

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

***AVALIAÇÃO EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE
SAÚDE UTILIZANDO O MODELO DE KANO E O
BALANCED SCORECARD (BSC)***

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA À UFPE
PARA OBTENÇÃO DE GRAU DE MESTRE
POR

CLEITON RODRIGUES DE VASCONCELOS
Orientadora: Prof^ª. Denise Dumke de Medeiros, *Docteur*

RECIFE, DEZEMBRO/2013

Catálogo na fonte
Bibliotecário Vimário Carvalho da Silva, CRB-4 / 1204

V331a Vasconcelos, Cleiton Rodrigues de.
Avaliação em um serviço público de saúde utilizando o modelo de Kano e o Balanced Scorecard (BSC). / Cleiton Rodrigues de Vasconcelos. - Recife: O Autor, 2013.
115 folhas, il., gráfs., tabs.

Orientador: Prof^o. Dr. Denise Dumke de Medeiros.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CTG. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, 2013.

Inclui Referências bibliográficas, listas de figuras, de tabelas e equações.

1. Engenharia de Produção. 2. Saúde pública. 3. Serviços. 4. Satisfação. 5. Pacientes. I. Medeiros, Denise Dumke (orientadora). II. Título.

658.5 CDD (22. ed.)

UFPE
BCTG/2014-053



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

PARECER DA COMISSÃO EXAMINADORA
DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE
MESTRADO ACADÊMICO DE

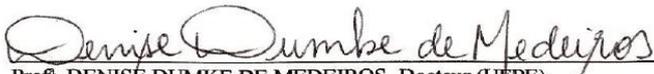
CLEITON RODRIGUES DE VASCONCELOS

“Avaliação em um serviço público de saúde utilizando o modelo de KANO e o Balanced Scorecard (BSC)”

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: GERÊNCIA DA PRODUÇÃO

A comissão examinadora, composta pelos professores abaixo, sob a presidência do(a) primeiro(a), considera o candidato **CLEITON RODRIGUES DE VASCONCELOS APROVADO.**

Recife, 17 de dezembro de 2013.


Prof. DENISE DUMKE DE MEDEIROS, Docteur (UFPE)


Prof. CRISTIANO ALEXANDRE VIRGÍNIO CAVALCANTE, Doutor (UFPE)


Prof. MARIA DE LOURDES DE AZEVEDO BARBOSA, Doutora (UFPE)

DEDICATÓRIA

Dedico essa vitória a minha Mãe, Maria José de Vasconcelos Silva, mulher de grande admiração, que fez dos meus sonhos seus próprios objetivos e de meus objetivos sua própria luta. O meu muito obrigado por acreditar e me apoiar nas etapas da vida!

“O mundo pertence a quem se atreve, e a vida é muito para ser insignificante”. (Charles Chaplin)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter me escutado e me encorajado diante das dificuldades. A ELE devo grande parte dessa vitória.

Aos meus pais Raimundo Rodrigues e Maria José de Vasconcelos pelo apoio, incentivo, pelas palavras trocadas diariamente, apesar da distância, pelas orações e por acreditar no meu potencial.

A minha irmã Cláudia que sempre esteve me apoiando e incentivando a acreditar mais em mim diante dos novos obstáculos propostos.

A minha orientadora, Prof^a Dr^a Denise de Medeiros, pelo incentivo e oportunidade de construir novos conhecimentos durante esse período. Pelas experiências compartilhadas e pelo apoio diante das dificuldades.

As contribuições sugeridas pelos examinadores Prof. Dr. Cristiano Cavalcante e Prof^a Dr^a. Maria de Lourdes, que muito enriqueceram esse trabalho.

Aos demais professores do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção (PPGEP), pelos ensinamentos compartilhados e as funcionárias da Secretaria, Bárbara. Juliana, Poliana, Dayane, que sempre estiveram dispostas em ajudar.

Ao apoio financeiro da CAPES que consideravelmente contribuiu para a concretização desse sonho.

As colegas de mestrado Elizeth, Suelyn, Danyely pelas horas intermináveis de estudos, pelas angústias compartilhadas, pela solidão, pelas horas de alegria, enfim, muitos momentos eternizados em nossas memórias.

Pelas colegas do PLANASP Jordânia, Aline, Celeste pelas palavras de incentivo e pelo apoio durante a fase do mestrado.

A Simone Bezerra, colega, amiga que abriu portas para a realização da pesquisa e enriqueceu o trabalho com seu saber e suas experiências de vida.

Aos familiares, demais amigos e colegas que de forma direta e indiretamente contribuíram para o ser humano que hoje sou. Agradeço imensamente a todos pelas palavras de incentivo, sugestões, momentos alegres e pela compressão de minhas ausências em alguns momentos.

Enfim, vencer uma etapa de uma batalha não é mérito de um único homem, reconhecer seus aliados é uma grande recompensa.

RESUMO

Os estudos de avaliação dos serviços de saúde pública crescem a cada dia, investigando as prioridades para intervenção e planejando os recursos que contribuam para a qualidade do serviço oferecido. As ações de melhoria da saúde pública buscam acompanhar as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira, formulando programas e políticas governamentais que atendam as necessidades de seus pacientes. Sendo assim, os estudos de avaliação dos serviços públicos de saúde devem articular uma série de relações, associando componentes do serviço e de infraestrutura, atividades produzidas e resultados de curto e longo prazo. Partindo desse pressuposto, este trabalho teve como objetivo propor uma metodologia que integre o Modelo de KANO com as perspectivas do *Balanced Scorecard* (BSC) para avaliação de um Programa de Saúde oferecido por um Hospital público da cidade de Recife. O Modelo de KANO serviu para categorizar os atributos mais relevantes dentro da unidade hospitalar e as perspectivas do BSC complementaram a avaliação, desdobrando as ações para o alcance da satisfação de seus *stakeholders*. A partir da distribuição dos atributos entre as perspectivas, foi possível constatar que a priorização das características: “Envolvimento dos Gestores da Alta Administração”, “Localização”, “Equipamentos conservados e modernos” e “Prontidão dos funcionários da Farmácia” exercem um maior impacto na satisfação dos clientes. A associação entre as ferramentas se revela útil para a orientação do Planejamento Estratégico e uma melhor compreensão dos gestores quanto aos aspectos que mais impactam na satisfação dos pacientes assistidos pelo Programa.

Palavras chaves: Qualidade em Serviços Públicos de Saúde; Planejamento Estratégico; Modelo de KANO; Balanced Scorecard; Satisfação dos Pacientes.

ABSTRACT

The studies of public health services grow every day, investigating the priorities of the intervention and planning the resources which contribute for the quality of the offered service. The actions of improvement of public health search to go with the changes in the demographic and epidemic profile of the Brazilian population, creating government programs and policies that provides the necessities of their patients and also provides a life quality improvement. That said, the evaluation studies of the public health services must speak clearly a series of relations, associating services and infrastructure components, activities produced and long time and short time results. Assuming that, this work had as objective propose a methodology that integrates the KANO's Model with the Balanced Scorecard (BSC) perspectives, to evaluate a Health Program offered by a public Hospital in the city of Recife. The KANO's Model acted to categorize the most relevant attributes inside the Hospital unity and the BSC perspectives complemented the evaluation, doing its utmost the actions to reach the satisfaction of the Stakeholders, where the focus was the patient. From the distribution of the attributes among the perspectives, it was possible to notice that the priority of the characteristics: "High Administration Manager's Involvement", "Localization", "Modern and Conserved Equipment" and "Pharmacy Employees On Duty", have a major impact on the client's satisfaction. The association between those elements reveals useful for the Strategic Planning orientation and a better government comprehension about the most impacting aspects of the patients satisfaction assisted by the Program.

Keywords: Publics Health Quality Services; Strategic Planning; KANO Model; Balanced Scorecard; Patients Satisfaction.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	Justificativa	3
1.2	Objetivos.....	4
1.2.1	Objetivo Geral	4
1.2.2	Objetivos Específicos	4
1.3	METODOLOGIA	5
1.3.1	Ambiente da Pesquisa.....	5
1.3.2	Caracterização da Pesquisa	5
1.3.3	Definição da Amostragem	6
1.3.4	Procedimentos Técnicos	9
1.4	Estrutura da Dissertação	9
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
2.1	Histórico da Qualidade	11
2.1.1	Conceito de Qualidade.....	11
2.1.2	O Serviço de Serviços e suas Características	15
2.2	Qualidade em Serviços.....	18
2.2.1	Conceito de Qualidade em Serviços.....	18
2.3	Modelos que medem a satisfação e a qualidade em serviços	20
2.4	Considerações sobre o capítulo.....	24
3	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	26
3.1	O Setor de Serviços de Saúde no Brasil	26
3.1.1	O Programa de Combate a Doenças Negligenciadas em Pernambuco.....	28
3.2	Qualidade em Serviços de Saúde	29
3.3	Modelo de KANO	31
3.3.1	Estudos envolvendo o Modelo de KANO.....	39

3.4	O Balanced Scorecard (BSC)	41
3.4.1	Perspectiva do <i>Balanced Scorecard</i> (BSC).....	41
3.4.2	Construção de um <i>Balanced Scorecard</i> (BSC)	45
3.4.3	Estudos envolvendo o <i>Balanced Scorecard</i> (BSC).....	48
3.5	Síntese do Capítulo	50
4	APRESENTAÇÃO DE UMA ABORDAGEM PARA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE	51
4.1	Relação entre a abordagem de KANO integrado ao BSC	51
4.2	Etapas para a utilização do Modelo de KANO integrado ao BSC.....	54
4.3	Síntese do Capítulo	57
5	APLICAÇÃO DE UMA ABORDAGEM DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE.....	58
5.1	Perfil da Instituição Pesquisada	58
5.2	Perfil dos Entrevistados.....	59
5.3	Construção e validação do instrumento de coleta de dados	61
5.4	Resultados da Aplicação dos Questionários	63
5.5	Resultados pelos Coeficientes de Satisfação e Insatisfação	66
5.6	Integração do Modelo de KANO com o <i>Balanced Scorecard</i>	69
5.6.1	Relação do Modelo de KANO e o BSC.....	70
5.7	Modelagem do BSC e suas Perspectivas.....	70
5.7.1	Perspectiva Financeira	72
5.7.2	Perspectiva dos Processos Internos	73
5.7.3	Perspectiva do Aprendizado e Crescimento.....	74
5.7.4	Perspectiva do Cliente	75
5.8	Síntese do Capítulo	78
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
6.1	Dificuldades, Limitações e Sugestões para Trabalhos Futuros	80

<i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	82
APÊNDICE 1	89
APÊNDICE 2	93
ANEXO 1	95

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1.1: Etapas e procedimentos utilizados na pesquisa.....</i>	<i>9</i>
<i>Figura 2.1: Conexão entre os Conceitos de Qualidade.....</i>	<i>14</i>
<i>Figura 2.2: Tipologia de serviços com base nos contínuos de volume/variedade/customização do serviço.....</i>	<i>16</i>
<i>Figura 2.3: Qualidade percebida pelo cliente.....</i>	<i>19</i>
<i>Figura 3.1: Modelo de KANO ou Modelo de Satisfação do Cliente.....</i>	<i>33</i>
<i>Figura 3.2: Método de Avaliação segundo o Modelo de KANO.....</i>	<i>35</i>
<i>Figura 3.3: Exemplo de gabarito de extração da classificação dos atributos.....</i>	<i>35</i>
<i>Figura 3.4: Representação hipotética do Diagrama de Dispersão dos Coeficientes de Satisfação do Cliente.....</i>	<i>38</i>
<i>Figura 3.5 : O BSC como estrutura para tradução da estratégia.....</i>	<i>42</i>
<i>Figura 3.6: Visão geral da Organização.....</i>	<i>45</i>
<i>Figura 3.7.: Modelo genérico de Mapa Estratégico entre as perspectivas do BSC.....</i>	<i>47</i>
<i>Figura 4.1: Abordagem de integração do Modelo de KANO e o Balanced Scorecard (BSC).....</i>	<i>54</i>
<i>Figura 4.2: Descrição das principais áreas percorridas pelos pacientes durante a prestação do serviço.....</i>	<i>55</i>
<i>Figura 4.3: Etapas para aplicação do Modelo de KANO integrado ao Balanced Scorecard (BSC).....</i>	<i>57</i>
<i>Figura 5.1: Distribuição dos entrevistados por sexo e faixa etária.....</i>	<i>60</i>
<i>Figura 5.2: Distribuição dos entrevistados por nível de instrução e renda familiar.....</i>	<i>61</i>
<i>Figura 5.3: Regiões de procedência dos pacientes.....</i>	<i>61</i>
<i>Figura 5.4: Classificação dos atributos segundo representatividade em percentuais.....</i>	<i>65</i>
<i>Figura 5.5: Disposição dos Coeficientes de Satisfação e Insatisfação dos respondentes.....</i>	<i>67</i>
<i>Figura 5.6: Planejamento Estratégico, Missão, Visão e Valores empregados pelo HUOC.....</i>	<i>71</i>
<i>Figura 5.7: Mapa Estratégico integrando os atributos do Modelo de KANO com o BSC.....</i>	<i>77</i>

LISTA DE TABELAS

<i>Tabela 2.1: Desenvolvimento histórico dos métodos de qualidade.....</i>	13
<i>Tabela 3.1: Distribuição dos estabelecimentos cadastrados pelo SUS.....</i>	27
<i>Tabela 3.2: Exemplo de Forma Funcional e Disfuncional da pergunta.....</i>	34
<i>Tabela 3.3: Exemplos de Coeficiente de Satisfação do Cliente.....</i>	35
<i>Tabela 3.4: Aplicações do Modelo de KANO.....</i>	40
<i>Tabela 3.5: Aplicações das perspectivas do BSC.....</i>	49
<i>Tabela 5.1: Atributos a serem investigados</i>	62
<i>Tabela 5.2: Confiabilidade do questionário segundo o valor de alfa.....</i>	63
<i>Tabela 5.3: Análise dos resultados em quantidade de clientes por classificação.....</i>	64
<i>Tabela 5.4: Coeficientes de Satisfação e Insatisfação por atributos.....</i>	66
<i>Tabela 5.5: Ranking dos atributos pelo cálculo dos Coeficientes e pelas categorias do Modelo de KANO.....</i>	69

SIGLAS

α – Alfa de Cronbach

AHP – Método de Análise Hierárquica

BSC – Balanced Scorecard

CCQ – Círculos de Controle da Qualidade

CI – Coeficiente de Insatisfação

CS – Coeficiente de Satisfação

FCS – Fatores Críticos de Sucesso

HUOC – Hospital Universitário Oswaldo Cruz

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ISO – Organização Internacional de Normalização

MS – Ministério da Saúde

N – Tamanho da amostra para uma dada população

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PBQP – Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade

QFD – Desdobramento da Função Qualidade

RMR – Região Metropolitana de Recife

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel as Urgências

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade

SINAR – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

TQC – Controle da Qualidade Total

TQM – Gestão da Qualidade Total

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE EQUAÇÕES

<i>Equação 1.1: Tamanho (n) da amostra para uma população de Tamanho N.....</i>	<i>6</i>
<i>Equação 1.2: Tamanho inicial (n_0) da amostra para uso na equação 1.1.....</i>	<i>6</i>
<i>Equação 1.3: Variância Agregada (S^2).....</i>	<i>6</i>
<i>Equação 3.1: Coeficiente de Satisfação (CS).....</i>	<i>35</i>
<i>Equação 3.2: Coeficiente de Insatisfação (CI).....</i>	<i>35</i>
<i>Equação 4.1: Alfa de Cronbach (α).....</i>	<i>53</i>

1 INTRODUÇÃO

Em meio a um mercado extremamente competitivo e inovador, a busca pela satisfação dos clientes pode ser decisiva como vantagem competitiva de uma organização. Neste sentido, cada vez mais estratégias de melhoria contínua são necessárias para um bom desempenho frente às percepções dos clientes.

A condução da melhoria contínua sugere como maior importância a medição do desempenho organizacional sob a perspectiva do cliente, podendo-se utilizar para isto a pesquisa de satisfação, levando-se em conta as características e o dinamismo que dominam as relações organizacionais e, também, a complexidade, heterogeneidade e rapidez que se requer nas suas decisões.

Nesse cenário, o setor de serviços tem considerável notoriedade pelo alto grau de contato (interface) e instantaneidade com que ocorre em sua prestação. Sendo a sua efemeridade, assim como a sua intangibilidade, uma das características que a torna bem mais difícil de gerenciar se comparado com a área industrial.

A satisfação do cliente é percebida, quase sempre, sob aspectos subjetivos, e a escala de preferência nem sempre é claramente definida, mas também pode ser avaliada a partir de critérios objetivos e mensuráveis tais como conforto, horário de funcionamento, condições de pagamento (AIDAR, 1995).

As instituições prestadoras de serviços de saúde, face as particularidades dos serviços assistenciais oferecidos e às condições muitas vezes de quem os recebem, necessitam de instrumentos de avaliação que possam identificar quais atributos proporcionam satisfação aos clientes/pacientes garantindo-lhes maior competitividade.

Por esta razão, muitas organizações direcionam seus esforços para a melhoria da qualidade dos seus serviços, empregando metodologias e implementando diferentes programas de qualidade, focando cada vez mais a perspectiva do cliente seja através das ouvidorias, questionários de avaliação, diálogos com gestores, dentre outras estratégias.

No que se refere ao sistema público de saúde, a realidade acaba sendo bem mais complexa, devido alguns entraves que constituem a gravidade do setor, como, a limitação de investimentos na aquisição de novos equipamentos, disponibilidade de novos leitos, sobrecarga dos hospitais públicos, ineficiência da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre outros aspectos. Problemas esses, que acabam gerando insatisfação e falta de credibilidade do sistema junto aos seus usuários (TONTINI, 2012).

Tendo essa especificidade do ambiente de saúde como premissa, as peculiaridades dos programas de serviços públicos necessitam de ferramentas que apoiem as suas estratégias gerenciais frente às percepções da satisfação dos pacientes, visando a melhoria do desempenho das instituições atuantes nesse setor.

O uso de ferramentas gerenciais possibilita as instituições de saúde melhorarem a eficiência dos seus serviços, agregando ações mais sistematizadas para o alcance da melhoria contínua e o aumento da qualidade.

Assim, o uso da metodologia de KANO possibilitará identificar quais atributos exercem maior influência sobre a satisfação dos clientes/pacientes e como as informações geradas podem proporcionar a formulação de novas estratégias através das perspectivas do BSC que retornarão para os usuários na forma de melhoria dos serviços.

O Modelo de KANO considera que a satisfação do cliente é uma relação não linear que apresenta diferentes focos de atenção que precisam ser considerados para que gerem um melhor desempenho para a organização, categorizados nos seguintes atributos da qualidade: *unidimensionais, obrigatórios, atrativos, neutros e reversos* (Kano *et al.*, 1984). Diferenciando dos estudos tradicionais por estabelecer uma relação quantitativa entre o grau de satisfação ou insatisfação dos clientes, enfatizando ao prestador de serviços não somente as expectativas dos clientes atuais, que são fundamentais para o sucesso do negócio, mas também as expectativas potenciais que podem estimular os clientes (SHAHIN, 2013; SHAHIN & ZAIRI, 2009).

O *Balanced Scorecard* (BSC) propõe uma nova forma de avaliação gerencial que não se restringe apenas à mensuração financeira (ativos tangíveis), encarada como insuficiente para orientar e avaliar o desempenho das empresas, visto que a percepção dos clientes, os esforços operacionais internos, a reorientação das partes interessadas em fortalecer a relação com o cliente (perspectivas intangíveis), não são totalmente quantificáveis, mas relevantes para o ciclo operacional dos negócios da empresa (KAPLAN e NORTON, 2004; KOUMPOUROS, 2013).

Diante do apresentado, propõe-se com este trabalho investigar quais atributos são considerados relevantes a satisfação dos clientes/pacientes em um hospital público da cidade de Recife, utilizando para isso a aplicação do Modelo de KANO associado com o *Balanced Scorecard* (BSC), que dará suporte a organização para a formulação de diretrizes que fortaleçam o seu Planejamento Estratégico e ações que contribuam para a melhoria da satisfação dos clientes.

1.1 Justificativa

O interesse em avaliar a qualidade dos serviços prestados cresce a cada dia, permitindo tanto aos formuladores quanto aos implementadores dos programas e políticas governamentais identificar pontos de estrangulamentos e destacar os requisitos que levam a otimização dos recursos públicos (PORTAL DA SAÚDE, 2013).

Assim, o diagnóstico preciso de um evento poderá definir prioridades de intervenção que ofereçam subsídios que impactam no planejamento da saúde, contribuindo para a qualidade no serviço que está sendo oferecido.

É notável a necessidade de se estudar quais características podem refletir na qualidade dos serviços prestados, sendo o Modelo de KANO uma ferramenta que permite identificar quais atributos influenciam a satisfação dos clientes/pacientes, através de suas expectativas, e como as informações geradas podem proporcionar a formulação de novas estratégias através das perspectivas do BSC que retornarão para os usuários na forma de melhoria dos serviços.

O uso de ferramentas científicas auxiliam os gestores na medição das características de satisfação, propiciando a formulação de decisões mais precisas e conseqüentemente diminuindo a margem de erro diante das ações empreendidas.

As instituições devem dispor de estratégias que alinhem a escassez de recursos a melhoria da qualidade dos seus serviços, investindo os recursos públicos onde de fato terá um melhor retorno.

Com o propósito de contribuir com esses esforços o presente trabalho propõe uma metodologia de avaliação que integra a aplicação do modelo de KANO combinado as perspectivas do BSC, enfatizando que o prestador de serviços deve identificar não só as expectativas dos clientes atuais, que são fundamentais para o sucesso, mas também as expectativas potenciais que podem estimular os clientes (SHAHIN & ZAIRI, 2009).

O Modelo de KANO tem se mostrado efetivo em diversas aplicações relatadas na literatura e ganhado destaque no âmbito gerencial como uma importante ferramenta na avaliação da satisfação dos clientes (AGHLMAN *et. al.*, 2010; MOSTAFA *et al.*, 2013; CHANG *et al.*, 2012; BAKI *et al.*, 2009). Apesar das várias aplicações do modelo, não foram encontrados na literatura trabalhos envolvendo uma aplicação combinada do Modelo de KANO as perspectivas do *Balanced Scorecard* (BSC), para confrontar os resultados obtidos. Observando essa lacuna, este trabalho fará uso associado da metodologia de KANO as perspectivas originais do BSC para avaliação da satisfação dos pacientes em um serviço público de saúde na cidade de Recife.

A relevância da aplicação do estudo no âmbito público reflete as constantes ações de melhoria da saúde pública no Brasil, buscando acompanhar as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira e a consequente pressão sobre os serviços do Sistema Único de Saúde - SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Sendo o acompanhamento dessas alterações fundamental para que o Ministério da Saúde otimize seus esforços para atender as reais necessidades da população.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Este trabalho tem como objetivo geral analisar os atributos considerados relevantes para a satisfação dos pacientes assistidos por um Hospital Público, utilizando para isso a integração entre o Modelo de KANO e as perspectivas do *Balanced Scorecard* (BSC).

1.2.2 Objetivos Específicos

Para atender ao objetivo proposto faz-se necessário considerar os seguintes objetivos específicos:

- Investigar na literatura a caracterização do setor de serviços, em especial os voltados a assistência à saúde pública, as estratégias de gerenciamento da qualidade;
- Construir um formulário seguindo a metodologia de KANO para a coleta de dados junto aos pacientes do serviço priorizado para a determinação dos atributos;
- Compreender o Planejamento Estratégico elaborado pela Instituição, seus valores e características e como o Modelo de KANO pode contribuir para o seu incremento;
- Desdobrar os atributos priorizados pelo Modelo de KANO e como estes podem avaliar cada processo por meio das perspectivas do BSC;
- Analisar os resultados da pesquisa e como estes podem contribuir para a satisfação dos pacientes na instituição investigada.

1.3 METODOLOGIA

1.3.1 Ambiente da Pesquisa

O estudo tem como propósito empreender uma investigação no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) na cidade de Recife, apontado como um Centro de Referência Regional em várias especialidades médicas, e pioneiro em Programas de Qualidade Total em Hospitais públicos do país (HUOC, 2013).

1.3.2 Caracterização da Pesquisa

A construção de uma pesquisa científica envolve várias etapas, técnicas, procedimentos para o alcance de um propósito, apresentando uma variedade de enfoques para a sua classificação, desta maneira adotaremos para a efetivação deste estudo os seguintes pontos de vista:

- *Quanto a finalidade (natureza):* este trabalho enquadra-se como uma Pesquisa Aplicada, onde o conhecimento a ser produzido objetiva gerar conhecimento para o Hospital estudado, dirigido à solução de problemas específicos, envolvendo verdades e interesses locais (MARCONI & LAKATOS, 2008).
- *Quanto aos objetivos:* classifica-se do tipo pesquisa Exploratória e Descritiva. Segundo Cauchick Miguel (2010), a pesquisa exploratória ocorre nos estágios iniciais de uma pesquisa sobre o fenômeno, quando o objetivo é adquirir uma visão inicial sobre um tema e fornecer base para um *survey* mais detalhado. Usualmente, não tem um modelo conceitual definido e as variáveis de interesse necessitam ser mais bem escolhidas. A pesquisa é executada de forma descritiva por buscar descrever as necessidades do público-alvo atendido por esses serviços e em seguida estabelecer relações entre as características apontadas que contribuam para uma melhoria desses serviços. Sendo necessário o suporte de técnicas padronizadas de coleta de dados como questionários, observação sistemática, etc., segundo Gil (2010).
- *Quanto a abordagem:* combinação entre as abordagens Quantitativa e Qualitativa, onde as opiniões manifestadas pelos pacientes (público alvo da pesquisa) foram mensuradas de acordo com a abordagem do Modelo de KANO e interpretadas com base nas perspectivas do *Balanced Scorecard* (BSC), com base na investigação da literatura descritas no capítulo 4. A Pesquisa Quantitativa requer o uso de recursos e

técnicas estatísticas traduzindo em números, opiniões e informações para classificá-las e analisá-las (GIL, 2010). Para Vieira (2006), a pesquisa qualitativa oferece descrições fundamentadas e explicações referentes a processos em contextos organizacionais. Fornece ainda maior flexibilidade para adequação da estrutura teórica ao estudo do fenômeno administrativo e organizacional.

- *Quanto ao levantamento de dados (procedimentos técnicos):* como este estudo propõe-se a obter informações e ampliar o conhecimento sobre o tema, a Pesquisa Bibliográfica é o meio de investigação do assunto, para que o pesquisador familiarize-se com a temática em estudo, associada à pesquisa de campo e ao estudo de caso, sendo possível aprofundar o conhecimento sobre o comportamento dos clientes-alvo, permitindo confirmar hipóteses ou descobrir novas relações entre os fatos, (MARCONI & LAKATOS, 2008; GIL, 2010). Sendo assim, adotou-se como instrumento de mensuração dos dados, questionário (contendo um grupo de perguntas funcionais e disfuncionais tendo como parâmetro o modelo de KANO) respondido de forma voluntária e confidencial, obedecendo a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e iniciado após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (Anexo 1).

1.3.3 Definição da Amostragem

A definição da amostra é uma etapa de grande importância no delineamento da pesquisa capaz de determinar a validade dos dados obtidos. Sua correta definição proporciona informações relevantes sobre o total da população. O procedimento de amostragem pode ser realizado por meio de uma amostra probabilística ou não probabilística, tendo cada uma recomendações e limitações (MATTAR, 2012).

A escolha da instituição priorizada para este estudo se deu após uma investigação da relevância do Hospital para a região de Pernambuco, e pela abrangência de tratamentos oferecidos a população, com especial atenção ao combate de doenças negligenciadas, que no âmbito nacional, o Estado vem se destacando pelo crescente número de registros da doença, de acordo com dados do Ministério da Saúde (2013).

A amostragem pesquisada ocorreu após entrevista com o Gestor da Farmácia Ambulatorial e Farmacêutico responsável pela coordenação do Programa de Controle à Doenças Negligenciadas do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) e o conhecimento

das peculiaridades do tratamento no Estado e as iniciativas do governo Federal e Estadual diante o combate das doenças classificadas como negligenciadas.

De acordo com a coordenação do Programa, uma das grandes preocupações dos gestores refere-se ao combate a tuberculose, devido ao alto índice de não adesão ao tratamento, o agravamento da doença pelo abandono e devido ao estado de Pernambuco ser considerado vice-campeão brasileiro na incidência da doença, estando na retaguarda do estado de São Paulo.

