

**UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU - FURB**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS**  
**DOUTORADO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO**

**MODELO DE MATURIDADE DE GESTÃO DE RELACIONAMENTO COM**  
***STAKEHOLDERS* E A RELAÇÃO COM O DESEMPENHO HOSPITALAR**

**LUCIANO TRENTIN**

**BLUMENAU - SC**  
**2021**

**LUCIANO TRENTIN**

**MODELO DE MATURIDADE DE GESTÃO DE RELACIONAMENTO COM  
*STAKEHOLDERS* E A RELAÇÃO COM O DESEMPENHO HOSPITALAR**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis da Universidade Regional de Blumenau, como requisito parcial à obtenção do título de **Doutor em Ciências Contábeis e Administração**, área de concentração Gestão das Organizações.

Orientador(a): Prof. Gérson Tontini, Dr.

**BLUMENAU - SC  
2021**

T795m

Trentin, Luciano, 1974-

Modelo de maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* e a relação com o desempenho hospitalar / Luciano Trentin. - Blumenau, 2021.  
285 f. : il.

Orientador: Gérson Tontini.

Tese (Doutorado em Ciências Contábeis e Administração) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Regional de Blumenau, Blumenau.

Bibliografia: f. 232-272.

1. Administração. 2. Hospitais - Administração. 3. Desenvolvimento organizacional. 4. Qualidade no relacionamento. 5. Processo decisório. I. Tontini, Gérson, 1964-. II. Universidade Regional de Blumenau. Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis. III. Título.

---

CDD 658.406

**MODELO DE MATURIDADE DE GESTÃO DE RELACIONAMENTO COM  
STAKEHOLDERS E A RELAÇÃO COM O DESEMPENHO HOSPITALAR**

**LUCIANO TRENTIN**

Esta tese foi julgada adequada para obtenção do título de **Doutor em Ciências Contábeis e Administração, área de concentração Gestão das Organizações**, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis da Universidade Regional de Blumenau.

Prof. Tarcísio Pedro da Silva, Dr.  
Coordenador do PPGCC

Banca examinadora:

---

Presidente (Orientador): Prof. Gérson Tontini, Dr.  
Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis (PPGCC)  
Universidade Regional de Blumenau (FURB)

---

Membro Efetivo: Prof. Luciano Castro de Carvalho  
Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis (PPGCC)  
Universidade Regional de Blumenau (FURB)

---

Membro Efetivo: Prof. Giancarlo Gomes  
Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis (PPGCC)  
Universidade Regional de Blumenau (FURB)

---

Membro Efetivo: Profa. Rosilene Marcon  
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Administração (PPGA)  
Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI)

---

Membro Efetivo: Profa. Ieda Margarete Oro  
Programa de Pós-Graduação em Administração (PPA)  
Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC)

Blumenau, 12 de julho de 2021

Dedico esta pesquisa a minha esposa Valéria e ao meu filho Nicholas,  
meus maiores exemplos. Muito obrigado!

## AGRADECIMENTOS

Agradeço...

A Deus, por ter me amparado, confortado e guiado nos momentos difíceis e também por não permitido que me faltasse sabedoria, saúde e fé.

Aos meus pais, Reinaldo (*in memoriam*) e Rosa que sempre vibraram com as minhas conquistas.

A minha esposa Valéria, que almejou comigo a conquista deste ideal, que foi compreensiva quando precisei estar ausente.

Ao meu filho Nicholas, que me ensinou a maior lição: amor incondicional.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Gérson Tontini, pelas orientações, pela paciência, por ter me guiado, me mostrado caminhos certos a percorrer e pela sua serenidade.

Ao Prof. Dr. Luciano Castro de Carvalho, Ao Prof. Dr. Giancarlo Gomes e à Prof. Dra. Iara Regina dos Santos Parisotto, pelas orientações no processo de qualificação e pelas valiosas contribuições.

À Profa. Dra. Rosilene Marcon e à Profa. Dra. Ieda Margarete Oro, que aceitaram participar da banca de defesa final desta tese como membros externos.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis da Universidade Regional de Blumenau, pelas discussões em sala de aula.

Aos colegas e às colegas de doutorado, que auxiliaram em momentos de reflexão e por estarem dispostos a ajudar.

Um agradecimento especial aos meus amigos, pela ajuda na coleta de dados junto às organizações hospitalares e seus principais executivos.

Ao UNIEDU, pela bolsa de pesquisa de doutorado concedida.

E a todos aqueles que acreditaram de alguma forma, direta ou indiretamente, ao longo da minha vida para que eu chegasse até aqui.

Obrigado a todos, hoje e sempre.

“Louco é o que busca resultados diferentes  
fazendo as mesmas coisas.” (Albert Einstein)

## RESUMO

TRENTIN, Luciano. **Modelo de maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* e a relação com o desempenho hospitalar**. 2021. 285 f. Tese (Doutorado em Ciências Contábeis e Administração) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis (PPGCC) da Universidade Regional de Blumenau (FURB), Blumenau, 2021.

Os modelos de maturidade são instrumentos que contribuem na tomada de decisão do gestor organizacional, avaliando e auxiliando as organizações no desenvolvimento de melhores práticas, utilizadas em diferentes áreas e processos, tornando-as mais eficazes. A arquitetura complexa das organizações hospitalares, revela-se como um aspecto fundamental para criação de modelos de maturidade, que permitam estabelecer ligações entre os objetivos de negócio, as avaliações das capacidades atuais e o caminho para o estabelecimento das melhores práticas, facilitando assim, a implementação de ações mais ágeis e interativas na gestão das relações entre a organização hospitalar e seus respectivos *stakeholders*. Assim, o objetivo desta tese foi elaborar um modelo de avaliação da maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* que tenha relação com o desempenho percebido de organizações hospitalares. A tese, por sua vez, estabelece que o nível da maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* tem relação com o desempenho de organizações hospitalares. O paradigma epistemológico da pesquisa é o funcionalista, sendo a Teoria Geral dos Sistemas [TGS] e a Teoria dos *Stakeholders* [TS] as teorias de base para a investigação proposta. Do ponto de vista teórico, o trabalho é motivado pela escassez de modelos de maturidade que relacionem a influência da gestão de relacionamento com *stakeholder* no desempenho organizacional hospitalar, conjuntamente com outros fatores relevantes. Esta pesquisa enquadra-se, quanto aos objetivos, na categoria de pesquisa descritiva, no que tange aos procedimentos, utiliza a abordagem de levantamento *survey*, utilizando como ferramenta principal de análise a abordagem quantitativa, aplicada a uma amostra de 162 organizações hospitalares de diferentes finalidades e porte. O instrumento de coleta de dados foi composto por questionário contendo 80 afirmativas, sendo utilizado uma escala de cinco níveis de maturidade para avaliar a maturidade da macro dimensão gestão de relacionamento com *stakeholders* e uma escala *Likert* de cinco pontos para estabelecer o desempenho organizacional percebido, além das perguntas de perfil das organizações respondentes. O modelo foi amplamente testado para garantir a validade e confiabilidade do construto por meio de análise descritiva, Análise Fatorial Exploratória [AFE] e Análise Fatorial Confirmatória [AFC], além dos demais métodos contemplados na Modelagem de Equações Estruturais [MEE]. Os resultados evidenciaram que o nível de maturidade de todas as organizações hospitalares pesquisadas considerando todas as dimensões propostas foi o valor médio geral de 3,35, distribuído em valor médio geral de 3,56 considerado os *stakeholders* primários e o valor médio geral de 3,14 para os *stakeholders* secundários. Estes resultados apontam para o Nível 3 de maturidade, onde os processos relacionados à gestão de relacionamento com *stakeholders* estão implantados formalmente (documentados), existindo algumas falhas eventuais na execução. Dentre as quatro macros dimensões desta pesquisa, Confiança apresenta o maior percentual de organizações hospitalares com Nível 4 de maturidade, seguida de Colaboração, Compreensão e Comunicação com maior percentual de organizações hospitalares estabelecidas no Nível 3 de maturidade. Constata-se o predomínio do Nível 4 de maturidade entre os *stakeholders* primários nas dimensões Comunicação e Confiança. Os resultados do estudo empírico mostraram suporte dos dados para com todas as hipóteses formuladas, demonstrando que é possível afirmar com grande poder de explicação ( $R^2 = 0,667$ ;  $p$ -value 0,000) que existe relação positiva entre o nível de maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* e o desempenho percebido de organizações hospitalares.

Este estudo contribuiu teoricamente com a proposição e a validação de um modelo para avaliar a maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders*. A contribuição prática reside na compreensão das práticas de gestão de relacionamento com *stakeholders* provenientes do modelo concebido, oferecendo um instrumento para diagnóstico da maturidade, identificando pontos fortes e pontos que demonstram fragilidade de implantação ou de execução, além da possibilidade da comparação dos resultados obtidos com diferentes organizações hospitalares.

**Palavras-chave:** Modelo de maturidade. Gestão de relacionamento com *Stakeholders*. Desempenho hospitalar.

## ABSTRACT

TRENTIN, Luciano. **Stakeholder relationship management maturity model and the relationship with hospital performance**. 2021. 285 f. Thesis (Doctorate in Accounting and Administration) – Postgraduate Program in Accounting (PPGCC) from the Regional University of Blumenau (FURB), Blumenau, 2021.

Maturity models are instruments that contribute to the decision making of the organizational manager, evaluating and assisting organizations in the development of best practices, used in different areas and processes, making them more effective. The complex architecture of hospital organizations is revealed as a fundamental aspect for the creation of maturity models, which make it possible to establish links between business objectives, assessments of current capacities and the way to establish best practices, thus facilitating implementation of more agile and interactive actions in the management of relations between the hospital organization and its respective stakeholders. Thus, the objective of this thesis was to develop a model for evaluating the maturity of stakeholder relationship management that is related to the perceived performance of hospital organizations. The thesis, in turn, establishes that the level of maturity of stakeholder relationship management is related to the performance of hospital organizations. The epistemological paradigm of research is the functionalist, with the General Theory of Systems [GTS] and the Stakeholder Theory [ST] being the basic theories for the proposed investigation. From a theoretical point of view, or work and motivated by the scarcity of maturity models that relate to the influence of the relationship management with the stakeholder or hospital organizational performance, together with other relevant factors. This research fits, in terms of objectives, in the category of descriptive research, with regard to procedures, it provides the survey survey approach, using the quantitative approach as the main analysis tool, applied to a sample of 162 hospital organizations of different purposes and postage. The data collection instrument consisted of a questionnaire containing 80 statements, using a five-level maturity scale to assess the maturity of the stakeholder relationship macro dimension and a five-point Likert scale to establish the perceived organizational performance, in addition to profile questions of the responding organizations. The model was extensively tested to guarantee the construct's validity and reliability through descriptive analysis, Exploratory Factor Analysis [AFE] and Confirmatory Factor Analysis [AFC], in addition to the other methods included in Structural Equation Modeling [MEE]. The results showed that the maturity level of all research hospital organizations considering all the proposed dimensions was the general average value of 3.35, distributed in a general average value of 3.56 considered the primary stakeholders and the general average value of 3,14 for secondary stakeholders. These results point to the Level 3 of maturity, where the processes related to the relationship management with stakeholders are formally implemented (documented), but there are some eventual flaws in the execution. Among the four macro dimensions of this research, Trust has the highest percentage of hospital organizations with Level 4 maturity, followed by Collaboration, Understanding and Communication with the highest percentage of hospital organizations established at Level 3 maturity. There is a predominance of Level 4 maturity among primary stakeholders in the dimensions Communication and Trust. The results of the empirical study showed data support for all the formulated hypotheses, demonstrating that it is possible to affirm with great explanatory power ( $R^2 = 0.667$ ; p-value 0.000) that there is a positive relationship between the level of maturity of relationship management with stakeholders and the perceived performance of hospital organizations. This study theoretically contributed to the proposition and validation of a model to assess the maturity of stakeholder relationship management. The practical contribution lies in understanding the relationship management practices with stakeholders

arising from the model designed, offering an instrument for diagnosing maturity, identifying strengths and points that demonstrate weakness of implementation or execution, in addition to the possibility of comparing the results obtained with different hospital organizations.

**Keywords:** Maturity model. Stakeholders' relationship management. Hospital performance.

## RESUMEN

TRENTIN, Luciano. **Modelo de madurez de la gestión de relaciones con las partes interesadas y la relación con el desempeño del hospital.** 2021. 285 f. Tesis (Doctorado en Ciencias Contables y Administración) - Programa de Postgrado en Ciencias Contables (PPGCC) de la Universidad Regional de Blumenau (FURB), Blumenau, 2021.

Los modelos de madurez son instrumentos que contribuyen a la toma de decisiones del gerente organizacional, evaluando y asistiendo a las organizaciones en el desarrollo de las mejores prácticas, utilizadas en diferentes áreas y procesos, haciéndolas más efectivas. La compleja arquitectura de las organizaciones hospitalarias se revela como un aspecto fundamental para la creación de modelos de madurez, que permitan el establecimiento de vínculos entre los objetivos de negocio, evaluaciones de capacidades actuales y el camino hacia el establecimiento de mejores prácticas, facilitando así la implementación de métodos más ágiles. y acciones interactivas en la gestión de las relaciones entre la organización hospitalaria y sus respectivos grupos de interés. Así, el objetivo de esta tesis fue desarrollar un modelo para evaluar la madurez de la gestión de la relación con los grupos de interés que se relaciona con el desempeño percibido de las organizaciones hospitalarias. La tesis, a su vez, establece que el nivel de madurez de la gestión de la relación con los grupos de interés está relacionado con el desempeño de las organizaciones hospitalarias. El paradigma epistemológico de la investigación es el funcionalista, siendo la Teoría General de Sistemas [TGS] y la Teoría de los Interesados [TS] las teorías básicas para la investigación propuesta. Desde un punto de vista teórico, el trabajo está motivado por la escasez de modelos de madurez que relacionen la influencia de la gestión de relaciones con los grupos de interés en el desempeño organizacional hospitalario, junto con otros factores relevantes. Esta investigación encaja, en términos de objetivos, en la categoría de investigación descriptiva, en cuanto a procedimientos, brinda el enfoque de encuesta encuesta, utilizando el enfoque cuantitativo como principal herramienta de análisis, aplicado a una muestra de 162 organizaciones hospitalarias de diferentes propósitos. y gastos de envío. El instrumento de recolección de datos consistió en un cuestionario que contenía 80 afirmaciones, utilizando una escala de madurez de cinco niveles para evaluar la madurez de la macro dimensión de relación con los grupos de interés y una escala Likert de cinco puntos para establecer el desempeño organizacional percibido, además de preguntas de perfil de las organizaciones que respondieron. El modelo fue ampliamente probado para garantizar la validez y confiabilidad del constructo a través del análisis descriptivo, Análisis Factorial Exploratorio [AFE] y Análisis Factorial Confirmatorio [AFC], además de los otros métodos incluidos en el Modelado de Ecuaciones Estructurales [MEE]. Los resultados mostraron que el nivel de madurez de todas las organizaciones hospitalarias de investigación considerando todas las dimensiones propuestas fue el valor promedio general de 3.35, distribuido en un valor promedio general de 3.56 considerados los principales interesados y el valor promedio general de 3, 14 para interesados secundarios. Estos resultados apuntan al Nivel 3 de madurez, donde los procesos relacionados con la gestión de la relación con los grupos de interés se encuentran formalmente implementados (documentados), pero existen eventuales fallas en la ejecución. Entre las cuatro macro dimensiones de esta investigación, la Confianza tiene el mayor porcentaje de organizaciones hospitalarias con madurez de Nivel 4, seguida de Colaboración, Comprensión y Comunicación con el mayor porcentaje de organizaciones hospitalarias establecidas en el Nivel 3 de madurez. Existe un predominio del Nivel 4 de madurez entre los actores principales en las dimensiones Comunicación y Confianza. Los resultados del estudio empírico mostraron soporte de datos para todas las hipótesis formuladas, demostrando que es posible afirmar con gran poder explicativo ( $R^2 = 0.667$ ; p-valor 0.000) que existe una relación

positiva entre el nivel de madurez del manejo relacional con las partes interesadas y el desempeño percibido de las organizaciones hospitalarias. Este estudio contribuyó teóricamente a la propuesta y validación de un modelo para evaluar la madurez de la gestión de relaciones con los grupos de interés. El aporte práctico radica en comprender las prácticas de gestión de la relación con los grupos de interés derivadas del modelo diseñado, ofreciendo un instrumento de diagnóstico de madurez, identificando fortalezas y puntos que evidencian debilidades de implementación o ejecución, además de la posibilidad de comparar los resultados obtenidos con diferentes organizaciones hospitalarias.

**Palabras-clave:** Modelo de madurez. Gestión de la relación con las partes interesadas. Rendimiento hospitalario.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Paradigmas para análise da Teoria Social .....	38
Figura 2. Trajetória epistemológica da Teoria Geral dos Sistemas .....	46
Figura 3. Percorso traçado no desenvolvimento da Teoria dos <i>Stakeholders</i> .....	48
Figura 4. Mapa de stakeholders primários e secundários .....	50
Figura 5. Aspectos relacionados ao Movimento Sistêmico .....	57
Figura 6. A organização como um sistema composto .....	60
Figura 7. Gestão do processo de transformação de recursos .....	90
Figura 8. Modelo conceitual do desempenho organizacional hospitalar .....	92
Figura 9. Representação gráfica das hipóteses do estudo .....	115
Figura 10. Níveis de Maturidade do CMM .....	125
Figura 11. Representação gráfica da visão sistêmica do constructo .....	134
Figura 12. Representação gráfica da trajetória metodológica da pesquisa .....	150
Figura 13. Modelo de equações estruturais do estudo .....	163
Figura 14. Modelo do Método da Variância Comum .....	172
Figura 15. Modelo de equações estruturais do estudo - <i>Stakeholders</i> .....	176

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Tipos de <i>stakeholders</i> .....	51
Quadro 2. Definição específica de <i>stakeholders</i> primários e secundários .....	52
Quadro 3. Dimensões do modelo da saliência.....	54
Quadro 4. Aspectos contextuais do pensamento sistêmico .....	56
Quadro 5. Parâmetros sistêmicos.....	58
Quadro 6. Conceitos sobre os sistemas abertos e fechados.....	59
Quadro 7. Componentes do sistema .....	60
Quadro 8. Modelos sistêmicos .....	61
Quadro 9. Conceitos-chave da Teoria Geral dos Sistemas.....	64
Quadro 10. Modelos de maturidade .....	72
Quadro 11. Categoria de modelos de maturidade.....	73
Quadro 12. Classificação de modelos de maturidade.....	74
Quadro 13. Estrutura de Modelo de Maturidade .....	75
Quadro 14. Componentes de modelos de maturidade .....	75
Quadro 15. Capacidade de desempenho dos modelos de maturidade.....	77
Quadro 16. Categorização dos modelos de maturidade em organizações hospitalares.....	78
Quadro 17. Tipos de ambiente.....	91
Quadro 18. Funções da organização hospitalar .....	93
Quadro 19. Abordagens de desempenho hospitalar .....	94
Quadro 20. Perspectivas de desempenho hospitalar.....	94
Quadro 21. Perspectivas gerais de desempenho hospitalar .....	95
Quadro 22. Indicadores econômico-financeiros e operacionais utilizados para mensurar o desempenho de organizações hospitalares .....	97
Quadro 23. Fatores de influência da propriedade hospitalar .....	98
Quadro 24. Programas de acreditação hospitalar .....	100
Quadro 25. Postura relacional com os <i>stakeholders</i> .....	104
Quadro 26. Princípios de gerenciamento de <i>stakeholders</i> .....	105
Quadro 27. Descrição genérica dos níveis de maturidade.....	125
Quadro 28. Organizações imaturas versus organizações maduras .....	126
Quadro 29. Modelos de escala de ordenação .....	129
Quadro 30. Constructo de Gestão de Relacionamento com <i>Stakeholders</i> .....	132

Quadro 31. Constructo da Gestão de Desempenho Organizacional.....	134
Quadro 32. Especialistas revisores do instrumento de pesquisa .....	137
Quadro 33. Índice de concordância para macro dimensão Gestão de Relacionamento com <i>Stakeholders</i> .....	139
Quadro 34. Desfechos da macro dimensão Gestão de Relacionamento com <i>Stakeholders</i> após aplicação do Q-sort.....	140
Quadro 35. Constructo da Gestão de Desempenho Organizacional.....	142
Quadro 36. Desfechos da macro dimensão Gestão de Desempenho Organizacional após aplicação do Q-sort.....	143
Quadro 37. Índices de ajuste do modelo.....	148
Quadro 38. Índices de confirmação do modelo.....	155

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Índice de Kappa .....	138
Tabela 2. Distribuição da organização hospitalar conforme tipo e número de leitos.....	154
Tabela 3. Distribuição quanto ao número médio de cirurgias/mês e número de colaboradores .....	154
Tabela 4. Análise de confiabilidade das subdimensões.....	155
Tabela 5. Testes de KMO e <i>Barllett's</i> das dimensões 1 a 5 .....	156
Tabela 6. Matriz de Componente Rotativa.....	157
Tabela 7. Correlação entre as dimensões.....	159
Tabela 8. Correlação entre as subdimensões .....	160
Tabela 9. Análise de muticolinearidade .....	161
Tabela 10. Índices de refinamento do modelo.....	164
Tabela 11. Índices de refinamento do modelo.....	166
Tabela 12. Confiabilidade das dimensões subdimensões .....	167
Tabela 13. Validade discriminante pelo Método de Fornell e Larcker (1981) - Dimensões .	168
Tabela 14. Validade discriminante pelo Método de Fornell e Larcker (1981) - Subdimensões .....	169
Tabela 15. Validade discriminante pelo método de Bagozzi e Phillips (1982).....	170
Tabela 16. Influência da variância do método comum nos indicadores.....	172
Tabela 17. Índices de ajuste do modelo.....	174
Tabela 18. Resultados do teste do modelo estrutural (modelo geral).....	174
Tabela 19. Distribuição das organizações hospitalares por nível de maturidade na Gestão de Relacionamento com <i>Stakeholders</i> .....	178
Tabela 20. Distribuição do nível de maturidade por dimensão .....	180
Tabela 21. Distribuição do nível de maturidade por subdimensão.....	181
Tabela 22. Nível de maturidade das subdimensões da dimensão Compreensão.....	182
Tabela 23. Nível de maturidade das afirmativas da subdimensões da Compreensão .....	183
Tabela 24. Nível de maturidade das subdimensões da dimensão Comunicação.....	184
Tabela 25. Nível de maturidade das afirmativas da subdimensão Comunicação.....	185
Tabela 26. Nível de maturidade das subdimensões da dimensão Confiança .....	186
Tabela 27. Nível de maturidade das afirmativas da subdimensão Confiança .....	187
Tabela 28. Nível de maturidade das subdimensões da dimensão Colaboração.....	189
Tabela 29. Nível de maturidade das afirmativas da subdimensão Colaboração .....	189

Tabela 30. Classificação das práticas de gestão de relacionamento com <i>stakeholders</i> por nível de maturidade .....	192
Tabela 31. Resultado sintético do teste de <i>Wilcoxon-Mann-Whitney</i> : tipo de organização hospitalar por dimensão.....	196
Tabela 32. Resultado analítico do teste de <i>Wilcoxon-Mann-Whitney</i> : tipo de organização hospitalar por dimensão.....	198
Tabela 33. Resultado analítico do teste de <i>Wilcoxon-Mann-Whitney</i> : tipo de organização hospitalar por subdimensão .....	199
Tabela 34. Resultado sintético do teste de <i>Wilcoxon-Mann-Whitney</i> : classificação da organização hospitalar por dimensão .....	201
Tabela 35. Resultado analítico do teste de <i>Wilcoxon-Mann-Whitney</i> : classificação da organização hospitalar por dimensão .....	203
Tabela 36. Resultado analítico do teste de <i>Wilcoxon-Mann-Whitney</i> : classificação da organização hospitalar por subdimensão.....	204
Tabela 37. Resultado sintético do teste de <i>Wilcoxon-Mann-Whitney</i> : quantidade média de cirurgias mensais realizadas por dimensão.....	206
Tabela 38. Resultado analítico do teste de <i>Wilcoxon-Mann-Whitney</i> : quantidade média de cirurgias mensais realizadas por dimensão.....	208
Tabela 39. Resultado analítico do teste de <i>Wilcoxon-Mann-Whitney</i> : quantidade média de cirurgias mensais realizadas por subdimensão .....	209
Tabela 40. Resultado sintético do teste de <i>Wilcoxon-Mann-Whitney</i> : processo de acreditação por dimensão .....	211
Tabela 41. Resultado analítico do teste de <i>Wilcoxon-Mann-Whitney</i> : processo de acreditação por dimensão .....	213
Tabela 42. Resultado analítico do teste de <i>Wilcoxon-Mann-Whitney</i> : processo de acreditação por subdimensão.....	214
Tabela 43. Percepção dos respondentes em relação ao desempenho organizacional hospitalar .....	216
Tabela 44. Resumo dos testes de hipóteses .....	227

## LISTA DE SIGLAS

AC	<i>Alfa de Cronbach</i>
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
BPMM	<i>Business Process Maturity Model</i>
BPMMM	Modelo de Maturidade em Gerenciamento de Processos de Negócios
BPOMM	Modelo de Maturidade de Orientação de Processo de Negócios
BPRMM	Modelo de Maturidade de Reengenharia de Processos de Negócios
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CC	Confiabilidade Composta
CF	Estrutura de Capacidade
CFI	Índice de Ajuste Comparativo
CMM	<i>Capability Maturity Model</i>
CMMI	<i>Capability Maturity Model Integrated</i>
CPMM	<i>Care Pathway Maturity Model</i>
DyAMM	<i>Dynamic Architecture Maturity Matrix</i>
EAMM	<i>Enterprise Architecture Maturity Model</i>
FNQ	Fundação Nacional da Qualidade
GFI	Índice de Qualidade de Ajuste
GRC	Governança, Gestão de Riscos e Compliance
HCMM	Modelo de Maturidade na Cooperação Hospitalar
HLA	<i>Healthcare Lean Assessment</i>
IST	Sistemas de Informação e Tecnologia
IMM	Modelo de Maturidade da Infraestrutura
JCI	<i>Joint Commission International</i>
KMCA	<i>Knowledge Management Capability Assessment</i>
KMO	<i>Kaiser-Meyer-Olkin – Measure of Sampling Adequacy</i>
KPAs	<i>Key Process Areas</i>
MARQuIS	Métodos para Avaliação de Respostas a Estratégias de Melhoria da Qualidade
MEE	Modelagem de Equações Estruturais
MEG	Modelo de Excelência na Gestão

MIT	<i>Massachussets Institute of Technology</i>
MM	Modelo de Maturidade
MVC	Método da Variância Comum
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPM3	Modelo de Gestão de Maturidade de Projetos Organizacionais
PACS	Sistema de Arquivamento e Comunicação de Imagens
PDP	Processo de Desenvolvimento de Produtos
PEMM	<i>Process Enterprise Maturity Model</i>
PML	Progressão de Maturidade de Processo
PMMM	Modelo de Maturidade em Gerenciamento de Projetos
QMMG	<i>Quality Management Maturity Grid</i>
RMSEA	Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação
SEI	<i>Software Engineering Institute</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TGS	Teoria Geral dos Sistemas
TS	Teoria dos <i>Stakeholders</i>
TLI	Índice de <i>Tucker-Lewis</i>
VIF	<i>Variance Inflation Factor</i>
VME	Variância Média Extraída

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>24</b>
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA.....	27
1.2	OBJETIVOS DA PESQUISA.....	31
1.2.1	<b>Objetivo geral .....</b>	<b>31</b>
1.2.2	<b>Objetivos específicos .....</b>	<b>31</b>
1.3	JUSTIFICATIVA.....	31
1.4	TESE .....	35
1.5	ESTRUTURA DO TRABALHO .....	37
<b>2</b>	<b>BASE TEÓRICA .....</b>	<b>38</b>
2.1	TRAJETÓRIA EPISTEMOLÓGICA .....	38
2.1.1	<b>Paradigmas sociológicos organizacionais.....</b>	<b>38</b>
2.1.2	<b>Teoria Geral dos Sistemas .....</b>	<b>40</b>
2.1.3	<b>Teoria dos <i>Stakeholders</i> .....</b>	<b>46</b>
2.2	REVISÃO DA LITERATURA.....	54
2.2.1	<b>Pensamento Sistêmico .....</b>	<b>54</b>
2.2.2	<b>Teoria Geral dos Sistemas .....</b>	<b>63</b>
2.2.3	<b>Modelos de maturidade .....</b>	<b>69</b>
2.2.4	<b>Gestão de relacionamento com <i>stakeholders</i> .....</b>	<b>101</b>
2.3	POSICIONAMENTO TEÓRICO .....	108
2.4	HIPÓTESES DA PESQUISA .....	109
2.4.1	<b>Dimensões utilizadas no constructo de gestão de relacionamento com <i>stakeholders</i> .....</b>	<b>115</b>
2.4.2	<b>Dimensão utilizada no constructo de gestão de desempenho organizacional.....</b>	<b>126</b>
<b>3</b>	<b>MÉTODOS E PROCEDIMENTOS DE PESQUISA.....</b>	<b>130</b>
3.1	POSICIONAMENTO EPISTEMOLÓGICO.....	130
3.2	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	131
3.3	CONSTRUCTO DA PESQUISA .....	132

3.4	INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	135
<b>3.4.1</b>	<b>Pré-teste.....</b>	<b>136</b>
3.5	POPULAÇÃO E AMOSTRA DA PESQUISA .....	144
3.6	COLETA DE DADOS .....	145
3.7	PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS .....	146
3.8	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA TRAJETÓRIA METODOLÓGICA .....	149
3.9	LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	151
<b>4</b>	<b>ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>153</b>
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....	153
4.2	COMPOSIÇÃO DO CONSTRUCTO .....	155
4.3	RELAÇÃO ENTRE O GRAU DE MATURIDADE E O DESEMPENHO ORGANIZACIONAL HOSPITALAR.....	162
<b>4.3.1</b>	<b>Refinamento do modelo da pesquisa .....</b>	<b>164</b>
<b>4.3.2</b>	<b>Avaliação do modelo estrutural .....</b>	<b>174</b>
4.4	NÍVEL DE MATURIDADE GERAL DA AMOSTRA .....	177
<b>4.4.1</b>	<b>Nível de maturidade dimensão Compreensão .....</b>	<b>182</b>
<b>4.4.2</b>	<b>Nível de maturidade dimensão Comunicação .....</b>	<b>184</b>
<b>4.4.3</b>	<b>Nível de maturidade dimensão Confiança .....</b>	<b>186</b>
<b>4.4.4</b>	<b>Nível de maturidade dimensão Colaboração .....</b>	<b>188</b>
<b>4.4.5</b>	<b>Classificação das práticas de Gestão de Relacionamento com <i>Stakeholders</i> por nível de maturidade.....</b>	<b>191</b>
<b>4.4.6</b>	<b>Nível de maturidade por caracterização da amostra .....</b>	<b>195</b>
4.5	DESEMPENHO ORGANIZACIONAL HOSPITALAR .....	216
4.6	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	217
<b>4.6.1</b>	<b>Resultados obtidos na análise descritiva e nos níveis de maturidade.....</b>	<b>218</b>
<b>4.6.2</b>	<b>Análise da relação entre o nível de maturidade de gestão de relacionamento com <i>stakeholders</i> com o desempenho de organizações hospitalares .....</b>	<b>223</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>228</b>
5.1	CONCLUSÕES.....	228
5.2	RECOMENDAÇÃO PARA ESTUDOS FUTUROS .....	231
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>233</b>

<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>274</b>
<b>APÊNDICE B .....</b>	<b>285</b>
<b>APÊNDICE C .....</b>	<b>286</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As organizações, usualmente, estão estabelecidas em ambientes complexos de transformações aceleradas com relativo grau de concorrência e dependência das relações estabelecidas no que se refere a disponibilização de seus serviços. Ainda que a organização, em determinado estágio, alcance a performance necessária à continuidade do negócio, torna-se indispensável fortalecê-la, investindo em melhoria contínua, inovação e no desenvolvimento de modelos que possibilitem avaliar e monitorar os níveis de maturidade organizacional.

O propósito dessa dinâmica é o de sobressair em competitividade e sustentabilidade no respectivo segmento de atuação, bem como, em sua forma de trabalho, na qualidade de seus produtos, na eficiência da prestação de serviços, diferentes métodos de atender aos clientes, nos relacionamentos instituídos, harmonizando-se com às demandas mercadológicas. De acordo com Bertalanffy (2012) a conectividade desses elementos pode compreender um conjunto de ligações entre a organização e o ambiente que a circunda.

Nessa perspectiva, as organizações hospitalares possuem uma relevante singularidade, uma vez que, de um ponto de vista, sua gestão é demasiadamente compelida a conter os custos dentro de certos limites, e, de outro, obriga-se a disponibilizar serviços personalizados e extremamente qualificados (Aronsson, Abrahamsson, & Spens, 2011; Hellman *et al.*, 2015). As adversidades experienciadas pelas organizações hospitalares demandam soluções mais abrangentes e integradas com os diversos grupos de interesse, a fim de melhor administrar seus recursos, suprimir ineficiências indesejadas e garantir os resultados almejados (Harrison *et al.*, 2007; Koch, 2006; Pardes *et al.*, 2006).

Para ampliar e integralizar uma melhor qualidade de serviço e satisfação dos clientes, de acordo Gonçalves *et al.* (2013) e Wangler *et al.* (2003) a gestão dos processos e práticas que envolvem os interesses, demandas e exigências dos *stakeholders* é apontada como um meio de confrontar essas adversidades. Assim, na medida em que as organizações influenciam e são influenciadas pelas partes interessadas que compõem os ambientes em que estão inseridas, cada vez mais as organizações hospitalares necessitam compreender como as relações estão estruturadas, desenvolvidas e compreendidas pelos agentes influenciadores (Gonçalves *et al.*, 2008).

Segundo Bainbridge *et al.* (2016), para compreender os processos que constituem a gestão dos relacionamentos com a melhor eficiência exequível, faz-se necessário que as atividades envolvidas avancem de maneira integrada. Para os autores, a integração deve ser compreendida como um elemento primordial para o convívio, desempenho e sustentabilidade

das organizações hospitalares em virtude da alta fragmentação na formação e prestação dos seus serviços. Para Freeman (2002) o êxito das organizações quanto aos seus objetivos, essencialmente depende da maneira como são estabelecidos os métodos de relacionamento com os grupos de interesse (clientes, fornecedores, comunidades, investidores, colaboradores, etc.), igualmente denominados de *stakeholders*.

De acordo com Lin e Cheng (2007) o aperfeiçoamento das relações entre os *stakeholders*, depende exclusivamente de uma melhor integração dos chamados fluxos de relacionamento (fluxos de informações, fluxos de materiais, fluxo de forças, fluxo de pessoas, entre outros), considerando o ambiente de relacionamento como um sistema especial. Nesse sentido, Bertalanffy (2012) compreende que a interação entre os elementos do sistema é a ação recíproca que modifica o comportamento ou as características desses elementos.

A capacidade de balancear as características de todos e o desenvolvimento contínuo de práticas para melhoria da gestão dos métodos de relacionamento, torna-se uma atividade primordial no esforço para mitigar riscos desnecessários e assegurar os objetivos organizacionais (Burmester, Pereira, & Scarpi, 2007). Dessa forma, para atender às demandas das práticas hospitalares a serem estudadas, Kirchmer, Laengle e Masias (2013) mencionam a necessidade de escolher modelos adequados para mensurar os pontos de melhoria mediante proposição de modelos de maturidade propícios à gestão hospitalar.

Santos *et al.* (2015) menciona que modelos de maturidade podem contribuir para avaliar o nível de gestão das relações por intermédio de uma abordagem integradora destes métodos com o estabelecimento de requisitos e elementos de performance da cadeia de valor das organizações hospitalares. Hospitais são organizações complexas, nas quais o conhecimento e a maturidade são essenciais para conquistar seus principais propósitos: zelar e restabelecer pacientes, conferindo bem-estar a estes e seus parentes, assim como gerenciar recursos físicos e humanos, compartilhando-os acertadamente (Oliveira, 2015).

Não por acaso, as organizações hospitalares, ao assimilarem o nível de maturidade em que se encontram seus processos, segundo Silveira (2009), proporcionam uma visão mais aprimorada de suas práticas, sucedendo numa busca constante por aperfeiçoamentos, ampliando a competitividade entre as organizações e estimulando melhores níveis de qualidade, minimizando custos e tornando seus objetivos estratégicos mais compreensíveis. Assim como as organizações operam em diferentes níveis de eficiência, os processos e as práticas de gestão de relacionamento com *stakeholders* da mesma forma apresentam diferentes níveis, sendo necessário o desenvolvimento de métodos de análise e verificação, a fim de assegurar um

entendimento estruturado das partes interessadas e contribuir para uma melhor vantagem competitiva das organizações (Bourne, 2009).

Nesse ponto de vista, Elmaallam e Kriouile (2013) expõem que modelos de maturidade são instrumentos essenciais para garantir a melhoria contínua dos sistemas e atividades, possibilitando a autoavaliação e fornecendo um meio de referência dessas atividades em relação às melhores práticas. Alvarez, Martins e Silva (2015) apresentam que os modelos de maturidade devem ser compreendidos como um preceptor que a organização hospitalar pode dispor para qualificar e construir de maneira sustentável seus resultados.

A interação com e entre os *stakeholders* díspares que influem o ambiente organizacional requer que sejam desenvolvidos métodos que possibilitem assimilar e mensurar essa interação (Gonçalves *et al.*, 2008). As organizações hospitalares devem levar em consideração a incorporação da gestão das relações com *stakeholders* em níveis estratégicos, operativos e pessoais, abarcando os macroprocessos interorganizacionais, estabelecendo assim os estágios de maturidade (Cengiz & Kirkbir, 2007).

O desenvolvimento de modelos de maturidade em organizações hospitalares, devem incentivar o aprimoramento e as alterações dos processos e práticas relacionais (Shahtalebi, 2014), bem como, tornar-se uma importante ferramenta auxiliar para tomada de decisões (Gonçalves *et al.*, 2008). A criação de modelos de maturidade propícios às organizações hospitalares favorece o estabelecimento do pensamento por intermédio de processos estruturados e do gerenciamento eficaz (Kirchmer, Laengle, & Masias, 2013).

A implementação de modelos de maturidade na prática hospitalar pode auxiliar os gestores a determinar os pontos fortes e as melhorias necessárias, com a finalidade de estabelecer em qual estágio de maturidade encontra-se a organização hospitalar e de qual maneira poderá evoluir para níveis mais elevados de maturidade (Carvalho *et al.*, 2018).

A proposição de modelos de maturidade em organizações hospitalares, favorecem a autoavaliação e diretrizes para as melhores práticas relacionais com as partes interessadas (Mettler, 2011), a melhoria contínua dos processos e das atividades de governança (Neppelenbroek & Shahim (2014), a cooperação e motivação de forma autêntica entre as equipes (Jaramillo, Bande, & Varela, 2015), a redução de custos e a melhoria da confiabilidade nos processos de aquisição e gestão de suprimentos (Tontini *et al.*, 2016), a de gestão de leitos hospitalares (Kerpedzhiev *et al.*, 2019) e o desempenho organizacional hospitalar (Carvalho, Rocha, & Abreu, 2017; 2016).

Para Feitosa, Souza e Gómez (2014) a proximidade e a intensidade do relacionamento que a organização mantém com os seus *stakeholders* melhora do desempenho organizacional.

O desempenho exerce um papel central na gestão hospitalar, exigindo que as organizações hospitalares prestem mais atenção na eficiência operativa de todos os sistemas que envolvem as organizações hospitalares (Behrouzi & Ma'aram, 2019).

Harrison e Wicks (2013) declaram que a gestão efetiva dos relacionamentos existentes com os *stakeholders* indica a possibilidade de um desempenho superior, visto que os *stakeholders*, à medida que melhor compreendidos, interagem de forma recíproca (Bosse & Phillips, 2016). Um desempenho eficiente e responsável, segundo Cinaroglu e Baser (2018), pode melhorar a qualidade dos serviços hospitalares, reduzir custos, otimizar processos, e alcançar a locação de recursos de forma ideal e melhorar efetivamente as relações.

Nesta pesquisa foram estabelecidos critérios relacionais e de desempenho para analisar a percepção dos gestores responsáveis pela alta administração quanto a compreensão da gestão de relacionamento com *stakeholders* e o desempenho percebido em organizações hospitalares. De forma geral identificou-se o predomínio da maturidade de Nível 3, atingida por 55,6% das organizações participantes desta pesquisa, o que determina que nestas organizações hospitalares o processo de gestão de relacionamento com *stakeholders* está implantado formalmente (documentado), mas existem algumas falhas na execução. Cabe destacar que os *stakeholders* primários predominantemente encontram-se no Nível 4 de maturidade, no qual o processo está completamente implantado em uma área ou mais áreas e com indicadores estabelecidos, onde os resultados planejados são alcançados, enquanto os *stakeholders* secundários situam-se principalmente no Nível 3 de maturidade. No que se refere ao desempenho, as organizações hospitalares foram classificadas pelos gestores hospitalares como desempenho percebido “igual” em relação as organizações hospitalares da região onde atuam.

Desse modo, modelos de maturidade são destacados como excepcionais instrumentos para direcionar organizações e gestores, por simplificarem o planejamento das ações e ascensão destes para níveis mais elevados de maturidade.

## 1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Organizações podem ser influenciadas em diversos sentidos e diferentes atitudes que compõem os ambientes organizacionais, pois os interesses das partes interessadas na maioria das organizações geralmente são extensos e sua participação pode se tornar fonte de conflito. Como os relacionamentos não são estáticos, mas dinâmicos, faz-se necessário gerir o equilíbrio das propensões dos *stakeholders* em constante mudança (Goodijk, 2002).

Para que o equilíbrio esperado perdure entre as organizações, Hourneaux Jr. (2010) menciona a necessidade de estas conhecerem os resultados de suas ações, considerando-se os seus efeitos para os diversos públicos existentes em seu ambiente, e simultaneamente compreender este ambiente e principalmente suas relações, representado por diferentes grupos de interesse que podem influenciar o desempenho organizacional.

Post, Preston e Sachs (2002) expõem que relacionamentos que produzem o efeito desejado com as partes interessadas de uma organização são fundamentais para a sobrevivência a longo prazo da própria organização e para o sucesso das organizações envolvidas a sua operação. Esses relacionamentos devem ser conduzidos da maneira que melhor atenda às necessidades e expectativas das partes interessadas e às necessidades da organização.

De acordo com Bourne (2009) relacionamento eficaz e ético com os diferentes grupos de interesse ajudam a criar um resultado bem-sucedido, entretanto requerem níveis de habilidade e maturidade organizacional. As iniciativas concebidas para propiciar melhorias baseadas na maturidade organizacional, influenciadas pela garantia de qualidade, da produtividade e da primazia de relacionamentos e desempenho, conduziram à criação de métodos de referência existentes na literatura científica e técnica, as quais são teorizadas nas academias e utilizadas nas organizações (Nascimento *et al.*, 2016).

Paulk (2004) revela que os métodos de referências compreendem padrões, regulamentos, normativas, conjunto de conteúdos e diretrizes internacionais de certificação, assim como modelos e matrizes de avaliação da condição e do nível de maturidade organizacional, orientados de forma integral ou segmentada.

No que se refere ao processo de análise da condição e do nível de maturidade das organizações, Cleven *et al.* (2014) estabelecem que os arquétipos que envolvem a maturidade são imprescindíveis para contribuir com as organizações, pois eles aprimoram seus processos e práticas. Com o propósito de alcançar a excelência por intermédio da melhoria contínua, os arquétipos de maturidade atuam como um instrumento para avaliar e aprimorar a eficiência. Conforme Fisher (2004) as organizações a partir da compreensão do seu nível de maturidade, conseguem rapidamente aferir a necessidade de transição. O autor também evidencia que os modelos de maturidade são usados como apoio para aferir e comparar a obtenção de melhorias. Segundo Kolukısa Tarhan *et al.* (2020) os modelos de maturidade apresentam um perfeito equilíbrio entre a teoria e a prática, o que é promissor para melhor gerenciar efetivamente os resultados identificados e o processo de transição entre os estágios de maturidade.

Para Bourne (2005), em virtude da pluralidade das relações organizacionais, faz-se necessário exibir diferentes níveis de prontidão para adotar o uso de processos e práticas de

gerenciamento de relacionamento com partes interessadas. Em um nível de maturidade, o desenvolvimento de técnicas sofisticadas de mapeamento que podem ser usadas para relatórios preditivos, análises e verificações podem ajudar uma organização a melhorar sua vantagem competitiva. Em níveis mais baixos de maturidade, as organizações podem desenvolver gradualmente processos e práticas consistentes que assegurariam um entendimento estruturado e progressivo das partes interessadas.

Sob a perspectiva da pluralidade das relações organizacionais, Gonçalves (2000) considera que a gestão de determinados processos não é adequadamente desenvolvida em alguns ramos específicos da economia, em consequência de os processos não serem reconhecidos prontamente porque são pouco visíveis. Nesta perspectiva, Blondiau, Mettler e Winter (2016), Carvalho *et al.* (2018) e Celestino (2002) concebem que um desses ramos específicos envolve as organizações da área de saúde, em particular os hospitais que podem ser considerados “*sui generis*”, devido ao elevado nível de complexidade, linguísticas peculiares, planejamento e controle baseados em alto grau de conhecimento, relacionamentos e a maturidade própria de princípios essenciais ao ser humano.

Segundo Burmester, Pereira e Scarpi (2007) faz-se necessário estabelecer um modelo de gestão contemporâneo, para melhor atender às demandas das organizações hospitalares, otimizando processos e práticas, definindo modelos apropriados para avaliar a maturidade organizacional e determinar pontos de melhoria. Mettler e Rohner (2009) complementam que os modelos de maturidade necessitam ser abrangentes e configuráveis devido as características internas e externas (tecnologia acessível, propriedade intelectual, base de clientes, relacionamento com as partes interessadas) das organizações hospitalares.

As relações entre organizações hospitalares envolvidas em redes, alianças e outros formatos diversificados de relacionamento, presumem que os modelos de maturidade não podem convergir para uma sucessão de níveis em sentido a uma condição final pré-estabelecida. Mas sim em fatores macros inter-relacionados que estimulam o aperfeiçoamento e as transformações dos processos e práticas relacionais (King & Kraemer, 1984; Roloff, 2008; Shahtalebi, 2014).

Mediante ao evidenciado, destaca-se Cengiz e Kirkbir (2007), Christopher (2001) e Lambert (1993), os quais sugerem que as organizações hospitalares devem considerar a integração das relações em níveis estratégicos, operacionais e de pessoas, definindo assim o grau de consistência de maturidade de uma organização. A integração das relações, no contexto de cadeia de valor estendida, deve englobar os macroprocessos interorganizacionais, desde os fornecedores até o usuário final, acrescentando valor para os consumidores e demais partes

interessadas no negócio. As organizações devem criar e desenvolver adequadamente relacionamentos em níveis estratégicos, visto que as relações de confiança mútua podem ser consideradas como fonte de vantagem competitiva a longo prazo (Pirozzi, 2019).

À medida que as organizações passam a considerar níveis mais elevados de maturidade, torna-se necessário recorrer a novos modelos e ferramentas na tentativa de se criar uma nova realidade e, desse modo, perpetuar sua existência e propiciar novos níveis em termos de desempenho (Mousapour, 2014).

O desempenho organizacional hospitalar, segundo Guisset *et. al* (2002), deve levar em conta a capacidade de compreensão da natureza e da função da organização hospitalar, como sua missão e relacionamento com os grupos de interesses que se encontram inseridos naquele ambiente. Li e Benton (1996) anunciam que a concepção de desempenho organizacional hospitalar se transforma de acordo com os interesses, objetivos e interpretações de *stakeholders* distintos. Stocker e Mascena (2019) expressam que organizações com desempenho elevado, fundamentalmente equilibram de forma mais adequada a destinação de recursos entre os diferentes grupos de interesse.

Diante deste contexto, constata-se que as interações entre a organização hospitalar e as partes interessadas não podem ser obtidas por intermédio de processos e práticas anárquicas, mas suportadas por métodos e melhores ferramentas de gestão (Gonçalves *et al.*, 2011; Gonçalves & Rocha, 2012). A gestão efetiva das relações existentes com e entre os *stakeholders*, propicia um elevado vínculo relacional, contribuindo para o sucesso e desenvolvimento a longo prazo de todas as partes interessadas (Drewniak, Drewniak, & Karaszewski, 2020). Por este motivo, consideramos que a gestão de relacionamento com *stakeholders* nas organizações hospitalares deve ser gerida por intermédio de modelos de maturidade, beneficiando-se de seus contributos e direcionamentos.

Frente a esta conjuntura, desenvolveu-se um projeto de investigação que colaborasse para elevar o conhecimento sobre os modelos de maturidade aplicados as organizações hospitalares, de forma a difundir uma melhoria na metodologia de avaliar e promover a maturidade de suas relações com as partes interessadas, preconizando a seguinte questão de pesquisa: Como devemos estruturar e avaliar a maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* no desempenho de organizações hospitalares?

Delimitado o problema de pesquisa, na sequência são estabelecidos os objetivos gerais e específicos do estudo.

## 1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA

### 1.2.1 **Objetivo geral**

Elaborar um modelo de avaliação da maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* que tenha relação com o desempenho percebido de organizações hospitalares.

### 1.2.2 **Objetivos específicos**

- a) Desenvolver um modelo de maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* em organizações hospitalares;
- b) Analisar a relação entre o nível de maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* e o desempenho percebido de organizações hospitalares;
- c) Avaliar o nível de maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* em organizações hospitalares, a partir do modelo desenvolvido.

## 1.3 JUSTIFICATIVA

As organizações hospitalares têm concentrado suas estratégias na busca por melhoria contínua de processos e práticas de gestão de relacionamento com as partes interessadas, que correspondam às suas necessidades e as convertam em resultados sustentáveis, tornando-se mais competitivas mercadologicamente. A evolução de práticas orientadas para a melhoria contínua de processo se torna uma ação relevante para minorar conflitos e ampliar as possibilidades de êxito neste contexto.

As organizações hospitalares buscam estabelecer fatores que as diferencie dos concorrentes por intermédio de certificações, padronização de processos e práticas e excelência na gestão de relacionamentos, possibilitando assim criar um diferencial competitivo em relação ao mercado de atuação. Assim, Hammer (2007) declara que as inúmeras organizações, independentemente do porte ou setor, demonstram grande progresso em qualidade, agilidade, redução de custos e êxito econômico, quando evidenciam, aferem e reestruturam os processos e práticas internas e de interação com as partes interessadas.

