

Raphael Botelho

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

**MELHORIA DE PROCESSO: A INFLUÊNCIA DO DESIGN THINKING NA
QUALIDADE PERCEBIDA DA GESTÃO DE PROCESSOS A PARTIR DA
ANÁLISE DE INDICADORES DE UM PRONTO ATENDIMENTO
HOSPITALAR NA CIDADE DE SÃO PAULO**

São Paulo 2020

Raphael Botelho

MELHORIA DE PROCESSO: A INFLUÊNCIA DO DESIGN THINKING NA
QUALIDADE PERCEBIDA DA GESTÃO DE PROCESSOS A PARTIR DA
ANÁLISE DE INDICADORES DE UM PRONTO ATENDIMENTO
HOSPITALAR NA CIDADE DE SÃO PAULO

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde, da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração**.

Orientadora: Profa. Dra. Sonia Francisca de Paula
Monken

São Paulo 2020

Botelho, Raphael.

Melhoria de processo: a influência do desing thinking na qualidade percebida da gestão de processos a partir da análise de indicadores de um pronto atendimento hospitalar na cidade de São Paulo. / Raphael Botelho. 2020.

85 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2020.

Orientador (a): Prof. Dr. Sonia Francisca de Paula Monken.

Marketing em Serviços de Saúde. 2. Gestão de Operações de Serviços de Saúde. 3. Design Thinking. 4. Serviços de Pronto Atendimento.

Monken, Sonia Francisca de Paula.. II. Título.

CDU 658:616

Raphael Botelho

MELHORIA DE PROCESSO: A INFLUÊNCIA DO DESIGN THINKING NA
QUALIDADE PERCEBIDA DA GESTÃO DE PROCESSOS A PARTIR DA
ANÁLISE DE INDICADORES DE UM PRONTO ATENDIMENTO
HOSPITALAR NA CIDADE DE SÃO PAULO

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado
Profissional em Administração - Gestão em
Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho
– UNINOVE, como requisito parcial para obtenção
do grau de **Mestre em Administração – Gestão
em Sistemas de Saúde**.

Profª. Dra. Sonia Francisca de Paula Monken – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Profª. Dra. Teresinha Covas Lisboa – Florida Christian University – FCU/USA

Profª. Dra. Ana Freitas Ribeiro – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Prof. Msc. Claudio Oliveira Miraldo – Profissional de Mercado

São Paulo, 03 de março de 2020.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família e aos meus amigos, que acreditaram nesse meu sonho e me ajudaram a realizá-lo.

Agradeço aos meus amigos do Mestrado pela parceria, pelo auxílio e pela experiência inesquecível que compartilhamos ao imergir no modulo internacional.

Não poderia esquecer do profissional Dr. Antonio Sergio da Silva que foi a primeira pessoa que me incentivou a entrar no programa de mestrado profissional.

Agradeço a todos os meus Mestres que me acompanharam durante estes 2 anos nesta caminhada, me ajudando a crescer e melhorar meus conhecimentos e habilidades. Um agradecimento especial à Queli, que em todos os momentos me orientou, me acolheu, teve paciência e fez tudo ao seu alcance para me ajudar.

Um mais que agradecimento, uma eterna gratidão a minha Orientadora, Professora Dra. Sonia Monken, pela paciência, dedicação, disponibilidade para me atender sempre que precisei, que em todos os momentos me fortaleceu, me incentivou, me elogiou e me fez concluir com êxito este trabalho.

Agradeço à UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO, por ter me proporcionado esta grande oportunidade de realização de um sonho, com um curso de Mestrado de grande nível acadêmico.

A todos vocês que fizeram parte desta minha grande conquista minha eterna gratidão!

RESUMO

Há uma tendência de inovação e competitividade no Setor de Saúde que exige mudanças nas práticas de gestão objetivando melhorias no desempenho organizacional. Este ambiente de transformação abarca as mudanças no perfil dos clientes, o aumento da concorrência, a inclusão de novas tecnologias, busca pela eficiência na aplicação dos recursos e qualidade no desempenho operacional. Dessa maneira, a investigação da qualidade do serviço percebido pelo cliente vem assumindo patamares de complexidade, abordando diferentes óticas mercadológicas e refinando-se em sentimentos de experiências. Por outro lado, as unidades de pronto atendimento estão compelidas a aumentar a capacidade de resolubilidade para vencer os desafios de segurança do paciente e efetividade da assistência a fim de garantir a sustentabilidade do segmento de mercado. O objetivo geral deste trabalho é avaliar a qualidade percebida na aplicação do método Design Thinking em serviços de um pronto atendimento hospitalar no município de São Paulo. Foi aplicada uma pesquisa do tipo Survey, em forma de questionário estruturado fechado, com perguntas ditocômicas, para mensurar a qualidade percebida da Gestão de Processos nos serviços de um pronto atendimento hospitalar. O plano amostral foi composto por uma amostra não probabilística por conveniência de 16 donos de processos responsáveis pelos serviços de um pronto atendimento hospitalar. Podemos concluir com os resultados que o conhecimento sobre a gestão dos processos cresceu 120%. Ou seja: antes a gestão era feita em apenas 5 processos; após a implantação do Design Thinking, a gestão passou a ser feita em 11 processos. O conhecimento sobre a manutenção dos processos cresceu 225%. Ou seja, antes a manutenção era feita em apenas 4 processos; após a implantação do Design Thinking, a manutenção passou a ser feita em 13 processos. O conhecimento sobre o ambiente foi o que menos creceu, apenas 18%. Ou seja, antes o ambiente era controlado em 11 processos; após a implantação do Design Thinking, o controle passou a ser realizado em 13 processos. Por último, o conhecimento sobre os requisitos do cliente cresceu 133%. Ou seja: antes se trabalhava o requisito do cliente em apenas 6 processos; após a implantação do Design Thinking, o requisito do cliente passou a ser trabalhado em 14 processos. Em média, nesse projeto o Design Thinking melhorou os processos em 124%. O estudo contribuiu com os gestores de serviços de pronto atendimento para que incluam em sua prática de gestão, o entendimento da repercussão da metodologia Design Thinking nas operações de serviços

no que tange aos pilares de gestão, manutenção, ambiente e cliente dos processos, possibilitando melhorias nas políticas, procedimentos, fluxos e indicadores.

Palavras-chave: Marketing em Serviços de Saúde, Gestão de Operações de Serviços de Saúde, Design Thinking, Serviços de Pronto Atendimento.

ABSTRACT

There is a tendency of innovation and competitiveness in the Health Sector that requires changes in management practices aiming improvements in organizational performance. This environment includes changes in customers profile, increased competition, the inclusion of new technologies, the search for efficiency in the application of resources and quality in operational performance. The investigation about the quality of service perceived by the client has been taking levels of complexity, addressing different marketing perspectives and refining feelings of experience. In other respects, emergency care units are compelled to increase the capacity of resolvability to overcome the challenges of patient safety and effectiveness of assistance in order to guarantee the sustainability of the market segment. The general objective of this work is to evaluate the quality perceived in the application of the Design Thinking method in emergency care services in the city of São Paulo. For this purpose, a Survey-type survey was applied, in the form of a closed structured questionnaire, with ditochromic questions, to measure the perceived quality of Process Management in hospital emergency services. The sampling plan was composed of a non-probabilistic sample for convenience of 16 process owners service of an emergency hospital care. The findings showed that the knowledge about the management of the processes increased 120%. In other words: management was carried out in only 5 processes before the implementation; after the implementation of Design Thinking, management started to be carried out in 11 processes. The knowledge about the maintenance of processes increased by 225%, it means, the maintenance was done in only 4 processes and, after the implementation of Design Thinking, maintenance started to be carried out in 13 processes. The knowledge about the environment has a lower growth, at 18%. Before the environment was controlled in 11 processes, after the implementation of Design Thinking, the control started to be carried out in 13 processes. Finally, the understanding about customer orders grow 133%, it means, before customer requirements was just 6 processes; after the implementation of Design Thinking, the customer requirements started to be executed in 14 processes. This project - Design Thinking improved processes by 124% on average. This study contributed to health managers in emergency care to include in their management practice, the understanding of the Design Thinking methodology in service operations refer to the management,

maintenance, environment and customer, enabling improvements policies, procedures, flows and indicators.

Keywords: Healthcare Services Marketing, Healthcare Services Management Operations, Design Thinking, Emergency Care Services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Delineamento do Processo de construção do problema.....	6
Figura 2 Qualidade percebida.....	21
Figura 3 Modelo de qualidade de serviço.....	23
Figura 4 Formação do valor percebido.....	25
Figura 5 Projeção Modelo do índice de satisfação do cliente norte americano.....	29
Figura 6 Cadeia de valor da saúde.....	31
Figura 7 Etapas do processo de design thinking.....	33
Figura 8 Diagrama de requisitos essenciais do processo de inovação.....	34
Figura 9 Diagrama de requisitos essenciais do processo de inovação.....	35
Figura 10 Etapas do processo de design thinking.....	35
Figura 11 Cinco áreas do design experiencial.....	39
Figura 12 Estágio principais de um survey.....	46

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Determinantes da qualidade.....	24
Quadro 2	Conceitos de valor	25
Quadro 2	(continuação) Conceitos de valor	26
Quadro 3	Determinantes da qualidade: as cinco dimensões de avaliação de serviços	27
Quadro 4	Conceito de Cocriação de Valor	37
Quadro 5	Experiência Valiosa com o consumidor	38
Quadro 6	Frequência dos processos por Tipo de Processo.....	48
Quadro 7	Frequência dos processos por Macro Processo	48
Quadro 8	Frequência dos processos por Macro Processo x Topo de Processo	48
Quadro 9	Frequência dos processos por Maturidade.....	49
Quadro 10	Frequência dos processos por Etapas	49
Quadro 11	Frequência dos processos por Complexidade.....	49
Quadro 12	Frequência dos constructos GESTÃO (antes x depois).....	52
Quadro 13	Kolmogorov Smirnov	52
Quadro 14	Frequência dos constructos MANUTENÇÃO (antes x depois).....	53
Quadro 15	Kolmogorov Smirnov	53
Quadro 16	Frequência dos constructos AMBIENTE (antes x depois).....	54
Quadro 17	Kolmogorov Smirnov	54
Quadro 18	Frequência dos constructos CLIENTE (antes x depois).....	55
Quadro 19	Kolmogorov Smirnov	55
Quadro 20	Frequência dos constructos GESTÃO (antes x depois).....	56
Quadro 21	Teste de Wilcoxon	56
Quadro 22	Frequência dos constructos MANUTENÇÃO (antes x depois).....	57
Quadro 23	Teste de Wilcoxon	57
Quadro 24	Frequência dos constructos AMBIENTE (antes x depois).....	58
Quadro 25	Teste de Wilcoxon	58
Quadro 26	Frequência dos constructos CLIENTE (antes x depois).....	59
Quadro 27	Teste de Wilcoxon	59
Quadro 28	Pontos de média dos constructos GESTÃO x TIPO DE PROCESSO.....	59
Quadro 29	Teste de Mann-Whitney	60
Quadro 30	Pontos de média dos constructos MANUTENÇÃO x TIPO DE PROCESSO	60
Quadro 31	Teste de Mann-Whitney	61

Quadro 32 Pontos de média dos constructos AMBIENTE x TIPO DE PROCESSO.....	61
Quadro 33 Teste de Mann-Whitney	62
Quadro 34 Pontos de média dos constructos CLIENTE x TIPO DE PROCESSO.....	62
Quadro 35 Teste de Mann-Whitney	63
Quadro 36 Pontos de média das VARIÁVEIS x TIPO DE PROCESSO	63
Quadro 37 Teste Qui-quadrado	65
Quadro 38 Frequência dos constructos GESTÃO x CLIENTE	66
Quadro 39 Frequência dos constructos GESTÃO X MANUTENÇÃO.....	67
Quadro 40 Frequência dos constructos AMBIENTE x CLIENTE	67
Quadro 41 Frequência dos constructos AMBIENTE x MANUTENÇÃO.....	67
Quadro 42 Correlação de Spearman	68

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Percentual de Crescimento	72
---	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA	16
1.2	QUESTÃO DE PESQUISA	17
1.3	OBJETIVOS	17
1.3.1	GERAL	17
1.3.2	ESPECÍFICOS	17
1.4	JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA	18
1.5	ESTRUTURA DO TRABALHO.....	19
2	REFERENCIAL TEÓRICO	19
3	MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA	43
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA	43
3.2	PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS	44
3.3	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	46
3.4	LIMITAÇÕES DA PESQUISA	46
4	ANÁLISE DOS RESULTADOS	47
5	DISCUSÕES DESSES ASSUNTOS	69
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTRIBUIÇÕES.....	71
	REFERÊNCIAS	73
	ANEXO A – ROTEIRO PARA APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO	82
	ANEXO B – ROTEIRO PARA APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO.....	84

1 INTRODUÇÃO

O setor de serviços vem ocupando, nas últimas décadas, posição de destaque no cenário econômico, tornando-se uma considerável fonte de riquezas para as nações. O setor de marketing tem investido em estudos sobre a qualidade percebida dos serviços prestados, visto que a visão da satisfação dos clientes proporciona aos responsáveis subsídios e excelência na prestação de serviços, sustentando assim a permanência no mercado (Sarmento, 2009).

A gestão das organizações no Brasil se encontra em fase de reestruturação. Suas práticas de gestão encontram-se desgastadas, comprometendo as necessidades sociais da população. Novas oportunidades de gerir o sistema têm desafiado os gestores das instituições de saúde. Assim, a renovação da gestão passou a ser fator primordial para afastar a crise organizacional do sistema (Barbosa, 2015).

A busca pela qualidade no atendimento ao consumidor, seja no setor público ou privado, continua sendo um dos grandes desafios dos responsáveis da saúde. Estudos sobre o tema “satisfação do consumidor” vêm sendo apontados como fatores cruciais para o êxito de qualquer organização, visto que podem influenciar intrinsecamente na lealdade do consumidor (Farias & Santos, 2000).

O interesse pelo marketing de serviços vem crescendo, decorrência da relevância que o setor de serviços vem ganhando. Desse modo, é plausível perceber uma expressiva evolução do número de livros, congressos, bem como um maior interesse por parte dos pesquisadores de marketing em trabalhos envolvendo o tema “serviços” (Nel, Heerden, Chan, Ghazisaeedi, Halvorson, & Stein, 2011).

Por isso, seria correto afirmar que a experiência de serviços e seus impactos nos negócios vem recebendo a devida atenção dos pesquisadores (Pralhad & Ramaswamy, 2004). Criar experiências superiores pode desencadear uma questão chave para as organizações de serviços, com a finalidade de obter a lealdade dos clientes (Verhoef et al., 2009). Além do mais, é plausível encontrarmos autores a favor da ideia de que experiência de serviços é o principal determinante da avaliação de sua qualidade (Schembri, 2006).

Fadel e Filho (2009), afirmam que o julgamento do usuário está relacionado com uma série de aspectos pessoais.

Para Kotaka, Pacheco e Higaki (1997), os responsáveis de uma instituição devem ter a avaliação dos indicadores relativos aos processos organizacionais, em especial as pesquisas de satisfação do usuário. Das diversas formas de se avaliar um serviço, a variável "qualidade"

será bastante complexa, visto que depende de julgamentos e expectativas esperadas pelo consumidor. De acordo com Gonzalez, Moll, e Amanti (2006), nem sempre a fidelidade do cliente é resultado da satisfação com o produto ou serviço; porém, a probabilidade de clientes satisfeitos tornarem-se fiéis pode ser muito maior. O impacto da fidelização do consumidor é primordial para a organização se manter no mercado.

Gastal (2005), afirma que a lealdade do consumidor está intrinsecamente ligada à sua satisfação e que esta antecede à lealdade. Segundo o autor, há dois elementos que determinam a opção do consumidor: um deles vem a ser a qualidade percebida e, o outro, o valor percebido. A qualidade percebida é a avaliação do usuário sobre o produto ou serviço. Já o valor percebido é determinado pelo “custo benefício”; isto é, o valor pago pelo produto e sua relação com a qualidade. Sperandio Milan e Trez (2005) definem como satisfação as diversas experiências vividas pelo sujeito que compõem o presente, o passado e o futuro, sendo o julgamento das experiências embasado nas expectativas e experiências vividas anteriormente.

A Gestão das Operações de Serviços de Saúde nas últimas décadas busca integração dos processos. Esses processos de inovação são executados pelas equipes multidisciplinares e envolvem parâmetros de mensuração de produtividade e financeiros. Uma forma de fazer sua gestão mais produtiva é pensar o sistema de saúde como uma cadeia de valor, em que operações em saúde são o componente central do sistema para o aumento da qualidade e redução dos custos (G. W. de S. Campos & Domitti, 2007; Malik & Pedroso, 2011).

Os prontos atendimentos, elo participante da cadeia de valor das organizações de saúde, caracterizam-se pela sua complexidade, quantidade de usuários, pela cultura organizacional, pela variabilidade de atividades e pela variedade de tecnologias e insumos. Em razão dessa diversidade, as organizações de saúde convivem com desafios e são forçados à inovação e ao desenvolvimento de novos processos e modelos (Rossaneis, Gabriel, Haddad, Melo, & Bernardes, 2015).

A Figura 01 demonstra o Delineamento do Processo de construção do Problema de Pesquisa.



Figura 1: Delineamento do Processo de construção do problema.

Fonte: Elaborado pelo autor

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

De acordo com Oliver (1999), a lealdade de um cliente é ligada à sua satisfação. O autor afirma que a satisfação do cliente é um fator antecedente à lealdade. A satisfação é composta por fatores que influenciam a escolha, a qualidade percebida e o valor percebido. Qualidade percebida é a avaliação do cliente sobre o desempenho percebido de um determinado produto. O valor percebido é a avaliação que o cliente faz sobre o preço que pagou e a qualidade do produto adquirido (Gastal, 2005).

A satisfação é um fator para a geração da lealdade de clientes. Segundo Urdan e Rodrigues (1999), quando o consumidor está insatisfeito, as opções são mudar para outras unidades de pronto atendimento demonstrando sua insatisfação. (Goodman, 2006) Afirma que, quando a unidade de pronto atendimento atende as suas expectativas e reverte as reclamações dos clientes tornando-os satisfeitos, é possível fidelizar. Sugerem aplicar um

modelo no qual o aumento da satisfação reflete a redução do número de reclamações e aumento da lealdade do cliente.

Manter o cliente leal aos serviços de pronto atendimento reduz os custos com a prospecção e aquisição de novos clientes, elevando os lucros das empresas. Segundo Oliver (1999), a lealdade é um constructo relacionado com a satisfação do cliente e depende da influência do valor percebido, que é a percepção do cliente sobre os benefícios e custos (Sirdeshmukh, Sing & Sabol, 2002) e da qualidade percebida, que é o julgamento feito pelo cliente (Zeithaml, 1988). Com o suporte da gestão de operação sustentando os processos, juntamente com marketing de serviços identificando a influência do valor percebido e da qualidade percebida e mensurando a lealdade do cliente, seria possível traçar o perfil atual dos usuários do pronto atendimento, gerando informações que, utilizadas para reformular ou estabelecer estratégias de fidelizar os usuários dos serviços de saúde, mitigariam sua propensão de migração para outros prontos atendimentos, reduzindo assim os custos.