Para o dimensionamento da amostra optou-se por uma amostragem probabilística, baseado no conceito de seleção aleatória, assegurando que todos os elementos da população tivessem uma chance de seleção conhecida diferente de zero. Sendo calculado conforme a Equação 1.1 e 1.2, onde (n) representa o número de indivíduos da amostra; (σ^2) a variância da amostra, (E_o) é o erro amostral máximo tolerável e (γ) o nível de confiança a ser adotado no processo de estimação (BARBETTA, *et al.*, 2010).

$$n = \frac{N.n_o}{N+n_o-1} \quad (\text{com arredondamento para o inteiro superior}) \quad (1.1)$$

$$n_o = \frac{Z^2 \gamma \sigma^2}{E_o^2} \quad (1.2)$$

A dificuldade no cálculo da amostra é que a mesma depende da variância populacional σ^2 , que é desconhecida. Em seu lugar costuma-se utilizar o desvio padrão, encontrado por meio da raiz quadrada positiva da variância, calculada por meio da Equação 1.3 a seguir (MOREIRA, 2008).

$$S^2 = \frac{\sum(mi - \bar{x})^2}{n-1} \quad (1.3)$$

Segundo a direção do HUOC, iniciam o tratamento no Programa de Controle à Tuberculose aproximadamente 200 pacientes/mês, sendo registrada nos sete primeiros meses do ano de 2013 uma média de 60 pacientes. Desse modo encontramos uma variância de 3,8.

Considerando um nível de confiança $\gamma = 98\%$ (que equivale a $Z_\gamma = 2,33$), um Erro amostral ($E_o = 0,5$), o resultado da equação 1.2 será:

$$n_{\circ} = \frac{(2,33)^2 \cdot 3,8}{(0,5)^2} = 82,52$$

Como temos 60 pacientes sendo assistidos pelo referido Programa, o resultado da equação 1.1 fornece uma amostra de:

$$n = \frac{60 \cdot 82,52}{60 + 82,52 - 1} = 34,9858 \cong 35 \text{ pacientes}$$

Desse modo tem-se uma amostra de 35 pacientes como representativa para os fins desta pesquisa, onde os sujeitos foram abordados de forma voluntária, e sua cooperação ficando condicionada aos esclarecimentos do teor da pesquisa, não sendo necessária a identificação e nem a exposição de informações pertinentes ao tratamento.

A participação dos pacientes na pesquisa teve início após o livre consentimento do paciente expresso por escrito através da assinatura do TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2) obedecendo a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Vale destacar que a referida coleta de dados seguiu as recomendações do Comitê de Ética em Pesquisa no que se refere a pesquisa com seres humanos.

Foram excluídos dessa amostragem os pacientes em idade inferior a 18 anos assistidos pelo referido Programa e também os internados na unidade hospitalar, diante às condições de acesso.

Os questionários foram administrados pessoalmente pelo pesquisador a fim de dirimir possíveis dúvidas acerca dos atributos investigados.

As informações desta pesquisa serão utilizadas para fins acadêmicos, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação.

Os dados coletados nesta pesquisa por meio de questionário impresso ficarão armazenados em pastas arquivos sob a responsabilidade do pesquisador principal e de seu orientador, conforme especificações no TCLE, pelo período mínimo de 5 anos.

1.3.4 Procedimentos Técnicos

A realização da pesquisa seguiu as etapas descritas a seguir com o intuito de alcançar os objetivos propostos.

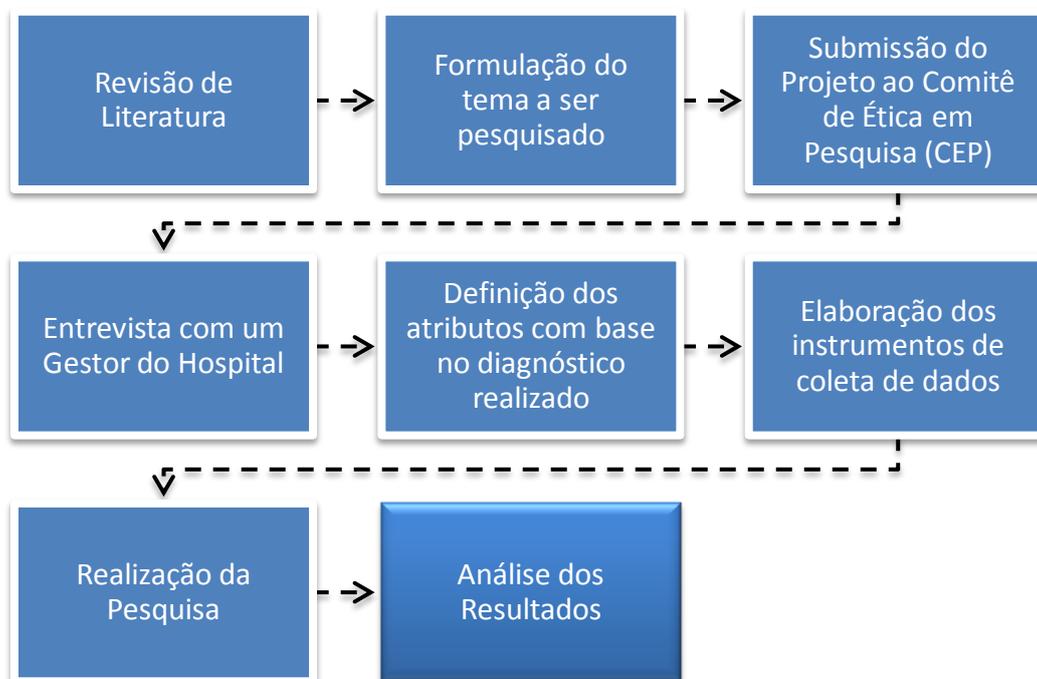


Figura 1.1: Etapas e procedimentos utilizados na pesquisa
Fonte: Esta pesquisa (2013).

1.4 Estrutura da Dissertação

O presente trabalho está estruturado em seis capítulos, descritos sucintamente a seguir:

O primeiro capítulo refere-se à parte introdutória, contextualizando o cenário alvo da investigação e a justificativa da escolha, expondo os objetivos propostos para o desenvolvimento desse estudo, a metodologia escolhida e a definição da amostra.

O segundo capítulo compreende a fundamentação teórica, traçando um panorama geral sobre a evolução histórica dos conceitos de Qualidade, as definições construídas sobre o setor de Serviços, principais aspectos sobre a Qualidade em Serviços e alguns modelos usualmente aplicados para a mensuração da Qualidade em Serviços.

O terceiro capítulo aborda a revisão bibliográfica onde são analisadas as referências mais relevantes sobre o segmento de serviços de saúde, esclarecendo algumas definições e características sobre Qualidade em Serviços de Saúde e de forma mais específica as

ferramentas que serão priorizadas para a construção do modelo: Modelo de KANO e o *Balanced Scorecard* (BSC).

O capítulo quatro apresenta a proposição de um modelo de avaliação integrando o Modelo de KANO ao *Balanced Scorecard* (BSC), associando as categorias classificadas pelo primeiro modelo às perspectivas originais do BSC, combinadas para o alcance da satisfação das necessidades dos clientes.

No quinto capítulo é descrito a aplicação do modelo proposto em um Serviço de Saúde Pública do Estado de Pernambuco, descrevendo o perfil da amostra consultada, a instituição pesquisada, bem como as conclusões referente a abordagem proposta pelo modelo de avaliação da qualidade.

Por fim, o sexto capítulo são expostas as considerações finais, as dificuldades encontradas durante o desenvolvimento da pesquisa e sugestões para trabalhos futuros.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo serão apresentados os principais conceitos utilizados na elaboração do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), descrevendo as contribuições dos teóricos para a formulação dos conceitos que ora se apresentam. Na sequência será caracterizado o Setor de Serviços e suas tipologias e em seguida as características comumente observadas pelos clientes para a Qualidade em Serviços.

2.1 Histórico da Qualidade

Esta seção é destinada a revisão bibliográfica dos conceitos de Qualidade e como estes foram evoluindo para a composição do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ). A subjetividade usual do tema tem sido influenciada por conjunturas do ambiente, partindo de uma visão estritamente técnica fruto da Revolução Industrial, incorporando fatores como a adequação a padrões, necessidades dos clientes, foco em custos, novas pesquisas em inovação, agregando certamente novos valores frente a esse ambiente de mudanças.

2.1.1 Conceito de Qualidade

Segundo Garvin (2002), as atividades de controle da qualidade, tiveram início com o surgimento da produção em massa no início do século XX, passando-se a exigir padrões de conformidade dos produtos. Nessa fase o controle da qualidade limitava-se à inspeção e às atividades restritas, como a contagem, a classificação pela qualidade e os reparos. Etapas ocorridas posterior a produção e restritas a um único setor.

Ao longo da história constataram-se diferentes abordagens sobre o estudo da qualidade, sendo fundamental a contribuição de diversos estudiosos como: Shewhart, Deming, Juran, Feigenbaum, Crosby, Ishikawa e Taguchi para a qualidade alcançar a dimensão que ora se apresenta. Na Tabela 2.1 é descrito um breve desenvolvimento histórico dos métodos de qualidade destacando as principais características compreendidas por período:

Tabela 2.1: Desenvolvimento histórico dos métodos de qualidade

Período	Características
1700 - 1900	A inspeção era definida pelos próprios artesãos e sua equipe segundo critérios próprios, definidos pelos próprios artesãos e sua pequena equipe (MONTGOMERY, 2004).
1875	Frederick W. Taylor teve como foco a produtividade, implementando a divisão do trabalho em tarefas mais simples, definição do tempo padrão e padronização dos métodos de trabalho. Frank Gilbreth ("therbligs") e Gantt contribuíram posteriormente com esse tipo de gerenciamento da produção (MONTGOMERY, 2004).
1900 - 1930	Henry Ford, destaca-se pela revolução nos métodos de produção industrial, com a idealização e implementação da linha de montagem, possibilitando a produção em massa e um ganho em qualidade devido à padronização. Também é o responsável pelos 23 conceitos de erro-prova de montagem, auto-inspeção e a inspeção durante o processo (MONTGOMERY, 2004).
1924 - 1931	Walter A. Shewhart a partir da publicação de <i>Economic Control of Quality of Manufactured Product</i> (1931), enfatiza a existência de variações na produção e cria formas de distinguir as variações aceitáveis daquelas que pudessem indicar problemas, uso de ferramentas de controle estatístico da qualidade. Criador do ciclo PDCA (<i>plan-do-check-act</i>) para análise e solução de problemas, difundido posteriormente por Deming (CARVALHO <i>et al.</i> 2012).
1948	Genichi Taguchi inicia os seus estudos focando as atividades de projeto ao invés da de produção como anteriormente (MONTGOMERY, 2004).
1950	William Edwards Deming foi enviado ao Japão no intuito de colaborar para a reconstrução no pós-guerra. Permaneceu no país por mais duas décadas, e contribuiu para uma verdadeira revolução nas indústrias japonesas. Desenvolveu o ciclo PDCA que incorporava o conceito japonês de melhoria contínua (kaisen), e que passou a ser conhecido como "Ciclo de Deming"; 14 Princípios de Administração para transformação das empresas, podendo ser aplicado em empresas de qualquer porte e igualmente em todas as subdivisões das empresas (MONTGOMERY, 2004). Neste período o professor Kaoru Ishikawa desenvolveu o Diagrama de Causa-Efeito ou Diagrama 6M que ajuda a identificar as causas geradoras de problemas na produção. Para Ishikawa 95% dos problemas industriais poderiam ser resolvidos aplicando um conjunto de ferramentas organizadas por ele e facilmente utilizáveis pelos operários no ambiente fabril: 1. Gráfico de Pareto; 2. Diagrama de Causa-Efeito; 3. Histogramas; 4. Folhas de Verificação; 5. Gráficos de Dispersão; 6. Fluxogramas; 7. Cartas de Controle (MONTGOMERY, 2004).
1951	Armand Feigenbaum publica o livro <i>Total Quality Control</i> (TQC), aonde aborda a qualidade como responsabilidade de todos os envolvidos na empresa e não apenas ao departamento de produção (visão sistêmica da qualidade nas empresas), conceito que revolucionou a qualidade, por isso reconhecido por muitos estudiosos como o "pai da qualidade". A União Japonesa de Cientistas e Engenheiros (JUSE) cria o "Prêmio Deming" que valoriza trabalhos que geram resultados na metodologia da qualidade (MONTGOMERY, 2004).
1957	Joseph. M. Juran e F. M. Gryna publicam a primeira edição de <i>Quality Control Handbook</i> (Manual de Controle de Qualidade), livro de referência para os métodos de melhoria da qualidade. Juran difundiu o Princípio de Pareto (também conhecido como regra do 80/20), mostrando que 80% da falhas são causadas por 20% das causas. Sendo o precursor da teoria dos custos da qualidade, abordando três categorias principais, as falhas, a prevenção e a avaliação (MONTGOMERY, 2004). Philip Bayard Crosby criou o programa do "Zero Defeito" e o "Fazer Certo da Primeira Vez", onde relata que a qualidade é a conformidade com as especificações (CROSBY, 1995).
1960	Ishikawa introduz os Círculos de Controle de Qualidade (CCQ) no Japão

	(MONTGOMERY, 2004).
1975 – 1978	Estende-se o movimento de gerenciamento da qualidade total aos Estados Unidos, com os círculos de qualidade (MONTGOMERY, 2004).
1987	A Organização Internacional de Normalização (ISO) editou a série 9000, que trata os sistemas de gestão da qualidade nas empresas (CAMFIELD & GODOY, 2004).
1988	O congresso dos Estados Unidos cria o <i>Malcom Baldrige National Quality Award</i> (Prêmio Nacional Malcom Baldrige de Qualidade), também visando valorizar iniciativas positivas no controle da qualidade (MONTGOMERY, 2004).
1989	A Motorola inicia uma estratégia gerencial, no intuito de melhorar o processo e eliminar as falhas, essa abordagem recebeu o nome de Seis-Sigma. Sendo disseminado no meio industrial por volta de 1997 (MONTGOMERY, 2004).
1990s	Crescimento no uso das certificações ISO na indústria americana (MONTGOMERY, 2004).
	Surge no Brasil o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP), que acelera a necessidade da criação de uma instituição que mobilizasse as empresas rumo a excelência da gestão fora do âmbito governamental (MONTGOMERY, 2004).
1992	Para Philip B. Crosby qualidade deve ser definida como cumprimento de requisitos e não como adequação, aonde o padrão de desempenho deve ser o zero defeito e não aproximadamente zero defeito (ARAÚJO, 2009).
1991	Juran propõe um novo conceito de qualidade baseado em um novo modelo de gestão: o <i>Total Quality Management</i> (TQM) ou Gestão da Qualidade Total, enfatizando que o planejamento da qualidade deveria exceder as atividades de inspeção e abranger as estratégias do ambiente de negócios (PALADINI, 2011).
<i>Recente</i>	Paladini define qualidade com base na visão do consumidor, considerando a multiplicidade de itens que o cliente julga mais relevantes. Assim, a medida que a visão do cliente se modifica a atividade produtiva se altera de forma a atendê-lo cada vez melhor (PALADINI, 2011).

Fonte: Esta pesquisa (2013).

Dentre a variedade de definições sobre Qualidade discutidas, Garvin (2002) agrupou os vários conceitos em cinco abordagens principais:

- *Transcendental*: considera que a qualidade é sinônimo de “excelência inata”, reconhecida em qualquer parte pela experiência;
- *Baseada no Produto*: define-se como um conjunto mensurável de atributos de um produto, que são mais perceptíveis de análise em bens tangíveis do que no caso de serviços;
- *Baseada no Usuário*: focada na satisfação das necessidades do cliente, procurando conciliar as especificações do produto as expectativas do cliente, como expresso anteriormente por Juran, 1974, “Qualidade é adequação ao uso”;
- *Baseada na Produção*: a qualidade é definida como conformidade as especificações de um projeto (utilizando de ferramentas como o controle de processo), mesmo que essas especificações não correspondam as reais necessidades do cliente. Tem como máxima “Fazer certo da primeira vez”;

- *Baseada no Valor*: envolve duas variáveis, custo e benefício, onde a qualidade é a capacidade de oferecer um bom desempenho a um preço justo.

Para Paladini (2011) a abordagem baseada no usuário tende a incorporar as outras abordagens, pois quando a empresa passa a desenvolver estratégias preocupadas com a conformidade do produto as necessidades do consumidor, custo *versus* benefício, está ao mesmo tempo focada nas percepções do cliente.

Essa abordagem mais gerencial da qualidade só começou a ser explorada nas últimas décadas, priorizando as necessidades e oportunidades dos consumidores, rompendo assim o isolamento que se tinha e os conceitos consagrados (GARVIN, 2002).

Gerenciar a qualidade na empresa envolve desde o acompanhamento da matéria-prima, o gerenciamento do processo produtivo (seja produto ou serviço), até o pós-venda, centrando-se na satisfação do consumidor, de forma que se agregue valor de uso ao produto, e que este de preferência supere as expectativas do consumidor.

Portanto, é essencial conhecer os fatores internos que afetam a qualidade das atividades produtivas e, a partir de sua identificação, dispor de ações que possam contribuir para a qualidade desejada. Para isso, precisa-se sincronizar a atuação das pessoas, postos de trabalhos e fornecedores (PALADINI, 2011). A estratégia de desenvolver a qualidade nas atividades de produção representa um diferencial competitivo no ambiente em que a empresa está inserida.

A Figura 2.1 ilustra a abordagem mais gerencial da qualidade, focada no ganho de valor para o cliente e traduzida para a empresa em estratégias que garantem a sobrevivência das organizações.



Figura 2.1: Conexão entre os Conceitos de Qualidade
Fonte: Adaptado de Campos (2004).

2.1.2 O Serviço de Serviços e suas Características

Ao longo da história se percebe períodos ímpares de retração e crescimento do setor de serviços, como na Revolução Industrial, onde o foco foi voltado exclusivamente para a indústria, deixando o setor de serviços em segundo plano, vindo somente a partir do século XX, o setor despontar com um crescimento contínuo ocupando hoje uma posição de destaque nas economias pelo mundo (MELO, 1998).

O Brasil segue a tendência mundial, já consolidada nas nações desenvolvidas, expressando percentuais de cerca de 60% do Produto Interno Bruto (PIB) gerado exclusivamente pelo setor de serviços. Um crescimento recorde se comparado a qualquer outro segmento econômico (como o setor industrial, agronegócio), combinado a geração significativa de empregos e a criação de novos postos de trabalho (IBGE, 2012).

Vale destacar que o setor de serviços não diminui a importância do setor industrial, pelo contrário, ele atua como parceiro no desenvolvimento do mesmo, em áreas como diferenciais competitivos, suporte das operações internas e como geradores de lucro (GIANESI e CORRÊA, 1996). Na verdade, quase todas as atividades econômicas, em maior ou menor grau, produzem ou fornecem um composto de bens e serviços ao cliente.

A produção de serviços possui características bem singulares que as diferenciam da produção de bens manufaturados, sendo útil a determinação de suas configurações para um melhor gerenciamento da organização.

Para Moreira (2008) a característica principal da produção de serviços é o contato direto com o cliente e a variação do volume de insumos consumidos, já que dada a natureza do serviço a padronização das quantidades necessárias é bem mais complicado já que não há a possibilidade de se repetir exatamente da mesma forma o mesmo tipo de serviço.

Já Slack (2009) enfatiza o conceito de intangibilidade, não sendo possível ao cliente tocar em um serviço, mesmo vendo ou sentindo os seus resultados. Situação bem mais perceptível na produção de bens materiais.

Com base nesses aspectos, os sistemas de serviços podem ser caracterizados em função das seguintes dimensões: *intangibilidade*, *percebibilidade*, *variabilidade* (ou *heterogeneidade*) e *simultaneidade* da produção e consumo. Sendo fundamental a presença do cliente na execução de sua operação seja como co-produtor ou mesmo passivamente, situação que é mais difícil de ocorrer na produção de bens.

Porém, a sua variabilidade não deve ser encarada como uma característica inerente aos serviços que comprometa a consistência em sua prestação para com o cliente.

Considerando sua expressividade para a economia nacional, o setor de serviços é um absorvedor constante de estudos, técnicas e ferramentas de gestão, visando uma maior produtividade e ganhos efetivos maiores.

Apesar da enorme diversidade de serviços atualmente oferecidos aos consumidores, eles podem ser agrupados em determinadas categorias de sistemas de serviços que facilitam sua compreensão, como apresentados por Corrêa e Caon (2010), representados na Figura 2.2 a seguir.

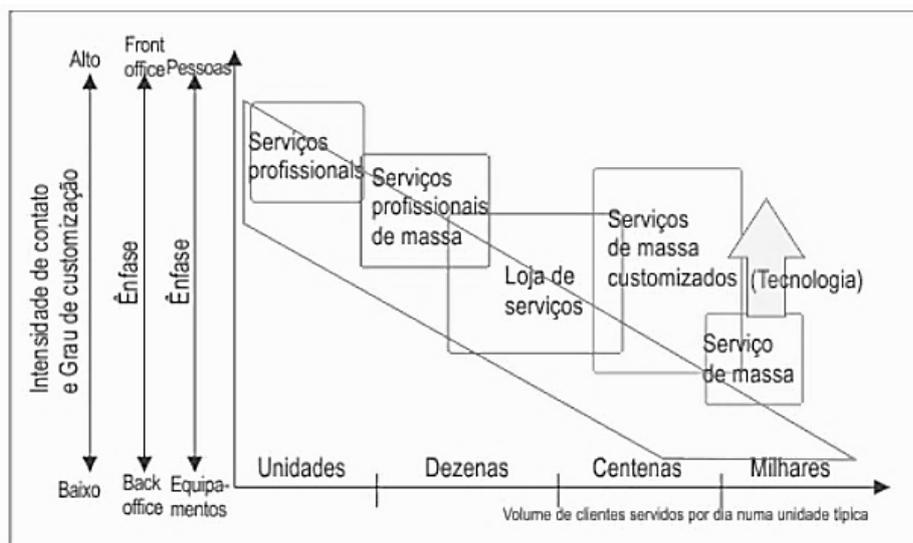


Figura 2.2: Tipologia de serviços com base nos contínuos de volume/variedade/customização do serviço
Fonte: Corrêa e Canon (2010, p. 75).

- a) **Serviços Profissionais:** São caracterizados por uma intensa participação do cliente no processo de prestação do serviço, demandando uma grande flexibilidade das organizações para atender as necessidades específicas. Esse sistema requer mão-de-obra altamente qualificada para a prestação de atendimento bastante personalizado (diferenciação pelo *front office*), realizando tarefas com baixa especificação e repetitividade. Compreendem os serviços de consultoria empresarial, jurídicos, cirurgiões, execução de projetos com prazos determinados.
- b) **Serviços Profissionais de Massa:** são aqueles serviços profissionais que cresceram em escala e que, por isso, enfrentam mudanças como um maior volume de clientes a ser processado por dia e venda e implementação de soluções cada vez mais personalizada (ganho de escala). Busca controlar os insumos para reduzir a variabilidade de suas operações, podendo com isso padronizá-las e conseguir alto índice de produtividade. Incluem os serviços altamente especializados, como hospitais

focados em um único tratamento (clínicas cardíacas, neurológicas, etc.), serviços automotivos (para-brisas, injeção eletrônica, etc.).

- c) **Lojas de Serviços:** definidos como intermediário entre Serviços Profissionais e Serviços de Massa, combinando atividades do pessoal do *front office* (atividades de escritório, linha de frente) com as do *back room* (retaguarda, operações de baixo contato com o cliente). Podem ser enquadrados os serviços bancários, agências de viagens, hotéis, hospitais, restaurantes.
- d) **Serviços de Massa Customizados:** serviços que por contarem com uso de tecnologia, principalmente as mais avançadas tecnologias de informação, dão a sensação pro cliente de serviços customizados (atendimento automatizado). Um exemplo, são os sites que visitados com certa frequência pelos clientes, ao identificarem uma nova visita automaticamente carregam ofertas relacionadas às últimas compras (ou pesquisas) ou saúdam com *e-mails* promocionais (cupom de desconto, compra casada, etc.)
- e) **Serviços de Massa:** compreendem transações padronizadas e bem definidas antes mesmo do cliente receber por elas. Esses serviços podem ser baseados em equipamentos e orientados para o “produto”, com a maior parte do valor adicionado no *back room* (retaguarda) e relativamente pouca atividade de julgamento exercida pelo *front office* (atendimento de linha de frente). No planejamento deste tipo de serviço há uma tendência à divisão do trabalho e à especialização de tarefas para atender a uma demanda em alta escala com eficiência. O que pode contribuir para investimentos em equipamentos e/ou sistemas informatizados e a posterior substituição de recursos humanos. Nessa categoria incluem os supermercados, transportes, serviços de telecomunicações, serviços de polícia, aonde não se pode customizar praticamente nada.

De acordo com o tipo de serviço oferecido pela organização, desafios diferentes e estratégias são requeridas para atender as necessidades dos clientes.

Empresas com baixo volume de serviços possuem desafios associados ao gerenciamento da demanda e programação de atendimentos, velocidade das transformações tecnológicas, etc. Para as organizações com baixo grau de interação e customização seus desafios estão voltados as estratégias mercadológicas, atenção aos aspectos físicos do ambiente e gerenciamento de

hierarquia relativamente rígida com necessidades de procedimentos operacionais bem definidos (FITZSIMMONS J.; FITZSIMMONS M., 2011).

Nas organizações com grande fluxo de atividades, os desafios estão relacionados a capacitação e integração da equipe, controle da diversidade de processos. Finalmente para as organizações com alta interação e alta customização, os desafios referem-se a redução de custos, esforços para a manutenção da qualidade, atenção a intervenção do consumidor no processo, gerenciamento da hierarquia horizontal com relacionamentos flexíveis entre os subordinados (FITZSIMMONS J.; FITZSIMMONS M., 2011).

Portanto, são múltiplos os fatores que interagem no desempenho de uma organização, sendo necessários a elaboração de novas metodologias de gerenciamento que abordem as especificidades do setor e contemplem a satisfação das necessidades dos consumidores.

2.2 Qualidade em Serviços

Esta seção apresenta o conceito de qualidade, dando ênfase às peculiaridades comumente valorizadas pelos clientes para avaliação da Qualidade em Serviços e alguns modelos evidenciados pela literatura para mensurar a satisfação e a qualidade em serviços.

2.2.1 Conceito de Qualidade em Serviços

Ao longo do dia as pessoas estão envolvidas com uma infinidade de serviços, sejam eles produtivos (serviços bancários, jurídicos, corretagem e comunicação), de distribuição de bens (comércio, transporte e armazenagem), sociais (educação, saúde e lazer) e pessoais (restaurantes, salão de beleza, hotelaria), sendo ofertados por agentes de forma bastante similar. Sendo assim, as organizações que conseguem produzir seus serviços com qualidade, veem uma oportunidade de desenvolver seu diferencial competitivo.

Qualidade do serviço e satisfação do cliente são comumente reconhecidos como fundamental na determinação do sucesso do negócio a longo prazo (Busacca & Padula, 2005), levando a uma maior fidelidade do cliente (Yi, 1991; Anderson & Sullivan, 1993), o que por sua vez afeta a receita e a rentabilidade futura (BOLTON, 1998).

O segmento de serviços, considerado como um dos propulsores do desenvolvimento econômico no Brasil nos últimos anos (IBGE, 2012), vem crescendo não somente em termos quantitativos, mas é cada vez mais recorrente a melhoria em sua prestação.

Diversos autores como Gronross (2004), Las Casas (2012), Kotler (1998), consideram um serviço de qualidade na percepção do cliente, como todo esforço produzido pela empresa, para satisfazer uma necessidade, solucionar um problema ou atender qualquer outra expectativa. Onde o cliente avaliará a prestação do serviço como satisfatória pela relação entre as expectativas projetadas e a entrega do que foi contratado, como ilustrada na Figura 2.3 a seguir:



Figura 2.3: Qualidade percebida pelo cliente
Fonte: Adaptado de Corrêa e Canon (2010).

Lovelock & Wright (2001) consideram que os clientes possuem uma expectativa anterior ao consumo que é baseada em suas necessidades individuais, experiências anteriores ou mesmo recomendações de outros clientes. Porém, o cliente realiza a avaliação a partir da comparação da qualidade percebida do serviço que recebe com as suas expectativas iniciais.

Mostafa *et al.* (2013) enfatiza essa ideia ressaltando a importância do alinhamento entre os serviços prestados e as expectativas dos clientes com relação ao serviço recebido. Embora os fatores que são utilizados na prestação de um serviço são tangíveis, como por exemplo, produção, vendas, variáveis como informações de vendedores, o comportamento cortês, os mecanismos de queixas refletem a percepção pessoal do serviço, sendo, portanto, parte intangível no processo. Por isso, pode ser difícil para a empresa compreender os comentários dos clientes relativos aos serviços fornecidos.