A motivação para realização deste estudo está na complexidade existente na gestão de relacionamento com *stakeholders* em organizações hospitalares. Conforme Hillman e Keim (2001) e Post *et al.* (2002) a complexidade das relações com *stakeholders* é indiscutível porque

cada um deles consegue apropriar-se de papéis distintos na mesma organização e o gerenciamento dessas relações envolve nível elevado de aprendizagem, interação de proximidade, características diversas e interesses que modificam no decorrer do tempo. Martins, Silva e Santos (2014) evidenciam a gestão de relacionamento com *stakeholders* deve estar implícita nas estratégias das organizações hospitalares, devido à complexidade e a dinâmica existente nessas relações. As interações das organizações com e entre os *stakeholders* devem ser compreendidas a partir de sua complexidade, visto que se encontram interligadas e inter-relacionadas, favorecendo assim a realização dos objetivos organizacionais (Freeman, 1994; Doh & Quigley, 2014).

Outra contribuição deste estudo está em analisar se as medidas de desempenho de organizações hospitalares são influenciadas pela maturidade presente na organização ao tratar das relações existentes entre as partes interessadas. Considerada como uma boa prática de gestão, Zehir, Çınar e Şengül (2016) mencionam que a participação dos *stakeholders* no desenvolvimento de formatos mais transparente de governança corporativa contribui efetivamente para ampliar o desempenho das organizações hospitalares. Fernandes, Fleury e Mills (2006), apresentam em seus estudos uma relação positiva do desempenho com os *stakeholders* analisados.

A justificativa teórica desta tese está na elaboração de um modelo de avaliação da maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* descritivo e comparativo para organizações hospitalares. De acordo com Cleven *et al.* (2014), Dekleva e Drehmer (1997) e Fraser, Moultrie e Gregory (2002) os modelos de maturidade representam arquétipos de características avaliadas, onde cada nível de maturidade representa uma evolução distinta, fornecendo a descrição do desempenho da organização hospitalar em níveis diversos de um sistema dividido em partes pequenas, além de proporcionar um processo de comparação das práticas organizacionais com as demais organizações hospitalares participantes da pesquisa. Ao identificar seu nível de maturidade, Rummler e Brache (1990) expõem que os modelos de maturidade expressam os níveis de maturidade recentes (indícios primários) e almejados (processo de mudança) e contemplam os respectivos parâmetros de melhoria, assim eliminando as capacidades irrelevantes, resultando em um melhor desempenho organizacional.

Vanhaecht *et al.* (2006) expõe o esforço significativo das organizações hospitalares no que se refere ao desenvolvimento e melhoria dos níveis de maturidade, porém ainda enfrentam vários desafios para transformar, desenvolver, implementar e melhorar os níveis de maturidade. Mettler (2011), corroborando com Fisher (2004), destacam que os modelos de maturidade, em seu processo de implantação, necessitam estar agregados ao propósito e escopo do modelo, à

criação do projeto (*design*) do modelo, à aferição ao modelo, e à reflexão sobre o avanço do modelo. A partir dessas etapas, pode-se assim decidir o melhor momento de se utilizar um instrumento de medição, ou seja, o modelo de maturidade. Por meio do modelo de maturidade adotado advém a metodologia e os procedimentos organizados e adaptáveis, os quais realizam a análise e avaliação de processos e práticas.

Ainda que os modelos de maturidade sejam bastante difundidos nas áreas de gestão de projetos e tecnologia da informação, existe ainda um amplo campo de pesquisa na área hospitalar a ser investigado. Ao realizar um estudo de cunho bibliográfico, Trentin e Tontini (2021) categorizaram e estruturaram as pesquisas relacionadas à modelos de maturidade em gestão hospitalar, identificando os temas que se sobressaem dentre as 305 publicações entre os anos de 2005 e 2019. Foi identificado dentre as pesquisas elegíveis que, 34,15% abordam gerenciamento de informações, 14,63% abordam gerenciamento de fornecedores, 12,20% gerenciamento de serviços, governança e gerenciamento de qualidade, 9,76% a implementação do modelo de maturidade e 4,88% trabalho em equipe. Segundo os autores existe a necessidade de ampliar pesquisas relacionadas ao desenvolvimento de modelos abrangentes de maturidade para gestão hospitalar, por meio de uma ou mais lentes teóricas. Com tal característica, Wendler (2012) identificou temas relacionados a maturidade que se sobressaem e apresentou que, das 237 publicações entre 1993 e 2010 com esta temática, 7% tratam de temas relacionados com tecnologia da informação ou software, 7% são em relação ao gerenciamento de materiais e logística, e apenas 2,5% discorrem em relação ao setor hospitalar.

Segundo Kirchmer, Laengle e Masias (2013) o segmento hospitalar é um ecossistema complexo, dinâmico e especializado, e o estabelecimento do pensamento por meio de processos estruturados e do gerenciamento eficaz deste requer modelos de maturidade adequados e o suporte de uma cultura organizacional madura. Blondiau, Mettler e Winter (2016) evidenciam na literatura um número elevado de pesquisas sobre os modelos de maturidade. No entanto, esses modelos não estão envolvidos essencialmente na implantação real de um modelo de maturidade em um ambiente hospitalar. Assim, Waring (2015) expõe a necessidade de explorar a utilidade dos modelos de maturidade como forma de avaliação diferenciada dos processos de implementação de sistemas de gestão de relacionamento em organizações hospitalares. Tarhan, Turetken e Van Den Biggelaar (2015) utilizaram um modelo genérico de maturidade de processos *Business Process Maturity Model* [BPMM] em seus estudos, proposto para avaliar a maturidade e a qualidade dos serviços, devido a ausência de um modelo específico para área hospitalar.

À vista disso, a proposição de modelos de maturidade orientados para a gestão de relacionamento com *stakeholders* em organizações hospitalares, as quais poderiam estipular de maneira mais assertiva os resultados e aprimorar o nível de competitividade, tornaram-se de extrema relevância. Acerca dos métodos para mensurar a maturidade, Wendler (2012) evidencia a existência de poucos estudos que adaptam ou propõem modelos específicos de maturidade no domínio da gestão hospitalar. Blondiau *et al.* (2016) encontram poucas evidências sobre como implementar na prática, de forma efetiva e integrada, os modelos de maturidade em organizações hospitalares. Rudzevicius *et al.* (2018) expõem que há uma carência de estudos empíricos que extrapolam e identificam quais os níveis e variáveis que compõem a gestão de relacionamento com *Stakeholders* e a possível relação entre o desempenho da gestão com os resultados organizacionais.

No trabalho de revisão de literatura desenvolvido, assim como em estudos complementares, não foi encontrado, tanto quanto foi possível apurar, nenhum modelo na área hospitalar suficientemente abrangente e detalhado que avalie a maturidade da gestão de relacionamento com *stakeholders*, contribuindo assim de forma teórica para a temática pesquisada. Na prática, uma análise de conteúdo realizada em artigos científicos, manuais, *white papers*, relatórios e *websites*, todos eles com informação sobre modelos de maturidade na área hospitalar, revelou ainda a inexistência de modelos de maturidade com dimensões ou fatores considere um arquétipo estruturado para gerir relacionamentos entre os diversos grupos constituintes do segmento hospitalar.

Outra contribuição teórica desta tese é a aplicação da Teoria Geral dos Sistemas e da Teoria dos *Stakeholders* em um ambiente complexo e dinâmico, estabelecido hierarquicamente em níveis distintos em um conjunto amplo de relacionamentos e interações. Nesta pesquisa, a Teoria Geral dos Sistemas e a Teoria dos *Stakeholders*, foram revisitadas, estudadas e discutidas para serem aplicadas conjuntamente em uma perspectiva diferenciada das tradicionalmente observadas durante a revisão da literatura para elaboração desta tese.

Enfim, compreende-se também como contribuição teórica desta tese o uso da abordagem qualitativa para a interpretação e elaboração do construto deste estudo que é analisado sob a ótica quantitativa; e o uso da perspectiva sistêmica nas relações com e entre as partes interessadas, onde buscou-se compreender sob a ótica dos gestores responsáveis pela alta administração das organizações hospitalares a percepção destes sobre o fenômeno.

A justificativa prática desse estudo situa-se na importância de as organizações hospitalares disporem de um método estruturado para conscientizar-se da existência de inúmeras e distintas partes interessadas e a compreensão do seu envolvimento e interesse na

gestão dos relacionamentos essenciais ao desempenho das organizações hospitalares. De acordo com Clarkson (1999), existe diversos motivos para acreditar que a utilização de uma abordagem de gerenciamento das partes interessadas contribuirá para a sobrevivência e o sucesso a longo prazo de uma organização.

Acerca da gestão relacional, busca-se conceber e disponibilizar um instrumento que seja capaz de contribuir para melhorar a percepção das organizações hospitalares, progressivamente, em um mercado com indicativos consistentes de transformações complexas, por intermédio de relações rentáveis e duradouras que irão conjuntamente criar oportunidades, reproduzindo e aprimorando os sistemas e os avanços indispensáveis ao crescimento sustentável. Para Junqueira e Wada (2011), uma compreensão mais precisa do relacionamento com e entre os *stakeholders*, contribuiu com o desenvolvimento de sistemas mais colaborativos, melhoramento da gestão, aumento da sustentabilidade e da longevidade organizacional. Schiavon (2018) expressa que as relações não nascem prontas, portanto, necessitam ser compreendidas, lapidadas e estruturadas ao longo do tempo, criando assim parcerias profícuas e duradouras.

No aspecto social, a pesquisa contribui para que as organizações hospitalares possam ser capazes de reconhecer e balancear os interesses de todos os *stakeholders* no negócio, integrando inquietações socioambientais, pelas quais os atores sociais negociam juntos os significados para ações e situações que por ventura afetem o ambiente e o desempenho das organizações. Segundo Pauget e Wald (2013), distinguir e observar as características de todas as partes interessadas, contribui para que as organizações hospitalares tenham uma visão holística do negócio, afim de alinhar os objetivos estratégicos da organização às demandas dos *stakeholders* e desenvolver comportamentos e competências nos processos relacionais.

Este estudo também se justifica pela sua originalidade e contribuição para o desenvolvimento de um modelo de maturidade como ferramenta estratégica relacionada ao processo de gestão de relacionamento com *stakeholders*, pretendendo avançar no contexto teórico e prático para a formação do conhecimento sobre a temática. Adicionalmente, oportuniza a compreensão da inter-relação existente entre as áreas de investigação e sua relação no desempenho de organizações hospitalares.

#### 1.4 TESE

A demanda por boas práticas de gestão no setor da saúde cresce rapidamente, e faz com que o papel dos gestores se torne cada vez mais desafiador. De acordo com Garvin (1995), para apoiar a gestão e viabilizar a melhoria contínua, os métodos de análise e avaliação de

maturidade de processos devem ser utilizados com o objetivo de aferir a performance organizacional, identificando pontos de melhoria e propondo meios de atingir níveis superiores na escala de maturidade.

Para atender aos propósitos de medir a capacidade de funcionamento adequado de processos distintos em diferentes níveis de complexidade, Rosen (1970) expõe a necessidade de existir uma analogia entre os diferentes estágios em distintos sistemas das organizações. De acordo com Bertalanffy (2012), as organizações constituem um sistema complexo devido ao número de elementos e os tipos de relações existentes que conferem características às organizações envolvidas com o sistema.

A complexidade das interações entre a organização hospitalar e os *stakeholders*, são destacadas por Ghayour e Doaei (2012), Heath e Norman (2004) e Zehir, Çınar e Şengül (2016), os quais mencionam que as organizações hospitalares podem ter sucesso e desempenho elevado quando integram e gerem relações mais transparentes com e entre as partes interessadas. Os autores destacam que o suporte a demandas compartilhadas e relações mútuas no ambiente de negócios contribuem para o desenvolvimento sustentável das organizações.

Assim, considerando-se que: (i) é necessário a criação de instrumentos adequados para mensurar processos (Beber, 2008; Camilo, 2010; EFQM, 1999a-b; Harrington, 1997; 1993; Macpherson, 2001; Peristeras & Tarabanis, 2000; Womack & Jones, 1996); (ii) os arquétipos de maturidade atuam como um instrumento para entender, melhorar, transformar e ou otimizar parâmetros e processos (Burmester, Pereira, & Scarpi, 2007; Figueiredo, 2016; Fisher, 2004; Hammer, 2007; King & Kraemer, 1984; Mettler, 2011; Rummler & Brache, 1990); (iii) os modelos de maturidade têm sido elaborados com o propósito de aperfeiçoar a estrutura organizacional e o aprendizado das organizações hospitalares (Becker, Knackstedt & Pöppelbuß, 2009; Blondiau *et al.*, 2016; Cleven *et al.*, 2014; Conwell, Enright, & Stutzman, 2000; Mettler & Blondiau, 2012, Pöppelbuß *et al.*, 2010); (iv) os diferentes níveis de prontidão dos processos e práticas relacionais com as partes interessadas contribuem para a descrição do desempenho; (v) a Teoria dos *Stakeholders* [TS] caracteriza que as relações dissemelhantes com as partes interessadas fazem parte de um sistema complexo de convivência em níveis diversos (Freeman *et al.*, 2010); (vi) a Teoria Geral dos Sistemas [TGS] propicia compreender o sistema organizacional, com suas interações, características e complexidade (Bertalanffy, 2012).

Considerando também que as organizações são um sistema aberto, constituído por diversos subsistemas, que podem ser analisados conjuntamente e ou isoladamente, caracterizados por equifinalidade, homeostase, diferenciação, *inputs e outputs*, dinâmica,

mecanismos de *feedback*, hierarquias e fronteiras (Bertalanffy, 2012; Katz & Kahn, 1978; Vasconcellos, 2010).

E considerando, finalmente, que organizações da área de saúde, em particular os hospitais podem ser considerados “*sui generis*”, devido ao elevado nível de complexidade, linguísticas peculiares, planejamento e controle baseados em alto grau de conhecimento e a maturidade própria de princípios essenciais ao ser humano (Blondiau, Mettler, & Winter, 2016; Celestino, 2002), estabelece-se a tese de que **o nível da maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* tem relação com o desempenho de organizações hospitalares.**

## 1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO

A presente tese está estruturada em cinco capítulos. No primeiro, apresentam-se a introdução ao tema, a contextualização do problema, o objetivo geral e específicos, a justificativa para o estudo proposto e a declaração da tese.

O segundo capítulo é dedicado à base teórica composta pela trajetória epistemológica dos paradigmas sociológicos organizacionais, da Teoria Geral dos Sistemas [TGS] e da Teoria dos *Stakeholders*. Em seguida, explicita-se a revisão de literatura, com ênfase na maturidade (conceito, utilização, modelos), a gestão de relacionamento com *stakeholders* e o posicionamento teórico da tese.

No terceiro capítulo são indicados os métodos e procedimentos da pesquisa compostos pelo delineamento da pesquisa, hipóteses, constructo, instrumento da pesquisa, coleta de dados, população e amostra, procedimentos para análise de dados, trajetória teórico-metodológica e limitações da pesquisa.

O quarto capítulo dedica-se à análise das hipóteses relacionadas aos objetivos específicos, à análise e discussão dos dados, bem como a análise da relação entre a gestão de relacionamento com *stakeholders* e o desempenho organizacional hospitalar. O quinto e último capítulo apresenta a conclusão, recomendações e sugestões para estudos futuros.

## 2 BASE TEÓRICA

Este capítulo compreende a trajetória epistemológica, a revisão da literatura e o posicionamento teórico definido para a presente tese.

### 2.1 TRAJETÓRIA EPISTEMOLÓGICA

Esta seção aborda os paradigmas sociológicos organizacionais de Burrell e Morgan (1979), e na sequência a abordagem da Teoria Geral dos Sistemas [TGS] e da Teoria dos *Stakeholders*, destacando os antecedentes e a sua aplicação no contexto dos modelos de maturidade e gestão de relacionamento com *stakeholders*.

#### 2.1.1 Paradigmas sociológicos organizacionais

De acordo com Burrell e Morgann (1979), os pesquisadores que dissertam sobre os aspectos sociais do mundo humano expõem suas proposições por intermédio de suposições antecipadas não expressas formalmente ou explicadas sem ambiguidade inerentes à natureza do mundo social e o modo como ele é capaz de ser analisado.

Nesta pesquisa, independentemente da existência de outras concepções metodológicas, a opção metodológica está definida em concordância com a tipologia de Burrell e Morgan (1979), que categorizam os estudos sociais em duas perspectivas - Natureza da Ciência Social e Natureza da Sociedade, conjuntamente à quatro paradigmas - Funcionalismo, Interpretativismo, Humanismo Radical e Estruturalismo Radical (Figura 1).

**Figura 1.** Paradigmas para análise da Teoria Social



Fonte: adaptado de Burrell e Morgan (1979).

O paradigma estruturalista radical do ponto de vista da ciência social é realista, positivista, determinista e nomotético. Destaca o conflito estrutural, os modos de dominação, contradições e privações. Os conflitos e mudanças geram a emancipação do homem (Burrell & Morgan, 1979).

O paradigma humanista radical apresenta uma perspectiva social envolvida por abordagens nominalista, antipositivista, voluntarista e ideográfica. Centra-se em desprender o ser humano das restrições sociais, critica o status quo, percebe a sociedade como anti-humana. Coloca ênfase na dominação, emancipação, potencialidades e privação (Burrell & Morgan, 1979).

O paradigma interpretativista tem como perspectiva social uma abordagem nominalista, antipositivista, voluntarista e ideográfica. Compreende o mundo social a partir da experiência subjetiva do indivíduo. Considera o indivíduo parte importante no processo de construção da teoria e também busca interpretar o status quo, a ordem social, o consenso, a integração social e a coesão (Burrell & Morgan, 1979).

Por fim, o paradigma funcionalista tem como perspectiva social a abordagem realista, positivista, determinista e nomotética. A perspectiva é enraizada na sociologia da regulação e no ponto de vista objetivo. Preocupa-se em fornecer explicações para a ordem social, consenso, integração, satisfação das necessidades e realidade, com orientação pragmática. Propicia explicações racionais para o mundo social e utiliza-se de métodos das ciências naturais para problemas sociais (Burrell & Morgan, 1979).

No âmbito das pesquisas em administração os autores Covaleski, Dirmith e Samuel (1996) discorrem que as ciências sociais, delimitadas em duas perspectivas e quatro paradigmas, abordam diferentes tipos de problemas, retratados de variadas maneiras, oferecendo concepções contrárias sobre sua natureza. Desse modo, o que Burrell e Morgan (1979) propõem, não é um composto de paradigmas nem o isolamento de um determinado paradigma como protetor, mas sim o pluralismo paradigmático como uma forma de ampliar nosso entendimento de dilemas nas ciências sociais (Covaleski, Dirmith, & Samuel, 1996). Ainda que declararem restritivo que as ciências sociais possam ser delimitadas em natureza da ciência social e da sociedade e seus quatro paradigmas, Hopper e Powell (1985) evidenciam que essa delimitação possibilita o entendimento, assim como constitui-se em um instrumento muito empregue pelos cientistas.

Na concepção paradigmáticas de Burrell e Morgan (1979), o paradigma funcionalista tem proporcionado um panorama predominante no direcionamento das pesquisas

organizacionais (Burrell & Morgan, 1979). O paradigma funcionalista, reconhecido por uma perspectiva objetiva no campo organizacional, é influenciado para o equilíbrio e a conservação de sua própria condição. Propende a evidenciar que o mundo social se encontra constituído de artefatos empíricos parcialmente reais e que os vínculos podem ser evidenciados, analisados e avaliados por meio de abordagens provenientes das ciências naturais, isto é, orienta-se a ser positivista, realista, determinista e nomotético (Andrade & Tanaka, 2001; Burrell & Morgan, 1979).

Torna-se essencial destacar que os pressupostos retratados por Burrell e Morgan (1979), apesar de dicotômicos, constituem uma série de acontecimentos sequenciais e ininterruptos (Morgan & Smircich, 1980). A pesquisa na área organizacional conforme Karataş-Özkan e Murphy (2010) pode ser desenvolvida com base em paradigmas distintos e pode ocorrer a criação de vínculos entre os pressupostos filosóficos, de suporte teórico e métodos de pesquisas com os propósitos dos estudos organizacionais. Os autores consideram que as práticas organizacionais podem ser uma verdade observável e são partes constituintes de um contexto social delimitado, sendo o pesquisador capacitado para observar e analisar o fenômeno organizacional de maneira relativamente objetiva.

Constata-se que o trabalho de Burrell e Morgan (1979) no campo de estudos organizacional é incontestável, fundamentalmente pela publicação do artigo “*Sociological Paradigms and Organizational Analysis*” e por sua sequência. Os autores impulsionaram a disseminação e a gradativa aquiescência de teorias críticas e interpretativistas na teoria organizacional, além de suscitarem os debates interparadigmáticos. Para Amboni *et al.* (2017) os paradigmas propostos por Burrell e Morgan (1979) não devem ser considerados como mutuamente excludentes, em função de eles serem complementares. Os hiatos suprimidos por um paradigma podem ser concluídos e aperfeiçoados pelos pressupostos de outro paradigma no entendimento da realidade pesquisada. Entretanto, a harmonia interna e externa deve ser preservada para os estudos organizacionais não se reduzirem em trivialidades sem referência e fundamentação.

A partir do Paradigma Funcionalista, apresenta-se na seção seguinte a Teoria Geral dos Sistemas [TGS]. De acordo com Lazarsfeld (1970, p.312) “as teorias sistemáticas não se distinguem de um modelo funcionalista”. O autor menciona que aparece, periodicamente, um "novo" funcionalismo; e este é, justamente, o caso da Teoria Geral dos sistemas.

### 2.1.2 Teoria Geral dos Sistemas

A evolução da raça humana fez com que as ideias evoluíssem, exigindo um olhar mais holístico sobre o indivíduo, seu contexto e as relações estabelecidas. A busca pelo entendimento integral dos fenômenos remonta ao período clássico na Grécia antiga, onde o filósofo grego Aristóteles (384 - 322 a.C.) admitia que: “uma parte é uma certa medida do todo e o todo deve ser formado de partes” (Puente, 2001) e recentemente pelo engenheiro aeroespacial e escritor Peter Senge em seu livro “*The fifth discipline*” mencionando que: “Há alguma coisa dentro de todos nós que adora montar um quebra-cabeça, que adora ver surgir a imagem do todo. A beleza de uma pessoa ou de uma flor ou de um poema reside em vê-los por inteiro (Senge, 2006, p. 99).

Á vista disso, a compreensão das partes particulares de um sistema por meio da compreensão de seu todo conceitual, segundo Teixeira, Gubiani e Carvalho Neto (2007) promovem o surgimento de uma teoria, não de sistemas mais ou menos específicos, e sim de princípios universais. Seu conteúdo “é a formulação e derivação dos princípios para os sistemas em geral, qualquer que seja a natureza dos elementos que os compõem e as relações existentes entre eles” (p.137).

De acordo com Jordan (1974) um sistema pode ser percebido como um conjunto de entidade ou elementos coadunados por algum aspecto relacional ou interdependência contínua, que constitui um todo absoluto. Neste mesmo sentido, Morin (2002) compreende um sistema como uma singularidade coletiva organizada de inter-relações entre cada parte ou porção que compõe o todo, suas realizações e os indivíduos. Bertalanffy (2012) define sistema como um conjunto de partes interligadas, que se afetam mutuamente, e são dependentes entre si e, ao mesmo tempo, do todo que formam.

Capra e Eicheberg (2006) declaram que as ideias sistêmicas despontaram na ciência como uma refutação às concepções mecanicistas, sendo o Movimento Romântico (séculos XVIII e XIX) a primeira forte oposição ao pensamento analítico. A concepção comum entre os pensadores românticos era a interpretação da terra e da natureza como um “todo” harmônico e interligado. Dentre os principais personagens deste movimento, podemos citar: o poeta inglês William Blake, o filósofo alemão Immanuel Kant, o poeta alemão Goethe, o geólogo escocês James Hutton, o naturalista e explorador alemão Alexander Von Humboldt e o naturalista francês Georges Cuvier. (Capra & Eicheberg, 2006; Gomes *et al.*, 2014; Kasper 2000).

Sob uma perspectiva histórica, na década de 1940, a Teoria da Cibernética desenvolvida pelo matemático americano e professor do *Massachusetts Institute of Technology* [MIT], Norbert Wiener e a Teoria da Comunicação Humana criada pelo antropólogo inglês, Gregory Bateson, foram consideradas como bases da Teoria Sistêmica. Estas teorias influenciaram

distintos domínios do conhecimento, particularmente as ciências naturais e humanas (Gomes *et al.*, 2014; Jackson, 2007; Osorio, 2002; Vasconcellos, 2010).

Wiener (1961) define a cibernética como a ciência do controle e da comunicação nas máquinas e animais. Os conceitos básicos da cibernética são o tempo, a informação e a sua transmissão no espaço e no tempo, o *feedback* e o mecanismo de controle, em que a realimentação da informação ao operador permite efetuar uma ação que modifica o valor das variáveis do sistema e o aproxima do valor do parâmetro especificado como objetivo. Com base na Teoria da Comunicação de Bateson, Centeno (2009) menciona que a perspectiva sistêmica e cibernética da comunicação permitem concluir que tudo o que não é informação, redundância, forma ou restrição é ruído, entropia, que só pode ser combatido pela troca de informações dentro de um sistema autorregulador.

Ainda no século XX, durante a República de Weimar na Alemanha, quando a tendência intelectual era negar o fracionamento e o mecanicismo, buscando a totalidade, surge a Psicologia da Gestalt (entende o comportamento como processo perceptivo) que estuda comportamento e ou adaptação entre organismo e o meio. A Psicologia da Gestalt teve como principais expoentes Kurt Koffka, Wolfgang Köhler e Max Wertheimer, os quais contribuíram para assentir a existência de totalidades irreduzíveis como aspecto chave da percepção sustentando que totalidades apresentam qualidade que inexistem em suas partes (Gomes *et al.*, 2014).

Na escola de administração *Sloan School of Management* do MIT, na década de 1950, o engenheiro eletricitista Jay Forrester desenvolveu um método conhecido como Dinâmica de Sistemas para aprimorar o aprendizado sobre sistemas complexos (Serman, 2002). A Dinâmica de Sistemas de acordo com Forrester (1991), harmoniza a teoria, método e filosofia necessária para investigar o comportamento de diferentes sistemas. O autor considera que a base de dados mental é uma fonte essencial de informação a respeito das partes que compõem o sistema. Forrester (1997), referindo-se a Dinâmica de Sistemas, expressa que as estruturas se alteram no decorrer do tempo, que os sistemas reais são complexos, e que demandam de um pensamento sistêmico para compreender as subjetividades e seu funcionamento.

O movimento sistêmico, com todas as concepções sobre sistemas, foi considerado como o precursor das teorias pertinentes ao pensamento sistêmico, bem como a Teoria Geral dos Sistemas de Karl Ludwig von Bertalanffy e a Modelagem *Soft System* de Peter Checkland. O movimento sistêmico foi essencialmente formado pela interação entre os autores Anatol Rapoport, Kenneth Boulding, Karl Ludwig von Bertalanffy e Ralph Gerard mediante

encontros nos Centros de Stanford para Estudos Avançados e Ciências do Comportamento na década de 1950 (Checkland, 2000; Hammond, 2002).

Sob a ótica do pensamento sistêmico, o sistema pode ser delineado como uma entidade que preserva sua existência por intermédio da interação mútua entre as partes (Bellinger, 2004). Segundo Ackoff (1979) pode-se dizer que, à medida que o pensamento tradicional evidencia a análise das partes, o pensamento sistêmico dedica-se em adquirir sínteses, a partir da totalidade das interações entre as partes significativas para a existência de um “todo”.

O surgimento do pensamento sistêmico transformou profundamente a ciência ocidental, gradativamente a visão analítica de mundo está disponibilizando espaço para o pensamento sistêmico com seu olhar holístico e universal. Essa mudança de paradigmas é essencial para confrontar a complexidade dos dilemas mundiais (Seiffert & Loch, 2005).

O marco histórico do pensamento sistêmico é conferido a Karl Ludwig von Bertalanffy (1901-1972), que exerceu uma relevante influência no desenvolvimento de uma abordagem onde evidenciou a ocorrência dos sistemas na biologia, na física e nas ciências em geral (Drack, Apfalter, & Pouvreau, 2007). Bertalanffy defendia um método viável de compreender a totalidade do fenômeno estudado, pois segundo o autor o estudo das partes somente concebia quadros pontuais da realidade. As publicações dos estudos de Karl Ludwig von Bertalanffy na segunda metade do século XX contribuíram para a criação da Teoria Geral dos Sistemas [TGS] e para quebra de paradigma entre o pensamento analítico e o pensamento sistêmico (Sodré & Salamoni, 2016).

Karl Ludwig von Bertalanffy foi biólogo austríaco e iniciou a sua carreira em Viena na década de 20, onde integrou o chamado círculo de Viena. As hipóteses de Bertalanffy desde o início evidenciavam sua descrença em uma visão meramente mecanicista dos fenômenos biológicos, os quais deveriam ser ampliados por uma visão que considerasse o todo, as suas inter-relações e o seu ambiente (Lapolli, 2010). Em 1925, Bertalanffy publica suas ideias em alemão e, em 1930, lança alguns artigos na Inglaterra. Na década seguinte, o autor apresenta sua teoria do organismo considerado como sistema aberto (Vasconcellos, 2010).

Destaca-se que, no ano de 1912, o pesquisador, médico, filósofo e economista russo Alexander Bogdanov, apresentou uma teoria semelhante à Teoria Geral dos Sistemas, nominada de Tektologia. O principal objetivo era esclarecer e generalizar os princípios de organização de todas as estruturas vivas e não vivas e formular uma ciência universal da organização. Ainda que a teoria apresentada por Bogdanov seja anterior a TGS e que, em 1928, tenha sido publicada uma segunda edição elaborada em alemão, Bertalanffy não faz referências a Bogdanov em seus livros (Capra & Eicheberg, 2006).

Bertalanffy (2012) buscou, com a TGS, entender a complexidade do todo, contrapondo-a à fragmentação científica. Ele iniciou seus estudos na biologia, não obstante, proporcionou elementos que podem ser utilizados em diversos campos da ciência, como sociologia, psicologia e ciências sociais. Ofereceu, também, características para um sistema aberto, onde acontece a “troca de matéria com o seu ambiente” (Bertalanffy, 2012, p.186), representando entrada de insumos e saídas de produtos. Os sistemas abertos são considerados por Bertalanffy como organismos vivos que não devem ser retratados pela termodinâmica clássica, que versa sobre sistemas fechados em estado de equilíbrio técnico ou próximo dele (Capra & Eicheberg, 2006).

Entre as décadas de 1940 e 1950, Karl Ludwig von Bertalanffy desenvolveu diversos artigos, tendo a oportunidade de requintar, modificar e aplicar os conceitos daquela que tornaria-se Teoria Geral do Sistema, tendo difundindo-a posteriormente por meio da publicação “*General System Yearbook*” (primeiro periódico anual no campo da ciência de sistemas iniciado em 1956 e editado inicialmente por Karl Ludwig von Bertalanffy e Anatol Rapoport) entre os anos de 1956-1987 (Vasconcellos, 2010).

A Teoria Geral dos Sistemas acomoda princípios do pensamento sistêmico e da biologia (Costa, 2010), incidindo na generalização do modelo organicista, ou seja, uma perspectiva filosófica que vê o universo e suas partes como um todo orgânico e, por analogia ou literalmente, como um organismo vivo (Pinheiro, Crepaldi, & Cruz, 2012). Desta forma, o todo exterioriza-se além da existência das partes e “as relações são o que dá coesão ao sistema todo, conferindo-lhe um caráter de totalidade ou globalidade, uma das características definidoras do sistema” (Vasconcellos, 2010, p.199).

Em meio ao contexto da Segunda Guerra Mundial, as ideias de Bertalanffy não foram bem aceitas em um primeiro momento. Neste ínterim o biólogo conhece então, a Teoria da Cibernética que florescia nos Estados Unidos e passa a ser influenciado por ela (Wiener, 1961). Entretanto no ano de 1953, as objeções feitas à teoria foram aos poucos sendo derrubadas, no momento que Kenneth Boulding escreveu uma carta à Bertalanffy, datada de 1953, mencionando que a percepção sobre a Teoria Geral do Sistema começava a ter uma aceitação maior por parte da comunidade científica. Nessa carta, Boulding afirma que ambos haviam chegado a uma conclusão muito semelhante quanto à TGS, embora partindo de campos científicos diferentes, “existindo um corpo daquilo que chamei “teoria empírica geral”, ou “teoria geral do sistema”, em sua excelente terminologia, com larga aplicação em muitas disciplinas diferentes” (Bertalanffy, 1968, p. 14).

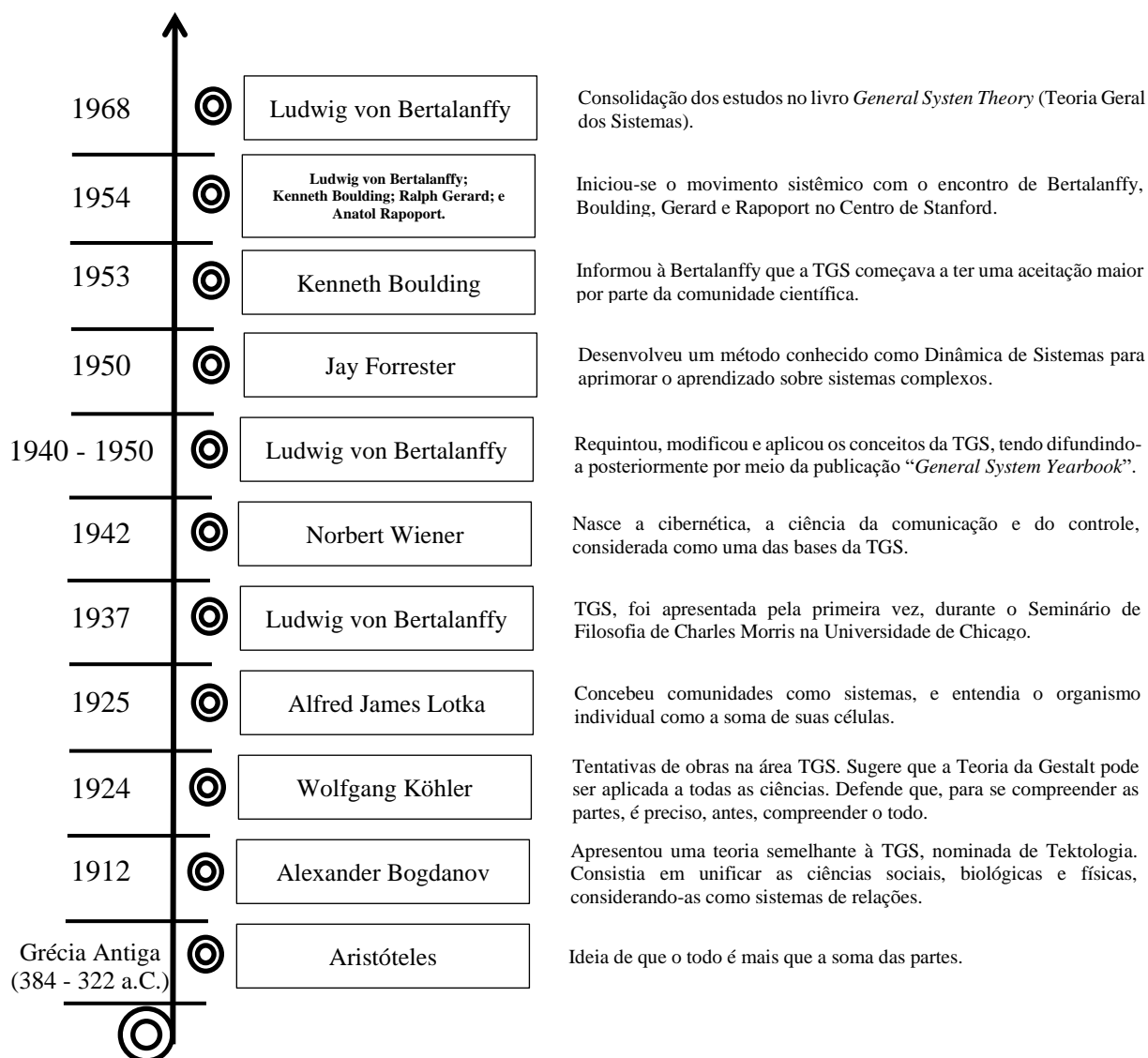
A Teoria Geral dos Sistemas também fez uso do conceito de retroalimentação ou *feedback* que emergiu na cibernética, o qual garante a circulação de informações entre elementos do sistema. A retroalimentação pode ser negativa, o que acontece quando esse mantém a homeostase, ou positiva, ocorre quando o sistema responde pela mudança sistêmica (morfogênese) (Capra & Eicheberg, 2006; Vasconcellos, 2010).

Sob a égide do movimento sistêmico criado nos Centros de Stanford, na década de 1960, Bertalanffy começa a ministrar conferências nos Estados Unidos e no ano de 1968 apresentou a consolidação desses estudos em um livro publicado sobre o nome *General System Theory* (Teoria Geral dos Sistemas) por meio de uma editora canadense, em função da maior propagação de suas ideias, que passam a estar disponíveis em língua inglesa, ampliando ainda mais a visibilidade de sua Teoria (Vasconcellos, 2010).

Ao estudar as características de sistemas físicos e biológicos, Bertalanffy (2012) notou a existência de princípios e leis que se aplicam a todos os sistemas, independentemente de sua natureza (física, biológica ou social) e dos elementos que os compõem. Uma das consequências desses princípios comuns aos sistemas era o aparecimento de semelhanças estruturais ou isomorfismos em diferentes campos da ciência. Partindo dessas premissas ele considerou legítima a criação de uma teoria com princípios universais, aplicáveis aos sistemas em geral, a qual denominou Teoria Geral dos Sistemas.

A Figura 2 demonstra a trajetória epistemológica da Teoria Geral dos Sistemas.

**Figura 2.** Trajetória epistemológica da Teoria Geral dos Sistemas



Fonte: elaborado pelo autor (2021).

### 2.1.3 Teoria dos Stakeholders

O termo “partes interessadas” e ou “*stakeholder*” era considerado uma gíria para qualquer grupo negligenciado afetado por uma organização. Certamente, a palavra havia sido moldada com precisão por uma linha tênue e importante de teóricos da administração. E, para ter certeza, também a palavra foi usada algumas vezes por gestores que queriam justificar seus compromissos pessoais com outros grupos que não os acionistas, como colaboradores e clientes (Donaldson, 2002).

A conceituação do termo “*stakeholder*” advém da literatura das ciências empresariais, sendo possível identificá-la desde a obra “A Teoria dos Sentimentos Morais” de Adam Smith,

publicada no ano de 1759 (Friedman & Miles, 2006). Seu uso contemporâneo na literatura de gestão apresenta-se por intermédio de um memorando interno do *Stanford Research Institute*, que no ano de 1963 instituiu o termo para difundir uma interpretação melhor sobre o acionista, compreendendo-o como um grupo singular o qual necessita de atenção mais aprimorada pela gestão organizacional (Jongbloed, Enders, & Salerno, 2007). O interesse por outros grupos, que não exclusivamente os acionistas ou proprietários de organizações, passou a ser considerado com o advento da Teoria dos *Stakeholders* (Freeman, 2013).

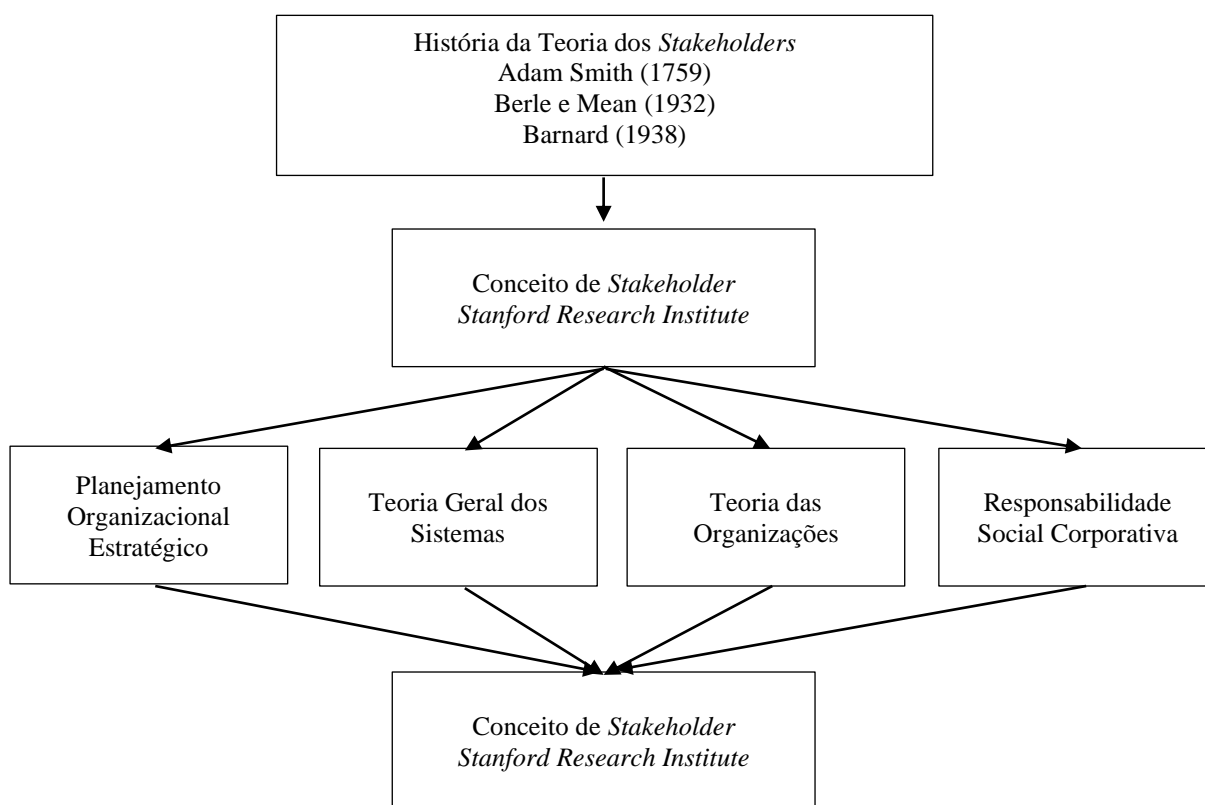
A Teoria dos *Stakeholders* tem como marco histórico a obra “*Strategic Management: A Stakeholder Approach*” de Robert Edward Freeman, no ano de 1984, que delineou e desenvolveu as características básicas do conceito de *stakeholders* (Jones, 1995). A teoria apresenta uma estratégia de acrescer uma visão econômica dos recursos à perspectiva econômica de mercado concomitantemente, incorporando uma interpretação sociopolítica da sociedade, ou seja, o sistema é considerado maior do que a organização à qual está inserido, para a tomada de decisões (Freeman & Liedtka, 1997).

A Teoria dos *Stakeholders*, consoante com Freeman (2013) e McVea (2001), desenvolveu-se primordialmente dentro de quatro áreas de conhecimento distintas em gestão organizacional - Planejamento Organizacional Estratégico; Teoria Geral dos Sistemas; Teoria Organizacional; e Responsabilidade Social Corporativa, demonstradas no livro de Freeman (1984), esquematizadas na Figura 3 e descritas a seguir:

- a) Na perspectiva do Planejamento Organizacional Estratégico, considera-se a concepção de que as estratégias de sucesso representam à associação dos interesses de todos os *stakeholders* (contrário da maximização da posição de um único grupo em detrimento dos demais);
- b) Na Teoria Geral dos Sistemas e na Teoria Organizacional destacou-se a ideia de que as organizações são sistemas abertos, que se relacionam entre si (organização e os *stakeholders*), sendo necessário o desenvolvimento de estratégias comuns a todos os interessados que aprimorem o sistema de maneira integrada, além de reconhecer todos os relacionamentos imprescindíveis a sua existência;
- c) A Teoria das Organizações é considerada uma importante precursora do desenvolvimento superficial do conceito de *stakeholder*. Em particular, oferece uma formulação de ideias baseadas em *stakeholders* muito semelhante àquela dos planejadores corporativos;

- d) A Responsabilidade Social Corporativa não é compreendida como um grupo teórico formalizado, no entanto, trata-se de uma abordagem de casos organizacionais e de testagens empíricas que buscam expor a relevância da construção de relações fortes e confiáveis e de ótima reputação com todas as partes interessadas em prol do sucesso organizacional.

**Figura 3.** *Percurso traçado no desenvolvimento da Teoria dos Stakeholders*



Fonte: adaptado de Freeman (1984, p.32).

À vista disso, a narrativa constata que Freeman (1984) foi o precursor investigativo de gestão a identificar de modo claro a relevância estratégica de outros grupos de interesse para a organização, diferentes dos grupos habituais (acionista, clientes e fornecedores). Os princípios defendidos por Freeman (1984), originários da Teoria dos *Stakeholders*, surgiram numa conjuntura organizacional onde a organização compreendeu que não era autossustentável e que dependia de seu ambiente externo, formado por diversos grupos externos à organização e o ponto central de numerosas relações interdependentes.

As ideias iniciais da Teoria dos *Stakeholders*, defendidas por Freeman (1984), são expressas por Jones e Wicks (1999) e Savage, Dunkin e Ford (2004), como:

- A organização tem relacionamentos com muitos grupos que influenciam ou são influenciados pela empresa, os *stakeholders* segundo Freeman (1984);
- A teoria interessa-se pela natureza destes relacionamentos em termos de processos e resultados para a organização e para os *stakeholders*;
- Os interesses de todos os *stakeholders* legítimos tem valor intrínseco e assume-se que nenhum conjunto de interesses domina outros, como observaram Clarkson (1995) e Donaldson e Preston (1995);
- A teoria focaliza a tomada de decisão gerencial;
- A teoria explica que os *stakeholders* irão tentar influenciar o processo decisório da organização, de modo a que seja consistente com as suas necessidades e prioridades;
- Quanto às organizações, estas devem tentar entender e equilibrar os interesses dos vários intervenientes.

No amplo contexto fornecido pela teoria, percebe-se a existência de inúmeras definições de *stakeholders* na literatura. Freeman (1984, p.46) identificou as partes interessadas como "qualquer grupo ou indivíduo que possa afetar ou é afetado pela consecução dos objetivos da organização". Clarkson (1995, p.106) define *stakeholders* como "pessoas ou grupos que possuem, ou reivindicam, propriedade, direitos ou interesses em uma corporação e suas atividades, passadas, presentes ou futuras". De acordo como autor, tais direitos ou interesses reivindicados são o resultado de transações ou ações tomadas pela organização e podem ser legais ou morais, individuais ou coletivas. As partes interessadas com interesses, reivindicações ou direitos semelhantes podem ser classificadas como pertencentes ao mesmo grupo: colaboradores, acionistas, clientes e assim por diante. Thompson, Wartick e Smith (1991) apresentam *stakeholders* como aqueles que se relacionam com a organização e Hendry (2001) menciona que *stakeholders* são os atores morais, ou seja, seus relacionamentos não podem ser reduzidos a relações contratuais ou econômicas.

Enfim, constata-se que, existe inúmeras definições de *stakeholders* presentes na literatura, a título de exemplo os diversos conceitos elencados por Mainardes (2010), que podem levar a algumas interpretações distorcidas do termo (Friedman e Miles, 2006). À vista

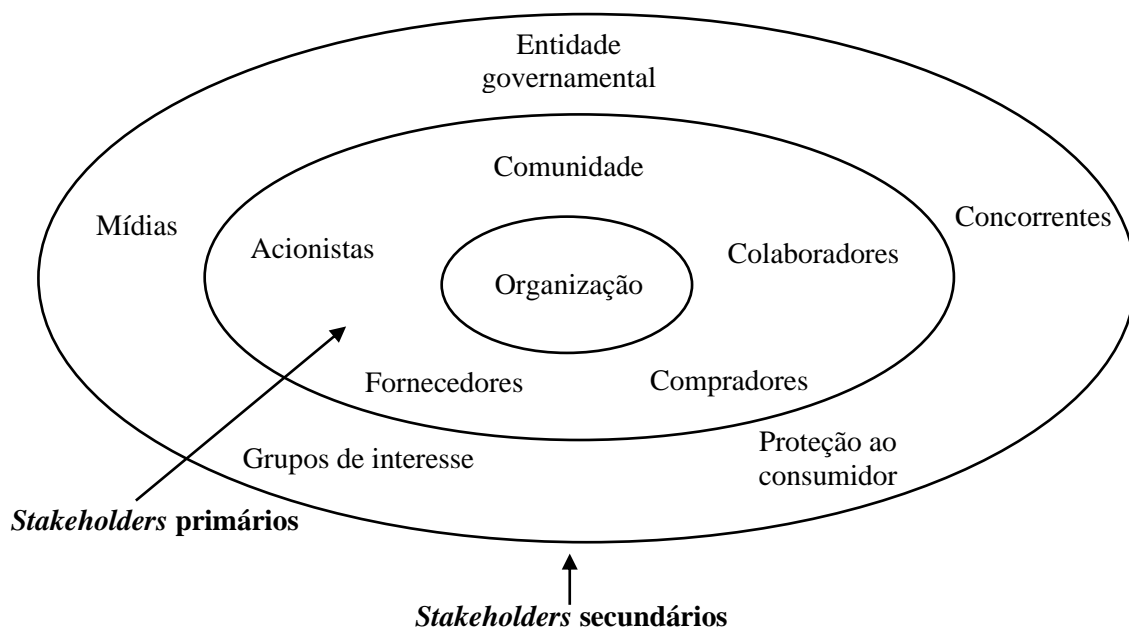
disso, a maioria dos estudos utiliza a definição idealizada por Freeman (1984), que também será usada nesta investigação, porém conta com uma delimitação importante.

Mitchell, Agle e Wood (1997) mencionam que a definição de Freeman (1984) é considerada demasiadamente ampla, de tal maneira que abre espaço para uma possibilidade infinita de *stakeholders*, fazendo-se necessário delimitar o conjunto de *stakeholders*. Freeman e Evan (1990) restringiram o ambiente organizacional mediante convenção multilateral entre uma organização e respectivos *stakeholders*, tratando-se de indivíduos ou grupos.

A despeito de inúmeras definições e uma possibilidade infinita de *stakeholders*, existe a possibilidade de identificar/restringir quais são os principais *stakeholders* de uma organização. Freeman (1984) declara em sua lista de *stakeholders* aqueles, que de acordo como autor, afetam ou são afetados pela organização na execução de seus objetivos, que seriam os colaboradores, fornecedores, acionistas, concorrentes, ambientalistas, instituições governamentais, comunidade, mídias, grupos de interesse, e serviço de proteção e defesa do consumidor.

