



# GESTÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO HOSPITALAR EM ORGANIZAÇÕES PRIVADAS DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: ESTUDO DE CASO COMPARATIVO

**Albertina Maria Batista de Sousa da Silva (UFF)**

albertina.sousa@uol.com.br

**Daysi Lucidi Gomes de Farias (UFF)**

daysigfarias@gmail.com

**Fernando de Oliveira Vieira (UFF)**

prof.fernandovieira@gmail.com

**Vania Martins dos Santos (UNIGRANRIO)**

vaniamar@uol.com.br

*A experiência com a gestão da qualidade tem crescido no mundo e no Brasil, contudo há poucas evidências a respeito da efetividade do uso das diferentes estratégias desta forma de gestão, sobretudo na realidade nacional. Este trabalho utiliza um estudo de caso comparativo para analisar o papel do gestor da qualidade em processos de acreditação hospitalar ocorridos em dois hospitais da rede privada no Estado do Rio de Janeiro. A partir de uma abordagem qualitativa, foram utilizadas na pesquisa técnicas de entrevista junto aos gestores que conduziram tais processos, permitindo compreender que, embora com diretrizes diferentes, a gestão da qualidade nos dois casos estudados guarda relativa proximidade, enquanto ferramenta eficaz para um atendimento melhor e mais eficiência para a organização, garantindo mudanças que produziram resultados satisfatórios do ponto de vista da redução dos indicadores de insatisfação dos clientes e da possibilidade de prognóstico para dificuldades futuras a serem enfrentadas. O papel do gestor nos processos analisados sinaliza para a redução significativa de comportamentos resistentes, permitindo que o sucesso na obtenção da acreditação leve a organização a um posicionamento diferenciado no mercado, impactando em sua visibilidade e na demanda por serviços.*

*Palavras-chaves: qualidade, acreditação, melhoria contínua, gestão*

## 1 INTRODUÇÃO

A área de saúde vem se caracterizando por um acréscimo no número de organizações hospitalares no país. De acordo com o IBGE (2005), desde 1976, todas as regiões do Brasil registraram aumento no número de estabelecimentos de saúde. No que diz respeito aos estabelecimentos privados em território nacional, o número saltou de 6.368 em 1976, para 18.496 em 2005. Somente no Rio de Janeiro, existem 3.103 estabelecimentos privados de saúde, para uma população estimada de 15.383.407 habitantes, distribuídos em 92 municípios, o que significa uma proporção de 4.057,591 pessoas por unidade. As organizações de saúde privadas, a partir desse impulso, observam nesse cenário uma forma de conquistar espaço e de crescer orientadas para o desempenho organizacional, a fim de promover o atendimento mais eficaz da população e obter vantagens competitivas mais efetivas. Por outro lado, tal mudança de cenário instiga a preocupação com o contexto que o caracteriza, especialmente por conta de relatos que demonstram a ocorrência de problemas no atendimento desta crescente demanda. Gera-se então um questionamento de como a rede de saúde privada tem suportado tamanha mudança e como tem se comportado para acompanhar essa demanda com qualidade e resultados satisfatórios.

Na perspectiva adotada por este artigo, a gestão aparece como agente facilitador no enfrentamento dessas mudanças. De acordo com Mezomo (2001, p. 15): “Os administradores de saúde podem e devem vir a ser a maior força na solução dos muitos problemas do nosso precário sistema de saúde, que não se limitam à melhor provisão de pessoal e de melhores mecanismos de financiamento”. Para Rivera (2003), as mudanças na gestão da saúde ocorrem em um contexto de confrontação entre o político e o econômico e caracterizam-se pela diversidade de atores responsáveis pelo planejamento estratégico, o que valoriza o diálogo como ponto de equilíbrio entre a estratégia e a estrutura, considerando o papel do gestor - e sua relação com os demais profissionais - fundamental para o desempenho dos participantes e da organização. Essa relação pode ser compreendida como um fio condutor que é capaz de

renovar, em sua essência, o planejamento e o desenvolvimento de profissionais mais comprometidos e sabedores de suas responsabilidades.

Para Deslandes (2004), a abertura à interação dialógica é percebida como forma de construção da humanização das práticas hospitalares, sustentando a recusa da violência contra os usuários dos serviços, do baixo nível técnico da assistência, das precárias condições de trabalho dos profissionais de saúde e da pobreza da comunicação entre equipes de saúde e usuários, dentre outros problemas que afetam a qualidade destes serviços. Esta análise conduz ao seio do funcionamento das organizações. Possivelmente, os modelos tradicionais não respondam mais às constantes transformações que se processam em organizações que não se encontram mais em ambientes estáveis e imutáveis. De acordo com Nonaka e Takeuchi (1997), surge um novo tipo de organização que permite a exploração, a criação, a acumulação e a transferência do conhecimento de forma eficaz, contínua e repetitiva, criando condições favoráveis para gerar a inovação por meio de um processo dinâmico de criação do conhecimento organizacional. Para Mezomo (2001, p.210):

A mudança verdadeira e eficaz implica a substituição de paradigmas, modelos ou padrões comumente adotados na forma como o trabalho vem sendo executado e a empresa vem sendo organizada. [...] a mudança exige ainda uma decisão corporativa e não apenas da cúpula ou dos níveis gerenciais superiores. Todo quadro de pessoal deve assumir a tarefa (jornada) da mudança, com a consciência de que o trabalho vale a pena ser realizado.