1.2 QUESTÃO DE PESQUISA

Dada a relevância da interação da gestão de operação de serviços e marketing de serviço em organizações de saúde que visam garantir qualidade e sua manutenção no mercado, este trabalho procura responder à seguinte questão de pesquisa:

Como o design thinking influencia na qualidade percebida dos processos de um pronto atendimento a partir da análise dos seus indicadores?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Geral

Avaliar a influência do Design Thinking na qualidade percebida da Gestão de Processos a partir da análise de indicadores de um pronto atendimento hospitalar na cidade de São Paulo.

1.3.2 Específicos

- i. Mensurar os indicadores dos processos de serviços de um pronto atendimento hospitalar na cidade de São Paulo.

- ii. Associar a qualidade percebida e a gestão de operações de serviços de saúde com os indicadores de processo dos pilares de gestão, manutenção, ambiente e cliente em serviços de um pronto atendimento hospitalar na cidade de São Paulo.

1.4 JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA

Com a regulação do setor e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), uma série de medidas foram adotadas, transformando o mercado. A partir de Abril de 2009, a portabilidade para planos de saúde passou a vigorar. Compreende que um usuário poderá migrar para outra empresa operadora de plano de saúde sem carência, para obter os serviços de pronto atendimento de sua preferência, atendendo às regras definidas pela ANS. Embora a panorama mercadológico tenha restringido a comercialização de planos individuais, por consequência da alta utilização. Por outro lado, as transações corporativas (*bussiness to bussiness*) tornam-se acirradas pela participação do usuário no controle de qualidade dos serviços recebidos. Essa participação tem consequências financeiras para as operadoras e para os prontos atendimentos. Os custos de mudança exercem considerável influência na decisão de troca de fornecedor por um cliente (Burnham & FrelseMahajan, 2003). A respeito de sua insatisfação, muitas vezes o cliente pode preferir continuar com o fornecedor, dependendo dos custos e do impacto que estes terão de fornecer.

Com a possibilidade de migração sem carência, e obrigando os prontos atendimentos a se preocuparem em buscar estratégias que promovam a fidelização dos clientes, o custo de mudança de troca de operadora de saúde ficou menor para o usuário. A retenção dos clientes já existentes é considerada uma oportunidade para que os prontos atendimentos melhorem seus resultados, considerando o crescimento constante dos custos e o baixo índice de lucro. Tornar o cliente fiel deve ser foco dos prontos atendimentos hospitalares, pois tais dados chamam a atenção no intuito de aumentar seus lucros. O consumidor precisa estar satisfeito com os serviços que recebe, uma vez que a satisfação é uma condição antecedente à lealdade. Oliver (1999), afirma que é necessário que haja satisfação para a retenção de clientes e formação da lealdade; esta última sendo vinculada à percepção de qualidade do cliente diante das ofertas de uma empresa. Percebe-se claramente um grande volume de reclamações registradas na ANS e nas ouvidorias dos prontos atendimentos ao avaliar o grau de satisfação dos usuários do serviço de saúde, reflexo do elevado grau de insatisfação com os serviços prestados. Sendo assim, faz-se necessária a busca por entender os fatores que

comprometem a formação dessa lealdade, bem como identificar a forma como esses constructos se relacionam.

1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO

O presente estudo está estruturado em sete capítulos, sendo o primeiro capítulo composto pela Introdução, que se encerra neste subitem.

O Capítulo dois apresenta o Referencial Teórico, que se baseia no pólo que e sustenta deriva da busca para a resposta ao objetivo principal desta pesquisa. Sendo a questão central ampla, o que pede uma exploração do tema ou conceito central da pesquisa, o investigador deve colocar essa questão consistente com a metodologia emergente na pesquisa (Creswell, 2010) como mostra este capítulo.

No capítulo três está descrito o Método utilizado neste estudo incluindo Metodologia de Pesquisa, Local onde a pesquisa foi realizada, Amostra, Coleta de Dados, Instrumento de Pesquisa e Análise dos Resultados. posto que o Método científico é uma forma lógica e um caminho de pensamento a ser percorrido pelo pesquisador como forma de se ter acesso ao conhecimento científico (Vergara, 2013).

O capítulo quatro será composto pela Análise dos Resultados e o capítulo cinco pela Discussão desses resultados.

No capítulo seis estão apresentadas as Considerações Finais e Contribuições para a Prática com a conclusão da pesquisa e sugestões formuladas a partir dos resultados da pesquisa de campo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O Referencial teórico diz respeito à revisão da literatura, servindo como suporte ao tema abordado. Fundamentar-se-á nos seguintes pilares teóricos: marketing de serviços de saúde, design thinking, gestão de operações de serviços de saúde e pronto atendimento.

1. PRIMEIRO PILAR TEÓRICO

MARKETING EM SERVIÇOS DE SAÚDE

O Brasil é um país de grandes extensões e complexo nas suas formações socioculturais evoluindo por diversas transformações econômicas e ambientais. Apresentando discrepâncias regionais, onde contrastes regionais e a condição de saúde das pessoas, tanto por meio de

programas governamentais, como por meio de programas privados, torna-se um grande desafio (Katia Colucci, De Toni, & Nonino, 2013).

A saúde é uma das atividades econômicas fundamentais no Brasil e no mundo, representando aproximadamente 9% do Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil, segundo estatísticas da Organização Mundial da Saúde e mais de 4,3 milhões de empregos diretos, conforme informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Katia Colucci et al., 2013).

O interesse pelo marketing de serviços, está relacionado a uma maior relevância econômica dos serviços. À medida que se reduzem as oportunidades de diferenciação de produtos/serviços, as entidades são levadas a desenvolver vantagens competitivas na oferta de serviços (A. da Rocha & Ferreira da Silva, 2006).

Tendo em vista um determinado ambiente de atuação, sugere-se da organização uma estratégia de marketing almejando uma posição perante o mercado. A orientação depende principalmente de acreditar que a melhor forma de se obter frutos positivos é pela satisfação de desejos e carências dos consumidores (Gallo & Monken, 2006).

Na visão de Kotler, Armstrong, e Opresnik, (1993), a gestão de marketing é baseada no planejamento, na implantação e no controle de projetos, com o objetivo de atingir as metas usando de forma eficaz o valor, a comunicação e a distribuição a fim de informar, motivar e servir o mercado.

Em saúde, o produto é a sinergia entre o prestador de serviço e o paciente, tornando a inteligência de marketing necessária para contínuos monitoramentos junto a pacientes, familiares, médicos e demais recursos. As entidades prestadoras de serviços de saúde precisam colaborar com estratégias para melhorar a satisfação e lealdade dos clientes. Entretanto, é relevante destacar que os maiores impactos podem resultar das experiências reais dos pacientes, e não simplesmente da propaganda (Katia Colucci et al., 2013).

2.1.1 PANORAMA DO MARKETING EM SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

A criação de uma cadeia de valor, tem como principal objetivo, mensurar valores que seguem pela acessibilidade, disponibilidade, humanização e valor agregado (Gallo & Monken, 2006).

Desse modo, o marketing é a administração hospitalar através da ótica do paciente. A nova concepção pode partir das carências do paciente e o hospital, os serviços, os recursos e as equipes médicas são responsáveis por garantir a satisfação do mercado. Em última análise, tem de atender aos pacientes e ser organizados em favor do doente (Borba, 1985).

2.1.2 QUALIDADE PERCEBIDA

Segundo Portugal, Campos, Gonçalves, Mari, e Fortes (2016), O interesse de uma organização em procurar a qualidade dos seus serviços só tem sentido se a mesma for percebida pelo consumidor. De acordo com Fadel e Filho, (2009), o prestador de serviços terá bons efeitos quando entender as avaliações realizadas pelos clientes e deverá traçar normas que influenciarão nos objetivos almejados.

As entidades podem diminuir a insatisfação entre o que o consumidor deseja e o que ele realmente recebe do serviço (Cleto, 2014). Segundo Zeithaml, Bitner e Gremler, (2014), os clientes não percebem a qualidade analisando um único ponto de vista, ou seja, as avaliações dos clientes perante a qualidade incluem percepções múltiplas do serviço.

Os autores Parasuraman, Zeithaml Berry (1985), afirmam que a qualidade percebida é a relação entre as expectativas e a percepção de um serviço.

A Figura 02, traz um demonstrativo de como se forma a percepção da qualidade de serviços, segundo Lopes et al.(2007).

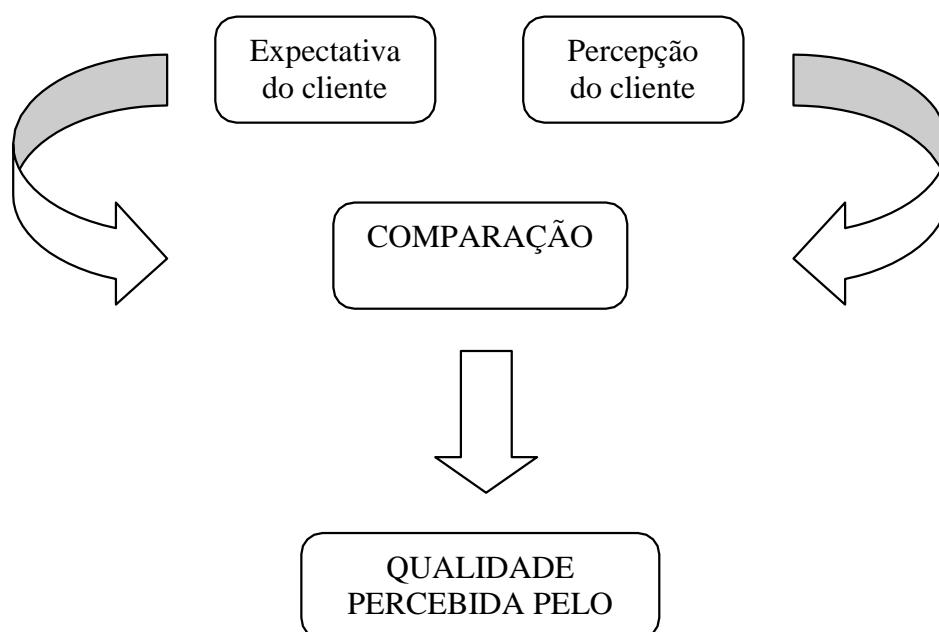


Figura 02: Qualidade percebida.
Fonte: E. L. Lopes (2007).

Apesar das diversas abordagens do conceito, Parasuraman et al. (1985), afirmam que o conhecimento sobre a qualidade de bens é insuficiente para a avaliação da qualidade de serviços devido a intangibilidade, diferenças e inseparabilidade dos serviços. Lovelock e Wright (2001) da mesma forma ressaltam as características apontadas por Parasuraman et al. (1985), como atributos de difícil mensuração e conceituam serviços como um desempenho, sendo, entretanto, frequentemente intangíveis. Diante dessa limitação, Fitzsimmons, Fitzsimmons e Fitzsimmons (2004) apontam que o cliente busca na reputação da organização a base para formar a sua avaliação de qualidade no momento anterior à compra de um serviço.

Para Kotler, Hayes e Bloom (2002) a avaliação preliminar é a evidência concreta usada na prestação dos serviços. Outra definição, a intangibilidade é “uma característica dos serviços, incapazes de serem tocadas ou sentidas” (Hoffman & Bateson, 2003). Lovelock e Wright (2001) abordam a matéria afirmando que os serviços apresentam propriedades de experiência na qual a forma de avaliação será após experimento. Parasuraman et al. (1985), ressaltam também que o serviço não possui as especificações do produto, como na indústria, mas sua avaliação por parte dos clientes será realizada. Os autores desenvolveram um modelo conceitual de qualidade em serviços fundamentado em cinco *gaps* (lacunas). Os autores indicam os *gaps* divididos conforme abaixo:

Gap 1 (Diferença entre as expectativas do cliente e a percepção dos gestores): diferença que existe entre o que os consumidores consideram como qualidade e o entendimento dos gestores sobre estes aspectos, que não é claro.

Gap 2 (Diferença entre especificações de qualidade do serviço e a percepção dos gestores): existe o conhecimento das expectativas dos consumidores, entretanto, o meio de atendê-las é desconhecido.

Gap 3 (Diferença entre as especificações de qualidade do serviço e o serviço onde é prestado): variabilidade na prestação do serviço consequente da atuação do profissional que a desempenha.

Gap 4 (Diferença entre o serviço prestado e a comunicação externa): forma como a organização se comunica com os clientes pode afetar a percepção de qualidade.

Gap 5 (Diferença entre o serviço esperado e o serviço percebido pelo cliente): comparação do que foi ofertado com o que foi realizado.

A figura 03 mostra o Modelo de qualidade de serviço segundo Parasuraman et al. (1985).

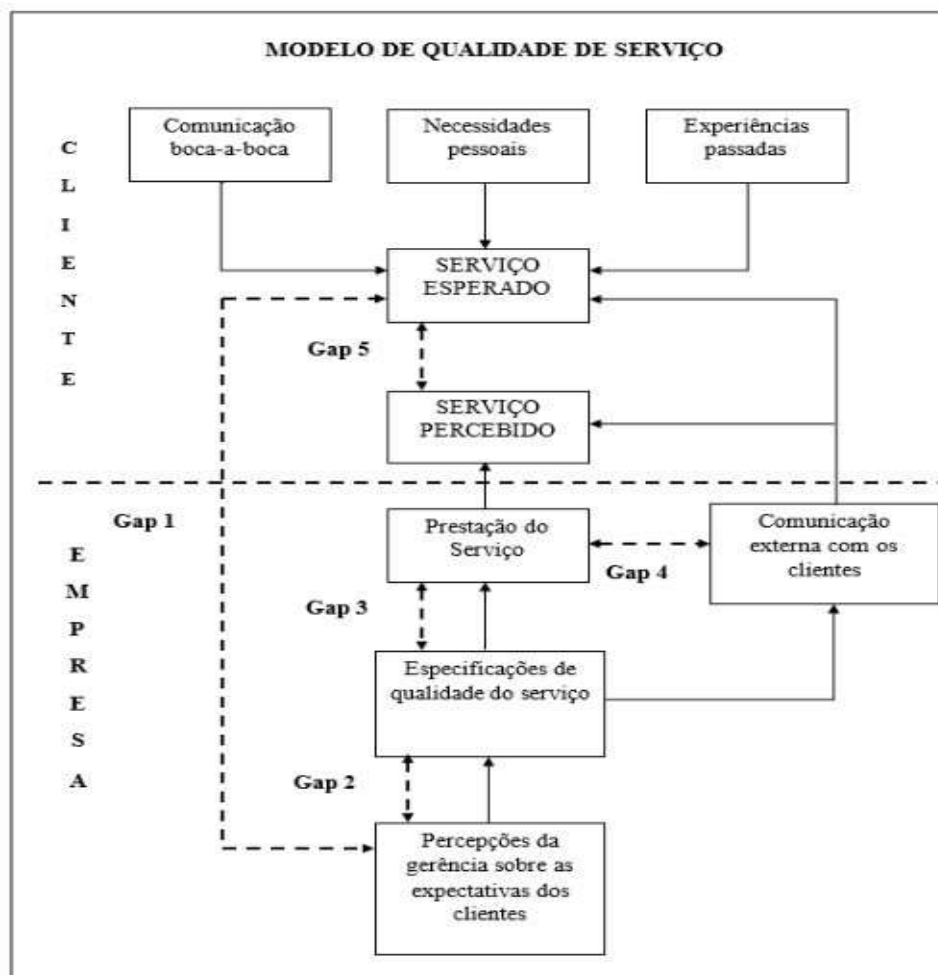


Figura 03: Modelo de qualidade de serviço.

Fonte: Parasuraman et al. (1985).

A qualidade percebida é “o julgamento do cliente sobre um serviço, no qual a qualidade percebida foi determinada em relação às expectativas e à performance percebida de um serviço (Parasuraman et al., 1985), sendo confirmada por Lovelock e Wright (2001).

O conceito de qualidade apresentado por Brown & Swartz (1989), propõe três “gaps”: a diferença entre a percepção do desempenho do profissional julgado pelo consumidor, a diferença entre a percepção do profissional em relação ao desempenho do consumidor e a percepção do profissional em relação ao desempenho julgado pelo consumidor.

Para Grönroos (1984), a qualidade percebida leva em conta o que o consumidor espera receber um serviço e o que ele de fato recebe além da imagem da organização. Para Kotler et al. (2002) a qualidade encontra-se relacionada às características e atributos do produto.

Parasuraman et al. (1985) perceberam que as características de avaliação acabavam se repetindo. Desse modo, os autores agruparam esses atributos em dez categorias “determinantes da qualidade”, conforme apresentado no Quadro 01:

DETERMINANTES DA QUALIDADE	
CONFIABILIDADE	Envolve a consistência de desempenho e confiabilidade. Isso significa que a empresa realiza o serviço certo da primeira vez. Significa também que a empresa honra suas promessas.
CAPACIDADE DE RESPOSTA	Refere-se à vontade ou disponibilidade dos funcionários para prestar o serviço. Envolve a pontualidade do serviço.
COMPETÊNCIA	Significa a posse das competências exigidas e conhecimento para realizar o serviço.
ACESSO	Envolve a acessibilidade e facilidade de contato.
CORTESIA	Envolve polidez, respeito, consideração e simpatia do contato pessoal.
COMUNICAÇÃO	Significa manter os clientes informados numa língua que compreendam e ouvi-los.
CREDIBILIDADE	Envolve a confiabilidade, credibilidade, honestidade. Envolve ter melhores interesses do cliente no coração.
SEGURANÇA	É a liberdade do perigo, risco ou dúvida.
COMPREENSÃO/CONHECENDO O CLIENTE	Envolve fazer o esforço para entender as necessidades do cliente.
TANGÍVEIS	Inclui as evidências físicas do serviço: instalações físicas e aparência do pessoal.

Quadro 01: Determinantes da qualidade.

Fonte: Parasuraman *et al.* (1985).

Segundo Zeithaml et al., (2014), o valor percebido é “avaliação total do cliente sobre a percepção do que é recebido de fato”. De acordo com Parasuraman e Grewal (2000), o valor

percebido traz o conceito de discussão sobre a relação de valor, qualidade e lealdade, segundo apresentado na Figura 04.