Freeman *et al.* (2010) remodelaram o mapa de *stakeholders*, utilizando-se da classificação “primários” e “secundários” (Figura 8) proposta por Clarkson (1995), decorrentes dos relacionamentos estabelecidos com os *stakeholders* e as práticas utilizadas pela organização em relação a eles (Clarkson, 1995).

**Figura 4.** Mapa de *stakeholders* primários e secundários



Fonte: adaptado de Freeman *et al.* (2010, p.7).

Na Figura 4, segundo Freeman *et al.* (2010), os *stakeholders* primários necessitam de atenção maior pelos gestores da organização em relação aos seus respectivos interesses. Entretanto, em relação aos *stakeholders* secundários, faz-se necessário compreender a influência destes sobre a relação da organização com os *stakeholders primários*.

É importante neste momento fazer a distinção entre os diferentes tipos de partes interessadas que precisam ser geridas em qualquer aspecto relacional (Quadro 1).

**Quadro 1.** *Tipos de stakeholders*

<i>Stakeholders</i>	Descrição
Primários e secundários	Primários: incluem todos os indivíduos ou grupos cuja participação é necessária para a sobrevivência da organização, havendo alto grau de interdependência. São considerados <i>stakeholders</i> primários os acionista e proprietários, colaboradores, clientes, fornecedores, entidade governamental e comunidade; Secundários: incluem aqueles que não estão diretamente envolvidos com a organização, porém exercem alguma influência e podem ser afetados por ela. São considerados <i>stakeholders</i> secundários os grupos de interesse e a mídia (Clarkson, 1995).
Influenciadores	Podem ter mais influência do que outros, mas o processo de análise pode ajudar a identificar os <i>stakeholders</i> que mais se destacam (Aaltonen, Jaakko, & Tuomas, 2008).
Normativos e derivativos	Normativos: definidos como as partes interessadas para as quais a organização tem uma obrigação de justiça (moral); Derivativos: aqueles que têm o poder de afetar ou influenciar partes interessadas com legitimidade normativa (Jones, Felps, & Bigley, 2007).
Institucionais e locais	Institucionais: grupos organizados que representam um grande número de interesses, mas também têm o conhecimento técnico para serem participantes ativos da organização; Locais: definidos como aqueles que podem ter alguma contribuição no processo de tomada de decisão, mas não possui recursos ou capacidade para influenciar a organização de forma efetiva (Dunham, Freeman, & Liedtke, 2001).

Fonte: elaborado pelo autor (2021).

Embora distintas variedades de *stakeholders* tenham sido estabelecidas ao longo do tempo pela literatura, esta pesquisa definirá os *stakeholders* no contexto de organização hospitalar. Radin (1999) menciona a necessidade de estabelecer uma classificação estruturada dos *stakeholders* por nível de importância, prioridade relacional e influência de poder, fatores considerados determinantes para definir os *stakeholders* prioritários.

Cada organização possui um mapa de *stakeholders* específico, onde nem todas as partes interessadas são igualmente importantes em todos os pontos do tempo, mas todos têm o mesmo direito de negociar quaisquer que sejam seus interesses (Freeman *et al.*, 2010). A definição de quem são os primários e secundários depende do objetivo de cada organização (Freeman *et al.*, 2007). Nesta pesquisa serão considerados como *stakeholders* primários: os colaboradores, os fornecedores, o conselho e ou acionistas e os clientes (usuários); e *stakeholders* secundários: a

comunidade, as entidades governamentais, entidades certificadoras e operadoras de planos de saúde (Quadro 2).

**Quadro 2.** Definição específica de stakeholders primários e secundários

Stakeholders		Descrição
Primários	Colaborador	Pessoa que colabora na realização de atividades de forma individualizada ou em conjunto como prática de trabalho, com objetivos comuns definidos para obtenção de benefícios mútuos (Bertram, 1993; Silva & Durães, 2016; Sólito, 2011).
	Fornecedor	Empresas independentes agindo na cadeia de suprimentos, fornecendo produtos e serviços, como se fosse a mesma unidade de negócio, com grande nível de colaboração, alinhamento de objetivos, integração de processos e de informações (Moura, 2009; Vanalle & Salles, 2011).
	Conselho/Acionista	Conselho - órgão deliberativo, consultivo e assessoramento, em nível estratégico, que cuida para que a gestão seja realizada de forma transparente, fixando diretrizes fundamentais ao funcionamento da organização hospitalar (Martins <i>et al.</i> , 2009); Acionista - sócio capitalista que participa na gestão da organização na mesma medida em que detém capital da mesma, delegando a gestão dos negócios a profissionais especializados, avaliando a eficiência dos negócios, com base em lucro, segurança e continuidade da organização (Iudícibus, 2010; Neves Júnior <i>et al.</i> , 2012).
	Cliente/Usuário	Cliente – pessoas física ou jurídica que usufrui e remunera os serviços oferecidos pelas organizações hospitalares; Usuário – pessoa física que usufrui dos serviços oferecidos pelas organizações hospitalares e pode remunerá-los e ou desfrutar de um serviço remunerado por outrem (Matsuda, Silva, & Tisolin, 2003; Vargas, 2006).
Secundários	Comunidade	Parte de uma rede de relacionamentos de suporte mútuo, sempre disponível e da qual é possível depender (Silva, 2012), constituída de quatro elementos: Pertencimento - diz respeito ao sentimento de pertencer, tornar-se membro, por se identificar com o grupo social; Influência - relaciona-se a um sentimento de importância para o grupo ao mesmo tempo em que o grupo assume também um papel de relevância; Integração e satisfação de necessidades - é um sentimento de que as necessidades dos membros serão alcançadas pelos recursos inerentes à sua posição de membro através de um comprometimento, de uma união; Ligações emocionais partilhadas - abarca o compartilhamento das emoções, cumplicidade e intimidade (McMillan & Chavis, 1986).
	Entidade governamental	Pessoas jurídicas de direito público (União, Estados, Distrito Federal, Territórios, Municípios, Autarquias e as demais entidades criadas neste caráter por Lei), dotadas de personalidade jurídica própria, responsáveis pela execução de políticas públicas e ou pela administração do Estado (Brasil, 2020).
	Entidade certificadora	Entidade provida de necessária competência, confiabilidade e integridade para determinar a conformidade e certificar atividades, procedimento, processos, produtos e serviços, por meio da qual estão representadas todas as partes interessadas que dizem respeito ao funcionamento do sistema (Alástico & Toledo, 2013; Bock, 2015; Seabra, 2007).
	Operador de Plano de Saúde	Pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata do plano privado de assistência à saúde (Brasil, 1998)

Fonte: elaborado pelo autor (2021).

Posteriormente ao surgimento da Teoria dos *Stakeholders* no decênio de 1980 e o seu aperfeiçoamento na década seguinte, em especial com os estudos de Clarkson (1994, 1995), Donaldson e Preston (1995), Frooman (1999), Goodpaster (1991), Mitchell, Agle e Wood

(1997), Rowley (1997), dentre outros, esta abordagem teórica tornou-se mais evidente entre as entidades acadêmicas e profissionais da área de gestão organizacional como uma nova forma de gerir, que compreende *stakeholders* para além de acionistas, tais como, colaboradores, fornecedores e clientes, entre outros possíveis interessados nas atividades de uma organização (Clarkson, 1995).

Deste modo, a Teoria dos *Stakeholders*, sugere que todas as partes interessadas, os *stakeholders*, sejam levados em consideração na definição de práticas a serem efetivadas pelos gestores organizacionais. Esses interessados, eram quase ou nunca partícipes na definição dos objetivos organizacionais, foram mencionados por Freeman (1984), como entidades governamentais, comunidade local, meios de comunicação, dentre outros. Assim sendo, estendeu-se o conjunto de elementos que influem e são influenciados pelas organizações de maneira comumente e por conseguinte devem ser levados em consideração pelos gestores que administram tais organizações (Mainardes, 2010).

A essência principal da teoria é a de criar valor para os *stakeholders* o que leva ao entendimento do negócio como um conjunto de relações entre os grupos que estão envolvidos nas atividades organizacionais. Nenhum *stakeholder* está sozinho no processo de criação de valor, eles estão conectados um a outro. Deste modo, a principal responsabilidade do gestor é criar o máximo de valor possível para os *stakeholders* (Freeman *et al.*, 2010).

A criação de valor, na Teoria dos *Stakeholders*, é analisada como uma troca relacional (não transacional) entre a organização e seus respectivos *stakeholders*. O relacionamento entre a organização e seus *stakeholders* não pode ser descrito como um simples intercâmbio baseado em transações entre as partes, mas sim pelas influências de cooperação, colaboração, confiança e rede. O desenvolvimento e a manutenção de relacionamentos favoráveis e produtivos com os *stakeholders* são considerados essenciais na criação de valor para uma organização. A criação de valor também é vista como a capacidade de uma organização de criar relacionamentos duradouros com seus *stakeholders* (Myllykangas, Kujala, & Lehtima, 2011).

Com o propósito de aperfeiçoar a Teoria dos *Stakeholders*, Mitchell, Agle e Wood (1997) criaram uma tipologia de *stakeholders* fundamentada em três dimensões, sendo elas: o “poder” do *stakeholder* influenciar a organização, a “legitimidade” da relação do *stakeholder* com a organização e a “urgência” da reivindicação dele. Esta abordagem também é conhecida como a abordagem de saliência sendo o método mais utilizado para avaliar a importância dos *stakeholders* (Van Limburg *et al.*, 2015). No Quadro 3 são apresentados os principais pontos a serem avaliados para analisar a saliência dos *stakeholders*.

**Quadro 3.** *Dimensões do modelo da saliência*

Dimensões da Saliência	Questões
Poder	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Este grupo de <i>stakeholders</i> tem poder, utilizado ou não (definição: a capacidade de aplicar um alto nível de recompensas ou punições econômicas [dinheiro, bens, serviços etc.] e/ou força física ou coercitiva [armas de fogo, prisão, sabotagem, etc., incluindo acesso a processos legais que invocam o uso de força psicológica] e/ou positiva ou negativa influência social [sobre a reputação, prestígio, etc., através da mídia, etc.] para obter o que é de seu interesse);</li> <li>- Este grupo de <i>stakeholders</i> tem acesso à influência sobre, ou à capacidade de impactar a firma, utilizada ou não;</li> <li>- Este grupo de <i>stakeholders</i> tem o poder de fazer cumprir seus pedidos.</li> </ul>
Urgência	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Este grupo de <i>stakeholders</i> apresenta urgência em seus relacionamentos com a firma (definição: ativo em buscar seus pedidos – demandas ou desejos – que sente serem importantes);</li> <li>- Este grupo de <i>stakeholders</i> ativamente demandou atenção do nosso time de gestão;</li> <li>- Este grupo de <i>stakeholders</i> comunicou urgentemente seus pedidos à nossa empresa.</li> </ul>
Legitimidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os pedidos deste grupo de <i>stakeholders</i> em particular são vistos pelo nosso time de gestão como legítimos (definição: adequados ou apropriados);</li> <li>- Nossa equipe de gestão acredita que os pedidos destes grupos de <i>stakeholders</i> não são adequados ou apropriados;</li> <li>- Os pedidos desse grupo são legítimos aos olhos do nosso time de gestão.</li> </ul>

Fonte: adaptado de Agle, Mitchell e Sonnenfeld (1999).

Para integrar um conjunto mais amplo de relacionamentos, segundo Andrade (2019), as organizações deveriam utilizar a Teoria dos *Stakeholders*, resultando em mais opções de negócios para a organização e, portando, maiores oportunidades de criar valor. Alguns conceitos centrais da teoria podem ser aplicados na análise, planejamento e influência dos *stakeholders*, criando assim uma imagem de corporação e uma gestão mais eficaz dos relacionamentos com e entre os *stakeholders*. Fatores relacionais, como confiança, aprendizado, poder, comprometimento e reciprocidade também são estudados (Freeman *et al.*, 2010).

## 2.2 REVISÃO DA LITERATURA

Esta seção compreende os fundamentos teóricos do pensamento sistêmico, da Teoria Geral dos Sistemas e suas aplicações na gestão das organizações. Na sequência, serão abordados os modelos de maturidade e a gestão de relacionamento com *stakeholders* e, por fim, os estudos anteriores ilustram a aplicação dos modelos de maturidade em organizações hospitalares.

### 2.2.1 Pensamento Sistêmico

A concepção de “sistema” apresenta um longo histórico no campo da ciência. O conceito de sistema, desde a antiguidade, era usado por pensadores como Aristóteles, Platão e Sócrates, os quais utilizavam-se deste à medida que investigavam meios de entender e clarificar os acontecimentos, fenômenos da natureza e o comportamento humano. Para Capra (1997, p.27) a palavra “sistema” vem do termo grego “*synhistanai*” (colocar junto, sintetizar).

A palavra sistema origina-se da combinação de dois radicais gregos: *syn*, que corresponde ao *cum* latino e significa “junto”, “associado”; e *thesis*, com significados de “composição”, “união”. Seu sentido literal é um tanto redundante, dando ideia de uma construção solidária, unificada (Lopes, Silva, & Goullart, 2015). O significado essencial a ser mantido é o de síntese, conjunto unificado, concebido e partes solidárias, de alguma maneira articulado entre si e não agrupados aleatoriamente (Kasper, 2000).

Na compreensão de Siegel (1971), faz-se necessário estudar um sistema por inteiro para melhor compreendê-lo. A despeito deste, considera-se aceitável pesquisar individualmente componentes do sistema, entretanto não se pode assegurar que a partir de análise única do componente propicie a compreensão do sistema por completo. Sob a perspectiva sistêmica, faz-se necessário observar as inter-relações dos sistemas para planejar o todo.

Na condição de que o sistema é o conjunto de partes que se relacionam, deste modo, quanto maior o número de partes e de relações, mais complexo o sistema se torna (Bertalanffy, 2012). Weber e Polo (2007) manifestam que se apenas uma parte do sistema for compreendida, é possível investigar tão-somente essa parte. Por ventura, essa parte, pode ou não se transformar num sistema. No entanto, se a parte for considerada muito pequena, a probabilidade de transformar-se num sistema é mínima, nem mesmo um subsistema do macrossistema, mais sim, considerá-la simplesmente como um elemento de um sistema.

Conforme registraram Checkland e Poulter (2010, p.202), para o pensamento sistêmico é fundamental “a ideia de uma estrutura em camadas”, um sistema formado por subsistemas que se adaptam, para sobreviver, às variações do ambiente no qual estão inseridos. Nesse processo de mudanças, o sistema “requer processos de comunicação (para saber o que acontece) e processos de controle (possíveis respostas adaptativas)”. Checkland e Scholes (1990) conceituaram que o todo (sistema) pode subsistir em ambientes de mudança, promovendo ações em resposta as mudanças ambientais.

O pensamento sistêmico descrito por Capra e Eicheberg (2006) e Kasper (2000) compreende a complementaridade entre o aspecto processual e o aspecto contextual. O aspecto processual do pensamento sistêmico transcorre da centralidade das interações, do entendimento das estruturas como manifestações, ou estabilizações temporárias de relações e processos

persistentes implícitos. No plano sociológico as estruturas se apresentam como uma construção abstrata e não como algo distinto do processo interativo em movimento, logo, o foco no processo implica compreender ações e interações dos componentes do sistema em evolução. Os aspectos contextuais dizem respeito à visão abrangente dos objetos de estudo, conteúdo características interdependentes que não possuem hierarquia de importância. No Quadro 4 são apresentados os cinco aspectos contextuais do pensamento sistêmico.

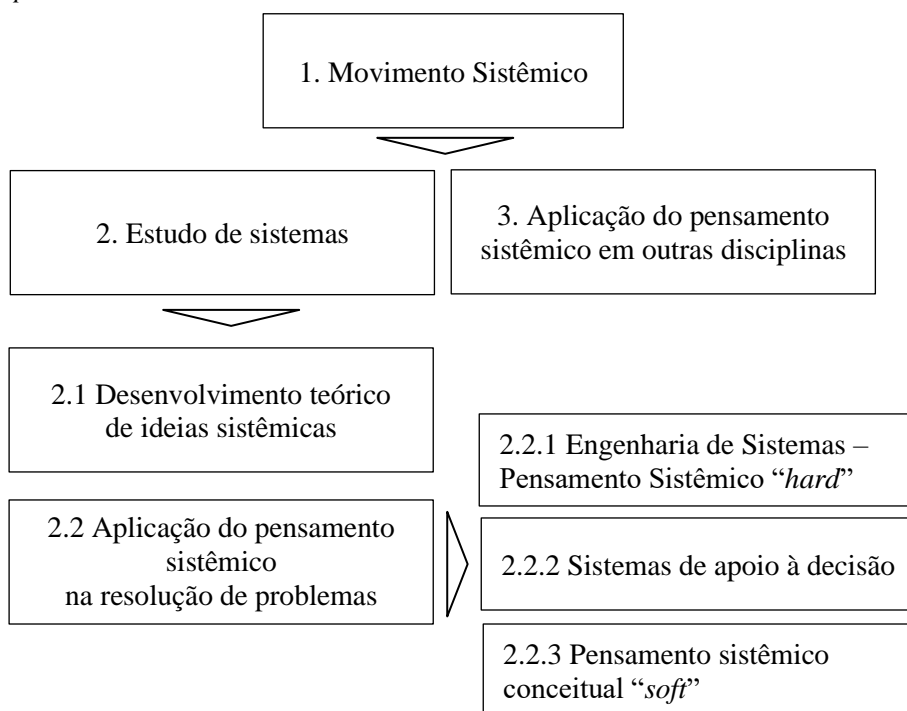
**Quadro 4.** Aspectos contextuais do pensamento sistêmico

<b>Aspecto</b>	<b>Descrição</b>
Mudança das partes para o todo	Os sistemas são vistos como totalidades integradas cujas propriedades não podem ser reduzidas em partes menores, pois nenhuma das partes possui as características do todo;
Capacidade de deslocar a atenção entre os níveis sistêmicos	Existem sistemas inseridos dentro de outros sistemas, e mesmo em diferentes níveis, estes sistemas estão sujeitos aos mesmos conceitos lógicos;
Inversão da relação entre as partes e o todo	Ao contrário do que se presumia no paradigma mecanicista, propriedades das partes só podem ser compreendidas dentro de um contexto maior que considere também o ambiente;
Pensar em termos de redes de relações	A realidade é vista como uma rede de relações, e o conhecimento sobre a realidade obedece à essa mesma concepção;
Mudança epistemológica	Entendendo a realidade como uma rede de relações, a concepção tradicional de objetividade científica (de que as características dos fenômenos são independentes do observador humano) necessita ser mudada para uma descrição epistemológica da realidade (que contemple a compreensão do processo de conhecimento).

Fonte: adaptado de Capra & Eicheberg (2006).

O movimento sistêmico de acordo com Checkland (2000) dispõe de duas ramificações: aplicação do pensamento sistêmico em outras disciplinas e o estudo dos sistemas propriamente dito. Esse movimento influenciou as demais teorias associadas ao pensamento sistêmico, como a Teoria Geral dos Sistemas, modelagens *hard* e *soft*. A fim de melhor compreender os aspectos relacionados às atividades do movimento sistêmico, Checkland (2000) propõe um mapeamento elucidado na Figura 5.

**Figura 5.** Aspectos relacionados ao Movimento Sistêmico



Fonte: adaptado de Checkland (2000).

O advento do movimento sistêmico destacado por Capra (1991), revolucionou profundamente a ciência ocidental, buscando o entendimento integral dos fenômenos por intermédio de concepções holistas em oposição a concepções mecanicistas. Para melhor entendimento da história do pensamento sistêmico, Jackson (2007) esclarece que a Cibernética na concepção do matemático Norbert Wiener e a Teoria Geral dos Sistemas de Karl Ludwig von Bertalanffy foram consideradas precursoras à atual abordagem sistêmica, influenciando diferentes campos do conhecimento nas ciências naturais e humanas.

A formulação de princípios válidos pela TGS para os sistemas em geral, independentemente da natureza dos elementos que os compõem e as relações ou forças existentes entre eles, segundo Bertalanffy (2012) engloba uma série de abordagens tais como a filosofia (voltada para a ética, história, ontologia, epistemologia e metodologia de sistemas), engenharia de sistemas (sistemas artificiais como robôs, processamento eletrônico de dados, etc.) análise de sistemas (desenvolvimento e planejamento de modelos de sistemas, inclusive matemático) e a pesquisa empírica sobre sistemas (abrangendo a descoberta de leis, adequação e estudos de simulação de sistemas).

Para Bellinger (2004), um sistema pode ser definido como uma entidade que preserva sua existência por intermédio da interação mútua entre suas partes. Um sistema não pode ser caracterizado apenas pelas partes que o compõem, mas principalmente pelas inter-relações entre

elas, que seriam responsáveis pelas características do todo. A dinâmica de sistemas procura justamente elucidar as características gerais dos sistemas, partindo dos padrões de comportamento entre as partes e das estruturas determinantes destes padrões.

A influência mútua das partes, direta ou indiretamente, segundo Senge (2006), tem um caráter recíproco, visto que toda e qualquer influência é, concomitantemente, causa e efeito - a influência jamais tem um único sentido. Este fluxo de influência é recíproco no sentido que uma influência de um elemento A sobre B, causa influência de B sobre C, que pode voltar a influenciar novamente A, em um ciclo de causa circular denominado enlace ou *feedback*.

Do ponto de vista de Vieira (2000) os sistemas retratam duas categorias de propriedade ou parâmetros sistêmicos (Quadro 5). Os parâmetros Básicos ou Fundamentais são aqueles presentes em todos os sistemas; os parâmetros Evolutivos estão constituídos nos sistemas emergentes no decorrer de sua evolução, podendo não ser encontrados, uma vez que existe a possibilidade de ocorrerem ou não durante a existência de um sistema.

**Quadro 5.** *Parâmetros sistêmicos*

<b>Parâmetro</b>	<b>Descrição</b>
Básico ou Fundamental	1. Permanência (instinto de sobrevivência);
	2. Ambiente (mercado, sistema que envolve outro sistema);
	3. Autonomia (estoque, memória).
Evolutivo	1. Composição (agregado ou conjunto de coisas em sinergia);
	2. Conectividade (elementos relacionados, conexões);
	3. Estrutura (número de relações estabelecidas no sistema até um determinado instante de tempo);
	4. Integralidade (no sistema as conexões não são iguais);
	5. Funcionalidade (função dos subsistemas);
	6. Organização (articulação, à coerência e às ligações das partes de um todo);
	7. Parâmetro Livre (Complexidade).

Fonte: adaptado de Vieira (2000).

Uma distinção importante do pensamento sistêmico é que os sistemas podem ser classificados como fechados quando são isolados do seu ambiente, ou abertos quando mantêm um fluxo de troca de energia e matéria com o ambiente (Bertalanffy, 2012).

Um sistema fechado é aquele que não realiza intercâmbio com o seu meio externo, não herméticos a qualquer influência do ambiente, tendendo necessariamente para um progressivo caos interno, desintegração e morte (Capra, 2006; Santaella & Vieira, 2008). Os sistemas abertos apresentam relação de intercâmbio com o ambiente, através de entradas e saídas. Os sistemas abertos trocam matéria e energia regularmente com o meio ambiente. São eminentemente adaptativos, isto é, para sobreviverem devem reajustar-se constantemente às condições do meio. Mantém um jogo recíproco com as forças do ambiente e a qualidade de sua estrutura é otimizada

quando o conjunto de elementos do sistema se organiza, aproximando-se de uma operação continuada. A adaptabilidade é um contínuo processo de aprendizagem e de auto-organização. Os sistemas abertos não podem viver em isolamento (Bertalanffy, 2012; Morin & Lisboa, 2007; Vasconcellos, 2010).

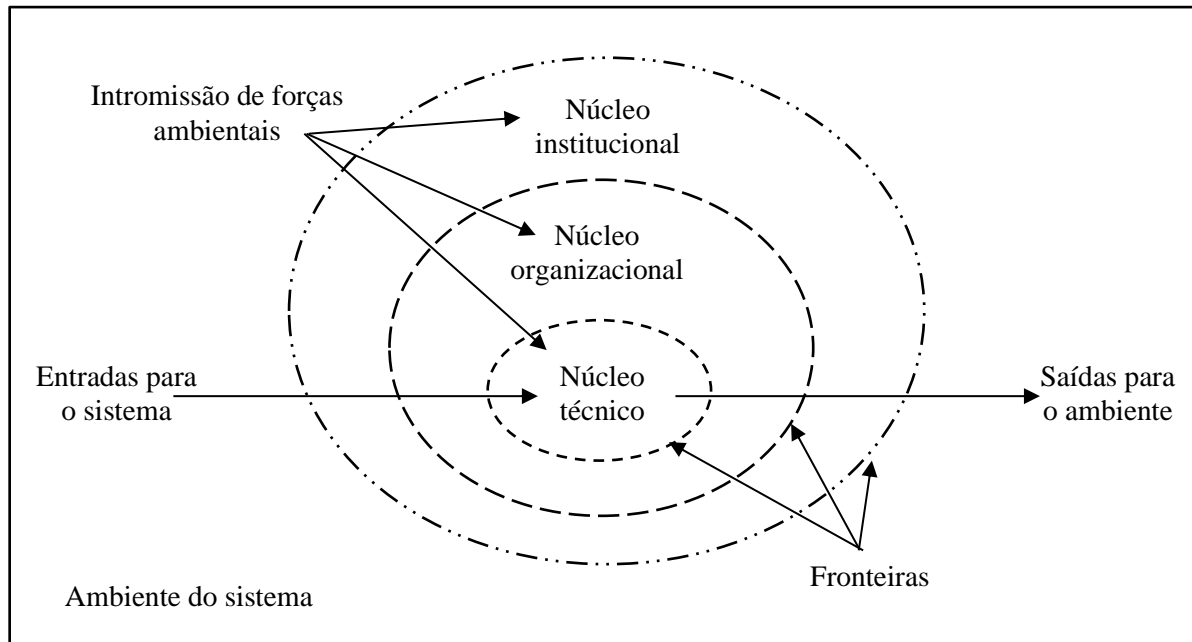
O Quadro 6 demonstra entendimento conceitual de diferentes autores acerca dos sistemas abertos e fechados.

**Quadro 6.** *Conceitos sobre os sistemas abertos e fechados*

<b>Autor</b>	<b>Sistema aberto</b>	<b>Sistema fechado</b>
Bertalanffy (2012)	Possui fluxos de entrada e de saída, de importação e de exportação com o ambiente. Ex.: organismos vivos.	Não possui entrada nem saída de material. São aqueles considerados isolados. Ex.: o universo.
Capra (2006)	Mantém contínua troca de energia e matéria com o ambiente. Ex.: organismos vivos.	Não precisa interagir com o ambiente para funcionar. Ex.: máquinas, relógio.
Mariotti (2010)	Dependência entre o sistema e o ambiente.	Não tem entrada nem saída para o ambiente.
Morin e Lisboa (2007)	Há fonte energética e material com o exterior	Não há fonte energética nem material com o exterior. Ex.: pedra.
Santaella e Vieira (2008)	Troca energia, informação e matéria com o ambiente.	Troca energia e informação com o ambiente.
Vasconcellos (2010)	Ocorre importação de recursos do ambiente para se manter nele. Aberto a <i>inputs</i> de matéria e de energia. Ex.: chama.	Sem <i>input</i> de matéria, mas com <i>input</i> de energia. Ex.: termostato.

Fonte: adaptado de Campos (2011, p.6).

As organizações são percebidas como um sistema aberto segundo Petit (1967), devido sua inserção em determinados ambientes que não proporcionam de forma transparente todas as alternativas ou interferências, obrigando as organizações a um aprendizado contínuo. O autor, do mesmo modo, retrata as organizações como um sistema composto (Figura 6) no qual as forças ambientais influenciam o sistema. O ambiente é decomposto em 3 níveis: institucional, organizacional e técnico. O nível institucional ou macroambiente são as relações com o ambiente externo, com outros sistemas, tais como governos, comunidade, que garantem a sobrevivência da organização. O nível organizacional controla o sistema, proporcionando condições para adquirir recursos e direciona os produtos gerados; e o nível técnico ou microambiente é onde o sistema funciona, onde ocorrem as operações, relações e transações (Petit, 1967).

**Figura 6.** A organização como um sistema composto

Fonte: adaptado de Petit (1967, p.346).

Morgan, Bergamini e Coda (1996) adequam e expandem a proposição de Johnson, Kast e Rosenzweig (1964) na qual os sistemas são constituídos por componentes (subsistemas) que viabilizam o funcionamento e os relacionamento dos recursos, do ambiente e dos sistemas restantes, relacionados ao núcleo técnico proposto no sistema composto de Petit (1967). Os componentes foram descritos como: estratégico, técnico, estrutural, humano-cultural (social) e gerencial (administrativo); No Quadro 7 são apresentados os cinco componentes que constituem um sistema.

**Quadro 7.** Componentes do sistema

Componente	Descrição
Estratégico	Tem por propósito “a eficácia na aplicação dos recursos nos negócios, produtos e mercados atuais e futuros da organização” (p.14); Possui como entradas as informações ambientais; como processo a formulação e implementação de estratégias; e como saídas as estratégias empresariais;
Técnico	Responsável pelo processo operacional da organização, onde ocorre o desenvolvimento de novas tecnologias e a produção de bens e serviços. As entradas são os recursos disponíveis, e as saídas são os bens ou serviços oferecidos pelo sistema;
Estrutural	“Corresponde às definições formais relativas à divisão das atividades e sua coordenação” onde apresenta o organograma, as políticas, regras e instruções de trabalhos (p.15);
Humano-cultural	Subsistema social (ou humano-cultural) é formado pelas pessoas e grupos que interagem dentro da organização, com as definições de comunicação, crenças e valores, recompensa e motivação e estilos de liderança;
Gerencial	“Engloba as atividades de planejamento, organização, liderança e controle e a gestão de mudanças ( <i>change management</i> ) e também a integração com todos os elementos do sistema e seu ambiente” (p.15).

Fonte: adaptado de Anselmo (2005).

À medida que se verificam transformações no ambiente, ou as expectativas das partes interessadas não sejam atendidas pelos resultados da organização, uma ou mais dimensões dos componentes (subsistemas) necessitam de modificações. O processo de mudança, de acordo com a relevância e complexidade, requer ações ordenadas em diversos componentes do sistema organizacional (Anselmo, 2005).

Martinelli (2006, p.357) destaca entre as principais contribuições do pensamento sistêmico, a contribuição para a teoria das organizações, a qual levou os administradores a pensarem nas “organizações como sistemas abertos, com suas responsabilidades focadas no estabelecimento de objetivos para os sistemas, na criação de subsistemas formais, na integração dos diversos sistemas e na adaptação da organização a seu ambiente”.

De acordo com Bertalanffy (2012) é imprescindível reconhecer o maior número exequível de variáveis, internas e externas que, de alguma maneira, influenciam integralmente o processo existente na organização. A realidade é constituída de sistemas, elementos interdependentes que necessitam de análise nas inter-relações, sob uma perspectiva interdisciplinar e holística (Maximiano, 2017)

Um sistema não pode ser meramente considerado como um conjunto de entidades, conforme Lieber (2001), este conjunto de entidades atribui-se características que não podem ser encontradas à parte nas entidades, ou até mesmo no mero agrupamento destas. Em um sistema que contemple ao mesmo tempo fatores ou aspectos sociais e culturais, por exemplo, um indivíduo inserido numa sociedade não pode ser percebido como um ente insociável em sua biologia. O indivíduo que interage (a pessoa psicológica) é uma organização que se aprimora mantendo incessantemente intercâmbio metafórico com as demais pessoas.

Sob a perspectiva de Ackoff (1994) e Martinelli *et al.* (2012), os sistemas podem ser decompostos em três paradigmas dissemelhantes (Quadro 8), com sustentação nas metáforas ou abstrações de organização. No âmbito do pensamento, podem ser concebidos como máquinas, organismos vivos e organizações sociais.

**Quadro 8.** Modelos sistêmicos

<b>Mecanicista</b>	<b>Organicista</b>	<b>Social</b>
Constituem o sistema como uma máquina, com regras e normas que disciplinam o seu funcionamento.	Nesse modelo, os sistemas têm mecanismos de regulação (homeostase - organismo mantém constante o seu equilíbrio), mesmo com toda adversidade do ambiente;	Possui características subjetivas, com complexa organização social, pois é composto de pessoas e com suas visões diferentes do mundo.
O equilíbrio é presente nesse modelo, pois alterações nas inter-relações são contrabalanceadas por	Respaldados pela biologia, originam o modelo organicista, mais sofisticado que o mecanicista, uma vez que possui	As inter-relações necessitam de negociações e conciliações – para manter o equilíbrio do sistema – e adaptação às mudanças.

outras mudanças para restaurar a normalidade do sistema.	comportamento inteligente e capacidade de aprender.	
A cibernética inclui a regulação e controle nesses sistemas, mas, por não terem autonomia, possuem uma adaptação limitada a mudanças.	Podem ser dissecados e analisados cada subsistema, componente, relação e processo para permitir objetivamente o diagnóstico e funcionamento.	As relações são importantes para o pensamento sistêmico, pois o comportamento de um único elemento é diferente quando está em interação com outros elementos.

Fonte: adaptado de Bausch (2002).

As organizações, consideradas como um sistema aberto e social, possuem estruturas variadas e por vezes não visíveis (tal como sistemas biológicos), no entanto dedutíveis por intermédio de procedimentos organizados e comportamentos. Faz-se necessário compreender que estrutura é díspar de processo, o primeiro é a combinação entre os subsistemas e componentes, e o segundo, a conversão de recursos no sistema. No entanto, os dois agem com autonomia e suas relações estabelecem o funcionamento do sistema e seu nível de complexidade (Johnson *et al.*, 1964; Morgan, Bergamini, & Coda, 1996).

Morin (1999, p.115) menciona que há “uma estreita relação entre os conceitos de organização, inter-relação e sistemas”. A concepção de inter-relação “se refere aos tipos e formas de ligações entre elementos” e desses com o todo; organização é a “estrutura das partes” internas e com o todo; e sistema é a “unidade complexa de um todo inter-relacionado”.

Para a existência de um sistema, segundo Morin (1999), encontra-se a necessidade de estruturas e relações uniformes, num contexto complexo. O avanço no número e na rapidez das relações dentro do sistema contribui para o acréscimo de complexidade; no momento em que o sistema não está preparado para suportar tal mudança, sistema novos virão à tona. Desta forma, a compreensão das conexões ou interpelações é essencial para o entendimento do sistema.

Espejo (1999) e Martinelli *et al.* (2012) expressam que o sistema complexo é formado de subsistemas que determinam as próprias normas de conduta, sem imposições de outrem, entretanto se complementam; para melhor compreensão destes, faz-se necessário à sua decomposição, abstração e hierarquização. À vista disso, identifica-se, complexidade como interações e interferências entre as partes, e suas imprecisões como ambiguidade e fenômenos aleatórios.

Enfim, como declara Maximiano (2017, p.374), “os limites de um sistema dependem não do próprio sistema, mas do observador”, isto é, o observante enquanto gestor deve conceber a organização como um sistema. A propensão por uma visão sistêmica possibilita melhor compreender sistema e toda sua complexidade, e por conseguinte, melhor gere os elementos dos sistemas e suas interações.

### 2.2.2 Teoria Geral dos Sistemas

A Teoria Geral dos Sistemas emergiu, a princípio, com o biólogo austríaco Karl Ludwig von Bertalanffy no século XX, que estudou preliminarmente o metabolismo, considerando o sistema biológico em interação com o ambiente. Suas pesquisas foram desenvolvidas essencialmente na Alemanha e Estados Unidos da América, nos quais o mesmo não assentia com os princípios do pensamento analítico e do fracionamento das diversas ciências (Oliveira, 2002).

Desde o início, os princípios de Bertalanffy demonstraram sua incredulidade em uma visão meramente mecanicista, ou melhor, física newtoniana (a física do pensamento mecânico de Newton – forças e trajetórias), dos fenômenos biológicos, os quais precisariam ser desenvolvidos por um ponto de vista que concebesse o todo, das relações estabelecidas de forma recíproca e mútua e do envolvimento por todos que constituem o meio (Lapolli, 2010).

A partir dessas concepções Bertalanffy postulou no período do pós-guerra uma nova disciplina: a Teoria Geral dos Sistemas - TGS. O termo "Teoria Geral dos Sistemas" foi criado pelo próprio Bertalanffy. Por esse termo, seu "*Allgemeine Systemlehre*" (Ciência Geral dos Sistemas) foi traduzido para o inglês (Bertalanffy, 1950), depois de, por muito tempo, o próprio Bertalanffy resistir em chamar seu alemão de "Lehre" (doutrina) de "Teoria".

Mais tarde, durante sua permanência no Centro de Estudos Avançados em Ciências do Comportamento da Universidade de Stanford, Califórnia, de 1954 a 1955, ele também começou a usar "Sistemas" no plural quando, juntamente com Kenneth E. Boulding (1910–1993), Ralph W. Gerard (1900–1974) e Anatol Rapoport (1911–2007), realizando um seminário sobre "Sistemas Gerais" e, posteriormente, iniciando a fundação da Sociedade para o Avanço da Teoria Geral dos Sistemas (que após um curto período de tempo foi renomeado na *Society for General Systems Research* e desde 1988 é conhecido sob o rótulo de Sociedade Internacional para as Ciências dos Sistemas) e na edição dos Anuários dos Sistemas Gerais. Bertalanffy usou o antigo e o novo termo ("sistema" no singular e no plural) de forma intercambiável - bem como a tradução alemã de "Teoria Geral dos Sistemas" para "*Allgemeine Systemtheorie*" (Bertalanffy 1972; Bertalanffy & László, 1972).

Bertalanffy (2012) concebeu a Teoria Geral dos Sistemas com base nos princípios válidos para os sistemas em geral, independentemente da natureza dos elementos que os compõem e as relações ou "forças" presentes entre ele. Para Bertalanffy, a Teoria Geral dos Sistemas é uma ciência da totalidade com um formato elaborado, uma disciplina lógico-

matemática, em si mesma meramente formal, mas extensível às diferentes ciências empíricas (Bertalanffy, 2012).

Nessa perspectiva, a concepção a ser analisada pela Teoria Geral dos Sistema não se trata do entendimento linear/controlado/previsibilidade sobre um objeto isolado de um estudo (como a ciência moderna pretendeu), mas sim entender a estrutura organizacional e os vínculos internos e externos entre o objeto de estudo e o ambiente do qual ele faz parte. Identifica-se, nesse ponto de vista, que a TGS pode ser considerada como interdisciplinar e propícia para suplantar aos problemas característicos de cada ciência, assegurando princípios gerais e modelos gerais para todas as ciências envolvidas, de forma que as vivências praticadas em cada ciência conseguissem ser utilizadas pelas demais áreas do conhecimento. A TGS promoveu uma correspondência biunívoca entre as diferentes ciências, preservando suas características, permitindo maior proximidade entre suas fronteiras e uma completude das lacunas existe entre elas (Bertalanffy, 2012).

O propósito totalizante da Teoria Geral dos Sistema torna-se evidente mediante declaração dos pressupostos básicos da teoria, descritos como: (a) há uma tendência geral no sentido da integração nas várias ciências, naturais e sociais; (b) esta integração parece centralizar-se em uma teoria geral dos sistemas; (c) esta teoria pode ser um importante meio para alcançar uma teoria exata nos campos não físicos da ciência; (d) desenvolvendo princípios unificadores que atravessam “verticalmente” o universo das ciências individuais, esta teoria aproxima-nos da meta da unidade da ciência; (e) isto pode conduzir à integração muito necessária na educação científica (Bertalanffy, 2012, p.62).

Os conceitos-chave da Teoria Geral dos Sistemas foram estabelecidos por muitos escritores (Bertalanffy, 1969; Boulding, 1956; Boulding, (1968); Buckley, 1968; Hall & Eagen, 1956; Miller, 1965; Parsons, 1951) e foram usados por muitos teóricos da organização e da administração (Churchman, 1968; Emery & Trist, 1960; Kast & Rosenzweig, 1970; Katz & Kahn, 1966; Litterer, 1969a; Litterer, 1969b; Miller & Rice, 1967; Schein, 1970). De acordo com Kast e Rosenzweig (1972) é difícil identificar uma lista completa de conceitos derivados da Teoria Geral dos Sistemas. Entretanto, os autores, descreveram os principais conceitos da TGS (Quadro 9), e a maneira como essas ideias foram usadas pelos teóricos da organização e suas limitações no procedimento de aplicação.

**Quadro 9.** *Conceitos-chave da Teoria Geral dos Sistemas*

Conceito-chave	Descrição
Subsistemas ou componentes	Um sistema por definição é composto de partes ou elementos inter-relacionados. Isso é verdade para todos os sistemas mecânicos, biológicos e sociais. Todo sistema possui pelo menos dois elementos e esses elementos estão interconectados.

Holismo, Sinergismo, Organicismo e Gestalt	O todo não é apenas a soma das partes; o próprio sistema pode ser explicado apenas como uma totalidade. O holismo é o oposto do elementarismo, que vê o total como a soma de suas partes individuais.
Visão de sistemas abertos	Os sistemas podem ser considerados de duas maneiras: (1) fechada ou (2) aberta. Os sistemas abertos trocam informações, energia ou material com seus ambientes. Sistemas biológicos e sociais são sistemas inerentemente abertos; sistemas mecânicos podem ser abertos ou fechados. Os conceitos de sistemas abertos e fechados são difíceis de defender no absoluto. Preferimos pensar em aberto-fechado como uma dimensão; isto é, os sistemas são relativamente abertos ou relativamente fechados.
Modelo de transformação de entrada e saída	O sistema aberto pode ser visto como um modelo de transformação. Em um relacionamento dinâmico com seu ambiente, ele recebe várias entradas, transforma essas entradas de alguma maneira e exporta saídas.
Limites do sistema	Segue-se que os sistemas têm limites que os separam de seus ambientes. O conceito de limites nos ajuda a entender a distinção entre sistemas abertos e fechados. O sistema relativamente fechado possui limites rígidos e impenetráveis; enquanto o sistema aberto possui limites permeáveis entre si e um supra sistema mais amplo. Os limites são definidos com relativa facilidade nos sistemas físicos e biológicos, mas são muito difíceis de delinear nos sistemas sociais, como as organizações.
Entropia negativa	Sistemas físicos fechados estão sujeitos à força de entropia que aumenta até que, eventualmente, todo o sistema falhe. A tendência para a entropia máxima é um movimento para desordem, completa falta de transformação de recursos e morte. Em um sistema fechado, a mudança na entropia deve sempre ser positiva; no entanto, em sistemas biológicos ou sociais abertos, a entropia pode ser interrompida e pode até ser transformada em entropia negativa - um processo de organização mais completa e capacidade de transformar recursos, porque o sistema importa recursos de seu ambiente.
Estado estacionário, equilíbrio dinâmico e homeostase	O conceito de estado estacionário está intimamente relacionado ao de entropia negativa. Um sistema fechado deve eventualmente atingir um estado de equilíbrio com máxima entropia-morte ou desorganização. No entanto, um sistema aberto pode atingir um estado em que o sistema permaneça em equilíbrio dinâmico através do fluxo contínuo de materiais, energia e informação.
Feedback	O conceito de <i>feedback</i> é importante para entender como um sistema mantém um estado estável. As informações relativas às saídas ou ao processo do sistema são realimentadas como entrada para o sistema, talvez levando a mudanças no processo de transformação e ou resultados futuros. O <i>feedback</i> pode ser positivo e negativo, embora o campo da cibernética seja baseado no <i>feedback</i> negativo. O <i>feedback</i> negativo é uma entrada informativa que indica que o sistema está se desviando de um curso prescrito e deve ser reajustado para um novo estado estacionário.
Hierarquia	Um conceito básico no pensamento sistêmico é o dos relacionamentos hierárquicos entre sistemas. Um sistema é composto por subsistemas de ordem inferior e também faz parte de um supra sistema. Portanto, existe uma hierarquia dos componentes do sistema. Elaboração Interna: Sistemas fechados avançam em direção à entropia e desorganização. Por outro lado, os sistemas abertos parecem se mover na direção de uma maior diferenciação, elaboração e um nível mais alto de organização.
Busca de múltiplos objetivos	Os sistemas biológicos e sociais parecem ter vários objetivos ou propósitos. As organizações sociais buscam múltiplas metas, se não por outro motivo, porque são compostas por indivíduos e subunidades com valores e objetivos diferentes. Equifinalidade de aberto.
Sistemas	Nos sistemas mecanicistas, há uma causa e efeito diretos relação entre as condições iniciais e o estado final. Os sistemas biológicos e sociais operam de maneira diferente. A equifinalidade sugere que certos resultados podem ser alcançados com diferentes condições iniciais e de maneiras diferentes. Essa visão sugere que as organizações sociais podem atingir seus objetivos com diversas informações e com diversas atividades internas (processos de conversão).

Fonte: adaptado de Kast e Rosenzweig (1972, p.450).

Desde que Bertalanffy apresentou a Teoria Geral dos Sistemas, pela primeira vez, durante o Seminário de Filosofia de Charles Morris na Universidade de Chicago, no ano de 1937, a mesma foi requintada, modificada e difundida principalmente por intermédio da publicação “*General System Yearbook*”. Muitos cientistas sociais estudaram, compreenderam e aplicaram os conceitos-chave da Teoria Geral dos Sistemas.

Nessa lógica, Miller (1965) estabeleceu 165 hipóteses decorrentes da Teoria Geral dos Sistemas, que podem ser aplicáveis a dois ou mais níveis de sistemas. O autor sugere que que são hipóteses teóricas dos sistemas gerais e as qualifica sugerindo que são proposições aplicáveis à teoria geral do comportamento dos sistemas e, portanto, excluiria os sistemas não vivos. Ele não limita essas proposições de organismos individuais, mas as considera apropriadas também para os sistemas sociais. Suas hipóteses estão relacionadas a questões como estrutura, processo, subsistemas, informações, crescimento e integração.

A Teoria Geral dos Sistemas segundo Rapoport (1976) foi criada para ser uma nova concepção geral para as ciências, com o objetivo de investigar as particularidades dos sistemas, assim como, a evolução de modelos extensíveis a mais de uma área de conhecimento.

Metodologicamente, a Teoria Geral dos Sistemas é considerada um importante meio para controlar e instigar a transferência de princípios entre uma área e outra, não sendo mais necessário duplicar ou triplicar a descoberta dos mesmos princípios em campos distintos de estudo. A existência de princípios estruturais semelhante em diferentes campos permite o uso de sistemas mais simples ou mais conhecidos como modelos para sistemas mais complicados e menos gerenciáveis (Bertalanffy, 1950).

Kast, Rosenzweig e Chiquetto (1992, p.22) apresentam “um esquema conceitual de alta significação para a teoria da organização e para a administração: um caminho para a análise e para a síntese em um ambiente complexo e dinâmico”. A teoria conceitua as partes como subsistemas e considera suas interações inclusas em um supra-sistema, do mesmo modo que proporciona um meio para confluência nas questões sinergistas do sistema total. Essa estrutura conceitual possibilita conferir a devida importância aos indivíduos, a dinâmica do menor grupo e aos fenômenos que se verificam nos grupos maiores.

Para Oliveira (2002) a Teoria Geral dos Sistemas propicia um ponto de vista mais amplo das organizações e de seus elementos, aperfeiçoando o conhecimento dos indivíduos em relação às organizações, tornando-os mais vigorosos.

Vanconcellos (2010) menciona que a Teoria Geral dos Sistemas se revela como uma maneira de ordenação de sistemas complexos que podem ser interpretados como um alicerce para a conjunção dos conhecimentos científicos dos últimos decênios.

Em conformidade com Andrade e Amboni (2011, p.176) a Teoria Geral dos Sistemas “não busca solucionar problemas ou tentar soluções práticas, mas sim produzir teorias e formulações conceituais que possam criar condições de aplicação na realidade empírica”. Desta forma o sistema pode ser melhor assimilado no momento em que compreende os elementos do conjunto com um todo e suas interações.

Encontrar a Teoria Geral dos Sistemas em diversos campos do conhecimento é uma realidade segundo Caravantes, Cláudia e Kloeckner (2005). Os autores destacam como irrefutável a forte influência da TGS no desenvolvimento das ciências das organizações, para melhor entendimento dos problemas organizacionais, na medida em que a teoria contribui para desprender as organizações de uma visão singular, no amadurecimento das organizações por estruturas integradas e interpretativas do pensamento administrativo.

A Teoria Geral dos Sistemas, conforme Johnson, Kast e Rosenzweig (1964) está de acordo com o desenvolvimento de uma estrutura teórica sistemática para descrever as práticas das relações gerais, bem como, uma estrutura geral na qual as várias partes possam ser integradas. Para que o movimento interdisciplinar não corrompa o sistema, é importante que alguma estrutura seja desenvolvida para integrar as várias partes desassociadas, mantendo o tipo de características que as distingue. Nesta concepção desenvolvida pelos autores, faz-se necessário a utilização de uma abordagem primária para fornecer uma estrutura geral (Teoria Geral dos Sistemas), onde seriam selecionados fenômenos comuns a muitas características diferenciadas e desenvolvidos modelos gerais que incluíssem tais fenômenos e, da mesma forma, uma abordagem secundária incluiria a estruturação de uma hierarquia de níveis de complexidade para as várias partes. Outrossim, é imprescindível o desenvolvimento de um nível de separação para isolar cada elemento do todo, representando assim cada estágio individualmente (Johnson, Kast, & Rosenzweig, 1964).

Ainda que os princípios estabelecidos pela Teoria Geral dos Sistemas sejam aplicados as diversas áreas da ciência do conhecimento, Kast e Rosenzweig (1970) manifestam a necessidade de adotar métodos de classificação dos princípios para melhor compreensão dos significados. Partindo das estruturas mais simples para as mais complexas, Boulding (1956) criou uma hierarquia de nove níveis, facilitando assim a compreensão do conceito de sistemas. Resumidamente, nos três primeiros níveis o sistema é considerado fechado, não possui contato significativo e adaptação com o ambiente; os próximos níveis, consideram o sistema como aberto, possuem contato significativo, adaptabilidade e mantém um estado estável com o ambiente; os níveis seguintes, de sete a nove, também consideram o sistema como aberto, constituem o homem como e organização com base na linguagem e simbolismo, apresentando

um estrutura e relacionamentos sistemáticos (Bertalanffy, 2012; Bolding, 1956; Hitchins, 2008).

