

FACULDADE CAMPO LIMPO PAULISTA – FACCAMP  
PROGRAMA DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO

JOSÉ CARLOS TARTAGLIONI DE BARROS

GESTÃO DE INOVAÇÃO E GESTÃO DE QUALIDADE EM EMPRESAS  
PRESTADORAS DE SERVIÇOS NA ÁREA DE SAÚDE.

CAMPO LIMPO PAULISTA - SP

2014

JOSÉ CARLOS TARTAGLIONI DE BARROS

GESTÃO DE INOVAÇÃO E GESTÃO DE QUALIDADE EM EMPRESAS  
PRESTADORAS DE SERVIÇOS NA ÁREA DE SAÚDE.

Dissertação apresentada à Faculdade Campo Limpo Paulista, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Administração das Micro e Pequenas Empresas, sob a orientação do Prof. Dr. Djair Picchiali.

Linha de pesquisa: Dinâmica das Micro e Pequenas Empresas.

CAMPO LIMPO PAULISTA - SP

2014

## FICHA CATALOGRÁFICA

### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

BARROS, José Carlos Tartaglioni de.

GESTÃO DE INOVAÇÃO E GESTÃO DE QUALIDADE EM EMPRESAS  
PRESTADORAS DE SERVIÇOS NA ÁREA DE SAÚDE. /José Carlos Tartaglioni  
de Barros; Campo Limpo Paulista: FACCAMP, 2014 (Pesquisa para obtenção de  
título de mestre em administração).

p.101

Orientador: Djair Picchiali

Dissertação (Mestrado) – Faculdade Campo Limpo Paulista – FACCAMP

1. Inovação ; 2. Qualidade ; 3. Serviços ; 4. Gestão

## **PÁGINA DE APROVAÇÃO**

Faculdade Campo Limpo Paulista

**GESTÃO DE INOVAÇÃO E GESTÃO DE QUALIDADE EM EMPRESAS  
PRESTADORAS DE SERVIÇOS NA ÁREA DE SAÚDE.**

José Carlos Tartaglioni de Barros

Data: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof. Dr. Djair Picchiali  
(Orientador- FACCAMP)

---

Prof. Dr. Gilberto Sarfati  
(FACCAMP)

---

Prof. Dr. Paulo Roberto Arvate  
(EAESP-FGV)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus mestres, professores doutores do Programa de Mestrado Profissional em Administração da FACCAMP, Marcelo Nakagawa, Takeshy Tachizawa, José Osvaldo de Sordi, Marcos Hashimoto, Cida Sanches, Manuel Meireles e, em especial, ao meu orientador Prof. Dr. Djair Picchiai, pelo apoio, orientação, assistência relevante e ensinamentos teóricos e práticos fornecidos, pois foram de suma importância para que eu conseguisse obter as informações básicas e as orientações necessárias para a realização, preparação e conclusão deste trabalho.

Agradeço especialmente aos integrantes da banca de defesa desta dissertação, Prof. Dr. Paulo Roberto Arvate e Prof. Dr. Gilberto Sarfati, e ao Prof. Dr. Takeshy Tachizawa que participou da fase de qualificação, pelas contribuições relevantes que permitiram revisar e refinar este trabalho.

Agradeço ao apoio e compreensão de minha esposa e companheira, Eliani, e do meu filho, Thiago, pelas horas que ficaram sem a minha companhia, devido à dedicação ao mestrado, aos estudos e às pesquisas, para poder desenvolver este trabalho.

Agradeço a Deus pela vida, saúde, inteligência e poder que me foi dado por ele para que eu atingisse mais este objetivo.

“O sábio nunca diz tudo o que pensa, mas pensa sempre em tudo o que diz.”

Aristóteles

## RESUMO

O objetivo desta pesquisa é investigar e interpretar as práticas de gestão de qualidade e gestão de inovação nas empresas prestadoras de serviços na área de saúde. Tem-se o fato de que as organizações e os profissionais que prestam serviços neste setor trabalham com vidas humanas, e isto requer muito profissionalismo e a máxima confiança dos seus pacientes/clientes. A pergunta que se quer responder com este trabalho é: “Como a gestão de inovação e a gestão de qualidade são praticadas nessas organizações?”. Foi elaborada uma pesquisa com a realização de entrevista estruturada com os gestores de algumas empresas prestadoras de serviços na área de saúde: laboratórios de análises clínicas; clínicas de radiologia; e clínicas de reabilitação, caracterizadas como Micro e Pequenas Empresas (MPEs). Tais empresas localizam-se nos bairros do Itaim Bibi, Jardins e Brooklin, na cidade de São Paulo, e nas cidades de Cotia, Osasco e Campo Limpo Paulista. A interpretação dos resultados foi obtida por intermédio de métodos estatísticos com a coleta de dados baseada em uma escala *Likert*, que mede opiniões e atitudes dos respondentes, por meio de cinco respostas possíveis a cada pergunta formulada: concordo totalmente; concordo; não concordo nem discordo; discordo; e discordo totalmente. Esse recurso tem a finalidade de fornecer dados para a análise e para a verificação das hipóteses apresentadas. Verificou-se que, na percepção dos gestores, a gestão operacional e a estratégica de inovação, praticadas nas empresas pesquisadas, são positivas, ou seja, existe um plano de qualidade bem definido pela alta direção, e esse plano é bem executado pelos colaboradores, aqueles profissionais que não possuem função de gestão. Também é positiva a percepção dos pesquisados com relação à gestão operacional de Inovação, praticada nessas organizações, ou seja, não existe estratégia bem definida pela alta direção do plano a ser seguido. Porém, o mínimo que é passado e divulgado pelos executivos quanto a esse tema é bem executado operacionalmente pelos colaboradores, que não têm função de gestão dessas empresas. Não há diferenças significativas nos dados obtidos de acordo com a localização das organizações pesquisadas.

**Palavras-chave:** Inovação; Qualidade; Serviços; Gestão

## ABSTRACT

The objective of this research is to investigate and interpret the practices of quality management and innovation management in companies providing services in the area of health. It has been the fact that organizations and professionals who provide services in this industry work with human lives, and this requires a lot of professionalism and the utmost confidence of their patients / clients. The question to be answered in this paper is: How innovation management and quality management are practiced in these organizations? A survey of conducting structured interviews with managers of some companies providing services in the area of health was elaborated: clinical laboratories; Clinical Radiology; and rehabilitation clinics, characterized as Micro and Small Enterprises. These companies are located in the neighborhoods of Itaim Bibi, Brooklin and Jardins in the city of São Paulo, and in the cities of Cotia, Osasco and Campo Limpo Paulista. The interpretation of results was obtained through statistical with data collection based on a Likert scale, which measures respondents' attitudes and opinions through five possible answers every question formulated methods: totally agree; I agree; I do not agree nor disagree; I disagree; and strongly disagree. This feature is intended to provide data for the analysis and the verification of the assumptions made. It was found that, in the perception of managers, operational management and strategic innovation, which are practiced in the companies surveyed are positive, ie, there is a well defined plan quality by top management, and that plan is well executed by employees, those professionals who do not have management function. Is also a positive perception of the respondents regarding the operational management of Innovation, practiced in these organizations, ie, there is no well-defined strategy by top management of the plan to be followed. However, the minimum that is passed and published by the executives regarding this theme is well executed operationally by employees who have no management function of these companies. There are no significant differences in the data obtained according to the location of the searched organizations.

**Keywords:** Innovation; Quality; Services; Management



## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1. O Problema da Pesquisa	15
2.REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1. Conceito de Serviços	17
2.2. Inovação em Serviços	18
2.3. Qualidade em Serviços	25
2.4. Gestão Estratégica, Gestão Tática e Gestão Operacional	34
2.6. Tipologia das Organizações	35
2.7. Indicadores	41
3. METODOLOGIA E ESTRATÉGIA DA PESQUISA	43
3.1. Metodologia	43
3.2. Procedimentos de Coleta de Dados	44
3.3. Validação da Escala	48
4- RESULTADOS OBTIDOS	56
5. CONCLUSÕES	73
6. LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA NOVAS PESQUISAS	75
REFERÊNCIAS	77
APÊNDICES	87
Apêndice 1 – Acreditação de Laboratórios de Análises Clínicas	87
Apêndice 2 – Validade de Constructo	90
Apêndice 3 - Grau de Concordância/Aderência às Proposições (Gap)	94
Apêndice 4 - Carta de Apresentação	99
Apêndice 5 - Questionário	100
Apêndice 6 – Relação das Empresas Pesquisadas	101

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Gestão estratégica, gestão tática e gestão operacional	33
<b>Figura 2</b> – Municípios das 20 organizações entrevistadas	54
<b>Figura 3</b> – Gênero dos entrevistados	55
<b>Figura 4</b> – Função dos entrevistados na empresa	55
<b>Figura 5</b> – Nível de escolaridade dos entrevistados	56
<b>Figura 6</b> – Porcentagem de concordância para a proposição IC1	58
<b>Figura 7</b> – Porcentagem de concordância para a proposição IC2	59
<b>Figura 8</b> – Porcentagem de concordância para a proposição IC3	60
<b>Figura 9</b> – Porcentagem de concordância para a proposição IC6	61
<b>Figura 10</b> – Porcentagem de concordância para a proposição IE3	63
<b>Figura 11</b> – Porcentagem de concordância para a proposição IE4	64
<b>Figura 12</b> – Porcentagem de concordância para a proposição IE8	65
<b>Figura 13</b> – Porcentagem de concordância para a proposição QC1	67
<b>Figura 14</b> – Porcentagem de concordância para a proposição QC3	68
<b>Figura 15</b> – Porcentagem de concordância para a proposição QC4	69
<b>Figura 16</b> – Porcentagem de concordância para a proposição QE3	71
<b>Figura 17</b> – Porcentagem de concordância para a proposição QE6	72

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b> Proposições para as gestões de inovação e de qualidade	48
<b>Tabela 2-</b> Proposições ajustadas em função do teste-piloto	49
<b>Tabela 3-</b> Questionário para avaliar a consistência interna dos itens	51
<b>Tabela 4-</b> Dados coletados para consistência interna dos itens	53
<b>Tabela 5-</b> Grau de aderência para gestão operacional de inovação	57
<b>Tabela 6-</b> Grau de aderência para gestão estratégica de inovação	62
<b>Tabela 7-</b> Grau de aderência para gestão operacional de qualidade	66
<b>Tabela 8 –</b> Grau de aderência para gestão estratégica de qualidade	70
<b>Tabela 9-</b> Resumo dos casos processados	91
<b>Tabela 10-</b> <i>Alpha de Cronbach</i>	91
<b>Tabela 11-</b> Análise da correlação das proposições	92
<b>Tabela 12-</b> Interpretação do Grau de concordância ou aderência (Gap)	94

## **LISTA DE SIGLAS UTILIZADAS**

**MPEs-** Micro e Pequenas Empresas

**OCDE-** Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

**CGCRE-** Coordenação Geral de Acreditação

**INMETRO-** Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia

**OAC-** Organizações de Análises Clínicas

**SBAC-** Sociedade Brasileira de Análises Clínicas

**SBPC-** Sociedade Brasileira de Patologia Clínica

**ILAC-** International Laboratory Accreditation Cooperation

**ISO-** International Organization for Standardization

## 1. INTRODUÇÃO

Este trabalho visa apresentar um estudo sobre a gestão de inovação e a gestão de qualidade, praticadas nas empresas prestadoras de serviços na área de saúde.

O tema foi escolhido porque as organizações e os profissionais que prestam serviços neste setor trabalham com vidas humanas e isto requer muito profissionalismo e a máxima confiança dos seus clientes. Desse modo, devem executar com rigor as gestões estratégicas de inovação e de qualidade, aquelas praticadas pelos executivos, e as gestões operacionais de inovação e de qualidade, aquelas praticadas pelos colaboradores que não têm função de gestão.

Resolveu-se, por conveniência, restringir o estudo a empresas prestadoras de serviços de diagnósticos em saúde, laboratórios de análises clínicas, clínicas de radiologia e clínicas de reabilitação. Isso, porque para esses tipos de organizações apesar da grande quantidade de ferramentas de medição dos indicadores de gestão financeiros e não financeiros encontrados na literatura percebe-se que se adotam poucas ou não adotam nenhuma forma de medição de gestão através de indicadores não financeiros (PEREIRA, 2012), este foi o motivo principal deste estudo.

Para a amostra analisada, que contém pequenas e médias empresas (MPE), e que geralmente não possuem como práticas organizacionais a formalização da estratégia, pode-se somar também a falta de interesse pela profissionalização administrativa. Elas se preocupam mais com o aprimoramento técnico do que com a gestão, o que torna a capacidade gerencial limitada e também têm capital financeiro insuficiente para a implantação e sustentação das ações gerenciais, segundo Pereira (2012).

Também, por conveniência, a região da pesquisa foi dividida em duas áreas, sendo a área 1, os bairros do Itaim Bibi, Brooklin e Jardins da cidade de São Paulo, e a área 2, as cidades de Cotia, Osasco e Campo Paulista.

Tais regiões foram escolhidas, porque se localizam onde existe concorrência direta de grandes laboratórios e grandes hospitais com as empresas pesquisadas. Estas, mesmo sendo MPE, se mantêm no mercado competindo com as grandes e mantendo seus clientes conforme dados de pesquisas conduzidas pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica (SBPC).

Como exemplos de grandes hospitais e clínicas de análises e diagnósticos em saúde nas regiões pesquisadas que são concorrentes, podemos citar: Laboratórios Fleury e Laboratório Delboni em Itaim Bibi, Brooklin, Jardins, Cotia e Osasco e Hospital de Clínicas de Campo Limpo Paulista em Campo Limpo Paulista.

Segundo Sitzia & Wood (1997), há um aspecto subjetivo nas pesquisas de satisfação e percepção de usuários que apresenta diversos determinantes como: grau de expectativa e exigências individuais em relação ao atendimento e características individuais do usuário de serviços de saúde. Por isso, considera-se que as áreas escolhidas sejam convenientes para a pesquisa por conterem usuários que utilizam os serviços dessas empresas, mesmo podendo contar com outras prestadoras de serviços maiores e mais conhecidas no mercado.

Segundo Donabedian (1978), o aspecto sócio-organizacional pode facilitar ou dificultar os esforços do cliente/paciente do serviço de saúde em obter o atendimento. Nesse aspecto, podem-se incluir variáveis referentes ao profissional de saúde, como sexo e especialização, e também as preferências do paciente, por isso, tomou-se o cuidado de se perguntar aos entrevistados, sexo, formação e função na organização pesquisada.

Devido às dificuldades encontradas para obter-se a percepção dos usuários sobre os serviços de saúde, resolveu-se restringir a investigação na análise da percepção dos gestores das organizações pesquisadas. Segundo Bonato (2011), é importante conhecer-se o usuário do serviço de saúde e entender seu modo de perceber o atendimento prestado. Mas como o funcionamento das organizações prestadoras desse tipo de serviço acaba por organizar-se para atender às

necessidades dos profissionais e das instituições que representam, é correto pesquisar sobre a gestão das pessoas e a execução das tarefas pelos profissionais que trabalham nessa área em detrimento à pesquisa da percepção dos usuários.

### **1.1. O Problema da Pesquisa**

A presente pesquisa investigou a percepção dos gestores de empresas prestadoras de serviços de saúde com relação à prática da gestão de inovação e de qualidade nessas organizações.

O objetivo principal deste trabalho foi o de obter, por meio de respostas dadas a um questionário estruturado que foi aplicado aos gestores das organizações pesquisadas, a resposta para a seguinte indagação: Como são praticadas as gestões de inovação e de qualidade nas empresas prestadoras de serviços na área de saúde?

Os objetivos específicos deste trabalho foram os de verificar, na percepção dos profissionais pesquisados, se os gestores das empresas prestadoras de serviços na área de saúde examinadas praticam a gestão estratégica de inovação e a de qualidade e se existem diferenças substanciais na percepção de acordo com a cidade em que estão localizados.

Buscou-se ainda verificar se, na percepção dos profissionais pesquisados, os colaboradores, aqueles profissionais que não têm função de gestão, das empresas prestadoras de serviços na área de saúde examinada, praticam a gestão operacional de inovação e a de qualidade e se existem diferenças substanciais nessa percepção de acordo com a cidade da pesquisa.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

Na discussão teórica desta pesquisa, elaborou-se uma estrutura de literatura, para poder visualizar os principais referenciais teóricos, que auxiliam na fundamentação e análise do problema.

No primeiro bloco teórico, tratou-se da conceituação de prestação de serviços, procurou-se associar este tema às organizações prestadoras de serviços na área de saúde.

O tema gestão de inovação em serviços foi abordado no segundo bloco teórico, procurando-se citar os principais autores que tratam desse assunto e qual a importância da gestão de inovação para a sobrevivência das organizações, levando-se em conta visões schumpeteriana e neoschumpeteriana, fazendo-se referências às organizações prestadoras de serviços na área de saúde.

No terceiro bloco teórico, examinou-se o assunto qualidade na prestação de serviços, apontando-se assuntos ligados a este tema e qual a importância da gestão de qualidade para a sobrevivência das organizações, em especial às prestadoras de serviços no setor de saúde.

As definições de gestão por planejamento estratégico, tático e operacional, segundo a ótica de alguns autores, foram abordadas no quarto bloco. Neste trabalho, chamaram-se tais definições de gestão por planejamento estratégico, gestão por planejamento tático e gestão por planejamento operacional. Procurou-se estabelecer as relações entre os três tipos de planejamento e quais profissionais dentro das organizações devem praticar cada um dos planejamentos citados.

Considerações sobre a tipologia das organizações e como seriam os arranjos organizacionais principais para as organizações prestadoras de serviços, em especial para as de serviços em saúde, foram feitas no quinto bloco teórico.



No sexto bloco teórico foram expostos alguns indicadores de desempenho e de qualidade na visão de determinados autores.

## 2.1. Conceito de Serviços

Serviços, de acordo com Kotler (2012), é qualquer desempenho, essencialmente intangível, que uma parte pode oferecer a outra e que não resulta na propriedade de nada e sua execução pode estar ou não ligada a um produto concreto.

Kotler (2012) também define o que é *mix* de serviços e classifica cinco categorias de ofertas distintas de bens ou serviços: **bem tangível** - a oferta é um bem tangível, como um sabão em pó, por exemplo. Não há nenhum tipo de serviço associado ao produto; **bem tangível associado a serviços** - a oferta é um bem tangível associado a um ou mais serviços, como carros e computadores; **híbrida** - a oferta consiste tanto em bens quanto serviços, como nos restaurantes; **serviço principal associado a bens ou serviços secundários** - passageiros de companhias aéreas que compram o serviço de transporte, em que se incluem a viagem mais alguns itens tangíveis, como alimentos, revistas de bordo e a aeronave, mas o principal item é o serviço; **serviço puro** - a oferta consiste, principalmente, em serviços, como nas psicoterapias, fisioterapias, diagnósticos em saúde.

Apesar desse *mix* variável de bens e serviços, algumas generalizações referentes ao setor de serviços são pertinentes (KOTLER, 2012). Por exemplo, os serviços podem ser baseados em equipamentos, como lavagens automáticas de automóveis, ou em pessoas, como serviços de contabilidade. Nesse caso, podem ser divididos entre os que não requerem qualificação, os que requerem alguma qualificação e os que exigem especialização.

Outra observação sobre serviços é a indicada por Giansi e Corrêa (2009), por meio de algumas características especiais da atividade: a intangibilidade; a necessidade da presença do cliente ou de um bem de sua propriedade; e o fato de que em geral os serviços são produzidos e consumidos simultaneamente.

Por essa proximidade entre o fornecedor e o usuário final, o envolvimento e o comprometimento de todos os implicados na relação são fundamentais para o sucesso, pois os profissionais são elos entre uma ação bem-sucedida ou não. As pessoas conhecem a organização não somente por meio de suas instalações físicas, mas também pelo contato com os funcionários dessa organização (ESPUNY, 2008).

Segundo Kotler (2012), alguns serviços exigem a presença do cliente, outros não. Um exame de diagnóstico em saúde requer a presença do cliente, mas o conserto de um carro, não. Se a presença do cliente é indispensável, o prestador de serviços tem de considerar suas necessidades. Há também os serviços que atendem à necessidade pessoal, e outros que atendem à necessidade empresarial.

## **2.2. Inovação em Serviços**

Até meados da década de 1990, a literatura sobre inovação em serviços se constituía, em realidade, na aplicação de conceitos e métodos de análise da inovação desenvolvidos no bojo da indústria manufatureira. Pode-se afirmar que a relação entre serviços e inovação, no escopo desses conceitos industrialistas, resumia-se ao acompanhamento de processos de difusão das inovações tecnológicas nos serviços como, notadamente, a introdução das novas tecnologias da informação e da comunicação nos serviços (BARRAS, 1986), sem se preocupar com a gestão de inovação.

Sem desmerecer esses estudos, mas com a determinação de erigir um novo marco teórico, esforços têm sido despendidos nos últimos anos para constituir uma teoria da gestão de inovação em serviços ou identificar pontos comuns para o desenvolvimento de um enfoque que englobe bens e serviços e, ao mesmo tempo, não deixe de lado suas especificidades (GALLOUJ, 2007).

As empresas prestadoras de serviços na área de saúde foram afetadas por intensas mudanças no mercado provocadas por um mundo globalizado. Entre

elas, destacam-se as novas regulamentações técnicas e governamentais, o código do consumidor, os concorrentes e as fusões que criaram as grandes organizações prestadoras de serviços nessa área. Tais mudanças fizeram com que essas organizações começassem a promover algumas transformações em seus negócios (FILHO, 2010).

Os primeiros pontos de atenção dessas empresas foram os clientes-alvo, que passaram a ser considerados objetos de conquista, pois se tornaram mais exigentes, demandando mais e melhores produtos e serviços. São colocados como centro das atenções e, com isso, há a necessidade de as organizações se preocuparem com a gestão de inovação nos seus serviços, como conexões e relacionamentos entre empresas e empresas, entre empresas e centros de pesquisa, e entre empresas e o governo. A gestão de inovação efetiva depende de todas essas conexões estarem estabelecidas, em seus devidos lugares e funcionando bem (CALDAS, 2001).

Tidd, Bessant e Pavitt (2008) afirmam que a gestão de inovação não se restringe apenas a produtos fabricados, mas também a serviços. Esses autores registram ainda a existência de dois tipos de gestão de inovação: a radical e a incremental. A primeira, entendida como o desenvolvimento e introdução de um novo produto, processo ou forma de organização da produção inteiramente nova. Tal tipo de gestão de inovação representa uma ruptura estrutural com o padrão anterior, originando novas indústrias, setores e mercados, bem como reduz custos e aumenta a qualidade em produtos e serviços já existentes.

Para Tidd, Bessant e Pavitt (2008), a gestão de inovação incremental refere-se à introdução de qualquer tipo de melhoria em um produto, processo ou organização da produção dentro de uma empresa, sem necessariamente alterar a estrutura.

A gestão de inovação depende em grande parte da capacidade de encontrar

Novas maneiras de fazer as coisas, bem como de obter-se vantagem estratégica. Dessa forma, haverá novas oportunidades para ganhar e manter essa vantagem (TIDD, BESSANT e PAVIT, 2008).

Ao analisar-se o que leva as organizações a investir em gestão de inovação, percebe-se que o fazem por razões que podem envolver produtos, mercados, eficiência, qualidade ou capacidade de aprendizado e de implantação de mudanças, aumentando, segundo o Manual de Oslo da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE, 2005), as oportunidades de ingresso em novos mercados.

Sola e Chioro (2008) enfatizam que, nas empresas prestadoras de serviços na área de saúde, a mudança na realização das análises diagnósticas também altera a estrutura gerencial dessas organizações, que provenientes de uma estrutura familiar, típica de MPE, eram geridas pelos seus proprietários, especialistas. Sendo assim, tais empresas tiveram de se tornar mais modernas e serem dirigidas por administradores especializados e por profissionais técnicos mais preparados em administração.

As crescentes preocupações com a racionalização de custos, com a consolidação de diferentes tipos de análise, com melhor gestão de fluxos de trabalho, com a pressão para a redução dos recursos humanos nas empresas prestadoras de serviços na área de saúde e com a melhoria de qualidade dos processos levam-nas à procura cada vez maior de soluções na área de gestão de inovação (SOLA e CHIORO, 2008).

Ainda nessa linha, observa-se que proprietários de empresas prestadoras de serviços na área de saúde deixaram apenas de administrar suas companhias baseados em experiências passadas para poder administrá-las de forma madura, realista e profissional. Observa-se a exigência cada vez maior no desenvolvimento de competências e capacidades gerenciais e administrativas para o exercício das funções de administração. Os gestores devem construir novas relações com o

público, pautadas pela transparência e garantia das necessidades coletivas e dos interesses coletivos (SOLA e CHIORO, 2008).

Para Schumpeter (1950), a gestão de inovação deve estar alinhada à estratégia competitiva. O autor afirma que os empresários ao fazerem uso de gestão de inovação, pela criação de um produto, serviço ou de um processo para produzi-lo, poderão obter vantagem competitiva. Segundo Schumpeter (1950), há uma constante busca por algo novo que simultaneamente destrói as velhas regras e estabelece as novas, tudo orientado pelas novas fontes de lucratividade. Essa é a principal vertente do pensamento schumpeteriano.