Considerando as peculiaridades em se avaliar operações de serviços, se comparada com bens manufaturados, alguns autores (Parasuraman *et al.*, 1985; Johnston *et al.*, 2001; Gianesi e Corrêa, 1996) integraram um conjunto genérico de determinantes que seja aplicável a

quaisquer tipos de serviços. O intuito é fornecer aos clientes critérios que possam ser valorizados e observados o seu desempenho:

- *Competência*: grau de capacidade técnica para prestar o serviço conforme prometido, consistência e segurança.
- *Agilidade*: rapidez no atendimento e presteza no atendimento ao cliente.
- *Percepção dos Tangíveis*: qualidade das especificações dos bens materiais (suprimentos, instalações, equipamentos) que compõem o pacote de serviços.
- *Empatia*: cuidado e atenção fornecido ao cliente, incluem a comunicação, atendimento.
- *Flexibilidade*: grau de capacitação para alterar o pacote de serviços para ajustar-se às expectativas/desejos do cliente.
- *Acesso*: facilidade de entrar em contato (telefone, e-mail, ouvidoria) ou acessar fisicamente o serviço (praticidade, localização).
- *Custo*: corresponde ao preço cobrado pelo serviço, bem como custos adicionais, enfim, os custos repassados ao cliente para receber o serviço desejado.

Gianesi e Corrêa (1996) sugerem outros critérios como *segurança, integridade, limpeza, conforto, estética* que podem complementar a avaliação “multidimensional” dos serviços. O que se pretende ao estabelecer determinantes para a qualidade em serviços é definir parâmetros para a compreensão de um fenômeno essencialmente intangível.

Vale destacar que apesar do preço exercer forte influência na escolha para o cliente e conseqüentemente estar ligado a estratégia da organização, preço não parece ser um determinante direto da qualidade, como alega Grönroos (2004).

Portanto, com base nos conceitos de qualidade focados em oferecer o que o cliente deseja, sugere-se que seja dada relevante atenção as reclamações e sugestões manifestadas pelo cliente, pois estas podem ser valiosas oportunidades de corrigir problemas que provavelmente a empresa ainda não tenha observado. E que certamente será refletido em benefícios para a instituição prestadora.

2.3 Modelos que medem a satisfação e a qualidade em serviços

As ferramentas da qualidade consistem em técnicas essenciais do processo de implementação ou melhoria da Gestão da Qualidade com propósito de definir, mensurar,

analisar e propor soluções que contribuam para a tomada de decisão gerencial de forma sistemática e estruturada.

Vale destacar nesse ponto do trabalho a definição de alguns termos recorrentes quando se trata de Gestão da Qualidade: Ferramentas são procedimentos pré-estabelecidos para auxiliar no planejamento, execução, controle e verificação de atividades de coleta de dados, geração de hipóteses e execução de planos. Metodologias são sequências de etapas, também pré-estabelecidas e já comprovadas com utilização, as quais podem usar uma ou mais ferramentas durante a execução. Métodos também definido como sequência de etapas, porém sem aplicação prévia (PARENZA, 2004).

É interessante frisar que a estratégia adotada antes de ser utilizada deve ser adequada às necessidades da organização a fim de que se possa produzir os resultados desejados (Hunt, 1994 *apud* Araújo, 2009), evitando relações e metas equivocadas.

Gerenciar operações de serviços exige uma maior gama de métodos que precisam ser sistematizados no sentido de aumentar as possibilidades de interpretações das percepções e reações dos clientes.

O intuito é estabelecer indicadores de qualidade para que as informações deem suporte nas estratégias de tomada de decisão mais eficientes no sentido de melhor satisfazer as necessidades destes clientes. Para tanto, é essencial mensurar as atitudes e preferências dos consumidores, para compreender a interpretação que fazem da sua qualidade.

Inúmeras ferramentas são apontadas pela literatura que podem ser implementadas pelas organizações para avaliar a qualidade eficientemente, como a Análise SWOT, 5W2H, o *Balanced Scorecard* (BSC), a Escala SERVQUAL, Desdobramento da Função Qualidade (QFD), Matriz de Importância *versus* Desempenho, Modelo KANO, sendo descritos brevemente nessa seção. Sendo este último alvo de nosso estudo e, portanto, melhor enfatizado posteriormente.

- Análise SWOT: proposta na década de 1960 para fornecer uma orientação estratégica para as práticas de negócios é uma ferramenta frequentemente utilizada que orienta a organização a analisar seus pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças diante do cenário em que está inserida. Pontos Fortes referem-se aos atributos de uma organização que são úteis para atingir seus objetivos. Fraquezas referem-se aos atributos que podem desfavorecer a busca dos objetivos propostos. Oportunidades referem-se a fatores externos que poderiam beneficiar a organização. Ameaças

atribuem-se a fatores externos que poderiam comprometer as estratégias da organização. (HUNG, 2013).

- *5W2H (ou Plano de Ação)*: esta ferramenta serve de base para elaboração de vários planos de ação por meio de questionamentos que apoiam o planejamento de uma forma geral. Os termos de origem inglesa: **What** (o que será feito), **Who** (quem fará), **When** (quando será feito), **Where** (onde será feito), **Why** (por que será feito), **How** (como será feito), **How Much** (a que custo), instigam a captura de informações essenciais para a solução de problemas em várias áreas como: Planejamento da Qualidade – identificando quais padrões são relevantes e como satisfazê-los; Planejamento de Riscos – identificando os riscos a serem considerados na implantação de um plano de ação; Planejamento de Recursos Humanos – identificando os recursos necessários e disponíveis na empresa (DAYCHOUM, 2012).
- *Balanced Scorecard (BSC)*: metodologia de avaliação desenvolvida na década de 1990 nos EUA pelos professores Robert S. Kaplan e David P. Norton (2004), fruto de estudos envolvendo grandes corporações, defende que os métodos de avaliação de desempenho empresarial tradicional, comumente apoiados em dados financeiros e contábeis são insuficientes para estimar o comportamento gerencial. A ideia do BSC é o alinhamento entre os ativos tangíveis (financeiros) e intangíveis (clientes, processos internos e aprendizado e crescimento) a fim de abranger todo o conjunto de fatores relevantes no ciclo operacional dos negócios da empresa, como produtos e serviços de alta qualidade, relações com o mercado, processos internos eficientes e consistentes e clientes cada vez mais satisfeitos. Contudo os mesmos autores afirmam que essas perspectivas são proposições que podem ser alteradas ou ampliadas em função das necessidades do negócio.
- *Escala SERVQUAL*: proposta no final dos anos 1980 é uma técnica desenvolvida para compreender as percepções dos clientes em relação as suas necessidades, sugerindo cinco dimensões da qualidade: confiabilidade, empatia, segurança, responsabilidade e tangibilidade. O modelo compara as expectativas dos clientes para um tipo de serviço e suas percepções sobre uma determinada empresa prestadora do serviço. Esta diferença existente entre a expectativa gerada pelo serviço e o que de fato o cliente recebeu, foi definida como gap (lacuna), ou seja, quanto maior for a percepção do cliente sobre o serviço prestado, maiores serão as chances de ele continuar a utilizar o serviço. A partir desta diferença entre expectativas e percepções, são identificadas

cinco gaps ou lacunas, onde a média dos registros Servqual é a medida da qualidade da empresa (PARASURAMAN *et al.*, 1985; 1988). Embora o modelo SERVQUAL seja amplamente utilizado para avaliar a qualidade dos serviços em diversos setores, um aspecto questionável está no fato de que a utilização da diferença entre as percepções e expectativas não fornece informações complementares sobre a qualidade do serviço. Outra questão que envolve esta metodologia de análise é que ela se apresenta de forma linear, pois pressupõe que quanto melhor o desempenho da dimensão, maior será a satisfação do cliente.

- *QFD (Desdobramento da Função Qualidade)*: ferramenta que considera a opinião do cliente no estágio de projeto do produto ou serviço. O processo foi desenvolvido no Japão (amplamente utilizado pela Toyota), e resulta em uma matriz, denominada de “Casa da Qualidade”, que fornece uma estrutura que traduz os atributos de satisfação dos clientes em especificações mensuráveis e identificáveis para o *design* do produto ou serviço (FITZSIMMONS J.; FITZSIMMONS M., 2011).
- *Matriz de Importância versus Desempenho* ou *Importance Performance Analysis*: é uma técnica que objetiva apresentar os atributos que uma instituição deve trabalhar para melhorar e alcançar a satisfação de seus clientes. Para tanto, são utilizadas informações de pesquisas sobre satisfação dos clientes para construir uma matriz bidimensional para identificar necessidades de melhoria em produtos ou serviços. Na matriz são marcados pontos (atributos) enquadrados de acordo com a importância e o desempenho (MARTILLA; JAMES, 1977). Uma crítica ao modelo é o fato do cliente está mais propenso a atribuir maior importância aos atributos obrigatórios, em seguida aos unidimensionais, atrativos e neutros e a empresa priorizar maiores esforços em atributos que não trarão o aumento na satisfação geral (SAUERWEIN, 1999; TONTINI; SANT’ANA, 2007).
- *Modelo de KANO*: é uma ferramenta sobre a relação não linear entre satisfação do cliente diante atributos da qualidade: *atrativos, obrigatórios, unidimensional, neutros, reversos*. O modelo proposto na década de 1980 pelo estudioso Noriaki KANO (1984), mensura quais atributos devem ser priorizados na produção de um bem ou serviço para que gerem maior satisfação para os clientes e conseqüentemente um melhor desempenho para a organização. O modelo de KANO difere dos estudos tradicionais por estabelecer uma relação quantitativa entre o grau de satisfação ou insatisfação dos clientes, enfatizando ao prestador de serviços não somente as

expectativas dos clientes atuais, que são fundamentais para o sucesso do negócio, mas também as expectativas potenciais que podem estimular os clientes (SHAHIN, 2013; SHAHIN & ZAIRI, 2009).

Este trabalho utilizará o Modelo de KANO como o principal instrumento para o levantamento, classificação e medição dos dados sobre o grau de satisfação e insatisfação dos clientes/pacientes atendidos pelo serviço Hospitalar, enfatizando além das expectativas atuais, que são fundamentais para um melhor desempenho do negócio, as expectativas potenciais, que podem estimular os clientes/pacientes. Em seguida a associação com o *Balanced Scorecard* (BSC) dará suporte a organização para a formulação de diretrizes que fortaleçam o seu Planejamento Estratégico e ações que contribuam para o alcance das metas desejadas.

2.4 Considerações sobre o capítulo

Este capítulo apresentou uma discussão dos principais teóricos sobre os Conceitos de Qualidade e as características mais evidenciadas pela abordagem gerencial da Qualidade, dentre as quais podemos destacar a abordagem baseada no usuário que tende a incorporar as demais abordagens, pois quando a empresa passa a desenvolver estratégias preocupadas com a conformidade do produto as necessidades dos consumidores estão ao mesmo tempo evidenciadas nas percepções do cliente.

A questão da caracterização do Setor de Serviços tem ênfase nas seguintes dimensões: *intangibilidade, percibibilidade, variabilidade (ou heterogeneidade) e simultaneidade* da produção e consumo. Sendo fundamental a presença do cliente na execução de sua operação seja como coprodutor ou mesmo passivamente, situação que é mais difícil de ocorrer na produção de bens.

Considerando as peculiaridades em se avaliar a Qualidade em Serviços se comparada com bens manufaturados, alguns autores apresentam um conjunto genérico de determinantes que podem ser observados nos vários tipos de serviços, como: *competência, agilidade, percepção dos tangíveis, empatia, flexibilidade, acesso, custo, segurança, integridade e limpeza*.

As técnicas apontadas como instrumentos de melhoria da Gestão da Qualidade devem ser sistematizadas e estruturadas para aumentar as possibilidades de interpretações das reações dos clientes e produzir os resultados desejados para a organização.

O que justifica a relevância na aplicação das ferramentas gerenciais como a Análise SWOT, 5W2H, *Balanced Scorecard* (BSC), Escala SERVQUAL, Desdobramento da Função Qualidade (QFD), Matriz de Importância *versus* Desempenho, Modelo de KANO, que contribuem para a mensuração das atitudes e preferências dos consumidores, dando suporte para a tomada de decisões mais eficientes no intuito de melhorar a qualidade dos serviços ofertados.

No próximo capítulo serão apresentados de forma mais específica o cenário de serviços de saúde no país, alguns estudos que deram origem a preocupação com a qualidade no setor e as ferramentas que compuseram a proposição do modelo proposto para avaliação da qualidade em um Hospital da rede pública no estado de Pernambuco.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Neste capítulo será dada uma ênfase mais específica à temática do trabalho, apresentando pesquisas e resultados de estudos encontrados na literatura relacionados aos assuntos-chave desta dissertação. Estas abordagens ajudam a situar o tema proposto no contexto das discussões da área priorizada e complementar com novas informações que tragam um valor significativo para o desenvolvimento deste trabalho.

3.1 O Setor de Serviços de Saúde no Brasil

A prestação de serviços no segmento de saúde no Brasil é subdividida em dois subsistemas: um de caráter público e outro privado. No âmbito público a saúde é assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) constitucionalmente regulamentada pela Lei 8.080/1990 que universaliza o direito e a igualdade de todos aos serviços públicos de saúde e de outro lado a esfera privada composta de cooperativas médicas, empresas de autogestão e companhias seguradoras constituindo o setor de Saúde Suplementar.

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), estima-se que 80% dos 190 milhões de habitantes da população brasileira dependem exclusivamente do SUS para ter acesso a saúde, o que representou em 2012 um investimento absoluto superior a R\$ 75 bilhões, de acordo com o relatório do Ministério do Planejamento e Finanças (2012). Montante que representa menos de 2% do PIB nacional ante os 5% recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para atingir padrões eficientes de atendimento.

Somando-se os recursos estaduais e municipais, os recursos públicos destinados à saúde nos últimos anos não ultrapassam 4% do PIB brasileiro e o setor privado responde pela maior parte dos investimentos em saúde, de acordo com estudos publicado em 2012 pela OMS.

A implantação do SUS conforme a Constituição Federal de 1988 (art. 196 a 200 e suas alterações) permitiu a descentralização de sua gestão, compartilhando com os Estados e Municípios a administração do sistema, assim como assegurando a transferência mínima de recursos, cabendo aos governos estaduais 12% de suas receitas, aos municipais 15% e o restante a União.

A mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira e a consequente pressão sobre os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) são aspectos indissociáveis para a formulação e implementação de políticas de saúde pública no país. O

acompanhamento dessas alterações é fundamental para que o Ministério da Saúde otimize seus esforços para atender as reais necessidades da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde, o SUS conta com 257.064 estabelecimentos cadastrados, incluindo estabelecimentos públicos e privados oferecendo os mais diversos serviços, desde atendimentos ambulatoriais a internações, assim distribuídos por região conforme dados representados na Tabela 3.1:

Tabela 3.1: Distribuição dos estabelecimentos cadastrados pelo SUS

Regiões	Quantidade de Estabelecimentos	%
Norte	10841	4,2
Nordeste	52920	20,6
Centro-Oeste	55940	21,8
Sudeste	83540	32,5
Sul	53823	20,9
TOTAL	257.064	100

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

Esses serviços estão distribuídos entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Hospitais de Referência e redes credenciadas. Nas unidades de atenção primária ou UBS são oferecidos deste consultas médicas, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, Programa Saúde da Família e encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica.

As UPA's são estruturas de complexidade intermediária que compõem uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, funcionando em parceria com o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel as Urgências) 24horas/dia, solucionando casos de fraturas, cortes, infarto, exames de média complexidade como raio-x, eletrocardiografia, e dispendo de leitos de observação aos pacientes trazidos pelo SAMU ou os que procuram a unidade diretamente.

Já os Hospitais de Referência reúnem centros de referência para tratamento especializado nas mais diversas doenças. São clínicas e hospitais públicos e privados (rede credenciada) que oferecem procedimentos de alta complexidade, que muitas vezes requerem

altos investimentos e equipamentos tecnológicos avançados, como nas aéreas de oncologia, neurologia, cardiologia, dentre outras.

Os centros de referência estão aptos a receberem pacientes encaminhados de outras unidades de saúde da mesma região em que atuam ou mesmo fora dela. Disponibilizam ainda Programas específicos de combate ou prevenção de doenças como Programas de Saúde da Mulher, Combate a Catarata, Doenças Renais, Tireoide, Próstata, Câncer, Doenças Negligenciadas, etc. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

3.1.1 O Programa de Combate a Doenças Negligenciadas em Pernambuco

A região Nordeste apresenta expressivo número de estabelecimentos de saúde, com destaque para o Estado de Pernambuco, que abrange 14,35% das instituições credenciadas ao SUS, ficando atrás dos estados da Bahia 27% e Ceará 17,3% e que juntos abrangem mais de 58% dos atendimentos da rede pública de saúde da região.

O Estado de Pernambuco dispõe de 7.594 instituições conveniadas ao SUS dentre estabelecimentos públicos e privados, estando concentrados na região metropolitana de Recife mais de 50% desse contingente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Entre os tratamentos oferecidos pelos dos Hospitais de Referência de Pernambuco, um dos grandes desafios vem sendo o combate a doenças transmissíveis associadas a baixa renda, denominadas de enfermidades tropicais endêmicas ou popularmente conhecidas como Doenças Negligenciadas, que em Pernambuco atinge níveis expressivos.

Por Doenças Negligenciadas entendem-se aquelas causadas por agentes infecciosos ou parasitas, além de serem consideradas endêmicas em populações de baixa renda. Entre as mais comuns no estado de Pernambuco podemos citar: Tracoma (infecção ocular), Doença de Chagas (provocadas pelo protozoário *Trypanosoma cruzi* provocando complicações cardíacas), Hanseníase (manchas na pele), Filariose (doença parasitária nos vasos linfáticos), Esquistossomose (doença parasitária causada por vermes), Helmintíase (parasitoses intestinais) e Tuberculose (doença infectocontagiosa causada por bactérias que afetam principalmente os pulmões). Elas apresentam reduzidos investimentos em pesquisa, produção de medicamentos e controle.

A Lei 6.259/75, determina que é compulsório aos profissionais de saúde notificar regularmente as doenças e agravos que constam na lista nacional de “doenças de notificação compulsória” através do sistema nacional SINAN (Sistema de Informação de Agravos de

Notificação), para fins de manutenção do repasse de recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde do Bloco de Vigilância em Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

As ações de erradicação dessas doenças fazem parte do Programa SANAR lançado no primeiro semestre de 2011 pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), em parceria com os municípios, Secretaria Estadual de Educação, Ministério da Saúde (MS), Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), Organização Mundial de Saúde (OMS), entre outras instituições. Sendo o estado de Pernambuco o primeiro estado brasileiro a desenvolver um programa específico para enfrentamento dessas doenças (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO, 2013).

De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde (2013) serão investidos até 2014 R\$ 5,6 milhões para vigilância epidemiológica, fortalecimento e capacitação das equipes de atenção básica para a identificação e manejo clínico adequado, a ampliação do diagnóstico e a melhora do acesso a tratamentos e medicamentos.

Com relação aos índices de Tuberculose, o estado de Pernambuco possui uma média de 4.000 novos casos da doença por ano e cerca de 200 óbitos, ocupando o 4º lugar em incidência (números de casos novos) e o 2º lugar em mortalidade entre os Estados brasileiros. Até o final de março de 2011, foram confirmados 505 casos de tuberculose. Em 2010, foram 4.050 casos, e em 2009, 4.244. Em relação ao número de óbitos, foram 167 em 2009; 98 em 2010 e 4 em 2011. Além disso, o Estado tem o maior percentual de abandono do tratamento, com expressivos 11% (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO, 2013).

3.2 Qualidade em Serviços de Saúde

Tanto as organizações públicas quanto privadas de saúde enfrentam um ambiente de significativas mudanças, impulsionadas por várias fontes que incluem o Estado, esforços de reforma de saúde locais, internacionais e forças econômicas e de mercado interno; mudanças demográficas, estilo de vida e os constantes avanços tecnológicos no setor de saúde.

As Organizações de Saúde terão, portanto, um grande desafio para gerenciar eficazmente as alterações nesse ambiente. Sendo um dos maiores obstáculos no âmbito da saúde e da assistência social, a identificação e planejamento das ações para a medição do desempenho e melhoria dos serviços, o que historicamente não tem vindo a aumentar (KOUMPOUROS, 2013).

Atualmente, as características de saúde e de qualidade evoluíram muito desde a sua concepção legal, fazendo com que as instituições prestadoras reformulassem desde o conceito de “tratamento” até a percepção do “doente”.

Um dos principais estudos sobre a temática “Qualidade em Serviços de Saúde” foi desenvolvido por Donabedian (1992), onde aborda que o cliente tem pelo menos três papéis fundamentais no contexto da qualidade do serviço prestado:

- a) *Definição do que é qualidade:* clientes realizam uma indispensável contribuição na definição do que é qualidade e no estabelecimento dos padrões ideais de serviço, com base no seu próprio sentimento e experiência. Segundo o autor, o cuidado com a saúde envolve dois principais aspectos: atividades técnicas e o contato interpessoal entre os profissionais e o paciente, e em ambos os casos a contribuição do cliente é fundamental;
- b) *Avaliação desta qualidade:* mesmo considerando que definir e avaliar são processos que estão muito próximos, eles devem ser tratados separadamente. Obter as informações dos clientes acerca da sua satisfação ou insatisfação e das razões que as causaram, é um componente necessário aos programas de qualidade implementados pelas instituições de saúde;
- c) *Fornecer informações que permitam avaliar o serviço:* frequentemente os clientes de hospitais são questionados sobre o atendimento que receberam, no entanto, existem algumas informações que muitas vezes não são consideradas nessas avaliações, como as razões que o levaram a procurar o serviço, os seus medos, receios e até o que aconteceu com o seu tratamento após a sua alta.

Ainda segundo o mesmo autor, há uma limitação em apenas restringir a assistência à saúde em atividades de operação precisas e padronizadas. É necessário levar em consideração as especificidades de cada cliente/paciente, as próprias expectativas em relação ao tratamento, os cuidados para com a doença, enfim. Considerar fatores implícitos (baseados na experiência do próprio profissional) e explícitos (com base em evidências científicas e estudos das melhores práticas).

A prestação de serviços na área da saúde é uma das mais complexas atividades do setor de serviços, pois envolve uma série de ações e desafios, onde os prestadores necessitam lidar com contratos de planos de saúde, pagamentos, cumprir as normas das agências reguladoras,

adquirir novas tecnologias, melhorar o atendimento do cliente, recrutar e reter os funcionários (PORTER & TEISBERG, 2007).

Os prestadores de serviços de saúde precisam estabelecer estratégias que vão além das práticas tradicionais, pois o cliente deste serviço muitas vezes encontra-se em estado debilitado e com necessidades que vão além daquelas de um cliente comum das empresas de serviços.

Portanto, em se tratando de instituições hospitalares, a necessidade de se manter constante o alto nível de qualidade em todo o processo é ainda mais necessária, pois estes clientes estão buscando cuidar do seu bem maior que é a sua saúde, exigindo não só a qualidade na prestação dos serviços, mas ainda que se disponibilize o que há de mais moderno em termos de tecnologia dos equipamentos, medicamentos de alta performance e instalações modernas e confortáveis.

3.3 Modelo de KANO

A avaliação das expectativas dos clientes veem ganhando cada vez mais importância, uma vez que as empresas têm de lidar com a redução dos ciclos de vida dos produtos e com a satisfação das necessidades dos clientes. O que afeta consideravelmente os processos de desenvolvimento de novos produtos/serviços, sendo preciso novos métodos de avaliação da satisfação dos clientes que ajudem as empresas a se posicionarem no mercado (SHAHIN, 2013).

A satisfação do cliente é comumente vista como uma relação direta, ou seja, quanto maior for a qualidade percebida no produto, maior a satisfação do cliente e vice-versa. Mas, nem sempre o cumprimento dos requisitos de cada produto leva necessariamente a um alto nível de satisfação do cliente, pois muitas vezes não obedecem as características definidas pelo cliente. (MOSTAFA, 2013).

O modelo de Satisfação do Cliente desenvolvido por Noriaki Kano *et al* (1984) considera que a satisfação do cliente é uma relação não-linear que apresenta diferentes focos de atenção que precisam ser considerados no ciclo de desenvolvimento de um produto ou serviço.

Kano *et al.* (1984) postulou três categorias de atributos: *Obrigatórios*, *Unidimensionais* e *Atrativos*, para avaliar a capacidade de satisfazer as necessidades dos clientes. Na verdade, na perspectiva tradicional, havia apenas um atributo que indicava uma relação linear entre

satisfação e insatisfação do cliente, o que foi instituído de “Qualidade Unidimensional”. Em seguida ele criticou esse pensamento e acrescentou mais dois atributos: Obrigatórios e Atrativos, a fim de enfatizar que a não linearidade pode existir para as diferentes necessidades dos clientes. (SHAHIN, 2013).

Sendo assim, o modelo busca categorizar e qualificar os requisitos para tornar um produto ou serviço mais atrativo para seus clientes. Defendendo que para alguns atributos do produto e/ou serviço, a satisfação do cliente é aumentada drasticamente com somente uma pequena melhoria no desempenho, enquanto para outros atributos, a sua satisfação aumenta pouquíssimo quando o desempenho é melhorado ao extremo.

Segundo o Modelo de KANO os atributos podem ser divididos nas seguintes categorias: *Obrigatórios, Unidimensionais, Atrativos, Neutros e Reversos*.

- a) *Atributos Obrigatórios (O)*: São reconhecidos pelos clientes como pré-requisitos do produto ou serviço, porém quando não estão presentes ou não são atendidos, geram extrema insatisfação do ponto de vista do cliente. Por outro lado, o alto desempenho neste tipo de requisito não gera qualquer aumento significativo na satisfação do cliente, pois este entende essa característica como um pré-requisito. Explicitamente os clientes muitas vezes não exigem estes atributos;
- b) *Atributos Unidimensionais ou lineares (U)*: São normalmente esperados pelos clientes para que se sintam satisfeitos. Em geral, a satisfação do cliente é proporcional ao nível de preenchimento desses requisitos. Normalmente, um maior nível de preenchimento trará uma maior satisfação do cliente e vice-versa;
- c) *Atributos Atrativos (A)*: Esses requisitos são os critérios do produto/serviço que têm maior influência na satisfação do cliente e quase nunca são explicitamente expressos ou esperados pelos clientes. Sua presença causa uma satisfação mais do que proporcional, e sua ausência não gera insatisfação. São esses requisitos atrativos que representam o diferencial para cativar o cliente, ou como Kano denomina de “Qualidade Surpreendente”.
- d) *Atributos Neutros (N)*: referem-se aos aspectos irrelevantes quanto a presença ou ausência para o aumento da satisfação do usuário. São exemplos os itens raramente ou nunca utilizados pelos usuários;
- e) *Atributos Reversos (R)*: a presença gera insatisfação no cliente e vice-versa. Quando perguntada a opinião dos clientes sobre tais características, usualmente os mesmos irão questionar os motivos de sua presença ou até mesmo sugerir a sua extinção.

Além destes, Roos *et al.* (2009) sugerem o *Atributo Questionável (Q/?)* que indica que a pergunta foi formulada incorretamente, ou que o cliente não entendeu corretamente, ou que a resposta foi inconsistente.

Sua representação gráfica de acordo com a Figura 3.1 permite compreender cada um dos tipos de requisitos em função da sua suficiência e da satisfação proporcionada ao cliente. Baseando-se na relação do grau de desempenho (eixo horizontal) com o grau de satisfação (eixo vertical) onde cada atributo é representado com exceção para o atributo questionável (Q/?) que não é representável nesse modelo.

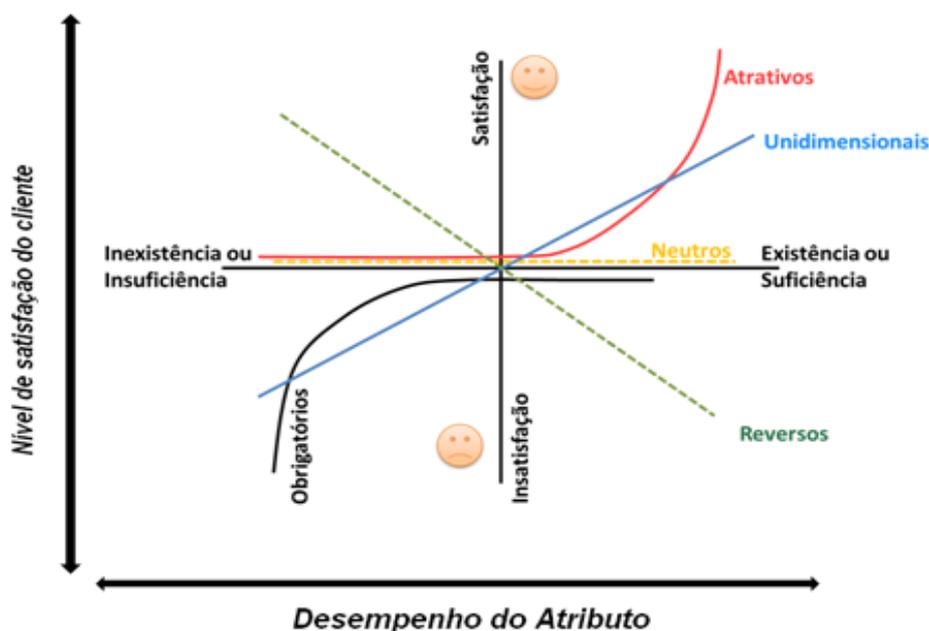


Figura 3.1: Modelo de KANO ou Modelo de Satisfação do Cliente
Fonte: Adaptado Löfgren e Witell, 2005 apud Ross *et al.* (2007).