Com base nos conceitos da Teoria Geral de Sistemas, Júnior (1986) retrata que a organização pode ser considerada como um todo integrado, no qual cada sistema, subsistema e apoio deste está relacionado integralmente com a operação. As organizações são sistemas sociais complexos, formadas por centenas de sistemas dispostos em ordem hierárquica, identificados as “partes” de interdependência que podem ser considerados outras organizações, processos, máquinas, e seres humanos. O “*output* dos sistemas inferiores se torna *input* dos sistemas superiores, que por sua vez fornecem *inputs* para um nível mais alto” (Johnson, Kast, & Rosenzweig, 1964, p.91)

Bertalanffy (1952) declara que as características e comportamentos de funcionamento dos níveis mais elevados do sistema não são explicáveis pelo somatório das características e comportamentos tomados isoladamente. Na condição de conhecermos o conjunto dos componentes do sistema e as relações existentes entre eles, os níveis mais elevados são resultantes deles.

De acordo com Bertalanffy (2012) os princípios de organização dos sistemas estão envoltos em vários níveis de estrutura, forma, função ou organismo. Segundo Ackoff (1981, p.23), o ambiente de todo sistema social é proposto por três níveis de propósito: "o objetivo do sistema, de suas partes e do sistema do qual faz parte, o supra-sistema". A existência de diferentes níveis hierárquicos na organização dos sistemas com diferentes normas operando em cada nível predispõe um estado ou condição (maturidade) de complexidade organizada (Vasconcellos, 2010). A predisposição de precisar níveis de estado ou condição de estruturas, formas, funções ou organismos (maturidade), segundo Elmaallam e Kriouile (2013) é um método para garantir a evolução constante dos sistemas.

A transformação dos sistemas sociais fez com que suas relações evoluíssem, exigindo uma visão sistêmica do mundo, assim como na narrativa do conto “Os cegos e o elefante”, de John Godfrey Saxe (1816-1887), descrito por Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010) em seu livro “*Strategy Safari: A Guided Tour Through The Wilds of Strategic Management*”. Os autores descrevem em sua obra que são cinco pessoas à volta de um elefante tocando somente uma das partes do animal, sem enxergá-lo por completo. O todo está na parte, assim como a parte está no todo. O conto narrado pelos autores destaca que o indivíduo em sua análise não deve ficar limitado exclusivamente nas partes sem ter a visão do todo. A percepção das partes, segundo os autores, “cega” e “limita” o indivíduo, induzindo a assimilar os problemas de

maneira simplista, enquanto os problemas encontram-se interconectados, demandando a escolha e a conjunção de múltiplas “lentes” paradigmáticas.

### 2.2.3 Modelos de maturidade

A Teoria Geral dos Sistemas fornece um novo paradigma para o estudo das organizações sociais e sua gestão, fornecendo uma visão fundamentalmente diferente da realidade das organizações sociais e pode servir de base para grandes avanços em nosso campo de conhecimento (Kast e Rosenzweig, 1972).

Ao utilizar a Teoria Geral dos Sistemas, de acordo Kast e Rosenzweig (1972), a fim de evitar incertezas, devemos tornar mais precisos o delineamento dos limites e níveis de sistemas. Cada estágio deve iniciar com uma identificação do nível de referência e a compreensão deste não deve mudar para outro nível sem um pleno entendimento (Miller, 1965).

Do mesmo modo, Pullen (2007) considera a necessidade de definição dos níveis entre etapas e métodos de transição de um estágio para outro. A transição entre estágios é definida pelo autor como Modelo de Maturidade [MM], considerado “uma coleção estruturada de elementos que descreve as características de processos efetivos em diferentes estágios de desenvolvimento” (p.1318). Cronemyr e Danielsson (2013) expõem a premência de critérios para determinar o estágio atual da maturidade e reconhecimento da progressão metódica para o estágio seguinte.

No âmbito dos modelos de maturidade, Liz e Vázquez (1992) definem “modelo” como a representação ou interpretação abstrata de um fenômeno ou conjunto de fenômenos, constituída para a sua compreensão e eventual previsão de sua evolução tendo em conta novos fenômenos ou propriedades, amparada numa determinada quantidade de observações, habitualmente realizadas de maneira experimental. A palavra “maturidade” é na maior parte das vezes utilizado de uma maneira unidimensional, quer mantenha sua essência no processo de maturidade (em outras palavras, a interpelação é realizada especificamente a um processo organizacional claramente definido, gerido, medido e controlado (Fraser & Vaishnavi, 1997; Paulk *et al.*, 1993), quer seja o objeto de maturidade (isto é, a interpelação é realizada a um objeto físico específico, a exemplo de um *software*), quer seja ainda, na competência dos indivíduos (melhor dizendo, a interpelação é realizada à mão de obra necessária para criar, desenvolver e aperfeiçoar competências) (Nonaka, 1994).

O termo conjunto “modelo de maturidade” refere-se habitualmente a um modelo teórico que relata a evolução das competências individuais e organizacionais (Paulk *et al.*, 1993). Ao

integrar normas ou requisitos em prováveis atividades de aperfeiçoamento, o modelo auxilia a elucidar uma trajetória de evolução propícia à “maturidade”. Desta forma, a “maturidade” refere-se a uma evidência evolutiva na demonstração de competências específicas (Fraser, Moultrie, & Gregory, 2002). Modelo de maturidade permite mensurar a maturidade de uma determinada competência baseado num agrupamento de critérios relativamente abrangentes (Bruin *et al.*, 2005).

Os modelos de maturidade podem ser assimilados como modelos teóricos, compostos por estágios distintos, usados para precisar “os antecipados, típicos, lógicos ou desejados caminhos de evolução para maturidade” (Becker, Knackstedt, & Pöppelbuß, 2009). Os modelos de maturidade são fundamentados pelo princípio de que os indivíduos, organizações, setores funcionais, processos (micro e ou macro), e assim por diante, evoluem por intermédio de um processo de crescimento em direção a uma maturidade mais desenvolvida, deslocando-se por um número distinto de estágios (Rocha & Vasconcelos, 2004). Ou seja, os modelos de maturidade estabelecem-se no princípio dos estágios periódicos de crescimento, no qual as mudanças de uma organização no decorrer do tempo, se organizam de modo contínuo e calculável, percorrendo uma quantidade estabelecida de estágios cumulativos e ordenadamente contínuos, que pode ser descrito e relacionado a um nível de maturidade estabelecido (Bhidé, 2000; Nolan, 1973; Rocha, 2002; Rocha & Vasconcelos, 2004).

Modelos de maturidade permitem medir o *status quo*, bem como viabilizam o processo de melhoria que mais se adapte à organização, permanecendo-se dentro dos critérios estabelecidos de boas práticas exigidos no âmbito específico (Essman, 2009). No mesmo sentido, Kirrane (2009) argumenta que os modelos de maturidade são usualmente utilizados como uma forma de *benchmarking*, autoavaliação, gestão de mudança e aprendizagem organizacional. Os modelos de maturidade contribuem com as organizações como uma ferramenta para solucionar possível problemas de uma maneira estruturada, oferecendo parâmetros para medir as suas capacidades e um roteiro para melhorá-las (Caralli, Knight, & Montgomery, 2012). Sob o mesmo ponto de vista, Becker, Knackstedt & Pöppelbuß (2009) justificam que os modelos de maturidade podem ser compreendidos como instrumento de resolução de problemas de limitações dos recursos das organizações, provendo indicadores de melhoria.

Ainda que a maior parcela dos modelos de maturidade mais conhecidos utilize uma concepção da maturidade relacionada ao processo de maturidade para medir as organizações, geralmente os mentores dos modelos contemplam abordagens com propriedades sociotécnicas (Curtis, Hefley, & Miller, 2002). No ponto de vista de Mettler e Rohner (2009) a influência

recíproca entre processos organizacionais, competências e a motivação dos indivíduos, assim como a efetividade do objeto, nem sempre é perceptível (isto é, processos podem ser habilmente estabelecidos e automatizados, mas não obtêm sucesso em consequência de ausência de conhecimento ou motivação por parte dos indivíduos). À vista disso, Weinberg (1992) sugere tanto quanto o aproveitamento dos indivíduos, como dos processos e os objetivos como alicerce para mensurar a maturidade dos propósitos organizacionais.

Segundo Caralli, Knight e Montgomery (2012), encontram-se inumeráveis definições para modelos de maturidade, desde a mais elementar que diz, um modelo de maturidade é a soma de todas as características, atributos, indicadores, ou padrões que retratam evolução e obtenção de uma disciplina característica, até a mais complexa, proposta por Elmaallam e Kriouile (2013) que definem modelos de maturidade como instrumentos imprescindíveis para assegurar a melhoria contínua dos sistemas e atividades, propiciando a autoavaliação e conferindo uma diretriz das atividades relacionadas às melhores práticas.

Chandler (1962) e Haire (1959) manifestam que os modelos de maturidade em estágio não são tão contemporâneos na literatura das organizações. Sob uma perspectiva histórica, desde a década de 1950, observa-se que os modelos de maturidade fundamentados em estágios são definidos a partir de características próprias (Smith, Mitchell, & Summer, 1985). Pode-se reconhecer Haire (1959) como um dos precursores a propor o conceito de que as organizações amadurecem por estágios, seguindo um determinado padrão uniforme. Chandler (1962), semelhantemente, instituiu a ideia de estágios no ciclo de vida das organizações em um modelo estruturado, no qual os estágios evoluíam e adequavam-se as estruturas e estratégias organizacionais.

As primeiras publicações do termo modelo de maturidade, ainda nos anos de 1950, abordavam essencialmente, a necessidade humanas, crescimento econômico e progressão de tecnologia das informações em organizações (Röglinger, Pöppelbuß, & Becker, 2012). Sob a perspectiva de gestão, Greiner (1972) descreveu um modelo de crescimento organizacional a princípio com cinco etapas, mediante comparações entre organizações e organismos vivos. Na área de tecnologia, cabe destacar Nolan (1973), que introduziu o conceito de estágios no domínio dos sistemas e tecnologias de informação.

O modelo de maturidade proposto por Philip B. Crosby no ano de 1979 foi precursor dos modelos atuais de maturidade (Barra & Ladeira, 2017). O *Quality Management Maturity Grid* [QMMG] é uma matriz de maturidade organizacional concebida por Crosby, publicada pela primeira vez em seu livro *Quality is Free*, também no ano 1979. Esse modelo foi um dos primeiros modelos de maturidade para avaliação da maturidade da qualidade, contendo cinco

estágios (incerteza; despertar; esclarecimento; sabedoria; e certeza) de maturidade e seis categorias de medida (compreensão e atitude da gerência; *status* de qualidade da empresa; resolução de problemas; custo da qualidade com percentual de vendas; medidas de melhoria da qualidade; e sumário das possibilidades da companhia no setor de qualidade) que ajudam o usuário a identificar sua própria situação em relação à maturidade. Este modelo reconhece a importância de fatores humanos, como liderança, atitude e trabalho colaborativo (Crosby, 1979).

Os princípios desenvolvidos na matriz de maturidade proposto por Crosby, foram adaptados no ano de 1986 pelo *Software Engineering Institute* [SEI] na *Carnegie Mellon University* com o objetivo de criar o *Capability Maturity Model* [CMM] como uma metodologia usada para desenvolver e refinar o processo de desenvolvimento de *software* de uma organização. O modelo descreve um caminho evolutivo em cinco níveis de processos cada vez mais organizados e sistematicamente mais maduros (Humphrey, 1999).

A partir do momento que o conceito se disseminou, os modelos de maturidade são amplamente utilizados, sendo possível encontra-los em diversas áreas de conhecimento (Caralli, Knight, & Montgomery, 2012). O interesse acadêmico em desenvolver e pesquisar modelos de maturidade cresceu continuamente desde então, fundamentados pela literatura através dos modelos de maturidade apresentados no Quadro 10.

**Quadro 10. Modelos de maturidade**

<b>Autor</b>	<b>Modelo</b>
Crosby (1979)	<i>Quality Management Maturity Grid</i> [QMMG]
Software Engineering Institute (1987)	Modelo de Maturidade em Capacitação [CMM]
Baldrige (1987)	Programa de Excelência de Desempenho Baldrige
Rummler e Brache (1990)	Índice de Desempenho do Processo
Bessant & Caffyn (1997)	Capacidade de Melhoria Contínua
Software Engineering Institute (2000)	Modelo Integrado de Maturidade em Capacitação [CMMI]
Object Management Group, Inc. (OMG) (2002)	Modelo de Maturidade do Processo de Negócios [BPMM]
PM Solutions (2002)	Modelo de Maturidade em Gerenciamento de Projetos [PMMM]
Project Management Institute (2003)	Modelo de Gestão de Maturidade de Projetos Organizacionais [OPM3]
Maull, Tranfield e Maull (2003)	Modelo de Maturidade de Reengenharia de Processos de Negócios [BPRMM]
Fisher (2004)	Modelo de Maturidade do Processo de negócios
Harmon (2004)	Progressão de Maturidade de Processo [PML]
Rosemann e Bruin (2005)	Modelo de Maturidade em Gerenciamento de Processos de Negócios [BPMMM]
Rozenfeld, Scalice e Amaral (2005)	Processo de Desenvolvimento de Produtos [PDP]
Lee, Lee e kang (2007)	Modelo de Maturidade de Processo de Negócios
Hammer (2007)	Modelo de Processo e Maturidade da Empresa [PEMM]

Weber, Curtis e Gardiner (2008)	Modelo de Maturidade do Processo de Negócios
Mc Cormack <i>et al.</i> (2009)	Modelo de Maturidade de Orientação de Processo de Negócios [BPOMM]
Rodholff (2009)	Avaliação de Maturidade em Gerenciamento de Processos

Fonte: elaborado pelo autor (2021).

Independentemente do número de modelos elaborados, segundo Fraser, Moultrie e Gregory (2002), modelos de maturidade podem conter os seguintes elementos: (a) número de níveis; (b) descritor do nível; (c) descrição genérica das características de cada nível; (d) número de dimensões ou áreas de processo; (e) número de elementos ou atividade de cada área de processo; e (f) uma descrição de cada atividade que poderia ser realizada em cada nível de maturidade.

Dependendo da organização, da complexidade e do contexto, variados modelos de maturidade podem ser diferenciados. Consoante com Caralli, Knight e Montgomery (2012), em condições estruturais e de maneira ampla, os modelos de maturidade podem ser classificados em uma das seguintes categorias: modelos de progressão, modelos de capacidade e modelos híbridos. No Quadro 11 são apresentadas as três categorias de modelos de maturidade.

**Quadro 11.** *Categoria de modelos de maturidade*

<b>Categoria</b>	<b>Descrição</b>
Modelos de progressão	Representam uma simples progressão ou escala de uma característica, indicador, atributo ou padrão onde o movimento através de estágios de maturidade indica alguma progressão de maturidade. Esta categoria inclui muitos modelos proprietários desenvolvidos por empresas tais como consultorias ou fornecedores de produtos. Podem ser medidos de forma independente e são tipicamente caracterizados por um foco no modelo de atributos, em vez dos atributos que definem especificamente a maturidade. Por outras palavras, o objetivo de um modelo de progressão consiste em proporcionar uma rota de progressão ou melhoria, expresso por versões cada vez melhores de um atributo numa escala de progressão.
Modelos de capacidade	Neste modelo, a dimensão a ser medida é uma representação da capacidade organizacional em torno de um conjunto de características, indicadores, atributos, ou padrões, muitas vezes denominados como "processos". Este tipo de modelos, medem mais do que a capacidade de executar uma tarefa simples (ou complexa), pois encaram a capacidade organizacional de uma forma mais ampla, refletindo a maturidade da cultura e do grau em que os recursos são incorporados nessa cultura. Assim, os estágios num modelo de maturidade organizacional descrevem os estados de maturidade relativa ao processo de maturidade, como acontece com o CMM e seus 5 estágios: <i>ad hoc</i> , <i>definido</i> , <i>quantificados</i> , <i>geridos</i> e <i>otimizados</i> .
Modelos híbridos	Baseados na sobreposição das características do modelo de progressão com a capacidade dos atributos associados aos modelos de maturidade da capacidade. Este tipo de modelo reflete as transições entre níveis que são semelhantes a um modelo de capacidade, mas no ponto de vista da arquitetura usam as características, indicadores, atributos ou padrões de um modelo de progressão. Considera-se o modelo híbrido muito útil para se focar em domínios específicos, ao mesmo tempo que permite avaliar a maturidade do ponto de vista da forma como padrões e melhores práticas foram incluídas nas capacidades da organização. Esta institucionalização da capacidade cria modelos que são relativamente fáceis de usar e entender, têm um valor acrescido e podem ser

	adotados como um roteiro para a melhoria da maturidade. Ou seja, os modelos híbridos fornecem o rigor de um modelo de maturidade de capacidade beneficiando também, da facilidade de utilização e compreensão dos modelos de progressão.
--	--

Fonte: adaptado de Caralli, Knight e Montgomery (2012).

Os modelos de maturidade, na interpretação de Bruin *et al.* (2005), podem ser classificados como descritivos, prescritivos e comparativos (Quadro 12), fornecendo um diagnóstico, comparação ou uma trajetória para a maturidade.

**Quadro 12.** *Classificação de modelos de maturidade*

Classificação	Descrição
Modelos descritivos	Podem ser puramente descritos quando oferecem o diagnóstico da realidade ou da experiência ou nela se baseia num dado momento (Bruin <i>et al.</i> , 2005), além do conjunto de estágios e variáveis que os especificam, propiciando definir as grandezas que direcionam ao estágio subsequente, conferindo assim valor provisional ao modelo (Kuznets, 1965).
Modelos prescritivos	Devem permitir sua utilização no direcionamento da organização para uma gestão orientada por melhorias para atingir níveis mais elevados, além do uso de sistemas de tecnologia e informação no desenvolvimento progressivo dos inúmeros estágios (Benbasat <i>et al.</i> , 1984; Bruin <i>et al.</i> , 2005)
Modelos comparativos	Permitem contrapor as práticas nas organizações de um mesmo segmento, para estabelecer o nível de maturidade de diferentes organizações ou regiões.

Fonte: adaptado de Bruin *et al.* (2005).

A técnica de organizar espaços e criar ambientes para abrigar os diversos tipos de atividades, manifesta-se como um aspecto indispensável do modelo, porque possibilita determinar uma ligação entre os objetivos de negócios, as avaliações e as melhores práticas, auxiliando assim, as relações através das capacidades atuais e os rumos para a melhoria (Caralli, Knight, & Montgomery, 2012). Apesar das dissemelhanças presentes nos variados modelos de maturidade, na sua grande maioria está conforme com alguns princípios estruturais (Carvalho, 2016). Na sua forma mais compreensível, um modelo de maturidade pode ser considerado como um conjunto de características, atributos, indicadores, ou padrões que simbolizam a prática e a progressão de uma organização ou área específica (Caralli, Knight, & Montgomery, 2012).

Para Rocha (2011), ao longo dos quatro últimos decênios, diversos modelos de maturidade têm sido apresentados com distinções no que diz respeito ao número de estágios, fatores que influenciam e áreas de intervenção. Becker, Knackstedt e Pöppelbuß (2009) mencionam que cada um dos fatores distingue as características que tipificam a essência de cada estágio de maturidade, isto é, esses fatores atuam como descritores de parâmetros ou

variáveis para caracterizar cada fase e contribuem com critérios essenciais para atingir determinado estágio de maturidade (Quadro 13).

**Quadro 13. Estrutura de Modelo de Maturidade**

Fatores	Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3	Estágio N
Fator 1	<i>Características 1</i>	<i>Características 1</i>	<i>Características 1</i>	<i>Características 1</i>
	<i>Características ...</i>	<i>Características ...</i>	<i>Características ...</i>	<i>Características ...</i>
	<i>Características N</i>	<i>Características N</i>	<i>Características N</i>	<i>Características N</i>
Fator 2	<i>Características 1</i>	<i>Características 1</i>	<i>Características 1</i>	<i>Características 1</i>
	<i>Características ...</i>	<i>Características ...</i>	<i>Características ...</i>	<i>Características ...</i>
	<i>Características N</i>	<i>Características N</i>	<i>Características N</i>	<i>Características N</i>
Fator 3	<i>Características 1</i>	<i>Características 1</i>	<i>Características 1</i>	<i>Características 1</i>
	<i>Características ...</i>	<i>Características ...</i>	<i>Características ...</i>	<i>Características ...</i>
	<i>Características N</i>	<i>Características N</i>	<i>Características N</i>	<i>Características N</i>
Fator M	<i>Características 1</i>	<i>Características 1</i>	<i>Características 1</i>	<i>Características 1</i>
	<i>Características ...</i>	<i>Características ...</i>	<i>Características ...</i>	<i>Características ...</i>
	<i>Características N</i>	<i>Características N</i>	<i>Características N</i>	<i>Características N</i>

Fonte: adaptado de Rocha (2011).

Habitualmente, a arquitetura dos modelos de maturidade evidencia “níveis” (ou estágios) por toda a extensão de uma escala evolutiva que determina a ascensão medível de um nível para outro. As características próprias equivalentes, particularizam cada nível, isto é, se uma organização evidencia essas características, é porque atingiu esse nível e as capacidades que o mesmo constitui. É provável que uma organização, possuindo estados de transição entre níveis mensuráveis, utiliza essa categorização para: (1) definir seu estado atual; (2) determinar qual o mais próximo estado que poderá atingir; (3) identificar os atributos que deve atingir para alcançar esse estado (Carvalho, 2016).

Modelos de maturidade, segundo Fraser, Moultrie e Gregory (2002), compartilham o domínio comum de estabelecer um número de dimensões em vários estágios maturidade, com uma definição do desempenho peculiar a todos níveis. De acordo com Caralli, Knight e Montgomery (2012) os modelos de maturidade são determinados ou estabelecidos pelos seguintes componentes: níveis, domínios do modelo, atributos, avaliação e métodos de pontuação e caminhos para a melhoria. No Quadro 14 são retratados os cinco componentes de modelos de maturidade.

**Quadro 14. Componentes de modelos de maturidade**

Componentes	Descrição
Níveis	Descrevem os estágios de mudança num modelo de maturidade. Dependendo da estrutura do modelo, os níveis (usualmente entre 3 e 6) podem retratar uma evolução gradativa, ou podem simbolizar uma expressão de capacidade ou outro predicado que pode ser mensurado pelo modelo.
Domínios do modelo	São uma forma para acumular atributos numa área de relevância relacionada ao desenvolvimento do modelo. Em modelos de maturidade de eficiência, os

	domínios são retratados como “áreas de processo”, porque os mesmos são um agrupamento de processos que constituem um processo maior ou área de conhecimento. De acordo com o modelo, os usuários do mesmo, podem ter condições de atentar para melhorias em um único domínio ou grupo de domínios.
Atributos	Retrata a temática central do modelo, reunidos por domínio e nível. Geralmente são fundamentados em observações da prática, normas ou outro conhecimento especializado, e podem ser evidenciados como características, indicadores, práticas ou processos.
Avaliação e métodos de pontuação	Métodos aperfeiçoados para simplificar a análise utilizando o modelo como referência. Método de pontuação são algoritmos desenvolvidos pela comunidade para testificar a consistência das considerações e um padrão genérico para a medição. Pode-se incluir nos métodos de pontuação considerações para que atributos significativos seja reconhecido primeiramente perante aos de menor valor.
Caminhos para a melhoria	Mesmo que empregues para a análise comparativa, os modelos de maturidade podem ser utilizados para direcionar os esforços de melhoria. Diversos desses modelos, têm técnicas preestabelecidas para realizar diagnósticos da realidade atual, planejar e implementar melhorias e por fim, certificar-se de sua efetividade.

Fonte: adaptado de Caralli, Knight e Montgomery (2012).

Um modelo de maturidade possibilita que uma organização tenha as suas práticas, processo e métodos mensurados em contraposição a um conjunto de elementos que determinam os parâmetros de referência. Esses elementos comumente retratam as melhores práticas e podem congregam normativas ou conjunto de conduta que são significativos numa determinada esfera ou disciplina própria (Carvalho, 2016).

De acordo com Maier, Moultrie e Clarkson (2012), os modelos de maturidade contribuem para melhor compreensão da conjuntura atual das organizações e o direcionamento para atingir as melhores práticas. Por dispor de parâmetros de referência e comparação, as organizações podem usar modelos de maturidade para estabelecer seus níveis existentes de realização ou capacidade e posteriormente empregar estes modelos no decorrer do tempo para proceder com os processos de melhoria. Ademais, no momento em que usados de maneira abrangente, os modelos de maturidade podem igualmente contribuir para as organizações e contrapor suas realizações ou capacidade com outras organizações, assim, compreendendo mais assertivamente seu nível de desempenho (Carvalho, 2016).

Os modelos de maturidade têm como função instrumentalizar as organizações a fim de misturar elementos para homogeneizar benefícios relacionados às práticas e conhecimentos vivenciados pela organização e grupos de interesse. Usar um modelo de maturidade, segundo Caralli, Knight e Montgomery (2012), como sustentação para a melhoria dos processos, práticas e desempenho, deverá proporcionar às organizações e às partes interessadas onde se estabelecem, a capacidade de desempenho interno de referência, como catalisar melhorias no desempenho de grupos de interesse e, por fim, de que maneira criar e desenvolver uma

linguagem comum. As capacidades de desempenho dos modelos de maturidade são apresentadas no Quadro 15.

**Quadro 15.** *Capacidade de desempenho dos modelos de maturidade*

Capacidade	Descrição
Desempenho interno de referência	Aborda de forma padronizada seu método de medição com base no modelo de maturidade, possibilitando identificar sua condição vigente e o percurso para melhoria do desempenho. O valor de referência pode ser utilizado para comparar o desempenho intra e interorganizações, desde que se considere funções ou atividades realizadas de forma similar;
Catalisar a melhoria do desempenho	Ao adotar medidas preconizadas no modelo de maturidade no decorrer de um intervalo de tempo, as organizações devem mantê-lo como base para melhoria contínua de desempenho. Levando-se em consideração que o modelo retrata as melhores práticas, este deve ser utilizado como base para concepção de planos de ação, excedendo os déficits de desempenho e aperfeiçoando a maturidade;
Catalisar melhorias no desempenho de grupos de interesse	Em consequência destes modelos de maturidade e respectivos modos de medição envolver diversas organizações, deve-se aferir seu desempenho contra os seus equivalentes, assim como estabelecer o “perfil de desempenho” de grupos de interesse. Com o perfil delineado, torna-se mais simples estimular investimento e partilhar adversidades entre a organização e os grupos de interesse;
Criar e desenvolver uma linguagem comum	Usualmente, modelos de maturidade, instituem maneiras perduráveis de pensar e comunicar sobre organizações. Uma linguagem consistente e uma boa comunicação, auxilia à evolução de campos do conhecimento com estrutura em um linguajar comum que pode traduzir-se em um desempenho consistente e prognosticável a longo prazo.

Fonte: adaptado de Caralli, Knight e Montgomery (2012).

Diversos modelos de maturidade foram criados para diferentes ramos e disciplinas onde faz-se necessário realizar uma mudança renovadora para melhor solucionar suas adversidades. Estes modelos foram subsidiados tanto por governos, instituições, organizações e consórcios (incluindo grupos específicos da indústria), quer seja para respectivo uso, quer seja para uso dos seus clientes (internos e externos) e comunidades (Caralli, Knight, & Montgomery, 2012).

### 2.2.3.1 Modelos de maturidade em organizações hospitalares

O modelo de maturidade tornou-se um instrumento estabelecido e importante para orientar as iniciativas de mudança organizacional. A necessidade de apoio à implantação de modelos de maturidade de forma ampla e específica para organizações hospitalares, tornou-se essencialmente indispensável (Becker, Knackstedt, & Pöppelbuß, 2009; Conwell, Enright, & Stutzman, 2000; Pöppelbuß *et al.*, 2010).

Após realização de pesquisa bibliográfica realizada nas plataformas *Web of Science*, *Scopus*, *Spell*, *Scielo*, *ScienceDirect* e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações [BDTD], as abordagens primárias de cada pesquisa que forma o corpus deste estudo, foram

identificadas e reunidas em uma síntese (Quadro 16), e posteriormente sendo descritas sob uma perspectiva ampla de seu conteúdo.

**Quadro 16.** *Categorização dos modelos de maturidade em organizações hospitalares*

Publicação (autor)	Ano pub.	Temática abordada	n <sup>o</sup> (*)
Bruin <i>et al.</i> (2005)	2005	Desenvolvimento de Modelo	6
Priestman (2007)	2007	Registro eletrônico	6
Van de Wetering e Batenburg (2009; 2010)	2009	Arquivamento de imagens	5
Lombarts <i>et al.</i> (2009a)	2009	Gestão da qualidade	7
Mettler e Rohner (2009)	2009	Relacionamento com fornecedores	3
Kirrane (2009)	2009	Gestão de serviços	7
Plomp e Batenburg (2009)	2009	Gestão de suprimentos	5
Mettler (2011)	2011	Relacionamento com fornecedores	4
Rocha (2011)	2011	Sistema da informação	-
Mettler e Blondiau (2012)	2012	Gestão intra e interprofissional	3
Weyns e Höst (2012)	2012	Tecnologia da informação	4
Chassin e Loeb (2013)	2013	Gestão de serviços	3
Blondiau, Mettler e Winter (2013)	2013	Implantação de modelo de maturidade	-
Rohner (2013)	2013	Registro eletrônico	3
O'Neill (2013)	2013	Tecnologia da informação	8
Von Wangenheim <i>et al.</i> (2013)	2013	Telemedicina	-
Van Dyk e Schutte (2013)	2013	Telemedicina	3
Van de Wetering e Batenburg (2014)	2014	Arquivamento de imagens	5
Wagner <i>et al.</i> (2014)	2014	Gestão da qualidade	7
Cleven <i>et al.</i> (2014)	2014	Gestão organizacional	5
Batenburg, Neppelenbroek e Shahim (2014)	2014	Governança	3
Tarhan, Turetken e Van den Biggelaar (2015)	2015	Gestão da qualidade	5
Waring (2015)	2015	Implantação de modelo de maturidade	-
Carvalho, Rocha e Vasconcelos (2015)	2015	Sistema da informação	-
Carvalho e Rocha (2015)	2015	Sistema da informação	-
Oliveira (2015)	2015	Gestão de suprimentos	5
França (2015)	2015	Tecnologia da informação	4
Schriek, Türetken e Kaymak (2016)	2016	Cuidados ao paciente	5
Moradi <i>et al.</i> (2016)	2016	Gestão da qualidade	8
Blondiau, Mettler e Winter (2016)	2016	Implantação de modelo de maturidade	-
Gomes, Romão e Carvalho (2016)	2016	Sistema da informação	3
Tontini <i>et al.</i> (2016)	2016	Gestão de suprimentos	4
Blondiau (2017)	2017	Gestão intra e interprofissional	3
Mallek-Daclin <i>et al.</i> (2017)	2017	Implantação de hospitais de campo	3
Mattos. (2017)	2017	Gestão de suprimentos	4
Daclin <i>et al.</i> (2018)	2018	Implantação de hospitais de campo	5
Carvalho <i>et al.</i> (2018)	2018	Sistema da informação	6

(\*) Número de estágios (ou níveis).

Fonte: elaborado pelo autor (2021).

De acordo Bruin *et al.* (2005), o sucesso da implantação do modelo de maturidade está diretamente interligado com a forma como o modelo foi desenvolvido e testado. O estudo proposto pelos autores, descreve as principais fases do desenvolvimento de um modelo de maturidade aplicável em vários domínios, fundamentados em dois modelos de maturidade: *Business Process Management Maturity* [BPMM] e o *Knowledge Management Capability Assessment* [KMCA].

Mettler e Rohner (2009) abordam a falta de sistematização e generalização de procedimento sobre como projetar e implementar modelos de maturidade. Os autores projetaram e implementaram um modelo de maturidade em gestão de relacionamento com fornecedores hospitalares para identificar as forças e fraquezas das atividades de gerenciamento destes relacionamentos. O modelo é composto de três dimensões (objeto, processos e pessoas), descritas em termos de três níveis (operacional, tática e estratégica) de complexidade crescente.

A implantação de modelos de maturidade em hospitais, segundo Mettler e Blondiau (2012), contribuem com a formação das competências estratégicas, organizacionais e técnicas, consideradas indispensáveis para o desenvolvimento de estruturas e processos inter-relacionados de forma sistemática.

Blondiau, Mettler e Winter (2013) destacam em sua pesquisa os desafios encontrados durante o desenvolvimento do projeto e a implementação de três modelos de maturidade para áreas de melhoria distintas em hospitais entre os anos 2009 e 2012. O primeiro projeto foi destinado a desenvolver um modelo de maturidade para ser usado como referência para medir a eficácia e a confiabilidade dos procedimentos de gerenciamento de suprimentos de um hospital (Mettler, & Rohner, 2009); O segundo, sob uma perspectiva social e técnica, pode ser usado para identificar lacunas de desempenho e sistematizar melhorias no processo de gestão de relacionamento com fornecedores, facilitando novas formas de aprendizado colaborativo (Mettler, 2011); E o terceiro, enfatizou a medir e avaliar a qualidade da colaboração intra e interorganizacional dos hospitais (Mettler, & Blondiau, 2012). Para os autores cada processo de medição começa com as questões "o que" e "por que" algo deve ser medido, portanto, um dos primeiros desafios é como decidir quando é proveitoso usar uma ferramenta de medição, como um modelo de maturidade (Blondiau, Mettler & Winter, 2013). Assim, os modelos de maturidade podem ser empregues, essencialmente antes da implantação e durante a implementação de projetos, fornecendo uma estrutura de valor e maturidade do processo e negócio (Freixo & Rocha, 2015).

Waring (2015) expõe a necessidade de explorar a utilidade dos modelos de maturidade como forma de avaliação diferenciada dos processos de implementação de sistemas de saúde.

A autora relata que sucessivos governos do Reino Unido tentaram integrar sistemas e estabelecer níveis de maturidade no serviço nacional de saúde, porém sem sucesso. Independentemente da forte ênfase no desenvolvimento de modelos de maturidade evidenciados na literatura, Blondiau, Mettler e Winter (2016) demonstram que na prática, os desenvolvedores destes modelos, frequentemente não estão envolvidos essencialmente na implantação real de um modelo de maturidade em ambientes que empreendem serviços de saúde. Assim, o desafio de implementação torna-se responsabilidade dos gestores hospitalares ou formuladores de políticas de saúde.

Daclin *et al.* (2018) demonstraram em sua pesquisa um modelo de maturidade para a avaliação do processo de implantação dos hospitais de campo em momentos de crise. Trata-se de um modelo de gestão crítico, em um contexto de crise, durante a implantação de um hospital de campanha. A estrutura do modelo de maturidade para implantação em campo é composta por cinco níveis de níveis de complexidade crescente e cinco eixos principais, sendo eles: organização da missão (avaliação da situação, implantação, operação e retirada), logística, interoperabilidade (compartilhamento de dados), vida cotidiana (gestão de resíduos hospitalares) e gestão de recursos.

O modelo de gestão hospitalar com vistas a eficiência, segundo Souza *et al.* (2009a), necessita prioritariamente de controles, sistemas de informação associados a custeio, atribuição de valor dos serviços prestados e tomada de decisão. Nessa perspectiva, Batenburg, Neppelenbroek e Shahim (2014) demonstraram em seus estudos a criação de um modelo de maturidade, contendo quatorze diferentes dimensões e cinco níveis de maturidade, baseado nas práticas de gestão hospitalar holandeses. O modelo proposto tem como objetivo avaliar e monitorar as dimensões, classificadas em três elementos, denominados de Governança, Gestão de Riscos e Compliance [GRC]. Este modelo aborda de forma sistêmica a obtenção de informações de qualidade e operacionalidade da gestão hospitalar e sua governança.

Oliveira (2015) em seu plano de pesquisa, menciona a utilização dos construtos do Modelo de Excelência na Gestão [MEG] da Fundação Nacional da Qualidade [FNQ] (2013) e do *Process Enterprise Maturity Model* [PEMM] e seus fatores de avaliação proposto por Hammer (2007), aplicados aos macroprocessos de suprimentos e farmácia hospitalar. Com tal característica, Tontini *et al.* (2016) evidenciam a necessidade de avaliar e desenvolver modelos de maturidade para a redução de custos e a melhoria da confiabilidade nos processos de aquisição e gestão de suprimentos em hospitais e empresas metal-mecânicas. O modelo de maturidade propostos pelos autores contempla as seguintes dimensões: gestão de materiais, planejamento de compras, seleção e avaliação de fornecedores e processo de compras. Neste

mesmo sentido, Plomp e Batenburg (2009), mostram a questão da maturidade na gestão de compras aplicado a três hospitais holandeses. Os autores apresentam um modelo de maturidade com cinco dimensões (Estratégia e Política, Monitoramento e Controle, Organização e Processos, Pessoas e Cultura e Tecnologia da Informação). O estudo confirmou uma relação positiva entre a maturidade dos processos de aquisições e o desempenho das aquisições.

Criado para medir os aspectos de gestão organizacional, principalmente os de natureza cultural e estrutural, Cleven *et al.* (2014) apresentam um modelo de maturidade de capacidade encenada derivado algoritmicamente com base em dados empíricos de 129 hospitais na Suíça. Os cinco níveis de maturidade foram compostos pelas seguintes dimensões: Cultura organizacional; Aspectos estratégicos da gestão multifuncional de processos; Processo e estrutura de decisão; Práticas e formalização dos processos; Sistemas de informação. Como pode-se observar, esse estudo enfatiza a gestão de processos.

Para Jaramillo, Bande e Varela (2015), ambientes organizacionais bem gerenciados, contribuem para que equipes interajam entre si, estimulando a cooperação e motivação de forma autêntica. A cooperação dentro dos hospitais é um fator crucial para a prestação de serviços médicos de alta qualidade e processos eficientes. Neste contexto, Blondiau (2017) apresentou em sua pesquisa modelo de maturidade adequado ao gerenciamento de iniciativas de melhoria gradual no contexto hospitalar interprofissional, permitindo a comunicação entre diferentes grupos profissionais, fornecendo um conceito unificador de maturidade. O modelo de maturidade é composto de três dimensões: qualidade da cooperação; projetando e implementando modelos de maturidade em hospitais; e cooperação interdepartamental em hospitais. Para o autor o modelo específico ainda não aborda todas as questões relevantes relacionadas à cooperação dentro dos hospitais, porém oferece uma base para futuras pesquisas nesse campo.

Devido a complexidade e sua utilização em momentos de crise, Mallek-Daclin *et al.* (2017) estabeleceram um método baseado em um modelo de maturidade na estrutura e organização dos hospitais de campo. O resultado é uma estrutura e organização de um modelo de maturidade que fornece os principais eixos (Governança - tomada de decisão; Logística – suporte; e Care - serviços médicos) a serem considerados e desenvolvidos em um hospital de campo, bem como diferentes níveis de maturidade e sua definição, permitindo que as organizações hospitalares sejam posicionadas em relação aos eixos de desenvolvimento.

A convicção das decisões e práticas de gerenciamento por intermédio do uso adequado de modelos de gestão e sistemas de informação, contribui para a melhora da qualidade dos serviços hospitalares (Pereira *et al.*, 2012). A qualidade dos serviços na área hospitalar pode

afetar os modelos de maturidade utilizados para o desenvolvimento de processos (Areda, Galato, & Federal, 2015).

Lombarts *et al.* (2009a), como parte do projeto de pesquisa sobre Métodos para Avaliação de Respostas a Estratégias de Melhoria da Qualidade [MARQuIS] (Lombarts *et al.*, 2009b), que foca aspectos que se relacionam a pacientes de serviços hospitalares da Europa, desenvolve um esquema de classificação do nível de melhoria da qualidade (maturidade) em hospitais da União Europeia. O Modelo desenvolvido aborda sete dimensões: Política, planejamento, documentos (20 itens); Liderança (36 itens); Estrutura (19 itens); Ações de melhoria da qualidade em geral (8 itens); Atividades de melhoria da qualidade específicos (20 itens); Envolvimento do paciente (6 itens); Prestação de contas (4 itens). Este modelo aborda a questão específica de ações de melhoria e controle da qualidade.

Mettler e Blondiau (2012), propõem um Modelo de Maturidade na Cooperação Hospitalar [HCMM]. O HCMM pode ser usado como base para a aferição da qualidade da cooperação entre um hospital específico e seus parceiros de negócios. Este modelo consulta um total de 36 pontos de referência, refletindo três dimensões organizacionais distintas, relevantes para a capacidade de cooperar. A primeira variável, Camada Estratégica, foi definida para medir a capacidade de um hospital em cooperar com os parceiros externos. A segunda variável, Camada Organizacional, foi definida para medir a capacidade de cooperar dentro do hospital (ou seja, entre departamentos distintos, enfermarias, etc.). Por fim, a terceira variável, conhecida como Camada de Informações, foi utilizada para medir as capacidades técnicas de um hospital para fornecer a infraestrutura necessária para uma cooperação interna e externa eficiente e eficaz.

Von Wangenheim *et al.* (2013) definem um modelo de qualidade para guiar o desenvolvimento e a avaliação maturidade dos processos de sistemas de telemedicina de armazenamento e encaminhamento. A maturidade organizacional foi definida com base em seis pontos que permitem que a maturidade seja avaliada a partir da escala “Nível 0 - Organização Imatura, até o limite da escala Nível 5 - Organização Inovadora”. A definição dos conjuntos (dimensões) de processos básicos e estendidos, foram extraídos do apêndice “A” da normativa ISO/IEC 15504-7, que define um modelo exemplar de maturidade organizacional projetado para organizações na indústria de software. Nessa perspectiva, Van Dyk e Schutte (2013) apresentam um modelo de maturidade envolvendo profissionais de telemedicina de cinco países diferentes da África do Sul. O modelo de maturidade do serviço de telemedicina propostos pelos autores, fornece uma estrutura projetada em três dimensões. Em primeiro lugar, cinco domínios são definidos (variável Domínio), o que fornece uma visão holística de todos os

fatores que impactam na implementação dos serviços de telemedicina. Em segundo lugar, a variável Serviço de telemedicina representa cinco processos em nível micro, um nível meso e um processo em nível macro por domínio. A terceira variável é a Escala de Maturidade, que fornece parâmetros para a medição da maturidade. O modelo de maturidade pode ser usado para medir e gerenciar e otimizar as capacidades de um sistema de saúde e, ao fazê-lo, melhorar a qualidade e a eficácia das iniciativas de telemedicina (Van Dyk, Fortuin, & Schutte, 2012).

Além destes modelos, podemos adicionar o modelo de maturidade proposto por Van de Wetering e Batenburg (2014) para explicar a qualidade e o desempenho do Sistema de Arquivamento e Comunicação de Imagens [PACS]. O modelo de maturidade apresentado, estabelece cinco dimensões organizacionais complementares: Estratégia e política; Organização e processos; Monitoramento e controle; Tecnologia da informação; Pessoas e cultura. A pesquisa foi realizada com uma amostra de 64 hospitais que usam o PACS, ou seja, 70% de todos os hospitais na Holanda. Os pesquisadores recomendam que os hospitais devem seguir o modelo de maturidade do PACS, como perspectiva estratégica de planejamento de maturidade, para impulsionar um processo contínuo de mudança e adaptação.

Apesar de não abordar especificamente modelos de maturidade, Wagner *et al.* (2014), desenvolveu um instrumento para avaliação de sistemas de gestão da qualidade hospitalar. Este instrumento mede aspectos de gestão organizacional, pacientes (clientes), procedimentos hospitalares e gestão de pessoas.

Tarhan, Turetken e Van Den Biggelaar (2015) evidenciam em seus estudos um modelo genérico de maturidade de processos denominado *Business Process Maturity Model* [BPMM] proposto para avaliar a qualidade e a maturidade dos serviços de uma instituição de saúde. O modelo de maturidade apresentado, aborda cinco dimensões: Gestão de processos; Gestão de negócios; Gerenciamento de trabalho; Desempenho do trabalho; Suporte organizacional. Os autores manifestam a falta de um modelo de maturidade específico para área hospitalar.

Embora não se referindo a questão específica de maturidade em processos hospitalares, Moradi *et al.* (2016) comparam o nível de maturidade organizacional em hospitais com o status de implementação de sistemas de gestão da qualidade. Este estudo foi conduzido em 32 hospitais localizados em Teerã com mais de 200 leitos. A pesquisa demonstra que não há diferença significativa na maturidade organizacional entre os hospitais em diferentes níveis de implementação dos sistemas de gestão da qualidade e o nível médio da maturidade organizacional pode ser considerado entre médio e bom.

Para as organizações hospitalares apresentarem os resultados desejados com relação a de prestação de serviços de saúde à população, faz-se necessário que os gestores hospitalares realizem avaliações periódicas a fim de mensurar a eficiência da gestão (Trivelato *et al.*, 2015).

Kirrane (2009) experienciou em um departamento de cuidados intensivos de um hospital universitário de grande porte, um modelo de maturidade desenvolvido com sete dimensões (Gerenciamento de risco; Colaboração e comunicação; Diretriz, política, desenvolvimento prático; *Benchmarking* externo; Eficiência empresarial e relatórios; Liderança e capacitação de pessoal; Pesquisa), cada uma descrita em termos de quatro níveis de complexidade crescente. Este modelo foi desenvolvido exclusivamente para prestação de serviços de cuidados intensivos, utilizando-se prioritariamente de um sistema de informação na área clínica.

Com tal característica, Van de Wetering e Batenburg (2009; 2010) desenvolveram modelo de maturidade, por meio de um sistema de informação, para prestação de serviços no gerenciamento ou arquivamento de imagens. O modelo de maturidade de arquivamento de imagens e sistemas de comunicação [PACS] é composto por cinco níveis de maturidade, identificados como: Infraestrutura; Processo; Capacidade do processo clínico; Gerenciamento integrado de inovação; Rede otimizada de PACS. O modelo desenvolvido teve como objetivo alcançar efeitos sinérgicos em um ambiente sem filme, em particular para gerenciar radiologia digital como um empreendimento de alto custo (Van de Wetering, Batenburg, & Lederman, 2010).

Chassin e Loeb (2013) propõem um modelo de maturidade da confiabilidade do serviço hospitalar. Eles desenvolveram um quadro conceitual e prático para avaliar a prontidão e progresso de hospitais para alta confiabilidade. O Modelo contém quatorze componentes e etapas da maturidade da confiabilidade dos serviços ofertados. A estrutura do modelo de maturidade é descrita com base em três dimensões: Liderança (constituída por seis componentes); Cultura de segurança (constituída por cinco componentes); Melhoria robusta dos processos (constituída por três componentes). Cada estágio do modelo fornece aos hospitais orientações específicas sobre quais ações eles precisam tomar para avançar em direção a uma alta confiabilidade.

França (2015) desenvolveu pesquisa visando compreender o nível de maturidade dos serviços prestados em hospitais pela área de tecnologia da informação utilizando-se da ferramenta denominada *Knowledge Discovery in Databases* para qualificá-los. Para identificar e certificar os níveis de maturidade dos serviços prestados, foi utilizado o modelo *Capability Maturity Model Integrated* [CMMI], constituído de 34 processos pertencentes a cada um dos

quatro domínios: planejar e organizar; adquirir e implementar; entregar e suportar; e monitorar e avaliar.

O modelo de maturidade propostos por Schriek, Turetken e Kaymak (2016), busca identificar uma via de cuidado em 11 hospitais, baseada nos facilitadores qualidade do atendimento, redução de riscos, aumento da satisfação do paciente e da eficiência no uso de recursos nos serviços de saúde. O modelo de maturidade elaborado para mensurar uma via de cuidado, teve como base o modelo genérico de maturidade *Care Pathway Maturity Model* [CPMM] para gerenciamento de processos. Para avaliar e melhorar o nível da maturidade de uma determinada via de cuidado, o modelo CPMM foi desenvolvido com cinco componentes: Projeto; Proprietários e executantes; Infraestrutura; Gestão de desempenho; Cultura. Do mesmo modo, Mattos (2017) elaborou um modelo genérico, fundamentado nos artigos de revisão da literatura, porém para auxiliar as centrais de abastecimento farmacêutico presentes em unidades hospitalares a avaliarem a qualidade dos serviços prestados e maturidade dos seus processos de suprimentos farmacêuticos e a distribuição de medicamentos internamente em uma unidade hospitalar. O modelo de avaliação de maturidade para gestão de uma central de abastecimento farmacêutico apresenta quatro componentes: Programação; Aquisição; Armazenamento; Distribuição.

Carvalho *et al.* (2018) ressaltam que o setor hospitalar é uma organização muito complexa, orientada para o conhecimento, com objetivo de garantir o bem-estar dos pacientes, melhorar a eficiência operacional e principalmente garantir a qualidade da prestação de serviços. Os autores mencionam que implementar um modelo de maturidade na prática hospitalar pode ajudar os gestores a identificar os pontos fortes e fracos, a fim de determinar em qual estágio de maturidade a organização hospitalar se encontra e como pode evoluir continuamente para um maior grau maturidade.

A gestão de sistemas de informação hospitalares geralmente considera possíveis imprecisões nos processos de implementação destes. Pode-se concluir que usualmente os sistemas estão passando por um processo de maturação (Rocha, 2011). Para caracterizar essas possíveis imprecisões, O'Neill (2013) desenvolveu um mecanismo para caracterizar a extensão da capacidade da tecnologia da informação hospitalar em termos individuais e em base ampliada usando um método de investigação baseado na aproximação progressiva de um dado problema no setor hospitalar na Irlanda. Para o autor, o uso de ferramentas de avaliação apropriadas é altamente recomendado e os modelos de maturidade existem para muitos dos diferentes domínios dos sistemas de informação hospitalares. O modelo de maturidade foi desenvolvido com base nas seguintes dimensões: Clínica; Sistemas administrativos;

Gerenciamento de pacientes; Suporte clínico; Tecnologia; Integração interna – Administrativa; Integração interna – Clínica; Integração externa. A pesquisa demonstrou que 79% dos respondentes expressaram que não estavam planejando implementar um modelo de avaliação de maturidade e somente 14% estavam utilizando um modelo. Nesse ponto de vista, Queiroz, Albuquerque e Malik (2013) ressaltam a importância de investimentos no setor hospitalar em sistemas de informação que evidenciem a capacidade de monitoramento, mensuração e avaliação de resultados. Os autores mencionam que o conhecimento de gestão nas organizações hospitalares, em função da predominância médica nas posições estratégicas sem a devida formação de gestão, tende a ser instituída de forma morosa.