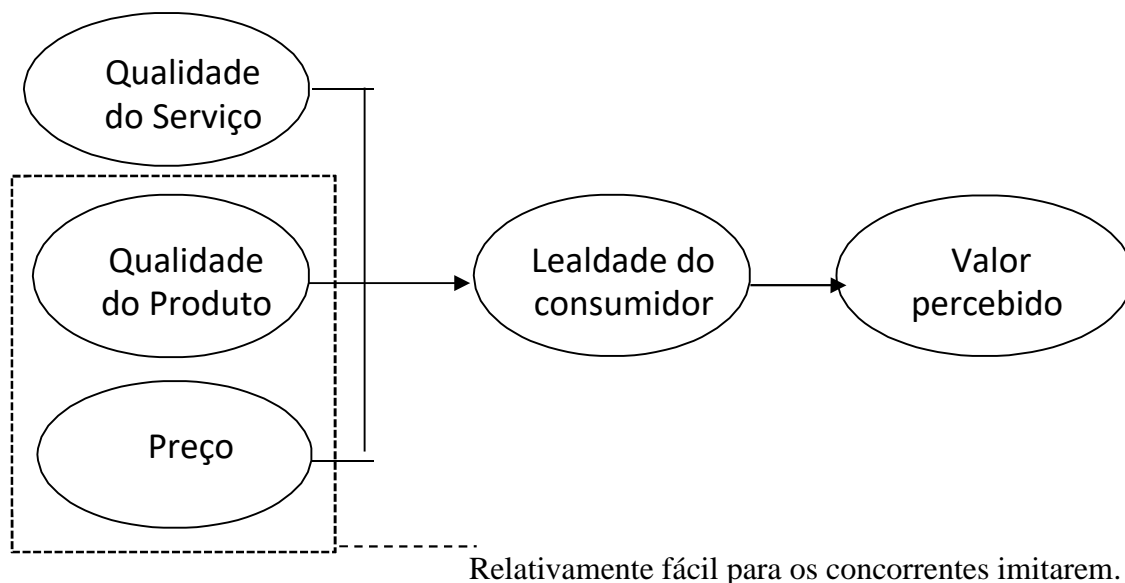


Figura 04: Formação do valor percebido.
Fonte: Grewal e Parasuraman (2000).

Para Veludo-de-Oliveira e Ikeda (2010), o conceito de valor em marketing recebe influência de diversas áreas de conhecimentos. Desse modo, apresentamos conceitos de alguns autores no que seria “valor” para os clientes, com base na literatura no Quadro 02:

Valor são todos os fatores, qualitativos e quantitativos, subjetivos e objetivos, que compõem a experiência completa de compra.	(SCHECHTER,1984 como citado em ZEITHAML, 1988, p.13).
Valor percebido é a avaliação geral pelo consumidor da utilidade de um produto baseado em percepções do que é recebido e do que é dado.	(ZEITHAML, 1988, p.14).
Valor para o consumidor é uma experiência de preferência relativa e interativa, referente à avaliação de algum objeto por um indivíduo.	(HOLBROOK, 1999, p.5).

Quadro 02: Conceitos de valor.
Fonte: Criado pelo autor.

Valor para o cliente é a diferença entre as percepções do cliente quanto aos benefícios e quanto aos custos da compra e uso de produtos e serviços.	(CHURCHILL & PETER, 2000, p.13).
Valor entregue ao cliente é a diferença entre o valor total para o cliente e o custo total para o cliente. O valor total para o cliente é o conjunto de benefícios que os clientes esperam de um determinado produto ou serviço. O custo total é o conjunto de custos em que os consumidores esperam incorrer para avaliar, obter, utilizar e descartar um produto ou serviço.	(KOTLER, 2000, p.56).
Valor para o consumidor é a diferença entre os benefícios que um consumidor vê em uma oferta de mercado e os custos de se obter os benefícios. Um consumidor, provavelmente, estará mais satisfeito quando o valor do consumidor é maior – quando os benefícios superam os custos por uma margem grande.	(PERREAULT JUNIOR; McCARTHY, 2002, p.24).

Quadro 02 (continuação): Conceitos de valor.

Fonte: Criado pelo autor.

Para Slater e Narver, (2000), quando uma empresa consegue produzir mais valor para os clientes do que seus concorrentes, ela passa a atingir uma posição superior e de destaque. Sirdeshmukh (2020), afirma que quando o consumidor percebe maior valor na empresa com a qual se relaciona, torna-se maior a possibilidade de lealdade.

2.1.3 DETERMINANTES DA QUALIDADE: AS CINCO DIMENSÕES DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS

Os determinantes da qualidade apresentados por Parasuraman et al.(1985), propuseram a elaboração de um ferramenta de mensuração da qualidade em serviços, denominado Escala SERVQUAL. Conforme mostra o Quadro 03, as cinco dimensões de acordo com o autor são as seguintes: Tangíveis: referem-se à aparência das instalações físicas, dispositivos particulares e insumo de comunicação; Confiabilidade: a habilidade em realizar o serviço no período prometido, de forma confiável e precisa; Presteza: a disposição em ajudar os clientes e prover-lhes o serviço prontamente; Segurança: o conhecimento dos funcionários e suas habilidades de conduzir credibilidade e segurança. Empatia: o fornecimento de cuidados e atenção individualizada aos clientes.

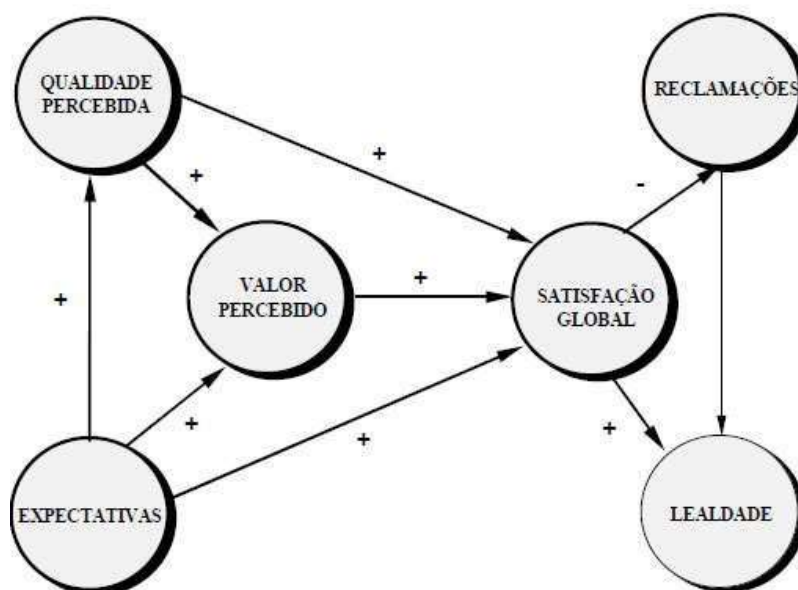
DIMENSÕES	CONCEITOS
Tangíveis	Referem-se à aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoal e material de comunicação como: equipamentos modernos; instalações físicas atraentes, confortáveis e organizadas; funcionários com boa aparência (uniforme e higiene).
Confiabilidade	Habilidade em realizar o serviço no tempo prometido, de forma confiável e precisa. Perceber interesse dos funcionários em resolver os problemas dos usuários; fornecer serviços de maneira certa logo na primeira vez.
Responsividade	Disposição em ajudar os clientes e prover-lhes o serviço prontamente como: Informar corretamente os prazos de deliberação e realização dos procedimentos, atender imediatamente os clientes, mostrar disposição em ajudar os clientes, estar sempre livres para responder aos pedidos dos clientes.

Segurança	Conhecimento dos funcionários e suas habilidades de transmitir confiança e segurança como: Adotar postura que inspire confiança aos clientes; serem bem treinados para o atendimento; serem cordiais com os clientes; mostrar conhecimento para responder dúvidas dos usuários.
Empatia	Fornecimento de cuidados e atenção individualizada aos clientes como: entender as necessidades específicas de seus clientes; possuir funcionários na quantidade e com a qualidade necessária para dar atenção individualizada aos clientes; priorizar as necessidades dos clientes.

Quadro 03: Determinantes da qualidade: as cinco dimensões de avaliação de serviços.

Fonte: Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988).

Fornell, Johnson, Anderson, Cha, e Bryant, (1996), propuseram o Modelo do Índice de Satisfação do Cliente Norte-Americano (ISCN), evidenciando a qualidade percebida e o valor percebido à satisfação e à lealdade do cliente, conforme apresentado na Figura 05:



Fonte: Fornell et al. (1996, p. 8).

Figura 05: Modelo do índice de satisfação do cliente norte americano.

Fonte: Fornell et al. (1996).

Urdan e Rodrigues (1999), em análise ao modelo de Fornell et al. (1996) ressaltam que a organização que aperfeiçoa esses constructos tem maior chance de ter benefícios como menor elasticidade de preços, proteção de atuação de mercado, queda nos custos de atração de novos clientes e privilegiada reputação.

Tellini, Urdan, Monken et al. (2019), ao avaliarem as relações da qualidade percebida e satisfação na população de baixa renda, detectaram uma relação positiva entre sacrifício percebido e valor percebido contrariando o modelo clássico e tradicional de satisfação e bem estar. Tal estudo envolveu a população atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), não se tendo a mesma percepção na saúde suplementar.

Rossi e Slongo (1998) afirmam que “a administração da qualidade consiste em alavancar a produtividade e a competitividade da organização, maximizando a sua rentabilidade”.

2.2 SEGUNDO PILAR TEÓRICO

GESTÃO DE OPERAÇÕES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

2.2.1 O PANORAMA DA GESTÃO DE OPERAÇÕES DE SERVIÇOS NO BRASIL E NO MUNDO

A gestão de operações ocupa-se da tarefa que transforma os recursos em bens e serviços. Relaciona-se com a forma com a qual as entidades geram seus produtos e serviços. Pode ser determinada com o planejamento, operação, controle e melhoria dos processos que transformam recursos em bens e/ou serviços. Fitzsimmons et al. (2004) colocam algumas características dos serviços como a intangibilidade, a simultaneidade e a atuação do consumidor.

A saúde é um setor de elevada complexidade; as operações de serviços são fragmentadas na sua cadeia de valor, produzindo decisões isoladas, em que os envolvidos, ao invés de aumentar o valor gerado, lutam para dividi-lo (Malik & Pedroso, 2011).

2.2.2 CADEIA DE VALOR DA SAÚDE

Para Rocha & Borinelli, (2007), o conceito de cadeia de valor é uma sequência de atividades originadas por recursos até o descarte do produto pelo consumidor. Na saúde, o conceito de cadeia de valor é representado pelo fluxo de processos de produção que se inter-relacionam indo dos insumos, iniciado pelos recursos humanos, materiais e financeiro, à produção de serviços, gerando um resultado de distribuição de serviços ao consumidor (Mendes, 2011).

Para Campos, Gontijo, Oliveira et al, (2009), é composta por dez conjuntos de participantes: 1) as operadoras de plano de saúde; 2) os médicos e outros profissionais de saúde; 3) os hospitais; 4) os serviços de apoio ao diagnóstico e terapia (SADT); 5) a indústria farmacêutica; 6) os distribuidores de medicamentos; 7) as farmácias; 8) as indústrias de equipamentos e materiais; 9) os distribuidores de dispositivos e materiais e 10) os serviços do governo.

Também para Malik e Pedroso, (2011), uma cadeia de valor é composta por nove elos, sendo seis verticais e três horizontais, em que cada elo representa um conjunto específico de atividades, conforme a Figura 06:

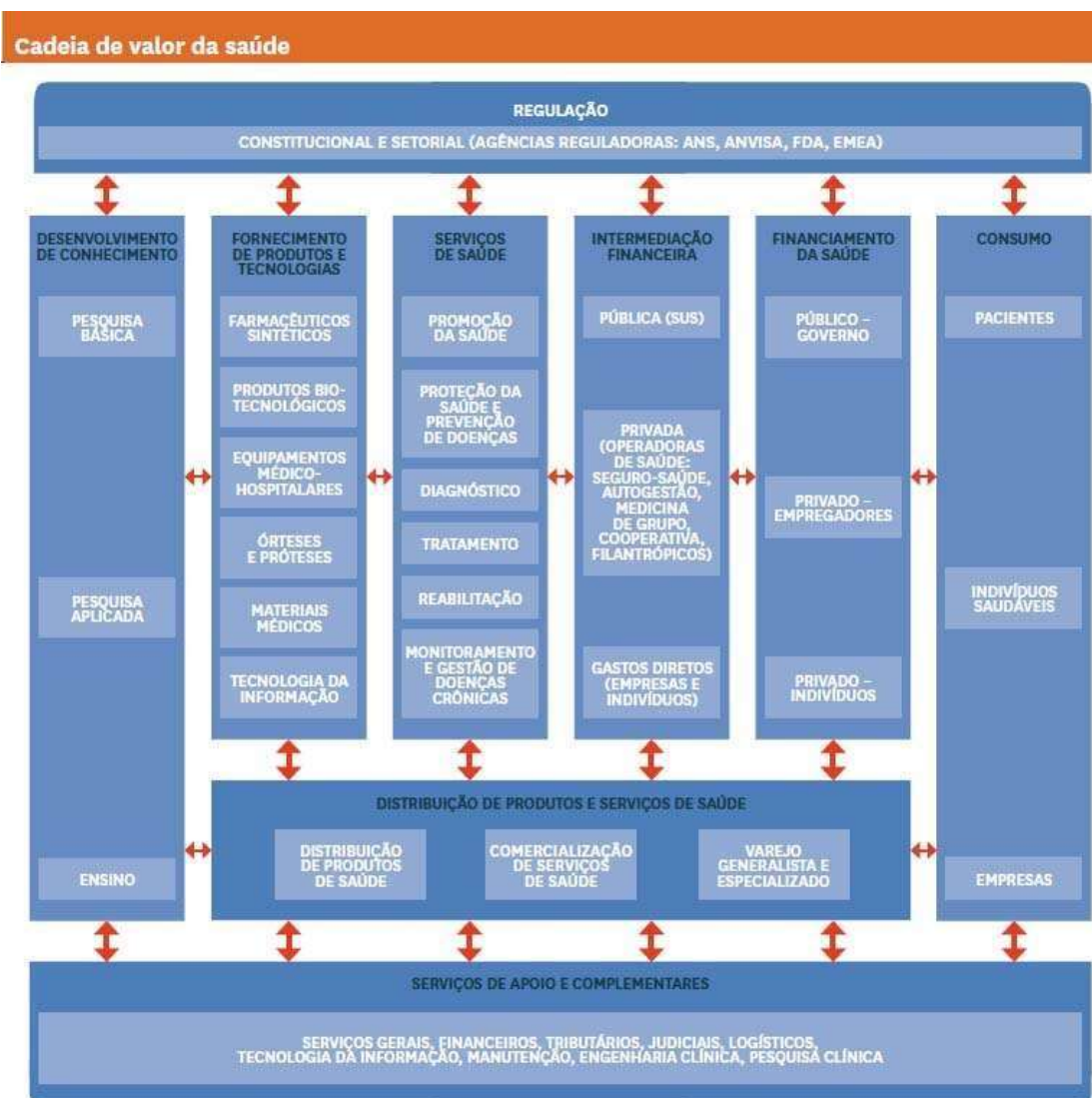


Figura 06: Cadeia de valor da saúde.
Fonte: Pedroso e Malik (2011).

Os fluxos representam elementos de cada um dos seus elos que se espalham em determinados sentidos a fim de atingir objetivos. Na cadeia de valor da saúde, os fluxos refletem quatro elementos principais: inovação e conhecimento, capital, informações, produtos e serviços, que transcorrem de forma bidirecional nos nove elos.

2.2.3 MODELOS DE NEGÓCIO

Diferentes modelos de negócios são desenvolvidos na área da saúde. Como apontado anteriormente, em virtude do modelo de o negócio da saúde brasileira ser complexo, cada organização instaura processos diferentes que projetam soluções também diferentes. Diante disso, a padronização pode ser considerada uma forma de continuidade do modelo de

negócio. O padrão é essencial no avanço de práticas de gestão, colaborando na padronização de rotinas, melhoria da qualidade, redução dos custos, mitigação de desperdícios e aumento da eficiência (Pinochet, Lopes, & Silva, 2014).

2.2.4 PROCESSOS ORGANIZACIONAIS

Os processos organizacionais são uma sequência de tarefas que são impulsionadas por insumos (materiais, informação, pessoas, máquinas, métodos) e que geram produtos (produto físico, informação, serviços) usados pelos clientes. Processo é qualquer tarefa ou conjunto de atividades que toma uma entrada, adiciona valor e gera uma saída a um consumidor específico. Os processos usam os recursos da organização para oferecer frutos aos clientes. Gerenciar os processos adequadamente quer dizer reduzir variabilidade (Lima, 2007).

A redução da variabilidade das operações de serviços pode ser feita por meio da padronização dos processos. A padronização assegura a todos que trabalham em determinado processo que o façam com o uso dos mesmos e melhores meios para realizar as suas atividades.

3. TERCEIRO PILAR TEÓRICO

DESIGN THINKING

2.3.1 CONCEITO DO DESIGN THINKING

Segundo Bonini e Sbragia (2011) o design thinking consiste em uma abordagem colaborativa de resolução de problemas, centrada no usuário, que gera inovação por meio de iteração e práticas criativas. Bukowitz (2013) diz que o design thinking consiste em uma abordagem de solução de problemas, que utiliza ferramentas de criatividade e conceitos de diversas disciplinas para encontrar uma solução.

O design thinking, de acordo com Brown (2008), pode ser entendido como um método que permeia as atividades de inovação com foco no ser humano, através de um processo de compreensão detalhado (por meio de observações diretas), para extrair os desejos e carências das pessoas não descritas em pesquisas tradicionais, tais como a entrevista. O design thinking é um processo contínuo de reformulação da empresa a partir do ponto de vista do cliente, ou seja, o processo de geração de ideias que engloba agentes externos à empresa (usuário,

fornecedores, parceiros etc.) para estimular, aprimorar e refinar as ideias (Liedtka, 2011; Fraser, 2012).

Cardon e Leonard (2010), por sua vez, asseguram que o design thinking alcança soluções inovadoras por meio da compreensão do âmbito em que um projeto de inovação é desenvolvido. Bukowitz (2013) evidencia uma visão similar à dos autores, alegando que o estudo do âmbito contribui para compreender o verdadeiro impasse que pode ser redefinido, para que sejam geradas ideias de soluções inovadoras condizentes com a realidade do mercado.

Ao desenvolver uma inovação, é preciso que ela seja tecnologicamente viável, condizente com a estratégia de negócios da empresa, convertida em valor para o consumidor e em oportunidade de mercado para a empresa (Brown, 2008). Desse modo, o autor apresenta as três fases que compõem o design thinking (figura 10): i) inspiração: o processo de conquista centrado no ser humano; ii) ideação: atividades de geração, desenvolvimento e teste de ideias; e iii) implementação: mapeamento de um caminho para se chegar ao mercado, conforme vemos na Figura 07:



Figura 07: Etapas do processo de design thinking.
Fonte: Brown (2008).