O modelo sugere que os atributos podem ser identificados por meio de questionário (perguntas abertas/fechadas) aos clientes/consumidores sobre sua reação ou satisfação, recebendo um valor positivo para uma alta performance e um valor negativo para um desempenho abaixo do esperado. Onde a mensuração do impacto de um atributo define onde uma melhoria no desempenho pode gerar maior resultado para a organização, seja inovando seus processos, ampliando seu campo de atuação, incrementando seus serviços ou mesmo revolucionando o segmento aonde atuam.

Identificado as principais características mencionadas pelos clientes (com base no que eles acham ser importantes ou gostaria de receber junto com o produto/serviço), formula-se um questionário contendo um par de perguntas para cada característica do produto/serviço.

Segmentando os clientes de modo que seja possível estratificar as respostas e estudar a classificação dos diferentes atributos, a fim de garantir uma diferenciação da empresa no mercado atuante.

As perguntas referem-se à reação do cliente se o produto/serviço tem essa característica presente (hipótese funcional da pergunta) ou a ausência desta (hipótese disfuncional da pergunta), contendo cinco opções de resposta. Através da combinação da questão funcional com a disfuncional determina-se a classificação do atributo entre *atrativo*, *unidimensional*, *obrigatório*, *neutro ou reverso*. (TONTINI, 2003). A Tabela 3.2 a seguir exemplifica a forma funcional e disfuncional das perguntas para o atributo atendimento.

Tabela 3.2: Exemplo de Forma Funcional e Disfuncional da pergunta

Forma funcional (positiva) da pergunta	Como você se sente se o tempo entre a marcação da consulta e o atendimento médico for rápido?	1. Muito Satisfeito
		2. Gostaria que melhorasse um pouco mais
		3. Indiferente
		4. Posso aceitar que seja desta maneira
		5. Insatisfeito
Forma disfuncional (negativa) da pergunta	Como você se sente se o tempo entre a marcação da consulta e o atendimento médico for demorado?	1. Muito Satisfeito
		2. Gostaria que melhorasse um pouco mais
		3. Indiferente
		4. Posso aceitar que seja desta maneira
		5. Insatisfeito

Fonte: Esta pesquisa (2013).

Se a resposta do cliente/paciente para a questão funcional for “2. Espero que seja desta maneira” e se sua resposta disfuncional for “5. Insatisfeito”, então, de acordo com a Figura 3.2 de Avaliação de KANO, a classificação segundo o cliente é o *Atributo Obrigatório (O)*.

RESPOSTA DO CLIENTE		QUESTÃO DISFUNCIONAL				
		1. SATISFEITO	2. ESPERO QUE SEJA DESTA MANEIRA	3. INDIFERENTE	4. POSSO ACEITAR DESTA MANEIRA	5. INSATISFEITO
QUESTÃO FUNCIONAL	1. SATISFEITO	Q	A	A	A	U
	2. ESPERO QUE SEJA DESTA MANEIRA	R	N	N	N	O
	3. INDIFERENTE	R	N	N	N	O
	4. POSSO ACEITAR DESTA MANEIRA	R	N	N	N	O
	5. INSATISFEITO	R	R	R	R	Q

Legenda: Q – Questionável; A – Atrativo; U – Unidimensional; R – Reverso; N – Neutro; O – Obrigatório

Figura 3.2: Método de Avaliação segundo o Modelo de KANO

Fonte: Adaptado de Tontini (2003).

A partir de cada entrevista é necessário tabular e compilar os dados para a definição final dos atributos, entretanto, devido à variabilidade de clientes e suas expectativas, nem sempre é clara a definição do atributo devendo para isso proceder a uma coleta mais ampla de informações.

Quando a grande maioria dos clientes entrevistados classifica um atributo em uma determinada classe, por exemplo, o atributo atendimento na Figura 3.3, a classificação deste atributo é Obrigatório (30%). Mas muitas vezes existe uma dispersão das respostas, e a classificação não é tão óbvia. O atributo preço no exemplo da Figura 3.3 deve ser classificado como um atributo Atrativo ou Neutro?

ATRIBUTOS	ATRIBUTO			
	ATENDIMENTO	PREÇO	ORGANIZAÇÃO E LIMPEZA	CREDIBILIDADE DOS SERVIÇOS
1	O	N	A	O
2	A	Q	R	R
3	U	A	R	U
4	U	N	U	A
5	O	O	Q	N
...
E*	U	R	N	A

	Q	U	A	R	N	O
Atendimento	8%	20%	32%	10%	0%	30%
Preço	2%	15%	25%	7%	36%	15%
Organização e Limpeza	6%	0%	40%	15%	11%	28%
Credibilidade dos Serviços	10%	10%	55%	0%	15%	10%

E*: número de entrevistas

Figura 3.3: Exemplo de gabarito de extração da classificação dos atributos

Fonte: Adaptado de Tontini (2003).

Neste caso supõe-se que esta dispersão seja explicada pelo fato de que os clientes de segmentos diferentes têm expectativas diferentes (SAUERWEIN *et al.*, 1996).

Para essas situações Matzler *et al.* 1996, promoveram uma regra de classificação para quando certo atributo da qualidade não for claramente definido para determinada categoria. A regra **O>U>A>N** é muito útil e basicamente orienta quanto à melhor classificação. Se duas ou mais categorias ficam empatadas, pode ser uma indicação que mais informações são necessárias.

Os atributos classificados em (O) obrigatórios, (U) unidimensionais e (A) atrativos são prioridades para o desenvolvimento de um produto ou na prestação de um serviço. Por exemplo, não é muito vantajoso melhorar as exigências obrigatórias, visto que é um nível satisfatório; melhorar as exigências unidimensionais ou atraentes é mais vantajoso, uma vez que estas exigências têm uma maior influência na percepção da qualidade, por conseguinte no grau de satisfação do cliente (MATZLER e HINTERHUBER, 1998).

A lógica do modelo é fornecer aos decisores das organizações informações mais precisas com base na percepção dos clientes, direcionando quanto a alocação de maiores investimentos ou mesmo a redução destes. Se a pesquisa apontar que a “organização e limpeza” é uma exigência obrigatória nos serviços oferecidos por um hospital, não é muito vantajoso destinar maior atenção já que é uma característica que se aumentada o desempenho não gera um aumento significativo na satisfação do cliente; melhorar exigências unidimensionais ou atraentes como a “credibilidade dos serviços” tem um maior impacto na percepção de qualidade pelo cliente.

Cabendo a alta direção planejar estratégias que possam incrementar o seu nível de serviço. Seja a aquisição de equipamentos com uma maior rapidez e precisão nos resultados, a adoção de novos procedimentos minimamente invasivos, a qualificação de profissionais frente a novas descobertas científicas, o acompanhamento contínuo (não restrito ao momento da internação) enfim. Sendo inúmeras as possibilidades de uso das informações visando a inovação em seus serviços e consequentemente um aumento na competitividade em meio a um cenário onde as empresas estão cada vez mais ofertando serviços similares.

Ressalta-se que o Modelo de KANO não busca medir o grau de satisfação atual dos clientes com determinado atributo, no entanto, se os consumidores entrevistados forem clientes atuais do serviço pesquisado, suas respostas certamente serão influenciadas pela performance atual e isto deve ser levado em consideração na análise dos resultados (ROSS, 2009). Se a “organização e limpeza” das instalações hospitalares forem inadequadas, ao serem

questionados, os clientes atuais por já conhecerem os serviços tenderão a classificá-la como um requisito unidimensional. O que para os possíveis clientes/pacientes que ainda não usufruíram dos serviços tenderão a considerar como uma característica obrigatória. Devendo assim, os pesquisadores terem cautela em suas considerações.

Complementado a análise apresentada pelo Modelo de KANO, associa-se o *Coefficiente de Satisfação do Cliente ou Insatisfação (CS/CI)*, que servirá para indicar o percentual de clientes que ficam satisfeitos ou insatisfeitos com a ausência ou insuficiência de determinado atributo (LÖFGREN e WITELL, 2005 *apud* ROSS, 2009).

Os índices *Coefficientes de Satisfação (CS)* e *Coefficientes de Insatisfação (CI)* podem ser expressos pelas Equações 3.1 e 3.2 respectivamente:

$$CS = \frac{A\% + U\%}{A\% + U\% + O\% + N\%} \quad (3.1)$$

$$CI = \frac{U\% + O\% * (-1)}{A\% + U\% + O\% + N\%} \quad (3.2)$$

Onde:

CS%: percentual de consumidores satisfeitos com a presença do requisito no produto/serviço;

CI %: percentual de consumidores insatisfeitos com a ausência ou insuficiência do requisito no produto/serviço;

%A: número de respostas que qualificam o requisito como Atrativo;

%U: número de respostas que qualificam o requisito como Unidimensional;

%O: número de respostas que qualificam o requisito como Obrigatório;

%N: É o número de respostas que qualificam o requisito como Neutro.

Para o cálculo de *CI%* o resultado final deve ser multiplicado por (-1) para enfatizar a influência negativa ou a ausência que este requisito exerce na satisfação do cliente.

Os valores da função *CS%* variam no intervalo [0,1], sendo os valores mais próximos do coeficiente 1, maior o número de clientes satisfeitos com a presença do requisito e a proximidade de 0 (zero), menor o número de clientes que realmente veem a presença deste requisito como uma vantagem para o produto/serviço. O mesmo raciocínio será para a função *CI%*, sendo o intervalo [0,-1], onde a proximidade de 0 (zero) representa o número de pessoas

que não se incomodam com a ausência do requisito e -1, maior o número de pessoas que consideram a ausência do requisito um problema grave para o produto ou serviço (PINTO *et al.* 2012).

A Tabela 3.3 representa os índices hipotéticos gerados após o cálculo dos Coeficientes de Satisfação (CS) e Coeficientes de Insatisfação (CI) que serão necessários para o preenchimento no diagrama de dispersão.

Tabela 3.3: Exemplos de Coeficiente de Satisfação do Cliente

ATRIBUTOS	COEFICIENTES	
	CS	CI
Atendimento	0,815747	- 0,391742
Preço	0,594703	- 0,791219
Organização e Limpeza	0,712345	- 0, 295689
Credibilidade dos Serviços	0,678919	- 0,497683
...

Fonte: Esta pesquisa (2013).

A representação no gráfico de dispersão (Figura 3.4) possibilita a visualização da classificação dos atributos a partir da percepção dos clientes entrevistados. Sendo possível controlar de forma mais precisa quais características proporcionam uma maior satisfação do cliente e vice-versa. Isto quer dizer que se deve melhorar continuamente este atributo, visto que a melhoria pode ser uma vantagem competitiva ou que uma queda no desempenho pode trazer muita insatisfação.

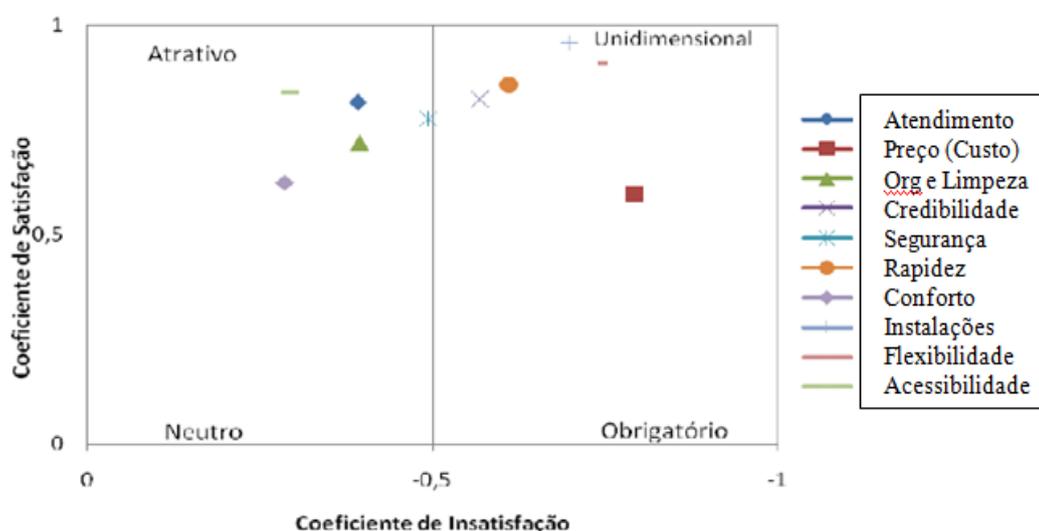


Figura 3.4: Representação hipotética do Diagrama de Dispersão dos Coeficientes de Satisfação do Cliente
 Fonte: Esta pesquisa (2013).

3.3.1 Estudos envolvendo o Modelo de KANO

Diversos estudos empregam a metodologia de KANO para categorizar os atributos mais relevantes para a gestão da qualidade, propiciando aos gestores realinhar as estratégias organizacionais para as características que de fato trarão um maior efeito para seus clientes.

O modelo de KANO indica que os serviços de um modo geral devem atender todos os três tipos de necessidades (Obrigatórios, Atrativos e Unidimensionais), e não apenas o que os clientes dizem. É importante enfatizar que o prestador de serviços deve identificar não só as expectativas dos clientes atuais, que são fundamentais para o sucesso, mas também as expectativas potenciais que podem estimular os clientes (SHAHIN & ZAIRI, 2009).

A Tabela 3.4 apresenta algumas aplicações do modelo em diversos setores (hospitalar, banco, turismo, logística), ora associando com outras ferramentas (AGHLMAN *et. al.*, 2010; BAKI *et al.*, 2009) ou mesmo modificando as categorias e subcategorias originais (SHAHIN *et al.*, 2013) no intuito de melhorar a proposta inicial, adequando assim ao cenário investigado.

Tabela 3.4: Aplicações do Modelo de KANO

Autores/Título Resumido	População objeto do Estudo	Ano & País	Tamanho da Amostra	Tipo de Análise	Descrição e Conclusões
Aghlmand, R <i>et.al.</i> Análise da Voz do Cliente (VOZ) em uma maternidade no Irã.	Mulheres em trabalho de parto na maternidade do Hospital Fayazbakhsh em Teerã, no Irã.	Irã, 2006.	Amostra foi composta de 89 mulheres escolhidas aleatoriamente após a utilização do serviço da maternidade (pós-parto).	Método AHP e Modelo de KANO.	Dentre os atributos pesquisados: “o bem-estar da mãe” e do “bebê”, “cuidado pessoal e sensível” foram classificados como mais importantes. Já os requisitos “roupa de cama trocada com frequência”, “maternidade limpa” e “instalações modernas”, foram considerados como requisitos básicos. Enquanto, “Exames ginecológicos indolor”, “Parto Normal”, e “Parto sem dor” foram agrupados como requisitos atrativos.
Mostafa <i>et.al.</i> Identificação dos fatores que afetam a qualidade do serviço do Banco Maskan usando o Modelo de KANO.	Cientes usuários do Banco Governamental Maskan na província de Mashhad.	Irã, (ano não referenciado).	Amostragem composta por 200 clientes dos serviços bancários espalhados entre as filias.	Modelo de KANO	O estudo possibilitou ao Banco classificar os critérios para a melhoria da qualidade dos seus serviços, destacando critérios como o menor tempo de espera nas filas e o relacionamento interpessoal com os funcionários do banco, tendo respectivamente, o impacto máximo e mínimo na satisfação dos clientes. Aspectos como acesso às informações necessárias, conforto nas instalações (mobiliário), privacidade são considerados obrigatórios, porém melhorar esses fatores não conduz um aumento na satisfação.
Chang <i>et al.</i> Identificação dos elementos críticos de um destino turístico: Aplicações do Modelo de KANO e a importância da satisfação da marca.	Turistas de um dos destinos mais populares da região norte de Taiwan (Wulai Hot Springs).	Taiwan, 2009.	De 300 questionários distribuídos durante um período de 3 semanas em intervalos de tempo diferentes, 278 compuseram a amostra final.	Modelo de KANO	Fornecer aos prestadores de serviços (profissionais e comerciantes) critérios que possam ser gerenciados para proporcionar uma qualidade superior aos turistas que frequentam o local. Além de direcionar seus esforços para períodos específicos, como a primavera (estação mais quente), aonde os turistas consideram os costumes étnicos mais atrativos do que as belezas naturais.
Baki <i>et al.</i> Integração dos Modelos SERVQUAL, KANO e QFD para avaliação de serviços logísticos: Um estudo de caso na Turquia.	Cientes de uma empresa de cargas, líder de mercado, no nordeste da Turquia (Trabzon).	Turquia, (ano não referenciado).	Amostragem por conveniência composta de 178 clientes.	Integração dos modelos SERVQUAL, KANO e QFD.	O estudo permitiu categorizar através da combinação das ferramentas científicas (SERVQUAL, KANO e QFD) o nível de prioridade dado pelos clientes aos serviços logísticos oferecidos pela Companhia e através dos atributos avaliados, fortalecer as características que de fato mais evidenciadas (infraestrutura tecnológica, entregas no domicílio do cliente, notificação sobre o envio das encomendas).

Fonte: Esta pesquisa (2013).

3.4 O Balanced Scorecard (BSC)

O conceito de *Balanced Scorecard* (BSC) introduzido por Robert S. Kaplan e David P. Norton, na década de 1990 nos EUA, foi fruto de vários estudos envolvendo grandes corporações, onde percebia a necessidade de outras fontes de informações para complementar a avaliação do desempenho organizacional até então baseada estritamente em dados financeiros (KAPLAN & NORTON, 2004).

A metodologia desenvolvida a partir de um projeto de consultoria resultou em vários estudos, sistematizados na publicação da *Harvard Business School*: “*Balanced Scorecard – Medidas que orientam o Desempenho*”, onde os mentores combinaram novos parâmetros para alinhar os ativos tangíveis (financeiros) e intangíveis (clientes, processos internos e aprendizado e crescimento) a fim de abranger todo o conjunto de fatores relevantes no ciclo operacional dos negócios da empresa.

A ideia dos *scorecards* balanceados é propor uma nova forma de avaliação gerencial que extrapole os dados históricos financeiros e contemple as perspectivas futuras de quem consome o produto/serviço (os clientes), de quem os executam (os funcionários) e de como os funcionários podem agregar valor ao produto ou serviço através do seu *Know how*.

Kaplan e Norton (2004) indicam que através de uma estrutura de *scorecards* multidimensional é possível descrever, implementar e gerenciar os processos em todos os níveis da organização, convergindo as medidas, os objetivos, e iniciativas para a estratégia da empresa.

Dessa forma, os autores construíram um instrumento gerencial que não se restringe apenas à mensuração financeira, encarada como insuficiente para orientar e avaliar a trajetória das empresas, visto que a percepção dos clientes, os esforços operacionais internos, a reorientação das partes interessadas em fortalecer a relação com o cliente, não são totalmente quantificáveis (KOUMPOUROS, 2013).

3.4.1 Perspectiva do *Balanced Scorecard* (BSC)

As perspectivas representadas na Figura 3.5 a seguir formam a estrutura do BSC, que contemplam aspectos objetivos e subjetivos para direcionar o desempenho gerencial. Constituindo uma sugestão para avaliação das estratégias organizacionais que podem ser ajustadas a realidade do negócio, não prevalecendo um indicador em detrimento do outro, mas

um equilíbrio entre os vários fatores que possibilitará direcionar os objetivos estratégicos da organização. Essência da metodologia do BSC.

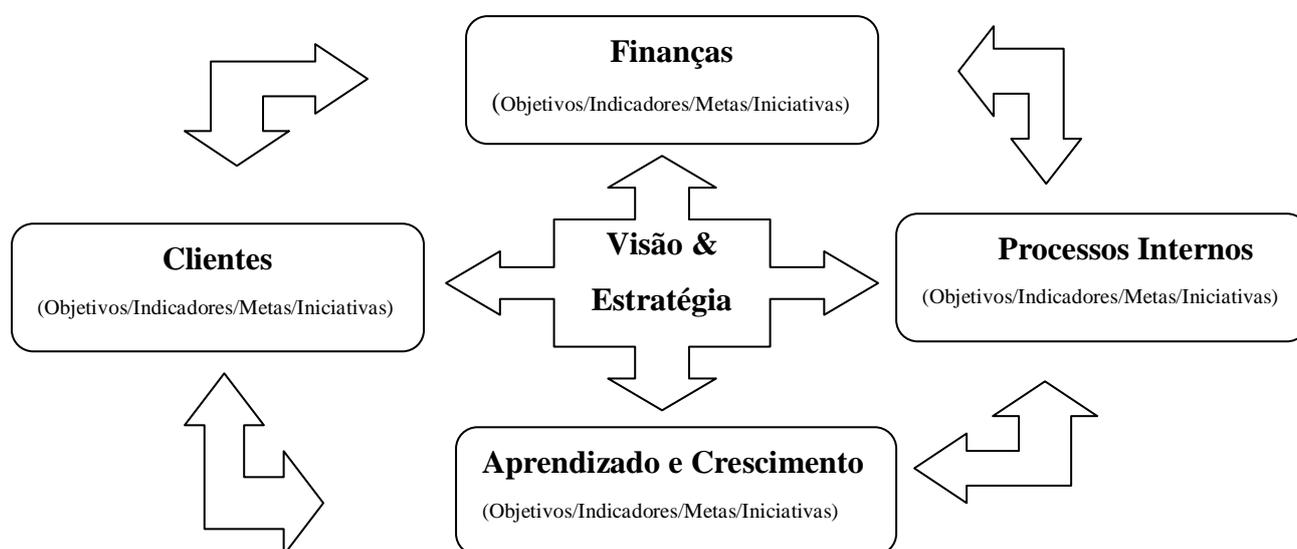


Figura 3.5: O BSC como estrutura para tradução da estratégia
Fonte: Kaplan e Norton (1997).

3.4.1.1 Perspectiva Financeira

Apesar de muito criticada deve ser considerada, pois toda organização espera pautar suas ações com base no retorno financeiro. As principais questões sugeridas por Koumpouros (2013) são as seguintes: Qual o orçamento orienta a nossa organização? Quais são os objetivos financeiros prioritários? O que levam essas metas? Qual a receita para alcançar?. Portanto, a representação da perspectiva financeira indica como o *crescimento*, a *sustentação* e a *colheita*, contribuem para a melhoria dos resultados financeiros.

Sendo o *crescimento* compreendido por meio do aumento do número de clientes, expansão da área destinada à produção (infraestrutura), estabelecimento de parcerias ou alianças com outros órgãos, disponibilidade de novos produtos/serviços por meio de nichos ainda pouco explorados, etc. Os esforços de *sustentação* visam minimizar estrangulamentos, aumentar a capacidade e buscar melhoria contínua, em vez de investimentos de retorno no longo prazo como na etapa de crescimento. Nesta fase, os objetivos financeiros estão associados à lucratividade, recursos para preservar equipamentos e capacidades, receitas operacionais, eficiência no atendimento, etc.

Já no estágio de *colheita* as empresas buscam o retorno sobre o que foi investido nas duas fases anteriores, enfatizando o período de retorno, o valor presente líquido, e toda e qualquer forma de aplicação financeira com retorno certo.

Vale destacar que nesta fase, a estratégia financeira traçada pela organização deve servir de meta principal para os objetivos e medidas das demais perspectivas. Não sacrificando questões como a qualidade do produto ou serviço, idoneidade da empresa no mercado, dentre outros aspectos (KAPLAN & NORTON, 1997).

3.4.1.2 Perspectiva dos Processos Internos

É derivada das perspectivas anteriores, que correspondem aos esforços de aprimorar os processos produtivos internos, contribuindo para as demais perspectivas. Para Koumpouros (2013), as principais questões a serem respondidas sob esta perspectiva são: Para satisfazer as partes interessadas e os clientes que processos de negócios devemos executar?; Que competências internas precisamos ter para sustentar nossas atividades?; Identificando essas características internas, como obter vantagem competitiva diante dos concorrentes?.

É esta perspectiva que diferencia o BSC dos demais modelos de avaliação de desempenho, os quais se detêm em relatórios financeiros e outros indicadores de mesma ordem. Kaplan e Norton (2004) caracterizam essa perspectiva composta de processos: de *Gestão Operacional* (corresponde às formas de produção do produto ou da prestação do serviço que a organização oferece a seus mercados); *Gestão de Clientes* (refere-se a mecanismos internos que aumentem o valor percebido para seus clientes, como a garantia e conserto, correção de defeitos e devoluções); *Inovação* (considerada uma questão crítica com base nas experiências de Kaplan e Norton, este processo visa criar valor para a organização, detectando e preservando novos mercados, novos clientes e novas necessidades emergentes e latentes, como por exemplo, o setor farmacêutico, equipamentos e softwares, etc.).

3.4.1.3 Perspectiva do Aprendizado e do Crescimento

Refere-se à gestão dos recursos humanos e variáveis que envolve o desenvolvimento das pessoas, como as habilidades humanas, o conhecimento e os valores trazidos por cada indivíduo à organização.

O capital intelectual, as informações contidas nos sistemas, os bancos de dados e demais recursos que são intangíveis, são considerados como grandes diferenciadores das

organizações. Sem contar o relacionamento das pessoas internamente, que envolve a cultura organizacional, os valores, a liderança, que sem dúvida é mais difícil de ser medido, mas imprescindíveis para o alcance dos objetivos propostos pelas demais perspectivas.

3.4.1.4 Perspectiva Financeira

É a percepção de valor pelo consumidor. Segundo Kaplan e Norton (1997), atualmente é preciso saber que segmento de clientes a empresa almeja atender para detectar suas vontades e obter satisfação, fidelidade, retenção, captação e lucratividade. Esses indicadores são indissociáveis, já que o alcance de qualquer um destes reflete no alcance dos resultados estratégicos de qualquer organização.

As questões básicas sob esta perspectiva são: Quem são os clientes? Que objetivos queremos alcançar? Como podemos estimulá-los? Qual é o mercado-alvo? Para alcançar nossa visão, como devemos aparecer para nossos clientes? Objetivos, desempenho, indicadores e iniciativas que contribuam para a satisfação do cliente são definidos na presente perspectiva. Alguns dos objetivos mais relevantes desse indicador, além de aumentar a satisfação do cliente, pode contribuir para a aquisição, retenção, aumento ou confiança do cliente (KOUMPOUROS, 2013).

Dada à importância dessa perspectiva, os recursos financeiros investidos devem estar baseados na demanda de mercado que se deseja alcançar, traduzida em serviços agregados, disponibilidade, preço, relacionamento satisfatório, qualidade, parcerias estratégicas e imagem da marca/empresa.

Deste modo, as empresas precisam definir metas de prazo, de qualidade e de desempenho e serviços, para depois converter essas metas em indicadores específicos, como por exemplo, a eficiência do tratamento de um paciente, relação preço *versus* qualidade e sua significação para o consumidor. O mesmo pode interpretar qualidade como o tempo de entrega de seus produtos, ou seja, à medida que o tempo de entrega diminui, aumenta-se a satisfação do cliente, influenciando o preço que o cliente está disposto a pagar em função da eficiência na entrega.

As quatro perspectivas, quando olhadas como um todo, permitem visualizar as interdependências não em termos departamentais, mas com vistas à estratégia e visão pretendidas pelo negócio. Numa relação de causa e efeito, aonde a capacitação da organização reflete nos seus processos internos, que por sua vez, satisfazem os clientes, proporcionando melhores resultados em termos financeiros.

3.4.2 Construção de um *Balanced Scorecard* (BSC)

Embora muitos dos problemas possam ser identificados, a única maneira de ter uma abordagem de gestão eficaz é encontrar uma forma apropriada de medir o desempenho. Sendo o primeiro passo, a determinação do desempenho atual, para em seguida gerenciar de forma estratégica.

