público (2,62)	Privado (2,91)	Filantropico (3,42)
Público (2,62)		0,507	0,027*
Privado (2,91)	0,507		0,135
Filantropico (3,42)	0,027*	0,135	
2. Desempenho	Público (2,70)	Privado (3,68)	Filantropico (3,50)
Público (2,70)		0,001*	0,032*
Privado (3,68)	0,001*		0,805
Filantropico (3,50)	0,032*	0,805	
3. Tangibilidade	Público (2,45)	Privado (3,17)	Filantropico (3,41)
Público (2,45)		0,018*	0,007*
Privado (3,17)	0,018*		0,646
Filantropico (3,41)	0,007*	0,646	

(*) Diferença significativa entre as médias, indicando subgrupos heterogêneos

As diferenças significativas contidas no quadro 33 seguiram a mesma tendência para as dimensões Desempenho e Itens tangíveis. Assim sendo, após o Teste de Tukey, vê-se que o hospital *Público* apresentou percepção (ou qualidade de serviço prestado) diferente dos hospitais Privado e Filantrópico. Quanto à dimensão Confiabilidade, houve diferença significativa da percepção apenas entre os hospitais: *Público* e *Filantrópico*.

A seguir, foi aplicado o teste *t* para amostras dependentes na comparação das dimensões duas-a-duas:

Medidas descritivas – Resumo

Dimensões	N válido	Média	D. Padrão
Confiabilidade	156	2,95	1,34
Desempenho	156	3,39	1,41
Tangibilidade	156	3,04	1,39

Conforme se observa, a partir das medidas descritivas acima explicitadas, as dimensões *Desempenho* e *Confiabilidade* apresentaram percepções médias máxima e mínima: 3,39 e 2,95, respectivamente.

Tabela 7. Aplicação do *Teste t* para amostras Dependentes, nas Três Dimensões.

	Confiabilidade	Desempenho	Tangibilidade
Confiabilidade	0	-0,439 ⁺	-0,091 ⁺
Desempenho	0,000*	0	0,347 ⁺
Tangibilidade	0,334	0,001*	0

(⁺) Matriz triangular superior, diferenças médias entre as dimensões

(*) Matriz triangular inferior, p-valor < 0,05, resultados significativos

5.1.8 Estimativa da qualidade dos serviços e da assistência prestada pelas três dimensões do SERVQUAL (15 Questões)

1) Modelo de Regressão Linear Ajustado para Q31- Qualidade dos Serviços Prestados

$$QSER = a + b_1.CONF + b_2.PROC + b_3.TANG$$

Onde: *QSER* (Qualidade dos Serviços) é a *variável dependente* ou *critério* e *CONF* (Confiabilidade ou serviço despachado), *PROC* (Processo de desempenho do serviço) *TANG* (Itens tangíveis), são as *variáveis independentes* (explicativas ou preditoras) no modelo de regressão linear proposto.

A Regressão Linear Múltipla (Método *Stepwise*) foi conduzida e as variáveis *CONF* e *PROC*, dentre as três dimensões consideradas, foram incluídas no modelo e são responsáveis por 59,0% de explicação da variação total de *QSER* (Qualidade dos Serviços). O modelo de regressão padronizado, foi assim estimado:

$$QSER = \beta_1.CONF + \beta_2.PROC$$

$$QSER = 0,427.CONF + 0,398.PROC$$

Onde: $R_{mult} = 0,770$ (Coeficiente de correlação múltiplo)

$R^2_{mult} = 0,592$ e $R^2_{mult(ajustado)} = 0,590$ ou 59,0% (Coeficiente de explicação ou determinação), indicando que as variáveis preditoras: *CONFIAB* e *DESEMP* explicam conjuntamente 59,0% da variação total da variável dependente *QSER*.

Tabela 8: MATRIZ DE CORRELAÇÃO^{a,b}

Correlação	QSER	CONF	PROC	TANG
QSER	1	0,721**	0,714**	0,563**
CONF	0,000	1	0,739**	0,656**
PROC	0,000	0,000	1	0,604**
TANG	0,000	0,000	0,000	1

^a Parte triangular superior às correlações de Pearson.

^b Parte triangular inferior às significâncias (p-valor).

** significância p-valor < 0,01 (bi-caudal), indicando correlação significativa.

2) Modelo de Regressão Linear Ajustado para Q32- Qualidade da Assistência Prestada

$$QASS = a + b_1.CONF + b_2.PROC + b_3.TANG$$

Onde: *QASS* (Qualidade da Assistência) é a *variável dependente* ou *critério* e *CONF* (Confiabilidade ou serviço despachado), *PROC* (Processo de desempenho do serviço) *TANG* (Itens tangíveis), são as *variáveis independentes* (explicativas ou preditoras) no modelo de regressão linear proposto.

A Regressão Linear Múltipla (Método *Stepwise*) foi conduzida e as variáveis *CONF*, e *PROC*, dentre as três dimensões consideradas, foram incluídas no modelo e são responsáveis por 59,3% de explicação da variação total de *QASS* (Assistência dos Serviços). O modelo de regressão padronizado foi assim estimado:

$$QASS = \beta_4 \cdot CONF + \beta_5 \cdot PROC + \beta_1 \cdot TANG$$

$$QASS = 0,524 \cdot CONF + 0,300 \cdot PROC$$

Onde: $R_{\text{mult}} = 0,772$ (Coeficiente de correlação múltiplo)

$R^2_{\text{mult}} = 0,596$ e $R^2_{\text{mult(ajustado)}} = 0,593$ ou 59,3% (Coeficiente de explicação ou determinação), indicando que as variáveis predictoras: *CONF* e *PROC*, explicam conjuntamente 59,3% da variação total da variável dependente *QASS*.

Tabela 9: MATRIZ DE CORRELAÇÃO^{a,b}

Correlação	QSER	CONF	PROC	TANG
QASS	1	0,745**	0,687**	0,559**
CONF	0,000	1	0,739**	0,656**
PROC	0,000	0,000	1	0,604**
TANG	0,000	0,000	0,000	1

^a Parte triangular superior às correlações de Pearson.

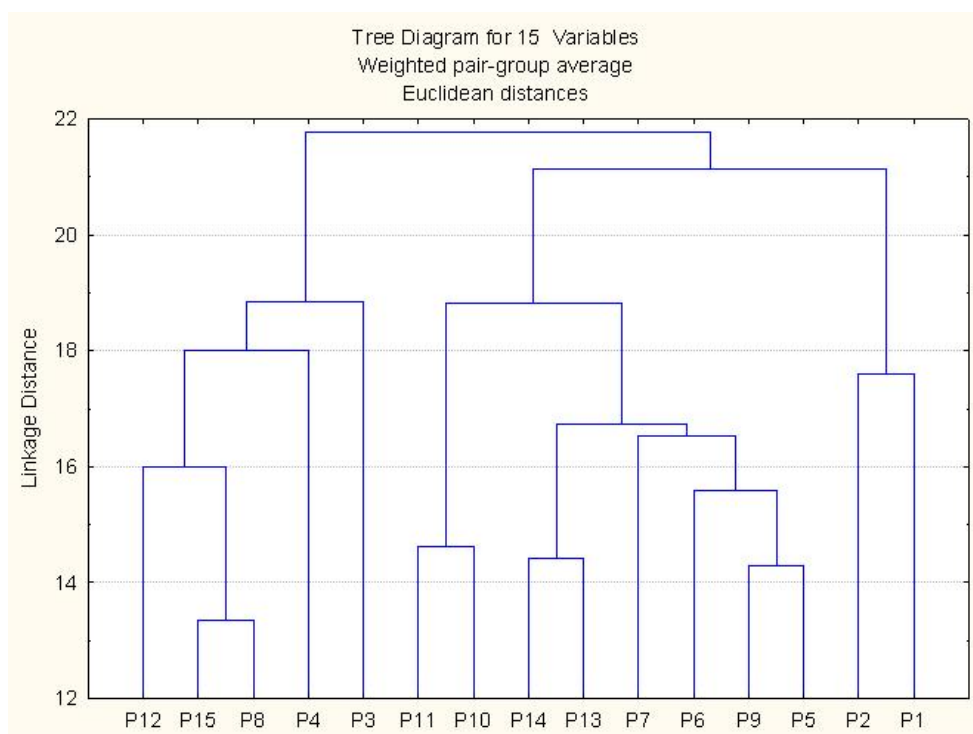
^b Parte triangular inferior às significâncias (p-valor).

** significância p-valor < 0,01 (bi-caudal), indicando correlação significativa.

5.1.9 Análise de Agrupamento (ou Cluster)

A etapa seguinte expressa a análise de agrupamento de Clusters. Foi efetuada uma análise de agrupamento (ou análise de cluster) com as 15 questões (medidas na escala de Likert) do questionário SERVQUAL, através do método hierárquico de Average Linkage (Entre Grupos), onde foi encontrada a mesma estrutura de três dimensões, reafirmando a estrutura de dimensões obtidas pela aplicação da análise fatorial exploratória (AFE), ver Dendrograma no gráfico 17.

Gráfico 17: Dendrograma da análise de agrupamento hierárquico pelo método Average Linkage.



Fonte: Elaboração própria

No resultado desse gráfico, observa-se que se fez uso do método de agrupamento não-hierárquico K-médias, objetivando identificar as diferenças e similaridades existentes, segundo a seleção das variáveis do perfil dos pacientes atendidos nos hospitais de Campina Grande-PB, referentes às instituições prestadoras de serviço de saúde, discriminadas a seguir:

1. Tipo de instituição hospitalar: Pública, Privada; filantrópica;
2. Número de leitos dos hospitais
3. Faixa etária: 20 a 30 anos; 31 a 40 anos, 41 a 50 anos, 51 a 60 anos e 61 a 70 anos.
4. Escolaridade: Alfabetizado, Fundamental, Médio e Superior;

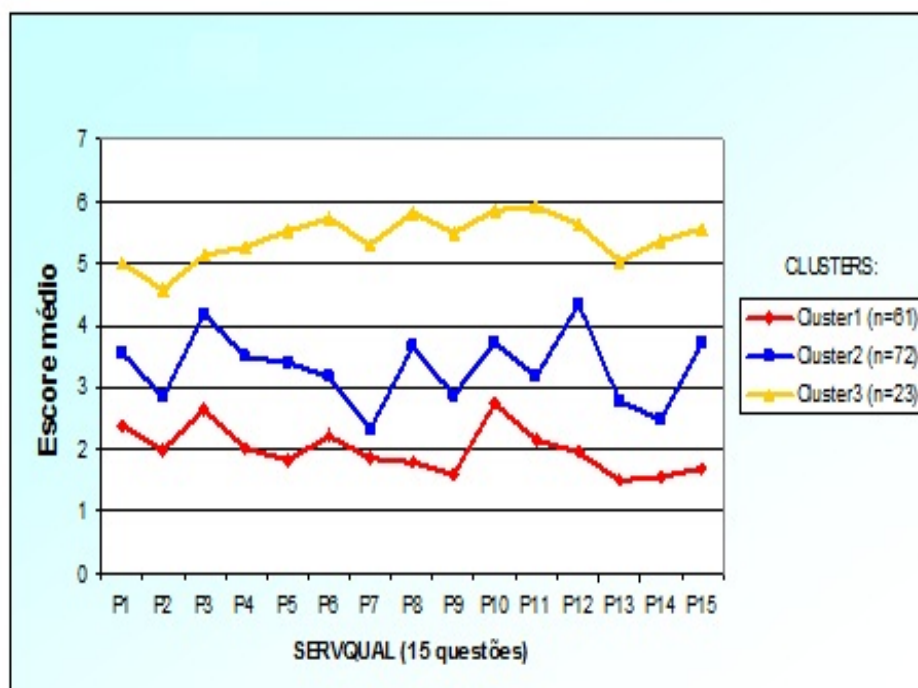
A etapa seguinte, através da tabela 10, faz referência à análise de agrupamento ou de Clusters.

Tabela 10: Análise de agrupamento - Método Não-Hierárquico das k-médias (3 clusters)

Cluster	Pacientes ou usuários	%
C1	61	39,1
C2	23	14,7
C3	72	46,2
Total de casos	156	-

A Tabela 10 apresenta uma composição final de agrupamento em três clusters pelo método não-hierárquico das k-médias. Os clusters C1, C2 e C3 apresentam similaridades intra (dentro) para cada um dos clusters e dissimilaridades inter (entre) os clusters C1, C2 e C3, em relação às avaliações das 15 questões da escala SERVQUAL prestadas pelos usuários pesquisados.

O gráfico construído, a partir das informações acima contempladas faz referência ao plot com as médias de cada Cluster.

Gráfico 18: Classificação dos escores das questões do SERVQUAL agrupamento de três clusters (cluster 1: baixo, cluster 2: médio e cluster 3: alto)

Fonte: Elaboração própria

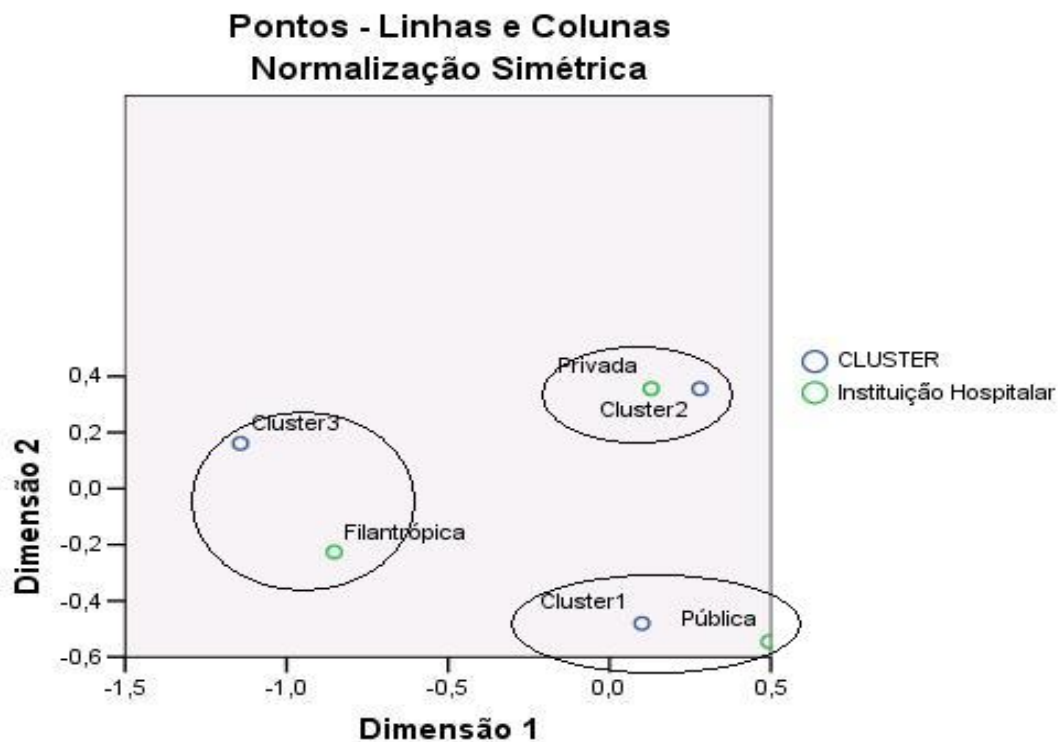
O Cluster 1 foi constituído por variáveis com valores médios menos elevados para as 15 questões do SERVQUAL em relação aos demais clusters.

5.1.10 Análise de Correspondência

A análise de correspondência foi conduzida para avaliar a associação da avaliação concedida pelos pacientes, segundo as variáveis: *Instituição de saúde*, *Faixa etária* e *Escolaridade*, quanto à qualidade dos serviços medida, a partir da escala SERVQUAL adaptada (15 questões) com a variável de agrupamento ou Clusters (C1, C2 e C3), tendo sido observada significância quanto à associação com as variáveis aqui relatadas, $p\text{-valor} < 0,05$; quando do uso do teste de associação de Qui-quadrado para as respectivas tabelas de contingências ou de dupla entrada.

Após resultado da análise de correspondência, foi construído o mapa percentual entre os Clusters e as Instituições Hospitalares, conforme o gráfico 19.

Gráfico 19: Mapa perceptual da análise de correspondência entre Clusters e Instituição Hospitalar.

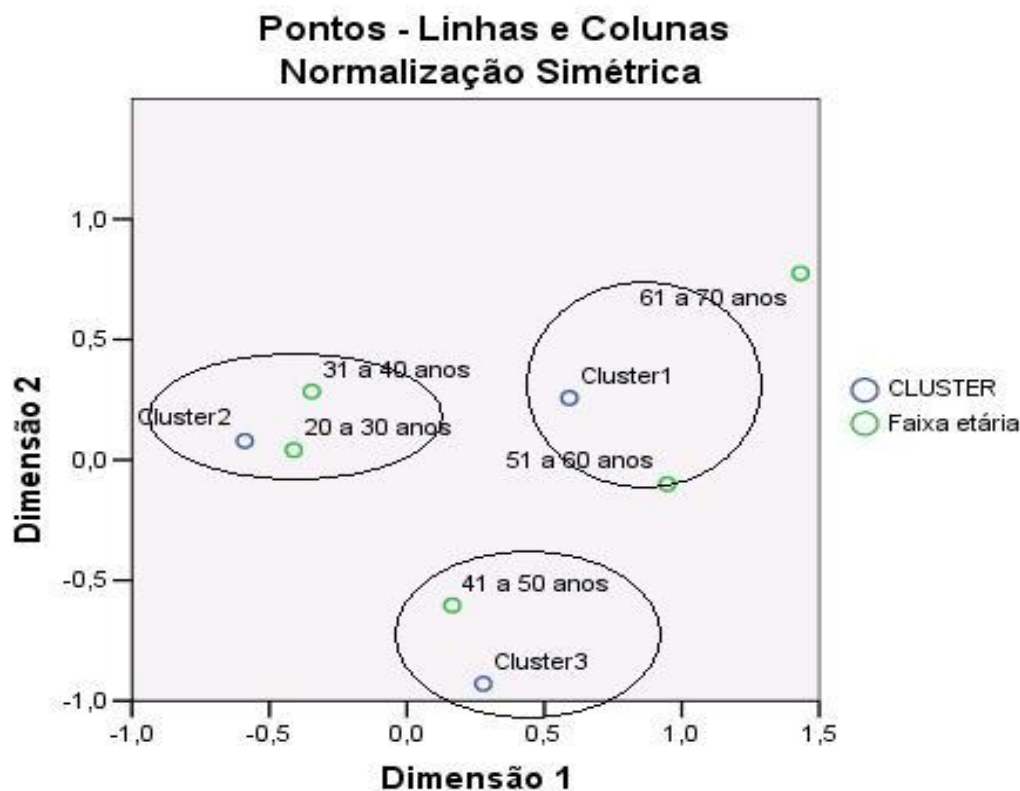


Fonte: Elaboração própria

O resultado do gráfico 19 que faz correspondência entre clusters e as instituições hospitalares, confirma a preferência pelos hospitais privados, seguido dos hospitais filantrópicos e públicos.

A mesma análise de correspondência foi realizada entre clusters e faixa etária e o resultado está no gráfico 20 a seguir:

Gráfico 20: Mapa perceptual da análise de correspondência entre **Clusters** e **Faixa Etária**.



Fonte: Elaboração própria

O resultado de clusters gráfico 20 mostra que os pacientes na faixa etária entre 51 a 70 anos (cluster 1) se concentram mais no hospital público. Na opinião da pesquisadora, esse resultado atribui-se ao fato dos pacientes idosos adoecerem mais, estarem mais expostos a doenças crônico-degenerativas, permanecerem mais tempo hospitalizados e, muitas vezes, não decidem sozinhos pela escolha do serviço. Os pacientes na faixa etária entre 20 a 40 anos (cluster 2) optaram pelo hospital privado. Em relação aos pacientes mais jovens, esse resultado pode estar associado ao estigma da maioria dos hospitais públicos que oferecem serviços de má qualidade e pela melhor planta física dos hospitais privados. Quanto à faixa etária 41 a 50 anos, esse grupo intermediou a avaliação dos serviços, optando pelo hospital filantrópico e não foi possível identificar os fatores que interferiram nesse resultado.

A pesquisa com os 310 pacientes utilizando métodos estatísticos confirmatórios, traz como resultado confirmações que na relação da expectativa e serviço percebido, o paciente tem uma expectativa alta relacionada ao serviço e à assistência e as mesmas, não foram atendidas pelos hospitais.

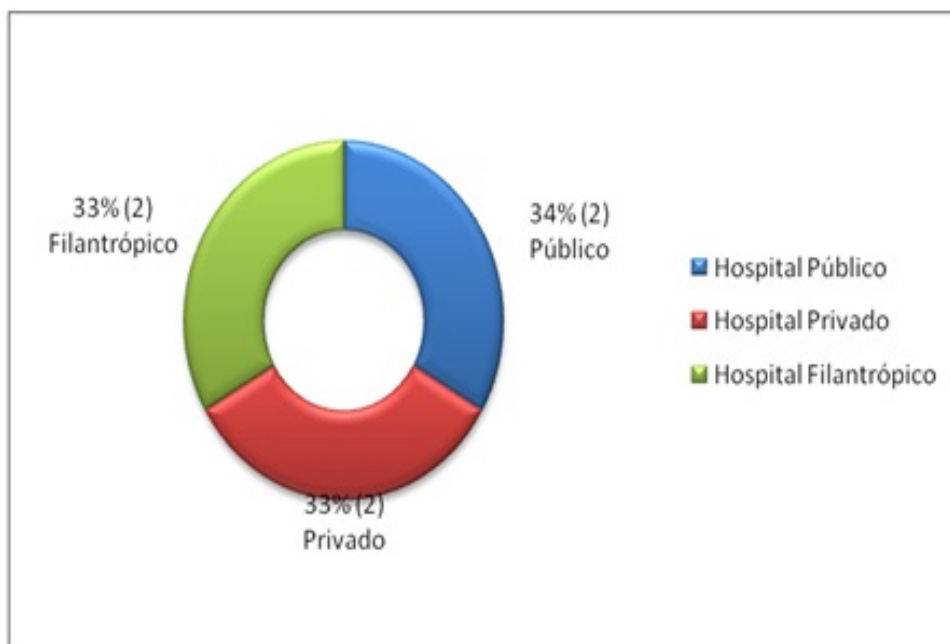
5.2 Análise Interna –Uma abordagem Qualitativa

A análise interna combinou a metodologia qualitativa e quantitativa com intuito a uma maior compreensão não só do nível de implantação de programa de qualidade nos diferentes hospitais, mas também a correspondência que estes têm tido com a filosofia que move a instituição, assim como sua atitude proativa e reativa ante à necessidade de alcançar níveis de qualidade apropriada na atenção a seus pacientes.

A pergunta latente que busca cumprir com os objetivos propostos é: **qual é a medida de implantação efetiva dos programas de qualidade e se esta é coerente com a percepção dos pacientes?**

5.2.1 Caracterização das Instituições Objeto da Pesquisa.

Gráfico 21: Classificação dos hospitais pesquisados. Campina Grande, PB- Brasil, 2010



Fonte: Elaboração própria

Classificação dos Hospitais

Na análise do Gráfico 21, observa-se a classificação dos hospitais em: hospitais públicos (dois), sendo um na esfera federal e outro na esfera estadual para atendimento de pacientes do SUS; dois hospitais filantrópicos e dois hospitais privados. Esses quatro últimos hospitais citados atendem a pacientes do SUS, com plano de saúde privado e pacientes particulares.

Faz-se, oportuno, registrar que existem no país 6801 hospitais, sendo 4616 privados, 2185 hospitais públicos, destes: 1502 Municipais, 456 Estaduais, 53 Federais, e 174 hospitais Universitários e de Ensino (FBH 2011).

Especialidades Médicas

Nesse estudo, constatou-se que os hospitais pesquisados atendem às seguintes especialidades: alergia, imunologia, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia de cabeça e pescoço, oncologia pediátrica, clinica médica, pediatria, infectologia, endocrinologia, cirurgia torácica, cirurgia buco-maxilo-facial, ortopedia, cirurgia vascular, neurologia, urologia, nefrologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, neurocirurgia, ginecologia, geriatria, angiologia, oncologia, obstetrícia e cirurgia plástica.

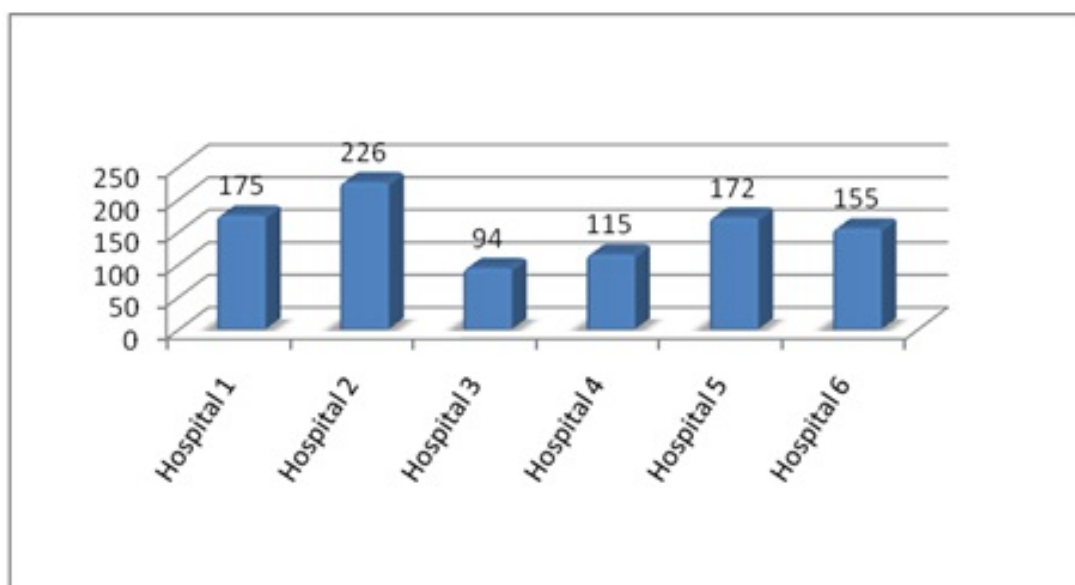
Serviços de Internação

Quanto à disponibilidade de serviço de internação nos hospitais pesquisados destacam-se: clinica médica e clinica cirúrgica (em todas as especialidades), obstetrícia, pediatria, oncologia, doenças infecto-contagiosas, UTI (adulto, pediátrica e neonatal), berçário, centro cirúrgico, centro de material esterilizado, hemodiálise, hemodinâmica, serviço de emergência, pronto atendimento, laboratório de análises clínicas, serviço de diagnóstico por imagem e todos os serviços de apoio.

Porte dos Hospitais

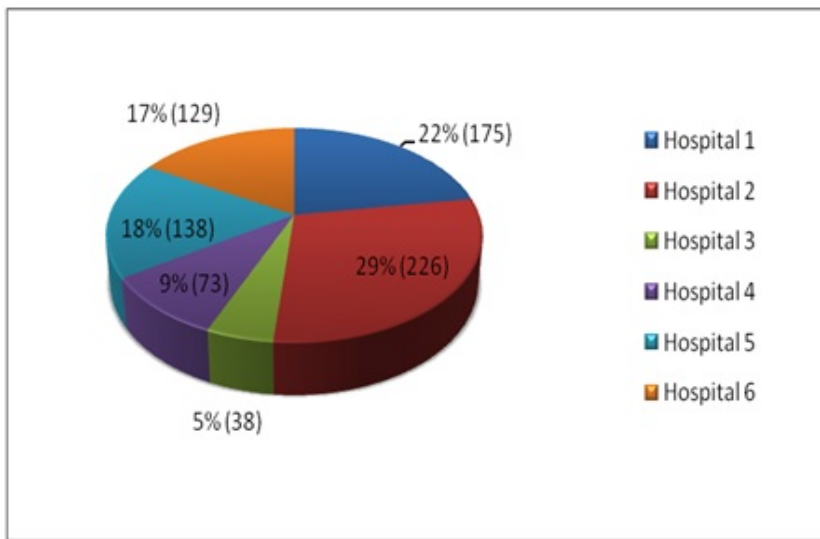
Quanto ao porte dos hospitais, o gráfico 22 enfatiza que são classificados em hospital geral de médio porte e grande porte, conforme critérios pré-estabelecidos. Os resultados mostram que as instituições públicas (1 e 2) possuem maior número de camas, seguido das instituições filantrópicas (5 e 6) e das instituições privadas (3 e 4). Fazendo-se um parâmetro com a estrutura hospitalar brasileira, onde 75% dos hospitais existentes contam com menos de 70 leitos e apenas 10% têm mais de 150 leitos, pode-se dizer que a estrutura hospitalar, em estudo, está compatível com a do país.

Gráfico 22: Distribuição do número de camas nos hospitais pesquisados. Campina Grande, PB – Brasil, 2010.



Fonte: Elaboração própria

Gráfico 23: Distribuição quantitativa de camas para atendimento SUS dos hospitais pesquisados. Campina Grande, PB- Brasil, 2010.



Fonte: Elaboração própria

Observa-se no Gráfico 23 que nos hospitais públicos (1 e 2) e filantrópicos (5 e 6), existe a predominância de atendimento para pacientes do SUS. Na opinião da pesquisadora, embora se tenha um considerável quantitativo de camas destinadas ao atendimento da rede SUS, a qualidade não atende às necessidades da clientela.

Relação entre Número de Profissionais X Número de Camas

Para análise da relação entre o número de profissionais e o número de camas, se procedeu a análise estatística de correlações, considerando o variável número de profissionais em função do número de camas dos hospitais pesquisados, conforme explicitado no quadro 34, a seguir:

Quadro 34: Demonstração da relação entre o variável número de profissionais x número de camas dos hospitais pesquisados, Campina Grande, PB- Brasil 2010.

Relação Profissionais/Cama			
	Número de Camas	Número de Profissionais	Relação Profissionais/Camas
Hospital 1	175	839	4,794285714
Hospital 2	226	1300	5,752212389
Hospital 3	94	360	3,829787234
Hospital 4	115	260	2,260869565
Hospital 5	172	388	2,255813953
Hospital 6	155	222	1,432258065

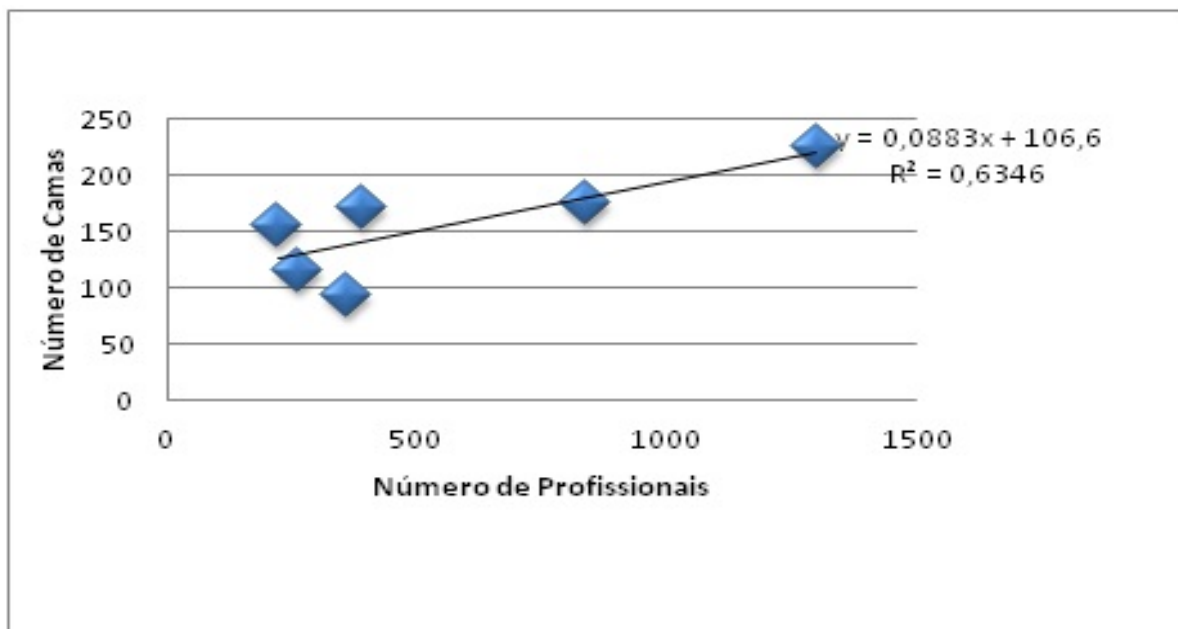
Fonte: Elaboração própria

No quadro 34, verifica-se a relação entre o número de camas e o número de profissionais. Para melhor compreensão do quadro 34, se leva em consideração as afirmações de Borges (2003): “a correlação pode ser positiva quando as variáveis são diretamente proporcionais ou negativas quando são inversamente proporcionais, e que o grau de uma correlação é definido conforme sua classificação”:

- Correlação Perfeita, quando $R=1$;
- Correlação muito forte, quando R variar de 0,99 a 0,80;
- Correlação forte, quando R variar de 0,70 a 0,60;
- Correlação fraca, R de 0,39 a 0,20;
- Correlação sem valor, R de 0,19 a 0,01
- Correlação nula, $R=0$.