O novo modelo requer ajustes e flexibilidade, tornando as organizações sistemas orgânicos que interagem com o meio e se adaptam, de modo que o sistema de gestão deve ser dinâmico e capaz de contemplar a organização como um todo, revendo e consolidando seus objetivos e suas estratégias, identificando se há conexão entre todos os componentes, isto é, se os resultados estão em conformidade com o planejado e transformado. Para a melhor compreensão deste cenário problemático, este artigo se propôs a investigar dois hospitais da rede privada do Estado do Rio de Janeiro: a Casa de Saúde José, no Humaitá, e o Hospital Vita de Volta Redonda, a fim de observar de que maneiras a gestão da qualidade destes hospitais tem reduzido os problemas de falta de recursos e reclamação de usuários. Por meio desta investigação, buscou-se aprofundar a questão, caracterizando como se desenvolveu o conjunto das preocupações e mecanismos adotados em busca da qualidade dos serviços

prestados, observando-se também como os gestores avaliaram este processo, de modo a caracterizar o grau de importância do planejamento na gestão de qualidade e a inserção da humanização nas relações entre os envolvidos no processo de gestão. O levantamento de dados, de caráter qualitativo, envolveu, além de pesquisa documental e bibliográfica, entrevistas em profundidade aplicadas a gestores diretamente envolvidos nos processos de qualidade das duas organizações selecionadas. Os hospitais citados foram escolhidos por fazerem parte de um grupo de cinco organizações acreditadas com excelência no Estado do Rio de Janeiro pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), organização não governamental, que atua em nível nacional com o objetivo de promover a melhoria na área de saúde e garantir a qualidade na assistência aos pacientes. A acreditação promovida por esta instituição é “um sistema de avaliação e certificação de serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado, com caráter educativo, voltado para a melhoria contínua, sem controle oficial, não se confundindo com procedimentos de licenciamento e ações típicas de Estado” (ONA, 2008). Segundo a ONA, 94 hospitais são acreditados em serviços hospitalares no Brasil. O Rio de Janeiro possui 6 hospitais privados acreditados, sendo 5 no nível de excelência. São eles: Casa de Saúde São José, Hospital Barra D`Or, Hospital Quinta D`Or, Pró-Cardíaco e Hospital Vita de Volta Redonda (ONA, 2008).

A experiência com a gestão da qualidade tem crescido no mundo e no Brasil, contudo há poucas evidências a respeito da efetividade do uso das diferentes estratégias, sobretudo em escala regional ou nacional. Com a intenção de aprimorar o conhecimento dessa realidade, este artigo oferece um estudo sobre o papel do gestor no que tange à mediação e à prevenção na qualidade dos resultados, contribuindo para a qualidade de vida e um atendimento mais humanizado. A análise dos resultados após a implementação da gestão da qualidade e a certificação pode auxiliar outras organizações a buscarem melhorias, a fim de atenderem com satisfação às demandas de seus usuários.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

A qualidade nos produtos e serviços ainda é compreendida como um desafio. Muitas pesquisas já foram realizadas e ainda o são, na perspectiva de enfrentar uma das maiores discussões que norteiam as relações das organizações com seus públicos. De acordo com

Garvin (1992) as classificações da qualidade adquirem peculiaridades de acordo com a mudança dos aspectos valorizados pelas organizações: inspeção, controle estatístico, garantia de qualidade e gestão estratégica da qualidade. A respeito da inspeção, afirma o autor, esta era feita de maneira informal durante o período da produção artesanal, quando mestres-artesãos observavam os aprendizes, buscando evitar falhas no processo manufatureiro. No começo do século 20, com o surgimento da Administração Científica, Frederick Taylor, objetivando a maior eficiência na execução das tarefas, por meio do controle do desperdício de materiais, tempos e movimentos, valoriza mais a inspeção, que torna-se separada do processo de fabricação e atribuída a profissionais especializados. Taylor cria então um modelo no qual cada participante da fábrica é vigiado por supervisores que observam os movimentos e as peças produzidas pelos operários. Posteriormente transferida para um departamento dentro da fábrica, a inspeção aprimora o controle sob o produto final, com a identificação dos produtos defeituosos que deveriam ser impedidos de chegar ao mercado. Trata-se de uma fase reconhecida como a primeira do movimento da qualidade, já voltada para a obtenção de tal objetivo de forma cientificamente planejada, com o apoio de medidas, gabaritos e modelos padronizados (GARVIN, 1992). Um grupo de pesquisadores da Bell Telephones Laboratories, que dirigia estudos voltados para a qualidade dos sistemas de comunicação nos Estados Unidos, avança no controle estatístico de processos para a melhoria da qualidade, já iniciado por Radford em 1922, conferindo aos procedimentos de contagem, classificação por qualidade e reparo um caráter científico. A publicação de W. Shewhart, *Economic Control of Quality of Manufactured Product* (1931), é o grande marco deste momento.

O controle de processo é um dos desmembramentos do controle estatístico também conhecido como carta de controle, que estrutura as etapas do processo, incluindo fluxo, insumos, atividades realizadas e produtos gerados. Tal sistema possibilita a documentação e análise das ocorrências, implementando mudanças e assegurando padrões de qualidade desejados, monitorando as saídas e o equilíbrio do processo. A amostragem é outra ferramenta do controle estatístico. Dentro desta perspectiva, a inspeção completa em todos os produtos é impossível, sendo necessário admitir certo grau de variação, desde que este não causasse problemas efetivos. Foram criadas então técnicas para estabelecer limites aceitáveis para tais variações, que abarcavam o processo de fabricação do início ao fim (GARVIN, 1992). Nos anos 40 do século 20, o controle da qualidade institui-se como disciplina acadêmica do curso

de Engenharia. Em 1946 surge nos Estados Unidos a American Society for Quality Control (Atual ASQ) e no Japão, como parte dos esforços de reconstrução deste país no pós-guerra, ocorre uma marcante evolução no movimento da qualidade, com o surgimento da JUSE, Japanese Union of Scientists and Engineers. A Juse formou o Grupo de Pesquisa de Controle da Qualidade composta por membros como Shigeru Mizuno, Kaoru Ishikawa e Tetsuichi Asaka, organizadores dos primeiros Círculos de Controle de Qualidade (CCQ). Foram erigidos, então, quatro pilares da qualidade, que iniciavam a “era da garantia da qualidade” e utilizavam práticas gerenciais que não mais se limitavam ao uso de técnicas estatísticas para a prevenção de problemas: a Quantificação dos Custos da Qualidade, o Controle Total da Qualidade, a Engenharia da Confiabilidade e o Programa de Zero Defeito. Deste modo, questões como os custos da não-qualidade e das perdas provocadas pelo sobretrabalho e retrabalho decorrentes de defeitos na produção, colocados por Juran em Quality Control Handbook (1951), bem como a idéia de que a qualidade é um resultado do empenho de toda a organização e não mera responsabilidade de um só departamento, desenvolvida por Feigenbaum em 1956, são exemplos dos novos esforços gerenciais mobilizados para a obtenção da qualidade. O PDCA (Plan, Do, Check, Action) e o Ciclo de Deming foram também abordagens claramente sistematizadas neste sentido.