Medir o desempenho pode ser definido como estimar até que ponto uma organização cumpra seus objetivos. Servindo como uma ferramenta importante para mostrar aos *stakeholders* das organizações o ganho de valor que pode ser criado. Além disso, muitas razões internas para a implementação da medição de desempenho podem subsistir que incluem alguns argumentos como: foco na melhoria contínua, sistemas motivacionais para a recompensa e incentivo, métodos para a realização de diferentes estratégias e desenvolvimento de políticas (KOUMPOUROS, 2013).

O passo inicial da modelagem do BSC é a determinação da missão e visão compartilhada pela organização, bem como os fatores críticos de sucesso relacionados e seus valores: seu principal objetivo, por que ela existe, para quem ela existe, onde ela quer ir, como pretende chegar, suas projeções futuras, os fatores que tornam única, etc. A Figura 3.6 ilustra a descrição das proposições e a formulação do seguinte modelo:

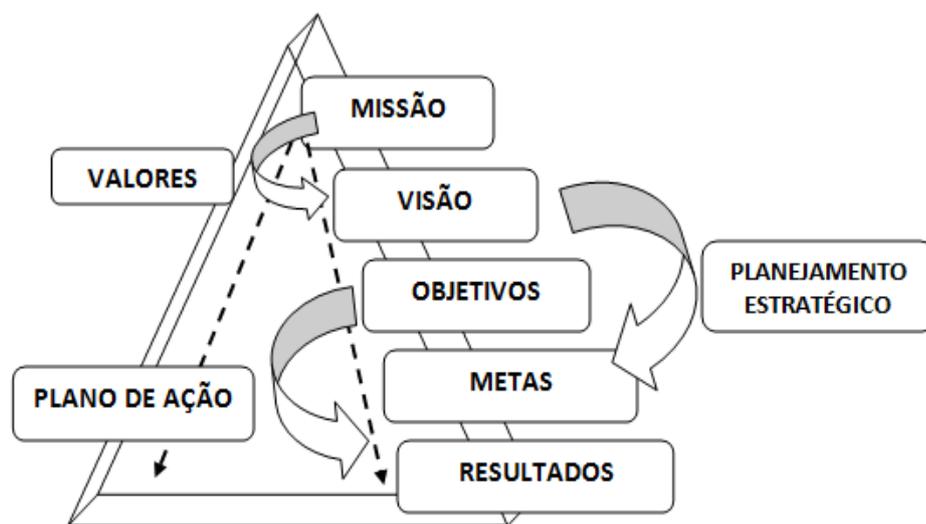


Figura 3.6: Visão geral da Organização
Fonte: Daychoum, (2012, p.36).

O passo seguinte é identificar em cada perspectiva adotada os Objetivos; os Indicadores; as Metas e as Iniciativas que a organização pretende alcançar, procurando instigar entre as

partes interessadas (funcionários, alta direção, clientes, parceiros) a percepção sobre cada categoria analisada.

3.4.2.1 Planejamento Estratégico e Mapas Estratégicos

A gestão estratégica vem sendo um dos principais desafios dos gestores em todas as organizações, diante da complexidade dos cenários, das transformações inerentes aos seus processos, das pressões por crescimento, competitividade e inovação.

O processo de planejamento em si, possibilita aos níveis gerenciais pensar sistematicamente nas ações que mais impactaram e as que mais influenciam o seu negócio. Auxiliando na melhor definição de seus objetivos e políticas, padrões de desempenho e medidas de controle.

Kotler (1998, p.33) define Planejamento Estratégico “como o processo de desenvolver e manter o ajuste estratégico entre os objetivos, habilidades e recursos de uma organização e as oportunidades de mercado em contínua mutação. Sendo o Planejamento Estratégico a base do planejamento da empresa”.

Para Araújo (2009), a Gestão Estratégica implica não somente compreender o ambiente e seus fatores relacionados, mas ir além, checando informações, fatos e dados que importem para a sobrevivência da organização.

Das funções do processo administrativo, o planejamento serve como um guia que orienta as organizações, em seus objetivos, metas, ações ao longo do tempo para o alcance dos resultados. Sendo ajustado regularmente para atender as contingências do mercado, ou mesmo promover mudanças em seu cenário.

A estratégia de uma organização descreve como ela pretende criar valor para seus *stakeholders* e manter-se sustentável no segmento atuante, reunindo para isso uma gama de requisitos que tornem suficientes a elaboração de um dos instrumentos gerenciais mais relevantes: o planejamento (KAPLAN e NORTON, 2004; KOUMPOUROS, 2013).

A representação das estratégias desenvolvidas por uma organização possibilita a sua operacionalização e seu entendimento sobre as relações estabelecidas entre os setores, e entre estes e suas atividades, e entre as atividades e os objetivos evidenciados pelo negócio.

Kaplan e Norton (2004), apresentam a construção dos Mapas Estratégicos, como instrumentos que facilitam o entendimento das ações traçadas para o alcance dos resultados, através de uma representação visual dos objetivos estratégicos da empresa, com suas relações de causa e efeito, conduzindo ao desempenho desejado.

Os Mapas Estratégicos devem desdobrar as ações do Planejamento Estratégico relacionando os requisitos impulsionadores com os resultados gerados por sua operacionalização (KAPLAN e NORTON, 2004).

Graficamente é possível perceber a inter-relação entre as dimensões consideradas prioritárias e as características formuladas por cada uma para o alcance dos resultados desejados. A Figura 3.7 ilustra a construção do Mapa Estratégico com base nas perspectivas do BSC, sintetizando o ganho de valor gerado para a organização, com base na integração dos indicadores.

Perspectivas	Relação de Causa e Efeito	Objetivos	Indicadores	Metas	Iniciativas
Clientes		Qualidade dos serviços oferecidos	Aumento do número de retorno dos clientes	Reduzir a cada ano o número de reclamações	Programa de Gerenciamento da Qualidade; Incentivos aos clientes.
Aprendizado & Crescimento		Treinamento contínuo dos colaboradores; Integração interfuncional.	Habilidades desenvolvidas; Prioridades cumpridas.	25% dos funcionários a cada semestre no prazo de 2 anos.	Desenvolvimento de carreira
Processos Internos		Melhorar o desempenho da Organização; Padronizar a execução dos serviços	Índices de defeituosos menores; Rotinas padronizadas	50% até o final do ano.	Programas de Controle da Qualidade; Incentivos corporativos
Financeira		Crescimento rentável do negócio	Receita Operacional de vendas versus Ano Anterior	15% de aumento em relação ao último ano	Reduzir desperdícios; Investir em estratégias de alto impacto.

Figura 3.7.: Modelo genérico de Mapa Estratégico entre as perspectivas do BSC
 Fonte: Esta pesquisa (2013).

3.4.3 Estudos envolvendo o *Balanced Scorecard* (BSC)

Criado na década de 1990 a partir da análise de grandes corporações, o BSC é amplamente empregado com um instrumento de planejamento estratégico em várias organizações de diversos setores sejam elas públicas ou privadas (KOUMPOUROS, 2013; FERNANDES *et al.*, 2006; MENDES, *et al.*, 2012), aonde a associação de várias perspectivas contribuirá para a melhoria na prestação do serviço ou desenvolvimento do produto.

A proposta inicial dos scorecards balanceados pode ser modificada para atender as necessidades organizacionais a fim de que as perspectivas adotadas favoreçam a elaboração de uma estratégia mais adequada e de forma sistêmica.

A Tabela 3.5 a seguir descreve alguns estudos mais significativos da aplicação do BSC, evidenciando a eficácia dessa metodologia gerencial e a multiplicidade de visões elucidadas entre os vários envolvidos da organização, favoráveis a elaboração da estratégia.

Tabela 3.5: Aplicações das perspectivas do BSC

Autores/Título Resumido	População objeto do Estudo	Ano & País	Tamanho da Amostra	Tipo de Análise	Descrição e Conclusões
Koumpouros. <i>Balanced Scorecard: Aplicação no Hospital Geral de Panarcadian-Tripolis (GPHT), na Grécia</i>	Pacientes e demais funcionários do hospital público Panarcadian, em Tripólís na Grécia.	Grécia, 2006.	Composta de 22 funcionários dentre corpo administrativo, técnicos, médicos e divisão de enfermagem, Presidente do hospital e pacientes	Aplicação do BSC como uma ferramenta de suporte ao planejamento estratégico.	A aplicação da ferramenta no Hospital permitiu ganhos significativos na eficácia gerencial, na administração de recursos financeiros, na estrutura física, na qualificação dos funcionários, etc. Em estudos comparativos com outros hospitais públicos na Grécia, o GPHT ficou em primeiro lugar em termos de eficiência funcional e financeira.
Fernandes <i>et al.</i> Lições da implementação do <i>Balanced Scorecard</i> em uma pequena e média empresa (PME) de manufatura.	Empresa de médio porte (Biddle Air) especializada na fabricação de equipamentos de refrigeração.	Reino Unido, (ano não referenciado).	Composta pelo Diretor Geral e cerca de 250 funcionários da fábrica em Midlands no Ocidente do Reino Unido.	Uso do BSC para avaliação do desempenho da empresa e contribuição para o seu desenvolvimento.	A implementação do BSC proporcionou a empresa aumento de estabilidade e operacionalização dos seus recursos: controle de matérias primas; níveis de estoque; fluxo de informações entre os setores. E indiretamente, promoveu a valorização da cultura organizacional.
Mendes <i>et al.</i> O BSC como um modelo integrado aplicado ao serviço público Português: um estudo de caso no setor de resíduos.	Divisão de Resíduos Sólidos e Higiene Urbana (DHURS) do Município de Loulé no sul de Portugal.	Portugal, 2009.	Composta de funcionários e gerência do Departamento.	Implementação do BSC, Análise SWOT e Fatores Críticos de Sucesso como uma ferramenta de gestão adequado as necessidades da Administração Pública (AP) no setor de resíduos.	No geral, os resultados revelados pela análise BSC promoveu na gestão uma melhoria no planejamento quanto ao orçamento e a legislação pública, articulação entre a cultura e a comunicação, focando na imagem pública dos serviços e na qualidade de vida dos cidadãos.
Zeng e Luo. O BSC na China: Será que funciona?	Empresas multinacionais com filial na China.	China, (ano não referenciado)	Composta por quatro empresas estrangeiras (duas dos EUA e duas do Reino Unido) com subsidiárias na China.	Análise e recomendações do uso do BSC para a eficiência estratégica em empresas sediadas no Oriente, em especial na China.	Fornecer aos gestores de empresas estrangeiras sediadas na China as implicações e limitações da metodologia do BSC para a cultura Oriental, em especial a chinesa. Esclarecendo as barreiras culturais, a relevância do conhecimento do comportamento humano e eventuais ajustes a economia.

Fonte: Esta pesquisa (2013).

3.5 Síntese do Capítulo

Nesta seção foi apresentada a revisão bibliográfica acerca dos seguintes assuntos: O Setor de Serviços de Saúde no Brasil, Panorama do Programa de erradicação das Doenças Negligenciadas em Pernambuco, Qualidade em Serviços de Saúde evidenciando os modelos de KANO e o BSC que serão fundamentais para a elaboração de uma metodologia de avaliação em um Hospital Público.

Com relação aos modelos priorizados nesse capítulo, foram descritos as etapas de cada metodologia e retratados alguns estudos em outros segmentos (bancos, turismo, logística, indústrias de médio porte, divisão de resíduos sólidos, multinacionais), que evidenciam a aplicabilidade dos métodos e a possibilidade de sua integração para uma avaliação mais criteriosa dos serviços de saúde.

A metodologia de KANO possibilitará identificar quais atributos exercem maior influência sobre a satisfação dos clientes/pacientes, enfatizando que o prestador de serviços deve identificar não só as expectativas dos clientes atuais, que são fundamentais para o sucesso do negócio, mas também as expectativas potenciais que podem estimular os clientes (SHAHIN & ZAIRI, 2009). As informações geradas servirão de base para a formulação de novas estratégias com base nas perspectivas do BSC, que retornarão para os usuários na forma de melhoria dos serviços.

No capítulo seguinte será retratado a proposição de integração dos modelos de KANO com as perspectivas originais do BSC e de como estes podem contribuir para o gerenciamento da qualidade e o aprimoramento das estratégias desenvolvidas pela instituição utilizada para este estudo.

4 APRESENTAÇÃO DE UMA ABORDAGEM PARA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

Este capítulo descreve uma abordagem para avaliação da satisfação dos pacientes em um serviço público de saúde, que possibilitará à equipe gerencial um melhor entendimento dos requisitos com maior grau de influência sobre seus clientes/pacientes. A abordagem proposta visa integrar os modelos de KANO com o BSC, podendo assim combinar as potencialidades de cada modelo e aperfeiçoar a análise empreendida para o melhoramento do planejamento estratégico.

A avaliação da qualidade percebida em serviços de saúde, não consiste em tarefa simples, e sua complexidade é ampliada ainda mais no âmbito público, dada a especificidade do setor, a sobrecarga das unidades de saúde e as restrições de recursos.

A utilização de instrumentos de mensuração e análise dos dados (ferramentas e modelos) favorece uma compreensão mais eficaz, sem isentar, no entanto, as falhas durante o processo de avaliação, que podem ser corrigidas ou suavizadas com a associação de outras ferramentas ou instrumentos que aprimorem os resultados da pesquisa.

Neste trabalho a utilização da abordagem de KANO integrará o Planejamento Estratégico Organizacional, onde as características do serviço foram categorizadas em atributos (Atrativos, Obrigatórios, Unidimensionais, Neutros, Reversos) para em seguida as perspectivas do BSC avaliar como cada processo contribui para o alcance da satisfação dos *stakeholders* envolvidos no negócio, em especial os clientes.

4.1 Relação entre a abordagem de KANO integrado ao BSC

Gerenciar operações de serviços se comparado com a produção de bens manufaturados exige uma maior gama de métodos que precisam ser sistematizados no sentido de aumentar as possibilidades de interpretações das percepções dos clientes.

As organizações tem concentrado seus esforços em compreender as atitudes e preferências dos consumidores e converter essas informações em ações que melhor satisfaçam as necessidades dos clientes.

Neste contexto, o intuito deste estudo foi com base no Modelo de KANO identificar e avaliar os atributos atrativos, obrigatórios, unidimensionais, neutros e reversos que possibilitem aos gestores da instituição, formularem suas estratégias em prol da qualidade

almejada pelos Programas de Saúde Pública, readequando suas ações ou mesmo formulando novas estratégias que favoreçam a eficácia dos programas.

Mostafa *et al.* (2013) enfatiza essa ideia ressaltando a importância do alinhamento entre os serviços prestados e as expectativas dos clientes com relação ao serviço recebido. Embora os fatores que são utilizados na prestação de um serviço são tangíveis, como por exemplo, disponibilização de leitos, distribuição de medicamentos, variáveis como o atendimento médico, informações de recepcionistas, o comportamento cortês, os mecanismos de queixas refletem a percepção pessoal do serviço, sendo, portanto, parte intangível no processo. Por isso, pode ser difícil para as organizações compreender os comentários dos clientes relativos aos serviços fornecidos.

Na literatura vários estudos associam as potencialidades de um modelo no intuito de melhor compreender as percepções dos clientes. Aghlmand, R *et al.* (2010) propôs a combinação do método multicritério de Análise Hierárquica (AHP) com o modelo de KANO em uma maternidade no Irã, para aprimorar o serviço pós-parto oferecido pela instituição. Baki *et al.* (2009) desenvolveu um estudo integrando os modelos SERVQUAL, KANO e QFD para avaliação dos serviços logísticos em uma organização na Turquia. Mendes *et al.* (2012) apresenta a implementação do BSC, análise SWOT e Fatores Críticos de Sucesso (FCS) como uma ferramenta de suporte ao planejamento gerencial público no setor de resíduos em Portugal.

Segundo Kotler (1998), a gestão estratégica é um processo contínuo que interage com o ambiente interno e externo. Sendo assim, é necessário que a organização conheça o ambiente aonde esteja inserida e operacionalize estratégias que maximizem os resultados da interação estabelecida. Por esse motivo, é fundamental que existam processos de medição de desempenho, pois, é preciso mensurar antes de gerenciar.

As ferramentas de planejamento podem ser úteis para compreender as expectativas dos clientes por um tipo de serviço e com base nessas informações estabelecer prioridades para os atributos melhor qualificados pelos clientes. A Análise SWOT, a ferramenta 5W2H, a Escala SERVQUAL, o modelo de KANO, o QFD, descritas no capítulo 2, são métodos que sistematicamente analisam as ações empreendidas pelas empresas e reorientam ou orientam a formulação do planejamento estratégico.

A integração do modelo de KANO com o *Balacend Scorecard* (BSC) é bem apropriado uma vez que o modelo de KANO possibilita categorizar os atributos que exercem uma maior influência na satisfação dos clientes e o BSC visa desdobrar as ações em todos os níveis da

organização através de um sistema de indicadores: financeiros, clientes externos, processos internos e aprendizado e crescimento, que descrevem os processos alinhando a organização aos objetivos traçados.

Assim, para se chegar a relação entre satisfação e qualidade, o modelo de KANO classificará os atributos mais relevantes na percepção dos usuários do serviço e o BSC avaliará como as ações estão sendo desenvolvidas, os pontos críticos, potencialidades de melhoria para a satisfação das necessidades dos clientes.

Dessa forma, a proposição de uma metodologia de avaliação permite aos gestores públicos do Hospital em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES) avaliar os esforços internos dentro do Programa de combate às doenças negligenciadas, em especial as voltadas para o controle da Tuberculose e melhorar seus indicadores no que se refere à adesão dos pacientes ao tratamento.

De acordo com o Ministério da Saúde (2013) é cada vez mais recorrente, métodos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde no país, observando desde a infraestrutura das diferentes unidades de saúde, à oferta de serviços a população, e se estes têm condições de dar as melhores respostas aos problemas de saúde da população.

Além de fornecer uma maior transparência ao quadro geral de oferta e da situação dos serviços de saúde, as avaliações servem como instrumentos de monitoramento e parâmetro para que os dirigentes tomem decisões em favor do aprimoramento das ações de saúde pública no país.

A Figura 4.1 ilustra como o modelo de KANO contribui para a orientação do Planejamento Estratégico e como cada processo poderá influenciar para o alcance da satisfação dos *stakeholders*, priorizando as iniciativas relacionadas ao cliente.

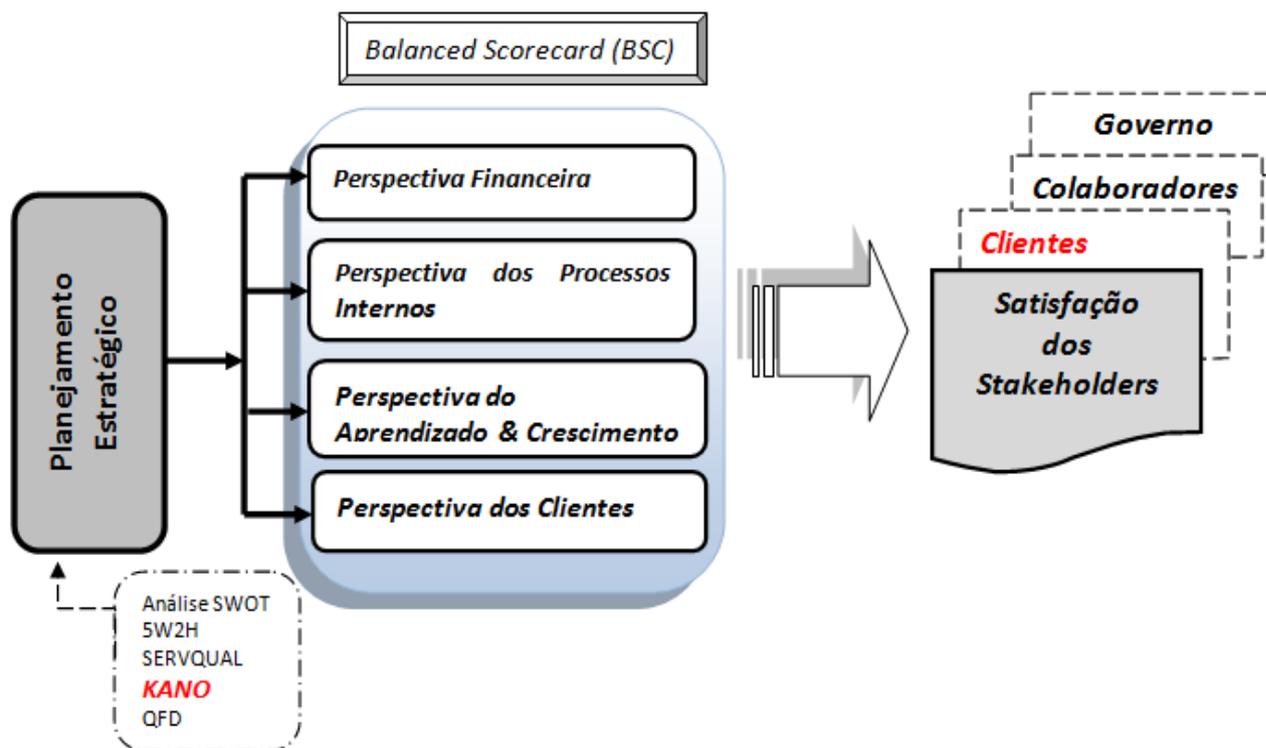


Figura 4.1: Abordagem de integração do Modelo de KANO e o Balanced Scorecard (BSC)

Fonte: Esta pesquisa (2013).

4.2 Etapas para a utilização do Modelo de KANO integrado ao BSC

Neste trabalho, o modelo de KANO foi empregado para categorizar a percepção dos pacientes no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), referente aos serviços de Atendimento Ambulatorial, a estrutura do Ambiente Físico, a interface com o Laboratório na realização de exames e a Farmácia Ambulatorial, com o intuito dos gestores utilizarem essas informações para orientarem os seus processos de melhoria.

Os setores priorizados atenderam as necessidades evidenciadas durante a entrevista realizada com o Gestor da Farmácia Ambulatorial e Farmacêutico responsável pelo acompanhamento da distribuição de medicamentos do Programa de Controle à Tuberculose dentro do HUOC, que detalharam o fluxo dos principais serviços utilizados pelos pacientes para o cumprimento do tratamento e as principais categorias a serem investigadas.

A Figura 4.2 demonstra as principais áreas percorridas pelos pacientes do referido Programa durante a prestação do serviço.

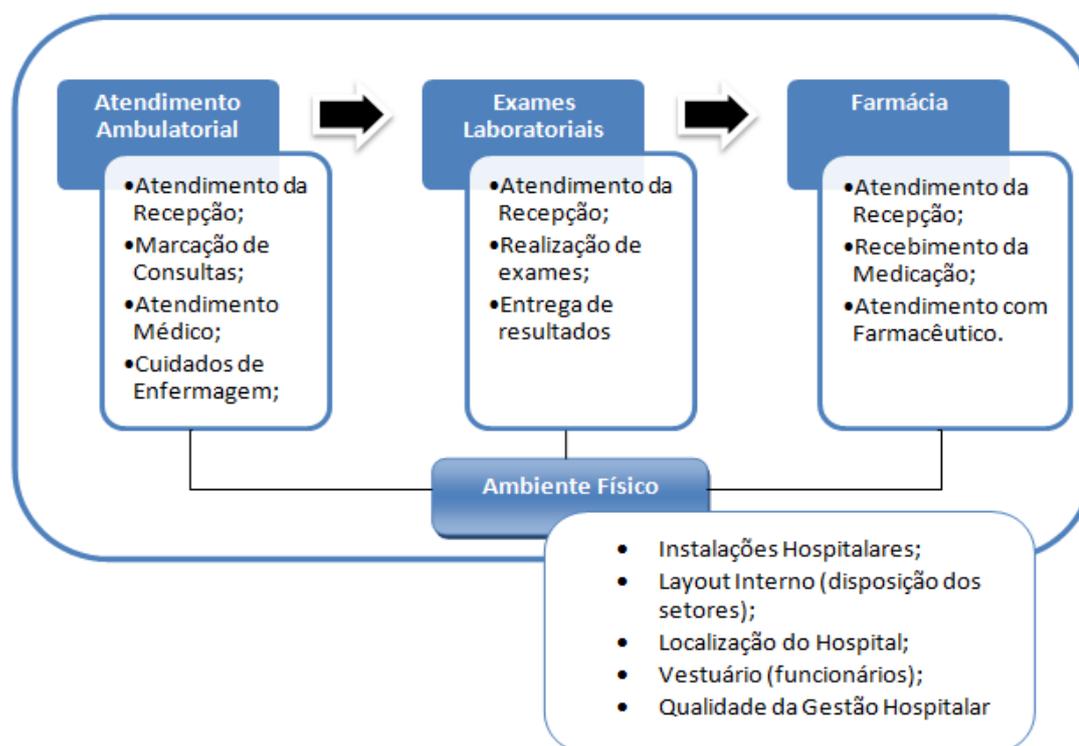


Figura 4.2: Descrição das principais áreas percorridas pelos pacientes durante a prestação do serviço
Fonte: Esta pesquisa (2013).

A etapa seguinte consistiu no diagnóstico das estratégias adotadas pelo setor que serviram de base para a elaboração dos atributos a serem avaliados pelos pacientes atendidos, visando o alinhamento ao Planejamento Estratégico do Programa.

A construção do questionário, teve como base o modelo de KANO (KANO *et al.* 1984), contendo pares de perguntas funcionais e disfuncionais, num total de 40 perguntas, sendo 5 questões distribuídas entre o Atendimento Ambulatorial, Ambiente Físico, Exames Laboratoriais e Farmácia Ambulatorial. Contemplando assim, os principais setores comuns aos pacientes.

Depois de ser elaborado e adaptado o questionário (Apêndice 1) ao modelo de KANO, procedeu-se a análise de confiabilidade do instrumento, com o objetivo de validar as perguntas em suas dimensões. Para avaliar a confiabilidade foi utilizado o Alfa de Cronbach, ou simplesmente coeficiente alfa, que é uma estimativa de confiabilidade de um questionário aplicado em uma pesquisa (MALHOTRA, 2006).

Para Malhotra (2006), o Alfa de Cronbach, serve para testar a consistência interna do modelo de mensuração da qualidade da presente pesquisa, procurando-se identificar os itens

do modelo que maximizam cada constructo. O coeficiente varia de 0 (zero) a 01 (um) e pode ser calculado de acordo com a Equação 4.1.:

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) * \left(1 - \frac{\sum^{k-1} S_i^2}{St^2} \right) \quad (4.1)$$

Onde:

K – Número de atributos;

S_i^2 - variância do item;

St^2 - variância total dos atributos em questão

A partir da equação, o coeficiente α pode ser calculado em duas partes:

- a) É necessário calcular a soma de todas as variâncias da dimensão em questão, denotada por S_i^2 ;
- b) Realizar a soma de todos os itens da dimensão e em seguida calcular a variância para os mesmos; denotada por St^2 .

Após a aplicação dos questionários entre os pacientes definidos pela amostra, procedeu-se a análise das respostas nas seguintes categorias; Obrigatórios, Unidimensionais, Atrativos, Neutros e Reversos.

Em seguida alimentou-se as perspectivas do BSC, alinhando as atividades desenvolvidas em favor das necessidades manifestadas pelos pacientes.

Os parâmetros do BSC foram entendidos como capazes para descrever, avaliar e contribuir para o alcance das estratégias da instituição, sendo priorizadas as ações que satisfaçam as necessidades dos usuários do Programa de Controle à Tuberculose, dada a evasão ao tratamento.

A ideia foi mostrar quais características tem um maior impacto da satisfação dos pacientes, priorizando os processos tanto gerenciais quanto operacionais, focando assim na sua implementação, com base na sua missão, visão, metas e valores defendidos para o alcance das necessidades dos pacientes.

Os passos para a aplicação do modelo proposto foram descritos na Figura 4.3 a seguir:

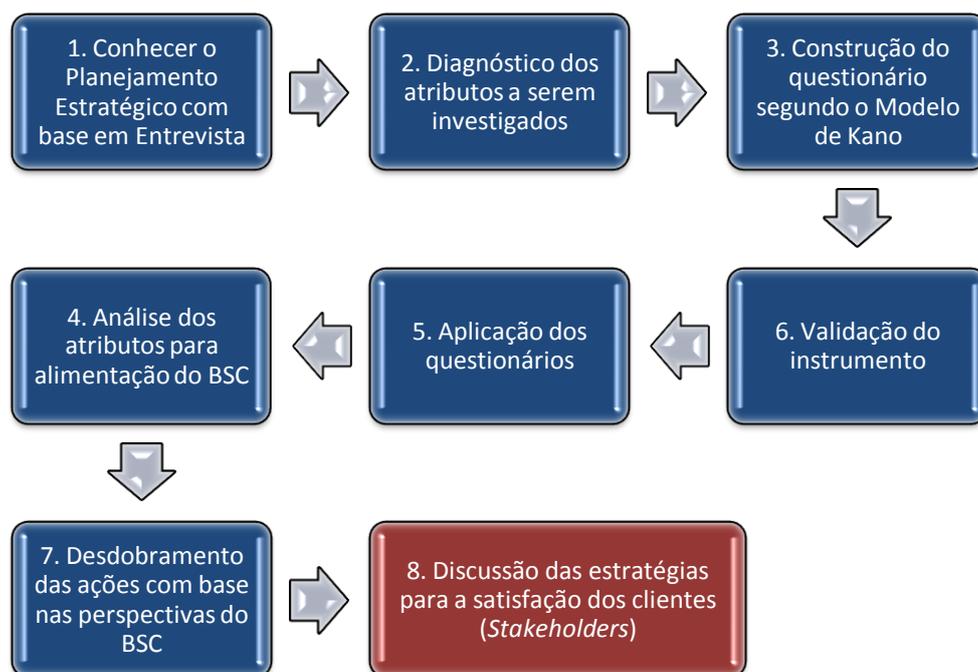


Figura 4.3: Etapas para aplicação do Modelo de KANO integrado ao Balanced Scorecard (BSC)
Fonte: Esta pesquisa (2013).