No Gráfico 24, observa-se o resultado da correlação entre o número de profissionais que trabalham nos hospitais pesquisados e o número de camas.

Gráfico 24 – Correlação entre número de profissionais e número de camas dos hospitais pesquisados, Campina Grande, PB- Brasil, 2010.



Fonte: Elaboração própria

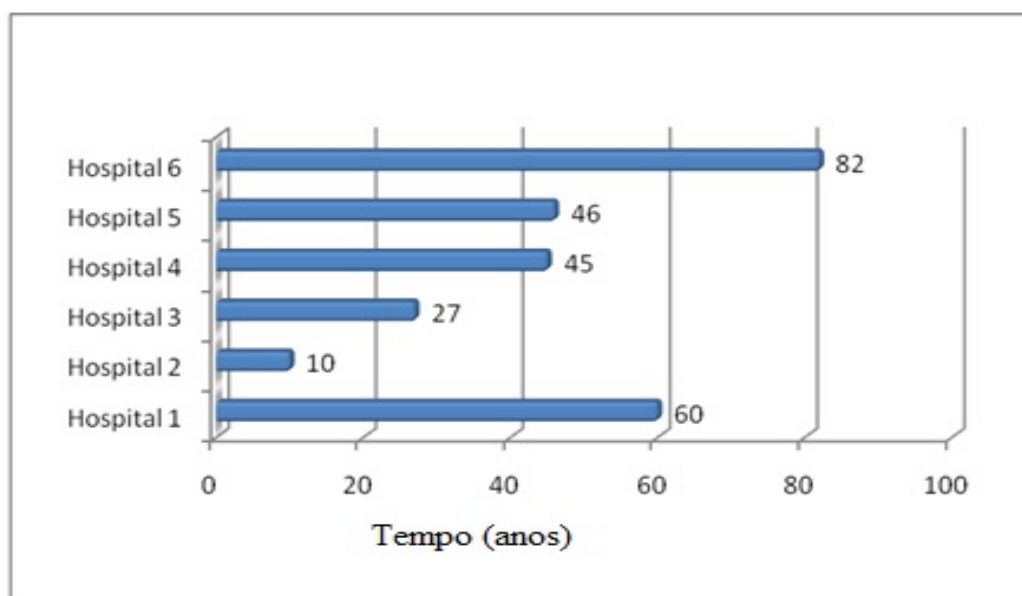
Na correlação explicitada nesse gráfico 24, fazendo-se um parâmetro entre as variáveis estudadas e a proporção entre o número de profissionais X número de camas, constata-se um coeficiente de variação muito alto de aproximadamente 50%, indicando uma

dispersão alta entre os hospitais estudados, e faz-se necessário verificar que existe uma correlação direta entre esse parâmetro e a satisfação do cliente no que se refere a qualidade da assistência.

Verificou-se na matriz de correlação entre as variáveis acima citadas, uma correlação muito forte (quando R variar de 0,80 a 0,99), entre número de camas e número de profissionais (o que significa que há relação direta entre estas variáveis).

Tempo de Funcionamento dos Hospitais Pesquisados.

Gráfico 25: Distribuição do tempo (anos) de funcionamento dos hospitais pesquisados. Campina Grande, PB- Brasil, 2010.



Fonte: Elaboração própria

Quanto ao tempo de funcionamento dos hospitais pesquisados, observa-se no gráfico 25 que, existem hospitais com (10 anos) de existência no mercado e outros com longos anos de existência (82 anos) na prestação de assistência à população, registrando-se uma maturidade dessas instituições quanto ao tempo de assistência oferecida à população.

Esse resultado, a priori, cria uma expectativa da existência de uma gestão hospitalar fundamentada em processos de qualidade. A pesquisadora concorda com a Fundação Nacional da Qualidade - FNQ (2009), quando afirma que o foco de atuação da qualidade nas

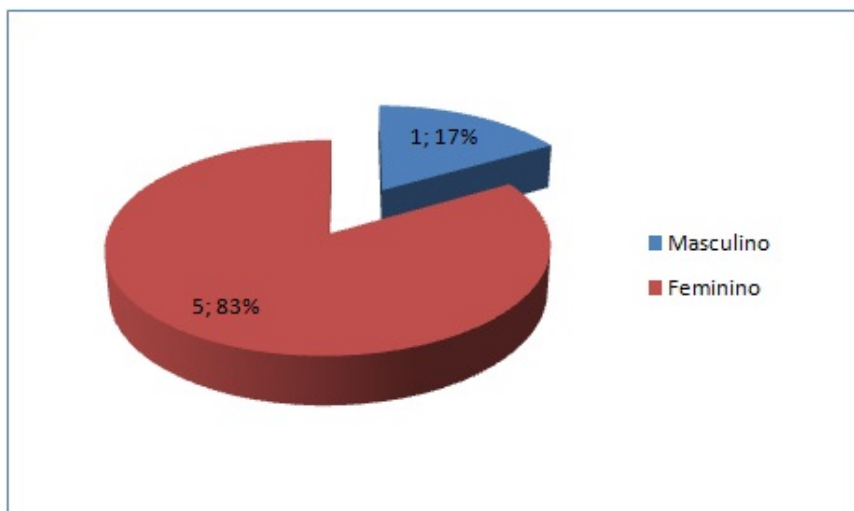
instituições de saúde, vai depender do grau de maturidade das instituições que são classificadas como: organizações iniciantes, em estágios intermediários e em estágios avançados.

5.2.2 Caracterização dos Gestores

Para analisar a caracterização dos gestores participantes desse estudo se consideram as seguintes variáveis: gênero, formação profissional, relação entre o número de camas e o número de profissionais e outros aspectos relevantes que podem explicar a existência ou não de deficiências na qualidade e a inadequação dos profissionais para as atuais demandas organizacionais.

Gênero dos Gestores

Gráfico 26: Distribuição dos gestores dos hospitais pesquisados, segundo o sexo. Campina Grande, PB- Brasil, 2010

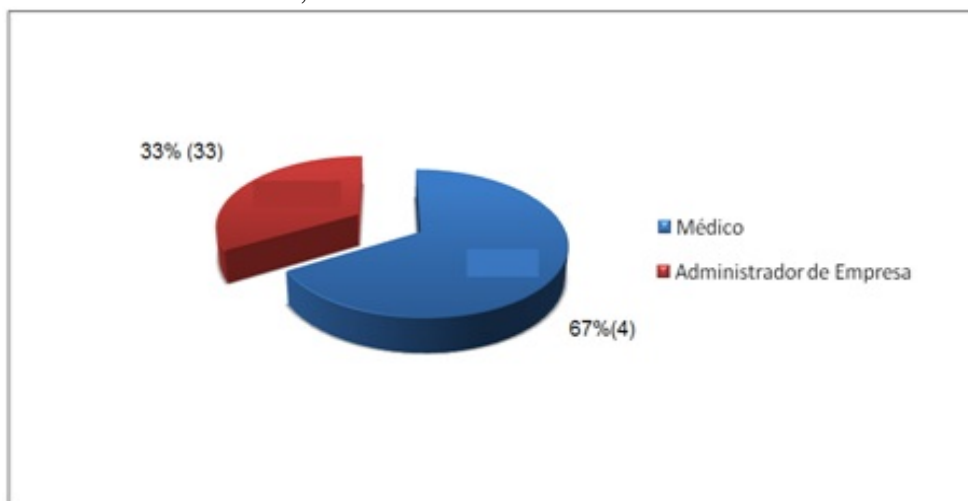


Fonte: Elaboração própria

Analisando o Gráfico 26, pode-se inferir uma predominância de gestores do sexo masculino. Na percepção da pesquisadora, apesar de todas as conquistas que as mulheres galgaram ao longo da história, na maioria das empresas, os cargos de gestão ainda são ocupados por homens e nos hospitais, essa realidade é ainda mais perceptível.

Formação dos Profissionais Gestores

Gráfico 27: Formação profissional dos gestores dos hospitais pesquisados. Campina Grande, PB-Brasil, 2010.



Fonte: Elaboração própria

O gráfico 27, explicita que há um elevado percentual de gestores com formação médica em exercício nos hospitais e baixo percentual de gestores com formação em administração, quando a literatura recomenda que os cargos administrativos devem ser ocupados por administradores, ficando para os médicos a administração clínica (Gonçalves, 2000). Na visão da pesquisadora, esse fato está relacionado à cultura administrativa do país, onde na maioria dos serviços de saúde, os médicos ocupam os cargos de gestão nos hospitais.

No Brasil, é comum muitos médicos migram da assistência para cargos ligados à administração, à política e outros, fenômeno este acentuado nos últimos dez anos. Com o modelo de gestão adotado na maioria dos hospitais brasileiros na década de 70, que tratava de empresas de cunho familiar, cujos proprietários eram os tomadores de decisão, esse modelo ainda hoje se aplica em alguns hospitais privados.

Nas organizações de saúde, a partir da adesão de algumas organizações a programas de qualidade, um número crescente de médicos foi levado a participar de modo ativo da gestão, tanto organizacional, quanto da qualidade onde se pode constatar que a especialidade médica “Administração hospitalar e de serviços de saúde” ganhou força nessa primeira década do Século XXI.

5.2.3 Abordagem Qualitativa

5.2.3.1 Histórico dos Hospitais Pesquisados

Seguindo a metodologia de Análise de Casos (Yin 2003;2008), com fim de obter uma maior compreensão do nível de implantação do modelo de gestão de qualidade nos hospitais pesquisados, se realizaram uma serie de visitas, análises de documentação e entrevistas com os responsáveis máximos de gestão dos mesmos.

Desta forma, nessa etapa da pesquisa, se abordam a história da criação dos hospitais, bem como os aspectos relacionados ao estágio de desenvolvimento de qualidade nos referidos hospitais.

Quadro 35: Histórico dos hospitais pesquisados. Campina Grande, PB-Brasil, 2010.

Histórico dos Hospitais Pesquisados					
Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3	Hospital 4	Hospital 5	Hospital 6
Criado para prestar assistência aos servidores públicos Federais da Região Nordeste, especificamente de Campina Grande.	Criado para servir de referência na cidade e nos municípios do Estado da Paraíba, em trauma-ortopedia e cirurgia neurológica.	Criado para atendimento de serviço médico hospitalar de referência em cardiologia, capaz de atender todos os municípios do Estado.	Criado para ser referência em trauma-ortopedia e neurologia na cidade e nos municípios do Estado da Paraíba.	Criado pelo Governo Holandês para prestar assistência médico-hospitalar, medicina preventiva, ensino médico e de enfermagem na Região Nordeste na cidade de Campina Grande.	Criado pela Loja Maçônica-Regeneração Campinense inicialmente destinada aos “indigentes” e posteriormente à população em geral, envolvendo os serviços em indigências e Casa de Saúde.

Fonte: Elaboração própria

O histórico dos seis hospitais pesquisados apresenta objetivo e ideologias diferenciadas para atendimento de demandas e especialidades diversificadas oferecida à população. Com exceção do hospital 1, todos os demais hospitais mantêm-se fiel ao propósito de sua criação.

5.2.3.2 Estágio de Desenvolvimento da Qualidade nos Hospitais Pesquisados

Essa etapa da pesquisa se propõe a responder à hipótese **H₇: existe uma alta e igual implicação da direção com a qualidade nos diferentes tipos de hospitais pesquisados.**

Quadro 36: Estágio de desenvolvimento da qualidade nos hospitais pesquisados. Campina Grande, PB-Brasil, 2010.

Estágio de desenvolvimento da qualidade nos hospitais pesquisados							
Estágio de Implantação da Qualidade (tempo) Certificação	Declaração da Missão e Manual da Qualidade	Compromisso da gestão com a Qualidade	Participação do Paciente	Participação do Funcionário	Plano de Ação da Qualidade	Treinamento educação continuada com os funcionários	
<p>Possuem programa de qualidade implantado dois Hospitais: 1 hospital privado (há 2 anos) e 1 hospital filantrópico (há 10 anos). Os demais hospitais estão em processo de implantação da qualidade.</p> <p>Certificação Nenhum hospital possui.</p>	<p>Declararam a missão os Hospitais 1,,3,5. Missão com ênfase na: Melhoria da qualidade; Investimento na formação dos profissionais e na tecnologia; Assistência de qualidade; Ética; Humanização e Meio Ambiente.</p> <p>Manual da qualidade Nenhum hospital</p>	<p>Os diretores dos seis hospitais assumem estarem comprometidos com a implantação e implementação da qualidade, e justificam: Preocupação com a melhoria da qualidade; Compromisso total embora dependa de vários ministérios e decisões superiores; Empenho, esforço e compromisso das pessoas.</p>	<p>A pesquisa de satisfação do paciente é realizada em dois hospitais (,3,5.) através de questionário, mas observa-se que essa avaliação é realizada apenas com os pacientes particulares e de planos de saúde privado.</p>	<p>A pesquisa de satisfação do funcionário é concretizada por dois hospitais (3,5)</p>	<p>Reciclagem e capacitação dos funcionários; Incentivos em pós-graduação; Participação do funcionário nas decisões; Aperfeiçoamento de técnicas de trabalho; Reformas e melhorias das instalações, Melhoria e adequação dos ambientes; Investimento em processos de tecnologia da informação Aquisição de equipamentos e instrumentos de</p>	<p>O treinamento com os funcionários só é realizado por dois hospitais (3,5)</p>	

	possui.				trabalho; Implantação de consultoria; Pesquisa de Endomarketing	
--	---------	--	--	--	---	--

Fonte: Elaboração própria

Implantação da Qualidade

Desde 1948, constituições de diversos países tem buscado inspiração na Carta Magna Declaração dos Direitos Humanos, sustentando a saúde como direito da cidadania Zanon (2001). A constituição Brasileira de 1998 introduz a noção de direito a saúde, como além do direito à assistência à saúde ou ao acesso aos serviços.

Quanto ao estágio de implantação e certificação de qualidade, segundo os gestores dos hospitais, apenas dois hospitais pesquisados têm programa de qualidade implantado e nenhum hospital possui certificação. Enquanto, os demais hospitais estão em processo de implantação de sistema da qualidade. Esse resultado **não confirma a H₇ de que existe uma alta e igual Implicação da Direção com a Qualidade nos diferentes tipos de hospitais pesquisados** A maioria das investigações empíricas revela que a implantação de sistemas de qualidade produz um impacto positivo na organização, considerando, tanto os resultados tangíveis de origem econômica ou competitiva, como os intangíveis que podem ser os relacionados com os recursos humanos.

Os resultados da pesquisa de Blumenthal (1996) e Grol (2001) referente à implantação de um sistema de qualidade alertam que esta, pode ser uma ferramenta para assegurar que recursos sejam usados eficiente e eficazmente. Além disso, os pacientes esperam e merecem um atendimento de alta qualidade para evitar insatisfações e complicações desnecessárias.

A pesquisa de Harten et al (2002) que teve como objetivo a avaliação da introdução de um sistema de gestão da qualidade em um grande hospital de reabilitação conclui que a introdução de um QMS pode ser considerado um processo de mudança e detectou a necessidade de se investir em formação e comunicação e revelou efeitos positivos na satisfação do trabalho do quadro de funcionários.

Estabelecimento de uma Missão

O segundo aspecto abordado com os gestores diz respeito à missão dos hospitais onde só três fizeram referência sobre a existência da mesma (1,3,5), conforme explicitado no quadro 36.

As instituições hospitalares têm como missão primordial atender aos pacientes de forma mais adequada, preocupando-se com a melhoria contínua da qualidade, de sua gestão e assistência, primando por uma integração nas áreas médicas, tecnológicas, administrativa, econômica, assistencial e em algumas instituições, pesquisa e ensino.

A missão é a proposta que uma empresa faz nas suas relações consigo mesma e com a comunidade onde atua, ela funciona como uma bússola norteadora onde as metas e objetivos serão direcionados. A inexistência da missão abre o precedente para que cada gestor ao assumir a empresa coloque em prática o que ele acredita e não o objetivo que a empresa propõe alcançar. É importante também chamar a atenção para o fato de que muitas empresas colocam sua Missão e Visão em quadros pendurados na parede, como se fosse real sua proposta na prática, entretanto, os mesmos não passam de meras figuras ilustrativas e/ou decorativas que não são implantadas.

Compromisso da Gestão com a Qualidade

É importante se considerar que um programa de qualidade excelente por si só, não é suficiente. A implementação de sucesso do programa de melhoria de qualidade também requer, comprometimento gerencial, mostrando a necessidade de mudança na organização e qualquer que seja o comprometimento da gerência, o comportamento organizacional não mudará, a não ser que haja vontade e é tarefa do hospital apontar a mudança interna que é requerida para manter a viabilidade da implantação da qualidade.

Na percepção da pesquisadora, a principal dificuldade encontrada nesse estágio consiste em ajudar a melhorar essa integração, fazendo com que os agentes dos processos entendam que atender de forma consistente aos requisitos dos processos, melhorará a satisfação dos clientes e da força de trabalho e elevará o grau de maturidade da organização. Na prática, observa-se que as ações de melhoria muitas vezes não são proativas, mas reativas e isso é refletido no reduzido número de hospitais certificados no país. Entretanto, é notória a mobilização que existe na maioria dos hospitais para se melhorar a qualidade da assistência e dos serviços pela exposição contínua dos mesmos a avaliação interna e externa. Nesse

sentido, os processos estão sendo definidos e a postura de algumas organizações, começa a ser proativa.

Do ponto de vista gerencial, nas últimas duas décadas, o que se detecta é que os serviços de saúde estão mais expostos a uma cadeia de pressão, advindas de vários órgãos de regulação e fiscalização como: Agência Nacional de Saúde (ANS); Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); Sistema Único de Saúde (SUS); Ministério do Trabalho (MT); Conselhos e Sindicatos; Código de Defesa do Consumidor; Poder Judiciário; Veículos de Comunicação e Sociedade.

Vale salientar que, no Estado da Paraíba - Brasil, só existe um hospital (privado) acreditado pelo Instituto Qualisa de Gestão (IQG), em 2010, cuja entidade certificadora é associada à Organização Nacional de Acreditação (ONA). Nos países em desenvolvimento, o uso de critérios para avaliar a qualidade do serviço pode ser mais um desafio, dada a falta de pesquisa e a variedade de fatores contextuais que podem ser mais bem compreendidos. Atividades de melhoria da qualidade e implantação de sistemas de administração de qualidade também têm sido aplicadas nos hospitais de Campina Grande.

Portanto, a implantação de sistema de qualidade necessita do esforço de todos os membros da organização para assegurar a satisfação dos clientes, de forma contínua, começando pelo compromisso da direção.

Nesse contexto, a liderança e o compromisso da direção são considerados como um princípio fundamental para que as atividades realizadas para a implantação do sistema de qualidade tenham a eficácia desejada. É importante salientar que nessa etapa de implantação, a melhoria da qualidade não é apenas uma implementação de sistemas ou processos de medida da qualidade, requer uma mudança fundamental da mentalidade e do comportamento dos diretores, médicos, enfermeiros e de todos os envolvidos com a assistência ao paciente.

Avaliação da Satisfação do Paciente

No que diz respeito à avaliação da satisfação do paciente quanto ao serviço e à assistência, só dois hospitais avaliam (3,5) e pode-se inferir que não se muda, nem se melhora aquilo que não se conhece. O desenvolvimento de instrumentos de medida de qualidade percebida pelo usuário é entendido como veículo para incorporar a opinião do paciente, a gestão do hospital.

Por não se mensurar a opinião do paciente, dessa forma eles não contribuem com a política ou prestação de serviço. Como usuários do sistema de saúde, eles pagam um preço alto em termos sociais, psicológicos, financeiros e físicos e suas opiniões devem ser consideradas estratégicas para a tomada de decisões e elaboração do sistema de saúde. No mínimo, suas opiniões, por mais subjetivas que sejam, devem ajudar os prestadores de serviço a estabelecerem padrões que devem ser prestados para aliviar o sofrimento de quem precisa do sistema de saúde.

A postura adotada por muitos gestores e profissionais que trabalham em hospitais que atendem a paciente do SUS, é tratá-los como se estivessem fazendo um favor e observa-se na prática, que um dos fatores que mais interferem no humor desses profissionais, são as “reclamações” dos pacientes. Na opinião da pesquisadora, esta é a oportunidade que toda a cadeia de assistência tem de tomar conhecimento da qualidade da assistência e melhorar os serviços. Aliado a este fato, deve-se considerar a carga emocional ao qual o paciente esta exposto onde na maioria das vezes não é ele que avalia a qualidade com medo de se expor por sua dependência total da equipe, é o seu acompanhante/familiar que o faz.

Quando se solicita que um paciente avalie a qualidade de um hospital, ele analisará uma experiência relacionada a competência / assistência e atenção das equipes, conforto das instalações e todos esses aspectos, determinarão a percepção do paciente sobre a qualidade e essa vivência é o ponto de partida para o sucesso do sistema de administração da qualidade.

Portanto, a voz do paciente deve ter um papel importante nos hospitais, pois, diferentemente da indústria, onde a qualidade aparece no produto final, a qualidade em ambientes de serviço, aparece na interação com o cliente onde produção e consumo são simultâneos.

Para os autores, Gilbert et al (1992) a emergente literatura de cuidados com a saúde sugere que a satisfação do paciente é uma preocupação dominante que é entrelaçada com decisões estratégicas nos serviços de saúde. Para Langseth et al (1995) como ferramenta de administração, pesquisa de satisfação tem sido constantemente usadas para se chegar a problemas de acesso e execuções. Conforme Donabedian (1998) e Andaleeb (2001) a satisfação do paciente deveria ser indispensável tanto para a avaliação da qualidade como para o design e administração dos sistemas de saúde pois percepções de pacientes acerca dos serviços parecem ser amplamente ignoradas pelos profissionais da saúde em países em desenvolvimento.

Diante do exposto, faz-se necessário lembrar que nenhum programa de melhoria de qualidade se consolidará sem a participação efetiva daquele que é a razão de ser do hospital: o paciente. Portanto, é por ele e para ele, que todos os esforços de melhorias devem convergir.

Avaliação da Satisfação dos Funcionários

Quanto à avaliação da satisfação dos funcionários, só dois hospitais realizam (3 e 5) pois já faz parte da cultura corporativa da maioria dos hospitais, não avaliar a satisfação dos funcionários. Diferentemente de outros modelos de empresa, os hospitais não investem na ascensão profissional, qualificação, avaliação de desempenho, plano de cargos, carreira e remuneração, participação no lucro da empresa, entre outros benefícios. Os profissionais que trabalham em hospitais geralmente não são ouvidos, os gestores dos hospitais cumprem apenas o que os sindicatos das categorias impõem, sem nenhum outro diferencial de mercado que estimule estes profissionais.

Aliado a esses fatos, estes profissionais ainda estão expostos a inúmeros fatores que interferem em seu desempenho como: jornadas de trabalho excessivas; stress, ansiedade, fadiga, ambientes insalubres, pouco reconhecimento e valorização, fatores estes que interferem na produtividade, trabalho em equipe e na assistência prestada ao paciente.

Grande parte dos estudiosos sobre satisfação do paciente/cliente são unânimes em afirmar que, o funcionário deverá ser ouvido, pois além de suas necessidades e expectativas serem atendidas, são eles que tomam conhecimento e absorvem todas as reclamações dos pacientes e as lacunas dos serviços e da assistência. Nesse sentido, o compromisso e a participação de todos os empregados da organização constituem-se um dos pilares mais importantes sobre o que sustenta a gestão da qualidade total (MORENO et al 2000).

A questão da dimensão humana no ambiente da qualidade deve estar no centro das discussões, uma vez que os anseios, as expectativas e a satisfação das pessoas responsáveis para a concretização desses propósitos são vitais para o alcance das metas institucionais. Desconhecer a importância do fator humano ou trabalhá-lo de forma inadequada tem levado ao fracasso, inúmeros programas de qualidade. Portanto, torna-se imprescindível considerar o elevado potencial dos recursos humanos e inseri-lo no processo, uma vez que a gestão da qualidade pressupõe um estilo de gerência participativo (SILVA,1996) e (LEITÃO E KURCGANT, 2004).

Pode-se inferir que as empresas modernas descobriram que o maior ativo de uma empresa são seus colaboradores, pois os funcionários de serviço exercem impacto direto sobre a satisfação dos clientes, são responsáveis por compreender as necessidades dos clientes e por interpretar suas exigências no momento em que são feitas.

Plano de Ação da Qualidade

Neste plano, se registra uma série de condutas inerentes ao processo de implantação de qualidade que contemplam: participação e qualificação dos funcionários; investimentos em ambientes, técnicas, equipamentos e ferramentas administrativas de melhorias. Esse resultado é importante considerando que a qualidade é um processo evolutivo, a partir de ação cada vez mais abrangente, participativa e efetiva que envolve a todos onde o resultado exige competência e foco.

O que se busca é a qualidade, e isso inclui toda a estrutura e seu processo. Faz-se necessário o esforço dos gestores para que consiga a mudança na cultura organizacional condição essencial no processo de implantação da qualidade.

A gestão da qualidade envolve toda a organização e desenvolve-se ao longo do tempo de forma contínua e progressiva. Ela é, portanto, abrangente e evolutiva. Não é um esforço temporário, mas algo que se faz sempre (Paladini 2000). O que os gestores desejam na verdade é estruturar um processo de gestão de qualidade, ou seja, gestão com qualidade.

Treinamento/Formação

Esse aspecto abordado no desenvolvimento da qualidade dos hospitais pesquisados responde à hipótese **H₈: existe uma alta e igual dinâmica de desenvolvimento da força de trabalho nos diferentes tipos de Hospitais pesquisados.**

O treinamento/educação continuada ou permanente do funcionário, só é realizado por dois hospitais (3 e 5) e esse é o alicerce para o processo de mudança e inserção desse profissional no contexto e para que a qualidade aconteça. O desenvolvimento organizacional está associado, de forma íntima, ao desenvolvimento das pessoas.

Conforme Albuquerque (2001), faz-se necessário manter os profissionais atualizados, tanto na forma técnica, quanto na interativa, pois, essa condição facilitará o trabalho em equipe, o desenvolvimento dos processos internos com a consequente melhoria da assistência.

Por tratar-se de aprimoramento de recursos humanos que envolve a aprendizagem, é utilizada a educação continuada como meio onde não reduz a educação apenas a uma etapa da vida, mas de forma permanente no trabalho onde, segundo Delors (1999) passa por quatro aprendizagens fundamentais: Aprender a conhecer (aprender a aprender), aprender a fazer, aprender a viver junto e aprender a ser.

Na área hospitalar, por trabalhar com diferentes níveis culturais e complexas profissões que requer atualização constante do conhecimento técnico e científico, o desafio dos responsáveis pelo treinamento e desenvolvimento desses profissionais torna-se ainda maior, em virtude das condições atuais de ensino superior no país, que tem se mostrado abaixo do perfil mínimo desejado para a sua formação básica, o que nos exige adotar modelos educacionais corporativos e compartilhados com o educando, baseados na qualificação por competência associada à prática baseada em evidências científicas (Garcia et al 2008). Vários autores orientam que aprender a aprender é a qualificação mais importante a ser adquirida neste século XXI.

Geralmente, quando uma empresa oferece um programa de treinamento aos funcionários, o objetivo primordial é promover a aprendizagem organizacional, pois está associado, de forma íntima, ao desenvolvimento das pessoas. Em todas as profissões, especialidades e áreas de trabalho existem oportunidades que desafiam os profissionais, porém, a área de saúde se sobrepõe por sua complexidade e exige efetividade e eficiência nas suas ações. As pessoas fazem, sem dúvida, o diferencial nas organizações, pois é através delas que os objetivos estratégicos são atingidos.

Esses fatores acima referenciado não confirma a **hipótese H₈: existe uma alta e igual dinâmica de desenvolvimento da força de trabalho nos diferentes tipos de Hospitais pesquisados.**

Nesse sentido, Wardhani V. et al (2009) desenvolveram uma pesquisa com objetivo de identificar os problemas e os fatores, facilitadores na execução do sistema de gerência/gestão da qualidade (QMS) nos hospitais cuja estratégia utilizada foi a base de dados de MEDLINE para artigos em inglês, publicados entre 1992 a 2006, utilizando os termos:

gerência da qualidade total, garantia de qualidade dos cuidados de saúde, hospital e instrumento onde os autores identificaram 533 publicações. A conclusão dessa pesquisa faz referência a seis fatores limitantes para execução do sistema de gerência da qualidade: cultura da organização, projeto, liderança para a qualidade, participação do médico, estrutura da qualidade e competência técnica.

Nessa mesma linha de raciocínio, Kunkel e Westerling (2006) desenvolveram uma pesquisa e os resultados indicaram seis fatores: recursos, administração, cultura, cooperação, realização de objetivo e desenvolvimento de competência.

O quadro 37 a seguir enfatizará os motivos da implantação da qualidade, os fatores que interferem na implantação e os benefícios/retorno para o hospital.

Quadro 37: Estágio de Desenvolvimento da Qualidade dos Hospitais Pesquisados. Campina Grande, PB-Brasil, 2010.

Estágio de desenvolvimento da qualidade dos hospitais pesquisados		
Motivos da implantação da qualidade	Fatores que interferem na implantação da qualidade	Benefícios/ retorno que a implantação da qualidade trouxe para o hospital

<ul style="list-style-type: none"> - Oferecer melhor assistência ao paciente com presteza, segurança, pontualidade e conforto; - Agilizar o atendimento; Reduzir as filas de espera; Promover ao cliente interno melhoria nas condições de trabalho; - Treinar e avaliar o desempenho dos profissionais; - Aperfeiçoamento de técnicas; -Modernizar os serviços; --Incorporação de novas e avançadas tecnologias; - Modernização da estrutura física e acompanhamento contínuo das mudanças no campo da administração hospitalar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos humanos; -Falta de interesse e envolvimento das pessoas; -Resistência das pessoas as mudanças; - Pouca adesão quanto a participação dos profissionais nos treinamentos, e no processo de implantação da qualidade; - Estabilidade do funcionário público que leva ao não cumprimento das normas e rotinas do serviço; -Cultura organizacional; -Recursos financeiros escassos e burocracia do sistema. 	<p>Todos os gestores afirmam que como a implantação da qualidade é recente, os benefícios estão surgindo aos poucos. Entretanto, creem que o resultado será o melhor possível, e trará:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Melhoria da assistência; <p>Maior segurança nas decisões e nas iniciativas individuais e coletivas;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Equipes mais motivadas; <p>Melhoria na administração do tempo;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aumento do conceito do hospital e maior credibilidade dos serviços junto á sociedade.
--	---	---

Fonte: Elaboração própria

Observa-se no quadro 37, que os hospitais pesquisados estão classificados como organizações em estágios intermediários, definidos como aqueles que colhem os primeiros resultados decorrentes da padronização, cujo grau de maturidade da instituição condiz com a definição da FNQ (2009).

Motivos da Implantação da Qualidade

Segundo os gestores pesquisados, os motivos da implantação da qualidade nos hospitais, os principais objetivos que conduzem as empresas a implantar sistemas de qualidade são: melhorar a assistência, agilizar o atendimento promover ao cliente interno, melhoria das condições de trabalho e treinamento, modernizarem os serviços. Mesmo, não sendo ainda uma prática a avaliação da satisfação dos pacientes e funcionários, este resultado mostra uma intenção de se contemplar à melhoria da assistência, das condições de trabalho do funcionário e da qualidade dos serviços.