No Brasil, o movimento da qualidade ingressa com força especialmente nos anos 90 do século 20, quando o governo de Fernando Collor de Mello modifica o ambiente de concorrência das empresas, impulsionando a abertura do mercado brasileiro e tornando o meio empresarial no País receptivo às novas idéias administrativas. Setores até então estabilizados pela reserva de mercado precisaram se adequar, investindo em qualidade e produtividade, para fazer frente à ameaça de invasão dos produtos importados (WOOD, 2004).

## 2.1 QUALIDADE NA SAÚDE

De acordo com Nogueira (1994), a qualidade nos serviços de saúde deve ser constantemente auferida e aperfeiçoada, tornando-se alvo constante dos esforços dos atores envolvidos neste contexto, tendo em vista a maior satisfação dos que necessitam desses serviços. Entretanto, em torno do conceito de qualidade em saúde, existem grandes debates

que sinalizam para o desafio de estabelecer significado para um conceito no qual encontram-se intrincados aspectos científicos, culturais e sociais. Como ressaltam Gurgel Jr. e Vieira (2002), certas particularidades da gestão de organizações hospitalares podem representar entraves à aplicação de programas de qualidade. Os autores referem-se aos choques amplamente discutidos na literatura a respeito da saúde entre as necessidades humanas do público atendido por estas organizações e as prioridades econômicas e mercantis que estas possuem, bem como aos aspectos subjetivos e diversificados presentes tanto nas demandas do público, quanto no comportamento dos profissionais que se relacionam com tais organizações, que dificultam a racionalização e a padronização da gestão dos processos que geram os serviços. Neste contexto, Donabedian (1991), considerado um dos autores pioneiros no estudo da qualidade em saúde, observa que a definição deste conceito necessariamente envolve aspectos técnicos e interpessoais, remetendo tanto à aplicação de conhecimentos e de tecnologias médicas, quanto à maneira de gerir a interação social e psicológica entre profissionais e seus pacientes.

Malik (1996, p. 10), indicando dos aspectos do ambiente externo às organizações que tornam ainda mais complexo este quadro, aponta ainda que a qualidade em saúde tem “um componente político externo ao setor e às decisões que dentro dele se tomam”. Em 1981, a Organização Mundial da Saúde (OMS) constata que o atendimento na área de saúde é feito por grupos heterogêneos que podem não corroborar o trabalho em equipe, dificultando a obtenção da qualidade, que exige envolvimento, homogeneidade, uso eficiente de recursos e mínimo de risco aos pacientes/clientes, para que possa proporcionar a satisfação em função dos valores sociais existentes (TRONCHIN, 2005 apud KURCGANT et al: 2005). A avaliação da qualidade, como observam Vaitsman e Andrade (2005), tende a focalizar, de modo acentuado, dimensões objetivas e quantificáveis, excluindo dimensões humanas e subjetivas. Os autores chamam a atenção para a necessidade de levar em conta não apenas os aspectos objetivos, como também subjetivos, visualizando-se, assim a interface com a questão da humanização. O “humano”, segundo Vaitsman e Andrade (2005), se refere justamente a este plano das relações intersubjetivas, simbólicas e historicamente situadas, que se processam nas práticas sociais ocorridas no campo da saúde.

Importante contribuição neste sentido resulta dos estudos de Donabedian (1984), que insere nos processos de avaliação da qualidade em saúde a percepção do paciente, de modo



que, a partir de então, “qualidade em saúde” passou a ser avaliada pela ótica de três agentes do processo: o médico, a comunidade e o paciente. Tal mudança de perspectiva abriu caminho para que pesquisas sobre satisfação do usuário, tanto de serviços públicos quanto privados na área da saúde, pudessem abordar as variadas dimensões que envolvem o cuidado com a saúde, tais como a relação do médico e outros profissionais de saúde com o paciente e as condições de instalação de clínicas, consultórios e hospitais – estas e outras avaliadas em função de sua *aceitabilidade* para o paciente. Outro conjunto de estudos conseqüente de tal desenvolvimento incorpora os termos “consumidor” e “cliente”, buscando uma valorização do relacionamento do paciente com os profissionais de saúde, que não se restringisse à visão do paciente como um agente totalmente desprovido de poder face ao médico, indicando que o paciente é portador de certos direitos, podendo, inclusive, agir em conjunto com outros para garanti-los (SITZIA; WOOD, 1997). A OMS introduziu no campo da avaliação em saúde o conceito de responsividade, para abordar duas dimensões do processo: o respeito pelas pessoas – referindo-se a valores éticos, tais como dignidade e confidencialidade, que permeia a interação do público com as organizações de saúde – e orientação para o cliente – referindo-se também a atributos tais como adequação de instalações e rapidez no atendimento, dentre outros (VAITSMAN E ANDRADE, 2005).

Os programas de qualidade na gestão hospitalar têm, portanto, um complexo conjunto de dimensões a serem consideradas para a obtenção da meta “qualidade em saúde”. São inúmeras as contribuições que podem ser obtidas com tais programas, já que, como indicam os estudos supracitados, a qualidade dos serviços de saúde não é obtida simplesmente com a reunião de um excelente corpo clínico, dependendo também da gestão dos processos administrativos da organização que envolvem finanças, logística, procedimentos operacionais e tantas outras áreas comuns a organizações de diferentes setores. A gestão da qualidade na organização de saúde pode sustentar uma mudança de paradigma na forma de administrar, objetivando o alcance e a garantia da excelência. Organizações de saúde já atingem seu quarto ciclo de certificação, apresentando como resultados ajustes dos orçamentos, aprimoramento da gestão envolvendo as pessoas, racionalização de custos, melhoria no padrão de atendimento, crescimento da confiança e credibilidade pelos serviços, além de ganhos para a imagem da organização, benefícios não só para quem precisa do serviço, mas também para quem o oferta.