4.3 Síntese do Capítulo

Esta seção apresentou uma abordagem de avaliação da satisfação dos pacientes em uma unidade de saúde pública, com base na integração do Modelo de KANO com o *Balanced Scorecard* (BSC) no intuito de mensurar os atributos com maior vantagem para os pacientes atendidos pelo Programa de Controle à Tuberculose do HUOC e como esses requisitos podem orientar o Planejamento Estratégico com foco na satisfação dos clientes/pacientes.

As etapas que compõem o método foram detalhadas e construídas com base na revisão bibliográfica, percorrida no capítulo 3, e que será demonstrada a sua aplicação no capítulo seguinte, tomando como cenário um Hospital Público do Estado de Pernambuco.

5 APLICAÇÃO DE UMA ABORDAGEM DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos da aplicação da abordagem proposta de avaliação da qualidade em um Hospital Universitário da cidade de Recife da rede SUS, detalhando o perfil dos respondentes e suas percepções com base nas características do serviço utilizado; a construção e validação do questionário; a categorização das respostas entre os atributos Obrigatórios, Unidimensionais, Atrativos, Neutros e Reversos. Em seguida o BSC irá compor o modelo avaliando como cada processo contribui para o alcance das necessidades dos clientes.

5.1 Perfil da Instituição Pesquisada

A oferta de serviços de saúde pela rede SUS na região metropolitana de Recife está distribuída entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Hospitais de Referências e Hospitais Credenciados.

Entre os Hospitais Credenciados temos os hospitais universitários, que oferecem uma heterogeneidade de especialidades e que na região estão constituídos em 8 unidades.

Criado em 1884, com o nome de Hospital Santa Águeda, o atual Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) teve como missão cuidar de doenças infectocontagiosas, em especial a varíola. A partir de 1994 passou a função de hospital universitário ampliando seu atendimento à população, nas áreas de cardiologia e doenças infecciosas e parasitárias e formador de recursos humanos e campo de estudos e pesquisa em atividades de extensão em Pernambuco.

O Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) integra o Sistema Único de Saúde (SUS) da rede estadual de Pernambuco e dispõe de atendimento ambulatorial, urgência e emergência, cirurgias, transplantes, internações, contando com 1.351 profissionais dentre médicos e outras especialidades. Sua estrutura oferece 508 leitos, 53 especialidades clínicas, contando ainda com serviços terceirizados nas áreas de medicina nuclear, exames diagnósticos, hemoterapia.

O HUOC destaca-se pela variedade de tratamentos oferecidos, com vanguarda nacional nos tratamentos de oncologia (tratamento, cirurgia e pesquisa), HIV, doenças degenerativas, transplantes, referência estadual no tratamento de doenças infecciosas e parasitárias (incluindo

dengue/dengue hemorrágica, tétano, raiva e influenza - adulto/pediátrico), dentre outros serviços especializados.

Sendo classificado como Centro de Referência Hospitalar Regional, o HUOC, mantém programas especializados em atenção à saúde do idoso, tuberculose, diabetes, artrites, saúde mental onde os pacientes são assistidos durante todo o tratamento por uma equipe multidisciplinar, que além da assistência médica volta-se para o desenvolvimento de pesquisas e a formação e qualificação de profissionais em diversas áreas.

Dentre as políticas de saúde, destaca-se o combate às doenças negligenciadas, onde o Programa de Controle à Tuberculose está inserido e vem preocupando os gestores pelo alto índice de não adesão ao tratamento e as possibilidades de transmissão da doença pelos pacientes evadidos do tratamento.

Ressalta-se o caráter pioneiro na implantação de um serviço de Ouvidoria em hospital público do país, com a pretensão de adotar medidas preventivas e corretivas nas rotinas operacionais tanto em nível macro como micro-hospitalar (HUOC, 2013).

5.2 Perfil dos Entrevistados

A escolha por um tipo de serviço é impactado por fatores demográficos, psicográficos, psicológicos, culturais e sociais, sendo a investigação desses fatores essencial para se compreender o comportamento dos clientes (GIANESI & CORRÊA, 1996).

Sendo assim, serão apresentados as características dos pacientes entrevistados pertencentes à amostra, após o cumprimento dos critérios de exclusão detalhados no capítulo 1 e aceitação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

A Figura 5.1 mostra a distribuição dos entrevistados em relação ao sexo e idade. Verificando um maior percentual de pacientes do sexo masculino (54%) em relação ao sexo feminino (46%). Quanto a distribuição por faixa etária a maior proporção de pacientes foi refletida entre 44 a 56 anos de idade com um total de 37%.

Dos 37% dos entrevistados com idade entre 44 a 56 anos de idade 69% são do sexo feminino, o que pode exercer uma maior influência na avaliação dos atributos, dada a experiência de vida, o nível de exigência quanto aos serviços ou mesmo a associação com outras doenças.

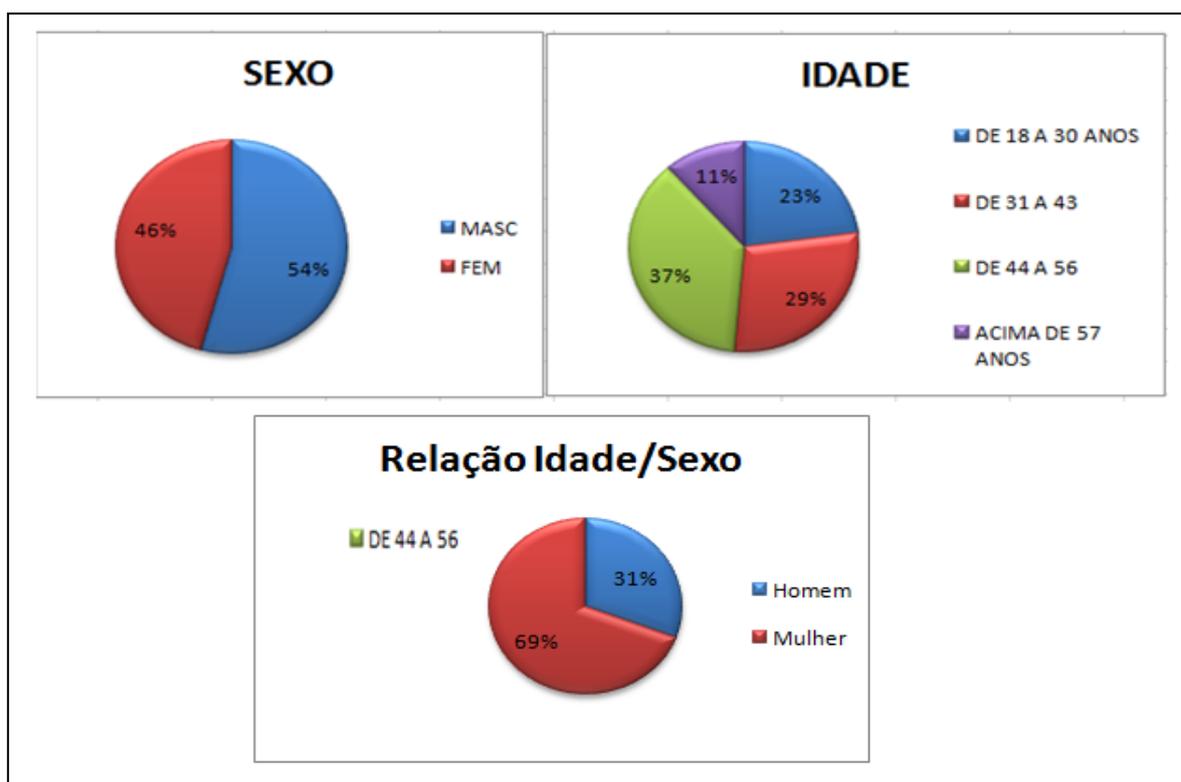


Figura 5.1: Distribuição dos entrevistados por sexo e faixa etária
Fonte: Esta pesquisa (2013).

Durante a aplicação do questionário com a amostra selecionada foi perguntado há quanto tempo o paciente utilizava os serviços do HUOC ou mesmo outros serviços concomitante, sendo 77% dos entrevistados em tratamento de HIV, seguidos de 10% Oncologia e os demais percentuais distribuídos entre tratamento psiquiátrico (7%), cardiológicos (3%) e controle de obesidade (3%).

A Figura 5.2 ilustra o baixo nível de instrução dos pacientes assistidos pelo Programa, onde 43% não completaram as primeiras séries escolares, associados a baixa renda representada por 97% dos entrevistados com renda de até 4 salários mínimos. Situação que pode explicar os altos índices de evasão ao tratamento bem como o agravamento da doença, já que está associada a baixos níveis de renda.

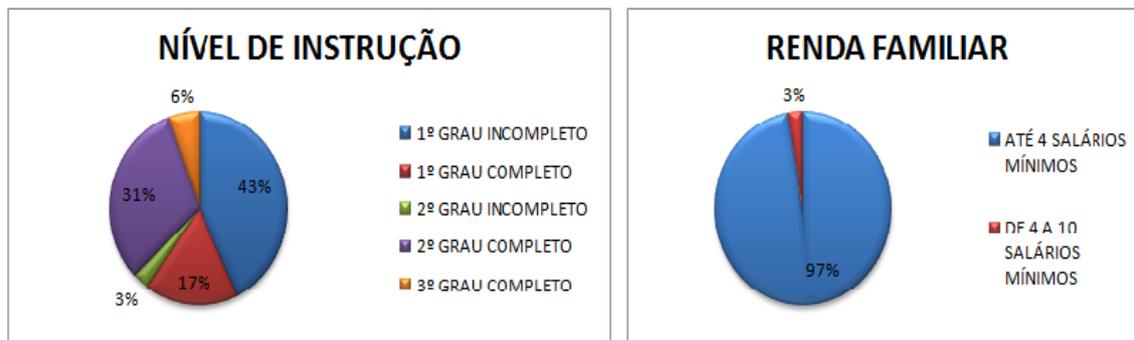


Figura 5.2: Distribuição dos entrevistados por nível de instrução e renda familiar
 Fonte: Esta pesquisa (2013).

Com relação à região de procedência, a Figura 5.3 mostra que a maior parte dos pacientes é oriunda da Região Metropolitana de Recife (RMR), com 91,4% (compreendendo as cidades de Abreu e Lima, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Igarassu, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista e Recife), 5,7% Zona da Mata (Caruaru e Limoeiro), 2,9% Agreste (Arcoverde).



Figura 5.3: Regiões de procedência dos pacientes
 Fonte: Esta pesquisa (2013).

5.3 Construção e validação do instrumento de coleta de dados

Conhecido o perfil dos respondentes atendidos pelo Programa de Controle à Tuberculose do HUOC e os esforços da direção para garantir a permanência do paciente ao tratamento, a segunda parte da pesquisa consistiu no levantamento dos atributos a serem investigados.

Vale ressaltar que não foram priorizadas as causas da doença (estas foram preservadas e esclarecidas que não eram alvo da pesquisa), mas a interface que o paciente possuía com o Hospital, considerando os seguintes aspectos relacionados na Tabela 5.1:

Tabela 5.1: Atributos a serem investigados

Atendimento Ambulatorial	ATRIBUTO 1	Atendimento Recepção
	ATRIBUTO 2	Marcação de Consulta
	ATRIBUTO 3	Atendimento Médico
	ATRIBUTO 4	Atendimento Enfermagem
	ATRIBUTO 5	Gestores (envolvimento Qualidade)
Ambiente Físico	ATRIBUTO 6	Instalações
	ATRIBUTO 7	Layout Interno
	ATRIBUTO 8	Aparência e vestuário
	ATRIBUTO 9	Localização
	ATRIBUTO 10	Horário de Funcionamento
Exames Laboratoriais	ATRIBUTO 11	Atendimento da Recepção
	ATRIBUTO 12	Personalização
	ATRIBUTO 13	Equipamentos
	ATRIBUTO 14	Credibilidade
	ATRIBUTO 15	Prontidão
Farmácia	ATRIBUTO 16	Atendimento Recepção
	ATRIBUTO 17	Medicamentos
	ATRIBUTO 18	Prontidão
	ATRIBUTO 19	Conhecimento
	ATRIBUTO 20	Gestores (envolvimento Qualidade)

Fonte: Esta pesquisa (2013).

Definido os atributos, com base na entrevista realizada, formulou-se o questionário com base no modelo de KANO (KANO *et al.*, 1984) contendo 40 perguntas, dividido equitativamente entre funcionais (efeito positivo) e disfuncionais (efeito negativo). O mesmo foi administrado pelo pesquisador principal a fim de evitar possíveis dúvidas quanto ao entendimento das questões e garantir que o mesmo instrumento fosse respondido por completo.

Para facilitar o entendimento dos entrevistados as respostas foram traduzidas em uma escala de *Likert* no formato de 5 pontos, onde 1= Muito Satisfeito; 2= Gostaria que melhorasse um pouco mais; 3= Indiferente; 4= Posso aceitar desta maneira; 5= Insatisfeito.

Para verificar a consistência das questões (constructo), utilizou-se o Alfa de Cronbach calculado conforme Equação 4.1 (apresentada no capítulo anterior) resultando em um coeficiente $\alpha = 0,743524$, que pode ser interpretado segundo a Tabela 5.2 a seguir:

Tabela 5.2.: Confiabilidade do questionário segundo o valor de alfa

Valor de Alfa	Confiabilidade
Maior que 0,9	Excelente
0,81 0,9	Bom
0,71 0,8	Aceitável
0,6 10,7	Questionável
0,5 10,6	Pobre
Menor que 0,5	Inaceitável

Fonte: Malhotra (2006)

Pode-se observar que nessa análise de validação o Alfa de Cronbach é considerado aceitável, sendo as afirmações adequadas para o procedimento de pesquisa adotado.

5.4 Resultados da Aplicação dos Questionários

Nesta seção serão tratados os resultados obtidos após aplicação dos questionários entre os 35 pacientes definidos pela amostra. Foram excluídos os menores de 18 anos, os pacientes internados e os que se recusaram a participar da pesquisa.

Os questionários foram aplicados entre os dias 21/10/2013 a 22/11/2013 após aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa obedecendo a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e as recomendações do referido Comitê no que se refere a pesquisa com seres humanos.

Anterior a essa etapa realizou-se entre os dias 23/07/2013 a 25/07/2013, entrevista com o Gestor da Farmácia Ambulatorial e a farmacêutica responsável pelo setor para o diagnóstico do problema e a definição dos atributos a serem considerados.

Analisado os questionários, os atributos foram dispostos observando a frequência das respostas de acordo com as categorias Unidimensionais (U), Obrigatórios (O), Atrativos (A), Neutros (N) e Questionável (Q) registrando seus respectivos percentuais, conforme Tabela 5.3:

Tabela 5.3: Análise dos resultados em quantidade de clientes por classificação

		U	%	O	%	A	%	N	%	Q	%
Atendimento Ambulatorial	ATRIBUTO 1	16	45,7	18	51,4	0	0	1	2,9	0	0,0
	ATRIBUTO 2	12	34,3	16	45,7	4	11,4	3	8,6	0	0,0
	ATRIBUTO 3	23	65,7	11	31,4	1	2,86	0	0,0	0	0,0
	ATRIBUTO 4	17	48,6	15	42,9	1	2,86	2	5,7	0	0,0
	ATRIBUTO 5	18	51,4	16	45,7	0	0	1	2,9	0	0,0
Ambiente Físico	ATRIBUTO 6	17	48,6	17	48,6	0	0	1	2,9	0	0,0
	ATRIBUTO 7	11	31,4	17	48,6	2	5,71	5	14,3	0	0,0
	ATRIBUTO 8	12	34,3	10	28,6	7	20	6	17,1	0	0,0
	ATRIBUTO 9	24	68,6	7	20,0	3	8,57	1	2,9	0	0,0
	ATRIBUTO 10	19	54,3	16	45,7	0	0	0	0,0	0	0,0
Exames Laboratoriais	ATRIBUTO 11	23	65,7	12	34,3	0	0	0	0,0	0	0,0
	ATRIBUTO 12	14	40,0	20	57,1	0	0	1	2,9	0	0,0
	ATRIBUTO 13	28	80,0	5	14,3	2	5,71	0	0,0	0	0,0
	ATRIBUTO 14	21	60,0	12	34,3	2	5,71	0	0,0	0	0,0
	ATRIBUTO 15	27	77,1	7	20,0	0	0	1	2,9	0	0,0
Farmácia	ATRIBUTO 16	25	71,4	7	20,0	2	5,71	1	2,9	0	0,0
	ATRIBUTO 17	28	80,0	5	14,3	1	2,86	1	2,9	0	0,0
	ATRIBUTO 18	30	85,7	0	0,0	5	14,3	0	0,0	0	0,0
	ATRIBUTO 19	23	65,7	3	8,6	8	22,9	1	2,9	0	0,0
	ATRIBUTO 20	24	68,6	2	5,7	7	20	2	5,7	0	0,0

Fonte: Esta pesquisa (2013).

Nota-se pela Tabela 5.3 que a categoria Unidimensionais reuniu os maiores percentuais, tendo os itens 18 - Prontidão dos funcionários da Farmácia (85,7%), 17 – Disponibilização de Medicamentos (80%) e 13 – Conservação dos Equipamentos do Laboratório (80%), sendo os dois primeiros relacionados aos aspectos da Farmácia Ambulatorial.

Dentre a categoria Obrigatório os itens 12 – Personalização da equipe técnica do Laboratório (57,1%), 1 – Atendimento da Recepção (51,4%) e os itens 6 – Instalações agradáveis e 7 – Layout interno, empatados com (48,6%).

Os Atrativos mais representativos foram os itens 19 – Conhecimento da equipe de Farmácia (22,9%), 18 – Prontidão dos funcionários da Farmácia (14,3%), item 2 - Marcação de Consulta (11,4%).

Já para os Neutros os itens 8 – Aparência e Vestuário (17,1%) 7 – Layout interno (14,3%), 2 – Tempo entre a marcação da Consulta e o atendimento médico (8,6%).

O gráfico na Figura 5.4 ilustra o comportamento dos atributos em termos percentuais, onde 15 dos 20 atributos foram classificados como Unidimensionais, 4 como Obrigatórios e 1 empatado como Unidimensional e Obrigatório, o que segundo Matzler *et al.* (1996) é

necessário um maior número de informações para definir melhor a representatividade do atributo.

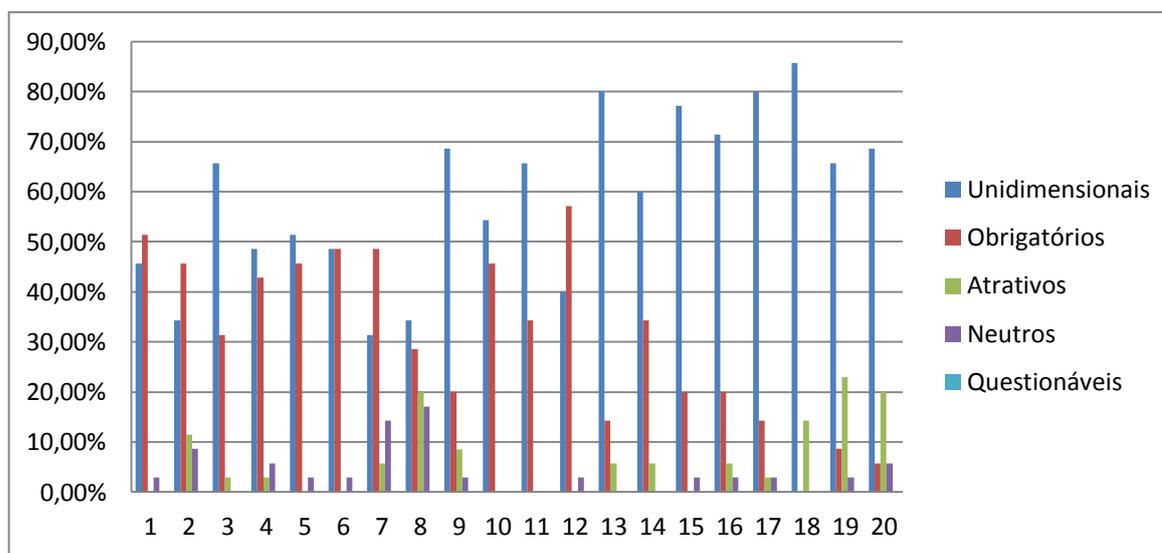


Figura 5.4: Classificação dos atributos segundo representatividade em percentuais
Fonte: Esta pesquisa (2013).

Quanto a maior classificação dos atributos serem Unidimensionais, os pacientes esperam que determinados atributos estejam presentes e o seu nível de satisfação é proporcional ao nível de preenchimento desses requisitos, como um aumento da atenção dados pelos médicos no momento da consulta, esclarecendo maiores dúvidas quanto ao tratamento (atributo 3); o aumento no horário de funcionamento (atributo 10), já que o referido Hospital não funciona 24h/dia; realização de exames em equipamentos modernos que favoreça a precisão dos resultados (atributo 13); regularidade da medicação solicitada, evitando interrupções no tratamento ou mesmo o abandono (atributo 17).

Para os atributos identificados como Obrigatórios, o atendimento oferecido pela recepção (*front office*), informando sobre os procedimentos para início do tratamento (atributo 1); tempo entre a marcação da consulta e o efetivo atendimento médico (atributo 2); Layout interno favorecendo a localização das pessoas (atributo 7) e personalização do atendimento dado pela equipe técnica do laboratório na realização de exames (atributo 12), são pré-requisitos essenciais, porém a violação causa extrema insatisfação.

Destaca-se que para os atributos classificados como Obrigatórios o aumento significativo na melhoria dessas características não gera explicitamente um aumento na satisfação dos clientes. Outro fator que pode ter influenciado essa classificação foi o grau de contato em que os pacientes entrevistados estão suscetíveis. Ross *et al.* (2009) considera que

se os clientes entrevistados já conhecerem as condições do serviço e estiverem habituados, podem certamente classificá-los como um requisito Unidimensional, o que para os clientes que estão “iniciando o tratamento”, ou mesmo se habituando as condições do serviço podem classificá-los como Obrigatórios.

5.5 Resultados pelos Coeficientes de Satisfação e Insatisfação

Complementando a análise dos atributos propostos pelo Modelo de KANO (Kano *et al.*, 1984), e buscando potencializar as características consideradas mais relevantes, calculou-se os Coeficientes de Satisfação (CS) e Coeficientes de Insatisfação (CI), referente os 35 pacientes considerados na amostra.

A Tabela 5.4 reúne os valores obtidos para os atributos considerados, lembrando que o Coeficiente de Insatisfação foi multiplicado por (-1) para enfatizar sua influência negativa ou a ausência que este requisito exerce na satisfação do cliente.

Tabela 5.4: Coeficientes de Satisfação e Insatisfação por Atributos

	Coeficiente de Satisfação	Coeficiente de Insatisfação
ATRIBUTO 1	0,457142857	-0,971428571
ATRIBUTO 2	0,457142857	-0,8
ATRIBUTO 3	0,685714286	-0,971428571
ATRIBUTO 4	0,514285714	-0,914285714
ATRIBUTO 5	0,514285714	-0,971428571
ATRIBUTO 6	0,485714286	-0,971428571
ATRIBUTO 7	0,371428571	-0,8
ATRIBUTO 8	0,542857143	-0,628571429
ATRIBUTO 9	0,771428571	-0,885714286
ATRIBUTO 10	0,542857143	-1
ATRIBUTO 11	0,657142857	-1
ATRIBUTO 12	0,4	-0,971428571
ATRIBUTO 13	0,857142857	-0,942857143
ATRIBUTO 14	0,657142857	-0,942857143
ATRIBUTO 15	0,771428571	-0,971428571
ATRIBUTO 16	0,771428571	-0,914285714
ATRIBUTO 17	0,828571429	-0,942857143
ATRIBUTO 18	1	-0,857142857
ATRIBUTO 19	0,885714286	-0,742857143
ATRIBUTO 20	0,885714286	-0,742857143

Fonte: Esta pesquisa (2013).

A partir dos CS e CI é possível visualizar na Figura 5.5 a disposição desses atributos observando o diagrama de dispersão dividido entre os quadrantes Unidimensional, Obrigatório, Atrativo e Neutro.

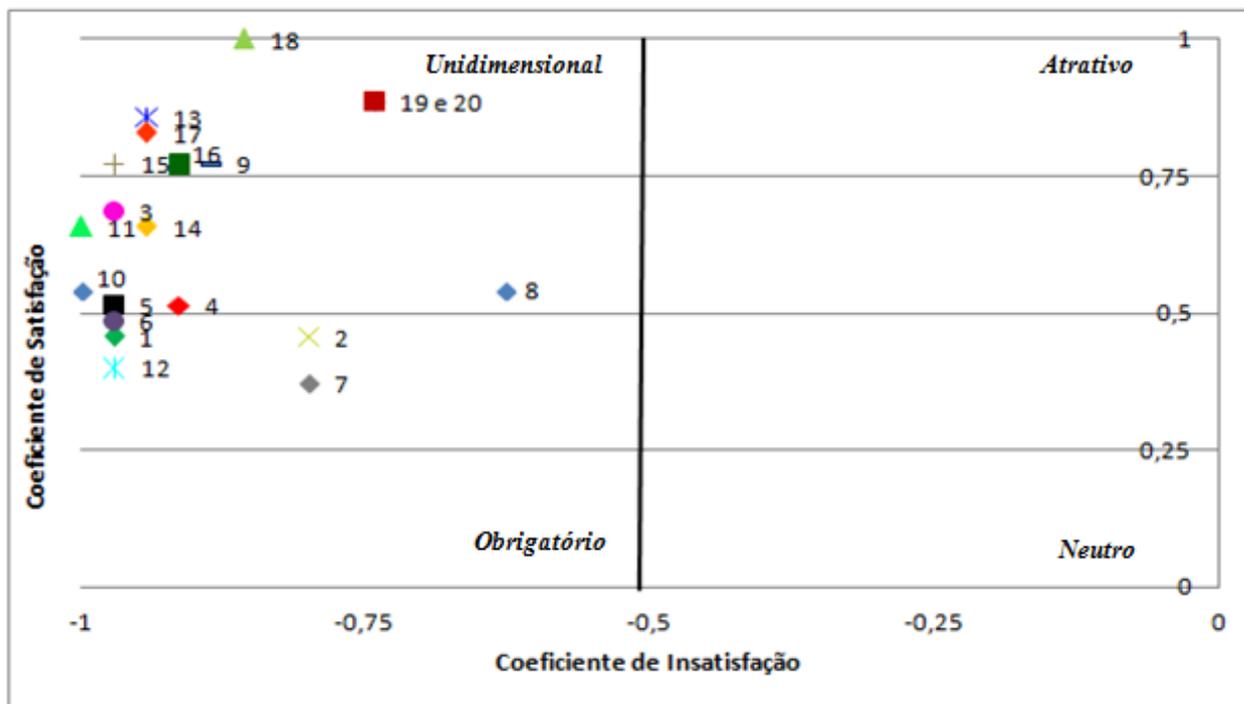


Figura 5.5: Disposição dos Coeficientes de Satisfação e Insatisfação dos respondentes
Fonte: Esta pesquisa (2013).

Pela disposição dos coeficientes, os quadrantes Atrativo e Neutro não tiveram nenhum atributo classificado nessas regiões, o que representa que nenhum dos atributos questionados proporciona uma maior influência na satisfação, ou mesmo são considerados como um diferencial específico daquela unidade de saúde. Quanto aos neutros, nenhum dos respondentes considerou algum atributo como irrelevante, o que normalmente ocorre em serviços pouco utilizados pelos clientes.