No que diz respeito à importância da implantação dos sistemas de administração de qualidade nos sistemas de saúde, Shaw (2000), Wagner et al (2006) e Cooper (2000) definem

sistema de qualidade como todos os processos que foram explicitamente designados para monitorar, avaliar e melhorar a qualidade do serviço. Segundo Camisón et al (2000), se faz necessário desde uma perspectiva de administração de empresas, a realização de estudos que reflitam o enfoque de gestão da qualidade adotados pelos diretores, assim como os princípios, as práticas e as técnicas utilizadas em uma organização para a implantação de sistema de qualidade.

Fatores que Interferem na Implantação da Qualidade

Segundo os gestores de todos os hospitais pesquisados, os maiores obstáculos são as pessoas. As empresas modernas descobriram que o seu bem mais precioso e seus maiores entraves residem nas perspectivas humanas. O diferencial mais importante a ser conquistado é o capital humano e não técnico, pois a superioridade tecnológica por si só não é suficiente, necessita simultaneamente de criatividade e da flexibilidade das pessoas, para aderirem às novas estratégias de adaptação do mercado, que constituem os verdadeiros diferenciais (CARVALHO, 2007).

Nesse contexto, concordamos que para influenciar o impacto do programa de melhoria, a gerência deve focar sua atenção nas pessoas cuja mudança levará a um desempenho de qualidade melhor. Mudanças comportamentais só serão conseguidas se todas as influências organizacionais, sistemas, estruturas, pessoas e recursos apoiarem o que deve ser feito. A formação deve estar corretamente planejada com a dotação adequada de meios e recursos, e ser continuada no tempo, de forma que somente a melhoria contínua, a colaboração e o compromisso de todos os empregados da organização viabilizarão o sucesso do programa de qualidade, pois, somente através da mudança, que surgem as contribuições, as inovações daqueles que têm o desejo de colaborar com o processo de implantação da qualidade, rejeitando assim seu atual *status quo*.

Benefícios/Retornos que a Implantação da Qualidade Trouxe para o Hospital

Os gestores reconhecem a prematuridade da implantação e a confiança na melhoria que a qualidade trará para toda a organização. Com esses resultados, pode-se concluir que a melhoria da qualidade é, ao mesmo tempo, uma filosofia e um método administrativo. Faz-se

necessário inferir que os hospitais atinjam pelo menos um nível mínimo de qualidade, exigido pelos pacientes, se não for possível atingir um nível de excelência nos serviços. Frente aos resultados encontrados, foram sintetizadas as características de sistemas de qualidade apresentados nos três tipos de hospitais pesquisados e descritos no quadro 38.

5.2.3.3 Características de Sistemas de Qualidade nos Hospitais Pesquisados

Quadro 38: Características de sistemas de qualidade dos hospitais pesquisados. Campina Grande, PB- Brasil, 2010.

CARACTERÍSTICAS	Sistemas de Qualidade Local	Sistemas de Qualidade Centralizados	Sistemas de Qualidade Integrados
	Hospital Privado	Hospital Público	Hospital filantrópico
Estrutura Recursos	Falta de Recursos	Recursos mal gerenciados e aplicados	Recursos escassos
Administração	Iniciativa Individual	Burocrática	Integrada
Processos			
Cultura	Negativa	Negativa	Moderadamente positiva
Cooperação	Média	Baixa, barreiras hierárquicas	Alta, quase todos os profissionais
Resultado Desempenho	Avaliação Ocasional	Ausência de Avaliação	Avaliação Periódica
Competência	Voluntária	Limitada	Compulsória

Fonte: Adaptado de Kunkel e Westerling. Different types and aspects of quality systems and their implications: A thematic comparison of seven quality systems at a university hospital. Health policy 76 (2006) 125-133

Independente de qual seja o nível de implantação de sistema de qualidade, adotado, nossos resultados indicam que essa implantação, por parte dos hospitais vêm sendo motivados por diversas razões, que podem ser assim agrupados: os motivos externos: o de mercado, requisito solicitado pelos clientes, e os motivos internos de competitividade promover a qualidade da gestão, melhorar a infraestrutura, meta estabelecida pela direção, melhorar a qualidade do serviço e, em ultimo lugar, formado pelos motivos de eficiência interna, que é comprovar a eficácia da gestão de qualidade e melhorar a satisfação dos

funcionários e dos pacientes pois, quando a qualidade do serviço melhora os funcionários e pacientes se sentem satisfeitos e seguros.

Essa etapa da pesquisa que envolveu os gestores, responde ao **terceiro objetivo específico que é avaliar a implantação da qualidade nos três grupos de hospitais e estabelecer a correlação entre este nível de implantação e a percepção de qualidade dos pacientes**. Esse resultado mostra que todo processo de implantação de qualidade, encontra-se em fase embrionária, pois mesmo os dois hospitais que referiram possuir o programa de qualidade implantado, as ações são isoladas e reativas. Esse resultado tem repercussão na avaliação do paciente, que de forma negativa avaliou o serviço e a assistência. As expectativas muito altas e a qualidade percebida negativa inviabilizaram se trabalhar o Escore Servqual que seria percepção menos expectativa.

A mudança de paradigma referente à qualidade tem atingido a área de saúde de forma muito lenta, pois pelo tempo de funcionamento dos hospitais pesquisados e as pressões oriundas dos órgãos reguladores de saúde, o processo de qualidade nesses serviços já deveria estar sedimentado. Esta tarefa parece ser complexa demais principalmente para aqueles que jamais se depararam com tais conceitos em sua formação profissional.

Como pesquisadora, atribuímos esse resultado aos fatores: tempo de implantação da qualidade, a não inclusão do paciente e do funcionário no processo de avaliação, a ausência de treinamento e aos entraves citados pelos gestores que interferem na qualidade.

5.3 Análise Quantitativa

Nessa etapa, abordam-se os resultados obtidos, através da aplicação de um questionário de pesquisa junto aos profissionais para avaliar a qualidade do gerenciamento hospitalar (QGH), em seguida utilizou-se um instrumento estatístico para validar o modelo denominado Analítico Facilitado (Path Analytic Model).

O instrumento de coleta de dados foi aplicado a 185 profissionais que ocupam cargo de gerência/supervisão em hospitais que atendem a pacientes do SUS, campo de investigação da amostra com os pacientes e gestores. A pesquisa foi estruturada da seguinte forma: discussão do modelo teórico, metodologia da pesquisa, validação empírica do modelo e os resultados.

Esta pesquisa considerou a teoria que atualmente os serviços de saúde pautam suas ações na gestão da qualidade para atender às necessidades e às expectativas de seus usuários. Na primeira fase dessa pesquisa, foi revisada uma extensa leitura em duas áreas relacionadas à qualidade em geral e qualidade em serviços de saúde, com objetivo de identificar como o controle de qualidade está sendo empregado no ambiente hospitalar.

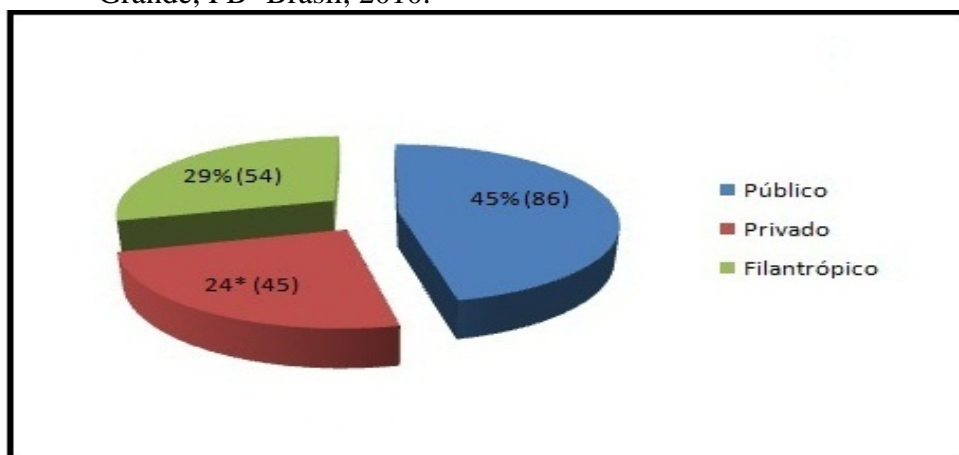
Nos setores de serviço, a medida da qualidade de serviços internos geralmente é realizada com base em padrões internos de execução, enquanto que, a medida externa de qualidade de serviço é feita com base na percepção do cliente, através de teorias de medida externa, tais como pesquisas e entrevistas.

Esta etapa da pesquisa enfoca a avaliação interna, a partir da perspectiva dos profissionais. A análise da literatura e as respostas dos profissionais garantiram um nível apropriado para validação da pesquisa. O referido modelo analítico contempla os construtos: Liderança da Gerência Hospitalar; Cooperação Organizacional; Liderança em Tecnologia, Força de Trabalho; Análise de Processo/ Informação e Performance da Qualidade de Serviço.

5.3.1 Análise da Relação entre as Instituições Hospitalares e o Perfil Sócio-Demográfico dos Profissionais

Os gráficos a seguir enfatizam a caracterização do perfil sóciodemográfico dos profissionais.

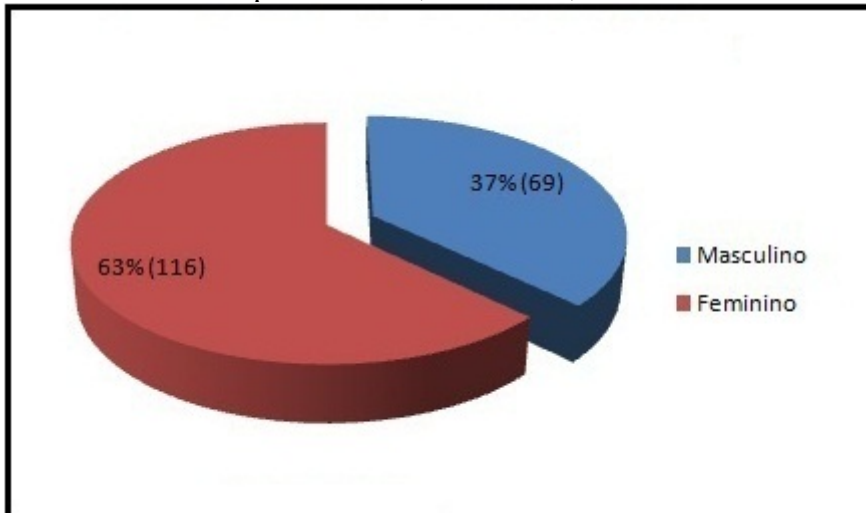
Gráfico 28: Distribuição dos profissionais participantes por tipo de hospital. Campina Grande, PB- Brasil, 2010.



Fonte: Elaboração própria

Analisando o gráfico 28, observa-se uma predominância de profissionais nos hospitais públicos (45%) do total da amostra de hospitais pesquisados.

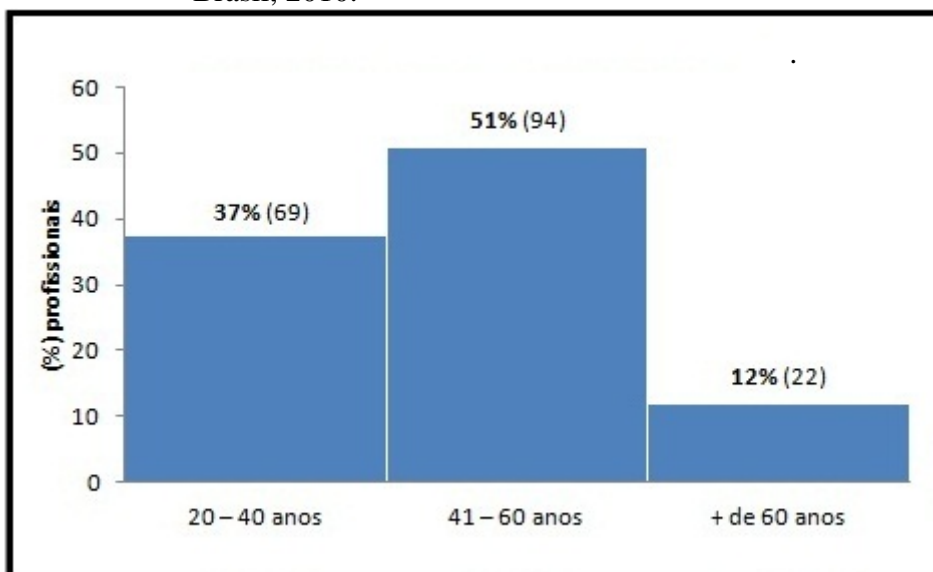
Gráfico 29: Distribuição dos profissionais das instituições de saúde, segundo o sexo. Campina Grande, PB- Brasil, 2010.



Fonte: Elaboração própria

Quanto à variável sexo, verifica-se um elevado índice de mulheres 63%, o que se justifica pela inserção de mulheres no mercado de trabalho, notadamente um maior número de mulheres ocupando cargos de gerência/ supervisão associada a este fato, destacam-se algumas profissões na área de saúde caracterizada pela predominância feminina como a enfermagem.

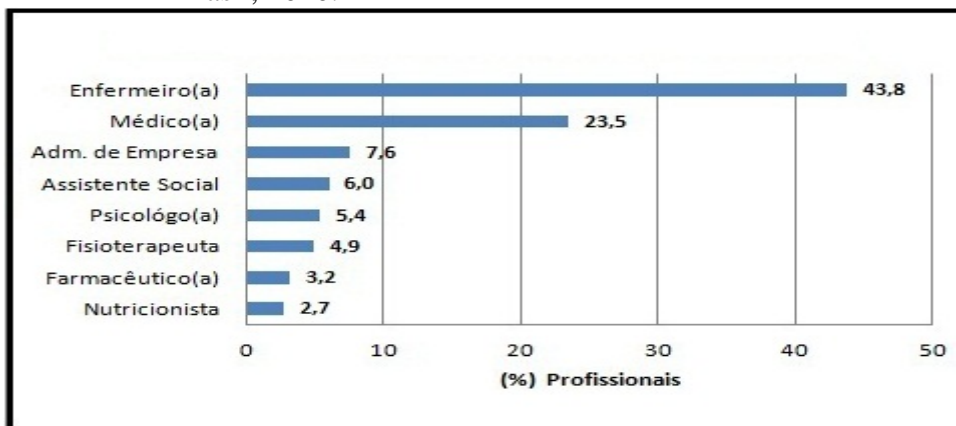
Gráfico 30: Distribuição dos profissionais, segundo a faixa etária. Campina Grande, PB- Brasil, 2010.



Fonte: Elaboração própria

Na análise da variável faixa etária, observa-se que 51% dos entrevistados estão na faixa etária entre 41 e 60 anos, significa que os participantes são pessoas maduras, possuem maior tempo de formação e experiência profissional. Os profissionais dos hospitais pesquisados agregam ao seu perfil, além do tempo de experiência profissional, conhecimentos e competências específicas para o desempenho no cargo.

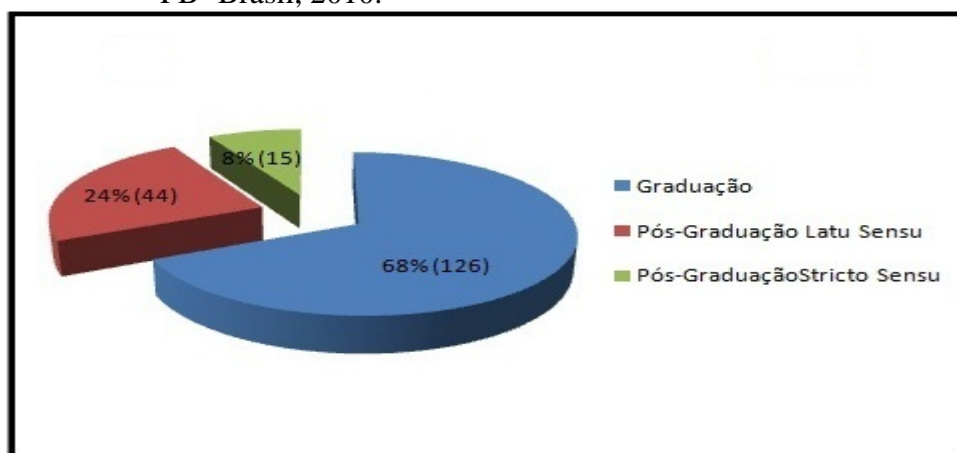
Gráfico 31: Distribuição dos profissionais pesquisados por categoria. Campina Grande, PB-Brasil, 2010.



Fonte: Elaboração própria

Quanto à formação dos profissionais participantes da amostra, predominou a de enfermeiros e médicos (67,3%). Justifica-se este resultado pela existência de elevado índice desses profissionais na execução de quase todos os serviços e especialidade e pelo fato de estarem mais próximos do paciente.

Gráfico 32: Distribuição dos profissionais, segundo o nível de formação. Campina Grande, PB- Brasil, 2010.



Fonte: Elaboração própria

Na análise de variável escolaridade, observa-se a predominância de profissionais somente com curso de graduação (69%). Na opinião da pesquisadora, os profissionais de saúde não possuem curso de pós-graduação (mestrado e doutorado), em decorrência da sobrecarga desses profissionais que assumem múltiplos empregos, como também o número reduzido dos referidos cursos em áreas de conhecimento desses profissionais, na cidade ou em localidades próximas.

5.3.2 Análise da Relação entre a Qualidade do Gerenciamento Hospitalar e Execução do Serviço

Questionário - Gerenciamento de Qualidade Hospitalar

O Questionário para medir a qualidade de gerenciamento hospitalar pelos profissionais de saúde, ocupando cargos de gerência/supervisão constou de 28 questões ou itens distribuídos em seis (06) construtos.

Tabela 11: Construtos do Questionário dos Profissionais de Saúde (28 itens).

Construtos	Questões
LGH- Liderança da Gerência Hospitalar (itens, n = 6)	<ul style="list-style-type: none"> a. A administração superior direção desenvolve o plano de gestão de qualidade. b. A direção comunica o plano de gestão da qualidade a todo o hospital c. A direção participa no desenvolvimento de métodos de gestão de qualidade. d. A direção estabelece prioridades para a gestão de qualidade. e. A direção impulsiona a comunicação entre as diferentes áreas e departamentos. f. A direção se assegura de que o pessoal da organização seja treinado.
CO- Cooperação Organizacional (itens, n = 4)	<ul style="list-style-type: none"> a. A direção dos departamentos (áreas) integram os seus recursos com o plano da b. Os responsáveis de área coordenam as decisões e demais áreas e dentro de sua c. Os responsáveis de área recomendam os espaços e os recursos necessários para a d. Os responsáveis de área participam na seleção dos recursos para os serviços
LT – Liderança em Tecnologia (itens, n = 4)	<ul style="list-style-type: none"> a. Sistema de informação financeira/contábil dos pacientes. b. Sistema de informação sobre a admissão, altas e transferências de pacientes. c. Sistema de informação para prontuário eletrônico. d. Sistema de informação sobre dispensação e controle da farmácia.
FT-Força de Trabalho (itens, n = 3)	<ul style="list-style-type: none"> a. Criar oportunidades para que as pessoas vão mais além de suas tarefas designadas. b. Prover um programa de treinamento polivalente para criar pessoal flexível. c. Prover treinamento ao pessoal para que aprendam novas tecnologias.
AI- Análise de Processo/ Informação (itens, n = 7)	<ul style="list-style-type: none"> a. Se avalia o serviço utilizando métodos estatísticos de controle de qualidade. b. Se avalia o serviço quando a execução varia com respeito aos padrões c. Se avalia o serviço quando a organização deseja o bom rendimento que se tem d. Se avalia o serviço com a finalidade de controlar a qualidade. e. Se avalia o serviço para identificar oportunidades que eliminem perdas. f. Se revisa a retroalimentação fornecida pelo paciente para melhorar a qualidade. g. Se entregam as pesquisas para melhoramento da qualidade e o controle de custos.
PQS – Performance da Qualidade de Serviço	<ul style="list-style-type: none"> a. Qualidade clínica. b. Satisfação do cliente (paciente).

(itens, n = 4)	c. Resposta às solicitações do paciente.
	d. Resposta às queixas do paciente.

Fonte: Elaboração própria

5.3.2.1. CONSTRUTOS - CONSISTÊNCIA INTERNA (Alfa de Cronbach)

O Questionário de qualidade do gerenciamento hospitalar (28 itens) foi respondido por uma amostra de 185 profissionais da saúde, ocupando cargo de gerência supervisão. A consistência interna ou medida de fidedignidade (Alfa de Cronbach) - apresentou coeficiente de medida: $\alpha = 0,971$, considerado “**excelente**”. (Classificação do coeficiente Alpha de Cronbach: Valores de 0,80 a 1,0 (satisfatório a excelente), de 0,70 a 0,80 (bom) e de 0,60 a 0,70 (aceitável). Valores abaixo de 0,60 insatisfatório ou insuficiente.) conforme a tabela 12.

Tabela 12: Consistência interna das respostas do questionário

Item (alternativas de resposta)	Média	Desvio Padrão	Correlação item-total corrigida*	Alfa de Cronbach c/ eliminação do item**
LGH (Alfa = 0,968)				
a. (1-7)	4.52	2.159	0.905	0.961
b. (1-7)	4.50	2.059	0.905	0.961
c. (1-7)	4.55	2.166	0.918	0.960
d. (1-7)	4.54	2.115	0.908	0.961
e. (1-7)	4.83	2.118	0.885	0.963
f. (1-7)	4.83	2.140	0.858	0.966
CO (Alfa = 0,871)				
a. (1-7)	4.77	1.984	0.679	0.856
b. (1-7)	4.97	1.791	0.760	0.822
c. (1-7)	5.07	1.777	0.693	0.848
d. (1-7)	4.83	1.851	0.776	0.815
LT (Alfa = 0,919)				
a. (1-7)	4.51	2.047	0.816	0.893
b. (1-7)	4.66	2.035	0.803	0.898
c. (1-7)	4.02	2.071	0.792	0.902
d. (1-7)	4.61	2.040	0.841	0.884
FT (Alfa = 0,879)				
a. (1-7)	5.99	1.247	0.794	0.803
b. (1-7)	6.16	1.081	0.768	0.836
c. (1-7)	5.95	1.378	0.757	0.847
AI (Alfa = 0,952)				
a. (1-7)	4.19	2.001	0.830	0.945
b. (1-7)	4.32	1.993	0.828	0.945
c. (1-7)	4.86	1.900	0.862	0.943
d. (1-7)	4.86	2.065	0.869	0.942
e. (1-7)	4.84	1.957	0.858	0.943
f. (1-7)	4.39	2.112	0.878	0.941
g. (1-7)	4.28	2.167	0.741	0.953
PQS (Alfa = 0,903)				
a. (1-7)	5.38	1.374	0.564	0.942
b. (1-7)	5.06	1.749	0.856	0.847

c. (1-7)	5.02	1.938	0.917	0.821
d. (1-7)	4.88	1.995	0.826	0.860

Não houve ausência de respostas (esperada 0%)

* correlação esperada > 0,10

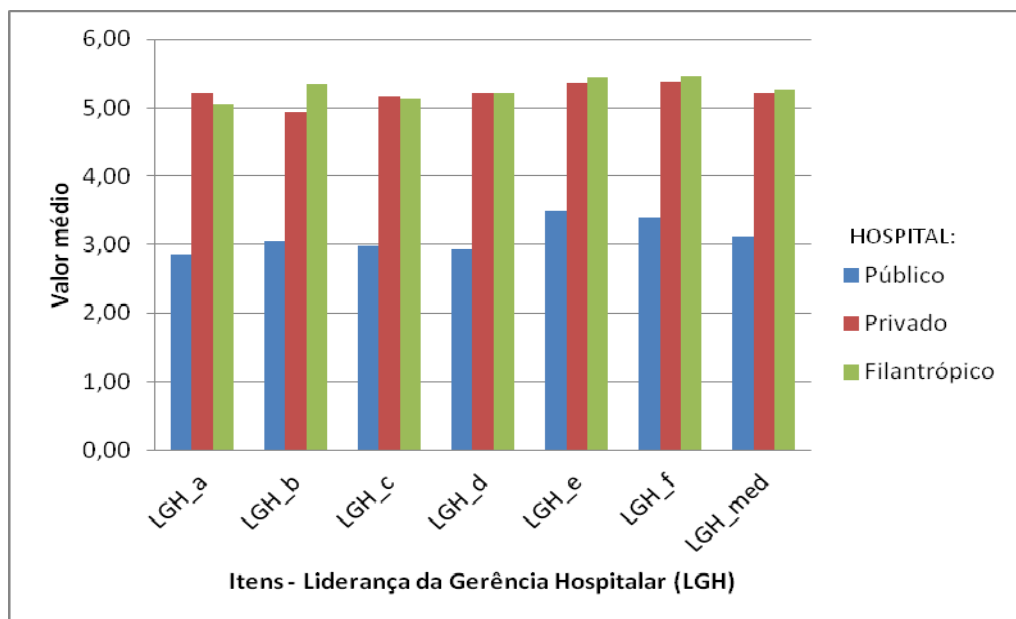
** esperável ao eliminar o item: o alfa total ($\alpha = 0,955$).

5.3.3 Análise Comparativa da Qualidade da Gerência Hospitalar Segundo os Tipos de Hospitais

Esta etapa da pesquisa objetiva responder à hipótese **H₉: existe igual peso entre as variáveis liderança da gerencia hospitalar, cooperação organizacional, liderança tecnológica, análise de informação e desenvolvimento de força de trabalho em todos os hospitais pesquisados e este peso se correspondem por igual aos diferentes tipos de hospitais pesquisados.**

5.3.3.1 - Liderança da Gerência Hospitalar

Gráfico 33: Avaliação média dos profissionais para LGH.Campina Grande,PB- Brasil, 2010



Fonte: Elaboração própria

ANÁLISE COMPARATIVA DE CADA ITEM DE LGH (Liderança da Gerência, Hospitalar) SEGUNDO OS PROFISSIONAIS POR TIPO DE HOSPITAL

O gráfico mostra a diferença de valoração quanto à participação efetiva dos maiores responsáveis na política de qualidade nos Hospitais Públicos.

A fim de investigar se existem diferenças estatisticamente significantes dadas pelos 185 profissionais da saúde entre os três hospitais (Gráfico 33), a partir dos seis itens do construto LGH (Liderança da Gerência Hospitalar) foi executada a análise de Variância ANOVA (de uma classificação) e o Teste de Tukey, o qual realizou uma comparação múltipla entre os seis itens.

QUADRO 39: Análise de Variância (de uma classificação) para cada item de LGH.

Itens da LGH	SS	g.l	MS	SS	g.l	MS	Estatística	Significância
	Efeito	Efeito	Efeito	Erro	Erro	Erro	F	p-valor
LGH_a	174,709	2	87,355	742,804	182	4,081	21,403	0,000*
LGH_b	144,344	2	72,172	713,170	182	3,919	18,418	0,000*
LGH_c	155,631	2	77,816	766,823	182	4,213	18,469	0,000*
LGH_d	171,732	2	85,866	740,452	182	4,068	21,106	0,000*
LGH_e	119,341	2	59,671	768,118	182	4,22	14,138	0,000*
LGH_f	134,045	2	67,023	770,301	182	4,232	15,836	0,000*
LGH_med	148,266	2	74,133	595,342	182	3,271	22,663	0,000*

(*) ANOVA, resultado significativo para p-valor < 0,05

Testes de Comparações Múltiplas (Post Hoc) para os resultados das ANOVAS no Quadro 39 que apresentaram diferenças significativas (p-valor < 0,05):

QUADRO 40: Teste de comparação múltipla de Tukey, relativo aos itens de LGH

LGH_a	Público (2,86)	Privado (5,22)	Filantrópico (5,05)
Público (2,86)		0,000*	0,000*
Privado (5,25)	0,000*		0,880 ⁺
Filantrópico (5,05)	0,000*	0,880 ⁺	
LGH_b	Público (3,05)	Privado (4,94)	Filantrópico (5,34)
Público (3,05)		0,000*	0,000*
Privado (4,94)	0,000*		0,473 ⁺
Filantrópico (5,34)	0,000*	0,473 ⁺	
LGH_c	Público (2,98)	Privado (5,16)	Filantrópico (5,13)
Público (2,98)		0,000*	0,000*
Privado (5,16)	0,000*		0,994 ⁺
Filantrópico (5,13)	0,000*	0,994 ⁺	
LGH_d	Público (2,93)	Privado (5,21)	Filantrópico (5,21)
Público (2,93)		0,000*	0,000*
Privado (5,21)	0,000*		1,000 ⁺
Filantrópico (5,21)	0,000*	1,000 ⁺	
LGH_e	Público (3,49)	Privado (5,35)	Filantrópico (5,45)
Público (3,49)		0,000*	0,000*
Privado (5,35)	0,000*		0,959 ⁺
Filantrópico (5,45)	0,000*	0,959 ⁺	
LGH_f	Público (3,40)	Privado (5,37)	Filantrópico (5,46)
Público (3,40)		0,000*	0,000*

Privado (5,37) Filantrópico (5,46)	0,000* 0,000*		0,963 ⁺
LGH_med			
Público (3,12) Privado (5,21) Filantrópico (5,27)	Público (3,12) 0,000* 0,000*	Privado (5,21) 0,000* 0,976 ⁺	Filantrópico (5,27) 0,000* 0,976 ⁺

(*) Diferença significativa entre as médias, indicando subgrupos heterogêneos.

(⁺) Diferença não-significativa entre as médias, indicando subgrupos homogêneos.

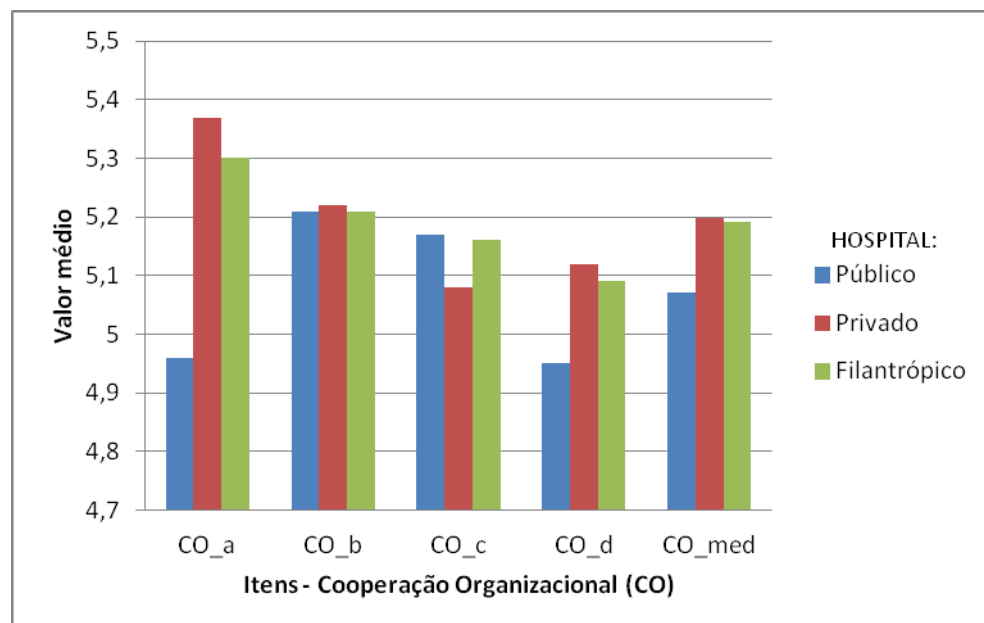
Conforme o Quadro 40 acima, para cada um dos itens de LGH, a avaliação dos profissionais dos Hospitais PÚBLICOS diferiu significativamente das avaliações dos profissionais nos Hospitais PRIVADOS e FILANTRÓPICOS em todos os seis itens, LGH_a a LGH_f, onde para cada item, o teste de comparações múltiplas de Tukey forneceu significância $p < 0,05$.

Estatisticamente, o anterior ratifica como nos Hospitais Públicos não existe uma clara participação da alta direção na implantação de uma política de qualidade, em comparação com o nível de intervenção experimentado nos Hospitais Privados e Filantrópicos.

Isto reforça igualmente o rechaço da H_7 já comentada no item da análise quantitativa da página 190.