Schumpeter (1984) destaca que a inovação é o motor primordial do desenvolvimento econômico; desse modo, o ambiente competitivo global estimula as entidades a buscar vantagens competitivas no mercado. Para Brown (2008), a inovação se tornou a principal fonte de diferenciação e vantagem competitiva para as entidades, a fim de aperfeiçoar os processos de inovação, criando novas formas de atender às demandas dos consumidores (Baregheh, Rowley & Sambrook, 2009; Drucker, 2002; Liem & Brangier, 2012).

A partir da década de 50 surgiu uma série de modelos de inovação, voltada às demandas do mercado (Rothwell, 1994).

Na última década o design thinking vem sendo utilizado como um meio de desenvolver inovações nas organizações (Brown, 2008). O design thinking envolve o processo de geração de ideias, sendo aplicado na concepção de soluções que englobam os aspectos estratégicos do negócio (Bonini & Sbragia, 2011). Assim, o objetivo deste trabalho é caracterizar o design thinking como um modelo de inovação.

2.3.2 AS CARACTERÍSTICAS DE UM PROCESSO DE INOVAÇÃO

Para Schumpeter (1984), o processo de inovação é composto normalmente por três fases: a invenção, a inovação e a difusão.

Um estudo desenvolvido por Baregheh, Rowley e Sambrook (2009) identificou os seis atributos fundamentais do processo de inovação que, combinados com os conceitos de inovação de Davila, Epstein e Shelton (2008), Tidd, Bessant e Pavitt (2008) e Schumpeter (1984), podem ser resumidos em um diagrama que contém a essência da inovação, conforme mostra a figura 08:

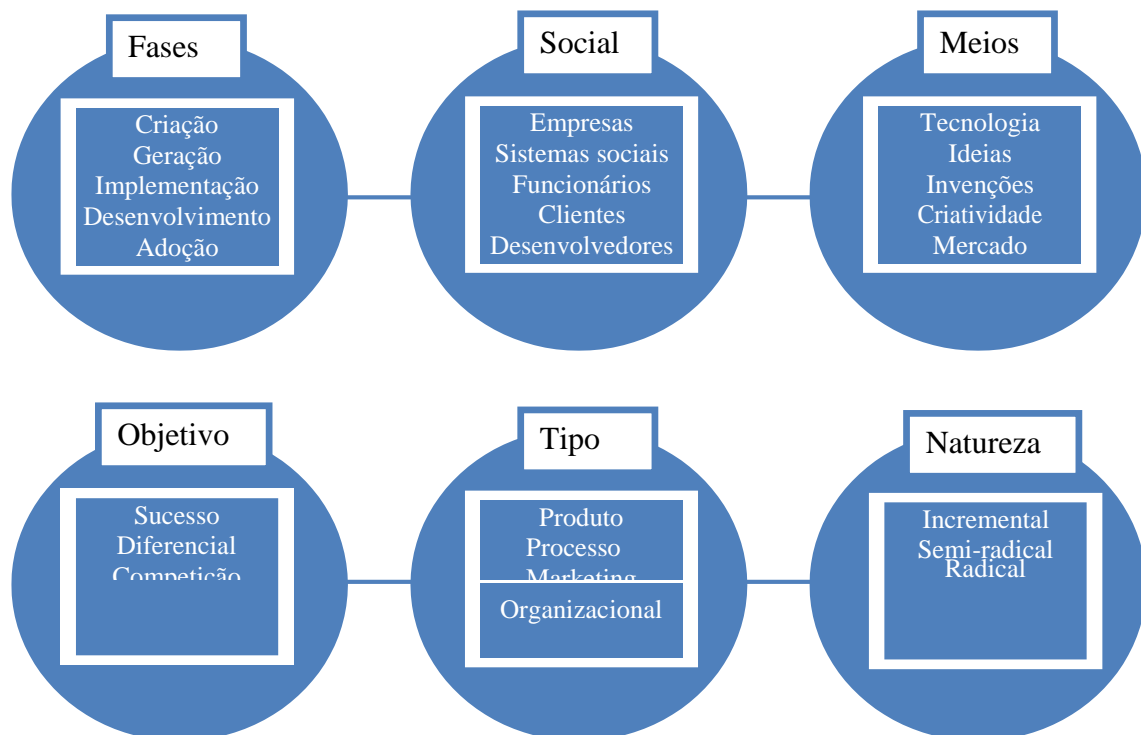


Figura 08: Diagrama de requisitos essenciais do processo de inovação.
Fonte: Adaptado de Baregheh, Rowley e Sambrook (2009).

O diagrama dos requisitos essenciais do processo de inovação consiste em uma definição geral do processo de inovação, apresentando o processo que pode ser iniciado a partir de diversas fontes e áreas da organização (Baregheh, Rowley & Sambrook, 2009).

Para Hacklin et al. (2009), um fator chave está na execução de um processo estruturado na condução de projetos. O processo pode ser uma limitação, dependendo das restrições e rigidez. Desse modo, os autores apresentam o processo de inovação *stage-gate*, conforme figura 09:

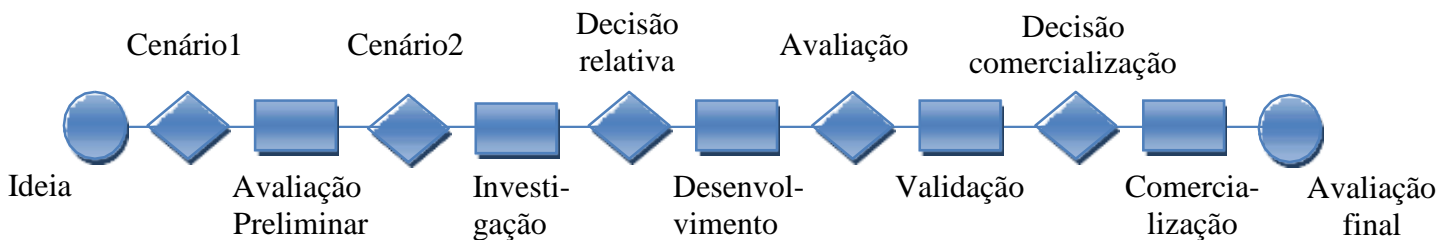


Figura 09: Diagrama de requisitos essenciais do processo de inovação.
Fonte: Hacklin (2009).

O processo de design thinking inicia com a formação de equipes multidisciplinares que iniciam a etapa de inspiração com a identificação do problema que se pretende solucionar, bem como o público a quem se destina tal solução (Bonini & Sbragia, 2011). Da mesma forma, é relevante verificar e analisar o comportamento humano em determinadas situações para extrair novos entendimentos (Brown, 2008), conforme vemos na Figura 10:

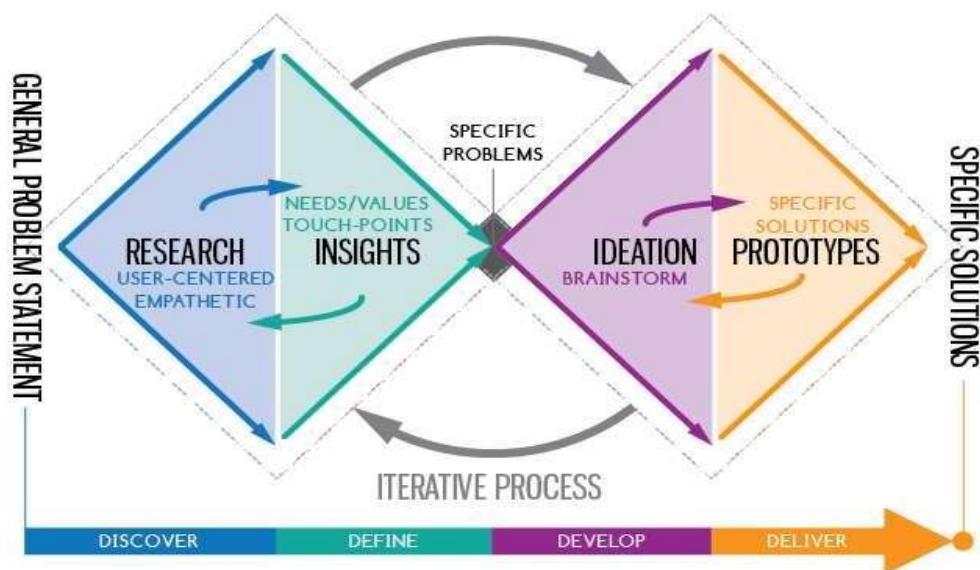


Figura 10: Etapas do processo de design thinking.
Fonte: Brown (2008)

A ideação tem a finalidade de avaliar os pontos fortes e fracos da proposta, de acordo com Bonini e Sbragia (2011). A prototipagem rápida faz parte do processo de concepção da ideia, visto que transforma uma ideia em algo tangível e, às vezes, em modelos experimentais, permitindo visualizar o conceito e criar novas soluções (Brown, 2008; Liedtka, 2011).

Na fase da implantação a solução é determinada, planejada e produzida com base nos preceitos listados por Brown (2008) de tecnologia praticável, viabilidade para o negócio e geração de valor para o consumidor. As três fases do design thinking podem ser desdobradas em atividades, nas quais a etapa de inspiração engloba a pesquisa de mercado; a ideação engloba a geração e teste de ideias, desenvolvimento e teste de protótipos; e a implantação consiste na produção e execução da solução encontrada na etapa anterior, com base na tecnologia disponível, competências da organização e demandas do consumidor (Brown, 2008; Liedtka, 2011; Bonini & Sbragia, 2011).

Entretanto, segundo afirma Liedtka, (2011) o design thinking é um processo de cocriação, envolvendo clientes em potencial para corroborar o processo de desenvolvimento de novas ofertas de negócios, seja por meio da descrição de insatisfações, sugestão de ideias ou teste de protótipos.

2.3.3 COCRIAÇÃO

O conceito de cocriação de valor é a atuação dos clientes em qualquer fase da produção ou desenvolvimento de um produto ou serviço (Prahalad & Ramaswamy, 2004), destacando a mudança no papel do cliente/usuário que se manifesta mais informado, conectado e ativo. Os autores afirmam ainda que a interação entre consumidores e organizações seja a oportunidade para o cliente obter experiências únicas.

A cocriação de valor apareceu pela primeira vez em estudos feitos por Prahalad e Ramaswamy (2000) com o sentido geral da atuação do cliente no desenvolvimento de produtos e serviços e, em seguida, exemplificando seu sentido no livro *The Future of Competition* publicado em 2004. A ideia de cocriação de valor com ênfase nos clientes/consumidores foi citada por diversos autores em estudos sobre: clientes ativos e detentores do poder de escolha (Prahalad & Ramaswamy, 2004); o cliente como cocriador (Vargo & Lush, 2004); interação com os clientes para galgar vantagem competitiva (Payne, Stobarcka & Frow, 2008); clientes como fonte de informações para inovação (Ng, et al., 2010); a cocriação de valor centrada nas experiências dos consumidores (Chathoth, et al., 2013), entre outras pesquisas.

O Quadro 04 resume as diferenças do que é cocriação de valor e o que não é, segundo os estudos de Prahalad & Ramaswamy, (2004).

O que não é Cocriação de Valor	O que é Cocriação de Valor
Foco no consumidor	Criação conjunta com o consumidor
Cliente tem sempre a razão	Permitir que o cliente opine na criação do produto ou serviço
Atendimento abundante e mimos aos clientes	Definição do problema em comum e resolução
Customização em massa	Viabilizar um ambiente no qual o cliente/consumidor seja motivado por meio do diálogo e construa experiências personalizadas
Transferência de atividades da empresa para o cliente	Vivenciar os negócios
Clientes como gerentes de produtos ou <i>co-designers</i> de produtos e serviços	Experiências únicas
Variedade de produtos	Variedade de experiências
Pesquisa de Mercado	Diálogo contínuo
Consultar clientes a fim de criar novos produtos e serviços	Inovar para novas experiências

Quadro 04: Conceito de Cocriação de Valor.
Fonte: Prahalad & Ramaswamy (2004 a).

Com a mudança de sua existência para uma forma ativa, os clientes aderem um posicionamento mais crítico e exigente, apontando para que as interações entre a organização, produtos, serviços e clientes cresçam a cada dia e o mercado se adeque a essas tendências sofrendo modificações de acordo com essa dinâmica (Prahalad & Ramaswamy, 2002; Nambisam, 2002). Destacam Ng et al. (2010), que a atuação dos clientes é reconhecida pelos ofertantes de produtos e serviços como uma fonte de informação relevante para ascensão dos negócios.

Mesmo havendo estudos sobre o processo de envolver os clientes em qualquer fase da criação de um produto ou serviço (Vargo & Lusch, 2008), destacam Payne, Stobarcka e Frow (2008) que ainda pouco se sabe como os clientes podem participar do processo da cocriação de valor; entretanto, mencionam como objetivo primordial para as organizações, o de estabelecerem a interação a fim de alcançarem vantagem competitiva. O Quadro 05 denota a

mudança de ótica da organização com visão centrada no consumidor (Prahalad & Ramaswamy, 2002).

Visão Tradicional – Centrada na Empresa	Visão Centrada no Consumidor
O consumidor está fora da cadeia de domínio de valor.	O consumidor faz parte do sistema de criação de valor.
A empresa tem o controle de onde, como e quando o valor é agregado.	Ele pode influenciar onde, como e quando o valor é atribuído.
O valor é criado por meio de atividades controladas pela empresa antes do momento da compra.	Ele não precisa respeitar barreiras setoriais para extrair o valor.
Há um ponto único de troca, onde o valor é extraído do consumidor e dominado pela empresa.	Ele pode competir com as organizações pela extração de valor.
	Existem pontos múltiplos de troca onde cliente e organização possam cocriar valor.

Quadro 05: Experiência Valiosa com o Consumidor.
Fonte: Prahalad & Ramaswamy (2002).

Os clientes interagem e cocriam valor de múltiplos modos e para Gummesson e Melle (2010), estão baseados nas estruturas de significados pessoais que de modo direto afetam suas práticas. Como demonstra a linha de raciocínio de interações ainda segundo Gummesson e Melle (2010), a combinação financeira, intelectual e técnica entre diversos recursos da organização com seus stakeholders proporciona uma base sólida e propícia para a cocriação de valor, sendo capaz de gerar vantagem competitiva (McColl-Kennedy et al., 2012).

2.3.4 SERVICE DESIGN

Gerenciar cada vez mais as experiências dos clientes para promover a diferenciação e a fidelidade do cliente é o principal objetivo das organizações. Ao identificar as práticas atuais de design thinking nas organizações, mostraremos uma perspectiva sobre a ótica de sistemas de prestação de serviços.

2.3.4.1 SERVIÇO CENTRADO EM EXPERIÊNCIA E DESIGN DE EXPERIÊNCIA

A experiência do cliente está no centro da oferta de serviços. O desenvolvimento de serviços centrados na experiência pode ser traduzido por Design. As experiências são construídas pelos clientes através de interpretação e interações planejadas por um provedor de serviços (Hume et al. 2006), e não podem ser controladas pelas organizações. Os provedores

de serviços centrados na experiência criam ou encenam os pré-requisitos que permitem que os clientes tenham as experiências desejadas (Edvardsson & Olsson, 1996; Gupta & Vajic, 2000).

Uma característica fundamental dos serviços centrados na experiência é que eles são projetados para envolver os clientes; ou seja, para permitir que o cliente se conecte com o serviço de uma maneira pessoal e memorável (Pine & Gilmore, 1999; Pullman & Gross, 2004). O envolvimento pode ser emocional, físico, intelectual ou mesmo espiritual, e diferentes tipos de envolvimento podem ser alcançados dependendo do nível de participação do cliente e da conexão com o ambiente.

O contexto consiste nos elementos físicos e relacionais no ambiente da experiência. Inclui o ambiente físico, os atores sociais e quaisquer interações sociais com outros clientes e / ou facilitadores de serviços (Gupta & Vajic, 2000). Outra maneira de olhar o contexto é através da lente da metáfora do drama, que é frequentemente usada para entender, descrever e comunicar sobre serviços (Goffman, 1959; Grove & Fisk, 1992; Pine & Gilmore, 1999). Ela fornece uma visão abrangente dos elementos contextuais que influenciam as experiências de atendimento ao cliente: o ambiente físico, ou “estágio”; funcionários de serviços ou “atores”; o processo de entrega de serviços, ou “script”; colegas clientes ou “audiência”; e suporte de back-office, ou “backstage”. Essas áreas contextuais são abordadas com mais detalhes nas seções a seguir e formam a base para várias proposições, conforme Figura 11:

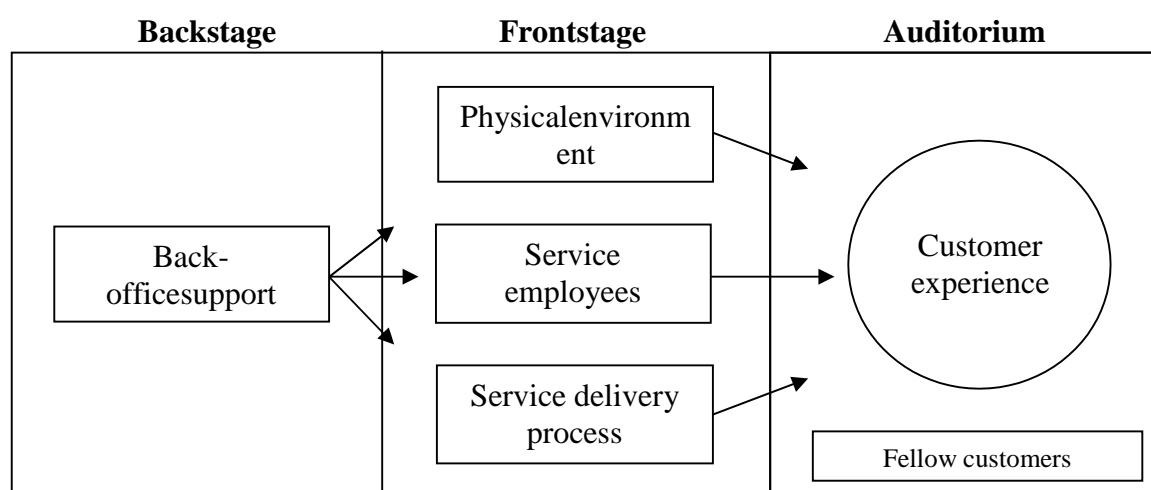


Figura 11: Cinco áreas do design experiencial.
Fonte: Zomerdijk e Voss, (2010).

4. QUARTO PILAR TEÓRICO

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

241 BREVE HISTORICO DO ATENDIMENTO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO BRASIL

As primeiras ações no âmbito do atendimento de urgência e emergência aconteceram em 1893. Em 1904, essa função ficou a cargo da Diretoria Geral de Higiene e Assistência Pública, órgão exclusivamente público (Filho, 1996).