Existe uma nova corrente do pensamento econômico denominada de evolucionista (ou neoschumpeteriana) que trata as inovações a partir de princípios lançados por Schumpeter, mas destacando a incerteza e o desequilíbrio do ambiente econômico relacionados com a mudança técnica e comportamental das empresas. Ou seja, caracterizam as inovações como uma melhora constante no processo produtivo, um constante processo de aprendizagem, uma descoberta de novos produtos e novas formas de organização econômica. Em síntese, pela corrente evolucionista, verifica-se qual o papel da gestão de inovação no processo de desenvolvimento econômico destacado pelos principais autores dessa corrente teórica (LIFSCHITZ e BRITO, 1992).

Uma importante vertente dos estudos neoschumpeterianos, que mobiliza o conceito de trajetória tecnológica, os chamados estudos taxonômicos, conferiram aos serviços o mesmo tratamento subordinado em relação à indústria. A principal taxonomia neoschumpeteriana resulta do trabalho de Pavitt (1984).

Portanto, a principal limitação das taxonomias neoschumpeterianas reside no seu determinismo setorial e institucional. Isto é, as empresas de determinado setor, imersas em dado contexto institucional, seguirão a mesma trajetória de inovação. A aplicação desse ponto de vista levou ao enquadramento do setor de serviços como um todo em uma trajetória *supplier-dominated*, na análise de Pavitt

(1984). Ou seja, as trajetórias de inovação no setor de serviços são ditadas, inevitavelmente, pela adoção das inovações geradas na indústria (o *supplier*).

E, para reforçar a importância do papel da concorrência é importante lembrar, conforme afirma Possas (1991), que a interação competitiva estratégia *versus* estrutura é fundamental, na medida em que define as possibilidades e oportunidades tecnológicas (produtos e processos) e, por último, as condições de seleção e de apropriação da gestão de inovação sob a forma de lucros.

Os preceitos schumpeterianos que explicam a dinâmica do processo de crescimento e/ou desenvolvimento econômico capitalista continuam vivos na escola neoschumpeteriana, pois a inovação e o progresso tecnológico continuam sendo variáveis endógenas que explicam a mudança e a dinâmica da economia (MEIRELLES, 1989 apud TAVARES, 2006).

Organizações que investem mais em gestão de inovação e estratégias mais eficientes vão sobreviver em detrimento da “morte” das empresas que não investem nessa área (MEIRELLES, 1989 apud TAVARES, 2006).

Na tentativa de sistematizar os elementos constitutivos da competitividade, destaca-se Porter (1990) que citava em suas interpretações as propostas da teoria do crescimento endógeno.

Para Porter (1990), “as economias de escala e outras imperfeições do mercado são, na verdade, importantes para a vantagem competitiva em muitas indústrias”. Ou melhor, “a natureza da competição econômica não é o equilíbrio, mas um perpétuo estado de mudança”.

Interpretando-se os dizeres de Porter, conclui-se que a sua concepção vai ao encontro dos preceitos defendidos pelos economistas neoschumpeterianos.

Para Gadelha e Maldonado (2008), a busca por algo novo e as mudanças que ocorreram na economia de nosso país nos últimos anos, como a estabilização

da moeda e a redução da inflação, mudaram toda a estratégia e influenciaram as empresas prestadoras de serviços na área de saúde. A falta de políticas públicas articuladas tem levado essas empresas a grande dependência das importações para realizar a gestão de inovação necessária em serviços.

Outro fator que contribui negativamente na gestão de inovação é que os profissionais com atribuições de liderança em organizações prestadoras de serviços na área de saúde recebem formação que apenas os habilita para as finalidades técnicas. Ou seja, diagnósticos, monitorização, prevenção e controle da saúde, como um todo, e, de modo geral, tais profissionais têm poucos conhecimentos sobre gestão (SEKI et al., 2003).

Motta (2003) relata que as empresas se tornaram mais complexas e as concepções de gerência devem se alterar tão profundamente quanto a necessidade de se praticar gestão de inovação em serviços. Conquistar e reter o cliente tornou-se tarefa árdua e constante e deve fazer parte da estratégia competitiva.

Embora ainda as técnicas antigas de gestão tenham espaço em algumas organizações prestadoras de serviços na área de saúde, elas dirigem cada vez mais a sua atenção para o tema da gestão da inovação. Os serviços oferecidos por tais empresas estão sendo percebidos cada vez mais como homogêneos (BOSSUYT et al., 2007).

Para os mesmos autores, as crescentes preocupações com a racionalização de custos, com o incremento do número total de solicitações de serviços incluídos em uma mesma solicitação vinda do cliente, com a melhor gestão de fluxos de trabalho, com a pressão para redução dos recursos humanos na atividade de prestação de serviços na área de saúde e com a melhoria de qualidade dos processos levam essas empresas a procurar novas soluções na área da gestão de inovação.

Para as empresas prestadoras de serviços na área de saúde conseguirem adaptar-se a essas mudanças detectadas no ambiente externo e interno, Blumenthal (1997) sugeriu mudança de atitude dos profissionais que trabalham nessas organizações, no sentido de acompanhar outros setores da sociedade, que por décadas vêm aperfeiçoando seus processos, reduzindo erros resultantes de falhas humanas ou de sistemas. Ou seja, tais profissionais devem praticar gestão de inovação.

Ao analisar-se a competição existente entre as diversas empresas prestadoras de serviços na área de saúde pela busca de clientes, pela sobrevivência e pela obtenção de vantagem competitiva, segundo Stalk (1990) apud Sapkauskiene e Leitoniene (2010) vê-se que essa competição traz uma crescente pressão sobre as companhias, não somente para introduzir novos produtos no mercado, como também para fazê-lo mais rapidamente do que seus concorrentes. Enquanto novos produtos são encarados como líderes de inovação no mercado, a inovação de processos desempenha uma questão estratégica importante, para manter-se no mercado.

Outra estratégia competitiva baseada em gestão de inovação é elaborar-se um plano por meio de abordagem inovadora e criativa, que assegure o êxito da organização nos negócios atuais (FILHO, 2010).

Continuando com as afirmações sobre gestão de inovação e estratégia competitiva, Fleury e Fleury (2008) afirmam que produtos inovadores, excelência operacional e orientação para clientes são estratégias competitivas. E as organizações devem possuir pelo menos uma delas para sobreviver no mercado, além da tradição e localização que fazem parte da sua história.

As organizações que optam pela competição por gestão de inovação garantem a lucratividade no período em que usufruem da posição estratégica no mercado. Posicionar a organização no foco do cliente é conhecê-lo bem e desvendar suas necessidades (FLEURY; FLEURY, 2008).



### 2.3. Qualidade em Serviços

Os conceitos de qualidade sofreram inúmeras modificações e continuam evoluindo, provocando mudanças de práticas, responsabilidades e prioridades em torno de si.

Juran (1990), ao introduzir regras e metodologias para o estabelecimento pela qualidade e o envolvimento da alta gerência, determina que “qualidade é adequação do produto ou serviço ao uso, ou seja, à necessidade do consumidor”.

Ishikawa (1986) diz que qualidade é “rápida percepção e satisfação das necessidades do mercado, adequação ao uso dos produtos e homogeneidade dos resultados do processo”. Nessa abordagem de Ishikawa, vê-se um ingrediente novo na qualidade, que é a rápida percepção por parte da empresa, sobre as necessidades dos clientes (mercado).

Essa visão de Ishikawa (1986) dá ênfase à necessidade de uma malha de relacionamento interno e externo na organização, que possibilite rápido diagnóstico e avaliação de satisfação das necessidades dos consumidores, levando à reformulação dos processos continuamente, para que se possa controlar a qualidade em todas as suas manifestações.

Deming (1986) tem um enfoque para qualidade voltado para a estatística, focalizando as variações ocorridas entre o projeto e o produto e as suas causas. As técnicas estatísticas e os gráficos de controle de processo são propostos por permitirem a distinção entre "causas especiais e comuns". As primeiras atribuídas a indivíduos ou máquinas, e as outras, de responsabilidade gerencial, como falhas das matérias-primas que tomam parte em várias operações. A estatística confere o rigor da análise necessária à solução de problemas da qualidade.

Taguchi (1990) fundamenta todo seu estudo na importância da relação entre qualidade e preço, sendo necessário um equilíbrio entre a perda da qualidade e o preço do produto. "O preço representa para o consumidor uma perda na hora da

compra, e a baixa qualidade representa uma perda adicional para ele durante o uso do produto. Um dos objetivos da engenharia da qualidade deve ser redução da perda total para o consumidor", apresentada pelos seguintes princípios: os custos são a característica mais importante de um produto; os custos não podem ser reduzidos sem influenciar a qualidade; a qualidade pode ser aumentada sem aumentar os custos; os custos podem ser reduzidos através da melhoria da qualidade.

Crosby (1998) afirma que "um sistema de qualidade deve atuar de forma a prevenir defeitos". Sua definição é de que qualidade é fazer bem desde a primeira vez e isso significa manter um compromisso real com aquilo que está sendo realizado. Diz também, que qualidade é "conformidade com os requisitos". Por essa abordagem, tem-se que a qualidade pode ser perfeita, com defeito zero, com custo aceitável pelo consumidor, considerando-se que, ao fazer-se certo da primeira vez, não existirão os custos de refazer, da manutenção, bem como, da insatisfação do consumidor.

Para Téboul (1999), a evolução da qualidade, na história, deu-se sem a participação do setor de serviços, que ficou à margem do processo. Ela foi construída essencialmente no âmbito das indústrias. O autor afirma que a transferência de postos de trabalho do setor primário (agricultura) para o setor secundário (industrial), e depois para o setor terciário (de serviços) fomentou a mudança mais radical do século XX, observada em todos os países.

Com a crescente concentração de mão de obra no setor terciário e o aumento progressivo de sua importância na economia mundial, os conhecimentos e lições aprendidas na área industrial foram utilizados no setor de serviços. Porém, mesmo que a prestação de serviço implique um contato, uma interação entre prestador e cliente, que é parte integrante do sistema de entrega do serviço, ela é essencialmente imaterial, ainda que inclua elementos concretos, como bens manufaturados ou da informação (TÉBOUL, 1999).

Segundo Téboul (1999), a principal diferença deste setor para as indústrias de manufatura reside na interface com o cliente. No setor de serviços, a interação do funcionário com o cliente ocorre no *front office* ou interface. Por outro lado, os processos industriais ocorrem dentro da fábrica, sem a presença do cliente no processo de manufatura, ou seja, nos bastidores ou *back office*. Como produção ou serviços puros são casos extremos, tratando-se de prestação de serviço ou da produção de um bem manufaturado, ambas dizem respeito tanto à interface quanto aos bastidores.

Para que as empresas prestadoras de serviços se mantenham no mercado, é necessário que os gestores busquem direcionamento e fortalecimento das organizações procurando sempre dar importância à qualidade do serviço prestado, que surge como forma de estabelecer diferenciais e agregar valor competitivo à organização (DAVEL e MELO 2005).

Godoy (1999) complementa essa ideia afirmando que a qualidade do serviço prestado para este tipo de empresa é mais significativa para os clientes, uma vez que, o consumo e a produção ocorrem simultaneamente, integrando o cliente no processo de produção do serviço. Ou seja, o setor de serviços estabelece relação direta com a qualidade, pois convive diariamente com sua principal razão, o cliente. Este, por sua vez, requer que suas expectativas sejam entendidas para que possam ser atendidas.

Para o entendimento, Gianesi e Corrêa (2009) elencam quatro fatores que podem influenciar a formação das expectativas dos clientes: a comunicação boca a boca, necessidades pessoais, experiência anterior e a comunicação externa. Ressalta-se que o atendimento de uma necessidade é o principal fator na formação das expectativas, pois é o que leva um indivíduo a procurar um serviço. Os autores também apresentam os dois principais fatores que influenciam a percepção do serviço prestado: a prestação do serviço e a comunicação transmitida ao cliente, durante ou após o processo.

Com a visão de que devem atender e superar as expectativas dos clientes, as empresas prestadoras de serviços na área de saúde iniciaram a execução de mudanças internas no ambiente organizacional, começando pelo seu espaço físico, transformando o ambiente clínico e laboratorial em ambiente modernizado e mais agradável. Contudo, investiram também na capacitação dos profissionais em gestão de qualidade, mas essas mudanças não funcionam como diferenciais, pois o cliente não as considera na escolha da companhia que vai prestar o serviço de diagnóstico em saúde de que ele necessita (FILHO, 2010).

Grönross (2003) afirma que a qualidade na prestação de serviços, o diferencial que o cliente procura, está diretamente relacionada às diretrizes estabelecidas, às condições de trabalho e à capacidade técnica e formação profissional dos funcionários em seus diversos níveis de atendimento.

Para Scarpi (2004), a prestação de serviços na área de saúde, aliada à complexidade da figura humana, demanda a utilização de conjunto de ferramentas e técnicas de treinamento, formação e qualificação dos profissionais, que passam inicialmente pelo estilo gerencial, pelo estabelecimento da missão e valores da instituição e vão até as habilidades manuais dos profissionais envolvidos para realizarem cuidados ou operarem equipamentos e instrumentais extremamente específicos e igualmente complexos.

Ainda sob o aspecto de formação e qualificação dos profissionais, Espuny (2008) defende que as pessoas são os principais responsáveis pelo processo de qualidade. Para que isso aconteça, é necessário efetuar treinamentos, colocar pessoas qualificadas e motivadas para o desenvolvimento de novos produtos e na prestação dos serviços.

O mesmo autor define que na qualidade existem várias fases e a principal é o atendimento, pois é onde se realiza a interação entre a empresa com os clientes. É importante que os gestores preocupem-se em investir em treinamentos para os funcionários. Para que os laços com os clientes sejam cada vez mais fortes e para que as organizações se mantenham no mercado, é necessário que os gestores

busquem direcionamento e fortalecimento das companhias procurando sempre dar importância no atendimento com qualidade do serviço prestado ao cliente.

Segundo Davel e Melo (2005), a preocupação com o atendimento com qualidade surge como forma de estabelecer diferenciais e agregar valor competitivo à organização.

As empresas prestadoras de serviços na área de saúde, com suas peculiaridades, buscam esses diferenciais. Observam-se nelas serviços estruturados de *Call Center*, maior disponibilidade e atenção às demandas apresentadas por seus clientes e atendimento centralizado para marcação de exames de diagnósticos.

Albrecht (2000) enfatiza a importância de considerar o momento de contato com a clientela como o principal fator de qualquer esforço mercadológico. Esse é o chamado momento da verdade, quando o cliente entra em contato com algum aspecto da organização e obtém uma impressão de qualidade de seus serviços.

Ao receber um serviço, o cliente passa por uma sequência de *momentos da verdade*, denominada de *Ciclo de Serviço*, em que, a cada momento da verdade, ele pode formar sua opinião a respeito da qualidade do serviço (ALBRECHT, 2000). Assim, por meio do entendimento desse ciclo e dos momentos da verdade, eventuais falhas ocorridas podem ser mais facilmente identificadas e, mediante a tomada de ações corretivas/preventivas, estas podem ser evitadas de forma que proporcionem um serviço de melhor qualidade.

Segundo Harvey (1998), quanto mais próximo for esse contato, mais complexa será a satisfação das necessidades dos clientes e menos importantes tornam-se as noções de gestão de qualidade procedentes do setor manufatureiro.

Com relação à percepção de gestão de qualidade praticada nas empresas, Deming (1990) afirma que “algumas características da qualidade em serviços são tão fáceis de quantificar e de medir quanto às características de qualidade de um

produto manufaturado”. Como exemplo de características importantes dos serviços, e fáceis de medir, o autor cita a exatidão da documentação, velocidade de expedição, credibilidade do tempo de entrega, cuidado no manuseio, entre outras.

Outra avaliação a ser feita na gestão de qualidade é comparar as expectativas que o cliente tem a respeito do serviço e a sua percepção sobre a qualidade do serviço prestado. Diz respeito à sua expectativa prévia e à percepção formada durante e após a prestação do serviço. Compara-se serviço esperado com serviço percebido (PASQUALI, 2002).

Donabedian (1978) diz que a avaliação dos serviços comporta sempre duas dimensões: o desempenho técnico, ou seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica para maximizar os benefícios e minimizar os riscos, de acordo com as preferências de cada paciente; e o relacionamento pessoal com o paciente, para satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos pacientes. A partir da interação entre o cliente e o médico, existe um processo complexo, que vai desde componentes comportamentais até componentes técnicos muito específicos.

Segundo Bonato (2011) criar um ambiente de trabalho estimulador para compartilhar conhecimento, em que as relações pessoais se manifestam, gerando novos conhecimentos, o desenvolvimento de novas competências, coloca-se como desafio para a organização focada na gestão das pessoas e preocupada com a qualidade.

Organizações vencedoras são aquelas que criam alternativas com maior rapidez, avançando, melhorando, identificando suas fragilidades e estabelecendo oportunidades para criar mecanismos inovadores no cotidiano. Outro aspecto que merece destaque é a definição e identificação da concorrência, estabelecendo formas para identificá-las e mecanismos para lidar com ela (BONATO, 2011).

A Qualidade Total surge como ferramenta de apoio para tratar esta realidade. Assume diferentes significados: qualidade de trabalho, serviço, informação, processo, estrutura e pessoas. Implica a satisfação das expectativas e necessidades dos clientes por meio de uma gestão científica dos processos, baseada em fatos e dados, voltada para a correção e prevenção de erros. Deve ser baseada na manutenção e melhoria dos padrões de desempenho atuais, com produtos e serviços melhores e mais competitivos, na participação e envolvimento dos membros da organização, considerando aspectos éticos que envolvem a prestação dos serviços de saúde (BONATO, 2011).

Ainda segundo Bonato (2011), as ações voltadas ao desenvolvimento do potencial humano mostram-se presentes nos planos e ações das organizações, que atuam no segmento saúde, independentemente do seu porte. As ações dos gestores em saúde contêm a representação social do conceito de “trabalho” e “qualidade”, que estabelece a vinculação do fazer com a percepção e com a verdade tomada pela liderança como direcionadora de seus planos de trabalho. Essas ações, com frequência, parecem ser mais dirigidas intuitivamente do que embasadas em conhecimento construído, alinhando a teoria e a prática.

Consolidar e fortalecer o processo de gestão da qualidade significa aproximar as áreas técnicas e estratégicas dentro das instituições. Os serviços de saúde, quaisquer que sejam eles, devem deixar de ser entendidos apenas como locais de promoção, prevenção e assistência aos pacientes, mas devem ser encarados como organizações que necessitam de gerenciamento e foco no cliente (BONATO, 2011).

É importante atribuir ao usuário do serviço de saúde papel relevante na montagem e funcionamento desse serviço, portanto, é fundamental buscar conhecer e entender o seu modo de perceber o atendimento prestado. Não há dúvidas de que o funcionamento dos serviços de saúde acaba por organizar-se para atender às necessidades exclusivas dos profissionais e das instituições que representam, segundo Bonato (2011). E por esse motivo, é também importante saber-se a percepção dos profissionais que trabalham nessa área.

Para todos os laboratórios de análises clínicas que participaram desta pesquisa, tomou-se o cuidado de verificar se tinham sido acreditados e se receberam a certificação de acreditação.

No Apêndice 1 tem-se os detalhes sobre acreditação. O processo de acreditação propõe a participação voluntária das instituições, estimulando-as a um comportamento de procura da melhoria contínua da qualidade, criando e desenvolvendo a integração com a sociedade, estimulando a cidadania. A acreditação apresenta um caráter eminentemente educativo, voltado para melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial. As principais vantagens da acreditação são: segurança para os pacientes e profissionais da área de saúde; qualidade da assistência; construção de equipe e melhoria contínua; útil instrumento de gerenciamento; critérios e objetivos concretos adaptados à realidade brasileira; e o caminho para melhoria contínua (BONATO, 2011).

#### **2.4. Gestão Estratégica, Gestão Tática e Gestão Operacional**

Entende-se estratégia como formulação da missão e dos objetivos da organização, bem como o plano de ação para alcançá-los, considerando as forças e fraquezas internas, e os impactos das forças do ambiente e da competição.

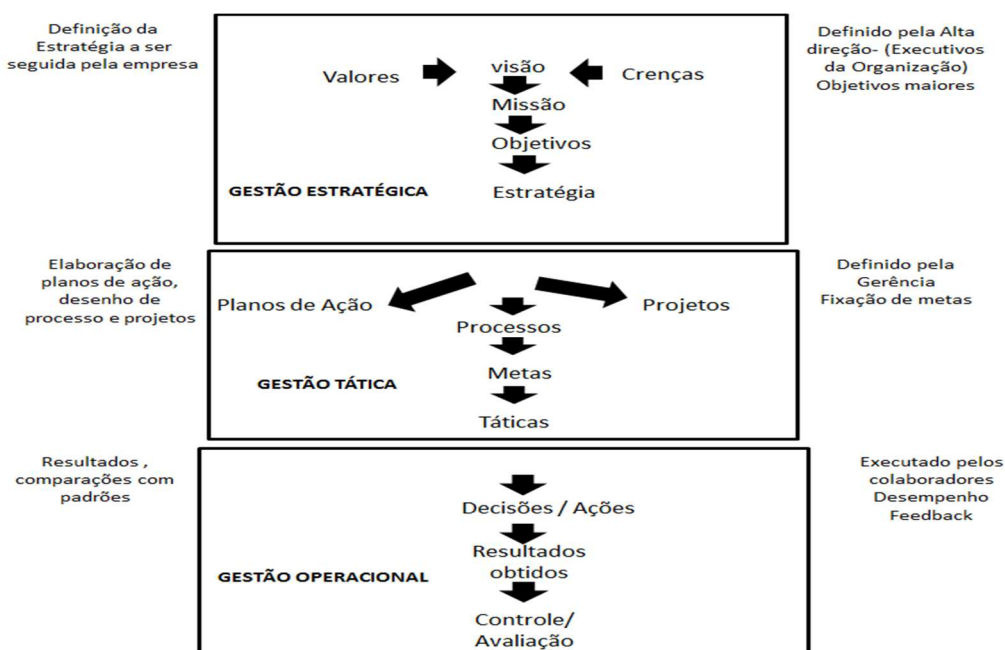
Pode-se afirmar que a estratégia caracteriza-se como um plano de voo, com painéis de operações e controle. Temos também a constituição do mapa estratégico e de seus indicadores, instrumento de gestão estratégica de medição e controle (PICCHIAI, 2008).

Picchiai (2008) afirma ainda que as organizações com clareza estratégica demonstram foco, definem processos de alocação de recursos, que usam de maneira eficaz e possuem visão. A gestão estratégica envolve funcionários e clientes nos fins (objetivos) e nos meios (processos) do trabalho realizado pela organização. É importante a coerência entre os três níveis (estratégico, tático e operacional) e o sentido de unidade na organização.



Na Figura 1, temos uma comparação entre gestão estratégica, tática e operacional. De maneira geral, o planejamento estratégico e a gestão estratégica são de responsabilidade dos níveis hierárquicos mais elevados da empresa/organização (alta direção/executivos/gestores). O planejamento tático e a gestão tática são desenvolvidos e executados pelos níveis intermediários (gerentes/supervisores), tendo como principal finalidade a utilização eficiente dos recursos disponíveis. O planejamento operacional e a gestão operacional são executados pelos níveis mais baixos da organização (colaboradores).

**Figura 1:** Gestão estratégica, gestão tática e gestão operacional.



**Fonte:** Picchiai, 2008.

Drucker (2002) define gestão estratégica como um processo contínuo, sistemático, organizado e capaz de prever o futuro, de maneira que as decisões tomadas minimizem riscos.

Bulgacov et al. (2007) afirmam sobre gestão estratégica que, a partir dos anos 1990, uma série de estratégias tiveram de ser adotadas pelas empresas, devido à mudança de foco em suas atividades, dentre as quais podemos citar: o

aumento crescente de terceirizações; o desenvolvimento de alianças estratégicas; o surgimento de redes organizacionais; a constituição de novas estruturas de relacionamento interno e externo; as parcerias verticais; e demais estratégias similares.

Essas estratégias propiciam às organizações o aumento da oferta de produtos e seus mercados de atuação, permitindo manter seu foco em suas atividades internas (BULGACOV et al., 2007). Outra vantagem é a troca de conhecimentos e, conseqüentemente, a aquisição de novas competências ou capacidades (experiência), que não poderiam ser obtidas de maneira mais eficiente.

Ainda de acordo com Bulgacov et al (2007) no tema gestão estratégica das organizações, estudam-se os processos que levam à mudança organizacional e a sustentabilidade operacional a longo prazo, considerando-se as suas origens, elementos constituídos e implicações teóricas e práticas. Sobre a evolução desse campo de pesquisa os autores afirmam que: enquanto nos anos 1960 o foco primário das pesquisas em estratégia recaiu sobre as forças e fraquezas da empresa, entre os anos 1970 e 1980 a relação da organização com o ambiente passou a receber maior atenção.

*(...)No final dos anos 80, o foco dos estudos de estratégia sofre outra modificação, passando a se concentrar nos setores industriais ou áreas de negócios, seus mercados e escopo de atuação. Nos anos 90, surgem as explicações teóricas com ênfase nas competências essenciais, cuja evolução segue rumo a valorização do conhecimento enquanto elemento central de estratégia organizacional (Bulgacov et al. 2007, p. 3).*

Oliveira (2007) apresenta a gestão estratégica como um processo administrativo para se estabelecer a melhor direção a ser seguida pela empresa, visando minimizar os fatores externos – não controláveis – e atuando de forma inovadora e diferenciada. Para o autor, a gestão por planejamento estratégico

relaciona-se com objetivos de longo prazo e com estratégias e ações para alcançá-los que afetam a organização como um todo.