No quadrante Unidimensional como se veem observando, tivemos a maior concentração de atributos (3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 e 20) observando uma concentração dos pontos com valores mais altos, destacando-se dos demais o 18 (Prontidão dos funcionários da Farmácia), 19 (Conhecimento da equipe de Farmácia) e 20 (Envolvimento dos Gestores da Farmácia com a Qualidade), o que pode ter sido influenciado pelo fato dos questionários terem sido aplicados na recepção da Farmácia Ambulatorial.

Para os três últimos pontos citados os respondentes consideraram serem características que se fossem melhor priorizadas trariam um ganho maior em sua satisfação, uma vez que o

tratamento é longo e o maior contato dos pacientes com o Hospital é periodicamente com a Farmácia já que fazem uso de medicação contínua. Destaca-se o alto índice no atributo 18 o que pode ser refletido pela constante busca por informações sobre a medicação ingerida ou mesmo a associação com outros medicamentos, já que 77% dos entrevistados realizam outro tratamento em paralelo. Outra evidência pode ser o fato das consultas com a equipe médica ocorrer em intervalos razoavelmente longos e nesse intervalo surgirem dúvidas específicas relacionadas à doença, possíveis reações à medicação, entre outras variáveis.

Ressalta-se que pelo cálculo dos Coeficientes de Satisfação (CS) atingiu a nota máxima (1) denotando que um maior número das pessoas pesquisadas sentem-se satisfeitos com a presença do requisito.

O atributo 8 (Aparência e Vestuário) classificado como Unidimensional encontra-se mais próximo de 0 (zero) o que representa que um menor número de respondentes realmente veem a presença deste requisito como uma vantagem do serviço.

Quanto o atributo 6 (Instalações físicas limpas e agradáveis) pelo cálculo dos coeficientes, notou-se uma tendência a enquadrar-se na categoria Obrigatório, demonstrando a atenção dos entrevistados a esse aspecto.

Quanto aos atributos classificados como Obrigatórios (1, 2, 7 e 12), os itens 1 (Atendimento da Recepção) e 2 (Tempo entre a Marcação da Consulta e o Atendimento Médico) possuem os maiores índices da categoria e comportamento bem semelhantes, significando que um alto desempenho nesses itens não proporcionará um aumento significativo na satisfação dos pacientes, de acordo com a amostra entrevistada.

Com relação aos atributos 10 (Horário de funcionamento) e 11 (Atendimento da Recepção do laboratório) que pelo cálculo dos Coeficientes de Insatisfação (CI) atingiu a nota máxima (-1), refletindo que a ausência desses requisitos consistirá um problema grave para a prestação do serviço.

A Tabela 5.5 apresenta um *ranking* dos atributos que podem proporcionar uma maior significância em termos de satisfação e insatisfação tomando como base os cálculos de CS e CI apresentados na Tabela 5.4.

Tabela 5.5: Ranking dos atributos pelo cálculo dos Coeficientes e pelas categorias do Modelo de KANO

		Coeficiente de Satisfação	Coeficiente de Insatisfação	% de Respondentes	Categoria KANO
Atendimento Ambulatorial	ATRIBUTO 5	0,685714286	-0,971428571	51,4%	U
	ATRIBUTO 3	0,514285714	-0,914285714	65,7%	U
	ATRIBUTO 4	0,514285714	-0,971428571	48,6%	U
	ATRIBUTO 2	0,457142857	-0,8	45,7%	O
	ATRIBUTO 1	0,457142857	-0,971428571	51,4%	O
Ambiente Físico	ATRIBUTO 9	0,771428571	-0,885714286	68,7%	U
	ATRIBUTO 8	0,542857143	-0,628571429	34,3%	U
	ATRIBUTO 10	0,542857143	-1	54,3%	U
	ATRIBUTO 6	0,485714286	-0,971428571	48,6%	U/O
	ATRIBUTO 7	0,371428571	-0,8	48,6%	O
Exames Laboratoriais	ATRIBUTO 13	0,857142857	-0,942857143	80%	U
	ATRIBUTO 15	0,771428571	-0,971428571	77,1%	U
	ATRIBUTO 14	0,657142857	-0,942857143	60%	U
	ATRIBUTO 11	0,657142857	-1	65,7%	U
	ATRIBUTO 12	0,4	-0,971428571	57,1%	O
Farmácia	ATRIBUTO 18	1	-0,857142857	85,7%	U
	ATRIBUTO 19	0,885714286	-0,742857143	65,7%	U
	ATRIBUTO 20	0,885714286	-0,742857143	68,6%	U
	ATRIBUTO 17	0,828571429	-0,942857143	80%	U
	ATRIBUTO 16	0,771428571	-0,914285714	71,4%	U

Fonte: Esta pesquisa (2013).

Os itens servirão de base para traduzir a estratégia em ação priorizando as perspectivas do BSC como será visto na seção seguinte.

5.6 Integração do Modelo de KANO com o *Balanced Scorecard*

Nesta seção será apresentada a identificação dos atributos que irão compor as perspectivas do *Balanced Scorecard* (BSC), após a categorização das principais características que exercem uma maior satisfação e insatisfação nos clientes.

Quanto mais se conhece os processos de uma organização, tanto gerencias quanto operacionais, maior é o controle sobre os mesmos, podendo formular estratégias que se ajustem as mudanças do cenário.

No capítulo 4, foi descrito a proposição de uma metodologia de avaliação que integra o Modelo de KANO com as perspectivas do BSC para combinar esforços para a satisfação dos pacientes em um serviço Hospitalar da rede pública.

A associação das ferramentas proporcionará aos gestores informações sistematizadas que orientarão o Planejamento Estratégico a fim de direcionar os recursos para os requisitos que de fato são mais relevantes para os pacientes, principalmente pela alta demanda do serviço público de saúde e as limitações de recursos.

5.6.1 Relação do Modelo de KANO e o BSC

Com base na categorização realizada por meio dos Coeficientes de Satisfação e Insatisfação (CS/CI) relacionados com a classificação dos atributos entre Unidimensionais, Obrigatórios, Atrativos e Neutros, a estrutura do BSC será alimentada com base na priorização dada pela maioria dos respondentes aos requisitos consultados.

A manutenção dos requisitos originais (Financeira, Processos Internos, Aprendizagem e Crescimento, Clientes) foi entendida como satisfatória para traduzir as estratégias de cada processo em ação, servindo como instrumento de apoio aos gestores do HUOC para otimização de seus resultados em termos de qualidade em seus processos.

Kaplan e Norton (1997) destacam a importância dos investimentos futuros não somente em termos de equipamentos e desenvolvimento de novos produtos, mas a priorização da infraestrutura de seus recursos humanos, sistemas e procedimentos, valorização do conhecimento se quiserem continuar crescendo no longo prazo, não somente em termos financeiros, mas consolidando a sua marca pela prestação dos serviços.

5.7 Modelagem do BSC e suas Perspectivas

O passo inicial da modelagem do BSC é a determinação da Missão, Visão e Valores compartilhadas pela organização, que são definidos pela direção e servirão de guia para as projeções futuras.

Em entrevista com o Gestor da Farmácia e complementando a investigação bibliográfica aos Informativos publicados periodicamente, foi possível conhecer esses determinantes que conduzem a estratégia da Instituição e que será fundamental para a implantação do BSC em termos de processos, visto que é imprescindível compreender os objetivos pretendidos, a direção a ser seguida e entender o propósito do negócio. Sem contar o impulso que a direção deve provocar em seus colaboradores para o alcance das estratégias planejadas.

A Figura 5.6 apresenta o Planejamento Estratégico, os Valores, Visão e Missão adotados pelo Hospital.

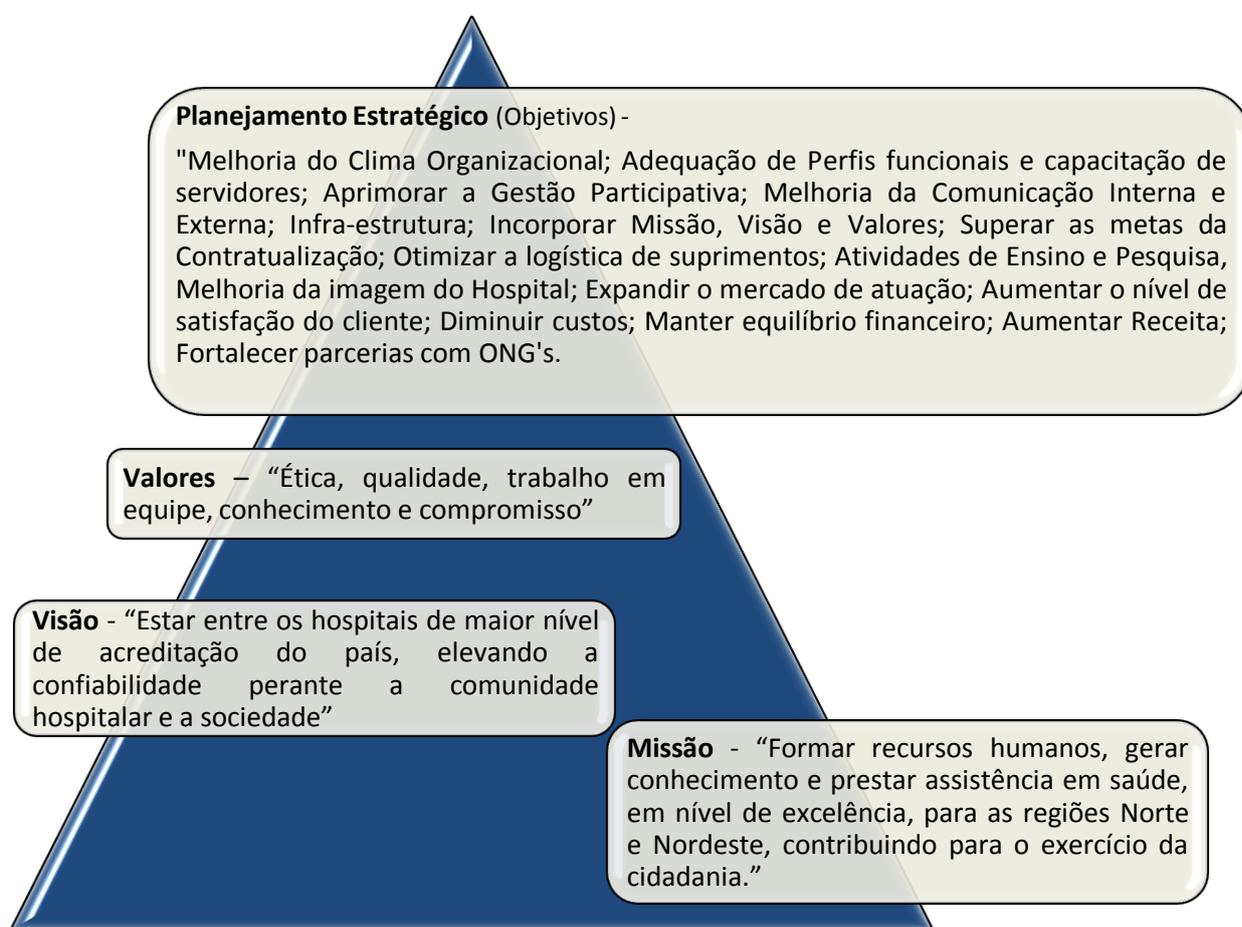


Figura 5.6: Planejamento Estratégico, Missão, Visão e Valores empregados pelo HUOC
 Fonte: Informativo do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (2009).

De acordo com informações do Hospital, o Planejamento Estratégico vem sendo desenvolvido desde 2004, sob a orientação de uma Consultoria Externa, tendo em vista os vários objetivos e as mudanças no cenário da saúde pública.

Nesse contexto, a proposição das perspectivas do BSC tem em vista os objetivos do Planejamento Estratégico, alinhados aos Valores, Visão e Missão construídos pelo Hospital.

5.7.1 Perspectiva Financeira

Como se trata de um hospital público, sem fins lucrativos, a perspectiva financeira está pautada no gerenciamento dos recursos financeiros repassados pelos órgãos governamentais, assegurados por leis específicas, para a manutenção do serviço.

O retorno financeiro almejado pela Instituição é refletido no ganho social, na imagem do Hospital perante a sociedade, na credibilidade dos serviços oferecidos, no fomento as atividades de ensino e pesquisa, na garantia da saúde gratuita, tendo por base os esforços operacionais e administrativos em todos os níveis organizacionais.

Quanto aos objetivos pretendidos, o Hospital planeja ampliar o número de atendimentos tendo em vista a crescente demanda, otimizar as diretrizes de Contratualização (contrato ou convênio entre a unidade hospitalar e o gestor local do SUS) aumentando assim sua receita, reduzir custos focando o equilíbrio financeiro, minimizar desperdícios aprimorando a logística de suprimentos, melhorar a infraestrutura e aumentar o nível de satisfação dos seus pacientes.

No âmbito do Programa de Controle à Tuberculose, os objetivos estão associados a metas nacionais de combate à doença, seguindo os indicadores pactuados nos objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que visa erradicar a Tuberculose mundial até 2015.

Segundo informações da Vigilância Epidemiológica do Hospital, não existem metas locais de atendimento aos pacientes assistidos pelo Programa, já que na região vários hospitais públicos oferecem o mesmo tratamento, tendo o paciente a flexibilidade de mudanças a qualquer tempo e sem prejuízos.

Observando os objetivos traçados pelo Planejamento Estratégico, a perspectiva Financeira é um indicador que serve de sustentáculo as demais perspectivas, estando relacionada com as ações da Instituição e sendo promovida pelos seus gestores.

De acordo com a classificação segundo o Modelo de KANO, o comprometimento da Alta Direção (atributo 5), estimulando o envolvimento de outros colaboradores, como a equipe da Farmácia (atributo 18 – Prontidão dos funcionários e 20 – Envolvimento dos Gestores da Farmácia), é refletido na percepção dos pacientes como um indicativo que quanto maior a sua presença maior o nível de satisfação gerado, o que pode resultar em melhores resultados dos indicadores do Hospital, eficiência interna com os recursos públicos, ampliação

de parcerias, valorização da imagem da instituição, aumento da qualidade em seus processos, exercendo forte influência na satisfação segundo a percepção dos pacientes.

5.7.2 Perspectiva dos Processos Internos

Segundo Kaplan e Norton (2004), é esta perspectiva que diferencia o BSC dos demais modelos de avaliação de desempenho, que se restringem a análise de dados financeiros e outros indicadores de mesma ordem, não ampliando a sua visão para aspectos intangíveis muitas vezes críticos a gestão do negócio.

Nessa perspectiva os atributos podem estar distribuídos entre os processos de *Gestão Operacional* (2, 6, 7, 8, 9, 10, 17), *Gestão de Clientes* (1, 11, 14, 16) e *Inovação* (13).

No que se refere a *Gestão Operacional*, os atributos 9 (Localização) e 17 (Medicamentos) possuem os maiores coeficientes de satisfação da categoria, sendo maior o número de pacientes satisfeitos com a priorização desses requisitos. Como o tratamento pode ser realizado em qualquer rede hospitalar credenciado ao SUS, a localização acessível do Hospital, aliado a disponibilidade de medicamentos tornam esses atributos, significativamente influentes na melhoria do nível de satisfação dos pacientes, e portanto, considerados unidimensionais.

Destacam-se os atributos (6 - Instalações, 10 – Horário de Funcionamento e 17 – Medicamentos), com os maiores coeficientes de insatisfação, representando um maior número de pessoas que se incomodam com os déficits desses requisitos. Sendo o atributo 10 o mais afetado por qualquer intervenção.

Quanto a *Gestão de Clientes* o atributo 16 (Atendimento da Recepção da Farmácia) exerce uma maior satisfação dos pacientes, tendo em vista a maior frequência destes na Farmácia durante o tratamento. Observando o coeficiente de insatisfação, o atributo 11 (Atendimento da Recepção Laboratorial) é o que causa maior incômodo segundo a amostra consultada.

Finalmente no processo de *Inovação* temos os esforços em realizar novos procedimentos ou a melhoria dos já existentes, seja através da adoção de novos métodos ou a aquisição de novos equipamentos. O atributo 13 (Equipamentos) reflete a percepção dos pacientes para esse aspecto, tendo sido considerado como relevante para a qualidade do tratamento e também de grande impacto caso deixe de ser priorizado pelo Hospital.

Apesar do baixo nível de instrução dos pacientes tomados nesta amostra, é perceptível o nível de exigência na prestação dos serviços, seja através da exigência de equipamentos mais modernos em termos de tecnologia, informações mais precisas quanto ao diagnóstico e tratamento da doença, medicamentos e instalações adequadas.

Portanto, pode-se observar que essas variáveis irão impactar diretamente na Perspectiva dos Clientes, como uma relação de causa e efeito, influenciado diretamente as consequências das outras.

5.7.3 Perspectiva do Aprendizado e Crescimento

Por se tratar de um Hospital Universitário as atividades de ensino e pesquisa foram pautadas na missão, visão e valores priorizados pelos objetivos estratégicos, onde professores, alunos e demais funcionários são corresponsáveis pela prestação dos serviços, somados as perspectivas internas que impactarão na satisfação dos pacientes.

O HUOC desenvolve constantemente planos que contemplem a formação de competências humanas, por entender que as habilidades humanas, o conhecimento e os valores trazidos por cada indivíduo são imprescindíveis para o alcance dos propósitos desejados e fortalecimento das demais perspectivas.

Os atributos 3 (Atendimento Médico),⁴ (Atendimento de Enfermagem),¹² (Personalização da equipe técnica do Laboratório),¹⁵ (Prontidão dos funcionários do Laboratório),¹⁸ (Prontidão da equipe da Farmácia) e 19 (Conhecimento adequado da equipe da Farmácia) refletem a necessidade de uma maior interface com os prestadores do serviço, numa relação de quanto maior o envolvimento maior o nível de satisfação provocado. Tendo o atributo 18 (Prontidão da equipe da Farmácia) um expressivo coeficiente se comparado com todos os outros. O que pode ser explicado pela frequência do contato durante o tratamento, feita em sua maioria por medicamentos.

Os mesmos atributos apresentam os maiores coeficientes de insatisfação dentre os demais atributos, representando a criticidade caso essas variáveis realmente não sejam oferecidas de forma satisfatória.

Em virtude da situação social dos pacientes atingidos pela doença, a priorização do relacionamento paciente/prestador do serviço pode ser considerada um diferenciador no tratamento, refletida a curto ou longo prazo na redução do abandono ao tratamento, melhoria da qualidade de vida, com reflexos substanciais nas demais perspectivas.

5.7.4 Perspectiva do Cliente

Nesse ponto temos a convergência das demais perspectivas para o alcance da satisfação dos *stakeholders*, incluindo os colaboradores, a comunidade em geral, o Governo, sendo os pacientes o principal deles.

Os esforços descritos nas perspectivas anteriores irão refletir na credibilidade dos serviços, melhoria da imagem do Hospital, no aumento da demanda, fortalecimento de parcerias, aumento no repasse de recursos, enfim, medidas que possibilitem melhorias significativas na relação com os clientes.

O foco da pesquisa foi à perspectiva dos clientes (paciente), onde os gestores desejam analisar as variáveis que interferem na evasão dos pacientes ao tratamento de Tuberculose.

Observando os aspectos relacionados a interface com o Atendimento Ambulatorial, o Ambiente Físico, Laboratório e Farmácia, os atributos que mais se destacaram em cada categoria foram respectivamente (5 – Envolvimento dos Gestores; 9 – Localização; 13 – Equipamentos; 18 – Prontidão), representando a opinião dos respondentes de forma equitativa entre os aspectos intangíveis e tangíveis.

Todos os atributos mencionados acima são classificados como Unidimensionais, onde normalmente a satisfação dos clientes/pacientes é proporcional ao nível de preenchimento desses requisitos, sendo vantajoso melhorar as exigências que influenciam diretamente a percepção da qualidade.

O Envolvimento dos Gestores (atributo 5) deve ser considerado fundamental no sentido de promover maiores níveis de qualidade em todo o serviço, uma vez que são responsáveis pela elaboração das políticas e diretrizes que norteiam o Planejamento Estratégico.

A Localização (atributo 9) mencionada por 68,7% da amostra consultada, evidencia o fácil acesso a unidade hospitalar e a preferência dentre outros hospitais da região metropolitana de Recife.

Quanto aos Equipamentos (atributo 13) os pacientes buscam a realização de seus exames em aparelhos modernos e bem conservados, sendo mencionado por 80% dos entrevistados como prioritário para sua satisfação e por consequência mais vantajoso para a eficácia do tratamento.

Finalmente a Prontidão dos funcionários da Farmácia (atributo 18) foi considerada por 85,7% dos pacientes questionados como o requisito que mais contribui para sua satisfação, sendo mais mencionado do que a própria disponibilidade de medicamentos com 80% (atributo 17).

Diante dessa perspectiva, os recursos financeiros investidos devem estar alinhados ao crescimento da demanda pelos serviços de saúde, ou mesmo ao aumento de pacientes em tratamento de Tuberculose, tendo o estado de Pernambuco ocupado o 4º lugar em incidência (números de casos novos) com relação aos demais estados brasileiros.

As perspectivas de Processos Internos e Aprendizado e Crescimento traduzem os investimentos financeiros na oferta de serviços, investimentos em novas formas de diagnóstico e tratamento, relacionamento satisfatório entre pacientes/prestador e ações que visam alcançar a qualidade dos seus serviços e o ganho de imagem da instituição diante de seus *stakeholders*.

A Figura 5.7 ilustra o Mapa Estratégico, que delinea os atributos identificados pelo Modelo de KANO para a satisfação das necessidades dos pacientes e adequação ao Planejamento Estratégico.

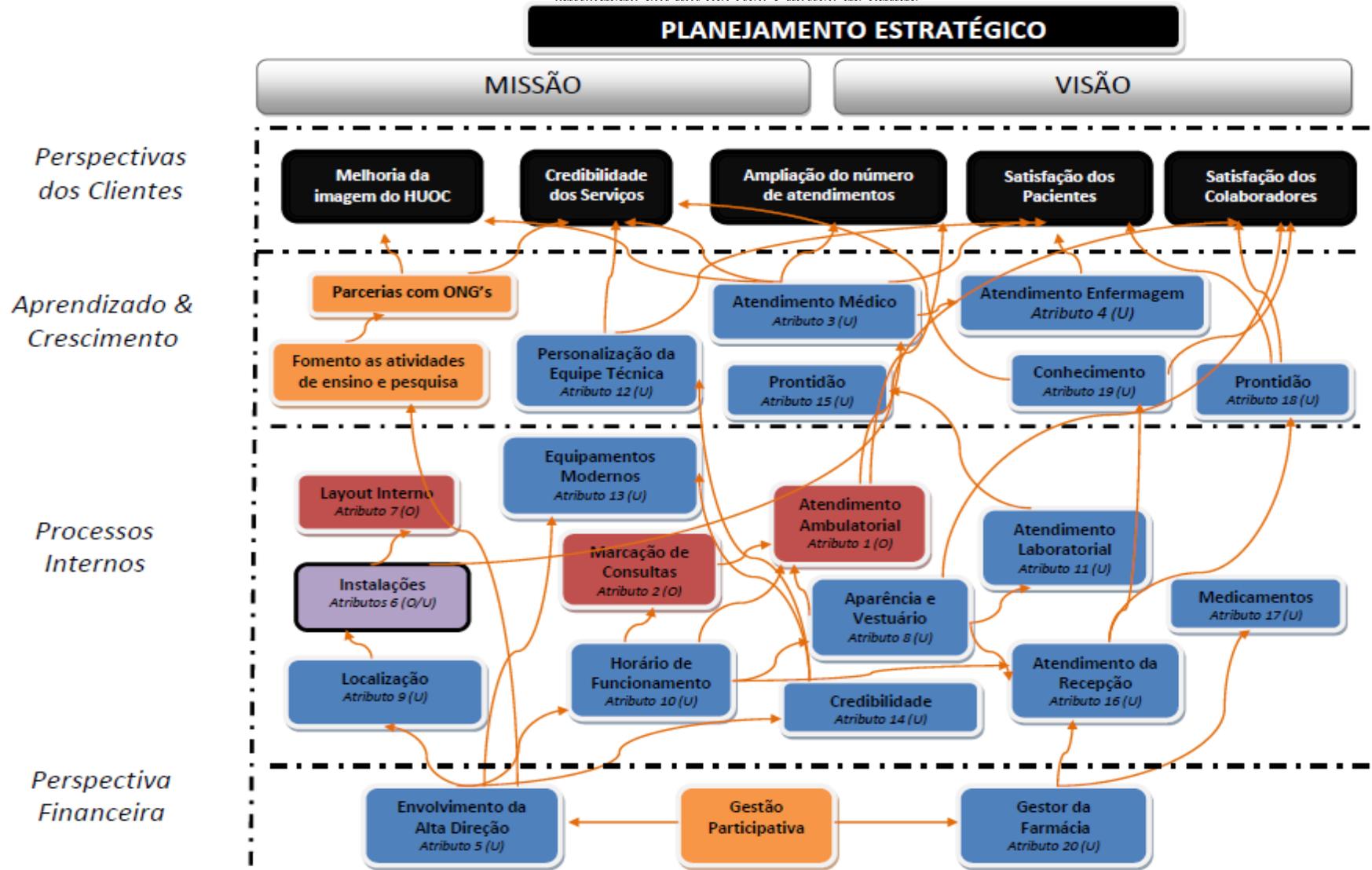


Figura 5.7: Mapa Estratégico integrando os atributos do Modelo de KANO com as perspectivas do BSC
 Fonte: Esta pesquisa (2013)

5.8 Síntese do Capítulo

Esta seção apresentou a aplicação do modelo proposto de integração do Modelo de KANO com as perspectivas originais do BSC para avaliação da qualidade em um serviço público de saúde.

O Modelo de KANO permitiu classificar os atributos diagnosticados entre Unidimensionais, Obrigatórios, Atrativos e Neutros para em seguida comporem as perspectivas do BSC: Perspectiva Financeira, Processos Internos, Aprendizado e Crescimento e Clientes.

Os atributos foram avaliados segundo os coeficientes de satisfação e insatisfação após análise das respostas da amostra consultada. Uma entrevista com o Gestor da Farmácia do Hospital foi fundamental para compreender a dinâmica do serviço, os principais setores percorridos pelos pacientes e o objetivo do Programa de Saúde tomado como foco deste estudo.

A partir da distribuição dos atributos entre as perspectivas, foi possível constatar que a priorização de características como o Envolvimento dos Gestores da Alta Administração (item 5), Localização (item 9), Equipamentos (item 13) e Prontidão dos funcionários da Farmácia (item 18) exercem um maior impacto na satisfação dos clientes. Sendo o item 18 mencionado por 85,7% dos pacientes questionados como o requisito que mais contribui para sua satisfação.

Atributos como Horário de Funcionamento (item 10) e Cordialidade (item 11) foram considerados pelos coeficientes de insatisfação como os requisitos que geram extrema insatisfação caso não sejam oferecidos de forma satisfatória.

A análise estabelecida permitiu contribuir para o Planejamento Estratégico da instituição, priorizando o alcance das necessidades de seus *stakeholders*, onde o principal deles é o paciente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho permitiu desenvolver um modelo que contribuíssem para a orientação das estratégias tanto gerenciais quanto operacionais de um Hospital Público da cidade de Recife. Priorizou-se nesse estudo o Programa de Controle à Tuberculose, incluído no grupo de doenças negligenciadas, motivo de preocupação dos gestores pelos altos índices de evasão ao tratamento.

Para compreender os requisitos mais evidenciados para os clientes/pacientes, foi proposta uma abordagem entre o Modelo de KANO integrado ao BSC, onde por meio de um questionário foi possível identificar os fatores que causam um maior impacto na satisfação dos pacientes e por isso devem ser considerados na elaboração do Planejamento Estratégico Organizacional.

A pesquisa foi estruturada com base em investigação na literatura, contemplando conceitos básicos e pesquisando outros estudos que contribuíssem para a compreensão da temática.

Quanto a aplicação dos instrumentos de coleta, os respondentes que passaram por alguma experiência desagradável manifestaram seu descontentamento atribuindo uma pontuação baixa para a maioria dos itens, não evidenciando a sua opinião sobre a presença ou ausência de determinado atributo, essência do modelo. O que interfere na classificação dos atributos, não refletindo de fato os fatores que causam um maior impacto caso sejam priorizados investimentos.

Os dados mostraram que 37% dos entrevistados estão entre 44 a 56 anos de idade, o que pode exercer uma maior influência na avaliação dos atributos, dada a experiência de vida e o nível de exigência quanto aos serviços.

É importante lembrar que a amostra consultada e a população de pacientes têm características e necessidades específicas, que podem não ser as mesmas em outro período de tempo e/ou com uma nova população consultada. Visto que os pacientes atendidos por esse Hospital tem tratamento com duração média de 06 (seis) a 12 (doze) meses e que esta população é renovada periodicamente, o que resulta a renovação da pesquisa pelo Hospital.