Na década de 1920, um aumento nos serviços de saúde ocorreu no país. A reforma organizada por Carlos Chagas, em 1923, tentou elaborar uma estratégia nacional de cobertura e foram efetivadas as unidades de urgência e emergências (Bravo, 1996). Na década de 30 surgiram políticas sociais nacionais. Em 1945 a 1964, o cenário sofreu algumas variações positivas com melhoras no atendimento no segmento sanitário, mas, não o bastante para acabar com altas taxas de mortalidade, além de falta de unidades para atendimento de emergência nas cidades de pequeno porte (Filho, 1996).

A nova Constituição Federal de 1988 que tinha como diretriz “Saúde: um Direito do Cidadão e um Dever do Estado”, caminhou para avanços nos serviços da saúde do país. Nesse contexto, novos protocolos foram implantados nos sistemas de emergência. Novos desafios surgiram diante de novos modelos. (Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macinko, 2011). Investimentos na área de capacitação de profissionais de urgência e emergência só ocorreram a partir da década de 1980, (Filho, 1996).

Muitos progressos ocorreram até o presente momento, como por exemplo, os principais registros de dados epidemiológicos, distribuição de infraestruturas para atendimento, criação do PSF (Programa de Saúde da Família) (Viana & Poz, 2011), redes organizadas de urgência e emergência, políticas e diretrizes para atendimento à trombólise em AVCI (acidente vascular cerebral isquêmico) e IAM (infarto agudo do miocárdio), segundo manuais e protocolos, implantação do SAMU (Sistema de Atendimento Móvel de Urgência), dentre outros benefícios (Paimetal, 2011).

Para melhor compreensão do conceito de atendimento emergencial e sua abrangência no Brasil, destacam-se as definições propostas por Neme, Garcia e Blasco (2004), em consonância com o Conselho Federal de Medicina (CFM). Conforme Gomes, (1994), as unidades de urgência e emergência são locais apropriados e destinados ao atendimento de

pacientes com complicações agudas e que requerem um tratamento por equipe especializada, sendo divididas em: pronto atendimento, pronto-socorro e emergência.

Atualmente há muitas dificuldades voltadas para o pronto-socorro brasileiro. Um exemplo seria o de que milhares de pacientes não encontram atendimento adequado (Silva, Bernardes, Gabriel et al, 2014). Outros problemas permeiam as unidades de urgência e emergência brasileira como a baixa capacidade de resolução de situações mais complicadas e o fato de não funcionarem em tempo integral. Assim, o nível de reclamações sobre prejuízos no atendimento em saúde é alto (Silva, Lucio, Ilha, Dieffenbach, & Pereira, 2015).

Um amplo debate teórico e empírico, principalmente, no tocante à performance comparada entre hospitais privados – com e sem fins lucrativos – e desses com àqueles assumidos pelo setor público pode ser encontrada na literatura sobre esse tópico. Por sua relevância, essa discussão atraiu inúmeros especialistas, porém, apesar do esforço despendido, está longe de ser conclusiva. Vários autores alegam, por exemplo, que organizações não lucrativas, como as cooperativas e as beneficências, tendem a ser mais eficientes que suas equivalentes privadas e públicas em virtude das assimetrias de informação e da incerteza que caracterizam o mercados de serviços médicos (Weissbrod (1998), Glaeser and Schleifer (2001)). Essa suposta maior eficiência derivaria, em parte, do fato de essas instituições serem legalmente impedidas de distribuir seus lucros (non distribution constraint) o que reduziria os incentivos para explorar as vantagens informacionais que elas detêm (Hansmann, Kessler and McClellan (2002)). Ademais, em razão da natureza privada dessas instituições, elas não estão sujeitas às restrições legais dos estabelecimentos públicos, no sentido de prover o mesmo serviço para todos os cidadãos (categorical constraint); essa maior flexibilidade lhes permitiria atingir níveis de eficiência mais elevados. Juntos, esses fatores explicariam, em parte, o fato de os estabelecimentos sem fins lucrativos estarem, na maioria dos países, sujeitos a esquemas regulatórios distintos dos demais hospitais privados. Por outro lado, outros pesquisadores argumentam que as instituições sem fins lucrativos, presumivelmente, são mais ineficientes quando comparados com os demais hospitais privados e/ou públicos. Isto porque a ausência de uma propriedade inequívoca reduziria os incentivos administrativos para a minimização de custos e para a adoção de sistemas eficazes de monitoramento [Fama and Jensen (1983)]. Adicionalmente, de acordo com a teoria padrão da agência, esse tipo de instituição tenderia a ser mais ineficiente em virtude de não estar sujeita à fiscalização dos acionistas (no caso das entidades privadas) e dos contribuintes (no caso das entidades públicas). Daí resultariam o desperdício de recursos – capital e trabalho – o excesso de capacidade e a sobre-utilização de equipamento médico.

24.2 ATENDIMENTO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO BRASIL

Em 2004, a Organização Mundial da Saúde – OMS – organizou um relatório com as principais temáticas, para padronizar melhoras em pronto atendimento. Dentre os principais temas destacados no relatório, apresentou-se a desigualdade do uso de tecnologias em saúde para o atendimento emergencial em países desenvolvidos economicamente e aqueles que estão em fase de desenvolvimento, como o Brasil.

Segundo Thakur, Hsu & Fontenot (2012), o uso de inovação na área da Saúde é uma necessidade emergencial e prioritária, tendo em vista que a aplicação (ou replicação, em alguns casos) de novas tecnologias neste segmento permite a melhoria no atendimento emergencial em saúde para populações com pouco acesso a este auxílio.

Atualmente o cenário brasileiro busca melhorias para sanar as dificuldades, tais como; a organização administrativa em redes, a fim de precaver a cobertura da menor para a maior parte da população; prover necessidades e prover materiais, equipamentos e insumos, em quantidade e qualidade necessárias ao atendimento; estar atualizados, acompanhando os avanços tecnológicos e protocolos necessários; possuir números adequados de profissionais, altamente habilitados para prestar uma assistência adequada e imediata, buscando um atendimento resolutivo, respeitando crenças e valores de uma forma individual ou regional, visto a diversidade do país (Barbosa et al., 2016).

A descentralização busca amenizar os desafios do panorama brasileiro como o processo de envelhecimento, aumento da morbidade causada por fatores externos e o aumento da demanda das unidades (Rychetnik, Hawe, Waters, Barratt, & Frommer, 2004).

Outra ação de melhoria foi a criação em 2003 pelo Ministério da Saúde, da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), visando garantir os princípios doutrinários do SUS (universalidade, equidade e integralidade) na operação das urgências. A PNAU, mediante sua experiência no atendimento, sofreu algumas alterações, sendo reorganizada em 2011, com a implementação da Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de articular e integrar diversas unidades de saúde. Assim sendo, as UPAs que se caracterizam como unidades de atendimento de urgência e emergência, com a maioria das unidades funcionando 24 horas, em consonância com a rede, foram implantadas de forma gradual em todo o país, com base em critérios epidemiológicos e densidade geográfica e populacional (Ibanez, 2013).

Atualmente, podemos destacar três aspectos no Brasil: o primeiro, atuando na instância dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para o atendimento de urgência e emergência, com prioridade para o SAMU (Serviço de Atendimento Médico de Urgências) e

GRAU (Grupo de Resgate Avançado de Urgências) como estratégia de operação; o segundo, a criação das UPAs (Unidade de Pronto Atendimento); e o terceiro, a articulação das redes de urgência e emergência, segundo a política nacional de execução das redes (Uchimura, Viana, Silva, & Ibañez, 2015).

Na Unidade de Pronto Atendimento Hospitalar particular estudada, é utilizado o sistema de triagem dos pacientes segundo a escala Índice de Severidade de Emergência, conhecida nessas unidades como ESI (Emergency Severity Index), proposta por Gilboy et al. e Tanabe et al.^(11,12)

Nessa escala, os pacientes são classificados e priorizados conforme o grau de gravidade da doença, por meio da estimativa do número de recursos necessários para o atendimento. Dessa forma, temos que os pacientes menos graves têm a previsibilidade de utilizar menos recursos do sistema, sendo classificados como ESI 5, enquanto que os mais graves estão propensos a utilizar quatro ou mais recursos do sistema, sendo classificados como prioridade 1. Os pacientes com classificação de risco 1 necessitam de atendimento médico imediato; os classificados como 2 e 3 necessitam de atendimento em até 15 minutos; e os com classificação de risco 4 e 5 devem ser atendidos em até 30 minutos.⁽¹¹⁻¹⁴⁾

3 MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Existem vários modos de se realizar uma pesquisa. Um deles é o estudo de caso, sendo um método prioritário em situações em que o pesquisador não tem controle sobre os eventos, ou quando o tem, é de pouco controle. Esse tipo de estudo é contemporâneo, de modo que o seu estudo é “o caso” e assim terá mais variáveis de interesse, podendo ser constituído por casos únicos ou múltiplos, sendo útil como um método avaliativo. (Yin, 2015).

Segundo Yin, (2005), o estudo de caso pode ser importante estratégia metodológica para a pesquisa em ciências humanas, pois permite ao investigador um aprofundamento em relação ao fenômeno estudado, revelando nuances difíceis de serem enxergadas “a olho nu”. Além disso, o estudo de caso favorece uma visão holística sobre os acontecimentos da vida real, destacando-se seu caráter de investigação empírica de fenômenos contemporâneos

Os estudos Transversais visualizam a situação de uma determinada população em um momento específico da realidade descrevendo a situação em um dado momento. Esses estudos possibilitam a primeira análise identificada dentro de uma população e podem elencar fatores associados (ou não) a um desfecho existente em diferentes graus de associação. Uma

das vantagens deste tipo de estudo é a rapidez com que se consegue o retorno dos dados obtidos (Aragão, 2013).

O método quantitativo apresenta uma descrição numérica de tendências, atitudes, valores ou opiniões de uma determinada população. A partir dos resultados pode-se generalizar ou fazer afirmações sobre a população estudada (Creswell, 2010) e são fundamentais quando pouco se sabe sobre um determinado assunto (Aragão, 2013). Um dos objetivos é dar conhecimento aos profissionais de um determinado setor ou área sobre dados demográficos (Aragão, 2013).

A unidade estudada foi um pronto atendimento hospitalar na cidade de São Paulo que funciona vinte e quatro horas por dia e tem como objetivo concentrar os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, compondo uma rede organizada em conjunto com a atenção básica, atenção hospitalar, atenção domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Oferece estrutura com raio-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. Presta atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e presta o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o encaminhamento dos pacientes que necessitem de atendimento. Mantem pacientes em observação, por até vinte e quatro horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica e encaminha aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia da continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial.

Para garantir e suportar toda esta estrutura, a unidade de pronto atendimento possui um quadro com no mínimo 9 profissionais médicos (5 diurnos e 4 noturnos), com uma média 10.125 atendimentos médicos/mês, aproximadamente 55 mil exames de análises clínicas/mês e um valor de incentivo financeiro em torno de R\$ 500.000,00 mês.

3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

3.2.1 LOCAL

O local da análise foi um pronto atendimento hospitalar particular localizado no município de São Paulo

3.2.2 AMOSTRA

A população de referência foi constituída por processos de um pronto atendimento e a seleção dos processos foi definida por critério de implantação do método Design Thinking. O pesquisador foi autorizado a utilizar os dados do projeto; porém, com restrições e acesso parcial aos dados e indicadores dos processos para a realização da pesquisa. O período estimado foi de Julho à Novembro de 2019, considerando a confecção do relatório de pesquisa em Dezembro de 2019 e sua apresentação em Janeiro de 2020.

3.2.3 INSTRUMENTO DE PESQUISA

Foi realizada uma pesquisa do tipo Survey e o instrumento utilizado como forma de coletar os dados foi um questionário estruturado fechado, com perguntas ditocômicas (sim/não) para avaliar as características dos processos e seus indicadores.

Segundo Günther (2003) o instrumento utilizado no survey, o questionário, pode ser definido como “um conjunto de perguntas sobre um determinado tópico que não testa a habilidade do respondente, mas mede sua opinião, seus interesses, aspectos de personalidade e informação biográfica”.

Na elaboração de um questionário para um survey para Günther (2003), deve-se partir da seguinte reflexão: qual o objetivo da pesquisa em termos dos conceitos a serem pesquisados e da população-alvo?

Verifica-se que os objetivos de uma pesquisa levam necessariamente à relação conceito/item e à relação população-alvo/amostra. Os dois binômios são correspondentes: item e amostra constituem a parte prática dos termos abstratos conceito e população, respectivamente. No desenvolvimento precisam ser tratados paralelamente e, ao determinar os itens em função dos conceitos subjacentes, há que se levar em conta o binômio população-alvo/amostra, da mesma maneira que a determinação da amostra a partir de uma população-alvo exige consideração do binômio conceito/item (Günther, 2003), conforme Figura 12:

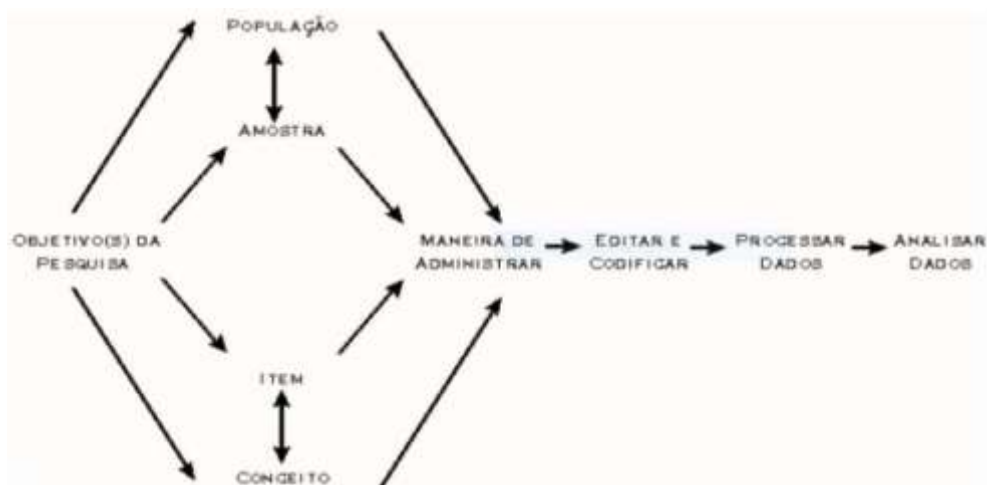


Figura 12: Estágios principais de um survey
 Fonte: Schuman & Kalton, 1985, p. 641

Dessa forma, partindo dos objetivos, formulam-se perguntas a serem respondidas por meio da pesquisa. As perguntas são transformadas operacionalmente em variáveis e indicadores, apresentadas ao respondente em forma de itens. Assim, perpassando os itens, se estabelece a relação entre o objetivo de uma pesquisa e os conceitos pesquisados, enquanto as respostas representam o grau de conceituação que o respondente tem acerca do assunto sob investigação (Günther, 2003).

3.2.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Para analisar os itens do questionário estruturado fechado, foram criados quatro constructos (gestão, manutenção, ambiente e cliente) utilizando a média de seus itens respectivamente. Neste modelo atribui-se um valor de (1) para “Sim” e um valor de (2) para “Não” cada resposta a partir do qual é calculada a média para cada item, baseando-se na frequência das respostas. Técnicas de estatística não-paramétrica foram aplicadas para testar as hipóteses e obter as conclusões com embasamento estatístico.

3. LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Possíveis limitações ocorreram em função do raso mergulho nas etapas dos processos, devido à vulnerabilidade da situação atual (mudanças na gestão), possibilitando apenas a aplicação de um questionário quantitativo respondido pelo gestor do processo gerando acesso restrito às informações qualitativas. Não contribuíram com a pesquisa processos novos,

processos não priorizados (Design Thinking) e outros processos que não foram julgados relevantes.

A sugestão para as pesquisas futuras será delimitado quando houver um melhor entendimento dos processos por parte dos gestores possibilitando, assim, a aplicação de um questionário qualitativo que permita uma coleta empírica da percepção dos processos.

4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1 PROCESSO

Em relação às características dos 16 processos estudados, foram eles segmentados em “Tipos de Processos” e “Macro Processos”. Entre os “Tipos de Processo” predominam os de suporte (50,0%), seguido pelos de missão (31,0%) e, por fim, os direcionadores (19,0%). Entre os “Macro Processos” predominam: o administrativo (43,8%), o ambulatorio (25,0%), os serviços gerais (25,0%) e por fim o de tecnologia (6,3%). Quanto à maturidade, 75,0% possuem média e 12,5% possuem baixa e alta. Quanto à quantidade de etapas, 43,8% possuem acima de 6 etapas, 31,3% até 3 etapas e 25,0% de 3 a 6 etapas. Quanto à complexidade 37,5% são baixa, 31,3% são de média e alta. As variáveis tipos de processos estão apresentadas nas tabelas 6, 7 e 8.

Foram criados os constructos “Gestão”, “Manutenção”, “Ambiente” e “Cliente” para um melhor entendimento dos pilares de conhecimento da gestão a partir da média das suas variáveis. A análise foi realizada pela Gestão de Processos dos serviços de um pronto atendimento hospitalar, sendo composto por duas partes: a primeira foi formada por questões de caracterisitca do processo. A segunda buscou identificar o entendimento dos pilares de conhecimento dos processos sobre suas variáveis relacionadas a gestão, manutenção, ambiente e clientes. As análises foram realizadas com a utilização de uma pesquisa do tipo Survey, com um instrumento de coleta de dados sendo um questionário estruturado fechado, com perguntas ditocômicas, variando entre 1 (sim) e 2 (não). As variáveis características do processo estão apresentadas nas tabelas 9, 10 e 11.