O planejamento tático relaciona-se aos objetivos de mais curto prazo e com estratégias e ações que, geralmente, afetam apenas parte da empresa. Já a gestão por planejamento operacional deve ter formalização das atividades que devem ser bem definidas, principalmente por meio de documentos escritos (normas), das metodologias de desenvolvimento e implantação estabelecidos. Concentra-se nas atividades do dia a dia (OLIVEIRA, 2007).

De acordo com Kotler (1992), a gestão estratégica é definida como o processo gerencial de desenvolver e manter adequação razoável entre os objetivos e recursos da empresa e as mudanças e oportunidades de mercado. O objetivo da gestão estratégica é orientar e reorientar os negócios e produtos da organização de modo que gere lucros e crescimento satisfatórios.

Pode-se entender que a gestão estratégica é um conjunto de ferramentas que por si só são insuficientes, mas, quando seguidas de gestões táticas e operacionais, consiste em robusta ferramenta para programar o pensamento estratégico da organização.

## **2.6. Tipologia das Organizações**

Penrose (2006) salienta que o conhecimento empresarial é o que determina os limites na capacidade de gestão e na capacidade de aproveitamento pleno dos serviços que se podem oferecer. Contudo os recursos tangíveis necessários aos negócios se adquirem no mercado.

Já o conhecimento necessário para o controle, gestão e crescimento é gerado no interior da empresa e, portanto, estabelece a velocidade de crescimento, ressaltando a importância do empresário como recurso-chave da firma. Essa visão reforça o ponto de que é por meio da aprendizagem que se

melhoram as habilidades e, conseqüentemente, geram determinados conhecimentos.

Conforme Penrose (2006), as empresas com maior tamanho oferecem mais vantagens. Ela salienta que o poder de explorar economias de escala não é apenas técnico, mas, também, administrativo, o que provoca o aumento na produção e no conhecimento de seus funcionários, garantindo, assim, gestão mais eficiente, que, eventualmente, leva a custos e preços mais baixos para o consumidor. Porém, podem ocorrer desvantagens internas elevando os custos em administração.

A autora analisa de forma ampla que a organização deve usar os recursos produtivos de maneira mais eficiente. Se essa é a razão que leva a empresa a expandir-se, tal crescimento não só deveria resultar em utilização mais eficiente dos recursos para a ela, mas também para a sociedade como um todo. Como resultado desse processo, as companhias tendem a crescer cada vez mais. Na sua teoria do crescimento da firma, Penrose (2006) desenvolve uma tese de crescimento interno, visto como processo sustentado pelos recursos da empresa e dos serviços provenientes desses recursos. Assim, os incentivos e limites da firma devem ser buscados internamente, e não em seu entorno.

Para Penrose (2006), o crescimento da firma e as razões da diferenciação e competências entre elas demarcam em sua abordagem as causas internas que geram e limitam o crescimento, ou seja, uma teoria de crescimento sem considerar os eventos externos acidentais. A autora defende que as organizações podem criar valor econômico, não pela posse de recursos, mas devido a eficazes e inovadoras gestões de recursos.

Os recursos produtivos com que conta a empresa são tangíveis, intangíveis e humanos. Este último, em termos específicos, “nunca são recursos em si que constituem os insumos do processo produtivo, mas apenas os serviços que podem prestar” (PENROSE, 2006).

Os serviços proporcionados pelos recursos são função do modo pela qual são utilizados, podendo ser usados os mesmos recursos para diversos fins, ou de modos diferentes, combinando-se entre si para produzirem serviços diferentes. Dessa forma, os recursos consistem num conjunto de serviços potenciais. A distinção básica entre recursos e serviços é o que define o caráter único de firma (PENROSE, 2006).

Outra definição de tipologia das estruturas organizacionais é a de Mintzberg (1995), que divide as estruturas organizacionais em cinco categorias: estrutura simples; estrutura burocrática mecanizada; estrutura burocrática profissional; forma divisionalizada; e adhocracia.

**Estrutura simples** apresenta grande amplitude de controle na cúpula estratégica, nenhuma nas unidades de assessoria e insignificante na linha intermediária; **burocracia mecanizada** apresenta estrutura administrativa e de apoio plenamente elaborada, grande núcleo operacional e enfoque na padronização; **burocracia profissional** apresenta estrutura achatada, linha intermediária estreita e uma assessoria de apoio plenamente elaborada; **forma divisionalizada** apresenta uma pequena cúpula estratégica formada pelos altos dirigentes, uma pequena tecnoestrutura à esquerda, envolvida no desenho organizacional e na operação do sistema de controle de desempenho e um grupo maior de assessores de apoio à direita; **adhocracia** apresenta estrutura flexível capaz de se ajustar a ambientes com mudanças aceleradas e estrutura orgânica, que tem participação nas tarefas multidisciplinares, demonstrando um papel de ligação e integração com complexidade baixa e moderada, e pouca formalização na tomada de decisão.

Segundo Barney (2002), as organizações devem ser baseadas em recursos, e esses são compostos de 3 capitais: capital físico que inclui tecnologia, utensílios e equipamentos existentes na organização, sua localização geográfica e acesso à matéria-prima; capital humano, que é composto por treinamento, experiência, inteligência, relacionamentos e visões individuais dos empregados da organização; e capital organizacional que é a estrutura formal da organização, seu

sistema de planejamento, controle e coordenação, bem como as relações informais entre seus diferentes grupos e entre a empresa e seu ambiente.

Outra definição sobre a tipologia de organizações, classificada segundo seus efeitos socioambientais pertinentes, é a de Tachizawa e Pozo (2010). De acordo com essa ótica, os autores definem que existem dez tipos de organizações, descritas a seguir.

**Organizações sociais (tipo A):** a organização assume responsabilidades perante a sociedade e toma ações em relação ao exercício da cidadania coerente às suas atividades econômicas; a promoção do comportamento ético também é compatível com seu ramo de negócios, de baixo impacto ambiental e ínfima exigência em termos de responsabilidade social. É o caso de cooperativas e associações, organizações sociais e atividades correlatas.

**Empresas de serviços (tipo B):** a organização reconhece os impactos causados por seus produtos, processos e instalações, apresentando algumas ações isoladas no sentido de minimizá-los; enfatiza a promoção do comportamento ético, posicionamento normalmente exigido para empresas de prestação de serviços especializados, firmas de engenharia e organizações afins.

**Empresas comerciais (tipo C):** a organização adota práticas socioambientais para atenuar os potenciais impactos dos produtos comercializados, processos e instalações; tende a exercer certa liderança em questões de interesse da comunidade; existe envolvimento em projetos comunitários. É o caso de médias e grandes organizações do comércio varejistas e atacadistas e afins.

**Instituições financeiras (tipo D):** a organização adota práticas socioambientais para atenuar os impactos de seus serviços, processos e instalações; promove o comportamento ético. É o caso de empresas prestadoras de serviços financeiros, bancos, seguradoras e de serviços em geral.

**Hospitais e hotelaria (tipo E):** a organização adota práticas socioambientais para atenuar os impactos de seus serviços, processos e instalações; lidera questões de interesse da comunidade e do setor; o estímulo à participação das pessoas em esforços de desenvolvimento social é sistemático e existem formas implementadas de avaliação e melhoria da atuação da organização no exercício da cidadania e no tratamento de suas responsabilidades públicas. Posicionamento normalmente exigido para hotéis, hospitais e organizações prestadoras de serviços de lazer e entretenimento.

**Empresas de médio efeito socioambiental (tipo F):** a organização adota práticas socioambientais para atenuar os médios impactos de seus produtos, processos e instalações; busca antecipar as questões públicas; publica balanços sociais e cumpre padrões previamente estruturados nos estágios anteriores. Posicionamento exigido para organizações de materiais de construção, do setor automotivo, confecções e têxteis, e higiene e cosméticos.

**Indústria de bens de consumo não duráveis (tipo G):** a empresa necessita, normalmente, de certificação internacional do tipo selo verde e/ou equivalente, instituída pela SA 8000, AA 1000 e congêneres. É o caso das organizações pertencentes a setores econômicos como alimentos, agronegócios e atividades correlatas de alto impacto socioambiental.

**Indústria de bens de consumo duráveis (tipo H):** o processo de avaliação dos impactos dos produtos e de instalações precisa ser sistematizado, buscando antecipar as questões públicas; adota, normalmente, certificação internacional do tipo selo verde e/ou equivalente, instituída pela SA 8000, AA 1000 e congêneres. É o caso das empresas pertencentes a setores econômicos como construção pesada, plásticos e borracha, eletroeletrônicos, metalurgia e atividades correlatas de significativo impacto socioambiental.

**Indústrias de alto efeito socioambiental (tipo I):** o processo de avaliação dos impactos dos produtos e de instalações precisa ser sistematizado, buscando antecipar as questões públicas; necessita de certificação internacional do tipo selo

verde e/ou equivalente, instituída pela SA 8000, AA 1000 e congêneres; deve adotar princípios de governança corporativa e cumprir padrões cumulativamente estruturados nos tipos anteriores. Neste nível alcançado por estas organizações, devem ser consideradas exigências a serem “cobradas”, cujas características socioambientais exigem tal posicionamento. É o caso das empresas pertencentes a setores econômicos como papel e celulose, tabaco, farmacêutico, bebidas, química leve e atividades correlatas de alto impacto socioambiental. São organizações de capital altamente concentrado e aplica-se àquelas de grande porte com ações em bolsa de valores.

**Indústrias de altíssimo efeito socioambiental (tipo J):** o processo de avaliação dos impactos dos produtos e de instalações precisa ser sistematizado, buscando antecipar as questões públicas; a empresa necessita de certificação internacional do tipo selo verde e/ou equivalente, instituída pela SA 8000, AA 1000 e congêneres. É o caso das organizações pertencentes a setores econômicos como siderúrgicas, petroquímica, química pesada, mineração, hidrelétricas, termoelétricas e usinas nucleares, cimento, fabricantes de munições, armamento militar, fabricantes de agrotóxicos, produtoras de sementes transgênicas e atividades correlatas de altíssimo impacto socioambiental. São companhias de capital altamente concentrado e aplica-se àquelas de grande porte com ações em bolsa.

Segundo Maximiano (2006), as empresas prestadoras de serviços devem fazer gestão por meio da administração participativa, filosofia de administração que valoriza a participação das pessoas no processo de tomada de decisões nas organizações.

A administração participativa é um conjunto harmônico de sistemas, condições organizacionais e comportamentos gerenciais que provocam e incentivam a participação de todos no processo administrativo de três recursos gerenciais: capital, informação e recursos humanos. Por meio dessa participação, obtém-se o total comprometimento com os resultados (MAXIMIANO, 2006).



Existem dois modelos de administração participativa, o diretivo e o participativo. No diretivo, o gestor designa a participação de cada funcionário nas decisões. O problema desse tipo de modelo é a ineficiência global do sistema, a fragilidade da empresa, a insatisfação e a desmotivação dos trabalhadores e o autoritarismo. As empresas que utilizam o modelo diretivo denominam-se organizações mecanicistas (MAXIMIANO, 2006).

Na administração participativa, todos expressam suas opiniões de forma livre, cada um é responsável por seu desempenho e comportamento. As vantagens desse tipo de modelo são que o processo de liderança envolve confiança entre gestores e subordinados, a motivação tem por base a participação dos profissionais, a informação corre livremente em todos os sentidos, há definição participativa de metas e controle disperso baseado no autocontrole. As organizações que seguem o modelo participativo são chamadas de organizações orgânicas (MAXIMIANO, 2006).

## **2.7. Indicadores**

Para Fernandes (2011), os indicadores devem refletir a estratégia da empresa, devendo ser definidos a partir da alta direção, porém Tachizawa e Faria (2010) sinalizam que podem ser estabelecidos segundo hierarquias (negócio, desempenho global, qualidade e desempenho), partindo do grupo pertencente ao nível estratégico, passando pelos demais níveis e chegando às métricas que medem tarefas e processos.

Indicadores estratégicos têm foco na relação da empresa com o ambiente externo (TACHIZAWA; FARIA, 2010). Quanto a esse aspecto, defende-se uma gestão baseada em indicadores, que demonstrem quanto a organização se articula para uma relação socialmente responsável e transparente com os seus *stakeholders*.

Conforme Fernandes (2011), os indicadores têm as seguintes características: refletem a estratégia da empresa e são definidos a partir do topo da organização

para os demais níveis; servem de suporte ao gestor, para ações corretivas, caso as metas (individuais ou coletivas) não estejam sendo cumpridas, comunicando os resultados das ações realizadas (projetos e processos); permitem focar naquilo que realmente importa, evitando desvios que não agreguem valor ao negócio; e tornam transparentes as comunicações entre os diversos níveis organizacionais, por meio de linguagem comum.

De acordo com Tachizawa e Faria (2010), os indicadores se dividem em: indicadores de negócio que auxiliam na avaliação da organização como um todo, no nível estratégico, com foco na interação da empresa com o ambiente externo; indicadores de desempenho global que visam suportar as análises por parte do nível gerencial da empresa, dão a visão de toda a organização, podendo ser empregados para a avaliação de clientes institucionais; e indicadores de qualidade e de desempenho que são os que medem a qualidade e desempenho por processo ou tarefa.

Normalmente, os indicadores de qualidade estão relacionados aos clientes (custos e entrega de serviços). Já os de desempenho visam às principais causas que podem influir em determinado indicador de qualidade. São estabelecidos nos pontos de verificação do processo.

Segundo Tachizawa e Faria (2010), pode-se verificar que indicadores de desempenho são necessários para acompanhar e controlar todos os processos de planejamento e para a definição de metas.

Em todo o processo de avaliação, além dos fatos, eventos e itens mensurados, é usual atribuir-se um valor específico a cada item avaliado, introduzindo quantificação pelo avaliador segundo escala de sua preferência (SIQUEIRA, 2010). Ainda de acordo com o autor, a avaliação de desempenho do planejamento em vários setores empresariais pode ser obtida pela coleta de dados e da identificação dos indicadores em variáveis com unidades de medida (físicas e monetárias).

Segundo Hamel e Prahalad (1995), as organizações devem avaliar a sua capacidade de planejar e moldar o futuro e gerar sucesso nos próximos anos de vida; os executivos dedicam menos de 3% de sua energia à criação de uma perspectiva para a empresa no futuro.

Existe um desafio direto à alta gerência que deveria exercer o controle e ter uma visão clara e definida do rumo da corporação. Porém, o urgente se sobrepõe ao importante; o futuro fica amplamente inexplorado e a capacidade de ação, e não de reflexão e imaginação, transforma-se na única medida de liderança. (HAMEL; PRAHALAD,1995).

### **3. METODOLOGIA E ESTRATÉGIA DA PESQUISA**

#### **3.1. Metodologia**

Adotaram-se como metodologia as técnicas de abordagens qualitativa e quantitativa. Esse método, também chamado de misto, é uma forma de investigação, segundo Creswell (2007), que associa as duas técnicas e envolve alegações filosóficas, ligadas às duas perspectivas. Utilizando-se a coleta e a análise dos dois tipos, o resultado final do trabalho é mais consistente do que se utilizar apenas a pesquisa qualitativa ou somente a quantitativa.

A extensão do campo de estudo é restrita a empresas prestadoras de serviços na área de saúde. As técnicas e os instrumentos de observação utilizados fazem uso da investigação indireta, na medida em que questionários e formulários são empregados (CRESWELL, 2007).

A Pesquisa de Campo é exploratória e descritiva e pretende apresentar informações aos leitores sobre o tema pesquisado e a respeito das características necessárias para identificar, na percepção de seus gestores, como as gestões de inovação e de qualidade são praticadas nas empresas prestadoras de serviços na área de saúde.

As atividades principais executadas para esta pesquisa foram as seguintes: elaborou-se a lista das empresas prestadoras de serviços de diagnósticos em saúde, localizadas nos bairros do Itaim Bibi, Jardins, Moema e Brooklin, na cidade de São Paulo, e nas cidades de Cotia, Osasco e Campo Limpo Paulista; selecionaram-se aleatoriamente as empresas a serem pesquisadas; obtiveram-se os endereços das empresas selecionadas; contataram-se os responsáveis pelas empresas selecionadas e solicitou-se a participação na pesquisa; atuou-se de maneira que fossem obtidos 100% de retorno de respostas dos sujeitos selecionados; tabularam-se as respostas recebidas e procedeu-se à análise dos resultados.

### **3.2. Procedimentos de Coleta de Dados**

Segundo Marconi e Lakatos (2003) a pesquisa é utilizada com objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos a cerca de um problema, para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese, que se queira comprovar, ou, ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles.

A pesquisa qualitativa para Marconi e Lakatos (2003) consiste em investigações de pesquisa empírica cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos, a avaliação de programas, ou isolamento de variáveis principais ou chave.

Qualquer um desses estudos pode usar métodos pela precisão e controle estatísticos, com a finalidade de fornecer dados para a verificação de hipóteses. Todos empregam artifícios quantitativos, tendo por objetivo a coleta sistemática de dados sobre populações, programas, ou amostras de populações e programas. Utilizam várias técnicas como entrevistas, questionários, formulários etc. e fazem uso de procedimentos de amostragem (MARCONI; LAKATOS 2003).

Para esta pesquisa, empregaram-se instrumentos de coleta para investigação por meio de entrevista presencial ou via internet, com troca de e-

mails e também por contato telefônico. As entrevistas estruturadas foram compostas por perguntas diretas e objetivas, destinadas aos gestores de empresas prestadoras de serviços na área de saúde.

O método de coleta de dados deve ser aquele capaz de dar resposta à pergunta formulada no problema. Selltiz (1975) chama a atenção para a necessidade de planejamento que reduza o viés e amplie a precisão da prova obtida.

O viés resulta da coleta de provas de modo que favoreça resposta alternativa a uma questão de pesquisa. A prova é precisa na medida em que podemos afirmar, com confiança, que se obteriam resultados semelhantes se fosse repetida a coleta de provas.

Ballestero e Alvarez (1997) apontam alguns passos básicos que devem ser seguidos para a aplicação do questionário, entre eles a questão da definição da informação procurada.

Na coleta de dados da presente pesquisa aplicou-se questionário tipo Likert, destinado a medir opiniões e atitudes dos respondentes. Tal questionário se encontra descrito integralmente no Apêndice 5, incluindo a carta endereçada aos gestores pesquisados que se encontra no apêndice 4.

A coleta de dados fundamenta-se basicamente numa escala tipo Likert com diferencial semântico de cinco colunas que mede opiniões e atitudes. Uma atitude, segundo Mann (1973), é essencialmente uma disposição mental em face de uma ação potencial. Uma opinião, no dizer de Ander-Egg (1978), representa posição mental consciente, manifesta, sobre algo ou alguém.

De acordo com Ander-Egg (1978), a escala foi idealizada com a finalidade de medir a intensidade das atitudes e opiniões na forma mais objetiva possível. Há inúmeros tipos de escalas, inúmeras técnicas que transformam uma série de

fatos qualitativos em quantitativos ou variáveis, aos quais se podem aplicar processos de mensuração e de análise estatística.

A escala tipo Likert foi usada na presente pesquisa por ser a mais conveniente. Segundo Pereira (1999), Likert em 1932 propôs uma escala de cinco pontos com um ponto médio para registro da manifestação de situação intermediária, de indiferença ou de nulidade, do tipo “ótimo”, “bom”, “regular”, “ruim”, “péssimo”. Essa escala tornou-se paradigma de mensuração qualitativa e, desde então, tem sido largamente aplicada, quer na forma original, quer em adaptações para diferentes objetos de estudo. Nessa pesquisa esses cinco pontos foram substituídos por: “concordo totalmente”; “concordo em parte”, “neutro ou indiferente”, “discordo em parte” e “discordo totalmente”.

A escala Likert foi utilizada nesta pesquisa para avaliar o grau de percepção dos gestores à gestão estratégica e operacional de inovação e à gestão estratégica e operacional de qualidade praticadas pelos gestores e pelos colaboradores das empresas pesquisadas.

O questionário aplicado é composto de 26 perguntas (proposições), sendo quatro para determinação do perfil dos entrevistados, que são gestores de empresas prestadoras de serviços na área de saúde, e 22 proposições para avaliar a percepção desses gestores conforme as respostas fornecidas pelo método de escala Likert.

Dessas 22 proposições, 12 são para a determinação da percepção dos gestores sobre a prática de gestão estratégica e de gestão operacional de inovação nas empresas pesquisadas, sendo seis para a determinação da gestão operacional de inovação, praticada pelos colaboradores que não têm função de gestão das empresas pesquisadas, e seis para a determinação da gestão estratégica de inovação, praticada pelos gestores das empresas pesquisadas; 10 perguntas para a determinação da percepção dos gestores sobre a prática de gestão estratégica e de gestão operacional de qualidade nas empresas pesquisadas, sendo quatro para a determinação da gestão operacional de

qualidade, praticada pelos colaboradores que não têm função de gestão das empresas pesquisadas, e seis para a determinação da gestão estratégica de qualidade, praticada pelos gestores das empresas pesquisadas.

Essas 22 proposições foram agrupadas de acordo com os grupos considerados pelo autor: **IC** refere-se ao grupo que contém as proposições que resultam na percepção dos gestores de gestão operacional de inovação, praticada pelos colaboradores que não têm função de gestão dessas empresas (**quatro** proposições), IC1, IC2, IC3 e IC4; **IE** refere-se ao grupo que contém as proposições que resultam na percepção dos gestores de gestão estratégica de inovação, praticada pelos gestores dessas empresas (**oito** proposições), IE1, IE2, IE3, IE4, IE5, IE6, IE7 e IE8; **QC** refere-se ao grupo que contém as proposições que resultam na percepção dos gestores de gestão operacional de qualidade, praticada pelos colaboradores que não têm função de gestão dessas empresas (**quatro** proposições) QC1, QC2, QC3 e QC4; **QE** refere-se ao grupo que contém as proposições que resultam na percepção dos gestores de gestão estratégica de qualidade, praticada pelos gestores dessas empresas (**seis** proposições) QE1, QE2, QE3, QE4, QE5 e QE6.

As 22 proposições da escala Likert foram apresentadas em ordem não temática como mostra a Tabela 1.

**Tabela 1:** Proposições para as gestões de inovação e qualidade.

Proposições	
Código	Inovação
IC1	Os colaboradores possuem suas atividades bem definidas e estabelecidas por normas
IC2	Os colaboradores tem a necessidade de compreender quais são os exames e diagnósticos oferecidos pela empresa para os clientes
IE1	A empresa possui instalações e equipamentos modernos para oferecer aos seus clientes.
IC3	Os colaboradores expõem com clareza para os clientes os objetivos e as diretrizes da empresa.
IC4	Os colaboradores precisam ter consciência de seu papel junto à clientela.
IE2	A empresa promove capacitação para desenvolvimento técnico dos profissionais.
IE3	A empresa sente a necessidade de promover capacitação para desenvolvimento dos gestores.
IE4	A empresa executa mudanças necessárias na estrutura para estimular novas ideias, facilitando a tomada de decisão.
IE5	A empresa trabalha próximo dos clientes na exploração e desenvolvimento de novos conceitos e serviços.
IC5	Os colaboradores participam com sugestão ou ideias para melhorias dos produtos ou processos.
IC6	Os colaboradores se sentem a vontade para falar, criticar, sugerir, trocar informações.
IE6	A empresa compara sistematicamente seus produtos e serviços com de outras empresas do ramo.
Código	Qualidade
QC1	Os colaboradores se empenham em tratar bem os clientes.
QC2	Os clientes se sentem satisfeitos e confiantes no trabalho dos colaboradores da empresa.
QE1	A empresa sente a necessidade de se empenha em fazer os colaboradores entenderem as necessidades dos clientes.
QE2	A empresa se empenha em fazer os colaboradores honrarem os compromissos assumidos com o cliente.
QC3	Os colaboradores da empresa têm a consciência que estão trabalhando com vidas humanas e isto requer calma e o máximo de atenção.
QE3	A empresa está falando a verdade quando diz que o cliente está em primeiro lugar
QC4	Os colaboradores prestam atenção para que os clientes sejam bem tratados.
QE4	Os clientes estão satisfeitos com as condições físicas e ambientais da empresa.
QE5	A empresa faz intervenções pontuais no dia a dia para resolver questões junto aos clientes
QE6	A empresa realiza constantemente pesquisa, junto aos clientes finais e revendedores para conhecer a qualidade dos seus produtos e serviços.

Fonte: Baron e Shane (2007). Tabela adaptada pelo autor.

### 3.3. Validação da Escala

A validação da escala seguiu as ideias básicas expostas por Likert (1932) no seu trabalho *A Technique for the Measurement of Aptitude - Archives of Psychology*” (apud BAQUERO, 1974) e estão detalhadas no Apêndice 2.



### 3.3.1. Teste-piloto

O questionário foi submetido a um teste-piloto com especialistas da área de prestação de serviços em saúde, com o objetivo de esclarecer se as proposições eram plenamente compreensíveis. Para tal, foi aplicado a três gerentes de laboratórios de análises clínicas e a três gerentes de empresas de diagnósticos, escolhidos por conveniência. O autor, ao aplicá-lo, solicitou que o respondente ficasse à vontade para exprimir quaisquer dúvidas em relação à proposição. Após o teste-piloto, algumas proposições foram ajustadas na redação para serem mais compreensíveis, ficando as proposições conforme a Tabela 2.

Tabela 2: Proposições ajustadas em função do teste-piloto.