## 2.2 CERTIFICAÇÕES DE QUALIDADE

Desde 1991, a Fundação Nacional da Qualidade (FNQ) criada por 39 organizações privadas e públicas do Brasil com o objetivo de administrar o Prêmio Nacional de Qualidade, promove ações que buscam atendimento pleno do modelo de gestão nos Critérios de Excelência (CE), editados pela FNQ e revisados anualmente, norteados por profissionais e acadêmicos que compartilham informações com organizações internacionais cultivadoras de prêmios similares aos brasileiros (MARSHALL, 2006, pp. 43-44). Os Critérios de Excelência baseiam-se em fundamentos apresentados no quadro 1.

<b>Visão sistêmica</b> – entendimento das relações de interdependência entre os diversos componentes de uma organização, bem como entre a organização e o ambiente externo.	<b>Foco no cliente e no mercado</b> – conhecimento e entendimento do cliente e do mercado, visando à criação de valor de forma sustentada para o cliente e maior competitividade nos mercados.
<b>Aprendizado organizacional</b> – busca e alcance de um novo nível de conhecimento, por meio de percepção, reflexão, avaliação e compartilhamento de experiências, alterando princípios e conceitos aplicáveis a práticas, processos, sistemas, estratégias e negócios, e produzindo melhorias e mudanças na organização.	<b>Responsabilidade social</b> – atuação baseada em relacionamento ético e transparente com todas as partes interessadas, visando ao desenvolvimento sustentável da sociedade, preservando recursos ambientais e culturais para futuras gerações, respeitando a diversidade e promovendo a redução das desigualdades sociais.
<b>Proatividade</b> – capacidade da organização de se antecipar às mudanças de cenários e às necessidades e expectativas dos clientes e das demais partes interessadas.	<b>Gestão baseada em fatos</b> – tomada de decisões com base na medição e análise do desempenho, levando-se em consideração às informações disponíveis, incluindo os riscos identificados.
<b>Inovação</b> – implementação de novas idéias geradoras de um diferencial competitivo.	<b>Valorização das pessoas</b> – compreensão de que o desempenho da organização depende da capacitação, motivação e bem-estar da força de trabalho e da criação de um ambiente de trabalho propício à participação e ao desenvolvimento das pessoas.
<b>Liderança e constância de propósitos</b> – comprometimento dos líderes com os valores e princípios da organização; capacidade de construir e implementar estratégias e um sistema de gestão que estimule as pessoas a realizar um propósito comum e duradouro.	<b>Abordagem por processos</b> – compreensão e gerenciamento da organização por meio de processos, visando à melhoria do desempenho e à agregação de valor para as partes interessadas.
<b>Visão de futuro</b> – compreensão dos fatores que afetam o negócio e o mercado no curto e no longo prazo, permitindo o delineamento de uma perspectiva consistente para o futuro desejado pela organização.	<b>Orientação para resultados</b> – compromisso com a obtenção de resultados que atendam, de forma harmônica e balanceada, às necessidades de todas as partes interessadas na organização.

Quadro1: Critérios Prêmio Nacional de Qualidade 2006 (PNQ)

Fonte: Elaboração própria.

Com o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS), em 1995, inicia-se a discussão sobre a acreditação pelo Ministério da Saúde. O PGACS contribui para a formação da Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade, composta pelos técnicos do Programa, representantes de provedores de serviços, órgãos técnicos responsáveis pelo controle da qualidade e representantes dos usuários dos serviços de saúde, tendo como atribuição o levantamento de temas sobre melhoria da qualidade do serviço prestado e definir estratégias. Analisando métodos e manuais de procedimentos aplicados no exterior e no Brasil que mostravam sucesso, a Comissão elaborou o projeto “Acreditação Hospitalar”, que foi encaminhado ao Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade (PBQP) e, em 1998, transformado no “Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar”, com base principalmente no manual da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Em 1999 surge a Organização Nacional de Acreditação (ONA), organização não-governamental, com o objetivo de promover a implementação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a garantir a qualidade na assistência aos cidadãos brasileiros, em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do País.

A acreditação, de acordo com a ONA, é o procedimento pelo qual um organismo responsável (instituição acreditadora) “reconhece formalmente que uma empresa tem competência para cumprir as atividades definidas na sua razão social”. No Sistema Brasileiro de acreditação das organizações prestadoras de serviços de saúde, a avaliação pauta-se por exigências legais de segurança no atendimento, bem como na organização do trabalho e seus resultados. Já a certificação, de acordo com a ONA, significa a “avaliação de um sistema da qualidade segundo os requisitos das normas ISO 9000 / 2000 ou outras, com a emissão de um certificado comprovando que a empresa está em conformidade com as exigências estabelecidas nestas normas”. A certificação na área de saúde surge com a intenção de promover a melhoria contínua dos processos hospitalares. Devido a inúmeros problemas, a sociedade se viu diante de uma necessidade em criar alguma ferramenta que fosse capaz de entender os mecanismos e tentar reduzir falhas, com o objetivo de oferecer qualidade no atendimento e criar uma nova estrutura que atenda com profissionalismo os usuários do sistema.

Como um dos elementos capaz de monitorar a qualidade nas organizações de saúde, a acreditação auferir informações sobre o desempenho da organização de acordo com o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, introduzindo uma nova abordagem, como, por exemplo, a compreensão de que a realização dos procedimentos dentro das normas estabelecidas traz resultados diferentes para todo o corpo pertencente ao ambiente de saúde (TRONCHIN apud, KURCGANT, 2005, p. 84-85).