Com foco específico na área de tecnologia de informação, Rocha (2011) aborda a utilização de diferentes modelos de maturidade para a gestão dos sistemas de informação e tecnologia na área de saúde. O autor apresenta conceitos associados aos modelos de maturidade e aborda determinados modelos de maturidade aplicados a gestão de sistema de informação e tecnologia na área hospitalar. O Modelo de Maturidade para Assistência Médica Eletrônica, incorpora todos os provedores de serviços associados com o processo de saúde, adaptável a qualquer provedor em qualquer nível de maturidade; O Modelo de Maturidade para o Registro Médico Eletrônico, permite identificar os diferentes estágios de maturidade do registro médico eletrônico, desde sistemas departamentais auxiliares até ambientes com registro médico sem papel; O Modelo de Maturidade para Sistemas de Informação e Tecnologia [IST], descreve os cinco estágios do desenvolvimento de IST em hospitais, além de avaliar e comparar as diferentes níveis de maturidade; Por fim, o Modelo de Maturidade para Registro Eletrônico do Paciente, disponível para dispositivos eletrônicos portáteis, principal fonte de informações acerca do paciente.

Weyns e Höst (2012) elaboraram um modelo de maturidade com objetivo de avaliar e aprimorar seus processos de gerenciamento de confiabilidade de tecnologia da informação quando do gerenciamento de emergências. O modelo de maturidade foi definido com quatro níveis de melhoria contínua e vinte e dois atributos, divididos em quatro categorias: Resultados; Gestão de tecnologia de informação; Cooperação; Questões organizacionais. O estudo de caso foi realizado em dois hospitais suecos e os resultados foram considerados valiosos para uma organização identificar rapidamente os principais pontos fortes e fracos da organização no campo do gerenciamento de confiabilidade de tecnologia da informação.

Rohner (2013) apresenta modelo de maturidade para criação e melhoria de infraestruturas de gerenciamento de identidade em hospitais. O modelo de maturidade para gerenciamento de identidade de profissionais de saúde, foi criado para gerenciar de forma

quantitativa e qualitativa as identidades de pacientes e profissionais. O modelo contempla as dimensões Responsabilidade, Organização e Tecnologia. No mesmo sentido, podemos adicionar o modelo de maturidade de prontuário eletrônico do paciente, direcionado para o sistema de gerenciamento de todas as informações relacionadas a pacientes (Priestman, 2007).

Carvalho, Rocha e Vasconcelos (2015) apresentam um método para identificar e descrever os principais fatores de influência, que devem ser utilizados em diferentes estágios do modelo de maturidade abrangente para a gestão de sistemas de informação hospitalar, devido a várias limitações existentes nos modelos atuais de maturidade no campo da saúde. Carvalho e Rocha (2015) mencionam que os modelos de maturidade vigentes no controle da gestão dos sistemas de informação hospitalares apresentam-se em um estágio incipiente de desenvolvimento, pouco precisos, não dispõe de ferramentas para estabelecer e apresentar os níveis de maturidade organizados por fatores de influência dissemelhantes. Nesse ponto de vista, Katuu (2016) menciona em sua pesquisa a existência de 40 sistemas individuais de informação em saúde no África do Sul, com mais de 50% não aderindo a qualquer padrão nacional ou internacional. A autora destaca a necessidade de implementar sistema único com requisitos implícitos para gerenciar os registros de saúde.

Gomes, Romão e Carvalho (2016) projetaram em sua pesquisa uma estrutura para diferentes abordagens de gestão, a fim de fortalecer os resultados do investimento em sistemas de informação e tecnologia da informação no setor de saúde. Os autores, testarem um modelo conceitual, para identificar se o êxito de um projeto é resultado direto da influência de um modelo de maturidade. O modelo foi definido com quarenta e oito atributos, divididos em três categorias: Maturidade organizacional; Gerenciamento de projetos; Sucesso do projeto. Gomes e Romão (2018) expõem que o uso de sistemas de informação em saúde tem sido reconhecido como tendo importância significativa na melhoria da eficiência, custo-efetividade, qualidade e segurança na prestação de cuidados médicos. Os autores mencionam que um amplo modelo de maturidade aplicado ao setor de saúde pode contribuir para a qualidade da informação e gestão do conhecimento deste.

Desenvolvido para medir a complexidade dos sistemas de informação hospitalares, o modelo de maturidade proposto por Carvalho *et al.* (2018), possui seis estágios de crescimento e progressão de maturidade (Adhocracia; Começando as fundações; Desempenho operacional; Cooperação democrática; Oportunidade empreendedora; Relacionamentos integrados), contribuindo para identificar e modificar a qualidade das informações dos sistemas de informação de hospitais. Para certificar o nível desejado de qualidade das informações hospitalares, Setiawan, Fauzi e Sugiantoro (2014) por intermédio da aplicação da normativa

ISO27001, avaliaram a confiabilidade e segurança do sistema de informação de prontuários médicos em um hospital público da Indonésia, atribuindo o nível de maturidade 2 com a classificação “repetível, mas intuitivo”. Neste nível os processos são descritos através de procedimentos e executados por diferentes profissionais.

Concebido como um instrumento de monitoria para fornecer um diagnóstico dos processos de implementação nos diferentes níveis de maturidade do *Lean Sprint*, o Healthcare Lean Assessment [HLA] foi desenvolvido por Naidoo e Fields (2019) para auxiliar os gerentes de 74 hospitais públicos Sul-Africanos na implementação do *Lean*. De acordo com os autores, a ferramenta HLA contribui para avaliar cada processo no modelo de maturidade estabelecido, reforçar uma abordagem de melhoria contínua e fornecer medidas de controle e ações corretivas. O modelo contempla os estágios Gerenciamento e Suporte (conhecendo o *Lean*), Fabricação (compreendendo o *Lean*), Fluxo de Pacientes (pensamento enxuto) e Organizacional (cultura enxuta).

Com base nos princípios de melhoria contínua do modelo de maturidade *Capability Maturity Model* [CMM], Williams *et al.* (2019) elaboraram um Modelo de Maturidade da Infraestrutura [IMM] para dirimir as dúvidas dos gestores e médicos quanto aos investimentos em infraestrutura de informações na transformação digital das organizações hospitalares. O instrumento permitirá que os hospitais avaliem a maturidade de sua infraestrutura em termos de transformação digital, alinhando-se aos resultados do negócio e apoiando o nível desejado de competência clínica e operacional. Classificado em um modelo de oito níveis (Administrativo, Tático, Fixo, Móvel, Externalizado, Integrado, Contextualizado e Orquestrado), o IMM reproduz o refinamento dos processos de informação usado nas instalações.

Van Zwienen (2019) apresenta um processo para personalizar modelos de maturidade da arquitetura corporativa para organizações hospitalares. O modelo *Dynamic Architecture Maturity Matrix* [DyAMM] foi utilizado como uma arquitetura de referência, validado no contexto de sete hospitais holandeses e adaptado para o domínio específico dos hospitais. O *Enterprise Architecture Maturity Model* [EAMM] é composto primeiramente por pontos de verificação e posteriormente por 19 estágios inclusos na matriz de maturidade do referido modelo.

Fundamentado no modelo de desenvolvimento de maturidade proposto por de Bruin *et al.* (2005), Kerpedzhiev *et al.* (2019) desenvolveram uma Estrutura de Capacidade [CF] que permite aos profissionais da área hospitalar coordenar sistematicamente os recursos relacionados ao gerenciamento de leitos. Os autores consideram o desenvolvimento desta

estrutura como base para a criação de um modelo de maturidade específico de gestão de leitos hospitalares.

Carvalho, Rocha e Abreu (2017; 2016) expressam que apesar dos modelos de maturidade hospitalar revelarem diversas limitações, os mesmos facilitam a gestão dos sistemas de informação e o desempenho das organizações hospitalares. A utilização de modelos para mensurar o nível maturidade, pode ser interpretado como uma representação momentânea do desempenho organizacional em um determinado ponto (Chiesa, Coughlan, & Voss, 1996).

### 2.2.3.2 Medição do desempenho organizacional hospitalar

A administração organizacional pode ser compreendida como a gestão de agrupamento de atividades de organização ou entidade econômica. Em outros termos, refere-se ao planejamento, sistematização, provisionamento de recursos e controle de operações (processos, atividades e tarefas distintas e interligadas), por intermédio da representação do conhecimento e do domínio estratégico deste contexto (Pobkeeree, Na-Nongkhai, & Vittayanan, 2015). No entendimento de Jones e Northrop (2005), procura-se a partir do gerenciamento de organizações, retirar o máximo proveito quanto a capacidade inerente a respectiva operação, provendo melhor posicionamento desta, por intermédio do suporte nos domínios de atuação indispensáveis para determinado ambiente.

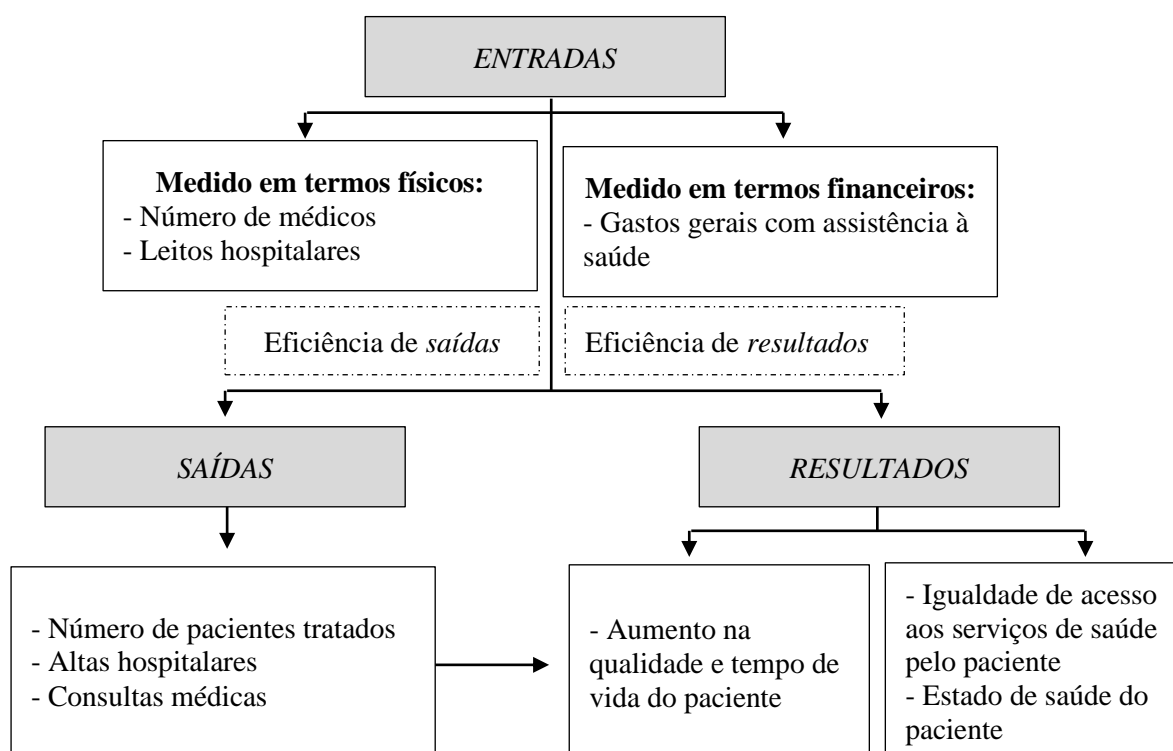
Considerando os inúmeros ambientes organizacionais existente, Sharma e Goyal (2010, p.176) conceberam que a gestão de organizações hospitalares pode ser compreendida como “a responsabilidade de planejar, dirigir, coordenar, orçar e controlar as atividades dentro de uma organização, assim como gerenciar recursos hospitalares de forma que seja eficaz e eficiente”. Nessa perspectiva, Machado e Kuchenbecker (2007) e Souza, Scatena e Kehrig (2016) acrescentam ao gerenciamento de organizações hospitalares o alto grau de complexidade em consequência da numerosa quantidade de recursos humanos, financeiros e tecnológicos, devendo ser geridos com o propósito de realizar os melhores resultados exequíveis.

As organizações hospitalares não diferem dos demais modelos de organizações, sendo capaz de apresentar adversidades similares (Colauto & Beuren, 2003), posto que a concorrência demanda uma serie de atribuições e contrariedades nos aspectos social, econômico e político (Silva, 2014a). Da mesma maneira que outras organizações, as adequações mercadológicas também são ininterruptas para as organizações hospitalares, o que determina uma similitude cada vez maior com os demais modelos de gestão organizacionais (Alonso *et al.*, 2014), tendo que incorporar instrumentos de governança e tecnologias que contribuam efetivamente com

melhor desempenho dos processos laborais e de gestão hospitalar (Héki, 2012; Rennó, Diniz, & Mafra, 2007; Weber & Grisci, 2010).

A gestão de organizações hospitalares, conforme Langabeer (2008), caracteriza-se por um agrupamento de serviços e atividades (*outputs*), tais como a produção recente e a prestação de serviços de saúde, decorrentes da transformação de recursos e ativos como mão de obra e capital, constituídos por numerário, tecnologia, pessoas, ambientes, equipamentos e informação. A gestão hospitalar trata-se de um processo orientado para a conquista de melhores resultados, principalmente por intermédio de métodos de melhoria de processos e qualidade, além de instrumentos de análise e aperfeiçoamento. Joumard, André e Nicq (2010) mencionam que a gestão do processo de transformação de recursos em organizações hospitalares é composta por entradas (*inputs*), em saídas (*outputs*) e resultados (*outcomes*). A gestão do processo de transformação de recursos é exemplificada por meio da Figura 7.

**Figura 7.** Gestão do processo de transformação de recursos



Fonte: adaptado de Joumard, André e Nicq (2010, p.13).

No que se refere a gestão de organizações hospitalares, Barnes (2008) destaca que, o gerenciamento da capacidade hospitalar deve atender a demanda adequadamente, potencializando a eficiência, dentro dos prazos estipulados. Para tal, faz-se necessário reduzir ou eliminar tempos de espera dos clientes e capacidade ociosa, por intermédio de ações

estabelecidas pelos dirigentes. A complexidade dos sistemas hospitalares, compostos de processos interligados e de difícil compreensão, onde são geridos inúmeros recursos materiais e humanos, requer uma perspectiva analítica diferenciada, relacional e perspicaz, além da abordagem singela de organização estrutural de leitos (Bachouch, Guinet, & Hajri-Gabouj, 2012; Rechel *et al.*, 2010).

Organizações hospitalares, de acordo com (Miles *et al.*, 1995) são prestadoras de serviços intensivos em conhecimento. O gerenciamento do uso deste conhecimento de alta complexidade pelas organizações hospitalares, depende de informações concisas que integralizam as ações; da geração de conhecimento e da harmonização deste entre os diferentes especialistas, setores, procedimentos, clientes, fornecedores, etc. (Gonçalo & Borges, 2010; Milles *et al.*, 1995; Porter & Teisberg, 2009; Strambach, 2008). O aprendizado gerado pela integração entre especialistas, parceiros e clientes em todo o conjunto de negócios e entrega de serviços é fator preponderante para o desempenho das organizações hospitalares (Vignochi, Gonçalo, & Rojas Lezana, 2014).

À vista disso, destaca-se Cleverley e Harvey (1992), os quais mencionaram que o desempenho das organizações hospitalares está relacionado com as estratégias e a disposição dos recursos e prazos distribuídos entre os diferentes atores que compõem o ambiente hospitalar. Paulk (2009) acrescenta ainda a necessidade da inserção de novas tecnologias, inevitavelmente devem estar alinhadas as estratégias organizacionais, para manter e ampliar a gestão e o desempenho das organizações hospitalares.

Couttolenc e La Forgia (2009) manifestam que o desempenho organizacional hospitalar é derivado essencialmente das dimensões de orientação ao usuário, qualidade no tratamento, equidade, eficiência e satisfação dos clientes (usuários, profissionais, financiados, fornecedores, etc.). Segundo os autores as dimensões recebem influência direta dos atores e do ambiente o qual a organização está estabelecida. O ambiente no qual a organização está inserida é dividido em três tipos (Quadro 17).

**Quadro 17.** *Tipos de ambiente*

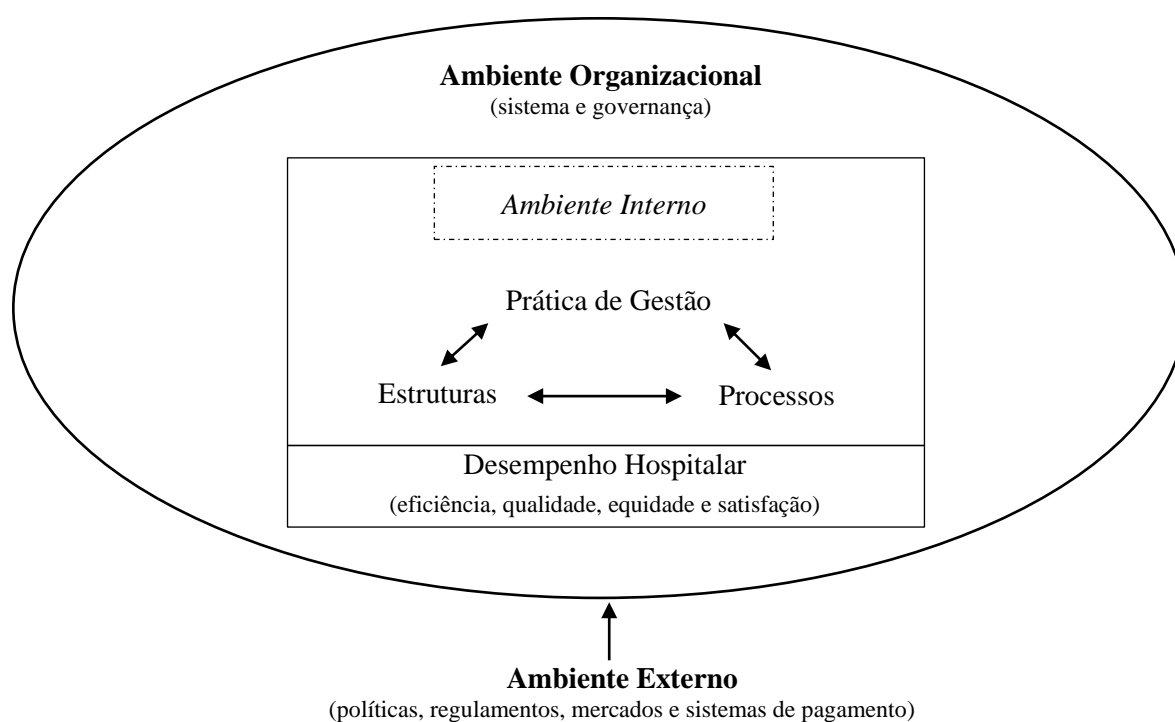
<b>Externo</b>	<b>Organizacional</b>	<b>Interno</b>
É composto por políticas, regulamentos, condições de mercado e mecanismos de pagamento que, juntos, são decisivos para a conformação do sistema de incentivos de uma organização hospitalar.	Determinado por estruturas e pelo sistema de governança que permite as organizações hospitalares responder aos incentivos produzidos pelo ambiente externo. Esses elementos incluem a estrutura e a formalidade dos mecanismos de responsabilização, a amplitude de autoridade para tomada de decisões, o grau de	Influenciado pelo ambiente externo e organizacional, é nesse âmbito que os recursos são convertidos em serviços prestados. Elementos comportamentais importantes incluem práticas de gerenciamento de recursos (humanos, materiais, clínicos, financeiros, etc.), características estruturais e de prestação de serviços como

	exposição ao mercado e a disciplina financeira.	instalações, equipamentos, mão de obra e processos de tratamento.
--	---	---

Fonte: adaptado de Couttolenc e La Forgia (2009).

De acordo com Couttolenc e La Forgia (2009), as dimensões propostas e a ação dos diferentes ambientes formam o modelo conceitual do desempenho organizacional hospitalar (Figura 8).

**Figura 8.** Modelo conceitual do desempenho organizacional hospitalar



Fonte: adaptado de Couttolenc e La Forgia (2009).

Kaplan e Norton (2006) mencionam que a conexão entre a gestão de estratégias organizacionais e a gestão de operações organizacionais é essencialmente consequência da mensuração do desempenho por intermédio de indicadores. De maneira abrangente, pode-se considerar avaliados todos os domínios presentes na organização, quando assegurado a mensuração do desempenho organizacional de forma sistemática (Sinclair & Zairi, 2000).

A complexidade inerente as organizações hospitalares, também é expressa na conceituação de desempenho hospitalar, em especial pela sua natureza heterogênea. Segundo Guisset *et. al.* (2002), o desempenho hospitalar deve levar em consideração a percepção da natureza e da missão do hospital para com o ambiente em que se encontra inserido. O

significado de desempenho hospitalar, em conformidade com Li e Benton (1996), altera-se de acordo com interesses, objetivos e interpretações de atores distintos (entidade governamental, financiadores, fornecedores, comunidade e clientes). Para clientes, o desempenho constitui-se na qualidade do serviço prestado (acessibilidade, ausência de falhas, baixo tempo de espera por atendimento, etc.); para equipe médico-técnica do hospital, expressa a conquista de resultados clínicos pretendidos (restabelecimento do usuário, procedimentos cirúrgicos bem-sucedidos, etc.); e para a alta administração, o desempenho hospitalar, geralmente está associado aos resultados financeiros, viabilidade financeira e investimentos, baixos custos e nível de satisfação dos clientes.

Walburg (2006) expõem que a gestão de desempenho no âmbito de organizações hospitalares ocupa-se com o processo de monitoramento e controle da maneira como se administra as funções hospitalares para conquistar os objetivos planejados, utilizando-se de estratégias inter-relacionadas, por gestores envolvidos em propiciar melhorias de desempenho para as pessoas, equipes, organizações e negócio, como um todo. Chouaid *et al.* (2006) e Lombrail *et al.* (2001) mencionam que o desempenho das organizações hospitalares é resultado decorrente da capacidade que a organização tem de manter, em equilíbrio, as diferentes funções existentes (Quadro 18).

**Quadro 18.** *Funções da organização hospitalar*

<b>Assistencial</b>	<b>Adaptativa</b>	<b>Prestação de serviços</b>
Capacidade de alcançar resultados apropriados em termos de melhoria da condição de saúde das pessoas, minimizando os custos dos atendimentos e maximizando o bem-estar.	Capacidade de obter recursos (financeiros, humanos, tecnológicos, estruturais) necessários à prestação de serviços, satisfazendo as necessidades dos clientes, além de implementar inovações.	Capacidade de utilizar de forma assertiva o conjunto de recursos disponíveis, potencializando fatores como: produtividade, qualidade, acessibilidade e humanização em todas as atividades desenvolvidas.

Fonte: adaptado de Chouaid *et al.* (2006) e Lombrail *et al.* (2001).

O desempenho hospitalar, por sua complexidade, é desdobrado pela literatura em múltiplas perspectivas que devem ser focalizadas e monitoradas pelas organizações hospitalares, das quais dependem a eficácia do desempenho. O desempenho organizacional hospitalar, por sua complexidade, de acordo com Chouaid *et al.* (2006), Lombrail *et al.* (2001) e Sicotte *et al.* (1998), deve ser desdobrado em diferentes abordagens, as quais representam o desempenho hospitalar relacionadas à capacidade deste prestar serviços sem incorrer em imprecisões. No Quadro 19 são retratadas as três abordagens segundo as quais o desempenho hospitalar pode ser analisado.

**Quadro 19.** *Abordagens de desempenho hospitalar*

<b>Legitimação social</b>	<b>Processos internos</b>	<b>Relações humanas</b>
Uma organização hospitalar apresenta desempenho eficiente quando corresponde às necessidades dos clientes, respeitando a ética, normativas e valores sociais.	Uma organização hospitalar apresenta desempenho eficiente quando melhora continuamente, os serviços oferecidos; quando oferece serviços de qualidade e menor custo aos clientes, garantido melhor resultados; quando se utiliza de conhecimento técnicos mais modernos, minimizando riscos e maximizando a satisfação dos clientes.	Uma organização hospitalar apresenta desempenho eficiente quando está orientada para aperfeiçoar as competências relacionais hospitalares, afim de corresponder às expectativas dos clientes e colaboradores.

Fonte: adaptado de Chouaid *et al.* (2006), Lombraile *et al.* (2001) e Sicotte *et al.* (1998).

Segundo Macinati (2008) a mensuração do desempenho hospitalar pode ser descrita segundo perspectivas multidimensionais compostas por múltiplos fatores, os quais adotam diferentes abordagens, modelos e interpretações para explicar, do que é composto e no que consiste o desempenho hospitalar. Para o autor, o desempenho hospitalar está associado a três perspectivas: financeira; eficiência operacional; e resultados (Quadro 20).

**Quadro 20.** *Perspectivas de desempenho hospitalar*

<b>Financeira</b>	<b>Eficiência operacional</b>	<b>Resultados</b>
Consiste nos resultados financeiros da organização hospitalar, associada a fatores como: lucratividade, crescimento anual de receitas e redução anual de custos.	Consiste em transformar recursos disponíveis (materiais, equipamentos, profissionais) em serviços que satisfaçam as necessidades dos clientes. Envolve: produtividade, tempo de espera, tempo de duração do atendimento, etc.	São fatores decorrentes da atividade de prestação de serviços, como: mortalidade, satisfação dos clientes (pacientes, acionistas, financiadores, fornecedores, profissionais, entidade governamental), infecções hospitalares, etc.

Fonte: adaptado de Macinati (2008).

Autores como García-Altés *et al.* (2006), Li e Benton (1996), Minvielle *et al.* (2008), Smits *et al.* (2008) e Veillard *et al.* (2005), apresentam, ainda, outras perspectivas associadas ao desempenho hospitalar, como: efetividade, equidade, acessibilidade, disponibilidade, estado de saúde dos pacientes, satisfação dos clientes e qualidade assistencial.

A gestão do desempenho hospitalar fundamentada na concepção de múltiplas perspectivas, abrange e integra diversas interfaces relacionais praticadas nas organizações hospitalares, as quais consideram desde processos internos (operações hospitalares), até a interação com o ambiente externo (relacionamento mercadológico) para obtenção de recursos e, finalmente, a manutenção de um ambiente organizacional participativo e saudável (bem-estar dos profissionais) (Guisset *et al.*, 2002).

O desempenho organizacional hospitalar, por intermédio de suas características multidimensionais, em consonância com Alástico e Toledo (2012), retrata complexidade em

termos de definição e medição, entretanto concede as organizações hospitalares a oportunidade de definir, quais fatores e perspectivas são pertinentes ao desempenho do seu negócio em particular. No Quadro 21 são apresentadas seis perspectivas associadas ao desempenho hospitalar.

**Quadro 21.** *Perspectivas gerais de desempenho hospitalar*

<b>Perspectiva</b>	<b>Descrição</b>
Financeira	Considera fatores ligados às atividades e resultados financeiros da organização hospitalar. Esses fatores são: lucratividade; receita; redução mensal de custos; custos por paciente; retorno financeiro; crescimento anual da receita; e liquidez.
Mercado	Reúne fatores ligados ao relacionamento da organização hospitalar com seus clientes (pacientes, acionistas, financiadores, profissionais, Governo) e à sua capacidade competitiva de mercado. É composta pelos fatores: número de leitos oferecidos; localização; preço; classificação do hospital; tecnologia; e reputação do hospital.
Equidade	Capacidade da organização hospitalar eliminar disparidades no atendimento a seus pacientes, independentemente de raça, gênero ou nível de renda. É composta pelos fatores: acesso (disponibilidade); responsividade; continuidade do tratamento; segurança; e atendimento humanizado.
Eficiência operacional	Capacidade de aproveitar, ao mínimo de desperdício, os recursos disponíveis em prol da assistência aos pacientes e da gestão de processos e atividades. É composta pelos fatores: produtividade; efetividade; utilização; capacitação; e gestão de processos.
Orientação aos pacientes	Capacidade da organização hospitalar satisfazer as necessidades e expectativas de seus pacientes. Composta pelos fatores: satisfação dos pacientes; tratamento de reclamações; e atendimento às necessidades dos pacientes.
Orientação aos colaboradores	Capacidade da organização hospitalar desenvolver e capacitar seus profissionais, satisfazendo as necessidades e expectativas dos mesmos e mantendo um ambiente de trabalho de envolvimento e motivação. Composta por fatores como: satisfação dos profissionais; envolvimento; motivação; rotatividade; retenção; e clima organizacional.

Fonte: adaptado de Alástico e Toledo (2012, pp.4-6).

Independentemente da perspectiva considerada, níveis avançados de desempenho, sinalizam para as organizações hospitalares, a capacidade de realizar objetivos e metas pré-definidas e coesas com um direcionamento estratégico e com a incumbência de contemplar as necessidades dos clientes prestando-lhes o melhor serviços exequível. Mensuração e melhoria do desempenho em organizações hospitalares por intermédio de indicadores passaram a assumir posição de destaque e serem consideradas como diferenciais competitivos pelos gestores hospitalares (García-Altés *et. al*, 2006).

A gestão e a mensuração de desempenho organizacional hospitalar, conforme Chouaid *et al.* (2006), podem ser geridas por intermédio de duas estratégias. Primeiramente, deve-se estabelecer metas e padrões, avaliando, periodicamente, se a organização hospitalar conseguiu atendê-los. A segunda estratégia, a mais utilizada, é avaliar o desempenho por intermédio da medição de indicadores. Macinati (2008) manifesta que a gestão do desempenho hospitalar

realizada por intermédio de indicadores é capaz de monitorar, eficazmente, a organização em todas as suas perspectivas, por se tratarem de medidas multidimensionais.

Indicadores de desempenho são parâmetros mensuráveis que disponibilizam informações pertinentes sobre determinados fenômenos. Indicadores fornecem relevantes subsídios para a gestão do desempenho organizacional hospitalar sobre eficiência e evolução de seu funcionamento (Chouaid *et al.*, 2006). Na prática, os indicadores de desempenho, devem estar inseridos na rotina das organizações hospitalares, sendo de fácil compreensão, pois desta forma contribuirá para melhor tomada de decisão (Guisset *et al.*, 2002).

Mensurar o desempenho hospitalar por intermédio de indicadores, possibilita as organizações hospitalares quantificar informações, determinar a evolução do hospital em relação a metas e objetivos, fornecer subsídios para que os gestores identifiquem oportunidades de melhoria, realizem projeções e estabeleçam relações de causa e efeito que poderiam não ficar evidentes (Smits *et al.*, 2008). Indicadores de desempenho podem ser considerados como fundamento para a gestão do desempenho de organizações hospitalares, visto que permitem uma melhor análise crítica do planejamento estabelecido e uma evolução contínua de melhorias de processos e atividades (Guisset *et al.*, 2002).

É essencial que indicadores de desempenho estejam adequados aos objetivos, metas e a missão da organização hospitalar, propiciando assim a mensuração de atividades distintas e a conquista de diversos objetivos. A gestão do desempenho hospitalar deve acompanhar os movimentos e estímulos do ambiente e ter indicadores propícios às características multifatoriais inerentes ao desempenho hospitalar (García-Altés *et al.*, 2006).

Apesar de ser bastante difundida e relativamente bem aceita, a mensuração de desempenho por intermédio de indicadores econômico-financeiro não foi suficientemente eficiente para resolver todas as necessidades de análise do desempenho (Saquetto *et al.*, 2017). Ittner e Larcker (1998) expõem que as medidas financeiras, reduzem a compreensão de desempenho organizacional de maneira abrangente, sendo necessário medir também indicadores relacionados à qualidade, satisfação das pessoas e inovação.

Reconhecida a insuficiência de indicadores de desempenho que considerassem a relação efetiva entre as áreas organizacionais (Eccles, 1991; Neely *et al.*, 2000), o desafio foi identificar o que era preciso mensurar, considerando-se a capacidade de abranger múltiplos aspectos organizacionais (Bourne *et al.*, 2000). Em virtude dessa perspectiva, foram concebidos diversos modelos de análise de desempenho organizacional, em sua maioria direcionados para a gestão estratégica das organizações (Bititci *et al.*, 1998; Kaplan & Norton, 1992; Neely *et al.*, 2000).

A mensuração do desempenho hospitalar é fundamentalmente relevante para a eficiência da gestão estratégica neste modelo de negócio, a julgar pela possibilidade de estabelecerem relacionamento estratégicos entre recursos humanos, materiais e equipamentos, com vistas à prestação de serviços de alta qualidade (Silva, 2005). Sob um enfoque estratégico, Calvo (2002) expressou a necessidade de estabelecer uma relação direta entre os indicadores de performance custos e produtividade. Os indicadores de desempenho foram denominados de: insumos (compreender a mão de obra, estrutura hospitalar, despesas gerais, serviços de apoio, serviços de diagnose e terapia, informações sobre o usuário) e insumos ambientais (tipos de produtos, tratamentos, processos hospitalares e importância social).

As principais variáveis operacionais utilizadas para mensurar o desempenho organizacional hospital, segundo Saquette *et al.* (2017), estão associadas a leitos hospitalares, equipe médica hospitalar, equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), centros cirúrgicos, internações, atendimentos emergenciais e intervenções cirúrgicas. Apesar da diversidade nas organizações hospitalares e da necessidade de mensurar constantemente o desempenho destas, Silva *et al.* (2006) evidencia que o importante é que os indicadores sejam tratados de forma contextual e agregada, a fim de identificar, retratar e compreender a realidade organizacional. Brand *et al.* (2012) corroboram com Silva *et al.* (2006), manifestando a primordialidade de compreender as características intrínsecas ao ambiente hospitalar e seu desempenho, a fim de aperfeiçoar a gestão.

Peixoto, Musetti e Mendonça (2016) expõe os desafios existentes para os gestores de organizações hospitalares constituírem técnicas apropriadas para mensuração do desempenho hospitalar, pois quanto mais se aprofundam as análises, faz-se necessário o desenvolvimento de modelos que contemplem a especificidade e a complexidade do negócio, bem como retratem a eficiência operacional e econômico-financeira das organizações hospitalares. O Quadro 22 exhibe alguns indicadores econômico-financeiros e operacionais e os respectivos autores.

**Quadro 22.** Indicadores econômico-financeiros e operacionais utilizados para mensurar o desempenho de organizações hospitalares

Indicador	Indicador	Autor
Econômico / Financeiro	Liquidez geral	Almeida, Oliveira e Azevedo (2012); Veloso e Malik (2010).
	Participação do capital de terceiros	Guerra e Souza (2011); Veloso e Malik (2010).
	Índice de endividamento geral	Guerra e Souza (2011); Souza <i>et al.</i> (2009b).
	Prazo médio de rotação de estoque	Souza <i>et al.</i> (2009b).
	Prazo médio de recebimento dos serviços prestados	Souza <i>et al.</i> (2009b).
	Margem líquida	Silva (2014b), Veloso e Malik (2010).
	EBITDA	Silva (2014b), Veloso e Malik (2010).

Operacional	Taxa de ocupação	Barnum e Kutzin (1993); Marinho, Moreno e Cavalini (2001).
	Taxa média de permanência do usuário	Marinho, Moreno e Cavalini (2001).
	Nº de profissionais e Total de leitos.	Couttolenc e La Forgia (2009).
	Taxa de rotatividade	Silva <i>et al.</i> (2006).
	Altas hospitalares por leito	Couttolenc e La Forgia (2009).
	Taxa de mortalidade	Silva (2008)
	Equipamentos por leito.	Couttolenc e La Forgia (2009).
	Porte do hospital	Marinho e Façanha (2001)

Fonte: elaborado pelo autor (2021).

A medição de desempenho caracteriza-se enquanto processo de análise, explicação e comparação interorganizacional, também denominada *benchmarking*, permitindo às organizações hospitalares o monitoramento de suas ações e saídas (*outputs*), mediante sua auto-análise (Kuhlmann, 2010). No ponto de vista de Braz, Scavarda e Martins (2011), Neely, Gregory e Platts (2005) e Poister (2008), o processo de avaliação da organização hospitalar em relação à concorrência, por meio do qual incorpora os melhores desempenhos de outras organizações e ou aperfeiçoa os seus próprios métodos (*benchmarking*), trata-se de selecionar, implementar, monitorar e comparar um conjunto de indicadores de desempenho, para mensurar a eficiência e eficácia organizacional, a produtividade, a qualidade do serviço, a satisfação do cliente e custo-eficácia.

O desempenho hospitalar pode ser compreendido também como resultado iterativo da medição dos fatores intervenientes, ou seja, aqueles que intervêm ou mediam o ambiente organizacional resultantes de causas internas e ou externas à organização. De acordo com Carman *et al.* (1996) e Lai (2003) os fatores intervenientes variam conforme as desigualdades ambientais, organizativa das atividades, estruturais e de governança das organizações hospitalares. Alástico (2013) evidencia que os fatores intervenientes - propriedade, porte e acreditação hospitalar, podem influenciar o desempenho organizacional hospitalar.

A influência da propriedade hospitalar, seja a organização público ou privado, interfere claramente no desempenho da organização hospitalar em termos de custos e eficiência (Werblow, Karmann, & Robra, 2010). Para Tiemann, Schreyogg e Busse (2012), a influência da propriedade hospitalar no desempenho pode ser explicada por três fatores: direitos de propriedade; atuação pública; e atuação dos agentes (Quadro 23).

**Quadro 23.** Fatores de influência da propriedade hospitalar

Fatores	Descrição
Direitos de propriedade	Organizações hospitalares privadas: administrados para gerar retorno financeiro a seus proprietários. Os processos são monitorados visando à minimização de desperdícios e à otimização da utilização de recursos para produzir retornos financeiros mais elevados e maior eficiência operacional.

	Organizações hospitalares públicas: não objetivam lucros, havendo menor ênfase no monitoramento dos processos e no controle de custos e redução de desperdícios, contribuindo para desempenhos menos elevados.
Atuação pública	Diferentemente das organizações hospitalares privadas, as públicas podem ser administradas com a interferência de governantes e políticos que podem impor metas e objetivos à organização contraproducentes a uma gestão mais eficiente em termos de redução de custos, utilização de recursos, minimização de desperdícios, etc.
Atuação dos agentes	Agentes (gestores) podem contrariar metas e objetivos estabelecidos pela Alta Administração da organização hospitalar quanto a maximização de lucros e redução de custos e desperdícios, decidindo por elevar os dispêndios e a utilização dos recursos o que aumenta os gastos e reduz os lucros, no caso das organizações hospitalares privadas.

Fonte: adaptado de Tiemann, Schreyogg e Busse (2012, p.164).

O desempenho organizacional hospitalar propende a melhora conforme amplia-se o porte hospitalar (Posnett, 2002). Consoante com o Ministério da Saúde (2013), organizações hospitalares de pequeno porte possuem capacidade nominal de operação até 50 leitos; médio porte com capacidade nominal de operação de 51 a 150 leitos; grande porte com capacidade nominal de operação de 151 a 500 leitos; e acima de 5000 leitos a capacidade nominal de operação da organizacional hospitalar é considera de capacidade extra.

O porte é um importante fator de interferência no desempenho organizacional hospitalar, conforme Couttolenc e La Forgia (2009), ou seja, melhores desempenhos estão intrinsecamente relacionados a estrutura física hospitalar, estimado essencialmente pelo número de leitos disponíveis. A expansão de escala constitui-se em vantagens significativas para o desempenho organizacional hospitalar, visto que reduz custos operacionais e permite melhor aperfeiçoamento de expertises relacionadas as atividades, equipamentos e instalações (Couttolenc *et al.*, 2004; Posnett, 2002).

Os valores e vantagens da acreditação modificam-se de acordo com o porte da organização hospitalar, segundo El-Jardali *et al.* (2008), uma vez que organizações hospitalares de grande porte assimilam melhor as limitações financeiras e custo de auditorias de avaliação e manutenção de certificações. O autor destaca também os valores culturais homogêneos inerentes as organizações hospitalares de pequeno porte, face a resistência dos profissionais adotarem novas práxis e medidas em suas rotinas de trabalho. Schmaltz *et al.* (2011) destaca que o desempenho organizacional hospitalar é retratado pela longevidade de implantação das práticas de acreditação.

O desempenho organizacional hospitalar, em conformidade com Tsay, Lai e Parade (2003), altera-se consideravelmente à medida que a classificação da organização hospitalar eleva o nível de acreditação. As desigualdades no desempenho organizacional hospitalar, para Couttolenc e La Forgia (2009), resultam do nível de acreditação à medida que os requisitos e padrões de cada nível evoluem em complexidade e escopo. Os padrões iniciais em geral

referem-se à regulamentação e licenciamento até o nível mais elevado de excelência que possibilita comparações com organizações internacionais. No Quadro 24 apresenta-se os principais programas de acreditação.

**Quadro 24.** *Programas de acreditação hospitalar*

<b>Programas de acreditação</b>	<b>Origem</b>	<b>Validade</b>	<b>Níveis</b>
Organização Nacional de Acreditação [ONA]	Brasil (1998)	- 2 anos (1º e 2º níveis) - 3 anos (3º nível)	1 – Acreditado 2 – Acreditado Pleno 3 – Acreditado com Excelência
<i>Health Standards Organization</i> [HSO] (antiga ACI - Accreditation Canada International)	Canadá (1958)	3 anos	1 – Ouro 2 – Platina 3 – Diamante 4 - Adiamiento
<i>National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations</i> [NIAHO]	Estados Unidos (2008)	3 anos	Sem níveis (requer nível 3 ONA para implementação)
<i>Healthcare Information and Management Systems Society</i> [HIMSS]	Estados Unidos (1960)	2 anos	7 estágios
<i>Joint Commission International</i> [JCI]	Estados Unidos (1951)	3 anos	1 – Acreditado Condicionalmente 2 – Acreditado Provisoriamente 3 – Acreditado
Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem [PADI]	Brasil (2015)	1 ano	Sem níveis

Fonte: elaborado pelo autor (2021).

Embora as creditações contribuíssem com a melhoria do desempenho organizacional hospitalar, de acordo com Del Gesso (2019), para que a mensuração do desempenho alcance níveis de excelência, existe a necessidade da participação de todos os grupos de interesse (*stakeholders*) envolvidos nos processos hospitalares, com o propósito de debater e desenvolver soluções em conjunto, a fim de aperfeiçoar as práticas nas organizações hospitalares. Liu (2013) e Mauro *et al.* (2014) destacam usuários, médicos, profissionais da saúde e da administração, líderes organizacionais, entidade governamental, órgãos de acreditação, demais contribuintes e colaboradores como os principais grupos de interesse envolvidos nos processos hospitalares, cada qual dedicado no cumprimento dos respectivos interesses.

A avaliação do desempenho implica atribuir um juízo de valor sobre o conjunto de interesses e comportamentos manifestados por indivíduos e grupos necessários ao bom exercício dos papéis organizacionais em um determinado negócio. Em síntese, a gestão do desempenho considera que, desde o estabelecimento do planejamento até a atribuição de fatores e causas de bom ou mau desempenho, todas as informações precisam ser formalizadas e padronizadas. Nessa perspectiva, a utilização da maturidade nos seus diferentes níveis, para

compreensão das práticas de gestão e de avaliação de desempenho, é considerada imprescindíveis para identificação do *status quo* das organizações (Júnior *et al.*, 2018).

#### 2.2.4 Gestão de relacionamento com *stakeholders*

A Teoria dos *Stakeholders* é considerada uma teoria que favorece a gestão estratégica das relações organizacionais, provendo modelos para identificar, mapear e gerir os *stakeholders* (Power, 2010). Bal *et al.* (2013) e El-Sawalhi e Hammad (2015) mencionam que a criação de uma relação positiva e de confiança com os *stakeholders*, deve ser aprimorada por intermédio de uma gestão de relacionamento eficaz.

O conceito de gestão de *stakeholders*, na percepção de Baldwin (2003), Clarkson (1995), Donaldson e Preston (1995), Rowley (1997) e Scott e Lane (2000), foi idealizado para que as organizações diferenciem, examinem e aprofundem o conhecimento sobre as características de indivíduos ou grupos que influem e são influenciados pela cultura organizacional. Segundo os autores, a gestão dos *stakeholders* é realizada em três níveis: a identificação dos *stakeholders*, o desenvolvimento de processos que reconheçam as necessidades e interesses deles, e a construção de relacionamentos com eles, em benefício das estratégias da organização. Por outro lado, os *stakeholders* possuem interesses próprios, experienciam os resultados do relacionamento com a organização, analisam os efeitos e atuam conforme as suas considerações a respeito deste, fortalecendo ou não os vínculos com a organizações (Neville, Bell, & Whitwell, 2004; Polonsky, 1995; Post, Preston, & Sachs, 2002).

O conceito de gestão de *stakeholders* é aceito como teoria, especialmente no discurso acadêmico. A teoria de gestão de *stakeholders* evoluiu do ato de gerir negócios e propõe-se a descrever, entender, analisar e gerir os *stakeholders*. A gestão de *stakeholders* evoluiu como um princípio de responsabilidade social e baseia-se em considerações éticas, sociais e econômicas (Chinyio & Olomolaiye, 2010).

A gestão de *stakeholders* envolve a ação ou efeito de administrar as relações, a fim de motivar os *stakeholders* a se comportarem de maneira a apoiar os objetivos de uma organização. A teoria postula que organizações, causas, interesses e grupos de pressão devem gerir seus relacionamentos com entidades externas que podem influenciar a consecução de seus objetivos (Moloney, 2006). A gestão de relacionamento com *stakeholders* consiste em criar o ambiente mais positivo para o desenvolvimento estratégico das organizações (Vogwell, 2002).

Uma abordagem de gestão de *stakeholders* leva em consideração muitos fatores, por exemplo, interesses morais, políticos, tecnológicos e econômicos (Weiss, 2006). Goodpaster (1991) menciona a necessidade de três abordagens úteis para lidar com a gestão de *stakeholders*:

- a) Abordagem estratégica - essa abordagem atribui aos lucros dos acionistas uma maior prioridade acima dos interesses de outros *stakeholders*;
- b) Abordagem multifiduciária - assume uma responsabilidade fiduciária perante aos *stakeholders*, colocando-as em igualdade de condições com os acionistas;
- c) Abordagem de síntese dos *stakeholders* - essa abordagem assume uma responsabilidade moral, mas não obrigatória para os *stakeholders*, por exemplo, lidar com eles eticamente.

Outra abordagem necessária na gestão de relacionamento com *stakeholders*, segundo Welcomer *et al.* (2003), trata-se de investigar e compreender as relações constituídas entre eles. Essas relações existentes podem contribuir com ganhos mútuos, com impacto relevante na organização, porém necessitam de monitoria constante.

Nesse sentido, Carroll e Buchholtz (2006), manifestam a necessidade das organizações considerarem as práticas de gestão de relacionamento com *stakeholders*, por intermédio de reflexões e auto indagações, tais como: Quem são nossos *stakeholders*?; Quais oportunidades, desafios ou ameaças eles apresentam?; Que responsabilidades temos em relação aos nossos *stakeholders*?; Quais estratégias ou ações devemos usar para envolver nossos *stakeholders*?; Devemos lidar direta ou indiretamente com nossos *stakeholders*?; Devemos ser agressivos ou defensivos ao lidar com as partes interessadas?; Como e quando devemos acomodar, negociar, manipular ou resistir às propostas de nossa parte interessada?; Como e quando devemos empregar uma combinação das estratégias acima ou seguir um curso de ação singular?; Entre outras indagações.

Os fatores e expectativas de sucesso de cada parte interessada são diferenciados, assim Christensen e Walker (2003) e Cooke-Davies (2000) identificaram a importância crítica da gestão de relacionamento com *stakeholders* e do alinhamento de seus objetivos e visão estratégica. Briner, Hastings e Geddes (1996) acreditam que, para gerir efetivamente os *stakeholders*, o desempenho de indivíduos ou grupos deve ser gerenciado por intermédio de um processo de gestão de relacionamento entre as partes interessadas.

Para Yaacob e Wong (2007) a gestão de relacionamento das partes interessadas deve abarcar também a compreensão do *stakeholder* ativista. Uma particularidade do *stakeholder* ativista, seja ele interno e ou externo à organização alvo, é a interdependência entre um e outro (Wry, Cobb, & Aldrich, 2013). O *stakeholder* ativista pode levar a organização a convergir ou divergir em certas políticas e práticas consideradas favoráveis ou desfavoráveis pela classe ativista (Rogers & Serafeim, 2019).

Gillan e Starks (2009) mencionam a existência *stakeholder* ativista na área financeira, Sjöström (2008) na área social e De Bakker *et al.* (2013) que determinado *stakeholder* ativista não possui nenhuma relação financeira com a organização, porém exerce forte influência. O *stakeholder* ativista pode ser classificado como:

- a) Principal: indivíduo ou grupo envolvido economicamente com uma organização ou beneficia-se dos resultados financeiros desta (acionista, funcionário, fornecedor e parceiro);
- b) Secundário: comunidade, organização religiosa e organização não-governamental que não possuem meios, entretanto direitos de comunicar e manifestar suas contestações às organizações.

A gestão de *stakeholders* foi classificada por Freeman (1984) em três níveis: racional, processual e transacional. No nível racional, faz-se necessário identificar quais são os *stakeholders* envolvidos à organização e sua respectiva posição; O nível processual compreende quais são os processos organizacionais envolvidos nos relacionamentos entre a organização e os *stakeholders*; e o nível transacional refere-se às negociações e barganhas da organização e o *stakeholders*, incluindo as relações existentes entre as negociações e os interesses anteriores envolvidos na negociação.

À medida que as organizações nutrem e sustentam a gestão de relacionamento com *stakeholders*, devem procurar especificar sua abordagem para essa atividade. Uma abordagem organizacional pode ser apresentada em dois níveis: macro e micro. No nível macro, estarão as diretrizes gerais e estratégias, enquanto o nível micro se concentrará nas táticas operacionais (Chinyio & Olomolaiye, 2010).

A evolução da gestão de relacionamento com *stakeholders* e do papel destes nas organizações gera a necessidade de processos e técnicas para melhorar a gestão estratégica e operativa das organizações (Andrade, 2019). Freeman, Harrison e Wicks (2007) identificam

sete técnicas para melhor compreender a postura relacional com os *stakeholders* conforme pode ser observado no Quadro 25.