P (código da proposição)	Proposições
IC1	Na sua empresa os colaboradores possuem suas atividades bem definidas e estabelecidas por normas.
IC2*	Na sua empresa os colaboradores não têm a necessidade de compreender quais são os exames e diagnósticos oferecidos pela empresa para os clientes
IC3	Na sua empresa os colaboradores expõem com clareza para os clientes os objetivos e as diretrizes da empresa.
IC4*	Na sua empresa os colaboradores não precisam ter consciência de seu papel junto à clientela.
IE1	A sua empresa possui instalações e equipamentos modernos para oferecer aos seus clientes.
IE2	A sua empresa promove capacitação para desenvolvimento técnico dos profissionais.
IE3*	A sua empresa não sente a necessidade de promover capacitação para desenvolvimento dos gestores.
IE4	A sua empresa executa mudanças necessárias na estrutura para estimular novas ideias, facilitando a tomada de decisão.
IE5	A sua empresa trabalha próximo dos clientes na exploração e desenvolvimento de novos conceitos e serviços.
IE6	Na sua empresa compara-se sistematicamente seus produtos e serviços com de outras empresas do ramo.
QC1	Na sua empresa os colaboradores se empenham em tratar bem os clientes.
QC2	Os clientes se sentem satisfeitos e confiantes no trabalho dos colaboradores da sua empresa.
QC3	Na sua empresa os colaboradores têm um pensamento único, que se está trabalhando com vidas humanas e isto requer antes de tudo muita calma, profissionalismo e o máximo de confiança dos clientes.
QC4	Na sua empresa os colaboradores prestam atenção para que os clientes sejam bem tratados.
QE1*	A sua empresa não sente a necessidade de se empenhar em fazer os colaboradores entenderem as necessidades dos clientes.
QE2	A sua empresa se empenha em fazer os colaboradores honrarem os compromissos assumidos com o cliente.
QE3	A sua empresa está falando a verdade quando diz que o cliente está em primeiro lugar.
QE4	Os clientes estão satisfeitos com as condições físicas e ambientais da sua empresa (temperatura, higiene, ruído, mobiliário, sanitários).
QE5	A sua empresa faz intervenções pontuais no dia a dia para resolver questões junto aos clientes.
QE6	A sua empresa realiza constantemente pesquisa, junto aos clientes finais e revendedores para conhecer a qualidade dos seus produtos e serviços.

Fonte: Adaptada pelo autor após teste-piloto.

### 3.3.2. Consistência interna dos itens

A consistência interna dos itens averigua o poder discriminatório de cada proposição. Isto é, investiga se a proposição é adequada para determinar a percepção dos gestores das empresas pesquisadas sobre as gestões de inovação e de qualidade dessas organizações. O procedimento utilizado é o descrito por Baquero (1974) sobre consistência interna dos itens e está detalhado no Apêndice 2.

Os seguintes passos foram executados para pesquisar-se a percepção dos gestores:

- 1) Selecionaram-se, por conveniência, dez empresas prestadoras de serviços na área de saúde, localizadas nos bairros do Itaim Bibi, Jardins, Moema e Brooklin, na cidade de São Paulo.
- 2) Selecionaram-se, por conveniência, dez empresas prestadoras de serviços na área de saúde, localizadas nas cidades de Cotia, Osasco e Campo Limpo Paulista.
- 3) Aplicou-se o questionário ajustado, mostrado na Tabela 3. A coluna P não foi exibida ao respondente.

Cinco proposições foram transformadas em negativas, para valorizar a discordância com vistas a reduzir o viés da resposta positiva ou, como diz Baquero (1974), evitar qualquer tendência ao estereótipo. Dessa forma, as proposições marcadas com asterisco (\*) na Tabela 3, ao serem processadas, requerem a conversão do valor.

**Tabela 3:** Questionário para avaliar a consistência interna dos itens.

NI	P	Proposições	DT	D	I	C	CT
P1	IC1	Na sua empresa os colaboradores possuem suas atividades bem definidas e estabelecidas por normas.					
P2	IC2*	Na sua empresa os colaboradores não têm a necessidade de compreender quais são os exames e diagnósticos oferecidos pela empresa para os clientes					
P3	IE1	A sua empresa possui instalações e equipamentos modernos para oferecer aos seus clientes.					
P4	IC3	Na sua empresa os colaboradores expõem com clareza para os clientes os objetivos e as diretrizes da empresa.					
P5	IC4*	Na sua empresa os colaboradores não precisam ter consciência de seu papel junto à clientela.					
P6	IE2	A sua empresa promove capacitação para desenvolvimento técnico dos profissionais.					
P7	IE3*	A sua empresa não sente a necessidade de promover capacitação para desenvolvimento dos gestores.					
P8	IE4	A sua empresa executa mudanças necessárias na estrutura para estimular novas ideias, facilitando a tomada de decisão.					
P9	IE5	A sua empresa trabalha próximo dos clientes na exploração e desenvolvimento de novos conceitos e serviços.					
P10	IC5*	Na sua empresa os colaboradores não participam com sugestão ou ideias para melhorias dos produtos ou processos.					
P11	IC6	Na sua empresa os colaboradores se sentem à vontade para falar, criticar, sugerir, trocar informações.					
P12	IE6	Na sua empresa compara-se sistematicamente seus produtos e serviços com de outras empresas do ramo.					
P13	QC1	Na sua empresa os colaboradores se empenham em tratar bem os clientes.					
P14	QC2	Os clientes se sentem satisfeitos e confiantes no trabalho dos colaboradores da sua empresa.					
P15	QE1*	A sua empresa não sente a necessidade de se empenhar em fazer os colaboradores entenderem as necessidades dos clientes.					
P16	QE2	A sua empresa se empenha em fazer os colaboradores honrarem os compromissos assumidos com o cliente.					
P17	QC3	Na sua empresa os colaboradores têm um pensamento único, que se está trabalhando com vidas humanas e isto requer antes de tudo muita calma, profissionalismo e o máximo de confiança dos clientes.					
P18	QE3	A sua empresa está falando a verdade quando diz que o cliente está em primeiro lugar.					
P19	QC4	Na sua empresa os colaboradores prestam atenção para que os clientes sejam bem tratados.					
P20	QE4	Os clientes estão satisfeitos com as condições físicas e ambientais da sua empresa (temperatura, higiene, ruído, mobiliário, sanitários).					
P21	QE5	A sua empresa faz intervenções pontuais no dia a dia para resolver questões junto aos clientes.					
P22	QE6	A sua empresa realiza constantemente pesquisa, junto aos clientes finais e revendedores para conhecer a qualidade dos seus produtos e serviços.					

Legenda: NI: número interno da proposição. O sinal \* indica que a mesma proposição é invertida.

P: código da proposição (não aparece para o respondente). DT, D, I, C, CT: diferencial semântico.

Fonte: Tabela adaptada pelo autor.

4) As respostas foram analisadas e tabuladas atribuindo-se os números correspondentes à posição na coluna: DT=1; D=2; I=3; C=4 e CT=5; separam-se as colunas por conveniência de respostas em dois grupos, G1 e G2.

Os respondentes de R1 a R10 localizam-se na cidade de São Paulo e os respondentes de R11 a R14 localizam-se em Cotia , os de R15 a R19 em Osasco e o R20 em Campo Limpo Paulista.

5) Cada grupo de dez respondentes foi dividido em dois grandes grupos: o grupo **G1**, composto pelos respondentes R12, R14, R3, R8, R5, R1, R4, R13, R19 e R18; e o **G2**, composto pelos respondentes R2, R6, R7, R9, R10, R11, R15, R16, R17 e R20.

Essa divisão em grupos foi feita por conveniência, procurou-se colocar em cada grupo pelo menos um respondente de cada cidade pesquisada.

6) Foi calculada a soma obtida para cada proposição, como mostra a Tabela 4.

7) A coluna D/10 da Tabela 4 indica o poder discriminatório da proposição. Segundo Baquero (1974), quanto maior o quociente maior será a validade do item. Importa, sobretudo, o valor absoluto do item que deve ser superior a 1. Isto é, desprezando-se o sinal, são válidas as proposições com  $|D/10| > 1$ . Nesta pesquisa consideraram-se também as proposições que obtiveram  $|D/10| = 1$ .

8) O resultado mostra que algumas das proposições (IE1, IC4, IE2, IE5, IC5, QC2, QE1, QE2, QE4 e QE5), que obtiveram valores  $< 1$ , devem ser eliminadas para se continuar a análise do questionário.

9) Foi feita a validade de constructo conforme está detalhado no apêndice 2.

**Tabela 4:** Dados coletados para consistência interna dos itens.

N1	R12	R14	R3	R8	R5	R1	R4	R13	R19	R18	SG1	R2	R6	R7	R9	R10	R11	R15	R16	R17	R20	SG2	D/10
IC1	2	4	3	2	2	4	4	4	3	4	32	4	4	5	5	4	4	4	5	4	4	43	-1,1
IC2*	4	2	3	2	4	5	5	4	4	3	36	4	5	5	4	4	5	5	5	4	5	46	-1
IE1	3	4	4	4	4	4	4	4	5	4	40	4	5	5	5	4	4	5	5	5	4	46	-0,6
IC3	2	3	2	2	2	4	4	3	4	2	28	4	5	4	5	4	4	5	5	3	4	43	-1,5
IC4*	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	39	5	5	4	5	5	4	5	5	4	4	46	-0,7
IE2	2	2	4	2	2	4	4	4	4	4	32	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	36	-0,4
IE3*	2	2	3	2	2	4	4	4	4	2	29	4	4	2	4	4	4	5	4	4	4	39	-1
IE4	2	2	2	3	3	2	2	3	4	3	26	4	2	4	4	4	3	4	4	4	5	38	-1,2
IE5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	41	5	5	4	5	4	4	4	5	3	4	43	-0,2
IC5*	3	5	4	5	4	3	3	4	4	4	39	4	5	4	4	5	4	5	4	5	4	44	-0,5
IC6	1	2	4	2	2	2	2	2	3	5	25	4	5	4	4	2	4	1	4	4	4	36	-1,1
IE6	3	2	2	4	4	3	3	4	4	4	33	5	3	4	4	5	4	4	4	5	5	43	-1
QC1	2	4	3	4	5	4	4	4	4	3	37	5	4	5	5	4	5	5	5	4	5	47	-1
QC2	4	4	4	4	5	4	4	4	5	4	42	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	48	-0,6
QE1*	3	4	4	4	4	5	5	4	4	5	42	4	4	5	5	4	5	4	5	4	5	45	-0,3
QE2	4	4	4	4	5	5	5	4	4	5	44	5	4	5	5	4	5	4	4	4	5	45	-0,1
QC3	4	4	4	4	5	3	3	3	4	5	39	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	-1,1
QE3	2	2	2	4	4	4	4	4	4	5	35	4	5	2	5	5	5	5	4	5	5	45	-1
QC4	2	3	4	5	4	2	2	4	4	5	35	4	5	4	4	5	5	4	4	5	5	45	-1
QE4	3	4	4	4	5	4	4	4	4	4	40	4	4	4	5	5	4	5	4	4	5	44	-0,4
QE5	4	4	4	4	3	5	5	5	3	5	42	5	4	4	5	3	4	4	4	4	4	41	0,1
QE6	3	4	3	4	4	3	3	4	4	3	35	4	4	5	4	5	5	4	5	5	5	46	-1,1

Legenda: N1: número interno da proposição. O sinal \* indica que a mesma proposição é invertida. Ri: número do respondente. SG1: soma dos pontos obtidos pela proposição no grupo G1. SG2: soma dos pontos obtidos pela proposição no grupo G2. D/10: valor de (SG1-SG2)/10.

Fonte: Dados coletados da pesquisa. Tabela adaptada pelo autor.

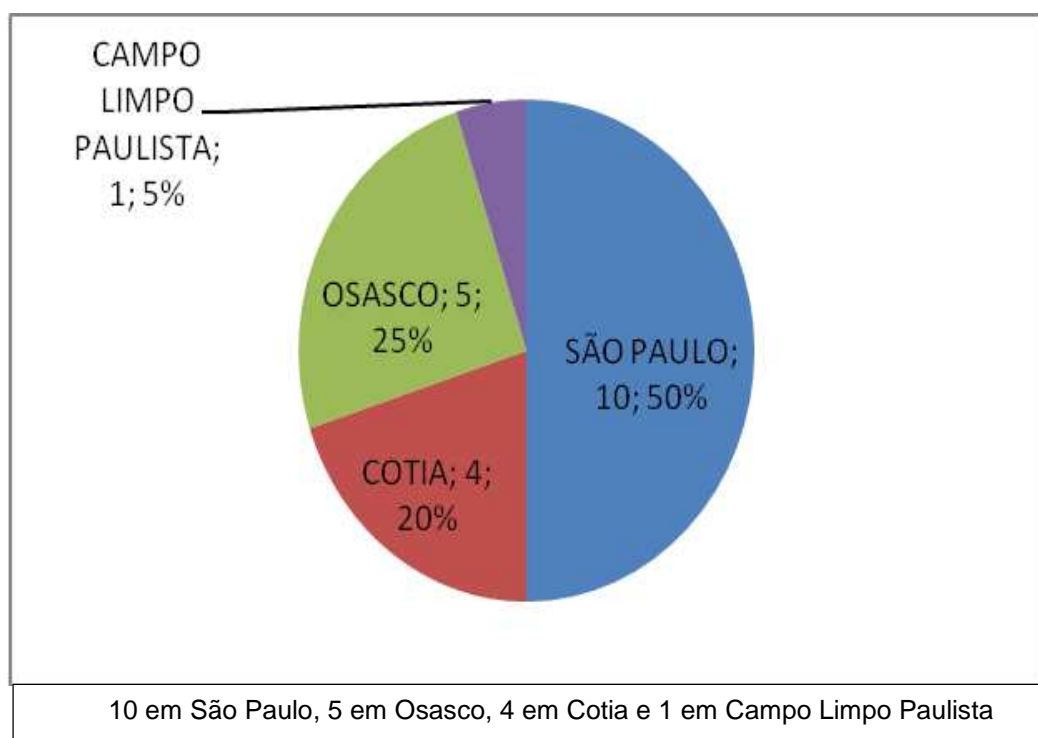
### 3.3.3. Metodologia para a análise das respostas das proposições

Pode-se afirmar que o questionário aplicado, apresentado completo no Apêndice 5, possibilitou a coleta das informações pessoais quanto ao perfil dos entrevistados, por meio de 4 perguntas diretas. Foram elas referentes aos municípios em que se localizam as 20 organizações entrevistadas: 10 em São Paulo; 5 em Osasco; 4 em Cotia; e 1 em Campo Limpo Paulista. Referentes ao

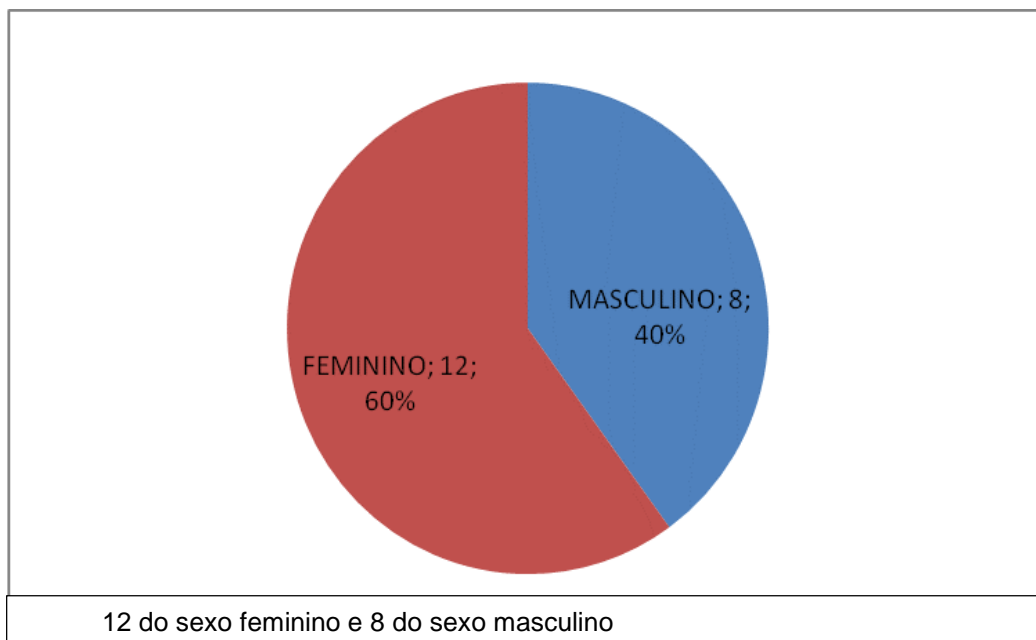
gênero dos entrevistados: 12 são do sexo feminino e 8 do sexo masculino. Referente à função dos entrevistados na empresa: 15 são gerentes; 4 são supervisores; e 1 é proprietário. E quanto ao nível de escolaridade dos entrevistados: 1 com pós-graduação; 11 com nível universitário completo; 5 com nível universitário incompleto; e 3 com ensino médio completo.

Apresenta-se a seguir o resultado das respostas coletadas para análise do perfil dos respondentes nas figuras de 2 a 5 a seguir.

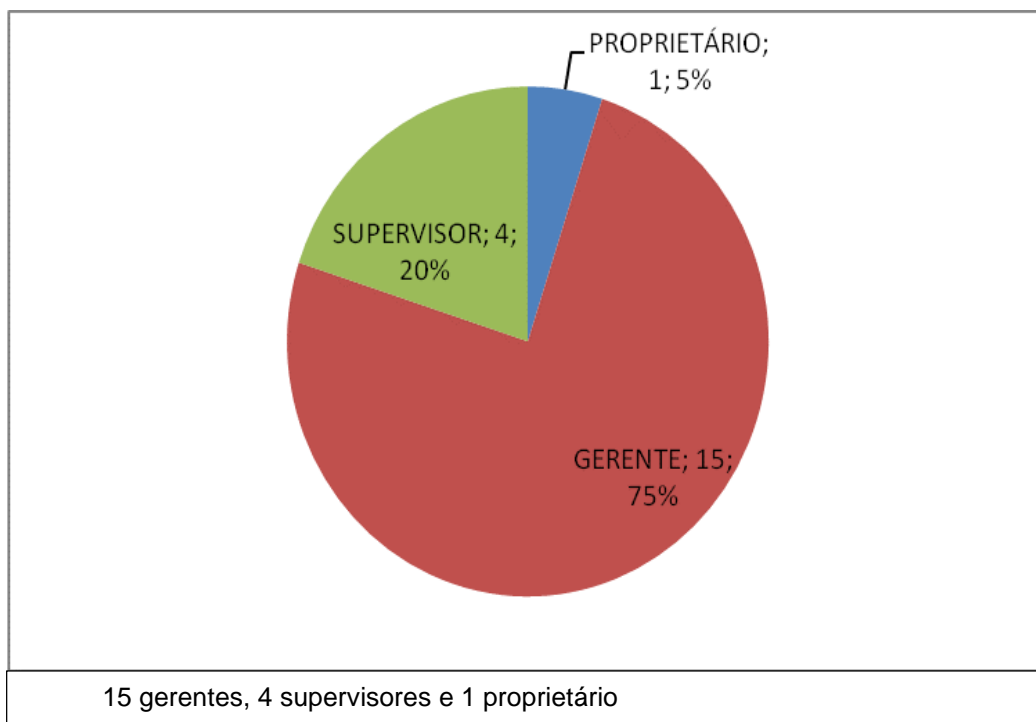
**Figura 2:** Municípios das 20 organizações entrevistadas.



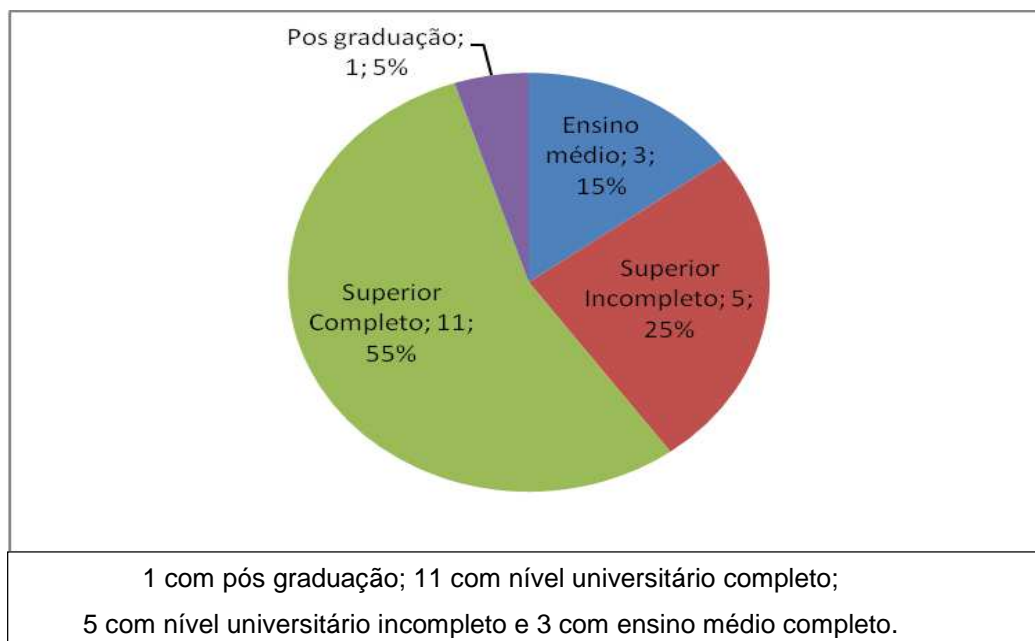
**Fonte:** Dados coletados nas entrevistas. Figura adaptada pelo autor.

**Figura 3:** Gênero dos entrevistados.

**Fonte:** Dados coletados nas entrevistas. Figura adaptada pelo autor.

**Figura 4:** Função dos entrevistados na empresa.

**Fonte:** Dados coletados nas entrevistas. Figura adaptada pelo autor.

**Figura 5:** Nível de escolaridade dos entrevistados

**Fonte:** Dados coletados nas entrevistas. Figura adaptada pelo autor.

#### 4- RESULTADOS OBTIDOS

Foi possível obter-se o nível de aderência dos gestores pesquisados às questões apresentadas por meio do cálculo do grau de concordância/aderência às proposições. Esse cálculo aparece detalhado no Apêndice 4.

O item **galC1** refere-se ao grau de aderência do grupo que contém as proposições que resultam na percepção dos gestores de gestão operacional de inovação, praticada pelos colaboradores que não têm função de gestão dessas empresas (três proposições), IC1, IC2 e IC3, para os respondentes localizados em São Paulo (R1 a R10). O **galC2** é o grau de aderência do grupo que contém as proposições que resultam na percepção dos gestores de gestão operacional de inovação, praticada pelos colaboradores que não têm função de gestão dessas empresas (três proposições), IC1, IC2 e IC3, para os respondentes localizados em Cotia, Osasco e Campo Limpo Paulista (R11 a R20).



**Tabela 5:** Grau de aderência para gestão operacional de inovação.

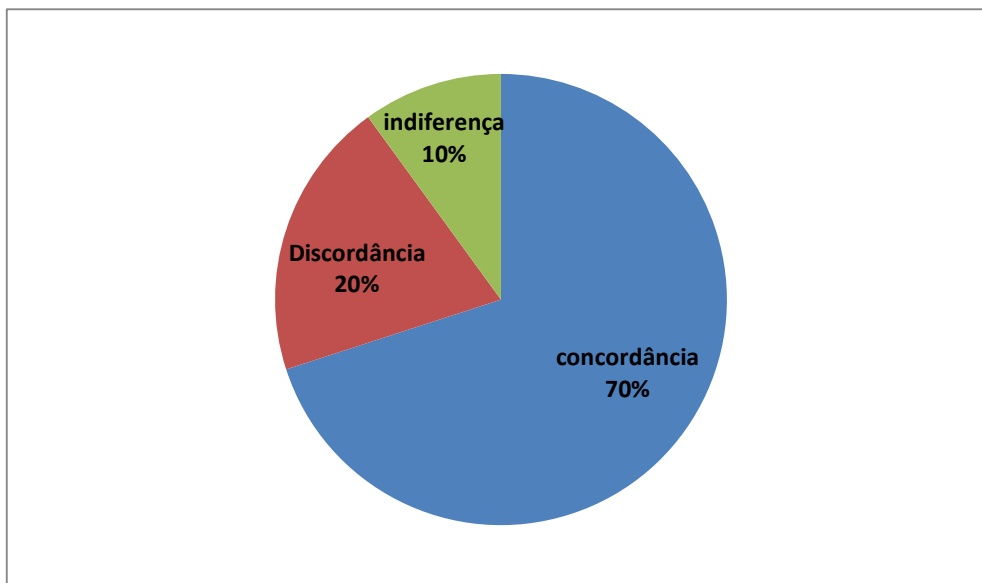
valores obtidos dos respondentes localizados na cidade de São Paulo											DT	D	I	C	CT	CONCORDÂNCIA/ N. TOTAL DE RESPOSTAS	DISCORDÂNCIA/ N. TOTAL DE RESPOSTAS	GaIC1
NI	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	1	2	3	4	5	27/40=0,68	11/40=0,28	71,05% Uma concordância moderada
IC1	4	4	3	4	2	4	5	2	5	4	0	2	1	5	2			
IC2	1	2	2	3	2	2	2	4	4	4	0	1	1	4	4			
IC3	4	4	2	4	2	5	4	2	5	4	0	3	0	5	2			
IC6	2	4	4	2	2	5	4	2	4	2	0	5	0	4	1			
valores obtidos dos respondentes localizados nas cidades de Cotia, Osasco e Campo Limpo Paulista											DT	D	I	C	CT	C/N = GRAU DE CONCORDÂNCIA/ N. TOTAL DE RESPOSTAS	D/N = GRAU DE DISCORDÂNCIA/ N. TOTAL DE RESPOSTAS	GaIC2
NI	R11	R12	R13	R14	R15	R16	R17	R18	R19	R20	1	2	3	4	5	26/40=0,65	8/40=0,2	76,47% Uma concordância moderada
IC1	4	2	4	4	4	5	4	4	3	4	0	1	1	7	1			
IC2	1	2	2	4	2	1	2	3	2	1	0	1	1	4	4			
IC3	4	2	3	3	5	5	3	2	4	4	0	2	3	3	2			
IC6	4	1	2	2	1	4	4	5	3	4	2	2	1	4	1			

Legenda: NI: número interno da proposição. V: variável. P: número da proposição. N: número de respondentes vezes o número de proposições consideradas. DT, D, I, C, CT: diferencial semântico. Ga: grau de aderência.