5.3.3.2 - Cooperação Organizacional

Gráfico 34: Avaliação média dos profissionais para CO. Campina Grande, PB- Brasil, 2010



Fonte: Elaboração própria

ANÁLISE COMPARATIVA DE CADA ITEM DE CO (Cooperação Organizacional), SEGUNDO OS PROFISSIONAIS POR TIPO DE HOSPITAL

O gráfico reflete igual tendência quanto aos déficits dos Hospitais Públicos face aos Hospitais Privados e Filantrópicos, especialmente quanto à coordenação em nível global da organização, realizando não obstante um labor coordenador em nível interno das áreas.

A fim de investigar se existem diferenças estatisticamente significantes dadas pelos 185 profissionais da saúde entre os três hospitais (Gráfico 34), a partir dos quatro itens do construto CO (Cooperação Organizacional), foram executados a análise de Variância ANOVA (de uma classificação) e o Teste de Tukey, o qual realizou uma comparação múltipla entre os quatro itens.

QUADRO 41: Análise de Variância (de uma classificação) para cada item de CO.

Itens de CO	SS	g.l	MS	SS	g.l	MS	Estatística	Significância
	Efeito	Efeito	Efeito	Erro	Erro	Erro	F	p-valor
CO_a	92,280	2	46,140	737,374	182	4,052	11,388	0,000*
CO_b	0,036	2	0,018	722,743	182	3,971	0,005	0,995
CO_c	2,435	2	1,217	638,030	182	3,506	0,347	0,707
CO_d	15,604	2	7,802	681,856	182	3,746	2,082	0,128
CO_med	9,365	2	4,682	468,124	182	2,572	1,820	0,165

(*) ANOVA, resultado significativo para p-valor < 0,05

Testes de Comparações Múltiplas “(Post Hoc)” para os resultados das ANOVAS no Quadro 41 que apresentaram diferenças significativas (p-valor < 0,05):

QUADRO 42: Teste de comparação múltipla de Tukey, relativo aos itens de CO

CO_a	Público (3,67)	Privado (5,37)	Filantrópico (5,30)
Público (3,67)		0,000*	0,001*
Privado (5,37)	0,000*		0,979 ⁺
Filantrópico (5,30)	0,001*	0,979 ⁺	
CO_b	Público (5,19)	Privado (5,22)	Filantrópico (5,21)
Público (5,19)		0,995 ⁺	0,997 ⁺
Privado (5,22)	0,995 ⁺		1,000 ⁺
Filantrópico (5,21)	0,997 ⁺	1,000 ⁺	
CO_c	Público (5,37)	Privado (5,08)	Filantrópico (5,16)
Público (5,37)		0,684 ⁺	0,843 ⁺
Privado (5,08)	0,684 ⁺		0,967 ⁺
Filantrópico (5,16)	0,843 ⁺	0,967 ⁺	
CO_d	Público (4,42)	Privado (5,12)	Filantrópico (5,09)

Público (4,42)		0,133 ⁺	0,205 ⁺
Privado (5,12)	0,133 ⁺		0,996 ⁺
Filantrópico (5,09)	0,205 ⁺	0,996 ⁺	
CO_med			
Público (4,66)	Público (4,66)	Privado (5,20)	Filantrópico (5,19)
Privado (5,20)	0,177 ⁺	0,177 ⁺	0,237 ⁺
Filantrópico (5,19)	0,237 ⁺	1,000 ⁺	1,000 ⁺

(*) Diferença significativa entre as médias, indicando subgrupos heterogêneos.

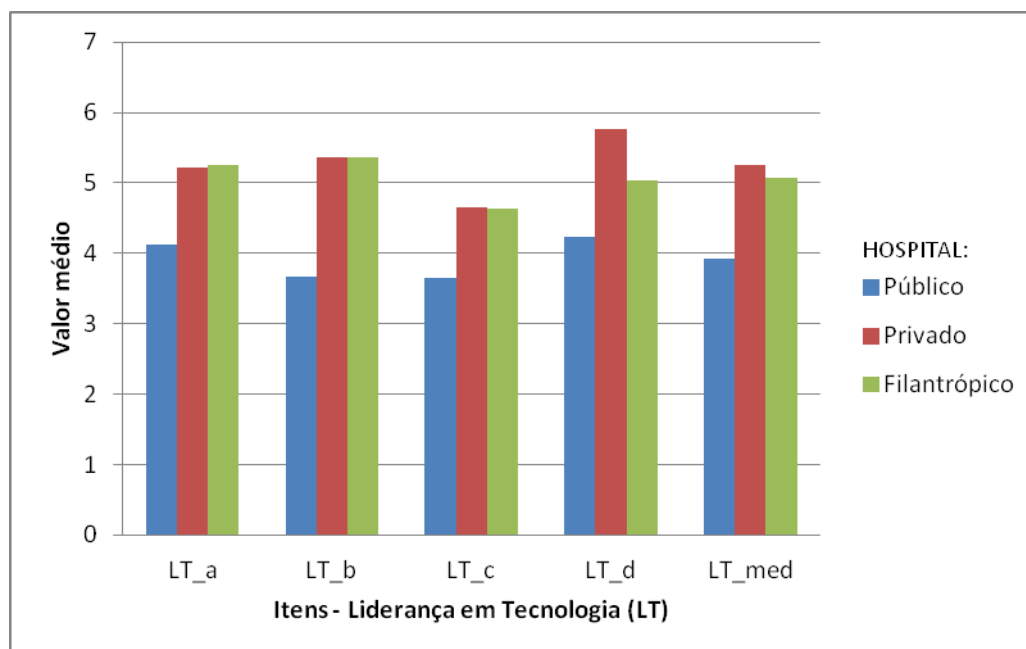
(†) Diferença não-significativa entre as médias, indicando subgrupos homogêneos.

Como visto no Quadro 42 acima, para cada um dos itens de CO, apenas no item CO, a avaliação dos profissionais dos hospitais PÚBLICOS diferiu significativamente das avaliações dos profissionais nos hospitais PRIVADOS e FILANTRÓPICOS, onde o teste de comparações múltiplas de Tukey forneceu $p=0,000 < 0,05$ e $p=0,001 < 0,05$.

A análise estatística, reflete assim um problema de coordenação entre as áreas nos Hospitais Públicos, embora estes em nível interno (de cada área) experimentam uma maior coordenação que os demais tipos de hospitais. (ver o gráfico 34).

5.3.3.3 - Liderança em Tecnologia

Gráfico 35: Avaliação média dos profissionais para LT. Campina Grande, PB- Brasil, 2010



Fonte: Elaboração própria

ANÁLISE COMPARATIVA DE CADA ITEM DE LT (Liderança em Tecnologia), SEGUNDO OS PROFISSIONAIS POR TIPO DE HOSPITAL

A fim de investigar se existem diferenças estatisticamente significantes dadas pelos 185 profissionais da saúde entre os três hospitais (Gráfico 35), a partir dos quatro itens do construto LT (Liderança em Tecnologia), foi executada a análise de Variância ANOVA (de uma classificação) e o Teste de Tukey, o qual realizou uma comparação múltipla entre os quatro itens.

QUADRO 43: Análise de Variância (de uma classificação) para cada item de LT.

Itens de LT	SS	g.l	MS	SS	g.l	MS	Estatística	Significância
	Efeito	Efeito	Efeito	Erro	Erro	Erro	F	p-valor
LT_a	41,144	2	20,572	993,721	182	5,460	3,768	0,025*
LT_b	93,681	2	46,840	842,125	182	4,627	10,123	0,000*
LT_c	33,268	2	16,634	1033,846	182	5,680	2,928	0,056
LT_d	68,276	2	34,138	999,475	182	5,492	6,216	0,002*
LT_med	53,562	2	26,781	648,929	182	3,566	7,511	0,001*

(*) ANOVA, resultado significativo para p-valor < 0,05

Testes de Comparações Múltiplas (Post Hoc) para os resultados das ANOVAS no Quadro 43 que apresentaram diferenças significativas (p-valor < 0,05):

QUADRO 44. Teste de comparação múltipla de Tukey, relativo aos itens de LT

LT_a	Público (4,12)	Privado (5,22)	Filantrópico (5,25)
Público (4,12)		0,033*	0,046*
Privado (5,22)	0,033*		0,979 ⁺
Filantrópico (5,25)	0,046*	0,997 ⁺	
LT_b	Público (3,67)	Privado (5,36)	Filantrópico (5,36)
Público (3,67)		0,000*	0,000*
Privado (5,36)	0,000*		1,000 ⁺
Filantrópico (5,36)	0,000*	1,000 ⁺	
LT_c	Público (3,65)	Privado (4,66)	Filantrópico (4,64)
Público (3,65)		0,062 ⁺	0,103 ⁺
Privado (4,66)	0,062 ⁺		0,967 ⁺
Filantrópico (4,64)	0,103 ⁺	0,999 ⁺	
LT_d	Público (4,23)	Privado (5,76)	Filantrópico (5,04)
Público (4,23)		0,002*	0,212 ⁺
Privado (5,76)	0,002*		0,176 ⁺
Filantrópico (5,04)	0,212 ⁺	0,176 ⁺	
LT_med	Público (3,92)	Privado (5,25)	Filantrópico (5,07)
Público (3,92)		0,001*	0,008*
Privado (5,25)	0,001*		1,000 ⁺
Filantrópico (5,07)	0,008*	0,846 ⁺	

(*) Diferença significativa entre as médias, indicando subgrupos heterogêneos.

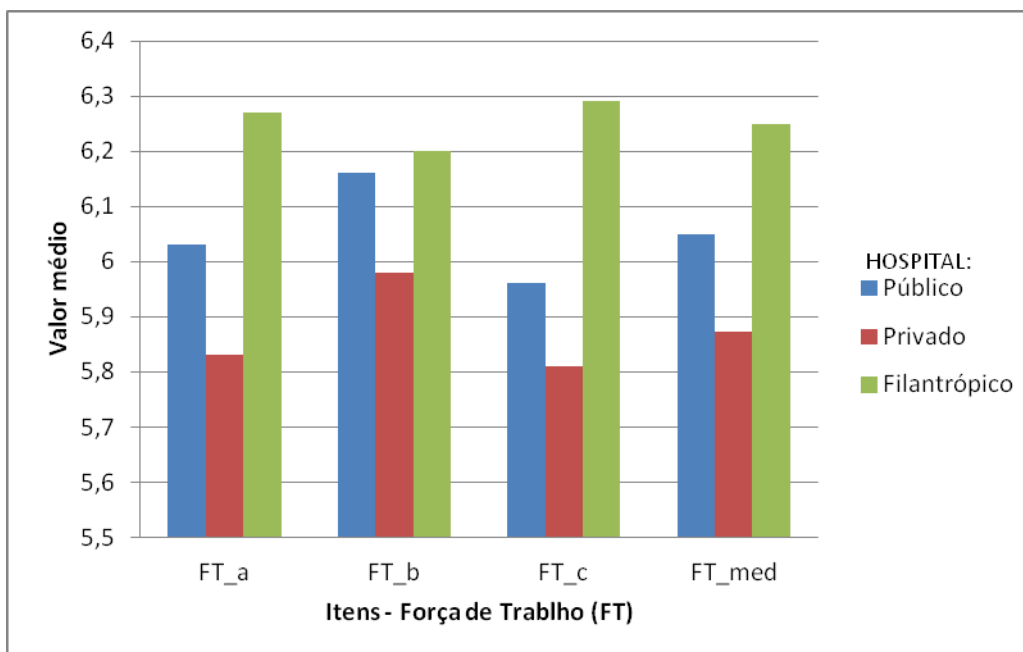
([†]) Diferença não-significativa entre as médias, indicando subgrupos homogêneos.

Como visto no Quadro 44 acima, para cada um dos itens de LT, a avaliação dos profissionais dos Hospitais PÚBLICOS diferiu significativamente das avaliações dos profissionais nos Hospitais PRIVADOS e FILANTRÓPICOS, com exceção do item LT_c ($p = 0,062 > 0,05$ e $p = 0,103 > 0,05$).

No nível técnico, tanto a análise estatística como sua visualização gráfica, mostra como os Hospitais Públicos se encontram defasados dos Privados e Filantrópicos, quanto à utilização da tecnologia em sua atividade, aproximando-se aos mencionados tipos de hospitais, unicamente no qual se refere à utilização do sistema de informação para a realização de prescrição eletrônica.

5.3.3.4 - Força de Trabalho

Gráfico 36: Avaliação média dos profissionais para FT. Campina Grande, PB- Brasil, 2010.



Fonte: Elaboração própria

ANÁLISE COMPARATIVA DE CADA ITEM DE FT (Força de Trabalho) SEGUNDO OS PROFISSIONAIS POR TIPO DE HOSPITAL

A fim de investigar se existem diferenças estatisticamente significantes dadas pelos 185 profissionais da saúde entre os três hospitais (Gráfico 36), a partir dos três itens do construto FT (Força de Trabalho), foi executada a análise de Variância ANOVA (de uma classificação) e o Teste de Tukey, o qual realizou uma comparação múltipla entre os quatro itens.

Quanto à variável força de trabalho, a tendência observada nas variáveis anteriores se mantém, embora, nesta se rompa parcialmente à medida que os Hospitais Privados mostram um déficit maior quanto à sua política de desenvolvimento de seus Recursos Humanos. Tanto os Hospitais Públicos como os Privados, mostram uma defasagem face aos Filantrópicos, quanto ao incentivo de formação e potenciação de criar perfis que potenciam a flexibilidade do pessoal.

QUADRO 45: Análise de Variância (de uma classificação) para cada item de FT.

Itens de FT	SS	g.l	MS	SS	g.l	MS	Estatística	Significância
	Efeito	Efeito	Efeito	Erro	Erro	Erro	F	p-valor
FT_a	7,080	2	3,540	293,784	182	1,614	2,193	0,115
FT_b	7,598	2	3,799	207,537	182	1,140	3,332	0,038*
FT_c	8,423	2	4,211	348,312	182	1,914	2,201	0,114
FT_med	5,369	2	2,684	218,605	182	1,201	2,235	0,110

(*) ANOVA, resultado significativo para p-valor < 0,05

Testes de Comparações Múltiplas “(Post Hoc)” para os resultados das ANOVAS no Quadro 46 que apresentaram diferenças significativas (p-valor < 0,05):

QUADRO 46. Teste de comparação múltipla de Tukey, relativo aos itens de FT

FT_a	Público (6,12)	Privado (5,83)	Filantrópico (6,27)
Público (6,12)		0,440 ⁺	0,827 ⁺
Privado (5,83)	0,440 ⁺		0,109 ⁺
Filantrópico (6,27)	0,827 ⁺	0,109 ⁺	
FT_b	Público (6,49)	Privado (5,98)	Filantrópico (6,20)
Público (6,49)		0,030*	0,370 ⁺
Privado (5,98)	0,030*		0,456 ⁺
Filantrópico (6,20)	0,370 ⁺	0,456 ⁺	
FT_c	Público (5,84)	Privado (5,81)	Filantrópico (6,29)
Público (5,84)		0,996 ⁺	0,249 ⁺
Privado (5,81)	0,996 ⁺		0,119 ⁺
Filantrópico (6,29)	0,249 ⁺	0,119 ⁺	
FT_med	Público (6,15)	Privado (5,87)	Filantrópico (6,25)
Público (6,15)		0,373 ⁺	0,889 ⁺
Privado (5,87)	0,373 ⁺		0,113 ⁺

Filantropico (6,25)	0,889 ⁺	0,113 ⁺	
---------------------	--------------------	--------------------	--

(*) Diferença significativa entre as médias, indicando subgrupos heterogêneos.

(⁺) Diferença não-significativa entre as médias, indicando subgrupos homogêneos.

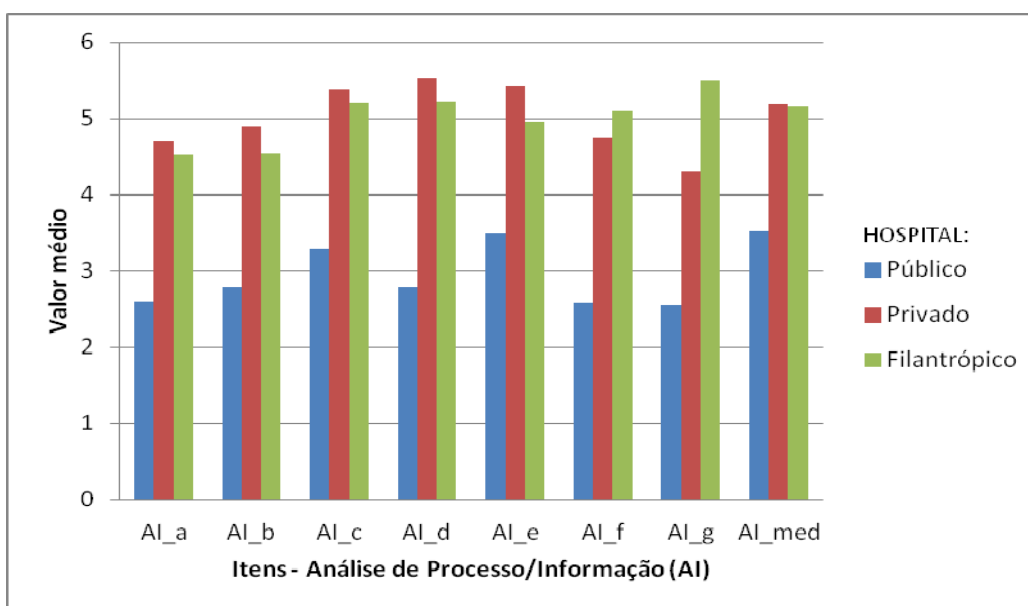
Como visto no Quadro 46 acima, para os itens de FT, apenas o item FT_b apresentou diferença significativa na avaliação dos profissionais, entre PÚBLICO e PRIVADO, significância $p=0,030 < 0,05$ para o teste de comparações múltiplas de Tukey), nos demais itens obteve-se significância $p > 0,05$, indicando resultados não significativos.

A análise estatística anterior reforça a tendência dos Hospitais Privados de apostar pela especialização individualizada⁴, em vez de uma especialização conjunta⁵.

Por outra parte, este item reforça estatisticamente o rechaço à H_8 já analisada na análise qualitativa realizada; veja-se a página 197.

5.3.3.5 - Análise do Processo/ informação

Gráfico 37: Avaliação média dos profissionais para AI. Campina Grande-PB,2010



Fonte: Elaboração própria

ANÁLISE COMPARATIVA DE CADA ITEM DE AI (Análise do Processo de Informação) SEGUNDO OS PROFISSIONAIS POR TIPO DE HOSPITAL

⁴ Especialização Individualizada: uma pessoa em um rol se especializa em uma tarefa específica ou em um conjunto de tarefas (GARETH JONES, 2010).

⁵ Especialização Conjunta: uma pessoa em um rol e designada para uma tarefa específica ou a um conjunto de tarefas. Não obstante, a pessoa está apta a aprender novas tarefas e desenvolver novas habilidades e capacidades, implicando-se nas atividades dos demais (GARETH JONES, 2010).

O gráfico mostra como os Hospitais Públicos apresentam um déficit frente aos Privados e Filantrópicos quanto à avaliação objetiva da atividade realizada, em suma a retroalimentação efetiva, que permita objetivar um processo de melhora contínua.

A fim de investigar se existem diferenças estatisticamente significantes dadas pelos 185 profissionais da saúde entre os três hospitais (Gráfico 37), a partir dos sete itens do construto AI (Análise do Processo de Informação), foi executada a análise de Variância ANOVA (de uma classificação) e o Teste de Tukey, o qual realiza uma comparação múltipla entre os quatro itens.

QUADRO 47: Análise de Variância (de uma classificação) para cada item de AI

Itens de AI	SS	g.l	MS	SS	g.l	MS	Estatística	Significância
	Efeito	Efeito	Efeito	Erro	Erro	Erro	F	p-valor
AI_a	64,100	2	32,050	915,554	182	5,031	6,371	0,002*
AI_b	75,998	2	37,999	882,889	182	4,851	7,833	0,001*
AI_c	92,761	2	46,381	623,801	182	3,427	13,532	0,000*
AI_d	121,203	2	60,602	793,846	182	4,362	13,894	0,000*
AI_e	75,988	2	37,994	765,450	182	4,206	9,034	0,000*
AI_f	104,111	2	52,056	901,705	182	4,954	10,507	0,000*
AI_g	154,123	2	77,062	858,093	182	4,715	16,345	0,000*
LT_med	91,057	2	45,529	498,111	182	2,737	16,635	0,000*

(*) ANOVA, resultado significativo para p-valor < 0,05

Testes de Comparações Múltiplas (Post Hoc) para os resultados das ANOVAS no Quadro 47 que apresentaram diferenças significativas (p-valor < 0,05):

QUADRO 48: Teste de comparação múltipla de Tukey, relativo aos itens de AI

AI_a	Público (3,49)	Privado (4,91)	Filantrópico (4,84)
Público (3,49)		0,002*	0,009*
Privado (4,91)	0,002*		0,983 ⁺
Filantrópico (4,84)	0,009*	0,983 ⁺	
AI_b	Público (3,51)	Privado (5,08)	Filantrópico (4,93)
Público (3,51)		0,001*	0,005*
Privado (5,08)	0,001*		0,914 ⁺
Filantrópico (4,93)	0,005*	0,914 ⁺	
AI_c	Público (3,67)	Privado (5,42)	Filantrópico (5,21)
Público (3,67)		0,000*	0,000*
Privado (5,42)	0,000*		0,797 ⁺
Filantrópico (5,21)	0,000*	0,797 ⁺	
AI_d	Público (3,65)	Privado (5,66)	Filantrópico (5,36)
Público (3,65)		0,000*	0,000*
Privado (5,66)	0,000*		0,671 ⁺
Filantrópico (5,36)	0,000*	0,671 ⁺	
AI_e	Público (4,00)	Privado (5,63)	Filantrópico (5,11)
Público (4,00)		0,000*	0,023*
Privado (5,63)	0,000*		0,303 ⁺
Filantrópico (5,11)	0,023*	0,303 ⁺	

AI_f	Público (3,33)	Privado (5,06)	Filantrópico (5,16)
Público (3,33)		0,000*	0,000*
Privado (5,06)	0,000*		0,961 ⁺
Filantrópico (5,16)	0,000*	0,961 ⁺	
AI_g	Público (3,00)	Privado (4,63)	Filantrópico (5,50)
Público (3,00)		0,000*	0,000*
Privado (4,63)	0,000*		0,053 ⁺
Filantrópico (5,50)	0,000*	0,053 ⁺	
LT_med	Público (3,52)	Privado (5,20)	Filantrópico (5,16)
Público (3,52)		0,000*	0,000*
Privado (5,20)	0,000*		0,989 ⁺
Filantrópico (5,16)	0,000*	0,989 ⁺	

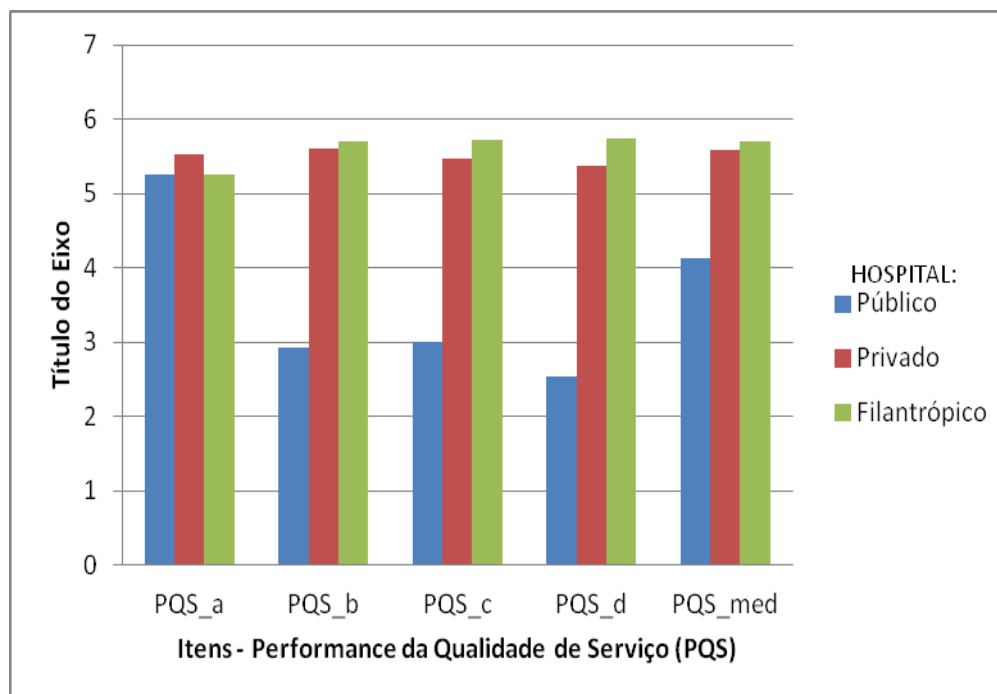
(*) Diferença significativa entre as médias, indicando subgrupos heterogêneos.

(⁺) Diferença não-significativa entre as médias, indicando subgrupos homogêneos.

Como visto no Quadro 48 acima, para cada um dos itens de AI, a avaliação dos profissionais dos hospitais PÚBLICOS diferiu significativamente das avaliações dos profissionais nos hospitais PRIVADOS e FILANTRÓPICOS. Para os sete itens, o teste de comparações múltiplas de Tukey forneceu significância $p < 0,05$.

5.3.3.6 - Performance da Qualidade de Serviço

Gráfico 38: Avaliação média dos profissionais para PQS. Campina Grande-PB,2010



Fonte: Elaboração própria

ANÁLISE COMPARATIVA DE CADA ITEM DE PQS (Performance da Qualidade de Serviço), SEGUNDO OS PROFISSIONAIS POR TIPO DE HOSPITAL

A fim de investigar se existem diferenças estatisticamente significantes dadas pelos 185 profissionais da saúde entre os três hospitais (Gráfico 38), a partir dos quatro itens do construto PQS (Performance da qualidade de Serviço), foi executada a análise de Variância ANOVA (de uma classificação) e o Teste de Tukey, o qual realiza uma comparação múltipla entre os quatro itens.

QUADRO 49: Análise de Variância (de uma classificação) para cada item de PQS.

Itens de PQS	SS	g.l	MS	SS	g.l	MS	Estatística	Significância
	Efeito	Efeito	Efeito	Erro	Erro	Erro	F	p-valor
PQS_a	3,132	2	1,566	419,051	182	2,302	0,680	0,508
PQS_b	139,425	2	69,713	506,77	182	2,784	25,036	0,000*
PQS_c	115,376	2	57,688	698,170	182	3,836	15,038	0,000*
PQS_d	168,401	2	84,201	706,658	182	3,883	21,686	0,000*
PQS_med	75,004	2	37,502	419,426	182	2,305	16,273	0,000*

(*) ANOVA, resultado significativo para p-valor < 0,05

Testes de Comparações Múltiplas (Post Hoc) para os resultados das ANOVAS no Quadro 49 que apresentaram diferenças significativas (p-valor < 0,05):

QUADRO 50: Teste de comparação múltipla de Tukey, relativo aos itens de PQS

PQS_a	Público (5,60)	Privado (5,60)	Filantrópico (5,32)
Público (5,60)		1,000 ⁺	0,628 ⁺
Privado (5,60)	1,000 ⁺		0,979 ⁺
Filantrópico (5,32)	0,628 ⁺	0,523 ⁺	
PQS_b	Público (3,63)	Privado (5,67)	Filantrópico (5,70)
Público (3,63)		0,000*	0,000*
Privado (5,67)	0,000*		0,997 ⁺
Filantrópico (5,70)	0,000*	0,997 ⁺	
PQS_c	Público (3,84)	Privado (5,59)	Filantrópico (5,84)
Público (3,84)		0,000*	0,000*
Privado (5,59)	0,000*		0,745 ⁺
Filantrópico (5,84)	0,000*	0,745 ⁺	
PQS_d	Público (3,44)	Privado (5,50)	Filantrópico (5,91)
Público (3,44)		0,000*	0,000*
Privado (5,50)	0,000*		0,447 ⁺
Filantrópico (5,91)	0,000*	0,447 ⁺	

PQS_med			
Público (4,13)	Público (4,13)	Privado (5,59)	Filantrópico (5,69)
Privado (5,59)	0,000*	0,000*	0,000*
Filantrópico (5,69)	0,000*	0,924 [†]	0,924 [†]

(*) Diferença significativa entre as médias, indicando subgrupos heterogêneos.

([†]) Diferença não-significativa entre as médias, indicando subgrupos homogêneos.

Como visto no Quadro 50 acima, para os itens PQS_b, PQS_c e PQS_d de PQS, a avaliação dos profissionais dos hospitais PÚBLICOS diferiu significativamente das avaliações dos profissionais nos hospitais PRIVADOS e FILANTRÓPICOS, onde o teste de comparações múltiplas de Tukey forneceu significância $p < 0,05$, com exceção do item PQS_a ($p > 0,05$).

Os resultados da análise dos construtos, não confirmam a hipótese **H₉: existe um igual peso entre as variáveis liderança da gerência hospitalar, cooperação organizacional, liderança tecnológica, análise de informação e desenvolvimento da força de trabalho em todos os hospitais pesquisados**, conforme análise individual realizada em cada construto.

Outro aspecto abordado nessa pesquisa, responderá à hipótese **H₁₀: A importância das variáveis tem igual peso, independentemente da natureza dos hospitais pesquisados**. Para responder a esse questionário foi aplicada a análise de variância (ANOVA) e o teste de TUKEY para cada construto.

1 - LGH_x1 (Liderança da Gerencia Hospitalar):

H₀: A importância da variável LGH_x1 tem igual peso, independentemente da natureza dos hospitais pesquisados. **(hipótese rejeitada)**

H₁: A importância da variável LGH_x1 não tem igual peso, difere da natureza dos hospitais pesquisados.

2 - CO_x2 (Cooperação Organizacional):

H₀: A importância da variável CO_x2 tem igual peso, independentemente da natureza dos hospitais pesquisados. **(hipótese não rejeitada)**

H₁: A importância da variável CO_x2 não tem igual peso, difere da natureza dos hospitais pesquisados.

3 - LT_x3 (Liderança Tecnológica):

H_0 : A importância da variável LT_x3 tem igual peso, independentemente da natureza dos hospitais pesquisados. **(hipótese rejeitada)**

H_1 : A importância da variável LT_x3 não tem igual peso, difere da natureza dos hospitais pesquisados.

4 - FT_x4 (Força de Trabalho)

H_0 : A importância da variável FT_x4 tem igual peso, independentemente da natureza dos hospitais pesquisados. **(hipótese não rejeitada)**

H_1 : A importância da variável FT_x4 não tem igual peso, difere da natureza dos hospitais pesquisados.

5 - AI_y1 (Análise de Informação):

H_0 : A importância da variável AI_y1 tem igual peso, independentemente da natureza dos hospitais pesquisados. **(hipótese rejeitada)**

H_1 : A importância da variável AI_y1 não tem igual peso, difere da natureza dos hospitais pesquisados.

6 - PQS_y2 (Performance da Qualidade do Serviço):

H_0 : A importância da variável PQS_y2 tem igual peso, independentemente da natureza dos hospitais pesquisados. **(hipótese rejeitada)**

H_1 : A importância da variável PQS_y2 não tem igual peso, difere da natureza dos hospitais pesquisados.

De acordo com os resultados apresentados, dos seis construtos avaliados, apenas dois (2,4) foram comprovados e, portanto, a hipótese **H₁₀ foi parcialmente rejeitada**.

A fim de investigar se existem diferenças estatisticamente significantes entre os três tipos de hospitais em relação às variáveis LGH_x1, CO_x2, LT_x3, FT_x4, AI_y1 e PQS_y2 foi aplicada a análise de variância - ANOVA (de uma classificação) e o Teste de Tukey para comparações múltiplas, segundo os tipos de hospitais, quando a ANOVA forneceu resultado significativo (p -valor < 0,05).

QUADRO 51: Análise de Variância (de uma classificação) para as variáveis do Questionário dos Profissionais

Variável	SS	g.l	MS	SS	g.l	MS	Estatística	Significância
----------	----	-----	----	----	-----	----	-------------	---------------

	Efeito	Efeito	Efeito	Erro	Erro	Erro	F	p-valor
LGH_x1 ⁺	148,266	2	74,133	595,342	182	3,271	22,663	0,000*
CO_x2 ⁺	9,365	2	4,682	468,124	182	2,572	1,820	0,165
LT_x3 ⁺⁺	53,562	2	26,781	648,929	182	3,566	7,511	0,001*
FT_x4 ⁺⁺	5,369	2	2,684	218,605	182	1,201	2,235	0,110
AI_y1 ⁺	91,057	2	45,529	498,111	182	2,737	16,635	0,000*
PQS_y2 ⁺⁺	75,004	2	35,502	419,426	182	2,305	16,273	0,000*

(⁺) Teste de Levene assume igualdade de variâncias para os grupos de hospitais: Pub, Priv e Filant.