**Quadro 25.** *Postura relacional com os stakeholders*

<b>Técnica</b>	<b>Descrição</b>
1 – Avaliação dos <i>stakeholders</i>	- Declaração da missão corporativa; - Identificação dos interesses dos <i>stakeholders</i> ; - Identificação de estratégias corporativas para os <i>stakeholders</i> ; - Validação com os <i>stakeholders</i> .
2 – Análise do comportamento dos <i>stakeholders</i>	- Análise e segmentação em três categorias: 1) Comportamento real - listar os comportamentos observados; 2) Potencial cooperativo - listar comportamentos que podem ajudar a organização no futuro; 3) Ameaça competitiva - listar comportamentos que poderiam impedir que a organização atingisse sua meta.
3 – Entendendo mais profundamente os <i>stakeholders</i>	- O gestor deve se colocar no lugar dos <i>stakeholders</i> e buscar compreender a maneira como eles agem e enxergam o mundo a partir desse ponto de vista.
4 – Avaliando as estratégias do <i>stakeholders</i>	- Classificação dos <i>stakeholders</i> de acordo com o potencial de cooperação e da ameaça competitiva. São as posturas estratégicas:  Mudança – Alto potencial cooperativo e Alta ameaça competitiva Defensiva – Baixo potencial cooperativo e Alta ameaça competitiva Ofensiva - Alto potencial cooperativo e Baixa ameaça competitiva Manutenção- Baixo potencial cooperativo e Baixa ameaça competitiva
5 – Desenvolvimento de estratégias específicas para <i>stakeholders</i>	- Cada postura estratégica requer estratégias específicas que podem ser de mudanças de regras, ofensivas, defensivas ou de manutenção.
6 – Criação de modos de interação com <i>stakeholders</i>	- Existem pelo menos quatro tipos de interação: ignorar os <i>stakeholders</i> ; abordagem de relações públicas; negociações implícitas; engajamento, diálogo e negociação.
7 – Desenvolvimento de estratégias integrativas para <i>stakeholders</i>	- Reconhecimento de que existem pontos em comum nos comportamentos, interesses e estratégias que são desenvolvidas para grupos de <i>stakeholders</i> e desenvolver maneiras de satisfazer vários interessados simultaneamente.

Fonte: Freeman *et al.* (2007).

Freeman (1984) vinculou explicitamente os interesses dos *stakeholders* à estratégia organizacional (Freeman, 1994; Goodpaster, 1991; Wood, Logsdon, & Benson, 2000), sendo um dos principais objetivos da Teoria dos *Stakeholders*, auxiliar os gestores na compreensão dos ambientes onde se encontram as partes interessadas, gerindo-as de forma eficaz, minimizando assim danos às partes interessadas. Em essência, a Teoria dos *Stakeholders* diz respeito às relações entre as organizações e seus *stakeholders* (Wood, Logsdon, & Benson, 2000).

O que precede a gestão de relacionamento com *stakeholders*, são decisões que cada organização deve responsabilizar-se. De maneira ideal, deve haver uma abordagem organizacional estruturada para a gestão de relacionamento com *stakeholders*. Essa abordagem deve ser gerida dentro da organização por intermédio de princípios coerentes, bem como, conduzir esse grupo de interesse enquanto estiveram envolvidos com os negócios da organização (Donaldson, 2002). Chinyio e Olomolaiye (2010) mencionam que esse modo de aproximação para com as partes interessadas, também deve levar em consideração a perspectiva destes, melhorando assim o modelo de gestão da organização. Cada ação ou padrão de conduta envolvendo o relacionamento destes para com a organização deve ser baseada em abordagens pré-definidas.

A gestão de *stakeholders* por intermédio de um conjunto de normas ou padrões de conduta a serem seguidos por um indivíduo ou grupo, foi proposta pela primeira vez por Max Clarkson, célebre por seu apoio inicial ao conceito de partes interessadas. Os princípios surgiram lentamente através de um processo subscrito pela *Sloan Foundation*, iniciado em 1995, no qual um grupo internacional de estudiosos de administração, incluindo o próprio Clarkson, explorou o papel da grande organização em economias modernas e altamente interdependentes. Por meio desse projeto, livros, conferências, reuniões com grupos de partes interessadas e, finalmente, os "Princípios de gerenciamento de partes interessadas", comumente chamados de "Princípios de Clarkson", trouxeram energia e interesse à pesquisa de grupos de interesse. Os Princípios de Clarkson são o ímpeto do presente simpósio no *Business Ethics Quarterly* e são emblemáticos da própria revolução das partes interessadas acadêmicas (Clarkson, 1999; Donaldson, 2002).

Os Princípios de Clarkson de gestão de *stakeholders* estão descritos no Quadro 26.

**Quadro 26.** Princípios de gerenciamento de *stakeholders*

Princípios	Descrição
No. 1	Os gestores devem reconhecer e monitorar ativamente as preocupações de todos os <i>stakeholders</i> existentes e deve-se levar em consideração adequadamente seus interesses nas tomadas de decisão e nas operações;
No. 2	Os gestores devem ouvir e se comunicar abertamente com os <i>stakeholders</i> sobre suas respectivas preocupações e contribuições e sobre os riscos que elas assumem devido ao seu envolvimento com a organização;
No. 3	Os gestores devem adotar processos e modos de comportamento sensíveis às preocupações e capacidades de cada grupo de interesse;
No. 4	Os gestores devem reconhecer a interdependência de esforços e recompensas entre os <i>stakeholders</i> e deve tentar obter uma distribuição justa dos benefícios e encargos da atividade corporativa entre eles, levando em consideração seus respectivos riscos e vulnerabilidades;
No. 5	Os gestores devem trabalhar em cooperação com outras entidades, públicas e privadas, para garantir que os riscos e danos decorrentes das atividades organizacionais sejam minimizados e, onde não puderem ser evitados, adequadamente compensados;

No. 6	Os gestores devem evitar completamente atividades que possam comprometer os direitos humanos inalienáveis (por exemplo, o direito à vida) ou dar origem a riscos que, se claramente entendidos, seriam evidentemente inaceitáveis para os <i>stakeholders</i> essenciais;
No. 7	Os gestores devem reconhecer os conflitos em potencial entre (a) seu próprio papel como <i>stakeholder</i> corporativo e (b) suas responsabilidades legais e morais pelos interesses dos <i>stakeholders</i> e deve lidar com tais conflitos por meio de comunicação aberta, relatórios apropriados, sistemas de incentivo e, quando necessário, revisão de terceiros.

Fonte: The Clarkson Centre for Business Ethics (1999, p.4).

Clarkson (1999) evidencia que as políticas e processos de gestão relacional devem enfatizar a interdependência entre todos os *stakeholders* e devem refletir comprovadamente a aplicação de um padrão comum de justiça.

De acordo com Donaldson (2002), o propósito de Clarkson era desenvolver um amplo conceito da organização como meio para promover os interesses de inúmeros e distintos *stakeholders*. Os princípios incorporam, portanto, uma variedade de perspectivas e fornecem um modelo e um guia às organizações para gerir as relações com e entre seus *stakeholders*.

Nessa perspectiva, Chinyio e Akintoye (2008) discutiram algumas abordagens práticas a esse respeito, revelando que a gestão de relacionamento de *stakeholders* é útil para as organizações em geral e foi difundido em vários segmentos, por exemplo, indústria eletroeletrônica, indústria automotiva, organizações hospitalares e assim por diante.

#### 2.2.4.1 Gestão de relacionamento com *stakeholders* em organizações hospitalares

Os *stakeholders* tornaram-se cada vez mais importantes para a análise das forças que influenciam as organizações e seus gestores (Freeman, 1984; Mason & Mitroff, 1981). Os gestores de organizações hospitalares devem considerar a importância relativa dos resultados essenciais previstos e de relacionamentos oriundos de qualquer negociação com as partes interessadas (Blair, Savage, & Whitehead, 1988).

Em organizações hospitalares, de acordo com Leela (2014), os *stakeholders* podem ser classificados em dois segmentos, partes internas e partes externas. Os *stakeholders* internos incluem colaboradores, gestores e acionistas. Os *stakeholders* externos incluem usuários e comunidade que vêm para consultas. Para Blair e Whitehead (1988) e Fottler (1987), os *stakeholders* são indivíduos, grupos ou organizações que tem interesse no que uma organização hospitalar realiza. Alguns desses *stakeholders* são internos à organização hospitalar (por exemplo, colaboradores e gestores clínicos), alguns estão na interface entre as organizações e meio ambiente (por exemplo, o conselho de administração e os colaboradores), e alguns deles são externos (por exemplo, o governo federal e outros hospitais). Os pesquisadores começaram

a identificar os principais *stakeholders* das organizações hospitalares e analisar maneiras de gerenciar o relacionamento com esses *stakeholders*.

As relações estabelecidas e geridas no âmbito do gerenciamento de organizações hospitalares, com o passar do tempo, tem apresentado novas formas de interações entre a organização e o consumidor. Pode-se observar esta mudança de comportamento, principalmente na relação costumeiramente caracterizada como “médico-paciente”, a qual tem concedido espaço para uma nova variedade de relacionamento denominada “cliente-empresa”, sob o enfoque dos consumidores (Bordoloi & Islam, 2011; Bose, 2003; Kemkar & Dahikar, 2014; Nemutanzhela, 2014).

Independentemente das variáveis de relacionamento, as organizações hospitalares, por intermédio de seus gestores, devem considerar cuidadosamente como lidar com os principais representantes dos grupos de interesse e suas respectivas formas de interação. Os *stakeholders* demandam das organizações hospitalares melhores métodos de compreensão das nuances relacionais com os indivíduos, os grupos e outras organizações (Schiller *et al.*, 2013). Savage e Blair (1989) expõem a necessidade de as organizações hospitalares tornarem-se sensíveis às coalizões potenciais e existentes de *stakeholders* internos, bem como coalizões potenciais e existentes entre *stakeholders* externos, sempre que interagiram com uma parte interessada específica.

Antes de cada episódio de interlocução com os *stakeholders*, cabe a organização hospitalar classificá-los previamente por assunto específico, grau de relevância e fatos antecedentes a interação. A forma de classificação dos *stakeholders* possibilitará expor as premissas de cada processo relacional, destacando vieses e expondo possíveis adversidades (Schiller *et al.*, 2013).

Para antecipar possíveis contingências dos *stakeholders*, as organizações hospitalares devem considerar as condutas relacionais que as partes interessadas podem executar por intermédio de seus principais dirigentes. Notadamente, o desafio de elaborar minúcias estruturais a respeito de *stakeholders* é reconhecido, particularmente à luz da heterogeneidade de interesses dentro dos grupos de partes interessadas e da possibilidade de uma única parte interessada pertencer a várias categorias (Friedman & Miles, 2006). A análise precisa das relações existentes entre as organizações e os *stakeholders* contribui consideravelmente para a gestão de negócios (Brugha & Varvasovszky, 2000).

Na gestão hospitalar, a análise pormenorizada de *stakeholders* costuma ser preconizada como uma ferramenta para a organização hospitalar alcançar vantagens e objetivos específicos em suas relações com os próprios *stakeholders* e outras organizações (concorrentes),

identificando aliados em potencial e construindo alianças ou atenuando ameaças em potencial (Blair, Fottler, & Whitehead, 1996). Gonçalves *et al.* (2008) apontam os concorrentes como um dos principais *stakeholders* da organização hospitalar, devido ao momento de transformação do segmento hospitalar, afetando diretamente as estratégias, os resultados assistenciais e o desempenho financeiro da organização.

A formulação de estratégias e metodologias para melhor compreender os *stakeholders*, consiste em avaliar o potencial destes como ameaças e oportunidades de cooperação com a própria organização hospitalar, classificadas como alta ou baixa. O objetivo principal é identificar a estratégia apropriada ou "adaptação ideal" para melhor gerir as relações com cada categoria de *stakeholder* (Blair & Fottrell 1991).

A suposição primária na gestão de relacionamento com *stakeholders*, de acordo com Donaldson e Preston (1995), é que as organizações hospitalares que melhor atendem aos interesses de um amplo grupo de *stakeholders* desfrutam de níveis mais altos de desempenho do que as organizações hospitalares que se concentram essencialmente em apenas um único *stakeholder*. Compreender a dinâmica dos *stakeholders* e seu impacto nos processos relacionais em organizações hospitalares, especialmente por serem consideradas organizações complexas, pois lidam com a vida, garante melhor desempenho e maiores resultados (Wandabwa & Yusuf, 2019).

### 2.3 POSICIONAMENTO TEÓRICO

A tese, quanto ao posicionamento teórico, enquadra-se no Paradigma Funcionalista, entendendo que a pesquisa realizada é concreta e objetiva e tem como preocupação a busca pelo consenso, realidade e orientação pragmática (Burrell & Morgan, 1979).

Quanto à teoria de base, foi adotada a Teoria Geral dos Sistemas [TGS], a qual considera que sistema é o “conjunto de unidades em inter-relações mútuas” (Bertalanffy, 1977, p.57), para análise dos níveis de maturidade, definidos por Hammer (2007) como ferramentas reconhecidas para o desenvolvimento gradual e organizado de melhorias de habilidades, processos, estruturas ou condições gerais de uma organização, e a Teoria dos Stakeholders [TS], a qual identificou as partes interessadas como "qualquer grupo ou indivíduo que possa afetar ou é afetado pela consecução dos objetivos da organização" (Freeman, 1984, p.46), para análise e compreensão da gestão de relacionamento com *stakeholders* em organizações hospitalares.

O termo “sistema” era compreendido como um todo integrado cujas propriedades essenciais surgem das relações entre suas partes, em referência tanto a organismos vivos como

a sistemas sociais, entretanto a compreensão de um fenômeno dentro do contexto de um todo maior foi denominada de “pensamento sistêmico”. Os primeiros pensadores sistêmicos reconheciam a existência de diferentes níveis ou hierarquias de complexidade, onde operavam diferentes tipos de leis em cada nível, sendo que um novo nível apresentava propriedades que não existiam no nível anterior (Capra, 2006; Gomes, 2014).

À vista disso, a Teoria Geral dos Sistemas compreende que cada um dos elementos partícipes se comporta, por sua vez, como um sistema, cujo resultado é maior do que o resultado que as unidades poderiam ter se funcionassem independentemente. A Teoria Geral dos Sistemas suporta a premissa que os sistemas são adaptativos na medida que os elementos interagem dinamicamente entre si, os quais influenciam e são influenciados uns pelos outros, evoluindo gradativamente aos requisitos do meio e, intervindo mutuamente seu desempenho (Bertalanffy, 1972; Boulding, 1956; Forrester, 1994).

No contexto da Teoria Geral dos Sistemas, pauta-se nesta tese, a compreensão da evolução dos sistemas organizacionais, definidos por Oliveira (2002, p.35) como “um conjunto de partes interagentes e interdependentes que, conjuntamente, formam um todo unitário com determinado objetivo e efetuam determinada função”, por intermédio de modelos de maturidade, considerados por Elmaallam e Kriouile (2013) como instrumentos essenciais para garantir a melhoria contínua dos sistemas e atividades, possibilitando a autoavaliação e fornecendo um meio de referência dessas atividades em relação às melhores práticas, com o propósito de compreender a gestão de relacionamento com *stakeholders*, descrita como um intercâmbio de influências de cooperação, colaboração, confiança e rede (Myllykangas, Kujala, & Lehtima, 2011) e considerados por Clarkson (1995, p.106) como “pessoas ou grupos que possuem, ou reivindicam, propriedade, direitos ou interesses em uma corporação e suas atividades, passadas, presentes ou futuras”, na busca por melhor desempenho organizacional, o qual pode ser traduzido pela missão da organização em um conjunto abrangente de medidas de desempenho financeiro e não financeiro, base para um sistema de mensuração e gestão estratégica (Kaplan & Norton, 1992), em organizações hospitalares, consideradas complexas, nas quais o conhecimento e a maturidade são essenciais para conquistar seus principais propósitos (Oliveira, 2015).

## 2.4 HIPÓTESES DA PESQUISA

À medida que as organizações trabalham para melhor utilizar seus recursos, levando em consideração ferramentas de gestão e o uso de novas metodologias de trabalho para maximizar

seus resultados, destaca-se Hammer (2007), o qual considera os modelos de maturidade como ferramentas reconhecidas para o desenvolvimento gradual e organizado de melhorias de habilidades, processos, estruturas ou condições gerais de uma organização. Pöppelbuß *et al.* (2010) menciona a necessidade de apoio à implantação de modelos de maturidade de forma ampla e específica para organizações hospitalares.

A complexidade inerente as organizações hospitalares, suscitaram a aplicarem novos métodos de gestão para superar as limitações tradicionais, dentre esses métodos destaca-se a utilização de modelos de maturidade como ferramenta capaz de auxiliar no desempenho das instituições (Domingues, Sampaio, & Arezes, 2016).

O uso de modelos de maturidade nos processos relacionais existentes, como ferramenta de planejamento e determinação de mudanças, permite que as organizações compreendam as diferentes perspectivas das partes interessadas para com a organização (Bessant & Caffyn, 1997; Gibson & Nolan, 1974; Lindberg & Berger, 1997).

O desenvolvimento e aplicação de modelos de maturidade nas práticas organizacionais hospitalares, colabora para melhor compreensão sistêmica dos respectivos processos e também para o aperfeiçoamento do desempenho direcionadas ao segmento de saúde (Pöppelbuß *et al.*, 2010). Blondiau, Mettler e Winter (2013) expõem que os modelos de maturidade se tornaram instrumentos estabelecidos e importantes para orientar a evolução das iniciativas e práticas organizacionais.

Gonçalves *et al.* (2013) e Wangler *et al.* (2003) evidenciam que o desenvolvimento de modelos de maturidade em organizações hospitalares contribui para estruturar os processos relacionais, inclusive com a influência e participação das partes interessadas, a fim de enfrentar possíveis desafios e melhorar continuamente seu desempenho.

A implantação de modelos de maturidade em hospitais, de acordo com Mettler e Blondiau (2012), favorece o desenvolvimento de competências estratégicas, organizacionais, técnicas e relacionais, consideradas indispensáveis para o desenvolvimento de estruturas e processos inter-relacionados de forma sistêmica, para melhorar o desempenho e a vantagem competitiva das organizações.

Segundo Caralli, Knight e Montgomery (2012), os modelos de maturidade fornecem informações para que as organizações abordem os problemas de forma estruturada, identificando pontos de referência para diminuir as limitações e avaliar a capacidade máxima de desempenho, bem como, roteiros para implementar melhorias das práticas relacionais existentes.

O relacionamento com *stakeholders*, para Boszczowski (2010), por intermédio de modelos de aprendizagem mútua, promove a melhoria da eficiência operacional, práticas de sustentabilidade, disponibilidade de informações, redução de desperdício e melhorias no desempenho organizacional.

Batenburg, Neppelenbroek e Shahim (2014) mencionam que o aumento da maturidade, baseado nas boas práticas de gestão de governança, gerenciamento de riscos e *compliance*, contribui para uma melhor qualidade e desempenho das organizações hospitalares.

O estudo de métodos para compreender as relações existente com e entre os *stakeholders*, considerando atender a troca de recursos (tangíveis e intangíveis) e interesses das partes, tem potencial para gerar impacto positivo no desempenho (Ortega *et al.*, 2016).

Domingues, Sampaio e Arezes (2016) destacam que um dos principais pilares de avaliação do desempenho organizacional, é a utilização de modelos para reconhecer e analisar os relacionamentos existentes entre a organização e as partes interessadas, devido uma crescente pressão para redução de custos e melhorias na qualidade dos serviços prestados (Hellman *et al.*, 2015).

Carvalho *et al.* (2018) ressaltam que implementar modelos de maturidades na prática hospitalar pode ajudar os gestores a identificar os pontos fortes e fracos nas relações existentes, a fim de determinar em qual estágio de maturidade a organização hospitalar se encontra e como pode evoluir continuamente, garantindo assim um melhor desempenho.

Os principais grupos de *stakeholders* que podem influenciar ou são influenciados pelo desempenho das organizações hospitalares, foram mapeados por Del Gesso (2019), com base na lista de Langabeer e Napiewocki (2000), que resume os principais relacionamentos e as principais informações que poderiam ser divulgadas a cada parte interessada, por motivos de responsabilidade, por meio de relatórios de desempenho. Os *stakeholders* foram classificados pelo autor como: operadoras de planos de saúde, comunidade, entidades governamentais, funcionários, grupos de acreditação, associações médicas, vários defensores dos consumidores, empresas privadas, conselhos de administração, fornecedores e usuários. Nesse contexto, formula-se a seguinte hipótese de pesquisa.

**H<sub>1</sub>** – *A maturidade de gestão de relacionamento com stakeholders tem relação positiva com o desempenho de organizações hospitalares.*

Estudos observam que as interações entre *stakeholders* (clientes, colaboradores, fornecedores e acionistas) sobre a heterogeneidade das organizações hospitalares, segundo

Freeman, Harisson e Wicks (2007), são essenciais para a sobrevivência destas, fazendo-se necessário priorizar o relacionamento para um melhor desempenho e alcance dos melhores resultados. Para Jones (1995) as organizações são caracterizadas por relacionamentos com inúmeros grupos e indivíduos (*stakeholders*), cada qual com o poder de interferir no desempenho das organizações.

Schröder e Bandeira-de-Mello (2011) expõem que a predominância do cultivo de vínculos cooperativos a longo prazo, no relacionamento com fornecedores, constata a busca pela maximização dos resultados. Vereecke e Muylle (2006) descrevem que a troca de informações (em termos de custo, flexibilidade, qualidade e indicadores) entre clientes e fornecedores, colabora marginalmente com indicadores de melhoria de desempenho. Uzzi (1996) evidencia que o relacionamento entre atores interorganizacionais, a exemplo de fornecedores, afeta o desempenho das organizações.

Independentemente de as organizações apresentarem processos, costumes, políticas, leis, regulamentos e instituições que regulam a maneira como estas são geridas, Freeman, Harisson e Wicks (2007) declaram que, os acionistas não têm a segurança dos resultados das organizações, desta forma devem priorizar o relacionamento para garantir um melhor desempenho e alcance dos melhores resultados.

De acordo Mainardes (2010), compreender as demandas dos atores internos das organizações e empenhar-se em satisfazê-las, confirma um caminho adequado para a gestão de relacionamentos com *stakeholders*, contribuindo, por consequência, com a melhoria do desempenho. Castro, Rosa e Pinho (2015) mencionam que os relacionamentos colaborativos de longo prazo estabelecidos entre organizações parceiras, contribuem para a melhoria do desempenho organizacional.

O nível de maturidade de organizações hospitalares descreve os conhecimentos e habilidades dos atores internos desta e suas capacidades para aplicar essas competências para melhorar o desempenho na realização de atividades. Em outras palavras, o nível de maturidade organizacional introduz competências especiais, expressa os níveis de relacionamentos e, finalmente, fornece estratégias e melhores métodos organizacionais para atender às necessidades da organização (Hatampour *et al.*, 2012).

Krüger, Araújo e Curi (2017) salientam que as organizações devem compreender e aperfeiçoar sua relação com os atores internos, construindo um ambiente organizacional favorável, proporcionando assim um proeminente desempenho em suas operações. Os níveis de desempenho de organizações hospitalares consistem em administrar a forma pela qual apresentam a proposta de valor a seus clientes, na maneira como interagem com todos os

*stakeholders*, ou seja, como a organização cria, entrega e obtém valor (Cleven *et al.*, 2016; Osterwalder, & Pigneur, 2010). Assim, se estabelece a próxima hipótese do estudo.

**H<sub>1a</sub>** – *A maturidade de gestão de relacionamento com stakeholders primários tem relação positiva com o desempenho de organizações hospitalares.*

As organizações hospitalares necessitam compreender as interações e as regulamentações governamentais, prestar melhores serviços aos usuários e interpretar melhor as parcerias com os planos de saúde, compreendendo-os como atores centrais, para melhorar os resultados hospitalares. Em particular, sob a perspectiva de um conjunto de atividades desempenhadas pela cadeia de valor, as organizações hospitalares precisam desenvolver recursos para gerir as necessidades do negócio, sobretudo entendendo o relacionamento entre diferentes atores (*stakeholders*) e estabelecendo melhores modelos de tomada de decisão (Zott, Amit, & Massa, 2010).

Elkington (1994) evidencia que as organizações podem obter um excelente desempenho operacional e possuir uma relação positiva com as comunidades, mantendo um vínculo de influência e dependência com estes atores sociais. O nível de maturidade organizacional é um componente que permite às organizações alcançar estabilidade, prosperidade e superar os concorrentes, padronizando a aplicação de conhecimentos, habilidades e técnicas e métodos de gestão adequados (Benbasat, Dexter, & Mantha, 1980).

Os relacionamentos promovem um intercâmbio de conhecimento e informações entre os diversos *stakeholders* de acordo com Djellal e Gallouj (2007), os quais afirmaram também que as organizações hospitalares são considerados um ponto central do sistema como um todo em relação as diversas partes interessadas pertencentes a esse sistema (indústria de equipamentos médico-hospitalares, indústria farmacêutica, operadoras de planos de saúde, políticas públicas de saúde, profissionais de saúde, organizações certificadoras, entre outros). Os autores mencionam ainda que essas relações contribuem para elevar o nível de maturidade e desenvolver o gerenciamento do sistema organizacional.

Junqueira e Wada (2011) evidenciam que as ações governamentais podem influenciar a entrega de produtos e serviços, afetando diretamente o desempenho operacional das organizações. O autor ainda declara que as agências reguladoras afetam de modo direto a estabilidade dos relacionamentos dos demais *stakeholders* (clientes, colaboradores e acionistas). Hourneaux Jr. (2010) menciona a necessidade de compreender os públicos com os quais a organização se relaciona, essencialmente por intermédio de indicadores críticos, a

exemplo das necessidades e do grau de satisfação com os diversos públicos existentes, e a sua influência retilínea no desempenho das organizações.

Neely, Adams e Crowe (2001) consideram que os públicos influenciadores (*stakeholders*) do desempenho organizacional podem contribuir de forma díspar na sua relação com a organização, à medida que a organização lhe retribua de alguma forma. Kumar e Subramanian (1998) mencionam que as organizações hospitalares devem fundamentalmente gerir os seus *stakeholders* e quanto maior o grau de relacionamento entre as partes interessadas e a organização, maiores são as melhorias no desempenho (Frohlich & Westbrook, 2001).

O fato de as organizações hospitalares terem um grande número de *stakeholders*, cujos interesses geralmente se opõem, é inegável e implica a necessidade de gerenciar os relacionamentos destes como parte da estratégia. Isso, por sua vez, significa que eles podem estar (e geralmente estão) em conflito com os objetivos econômicos/financeiros da organização, o que pode comprometer a eficiência do desempenho hospitalar (Austen, 2012).

Os cidadãos, ou a comunidade como um todo, representam os usuários potenciais das organizações hospitalares (Langabeer e Napiewocki, 2000), onde desempenham um papel relevante de poder nos relacionamentos com estas entidades, considerados cada vez mais relevantes (Van Eijk & Steen, 2014). Assim, a comunidade precisa ser compreendida pelas organizações hospitalares, pois são considerados os principais *stakeholders* destas entidades, estando diretamente ligados à melhoria do desempenho e estado geral do ambiente hospitalar (Ocloo & Matthews, 2016).

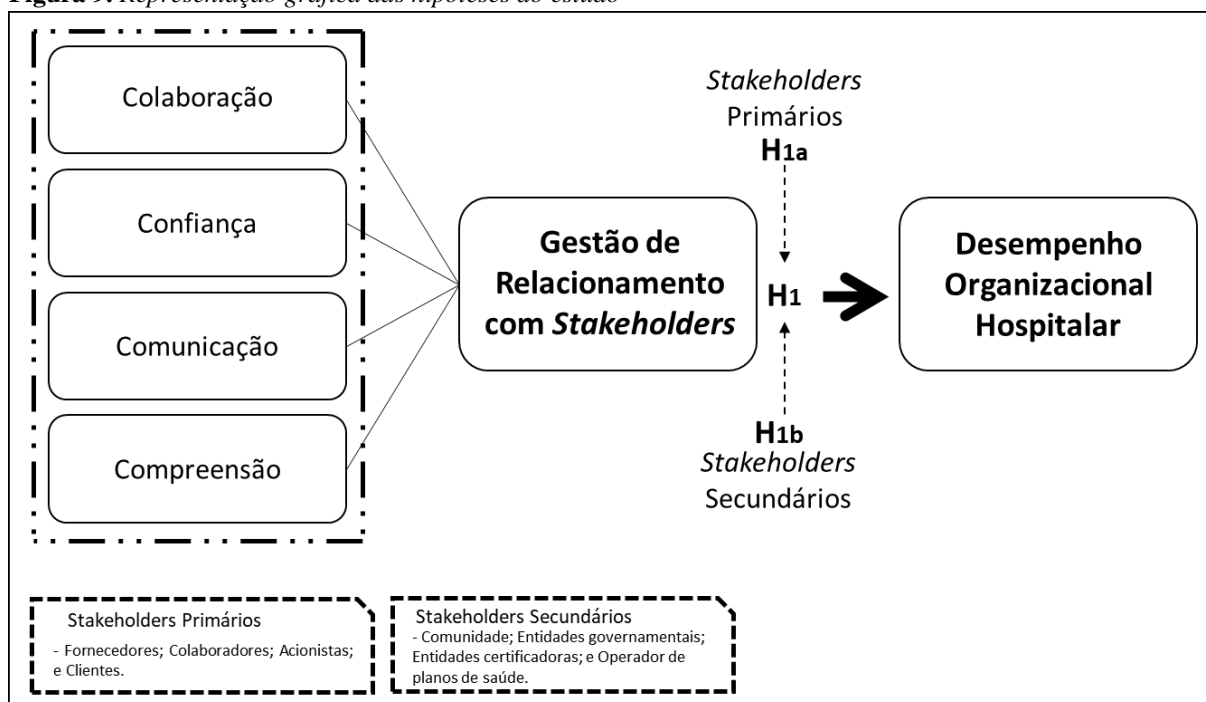
As organizações hospitalares, reconhecidas pelo alto grau de complexidade, apresentam diferentes transações entre as partes interessadas que interagem com os sistemas hospitalares, a título de exemplo os reguladores legais (certificadores e entidades governamentais), operadores de plano de saúde, instituições acreditadoras e clientes. Muitas vezes, essa relação entre as partes interessadas e a organização hospitalar estabelece ganhos, entretanto existe a necessidade de identificar os diferentes interesses destes e as principais consequência no desempenho organizacional e até para o desenvolvimento da sustentabilidade de todo o sistema (Lopes *et al.*, 2019). Com base no exposto, surge a seguinte hipótese.

***H<sub>1b</sub>*** – *A maturidade de gestão de relacionamento com stakeholders secundários tem relação positiva com o desempenho de organizações hospitalares.*

A Figura 9 apresenta uma visão geral das hipóteses desta tese que investiga as associações entre a maturidade da gestão de relacionamento com *stakeholders* e de suas

classificações *stakeholders* primários e *stakeholders* secundários com o desempenho em organizações hospitalares. Essas análises serão embasadas em três modelos distintos no *software* Amos Graphics® versão 21 para verificação dessas relações.

**Figura 9.** Representação gráfica das hipóteses do estudo



Fonte: elaborado pelo autor (2021).

Se  $H_1$  for aceita, argumenta-se que a maturidade da gestão de relacionamento com *stakeholders* influencia positivamente o desempenho hospitalar.

Aceitando-se  $H_{1a}$ , verifica-se que a classificação *stakeholders* primários exerce uma influência positiva no desempenho hospitalar.

Ao ser aceita a  $H_{1b}$ , comprova-se que a classificação *stakeholders* secundários exerce uma influência positiva no desempenho hospitalar.

Na sequência, serão abordadas as definições constitutivas das dimensões, bem como as definições constitutivas e operacionais de cada subdimensão que compõe esta pesquisa.

#### 2.4.1 Dimensões utilizadas no constructo de gestão de relacionamento com *stakeholders*

Considerando que as técnicas e modelos apresentados na revisão da literatura são representativos para gestão de relacionamento com *stakeholders* em organizações hospitalares, mas que somente seu uso combinado e simultâneo potencializa uma gestão assertiva, neste

estudo, propõem-se um modelo de monitoria que caracteriza a estrutura organizacional de gestão de relacionamento com *stakeholders* e que permite identificar o grau de maturidade desta.

Para avaliação da macro dimensão Gestão de Relacionamento com *Stakeholders*, utilizou-se como alicerce os Princípios de Clarkson de gestão de *stakeholders* - *The Clarkson Principles* - estabelecidos por Max Clarkson, princípios estes subscritos através de um processo estabelecido pela *Sloan Foundation* a partir de 1995, no qual um grupo internacional de estudiosos de administração, incluindo o próprio Clarkson, explorando a temática como base para a discussão e para o desenvolvimento e implementação transformadora da gestão de *stakeholders* por intermédio de seus relacionamentos (Donaldson, 2002; Clarkson, 1999).

A Teoria dos *Stakeholders* estabelece que o relacionamento entre a organização e seus *stakeholders* não devem ser expressos como transações elementares entre as partes, mas sim pelas influências de cooperação, colaboração, confiança e rede (Myllykangas, Kujala, & Lehtima, 2011). Senge (2006) menciona que a influência das partes interessadas, direta ou indiretamente, tem um caráter mútuo, uma vez que toda e qualquer influência é, coexistente, causa e efeito – a influência em nenhum momento tem um sentido singular.

Segundo Freeman *et al.* (2010) a Teoria dos *Stakeholders* compreende um negócio como um conjunto de relações entre os grupos que estão envolvidos nas atividades organizacionais. Nenhum *stakeholder* está sozinho, eles estão conectados um a outro. Bertalanffy (2012) expõe que é imprescindível compreender o conjunto das partes que se relacionam, internas e externas, pois quanto maior o número de partes e de relações, mais complexo o sistema se torna, influenciando integralmente os processos existentes na organização.

A complexidade das relações existentes entre as organizações hospitalares e as partes interessadas, dificulta a compreensão das expectativas e interesses que eles adotam (Freitas & Hoffmann, 2012), necessitando atenção quanto aos princípios que possibilitem identificar o nível de contribuição destes para com o desempenho organizacional hospitalar (Priem, 2007). Diferenciar, analisar e mensurar as particularidades dos *stakeholders*, auxilia as organizações hospitalares a terem uma visão mais abrangente dos processos relacionais que envolvem o negócio (Pauget & Wald, 2013).

Por trás da iniciativa e dos próprios Princípios de Clarkson, havia uma convicção crescente de que relacionamentos mutuamente satisfatórios com uma ampla gama de *stakeholders* são um requisito crítico para o desempenho organizacional bem-sucedido a longo prazo (Donaldson, 2002). As organizações que gerenciam adequadamente as suas relações para melhor compreender e atender as possíveis demandas das partes interessadas, mediante

princípios efetivamente constituídos e mensurados, tendem a apresentar melhor desempenho organizacional (Bosse & Phillips, 2016; Parmar *et al.*, 2010; Tantalo & Priem, 2016).

Nesse sentido, Chinyio e Akintoye (2008) salientam que os princípios possam ser adotados além das fronteiras estabelecidas por Clarkson, ainda que a criação destes tenha sua peculiaridade, daí a necessidade de adotar, evoluir ou refinar os princípios de gestão de *stakeholders* com base em pesquisa empírica. Nessa perspectiva, adotou-se para esta tese as dimensões: Compreensão; Comunicação; Confiança; e Colaboração. Para melhor compreensão das dimensões estabelecidas, apresenta-se, de forma sintética, a definição de cada dimensão.

#### 2.4.1.1 Dimensão Compreensão

A dimensão Compreensão busca identificar, analisar e compreender as expectativas e interesses dos *stakeholders* que influenciam e são influenciados diretamente pelas decisões da organização hospitalar de forma dinâmica e sistemática (Bazanini *et al.*, 2018; Clarkson, 1995; Clarkson, 1991; Clarkson Principles, 1999; Donaldson, 2002; Phillips, 1997; Schröder & Bandeira-de-Mello, 2011).

Independentemente do formato de contrato relacional, expresso ou implícitos, com a organização, os *stakeholders* devem ser facilmente identificados. A influência dos *stakeholders* sobre a organização deve ser levada em consideração, face aos impactos destes nas atividades da organização, sejam eles positivos ou negativos, e para seu próprio bem-estar. A organização deve examinar cuidadosamente todas as ações motivadoras de interesses que estão intimamente e criticamente envolvidas com os *stakeholders*, antes de julgar sua validade (Clarkson, 1999).

A importância de a organização entender à fração que cabe a cada *stakeholder* na geração e na apropriação de valor, permite que está se posicione frente as necessidades do negócio como um todo (Donald & Preston, 1995). As ações dos *stakeholders*, ao exercer poder de influência sobre as organizações, podem ser conjunta e dominada, dividida ou passiva considerando-se a forma como o poder está distribuído entre eles. Os *stakeholders* podem ser considerados como indivíduos ou grupos de interesse influenciados ou influenciadores das estratégias organizacionais (Freeman, 1984).

A dimensão Compreensão é composta pelas subdimensões: Identificar, Priorizar e Monitorar. A definição constitutiva das respectivas subdimensões é:

- Identificar de forma dinâmica e sistemática os *stakeholders* que influenciam e são influenciados direta e indiretamente pela organização hospitalar e pelas suas

atividades (Bem Noro, 2012; Deglane *et al.*, 2017; Frooman, 1999; Kretan *et al.*, 2009; Melo Heinzen *et al.*, 2013; Neto, 2013; Pouloudi, 1999);

- Priorizar de maneira equitativa os *stakeholders* e os assuntos apontados por eles como relevantes (Billgren & Holmén, 2008; Currie *et al.*, 2009; Frooman, 1999; Kretan *et al.*, 2009; Mascena *et al.*, 2018; Mascena *et al.*, 2015; Reed *et al.*, 2009; Sarturi *et al.*, 2017);
- Monitorar de modo responsável aqueles sobre os quais a organização hospitalar tem impacto e aqueles que geram impacto sobre a mesma, assegurando que as minoridades têm a mesma capacidade de envolvimento dos demais *stakeholders* (Fassin, 2008; Frooman, 1999; Giffhorn *et al.*, 2010; Kretan *et al.*, 2009; Mascena, 2013; Oliveira & Wada, 2012; Zago & Wada, 2013).

Destacamos algumas pesquisas encontradas na revisão da literatura, as quais contribuíram para a elaboração dos conceitos das subdimensões que compõem a dimensão Compreensão. No que se refere as subdimensões destaca-se Melo Heinzen *et al.* (2018). Os autores buscaram identificar os *stakeholders* mais relevantes que uma organização não governamental compreende como atuante em sua rede de conexões, bem como o tipo de influência que estes atores exercem sobre a organização; Evidencia-se Mascena *et al.* (2018), os quais analisaram a priorização de *stakeholders* em organizações brasileiras e o atendimento preferencial dos interesses de um *stakeholder* em relação a outro; e finalmente Kretan *et al.* (2009) que em sua pesquisa analisaram o gerenciamento dos *stakeholders* na gestão de seus projetos em indústrias fornecedoras de ferragens do Brasil, além de monitorar os *stakeholders* que se posicionam a margem das diretrizes organizacionais.

#### 2.4.1.2 Dimensão Comunicação

Comunicação, é uma dimensão que procura formas de promover um diálogo bidirecional com os *stakeholders*, por intermédio de ações informativas e consultivas, com a finalidade de ouvir, informar e responder aos *stakeholders* de forma consistente, clara, rigorosa e transparente, construindo relações de proximidade, fortes e longevas (Bazanini *et al.*, 2018; Clarkson, 1995; Clarkson, 1991; Clarkson Principles, 1999; Donaldson, 2002; Phillips, 1997; Schröder & Bandeira-de-Mello, 2011).

Seja interna ou externa, Clarkson (1999) compreende a comunicação como uma função crítica da gestão e eficaz no recebimento e o envio de mensagens. Portanto, para compreender os interesses e integrar os vários grupos de *stakeholders* em uma equipe eficaz de produção de riqueza, a organização e as partes interessadas devem inevitavelmente dialogar.

O desenvolvimento de rotinas eficazes de comunicação entre a organização e os *stakeholders* requer atenção e esforços consideráveis (Prajogo & McDermott, 2005), para o engajamento das partes interessadas ao longo do processo relacional (Yang *et al.*, 2011). A estruturação de política e práticas de comunicação eficazes (Bakens, Foliente, & Jasuja, 2005; Kerzner, 2017) ajudam a manter a confiança no relacionamento entre a organização e os *stakeholders* (Turner, 2009), além de acompanhar as mudanças de comportamento (Van Marrewijk, 2007), a fim de impedir o desenvolvimento de fluxos de comunicação indesejados (Bate, 1994).

A dimensão Comunicação é formada pelas subdimensões: Informar, Ouvir e Responder. A definição constitutiva das respectivas subdimensões é:

- Assegurar que os *stakeholders* tenham acesso à informação, estabelecendo canais de comunicação bidirecionais, diretos e eficientes, disponibilizando ativamente informação clara, compreensível e rigorosa às diversas partes interessadas (Alpuim, 2015; Caiado *et al.*, 2015; Feitosa *et al.*, 2014; Freire *et al.*, 2019; Rocha & Goldschmidt, 2000; Tonial & Laimer, 2016);
- Ouvir e consultar, de forma proativa e continuada, as preocupações, os interesses e as expectativas dos *stakeholders*, preparando planos de auscultação e estratégias de envolvimento à medida das características dos diferentes *stakeholders* (Alpuim, 2015; Butt *et al.*, 2016; Cornelissen, 2008; Crane & Livesey, 2017; Eduardo, 2015; Scholes & Clutterbuck, 1998; Tonial & Laimer, 2016);
- Responder aos assuntos relevantes identificados pelos *stakeholders* dentro de um prazo razoável, atendendo às características das partes interessadas envolvidas (Aguiar & Mendes, 2016; Alpuim, 2015; Bessa, 2009; Bussy *et al.*, 2001; Butt *et al.*, 2016; Cornelissen, 2008; Macêdo *et al.*, 2011; More & McGrath, 2002; Nardi & Nakao, 2008; Tonial & Laimer, 2016).

Destacamos algumas pesquisas encontradas na revisão da literatura, as quais contribuíram para a elaboração dos conceitos das subdimensões que compõem a dimensão Comunicação. No que diz respeito as subdimensões destaca-se Freire *et al.* (2019). Os autores analisaram as estratégias de comunicação adotadas por um Hospital Geral, visando assegurar que o desdobramento das informações em todos os níveis organizacionais contribuiu para uniformidade das informações e maior compreensão das partes interessadas; Evidencia-se Crane e Livesey (2017), os quais examinaram criticamente as tendências emergentes na Teoria dos *Stakeholders* e a comunicação, a fim de verificar os diferentes modos de comunicação entre os *stakeholders*; e por fim Butt *et al.* (2016) que em seus estudos exploraram as rotinas de comunicação que afetam o envolvimento dos *stakeholders* durante o processo de gerenciamento de mudanças.

#### 2.4.1.3 Dimensão Confiança

A dimensão estabelece a criação de um ambiente de Confiança, entre a organização e os *stakeholders*, sendo essencial para estabelecer relações estáveis e de longo prazo, fundamentado essencialmente em valores como transparência, integridade e respeito mútuo (Bazanini *et al.*, 2018; Clarkson, 1991; Clarkson, 1995; Clarkson Principles, 1999; Donaldson, 2002; Phillips, 1997; Schröder & Bandeira-de-Mello, 2011).

Clarkson (1999) menciona que uma organização que tem a flexibilidade de criar um código de conduta que aproveite suas capacidades exclusivas para desenvolver novos sistemas e procedimentos de valor permanente (e talvez também de valor de mercado para outras organizações), geram benefícios econômicos diretos emanados do aumento da confiança, cooperação e lealdade dos *stakeholders*.

Sob o ponto de vista da confiança, nas organizações hospitalares, uma postura de transparência adotada pelos *stakeholders* está diretamente relacionada com qualidade e desempenho em hospitais públicos e privados (Zehir *et al.*, 2016). A evolução da confiança entre a organização e *stakeholders* deve ser construída a partir de um processo usado para sintetizar opiniões expressadas e que represente o ponto de vista de ambas as partes, sendo necessário demonstrar interesse em confiar assim como transparência e ética para que as partes também se disponham a uma relação de confiança (Alves, Barreto, & Martins, 2015). Para Janowicz e Noorderhaven (2006), a confiança intraorganizacional e interorganizacional é vinculada a uma atitude realizada coletivamente por todos os membros da organização para ser expandida para as relações além dos limites organizacionais.

A dimensão Confiança constitui as seguintes subdimensões: Transparência, Integridade, Respeito e Ética. A definição constitutiva das respectivas subdimensões é:

- Estabelecer um relacionamento transparente com os *stakeholders*, assegurando que estes conheçam e compreendam os objetivos da organização hospitalar (Adobor, 2005; Celani, 2016; Cheikhrouhou *et al.*, 2013; Hoelz, 2017; Jiang *et al.*, 2013; Krishnan *et al.*, 2006; Lee *et al.*, 2014; Mohr & Puck, 2013; Norman, 2002; Perry *et al.*, 2004; Robson *et al.*, 2008; Souza *et al.*, 2015; Tonial & Laimer, 2016);
- Manter uma conduta íntegra e alinhada para com os *stakeholders* sobre os impactos econômicos, ambientais e sociais da organização hospitalar ou de determinado projeto, que podem influenciá-los significativamente (Adobor, 2005; Andrade *et al.*, 2011; Bertosso *et al.*, 2017; Celani, 2016; Hoelz, 2017; Jiang *et al.*, 2013; Krishnan *et al.*, 2006; Lee *et al.*, 2014; Mohr & Puck, 2013; Norman, 2002; Souza *et al.*, 2015; Perry *et al.*, 2004; Robson *et al.*, 2008; Tonial & Laimer, 2016);
- Respeitar as opiniões e os direitos dos *stakeholders*, tratando-os de forma justa, sem discriminação, respeitando a diversidade e os seus direitos legais (Adobor, 2005; Andrade *et al.*, 2011; Celani, 2016; Hoelz, 2017; Jiang *et al.*, 2013; Krishnan *et al.*, 2006; Lee *et al.*, 2014; Mohr & Puck, 2013; Norman, 2002; Perry *et al.*, 2004; Robson *et al.*, 2008; Souza *et al.*, 2015; Tacconi *et al.*, 2012; Tonial & Laimer, 2016);
- Garantir que as ações de envolvimento são estabelecidas nos valores, nas políticas e nos princípios éticos da organização hospitalar (Adobor, 2005; Campos, 2006; Fawcett *et al.*, 2012; Hoelz, 2017; Jiang *et al.*, 2013; Krishnan *et al.*, 2006; Lee *et al.*, 2014; Mohr & Puck, 2013; Norman, 2002; Perry *et al.*, 2004; Robson *et al.*, 2008; Souza *et al.*, 2015; Tacconi *et al.*, 2012).

Destacamos algumas pesquisas encontradas na revisão da literatura, as quais contribuíram para a elaboração dos conceitos das subdimensões que compõem a dimensão Confiança. Em relação as subdimensões revela-se Cheikhrouhou *et al.* (2013). Os autores identificaram em sua pesquisa que apenas as competências, relacional e confiança contratual têm um impacto significativo no fortalecimento das relações entre organizações e partes

interessadas; Destaca-se Andrade *et al.* (2011), os quais utilizaram em sua pesquisa a dimensão integridade como elemento de confiança; Evidencia-se também Fawcett *et al.* (2012), os quais desenvolveram uma definição para confiança colaborativa, descreveram uma estrutura de maturidade de confiança e discutiram o poder competitivo da confiança; e finalmente Campos (2006) que em sua pesquisa discutiu a fundamentação das contribuições para a construção de uma Teoria de *Stakeholders*, tendo como base a dimensão ética.

#### 2.4.1.4 Dimensão Colaboração

A dimensão Colaboração propõe-se a direcionar os *stakeholders* na construção de parcerias estratégicas que congreguem e partilhem conhecimento, competências e ferramentas, promovendo assim a criação de valor partilhado de forma heterogênea (Bazanini *et al.*, 2018; Clarkson, 1991; Clarkson, 1995; Clarkson Principles, 1999; Donaldson, 2002; Phillips, 1997; Schröder & Bandeira-de-Mello, 2011).

O relacionamento positivo e de apoio mútuo entre a organização e os *stakeholders*, segundo Clarkson (1999), incentivam a funcionalidades sistêmicas e estimulam os esforços colaborativos que levam à "riqueza relacional". Organizações de negócio, constituídas de relação proposital, devem demonstrar a natureza colaborativa entre a organização e as partes interessas e a interdependência destes, a fim de gerar benefícios mútuos.

O relacionamento colaborativo é definido por Selin, Schuett e Carr (2000) como pessoas ou grupos que trabalham em conjunto, compartilhando conhecimento e recursos, para garantir o bom funcionamento dos sistemas organizacionais de forma sustentável. Fisher (1995) menciona que os *stakeholders* necessitam iniciar e sustentar processos relacionais mais colaborativos para minimizar disputas e promover uma visão mais compartilhada do futuro.

Savage *et al.* (2010) expõem que os relacionamentos com os *stakeholders* demandam iniciativas colaborativas, consideradas complexas, envolvendo interesses e objetivos variados. Entretanto, de acordo Yaffee *et al.* (1996), a chave para implementar estratégias de sucesso, decorre da colaboração e envolvimento dos *stakeholders* desde o início do planejamento, pelo uso de processos abertos e inclusivos, garantindo assim o apoio adequado e amplo, flexível e baseado no conhecimento de todas as partes.

A dimensão Colaboração é formada pelas subdimensões: Integrar, Partilhar, Cooperar e Reportar. A definição constitutiva das respectivas subdimensões é:

- Integrar na estratégia da organização hospitalar os contributos relevantes identificados pelos *stakeholders* (Celani, 2016; Chen *et al.*, 2011; Chopra & Meindl, 2003; Colquitt *et al.*, 2007; Dias *et al.*, 2016; Estivaleta *et al.*, 2012; He *et al.*, 2014; Lai *et al.*, 2011; Leitão & Domenico, 2015; Morgan & Hunt, 1994; Selin *et al.*, 2000; Spers & Passos, 2014; Tonial & Laimer, 2016; Unit, 2000);
- Partilhar conhecimento e competências com e entre os *stakeholders* (Celani, 2016; Cheikhrouhou *et al.*, 2013; Chen *et al.*, 2011; Chopra & Meindl, 2003; Colquitt *et al.*, 2007; Dias *et al.*, 2016; Estivaleta *et al.*, 2008; He *et al.*, 2014; Lai *et al.*, 2011; Morgan & Hunt, 1994; Selin *et al.*, 2000; Spers & Passos, 2014; Tonial & Laimer, 2016; Unit, 2000);
- Cooperar na construção de soluções, estabelecendo parcerias estratégicas que produzam resultados positivos para ambas as partes (Celani, 2016; Chen *et al.*, 2011; Cheikhrouhou *et al.*, 2013; Chopra & Meindl, 2003; Colquitt *et al.*, 2007; Dias *et al.*, 2016; Estivaleta *et al.*, 2012; He *et al.*, 2014; Jap & Anderson, 2007; Lai *et al.*, 2011; Morgan & Hunt, 1994; Selin *et al.*, 2000; Spers & Passos, 2014; Tonial & Laimer, 2016; Unit, 2000);
- Reportar os resultados de desempenho da organização hospitalar, bem como os resultados dos diferentes processos de envolvimento com os *stakeholders*, disponibilizando, sempre que apropriado, informação de desempenho verificadas (Abelha, 2012; Bittar, 2008; Celani, 2016; Chen *et al.*, 2011; Cheikhrouhou *et al.*, 2013; Colquitt *et al.*, 2007; Dias *et al.*, 2016; Jap & Anderson, 2007; Lai *et al.*, 2011; Tonial & Laimer, 2016; Morgan & Hunt, 1994; Selin *et al.*, 2000; Spers & Passos, 2014).