TIPO DE PROCESSO

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	DIRECIONADOR	3	18,8	18,8	18,8
	MISSÃO	5	31,3	31,3	50,0
	SUPORTE	8	50,0	50,0	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Quadro 6: Frequência dos processos por Tipo de Processo

MACRO PROCESSO

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	ADM	7	43,8	43,8	43,8
	AMBULATÓRIO	4	25,0	25,0	68,8
	SERVIÇOS GERAIS	4	25,0	25,0	93,8
	TECNOLOGIA	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Quadro 7: Frequência dos processos por Macro Processo

TABELA PERSONALIZADA

				TIPO DE PROCESSO		
				DIRECIONADOR	MISSÃO	SUPORTE
				Contagem	Contagem	Contagem
MACRO PROCESSO	ADM	PROCESSO	ADM	1	0	0
			ATENDER	0	1	0
			COMPRAS	0	0	1
			FINANCEIRO	1	0	0
			LOGÍSTICA	0	0	1
			QUALIDADE	1	0	0
			RECEPÇÃO	0	0	1

	AMBULATÓRIO	PROCESSO	EXAMINAR	0	1	0
			LIBERAR	0	1	0
			MEDICAR	0	1	0
			TRIAR	0	1	0
	SERVIÇOS GERAIS	PROCESSO	ALMOXARIFADO	0	0	1
			LIMPEZA	0	0	1
			MANUTENÇÃO	0	0	1
			VALLET	0	0	1
	TECNOLOGIA	PROCESSO	TI	0	0	1

Quadro 8: Frequência dos processos por Macro Processo x Topo de Processo

MATURIDADE

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Baixa	2	12,5	12,5	12,5
	Média	12	75,0	75,0	87,5
	Alta	2	12,5	12,5	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Quadro 9: Frequência dos processos por Maturidade

ETAPAS

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Até 3	5	31,3	31,3	31,3
	De 3 a 6	4	25,0	25,0	56,3
	Acima de 6	7	43,8	43,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Quadro 10: Frequência dos processos por Etapas

COMPLEXIDADE

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Baixa	6	37,5	37,5	37,5
	Média	5	31,3	31,3	68,8
	Alta	5	31,3	31,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Quadro 11: Frequência dos processos por Complexidade

Muitos dos procedimentos estatísticos são baseados em suposições para sua aplicação (Field, 2009). Dentre as suposições, podemos citar a homogeneidade de variância: essa hipótese significa que as variâncias devem ser as mesmas para as diferentes populações consideradas. Os grupos devem proceder de uma população que segue a lei normal: essa hipótese significa que a população é distribuída normalmente. Dados em uma escala de intervalo ou de razão: isso significa que a distância entre os pontos de sua escala deve ser igual em todas as partes ao longo da escala e independência, em que o comportamento de um participante não influencia no comportamento de outro (Field, 2009).

4.2 VERIFICAÇÃO DA NORMALIDADE DOS DADOS

A normalidade dos dados é uma das suposições frequentemente utilizadas para determinar que tipo de teste estatístico será empregado e muitos dos procedimentos estatísticos são testes paramétricos, os quais requerem que os dados sejam retirados de uma população normalmente distribuída (Field, 2009). Quando os dados não seguem uma distribuição normal, deve-se optar por testes não paramétricos. As estatísticas não-paramétrica não dependem que os dados sejam provenientes de um tipo de distribuição de probabilidade. As técnicas baseiam-se em ranking das observações (Field, 2009).

Ao optar por conclusões precisas, o tipo de teste estatístico a ser utilizado deve ter uma boa representação para os dados que coletamos. Portanto, a aderência do modelo ou o grau com que o modelo estatístico representa os dados deve ser adequado. Para dar suporte às análises gráficas, métodos objetivos são necessários para determinar se uma distribuição é ou não normal (Field, 2009). Dentre os testes não paramétricos comumente utilizados para amostras pequenas, os de Shapiro-Wilk (SW) e Kolmogorov-Smirnov (KS) estão disponíveis em programas estatísticos como SPSS.

Para verificar se os dados possuem distribuição normal, seguiram-se os passos para a construção dos resultados:

4.3 TESTE DE NORMALIDADE

1º Passo: Definição das hipóteses

H0: Distribuição Normal

H1: Distribuição não é Normal

2º Passo: Definição do nível de significância e construção da região crítica.

$\alpha=5\%$ α = nível de significância

Rejeite H0 se $p \leq 0,05$ p = Resultado principal

3º Passo: Conclusão.

Rejeitamos ou não, H0 ao nível de significância de 5%.

O quadro 12 descreve como foi criado o constructo GESTÃO pela média das seguintes variáveis: “PROCESSO ESTÁ DOCUMENTADO”, “POSSUI POP”, “PROCESSO É EFICIENTE”, “POSSUI GARGALOS E DISPERDÍCIOS”, “O PROCESSO É CONTROLADO”, “EXISTEM KPIS”, “ATIVIDADE AGREGA VALOR”. Considere como gestão o nível de conhecimento que a Gestão de Processos tem sobre os processos.

O quadro 13 apresenta o Teste de Normalidade Kolmogorov-Smirnov da amostra sobre GESTÃO com Correção de Significância de Lilliefors, concluindo-se que as variáveis não possuem Distribuição Normal ao nível de confiança de 5%.

GESTAO (antes) * GESTAO (depois) Tabulação cruzada

Contagem

		GESTÃO (depois)					Total
		1,00	1,14	1,57	1,71	1,86	
GESTÃO (antes)	1,14	1	0	0	0	0	1
	1,29	4	0	0	0	0	4
	1,57	3	0	0	0	0	3
	1,71	1	0	1	0	0	2
	1,86	1	1	0	2	2	6
Total		10	1	1	2	2	16

Quadro 12: Frequência dos constructos GESTÃO (antes x depois)

Teste de Kolmogorov-Smirnov de uma amostra

		GESTÃO (antes)	GESTÃO (depois)
N		16	16
Parâmetros normais ^{a,b}	Média	1,5982	1,2411
	Erro Desvio	,26196	,35655
Diferenças Mais Extremas	Absoluto	,214	,376
	Positivo	,196	,376
	Negativo	-,214	-,249
Estatística de teste		,214	,376
Significância Sig. (2 extremidades)		,049 ^c	,000 ^c

Quadro 13: Kolmogorov Smirnov

- A distribuição do teste é Normal.
- Calculado dos dados.
- Correção de Significância de Lilliefors.

O quadro 14 descreve como foi criado o constructo MANUTENÇÃO pela média das variáveis: “REVISÕES ANUAIS”, “MELHORIAS REALIZADAS”, “POSSUI ACREDITAÇÃO/CERTIFICAÇÃO”. Considere manutenção o nível de conhecimento que a Gestão de Processos tem sobre os processos.

O quadro 15 apresenta o Teste de Normalidade Kolmogorov-Smirnov da amostra sobre MANUTENÇÃO com Correção de Significância de Lilliefors, concluindo-se que as variáveis não possuem Distribuição Normal ao nível de confiança de 5%.

MANUTENÇÃO (antes) * MANUTENÇÃO (depois) Tabulação cruzada

Contagem

		MANUTENÇÃO (depois)			Total
		1,00	1,33	1,67	
MANUTENÇÃO (antes)	1,00	2	0	0	2
	1,33	1	1	0	2
	1,67	1	0	0	1
	2,00	5	3	3	11
Total		9	4	3	16

Quadro 14: Frequência dos constructos MANUTENÇÃO (antes x depois)

Teste de Kolmogorov-Smirnov de uma amostra

		MANUTENÇÃO (antes)	MANUTENÇÃO (depois)
N		16	16
Parâmetros normais ^{a,b}	Média	1,7708	1,2083
	Erro Desvio	,37945	,26874
Diferenças Mais Extremas	Absoluto	,415	,343
	Positivo	,273	,343
	Negativo	-,415	-,219
Estatística de teste		,415	,343
Significância Sig. (2 extremidades)		,000^c	,000^c

Quadro 15: Kolmogorov Smirnov

- A distribuição do teste é Normal.
- Calculado dos dados.
- Correção de Significância de Lilliefors.

O quadro 16 descreve como foi criado o constructo AMBIENTE pela média das variáveis: “O AMBIENTE É ADEQUADO”, “O AMBIENTE POSSUI INFRAESTRUTURA”, “O AMBIENTE INTERFERE”. Considere ambiente o nível de conhecimento que a Gestão de Processos tem sobre os processos.

O quadro 17 apresenta o Teste de Normalidade Kolmogorov-Smirnov da amostra sobre AMBIENTE com Correção de Significância de Lilliefors, concluindo-se que as variáveis não possuem Distribuição Normal ao nível de confiança de 5%.

AMBIENTE (antes) * AMBIENTE (depois) Tabulação cruzada

Contagem

		AMBIENTE (depois)			Total
		1,00	1,33	1,67	
AMBIENTE (antes)	1,00	1	0	0	1
	1,33	0	9	1	10
	1,67	2	1	2	5
Total		3	10	3	16

Quadro 16 : Frequência dos constructos AMBIENTE (antes x depois)

Teste de Kolmogorov-Smirnov de uma amostra

		AMBIENTE (antes)	AMBIENTE (depois)
N		16	16
Parâmetros normais ^{a,b}			
	Média	1,4167	1,3333
	Erro Desvio	,19245	,21082
Diferenças Mais Extremas	Absoluto	,355	,313
	Positivo	,355	,312
	Negativo	-,270	-,313
Estatística de teste		,355	,313
Significância Sig. (2 extremidades)		,000 ^c	,000 ^c

Quadro 17: Kolmogorov Smirnov

- A distribuição do teste é Normal.
- Calculado dos dados.
- Correção de Significância de Lilliefors.

O quadro 18 descreve como foi criado o constructo CLIENTE pela média das variáveis: “A QUALIDADE É PERCEBIDA PELO CLIENTE”, “O CLIENTE ESTÁ

SATISFEITO”, “PROCESSO ATENDE AOS REQUISITOS DO CLIENTE”. Considere cliente o nível de conhecimento que a Gestão de Processos tem sobre os processos.

O quadro 19 apresenta o Teste de Normalidade Kolmogorov-Smirnov da amostra sobre CLIENTE com Correção de Significância de Lilliefors, concluindo-se que as variáveis não possuem Distribuição Normal ao nível de confiança de 5%.

CLIENTE (antes) * CLIENTE (depois) Tabulação cruzada

Contagem

		CLIENTE (depois)			Total
		1,00	1,33	1,67	
CLIENTE (antes)	1,00	4	0	0	4
	1,33	1	1	0	2
	1,67	3	0	0	3
	2,00	3	2	2	7
Total		11	3	2	16

Quadro 18: Frequência dos constructos CLIENTE (antes x depois)

Teste de Kolmogorov-Smirnov de uma amostra

		CLIENTE (antes)	CLIENTE (depois)
N		16	16
Parâmetros normais ^{a,b}	Média	1,6042	1,1458
	Erro Desvio	,42546	,24248
Diferenças Mais Extremas	Absoluto	,261	,414
	Positivo	,176	,414
	Negativo	-,261	-,274
Estatística de teste		,261	,414
Significância Sig. (2 extremidades)		,005 ^c	,000 ^c

Quadro 19: Kolmogorov Smirnov

- A distribuição do teste é Normal.
- Calculado dos dados.
- Correção de Significância de Lilliefors.

4.4 Teste de Classificações Assinadas por Wilcoxon

O quadro 20 corresponde ao teste de Wilcoxon com a finalidade de analisar o mesmo conjunto de itens que foram medidos sob duas condições diferentes, as diferenças nas medições feitas sobre o mesmo assunto antes e depois de um tratamento, ou diferenças entre dois tratamentos dados ao mesmo assunto “GESTÃO”.

O quadro 21 apresenta o Teste de Hipótese onde se conclui que há diferença entre as médias (antes e depois) de conhecimento do constructo “GESTÃO” após aplicação da metodologia Design Thinking, pois o conhecimento sobre “GESTÃO” melhorou ao nível de confiança de 5%.

GESTAO (antes) * GESTAO (depois) Tabulação cruzada

Contagem

		GESTÃO (depois)					Total
		1,00	1,14	1,57	1,71	1,86	
GESTÃO	1,14	1	0	0	0	0	1
(antes)	1,29	4	0	0	0	0	4
	1,57	3	0	0	0	0	3
	1,71	1	0	1	0	0	2
	1,86	1	1	0	2	2	6
Total		10	i. 1	ii. 1	iii. 2	iv. 2	v. 16

Quadro 20: Frequência dos constructos GESTÃO (antes x depois)

Estatísticas de teste^a

	GESTÃO (depois) – GESTÃO (antes)
Z	-3,316 ^b
Significância Sig. (2 extremidades)	,001

Quadro 21: Teste de Wilcoxon

- Teste de Classificações Assinadas por Wilcoxon
- Com base em postos positivos.

O quadro 22 corresponde ao teste de Wilcoxon com a finalidade de analisar o mesmo conjunto de itens que foram medidos sob duas condições diferentes, diferenças nas

medições feitas sobre o mesmo assunto antes e depois de um tratamento, ou diferenças entre dois tratamentos dados ao mesmo assunto “MANUTENÇÃO”.

O quadro 23 apresenta o Teste de Hipótese onde se conclui que há diferença entre as médias (antes e depois) de conhecimento do constructo “MANUTENÇÃO” após aplicação da metodologia Design Thinking, pois o conhecimento sobre “MANUTENÇÃO” melhorou ao nível de confiança de 5%.

MANUTENÇÃO (antes) * MANUTENÇÃO (depois) Tabulação cruzada

Contagem

		MANUTENÇÃO (depois)			Total
		1,00	1,33	1,67	
MANUTENÇÃO (antes)	1,00	2	0	0	2
	1,33	1	1	0	2
	1,67	1	0	0	1
	2,00	5	3	3	11
Total		9	4	3	16

Quadro 22: Frequência dos constructos MANUTENÇÃO (antes x depois)

Estatísticas de teste^a

	MANUTENÇÃO (depois) – MANUTENÇÃO (antes)
Z	-3,219 ^b
Significância Sig. (2 extremidades)	,001

Quadro 23: Teste de Wilcoxon

- Teste de Classificações Assinadas por Wilcoxon
- Com base em postos positivos.

O quadro 24 corresponde ao teste de Wilcoxon com a finalidade de analisar o mesmo conjunto de itens que foram medidos sob duas condições diferentes, diferenças nas medições feitas sobre o mesmo assunto antes e depois de um tratamento, ou diferenças entre dois tratamentos dados ao mesmo assunto “AMBIENTE”.

O quadro 25 apresenta o Teste de Hipótese onde se conclui que não há diferença entre as médias (antes e depois) de conhecimento do constructo “AMBIENTE” após

aplicação da metodologia Design Thinking, pois o conhecimento sobre “AMBIENTE” não melhorou ao nível de confiança de 5%.

AMBIENTE (antes) * AMBIENTE (depois) Tabulação cruzada

Contagem

		AMBIENTE (depois)			Total
		1,00	1,33	1,67	
AMBIENTE (antes)	1,00	1	0	0	1
	1,33	0	9	1	10
	1,67	2	1	2	5
Total		3	10	3	16

Quadro 24: Frequência dos constructos AMBIENTE (antes x depois)

Estatísticas de teste^a

	AMBIENTE (depois) – AMBIENTE (antes)
Z	-1,300 ^b
Significância Sig. (2 extremidades)	,194

Quadro 25: Teste de Wilcoxon

a. Teste de Classificações Assinadas por Wilcoxon

b. Com base em postos positivos.

O quadro 26 corresponde ao teste de Wilcoxon com a finalidade de analisar o mesmo conjunto de itens que foram medidos sob duas condições diferentes, diferenças nas medições feitas sobre o mesmo assunto antes e depois de um tratamento, ou diferenças entre dois tratamentos dados ao mesmo assunto “CLIENTE”.

O quadro 27 apresenta o Teste de Hipótese onde se conclui que há diferença entre as médias (antes e depois) de conhecimento do constructo “CLIENTE” após aplicação da metodologia Design Thinking, pois o conhecimento sobre “CLIENTE” melhorou ao nível de confiança de 5%.

CLIENTE (antes) * CLIENTE (depois) Tabulação cruzada

Contagem

		CLIENTE (depois)			Total
		1,00	1,33	1,67	
CLIENTE (antes)	1,00	4	0	0	4
	1,33	1	1	0	2
	1,67	3	0	0	3
	2,00	3	2	2	7
Total		11	3	2	16

Quadro 26: Frequência dos constructos CLIENTE (antes x depois)

Estatísticas de teste^a

	CLIENTE (depois) – CLIENTE (antes)
Z	-2,976 ^b
Significância Sig. (2 extremidades)	.003

Quadro 27: Teste de Wilcoxon

- Teste de Classificações Assinadas por Wilcoxon
- Com base em postos positivos.

4.5 Teste Mann-Whitney

O quadro 28 corresponde ao teste Mann-Whitney da classificação do tipo de processo relacionado com o constructo “GESTÃO”. O quadro 29 apresenta o Teste de Hipótese onde se conclui que não há diferença entre as médias (antes e depois) na avaliação após a aplicação da metodologia Design Thinking, pois o nível de conhecimento sobre “GESTÃO” é o mesmo entre os tipos de processo ao nível de confiança de 10%.

Classificações

	TIPO DE PROCESSO	N	Postos de média	Soma de Classificações
GESTÃO (depois)	Processo de Missão	5	6,60	33,00
	Processo de Suporte	11	9,36	103,00
	Total	16		
GESTÃO (antes)	Processo de Missão	5	6,90	34,50
	Processo de Suporte	11	9,23	101,50
	Total	16		

Quadro 28: Pontos de média dos constructos GESTÃO x TIPO DE PROCESSO

	GESTÃO (depois)	GESTÃO (antes)
U de Mann-Whitney	18,000	19,500
Wilcoxon W	33,000	34,500
Z	-1,239	-,942
Significância Sig. (2 extremidades)	,215	,346
Sig exata [2*(Sig. de 1 extremidade)]	,320 ^b	,377 ^b

Quadro 29: Teste de Mann-Whitney

- a. Variável de Agrupamento: TIPO DE PROCESSO
b. Não corrigido para vínculos.

O quadro 30 corresponde ao teste Mann-Whitney da classificação do tipo de processo relacionado com o constructo “MANUTENÇÃO”. O quadro 31 apresenta o Teste de Hipótese onde se conclui que há diferença entre as médias (antes e depois) na avaliação após a aplicação da metodologia Design Thinking, pois o nível de conhecimento sobre “MANUTENÇÃO” melhorou entre os tipos de processo ao nível de confiança de 10%.

	TIPO DE PROCESSO	N	Postos de media	Soma de Classificações
MANUTENÇÃO (antes)	Processo de Missão	5	9,10	45,50
	Processo de Suporte	11	8,23	90,50
	Total	16		
MANUTENÇÃO (depois)	Processo de Missão	5	5,00	25,00
	Processo de Suporte	11	10,09	111,00
	Total	16		

Quadro 30: Pontos de média dos constructos MANUTENÇÃO x TIPO DE PROCESSO

Estatísticas de teste^a

	MANUTENÇÃO (antes)	MANUTENÇÃO (depois)
U de Mann-Whitney	24,500	10,000
Wilcoxon W	90,500	25,000
Z	-,414	-2,212
Significância Sig. (2 extremidades)	,679	,027
Sig exata [2*(Sig. de 1 extremidade)]	,743 ^b	,052 ^b

Quadro 31: Teste de Mann-Whitney

a. Variável de Agrupamento: TIPO DE PROCESSO

b. Não corrigido para vínculos.

O quadro 32 corresponde ao teste Mann-Whitney da classificação do tipo de processo relacionado com o constructo “AMBIENTE”. O quadro 33 apresenta o Teste de Hipótese onde se conclui que há diferença entre as médias (antes e depois) na avaliação após a aplicação da metodologia Design Thinking, pois o nível de conhecimento sobre “AMBIENTE” melhorou entre os tipos de processo ao nível de confiança de 10%.