(⁺⁺) Teste de Levene não assume igualdade de variâncias para os grupos de hospitais: Pub, Priv e Filant.

(*) ANOVA, resultado significativo para p-valor < 0,05

SQ: Soma de Quadrados; g.l: graus de liberdade; MQ: Média de quadrado

A ANOVA de uma classificação aplicada para comparação das variáveis LGH_x1, CO_x2, LT_x3, FT_x4, AI_y1 e PQS_y2 entre os três tipos de hospitais forneceu estatística $F_{LGH_x1} = 22,663$ (sig. p-valor = 0,000), e $F_{CO_x2} = 1,820$ (sig. p-valor = 0,165), $F_{LT_x3} = 7,511$ (sig. p-valor = 0,001), $F_{FT_x4} = 2,235$ (sig. p-valor = 0,110), $F_{AI_Y1} = 16,635$ (sig. p-valor = 0,000) e $F_{PQS_Y2} = 16,273$ (sig. p-valor = 0,000). Portanto, somente as variáveis LGH_x1, LT_x3, AI_y1 e PQS_y2 forneceram resultados significativos. Os dados, a seguir, enfatizam os resultados do teste de comparações múltiplas de Tukey.

RESULTADOS DO TESTE DE COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS DE TUKEY

LGH_x1: Liderança da gerencia hospitalar			LT_x3: Liderança tecnológica		
Instituição de Saúde	Média	Subconjuntos homogêneos*	Instituição de Saúde	Média	Subconjuntos homogêneos*
Pública	3,12	a	Pública	3,92	a
Privada	5,21	b	Privada	5,25	b
Filantrópica	5,27	b	Filantrópica	5,07	b
AI_y1: Análise de informação			PQS_y2: Performance da qualidade e serviço		
Instituição de Saúde	Média	Subconjuntos homogêneos*	Instituição de Saúde	Média	Subconjuntos homogêneos*
Pública	3,52	a	Pública	4,13	a
Privada	5,20	b	Privada	5,59	b
Filantrópica	5,16	b	Filantrópica	5,69	b

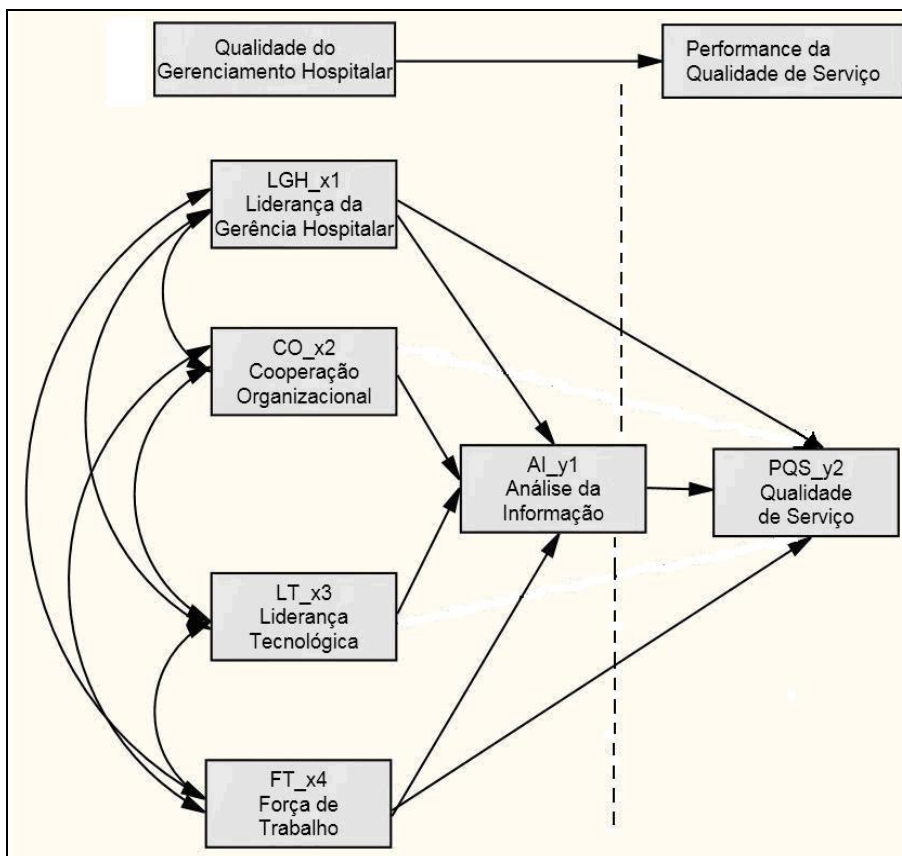
* As médias seguidas pela mesma letra não diferem estatisticamente entre si.

5.3.4 Modelagem SEM – Questionário dos Profissionais (QGH)

Para análise da relação entre a qualidade do gerenciamento hospitalar e execução da qualidade do serviço foi proposto um modelo hipotético com uso do Modelo Analítico de Caminhos, que é uma metodologia multivariada para examinar empiricamente grupos de relações representadas na forma de modelos causais lineares, e aplicado em estudos de gerenciamento de qualidade e gerenciamento de sistemas de informação (Joreskog y Sorbom (1993); Torkzadeh (1994) e Anderson et al (1995).

Neste estudo, se considerou o Modelo Analítico de Caminhos como a metodologia mais apropriada para medir essa relação, conforme ilustrado no Diagrama 3, a seguir:

Diagrama 3: Modelo proposto da qualidade do gerenciamento hospitalar e performance na qualidade de serviço – modelo hipotético.



Fonte: Elaboração própria

O Diagrama 3 ilustra o modelo proposto de gerenciamento de qualidade e execução da qualidade de serviço, que consiste em cinco elementos: cooperação organizacional (CO), liderança tecnológica (LT), desenvolvimento da força de trabalho (FT), análise de processo/informação (AI) e execução da qualidade de serviço (PQS).

O modelo de gerenciamento da qualidade e a qualidade de serviço (Diagrama 3) é um modelo de análise de caminho recursivo que pode ser expresso na forma geral da equação estrutural:

$$Y = BY + \Gamma X + \zeta$$

onde:

Y = um vetor $p \times 1$ de variáveis dependentes observadas medidas sem erro.

B = uma matriz $p \times p$ de coeficientes, relacionando p variáveis dependentes entre si.

X = um vetor $q \times 1$ de variáveis independentes, observadas medidas sem erro.

Γ = uma matriz $q \times q$ de coeficientes, relacionando q variáveis independentes às p variáveis dependentes.

ζ = um vetor $p \times 1$ de erros na equação.

O modelo de gerenciamento da qualidade hospitalar e a performance da qualidade de serviço de saúde sugerido no diagrama 3 é representado pelas seguintes equações estruturais:

$$Y_1 = \gamma_{11} \cdot X_1 + \gamma_{12} \cdot X_2 + \gamma_{13} \cdot X_3 + \gamma_{14} \cdot X_4 + \zeta_1 \quad e$$

$$Y_2 = \beta_{21} \cdot Y_1 + \gamma_{21} \cdot X_1 + \gamma_{24} \cdot X_4 + \zeta_2$$

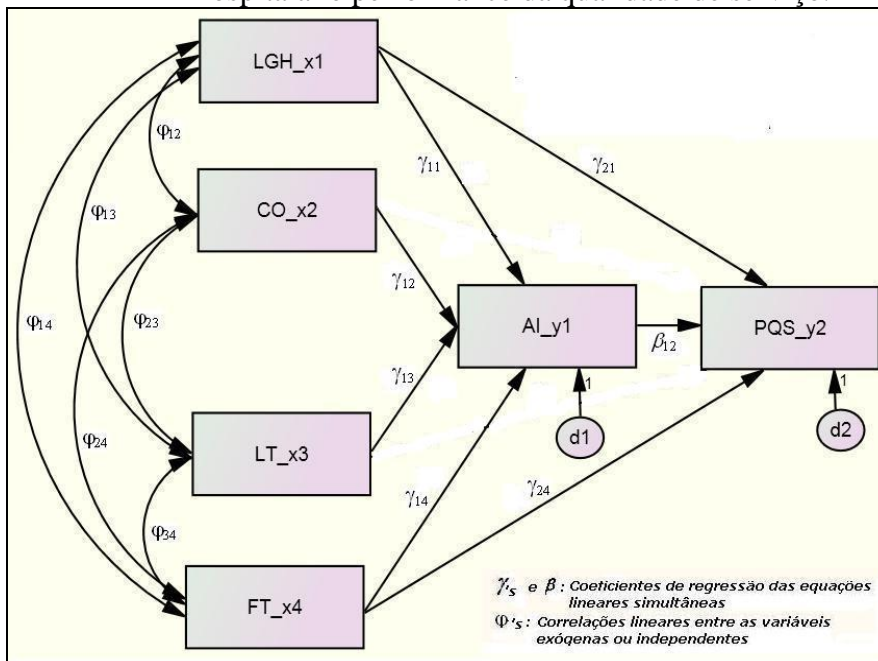
Ou, pelas equações estruturais na sua forma matricial:

$$\begin{bmatrix} y_1 \\ y_2 \end{bmatrix} = \begin{bmatrix} 0 & 0 \\ \beta_{21} & 0 \end{bmatrix} \cdot \begin{bmatrix} y_1 \\ y_2 \end{bmatrix} + \begin{bmatrix} \gamma_{11} & \gamma_{12} & \gamma_{13} & \gamma_{14} \\ \gamma_{21} & 0 & 0 & \gamma_{24} \\ 0 & 0 & 0 & 0 \\ 0 & 0 & 0 & 0 \end{bmatrix} \cdot \begin{bmatrix} x_1 \\ x_2 \\ x_3 \\ x_4 \end{bmatrix} + \begin{bmatrix} \zeta_1 \\ \zeta_2 \end{bmatrix}$$

Como especificado no modelo da equação estrutural, entendemos que os erros não são correlacionados com X , e que nenhuma das equações no modelo é redundante. Como mostrada no Diagrama 3, as equações causais são lineares, aditivas e unidirecionais. Esta análise foi conduzida, através da matriz de variância-covariância produzida, usando as escalas de mensuração no questionário aplicado. O coeficiente de caminho (ou de regressão) para o desenvolvimento da força de trabalho (FT_{x4}) e a análise de processo/informação (IA_{y1}) (γ_{14}), desenvolvimento da força de trabalho (FT_{x4}) e qualidade de serviço (PQS_{y2}) (γ_{24}) foram triviais e insignificantes. Assim, no processo de refinamento do modelo, as ligações de caminhos $FT \rightarrow AI$, $FT \rightarrow PQS$ foram excluídos.

5.3.4.1 Diagrama de Caminhos para a Modelagem SEM do Gerenciamento de Qualidade Hospitalar

Diagrama 4: Diagrama de Caminhos para o modelo proposto do gerenciamento de qualidade hospitalar e performance da qualidade de serviço.



Fonte: Elaboração própria

Concernente ao Diagrama 4, as relações causais são expressas da seguinte forma:

H₁₁: melhor liderança da gerência hospitalar (LGH) deve ter um efeito direto na análise de processo/informação (AI) (γ_{11}) e na qualidade de serviços de saúde (PQS) (γ_{21}).

H₁₂: melhor cooperação organizacional (CO) deve ter um efeito direto na análise de processo/informação (AI) (γ_{12}) e efeito indireto na qualidade de serviços de saúde sobre (PQS) ($\gamma_{12}*\beta_{21}$).

H₁₃: liderança tecnológica (LT) tem um efeito direto na análise do processo/informação (AI) para o melhoramento contínuo (γ_{13}) e efeito indireto na qualidade de serviços de saúde (PQS) ($\gamma_{13}*\beta_{21}$).

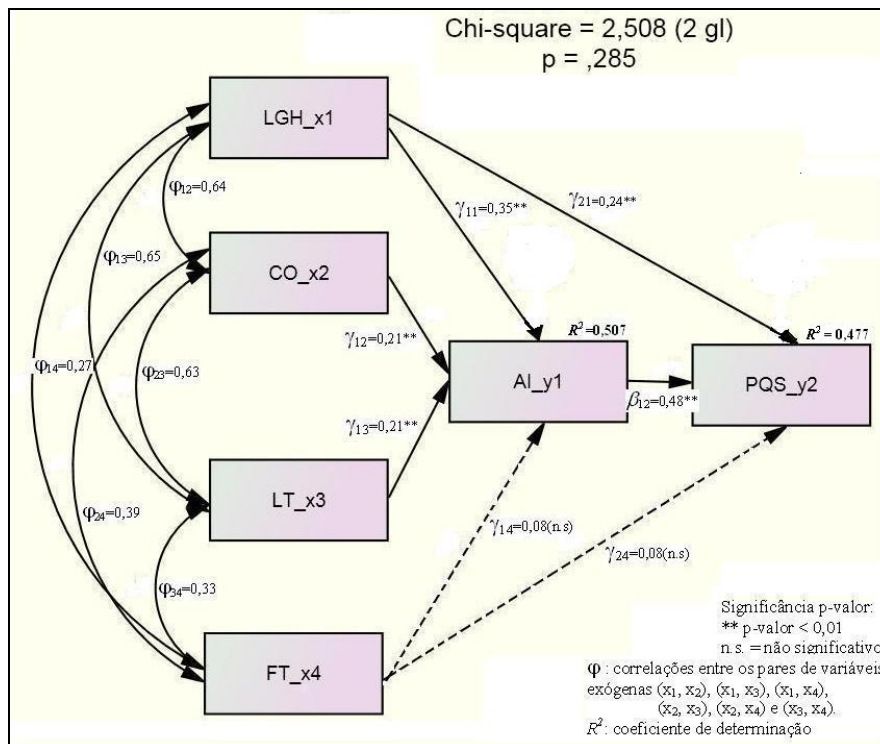
H₁₄: desenvolvimento da força de trabalho (FT) tem um efeito direto na análise do processo/informação (AI) para o melhoramento contínuo (γ_{14}) e na qualidade de serviços de saúde (PQS) (γ_{24}).

H₁₅: análise do processo/informação para o melhoramento contínuo (AI) tem um efeito direto sobre qualidade de serviços de saúde (PQS) (β_{21}).

H₁₆: análise do processo/informação para o melhoramento contínuo (AI) media a relação entre qualidade de serviços de saúde (PQS), juntamente com a liderança da gerência hospitalar (LGH), cooperação organizacional (CO), liderança tecnológica (LT) e desenvolvimento da força de trabalho (FT) ($\gamma_{11}, \gamma_{12}, \gamma_{13}, \gamma_{14}, \beta_{21}$).

5.3.4.2 Modelo Analítico de Caminho Aceito para o Estudo

Diagrama 5: Estimativa padronizada para o modelo proposto: coeficientes de regressão, correlações e coeficientes de determinação.



Fonte: Elaboração própria

O diagrama 5 expressa o melhor modelo analítico de caminho aceito para o estudo. A estatística de qui-quadrado (χ^2) incluída no Diagrama 5 provê um teste da hipótese nula de que a matriz de covariância reproduzida tem a estrutura de modelo especificada, que é o modelo “ajustado aos dados”. Para o modelo analítico de caminho da Qualidade de Gerenciamento Hospitalar e Performance da Qualidade de Serviço, o qui-quadrado (χ^2) observado foi 2,508 (g.l = 2) com um p-valor = 0,285, este resultado indica que a hipótese nula (H_0 : o modelo está ajustado) não foi rejeitada.

O melhor índice de bondade de ajuste (GFI) para o modelo hipotético foi responsável por 99,6% da estrutura da variância-covariância (Diagrama 5); o valor de corte sugerido para o GFI é 0,90. O melhor índice de bondade de ajuste ajustado (AGFI) é 0,953. O valor de corte sugerido para o AGFI é 0,90. Ambos GFI e AGFI sugerem um ajuste razoável dos dados ao modelo hipotético.

O Diagrama 5 também oferece índices de bondade de ajustes adicionais, incluindo o índice de ajuste comparativo (CFI); o índice de ajuste normado (NFI) e índice de Tukey-Lewis (TLI). O CFI é 0,999, NFI é 0,995 e TLI é 0,992. Valores de CFI, NFI e TLI são superiores ao valor limite de 0,90, indicando um aceitável ajuste entre o modelo e os dados. O indicador de resíduos, RMSEA, apresenta valor 0,037 inferior ao limite de 0,05 ou 0,08.

Os coeficientes padronizados de caminhos (ou coeficientes padronizados de regressão) também são apresentados no Diagrama 5. O modelo de caminhos mostra que os coeficientes padronizados de regressão das equações simultâneas (1) e (2) apresentaram efeito significativo em relação à explicação da qualidade do gerenciamento hospitalar sobre a variável endógena resposta PQS, performance da qualidade de serviço. Cada um dos quatro caminhos (γ_{21} , γ_{11} , γ_{12} , γ_{13} e β_{21}) foi significativo, sendo p-valor $< 0,01$ para os cinco coeficientes de regressão, indicando que liderança de gerência hospitalar (LGH) e análise do processo de informação (AI) tiveram efeitos diretos na performance da qualidade de serviço (PQS). A análise do processo de informação, também mediou a relação ou efeitos indiretos da liderança de gerência hospitalar (LGH), cooperação organizacional (CO) e liderança de tecnologia (LT) na performance da qualidade de serviço (PQS). Contudo, somente liderança de gerência hospitalar, cooperação organizacional e liderança tecnológica tiveram efeitos significantes e positivos no processo de análise da informação, enquanto o desenvolvimento da força de trabalho não teve um efeito significativo na análise do processo de informação. O modelo final teve pequena diferença do modelo proposto, embora as variáveis exógenas: Liderança de gerência hospitalar (LGH), Cooperação organizacional (CO), Liderança tecnológica (LT) e Desenvolvimento da força de trabalho (FT) estejam, duas a duas, correlacionadas significativamente.

Soluções das equações simultâneas (coeficientes padronizados de regressão significativos), a partir do Diagrama 5:

$$Y_1 = \gamma_{11} \cdot X_1 + \gamma_{12} \cdot X_2 + \gamma_{13} \cdot X_3 + \gamma_{14} \cdot X_4 \rightarrow \quad (1)$$

$$Y_1 = 0,35 \cdot X_1 + 0,21 \cdot X_2 + 0,21 \cdot X_3 + 0,08 \cdot X_4,$$

$$R^2 = 0,507 \text{ ou } 50,7\%$$

$$Y_2 = \gamma_{21} \cdot X_1 + \gamma_{24} \cdot X_4 + \beta_{21} \cdot Y_1 \rightarrow \quad (2)$$

$$Y_2 = 0,24 \cdot X_1 + 0,08 \cdot X_4 + 0,51 \cdot Y_1,$$

$$R^2 = 0,477 \text{ ou } 47,7\%$$

Indicadores de ajuste do modelo estrutural:

Qui-quadrado: $\chi^2 = 2,508$, com g.l = 2 e significância p-valor = 0,285

GFI = 0,996 (> valor limite 0,90)

AGFI = 0,953 (> valor limite 0,90)

RMSEA = 0,037 (valor inferior a 0,08)

CFI = 0,999 (> valor limite 0,90)

NFI = 0,995 (> valor limite 0,90)

TLI = 0,992 (> valor limite 0,90)

A verificação de Hipóteses enunciadas na pesquisa do Modelo Analítico de Caminho expresso nos Diagramas 3, 4 e 5 respondem às hipóteses: H₁₁, H₁₂, H₁₃, H₁₄, H₁₅ e H₁₆.

A Hipótese **H₁₁, melhor liderança da gerência hospitalar deve ter um efeito direto na análise de processo/informação e na qualidade de serviços de saúde foi confirmada**, ver Diagrama 5.

Quanto à liderança da gerência hospitalar, essa é considerada a base do sucesso administrativo onde o envolvimento das equipes em atividades como planejamento e a coordenação contribuirão para assegurar um melhor serviço. Portanto, a construção de liderança fundamenta-se como a administração cria e sustenta valores visíveis conjuntamente para colocar a qualidade como um fator fundamental da cultura organizacional dos serviços de saúde.

Na opinião da pesquisadora, a liderança para esse envolvimento está nas mãos dos profissionais que ocupam cargo de gerência/supervisão. Estes devem demonstrar a força de trabalho que têm e um posicionamento sério quanto à adoção de uma abordagem sistêmica, como também, demonstrar sua preocupação com os interesses dos funcionários sobre sua supervisão, fornecendo treinamento adequado para avaliar o desempenho do sistema e tentativas para aperfeiçoá-lo.

O compromisso dos profissionais com a qualidade do serviço deve ser definido como uma escolha consciente de iniciativas de qualidade como opções operacionais e estratégias para o hospital, e engajar-se em atividades como fornecer liderança de qualidade visível e recursos para a adoção e implementação de iniciativas de qualidade com compromisso forte e pessoal para o aperfeiçoamento de qualidade. Devem ainda, encorajar as práticas e comportamentos que levem a performance da qualidade, através do compromisso de melhoria da assistência.

Portanto, quanto melhor a liderança da gerência hospitalar, melhores são os efeitos diretos na análise de processo/informação e na qualidade de serviços de saúde, pois os hospitais necessitam de liderança de elevada qualidade em todos os níveis da organização.

Quanto à hipótese **H₁₂**, **melhor cooperação organizacional deve ter um efeito direto na análise de processo/informação e efeito indireto sobre a qualidade de serviços de saúde, essa hipótese também foi confirmada**, conforme Diagrama 5.

A cooperação deve ocorrer por toda a organização e deve envolver todos os profissionais, já que os serviços de saúde são um trabalho em equipe. O ideal é que todos os funcionários cooperem e participem do sistema da qualidade do hospital. Evidentemente é difícil já que nem todos querem participar, entretanto, os gestores devem adotar uma política que não ceda as barreiras entre as equipes. A cooperação organizacional é composta de quatro itens e dá ênfase a integração dos responsáveis por áreas/ departamentos com a organização e demais áreas e a viabilização de espaços e recursos para sua área.

Na opinião da pesquisadora, esta hipótese, ao ser confirmada, é o resultado da etapa do processo de implementação da qualidade nos serviços, conforme explicitado pelos diretores. A cooperação organizacional é o alicerce para o sucesso do processo de qualidade pois, a interação entre as pessoas e o serviço, abre a oportunidade para o entendimento do profissional para visualizar, não só o seu departamento, mas a empresa como um todo. Esse possibilita a comunicação entre a direção e os profissionais, oportunizando o conhecimento e o respeito entre os departamentos, com conseqüente retorno na melhoria da qualidade.

Para que a cooperação organizacional ocorra, esta requer coordenação horizontal entre os departamentos e/ou serviços. Pois, prestar serviço de qualidade é um esforço do grupo e o trabalho em equipe é um imperativo para um serviço excelente.

É importante se entender que, o que define a qualidade de uma instituição de saúde são os seus serviços, e o que define a qualidade de um serviço são os seus colaboradores/funcionários, e o trabalho em equipe traz enormes vantagens às organizações e às pessoas, pois para as organizações, as equipes podem romper as tradicionais barreiras departamentais e facilitar o funcionamento da estrutura funcional. Para as pessoas, as equipes trazem mais envolvimento social e emocional, mais participação nas decisões, maior penetração nos assuntos da empresa, maior compromisso e, conseqüentemente, maior motivação.

Os membros de equipes de serviços trabalham normalmente muito próximos e mantêm grande contato entre si, facilitando a comunicação e o compartilhamento de conhecimento. Os profissionais pessoalmente envolvidos com qualidade têm mais probabilidade de engajar-se em atividades que a aperfeiçoem e esse envolvimento é importante, porque ajuda a alinhar a empresa na direção de um objetivo comum de qualidade de serviço superior.

Portanto, concordamos com o resultado extraído do modelo que a cooperação organizacional tem efeito direto na análise de processo/informação e efeito indireto sobre a qualidade de serviços de assistência hospitalar direcionada aos clientes e seus familiares.

Concernente à hipótese **H₁₃ liderança tecnológica ter um efeito direto na análise do processo/ informação para o melhoramento contínuo e efeito indireto sobre a qualidade de serviços de saúde, esta também foi confirmada**, de acordo com o Diagrama 5.

O construto liderança em tecnologia é representado por quatro itens que contempla: sistema de informação voltado para as áreas financeira/contábil, admissão/ alta do paciente, prescrição eletrônica e controle de farmácia.

Na percepção da pesquisadora, as ações desenvolvidas pelos gestores dos hospitais, denotam uma preocupação com a informação e a tecnologia pela importância dessa ferramenta de trabalho, pois nos dias de hoje, não se pode mais administrar com “achismos”; mas com dados e números.

O construto liderança em tecnologia com certeza repercute no processo de informação e na qualidade de serviço. Todos os departamentos hoje dependem da intranet para a comunicação entre os profissionais, da internet para pesquisa de mercado e base de dados que cada profissional, cria para seu departamento que contempla as normas, rotinas, manuais, indicadores, processos e procedimentos padrão (POPS), ou seja, informação para se administrar com segurança.

Portanto, a liderança em tecnologia e as inovações tecnológicas têm provocado mudanças nos processos e na prestação de serviços, inclusive em organizações de saúde. Além disso, a tecnologia da informação pode fomentar inúmeras informações como relatórios médicos, prescrição eletrônica, indicadores de qualidade, ocupação de leitos, cirurgias, exames e custos hospitalares. Portanto, a informatização no ambiente hospitalar é uma

tendência, assim, os membros da equipe de saúde precisam estar preparados para manipular esses sistemas tanto, nas atividades administrativas, como nas de assistência direta ao paciente pois, a tecnologia é uma ferramenta para ajudar os profissionais a concretizar a estratégia de serviço.

Frente ao exposto, pode-se inferir que a liderança tecnológica tem um efeito direto na melhoria da qualidade dos serviços, quando possibilita multiplicar o conhecimento, simplificar o serviço, personalizar e adaptar o serviço ao cliente, aumentar a confiabilidade, facilitar as comunicações e ampliar o alcance do serviço. Por isso, verifica-se que o movimento pela qualidade tem feito com que a cada dia, a tecnologia venha se consolidando, tanto na prática administrativa, quanto na assistencial.

A Hipótese H₁₄ não foi confirmada de acordo com o Diagrama 5, ao inferir que o desenvolvimento da força de trabalho tem um efeito direto na análise do processo/informação para o melhoramento contínuo e na qualidade de serviços de saúde.

Na visão da pesquisadora, a não confirmação da H₁₄ atribui-se aos seguintes aspectos detectados no resultado da investigação com os gestores dos hospitais que são: a missão do hospital que na maioria dos serviços não existe; a inexistência de manual da qualidade onde deveriam estar implícitos os processos e procedimentos a serem seguidos; a avaliação da satisfação do funcionário que não é considerada, a cultura organizacional, a resistência à mudança, e o não envolvimento das pessoas nos treinamentos.

O construto força de trabalho engloba três itens que referencia: oportunidades oferecidas às pessoas e programas de treinamento para formação de líderes e aprendizado de novas tecnologias. A não confirmação dessa hipótese atribui-se também, aos fatores explicitados pelos gestores dos hospitais que interferem na implantação de sistemas de qualidade. O construto força de trabalho com certeza interfere no processo de informação e na qualidade de serviços pois, embora, os gestores dos hospitais tenham contemplado os funcionários na missão, no plano de ação e nos motivos de implantação de sistema de qualidade, eles reconhecem os recursos humanos como um grande entrave e expõem os motivos.

As dificuldades explicitadas pelos gestores dos hospitais foram em parte, contemporizadas, quando se abordou a ausência de avaliação da satisfação dos funcionários. Acrescenta-se aos fatos mencionados, a resistência das pessoas à mudança, “estabilidade” do

funcionário, comodismo, carreirismo e a cultura da maioria dos serviços de saúde que não valorizam e envolvem os profissionais na administração.

Concernente ao desenvolvimento da força de trabalho, os sistemas só se aperfeiçoarão como resultado do conhecimento aplicado que está direcionado à educação. Deming (1989) recomenda aprendizado permanente em ambientes formais ou informais, onde as pessoas responsáveis e bem informadas têm mais chance de otimizar os sistemas nos quais trabalham. É importante que o hospital distribua sua equipe em setores de serviço com o objetivo de se atingir a satisfação do paciente baseada na qualidade de serviço. E isto, só se consegue com educação e treinamento. O treinamento deverá basear-se na otimização do sistema e na satisfação do cliente e deveria proporcionar aos gestores e funcionários, as ferramentas necessárias para avaliarem processos e aperfeiçoarem sistemas.

O administrador de serviços não pode estar sempre certo de que o serviço esteja sendo prestado de uma forma coerente com o que foi originalmente planejado e divulgado. Em certos casos, os serviços são executados por um terceiro, ampliando ainda mais o potencial de heterogeneidade do produto. A fim de que os executores e os sistemas de serviços possam cumprir com o que foi prometido, eles devem ter as habilidades, competências, ferramentas e motivação para executá-lo, em outras palavras, devem estar capacitados.

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT 2001), em sua Norma ISO 10015, (gestão da qualidade diretriz para treinamento), aponta ações para desenvolvimento, implementação, manutenção e melhoria das estratégias e dos métodos de treinamento, com a finalidade de mostrar a organização os requisitos necessários para a realização do seu planejamento de forma a atingir os objetivos organizacionais e garantir a contribuição do treinamento para a melhoria contínua.

Portanto, a área de educação permanente ganha novo destaque dentro do contexto hospitalar, pois as práticas educacionais passam a ser norteadas por modelos estratégicos de gestão de pessoas, com ênfase na qualificação, retenção e promoção interna, mediante o monitoramento dos resultados, com a utilização de indicadores de qualidade, como uma forma de balizar a eficácia educacional. Em ambientes de prestação de serviços, a satisfação do consumidor é influenciada pela qualidade da interação interpessoal entre o consumidor e o funcionário de contato.

Referente à hipótese **H₁₅**, **a análise do processo/informação para o melhoramento contínuo tem um efeito direto sobre qualidade de serviço de saúde, essa hipótese também foi confirmada** e encontra respaldo no Diagrama 5.

De acordo com a pesquisadora, o construto análise de processo/ informação concentra sete itens que avalia o serviço nos seguintes aspectos de controle e melhoria da qualidade: utilização de métodos; avaliação do serviço em relação a padrões reconhecidos e bom rendimento; com a finalidade de controlar e identificar oportunidades; pesquisa com o paciente e retroalimentação para melhorar a qualidade.

No que concerne à análise de processo de informação para melhoria contínua, esta é uma ciência e se baseia inteiramente em informações corretas sobre os processos que geram serviços. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil 2006), as informações nos processos de saúde, por sua vez, só agregam valor à medida que se transformam em forças mobilizadoras, capazes de provocar coanálises e codecisões em grupos que, mesmo com diferentes saberes e diferentes características, se envolvem em um único objetivo de realização e progresso, fomentando autonomia e protagonismo de coletivos. Portanto, a análise do processo/informação para o melhoramento contínuo tem um efeito direto sobre qualidade de serviço de saúde, resulta em vantagens financeiras e contribuem na tomada de decisões.

Esse construto é ricamente fundamentado pela utilização de ferramentas concernentes à avaliação, incluindo a satisfação do paciente retroalimentando os gestores e profissionais com as informações para implementação de medidas corretivas para a melhoria da qualidade.

A hipótese **H₁₆**, **análise do processo/ informação para o melhoramento contínuo, media a relação entre qualidade de serviço de saúde juntamente com a liderança da gerência hospitalar, cooperação organizacional, liderança tecnológica e desenvolvimento da força de trabalho**. Os cinco primeiros construtos foram confirmados, de acordo com o diagrama 5, menos o construto desenvolvimento da força de trabalho e atribui-se esse resultado às ponderações realizadas na hipótese H₁₄, portanto, **essa hipótese foi confirmada parcialmente**.

O aspecto performance da qualidade de serviço abordado no referido modelo, enfatiza a execução da qualidade no serviço de saúde para alguns e o papel desses serviços é atribuído a funções como formação de recursos humanos, conscientização do usuário e por outro lado, há os que se limitam exclusivamente ao tratamento de doenças que seria a cura.