Segundo o Consórcio Brasileiro de Acreditação, única empresa no Brasil que tem acordo de acreditação com a *Joint Commision International* (organização de acreditação que cobre 85% do mercado americano) a acreditação traz vantagens para a instituição assim como para os pacientes. Como vantagem para a instituição pode-se compreender a excelência alcançada quando cumpridas as regras e critérios estabelecidos pelo manual, com maior atenção para a permanência da qualidade, por meio de uma rigorosa monitoração dos processos, assegurando que não se perca o nível alcançado. Para os pacientes, o processo de acreditação trata de questões consideradas de suma importância para a cadeia assistencial em uma rede de serviços de saúde, tais como o direito dos pacientes, a educação de pacientes e familiares, o acesso e a continuidade do cuidado ao paciente, incluindo aí a questão da referência e contra-referência. Para este consórcio, “O paciente terá reconhecidas suas necessidades nas diferentes fases de sua doença e o hospital devere educá-lo quanto ao cuidado necessário, garantir seu acesso aos serviços disponíveis na instituição e referir ou contra-referir para outros níveis de cuidados internos ou externos, para que o paciente tenha atendidas todas as suas necessidades”. De acordo com Bartmann (2007, p.38), “o *status* de serviço de saúde acreditado pode elevar o grau de confiabilidade dos clientes internos e externos e da comunidade em geral, porque esse *status* significa que o serviço atendeu aos requisitos de qualidade exigidos para essa acreditação”. No Estado do Rio Janeiro, onde a pesquisa se concentrou, encontram-se os seguintes hospitais acreditados de acordo com a classificação do quadro 2:

<b>Acreditada com Excelência</b>	<b>Validade do certificado</b>
Hospital VITA Volta Redonda - Volta Redonda/RJ	05/06/2009
Hospital Pró Cardíaco – Rio de Janeiro/RJ	08/05/2010
Hospital Barra Do'r Rio de Janeiro/RJ	20/11/2008
Hospital Quinta Do'r -Rio de Janeiro/RJ	20/11/2008
Casa de Saúde São José - Rio de Janeiro	08/01/2009

Quadro 2: Hospitais acreditados no Estado do Rio de Janeiro

Fonte: Elaboração Própria

### 3 METODOLOGIA

De acordo com Oliveira (2002), a metodologia da pesquisa oferece ferramentas para a investigação e interpretação dos dados obtidos, possibilitando as ações mais apropriadas para o desenlace da pesquisa. Deste modo, a metodologia se encarrega de melhor relacionar meios e fins para o alcance dos objetivos, reunindo, testando e armazenando os resultados. A abordagem empregada nesta pesquisa foi qualitativa, na busca de apurar a percepção dos atores envolvidos no fenômeno analisado, em sintonia com a consideração de que existe uma relação dinâmica entre mundo real e o sujeito que dele participa. A pesquisa classifica-se, de acordo com a tipologia de Oliveira (2002), como descritiva, bibliográfica, documental e estudo de caso. Segundo Boaventura (2007) e Yin (2001) como o estudo pretende examinar um fenômeno contemporâneo, o estudo de caso é a estratégia mais apropriada, por permitir uma investigação que preserva “as características holísticas e significativas dos eventos da vida real – tais como ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas, relações internacionais e a maturação de alguns setores” (YIN, 2001, p.21).

O método aplicado foi o comparativo, que segundo Lakatos (2008) é usado para comparações que podem abarcar grupos no presente e no passado, ou grupos no presente em iguais ou diferentes estágios de desenvolvimento. Tal método “permite analisar o dado concreto, deduzindo do mesmo os elementos constantes, abstratos e gerais” (LAKATOS, 2008, p.92). O estudo de caso aqui desenvolvido comparou duas organizações acreditadas com excelência, observando suas estratégias para implementação e a participação da gestão no processo de certificação. Para atender aos objetivos destacados neste trabalho, buscou-se o levantamento e o registro de todas as informações obtidas, com vistas à montagem de um banco de informações gerenciado. Ao mesmo tempo, buscou-se construir uma teia de relações sobre as informações obtidas e inseridas no contexto do trabalho, avaliando-se o papel e a importância de cada uma no diagnóstico que se pretendia realizar.

Para realização da pesquisa foram selecionados inicialmente cinco hospitais acreditados com excelência no Estado do Rio de Janeiro. São eles: Hospital VITA de Volta

Redonda; Hospital Pró-Cardíaco; Casa de Saúde São José; Hospital Barra D'Or e Hospital Quinta D'Or. Os contatos foram via telefone e e-mail. Dos cinco hospitais procurados todos responderam ao contato, entretanto somente dois permitiram a realização da coleta de dados para a pesquisa: o Hospital VITA, de Volta Redonda e a Casa de Saúde São José, no Humaitá. A técnica de coleta de dados empregada foi a entrevista, aplicada pessoalmente e por e-mail às pessoas envolvidas na gestão da qualidade dos respectivos hospitais – Casa de Saúde São José (Humaitá-RJ) e Hospital Vita de Volta Redonda. A entrevista seguiu um roteiro semi-estruturado de questões abertas e fechadas (apêndice A), objetivando, como esclarecem Roesch (2005) e Godoi (2007), entender e captar a perspectiva dos participantes da pesquisa. Em ambos os casos, houve questões não respondidas, sob alegação dos entrevistados de pouco tempo para a entrevista ou de se tratarem de informações sigilosas.

### 3.2.3 Descrição das organizações pesquisadas

As organizações estudadas são de grande porte e situam-se no Estado do Rio de Janeiro, região proposta para realização da pesquisa. A Casa de Saúde São José localiza-se no Humaitá. Fundada em 1923, pelas Irmãs da Congregação de Santa Catarina, é um hospital de grande porte, no qual trabalham mais de 200 médicos e 1.025 empregados. Os carros-chefe na prestação de serviços da organização são os partos e as cirurgias, cerca de 300 e 2.100 por mês, respectivamente. Os serviços de apoio prestados são: farmácia; hotelaria, governança; pastoral da saúde; restaurante; cafeteria; nutrição; capela e compras. A gestão da qualidade inicia-se pela formação de grupos de profissionais, como enfermeiros, médicos, técnicos em enfermagem multiplicando a importância da qualidade como melhoria, não só da instituição, mas do seu corpo efetivamente constituído que experimenta e comprova a saúde organizacional nos seu métodos, processos e resultados.

O Hospital VITA de Volta Redonda localiza-se na Vila Santa Cecília. Tem 520 funcionários e diversos serviços terceirizados. Em 1996, duas empresas se reuniram e formaram a Hospitalium Planejamento e Administração Hospitalar. No ano de 1998 através de um *joint venture* entre a Hospitalium e a International Hospital Corporation nasce a IHC Hospitalium, empresa de gestão. A VITA Participações Empreendimentos surge em junho de 1998 com o propósito de investir em empreendimentos de saúde operados em rede. A IHC

Hospitalium é responsável pela administração de todas as unidades da Rede VITA e é proprietária da Rede VITA, a primeira rede integrada de hospitais do Brasil não associada a nenhum plano de saúde. Para acompanhar os processos das operações, foi criado nesta organização o Escritório de Qualidade em 2001, que promove auditorias internas acompanhando as operações de todas as unidades,. Os manuais da Rede Vita foram melhorados, integrando todas as unidades nos mesmos procedimentos padronizados. A Rede VITA instituiu um Centro de Estudos VITA – CEVITA, destinado aos médicos com o objetivo de proporcionar o ambiente ideal para o desenvolvimento técnico e científico. Periodicamente, são promovidas palestras e *workshops* ministrados por profissionais de todo os país, apoiando os grupos de estudo e trabalhos científicos dos profissionais do VITA.