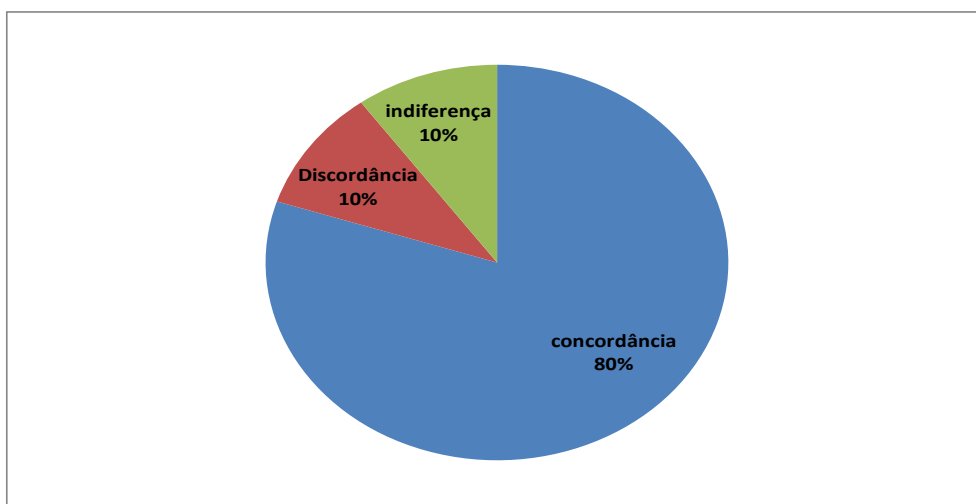
**Fonte:** Dados coletados nas entrevistas. Tabela adaptada pelo autor.

A seguir apresentam-se os dados obtidos com relação às proposições individuais do Grupo IC.

**Figura 6:** Porcentagem de concordância para a proposição IC1.



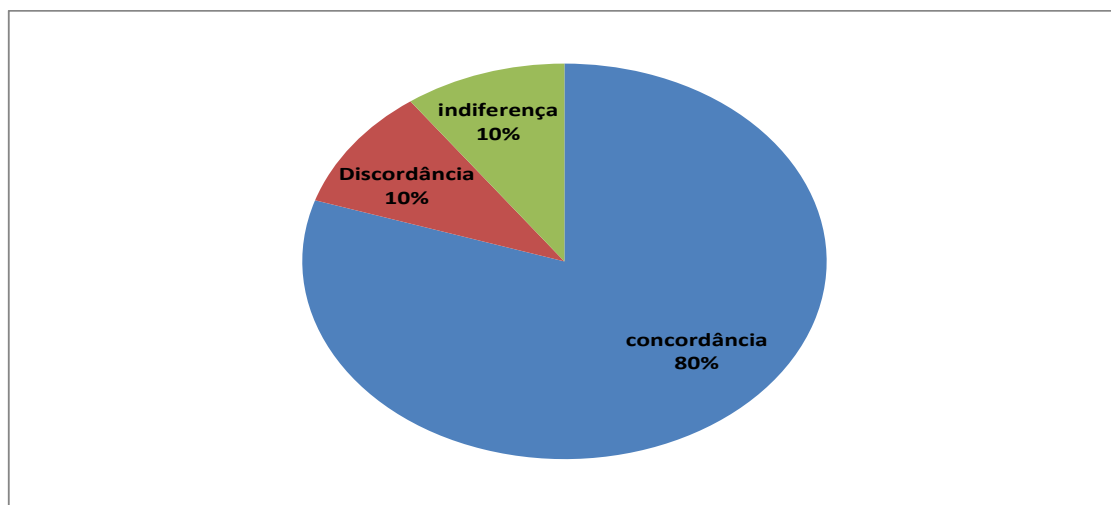
Proposição IC1: Os colaboradores possuem suas atividades bem definidas e estabelecidas por normas.  
(Gestores localizados em São Paulo)



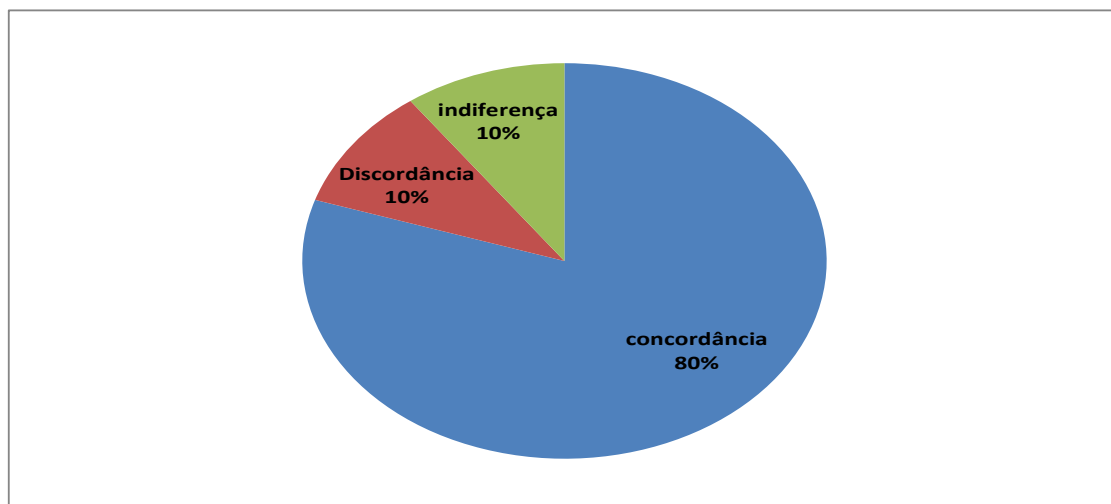
Proposição IC1: Os colaboradores possuem suas atividades bem definidas e estabelecidas por normas.  
(Gestores localizados em Osasco, Cotia e Campo Limpo Paulista)

**Fonte:** Dados coletados nas entrevistas. Figura adaptada pelo autor.

**Figura 7:** Porcentagem de concordância para a proposição IC2.



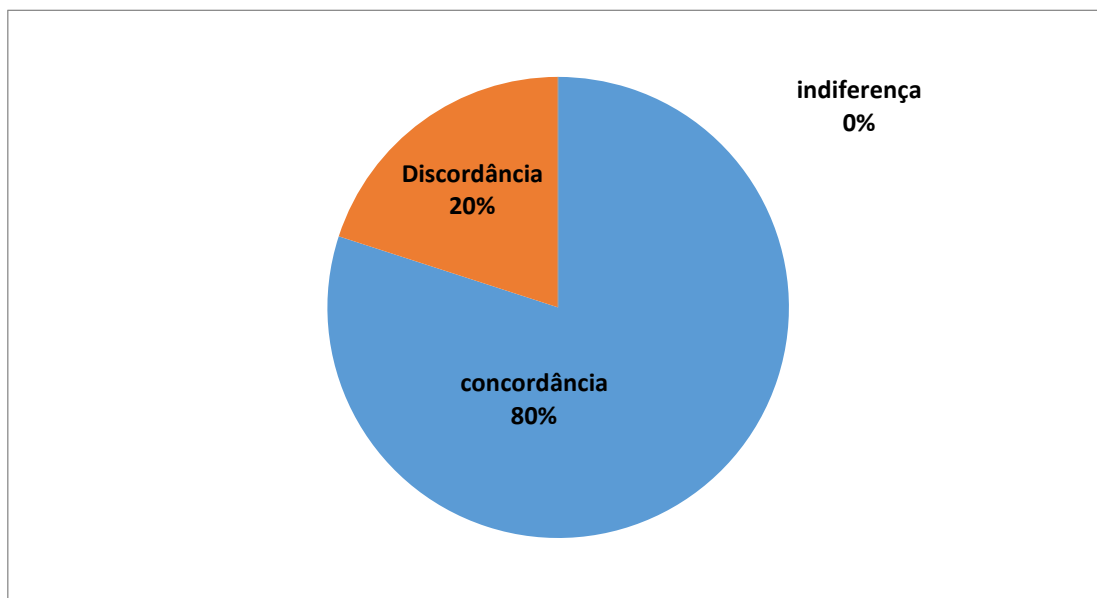
proposição IC2: os colaboradores têm a necessidade de compreender quais são os exames e diagnósticos oferecidos pela empresa para os clientes (gestores localizados em São Paulo )



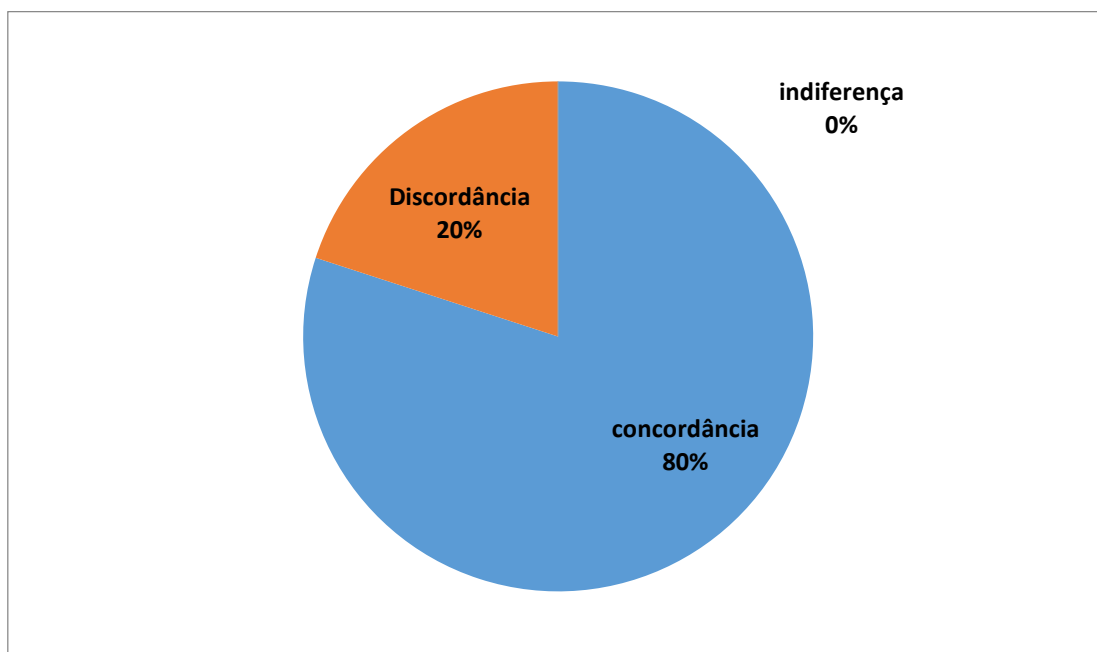
proposição IC2: os colaboradores têm a necessidade de compreender quais são os exames e diagnósticos oferecidos pela empresa para os clientes (gestores localizados em Osasco, Cotia e Campo Limpo Paulista)

**Fonte:** Dados coletados nas entrevistas. Figura adaptada pelo autor.

**Figura 8:** Porcentagem de concordância para a proposição IC3.



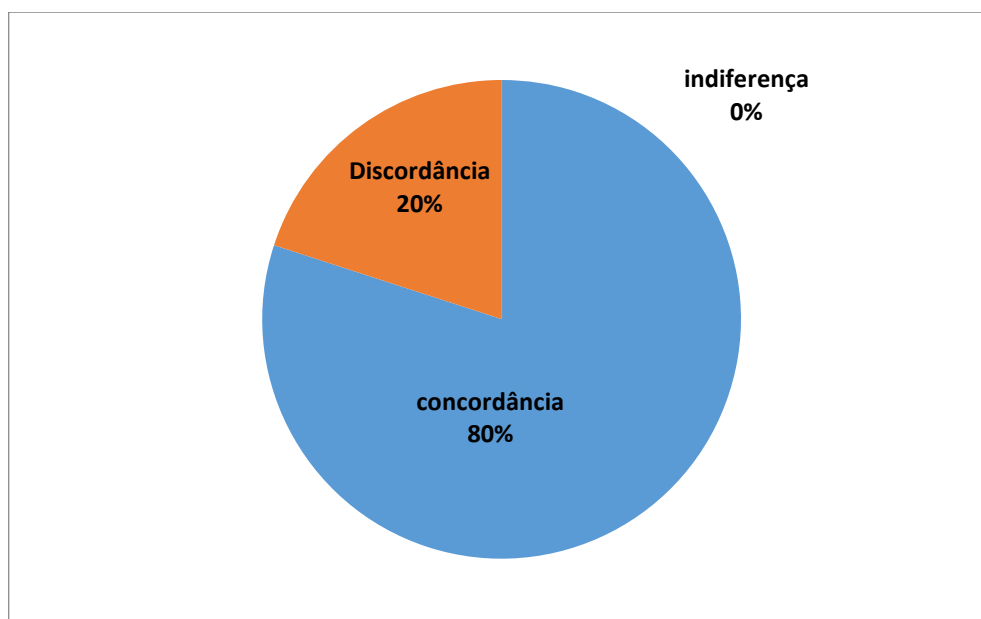
Proposição IC3: Os colaboradores expõem com clareza para os clientes os objetivos e as diretrizes da empresa  
(Gestores localizados em São Paulo)



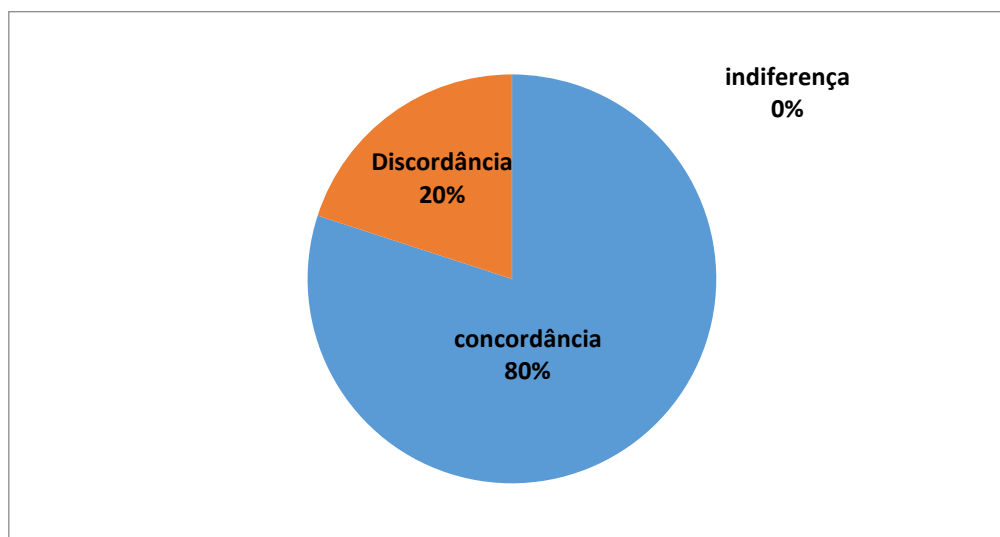
Proposição IC3: Os colaboradores expõem com clareza para os clientes os objetivos e as diretrizes da empresa  
(Gestores localizados em Osasco, Cotia e Campo Limpo Paulista)

**Fonte:** Dados coletados nas entrevistas. Figura adaptada pelo autor.

**Figura 9:** Porcentagem de concordância para a proposição IC6.



proposição IC6: Os colaboradores se sentem a vontade para falar, criticar, sugerir, trocar informações  
(gestores localizados em São Paulo)



proposição IC6: Os colaboradores se sentem a vontade para falar, criticar, sugerir, trocar informações  
(gestores localizados em Osasco, Cotia e Campo Limpo Paulista)

**Fonte:** Dados coletados nas entrevistas. Figura adaptada pelo autor.

O item **gaIE1** refere-se ao grau de aderência do grupo que contém as proposições que resultam na percepção dos gestores de gestão estratégica de inovação, praticada pelos executivos dessas empresas (três proposições), IE3, IE4 e IE6, para os respondentes localizados em São Paulo (R1 a R10). O **gaIE2** refere-se ao grau de aderência do grupo que contém as proposições que resultam na percepção dos gestores de gestão estratégica de inovação, praticada pelos executivos dessas empresas (três proposições), IE3, IE4 e IE6, para os respondentes localizados em Cotia, Osasco e Campo Limpo Paulista (R11 a R20).

**Tabela 6:** Grau de aderência para gestão estratégica de inovação.

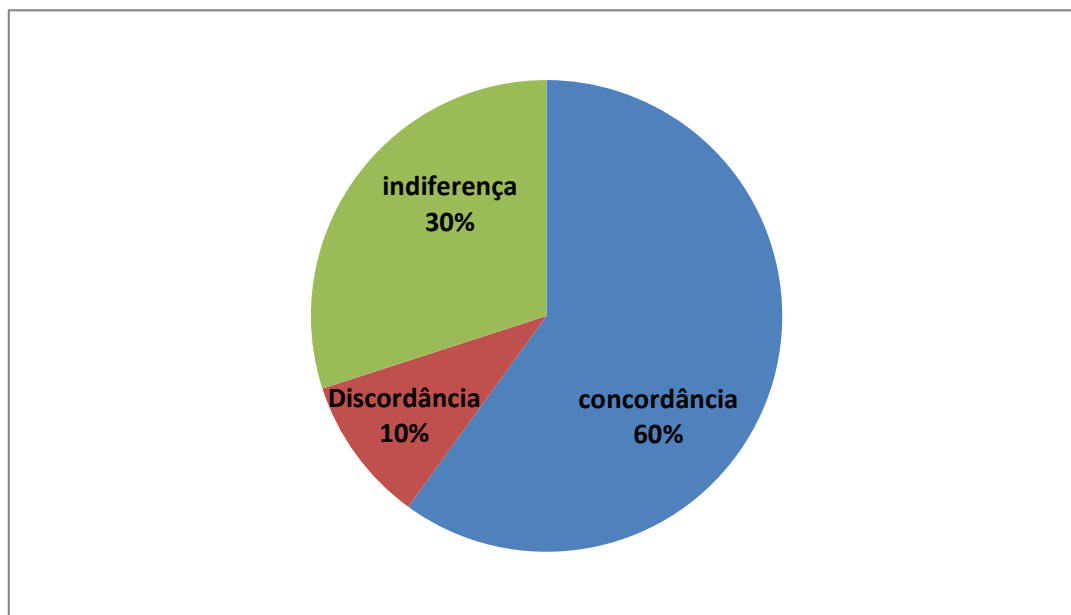
valores obtidos dos respondentes localizados na cidade de São Paulo																CONCORDÂNCIA/ N. TOTAL DE RESPOSTAS	DISCORDÂNCIA/ N. TOTAL DE RESPOSTAS	GaIE1			
NI	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	DT	D	I	C	CT						
IE3	4	4	3	4	2	4	2	2	4	4	0	3	1	6	0	16/30 = 0,53	8/30 = 0,27	66,67% Uma concordância baixa			
IE4	2	4	2	2	3	2	4	3	4	4	0	4	2	4	0						
IE8	3	5	2	3	4	3	4	4	4	5	0	1	3	4	2						
valores obtidos dos respondentes localizados nas cidades de Cotia, Osasco e Campo Limpo Paulista																C/N = GRAU DE CONCORDÂNCIA/ N. TOTAL DE RESPOSTAS	D/N = GRAU DE DISCORDÂNCIA/ N. TOTAL DE RESPOSTAS	GaIE2			
NI	R11	R12	R13	R14	R15	R16	R17	R18	R19	R20	DT	D	I	C	CT						
IE3	4	2	4	2	5	4	4	2	4	4	0	3	0	6	1	20/30 = 0,67	6/30 = 0,2	76,92% Uma concordância moderada			
IE4	3	2	3	2	4	4	4	3	4	5	0	2	3	4	1						
IE8	4	3	4	2	4	4	5	4	4	5	0	1	1	6	2						

Legenda: NI: número interno da proposição. V: variável. P: número da proposição. N: número de respondentes vezes o número de proposições consideradas. DT, D, I, C, CT: diferencial semântico. Ga: grau de aderência.

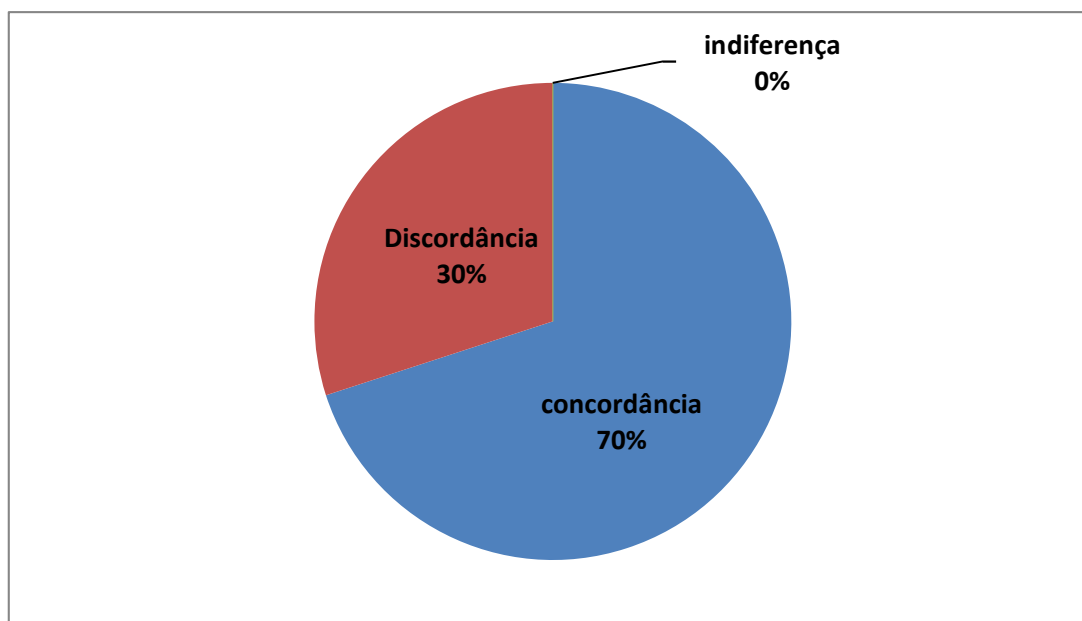
**Fonte:** Dados coletados nas entrevistas. Tabela adaptada pelo autor.

A seguir apresentam-se os dados obtidos com relação às proposições individuais do Grupo IE.