Frente ao exposto, ao se abordar a dimensão qualidade, faz-se necessário especificar qual aspecto da qualidade deseja-se levar em conta, quem define qualidade, e quem será o beneficiário desta qualidade. Portanto, todos os profissionais que participam da execução de um serviço fornecem indicadores aos clientes acerca da natureza do serviço em si. O principal problema não é, no entanto, a dificuldade de medir a qualidade, é a dificuldade e mais precisamente a enorme discordância na definição de qual é e qual deveria ser a tarefa.

A partir dos coeficientes de regressão padronizados na análise de caminhos da modelagem SEM obtida (ver Diagrama 5) são fornecidos no quadro 52, a seguir, o peso ou efeito de cada variável (ou construto) na predição da Performance da qualidade de serviço (PQS)

QUADRO 52: Efeito de cada construto sobre a qualidade de serviço na SEM

Construtos (Predição de PQS _{y2})	Efeitos			Peso (rank)
	Direto	Indireto (Mediado por AI _{y1})	Total (D+I)	
AI _{y1} → PQS _{y2}	0,48	-	0,48	1 ^o
LGH _{x1} → PQS _{y2}	0,24	0,35x0,48=0,17	0,41	2 ^o
LT _{x3} → PQS _{y2}	-	0,21x0,48=0,10	0,10	3 ^o
CO _{x2} → PQS _{y2}	-	0,21x0,48=0,10	0,10	4 ^o
FT _{x4} → PQS _{y2}	-	0,08x0,48=0,04	0,04	5 ^o

1. AI_{y1} com efeito total (direto) de 0,48, ocupando posto 1;
2. LGH_{x1} com efeito direto de 0,24 e indireto (mediado por AI_{y1}) de 0,17, perfazendo um efeito total de 0,41, ocupando posto 2;
3. LT_{x3} com efeito total (indireto), mediado por AI_{y1}, de 0,21x0,48=0,10, ocupando posto 3;
4. CO_{x2} com efeito total (indireto), mediado por AI_{y1}, de 0,21x0,48=0,10, ocupando posto 4;
5. FT_{x4} com efeito total (indireto), mediado por AI_{y1}, de 0,08x0,48=0,04, ocupando posto 5.

5.4 Análise Cruzada das Percepções

5.4.1 Avaliação dos Profissionais

Essa etapa da pesquisa, responde ao primeiro objetivo que é avaliar a qualidade dos serviços prestados pelos hospitais na percepção dos pacientes, gestores e

profissionais. Essa avaliação contempla as 28 questões do grupo interno (profissionais) X avaliação dos pacientes das 15 questões do Servqual mais duas de avaliação geral (pelos pacientes), segundo o tipo de hospitais com análises dos gráficos das médias para ambos os instrumentos: GQH e Servqual.

Torna-se, oportuno, registrar que para responder a esse objetivo, como foi utilizado dois instrumentos estatísticos diferentes, não pode se fazer a comparação estatisticamente, mas só graficamente.

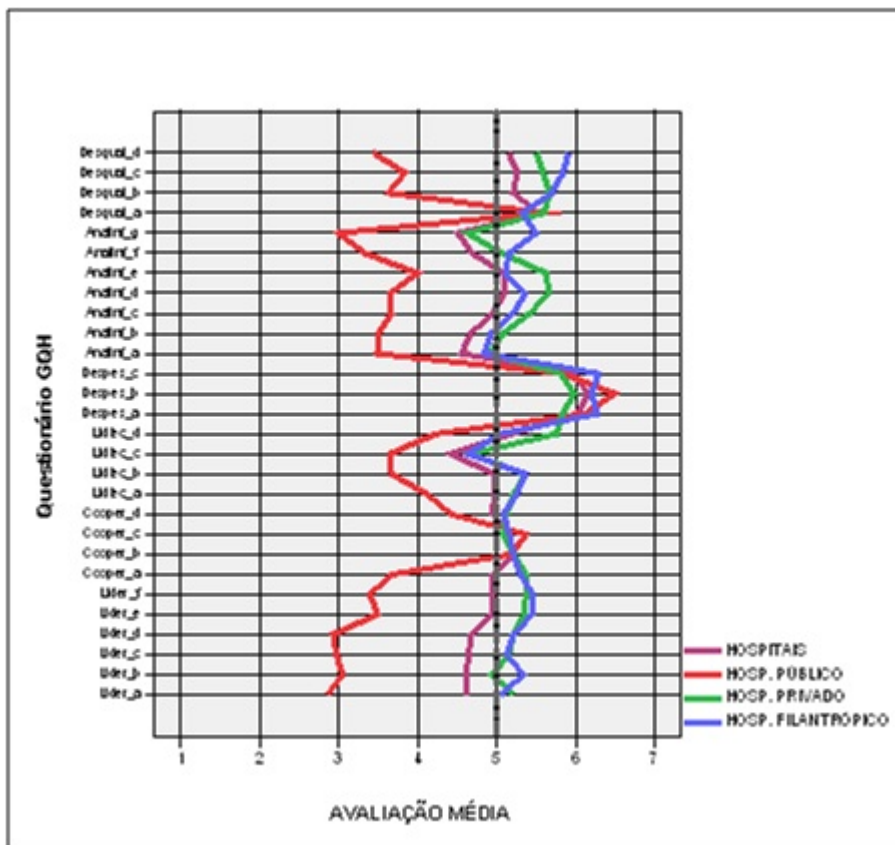
Tabela 13: Medidas Descritivas – Resumo (GQH)

	N		Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
	Válido	Missing				
MED_TOTAL	28	0	5,04	0,444	4,42	6,16
MED_PUBL	28	0	4,02	1,021	2,86	6,49
MED_PRIV	28	0	5,34	0,343	4,63	5,98
MED_FILAN	28	0	5,37	0,413	4,64	6,29

GRUPO = PROFISSIONAIS

A Tabela 13 apresenta as medidas descritivas resumo (média, desvio padrão, mínimo máximo) e em relação ao total de hospitais pesquisados e, de acordo com o tipo (público, privado e filantrópico) onde foi concedida uma avaliação ou pontuação: mínima de 2,86 e máxima de 6,49 ocorrida para os profissionais de hospitais públicos. No total dos hospitais pesquisados, a avaliação média dos profissionais foi de 5,04 e em relação aos tipos de hospitais, apresentou a seguinte ordem de pontuação média: Filantrópico (5,37); Privado (5,34) e Público (4,02). O principal problema da saúde pública no Brasil não se limita somente a verbas escassas, mas sobretudo à gestão pública.

Gráfico 39. Avaliação média da qualidade dos serviços de saúde na percepção dos profissionais dos hospitais. Campina Grande, PB- Brasil, 2010.



Obs: A avaliação média global dada pelos 185 profissionais sobre a performance da qualidade dos serviços prestados foi de 5,04 ou 5,0 na escala de 7 pontos - Likert.

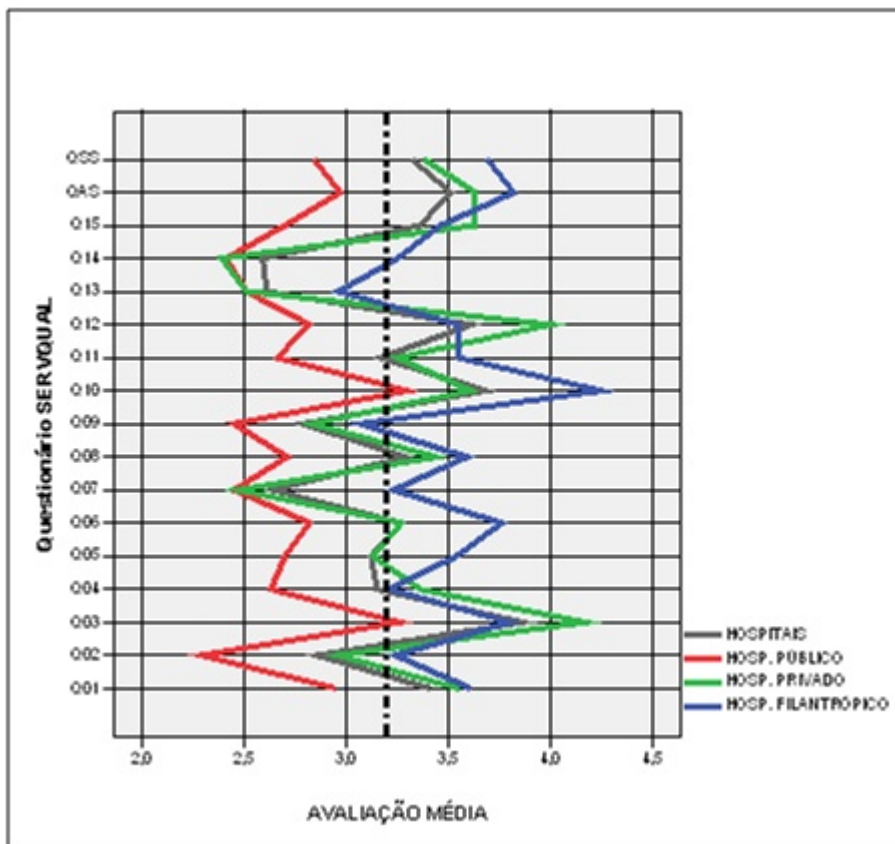
O gráfico 39 apresenta a avaliação média comparativa feita pelos profissionais de saúde para o questionário GQH (Gerenciamento da Qualidade Hospitalar) em escala do tipo Likert de sete (7) pontos, constando de 28 questões.

De acordo com esse resultado, a menor e a maior avaliação dos profissionais estão em consonância com o resultado da avaliação feita pelos pacientes onde avaliaram a melhor assistência dos hospitais filantrópicos e assistência mais negativa dos hospitais públicos. Esses dados, também encontra respaldo na avaliação feita pelos gestores dos hospitais que explicitaram como maiores entraves para se implantar a gestão de qualidade vários fatores que envolvem o servidor público.

5.4.2 Avaliação dos Usuários

O Gráfico 40 apresenta a avaliação média feita pelos usuários dos serviços de saúde atendidos nos hospitais de C. Grande, a partir do questionário SERVQUAL, em escala do tipo Likert de sete (7) ponto, constando de 17 questões. A Tabela 14 apresenta as medidas descritivas resumo (média, desvio padrão, mínimo e máximo) e em relação ao total de hospitais pesquisados e de acordo com o tipo (público, privado e filantrópico) foi concedida uma avaliação ou pontuação: mínima de 2,29 (Hosp. Público) e máxima de 4,25 (Hosp. Filantrópico). No total dos hospitais pesquisados, a avaliação média dos usuários foi de 3,19 e em relação aos tipos de hospitais, apresentou a seguinte ordem de pontuação média: Filantrópico (3,50); Privado (3,27) e Público (2,73).

Gráfico 40: Avaliação da qualidade dos serviços de saúde na percepção dos usuários atendidos nos hospitais. Campina Grande, PB- Brasil, 2010.



Obs: A avaliação média global atribuída pelos 310 usuários sobre a qualidade geral dos serviços prestados foi de 3,16 ou 3,2 na escala de 7 pontos - Likert.

Tabela 14: Medidas Descritivas – Resumo (SERVQUAL)

	N		Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
	Válido	Missing				
MED_TOTAL	17	0	3,19	0,383	2,59	3,86
MED_PUBL	17	0	2,73	0,280	2,29	3,30
MED_PRIV	17	0	3,27	0,509	2,39	4,17
MED_FILAN	17	0	3,50	0,321	2,96	4,25

GRUPO = USUÁRIOS

Observa-se nesse resultado com os pacientes que os pesos atribuídos as avaliações dos três grupos de hospitais, foram inferiores à avaliação feita pelos profissionais. Se confirma, o resultado da maior avaliação para o hospital filantrópico e a menor avaliação para o hospital público. A justificativa para esse resultado na visão da pesquisadora, já foi abordado quando da avaliação do paciente no resultado da Escala Servqual.

5.4.3 Comparação da Avaliação: Profissionais x Usuários

As avaliações médias concedidas pelos profissionais, conforme o Gráfico 39 e Tabela 13, fornece um posicionamento mais favorável na pontuação média obtida para o questionário GQH em relação à avaliação média fornecida pelos usuários quanto aos serviços de saúde prestados nos hospitais observados, Gráfico 40 e Tabela 14, questionário SERVQUAL. Embora, a pontuação média dos profissionais na escala de Likert de sete (7) pontos seja mais positiva que a avaliação prestada pelos usuários; conserva-se a mesma ordenação quanto à pontuação média obtida para cada um dos tipos de hospitais, seguindo-se: Hospital Filantrópico (5,37 x 3,50), Privado (5,34 x 3,27) e por último Público (4,02 x 2,73) e na media Total dos Hospitais (5,04 x 3,19).

Com base nas observações acima, conclui-se que os profissionais se posicionam mais favoravelmente quanto aos serviços de saúde por eles prestados. Enquanto que, na percepção dos usuários, quanto à prestação desses serviços, seus posicionamentos são menos favoráveis, em relação à qualidade alcançada, existindo uma lacuna entre as avaliações do grupo interno (profissionais) e do grupo externo (usuários).

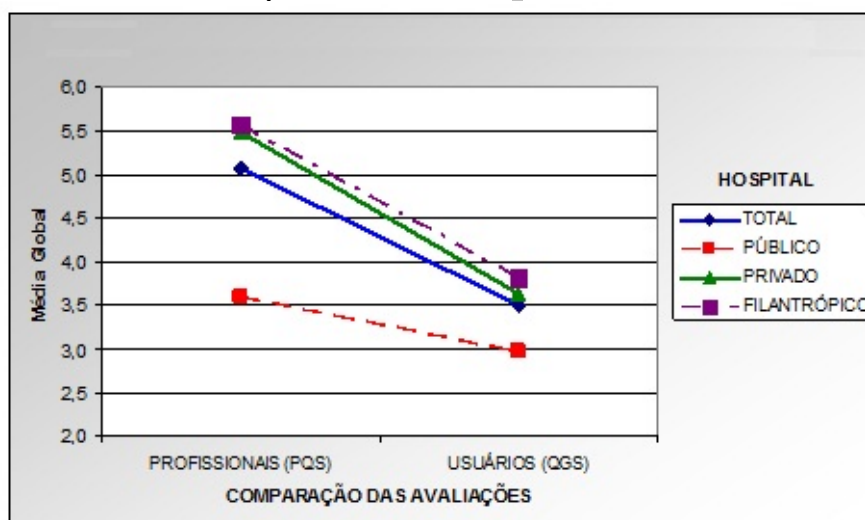
O **segundo objetivo específico** dessa pesquisa **se propõe a estabelecer a relação entre a medida interna da qualidade de serviço e a medida externa da qualidade de serviço.**

- Medida interna (profissionais) – Performance da qualidade de serviços
- Medida externa (usuários) - Questionário SERVQUAL:
 - Q31 (Avaliação geral dos serviços) e
 - Q32 (Avaliação geral da assistência)

5.4.3.1 Desempenho da Qualidade (Profissionais) X Qualidade dos Serviços Prestados (Usuários)

O propósito dessa correlação é responder a hipótese **H₁₇: Existe uma correspondência entre a percepção da qualidade por parte dos usuários e a percepção da qualidade por parte dos profissionais.**

Gráfico 41: Profissionais x Pacientes - desempenho da qualidade geral dos serviços prestados nos hospitais de C. Grande-PB, 2010



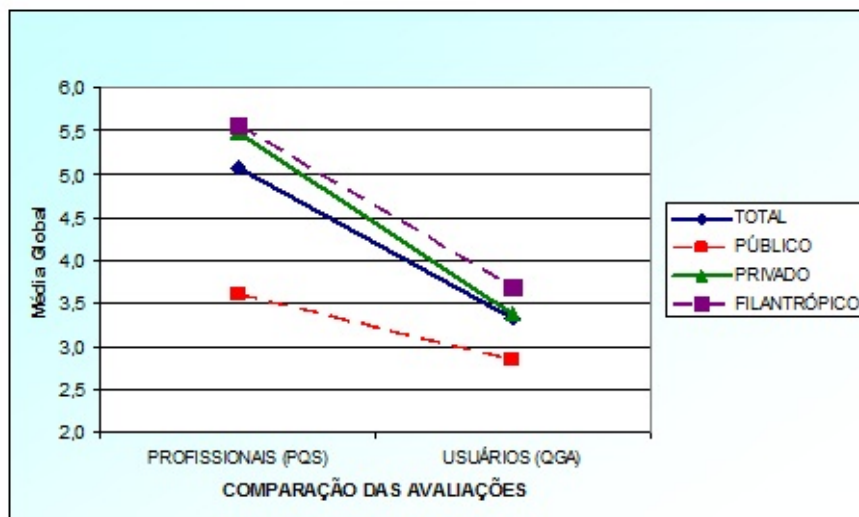
Fonte: Elaboração própria

AVALIAÇÕES: Perf_Qserv x QGS		
	PROFISSIONAIS	USUÁRIOS
HOSP. EM GERAL	5,04	3,51
HOSP. PÚBLICO	3,60	2,97
HOSP. PRIVADO	5,49	3,63
HOSP. FILANTRÓPICO	5,57	3,82

A comparação do desempenho da qualidade (Profissionais – Dimensão: desempenho da qualidade) X qualidade dos serviços prestados (Usuários – Q31) apresenta a mesma semelhança (ou tendência) com relação à pontuação atribuída na avaliação das 28 questões do QGH (profissionais) versus às 15 questões do SERVQUAL (usuários). Entretanto, os profissionais se posicionam mais favoravelmente quanto ao desempenho da qualidade dos serviços, havendo uma lacuna quanto à avaliação concedida pelos usuários a qualidade dos serviços prestados. Frente ao exposto, esse resultado **não confirma a hipótese H₁₇: Existe uma correspondência entre a percepção da qualidade por parte dos usuários e a percepção da qualidade por parte dos funcionários.**

5.4.3.2 Desempenho da Qualidade (Profissionais) X Qualidade da Assistência à Saúde(Usuários)

Gráfico 42: Profissionais x Pacientes – desempenho da assistência geral à saúde prestada nos hospitais de C. Grande-PB, 2010



Fonte: Elaboração própria

AVALIAÇÕES: Perf_Qserv x QGA		
	PROFISSIONAIS	USUÁRIOS
HOSP. EM GERAL	5,04	3,32
HOSP. PÚBLICO	3,60	2,84
HOSP. PRIVADO	5,49	3,38
HOSP. FILANTRÓPICO	5,57	3,69

A comparação do desempenho da qualidade (Profissionais – Dimensão: desempenho da qualidade) X qualidade da assistência à saúde (Usuários – Q32) apresenta a mesma semelhança (ou tendência) com relação à pontuação atribuída na avaliação das 28 questões do QGH (profissionais) versus às 15 questões do SERVQUAL (usuários). Entretanto, os profissionais se posicionam mais favoravelmente quanto ao desempenho da qualidade dos serviços, havendo uma lacuna quanto à avaliação concedida pelos usuários à qualidade da assistência à saúde.

Frente ao exposto, esse resultado não confirma a hipótese **H₁₈: A percepção da qualidade percebida, tanto pelos pacientes, como por parte dos funcionários coincide em termos relativos em função da natureza dos hospitais pesquisados.**

Esse capítulo, respondeu ao **objetivo geral dessa pesquisa que foi analisar o nível de implantação da gestão de qualidade pelos hospitais credenciados pelo Sistema Único de Saúde – SUS na cidade de Campina Grande, Paraíba - Brasil, na percepção dos pacientes, gestores e profissionais.**



CAPÍTULO 6

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos nessa tese, permite uma reflexão sobre a avaliação da qualidade da assistência e dos serviços nos hospitais credenciados pelo Sistema Único de Saúde - SUS na cidade de Campina Grande, Paraíba – Brasil. Além disso, foram produzidos dois artigos científicos e o capítulo de um livro, que refletem a complexidade da avaliação de qualidade nesses hospitais.

Um trabalho de pesquisa não termina com sua elaboração, mas segue com a divulgação dos seus resultados para a comunidade científica e demais profissionais interessados para que possam ser apreciados, submetidos à crítica bem como incorporados à processos de trabalho.

A opção de se trabalhar nessa tese só os hospitais de Campina Grande, atribui-se ao fato de sendo profissional de saúde, sentir a necessidade de contribuir com a melhoria dos serviços e da assistência dos hospitais locais e de meu país impulsionando a reflexão de gestores e profissionais sobre a necessidade da avaliação da qualidade dos serviços.

A abordagem metodológica dessa investigação possibilitou uma melhor compreensão do cenário em estudo com relação à avaliação da qualidade dos serviços e da assistência e uma experiência quanto a utilização da Escala Servqual que proporcionou uma nova perspectiva no que se refere a abordagem quantitativa, visto ser essa, a primeira experiência com essa modalidade de avaliação.

A metodologia apresentada reúne pesquisa e avaliação e foi idealizada como uma ferramenta para apoiar a gestão. Numa perspectiva de curto prazo, permite monitorar processos em curso no cotidiano organizacional e propor intervenções pontuais sobre os problemas identificados. Numa perspectiva de longo prazo, mais adequada às necessidades de pesquisadores e formuladores de políticas de saúde, possibilita acompanhar mudanças e estabelecer relações entre inovações na gestão, cultura e desempenho.

Este trabalho de investigação, construído também com o apoio de material bibliográfico, reflete as tendências que norteiam a prática da assistência neste milênio, principalmente no que concerne à aplicação da gestão de qualidade, sob a égide de um novo paradigma, reflete também, as tendências que orientam as práticas e as relações profissionais.

Os resultados foram enriquecidos pelas características dos três tipos de hospitais, o perfil dos pacientes e profissionais, e o tamanho da amostra, fatores esses importantes para a avaliação da qualidade dos dados obtidos. Outros dados também relevantes foram os critérios estabelecidos para a participação na pesquisa, os instrumentos de coleta de dados e a estatística utilizada.

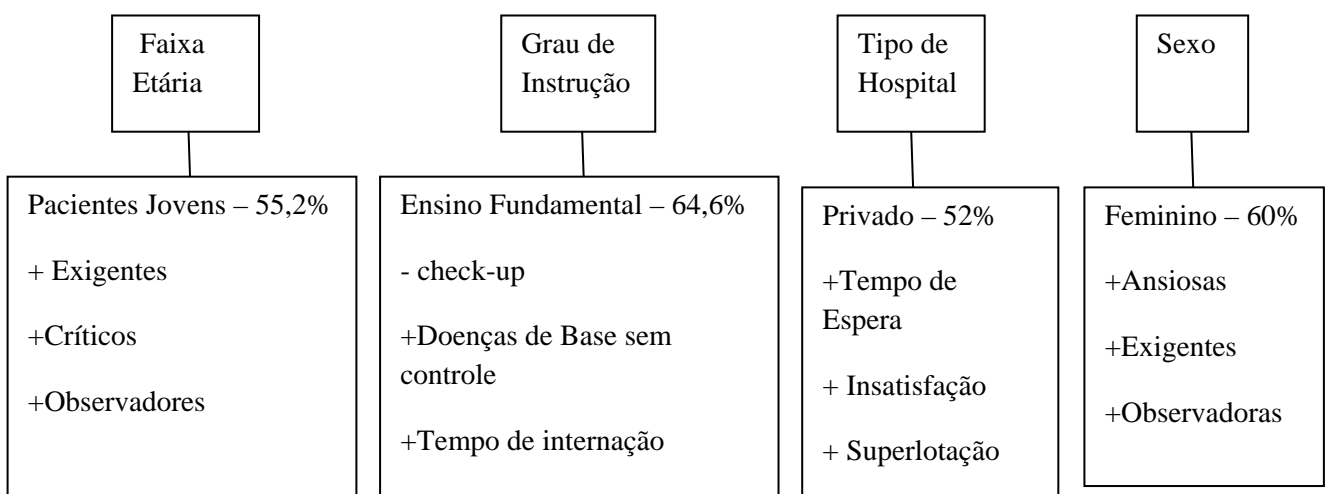
CONCLUSÕES TEÓRICAS

Influência da Qualidade nos Serviços e na Assistência

Concluída a fase de investigação e análise dos resultados, passaremos agora a discussão dos resultados obtidos. De acordo com os objetivos e hipóteses respondidas, se pode agora apresentar a influência de cada uma das variáveis no desempenho da qualidade do serviço e da assistência na percepção dos pacientes, gestores e profissionais.

Fatores que Interferiram no Resultado da Pesquisa com os Pacientes

Figura 19: Perfil Sociodemográfico dos Pacientes. Campina Grande, PB – Brasil, 2012



Fonte: Elaboração Própria

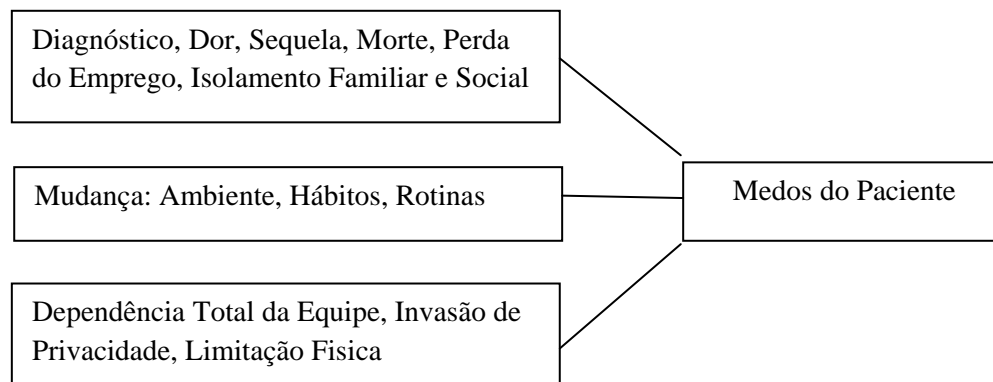
De acordo com a figura 19, comprovamos a existência de um conjunto de quatro variáveis que influenciaram na avaliação das expectativas e percepções dos pacientes. Essas variáveis, com certeza tiveram repercussão na avaliação do desempenho do serviço e da assistência. De todos os tipos de serviço existente, o hospital é um dos mais complexos, pois quando um cliente procura outros tipos de serviço, eles tem preservado seu bem maior, sua saúde.

A expectativa do paciente só será atendida, se a qualidade for uma meta de todos os profissionais envolvidos com a assistência. As expectativas de serviços são formadas por diversos fatores incontroláveis desde a experiência com outros serviços, até o estado psicológico do paciente no momento da prestação do serviço. As necessidades pessoais dos pacientes podem ser classificadas como: físicas, sociais, psicológicas e funcionais.

Em relação a avaliação negativa do desempenho, o que se detectou na coleta dos dados, é que uma única experiência negativa interfere em toda a cadeia da assistência onde os gaps existentes e a comparação intra e extra hospitalar, teve grande impacto na avaliação.

O paciente, ao ser admitido em um hospital, enxerga seu problema como o maior, o mais grave o mais urgente e ele espera de todos os envolvidos na assistência essa atenção, por ele se encontrar dominado por seus medos conforme a figura abaixo:

Figura 20: Medos do Paciente. Campina Grande, PB – Brasil, 2012

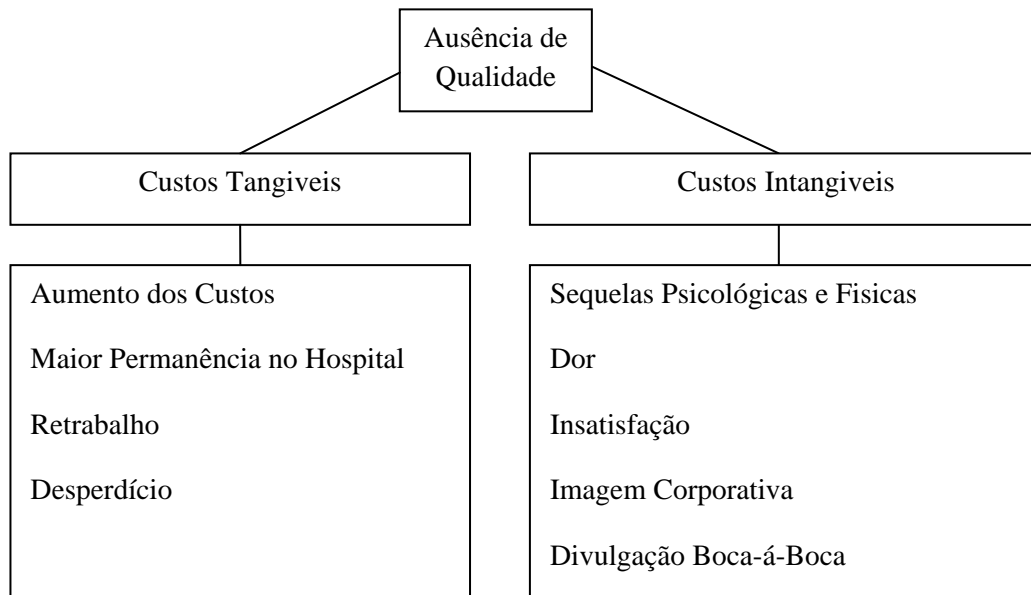


Fonte: Elaboração Própria

Todos esses medos do paciente só será amenizado se os profissionais que assistem direta ou indiretamente os pacientes, abolirem a postura organicista pois eles são os verdadeiros responsáveis pela humanização e qualidade do serviço e da assistência prestada.

Esse resultado, fortalece a discussão sobre dois tipos de custos que as empresas que não trabalham qualidade desconhecem:

Figura 21: Custos da Ausência de Qualidade. Campina Grande, PB – Brasil, 2012



Fonte: Elaboração própria

A ausência de indicadores de qualidade e de aferição de desempenho de qualidade nos hospitais, leva os gestores a se preocuparem só com os custos tangíveis onde na visão da maioria, investir em qualidade, significa aumentar os custos quando na realidade, o custo caro, é o custo da má qualidade.

Os fatores acima mencionados, se repetem na maioria dos serviços e pelo número de leitos, complexidade dos serviços, a não existência de qualidade implantada, esses fatores apresentam repercussão negativa na assistência prestada.

Da mesma forma que serviços são diferentes de bens, a Administração Hospitalar é diferente da administração de empresa, por se tratar de várias, empresas dentro de uma mesma empresa (assistência, hotelaria, cozinha, lavanderia, farmácia, laboratório, etc.) e a assistência de qualidade depende de ações, processos, atuações e resultados.

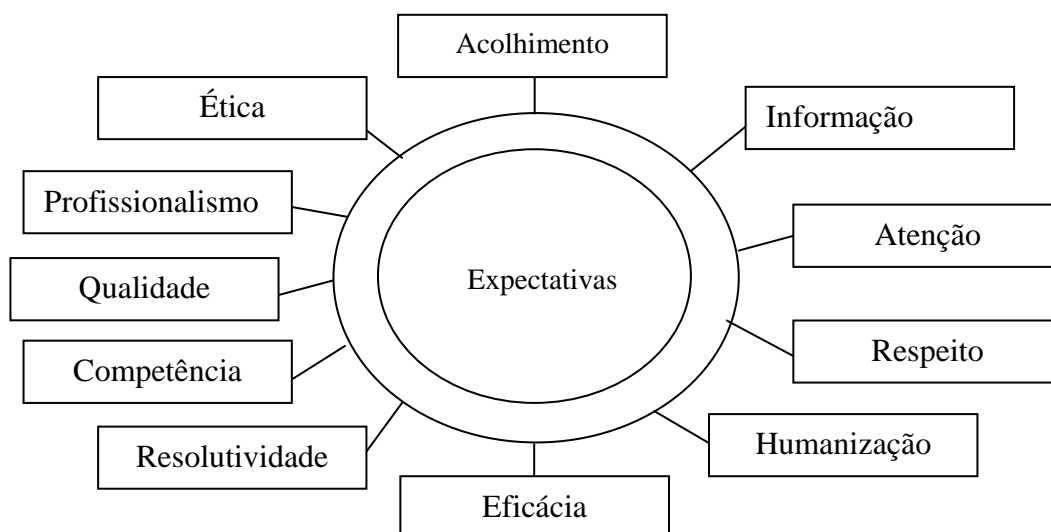
Outro aspecto que causou grande impacto no resultado dessa tese, foi a expectativa muito alta do paciente e esta respaldado no que o paciente espera do hospital e da assistência. Alguns pacientes são mais exigentes que outros, com maior sensibilidade e expectativa em

relação ao serviço que está sendo prestados e esta relacionado também a condição clínica do paciente que difere entre um parto e um enfarte.