## 4 ANÁLISE DE DADOS

Para identificação das organizações, foram utilizados códigos. A Casa de Saúde São José identifica-se por HOSP1, enquanto o Hospital VITA de Volta Redonda é identificada por HOSP2. A análise dos resultados apresenta-se em três partes. Os primeiros dados analisados foram os da Casa de Saúde São José (HOSP1), seguidos da análise dos dados do Hospital VITA de Volta Redonda (HOSP2). Após a análise individual de cada caso, há o cruzamento dos dados, comparando-os.

### 4.1 Casa de Saúde São José - HOSP1

Observou-se pelos dados coletados na pesquisa, que o HOSP1 adota uma administração que compreende um modelo conservador mas que, diante de mudanças exigidas pelo ambiente externo e pela própria sociedade, incorporou novas técnicas de gestão que resultaram em um maior dinamismo e integração de todas as áreas da organização, promovendo a melhoria em alguns setores. O HOSP1 realizou seus objetivos, pois alcançou melhorias e manteve as anteriores, isto é, após a administração voltada para um foco, seus interesses foram respondidos com mais eficiência e eficácia. Tal intento se tornou possível na medida em que foi criado um novo cenário indutor de mudanças, como foi o caso da criação de um Escritório de qualidade na organização – para o qual foi contratado um consultor –

responsável pelo direcionamento da cultura organizacional para a gestão da qualidade. O grupo atuante neste setor iniciou os trabalhos de um modo um tanto amador, já que sem conhecimento das ferramentas de gestão da qualidade, o que gerou atrasos nos processos. A ferramenta do planejamento foi adotada em seguida, permitindo obter um dos principais ganhos desta gestão, conforme destacado por Lucena (1977): o planejamento prevê necessidades de desenvolvimento aumentando o conhecimento, as habilidades e a capacidade de todos os envolvidos, suprimindo as potencialidades funcionais para maior aprimoramento do pessoal; e aumenta a possibilidade de cometer menos erros. Somente após a implementação do setor, portanto, é que um gestor foi inserido ao processo. Atualmente, esta gestão está sob comando de uma enfermeira, que não é graduada em gestão, mas possui cursos que a habilitaram para a execução destas tarefas. Sua atuação orienta os participantes, levando-os ao compromisso com o processo, por meio de palestras e círculos de qualidade, que discutem as ações executadas e o que pode ser melhorado nelas. Os pacientes, após o término de sua estadia no hospital, preenchem um formulário de satisfação, que é encaminhado para o setor responsável pela gestão da qualidade, o qual faz a análise das respostas e retorna para o círculo analisar e discutir possíveis melhorias. O hospital buscou a acreditação de qualidade por entender que o usuário do sistema de saúde requeria melhorias. Então, preparou-se para esse processo, formando uma comissão para receber a visita de a instituição credenciada pela ONA responsável pela avaliação. Nessa comissão, a comunicação, que segundo Rivera (2003) ajuda a criar uma linguagem comum e a integrar os discursos individuais em uma perspectiva global, aumentando a coesão social, foi proeminente para a rapidez da adesão ao processo, segundo os entrevistados. Portanto, no que diz respeito à questão da melhoria dos processos por meio da gestão da qualidade, pode-se afirmar pela análise dos dados que tal correlação procedeu no caso do HOSP1.

Outro aspecto investigado na pesquisa, diz respeito à influência do gestor na redução da ineficiência verificada nos serviços prestados pelas organizações de saúde. Este fator não deve ser considerado de modo isolado, porém Bauer (1999) ressalta que o conhecimento é decorrente da própria participação nos processos, o que concorre para o aprimoramento dos mesmos por meio da dimensão qualitativa da consciência. Neste ponto o gestor pode se tornar o alicerce para a criação de mudanças, atendendo às necessidades e expectativas dos clientes, com atos transparentes, incentivando a educação e respeitando os limites individuais e



coletivos. O processo, como sinalizam os entrevistados, sofreu resistências desenvolvidas no grupo dos médicos, que não faziam parte do corpo de funcionários, pois alguns faziam parte de cooperativas que prestavam serviços ao hospital, portanto não tinham envolvimento direto com a estrutura organizacional e não encaravam o gestor como seu superior. Para reduzir essa resistência, a gestão se aproximou do conceito de responsabilidade definido por Matus (2001 apud RIVERA, 2003) que supõe uma demanda de planejamento que estimula a descentralização, usando o diálogo como instrumento de posicionamento. O médico, segundo Rivera (2003), não é visto apenas como o responsável pela vida do paciente, mas precisa tornar-se um agente gerenciador de mudanças. Quanto às motivações que teriam levado o HOSP1 a recorrer à certificação, pôde-se analisar que estas se referem à busca pela melhoria, tornando os processos mais específicos, detalhando e esclarecendo cada etapa para os participantes, alguns programas de incentivos, como gincanas, palestras foram organizados, a fim de estimular a efetiva participação do hospital ocasionando um maior e esclarecedor envolvimento. Pois quando o HOSP1 solicitou a visita da instituição acreditadora, conhecia seus critérios, mas desconhecia a realização dos processos. Criou, então, uma comissão formada por voluntários (entendendo-se que não havia na organização profissionais qualificados para participarem e implementarem o processo) e estabeleceu uma liderança por meritocracia, já que o grupo se formou por afinidades, isto é, por aqueles que cuidam do paciente diretamente, como enfermeiros e técnicos. Esses incentivos como cursos e palestras foram importantes nesta etapa para a conscientização do novo momento e o enfrentamento de resistências, já que muitos concordavam que os processos já existentes estavam corretos e não precisavam de mudança ou avaliação.