**Figura 10:** Porcentagem de concordância para a proposição IE3.



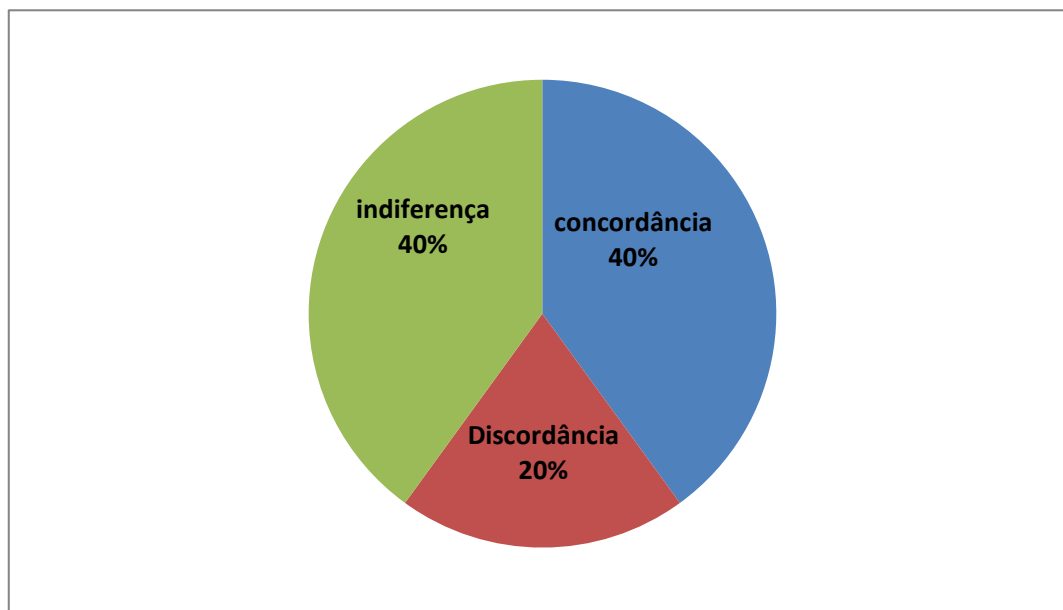
Proposição IE3: A empresa promove capacitação para desenvolvimento técnico dos profissionais  
(Gestores localizados em São Paulo)



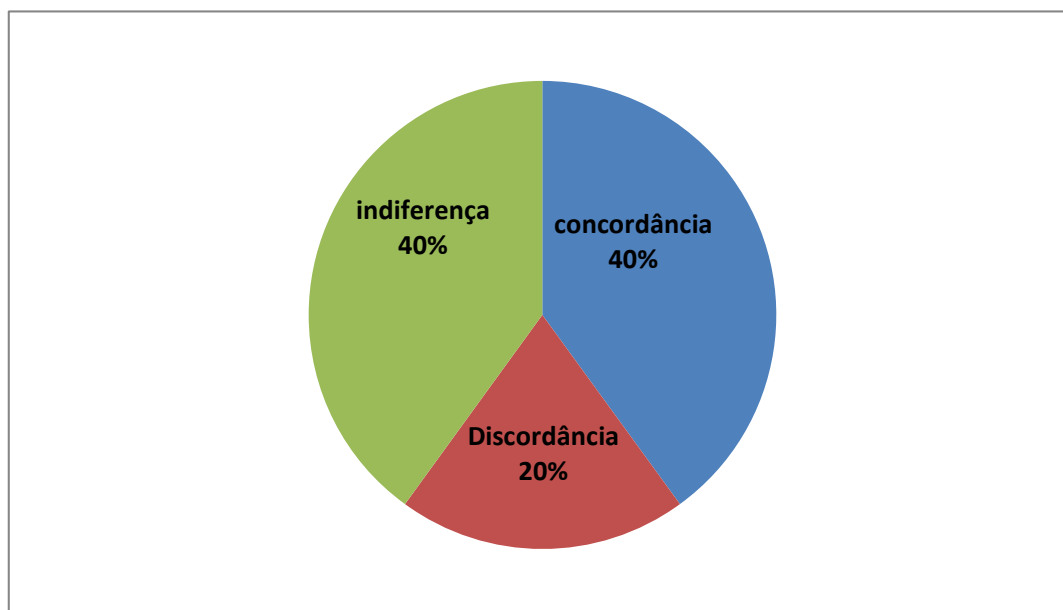
Proposição IE3: A empresa promove capacitação para desenvolvimento técnico dos profissionais  
(Gestores localizados em Osasco, Cotia e Campo Limpo Paulista)

**Fonte:** Dados coletados nas entrevistas. Figura adaptada pelo autor.

**Figura 11:** Porcentagem de concordância para a proposição IE4.



proposição IE4: A empresa promove capacitação para desenvolvimento dos gestores (gestores localizados em São Paulo)

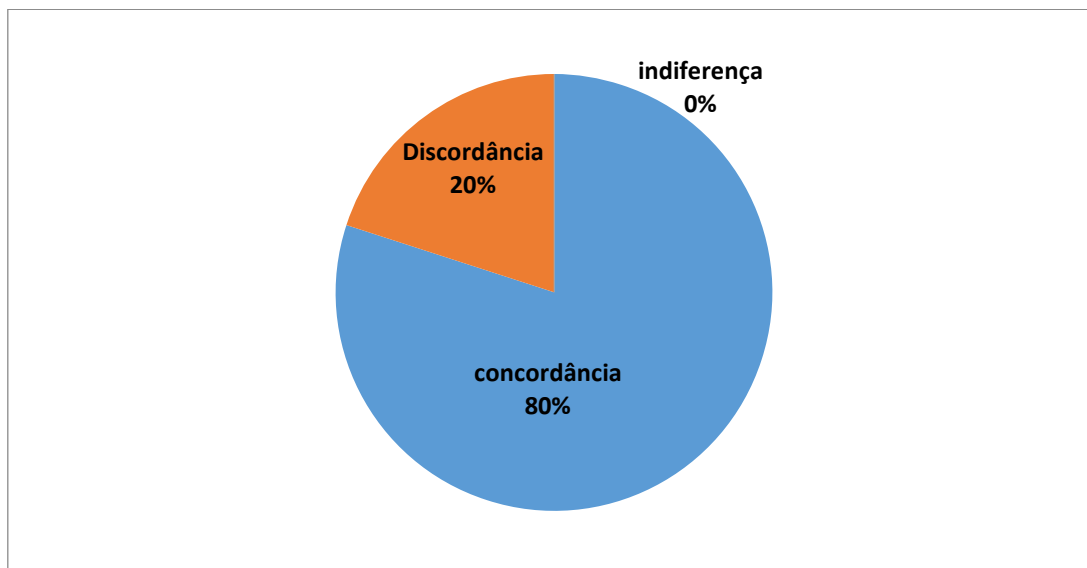


proposição IE4: A empresa promove capacitação para desenvolvimento dos gestores (gestores localizados em Osasco, Cotia e Campo Limpo Paulista)

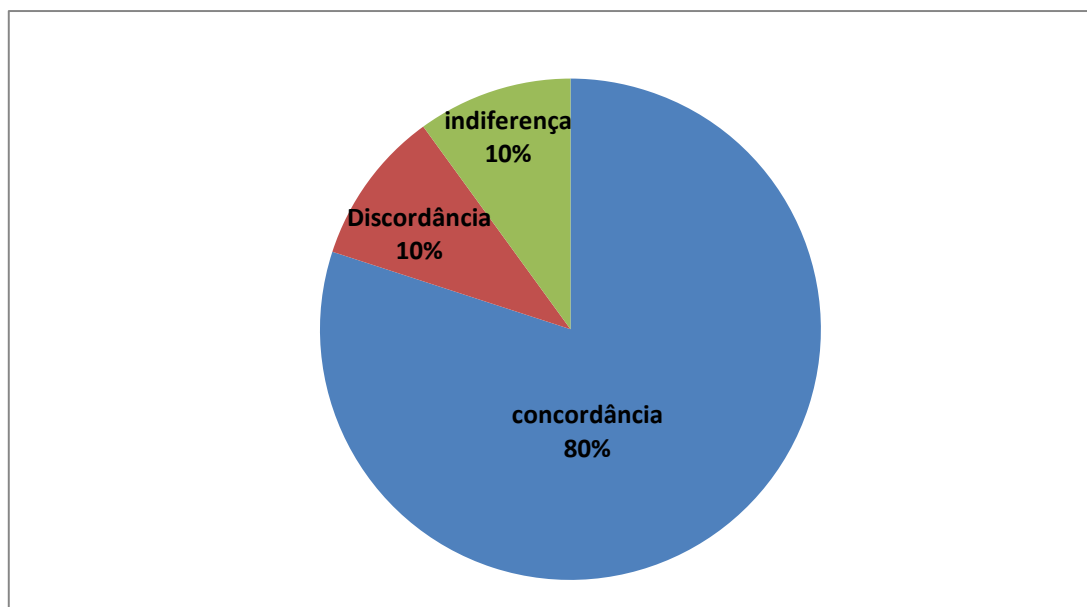
**Fonte:** Dados coletados nas entrevistas. Figura adaptada pelo autor



**Figura 12:** Porcentagem de concordância para a proposição IE8.



proposição IE8: A empresa compara sistematicamente seus produtos e serviços com de outras empresas do ramo  
(gestores localizados em São Paulo)



proposição IE8: A empresa compara sistematicamente seus produtos e serviços com de outras empresas do ramo  
(gestores localizados em Osasco, Cotia e Campo Limpo Paulista)

**Fonte:** Dados coletados nas entrevistas. Figura adaptada pelo autor.

O item **gaQC1** refere-se ao grau de aderência do grupo que contém as proposições que resultam na percepção dos gestores de gestão operacional de qualidade, praticada pelos colaboradores que não têm função de gestão dessas empresas (três proposições), QC1, QC3 e QC4, para os respondentes localizados em São Paulo. O item **gaQC2** refere-se ao grau de aderência do grupo que contém as proposições que resultam na percepção dos gestores de gestão operacional de qualidade, praticada pelos colaboradores que não têm função de gestão dessas empresas (três proposições), QC1, QC3 e QC4, para os respondentes localizados em Cotia, Osasco e Campo Limpo Paulista (R11 a R20).

**Tabela 7:** Grau de aderência para gestão operacional de qualidade.

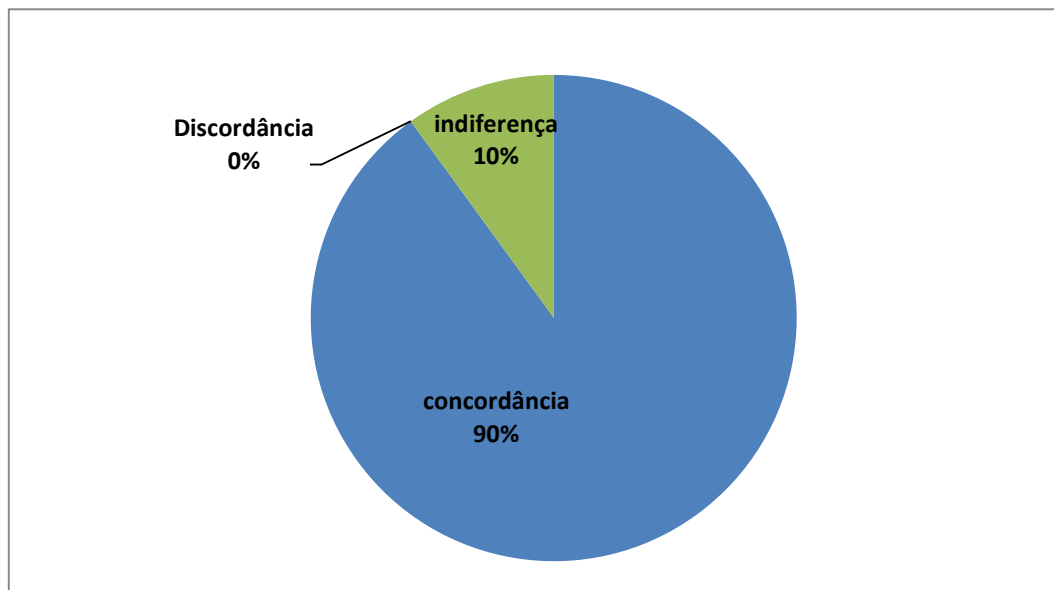
valores obtidos dos respondentes localizados na cidade de São Paulo											DT	D	I	C	CT	CONCORDÂNCIA/ N. TOTAL DE RESPOSTAS	DISCORDÂNCIA/ N. TOTAL DE RESPOSTAS	GaQC1
NI	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	1	2	3	4	5	25/30 = 0,83	2/30=0,067	92,59% Uma concordância muito forte
QC1	4	5	3	4	5	4	5	4	5	4	0	0	1	5	4			
QC3	3	5	4	3	5	5	5	4	5	5	0	0	2	2	6			
QC4	2	4	4	2	4	5	4	4	4	5	0	2	0	5	3			
valores obtidos dos respondentes localizados nas cidades de Cotia, Osasco e Campo Limpo Paulista											DT	D	I	C	CT	C/N = GRAU DE CONCORDÂNCIA/ N. TOTAL DE RESPOSTAS	D/N = GRAU DE DISCORDÂNCIA/ N. TOTAL DE RESPOSTAS	GaQC2
NI	R11	R12	R13	R14	R15	R16	R17	R18	R19	R20	1	2	3	4	5	25/30 = 0,83	2/30=0,067	92,59% Uma concordância muito forte
QC1	5	2	4	4	5	5	4	3	4	5	0	1	1	4	4			
QC3	5	4	3	4	5	5	5	5	4	5	0	0	1	3	6			
QC4	5	4	4	3	4	3	5	5	4	5	0	1	1	4	4			

Legenda: NI: número interno da proposição. V: variável. P: número da proposição. N: número de respondentes vezes o número de proposições consideradas. DT, D, I, C, CT: diferencial semântico. Ga: grau de aderência.

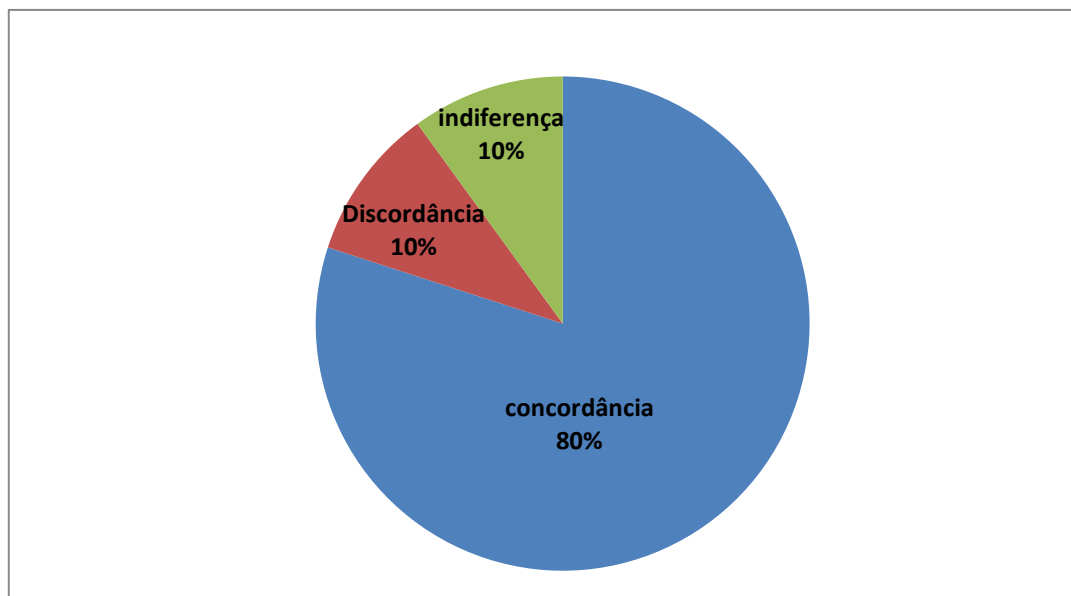
**Fonte:** Dados coletados nas entrevistas. Tabela adaptada pelo autor.

A seguir apresentam-se os dados obtidos com relação às proposições individuais do Grupo QC.

**Figura 13:** Porcentagem de concordância para a proposição QC1.



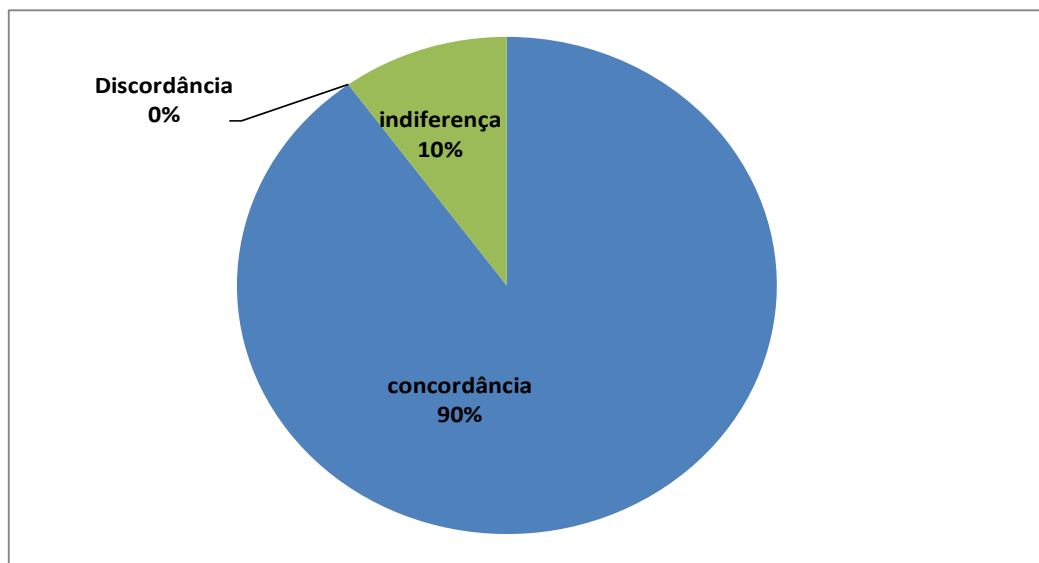
proposição QC1: Os colaboradores se empenham em tratar bem os clientes  
(gestores localizados em São Paulo)



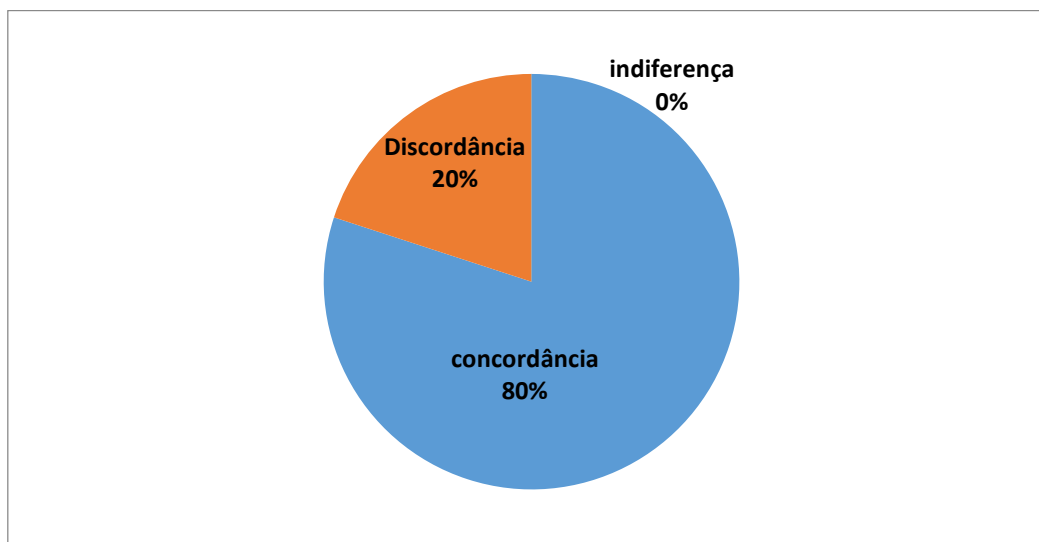
proposição QC1: Os colaboradores se empenham em tratar bem os clientes  
(gestores localizados em Osasco, Cotia e Campo Limpo Paulista)

**Fonte:** Dados coletados nas entrevistas. Figura adaptada pelo autor.

**Figura 14:** Porcentagem de concordância para a proposição QC3.



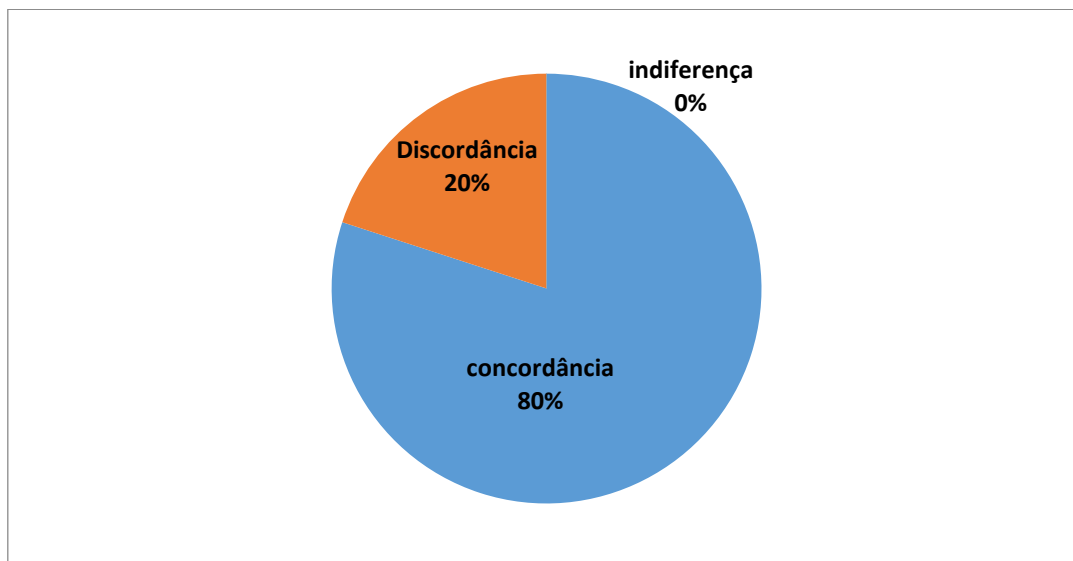
proposição QC3: Os colaboradores tem um pensamento único que se está trabalhando com vidas humanas e isto requer antes de tudo muita calma e o máximo de confiança dos clientes  
(gestores localizados em São Paulo)



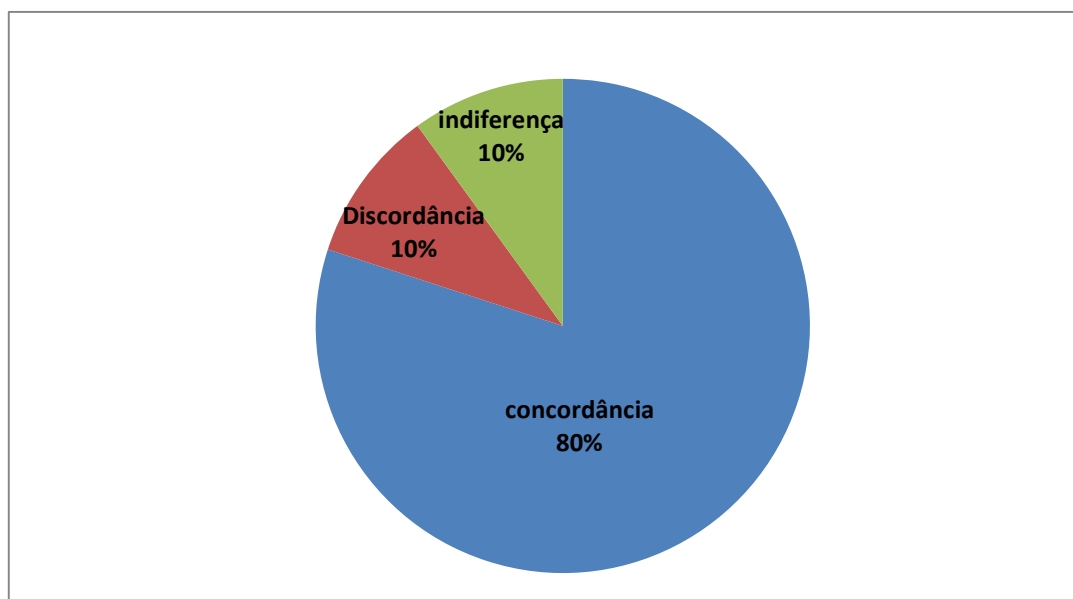
proposição QC3: Os colaboradores tem um pensamento único que se está trabalhando com vidas humanas e isto requer antes de tudo muita calma e o máximo de confiança dos clientes  
(gestores localizados em Osasco, Cotia e Campo Limpo Paulista)

**Fonte:** Dados coletados nas entrevistas. Figura adaptada pelo autor.

**Figura 15:** Porcentagem de concordância para a proposição QC4.



proposição QC4: Os colaboradores prestam atenção para que os clientes sejam bem tratados  
(gestores localizados em São Paulo)



proposição QC4: Os colaboradores prestam atenção para que os clientes sejam bem tratados  
(gestores localizados em Osasco, Cotia e Campo Limpo Paulista)

**Fonte:** Dados coletados nas entrevistas. Figura adaptada pelo autor.

O item **gaQE1** refere-se ao grau de aderência do grupo que contém as proposições que resultam na percepção dos gestores de gestão estratégica de qualidade, praticada pelos executivos dessas empresas (duas proposições), QE3 e QE6, para os respondentes localizados em São Paulo. O item **gaQE2** refere-se ao grau de aderência do grupo que contém as proposições que resultam na percepção dos gestores de gestão estratégica de qualidade, praticada pelos executivos dessas empresas (duas proposições), QE3 e QE6, para os respondentes localizados em Cotia, Osasco e Campo Limpo Paulista (R11 a R20).