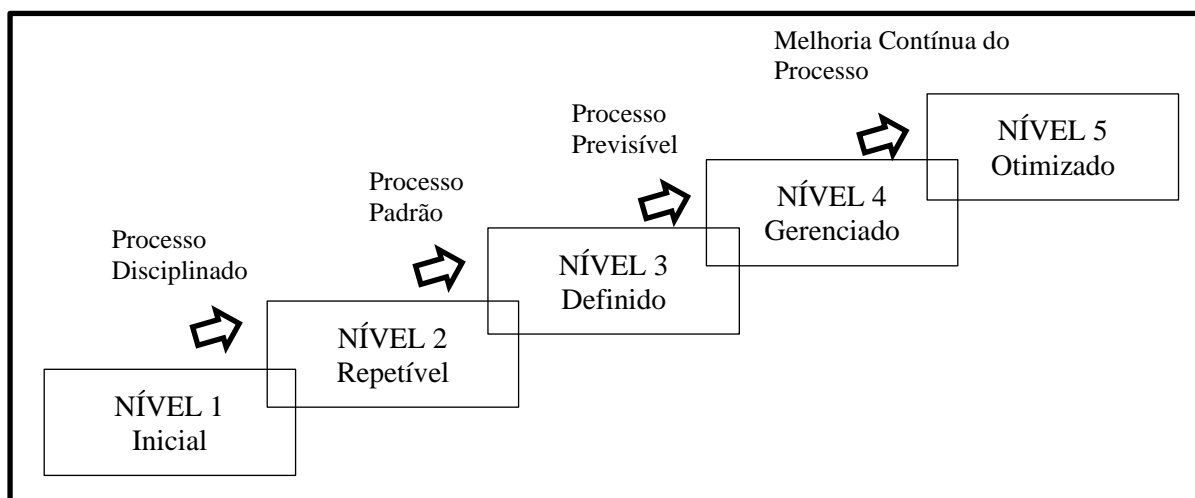
Destacamos algumas pesquisas encontradas na revisão da literatura, as quais contribuíram para a elaboração dos conceitos das subdimensões que compõem a dimensão Colaboração. No que tange as subdimensões apresenta-se Leitão e Domenico (2015). Os autores buscaram compreender em seus estudos como as organizações e os *stakeholders* constroem e reconstroem as relações por intermédio de suas interações, crenças e hábitos. Destaca-se Chen *et al.* (2011), os quais investigaram o compartilhamento de informações e identificaram uma relação positiva entre o compartilhamento de informações e o comprometimento dos *stakeholders* em sua cadeia de suprimentos. Evidencia-se também Estivaleta *et al.* (2012), os quais identificaram que o processo de aprendizagem

interorganizacional, inclusive do ponto de vista da formulação de estratégias, propiciam o fortalecimento das relações entre os *stakeholders* ao longo do tempo; e por último Celani (2016) que em seu estudo identificou dez fatores que contribuem para ampliar a confiança na gestão de relacionamentos, dentre eles: relação intensa de negócios, tomada de decisão conjunta, comportamento cooperativo, investimento específicos na relação e qualidade das informações e resolução de problemas.

#### 2.4.1.5 Níveis de maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders*

O modelo de maturidade, conforme Smith *et al.* (1985), é caracterizado por níveis e fatores chave, o que origina uma matriz. Em geral, os modelos de maturidade, possuem de 3 a 5 níveis, com a adoção de diferentes nomenclaturas para cada um deles (Oliveira, 2014). Cada nível é composto de *Key Process Areas* [KPAs] (áreas chaves de processo) e cada área chave representa aspectos primordiais que devem ser seguidos pela organização ou área que deseja atingir determinado nível de maturidade (Fiorini, von Staa, & Baptista, 1998).

Cada nível deve apresentar os padrões estabelecidos na organização, possibilitando a compreensão e o planejamento para melhorias, alinhados aos objetivos estratégicos (Borba, Knoll, & Todescat, 2013). Os processos organizacionais podem ser examinados em diferentes níveis de agregação, possibilitando análises detalhadas e de alto nível, permitindo assim avaliar diretamente o impacto das atividades nos negócios (Roy *et al.*, 2000). Na Figura 10 pode-se observar os níveis de maturidade desenvolvido pelo *Software Engineering Institute* para criação do *Capability Maturity Model* [CMM], onde cada nível corresponde um conjunto de áreas chave de processo cuja estruturação é considerada necessária.

**Figura 10.** Níveis de Maturidade do CMM

Fonte: adaptado de Paulk *et al.* (1995) e Weinberg (1992).

Os modelos de maturidade são baseados em um intervalo definido de níveis que servem para medir a maturidade ou a capacidade do objeto de análise. Em contraste com outras abordagens de indicadores, elas permitem descrever etapas explícitas de desenvolvimento e medidas adequadas para melhoria (Paulzen *et al.*, 2002). No Quadro 27 podem ser observados os níveis de maturidade descritos de forma genérica por Carvalho *et al.* (2005).

**Quadro 27.** Descrição genérica dos níveis de maturidade

Níveis	Descrição
Nível 1 – Inicial	É caracterizado por um processo informal em que os projetos habitualmente ultrapassam os prazos e custos originais;
Nível 2 – Repetível	Implantam-se os conceitos de gerenciamento básico de projeto, em que novos projetos, similares a outros já realizados, são desenvolvidos com o cumprimento dos prazos;
Nível 3 – Definido	É marcado pela existência de um processo definido padrão da organização, a partir do qual se desdobram todos os métodos e procedimentos para a realização dos projetos;
Nível 4 – Gerenciado	Os processos e produtos são quantitativamente controlados;
Nível 5 - De otimização	Caracteriza-se pela institucionalização do modelo de maturidade, podendo a organização gerar, então, um processo de melhoria contínua.

Fonte: adaptado de Carvalho *et al.* (2005, p.292).

A descrição dos níveis em modelo de maturidade estabelece a principal literatura à disposição para determinar um cenário teórico que leva em consideração possibilidades tangíveis de abordagem práticas das questões essenciais de gestão nas organizações (Carvalho *et al.*, 2005). Paulk *et al.* (1995) identificaram as características que diferenciam as organizações imaturas das maduras, conforme consta no Quadro 28.

**Quadro 28.** *Organizações imaturas versus organizações maduras*

<b>Organizações imaturas</b>	<b>Organizações maduras</b>
- Ad hoc, processo improvisado por profissionais e gestores;	- Coerente com as linhas de ação, o trabalho é efetivamente concluído;
- Não é rigorosamente seguido e o cumprimento não é controlado;	- Definido, documentado e melhorando continuamente;
- Altamente dependente dos profissionais atuais;	- Com o apoio visível da alta administração e de outras gerências;
- Baixa visão da evolução do processo e da qualidade;	- Bem-controlada, fidelidade ao processo é objeto de auditoria e de controle;
- A funcionalidade e a qualidade do produto podem ficar comprometidas para que prazos sejam cumpridos;	- São utilizadas medições do produto e do processo;
- Arriscado do ponto de vista do uso de nova tecnologia;	- Uso disciplinado da tecnologia.
- Custos de manutenção excessivos;	
- Qualidade difícil de prever.	

Fonte: adaptado de Paulk *et al.* (1995).

#### 2.4.2 Dimensão utilizada no constructo de gestão de desempenho organizacional

O desempenho organizacional hospitalar pode ser definido como o conjunto de atividades e programas que são realizados para atingir uma série de objetivos e metas previamente estabelecidos. Em outras palavras, em uma organização hospitalar, o desempenho implica uma orientação estratégica, um tipo específico de organização e uma estrutura de sistema de saúde que facilita o cumprimento de sua missão de atingir as metas estabelecidas pelo governo e pela sociedade como um todo (García-Altés *et al.*, 2006).

Para Guisset *et. al* (2002) o desempenho organizacional hospitalar deve considerar a percepção da natureza e da função da organização hospitalar, como sua missão e relacionamento com os atores que se encontram inseridos naquele ambiente. Li e Benton (1996) afirmam que o significado de desempenho organizacional hospitalar se modifica conforme os interesses, objetivos e interpretações de *stakeholders* dissemelhantes. Stocker e Mascena (2019) mencionam que organizações com desempenho superior, essencialmente equilibram melhor a alocação de recursos entre os diferentes *stakeholders*.

A medição do desempenho organizacional hospitalar realizada por meio de indicadores permite o melhor conhecimento dos objetivos planejados, da comunicação e das alocações de recursos, além de estabelecer prioridades estratégicas. É possível monitorar as atividades da organização hospitalar e dos grupos de interesse, influenciando as decisões e o comportamento

destes, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados e do desempenho dos processos (Chatman, 2008; Miranda & Silva, 2002). Nessa perspectiva, adotou-se para este estudo a dimensão desempenho organizacional hospitalar. Para melhor compreensão da dimensão estabelecida, apresenta-se, de forma sintética, a definição desta.

#### 2.4.2.1 Dimensão desempenho organizacional hospitalar

A dimensão Desempenho Organizacional Hospitalar propõe-se a avaliar a eficácia de organizações hospitalares, por intermédio de indicadores de desempenhos, para obtenção de resultados necessários à eficiência do desenvolvimento de atividades e processos organizacionais e obtenção dos objetivos estratégicos (Alástico & Toledo, 2012; Chatman, 2008; Couttolenc & La Forgia, 2009; Eccles, 1991; García-Altés *et al.*, 2006; Guerra & Souza, 2011; Kaplan & Norton, 1992; Miranda & Silva, 2002; Neely *et al.*, 2000; Peixoto *et al.*, 2016; Veloso & Malik, 2010).

A criação e a padronização de indicadores podem auxiliar na interação entre diversos grupos de interesse e tomadores de decisão, possibilitando a geração de uma visão sistêmica que inove a elaboração do planejamento de serviços hospitalares (Báscolo, Yavich, & León, 2006; Silva *et al.*, 2010). Indicadores de desempenho podem variar conforme as necessidades da organização hospitalar, estando em consonância com as características e demandas dos usuários e comunidade (Vignochi, Gonçalo, & Rojas Lezana, 2014).

Indicadores são medidas de desempenho que expressam resultados em índices numéricos (Hronec, 1994; Paladini, 2000). O resultado de uma aplicação eficaz de indicadores é o aumento do conhecimento sobre pontos críticos nos processos, permitindo uma avaliação contínua da eficiência destes (Prahinski & Benton, 2004). O monitoramento por indicadores pode contribuir para a melhoria da qualidade, produtividade e baixo custo nos serviços hospitalares, quando combinado com outras ferramentas de gestão e alinhado à estratégia das organizações hospitalares (Schout & Novaes, 2007). Para atingir os resultados necessários, devido a complexidade estratégica das organizações hospitalares, é necessário aplicar diversos indicadores como instrumentos de gestão (Slack *et al.*, 1997).

A dimensão Desempenho Organizacional Hospitalar constitui as seguintes subdimensões: Econômico/Financeiro, Operacional, Qualidade e Relacionamento. A definição constitutiva das respectivas subdimensões é:

- Indicadores econômicos/financeiros são considerados parâmetros de medida que retratam a real combinação de acontecimentos em um dado momento, além de exporem as mudanças e oscilações ocorridas em períodos ampliados;
- Indicadores operacionais são atribuídos a processos operacionais e frequentemente utilizados dentro de um curtíssimo prazo;
- Indicadores de qualidade são ferramentas utilizadas para medir e acompanhar o desempenho de processos organizacionais;
- Indicadores de relacionamento monitoram a forma como o desempenho, os produtos, os serviços e as práticas de gestão são percebidos pela organização e demais grupos de interesse.

A descrição constitutiva dos indicadores de desempenho foi baseada nas seguintes pesquisas: Alástico (2013); Barbosa (2019); Barbosa (2017); Curtice (2006); Esmail *et al.* (2015); Johnston *et al.* (2004); Martins (2015); Pavão e Rossetto (2015); Picchiali (2009); Ramos e Miyake (2010); Stocker *et al.* (2019); Vieira *et al.* (2006); Vignochi *et al.* (2014); Zehir *et al.* (2016).

Trivelato *et al.* (2015) evidencia a necessidade de mensurar os recursos financeiros, humanos e tecnológicos, possibilitando assim a comparabilidade da eficiência entre as organizações hospitalares.

Segundo Giroti *et al.* (2018), existe a necessidade de desenvolver modelo para mensurar as atividades, os processos e as estruturas de operacionalidade das organizações hospitalares, entretanto torna-se essencial adequá-las às diretrizes organizacionais.

Com características consideradas vitais para as organizações hospitalares, os modelos de mensuração de qualidade devem obrigatoriamente possuir, segundo Vituri e Évora (2014), validade causal, pertinência, viabilidade de cálculo, simplicidade e também especificidade em todas as atividades hospitalares. Ramos *et al.* (2018) expõem que quanto mais as organizações hospitalares mensurarem a qualidade das atividades desenvolvidas, maior serão os recursos disponíveis, permitindo assim, a melhoria contínua dos serviços prestados.

Dantas, Valadares e Hrdlicka (2019) especificam que a implantação de métodos para mensurar a gestão de relacionamentos, contribui para criar relações mais fortes e duradouras entre os *stakeholders* e a organização, estreitando assim os relacionamentos mais estratégicos.

#### 2.4.2.2 Escala de avaliação para o desempenho organizacional hospitalar

Curado, Teles e Marôco (2014) consideram que a teoria proposta por Likert (1932) utiliza-se de instrumentos cujas variáveis (itens) apresentam um número ímpar de classes de medida (cinco, sete ou nove pontos) e a medida dos itens não é feita individualmente, mas é obtida pela soma das valorações dos itens (*score*), justificando a denominação de escalas adicionadas (*summated scales*). Freitas *et al.* (2000) declaram que a escala *Likert*, expressa uma atitude em relação a um determinado assunto, medindo o nível de aplicação das práticas estabelecidas de referenciada temática em relação a uma determinada afirmação.

As chamadas escalas de *Likert*, segundo Moors (2008), são instrumentos padronizados por pesquisas científicas com a finalidade de mensuração de determinados construtos nos quais o respondente deve indicar sua percepção sobre uma afirmação, item ou item, que é feito através de uma escala ordenada e unidimensional (Quadro 29). Esses instrumentos são geralmente reconhecidos entre os mais utilizados para medição nas Ciências Sociais (Cañadas e Sánchez-Bruno, 1998).

**Quadro 29.** Modelos de escala de ordenação

Concordância	Frequência	Importância	Probabilidade
Concordo totalmente	Muito frequente	Muito importante	Quase sempre verdade
Concordo	Frequentemente	Importante	Geralmente Verdade
Não estou decidido	Ocasionalmente	Moderado	Às vezes é verdadeiro
Discordo	Raramente	Às vezes importante	Geralmente falso
Discordo totalmente	Nunca	Não é importante	Quase sempre falso

Fonte: adaptado de Matas (2018).

Com várias opções quanto ao número de alternativas, destaca-se Lozano, García-Cueto e Muñiz (2008), os quais mencionam que o número ideal de alternativas está relacionado ao tipo de metodologia utilizada nas pesquisas. De acordo com os autores, estudos de simulação, recomendam o uso de escalas alternativas, especificamente quatro opções, acrescentando a opção neutro. Entretanto, estudos empíricos frequentemente apontam para os benefícios de escalas ímpares, contendo um número maior de alternativas, ou seja, escalas de cinco, sete ou nove opções.

Na sequência, apresenta-se o método e os procedimentos adotados para a realização da pesquisa.

### 3 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

Este capítulo norteia os métodos e os procedimentos de pesquisa a serem utilizados no presente estudo. Nas seções subsequentes são apresentados o posicionamento epistemológico, o delineamento da pesquisa, o constructo da pesquisa, o instrumento de coleta de dados, a população e amostra da pesquisa, os procedimentos para análise e interpretação de dados, a trajetória teórico-metodológica e as limitações da pesquisa.

#### 3.1 POSICIONAMENTO EPISTEMOLÓGICO

A pesquisa no campo de conhecimento da administração tem sido guiada por paradigmas e quadros teóricos vigentes, contribuindo para a criação de um arcabouço de conhecimentos teórico-prático sobre a referida temática, principalmente pelo debate promovido por Burrell e Morgan (1979), os quais estabeleceram uma taxonomia dos paradigmas nas ciências sociais. Para a elaboração do posicionamento epistemológico desta tese, utilizou-se a classificação epistemológica desenvolvida por Burrell e Morgan (1979), pois a ciência da administração está inserida no contexto de investigação das ciências sociais aplicadas.

Esta tese posiciona-se no paradigma funcionalista, com abordagem objetiva, visto que os temas abordados são investigados a partir de uma perspectiva realista, positivista, determinista e nomotética. Este paradigma busca prover soluções práticas para determinado problema e tem proporcionado o quadro dominante, para a condução de estudos das organizações (Burrell & Morgan, 1979).

O paradigma funcionalista encoraja uma abordagem à teoria social que enfoca o entendimento do papel dos seres humanos na sociedade (Morgan, 2005). Na abordagem funcionalista, “a organização e seus membros podem orientar suas ações e comportamentos para o alcance de estados futuros”, havendo a interação social entre organização, indivíduos e sociedade (Morgan, 2005, p. 68).

Esta pesquisa se enquadra como realista, pois o realismo aborda que o mundo social externo é considerado um mundo real, com estruturas concretas, tangíveis, imutáveis e que existe independentemente de uma apreciação dos indivíduos; Caracteriza-se como positivista, pois visa explicar e prever os acontecimentos do mundo social; Classifica-se como determinista, pois o homem e suas atividades são determinados pela situação ou pelo ambiente em que se encontra. Caracteriza-se como nomotético, pois busca testar hipóteses e utilizar técnicas quantitativas para a análise de dados (Burrell & Morgan, 1979).

A partir dos objetivos propostos para o desenvolvimento desta tese, esta pesquisa busca contribuir com a ciência da administração, compreendendo o processo dialético e de construção social, definido por diferentes estágios evolutivos e instigado nas relações existente entre os grupos de interesses, utilizando-se da Teoria Geral dos Sistemas (TGS) e da Teoria dos *Stakeholders* [TS] como teorias de base para esta investigação empírica na área da ciência social aplicada. Esta tese adota um caráter de abordagem funcionalista, contribuindo com a cientificidade dos fenômenos empresariais no contexto organizacional hospitalar.

### 3.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O delineamento da pesquisa destaca a forma pela qual um problema de pesquisa é conceituado e disposto em uma estrutura, resultando em um guia para experimentos, coleta de dados e análise, criado para obter respostas à pergunta de pesquisa (Kerlinger, 1980)

A natureza desta pesquisa é aplicada, justificada pelo conhecimento prático gerado a partir dela e também por contribuir com as organizações hospitalares e seus respectivos gestores, realizando uma auto avaliação com relação às práticas de gestão de relacionamento com *stakeholders*, a fim de definir ações para avançar em níveis de maturidade superior à condição atual. Para Thiollent (2005) a pesquisa aplicada objetiva a geração de conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos. Concentra-se em torno dos problemas presentes nas atividades das instituições, organizações, grupos ou atores sociais. Está empenhada na elaboração de diagnósticos, identificação de problemas e busca de soluções.

Esse estudo enquadra-se, quanto aos objetivos, na categoria de pesquisa descritiva, no que tange aos procedimentos, prevê a abordagem de levantamento *survey*, utilizando como ferramenta principal de análise a abordagem quantitativa, uma vez que busca analisar e descrever as características dos fatores que antecedem o desempenho percebido de organizações hospitalares, incluindo-se os níveis de maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders*.

A pesquisa descritiva, segundo com Triviños (2007), descreve os fatos e fenômenos de determinada realidade. A utilização de levantamento *survey*, de acordo com Fonseca (2002), pode ser considerado para a obtenção de dados ou informações sobre as características ou as opiniões de determinado grupo de pessoas, indicado como representante de uma população-alvo, utilizando um questionário como instrumento de pesquisa.

Para Collis e Hussey (2013) a pesquisa quantitativa objetiva a mensuração de fenômenos, compreendendo a coleta e a análise de dados numéricos, e realizando testes estatísticos. O fator relevante para a validação de estudos quantitativos é facultado por meio da confiabilidade dos indicadores estatísticos, frequentemente utiliza nas pesquisas descritivas, que buscam relações entre variáveis (Richardson *et al.*, 2014).

Para a investigação das relações propostas neste estudo, utilizou-se a técnica estatística de Modelagem por Equações Estruturais [MEE]. Modelagens por equações estruturais são, em particular, bem adequadas para investigar as relações complexas existentes entre os vários constructos de uma pesquisa (Hair Jr. *et al.*, 2016). Com base nessas premissas, esse método foi considerado como o mais adequado para a abordagem prevista nesta pesquisa.

### 3.3 CONSTRUCTO DA PESQUISA

O constructo, elaborado para este estudo, a partir das pesquisas de Clarkson *Principles* (1999), Clarkson (1995) e Freeman (1984), comporta a macro dimensão Gestão de Relacionamento com *Stakeholders*, dividida em 04 dimensões, onde se estabeleceram 14 subdimensões para mensurar a maturidade das organizações hospitalares na gestão de relacionamento com *stakeholders*. A revisão da literatura permitiu também a identificação de alguns modelos para avaliação da maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* em organizações hospitalares. Os estudos com modelos de maturidade para organizações hospitalares têm sido elaborados para avaliar relacionamentos singulares dentre as atividades da organização.

No Quadro 30 estão apresentadas as 04 dimensões e as 14 subdimensões definidas para mensuração da maturidade, que serão utilizadas para estabelecer se existe relação entre a maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* das organizações hospitalares brasileiras e o desempenho destas organizações.

**Quadro 30.** *Constructo de Gestão de Relacionamento com Stakeholders*

Constructo de Gestão de Relacionamento com <i>Stakeholders</i>			
Dimensão	Subdimensão	Afirmativas	Autores
Compreensão	Identificar	A1; A2; A3; A4.	Bem Noro (2012); Deglane <i>et al.</i> (2017); Frooman (1999); Kretan <i>et al.</i> (2009); Melo Heinzen, <i>et al.</i> (2013); Neto (2013); Pouloudi (1999).
	Priorizar	A5; A6; A7; A8.	Billgren e Holmén (2008); Currie <i>et al.</i> (2009); Frooman (1999); Kretan <i>et al.</i> (2009); Mascena <i>et al.</i> (2015); Mascena <i>et al.</i> (2018); Reed <i>et al.</i> (2009); Sarturi <i>et al.</i> (2017).
	Monitorar	A9; A10; A11; A12.	Fassin (2008); Frooman (1999); Giffhorn <i>et al.</i> (2010); Kretan <i>et al.</i> (2009); Mascena (2013); Oliveira e Wada (2012); Zago e Wada (2013).
Comunicação	Informar	B13; B14; B15; B16.	Alpuim (2015); Caiado <i>et al.</i> (2015); Feitosa <i>et al.</i> (2014); Freire <i>et al.</i> (2019); Rocha e Goldschmidt (2000); Tonial e Laimer (2016).

	Ouvir	B17; B18; B19; B20.	Alpuim (2015); Butt <i>et al.</i> (2016); Cornelissen (2008); Crane e Livesey (2017); Eduardo (2015); Scholes e Clutterbuck (1998); Tonial e Laimer (2016).
	Responder	B21; B22; B23; B24.	Aguiar e Mendes (2016); Alpuim (2015); Bessa (2009); Bussy <i>et al.</i> (2001); Butt <i>et al.</i> (2016); Cornelissen (2008); Macêdo <i>et al.</i> (2011); More e McGrath (2002); Nardi e Nakao (2008); Tonial e Laimer (2016);
Confiança	Transparência	C25; C26; C27; C28.	Adobor (2005); Celani (2016); Cheikhrouhou <i>et al.</i> (2013); Hoelz (2017); Jiang <i>et al.</i> (2013); Krishnan <i>et al.</i> (2006); Lee <i>et al.</i> (2014); Mohr e Puck (2013); Norman (2002); Perry <i>et al.</i> (2004); Robson <i>et al.</i> (2008); Souza <i>et al.</i> (2015); Tonial e Laimer (2016);
	Integridade	C29; C30; C31; C32.	Adobor (2005); Andrade <i>et al.</i> (2011); Bertosso <i>et al.</i> (2017); Celani (2016); Hoelz (2017); Jiang <i>et al.</i> (2013); Krishnan <i>et al.</i> (2006); Lee <i>et al.</i> (2014); Mohr e Puck (2013); Norman (2002); Perry <i>et al.</i> (2004); Robson <i>et al.</i> (2008); Souza <i>et al.</i> (2015); Tonial e Laimer (2016);
	Respeito	C33; C34; C35; C36.	Adobor (2005); Andrade <i>et al.</i> (2011); Celani (2016); Hoelz (2017); Jiang <i>et al.</i> (2013); Krishnan <i>et al.</i> (2006); Lee <i>et al.</i> (2014); Mohr e Puck (2013); Norman (2002); Perry <i>et al.</i> (2004); Robson <i>et al.</i> (2008); Souza <i>et al.</i> (2015); Tacconi <i>et al.</i> (2012); Tonial e Laimer (2016).
	Ética	C37; C38; C39; C40.	Adobor (2005); Campos (2006); Fawcett <i>et al.</i> (2012); Hoelz (2017); Jiang <i>et al.</i> (2013); Krishnan <i>et al.</i> (2006); Lee <i>et al.</i> (2014); Mohr e Puck (2013); Norman (2002); Perry <i>et al.</i> (2004); Robson <i>et al.</i> (2008); Souza <i>et al.</i> (2015); Tacconi <i>et al.</i> (2012).
Colaboração	Integrar	D41; D42; D43; D44.	Celani (2016); Chen <i>et al.</i> (2011); Chopra e Meindl (2003); Colquitt <i>et al.</i> (2007); Dias <i>et al.</i> (2016); Estivaleta <i>et al.</i> (2012); He <i>et al.</i> (2014); Lai <i>et al.</i> (2011); Leitão e Domenico (2015); Morgan e Hunt (1994); Selin <i>et al.</i> (2000); Spers e Passos (2014); Tonial e Laimer (2016); Unit (2000).
	Partilhar	D45; D46; D47; D48.	Celani (2016); Cheikhrouhou <i>et al.</i> (2013); Chen <i>et al.</i> (2011); Chopra e Meindl (2003); Colquitt <i>et al.</i> (2007); Dias <i>et al.</i> (2016); Estivaleta <i>et al.</i> (2008); He <i>et al.</i> (2014); Lai <i>et al.</i> (2011); Morgan e Hunt (1994); Selin <i>et al.</i> (2000); Spers e Passos (2014); Tonial e Laimer (2016); Unit (2000);
	Cooperar	D49; D50; D51; D52.	Celani (2016); Cheikhrouhou <i>et al.</i> (2013); Chen <i>et al.</i> (2011); Chopra e Meindl (2003); Colquitt <i>et al.</i> (2007); Dias <i>et al.</i> (2016); Estivaleta <i>et al.</i> (2012); He <i>et al.</i> (2014); Jap e Anderson (2007); Lai <i>et al.</i> (2011); Morgan e Hunt (1994); Selin <i>et al.</i> (2000); Spers e Passos (2014); Tonial e Laimer (2016); Unit (2000).
	Reportar	D53; D54; D55; D56.	Abelha (2012); Bittar (2008); Celani (2016); Cheikhrouhou <i>et al.</i> (2013); Chen <i>et al.</i> (2011); Colquitt <i>et al.</i> (2007); Dias <i>et al.</i> (2016); Jap e Anderson (2007); Lai <i>et al.</i> (2011); Morgan e Hunt (1994); Selin <i>et al.</i> (2000); Spers e Passos (2014); Tonial e Laimer (2016).

Fonte: elaborado pelo autor (2021).

Relacionada com a macro dimensão Gestão de Desempenho Organizacional, definiu-se a dimensão Desempenho Organizacional Hospitalar, estabelecendo-se 05 subdimensões para monitorar o desempenho das organizações hospitalares na gestão de relacionamento com *stakeholders* (Quadro 31). Pode-se considerar que a dimensão estabelecida reflete os indicadores habitualmente utilizados na gestão de organizações hospitalares, alicerçado em publicações nacionais e internacionais e foi considerada também a classificação de *stakeholders* (primários e secundários) para avaliar o desempenho organizacional hospitalar na gestão de relacionamento com *stakeholders*.

A avaliação e melhoria do desempenho organizacional hospitalar passaram a ser consideradas como diferenciais competitivos, estabelecendo posição de destaque entre os principais executivos. As organizações hospitalares devem instituir formas de compreender e mensurar os níveis de desempenho, cumprindo assim os objetivos e metas pré-definidos e coerentes com a orientação estratégica da organização (García-Altés *et al.*, 2006).

Guisset *et al.* (2002) evidencia a necessidade de mensurar o desempenho organizacional hospitalar segundo perspectivas múltiplas, para abranger e integrar as variadas interfaces de

relacionamento realizadas por este complexo modelo de organização. A compreensão do desempenho pelas organizações hospitalares, deve considerar, desde seus processos internos (relações internas), até a interação com o ambiente para obtenção de recursos (relações externas, com o mercado, etc.).

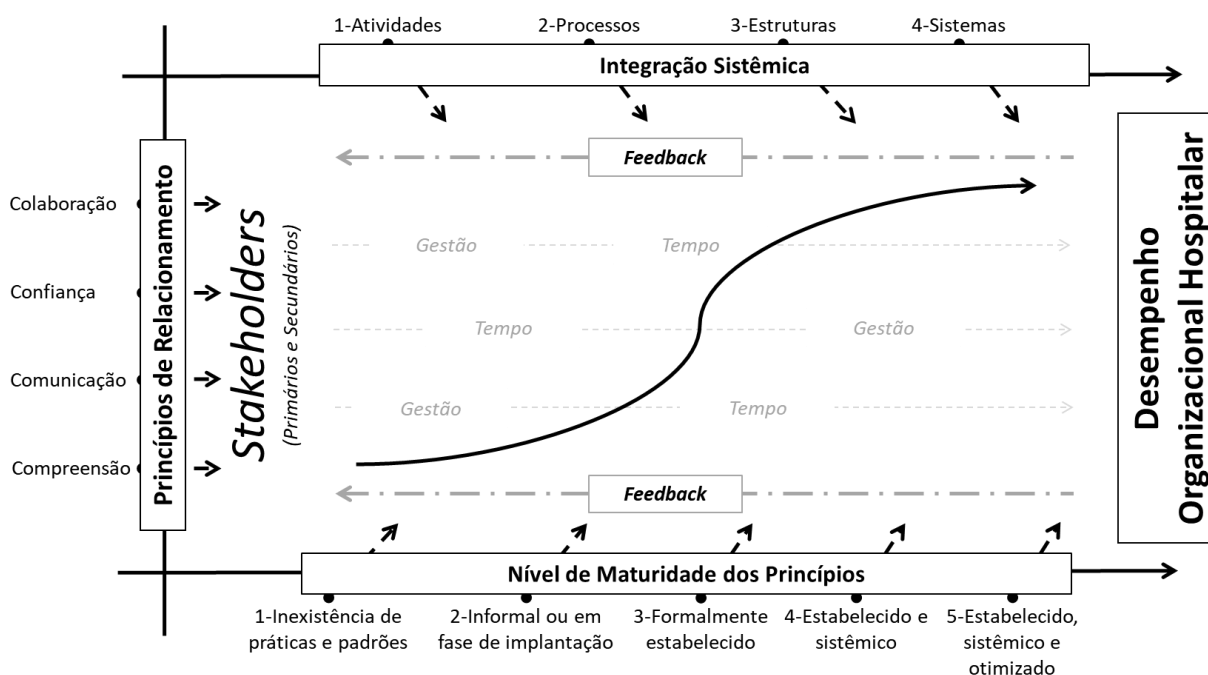
**Quadro 31.** *Constructo da Gestão de Desempenho Organizacional*

Dimensão	Subdimensão	Afirmativas	Autores
Desempenho organizacional hospitalar	Econômico / Financeiro	E1; E2; E3.	Alástico (2013); Barbosa (2017); Barbosa (2019); Curtice (2006); Esmail <i>et al.</i> (2015); Johnston <i>et al.</i> (2004); Martins (2015); Pavão e Rossetto (2015); Picchiai (2009); Ramos e Miyake (2010); Stocker <i>et al.</i> (2019); Vieira <i>et al.</i> (2006); Vignochi <i>et al.</i> (2014); Zehir <i>et al.</i> (2016).
	Operacional	E4; E5; E6; E7.	
	Qualidade Técnica	E8; E9; E10.	
	Relacionamento Interno	E11; E12; E13; E14; E15.	
	Relacionamento Externo	E16; E17; E18; E19.	

Fonte: elaborado pelo autor (2021).

A Figura 11 apresenta a visão sistêmica do constructo de pesquisa permitindo visualizar as inter-relações entre os níveis de maturidade, as dimensões e o desempenho hospitalar organizacional.

**Figura 11.** *Representação gráfica da visão sistêmica do constructo*



Fonte: elaborado pelo autor (2021).

### 3.4 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Neste estudo o instrumento de coleta de dados foi composto por um questionário elaborado com perguntas fechadas. Para simplificação da obtenção dos dados o questionário foi dividido em três seções de perguntas: a primeira teve como objetivo avaliar a maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* em organizações hospitalares; a segunda caracterizou o desempenho organizacional hospitalar; e a última seção está direcionada a caracterizar a organização hospitalar.

As dimensões que têm por objetivo avaliar o nível de maturidade das organizações hospitalares na gestão de relacionamento com *stakeholders* (macro dimensão), foram divididas em dimensões: Compreensão, Comunicação, Confiança e Colaboração. Estas dimensões possuem suas respectivas subdimensões e afirmativas, apresentadas no Apêndice A.

Com o propósito de identificar o nível de maturidade avaliado pelo respondente será aplicada uma escala de maturidade de cinco níveis, para as dimensões que caracterizam o modelo de gestão de relacionamento com *stakeholders*, conforme o modelo de avaliação proposto. Os níveis de maturidade foram adaptados as necessidades deste estudo e seguem os critérios estabelecidos nos trabalhos de Ehms e Langen (2002), Kerzner (2002), Paulk *et al.* (1993), Paulzen *et al.* (2002), Rosemann, Bruin e Power (2007) e Türetken e Demirörs (2004). A variação do intervalo da escala possui a seguinte interpretação:

Nível 1 – Inexistência de práticas e padrões: ainda não está implantado ou está sendo implantado informalmente, com resultados instáveis;

Nível 2 – Informal ou em fase de implantação: implantação foi iniciado pela organização hospitalar. Existe um cronograma de implantação;

Nível 3 – Formalmente estabelecido: implantado formalmente (documentado), mas existem algumas falhas na execução;

Nível 4 – Estabelecido e sistêmico: completamente implantado em uma área ou mais áreas e com indicadores estabelecidos. Os resultados planejados são alcançados;

Nível 5 – Estabelecido, sistêmico e otimizado: completamente implantado, possui indicadores estabelecidos, tem resultados efetivos e exhibe melhoria contínua nos últimos 12 meses.

Para avaliar o desempenho organizacional hospitalar, com base na percepção dos respondentes, será aplicada uma escala *Likert* crescente com pontuações variando de 1 a 5,

sendo que 01 representa as afirmativas em que você considera a organização hospitalar “Muito pior”, 2 “Pior”, 3 “Igual”, 4 “Melhor” e 5 “Muito melhor” em relação aos indicadores de desempenho, conforme o modelo de avaliação proposto (Apêndice A).

A última seção do questionário está direcionada à caracterização das organizações hospitalares, contendo informações como o número de colaboradores, tipo de instituição, classificação hospitalar, participação em processo de acreditação e quantidade média de cirurgias mensais. O instrumento completo pode ser visualizado no Apêndice A. Como forma de validar o modelo proposto no constructo, realizou-se um pré-teste, conforme detalhamento apresentado a seguir.

### 3.4.1 Pré-teste

Para avaliar a precisão e a confiabilidade do instrumento de coleta de dados (questionário), foram realizados testes de validade e confiabilidade. A validação do conteúdo envolve uma avaliação sistemática por parte de especialistas para avaliar a adequação das questões ao tema (Hair Jr. *et al.*, 2005).

O método utilizado para a criação do instrumento de coleta de dados, objetivando garantir previamente a validade de conteúdo dos constructos, incluiu uma detalhada pesquisa na literatura, seguida de processo de análise e avaliação por um grupo de especialistas com experiência na área de gestão de organizações hospitalares, com ênfase na gestão de relacionamento com *stakeholders*.

Embora, conseqüentemente, tenhamos definido teoria e técnicas quantitativas para este estudo, entrevistas qualitativas nos dão a chance de melhor compreender nosso modelo com base no “mundo real”, isto é, *feedback* dos profissionais. Para validação do modelo, com base na pesquisa de Cleven *et al.* (2014), foi realizada análise do instrumento de coleta de dados por cinco especialistas (professores e gestores) utilizando questionamentos sobre três aspectos: completude, utilidade e avanço. Estes foram representados pelos seguintes questionamentos:

- Completude: com relação ao conteúdo o modelo está completo?
- Utilidade: permite realização de uma auto avaliação válida? O modelo também permite revelar meios de melhoria?
- Avanço: o que poderia aumentar o valor desse modelo?

De forma resumida, todos os cinco entrevistados avaliaram positivamente a funcionalidade abrangente do modelo. Em relação à autoavaliação, todos os entrevistados foram capazes de localizar rapidamente seu respectivo hospital com base no modelo. Devido ao fato do modelo representar o contexto das organizações hospitalares e as relações ali estabelecidas, os entrevistados observaram a capacidade de identificar as etapas de melhoria necessárias com base na diferença entre sua posição atual e o estágio final desejado de maturidade. Embora o modelo tenha sido considerado completo, todos os entrevistados observaram a necessidade de receber orientações adicionais e segmentadas das relações existentes entre os grupos de interesses. Devido ao fato de o modelo representar um instrumento avaliativo de abrangência intra e interorganizações hospitalares, os entrevistados atribuíram ao modelo um caráter apropriado.

Com base nos questionamentos e considerações acima mencionados, o grupo de especialistas também sugeriam adequações no instrumento de pesquisa com a inclusão de assertivas e adequação de redação para facilitar o entendimento por parte dos respondentes. As áreas de atuação dos especialistas são apresentadas no Quadro 32.

**Quadro 32.** *Especialistas revisores do instrumento de pesquisa*

Especialista	Área de atuação
Especialista 1	Professor, Doutor na área de administração pela Universidade Regional de Blumenau (FURB)
Especialista 2	Professor, Doutor na área de educação pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI)
Especialista 3	Professor, Doutor na área de administração pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI)
Especialista 4	Gestor e encarregado da área de Relações com Investidores
Especialista 5	Gestor e encarregado da área de Relações Humanas em Organizações Hospitalares
Especialista 6	Consultor especializado na área de Gestão e Processos em Organizações Hospitalares

Fonte: elaborado pelo autor (2021).

Em seguida, para avaliação do conteúdo do instrumento de coleta utilizou-se o método de pesquisa *Q-sort*. Desta forma, as assertivas foram analisadas por juízes, indicando os itens que deveriam ser reexaminados e, em caso de redação inadequada ou ambígua, ser eliminados (Moore & Benbasat, 1991). O processo de avaliação de conteúdo abrangeu três fases: caracterização do avaliador, avaliação dos itens conforme definições e conceitos apresentados, e sugestões de melhoria.

Foram convidados 05 especialistas na área de gestão de relacionamento com *stakeholders*. Dentre os convidados, todos possuíam experiência prática e ou educacional quanto a gestão de relacionamento no segmento hospitalar. Quanto à expertise profissional,

todos possuíam tempo médio de atuação de 15 anos e formação específica na área de gestão e saúde (Juiz 1 – Médico; Juiz 2 – Administrador; Juiz 3 – Farmacêutico; Juiz 4 – Psicólogo; Juiz 5 – Médico).

Foram enviados arquivos contendo instruções para realizar a avaliação, uma explicação referente à pesquisa, seus objetivos e uma lista de assertivas ordenadas aleatoriamente e em colunas estavam às subdimensões a serem relacionadas. A tarefa inicial dada aos juízes foi de relacionar cada assertiva com uma das dimensões apresentadas.

A aplicação do *Q-sort* é indicado como uma possibilidade de indicador da validade do construto, pois indica a convergência e a divergência entre as assertivas em relação a cada dimensão do instrumento. A evidência da assertividade do constructo se dá pela alocação adequada das assertivas em relação a suas dimensões (Moore & Benbasat, 1991).

Após o retorno do instrumento por parte dos juízes, foi realizada análise dos resultados indicando o índice de convergência das respostas individuais. Foram atingidos, entre os juízes, índices de convergência satisfatórios: 71,20%, 69,20%, 63,50%, 69,20% e 67,30% considerando 56 assertivas avaliadas.

O conteúdo foi avaliado de maneira quantitativa por meio do cálculo do Índice de Kappa (Cohen, 1960), apresentado na Tabela 1. Os valores pareados (juiz(n) x juiz(n+1)) precisam atingir níveis superiores a 65% (Moore & Benbasat, 1991). A média dos índices de Kappa foi de 68,08%. Com base na escala desenvolvida por Landis e Koch (1977), podemos considerar que o grau de acordo entre as respostas individuais foi classificado como substancial (Se  $0,61 < |k| < 0,80$ , o grau de acordo é substancial). Além disto, optou-se por aceitar o índice de Kappa, pois o instrumento possui muitas assertivas e dimensões podendo confundir os respondentes, também se considerou os resultados obtidos nos demais testes, e o tratamento das assertivas com índices baixos de concordância.

**Tabela 1.** Índice de Kappa

	<b>Juiz 1</b>	<b>Juiz 2</b>	<b>Juiz 3</b>	<b>Juiz4</b>
<b>Juiz 2</b>	51,90%	-	-	-
<b>Juiz 3</b>	46,20%	44,20%	-	-
<b>Juiz 4</b>	51,90%	61,60%	59,60%	-
<b>Juiz 5</b>	50,00%	52,00%	53,80%	59,60%

Fonte: dados da pesquisa (2021).

A confiabilidade das assertivas foi avaliada a partir da análise do percentual de concordância dos juízes com a teoria (índice de convergência por construto). O índice de

convergência do constructo é menos rigoroso que o índice de Kappa, porém é considerado, pois pode identificar possíveis problemas entre as variáveis (Moore & Benbasat, 1991).

A avaliação da confiabilidade das assertivas que representam a macro dimensão Gestão de Relacionamento com *Stakeholders* tem por base o Quadro 28. Das cinquenta e seis assertivas constantes no Quadro 33, dezoito apresentam concordância igual ou inferior a 60%, o que configura a necessidade de revisão destes itens. Segundo Hair Jr. *et al.* (2009, p.594), os “itens que recebem menos do que 50% de concordância são possíveis candidatos para exclusão da análise”.

**Quadro 33.** Índice de concordância para macro dimensão Gestão de Relacionamento com Stakeholders

Dimensão	Subdimensão	Afirmativas	Concordância por assertiva	Concordância da Dimensão
Compreensão	Identificar	A1	100%	70%
		A2	40%	
		A3	100%	
		A4	40%	
	Priorizar	A5	40%	60%
		A6	40%	
		A7	80%	
		A8	80%	
	Monitorar	A9	80%	85%
		A10	100%	
		A11	60%	
		A12	100%	
Comunicação	Informar	B13	80%	70%
		B14	80%	
		B15	80%	
		B16	40%	
	Ouvir	B17	20%	65%
		B18	80%	
		B19	80%	
		B20	80%	
	Responder	B21	80%	70%
		B22	40%	
		B23	80%	
		B24	80%	
Confiança	Transparência	C25	80%	75%
		C26	80%	
		C27	40%	
		C28	100%	
	Integridade	C29	80%	75%
		C30	60%	
		C31	80%	
		C32	80%	
	Respeito	C33	80%	70%
		C34	40%	
		C35	100%	
		C36	60%	
Ética	C37	80%	70%	
	C38	80%		
	C39	80%		
	C40	60%		

Colaboração	Integrar	D41	40%	70%
		D42	80%	
		D43	80%	
		D44	80%	
	Partilhar	D45	40%	70%
		D46	80%	
		D47	80%	
		D48	80%	
	Cooperar	D49	40%	60%
		D50	80%	
		D51	40%	
		D52	80%	
	Reportar	D53	100%	75%
		D54	80%	
		D55	40%	
		D56	80%	

Fonte: elaborado pelo autor (2021).

Pode-se observar no Quadro 33 a alocação das assertivas pertencentes a cada dimensão. O total de acertos do constructo foi de 197 em 280 possíveis, ou seja, 70,36%. Moore e Benbasat (1991) indicam que o percentual de acertos aceitável é igual a 70% ou superior. A dimensão Compreensão recebeu 71,67% de concordância entre os juízes, Comunicação obteve 68,33% de concordância, Confiança atingiu 72,50% de concordância e por fim Colaboração com 68,75% de concordância.

A análise dos construtos da macro dimensão Gestão de Relacionamento com *Stakeholders* indica pontos de atenção relacionados a assertivas pertencentes às dimensões (subdimensões): Compreensão (Identificar, Priorizar e Monitorar); Comunicação (Informar, Ouvir e Responder); Confiança (Transparência, Integridade, Respeito e Ética); Colaboração (Integrar, Partilhar, Cooperar e Reportar). Além disto, considerando os apontamentos dos juízes, observando-se as assertivas, adequou-se a escrita de sete assertivas, realocou-se dez assertivas e manteve-se a redação de uma assertiva. O Quadro 34 apresenta as assertivas e a alteração realizada no instrumento de pesquisa mediante resultados do processo de validação do constructo.

**Quadro 34.** Desfechos da macro dimensão Gestão de Relacionamento com Stakeholders após aplicação do *Q-sort*

Dimensão	Subdimensão	Afirmativas	Descrição pré <i>Q-sort</i>	Desfecho após <i>Q-sort</i>
Compreensão	Identificar	A2	Definição de características dos <i>stakeholders</i> com base nas exigências dos processos em que atuam.	Reescrita: Identificação de características dos <i>stakeholders</i> com base nas exigências dos processos em que atuam.
		A4	Estabelecimento dos níveis de influência dos <i>stakeholders</i> no processo decisório da organização hospitalar.	Realocada para subdimensão priorizar.

	Priorizar	A5	Desenvolvimento de plano de suporte para atividades de relacionamento com os <i>stakeholders</i> .	Realocada para subdimensão identificar.
		A6	Categorização de ideias e objetivos evidenciados pelos <i>stakeholders</i> relativos à organização.	Reescrita: Priorização isenta de ideias e objetivos evidenciados pelos <i>stakeholders</i> relativos à organização.
	Monitorar	A11	Acompanhamento da rede de relacionamentos ( <i>networking</i> ) entre os <i>stakeholders</i> , afim de identificar riscos e oportunidades em relação a organização hospitalar.	Mantida por considerar que a redação se encontra adequada.
Comunicação	Informar	B16	Plano de comunicação com e entre os <i>stakeholders</i> .	Realocada para subdimensão responder.
	Ouvir	B17	Política e procedimentos de comunicação com os <i>stakeholders</i> .	Reescrita: Compreensão da percepção dos <i>stakeholders</i> quanto a política e procedimentos de comunicação.
	Responder	B22	Processo de antecipação a crises, com o propósito de dar conhecimento sobre os fatos e preservar a imagem institucional perante seus <i>stakeholders</i> .	Realocada para subdimensão informar.
Confiança	Transparência	C27	Processo coerente de exposição das atitudes que possam afetar significativamente os interesses da organização hospitalar e dos <i>stakeholders</i> .	Realocada para subdimensão respeito.
	Integridade	C30	Adaptação dos procedimentos operacionais, quando admissível, para criar melhor sinergia e completude entre as atividades com os <i>stakeholders</i> .	Reescrita: Processo de adaptação dos procedimentos operacionais, quando admissível, para criar melhor sinergia e completude entre as atividades com os <i>stakeholders</i> .
	Respeito	C34	Otimização do número de procedimentos e controles, fundamentados no compromisso e interdependência com os <i>stakeholders</i> .	Realocada para subdimensão transparência.
		C36	Consideração equânime de diferenças e interesses legítimos, contratuais e legais extensíveis aos <i>stakeholders</i> .	Reescrita: Respeito de forma equânime as diferenças e interesses legítimos, contratuais e legais extensíveis aos <i>stakeholders</i> .
Ética	C40	Conjunto de deveres e princípios profissionais a serem adotados pelos <i>stakeholders</i> , assegurando o respeito pela dignidade das pessoas.	Reescrita: Conjunto de valores morais e princípios profissionais a serem adotados pelos <i>stakeholders</i> , assegurando o respeito pela dignidade das pessoas.	

Colaboração	Integrar	D41	Processo de estabelecimento de um senso comum da missão, estratégia e valor organizacional hospitalar para com os <i>stakeholders</i> .	Realocada para subdimensão partilhar.
	Partilhar	D45	Compartilhamento do investimento de tempo e recursos, a fim de garantir menor custo e maior eficiência na geração de benefícios para a organização e os <i>stakeholders</i> .	Realocada para subdimensão integrar.
	Cooperar	D49	Disponibilização contributiva de registros completos, precisos e verdadeiros, com suficiente nível de detalhamento, de forma a permitir o acesso dos <i>stakeholders</i> às informações consideradas relevantes ao desempenho do negócio.	Realocada para subdimensão reportar.
		D51	Contribuição evolutiva gradual de práticas de melhoria contínua, sejam elas nos produtos e serviços, adotando padrões de excelência na gestão de relacionamento com os <i>stakeholders</i> .	Reescrita: Cooperação evolutiva no desenvolvimento de práticas de melhoria contínua, sejam elas nos produtos e serviços, adotando padrões de excelência na gestão de relacionamento com os <i>stakeholders</i> .
	Reportar	D55	Utilização e compartilhamento de indicadores chave de desempenho para mensurar e compreender se as atividades e objetivos estabelecidos entre a organização e os <i>stakeholders</i> estão sendo efetivamente realizados.	Realocada para subdimensão cooperar.

Fonte: elaborado pelo autor (2021).

A avaliação da confiabilidade das assertivas que representam a macro dimensão Gestão de Desempenho Organizacional tem por base o Quadro 35. Das dezenove assertivas constantes no Quadro 33, duas apresentam concordância igual ou inferior a 60% o que configura a necessidade de revisão destes itens. Segundo Hair Jr. et al. (2009, p.594), os “itens que recebem menos do que 50% de concordância são candidatos para exclusão da análise”.