É válido ressaltar que as informações observadas na pesquisa serão utilizadas apenas para fins acadêmicos, onde a identidade dos entrevistados será preservada e os questionários utilizados serão arquivados por um período de 5 (cinco) anos atendendo recomendações do Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 466/12.

Observou-se também que a priorização segundo a categorização do Modelo de KANO em atributos: Unidimensionais, Obrigatórios, Atrativos e Neutros possibilitou aos gestores um maior conhecimento sobre as características que proporcionam uma maior satisfação ou mesmo insatisfação caso seja comprometido a prestação do seu serviço.

A associação com o BSC distribuiu as categorias elegidas em torno de todos os setores, através da avaliação de seus processos internos, da valorização do aprendizado e crescimento, do ganho financeiro traduzido em ganho social e a satisfação dos *stakeholders*, onde o cliente é o principal deles. Além de evidenciar aspectos tangíveis que os modelos tradicionais não relativizam.

Foi possível perceber que atingir níveis satisfatórios de qualidade em serviço de saúde, requer um comprometimento de seus colaboradores, diante a natureza do serviço e principalmente pela condição em que se encontra o cliente/paciente.

A exigência pelo alto nível de qualidade em todo o processo é mais do que necessário, pois estes clientes estão buscando cuidar do seu bem mais precioso: a saúde. E, portanto, deve ser encarado com a mesma importância pelos prestadores do serviço.

A integração entre os modelos de KANO e o BSC contribuiu para um direcionamento das estratégias e uma avaliação em torno dos atributos melhor ponderados pelos clientes, apoiando o seu Planejamento Estratégico e servindo como um ponto de partida para a análise de requisitos que possam comprometer a qualidade dos serviços ou serem causadores de possíveis problemas.

6.1 Dificuldades, Limitações e Sugestões para Trabalhos Futuros

Uma das dificuldades encontradas foi quanto a compreensão do questionário pelos pacientes, que tiveram dúvidas quanto a interpretação da escala utilizada, o que foi esclarecido pelo pesquisador a fim de não comprometer os resultados da pesquisa.

A estruturação do questionário em 40 (quarenta) perguntas causou recusa em alguns respondentes pela morosidade que cada pergunta poderia requer para ser compreendida, devido ao baixo nível de instrução da maioria dos respondentes. Outra dificuldade percebida, foi a similaridade entre as perguntas funcionais e disfuncionais, o que ocasionou maiores explicações quanto a diferença entre os pares de perguntas.

Alguns recusaram a contribuir com a pesquisa com receio de expor às condições de sua doença, ou mesmo por vergonha, o que foi preservado e esclarecido a finalidade da investigação.

Quanto às limitações deste trabalho, pode-se considerar o tamanho da amostra não ter abrangido todos os pacientes de doenças negligenciadas assistidos pelo Hospital, o que poderia ter proporcionado um conhecimento mais adequado do perfil desses pacientes e contemplar ações comuns que impactassem maiores ganhos na qualidade dos serviços.

Como recomendações para trabalhos futuros pode-se estender a pesquisa a outros hospitais públicos da cidade que atendam ao mesmo programa, ou mesmo combinar a análise com outras ferramentas (Fatores Críticos de Sucesso (FCS), Método AHP, SERVPERF) para uma análise mais aprofundada.

Recomenda-se ainda a extensão dos estudos sobre outras doenças que possuem índices de adesão preocupantes aos gestores públicos, ou mesmo estabelecer relações entre a esfera pública e privada a fim de perceber estratégias que podem ser adotadas tendo por base a especificidade de cada conjuntura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGHLMAND, S.; LAMEEI, A.; SMALL, R. A hands-on experience of the voice of customer analysis in maternity care from Iran, **International Journal of Health Care Quality Assurance**. vol. 23 n. 2, p. 153-170, 2010.

AIDAR, Marcelo M. **Qualidade Humana: as pessoas em primeiro lugar**. São Paulo: Maltese, 1995.

ANDERSON, E. W.; SULLIVAN, M. The antecedents and consequences of customer satisfaction for firms, **Marketing Science**, v. 12 n. 2, p. 125-43, 1993.

ARAÚJO, Luís C. G.. **Organização, Sistemas e Métodos e as tecnologias de Gestão Organizacional**. vol.2. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.

BAKI, B.; BASFIRINCI, C.S.; Cilingir, Z.; AR, I. M. An application of integrating SERVQUAL and KANO's model into QFD for logistics services: A case study from Turkey, **Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics**, vol. 21 n. 1, p. 106-126, 2009.

BARBETTA, P.A.; REIS, M.M.; BORNIA, A.C.. **Estatística para cursos de Engenharia e Informática**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

BOLTON, R.N. A dynamic model of the duration of the customer's relationship with a continuous service provider: the role of customer satisfaction, **Marketing Science**, v. 17 n. 1, p. 45-65, 1998.

BUSACCA, B.; PADULA, G. Understanding the relationship between attribute performance and overall satisfaction: Theory, measurement and implications, **Marketing Intelligence & Planning**, v. 23, n. 6, p.543 – 561, 2005.

CAMFIELD, C. E. R.; GODOY, L. P. **Análises do cenário das certificações da ISO 9000 no Brasil: um estudo de caso nas empresas da construção civil em Santa Maria – RS**. Revista Produção Online, Santa Catarina, v. 4, n. 1, fev. 2004. Disponível em <<http://www.producaoonline.org.br>>. Acesso em 28 dez. 2012.

CAMPOS, V. F. **TQC: Controle da Qualidade Total no estilo japonês**. 8 ed. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, Escola de Engenharia da UFMG, 2004.

CARVALHO, M. M. **Gestão da Qualidade: Teoria e Casos**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Campus/Elsevier, 2012.

CAUCHICK MIGUEL, Paulo Augusto Cauchick. **Metodologia da Pesquisa em Engenharia de Produção e Gestão de Operações**. Rio de Janeiro: Campus/Elsevier, 2010.

CHANG, K.; CHEN, M.; HSU, C. Identifying Critical Brand Contact Elements of a Tourist Destination: Applications of KANO's Model and the Importance–satisfaction Model, **International Journal of Tourism Research**, vol. 14, p. 205–221, 2012.

CORRÊA, H. L.; CAON, M. **Gestão de Serviços: lucratividade por meio de operações e de satisfação dos clientes**. São Paulo: Atlas, 2010.

CROSBY, P. New York: 1995. Entrevista concedida a Business Statistics Center. Disponível em <http://www.mhhe.com/business/opsci/bstat/crosby.mhtml>. Acesso em 18 dez. 2012.

DAYCHOUM, M. **40+8 Ferramentas e Técnicas de Gerenciamento**. 4 ed. São Paulo: Brasport, 2012.

DONABEDIAN, Avedis. Quality assurance in health care: consumers role. **Quality in Health care**, v. 1, n. 4, p. 247-251, 1992.

FERNANDES, K. J.; RAJA V.; WHALLEY A. Lessons from implementing the balanced scorecard in a small and medium size manufacturing organization. **Technovation**, v 26, n 5-6, p 623–634, 2006.

FITZSIMMONS J. A.; FITZSIMMONS M. J. **Administração de Serviços: operações, estratégia e tecnologia de informação**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2011.

GARVIN, David A. **Gerenciando a qualidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2002.

GIANESI I. G. N.; CORRÊA H. L. **Administração Estratégica de Serviços: operações para a satisfação do cliente**. São Paulo: Atlas, 1996.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GRONROOS, C. **Marketing Gerenciamento e Serviços: a competição por serviços na hora da verdade**. 2 ed. São Paulo: Campus/Elsevier, 2004.

HAYES, Bob E. **Medindo a satisfação do cliente**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2001.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ (HUOC). Apresentação. Disponível em <<http://www.upe.br/huoc/>> Acesso em 20 de jul de 2013.

_____. Informativo do Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Ano 10, n. 51. Recife, julho de 2009.

HUNT, V. D. **Gerenciamento para a qualidade: integrando qualidade na estratégia de negócios**. Rio de Janeiro: LTC, 1994.

HUNG, Kam. Understanding China's Hotel Industry: A SWOT Analysis. **Journal of China Tourism Research**. vol 9. p. 81-93. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 05 de jan. de 2013.

JOHNSON, M. D.; GUSTAFSSON, A.; ANDREASSEN, T. W.; LERVIK, L.; CHA, J. The evolution and future of national customer satisfaction index models. **Journal of Economics Psychology**, v. 22, p. 217-245, 2001.

KANO N., SERAKU N., TAKASHI F., TSUJI S. Attractive quality and must-be quality, Hinshitsu, **The Journal of the Japanese Society for Quality Control**, vol.14, nº 2, p 39–48.1984.

KAPLAN, Robert S. NORTON, David P. **Mapas Estratégicos: Convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis**. Rio de Janeiro: Elsevier, 9 ed. 2004.

_____, **A Estratégia em Ação: Balanced Scorecard**. Rio de Janeiro: Campus, 20 ed. 1997.

KOTLER, P. **Administração de Marketing: análise, planejamento, implementação e controle**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1998.

KOUMPOUROS, Yiannis. Balanced scorecard: application in the General Panarcadian Hospital of Tripolis, Greece. **International Journal of Health Care Quality Assurance** vol. 26 no. 4, p. 286-307, 2013.

LAS CASAS, Alexandre L. **Marketing de Serviços**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

LÖFGREN, M.; WITELL, L. KANO's theory of attractive quality and packaging. **The Quality Management Journal**, v.12, n.3, 2005.

LOVELOCK, C.; WRIGHT, L. **Serviços: Marketing e Gestão**. São Paulo: Saraiva, 2001.

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

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragem e técnicas de pesquisa, elaboração e interpretação de dados**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARTILLA, John. A.; JAMES, John C. Importance performance analyses. **Journal of Marketing**, n. 9, p. 41-77, 1977.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**. 5 ed. São Paulo: Campus, 2012.

MATZLER, K. et al. How to delight your customers. **Journal of Product & Brand Management**, v.5, n.2, p.6-17, 1996.

_____; HINTERHUBER, H. H. How to make product development projects more successful by integrating KANO's model of customer satisfaction into quality function deployment. **Technovation**, v.18, n.1, p.25-38, 1998.

MELO, H. P. *et al.* **O Setor Serviços No Brasil: Uma Visão Global — 1985/95**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, março de 1998. 43 p. Disponível em <<http://www.ipea.gov.br/pub/td/td0549.pdf>>. Acesso em 09 dez. 2012.

MENDES, P.; SANTOS, A. C.; PERNA F.; TEIXEIRA, M. F. The balanced scorecard as an integrated model applied to the Portuguese public service: a case study in the waste sector. **Journal of Cleaner Production**. vol. 24, p. 20-29, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde (DATA SUS). Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.html>>. Acesso em 14 jul 2013.

MONTGOMERY, D. C. **Introdução ao Controle Estatístico da Qualidade**. 4º ed. Rio de Janeiro: Editora LTC, 2004.

MOREIRA, Daniel A. **Administração da Produção e Operações**. São Paulo: Pioneira, 2008.

MOSTAFA, Kazemi; BATOOL, Rajabi; PARVANEH Pirani; ALIREZA Amini. Identify and ranking factors affecting Bank Maskan service quality using KANO Model. **Research Journal of Recent Sciences**, vol. 2, p.11-19, 2013.

PALADINI, Edson P. **Gestão da Qualidade: teoria e prática**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

_____, Edson. P. **Qualidade total na prática – implantação e avaliação de sistema de qualidade total**. São Paulo: Atlas, 1994.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.; BERRY, L. A conceptual model of service quality and its implications for futures research. **Journal of marketing**, v. 49, n. 4, p. 41-50, Fall 1985.

_____. SERVQUAL: A multi-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. **Journal of Retailing**, Kidlington, v. 64, n. 1, p. 12-40, 1988.

PARENZA, R. O. **Análise da implementação de uma ferramenta de solução de problemas: o caso de uma indústria de autopeças a partir de um modelo teórico**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção. 2004.

PINTO, Danilo D, LADEIRAS, Francisco M., SANT'ANNA, Thaís da S., MIYASHITA, Ricardo. **Classificação de atributos de satisfação de Clientes do serviço de telefonia móvel**; Revista de Gestão e Operações Produtivas, v 3, jan. de 2012. Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ. Disponível em <http://www.dein.eng.uerj.br/revista/download/SatisfacaoClientesTelefoniaMovel_Ed03-2012.pdf>. Acesso em 05 de jan. de 2013.

PORTER, M. E.; TEISBERG E. O. **Repensando a Saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre: Bookmann, 2007.

ROOS, C; SARTORI, S; GODOY, L.P; **Modelo de KANO para a identificação de atributos capazes de superar as expectativas do cliente**; Revista Produção Online, v.9, n.2, p. 536- 550, set. de 2009.

SAUERWEIN, E. et al. The KANO model: how to delight your customers. **International Working Seminar on Production Economics**, v.1 of the IX, Austria, p.313-327, Feb., 1996.

_____. Experiences with the reliability and validity of the KANO-method: Comparison to alternate forms of classification of product requirements. In: SYMPOSIUM ON QFD, 11, 1999, Michigan. **Transactions Michigan: QFD Institute**, 1999.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. Programas e Ações. Disponível em <<http://portal.saude.pe.gov.br/programas-e-acoas/controle-de-doencas/projetos-saude-doencas-negligenciadas>>. Acesso em 12 jul 2013.

SHAHIN, A.; ZAIRI, M. KANO model: a dynamic approach for classifying and prioritizing needs of airline travellers with three case studies on international airlines. **Total Quality Management and Business Excellence**, vol. 20 n°. 9, pp. 1003-28, 2009.

SHAHIN, A.; POURHAMIDI, M.; ANTONY, J.; PARK, S.H. Typology of KANO models: a critical review of literature and proposition of a revised model. **International Journal of Quality & Reliability Management**, vol. 30 n°. 3, pp. 341-358, 2013.

SLACK, N., CHAMBERS,S., JOHNSTON, R. **Administração da Produção: ATLAS**, 3 ed., 2009.

TONTINI, G. Como identificar atributos atrativos e obrigatórios para o consumidor. In: **Revista de Negócios**. Blumenau, v. 8, n. 1, 2003. Disponível em <<http://proxy.furb.br/ojs/index.php/rn/article/view/325>>. Acesso em 21 de dez. 2012.

_____, G; WALTER, S.A.; COSTA, M. **Satisfação com Serviços Hospitalares como Fator Estratégico de Gestão: uma abordagem não-linear**. In: Simpósio de Administração da Produção e Operações Internacionais. São Paulo, 2012.

_____; SANT'ANA, A. J. **Identificação de atributos críticos de satisfação em um serviço através da análise competitiva do gap de melhoria**. *Gestão e Produção*, São Carlos, v. 14, n. 1, p. 43-54, jan.-abr. 2007.

VIEIRA, Marcelo ZOUAIN, Deborah Moraes (Org.). **Pesquisa qualitativa em administração**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

Yi, Y., “A critical review of customer satisfaction”, in Seithmal, V.A. (Ed.), **Review of Marketing, American Marketing Association**, Chicago, IL 1991.

ZENG, Kaisheng; LUO Xiaohui. The balanced scorecard in China: Does it work? **Business Horizons**. vol.56, n.5, p. 611-620, 2013.

APÊNDICE 1

QUESTIONÁRIO – 1ª PARTE (INFORMAÇÕES SOBRE VOCÊ)

Este questionário faz parte de uma pesquisa desenvolvida em parceria com a UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (UFPE). Os resultados individuais desta pesquisa serão confidenciais e utilizados apenas para fins acadêmicos. O objetivo deste trabalho é a aplicação do Modelo de KANO, para avaliação da percepção dos serviços oferecidos pelo Hospital (Atendimento Ambulatorial, Ambiente Físico, Exames Laboratoriais, Farmácia).

Por favor, ouça atentamente o questionário e responda as perguntas de acordo com sua percepção sobre cada característica.

Você veio para o Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) encaminhado?

() UBS/Posto de Saúde (Unidade Básica de Saúde)

() PSF/ACS (Programa Saúde da Família/Agente Comunitário de Saúde)

() Outro _____

Quais serviços você vem utilizando no HUOC? _____

Idade: ____ anos

Sexo: F() M()

Nível de Escolaridade:

1º Grau Incompleto () 1º Grau Completo ()

2º Grau Incompleto () 2º Grau Completo ()

3º Grau Incompleto () 3º Grau Completo ()

Pós-Graduação ()

Onde você reside?

Bairro: _____

Cidade: _____

Renda Familiar?

() Até 4 salários mínimos

() De 4 a 10 salários mínimos

() Acima de 10 salários mínimos

Você conhece os riscos que sua doença pode trazer ? SIM () NÃO () Por quê? _____

As perguntas a seguir foram elaboradas com base no Modelo de KANO, para análise dos serviços oferecidos pelo Hospital Oswaldo Cruz. As questões estão dispostas em grupos (funcionais e disfuncionais), buscando avaliar a opinião dos clientes caso o atributo esteja presente ou ausente respectivamente.

QUESTIONÁRIO – Grupo Funcional

Legenda: 1 = Muito Satisfeito

2 = Gostaria que melhorasse um pouco mais

3 = Indiferente

4 = Posso aceitar que seja desta maneira

5 = Insatisfeito

Atendimento Ambulatorial	☺				☹
1A. Como você se sente se os atendentes (recepção) fornecerem todas as informações necessárias de forma confiável e segura?	1	2	3	4	5
2A. Como você se sente se o tempo entre a marcação da consulta e o atendimento médico for rápido?	1	2	3	4	5
3A. Como você se sente se a equipe médica der atenção aos pacientes transmitindo as informações necessárias e respondendo aos seus questionamentos?	1	2	3	4	5
4A. Como você se sente se durante a prestação do tratamento a equipe de enfermagem (composta por técnicos e enfermeiros) passam confiança aos pacientes?	1	2	3	4	5
5A. Como você se sente quando observa que os administradores do HUOC estão envolvidos e comprometidos com a qualidade e a melhoria dos serviços prestados?	1	2	3	4	5
Ambiente Físico					
6A. Como você se sente se as instalações hospitalares possuírem ambiente físico limpo e agradável?	1	2	3	4	5
7A. Como você se sente se as instalações físicas internas forem de fácil localização e compreensão pelas pessoas?	1	2	3	4	5
8A. Como você se sente se todos os funcionários tiverem aparência e vestuário bem cuidados, de acordo com as características do ambiente de trabalho?	1	2	3	4	5
9A. Como você se sente com a localização física do HUOC?	1	2	3	4	5
10A. Como você se sente se o horário de funcionamento do HUOC for ampliado?	1	2	3	4	5
Exames Laboratoriais					
11A. Como você se sente se os atendentes forem corteses e educados com os pacientes?	1	2	3	4	5
12A. Como você se sente se no laboratório, a equipe técnica der atenção personalizada a você?	1	2	3	4	5
13A. Como você se sente se a realização dos seus exames ocorrer em equipamentos conservados e modernos?	1	2	3	4	5
14A. Como você se sente se o laboratório executa os serviços e procedimentos de forma correta da primeira vez, não ocasionando retrabalho?	1	2	3	4	5
15A. Como você se sente se no laboratório todos os funcionários agirem com disponibilidade e prontidão para atender aos pacientes?	1	2	3	4	5
Farmácia					
16A. Como você se sente se os atendentes (recepção da farmácia) forem corteses e	1	2	3	4	5

educados com os pacientes?					
17A. Como você se sente se a medicação solicitada for fornecida regularmente e sem interrupções?	1	2	3	4	5
18A. Como você se sente se a equipe de farmácia for atenciosa e empenhada na resolução dos problemas dos pacientes?	1	2	3	4	5
19A. Como você se sente se na farmácia, a equipe de funcionários possuírem conhecimento adequado para responderem as suas perguntas?	1	2	3	4	5
20A. Como você se sente quando percebe que a equipe de gestores da farmácia estão preocupados com a continuidade do tratamento?	1	2	3	4	5

QUESTIONÁRIO – Grupo Disfuncional

Legenda: 1 = Muito Satisfeito

2 = Gostaria que melhorasse um pouco mais

3 = Indiferente

4 = Posso aceitar que seja desta maneira

5 = Insatisfeito

Atendimento Ambulatorial	☺				☹
1B. Como você se sente se os atendentes (recepção) não fornecerem todas as informações necessárias de forma confiável e segura?	1	2	3	4	5
2B. Como você se sente se o tempo entre a marcação da consulta e o atendimento médico for demorado?	1	2	3	4	5
3B. Como você se sente se a equipe médica demonstrar má vontade ou impaciência em transmitir as informações e ou questionamentos necessários ao paciente?	1	2	3	4	5
4B. Como você se sente se durante a prestação do tratamento a equipe de enfermagem (composta por técnicos e enfermeiros) mostrar-se insegura ao paciente?	1	2	3	4	5
5B. Como você se sente quando observa que os administradores do HUOC estão ausentes e descomprometidos com a qualidade e a melhoria dos serviços prestados?	1	2	3	4	5
Ambiente Físico					
6B. Como você se sente se as instalações hospitalares não forem completamente limpas e agradáveis?	1	2	3	4	5
7B. Como você se sente se as instalações físicas internas forem de difícil localização e compreensão pelas pessoas?	1	2	3	4	5
8B. Como você se sente se todos os funcionários tem aparência e vestuário mal cuidados, inadequado as características do ambiente de trabalho?	1	2	3	4	5
9B. Como você se sente se a localização física do HUOC for de difícil acesso?	1	2	3	4	5
10B. Como você se sente se o horário de funcionamento do HUOC for reduzido?	1	2	3	4	5
Exames Laboratoriais					
11B. Como você se sente se os atendentes forem indiferentes e mal educados com os pacientes?	1	2	3	4	5
12B. Como você se sente se no laboratório, a equipe técnica demonstrar descaso em lhe atender?	1	2	3	4	5
13B. Como você se sente se a realização dos seus exames ocorrer apenas em equipamentos básicos e mau conservados?	1	2	3	4	5
14B. Como você se sente se o laboratório executa os serviços e procedimentos de forma imprecisa e com atrasos?	1	2	3	4	5
15B. - Como você se sente se no laboratório todos os funcionários demonstrarem má vontade em atender aos pacientes?	1	2	3	4	5
Farmácia					
16B. Como você se sente se os atendentes (recepção da farmácia) forem indiferentes e mal educados com os pacientes?	1	2	3	4	5
17B. Como você se sente se a medicação solicitada for fornecida irregularmente e com interrupções?	1	2	3	4	5
18B. Como você se sente se a equipe de farmácia for ausente e pouco empenhada na resolução dos problemas dos pacientes?	1	2	3	4	5
19B. Como você se sente se na farmácia, a equipe de funcionários possui pouco conhecimento para responderem as suas perguntas?	1	2	3	4	5
20. Como você se sente quando percebe que a equipe de gestores da farmácia não está preocupada com a continuidade do tratamento?	1	2	3	4	5

APÊNDICE 2

*Universidade Federal de Pernambuco – UFPE
Centro de Tecnologia e Geociências – CTG
Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção – PPGE*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE *Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde*

Convidamos o (a) Sr.(a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa “**Aplicação do Modelo de KANO em um Serviço Hospitalar**”, que está sob a responsabilidade do pesquisador Cleiton Rodrigues de Vasconcelos, sob a orientação da Professora Denise Dumke de Medeiros. Também participam desta pesquisa como Coorientadora Simone Santos Bezerra, Farmacêutica do HUOC.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr.(a) não será penalizado (a) de forma alguma. O (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- A pesquisa intitulada “Aplicação do Modelo de KANO em um Serviço Hospitalar”, tem como objetivos: pesquisar a opinião dos pacientes adultos assistidos pelo Programa de Controle à Tuberculose do Hospital Universitário Oswaldo Cruz – HUOC e avaliar a qualidade dos serviços oferecidos (atendimento ambulatorial, ambiente físico, exames laboratoriais, farmácia). Esse estudo combina as abordagens quantitativa e qualitativa, utilizando como método a perspectiva descritiva.*
- A coleta de dados se dará pela participação voluntária e anônima dos entrevistados através de um questionário contendo pares de perguntas funcionais (efeito positivo) e disfuncionais (efeito negativo), aonde será possível mensurar as características mais influentes para o alcance da qualidade.*
- Os possíveis riscos a que os participantes estão suscetíveis podem ocorrer quanto ao constrangimento em opinar sobre a prestação do serviço oferecido no HUOC.*
- Espera-se como resultados oferecer a instituição pesquisada informações sistematizadas sobre o comportamento dos seus clientes/pacientes, no intuito de melhor direcionarem seus recursos aos atributos que de fato trazem um retorno significativo a instituição. Além de contribuir para o desenvolvimento do setor de saúde de Recife, munindo a instituição participante de instrumentos eficazes de mensuração da qualidade capazes de destacar-se no cenário, otimizando não somente a imagem frente aos usuários mais contribuindo para a qualidade na prestação do serviço/tratamento.*

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa através de questionário impresso, ficarão armazenados em pastas arquivos sob a responsabilidade do pesquisador Cleiton Rodrigues de Vasconcelos e Orientadora Denise Dumke de Medeiros, nos respectivos endereços acima informados, pelo período mínimo de 5 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelo pesquisador principal. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife- PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Cleiton Rodrigues de Vasconcelos

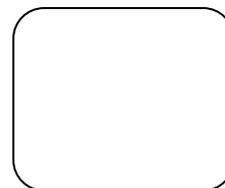
Pesquisador: Cleiton Rodrigues de Vasconcelos

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “**Aplicação do Modelo de KANO em um Serviço Hospitalar**”, como voluntário (a).

Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Recife(Pe), ____/____/____



Impressão Digital

Assinatura do participante (ou responsável legal): _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Assinatura:
Nome:	Assinatura:

ANEXO 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: APLICAÇÃO DO MODELO DE KANO EM UM SERVIÇO HOSPITALAR

Pesquisador: Cleiton Rodrigues de Vasconcelos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20744513.1.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE TECNOLOGIA E GEOCIENCIAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 423.605

Data da Relatoria: 17/10/2013

Apresentação do Projeto:

Indicado na relatoria inicial.

Objetivo da Pesquisa:

Indicado na relatoria inicial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Indicado na relatoria inicial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Indicado na relatoria inicial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Indicado na relatoria inicial.

Recomendações:

Recomenda-se que o pesquisador utilize e faça leitura da nova resolução da CONEP 466/12;

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600

UF: PE **Município:** RECIFE

Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 423.605

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, na PLATAFORMA BRASIL, através de "Notificação" e, após apreciação, será emitido Parecer Consubstanciado .

RECIFE, 14 de Outubro de 2013

Assinador por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

ANEXO 2



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que concordamos em receber Cleiton Rodrigues de Vasconcelos, Mestrando em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Pernambuco/UFPE, sob a orientação da Prof^a Denise Dumke de Medeiros e Co-orientação de Simone Santos Bezerra, Farmacêutica do HUOC.

O mesmo deverá desenvolver seu trabalho de coleta de dados da Pesquisa intitulada: "Aplicação do modelo de kano em um serviço hospitalar..".

A pesquisa será realizada na Farmácia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em consonância com a resolução CNS/CONEP- 196/96.

Recife, 13 de agosto de 2013.


Raiton Bezerra de Melo
Diretor



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ – HUOC/ UPE
Rua Amâncio Marques, 310 - Santo Amaro - Recife-PE
CEP - 50100-130 – FONE: (81) 31841200
FAX: (81) 31841489
Site: www.upe.br - C.G.C.: 11.022.597/0013-25

ANEXO 3



UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ
DIVISÃO DE FARMÁCIA (fone: 3184-1304)



DATA: 08 DE AGOSTO DE 2013
DE: FARMÁCIA AMBULATORIAL
ASSUNTO: TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO SETOR

Eu, Bruno Santos, Gerente da Divisão de Farmácia, estou ciente e de acordo com a realização da pesquisa intitulada APLICAÇÃO DO MODELO DE KANO EM UM SERVIÇO HOSPITALAR, a qual será desenvolvida pelo mestrando da Universidade Federal De Pernambuco Cleiton Rodrigues de Vasconcelos, sob orientação da Professora Doutora Denise Dumke de Medeiros, tendo como coorientadora a Farmacêutica do HUOC Simone Santos Bezerra, MsC. A coleta de dados terá início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Recife, 08 de Agosto de 2013.

Hospital Universitário Oswaldo Cruz
Christiane Fernandes Vieira da Fente
Gerente da Divisão de Farmácia
Assinatura do chefe do setor

Farmácia Ambulatorial HUOC
Rua Arnóbio Marques, nº 310, Santo Amaro, Recife - PE
E-mail: farmamb2@gmail.com
Tel.: (81) 3184-1304