**Tabela 8:** Grau de aderência para gestão estratégica de qualidade.

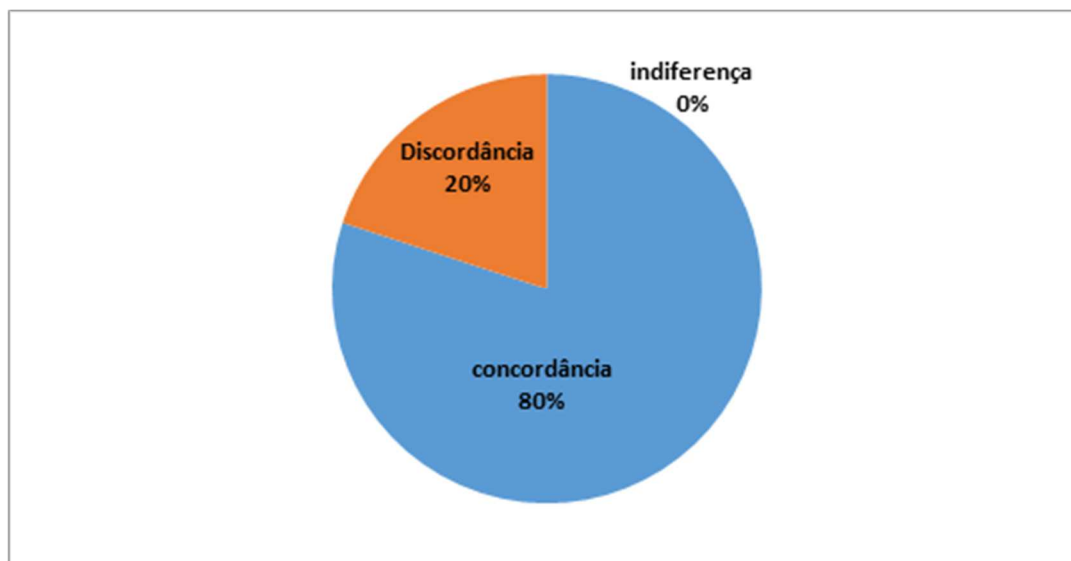
valores obtidos dos respondentes localizados na cidade de São Paulo											CONCORDÂNCIA/ N. TOTAL DE RESPOSTAS					DISCORDÂNCIA/ N. TOTAL DE RESPOSTAS					GaQE1					
NI	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	DT	D	I	C	CT											
											1	2	3	4	5											
QE3	4	4	2	4	4	5	2	4	5	5	0	2	0	5	3	15/20=0,75					2/20=0,10					88,24% Uma concordância muito substancial
QE6	5	4	3	5	4	5	5	2	4	4	0	0	3	5	2											
valores obtidos dos respondentes localizados nas cidades de Cotia, Osasco e Campo Limpo Paulista											C/N = GRAU DE CONCORDÂNCIA/ N. TOTAL DE RESPOSTAS					D/N = GRAU DE DISCORDÂNCIA/ N. TOTAL DE RESPOSTAS					GaQCE2					
NI	R11	R12	R13	R14	R15	R16	R17	R18	R19	R20	DT	D	I	C	CT											
											1	2	3	4	5											
QE3	5	2	4	2	5	4	5	5	4	5	0	2	0	3	5	16/20=0,80					2/20=0,10					88,89% Uma concordância muito substancial
QE6	5	3	4	4	4	5	5	3	4	5	0	0	2	4	4											

Legenda: NI: número interno da proposição. V: variável. P: número da proposição. N: número de respondentes vezes o número de proposições consideradas. DT, D, I, C, CT: diferencial semântico. Ga: grau de aderência.

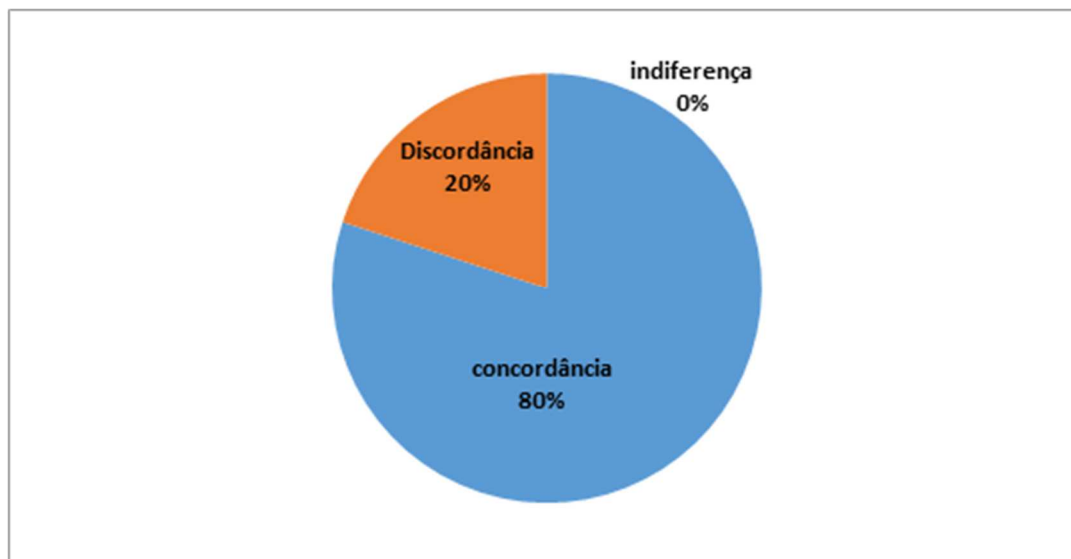
**Fonte:** Dados coletados nas entrevistas. Tabela adaptada pelo autor.

A seguir apresentam-se os dados obtidos com relação às proposições individuais do Grupo QE.

**Figura 16:** Porcentagem de concordância para a proposição QE3.



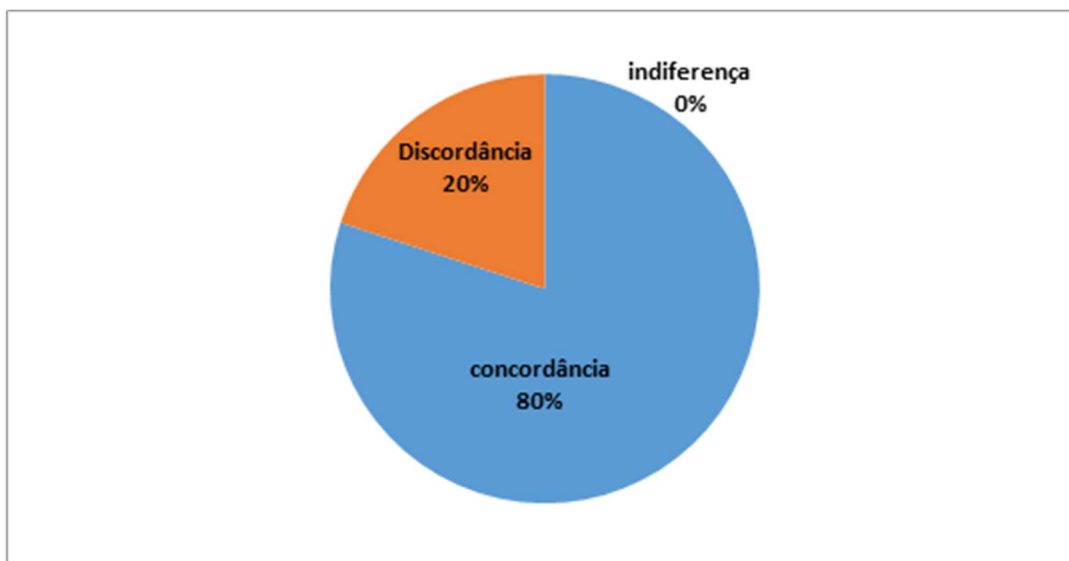
proposição QE3: A empresa está falando a verdade quando diz que o cliente está em primeiro lugar  
(Gestores localizados em São Paulo)



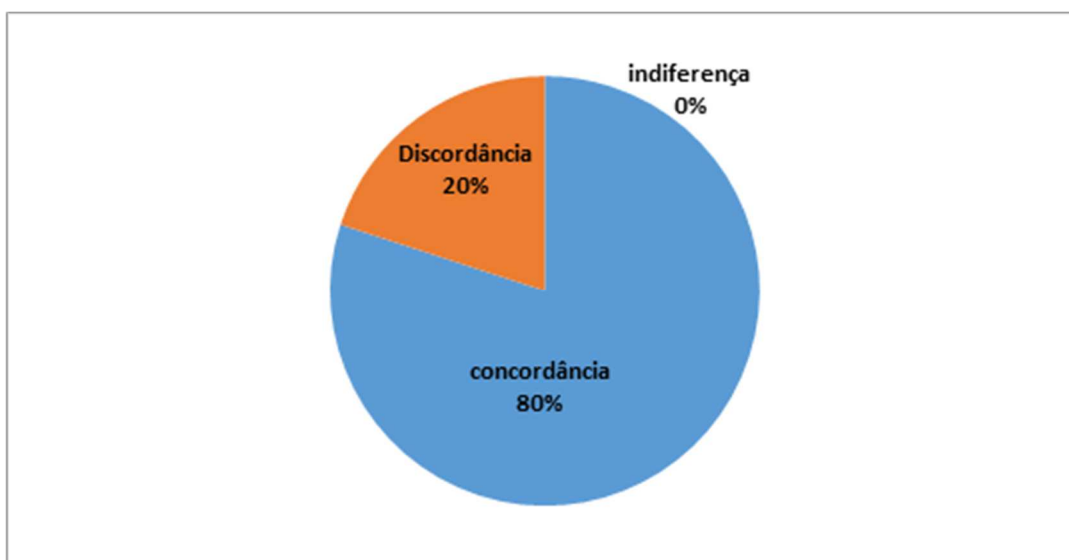
proposição QE3: A empresa está falando a verdade quando diz que o cliente está em primeiro lugar  
(Gestores localizados em Osasco, Cotia e Campo Limpo Paulista)

**Fonte:** Dados coletados nas entrevistas. Figura adaptada pelo autor.

**Figura 17:** Porcentagem de concordância para a proposição QE6.



proposição QE6: A empresa realiza constantemente pesquisa, junto aos clientes finais e revendedores, para conhecer a qualidade dos seus produtos e serviços (gestores localizados em São Paulo)



proposição QE6: A empresa realiza constantemente pesquisa, junto aos clientes finais e revendedores, para conhecer a qualidade dos seus produtos e serviços (gestores localizados em Osasco, Cotia e Campo Limpo Paulista)

**Fonte:** Dados coletados nas entrevistas. Figura adaptada pelo autor.



## 5. CONCLUSÕES

Com relação aos objetivos desta pesquisa, pode-se concluir que, na percepção dos gestores das empresas prestadoras de serviços na área de saúde pesquisadas, a gestão estratégica de inovação praticada pelos executivos é positiva e não difere muito da gestão operacional de inovação executada pelos colaboradores. Ou seja, há na percepção desses um plano de inovação elaborado e definido pelas organizações, e esse plano é bem executado pelos colaboradores, que não têm função de gestão. Essa conclusão permite afirmar que as empresas pesquisadas, apesar de sofrerem pressão direta da concorrência na região onde estão localizadas, ainda se mantêm no mercado, o que corrobora a linha de pensamento neoschumpeteriano que diz que firmas que investem mais em gestão de inovação vão sobreviver em detrimento da “morte” das que não investem (MEIRELLES, 1989) apud (TAVARES, 2006). A evidência desse fato é que, apesar de as empresas pesquisadas terem como concorrentes grandes laboratórios de análises clínicas, ainda continuam se mantendo no mercado.

Pode-se demonstrar ainda com esta pesquisa que, na percepção dos gestores localizados em São Paulo, a gestão estratégica de inovação aquela praticada pelos executivos das empresas pesquisadas, difere da percepção de gestão operacional de inovação, que é praticada pelos colaboradores que não têm função de gestão. Ou seja, conclui-se que não existe na percepção desses gestores um plano bem definido de gestão de inovação gerado pelos executivos dessas empresas. Contudo, o mínimo de gestão de inovação passado e divulgado para os outros colaboradores, que não têm função de gestão, é bem executado por estes. Para os gestores localizados fora da cidade de São Paulo não existe diferença nessa percepção.

Essa conclusão corrobora e complementa uma das conclusões da pesquisa de Pereira (2012), que afirma que geralmente essas organizações não possuem como práticas organizacionais a formalização da estratégia. Como evidência desse fato, temos que o resultado para o grau de aderência para as perguntas feitas para detectar a percepção da gestão estratégica de inovação foi de uma

concordância baixa, ou seja, de menos de 70% de concordância, enquanto o grau de aderência de percepção para a gestão operacional, ou seja, a execução das práticas de inovação, foi de uma concordância moderada, acima de 70%.

Com relação à pergunta feita aos gestores se a empresa promove capacitação técnica para desenvolvimentos dos seus profissionais, pode-se concluir que o resultado obtido está de acordo com a colocação de Grönross (2003), que diz que qualidade na prestação de serviços está diretamente relacionada à capacidade técnica e formação profissional dos funcionários em seus diversos níveis de atendimento. E também corrobora a proposição de Espuny (2008), que afirma que as pessoas são os principais responsáveis pelo processo de qualidade. Para que isso aconteça, é necessário efetuar treinamentos, ou seja, é importante que os gestores preocupem-se em investir em treinamentos para os funcionários.

Analisando-se a afirmação de que os colaboradores se empenham em tratar bem os clientes, pelo que foi obtido de retorno das respostas dos gestores pesquisados (90% de concordância para os que se localizam em São Paulo e 80% para os que se localizam fora da cidade de São Paulo), verifica-se que estão alinhadas com as colocações de Albrecht (2000), que enfatiza a importância de considerar-se o momento de contato com a clientela como o principal fator de qualquer esforço mercadológico. Ou seja, momento quando o cliente entra em contato com algum aspecto da organização e obtém impressão de qualidade de seus serviços. Está de acordo ainda com a colocação de Davel e Melo (2005), que afirmam que a preocupação com o atendimento com qualidade estabelece valores diferenciais e agrega valor competitivo à empresa.

A empresa realiza constantemente pesquisa junto aos clientes finais e revendedores, para conhecer a qualidade dos seus produtos e serviços. Pode-se concluir que a maioria dos gestores pesquisados concorda com essa afirmação e essa conclusão é coincidente com a opinião de Pasquali (2002), que afirma que a avaliação (pesquisa) a ser feita na gestão de qualidade com os clientes deve ser

comparada com as expectativas do cliente e a sua percepção sobre a qualidade do serviço prestado.

A afirmação de que a empresa compara sistematicamente seus produtos e serviços com o de outras do ramo, corrobora a opinião de Porter (1980) que afirma que o objetivo da estratégia competitiva é identificar sua posição no seu setor para se defender das forças competitivas ou para poder influenciá-las.

## **6. LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA NOVAS PESQUISAS**

Esta pesquisa apresenta limitações relacionadas ao tamanho da amostra composta por 20 entrevistados e representa mais uma etapa de uma série de pesquisas relacionadas ao desempenho e a gestão de serviços de empresas prestadoras de serviços na área de saúde no Brasil. Ela possui limitações, e uma delas é se basear em percepções, mas isso não invalida as contribuições que trouxe à comunidade acadêmica, às organizações e aos gestores da área de saúde.

Não foram pesquisadas as percepções dos usuários dos serviços, pois a ideia foi de analisar-se para essas empresas, se existe a normatização e a formalização dos procedimentos a serem executados pelos profissionais dessa área para a prestação desses serviços para que possam transmitir confiança aos usuários finais, que no caso são pacientes que estão com algum problema de saúde e por isso devem ser tratados com o máximo rigor técnico e profissionalismo. Não se pesquisaram as percepções dos usuários dos serviços. A ideia foi analisar se existem normatização e formalização dos procedimentos executados pelos profissionais da área, para que possam transmitir confiança aos usuários finais, no caso pacientes com algum problema de saúde e, por isso, devem ser tratados com o máximo rigor técnico e profissionalismo.

Os sujeitos pesquisados são proprietários, gerentes ou supervisores responsáveis por empresas prestadoras de serviços na área de saúde,

localizadas nos bairros do Itaim Bibi, Jardins, Moema e Brooklin, na cidade de São Paulo, e nas cidades de Cotia, Osasco e Campo Limpo Paulista.

Considera-se que as conclusões obtidas são relevantes para o mundo acadêmico e podem ser utilizadas por outros pesquisadores como contribuição importante pelos dados obtidos. Tais conclusões podem ser complementadas com a introdução de outras variáveis para futuras pesquisas sobre gestão de negócios na área de serviços e como pesquisa de análise de gestão de inovação e gestão de qualidade em outras organizações prestadoras de serviços, em outras áreas de negócios e em outras regiões e Estados do Brasil.

## REFERÊNCIAS

ALBRECHT, K. **Revolução nos serviços – como as empresas podem revolucionar a maneira de tratar os seus clientes**. São Paulo: Pioneira, 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação – referências – elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: informação e documentação – citações em documentos – apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR NM ISO 15189**: laboratórios de análises clínicas – requisitos especiais de qualidade e competência. Disponível em: <<http://www.crq4.org.br>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

BAQUERO, G. **Métodos de pesquisa pedagógica**. São Paulo: Loyola, 1970.

BAQUERO, G. **Testes psicométricos e projetivos**. São Paulo: Loyola, 1974.

BARNEY, J. B. **Gaining and sustaining competitive advantage**. 2. ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall, 2002.

BARRAS, R. Interactive innovation in financial and business services: the vanguard of the service revolution. **Research Policy**, v. 19, p. 215-237, 1990.

BLAU, P. M.; SCOTT, W. R. **Formal organizations**. San Francisco: Chandler, 1962.

BLUMENTHAL, D. The errors of our ways. **Clinical Chemistry**, Washington, v. 43, n. 8, p. 1.305, 1997.

BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde, São Paulo**, v. 35, n. 5, p. 319-331, 2011.

BOSSUYT, et al. Laboratory medicine: challenges and opportunities. **Clinical Chemistry**, Washington, v. 53, n. 10, p. 1.730-1.733, 2007.

BOYD, J. C.; FELDER, R. A.; SAVORY, J. Robotics and the changing face of the clinical laboratory. **Clinical Chemistry**, Washington, v. 42, n. 12, p. 1901-1910, 1996.

BULGACOV, S. et al. **Administração estratégica: teoria e prática**. São Paulo: Atlas, 2007.

BRASIL. **Lei Complementar - Altera o Estatuto Nacional da Microempresa e da Empresa de Pequeno Porte**. Lei nº 139, de 10 de novembro de 2011.

BRASIL. Lei da inovação - Lei nº 10.973, de 2 de dezembro de 2004.

CALDAS, M. P. Resistência à mudança: uma revisão crítica. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 31-45, 2001.

COORDENAÇÃO GERAL DE ACREDITAÇÃO DO INMETRO. Disponível em: <<http://www.inmetro.gov.br/credenciamento/index.asp>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

CRESWELL, J. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2007.

CROSBY, P. **A gestão pela qualidade**. Banas Qualidade, v. 8, n. 70, p. 98, 1998.

CRONBACH, L. J.; MEEHL, P. E. Construct Validity in Psychological Tests. **Psychological Bulletin**, v. 52, p. 281-302.1955.

DAVIS, J. **Levantamento de dados em sociologia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

DAVIS, P. J. A model for strategy implementation and conflict resolution in the franchise business. **Strategy & Leadership**, v. 40, n. 5, p. 32-38, 2012.

DAVEL, Eduardo; MELO, M. C. O. L. Singularidades e transformações no trabalho dos gerentes. **Gerência em ação**. Rio de Janeiro: FGV, p. 29-65, 2005.

DE BANDT, J.; GADREY, J. (Dir.). **Relations de service, marchés de services**. Paris: CNRS Editions, 1994.

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

DONABEDIAN, A. **The Quality of Medical Care**. *Science* 200, 1978.

DRUCKER, Peter F. **Introdução à administração**. São Paulo: Pioneira, Thomson Learning, 2002.

ESPUNY, Herbert G. **O que é qualidade**. São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.administradores.com.br/informe-se/artigos/o-que-e-Qualidade/23926/>>. Acesso em: 31 ago. 2013.

ETZIONI, Amitai. **Organizações modernas**. São Paulo: Pioneira, 1974.

FERNANDES, M. A. **Sustentabilidade financeira: proposta de indicador de sustentabilidade financeira aplicado às micro e pequenas empresas**. Dissertação de mestrado. Faculdade Campo Limpo Paulista, Brasil, 2011.

FILHO, J. M. **Planejamento e gestão estratégica em organizações de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2010.

FLEURY, M. T.; FLEURY, A. **Estratégias empresariais e formação de competências**. São Paulo: Atlas, 2008.

GADELHA, C. A. G.; MALDONADO, J. M. S. V. Complexo industrial da saúde: dinâmica de inovação no âmbito da saúde. In: GIOVANELLA et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 247-281, 2008.

GADREY, J.; GALLOUJ, F. The provider-customer interface in business and professional services. **The Service Industries Journal**. v. 18, n. 2, p. 1-15, 1998.

GADREY, J.; GALLOUJ, F.; WEINSTEIN, O. New modes of innovation: how services benefit industry. **International Journal of Service Management**. v. 6, n. 3, p. 4-16, 1995.

GALLOUJ, F. Economia da inovação: um balanço dos debates recentes. In: BERNARDES, R.; ANDREASSI, T. (Org.). **Inovação em Serviços Intensivos em Conhecimento**. São Paulo: Editora Saraiva, 2007. p. 3-27.

GIANESI, I.; CORRÊA, H. **Administração estratégica de serviços**. São Paulo: Atlas, 2009.

GODOY, L. P. **Desenvolvimento de metodologia para melhoria dos serviços hospitalares: caso do Hospital Universitário de Santa Maria**. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 1999.

HAMEL, G.; PRAHALAD, C. K. **Competindo pelo futuro**. Rio de Janeiro: Campus, 1995.



HARVEY, J. Service quality: a tutorial. **Journal of Operations Management**, n. 16, p. 583-597, 1998.

INTERNATIONAL LABORATORY ACCREDITATION COOPERATION. Disponível em: <[https://www.ilac.org/documents/bro\\_port](https://www.ilac.org/documents/bro_port)>. Acesso em: 20 jan. 2014.

ISHIKAWA, K. **TQC, total quality control: estratégia e administração da qualidade**. São Paulo: IMC Internacional Sistemas Educativos, 1986.

JURAN, Joseph M. Quality control handbook. In: **Quality control handbook**. McGraw-Hill, 1962.

JURAN, J.M. GRZYNA, Frank M. **Controle da qualidade: componentes básicos da função da qualidade**. São Paulo: Mc Graw-Hill/Makron, 1991.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **A estratégia em ação**. São Paulo, Campus, 1997.

KAY, J. The structure of strategy. **Business Strategy Review**, Londres, v. 4, p.17-37, 1993.

KOTLER, Philip. **Marketing management: millenium edition**. Custom Edition for University of Phoenix, 2012.

LAS CASAS, A. L. **Qualidade total em serviços: conceitos e exercícios práticos**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LIFSCHITZ J, BRITO JNP. **Inovação tecnológica, padrões de difusão e diversificação: uma resenha da literatura**. UFRJ/IEI, Rio de Janeiro: 1992.

MARCONI, M. A., LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2003.

MAXIMIANO, A. C. A. **Teoria geral da administração: da revolução urbana à revolução digital**. São Paulo. Atlas, 2006.

MEIRELES, M. **Estatística com BioEstat, Texto básico da disciplina Métodos Quantitativos da FACCAMP**. 12. ed., São Paulo, 2012, disponível em: <<http://www.profmeireles.com.br>>. Acesso em: 31 ago. 2013.

MEIRELLES, P.J.G. **Tecnologia, Transformação Industrial e Comercio Internacional: uma revisão das contribuições neoschumpeterianas, com particular referencia às economias da América Latina**. Campinas, 1989. p.221. Dissertação de Mestrado, IE-Unicamp.1989.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes**. São Paulo: Atlas, 1995.

MINTZBERG, H; AHLSTRAND, B; LAMPEL, J. **Safári de estratégia**. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 14. ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.

NELSON, R. R; WINTER, S. G. **An evolutionary theory of economic change**. Cambridge: Harvard University Press, p. 437.1982

OLIVEIRA, D. P. R. **Planejamento estratégico**. 24. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Disponível em: <<https://www.ona.org.br>>. Acesso em: 21 jan. 2014.

ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (ODCE). **Manual de Oslo: diretrizes para coleta e interpretação de dados sobre inovação**. Brasília: 2005.

PASQUALI, R. C. **Metodologia para melhoria de processos de linha de frente em serviços: aplicação em laboratório de análises clínicas**. 2002. 124 p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

PAVITT, K. Sectoral patterns of technical change: towards a taxonomy and theory. **Research Policy**. v. 13, p. 343-373, 1984.

PRAHALAD, C. K.; HAMEL, G. The core competences of the corporation. **Harvard Business Review**, Boston, n. 68, p.79–91, 1990.

PRAHALAD, C. K.; KRISHNAN, M. S. **A nova era da inovação: a inovação focada no relacionamento com o cliente**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PENROSE, Edith. **A teoria do crescimento da firma**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2006.

PEREIRA, C. A. A. **O diferencial semântico**. São Paulo: Ática, 1986.

PEREIRA, F. M. F. **Fatores responsáveis pela mudança no desempenho da indústria das análises clínicas no Brasil**. Dissertação (mestrado em Administração) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa, Rio de Janeiro, 2012.

PEREIRA, J. C. R. **Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais**. São Paulo: Edusp, 1999.

PICCHIAI, D. **Estratégia, estrutura e competências: estudo de caso de três operadoras de planos de assistência à saúde, modalidade autogestão**. Relatório de pesquisa nº 17, FGV-EAESP/GVPESQUISA, São Paulo, 2008.

PICCHIAI, D. Estratégia e estrutura: caso de uma operadora. **Revista Gestão Pública: Práticas e Desafios**, Recife, v. III, n. 5, 2012.

PINTEC - PESQUISA DE INOVAÇÃO DO MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Disponível em: <<http://www.pintec.ibge.gov.br>>. Acesso em: 31 ago. 2013.

PORTER, M. **Competitive strategy**. New York: Free Press, 1980.

PORTER, M. **The competitive advantage of nations**. New York: Free Press, 1990.

POSSAS, M. L. Concorrência, inovação e complexos industriais: algumas questões conceituais. **Cadernos de Ciência & Tecnologia**, v. 8, n.1/3, p. 70-100,1991.

SAPKAUSKIENE, A.; LEITONIENE, S. The concept of time based competition in the context of management theory. **Inzinerine Ekonomika-Engineering Economics**, v. 21, n. 2, p. 205-213, 2010..

SCARPI, M. J. **Gestão de clínicas médicas**. São Paulo: Editora Futura, 2004.

SCHUMPETER, J. **Capitalism, socialism and democracy**. New York: Harper & Row, 1950.

SCHUMPETER, J. **A teoria do desenvolvimento econômico**. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

SELMYER, J.; CLOUTIER, B. **Interfacing the clinical laboratory: a primer for LIS managers**. Philadelphia: Med. Technet Presentations, 1996.

SEKI, M. et al. A inovação de valores nos laboratórios clínicos. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 211-214, 2003.