Classificações

	TIPO DE PROCESSO	N	Postos de média	Soma de Classificações
AMBIENTE (antes)	Processo de Missão	5	6,90	34,50
	Processo de Suporte	11	9,23	101,50
	Total	16		
AMBIENTE (depois)	Processo de Missão	5	5,90	29,50
	Processo de Suporte	11	9,68	106,50
	Total	16		

Quadro 32: Pontos de média dos constructos AMBIENTE x TIPO DE PROCESSO

Estatísticas de teste^a

	AMBIENTE (antes)	AMBIENTE (depois)
U de Mann-Whitney	19,500	14,500
Wilcoxon W	34,500	29,500
Z	-1,062	-1,706
Significância Sig. (2 extremidades)	,288	,088
Sig exata [2*(Sig. de 1 extremidade)]	,377 ^b	,145 ^b

Quadro 33: Teste de Mann-Whitney

a. Variável de Agrupamento: TIPO DE PROCESSO

b. Não corrigido para vínculos.

O quadro 34 corresponde ao teste Mann-Whitney da classificação do tipo de processo relacionado com o constructo “CLIENTE”. O quadro 35 apresenta o Teste de Hipótese onde se conclui que há diferença entre as médias (antes e depois) na avaliação após a aplicação da metodologia Design Thinking, pois o nível de conhecimento sobre “CLIENTE” melhorou entre os tipos de processo ao nível de confiança de 10%.

Classificações

	TIPO DE PROCESSO	N	Postos de média	Soma de Classificações
CLIENTE (antes)	Processo de Missão	5	7,80	39,00
	Processo de Suporte	11	8,82	97,00
	Total	16		
CLIENTE (depois)	Processo de Missão	5	6,00	30,00
	Processo de Suporte	11	9,64	106,00
	Total	16		

Quadro 34: Pontos de média dos constructos CLIENTE x TIPO DE PROCESSO

Estatísticas de teste^a

	CLIENTE (antes)	CLIENTE (depois)
U de Mann-Whitney	24,000	15,000
Wilcoxon W	39,000	30,000
Z	-,419	-1,731
Significância Sig. (2 extremidades)	,675	,083
Sig exata [2*(Sig. de 1 extremidade)]	,743 ^b	,180 ^b

Quadro 35: Teste de Mann-Whitney

a. Variável de Agrupamento: TIPO DE PROCESSO

b. Não corrigido para vínculos.

4.6 Teste de Kruskal-Wallis

O quadro 36 retrata o teste Kruskal-Wallis (Não Paramétrico) para classificar através dos pontos de média das variáveis utilizadas na criação dos constructos (GESTÃO, MANUTENÇÃO, AMBIENTE, CLIENTE), que se destacam das demais em relação ao conhecimento adquirido, após aplicação da metodologia Design Thinking.

Classificações

	TIPO DE PROCESSO	N	Postos de media
MATURIDADE 2	Processo de Missão	5	13,00
	Processo de Suporte	11	6,45
	Total	16	
ETAPAS 2	Processo de Missão	5	5,90
	Processo de Suporte	11	9,68
	Total	16	
COMPLEXIDADE 2	Processo de Missão	5	7,80
	Processo de Suporte	11	8,82
	Total	16	
REVISÕES ANUAIS 2	Processo de Missão	5	8,50
	Processo de Suporte	11	8,50
	Total	16	
MELHORIAS REALIZADAS	Processo de Missão	5	6,50

2	Processo de Suporte	11	9,41
	Total	16	
TIPO DE MELHORIA 2	Processo de Missão	5	7,30
	Processo de Suporte	11	9,05
	Total	16	
POSSUI ACREDITAÇÃO/CERTIFICAÇÃO 2	Processo de Missão	5	5,50
	Processo de Suporte	11	9,86
	Total	16	
PROCESSO ESTÁ DOCUMENTADO 2	Processo de Missão	5	6,00
	Processo de Suporte	11	9,64
	Total	16	
POSSUI POP 2	Processo de Missão	5	6,00
	Processo de Suporte	11	9,64
	Total	16	
PROCESSO ATENDE AOS REQUISITOS DO CLIENTE 2	Processo de Missão	5	6,00
	Processo de Suporte	11	9,64
	Total	16	
PROCESSO É EFICIENTE 2	Processo de Missão	5	7,10
	Processo de Suporte	11	9,14
	Total	16	
POSSUI GARGALOS E DISPERDÍCIOS 2	Processo de Missão	5	7,00
	Processo de Suporte	11	9,18
	Total	16	
O PROCESSO É CONTROLADO 2	Processo de Missão	5	6,00
	Processo de Suporte	11	9,64
	Total	16	
EXISTEM KPIS 2	Processo de Missão	5	8,50
	Processo de Suporte	11	8,50
	Total	16	
EXISTEM ATIVNAV 2	Processo de Missão	5	7,00
	Processo de Suporte	11	9,18
	Total	16	
O AMBIENTE É ADEQUADO 2	Processo de Missão	5	7,00
	Processo de Suporte	11	9,18
	Total	16	
O AMBIENTE POSSUI INFRAESTRUTURA 2	Processo de Missão	5	8,00
	Processo de Suporte	11	8,73
	Total	16	
O AMBIENTE INTERFERE 2	Processo de Missão	5	7,30
	Processo de Suporte	11	9,05
	Total	16	

A QUALIDADE É PERCEBIDA PELO CLIENTE 2	Processo de Missão	5	7,50
	Processo de Suporte	11	8,95
	Total	16	
O CLIENTE ESTÁ SATISFEITO 2	Processo de Missão	5	8,50
	Processo de Suporte	11	8,50
	Total	16	

Quadro 36: Pontos de média das VARIÁVEIS x TIPO DE PROCESSO

O quadro 37 apresenta o Teste Kruskal Wallis, um teste de hipótese onde se conclui a igualdade entre as médias das variáveis utilizadas na criação dos constructos (GESTÃO, MANUTENÇÃO, AMBIENTE, CLIENTE) evidenciando que o conhecimento adquirido é o mesmo após aplicação da metodologia Design Thinking quando considerado um nível de significância de 5%. Porém destacam-se seis variáveis (*Maturidade, Possui Acreditação/Certificação, Processo Documentado, Possui POP, Atende ao Requisitos do Cliente e Processo Controlado*) quando consideramos a seguinte hipótese:

$$\alpha = 10\%$$

Rejeita H0 se $p \leq 0,10$

Rejeitamos H0 ao nível de 10% de significância

Estatísticas de teste ^{a,b}						
	MATURIDADE (depois)	POSSUI ACREDITAÇÃO/CERTIFICAÇÃO (depois)	PROCESSO ESTÁ DOCUMENTADO (depois)	POSSUI POP (depois)	PROCESSO ATENDE AOS REQUISITOS DO CLIENTE (depois)	O PROCESSO É CONTROLADO (depois)
Qui-quadrado	8,766	4,091	3,099	3,099	3,099	3,099
Df	1	1	1	1	1	1
Significância Sig.	.003	.043	.078	.078	.078	.078

Quadro 37: Teste Qui-quadrado

a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável de Agrupamento: TIPO DE PROCESSO

4.7 Correlação de Spearman

Nos quadros 38, 39, 40 e 41 foram exibidos a tabulação cruzada entre os constructos GESTÃO x MANUTENÇÃO x AMBIENTE x CLIENTE e ressaltado a evidência de uma correlação entre os constructos. Quando o teste de correlação de Spearman é feito considerando um nível de significância de 5%, confirma-se há correlação entre essas variáveis, ou seja, o conhecimento adquirido após implantação da metodologia Design Thinking melhorou. O Quadro 42 e o Gráfico 1 demonstram estas duas hipóteses.

GESTAO (depois) * CLIENTE (depois) Tabulação cruzada

Contagem

		CLIENTE (depois)			Total
		1,00	1,33	1,67	
GESTÃO (depois)	1,00	10	0	0	10
	1,14	1	0	0	1
	1,57	0	0	1	1
	1,71	0	1	1	2
	1,86	0	2	0	2
Total		11	3	2	16

Quadro 38: Frequência dos constructos GESTÃO x CLIENTE

GESTÃO (depois) * MANUTENÇÃO (depois) Tabulação cruzada

Contagem

		MANUTENÇÃO (depois)			Total
		1,00	1,33	1,67	
GESTÃO (depois)	1,00	8	1	1	10
	1,14	1	0	0	1
	1,57	0	1	0	1
	1,71	0	2	0	2
	1,86	0	0	2	2
Total		9	4	3	16

Quadro 39: Frequência dos constructos GESTÃO X MANUTENÇÃO

AMBIENTE (depois) * CLIENTE (depois) Tabulação cruzada

Contagem

		CLIENTE (depois)			Total
		1,00	1,33	1,67	
AMBIENTE (depois)	1,00	3	0	0	3
	1,33	8	1	1	10
	1,67	0	2	1	3
Total		11	3	2	16

Quadro 40: Frequência dos constructos AMBIENTE x CLIENTE

AMBIENTE (depois) * MANUTENÇÃO (depois) Tabulação cruzada

Contagem

		MANUTENÇÃO (depois)			Total
		1,00	1,33	1,67	
AMBIENTE (depois)	1,00	3	0	0	3
	1,33	6	3	1	10
	1,67	0	1	2	3
Total		9	4	3	16

Quadro 41: Frequência dos constructos AMBIENTE x MANUTENÇÃO

			Correlações			
			GESTAO2	MANUTENCAO2	AMBIENTE2	CLIENTE2
Correlação de Spearman	GESTÃO 2	Coeficiente de Correlação	1,000	,674**	,574*	,885**
		Sig. (2 extremidades)	,	,004	,020	,000
		N	16	16	16	16
		<hr/>				
MANUTENÇÃO 2	MANUTENÇÃO 2	Coeficiente de Correlação	,674**	1,000	,655**	,678**
		Sig. (2 extremidades)	,004	,	,006	,004
		N	16	16	16	16
		<hr/>				
AMBIENTE 2	AMBIENTE 2	Coeficiente de Correlação	,574*	,655**	1,000	,636**
		Sig. (2 extremidades)	,020	,006	,	,008
		N	16	16	16	16
		<hr/>				
CLIENTE 2	CLIENTE 2	Coeficiente de Correlação	,885**	,678**	,636**	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,000	,004	,008	,
		N	16	16	16	16
		<hr/>				

Quadro 42: Correlação de Spearman

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

H0: Não existe correlação

H1: Existe correlação

Rejeite H0 se $p \leq 0,05$

Conclusão: Há correlação entre os constructos GESTÃO x MANUTENÇÃO x AMBIENTE x CLIENTE.

5 DISCUSSÃO

O Design Thinking apresenta um fluxo de atividades que envolvem o processo de pesquisa (inspiração), geração de ideias e protótipos (ideação) e execução da solução (implementação), que contribuem para que a gestão compreenda quais são os recursos e habilidades necessárias para o desenvolvimento de uma inovação (Liedtka, 2011). As fases do Design Thinking visam o desenvolvimento de uma solução para um problema específico, com foco no usuário. Tal definição vai ao encontro da descrição do processo de inovação de Brown (2013), que o caracterizam como um meio de resolução de problemas, de forma criativa, focada no ser humano. A definição dos pilares do conhecimento (GESTÃO, MANUTENÇÃO, AMBIENTE e CLIENTE) derivou de um diagnóstico de maturidade medido a partir do apetite da organização e dos seus consumidores em relação a qualidade percebida.

A etapa de descoberta de oportunidade (imersão), visa a observação e pesquisa detalhada acerca da organização e do consumidor para compreender suas reais preocupações, aspirações e desejos, que serão transformados em ideias de soluções, que após testadas, serão ajustadas. Para Sawhney, Wolcott e Arroniz (2011) a inovação só ganha relevância para uma empresa quando cria valor para os clientes e para a empresa.

Entender o público-alvo e desenvolver o processo de ideação gera soluções mais condizentes com a demanda. Definir claramente qual é a missão e quais são os valores do pronto atendimento, contribuem grandemente para a geração de valor. O ato de ofertar ao mercado produtos e serviços adequados às reais necessidades dos consumidores, faz com que a empresa alcance maior competitividade; ou seja, cria um valor para o cliente (produto) e para a organização (lucro), conforme mencionado por Schumpeter (1984).

A etapa de implementação deve ocorrer a partir da tecnologia praticável, da viabilidade para a empresa, e gerar valor para o consumidor, para então a solução definida ser planejada e produzida (Brown, 2008). Assim, o processo de Design Thinking vai ao encontro do conceito de inovação de Barbieri (2004) que a define como a inserção de algo novo no mercado, observando-se os aspectos técnicos, mercadológicos, econômicos e organizacionais. O conceito utilizado para gerar uma implantação bem sucedidas foi definir claramente ações de alta probabilidade de sucesso, factíveis aos resultados esperados, mensuráveis e com prazos curtos.

A integração entre as oportunidades identificadas, as competências da empresa (tecnologia e pessoal) e o conhecimento dos participantes do processo, aliado à criatividade, gera ideias diferentes e inovadoras. O conceito de modelo de inovação engloba as atividades e todos os elementos necessários para desenvolver algo novo, tais como práticas, procedimentos, políticas etc., compreendendo um mapa do processo de inovação (Longanezi, Coutinho & Bomtempo, 2008; Oliveira, 2008). Cada uma das fases do Design Thinking se caracteriza por uma série de perguntas e atividades que orientaram os participantes durante o processo para que se alcance os objetivos de cada etapa.

O Design Thinking defende a geração de valor para os clientes (por meio de soluções mais adequadas às suas necessidades) e para empresa (através do alcance dos objetivos estratégicos). Assim, o Design Thinking também apresenta os fatores importantes de um modelo de inovação, bem como os elementos essenciais para um processo de inovação, conforme critérios de Baregheh, Rowley e Sambrook (2009), sendo capaz de colaborar para que as organizações gerem inovações em diversas áreas (produto, serviço, processo, marketing e organizacional).

A integração organizacional vem sendo estudada já há tempos pelos pesquisadores da área de gestão operacional, usualmente com foco na análise sobre a integração entre os setores de uma organização e seu impacto na eficiência. Por outro lado, também é apontada a dificuldade em implementá-la diante de fatores críticos e específicos de cada organização. As barreiras podem estar localizadas não só na infraestrutura para implementá-la mas, como no nosso caso, na integração existente entre os profissionais envolvidos em cada um dos processos. Dessa forma, além de se mitigar a possibilidade de não envolver a todos como estava ocorrendo quando se tratava de integração a nível setorial, possibilitou compreender quais contingências estavam ocorrendo em relação às dimensões necessárias à implementação da interação organizacional. Este ensaio defende que os constructos necessários para a melhoria da eficiência operacional passam pela implementação conjunta da gestão da qualidade e da integração dos processos ao nível dos profissionais envolvidos, dada as peculiaridades desta prestação de serviços. O comprometimento e o sentimento de pertencimento aumentam quando os profissionais passam a ser corresponsáveis pelos diversos processos, agindo de forma colaborativa. Entretanto, essas dimensões só podem ser consolidadas se houver um compromisso da alta gestão e o reconhecimento do valor estratégico dos profissionais envolvidos na produção dos serviços de saúde.

Então, com base nas afirmações dos autores e os relatos descritos anteriormente, é possível afirmar que o Design Thinking influencia na qualidade percebida e engloba todos os aspectos e características da inovação. O Design Thinking incentiva o processo colaborativo, com ênfase para a interação entre todos da equipe (que pode englobar funcionários de diversos departamentos, fornecedores, clientes, consultores externos, etc.) e gera a difusão do conhecimento conforme apresentado neste trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTRIBUIÇÃO PARA A PRÁTICA

O estudo demonstrou que o Design Thinking influencia na qualidade percebida dos processos de um pronto atendimento. O gráfico 1, apresenta resultados tangíveis tais como o conhecimento sobre a gestão dos processos que cresceu 120%; ou seja, antes a gestão era feita em apenas 5 processos. Após a implantação do Design Thinking, a gestão passou a ser feita em 11 processos. O conhecimento sobre a manutenção dos processos cresceu 225%, ou seja, antes a manutenção era feita em apenas 4 processos, após a implantação do Design Thinking, a manutenção passou a ser feita em 13 processos. O conhecimento sobre o ambiente foi o que menos cresceu (apenas 18%); ou seja, antes o ambiente era controlado em 11 processos e após a implantação do Design Thinking, o controle passou a ser feita em 13 processos. Por último, o conhecimento sobre os requisitos do cliente cresceu 133%; ou seja, antes se trabalhava o requisito do cliente em apenas 6 processos, após a implantação do Design Thinking, o requisito do cliente passou a ser trabalhado em 14 processos. Em média, neste projeto, o Design Thinking melhorou os processos em 124%.

Foram geradas propostas de valores para os serviços de pronto atendimento, porém, devido as limitações da pesquisa, não foi possível mensurar a efetividade dos relacionamentos sugeridos entre o prestador de serviços e seus clientes.

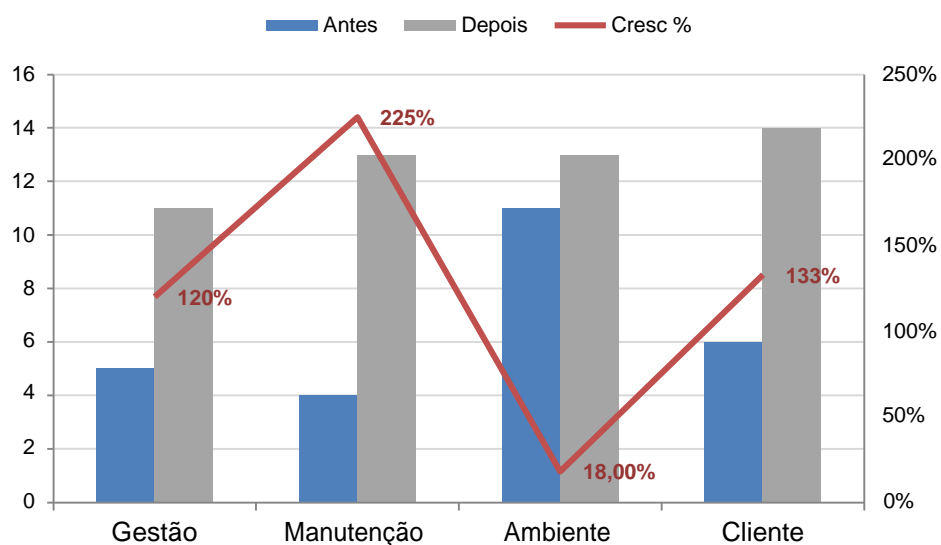


Gráfico 1: Influência da qualidade percebida.

Fonte: Elaborado pelo autor

O estudo contribuiu com os gestores de serviços de pronto atendimento para que incluam na sua prática de gestão o entendimento da repercussão da metodologia Design Thinking nas operações de serviços no que tange aos pilares de gestão, manutenção, ambiente e cliente dos processos, possibilitando melhorias nas políticas, procedimentos, fluxos, indicadores e relacionamento com seus clientes.