Enquanto no primeiro exemplo é festa, celebração a vida, o segundo, é angústia, stress e todos os tipos de medos aumentando com isso, a exigência de um serviço de qualidade.

O serviço desejado (esperado) é uma composição entre aquilo que os clientes acreditam que possa ser, e aquilo que consideram que deveria ser. Pacientes diferentes, possuem zonas de tolerância diferentes que variam conforme o tipo de serviço e assistência.

Figura 22: Expectativa do Paciente em Relação à Equipe. Campina Grande, PB – Brasil, 2012



Fonte:Elaboração Própria

Outro indicador importante na avaliação do paciente foi a avaliação da dimensão segurança como a mais importante. Esse resultado está respaldado pela complexidade da assistência hospitalar quando o paciente expõe sua segurança no diagnóstico, tratamento, assistência e recuperação.

A avaliação com os gestores apresentou os fatores que interferiram na implantação de sistema de qualidade nos hospitais, e foi observado:

Relacionados aos gestores

- Tempo de funcionamento dos hospitais
- Modelo de gestão familiar
- Gestores sem formação em administração hospitalar
- Ausência de parâmetros de avaliação de qualidade (intra e extra hospitalar)
- Má qualidade dos serviços
- Não cumprimento das leis que protegem o paciente

Relacionados aos gerentes/supervisores

- Resistência dos profissionais à mudança
- Número de profissionais reduzido
- Ausência de incentivo a qualificação dos profissionais
- Falta de adesão dos profissionais aos programas de qualidade

Em relação a avaliação dos profissionais, as variáveis investigadas trouxeram uma rica contribuição quanto as características, desses profissionais: predominância de profissionais nos hospitais públicos (45%); (65%) sexo feminino; (51%) na faixa etária entre 41 e 60 anos; (67,3%) médicos e enfermeiros e (69%) possui só curso de graduação.

Esses resultados na prática, leva a pesquisadora inferir sobre os seguintes aspectos:

1. Pelo quantitativo de profissionais, o serviço público deveria oferecer a melhor assistência;
2. Quanto a predominância do sexo feminino, por ser a mulher mais sensível se pressupõe mais humanização e qualidade no atendimento.
3. No tocante à faixa etária ser mais madura, teoricamente, espera-se um maior equilíbrio para lidar com o paciente;
4. Em relação a graduação dos profissionais (médicos e enfermeiros) por serem esses que estão envolvidos desde a admissão até a alta do paciente em todas as clínicas e especialidades, se espera conhecimento, qualidade e humanização.

5. Quanto o universo de profissionais só com curso de graduação leva a pesquisadora a inferir sobre a necessidade de novos conhecimentos e saberes para que se tenha uma visão holística do serviço e da assistência.

No resultado das quatro primeiras variáveis, à priori se esperava uma assistência de qualidade e isso não foi confirmada quando da avaliação das cinco dimensões e na avaliação global dos serviços e da assistência pelos pacientes.

Esta pesquisa, partiu do pressuposto de qualidade como uma imprescindível fonte de vantagem competitiva para os hospitais tendo como principal objetivo avaliar o nível de implantação de qualidade. Por outro lado, consideramos interessante comparar três tipos de hospitais que atendem o mesmo perfil de paciente.

Dos seis hospitais, apenas dois têm programa de qualidade implantado e impulsionados pelos fatores já mencionados. A qualidade, depende de diversos fatores que não podem ser controlados pelo gestor, os serviços são executados por terceiros o que amplia a heterogeneidade do produto (assistência).

A complexidade de se trabalhar gestão de pessoas no hospital, é sem dúvida difícil pelos seguintes aspectos:

- Variedade de profissionais especialistas em várias áreas de conhecimento;
- Dificuldade de inseri-los no processo de mudança (principalmente o médico);
- Resistência dos mesmos em participar de treinamento intra e extra hospitalar;
- Pela maioria dos profissionais serem meros cumpridores de horário em função da sobrecarga de vários vínculos empregativos, os mesmos não se envolvem no processo de melhoria de qualidade.

Na última etapa da pesquisa, se avaliou o gerenciamento de qualidade hospitalar pelos gerentes e supervisores através de seis construtos. Desses, o construto força de trabalho foi o que interferiu no resultado e encontra respaldo, nos fatores referendados.

O que foi observado pela pesquisadora, é que quando os profissionais não são uma prioridade para a gestão do hospital, são mal remunerados não são ouvidos e não têm o reconhecimento devido os mesmos não se envolvem com a melhoria do serviço, fato esse que repercute na qualidade da assistência.

Os funcionários de contato são uma fonte importante de informação sobre pacientes, são eles que tomam conhecimento de tudo que acontece com o paciente e essas informações deve ser usada pelos gestores para tomada de decisões.

A pesquisa constou de quatro objetivos e dezoito hipóteses. Do total de hipóteses seis foram confirmadas, dez não confirmadas, uma parcialmente confirmada e uma rejeitada. A primeira avaliação realizada foi à análise externa com 310 pacientes, onde foram elaboradas e respondidas seis hipóteses (H_1 , H_2 , H_3 , H_4 , H_5 e H_6). Dessas, só três foram comprovadas e fizeram referencia aos gaps existentes entre expectativa e desempenho e que foi significativa. Os resultados mostraram, que os valores atribuídos as expectativas dos pacientes foram elevados apesar dos esclarecimentos feitos pela pesquisadora, esse fato demonstra que a Escala Servqual, como apresentada por Parasuraman et al (1988), exige um nível de entendimento que dependendo da situação, poderá não refletir a realidade do nível cultural dos respondentes.

Neste estudo, percebeu-se que grande parte dos pacientes apresentaram um nível de instrução muito baixo, daí a dificuldade em responder o questionário. Uma das criticas mais frequentemente feita na literatura à Escala Servqual é incluir expectativas na definição de qualidade de serviço já que o paciente não tem uma ideia clara do que esperar do hospital e na maioria das vezes não escolhe voluntariamente o serviço, mas devido as circunstancias e a seu quadro clinico. Por isso, avaliar apenas as percepções dos pacientes pode ser um procedimento mais simples e menos oneroso para os serviços hospitalares do que avaliar as expectativas e percepções podendo inclusive trazer resultados mais exatos, além de maior rapidez na coleta de dados.

Todos os resultados da avaliação externa (paciente) obtido das estatísticas descritivas comprovam gap muito grande entre expectativa e desempenho nas cinco dimensões. Esse resultado difere bastante de outras pesquisas onde os gaps são inferiores. O que pode se inferir com esse resultado, é que a qualidade da assistência e dos serviços pesquisados está muito abaixo dos padrões desejados pelos pacientes.

Em relação às hipóteses confirmadas, foi questionado se a qualidade do atendimento percebido diferiu nos três tipos de hospitais pesquisados, e se a avaliação da qualidade do

serviço oferecido e da assistência prestada também divergiu entre os referidos hospitais confirmando melhor avaliação da qualidade para o serviço filantrópico, e pior avaliação para o serviço público.

As três hipóteses não confirmadas se referem às diferenças entre os gaps expectativa/percepção segundo a natureza das instituições hospitalares, em relação as cinco dimensões apresentarem a mesma importância relativa e sobre as características relacionadas a gênero, faixa etária e escolaridade influenciarem na avaliação de qualidade.

Concernente ao resultado dos pacientes, os três fatores extraídos da escala contemplam as cinco dimensões e oferecem informações úteis sobre quais aspectos dos serviços, são melhor avaliados pelos pacientes. Conclui-se também, que a qualidade de serviço e a satisfação são construtos diferentes onde a qualidade de serviço percebido se avalia como uma forma de atitude proveniente de uma avaliação global.

A dimensão segurança foi considerada a mais importante para os pacientes dos hospitais pesquisados. Vale ressaltar que as cinco dimensões são mais perceptíveis do que objetivas em virtude da intangibilidade dos serviços e a dificuldade que os pacientes têm de avaliar a qualidade técnica, elas explicam a satisfação do paciente com o serviço hospitalar. Essas dimensões, com propriedade de medida, representam indicadores de qualidade de serviço centrado no paciente, no serviço e na assistência. A utilização da avaliação dos serviços ajudará os gestores e profissionais a proporcionar assistência de melhor qualidade aos pacientes. Portanto, pode-se concluir que é possível mensurar a qualidade de serviço através da identificação e análise dessas dimensões.

O uso do modelo reformulado de Escala Servqual permitiu identificar as discrepâncias existentes na prestação dos serviços hospitalares e através da análise dos resultados, possibilita definir estratégias e propostas de ações a serem implementadas.

Percebeu-se também que os pacientes que foram expostos a uma experiência negativa em um momento do serviço traduziram seu descontentamento avaliando negativamente a maioria das variáveis. Esse resultado confirma que os momentos da verdade que geram algum tipo de insatisfação, podem ter repercussão negativa na avaliação global da assistência e do serviço, ou seja, um episódio negativo pode interferir na soma de vários momentos positivos.

Ante o exposto, é importante à determinação de centralizar a pesquisa na qualidade percebida pelos pacientes pois, isso permite o emprego de instrumentos e parâmetros passíveis de aferir a qualidade e, conseqüentemente compará-lo a padrões desejáveis e estabelecer a partir dos resultados obtidos, incorporar no plano de ação dos gestores a necessidade de melhoria explicitada pelos pacientes.

As discrepâncias verificadas na avaliação dos três grupos de hospitais (público, privado e filantrópico) servirá de reflexão para os gestores e profissionais desses serviços, pois escores de qualidade negativos da Escala Servqual sinalizam a existência de problemas a serem melhorados pelos hospitais. O Estado, não consegue administrar os hospitais públicos com a mesma eficiência que o setor privado, porque não dispõe das ferramentas de gestão exigidas. Portanto, a diferença da avaliação entre os três tipos de hospitais precisa ser considerado tanto na avaliação das cinco dimensões como na avaliação global da assistência e dos serviços.

Considerando esses resultados pode-se inferir que, a universalidade do atendimento a todo cidadão pelo SUS e os direitos dos pacientes às vezes são ignorados por profissionais que não estão comprometidos com o serviço público, onde para alguns, o emprego, a estabilidade e os direitos, sobrepujam a responsabilidade de oferecer assistência de qualidade. Portanto, os resultados apresentados pelos pacientes sugerem os hospitais investirem em melhoria contínua.

A segunda avaliação, contemplou a análise interna dos hospitais e envolveu seis gestores. Essa etapa, respondeu a duas hipóteses (H_7 e H_8) e ambas, não foram confirmadas. Na primeira, se observou que a implicação da direção com a qualidade, diferiu nos três tipos de hospitais pesquisados.

Na avaliação da implantação da qualidade os hospitais estão longe do que seria ideal, pois somente dois hospitais pesquisados possuem programa de qualidade implantado e o que se observa na prática, é que as ações são isoladas e não abrangem todo o hospital. Detecta-se ainda que, as ferramentas de qualidade que ajudam no processo de avaliação, ainda são pouco utilizadas e/ ou desconhecidas por grande parte dos gestores pesquisados.

Observou-se na investigação empírica que a formação profissional está abaixo do exigido e almejado pelas empresas de saúde em todas as instituições, o que tem requerido a adoção do modelo de educação permanente. Preocupado com a acomodação dos profissionais nos Serviços de Saúde, o Ministério da Saúde (Brasil, 2012) criou a UnA SUS que é a

Universidade aberta do SUS que oferece desde cursos de capacitação até especializações com o objetivo de atender as necessidades de formação a educação permanente dos trabalhadores do SUS.

Portanto, torna-se necessário implementar o processo de educação continuada na instituição hospitalar, visando uma progressiva mudança, que impulse os profissionais de todos os níveis e serviços, à avaliação de fragilidades e potencialidades da instituição definindo metas claras com a mobilização de todos os envolvidos. Nesse sentido, cabe aos profissionais adotar estratégias para elevar a satisfação dos pacientes e funcionários de contato, comprometer-se com o aperfeiçoamento da qualidade de serviço dos hospitais, procurar entender os sistemas pelos quais são responsáveis e estimular os colaboradores para o desempenho com qualidade.

Quanto aos gestores, verificou-se que estes enfrentam dificuldades relacionadas à gestão de pessoas, cujos entraves atrasam e dificultam o processo de implantação da qualidade, esse fato se reflete pelo tempo de funcionamento dos hospitais pesquisados. Nesse sentido, pode-se inferir que as pessoas são os principais obstáculos para que o processo de mudança aconteça, portanto, há necessidade do esforço individual e coletivo e a convicção de que sem investir em capacitação não se avança.

Com relação à implantação de qualidade nos três grupos de hospitais pesquisados, constatou-se uma série de dificuldades decorrentes da ineficiência na gestão hospitalar tais como: escassez de recursos materiais, salários baixos, predominância de burocracia, uma cultura tradicional sem inovação e superlotação dos serviços.

Na avaliação da pesquisadora, os hospitais utilizam um modelo de administração empírica, onde grande parte dos profissionais que exercem cargos de supervisão são técnicos, e não gerente. Além disso, os serviços não dispõem de manual de qualidade com normas e rotinas, missão, procedimentos operacionais padrão (POPs) e como consequência, se reproduz o continuísmo, a acomodação, onde as ações de melhoria quase sempre são reativas em resposta as falhas administrativas. Esses profissionais, assumem o papel de “bombeiros” não de gerentes/supervisores e todos estes obstáculos, repercutem na qualidade da assistência e do serviço. Portanto, essa cadeia de eventos tem repercussão direta na qualidade do serviço prestado, o que justifica o desempenho negativo avaliado pelos pacientes.

Considerando o atual estágio de desenvolvimento da qualidade nestes hospitais, torna-se fundamental investir na implantação e implementação de um plano de ação que

englobe o compromisso da gestão, a participação dos sujeitos envolvidos (gerentes e profissionais), treinamentos, consolidar os motivos da busca da qualidade, e eliminar os fatores que interferem nesse processo.

Para confirmar essa situação dos hospitais, o Ministério da Saúde publicou recentemente a primeira avaliação da qualidade dos serviços realizada pelo Sistema Único de Saúde - SUS e atribuiu notas de 0 a 10, com base no acesso e na qualidade dos serviços em todos os Municípios e Estados do país. Pelo resultado do índice de desempenho do SUS (IDSUS), a pontuação da Paraíba foi , a quarta mais baixa dentre os 26 estados brasileiros e ficou com o IDSUS equivalente a 5,00 e a cidade de Campina Grande teve o pior IDSUS (5,08) entre os municípios da região Nordeste grupo 2. (BRASIL, 2012).

A participação dos gestores dos seis hospitais pesquisados proporcionou uma relevante contribuição no que se refere ao empenho e compromisso assumido para melhorar a qualidade da assistência e dos serviços. Todavia, para melhorar a qualidade há necessidade de uma maior intervenção dos gestores, pois a implementação de programas da qualidade têm apresentado algumas dificuldades e fracassos por falta de profundidade da análise organizacional. Como pesquisadora, faz-se oportuno ressaltar que esse processo de implantação de sistema da qualidade, não pode e nem deve ser entendido como modismo ou algo efêmero, mas como um processo contínuo e permanente, por se tratar de melhoria contínua.

Concernente a análise interna com os 185 profissionais que exercem cargo de gerencia/supervisão, essa etapa da pesquisa, contemplou o gerenciamento de qualidade hospitalar e a performance de qualidade de serviço com seis construtos composto de vinte e oito variáveis e respondeu a dez hipóteses ($H_9, H_{10}, H_{11}, H_{12}, H_{13}, H_{14}, H_{15}, H_{16}, H_{17}$ e H_{18}). Dessas, cinco foram confirmadas, quatro não confirmadas e uma foi parcialmente confirmada. Na análise interna, também foi respondido o primeiro objetivo, que foi avaliar a qualidade dos serviços prestados pelos hospitais na percepção dos pacientes e dos profissionais.

Dos seis construtos avaliados de H_{11} a H_{16} , só uma não foi confirmada o construto força de trabalho. Na análise dos resultados o construto força do trabalho apresentou avaliação negativa em relação aos demais construtos.

Outro aspecto avaliado pelos profissionais enfatizou a importância dos seis construtos apresentarem o mesmo peso de acordo com os três tipos de hospitais pesquisados hipótese essa, que foi parcialmente confirmada em função dos construtos cooperação

organizacional e força de trabalho. Esses resultados confirmam a necessidade dos gestores investirem nos profissionais em treinamento, motivação, trabalho em equipe e humanização.

A hipótese que fez correspondência da avaliação entre a percepção da qualidade dos usuários e profissionais nas duas questões gerais sobre qualidade de serviço e qualidade da assistência verificou-se que os profissionais avaliaram de forma mais positiva que os pacientes. Na opinião da pesquisadora, por não se avaliar a satisfação do paciente, esse resultado pode representar acomodação e desconhecimento desses profissionais.

Nesse sentido, as duas questões gerais sobre a percepção da qualidade percebida pelos pacientes e profissionais coincide em termos relativos em função da natureza dos hospitais pesquisados. Considerando a análise estatística e a complexidade das atividades assistenciais, administrativas e educativas desenvolvidas no dia a dia em um hospital, observou-se que na avaliação global da qualidade da assistência e dos serviços entre os três tipos de instituições, os hospitais públicos apresentaram a avaliação mais baixa, significa que o padrão de qualidade dos serviços públicos hospitalares não condiz com os princípios do SUS. Portanto, na análise da interface entre gestor, profissional e paciente, pode-se afirmar que as lacunas (gaps) foram as determinantes mais importantes das percepções que os pacientes avaliaram sobre qualidade de serviço.

Quanto aos questionamentos referentes à implantação da qualidade nos hospitais de Campina Grande-PB, os resultados indicam que os compromissos éticos e sociais dos respectivos hospitais exigem, novos conceitos e novas práticas que só a gestão da qualidade pode oferecer. Esse novo modelo de gestão pode ajudar as instituições hospitalares a enfrentarem os novos desafios impostos e que possam entender que qualidade só é obtida com mudanças comportamentais. Portanto é preciso pensar nos envolvidos com o cuidado como agentes multiplicadores e transformadores desse cenário.

Considerando a inserção da gestão da qualidade no cenário ético, social e político, e como resultado dos novos paradigmas que se estabelecem em substituição aos até então vigentes, a qualidade da assistência significa rever os processos atuais e redefini-los, com base em conhecimentos científicos mais atualizados.

Diante desses resultados, espera-se que os dados analisados nesta tese levem os gestores e profissionais dos hospitais pesquisados a uma reflexão quanto à necessidade de extensão do conceito qualidade a todas as áreas do hospital, considerando que nas empresas modernas, competência significa a soma de conhecimentos, habilidades e comportamentos.

A pesquisa envolvendo os gestores e profissionais forneceu insights importantes para os envolvidos como a assistência que devem considerar esses resultados, para melhorar a qualidade do serviço e a satisfação dos pacientes de hospitais de Campina Grande. Portanto, é fundamental uma orientação gerencial mais efetiva, principalmente nos hospitais públicos, com vistas a contribuir para implantação das ações de qualidade, contemplando resultados úteis e importantes tanto para os gestores e profissionais de saúde como para a comunidade científica, pois a gestão da qualidade tem recebido mais atenção na prática do que no nível acadêmico.

Do ponto de vista de gestão hospitalar, a identificação dos encontros de serviço e seus atributos de satisfação, representam informações de inestimável valor para os profissionais uma vez que lhe permite conhecer os momentos onde o paciente interage com os funcionários da linha de frente, e avalia a qualidade do serviço recebido, bem como os critérios por eles utilizados nessa avaliação.

Os gestores de serviços de saúde precisam saber como avaliar a qualidade de serviço, que aspectos de um determinado serviço melhor definem sua qualidade e se os pacientes realmente procuram empresas que têm o nível mais alto de qualidade de serviço percebido ou aquelas com as quais estão mais satisfeitos pois a excelência em serviço, distingue uma empresa de suas concorrentes, ela é a marca da diferença essencial. Detecta-se na prática, que mesmo com a crise que permeia o setor saúde existem algumas atitudes individuais e características de serviços que repercutem na qualidade oferecida.

Diante dos resultados apresentados, esperamos que essa tese possa contribuir para uma reflexão de todos os gestores e profissionais envolvidos com a assistência independentemente do cargo que ocupem na instituição hospitalar. Acreditamos também, estar prestando contribuição a estes profissionais cujo desafio é cada vez maior, entendendo-se, pois, que o principal objetivo dos serviços de saúde é oferecer serviços da melhor qualidade possível. Sob o prisma da investigação científica os achados da pesquisa nos permitiu um maior conhecimento do fenômeno investigado, como é característica dos estudos de natureza exploratória. Além disso, indicou possibilidades para posterior investigação do tema, através de preposições descritas a seguir.

Como pesquisadora, entendemos que o aprofundamento da investigação no campo hospitalar, possa desvelar a real contribuição dos profissionais envolvidos na assistência e sua parcela de contribuição na formação da imagem organizacional junto ao paciente. Espera-se

que outros pesquisadores deem sequência a essa investigação, ampliando a pesquisa para outros serviços. As proposições elaboradas a partir desse estudo sinalizam as limitações, e dificuldades encontradas no desenvolvimento da pesquisa, recomendações e sugestões para futuras linhas de investigação.

LIMITAÇÕES E DIFICULDADES ENCONTRADAS NO DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.

- Resistência dos profissionais em participar da pesquisa principalmente os com tempo de formação maior por não ter recebido na graduação incentivo à pesquisa.
- Baixo nível de instrução dos pacientes, o que gerou dificuldades de entendimento do instrumento com a necessidade de orientação permanente da pesquisadora a fim de garantir a conformidade das informações.
- Excesso de itens do questionário.
- Presença de muitos pacientes no quarto (média de 5 camas), ocasionando barulho, interferência e dispersão.
- Diferentes características dos hospitais.
- Tamanho da amostra exigida para aplicação da modelagem estatística e dos testes.
- Conciliar o tempo da abordagem do paciente que não podia coincidir com horário de visita médica, assistência de enfermagem, visita da família, alimentação e repouso.

RECOMENDAÇÕES

Aos Gestores

- Usem a palavra qualidade como sinônimo de gestão
- Estabeleçam estratégias de mudanças administrativas voltadas para a qualidade.
- Implantem gestão de qualidade de forma holística no hospital.

-
- Institucionalizem a educação permanente em todo o hospital
 - Implantem a avaliação de satisfação do profissional e do paciente
 - Invistam no conhecimento da administração hospitalar
 - Preparem os hospitais para as certificações ISO, PNQ e Acreditação

Aos Profissionais

- Invistam na gestão de qualidade como importante ferramenta de trabalho
- Avaliem constantemente seu perfil assistencial e gerencial
- Atualizem-se de forma permanente.
- Mensurem o nível de satisfação de sua equipe

Aos Pacientes

- Conheçam seus direitos e exijam o cumprimento dos mesmos
- Monitorem a qualidade dos serviços prestados
- Participem do processo de avaliação dando o feedback sobre a qualidade dos mesmos.

À Academia

- Fomentem inovações paradigmáticas no ensino, pesquisa e extensão, inserindo o tema gestão de qualidade.
- Não formem apenas técnicos, mas gestores, gerentes e supervisores.
- Estabeleçam uma ponte entre concepções teóricas, prática cotidiana, e as tendências de mercado.

SUGESTÕES PARA FUTURAS LINHAS DE INVESTIGAÇÃO.

- Viabilizar pesquisas com os pacientes do SUS, de convênios e particulares dentro do mesmo serviço e fazer comparações intra e inter-setoriais.
- Ampliar a pesquisa aos serviços de saúde privado que não atendam pacientes do SUS, e realizar estudos comparativos .
- Relacionar vínculos entre satisfação do paciente e satisfação do funcionário.
- Realizar estudos longitudinais em vez de transversais com o objetivo de determinar quais medidas produzem melhores resultados quando ocorre implantação de sistema de qualidade.
- Desenvolver pesquisa para mensurar a satisfação dos usuários do SUS a outros Serviços e Programas de Saúde na esfera Municipal, Estadual e Federal.

Ante os resultados obtidos podemos inferir que os gestores e profissionais de saúde em todos os níveis hierárquicos deveriam ver os resultados desta pesquisa como uma avaliação geral de sua performance e como alerta que os padrões de qualidade poderiam serem melhor utilizados. Os profissionais deveriam ampliar sua visão do setor sanitário repensando suas atitudes e favorecendo a formação continuada que para a pesquisadora, constitui a maior estratégia para o profissional.

O resultado desta pesquisa poderá contribuir para ampliar as publicações acerca da qualidade, sobretudo no que diz respeito ao emprego de instrumentos e parâmetros passíveis de aferir a qualidade e, conseqüentemente compará-lo a padrões desejáveis.

Os dados obtidos sugerem que monitorar a qualidade do serviço através da utilização periódica da Escala Servqual permite não só planejar estratégias precisas de intervenção de alto desempenho nos hospitais, como também monitorar respostas a essas ações. Através dessa escala, os hospitais podem não apenas avaliar como seus clientes percebem a qualidade dos serviços prestados, mas também, verificar que dimensões da qualidade necessitam maior atenção por parte da gerência/ supervisão.

Faz-se oportuno destacar que independentemente do nível de implantação de sistema de qualidade por parte dos hospitais, elas são motivadas por razões internas que contemplam melhoria da assistência, as condições de trabalho dos funcionários e modernização dos serviços, e as externas que abrangem o paciente/ cliente e as mudanças no cenário da administração hospitalar.

Essa tese, destina-se particularmente, a quem se preocupa com o futuro da saúde no país, na esperança, de contribuir para um modelo de saúde consolidado para as próximas gerações e uma assistência ao paciente humanizada, profissionalizada, solidaria e ética. Centra-se em sua essência, no papel das instituições hospitalares, bem como a cidadania de todos aqueles que se preocupam com a qualidade dos serviços de saúde. Nesse sentido, nossa preocupação tem por destinatário aquele que é a razão de ser do hospital que é o paciente; por isso, é preciso pensar na qualidade como instrumento a serviço da mudança efetiva.

Acredito como pesquisadora, estar contribuindo com a melhoria da qualidade da saúde da população, entendendo que não é apenas a competência técnica o indicador de sucesso profissional e sim o saber gerenciar, cuidar e investir na qualidade.



REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ABNT - Associação Brasileira de Norma Técnicas: informação e documentação - trabalhos acadêmicos- apresentação. ABNT NBR 14724. 3. ed. Rio de Janeiro, 2011.

_____. ISO 8402. Rio de Janeiro. 1990.

_____. NBR ISO 10015: Gestão da Qualidade – Diretrizes para treinamento. Rio de Janeiro, 2001.

_____. NBR ISO 9001: 2008 – Sistemas de Gestão da Qualidade – requisitos. 2 ed. 28/ago/2008.

ALBUQUERQUE, G. M. Fatores críticos de sucesso e excelência em assistência médica. In: **6º Congresso de Qualidade para serviços hospitalares. Anais.** São Paulo, 2003.

ALBUQUERQUE, J. D. **Gerenciamento da qualidade nos serviços de enfermagem: análise de depoimento de enfermeiros gerentes.** Trabalho de Investigação (Suficiência Investigadora). Universidade de Extremadura. Badajóz (Es): 2001.

ALBRECHT, K. **Revolução nos serviços: como as empresas podem revolucionar a maneira de tratar os seus clientes.** 5 ed. São Paulo: Pioneira, 1992.

ALONSO, J. M. y PROVEDO, P. **Gestión de la Calidad. Madrid (Es):** Santillana, 1997.

ANDALLEB, S. S. Service quality perceptions and patients satisfaction: a study of hospitals in a developing country. **Social Science & Medicine v. 52.** p. 1359-1370,2001.

ANDERSON, E. A. Measuring service quality at a university health clinic. **International Journal of Health Care Quality Assurance.** 8(2). Bradford; 1995.

ANDERSON, J. C *et al.* **Capturing the value of supplementary services. Harvard Business Review.** 1995; 73 (1), 75-83.

ANTUNES, A. V. Liderança para a qualidade na enfermagem. **NURSING,** São Paulo. 1999 ago; 2 (15).

ARANA, et al. Claridad dentro de la confusión; Qué es competitividad, qué es productividad, qué es flexibilidad. **Estudios empresariales** n. 85. Universidad de Deusto. Donostia – San Sebastián (Es); 1988.

BABAKUS, E; MANGOLD, W. G. Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. **Health Sciences Research,** 1992; 26 (6).

BARÇANTE, L. C.; CASTRO, G. C. **Ouvindo a voz do cliente interno:** transforme seu funcionário num parceiro. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1995.

BATESON, J. E. G.; HOFFMAN, K. D. **Marketing de serviços.** 4. ed. Porto Alegre (RS): Bookman; 2001.

BERRY, P *et al.* **Quality counts in services, too.** Business Horizons.1985 mai/jun; 44-52.

BERRY, L. L. Descobrimos a essência do serviço: os novos geradores de sucesso sustentável nos negócios. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2001.

_____. Serviços de satisfação máxima: guia prático de ação. Rio de Janeiro: Campus, 1996

BERRY, L. L.; PARASURAMAN, A. **Serviços de marketing:** competindo através da qualidade. São Paulo: Maltese; 1992.

BERWIK, D. M. et al. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos hospitalares e da saúde.** São Paulo: Makron Books; 1995.

BIGNE, et al. Un estudio comparativo de los instrumentos de medición de la calidad de los servicios públicos. **Revista Española de Investigación de Marketing.** Septiembre, 33-53,1997.

BLUMENTHAL, D. Quality of health care. parte 1: Quality of care - What is it? the New England. **Journal of Medicine.** St. Boston; 335: 891-4, 1996.

BOLTON, R. N. e DREW, J. H. A longitudinal Analysis of the impact of service changes on customer attitudes. **Journal of Marketing.** v. 55: 1991, 55, p.1-9. January.

BORGES, B. L. M. **Simplificando a estatística.** 2. ed. Campina Grande (PB): EDUEPB; 2003.

BORGES, J. B.. C. et al. Avaliação da intensidade da dor e da funcionalidade no pós-operatório recente da cirurgia cardíaca. Rev.Bras. Cir. Cardiovasc. Marília (SP): 2006; 21 (4):p. 393-402. Out-dez.

BOULDING, W et al. A dynamic process model of service quality: from expectations to behavioral intentions. **Journal of Marketing Research.** Cidade: 1993 fev,30.

BOWEN, D. and Schneider, B. Service Marketing and Management: Implications for **Organizational Behavior Research in Organizational Behaviour:** 1988;10: p.43-80.

BOWERS, M. R. et all. What attributes determine quality and satisfactions with health care delivery? **Care Management Review:** 1994; v.19 (4): p.49-55.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Acesso ao site www.anvisa.gov.br, em 31 de outubro de 2009.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil - 1998. São Paulo: Saraiva, 2000.

_____. IDSUS. Índice de Desempenho do SUS. Disponível em: <http://www.saudecomdilma.com.br/index.php/2012/03/01lançando-o-índice-de-desempenho-do-sus-idsus.2012/>. Acesso em 15/03/2012.

- _____. Lei 8080/90. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 382 de 10 de março de 2005. Institui o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - PNASS. Diário Oficial da União. Brasília, 2005.
- _____. PNASS. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde: Resultado do Processo Avaliativo 2004 – 2006. Brasília (DF): 2007.
- _____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 3ª ed. Brasília (DF): 2002.
- _____. Saúde do Homem. Disponível em: http://dtr2001.gov.br/sus/_portarias/port2008/pt-09-cons.pdf, acesso em 17/11/2011.
- _____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Resolução RDC n.63, dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde; Brasília (DF): 2011.
- _____. Ministério da Saúde, Resolução nº 196 das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): CONEP, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS**: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília (DF): MS, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Glossário temático**. Sistema de Planejamento, Monitoramento e Avaliação das Ações em Saúde (SISPLAN). Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF): 2006.
- _____. Código de Proteção e Defesa do Consumidor. Ministério da Justiça. Direito do Consumidor . 1990. In: <http://www.mj.gov.br>, acesso em 15/09/2011.
- _____. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em 11/02/2010.
- _____. Ministério da Saúde. Universidade Aberta do SUS. UnA-SUS. Disponível em: www.unasus.gov.br. Acesso em: 29/04/2012.
- BANAS, Qualidade hospitalar no Brasil. Ano X N 110 2001. Disponível em www.pieracciani.com.br acesso em 12/05/2009.
- BROWN, T. J. et al. Research note: improving the measurement of service quality. **Journal of retailing** v. 69. n.1127-139, Spring, 1993.
- BUENO, H. Como fidelizar clientes – Disponível em 2009 http://www.catho.com.br/jcs/inpuer_view.phtml?id=4146. Acesso em 18 de fevereiro, 2009.