SHEN, Z.; YANG, Z. The problems and strategy relevant to the quality management of clinical laboratories. **Clinical Chemistry**, Washington, v. 39, n. 12, p. 1216-1218, 2001.

SIQUEIRA, I. P. **Indicadores de desempenho de processos de planejamento**. Rio de Janeiro: Qualimark, 2010.

SISTEMA NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Disponível em: <<http://www.dicq.org.br>>. Acesso em: 21 jan. 2014.

SITZIA, J.; WOOD, N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. **Social Science and Medicine**, v.45 n.12 p.1.829-1.843.1997.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANÁLISES CLÍNICAS. Disponível em: <<http://www.sbac.org.br/>>. Acesso em: 21 jan. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA. Disponível em: <<http://www.sbpc.org.br/>>. Acesso em: 21 jan. 2014.

SOLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA et al.(Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 627-663, 2008.

STALK JR., G. S.; HOUT, T. M. **Competing against time**. New York: Free Press, 1990.

STRUETT, M. A. M.; SOUZA, A. A.; RAIMUNDINI, S. L. **Aplicação do custeio baseado em atividades: estudo de caso em um laboratório de análises clínicas**. *ConTexto*, Porto Alegre, v. 7, n. 11, p. 2-24, 2007.

TACHIZAWA, T. **Gestão ambiental e responsabilidade social corporativa: estratégias de negócios focadas na realidade brasileira**. São Paulo: Atlas, 2011.

TACHIZAWA, T.; POZO H. **Gestão e sustentabilidade: legislação das micro e pequenas empresas**. São Paulo, SP: Livros & Cia Cultura e Lazer, 2012.

TACHIZAWA, T.; POZO H. Monitoramento do passivo socioambiental com suporte da tecnologia de informação. **Revista de Gestão da Tecnologia e Sistemas de Informação**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 95-120, 2010.

TAGUCHI, G.; ELSAYED, E. A.; HSIANG, T. C. **Engenharia da qualidade em sistemas de produção**. Tradução Regina Claudia Loverri. São Paulo: Mc Graw Hill, 1990.

TAVARES, P. V. Posicionamento estratégico na construção das vantagens competitivas: uma abordagem evolucionária. **Maringá Management**, Maringá v. 3, n. 2, 2008.

TÉBOUL, J. **A era dos serviços: uma nova abordagem de gerenciamento**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1999.

TIDD J.; BESSANT J.; PAVITT K. **Gestão da inovação**. São Paulo: Bookmann. 2008.

## **APÊNDICES**

### **Apêndice 1- Acreditação de laboratórios de análises clínicas**

A Coordenação Geral de Acreditação (CGCRE) do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (Inmetro) é o organismo de acreditação de entidades de avaliação da conformidade, reconhecido pelo governo brasileiro.

Segundo a CGCRE, acreditação é uma ferramenta estabelecida em escala internacional para gerar confiança na atuação de organizações que executam atividades de avaliação da conformidade dos serviços prestados na área de análises clínicas e de diagnósticos em saúde.

Um sistema concebido para acreditar serviços de avaliação da conformidade das Organizações de Análises Clínicas (OACs) deve transmitir confiança para o comprador e para a autoridade regulamentadora e também para a empresa prestadora de serviços de diagnósticos. Tal sistema deve facilitar o comércio entre as fronteiras, como buscam as organizações e autoridades em comércio.

A Acreditação do Sistema da Qualidade de Laboratórios Clínicos é um processo periódico e voluntário, outorgado por entidades científicas. Tem a finalidade de comprovar a implantação do seu sistema da qualidade, com relação à capacidade organizacional ou técnica.

Conforme a Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC, 2013), a implantação de um sistema da qualidade nos laboratórios clínicos brasileiros tem de seguir uma dinâmica de conscientização e ser aplicada de forma gradual.

Pelo SBAC, o Credenciamento ou a Acreditação do Sistema da Qualidade e dos processos analíticos têm de se iniciar com a cultura e o treinamento dos profissionais e, gradativamente, introduzir as exigências sobre os procedimentos, equipamentos e calibrações.

Os serviços de laboratórios clínicos são fundamentais no diagnóstico e na avaliação da saúde dos pacientes. Abrangem medidas para requisição, preparação e identificação do paciente, coleta de amostras, transporte, armazenamento, processamento e exame de amostras clínicas, junto com a subsequente validação, interpretação, relato e parecer dos resultados (SBAC).

O objetivo do laboratório, conforme o SBAC, não é só fornecer resultados precisos, mas fazê-lo no paciente correto dentro de um prazo relevante em relação à gestão clínica, usando procedimentos adequados de laboratório e com respeito à ética, confidencialidade e segurança do paciente.

Segundo o International Laboratory Accreditation Cooperation (ILAC, 2013), para demonstrar a qualidade e confiabilidade de seus serviços, os laboratórios clínicos podem buscar a acreditação na ABNT NBR NM ISO 15189: Laboratórios de análises clínicas – Requisitos especiais de qualidade e competência. Reconhecida internacionalmente, essa norma contém os requisitos necessários para laboratórios de diagnósticos, para demonstrar sua competência em fornecer serviços confiáveis.

A NBR NM ISO 15189, de acordo com o ILAC, cobre os elementos essenciais para os laboratórios clínicos, como transmitir com confiabilidade os resultados de ensaios ou “exames” tecnicamente válidos assim como são conhecidos na norma.

A norma, desenvolvida com envolvimento das comunidades médica, científica e clínica, é para uso de laboratórios clínicos no desenvolvimento de seus sistemas de gestão e na manutenção de suas próprias competências, e para os organismos de acreditação confirmarem ou reconhecerem a competência desses laboratórios por meio da acreditação.

Ainda segundo o ILAC, a norma ABNT NBR ISO 9001 é amplamente usada em fábricas e organizações de serviços para avaliar seus sistemas de gestão da qualidade de seus produtos ou serviços. A certificação do sistema de gestão da



qualidade de uma organização contra a ABNT NBR ISO 9001 confirma a conformidade do sistema de gestão em relação a essa norma.

Por outro lado, a acreditação pela ABNT NBR NM ISO 15189 proporciona o reconhecimento da competência do laboratório, compreendendo tanto o sistema de gestão como as práticas técnicas. Embora os laboratórios clínicos possam ser certificados pela ABNT NBR ISO 9001, essa certificação não afirma a sua competência técnica.

Com relação aos pacientes, a acreditação, para o ILAC, requer que o laboratório avalie o valor e relevância do ensaio em relação à gestão clínica do paciente. Ela demonstra que os laboratórios clínicos atendem a uma norma internacional, confirmando que: há coerência na qualidade do atendimento; o serviço conta com tecnologias atualizadas e seus procedimentos e técnicas refletem as boas práticas atuais; e o pessoal que fornece o serviço é competente para desempenhar as tarefas que realiza.

Quanto aos laboratórios de análises clínicas, o ILAC informa que a acreditação evidencia que um laboratório está em conformidade com as boas práticas. Também oferece garantia oficial da competência técnica de um laboratório em desempenhar análises ou medições especificadas de acordo com métodos validados.

A acreditação, segundo o ILAC (2013), proporciona a oportunidade para uma visão externa da prática do laboratório, pode evitar a duplicação desnecessária da coleta de informações sobre desempenho, em geral é solicitada pelos órgãos regulamentadores, encoraja o compartilhamento das boas práticas, estimula a inovação, reduz o risco e provê reconhecimento internacional.

## Apêndice 2 – Validade de Constructo

Para se medir a confiabilidade de uma escala, isto é, a validade de constructo, pode-se utilizar o coeficiente  $\alpha$  de Cronbach como afirma Pereira (1999). O valor alfa varia de 0 a 1. O software SPSS 17.x tem a função *Reliability Analysis* que possibilita a análise de confiabilidade de um instrumento de coleta. Vale ressaltar que o SPSS 17.x oferece, além do coeficiente *Alpha de Cronbach*, outros testes de consistência.

O cálculo do valor de  $\alpha$  de Cronbach foi feito seguindo-se as etapas abaixo, conforme recomenda Pereira (1999):

- 1) Inicialmente fez-se o ajuste das respostas negativas (com \*), aplicando-se a fórmula:  $R_j = 6 - R_j^*$ . Ou seja, a resposta verdadeiramente dada a uma proposição invertida  $R_j$  é igual a 6 menos a resposta dada  $R_j^*$ . Assim, o respondente que tenha respondido *Discordo Totalmente* =1 ao item invertido é como se tivesse respondido  $6-1=5$  ao item não invertido. Na Tabela 1, já aparece com o ajuste;
- 2) Foi aberto o SPSS STATISTICS 17.0 e selecionada a planilha *Variable View*. Na coluna *Name*, introduziram-se os nomes das proposições válidas (que passaram pelo teste anterior). As proposições com sinal invertido foram marcadas com a letra “s”;
- 3) O número de casas decimais foi ajustado para o valor zero;
- 4) Para cada uma das proposições, introduziram-se os resultados obtidos na pesquisa com os respondentes dos grupos G1 e G2;
- 5) Selecionou-se a função para a análise: *Analyse, Scale, Reliability Analysis*. Foram marcados os testes a serem executados. O *output* do SPSS fornece diversos e importantes resultados.

A Tabela 9 (Resumo dos casos processados) mostra o número de variáveis válidas e eventuais variáveis excluídas com base no procedimento de análise. No presente caso, não ocorreu exclusão de variável alguma.

Tabela 9: Resumo dos casos processados.

<b>Scale: ALL VARIABLES</b>			
<b>Case Processing Summary</b>			
		N	%
Cases	Valid	20	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	20	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Fonte: Resultado obtido do *software* SPSS STATISTICS 17.0.

A Tabela 9 (*Reliability Statistics*) é de fundamental importância, pois mostra o valor *Alpha de Cronbach*, obtido pela fórmula:

$$\alpha = \frac{K \text{ cov}}{\text{var} + (K - 1) \frac{\text{cov}}{\text{var}}}$$

onde:

K= número de variáveis consideradas

cov= média das covariâncias

var= média das variâncias

Tabela 10: *Alpha de Cronbach*.

<b>Reliability Statistics</b>		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,881	,889	12

Fonte: Resultado obtido do *software* SPSS STATISTICS 17.0.

O valor obtido do  $\alpha$  de Cronbach, nesse caso, é de 0,881. Tal indicador assume valores entre 0 e 1 e trabalha com a premissa de que as correlações entre os itens são positivas. De forma geral, considera-se que um bom valor do  $\alpha$  seria 0,70 ou superior (obtido com uma amostra significativa). Essa regra deve ser

aplicada com prudência, uma vez que o grau adequado de fidedignidade depende da utilização do instrumento, conforme Nunnally (1978), embora alguns valores inferiores sejam aceitos na literatura (BROWN, 2002; SANTOS, 1999).

**Tabela 11:** Análise da correlação das proposições

	Scale Mean if item deleted	Scale Variance if item deleted	Corrected item-total correlation	Squared Multiple correlation	Cronbach's alpha if item deleted
IC1	41,8000	51,221	0,573	0,708	0,872
IC2	41,4500	52,050	0,468	0,66	0,878
IC3	42,0000	48,526	0,639	0,868	0,868
IE3	42,1500	50,766	0,548	0,791	0,873
IE4	42,3500	49,082	0,715	0,871	0,863
IC6	42,5000	50,579	0,403	0,685	0,886
IE8	41,7500	50,408	0,655	0,891	0,867
QC1	41,3500	50,871	0,669	0,626	0,867
QC3	41,1000	52,411	0,595	0,695	0,872
QE3	41,5500	48,471	0,626	0,826	0,869
QC4	41,5500	50,787	0,525	0,876	0,875
QE6	41,5000	51,526	0,681	0,808	0,868

**Fonte:** Resultado obtido do *software* SPSS STATISTICS 17.0.

Pereira (1999) afirma que para interpretar o  $\alpha$  de Cronbach, pode-se entendê-lo como coeficiente de correlação ao quadrado ( $R^2$ ) com uma suposta medida real do fenômeno.

A coluna *Corrected Item-Total Correlation* (Correlação corrigida entre item e total) mostra o coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ) entre o item (proposição) e o indicador total depurado de sua própria contribuição. O primeiro tipo de impacto é o que tem menor correlação com o indicador total. McHorney et al. (1994), no desenvolvimento de um instrumento de mensuração, estabeleceram que a correlação item-total deveria ser de pelo menos 0,40. No presente caso, nenhum item deve ser excluído, pois a correlação item-total observada não é menor do que 0,40 para nenhum item.

A coluna *Cronbach's Alpha if Item Deleted* ( $\alpha$  de Cronbach se o item é desprezado) mostra o impacto que teria a retirada do item. O valor do  $\alpha$  com os 12 itens é de 0,881 (como indica o quadro *Reliability Statistics*). Somente um item, se removido, eleva esse valor para 0,886, que é o IC6. O que indica a boa consistência interna da escala.

### Apêndice 3 – Grau de Concordância/Aderência às Proposições (Gap)

O grau de concordância ou aderência (Gap) trata-se de uma fórmula que relaciona a soma das respostas concordantes com a soma das discordantes dos entrevistados, obtendo-se um valor percentual. Quanto maior esse valor, mais concordante é o respondente ao determinado grupo de proposições (DAVIS, 1976; WILDER, 1981). Após a análise e validação do grupo de proposições do questionário, destinadas à percepção dos gestores (22 proposições iniciais), foi possível obter-se o grau de aderência de cada grupo, ou seja, um índice percentual que reflete o nível de concordância dos gestores, para essas questões. Quanto maior o índice, mais concordante é o respondente a determinada proposição ou a um grupo de proposições, conforme Wilder (1981).

A fórmula geral é:

$$Gap = 100 - \left( \frac{100}{\frac{C / N}{D / N} + 1} \right)$$

Davis (1976) colocou os graus de aderência (Gap) numa escala sequencial, que tem como limite superior 90% ou mais (para uma concordância muito forte) e como limite inferior 9,99% ou menos (para uma discordância muito forte). Apresenta-se esta lista na Tabela 12, a seguir.

**Tabela 12:** Interpretação do Grau de concordância ou aderência (Gap)

Valor do Gap	frase adequada
90% ou mais	uma concordância muito forte
80% a 89,99%	uma concordância muito substancial
70% a 79,99%	uma concordância moderada
60% a 69,99%	uma concordância baixa
50% a 59,99%	uma concordância desprezível
40% a 49,99%	uma discordância desprezível
30% a 39,99%	uma discordância baixa
20% a 29,99%	uma discordância moderada
10% a 19,99%	uma discordância substancial
9,99% ou menos	uma discordância muito forte

Fonte: Adaptado de Davis (1976).

Das 22 proposições iniciais, após a validação, retiraram-se as 10 informadas no item 3.3.2 (IE1, IC4, IE2, IE5, IC5, QC2, QE1, QE2, QE4 e QE5). As 12

restantes foram divididas em grupos para permitir-se o cálculo do grau de aderência.

O item **galC1** refere-se ao grau de aderência do grupo que contém as proposições que resultam na percepção dos gestores de gestão operacional de inovação, praticada pelos colaboradores que não têm função de gestão dessas empresas (três proposições), IC1, IC2 e IC3, para os respondentes localizados em São Paulo (R1 a R10). O **galC2** é o grau de aderência do grupo que contém as proposições que resultam na percepção dos gestores de gestão operacional de inovação, praticada pelos colaboradores que não têm função de gestão dessas empresas (três proposições), IC1, IC2 e IC3, para os respondentes localizados em Cotia, Osasco e Campo Limpo Paulista (R11 a R20).

O grau de aderência galC1 foi calculado da seguinte forma:

Grau de discordância (11 respostas em DT e D em 40 respostas: 10 respondentes que responderam às quatro proposições que passaram no teste de consistência) =  $11/40 = 0,28$ ;

Grau de concordância (27 respostas em C e CT em 40 respostas: 10 respondentes que responderam às quatro proposições que passaram no teste de consistência) =  $27/40 = 0,68$ .

Aplicando a fórmula tem-se:

$$galC1 = 100 - \left( \frac{100}{\frac{0,28}{0,68} + 1} \right) = 71,05\%$$

O grau de aderência galC2 foi calculado da seguinte forma:

Grau de discordância (8 respostas em DT e D em 40 respostas: 10 respondentes que responderam às quatro proposições que passaram no teste de consistência) =  $8/40 = 0,20$ ;

Grau de concordância (26 respostas em C e CT em 40 respostas: 10 respondentes que responderam às quatro proposições que passaram no teste de consistência) =  $26/40 = 0,65$ .

Aplicando a fórmula tem-se:

$$gaIC2 = 100 - \left( \frac{100}{\frac{0,20}{0,65} + 1} \right) = 76,47\%$$

O grau de aderência GaIE1 foi calculado da seguinte forma:

Grau de discordância (8 respostas em DT e D em 30 respostas: 10 respondentes que responderam às três proposições que passaram no teste de consistência) =  $8/30 = 0,27$ ;

Grau de concordância (16 respostas em C e CT em 30 respostas: 10 respondentes que responderam às três proposições que passaram no teste de consistência) =  $16/30 = 0,53$ .

$$gaIE1 = 100 - \left( \frac{100}{\frac{0,27}{0,53} + 1} \right) = 66,67$$

O grau de aderência GaIE2 foi calculado da seguinte forma:

Grau de discordância (6 respostas em DT e D em 30 respostas: 10 respondentes que responderam às três proposições que passaram no teste de consistência) =  $6/30 = 0,2$ .

Grau de concordância (20 respostas em C e CT em 30 respostas: 10 respondentes que responderam às três proposições que passaram no teste de consistência) =  $20/30 = 0,67$ .

$$gaIE2 = 100 - \left( \frac{100}{\frac{0,2}{0,67} + 1} \right) = 76,92$$



O grau de aderência  $gaQC1$  foi calculado da seguinte forma:

Grau de discordância (2 respostas em DT e D em 30 respostas: 10 respondentes que responderam às três proposições que passaram no teste de consistência) =  $2/30 = 0,067$ ; Grau de concordância (25 respostas em C e CT em 30 respostas: 10 respondentes que responderam às três proposições que passaram no teste de consistência) =  $25/30 = 0,83$ .

$$gaIQC1 = 100 - \left( \frac{100}{\frac{0,067}{0,83} + 1} \right) = 92,59$$

O grau de aderência  $gaQC2$  foi calculado da seguinte forma:

Grau de discordância (2 respostas em DT e D em 30 respostas: 10 respondentes que responderam às três proposições que passaram no teste de consistência) =  $2/30 = 0,067$ ;

Grau de concordância (25 respostas em C e CT em 30 respostas: 10 respondentes que responderam às três proposições que passaram no teste de consistência) =  $25/20 = 0,83$ .

$$gaQC2 = 100 - \left( \frac{100}{\frac{0,067}{0,83} + 1} \right) = 92,59$$

O grau de aderência  $gaQE1$  foi calculado da seguinte forma:

Grau de discordância (2 respostas em DT e D em 20 respostas: 10 respondentes que responderam às duas proposições que passaram no teste de consistência) =  $2/20 = 0,10$ ;

Grau de concordância (15 respostas em C e CT em 20 respostas: 10 respondentes que responderam às duas proposições que passaram no teste de consistência) =  $15/20 = 0,75$ .

$$ga_{QE1} = 100 - \left( \frac{100}{\frac{0,10}{0,75} + 1} \right) = 88,24$$

O grau de aderência  $ga_{QE2}$ , de os gestores localizados em Cotia, Osasco e Campo Limpo Paulista perceberem gestão de qualidade praticada pelos gestores da organização pesquisada (gestão operacional de qualidade) foi calculado da seguinte forma:

Grau de discordância (2 respostas em DT e D em 20 respostas: 10 respondentes que responderam às duas proposições que passaram no teste de consistência) =  $2/20 = 0,10$ ;

Grau de concordância (16 respostas em C e CT em 20 respostas: 10 respondentes que responderam às duas proposições que passaram no teste de consistência) =  $16/20 = 0,80$ .

$$ga_{QE2} = 100 - \left( \frac{100}{\frac{0,10}{0,80} + 1} \right) = 88,89$$

#### **Apêndice 4. Carta de Apresentação**

Bom-dia ou boa-tarde ou boa-noite.

Meu nome é José Carlos Tartaglioni de Barros, sou mestrando do curso de Administração da Faccamp – Faculdade de Campo Limpo Paulista e estou fazendo uma pesquisa acadêmica para a minha dissertação de final de curso, sobre gestão de qualidade e gestão de inovação em empresas prestadoras de serviços na área de saúde.

Meu interesse principal é identificar a prática de gestão de inovação e qualidade nessas empresas, de acordo com a percepção de seus gestores.

A área geográfica que está sendo entrevistada é a região dos Jardins, Brooklin e Itaim Bibi, na cidade de São Paulo, e as cidades de Osasco, Cotia e Campo Limpo Paulista.

Os resultados finais ficarão à sua inteira disposição e poderão ser solicitados a qualquer momento por e-mail ou por telefone, e os resultados resumidos desta pesquisa serão enviados para o Sr. ou para a Sr<sup>a</sup>, se assim me permitirem, após a sua apresentação à minha bancada de mestrado, com o intuito de que possam trazer benefícios práticos ao seu negócio.

Suas respostas são confidenciais e só serão divulgadas se forem permitidas pelo Sr. ou pela Sr<sup>a</sup>, assim como o nome de sua empresa e endereço só serão divulgados com sua autorização.

Caso não responda a alguns itens, não há problema, a situação é aceitável pela pesquisa.

## Apêndice 5. Questionário

Questionário - Perfil						
1	Nome da Empresa (opcional): Cidade:					
2	SEXO: MASC ( ) FEM ( )					
3	Função: O seu cargo na empresa prestadora de serviços de diagnósticos em saúde é? Proprietário ( ) Gerente ( ) Supervisor ( )					
4	Nível de Escolaridade Ensino Médio ( ) Superior Incompleto ( ) Superior Completo ( ) Pós- Graduação ( )					
Questionário - Gestão de Inovação		DT	D	I	C	CT
1	Na sua empresa os colaboradores possuem suas atividades bem definidas e estabelecidas por normas.					
2	Na sua empresa os colaboradores não têm a necessidade de compreender quais são os exames e diagnósticos oferecidos pela empresa para os clientes					
3	A sua empresa possui instalações e equipamentos modernos para oferecer aos seus clientes.					
4	Na sua empresa os colaboradores expõem com clareza para os clientes os objetivos e as diretrizes da empresa.					
5	Na sua empresa os colaboradores não precisam ter consciência de seu papel junto à clientela.					
6	A sua empresa promove capacitação para desenvolvimento técnico dos profissionais.					
7	A sua empresa não sente a necessidade de promover capacitação para desenvolvimento dos gestores.					
8	A sua empresa executa mudanças necessárias na estrutura para estimular novas ideias, facilitando a tomada de decisão.					
9	A sua empresa trabalha próximo dos clientes na exploração e desenvolvimento de novos conceitos e serviços.					
10	Na sua empresa os colaboradores não participam com sugestão ou ideias para melhorias dos produtos ou processos.					
11	Na sua empresa os colaboradores se sentem à vontade para falar, criticar, sugerir, trocar informações.					
12	A sua empresa compara sistematicamente seus produtos e serviços com de outras empresas do ramo.					
Questionário -Gestão de Qualidade		DT	D	I	C	CT
1	Na sua empresa os colaboradores se empenham em tratar bem os clientes.					
2	Os clientes se sentem satisfeitos e confiantes no trabalho dos colaboradores da sua empresa.					
3	A sua empresa não sente a necessidade de se empenhar em fazer os colaboradores entenderem as necessidades dos clientes.					
4	A sua empresa se empenha em fazer os colaboradores honrarem os compromissos assumidos com o cliente.					
5	Na sua empresa os colaboradores têm um pensamento único, que se está trabalhando com vidas humanas e isto requer antes de tudo muita calma, profissionalismo e o máximo de confiança dos clientes.					
6	A sua empresa está falando a verdade quando diz que o cliente está em primeiro lugar.					
7	Na sua empresa os colaboradores prestam atenção para que os clientes sejam bem tratados.					
8	Os clientes estão satisfeitos com as condições físicas e ambientais da sua empresa (temperatura, higiene, ruído, mobiliário, sanitários).					
9	A sua empresa faz intervenções pontuais no dia a dia para resolver questões junto aos clientes.					
10	A sua empresa realiza constantemente pesquisa, junto aos clientes finais e revendedores para conhecer a qualidade dos seus produtos e serviços.					

## **Apêndice 6. Relação das Empresas Pesquisadas**

### Em São Paulo

Autologus Laboratório  
Bio Rad Laboratórios Brasil  
Elkis e Furlanetto Laboratório Médico  
Cura Imagem e Diagnóstico  
Radiodoc - Radiologia Odontológica  
Jablonka Centro Diagnóstico e Análises Clínicas  
Maximagem Diagnóstico Por Imagem  
Physical Care Saúde  
Laboratório Vital Brasil Análises Clínicas  
Laboratório Lavoisier

### Em Osasco

G S Imagem  
Tomo Med Centro de Diagnóstico Avançado  
Alphaclin - *Laboratório Clínico* e Diagnósticos  
Unilabor Laboratórios de Análises Clínicas  
SAE Laboratório Médico

### Em Cotia

CEDIME Centro Diagnóstico Médico  
Santa Clara Laboratório Médico  
Cotilab *Laboratório de Análises Clínicas*  
Union *Laboratório de Análises Clínicas*

### Em Campo Limpo Paulista

Laboratório de Análises Clínicas Campo Limpo Paulista