Segundo a tipologia de Abrahamson (2004, apud WOOD, 204), a rejeição às mudanças nos hospitais é compreensível, porque há o desconhecimento de fatores globais, como a cultura organizacional. Porém, o HOSP1 enfrentou o problema criando padrões de difusão econômicos, culturais, sociais, tecnológicos e político-institucionais, retornando com um ciclo de vida do serviço mais equilibrado e pontuado. O HOSP1 fez um diagnóstico de como estavam seus processos e métodos. Redigiu um relatório e os membros da comissão discutiram como e em quanto tempo, “arrumarem” a casa. Diante da conscientização de que o hospital deveria sofrer mudanças, prepara-se a cultura da qualidade. Panfletos, informativos, entrevistas, revisão de documentos e diálogos ajudaram na formação dessa consciência que

deveria ser inserida a longo prazo. Assim a organização obteve, em 2004, o nível 1 de acreditação, com 2 anos de validade, que avalia a segurança, tanto para os pacientes como para os profissionais, seguindo as normas sanitárias e técnicas. Para a obtenção do nível 2 de acreditação – acreditação plena, também com validade de 2 anos, a organização criou o departamento de qualidade, formado por profissionais com formação em gestão, promovendo uma diferenciação no processo, não somente pela presença do gestor, mas também pela cultura de caráter adaptativo que se instalou no hospital, impulsionando a gestão da qualidade a um salto no processos de melhoria, com a padronização dos processos assistenciais, administrativos e gerenciais, permitindo-lhe alcançar o nível 3, onde encontrou-se até a data da entrevista. Após a entrevista, já no ano de 2008, a organização conquistou a acreditação internacional concedida pela Joint Commission International (JCI) subsidiada pela *Joint Commission*, organização que acredita, avaliando regularmente os hospitais e outras organizações de saúde nos Estados Unidos, com maior experiência. Analisando a possibilidade de aumento da demanda dos serviços prestados na organização após a acreditação, verificou-se que tal aumento não ocorreu. A gestão da qualidade, neste caso, trouxe benefícios mais imediatos para o ambiente interno da organização, reduzindo custos, envolvendo os profissionais, aproximando o paciente da nova cultura da organização e fortalecendo seus contatos e parcerias.

Neste nível, além de assegurar os processos padronizados, o HOSP1 apresenta ciclos de melhoria de forma sistêmica e, para medir e acompanhar esse desenvolvimento, líderes são formados, informações compartilhadas e participantes preparados para novas mudanças. Reduz-se a resistência, novas idéias são discutidas em reuniões com o departamento, após levantamento da avaliação de desempenho, obtendo-se assim a compreensão dos fatores que impactam na gestão, como por exemplo a reclamação de pacientes insatisfeitos com qualquer atendimento prestado. São focados a partir de então delineamentos mais específicos sobre as causas destes problemas, reduzindo-se o índice de reclamações. As decisões são tomadas, neste contexto, de acordo com os fatos das situações registradas, no entendimento de que as pessoas precisam de estímulos para uma observação atenta sobre os processos e voltada para o compromisso de melhores resultados. Quanto ao outro objetivo de investigação da pesquisa, sobre a humanização do serviço após a acreditação, segundo observou-se no HOSP1, a resposta foi positiva, mas com a ressalva de que, do ponto de vista dos entrevistados, já se

estabeleciam no ambiente cuidados referentes a esse tratamento mais humanizada, em função da cultura e da própria imagem constituída da organização. Portanto, não foi devido à acreditação que o hospital se humanizou, esta humanização não é entendida como uma consequência da gestão da qualidade.

### 3.3.2.2 Hospital VITA de Volta Redonda – HOSP2

A análise dos dados sobre o HOSP2 mostra que o papel da gestão da qualidade na melhoria do atendimento e da eficiência da organização é visto de modo positivo pelos entrevistados, que ressaltaram que a organização tem a gestão da qualidade como um processo presente em sua cultura.

Quanto à importância do papel do gestor, foram apontados como elementos cruciais a promoção da cultura de qualidade o compromisso dos líderes com os valores e princípios da organização e a capacidade de participar ativamente na construção e implementação de estratégias e de um sistema de gestão que estimula as pessoas a realizar propósitos comuns e duradouros.

O processo de construção desta cultura, contou, segundo a assessora do setor de qualidade da organização, com a formação de um comitê da qualidade, constituído por membros da alta direção, com o objetivo de apoiar e sustentar a política da qualidade desenhada. Em seguida formaram-se grupos de trabalho que se responsabilizaram por áreas/setores, pelo desenvolvimento de planos de ação e pela implementação e acompanhamento dos mesmos.

Tais equipes foram formadas de modo interdisciplinar, com representantes de diversos setores e especialidades. O gestor responsável pela condução do processo era profissional da instituição há 6 anos, no cargo de chefia de serviço não-críticos e foi convidado pela direção da instituição. Não era graduado em gestão, porém possuía cursos de capacitação nesta área. Foram utilizadas estratégias de comunicação por meio da capacitação de multiplicadores e de divulgação de meios de comunicação internos, tais como jornal-mural, informativos, palestras e cursos, e dinâmicas de grupo. As entrevistas mostram que ocorreram poucas resistências ao processo, em virtude do projeto ter sido apoiado pela alta direção da organização.

A respeito dos efeitos da acreditação sobre a qualidade, os entrevistados demonstraram entender que ocorreram vantagens para o HOSP2, como a maior segurança para os pacientes e

profissionais, a ampliação e criação de setores, a melhoria de processos de comunicação e a formação de equipes em processo contínuo de melhoria, resultando em um índice mais satisfatório de aceitação dos serviços pelos clientes (medidos por pesquisas de satisfação) e em uma imagem do hospital com mais transparência e credibilidade para estes clientes. Informações relativas à acreditação são divulgadas para os pacientes por meio de uma publicação interna, disponibilizada aos pacientes, que retrata atividades da instituição. Outro aspecto mencionado foi a implantação de indicadores de monitoramento focados em custo, com conseqüente redução dos mesmos. A organização passou a utilizar a ferramenta do *Balanced Scorecard* (BSC) para produzir relatórios contendo indicadores de desempenho operacional e financeiro.