BURNMESTER, H. Reflexiones sobre los programas hospitalarios de garantia de calidad. **Rev. Panam Salud Publ.** 2 (1): 149-54, 1997.

BUTLE,F. et al. SERVQUAL: Review, critique and research agenda. **European Journal of Marketing**, 30(1). p.8-32, 1996.

CABRAL, L. L. D. **Qualidade percebida dos serviços hospitalares: uma avaliação utilizando o método dos fatores críticos de sucesso e a escala Servqual.** Dissertação. Recife (PE); 2007.

CAMARGO, M. O. Descrição de processos e utilização de fluxogramas. In: MELO, J. B.; CAMARGO, M. O. **Qualidade na saúde.** São Paulo: Best-Seller, 1998.

CAMILLERI, D. e O`CALLAGHAN, M. Comparing public and private hospital, care service quality. **International Journal of Health Care Quality Assurance.** 11(4). Bradford, 1998.

CAMISÓN, C. Gestión de la calidad total y cambio cultural: un modelo de desarrollo organizativo. VIII Congresso Nacional y VI Congresso Hispano-Francês de AEDEM: **la Reconstruccion de la empresa en el nuevo orden economico.** Cárceres (ES):1994; 560-576.

CAMISÓN, C et al. Enfoque de gestión de calidad y desempeño organizativo: el rol contingente de la estructura de propiedad y control y del estilo directivo. Universidad Janme I, **Unidad de Investigación en estrategia, gestión del conocimiento y aprendizaje organizativo, documento de trabajo.** Castellón (ES); 2000.

CARSON, P. et al. **Toward understanding the patients perception of quality.** Heath care supervisor, p. 36-42, 1993.

CARVALHO, M.C.N. Gestão de pessoas. 2 ad (biblioteca de competências), Rio de Janeiro: SENAC Nacional, 2007.

CARVALHO, A. V.; SERAFIM, O. E. G. **Administração de recursos humanos.** São Paulo: Pioneira, 1995.

CARMAN, J. M. **Consumer perceptions of service quality:** an assessment of the SERVQUAL dimensions. *Journal of Retailing*, v. 66, n. 1. American Marketing Association. New York, 1990.

CHERUBIN, N. A; SANTOS, N. A. **Administração hospitalar:** fundamentos. São Paulo: CEDAS, 1997.

CHIAVENATO, I. **Gerenciando pessoas:** O passo decisivo para a administração participativa. 3. ed. São Paulo: Makron Books, 1997.

_____. **Administração nos novos tempos.** 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

_____. Administração de recursos humanos. IN: CHIAVENATO, I. **Recursos Humanos: subsistema de provisão de recursos humanos.** São Paulo: Atlas, 2000.

_____. **Os novos paradigmas:** como as mudanças estão mexendo com as empresas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

CLAVER, et al. **Calidad y dirección de empresas.** Madrid (ES): Civitas, 1999.

COOPER, J.B. et all. The national patient safety foundation agenda for research and development in patient Safety. *Medscape Gen Med*, 2 (3), 2000.

Consórcio Brasileiro de Acreditação de Serviços de Saúde (CBA). **Manual Internacional de padrões de certificação hospitalar. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde.** Rio de Janeiro: CBA, 2008.

CONSULTORIA PIERACCIANI SAÚDE. **Qualidade hospitalar no Brasil.** Banas Qualidade, São Paulo; jul 2001: 10 (110).

CORRÊA, H. L. e CAON, M. **Gestão de serviços: lucratividade por meio de operações e de satisfação dos clientes.** São Paulo: Editora Atlas, 2002.

COSTA, M. B. S. **Gestão de serviços públicos de saúde: análise de gestão e das mudanças organizacionais do Sistema Único de Saúde no Estado da Paraíba - Brasil,** Tese Doutorado. Badajoz (ES); 2007.

CRONIN, J. R. J. e TAYLOR, A. S. Measuring service quality: a reexamination and a extension. **Journal of Marketing**, v.56, American Marketing Association, New York. 1992.

CROSBY, P. B. **La calidad no cuesta.** México: Continental, 1989.

_____. **Quality is free.** Ed. McGraw Hill, New York, 1979.

CURRY, A. e SINCLAIR, E. Assessing the quality of physiotherapy services using SERVQUAL. **International Journal of Health Care Quality Assurance.** v.15, n.4/5. Bradford, 2002.

CRUZ, W. B. S. e MELLEIRO, M. M. **Análise da satisfação dos usuários de um hospital privado:** Extraído da Dissertação: Análise dos níveis de satisfação dos usuários de um hospital privado. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo (USP), 2007.

DALE, B.G: **Managing Quality.** Prentice-Hall, New York. 1994.

D'ELIA, M. E. **Profissionalismo:** não dá para não ter. 2. ed. São Paulo: Gente, 1997.

DE DOMINGO, J. y ARRANZ, A. **Calidad y mejora continua.** Donostia (ES): San Sebastián. Donostiarra, 1997.

DEMING, W. E. **Calidad, productividad y competitividad:** la salida de la crisis. Madrid (ES): Díaz de Santos, 1989.

DESMARETS, G. **Relación existente entre aseguramiento de la calidad y gestión de calidad total.** Madrid(ES): Club Gestión de Calidad, 1995.

D'INNOCENZO, M. et al. **Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde**. São Paulo: Martinari, 2006.

DONABEDIAN, A. **Specialization in clinical performance monitoring**: What it is and how to achieve it. *Quality assurance and utilization review* november; 5,(4), 1990.

_____. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: White, K. L. e Frank, J, **Investigaciones sobre servicios de salud: una antología**. Washington,(D. C.), p. 382-404 OPAS-PUBLICACIONES, 534, 1992.

_____. **Quality assurance in health care**: consumers, Role quality in health care the *Health Affairs*, october, 1992.

_____. The quality of care how can it be assessed **Journal of the American Medical Association**, 260; 1746-8, 1998.

_____. **The Definition of Quality and Approaches to its Assessment** Ann Arbor, Michigan: Real Time Administration Press, 1999.

DENIS, K. et al. Identificando forças e fraquezas da qualidade do serviço usando Servqual: Um estudo de serviços dentais: *Health Marketing Quarterly*. v.15, n.2. New York, 1997.

DELORS, J.(org). **Educação: um tesouro a descobrir**. Relatório para a Unesco de Comissão internacional sobre educação para século XXI 2.ed São Paulo: Cortez. Brasília (DF): MEC/Unesco,1999.

DEMO, P. **Introdução à Metodologia da Ciência**. São Paulo: Atlas, 2008.

DENTON, D.K. **Qualidade em serviços: o atendimento ao cliente como fator de vantagem competitiva**. São Paulo: Makrom Books, 1991.

DRUKER, P.F. **Desafios da gestão para o século XXI**. Porto: Civilização, 2006.

DONAHUE, K.T. La calidad de la atención a la salud em los Estados Unidos. *Nuevas tendencias: Salud Pública de México*. Mai/jun; 35(3), p.288-290, 1993.

FARIAS, C. História da qualidade. Disponível em: <www.infoescola.com>. Acesso em 27 ago, 2009.

Federação Brasileira de Hospitais. Disponível em: < <http://fbh.com.br/>>. Acesso em 24 de ago, 2011.

FEIGENBAUM, A.V. Total Quality Control, *Havard Business Review*, Nov-Dic, 93-101. 1956.

_____. *Total Quality Control*. McGraw-Hill, New York. 1961.

_____. *Control total de la calidad*. Ed. Continental, 8a imp. México. 1991.

FELDMAN, C. **Construindo a relação profissional de saúde-paciente**. In MEZZOMO, J et al. São Paulo: Loyola, 2003.

FELDMAN, L.B. **Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde: critérios de avaliações, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação.** São Paulo: Martinari, 2004.

_____. Auditoria de Risco Profissional. In: INNOCENZO, M. D. et al. **Indicadores, auditorias e certificações-ferramentas de qualidade para gestão de saúde.** São Paulo: Martinari, 2006.

FITZSIMMOS, J.A.; FITZSIMMOS, M.J. **Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia de informações.** 2. ed. Porto Alegre (RS): Bookman, 2000.

FORD, R. C. e FOTTLER, M. D. Creating customer-focused health care organizations. **Health care Management Review**, Gaithersburg. Vol. 25, n. 4, p. 18-33, Fall, 2000.

FUENTES, R. P. **Evolución del concepto de calidad: una revisión de las principales aportaciones hasta su situación en el entorno competitivo actual.** Barcelona (ES): Alta Dirección; 1998; 199.

Fundação Nacional da Qualidade (FNQ). **Crítérios, compromisso com a excelência e rumo a excelência/** Fundação Nacional da Qualidade. São Paulo: Fundação Nacional da Qualidade, 2009.

GARETH JONES. **Organizational theory, design and change Pearson.** New Jersey, 2010

GARVIN, D. A. História e evolução. In: **Gerenciando a qualidade: a visão estratégica e competitiva.** São Paulo: Quality Mark; 2002.

_____. Competir en las ocho dimensiones de la calidad. **Harvard Deusto Business Review.** Bilbao (ES): 1988; 34 abr/Jun.

_____. What does product quality really mean? **Sloan Management Review**, Fall 1984.

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

GILBERT, F. W. et al. Adaptation and customer expectation of health care options. **Journal of Health Care Marketing.** 12 (3): 46-55, 1992.

Gil, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa . 5.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GILBERT, F.W. et al . Adaptation and customer expectation care options. **Journal of Health Care Marketing**, 12 (3): 46-55, 1992.

GROL, R. Improving the quality of medical care-building bridges among professional pride, payer profit and patient satisfaction. **Journal of the American Medical Association**, 286: 257-85, 2001.

_____. **Successes and failures in the implementation of evidence – based guidelines for clinical practice.** Medical Care, 39 (8), 2001.

GRÖNROOS, C. **Strategic Management and Marketing in the Service Sector**. Cambridge, MA: Marketing Science Institute, 1983

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

_____. **Marketing: gerenciamento e serviços**. Tradução da 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2003.

GUIMARÃES, I, de B. L. **Fatores críticos de sucesso na clínica de hipertensão do serviço de cardiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Pernambuco), Recife-PE, 2003.

GUMMESSON, E. **Lip Services – A neglected area in services marketing**. Journal of Services Marketing, v.1, n.1, p. 19-23, n.1, 1987.

_____. **Organizing for marketing and marketing organizations**. In COUGRAN, C. A. e FRIEDMAN, M. L. orgs. Handbook of Services Marketing. New York: Amacon, 1990.

_____. Truths and myths in service quality. **Journal for Quality and Participation**. v.14; n.4, 28-33 1991.

GUMESSON, E e GRÖNROOS, C. Quality of services. Jerssons from the product sector. American Marketing Association, 1987.

GONÇALVES, C.A et al. Aplicação do modelo servqual modificado como instrumento de medida de qualidade de serviços: Um estudo em oficinas concessionárias de veículos. Relatório de pesquisa CNPQ: Belo Horizonte, 2000.

GUTIERRES, N. As perspectivas da Qualidade. **Banas Qualidade**. ISSN 1676-7845. Ano XVIII. p. 199, dezembro de 2008.

GARCIA, S.C et al. Indicadores de treinamento. IN :leão, E. R. et al (orgs). Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão. São Caetano do Sul (SP): Yendis Editora, 2008.

HAIR, J. R. J. F et al. **Análise multivariada de dados**. Tradução de Adonai Schlup Santanna e Anselmo Chaves Neto. 5 ed. Porto Alegre (RS): Bookman, 2005.

HARGREAVES, et. al. **Qualidade em prestação de serviços**. 2. ed. Rio de Janeiro: SENAC, 2001.

HARTEN, W. H. V. et al. **The evaluation of the introduction of a quality management system: a process**, oriented case study in a large rehabilitation hospital. Health Policy, 60, 17-37, 2002.

HERCOS, B. V. S. e BEREZOVSKY, A. Qualidade do serviço oftalmológico prestado aos pacientes ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SUS. *Arq. Bras. Oftalmol.* 69 (2), 213-9, 2004.

HOLTHOF, B. **Total quality in acute care hospitals guidelines for hospital managers.** *Health Policy*, 18: 243-250, 1991.

ICHINOSE, R. M.; ALMEIDA, R. T. Desmistificando a certificação e a acreditação de hospitais. IN: NETO, A. Q. e BITTAR, O. J. N. V. **Hospitais: Administração da Qualidade e Acreditação de Organizações Complexas.** Porto Alegre (RS): DaCasa, 2004.

Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO). Documentos orientativos sobre certificação ISO 9000:2000. Disponível em: <www.inmetro.gov.br/qualidade>. Acesso em 31 out 2010.

ISHIKAWA, K: *Guide to Quality Control.* Asian Productivity Organization, Tokyo. 1986.

IBGE: Cidades: Campina Grande – Paraíba, In: http://www.ibge.gov.br/cidade_sat/painel.php?codmon=250400, 2009.

IQG. Instituto Qualisa de Gestão. Apostila do curso de gerenciamento hospitalar. Programa de prevenção de riscos e otimização de resultados. São Paulo, 2001.

JABNOUN, N. e CLAKER, M. **Comparing the quality of private and public hospitals.** *Managing Service Quality.* v. 13; n 4. Bedford: 2003.

Joint Comission Accreditation Hospital (JCI). **Padrões de Acreditação da Joint Comission International para Hospitais.** Tradução Oficial para o Português da terceira edição do original “Joint Comission International Accreditation Standards for Hospitals”, 2008.

_____. **The Joint Comission’s Agenda for Change: Stimulating Continual Improvement in the Quality of Care,** FEBRUAN, 1990.

Joint Comission International. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. **Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar.** Rio de Janeiro: 2003.

JURAN, J.M: *Quality Control Handbook.* Ed. McGraw Hill, New York. 1951.

_____. *Juran y la planificación para la calidad,* Ed. Díaz de Santos, Madrid. 1990 a.

_____. *Juran y el liderazgo para La calidad: manual para ejecutivos.* Ed. Diaz de Santos, Madrid. 1990 b.

_____. **A qualidade desde o projeto: os novos passos para planejamento da qualidade em produtos e serviços.** 4ª reimpressão da 1ª ed. São Paulo: Pioneira Thimson Learning, 2002.

JURAN, J.M. et all: *Control Handbook* (3 ed.), McGraw Hill, New York.1974.

_____. *Quality Control Handbook* (2 ed.), McGraw Hill, New York. 1962.

JÖRESKOG, K. G. y D. SÖRBOM. **New features** in LISREL 8. Chicago, Scientific Software, 1993.

KANJI, G.K: An innovative approach to make ISO 9000 standars more effective. *Total Quality Management*, 9(1), 67-78. 1998 a.

_____. Measurement of business excellence. *Total Quality Management*, 9(7), 633-43, 1998 b.

KANDAMPULLY, J. and BUTLER, L. **Service guarantees: a strategic mechanism to minimise customers'perceived risk in service organizations**. *Managing Service Quality*. 11(2), 112-21, 2001.

KAMDAMPULLY, J. Firms Should give loydy before they can expect it from customers. *Managing service quality*, 7 (2), 92-4, 1997.

KERN, A. E. e DE LIMA, A. P. F. O gestor da área de qualidade. IN: ALVES, V. L. S. & FELDMAN, L. B. **Gestores da saúde no âmbito da qualidade: atuação e competências abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Martinari, 2011.

KOTLER, P. e BLOOM, P. **Marketing para serviços profissionais**. São Paulo: Atlas, 1998.

KULLER, J. A. Ritos de passagem: gerenciando pessoas para a qualidade. São Paulo: SENAC, 1996.

KUNKEL, S. T. & WESTERLING, R. **Different types an aspects of quality systems and their implications: a thematic comparasion of seven quality systems at a University Hospital**. *Health Policy* 76, 125-133, 2006.

LACERDA, R. A. et al., **A Face Iatrogênica do hospital: as demandas para o controle das infecções hospitalares**. São Paulo: Atheneu, 1996.

LAM, S. S. K. SERVQUAL: a tool for measuring patients opinions of hospital service quality in Hong Kong. **Total Quality Management**. v.8, n.4. Abingdon, 1997.

LANGSETH, P. et al. **Service Delivery Survey (SDS): A management tool**. The Economic Development Institute of the World Bank, 1995.

LAS CASAS, A. L. **Qualidade total em serviços: conceitos, exercícios, casos práticos**. 3. ed. São Paulo: Ed. Atlas, 1999.

LEÃO, E. R et al. **Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Caetano do Sul (SP): YENDIS, 2008.

LEITÃO, R. E.R; KURCGANT, P. **Qualidade na prática gerencial de enfermagem**. Niterói(RJ) : Intertexto, 2004.

LOVELOCK, C. H. and WIRTZ, J. **Services Marketing: people, technology, Strategy.** Pearson/Pretice Hall, Hupper, Saddle River, NJ, 2004.

_____. **Serviços: Marketing e gestão.** São Paulo: Saraiva, 2001.

LYTLE, R. S and MOKWA, M. P. Evaluating health care quality: the moderating role of outcomes. **Journal of health care management.** vol. 12 n. 1. p. 4-14, mar. 1992.

LEACH, P.C Guia da empresa familiar Rio de Janeiro: Xenon,1998.

LONGENECKER, J.G et al. Administração de pequenas empresas. São Paulo: Markron Books,1997.

LIM, P. C. e TANG, N. K. A study of patients expectations and satisfaction In Singapore hospitals. *International Journal of Health care Quality Assurance.* v.13, n.7, p 290-299. Bradford, 2000.

MAC EARCHERN, M. T. **Hospital organization and management,** physicians record Company, Chicago: [s.n.], 1957.

MALIK, A. M. Benchmarking: **uma questão de ética?** RAE Light, 34 (2), p. 17-18, 1994.

_____. **Avaliação, qualidade, gestão.** Para trabalhadores da área de saúde e outros interessados. São Paulo: SENAC, 1996.

_____. **Qualidade em serviços de saúde nos setores públicos e privados.** Cadernos FUNDAP, 19: 7-24, 1966.

MALIK, A. M.; TELES, J. P. Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. **Revista de Administração de Empresas,** FGV-EAESP, 41 (3); 51-9 2001.

MALIK, A. M.; PENA, F. P. M. **Administração estratégica em hospitais:** São Paulo: EAESP/FGV: NPP; 2003 (Série relatórios de pesquisa n. 21), 2003.

MALIK, A. M.; NICOLETTI, M. X. **Qualidade em hospitais públicos no Estado de São Paulo:** FGV-EAESP/CNPq; Relatório PIBIC, 2004.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998.

_____. **O gestor do serviço médico. In: Gestores de saúde no âmbito da qualidade: atuação e competências, abordagem multidisciplinar.** São Paulo: Martinari, 2001.

McFADDEN, K. L. e Towel, E.R and stock, G.N. **Critical success factors for controlling and managing hospital errors.** v.11, n.1, p. 61-74, 2004.

MALHORTA, N. K. **Pesquisa de Marketing uma orientação aplicada.** 4. ed. Porto Alegre (RS): Bookman, 2001.

MEDEIROS, J.R. O amor renovando o trabalho. Petrópolis(RJ): Vozes, 1999.

MEDEIROS, W. B. Os pilares da humanização da assistência hospitalar. In: MEZOMO, et al. **Fundamentos da humanização Hospitalar: uma visão multiprofissional**. São Paulo: Loyola, 2003.

MÉDICI, A. G. **Aspectos teóricos e conceituais do funcionamento das políticas de saúde**. In: PIOLA, S. F.; VIANA, S. M. Economia da saúde. IPEA, Brasília (DF): 1995.

MELO, J. B.; CAMARGO, M. O. **Qualidade na saúde - prática, conceitos, normas ISO nas áreas médico-hospitalar e laboratorial**. São Paulo: Best Seller, 1998.

MEZZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. Universidade de Guarulhos: São Paulo: 1994.

_____. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. São Paulo: Manole, 2001.

MEZZOMO, A. A. et al. **Fundamento da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional**. São Paulo: Loyola, 2003.

MILET, P. B.; SANTOS, A. L. V. L. Fazendo funcionar os indicadores da qualidade e produtividade. **Revista Indicadores da Qualidade e Produtividade**. Brasília (DF): IPEA; abril, 2 (1): 61-73, 1994.

MIRSHAWAKA, V. **Hospital: fui bem atendido, a vez do Brasil**. São Paulo: Makron Books, 1994.

MOREIRA, D A. **Medidas da qualidade em serviços**. São Paulo: Pioneira, 1996.

MORENO-LUZÓN, M. D. et al. **Gestión de la calidad y diseño de organizaciones**. Teoria y estudio de casos. Ed. Prentice Hall, Madrid (ES): 2000.

MURROW, C A. e MURROW, J. What makes a good nurse? Marketing Health Services. v. 22; n.4, p.14-15: Chicago, 2002.

NETO, A. C. et al. O programa 5 Ss utilizado como ferramenta para controle e prevenção das infecções hospitalares. In: **XXV Encontro Nacional de Engenharia de Produção**, Brasil. Anais ABEPRO, 1723-30, 2005.

NETO, A. Q.; BITTAR, O. J. N. V. **Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre (RS): DaCasa, 2004.

NÓBREGA, C. K. **Qualidade total nos serviços**. Palestra proferida na Fundação CERTI (Centro Regional de Tecnologia e Informática). Florianópolis, SC, 1994.

NOGUEIRA, R. P. **As perspectivas da Qualidade em Saúde**. Quality Mark. Rio de Janeiro: 1994.

NOGUEIRA, L. C. L. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. 2. ed. Belo Horizonte (MG): Ed. Desenvolvimento Gerencial, 1999.

NIGEL, S. Continuous quality improvement in acute health care: creating a holistic and integrated approach In. *International journal of health care quality assurance*. Bradford. v.10, n 1, p.20-26, 1997.

NORMAN, R. **Administração de Serviços: estratégia e liderança na empresa de serviço**. São Paulo: Atlas, 1993.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Contribuições sobre a gestão da qualidade em educação médica. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos. n.7. Brasília (DF): 1994.

_____. Organização Panamericana da Saúde. Federação Latino-Americana de Hospitais. Federação Brasileira de Hospitais. Acreditação de Hospitais para América Latina e o Caribe. n. 13. Brasília (DF): Séries / Silos, 1999.

ONA - Organização Nacional de Acreditação. **Manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares**. Brasília (DF): ONA, 2006.

_____. **Manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares**. Disponível em www.ona.gov.br. Acesso em 15/08/2009.

_____. **Manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares**. Brasília: ONA, 2010.

OLIVER, R. L. Cognitive, affective and attribute bases of the satisfaction response. *Journal of Consumer Research*, 20; 418-430, 1993.

OLIVEIRA, W. F. **Valores, crenças, missão, visão e política de qualidade**. In: *Qualidade na Saúde: práticas e conceitos, Normas ISO. nas áreas médico-hospitalar e laboratorial*. São Paulo: Best Seller, 1998.

OLIVEIRA, D. Acreditação: os exemplos de hospitais públicos que chegaram lá. *Rev. Notícias Hospitalares* n.65, ano 7, 2011..

PANDE, P. S. et al. **Estratégia SeisSigma. Como a GE, a Motorola e outras grandes empresas estão aguçando seu desempenho**. Rio de Janeiro: Ed. Quality mark, 2004.

PAGANINI, J. M. **Calidad y eficiência em hospitales**. *Bol oficina sant Panam*; 115 (6):482-510. 1993.

PARASURAMAN A. et al, **A conceptual model of service quality and its implications for future research**. *Journal of Marketing*. v.49. p. 41-50; Fall,1985.

_____. Refinement and reassessment of the Servqual Scale. **Journal of Retailing**, 67; 4. p. 420-450, 1991.

_____. **Moving forwar in service quality research: measuring different customer-expectation levels, comparing alternative scales, and examining the performace – behavioral intentions link**. Massachutts: Working Paper, 1994.

_____. Servqual: A múltiple – item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of retailing*. v.64, n.1, New York University, Spring, 1988.

POLIT, D. F. e HUNGLER, B. P. **Nursing research principles and methods**. 4. ed. Filadelfia, 2006.

PORTER, L.J. y A.J. Parker: Total quality management – the critical success factors. *Total Quality Management*, 4(1), 13-21, 1993.

POWELL, T.C. Total quality management as competitive advantage: A review and empirical study”. *Strategic Management Journal*, 16 (1), 15-37, 1995.

PALADINI, E.P. *Gestão da qualidade: teoria e prática*. São Paulo:Atlas, 2000.

RAO, S.S, L.E. Solis y T.S. Raghunathan: A framework for international quality management research: Development and validation of a measurement instrument. *Total Quality Management*, 10(7), 1047-1075, 1999.

REICHELDT, F.F. and SASSER, E. W. **Zero defections: quality comes to services**. Harvard Business Review. v.68; n.5. p.105-111, 1990.

REIDENBACH, R. E. e SANDIFER-SMALLWOOD, B. Exploring perceptions of hospital operations by a modified Servqual approach. **Journal of health care management**. vol. 10, n 4, p. 47-55, 1990.

RODRIGUES, R. L. **Satisfacción de los pacientes según diagnóstico motivo de ingreso: diferencias entre las expectativas previas al ingreso y la calidad percibida al alta**: Tesis Doctoral. Barcelona (ES): 2000.

RODRIGUES, S. Orientación universitaria y evaluación de la calidad. En Apodaca, P.y Lobato, C. *Calidad en la universidad: Orientación y evaluación*. Barcelona: Laerts S.A Ediciones, 1997.

ROS, S. C. **Relación entre el enfoque de gestión da la calidad y el desempeño organizativo**: una aproximación desde la perspectiva basada en los recursos. Tesis Doctoral. Valencia (ES): 2001.

SANTOS, S. R. *Administração aplicada a enfermagem* 2 ed João Pessoa (PB): Ideía, 2002

_____. **Administração e Gestão em Serviço de Enfermagem**. João Pessoa (PB): Ed. Universitária da UFPB, 2010.

SCARDINA, S. Servqual: a tool for evaluating patient satisfaction with nursing care. **Journal of Nursing Care Quality**, 8, 38-46, 1994.

SCHONBERGER, R.J: Is strategy strategic? The impact of total quality management on strategy *Academy of Management Executive*, 6(3), 80-87, 1992.

SCHMENNEN, R. W. Um espectro de processos de serviços. In: **Administração de**

operações em serviços. São Paulo: Futura; 1999:24-25.

SENLE, A. **Calidad total y normalización ISO 9000:** las normas para la calidad en la prácticas. 2. ed. Barcelona (ES): Gestión, 2000.

SHAHIN, A. **Servqual and model of service quality gaps:** a Framework for determining and prioritizing critical factors in delivering quality services. Disponível em <<http://gmconf.com/docs/0077.pdf>>. Acesso em 15 out 2009.

SHAW, C. D. External Quality Mechanisms for Health Care: – Summary on the Expert project on visitatie. Accreditation, EFQM and ISO Assessment in European Union Countries. **International Journal for Quality in Health Care**, 12, 69-75, 2000.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio.** A comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: CEDAS, GENTE, 1996.

SILVA, R. R. e Brandão, D. Os quatro elementos da avaliação. São Paulo: Instituto FONTE, 2003 (MIMEO).

SILVA, V. S. Indicadores de qualidade e produtividade: um estudo nos hospitais de Santa Maria / RS. (Dissertação) São Paulo: EAESP/FGV, 1998.

SILPAKIT, P. e FISK, R. P. **Participatizing the service encounter: a theoretical framework.** Oklahoma State Univesity, 1985.

SOHAIL, M. S. **Service quality in hospitals:** more favourable than you might think. *Managing Service Quality*. v.13, n.3, 2003.

STEIBER, S. R. **Preventing pitfalls in patient surveys health care strategic management**, 13,13, 1989 .

STRASSER, S. et al. Satisfaction with medical care. **Journal of Health Care Marketing**, 15,3, p.34-44. 1995.

TAGUCHI, G: *Introduction to Off-line Quality Control*, Japanese Standards Association, Tokyo, 1979.

TAYLOR, S. A. e CRONIN Jr. J. J. Modelig patient satisfaction and service quality **Journal of Health Care Marketing**. 14(1), 34-44, Chicago, 1994.

TEAS, R. K. Expectations as comparison standard in measuring service quality: an assessment of a reassessment. **Journal of Marketing**, 58, jan, 1994.

TEBOUL, J. **Gerenciando a dinâmica da qualidade.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 1991.

TORKZADEH, G. and Dwyner, D.J. A path analytic study of determinants of information system usage. *Omega* (22), 4,339-348, 1994.

TEMPORÃO, J.G. O sistema de saúde do Brasil é referência internacional. *Revista T. saúde*. Confederação Nacional de Saúde – CNS. Ano IV, n.10. Brasília, 2009.

TRONCHIN, et al. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: KURCGAN, P. et al. **Gerenciamento de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 2005.

TORRES, E. J. e GUO, K. L. Quality improvement techniques to improve patient satisfaction. **International Journal of Health care Quality**, 2004.

TUMMALA, V.M y C.L. Tang:Strategic quality management, Malcolm Baldrige and European quality awards and ISO 9000 Certification. *International Journal of Quality and Reliability Management*, 13(4), 8-38. 1996.

URDAN, A. T. Avaliação empírica da escala Servqual em serviços hospitalares: uma crítica e réplica ao estudo de Vinícius Sittoni, Brasil. In: **Anais do XIX ENANPAD. Área Temática de Marketing**. p. 293-314, set, 1995.

USUN, O. Patient satisfaction with nursing care at a university hospital in Turkey. **Nursing Care Quality**. v. 16, n. 1, 2001.

VANDAMME, R. e LEUNIS, J. Development of a multiple-item scale for measuring hospital service quality International. **Journal of Service Industry Management**. v. 4; n. 3; p.30-49. Bradford, 1993.

VARO, J. **Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios**: In: modelo de gestión hospitalaria. Madrid (ES): Díaz de Santos, 1994.

VEIGA, R. T. **Satisfação e qualidade percebida: como essas variáveis se relacionam na formação de intenções comportamentais dos clientes de serviços?** Projeto de Tese de Doutorado. Belo Horizonte (MG): CEPEAD, UFMG, 1998.

VUORI, H., **Research needs in quality assurance**. Quality assurance in health care, 1: 147-159, 1989.

WAGNER, C. et all. **Quality management systems and clinical outcomes in dutch nursing home**: Health Policy. 75 (2), 230-40, 2006.

WARDHANI, V. et al. **Determinants of quality management systems implementation in hospitals**. Health Policy (89), n.3, 293-251, 2009.

WEITZMAN, B. C. IN: KOUNER, A. R. **Health care delivery in the United States**. 5. ed. Berlin: Springer, 1995.

WERKMA, M. C. C. **Criando a cultura Seis Sigma**. Série Seis Sigma, v. 1. Nova Lima (MG): Werkema, 2004.

WILLIAMS, N. ISO 9000 as a route too TQM in swall to medium-sized enterprises: snake ou ladder: **The TQM Magazine**, v. 9, n.1. MCB University Press, Bradford, Reino Unido, 1997.

ZANON, U. **Qualidade da assistência médico-hospitalar**: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001.

ZEITHAML, V. A. et al. **Delivering quality service**. Balancing customer perceptions and expectations. New York: Free Press, 1990.

ZEITHMAL, V.A et al. Communication an control processes in the delevery of service quality. *Journal of marketing* 52, p.35-48, 1998.

ZEITHMAL, V. A. e BITNER, M. J. **Services marketing**. New York: Mc Graw-Hill, 2000.

ZHANG, Z. Developing a model of quality management methods and evaluating their effects on business performance. *Total Quality Management*, 11(1),129-137. 2000.

YOUSSEF, F. N. et al. Health care quality in NHS hospitals. *Journal of Management in Medicine*, v.9, n.1 Bradford, 1995.

YOUSSEF, F. N. et al. Health care quality in NHS hospitals. International. **Journal of Health Care Quality Assurance**. v.9, n.1. Bradford, 1996.

Yin, Robert K. *Application of case study research*, sage publications.Thousand Oaks, California, 2003.

_____. *Case study research: design and methods*. Sage publications. Thousand Oaks, California, 2008.