Referências:

- Aarons, G. A., & Palinkas, L. A. (2007). Implementation of Evidence-based Practice in Child Welfare: Service Provider Perspectives. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34(4), 411–419.
Recuperado em 20 de maio, 2019, de <https://doi.org/10.1007/s10488-007-0121-3>
- Bonini, L. A., & Sbragia, R. (2011). O Modelo de Design Thinking como Indutor da Inovação nas Empresas: Um Estudo Empírico. *Revista de Gestão e Projetos - GeP*, 2(1), 03–25. Recuperado em 20 de maio, 2019, de <https://doi.org/10.5585/10.5585>
- Borba, W. R. (1985). Administração hospitalar: Princípios básicos. In *Administração hospitalar: princípios básicos*.
- Brown, S. W., & Swartz, T. A. (1989). A Gap Analysis of Professional Service Quality. *Journal of Marketing*, 53(2), 92–98. Recuperado em 20 de maio, 2019, de <https://doi.org/10.1177/002224298905300207>
- Bukowitz, W. R. (2013). Fidelity Investments: Adopting new models of innovation. *Strategy & Leadership*, 41(2), 58–63. Recuperado em 20 de maio, 2019, de <https://doi.org/10.1108/10878571311318259>
- Campos, E. F., Gontijo, M. C. F., Oliveira, P. J., Chaves, S. R., & Laudares, P. (2009). A cadeia de valor em saúde: Uma proposta de reorganização da atenção na saúde suplementar. *Belo Horizonte: Unimed Federação Minas*.
- Campos, G. W. de S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: Uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 399–407.

Recuperado em 20 de maio, 2019, de <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>

Cardon, E. C., & Leonard, S. (2010). *Unleashing Design: Planning and the Art of Battle Command*. Recuperado de ARMY COMBINED ARMS CENTER FORT LEAVENWORTH KS website:

Recuperado em 20 de maio, 2019, de <https://apps.dtic.mil/docs/citations/ADA514766>

Casali, G., Perano, M., Moretta Tartaglione, A., & Zolin, R. (2018). How business idea fit affects sustainability and creates opportunities for value co-creation in nascent firms. *Sustainability*, *10*(1), 189.

Claro, P. B. de O., Claro, D. P., & Amâncio, R. (2008). Entendendo o conceito de sustentabilidade nas organizações. *Revista de Administração*, *43*(4), 289–300.

Recuperado em 20 de maio, 2019, de <https://doi.org/10.1590/S0080-21072008000400001>

Cleto, R. L. (2014). *Qualidade percebida e satisfação dos pacientes nos meios complementares de diagnóstico e terapêutica do serviço de oftalmologia do Hospital CUF Descobertas/Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE: Um contributo para a validação de um questionário* (MasterThesis, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa). Recuperado em 20 de maio, 2019, de <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/4234>

Creswell. (2010). *Mapping the Developing Landscape of Mixed Methods Research* - SAGE Research Methods. Recuperado em 20 de junho de 2019, de <https://methods.sagepub.com/book/sage-handbook-of-mixed-methods-social-behavioral-research-2e/n2.xml>

- Cunha, M. B. da. (1989). Bases de dados no Brasil: Um potencial inexplorado. *Ciência da Informação*, 18(1). Recuperado em 20 de junho de 2019, de <http://revista.ibict.br/ciinf/article/view/322>
- da Rocha, A., & Ferreira da Silva, J. (2006). Recuperado em 20 de maio, 2019, de http://Www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75902006000400008&lng=en&nrm=iso&tlng=es. *Revista de Administração de Empresas*, 46(4), 1–9. <https://doi.org/10.1590/S0034-75902006000400008>
- Drucker, P. (2014). *Innovation and Entrepreneurship*. Recuperado em 20 de maio, 2019, de <https://doi.org/10.4324/9781315747453>
- Fadel, M. A. V., & Filho, G. I. R. (2009). Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: Um estudo de caso. *Revista de Administração Pública*, 43(1), 7–22.
- Farias & Santos. (2000). BDPI USP - Detalhe do registro: Atributos de satisfação nos serviços de hotelaria: uma perspectiva no segmento da terceira idade. Recuperado em 20 de junho de 2019, de <https://bdpi.usp.br/item/001035407>
- Fitzsimmons, J. A., Fitzsimmons, M. J., & Fitzsimmons, J. A. (2004). *Service management: Operations, strategy, and information technology*.
- Fitzsimmons, J., & Fitzsimmons, M. J. (2000). *New Service Development: Creating Memorable Experiences*. SAGE.
- Fornell, C., Johnson, M. D., Anderson, E. W., Cha, J., & Bryant, B. E. (1996). The American Customer Satisfaction Index: Nature, Purpose, and Findings. *Journal of Marketing*, 60(4), 7–18. Recuperado em 20 de maio, 2019, de <https://doi.org/10.1177/002224299606000403>
- Gallo, R., & Monken, S. F. (2006). *Sistemas de informação de marketing no setor saúde: Aplicabilidade do gerenciamento do relacionamento do cliente*. UNIREvista.

- Gastal, F. (2005). A influência da satisfação e dos custos de mudança na lealdade do cliente (Dissertação de mestrado). *Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil*.
- Gonzalez, N., Moll, L. C., & Amanti, C. (2006). *Funds of Knowledge: Theorizing Practices in Households, Communities, and Classrooms*. Routledge.
- Grönroos, C. (1984). A Service Quality Model and its Marketing Implications. *European Journal of Marketing*, 18(4), 36–44. Recuperado em 20 de maio, 2019, de <https://doi.org/10.1108/EUM00000000004784>
- Hacklin, F., Inganas, M., Marxt, C., & Pluss, A. (2009). Core rigidities in the innovation process: A structured benchmark on knowledge management challenges. *International Journal of Technology Management*, 45(3/4), 244. Recuperado em 20 de maio, 2019, de <https://doi.org/10.1504/IJTM.2009.022651>
- Hacklin, F., & Wallin, M. W. (2013). Convergence and interdisciplinarity in innovation management: A review, critique, and future directions. *The Service Industries Journal*, 33(7–8), 774–788. Recuperado em 20 de maio, 2019, de <https://doi.org/10.1080/02642069.2013.740471>
- Hoffman, K. D., & Bateson, J. E. (2003). *Princípios de marketing de serviços*. Pioneira Thompson Learning.
- Hume, D. (2006). *An Enquiry Concerning the Principles of Morals: A Critical Edition*. Clarendon Press.
- Katia Colucci, De Toni, A. F., & Nonino, F. (2013). Methodology of business ecosystems network analysis: A case study in Telecom Italia Future Centre. *Technological Forecasting and Social Change*, 80(6), 1194–1210. Recuperado em 20 maio, 2019, de <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2012.11.002>

- Korkman, O., Storbacka, K., & Harald, B. (2010). Practices as markets: Value co-creation in e-invoicing. *Australasian Marketing Journal (AMJ)*, 18(4), 236–247.
- Kotaka, F., Pacheco, M. L. R., & Higaki, Y. (1997). Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no Estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 31, 171–177. Recuperado em 20 de maio, 2019, de <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000200011>
- Kotler, P., Armstrong, G., & Opresnik, M. O. (1993). *Marketing—An Introduction* (3.ª edição). The United States of America: Prentice Hall International Editions.
- Kotler, P., Hayes, T., & Bloom, P. N. (2002). *Marketing Professional Services*. Recuperado em 20 de maio, 2019, de <https://www.scholars.northwestern.edu/en/publications/marketing-professional-services-2>
- Liedtka, J. (2011). Learning to use design thinking tools for successful innovation. *Strategy & Leadership*, 39(5), 13–19. Recuperado em 20 de maio, 2019, de <https://doi.org/10.1108/10878571111161480>
- Lima, M. B. B. P. B. (2007). *A Gestão da qualidade e o redesenho de processos como modelo de desenvolvimento organizacional em hospitais públicos universitários : O caso do Hospital de Clínicas da Unicamp*. Recuperado em 20 de maio, 2019, de <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/264831>
- Lopes, E. L., Hernandez, J. M. da C., & Nohara, J. J. (2009). Escalas concorrentes para a mensuração da qualidade percebida: Uma comparação entre a SERVQUAL e a RSQ. *RAE-Revista de Administração de Empresas*, 49(4), 401–416.
- Macedo, M. A., Miguel, P. A. C., & Filho, N. C. (2015). A Caracterização do Design Thinking como um Modelo de Inovação. *RAI Revista de Administração e Inovação*,

- 12(3), 157–182. Recuperado em 20 de maio, 2019, de
<https://doi.org/10.11606/rai.v12i3.101357>
- Malik, A. M., & Pedroso, M. C. (2011). Gestão da saúde-Gestão da saúde: Desafios e respostas. *Anuário de Pesquisa GVPesquisa*.
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Recuperado em 20 de maio, 2019, de
<http://repositorio.asces.edu.br/jspui/handle/123456789/1314>
- Nel, Heerden, Chan, Ghazisaeedi, Halvorson, & Steyn. (2011). Eleven years of scholarly research in the Journal of Services Marketing | Journal of Services Marketing | Vol 25, No 1. Recuperado 20 de junho de 2019, de
<https://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/08876041111107014>
- Nenonen, S., & Storbacka, K. (2010). Business model design: Conceptualizing networked value co-creation. *International Journal of Quality and Service Sciences*, 2(1), 43–59.
- P. R. Barbosa. (2015). Relações entre controle acionário e remuneração de executivos. Recuperado 20 de junho de 2019, de
<https://www.redalyc.org/html/3071/307138473004/>
- Parasuraman, A., & Grewal, D. (2000). Serving customers and consumers effectively in the twenty-first century: A conceptual framework and overview. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 28(1), 9–16. Recuperado em 20 de maio, 2019, de
<https://doi.org/10.1177/0092070300281001>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41–50. Recuperado em 20 de maio, 2019, de <https://doi.org/10.1177/002224298504900403>
- Pinochet, L. H. C., Lopes, A. de S., & Silva, J. S. (2014). Inovações e Tendências Aplicadas nas Tecnologias de Informação e Comunicação na Gestão da Saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 3(2), 11–29.

- Portugal, F. B., Campos, M. R., Gonçalves, D. A., Mari, J. de J., & Fortes, S. L. C. L. (2016). Qualidade de vida em pacientes da atenção primária do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil: Associações com eventos de vida produtores de estresse e saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, *21*, 497–508. Recuperado em 20 de maio, 2019, de <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.20032015>
- Prahalad, C. K., & Ramaswamy, V. (2004). Co-creation experiences: The next practice in value creation. *Journal of Interactive Marketing*, *18*(3), 5–14. Recuperado em 20 de maio, 2019, de <https://doi.org/10.1002/dir.20015>
- Ribeiro, M. C. S. de A., Barata, R. B., Almeida, M. F. de, & Silva, Z. P. da. (2006). Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, *11*, 1011–1022. Recuperado em 20 de maio, 2019, de <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400022>
- Rossaneis, Gabriel, Haddad, Melo, & Bernardes. (2015). Indicadores De Qualidade Da Assistência: Opinião De Enfermeiros Gerentes De Hospitais De Ensino | Rossaneis | Cogitare Enfermagem. Recuperado em 20 de junho de 2019, de <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41734>
- Rossi, C. A. V., & Slongo, L. A. (1998). Pesquisa de satisfação de clientes: O estado-da-arte e proposição de um método brasileiro. *Revista de Administração Contemporânea*, *2*(1), 101–125. Recuperado em 20 de maio, 2019, de <https://doi.org/10.1590/S1415-65551998000100007>
- Sarmiento. (2009). Direito Constitucional - Âmbito Jurídico. Recuperado em 20 de junho de 2019, de http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=obras_lista&id_categoriaObrasLiterarias=8&pagina=4_89__

- Schembri. (2006). Rationalizing service logic, or understanding services as experience? - Sharon Schembri, 2006. Recuperado em 20 de junho de 2019, de <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1470593106066798>
- Schumpeter, J. A. (2000). *Entrepreneurship as Innovation* (SSRN Scholarly Paper N° ID 1512266). Recuperado em 20 de maio, 2019, de Social Science Research Network website: <https://papers.ssrn.com/abstract=1512266>
- Sirdeshmukh. (2020). Consumer Trust, Value, and Loyalty in Relational Exchanges - Deepak Sirdeshmukh, Jagdip Singh, Barry Sabol, 2002. Recuperado em 20 de junho de 2019, de <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1509/jmkg.66.1.15.18449>
- Slater, S. F., & Narver, J. C. (2000). The Positive Effect of a Market Orientation on Business Profitability: A Balanced Replication. *Journal of Business Research*, 48(1), 69–73. Recuperado em 20 de maio, 2019, de [https://doi.org/10.1016/S0148-2963\(98\)00077-0](https://doi.org/10.1016/S0148-2963(98)00077-0)
- Sperandio Milan, G., & Trez, G. (2005). PESQUISA DE SATISFAÇÃO: UM MODELO PARA PLANOS DE SAÚDE. *RAE-eletrônica*, 4(2). Recuperado em 20 de maio, 2019, de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=205114650002>
- Tellini, L., Urdan, A. T., Monken, S. F., Bizarrias, F. S., & Brandão, M. M. (2019). Os Impactos das Avaliações do Cuidado de Saúde no Bem-Estar da Baixa Renda. *Revista de Administração Contemporânea*, 23(3), 351–372. Recuperado em 20 de maio, 2019, de <https://doi.org/10.1590/1982-7849rac2019170355>
- Urdan, A. T., & Rodrigues, A. R. (1999). O modelo do índice de satisfação do cliente Norte-Americano: Um exame inicial no Brasil com equações estruturais. *Revista de Administração Contemporânea*, 3(3), 109–130. Recuperado em 20 de maio, 2019, de <https://doi.org/10.1590/S1415-65551999000300006>
- Varvema, P. (2016). *Value co-creation in bio-based chemicals value network*.

- Veludo-de-Oliveira e Ikeda. (2010). O CONCEITO DE VALOR PARA O CLIENTE: DEFINIÇÕES E IMPLICAÇÕES GERENCIAIS EM MARKETING. Recuperado em 20 de junho de 2019, de <https://www.seer.ufrgs.br/read/article/view/40685>
- Verhoef, P. C., Katherine N. Lemon, A. Parasuraman, Anne Roggeveen, Michael Tsiros, & Leonard A. Schlesinger. (2009). Customer Experience Creation: Determinants, Dynamics and Management Strategies. *Journal of Retailing*, 85(1), 31–41. Recuperado em 20 de maio, 2019, de <https://doi.org/10.1016/j.jretai.2008.11.001>
- Wike. (2010). Evidence-Based Practice in Social Work: Challenges and Opportunities for Clinicians and Organizations | SpringerLink. Recuperado em 20 de junho de 2019, de <https://link.springer.com/article/10.1007/s10615-014-0492-3>
- Woodall. (2007). Customer Value Creation: A Practical Framework. *Journal of Marketing Theory and Practice*, 15(1), 7–23. Recuperado em 20 de maio, 2019, de <https://doi.org/10.2753/MTP1069-6679150101>
- Zeithaml, V. A., Bitner, M. J., & Gremler, D. D. (2014). *Marketing de Serviços - 6.ed.: A Empresa com Foco no Cliente*. AMGH Editora.

ANEXO A – ROTEIRO PARA APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO

Prezado Senhor/Senhora,

Esta Pesquisa tem como objetivo verificar fatores relevantes à maturidade dos 16 processos estudados, analisando suas principais características através dos constructos Gestão, Manutenção, Ambiente e Cliente. Entender este assunto exige pesquisas diretas com os gestores dos processos. Por este motivo, gostaríamos de conhecer um pouco mais sobre a necessidade das partes envolvidas (organização e consumidores) para disseminar a cultura da melhoria contínua centrada no cliente.

Esclarece-se que o interesse da pesquisa é exclusivamente acadêmico. Por isso, todas as informações serão utilizadas estritamente para este fim. Sua colaboração é muito importante para o sucesso de nossa pesquisa e, conseqüentemente, a ampliação das fronteiras do conhecimento.

Os resultados da pesquisa serão retornados à comunidade acadêmica, mediante a publicação de trabalhos acadêmicos, tão logo seja concluída.

Antecipadamente agradecemos sua atenção e colaboração.

Raphael Botelho

Mestrando em Gestão em Sistemas de Saúde em Administração

UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO – UNINOVE

QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO – PROCESSOS

Constructo Gestão

- 1) O processo está documentado? () Sim () Não
- 2) Existe Procedimento Operacional Padrão (POP)? () Sim () Não
- 3) O processo é eficiente? () Sim () Não
- 4) Existe desperdício e gargalo no processo? () Sim () Não
- 5) O processo é controlado? () Sim () Não
- 6) Há indicadores estratégicos e operacionais? () Sim () Não
- 7) Existem atividades no processo que não agregam valor? () Sim () Não

Constructo Manutenção

- 8) É realizada revisão anual no processo? () Sim () Não
- 9) Após a revisão, melhorias são implantadas? () Sim () Não
- 10) O processo possui Acreditação/Certificação? () Sim () Não

Constructo Ambiente

- 11) O ambiente onde o processo é executado está adequado? () Sim () Não
- 12) O ambiente onde o processo é executado possui infra-estrutura? () Sim () Não
- 13) O ambiente interfere na execução do processo? () Sim () Não

Constructo Cliente

- 14) O processo atende aos requisitos do cliente? () Sim () Não
- 15) A qualidade percebida é nítida para o cliente? () Sim () Não
- 16) É possível notar a satisfação do cliente ao final do processo? () Sim () Não

ANEXO B – ROTEIRO PARA APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO

Prezado Senhor/Senhora,

Esta Pesquisa tem como objetivo identificar os respondentes à maturidade dos 16 processos estudados. Entender este assunto exige pesquisas diretas com os gestores dos processos. Por este motivo, gostaríamos de conhecer um pouco mais sobre a característica das partes envolvidas (gestores dos processos) para disseminar a cultura da melhoria contínua centrada no cliente.

Esclarece-se que o interesse da pesquisa é exclusivamente acadêmico. Por isso, todas as informações serão utilizadas estritamente para este fim. Sua colaboração é muito importante para o sucesso de nossa pesquisa e, conseqüentemente, a ampliação das fronteiras do conhecimento.

Os resultados da pesquisa serão retornados à comunidade acadêmica, mediante a publicação de trabalhos acadêmicos, tão logo seja concluída.

Antecipadamente agradecemos sua atenção e colaboração.

Raphael Botelho

Mestrando em Gestão em Sistemas de Saúde em Administração

UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO – UNINOVE

QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO – GESTORES

1) Qual sua especialidade?

2) Qual sua função?

3) Qual seu cargo?

4) Há quanto tempo é gestor do processo?

5) Em sua opinião, qual a relação entre a “gestão de processos” e “satisfação do cliente”?