Tal como no caso do HOSP1, os entrevistados também não atribuem a humanização dos serviços ao programa de acreditação, e sim à premissa da organização de bem atender a seus clientes/pacientes, de forma humanizada. O HOSP2 conquistou acreditação internacional em 2008.

## 4 CONCLUSÕES

O objetivo deste artigo era o de analisar os processos de implementação de uma gestão da qualidade em dois hospitais detentores de certificação de qualidade. Foram abordadas formas para entendimento do processo de gestão da qualidade, a começar pela análise do ambiente em que os serviços hospitalares se encontram, e quais os fatores que promovem o aumento da demanda do serviço privado e quais as ferramentas experimentadas para entendimento desses fatores. Os conceitos explorados foram: administração, papéis, funções e competências dos gestores, mudança organizacional, qualidade e certificação de qualidade. Esses conceitos foram explorados em documentos, bibliografias, artigos, dissertações, teses e um estudo de caso. Espera-se que tal análise contribua com para uma nova forma de gerir hospitais, sejam públicos ou privados, pois o paciente e funcionários poderão assim obter um retorno mais voltado para suas expectativas. A análise mostrou que condições adversas encontradas em tal processo apontam para sua complexidade e para a necessidade de que os atores envolvidos estejam conscientes da importância de todo o processo.

A análise dos dados apontou para a gestão da qualidade como uma ferramenta eficaz para um atendimento melhor e mais eficiência para a organização; a acreditação como promotora de um posicionamento diferenciado acarretando mais demanda e mais visibilidade; a importância da participação do gestor no processo, reduzindo de modo significativo muitos dos problemas que tendem a ocorrer (como resistências e insatisfação de clientes), com a aplicação de ferramentas tais como o planejamento e estratégias mais eficientes de comunicação; e a obtenção, como resultado de todo este processo, de maiores vantagens para o paciente, como um atendimento mais direcionado as suas expectativas, o que terminou por se traduzir em um atendimento mais satisfatório para os clientes em ambos os hospitais analisados. Foi possível observar, portanto, em ambos os casos, a melhoria dos processos por meio da gestão da qualidade. A comparação entre os dados fornecidos pelos entrevistados também possibilitou observar que a percepção dos entrevistados, em ambos os casos, aponta para uma correlação negativa entre a obtenção da acreditação e a humanização dos serviços prestados. A percepção expressa nas entrevistas entende que tal humanização depende de um fator anterior, isto é, da cultura da organização.

Como perspectiva para futuras pesquisas, entende-se que uma ferramenta como a gestão da qualidade, implica em reunir e analisar mais informações sobre as condições em que ocorre nas organizações, de modo que melhorias possíveis que se somariam a esta pesquisa poderiam ser direcionadas para a busca e análise de indicadores que possibilitem uma análise mais específica dos resultados após a implementação da gestão – como, por exemplo, de erros médicos, de perda de atendimentos por falhas na comunicação com o cliente, entre outros. De modo semelhante, capturar a percepção de outros agentes envolvidos, tais como enfermeiros e médicos seriam de utilidade para comparações com os dados obtidos a partir do ponto de vista dos responsáveis pela implementação e monitoração das ferramentas de qualidade.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

**AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.** Segundo Relatório sobre o Sistema Brasileiro de Acreditação. Brasília, DF. Março 2006.

**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS NORMAS E TÉCNICAS.** Informação e documentação – Referências – Elaboração: NBR 6023. Rio de Janeiro, 2002, 24p.

BAUER, Ruben. **Gestão da mudança – Caos e complexidade nas organizações**. São Paulo: Atlas, 1999.

BOAVENTURA. Edivaldo M. **Metodologia da Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Qualidade em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, out. 2008.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. **O processo de acreditação**. Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.cbacred.org.br/front/vantagens.php>. Acesso em: 22 set. 2008.

DESLANDES, Suely F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar**. In: Ciência & Saúde Coletiva: “Ética e Humanização”. Rio de Janeiro: ABRASCO. Volume 9, nº 1, 2004.

DONABEDIAN, A. **Continuity and Change in the Quest for Quality**. Tampa: Clinical Performance and Quality Health Care, 1991.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE QUALIDADE – PNQ – **Prêmio Nacional da Qualidade**, 2006.

GODOI, Christiane Kleinubing, BANDEIRA-DE MELLO, Rodrigo, SILVA, Anielson Barbosa. **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais. Paradigmas, estratégias e métodos**. São Paulo: Editora Saraiva, 2006.

GURGEL JUNIOR, Garibaldi Dantas; VIEIRA, Marcelo Milano Falcão. **Qualidade Total e Administração Hospitalar: explorando disjunções conceituais**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, vol.7,n. 2, 2002. pp. 325-334.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Banco de dados – Estados**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em 10 out. 2008.

KURCGANT, Paulina (coord). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LUCENA, Maria Diva da Salette. **Avaliação do desempenho**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1977.

MALIK, Ana Maria. **Qualidade em Serviços de Saúde nos Setores Público e Privado**. Cadernos Fundap. São Paulo, n.19, 1996. pp. 7-24.

MARSHALL JUNIOR, Isnard et al. **Gestão da qualidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

MEZOMO, João Catarin. **Gestão da Qualidade na saúde – Princípios básicos**. 19ª ed. São Paulo: Manole, 2001.

NONAKA, Ikujiro e TAKEUCHI., Hirotaka. **Criação de Conhecimento na Empresa – Como as empresas japonesas geram a dinâmica da Inovação**. Rio de Janeiro: Elsevier, 1997 – 16ª reimpressão.

OLIVEIRA, Silvio Luiz. **Tratado de Metodologia Científica**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

RIVERA. Francisco Javier Uribe Rivera. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2005.

SITZIA J; WOOD, N. **Patient satisfaction**: A review of issues and concepts. Social Science and Medicine, n.45, vol.12, 1997. pp.1829-43.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges de. **Satisfação e responsividade**: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2005, vol.10, n.3, pp. 599-613.

VERGARA, Sylvia Cosntant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2004.

\_\_\_\_\_. **Métodos de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2006.

WOOD JUNIOR, Thomaz (coord). **Mudança Organizacional**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2004.

YIN, Robert. K. **Estudo de caso – planejamento e métodos**. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.