**Quadro 35.** Constructo da Gestão de Desempenho Organizacional

Dimensão	Subdimensão	Afirmativas	Concordância por assertiva	Concordância da Dimensão
Desempenho organizacional hospitalar	Econômico / Financeiro	E1	100%	93,33%
		E2	100%	
		E3	80%	
	Operacional	E4	80%	85%
		E5	80%	
		E6	100%	

	Qualidade Técnica	E7	80%	80%
		E8	100%	
		E9	80%	
		E10	60%	
	Relacionamento Interno	E11	80%	84%
		E12	80%	
		E13	80%	
		E14	100%	
		E15	80%	
	Relacionamento Externo	E16	80%	70%
		E17	40%	
		E18	80%	
		E19	80%	

Fonte: elaborado pelo autor (2021).

Pode-se observar no Quadro 35 a alocação das assertivas pertencentes a dimensão desempenho organizacional hospitalar. O total de acertos do constructo foi de 79 em 95 possíveis, ou seja, 83,16%. Moore e Benbasat (1991) indicam que o percentual de acertos aceitável é igual a 70% ou superior. A subdimensão Econômico/Financeira recebeu 93,33% de concordância entre os juízes, Operacional obteve 85% de concordância, Qualidade Técnica atingiu 80% de concordância e por fim Relacionamento Interno com 84% e Relacionamento Externo com 70% de concordância.

A análise dos construtos da macro dimensão Gestão de Desempenho Organizacional indica pontos de atenção relacionados a assertivas pertencentes às subdimensões: Qualidade Técnica e Relacionamento. Além disto, considerando os apontamentos dos juízes observando-se as assertivas, adequou-se a escrita de duas assertivas. O Quadro 36 apresenta as assertivas e a alteração realizada no instrumento de pesquisa mediante resultados do processo de validação do constructo.

**Quadro 36.** Desfechos da macro dimensão Gestão de Desempenho Organizacional após aplicação do Q-sort

Dimensão	Subdimensão	Afirmativas	Descrição pré Q-sort	Desfecho após Q-sort
Desempenho Organizacional Hospitalar	Qualidade Técnica	E10	Número de clientes que retornaram ao hospital até 30 dias da última data em relação a outros hospitais da região.	Reescrita: Número de clientes que retornaram ao hospital pelo mesmo diagnóstico até 30 dias da última data em relação a outros hospitais da região.
	Relacionamento Externo	E17	A suspensão, retirada ou supressão dos recursos recebidos das fontes pagadoras em relação a outros hospitais da região.	Reescrita: O índice de suspensão, retirada ou supressão dos recursos recebidos das fontes pagadoras (operadoras de planos de saúde) em relação a outros hospitais da região.

Fonte: elaborado pelo autor (2021).

A validação do conteúdo por meio do *Q-sort* permite que a análise pelos juízes seja realizada até que obtenha os índices adequados dos construtos. Nesta pesquisa optou-se por uma única rodada devido à limitação de tempo. Após a validação do instrumento de pesquisa, foi realizado um teste piloto com 15 respondentes, gestores, que atuam em organizações hospitalares para avaliar o entendimento das questões e o tempo médio destinado para responder o instrumento de pesquisa.

Ressalta-se que, conforme eram evidenciadas as dúvidas dos respondentes, buscava-se ajustar aos termos utilizados para que fossem definidas, com maior clareza, as questões presentes no instrumento de pesquisa. Assim, foi considerado trinta e cinco minutos como tempo médio de resposta, e através de ajustes pontuais, o material tornou-se mais compreensível, onde não foram verificadas mais dúvidas que pudessem comprometer o entendimento sobre o instrumento de pesquisa.

### 3.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA DA PESQUISA

A amostra é não probabilística, uma vez que as organizações hospitalares não serão selecionadas mediante critérios estabelecidos pelo pesquisador. Além disso, a amostra deve ser obtida por conveniência, diante das organizações hospitalares que estiveram dispostas a participar da pesquisa respondendo ao instrumento de coleta de dados (Hair Jr. *et al.*, 2005).

A população desta pesquisa envolveu organizações hospitalares independentes do objetivo financeiro e número de leitos situados no Brasil, somando-se aproximadamente 5.819 hospitais. Estes critérios servirão para caracterizar a amostra e serão apresentados no capítulo da análise dos dados.

Definiu-se como população objeto de estudo os gestores responsáveis pela alta administração, com responsabilidade pela gestão de relacionamento com *stakeholders*, sendo um por organização hospitalar. Giusti *et al.* (2017) manifestam a importância dos ocupantes de cargos diretivos nas organizações hospitalares, considerando-os imprescindíveis para gerir estruturas complexas relacionadas às características peculiares das atividades desenvolvidas e à diversidade das relações existentes. O gestor responsável pela alta administração hospitalar tem um papel característico de liderança, ao qual compete planejar, organizar, dirigir e controlar as atividades técnicas e administrativas da organização hospitalar, além de responder pelos resultados desta e poder constituído para representá-la perante as partes interessadas (Silva, & Brandalize, 2020).

Para estabelecer o tamanho da amostra, tomou-se como base as recomendações feitas por Ringle, Silva e Bido (2014) acerca da utilização do *software* G\*Power, versão 3.1.9.2. De acordo com os autores, esse *software* diz respeito a um programa de análise de poder livre para uma variedade de testes estatísticos comumente usados nos aspectos sociais, comportamentais e ciências biomédicas (Faul *et al.*, 2009; Memon *et al.*, 2020).

Ringle, Silva e Bido (2014) recomendam que, inicialmente, deve-se avaliar o construto ou VL que recebe o maior número de setas ou tem o maior número de preditores, observando dois parâmetros: o poder do teste ( $Power = 1 - \beta$  erro prob) e o tamanho do efeito ( $f^2$ ). Os autores trazem como sugestão para definição de um modelo mais consistente utilizar ao menos o dobro do valor obtido no cálculo.

Cohen (1998) e Hair Jr. *et al.* (2016) indicam como parâmetro do poder de teste um valor de 0,80 e um  $f^2$  mediano de 0,15. Acrescentam que um modelo deve receber ao menos duas setas, como parâmetro adequado.

Seguindo os critérios estabelecidos anteriormente, o cálculo do *software* indicou um tamanho total da amostra de 68 que, ajustada ao recomendado (dobro) passa a ser de 136 organizações hospitalares. Considerando que os questionários válidos recebidos foram de 162 organizações hospitalares, o número de respostas foi considerado representativo para aplicação das técnicas da Análise Fatorial Exploratória [AFE] e Análise Fatorial Confirmatória [AFC] e demais testes previstos pelas técnicas estatísticas do *Analysis of Moment Structures* [AMOS] desenvolvidas para aplicação da Modelagem de Equações Estruturais [MEE] (Hair Jr. *et al.*, 2014).

### 3.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por acessibilidade, em parceria com o Centro de Estudos e Pesquisas em Administração [CEPA] vinculado à Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul [UFRGS] selecionada de forma intencional, tomando como parâmetro o fato de possuir experiência na aplicação de questionários e coleta de informações primárias de organizações sediadas no território nacional. A aplicação dos questionários consistiu em ligações telefônicas via *skype* a responsáveis das organizações hospitalares (gestor responsável pela alta administração), no período entre 01/05/2020 a 07/08/2020.

Posteriormente a coleta inicial, a amostra foi complementada pelo pesquisador através do envio de questionários via *e-mail* e estabelecimento de contatos via *LinkedIn* com os

responsáveis das organizações hospitalares, no intuito de ampliar o número de respondentes da pesquisa.

Como forma de preservar os respondentes e as organizações hospitalares pesquisadas ressaltou-se, no corpo do texto que antecede aos questionários, que os dados obtidos seriam tratados e analisados de forma conjunta, em caráter estritamente confidencial e os resultados seriam apresentados sem a identificação da organização hospitalar e o respectivo respondente. Foi oportunizado aos respondentes das organizações hospitalares que participaram da pesquisa a opção de receberem em seu *e-mail* um relatório geral do trabalho, bem como um personalizado, comparando as respostas médias perante os demais concorrentes do mercado.

Para esta pesquisa foram coletados 170 questionários e validados 162, com dados completos, sem erros de preenchimento, variância baixa ou incompletude, sendo este o tamanho final da amostra da pesquisa.

### 3.7 PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

Os dados foram tabulados em planilha eletrônica Excel®, importados e tratados com o auxílio dos *softwares* estatísticos SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 22 e Amos Graphics® versão 21. A primeira análise foi realizada por meio de técnicas multivariadas – Análise Fatorial Exploratória [AFE], com objetivo de confirmar as dimensões que compõem o constructo, considerando que o modelo foi estabelecido com base na literatura.

A análise multivariada é um composto de técnicas estatísticas que possibilita a análise e interpretação de conjuntos de dados de natureza quantitativa com número elevado de variáveis de forma compreensível (Neisse & Hongyu, 2016). A Análise Fatorial Exploratória [AFE] ou “*Exploratory Factor Analysis*” é uma técnica dentro da análise fatorial cujo objetivo abrangente é identificar as relações subjacentes entre as variáveis medidas. A AFE é uma técnica estatística que estuda correlações entre um grande número de variáveis agrupando-as em fatores. Essa técnica permite a redução de dados, identificando as variáveis mais representativas ou criando um novo conjunto de variáveis, bem menor que o original (Hair Jr. *et al.*, 2009).

Para realização da Análise Fatorial Exploratória [AFE] com o objetivo de confirmar as dimensões que compõem o construto, foi utilizado o software estatístico SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 22.

Em seguida, utilizou-se a Modelagem de Equações Estruturais [MEE], modelo que contribui com a análise das relações causais entre os constructos analisados. A MEE é um

método estatístico de segunda geração e uma ferramenta analítica largamente empregue no ramo das ciências que visa às aplicações do conhecimento para a solução de problemas práticos (Hair Jr., Babin, & Krey, 2017). Segundo Kline (2015) a MEE não é considerada apenas como uma técnica, e sim como um composto de procedimentos estatísticos (KLINE, 2015).

A Modelagem de Equações Estruturais [MEE] procura esclarecer as relações entre diferentes variáveis, analisando a disposição de inter-relações elucidadas em uma série de equações, análoga às de regressão múltipla. Estas equações retratam todas as relações entre constructos (variáveis dependentes e independentes) envolvidas na investigação (Hair Jr., Babin, & Krey, 2017). De acordo com Hair Jr., Gabriel e Patel (2014) a MEE assegura a análise das relações entre diferentes construtos latentes, os quais podem ser analisados de uma maneira a minimizar o erro no modelo proposto.

Para realização da Modelagem de Equações Estruturais [MEE] com o objetivo de avaliar a influência da maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* no desempenho percebido de organizações hospitalares do Brasil, foi utilizado o *software* Amos Graphics® versão 21, por este ser o sistema de análise adequado ao tamanho da amostra.

As etapas para realização da modelagem de equações estruturais foram cumpridas. Iniciado o refinamento das questões do modelo de mensuração aplicado na pesquisa, assim, foi verificado se os níveis de confiabilidade do modelo eram aceitáveis. De acordo com Hair Jr. *et al.* (2005), os índices devem ser significativos, excluindo-se questões que não obtiverem significância estatística, *p-value* maior que 0,05, carga fatorial menor que 0,70 e  $R^2$  menor que 0,50. Entende-se por carga fatorial as correlações entre as variáveis originais e os fatores; o coeficiente de determinação ( $R^2$ ), representa a proporção da variância nas variáveis observadas, referindo-se à variável latente ou isentas de erros e; o *p-value*, corresponde ao nível de significância aceitável (Hair Jr. *et al.*, 2005).

Após avaliação da validade das variáveis iniciou-se a avaliação das dimensões da pesquisa considerando a Confiabilidade Composta [CC], Variância Média Extraída [VME] e o *Alfa de Cronbach* [AC]. O coeficiente de confiabilidade composta avalia a consistência das dimensões. Espera-se valores iguais ou superiores à 0,70, quanto maior o coeficiente, mais confiável e consistente é a dimensão. A validade convergente é medida pela VME, Fornell e Larcker (1981), consideram adequados valores superiores a 0,50. A confiabilidade das dimensões estudadas é refletida pelo *Alfa de Cronbach*, deve apresentar valores entre 0 e 1, com aceitabilidade de 0,7 (Hair Jr. *et al.*, 2005).

Considerando a etapa anterior da validade das dimensões, na sequência foi realizada análise da Validade Discriminante, que mensura o nível de similaridade entre as dimensões, ou

seja, avalia se as variáveis de um constructo estão relacionadas ou não, a outros constructos. Para análise da validade discriminante utilizou-se o método de Fornel e Lacker (1981) onde a raiz quadrada da VME deve ser maior do que a correlação entre os construtos (Ringle, Silva, & Bido, 2014).

O modelo estrutural apresentado neste estudo foi testado por meio da Modelagem de Equações Estruturais utilizando o *software* Amos Graphics® versão 21.

O Quadro 37 apresenta os principais critérios utilizados pelo método MEE para avaliar a adequação dos constructos, a partir da AFC.

**Quadro 37.** Índices de ajuste do modelo

Índice de Ajuste Absoluto		
Indicador	Descrição	Valores Recomendados
CMIN/DF ( $\chi^2/df$ )	Indica as disparidades entre as matrizes estimadas e as observadas, sugerindo, em valor absoluto, que as diferenças entre as matrizes serão menores quanto menor for a relação entre graus Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ) e Grau de Liberdade (df) (Hair Jr. <i>et al.</i> , 2005).	Menor que 5,0
<i>Goodness of Fit Index</i> [GFI]	Índice de qualidade de ajuste varia de 0 (ajuste fraco) a 1 (ideal) e permite a comparação dos resíduos das matrizes observadas e estimadas (Schumacker & Lomax, 2004).	Maior que 0,90
<i>Root Mean Square Error of Approximation</i> [RMSEA]	Utilizado para verificar a correção da tendência apresentada pelo $\chi^2$ de rejeitar o modelo a partir de grandes amostras ou grande número de variáveis observadas (Browne & Cudeck, 1997; Hair Jr. <i>et al.</i> , 2005).	Entre 0,04 e 0,08
<i>Root Mean Square Residual</i> [RMSR]	Equivale à raiz quadrada da média dos resíduos quadrados, uma média dos resíduos entre as matrizes observadas e os resíduos da matriz de referência. Pode ser determinado pela matriz de covariância ou pela matriz de correlação, sendo mais eficiente quanto às correlações (Hair Jr. <i>et al.</i> , 2009; Kline, 2015).	Menor que 0,10
Índice de Ajuste Incremental		
Indicador	Descrição	Valores Recomendados
<i>Tucker-Lewis Index</i> [TLI]	Apresenta uma medida de parcimônia entre os índices do modelo proposto e do modelo nulo. Varia de zero a um (Garver & Mentzer, 1999; Hair Jr. <i>et al.</i> , 2005).	Maior que 0,90
<i>Comparative Fit Index</i> [CFI]	Compara de forma geral o modelo estimado e o modelo nulo, considerando valores mais próximos de um como indicadores de ajustamento satisfatório (Hair Jr. <i>et al.</i> , 2005; Kline, 2015).	Maior que 0,90
Índice de Ajuste de Parcimônia		
Indicador	Descrição	Valores Recomendados
<i>Parsimony-adjusted NFI</i> [PNFI]	Fornecer informações sobre qual modelo é melhor dentre um conjunto de modelos concorrentes, considerando o ajuste relativo à sua complexidade e o número de coeficientes para análise (Hair Jr. <i>et al.</i> , 2005).	Entre 0 e 1, próximo de 1
Análise de Confiabilidade		
Indicador	Descrição	Valores Recomendados

Alfa de Cronbach [AC]	O coeficiente $\alpha$ é uma estimativa da confiabilidade de uma medida não considera os erros nos indicadores (Hair Jr. <i>et al.</i> , 2009).	Maior que 0,70
Confiabilidade Composta [CC]	É uma medida de consistência interna dos itens (Hair Jr. <i>et al.</i> , 2005).	Maior que 0,70
Variância Média Extraída [VME]	Representa uma medida de confiabilidade que indica a quantidade geral de variância nos indicadores explicada pelo constructo latente (Hair Jr. <i>et al.</i> , 2005).	Maior que 0,50
Validade Discriminante		
Indicador	Descrição	Valores Recomendados
Critério de Fornell e Larcker (1981)	Compara-se os percentuais de variância extraída para dois constructos quaisquer com o quadrado da estimativa de correlação entre tais constructos.	As estimativas de AVE devem ser $>$ à estimativa quadrática da correlação.
Bagozzi e Phillips (1982)	Verifica-se a correlação dos constructos por pares, testando o modelo livre com parâmetros não fixados para obtenção do $\chi^2$ e o modelo fixo, com parâmetro fixado em 1.	O ajuste do modelo de dois constructos deve ser melhor do que o de um constructo.

Fonte: elaborado pelo autor (2021).

Por fim, por intermédio da estatística descritiva, foi identificado o nível de maturidade das organizações hospitalares com base no instrumento de pesquisa proposto, observando-se a maturidade da macro dimensão, das dimensões e das subdimensões. Para definição da maturidade optou-se pelo uso do mínimo estabelecido em cada subdimensão para compor o nível de maturidade daquela subdimensão, entendendo assim que a maturidade em cada subdimensão só pode ser alcançada por completo ao se estabelecer o padrão mínimo aceitável. A definição da maturidade de cada dimensão, por entender-se que medem coisas diferentes, foi estabelecida pela média obtida em cada subdimensão, assim como o nível de maturidade da macro dimensão foi estabelecido com base na média obtida entre as respectivas dimensões.

Em seguida foi realizada a comparação entre as médias dos grupos, por meio do teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney rank sum test (U test)*. Foram avaliadas as diferenças entre grupos caracterizados pelo critério: tipo de organização hospitalar, classificação da organização hospitalar pelo número de leitos, quantidade média de cirurgias mensais realizadas e obtenção ou não de processo de acreditação.

### 3.8 REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A trajetória engloba a descrição das diversas etapas empregadas no desenvolvimento da pesquisa. A Figura 12 apresenta uma síntese da trajetória da pesquisa sistematizada em cinco grandes etapas.

**Figura 12.** Representação gráfica da trajetória metodológica da pesquisa

<b>Trajétoria Metodológica da Pesquisa</b>	
1ª Etapa	<p><b>Problema de pesquisa:</b> Como devemos estruturar e avaliar a maturidade de gestão de relacionamento com <i>stakeholders</i> no desempenho de organizações hospitalares?</p>
	<p><b>Objetivo da pesquisa:</b> Construir um modelo de avaliação da maturidade de gestão de relacionamento com <i>stakeholders</i> que tenha relação com o desempenho percebido de organizações hospitalares.</p>
	<p><b>Declaração de Tese:</b> O nível da maturidade de gestão de relacionamento com <i>stakeholders</i> tem relação com o desempenho de organizações hospitalares.</p>
2ª Etapa	<p><b>Trajétoria epistemológica:</b> Teoria Geral dos Sistemas [TGS] e Teoria dos <i>Stakeholders</i> [TE] definidas como teorias de base desta pesquisa.</p>
	<p><b>Revisão da literatura:</b> Pensamento sistêmico; Teoria Geral dos Sistemas; Teoria dos <i>Stakeholders</i>; Modelos de maturidade; Gestão de relacionamento com <i>stakeholders</i>.</p>
	<p><b>Posicionamento teórico:</b> Enquadra-se no paradigma funcionalista (Burrell &amp; Morgan, 1979); TGS (Bertalanffy, 1977) e TE (Freeman, 2013) como teorias de base; Modelos de maturidade (Crosby, 1979; Hammer, 2007); Gestão de relacionamento com <i>stakeholders</i> (Freeman, 2013).</p>
	<p><b>Definição das hipóteses:</b> <math>H_1</math> – A maturidade de gestão de relacionamento com <i>stakeholders</i> tem relação positiva com o desempenho de organizações hospitalares. <math>H_{1a}</math> – A maturidade de gestão de relacionamento com <i>stakeholders</i> primários tem relação positiva com o desempenho de organizações hospitalares; <math>H_{1b}</math> – A maturidade de gestão de relacionamento com <i>stakeholders</i> secundários tem relação positiva com o desempenho de organizações hospitalares.</p>
3ª Etapa	<p><b>Delineamento da pesquisa:</b> Esse estudo, de natureza aplicada, enquadra-se, quanto aos objetivos, na categoria de pesquisa descritiva, no que tange aos procedimentos, prevê a abordagem de levantamento <i>survey</i>, utilizando como ferramenta principal de análise a abordagem quantitativa.</p>
	<p><b>Definição das variáveis de estudo:</b> - Dimensões Compreensão, Comunicação, Confiança e Colaboração (Bazanini <i>et al.</i>, 2018; Clarkson, 1991; Clarkson, 1995; Clarkson <i>Principles</i>, 1999; Donaldson, 2002; Phillips, 1997; Schröder &amp; Bandeira-de-Mello, 2011); - Dimensão Desempenho organizacional hospitalar (Alástico, 2013; Barbosa, 2017; Barbosa, 2019; Curtice, 2006; Esmail <i>et al.</i>, 2015; Johnston <i>et al.</i>, 2004; Martins, 2015; Pavão &amp; Rossetto, 2015; Picchiali, 2009; Ramos &amp; Miyake, 2010; Stocker <i>et al.</i>, 2019; Vieira <i>et al.</i>, 2006; Vignochi <i>et al.</i>, 2014; Zehir <i>et al.</i>, 2016).</p>
	<p><b>Coleta de dados:</b> Todas as variáveis foram coletadas por meio de questionário.</p>
	<p><b>Análise dos dados:</b> Estatística descritiva; Análise fatorial confirmatória; Validade discriminante; Modelagem de equações estruturais.</p>
	<p><b>Limitações da pesquisa:</b> Amostra não probabilísticas por acessibilidade e conveniência; Utilização de dados de corte transversal; Vieses de interpretação dos respondentes.</p>
4ª Etapa	<p><b>Resultados:</b> Caracterização das organizações hospitalares e dos respondentes pesquisados; Análise da estatística descritiva dos dados; Avaliação dos constructos teóricos investigados; Análise e discussão das hipóteses de pesquisa: influência da maturidade de gestão de relacionamento com <i>stakeholders</i> (primários e secundários) no desempenho de organizações hospitalares.</p>

5ª Etapa	<p><b>Conclusões e recomendações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conclusões sobre a influência da maturidade de gestão de relacionamento com <i>stakeholders</i> (primários e secundários) no desempenho de organizações hospitalares.</li> <li>- Recomendações para o desenvolvimento de futuras pesquisas.</li> </ul>
----------	---

Fonte: elaborado pelo autor (2021).

### 3.9 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Apesar do rigor científico empregado e dos cuidados metodológicos, a pesquisa apresenta limitações. A primeira limitação é o fato de a amostra não ser probabilística, por considerar diversas organizações hospitalares com classificações, finalidades, tipos de assistência e ordem (geral ou especializadas), escolhidas intencionalmente, por acessibilidade e conveniência. Considera-se que a representatividade da amostra em relação a população não deve ser rigorosamente observada pelo fato de poder impactar nos resultados obtidos.

Outra limitação de pesquisa pode ter ocorrido durante a coleta de dados, devido aos efeitos da pandemia (COVID-19), reduzindo assim a disponibilidade de tempo dos gestores responsáveis pela alta administração das organizações hospitalares e conseqüentemente o número de respondentes desta pesquisa.

A utilização de diversos tipos de organizações hospitalares considerando um corte transversal pode ser considerado como uma limitação do estudo. Considerando-se que os diversos tipos de organizações hospitalares possuam características específicas e, assim, os dados podem não expressar os resultados que seriam obtidos caso fossem analisadas organizações hospitalares relacionadas aos fins da prestação de serviços. Ademais, para que fossem estabelecidos os níveis de maturidade, optou-se em verificar a situação atual das organizações hospitalares em um período específico de tempo, não sendo considerada a perspectiva temporal. A exploração sob o ponto de vista longitudinal poderia apontar para outros resultados.

O número de organizações hospitalares pesquisadas e os vieses dos entrevistados podem também ser considerados como limitações do estudo. Buscou-se realizar entrevistas com os gestores responsáveis pela alta administração (presidentes, diretores, gerentes gerais ou pessoas que ocupassem cargos da alta administração), acreditando ser essa uma forma de obter questionários preenchidos por pessoas que tenham competência e conhecimento para os responder. Mesmo tomando esse cuidado, as respostas podem conter interpretações pessoais que não expressem o contexto analisado em toda a sua complexidade. Da mesma forma, os vieses do pesquisador podem conduzir a conclusões que limitam a generalização dos resultados.

No que tange às limitações metodológicas, pode-se considerar a abordagem quantitativa utilizada para o desenvolvimento do estudo, pois os constructos pesquisados também podem ser investigados e aprofundados de forma qualitativa, proposição esta não analisada neste estudo. Além disso, a aplicação unicamente de questionários e técnicas quantitativas, muitas vezes, pode não representar os elementos que influenciam de fato a relação entre a maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* no desempenho percebido de organizações hospitalares.

Esta pesquisa também apresentou limitações de ordem teórica. Para tanto, pode-se considerar que outras variáveis identificadas na literatura, pertinentes ao contexto de maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders*, não foram investigadas nesta pesquisa, visto esta temática ser ampla, complexa e multifacetada. Embora os modelos de maturidade sejam bem embasados nos argumentos da Teoria Geral dos Sistemas, os estudos relacionados a modelos de maturidade em organizações hospitalares que envolvam relacionamentos (alicerçado nos fundamentos da Teoria dos *Stakeholders*), não indicam claramente uma abordagem teórica específica. Assim, este estudo se pautou na criação de um modelo de maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* para avaliar os níveis de maturidade.

Diante das limitações supracitadas, nota-se que estas podem ter influenciado os resultados encontrados na pesquisa. No entanto, os procedimentos adotados com vistas a assegurar a validade e a confiabilidade do estudo, permitiram o desenvolvimento do mesmo e as inferências apresentadas sobre as relações teóricas investigadas. Na próxima seção estão apresentados às análises estatísticas e a discussão detalhada dos resultados.

## 4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresenta-se a análise e a interpretação dos resultados obtidos, com a finalidade de responder aos objetivos da pesquisa. Inicialmente discorre-se uma breve caracterização da amostra estudada. Na sequência promove-se a análise multivariada dos constructos pesquisados, concatenada com a análise das relações testadas, a partir da modelagem estrutural dos modelos teóricos de análise estabelecidos para esta investigação, inferindo-se sobre os principais resultados e, por fim são apresentados os resultados da análise descritiva dos níveis de maturidade identificados nas organizações hospitalares.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Nesta pesquisa as organizações hospitalares participantes somaram-se cento e sessenta e duas. Estas foram caracterizadas com base em alguns critérios: tipo de organização hospitalar que atua, classificação da organização hospitalar pelo número de leitos, obtenção ou não de processo de acreditação, quantidade média de cirurgias mensais e também pelo número de colaboradores.

A caracterização com base no tipo de organização hospitalar que atua demonstrou que as organizações hospitalares Privadas com fins lucrativos tiveram maior participação neste estudo, correspondendo 35,2% da amostra (57), seguido de organizações hospitalares privadas sem fins lucrativos (filantrópicas) com 27,8% (45), organizações hospitalares públicas com 24,7% (40) e as organizações hospitalares privada (10) e públicas (10) de ensino totalizaram 12,4 % da amostra.

Quanto à classificação da organização hospitalar pelo número de leitos, dentre as cento e sessenta e duas organizações hospitalares participantes da pesquisa, observou-se predominância (43,8%) de organizações hospitalares de grande porte (de 151 a 500 leitos), seguido das organizações hospitalares de médio porte (de 51 a 150 leitos) que representaram 35,2%, organizações hospitalares de pequeno porte (até 50 leitos) com 13,0% de representação e também demonstrou uma pequena representação (8,0%) das organizações hospitalares com capacidade extra (acima de 500 leitos). A Tabela 2 evidencia a distribuição das organizações hospitalares por tipo de organização hospitalar e classificação da organização hospitalar pelo número de leitos.

**Tabela 2.** Distribuição da organização hospitalar conforme tipo e número de leitos

<b>Tipo de Organização Hospitalar</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>	<b>Classificação pelo Nº de Leitos</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Privada c/ fins lucrativos	57	35,2	Pequeno porte (até 50 leitos)	21	13,0
Privada s/ fins lucrativos (filantrópico)	45	27,8	Médio porte (de 51 a 150 leitos)	57	35,2
Privada de Ensino	10	6,2	Grande porte (de 151 a 500 leitos)	71	43,8
Pública	40	24,7	Capacidade extra (acima de 500 leitos)	13	8,0
Pública de Ensino	10	6,2	-	-	-
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

Fonte: dados da pesquisa (2021).

Ao observar as organizações hospitalares pela presença de acreditação hospitalar, evidencia-se a predominância de organizações hospitalares que não possuem nenhuma acreditação hospitalar com 66,7% (108) da amostra. Dentre as cento e sessenta e duas organizações hospitalares pesquisadas, 29 (17,9%) possuem acreditações nacional, 7 (4,3%) acreditação internacional, 25 (15,4%) estão em processo de acreditação nacional e 4 (2,5%) em processo de acreditação internacional. Observou-se que as organizações hospitalares pesquisadas que possuem acreditação e estão em processo para obtenção de acreditação representam 33,3% (54) da amostra, das quais 7 (4,32%) possuem dupla acreditação (nacional e internacional).

Quando questionados sobre a quantidade média de cirurgias mensais, 23,5% realizam de 1001 a 2000 cirurgias mensais em média, 22,2% de 2001 a 3000 cirurgias mensais em média, de 501 até 1000 cirurgias mensais em média representam 22,2%, até 500 cirurgias mensais em média 19,1% e 13,0% realiza acima de 3000 cirurgias mensais em média. Quanto ao número de colaboradores, dentre os participantes do estudo, observou-se predominância (22,2%) de organizações hospitalares com 451 a 600 colaboradores, seguido das organizações hospitalares com 151 a 300 colaboradores que representaram 20,4%, e também demonstrou uma pequena representação das organizações hospitalares de até 50 colaboradores com 5,6% da amostra. A Tabela 3 evidencia a distribuição das organizações hospitalares pela quantidade média de cirurgias mensais e número de colaboradores.

**Tabela 3.** Distribuição quanto ao número médio de cirurgias/mês e número de colaboradores

<b>Nº Médio de Cirurgias/Mês</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>	<b>Nº de Colaboradores</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Até 500	31	19,1	Até 50	9	5,6

De 501 a 1000	36	22,2	De 51 a 150	33	20,4
De 1001 a 2000	38	23,5	De 151 a 300	33	20,4
De 2001 a 3000	36	22,2	De 301 a 450	28	17,3
Acima de 3000	21	13,0	De 451 a 600	36	22,2
-	-	-	Acima de 600	23	14,2
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

Fonte: dados da pesquisa (2021).

## 4.2 COMPOSIÇÃO DO CONSTRUCTO

Tendo em vista que o modelo foi definido com base na literatura, nos exemplos de trabalhos empíricos publicados, utilizou-se inicialmente a Análise Fatorial Exploratória [AFE], com a utilização do *software* SPSS® versão 22, para confirmar as dimensões que compõem o constructo. Nesta pesquisa, a AFE considera a separação de itens por dimensão para verificar os diversos fatores que podem influenciar nos resultados da amostra total, como também para atestar a robustez do modelo utilizado (Hair Jr. *et al.*, 2005).

O Quadro 38 apresenta os principais critérios utilizados para avaliar a adequação do constructo, a partir da AFE.

**Quadro 38.** Índices de confirmação do modelo

Indicador	Valores Recomendados
<i>Alpha de Cronbach</i> [AC]	Maior que 0,70
<i>Kaiser-Meyer-Olkin – Measure of Sampling Adequacy</i> [KMO]	Maior que 0,60
Correlação de <i>Pearson</i> ( $\rho$ )	Com base em Franzblau (1958)
Teste de esfericidade de <i>Bartlett</i> (TEB)	<i>p-value</i> menor que 0,05
Cargas Fatoriais [CF] (tamanho amostra = 162)	Menor ou igual a 0,45

Fonte: elaborado pelo autor (2021).

A confiabilidade das dimensões foi avaliada usando o teste *Alfa de Cronbach* (Tabela 4). O *Alfa Cronbach* é uma estatística útil para a investigação da consistência interna da escala do questionário. Segundo Hair Jr. *et al.* (2009) este indicador faz a mensuração da confiabilidade em uma variância de 0 a 1, sendo os valores de 0,600 a 0,700 considerados o limite inferior de aceitabilidade. Nesta pesquisa os valores foram considerados de boa confiabilidade dos dados com coeficientes  $\alpha \geq 0,700$ .

**Tabela 4.** Análise de confiabilidade das subdimensões

Dimensão	Subdimensão	<i>Alfa de Cronbach</i>	Nº Itens
----------	-------------	-------------------------	----------

		Stakeholders Primários	Stakeholders Secundários	Stakeholders	
Compreensão	Identificar	0,928	0,922	0,943	04
	Priorizar	0,903	0,889	0,921	04
	Monitorar	0,878	0,898	0,916	04
Comunicação	Informar	0,903	0,879	0,910	04
	Ouvir	0,917	0,904	0,928	04
	Responder	0,950	0,932	0,954	04
Confiança	Transparência	0,880	0,833	0,877	04
	Integridade	0,930	0,897	0,935	04
	Respeito	0,936	0,915	0,939	04
	Ética	0,946	0,888	0,931	04
Colaboração	Integrar	0,890	0,887	0,909	04
	Partilhar	0,891	0,868	0,904	04
	Cooperar	0,926	0,907	0,936	04
	Reportar	0,895	0,895	0,915	04
Desempenho Organizacional Hospitalar	Econômico / Financeiro		0,906		03
	Operacional		0,909		04
	Qualidade Técnica		0,874		03
	Relacionamento Interno		0,894		05
	Relacionamento Externo		0,859		04

Fonte: dados da pesquisa (2021).

Através do teste *Kaiser-Meyer-Olkin – Measure of Sampling Adequacy* [KMO] que determina a adequação amostral no que concerne o grau de correlação parcial, variando de 0 a 1, percebe-se que KMO próximo a 1 indica que é muito adequado a utilização da técnica de Análise Fatorial Exploratória [AFE]. Em contrapartida, valores próximos a 0 refletem em correlação fraca entre as dimensões. Destaca-se que para a correta utilização da análise fatorial o KMO deve ser no mínimo de 0,6 (Fávero *et al.*, 2009; Hair Jr. *et al.*, 2009). Diante disso, o teste KMO denotou razoável poder de explicação (0,956), conforme destacado na Tabela 5. Por sua vez, o teste de esfericidade *Bartlett's* apresentou *p-value* de 0,000, indicando que há correlação entre as dimensões, dessa forma é aconselhável a utilização da AFE. Evidencia-se que para o *p-value* ser significativo o mesmo deve ser abaixo de 0,05 (Fávero *et al.*, 2009; Hair Jr. *et al.*, 2009).

**Tabela 5.** Testes de KMO e Bartlett's das dimensões 1 a 5

Teste de KMO e Bartlett's		
Medida <i>Kaiser-Meyer-Olkin</i> de adequação de amostragem.		,956
Teste de esfericidade de <i>Bartlett</i>	Aprox. Qui-quadrado	4325,971
	Df.	171
	Sig.	,000

Fonte: dados da pesquisa (2021).

A partir do teste de KMO e *Bartlett's*, optou-se por realizar uma análise fatorial (Tabela 6). Segundo Hair Jr. *et al.* (2009) a análise fatorial é utilizada para analisar as interrelações entre um grande número de dimensões e explicar essas dimensões em termos de fatores comuns, com o objetivo de reduzir o número de dimensões a ser considerado no estudo.

Conseqüentemente, foi realizado tal procedimento para verificar se todos os indicadores se ajustavam a determinado fator e também para verificar se todos apresentavam cargas fatoriais adequadas. Foram carregadas doze afirmativas na dimensão Compreensão, doze afirmativas em Colaboração, dezesseis afirmativas na dimensão Confiança, dezesseis afirmativas em Colaboração e dezenove afirmativas na dimensão Desempenho Organizacional Hospitalar. A análise fatorial das afirmativas confirmou três dimensões para a escala dos princípios de gestão de relacionamento com *stakeholders* em organizações hospitalares e uma dimensão para escala da gestão do desempenho organizacional. A análise produziu 04 fatores retratados na Tabela 6. O primeiro fator é composto pelas dimensões Confiança e Comunicação; o segundo fator é constituído pela dimensão Desempenho Organizacional Hospitalar, o terceiro fator é estabelecido pela dimensão Colaboração e o quarto fator é composto pela dimensão Compreensão. Todos as 19 subdimensões conjuntas nesta pesquisa contribuíram para 87,49% da variância total explicada.

**Tabela 6.** *Matriz de Componente Rotativa*

	Fator				Variância	
	1	2	3	4	% da Variância	% Acumulado
Respeito	0,798					
Ética	0,796					
Transparência	0,792					
Integridade	0,791				73,427	73,247
Responder	0,785					
Ouvir	0,753					
Informar	0,710					
Econômico/Financeiro		0,798				
Relacionamento Interno		0,790				
Relacionamento Externo		0,763			6,212	79,640
Operacional		0,745				
Qualidade Técnica		0,671				
Cooperar			0,728			
Partilhar			0,720			
Reportar			0,714		5,117	84,756
Integrar			0,646			
Identificar				0,718		
Priorizar				0,709	2,731	87,487
Monitorar				0,632		

Método de Extração: Análise de componente principal.  
Método de Rotação: Varimax com Normalização de *Kaiser*.

---

a. Rotação convergida em 7 iterações.

Fonte: dados da pesquisa (2021).

---

Com excelente poder de explicação (0,956) da adequação amostral, com o teste de esfericidade validando a técnica de análise fatorial com  $p\text{-value} < 0,05$  e as comunalidades acima de 0,5, destaca-se o poder de explicação da variância dos dados do modelo observado, sendo considerado um aspecto bastante relevante na análise. Segundo Hair Jr. *et al.* (2009) a extração dos fatores, caso necessário, deve prosseguir até que o patamar de 60% seja alcançado.

A matriz dos resíduos padronizados do constructo apresentado, demonstrou que a matriz de correlações prevista não se distanciou da matriz de correlação observada, apresentando menos de 5% de valores fora do intervalo  $[-2,58; 2,58]$  recomendado por Hair Jr. *et al.* (2009). Segundo Hair Jr. *et al.* (2009) a violação dessa recomendação indica deficiências no ajuste do modelo estimado. A matriz dos resíduos padronizados desta pesquisa apresentou os valores do intervalo  $[-2,70; 2,79]$ , indicando ausência de problemas de ajuste no constructo estimado.

As correlações entre as dimensões Compreensão, Comunicação, Confiança e Colaboração e os seus respectivos componentes foram computados e serão apresentadas nas Tabelas 7 e 8, por intermédio de uma matriz com os coeficientes de correlação de *Pearson*. Nessa análise os valores podem variar de (-1) até (1). Um valor de (-1) sugere uma correlação negativa perfeita, o valor (0) aponta a não existência de correlação, e (1) indica uma correlação positiva perfeita (Hair Jr. *et al.*, 2009).

De acordo como Garson (2009), a correlação de *Pearson* ( $\rho$ ) pode ser compreendida como uma forma de medir a associação bivariada do grau de correlação (relacionamento) entre duas dimensões e, para Moore e Kirkland (2007), esse indicador busca mensurar o grau de relação linear entre duas dimensões, bem como sua direção (positiva ou negativa). Chen, Smithson e Popovich (2002) destacam que o coeficiente de *Pearson* e suas derivações são estabelecidos em 95% dos casos para explicar o padrão de relacionamento entre as dimensões ou para conceber inferências válidas para uma população a partir de dados amostrais.

Acerca desse coeficiente, destaca-se a escala de Franzblau (1958), que discorre sobre diferentes níveis para o  $\rho$  na significância da correlação, auxiliando em sua interpretação e aperfeiçoando o resultado de forma qualitativa. A escala de Franzblau constitui-se em:

- Se  $|\rho| = 0$ , não existe relação linear entre as duas dimensões;
- Se  $|\rho| < 0,20$ , a correlação é negligenciável;
- Se  $0,20 < |\rho| < 0,40$ , a correlação é fraca;
- Se  $0,40 < |\rho| < 0,60$ , a correlação é moderada;

- Se  $0,60 < |\rho| < 0,80$ , a correlação é forte;
- Se  $|\rho| > 0,80$ , a correlação é muito forte.

**Tabela 7.** *Correlação entre as dimensões*

<b>Dimensões</b>	Compreensão	Comunicação	Confiança	Colaboração	Desempenho Organizacional Hospitalar
Compreensão	1				
Comunicação	,832**	1			
Confiança	,777**	,932**	1		
Colaboração	,858**	,817**	,807**	1	
Desempenho Organizacional Hospitalar	,738**	,753**	,747**	,772**	1

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

Fonte: dados da pesquisa (2021).

Tabela 8. Correlação entre as subdimensões

Subdimensões	Identificar	Priorizar	Monitorar	Informar	Ouvir	Responder	Transparência	Integridade	Respeito	Ética	Integrar	Partilhar	Cooperar	Reportar	Económico/ Financeiro	Operacional	Qualidade Técnica	Rel. Interno	Rel. Externo
Identificar	1																		
Priorizar	,913**	1																	
Monitorar	,838**	,839**	1																
Informar	,791**	,798**	,769**	1															
Ouvir	,798**	,785**	,765**	,889**	1														
Responder	,744**	,737**	,707**	,890**	,912**	1													
Transparência	,639**	,616**	,616**	,773**	,813**	,773**	1												
Integridade	,757**	,731**	,727**	,864**	,895**	,900**	,837**	1											
Respeito	,779**	,778**	,723**	,877**	,907**	,905**	,821**	,910**	1										
Ética	,710**	,677**	,641**	,833**	,836**	,825**	,835**	,867**	,871**	1									
Integrar	,710**	,738**	,741**	,836**	,750**	,743**	,715**	,782**	,757**	,787**	1								
Partilhar	,751**	,774**	,810**	,796**	,781**	,730**	,672**	,777**	,737**	,743**	,879**	1							
Cooperar	,743**	,791**	,788**	,737**	,750**	,701**	,657**	,728**	,738**	,683**	,803**	,880**	1						
Reportar	,768**	,803**	,836**	,728**	,699**	,648**	,631**	,686**	,700**	,673**	,781**	,843**	,881**	1					
Económico/ Financeiro	,547**	,606**	,553**	,575**	,580**	,564**	,529**	,584**	,545**	,533**	,584**	,589**	,571**	,600**	1				
Operacional	,660**	,675**	,600**	,662**	,680**	,690**	,618**	,666**	,638**	,664**	,678**	,704**	,679**	,679**	,743**	1			
Qualidade Técnica	,630**	,652**	,654**	,703**	,699**	,687**	,636**	,702**	,688**	,688**	,690**	,691**	,659**	,667**	,650**	,737**	1		
Relacionamento Interno	,627**	,640**	,591**	,657**	,665**	,671**	,608**	,691**	,648**	,680**	,642**	,599**	,565**	,573**	,734**	,746**	,759**	1	
Relacionamento Externo	,651**	,667**	,644**	,649**	,626**	,602**	,598**	,636**	,591**	,614**	,684**	,711**	,675**	,697**	,700**	,804**	,773**	,774**	1

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

Fonte: dados da pesquisa (2021).

Na Tabela 7, com base em Franzblau (1958), pode-se observar que 50% das correlações entre as dimensões foram classificadas como muito forte (Se  $|\rho| > 0,80$ , a correlação é muito forte) e as demais são fortes (Se  $0,60 < |\rho| < 0,80$ , a correlação é forte). Com respeito as subdimensões (Tabela 8), podemos considerar que 18,71% (32 correlações) das correlações entre as subdimensões foram consideradas como muito forte (Se  $|\rho| > 0,80$ , a correlação é muito forte), 70,76% (121 correlações) são fortes (Se  $0,60 < |\rho| < 0,80$ , a correlação é forte) e 10,82% (18 correlações) das correlações são consideradas moderada (Se  $0,40 < |\rho| < 0,60$ , a correlação é moderada).

A multicolinearidade das dimensões foi avaliada usando a estatística de Tolerância e o Variance *Inflation Factor* [VIF] (Tabela 9). O método de diagnóstico de multicolinearidade da Tolerância indica a proporção de variação de uma variável explicativa que independe das demais variáveis explicativas, obtido pela subtração de  $1 - R_x^2$ , em que  $R_x^2$  é o coeficiente de ajuste da regressão (coeficiente de determinação do modelo) entre a variável X e as demais variáveis explicativas presentes (Fávero *et al.*, 2009). Como critério de Tolerância, adota-se a Tolerância menor que 0,10, como indicativo de multicolinearidade severa (Hair Jr. *et al.*, 2009). O VIF é calculado estimando-se cada variável independente como se esta fosse dependente, regredindo-a em relação às demais e obtendo-se o valor  $(1 - R^2)$  de tal regressão. Se  $VIF < 1$ , não existe multicolinearidade;  $1 \leq VIF \leq 10$ , a multicolinearidade é aceitável;  $VIF > 10$ , a multicolinearidade é problemática (Hair Jr. *et al.*, 2009).

**Tabela 9.** *Análise de muticolinearidade*

Dimensão	Tolerância	VIF	Subdimensão	Tolerância	VIF
Compreensão	0,208	4,818	Identificar	0,132	7,596
			Priorizar	0,119	8,390
			Monitorar	0,174	5,746
Comunicação	0,102	9,763	Informar	0,111	9,008
			Ouvir	0,092	10,874
			Responder	0,107	9,357
Confiança	0,123	8,127	Transparência	0,222	4,496
			Integridade	0,104	9,647
			Respeito	0,092	10,827
Colaboração	0,213	4,686	Ética	0,151	6,607
			Integrar	0,149	6,696
			Partilhar	0,114	8,742
			Cooperar	0,139	7,190
Econômico / Financeiro	0,371	2,696	Reportar	0,148	6,751

Operacional	0,271	3,696
Qualidade Técnica	0,325	3,080
Relacionamento Interno	0,287	3,482
Relacionamento Externo	0,256	3,908

Fonte: dados da pesquisa (2021).

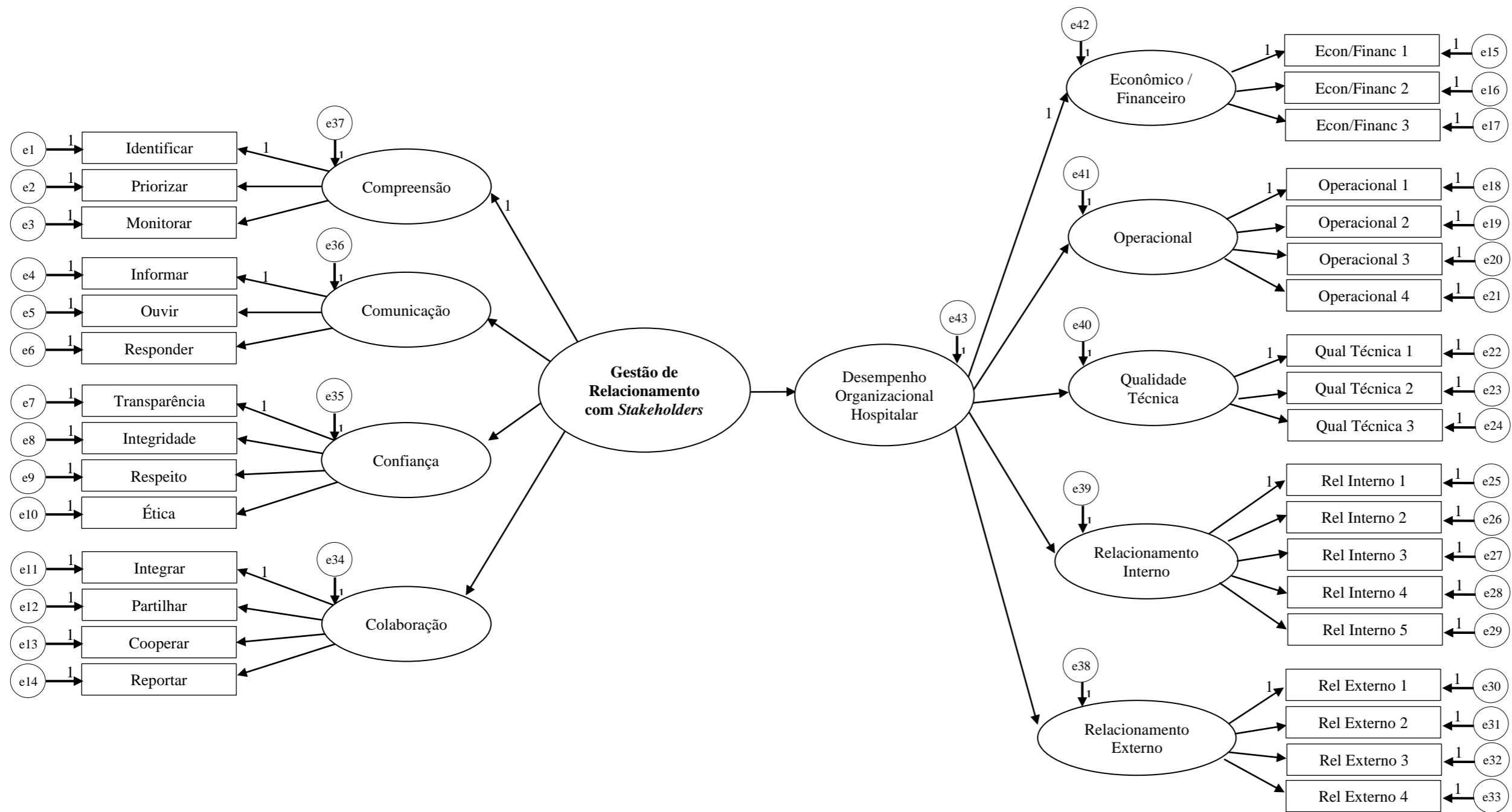
Conforme os resultados evidenciados na Tabela 9, verifica-se que as dimensões atendem aos requisitos estabelecidos pela literatura, entretanto quando o método de diagnóstico de multicolinearidade da Tolerância e VIF são aplicados as subdimensões, as subdimensões Ouvir e Respeito apresentam índices acima do estabelecido pela literatura.

Segundo Hair Jr. *et al.* (2009) a presença de determinado grau de multicolinearidade não é integralmente desfavorável. É relevante haver um pouco de multicolinearidade entre caracteres quando o propósito for detectar variáveis associadas entre si em técnicas multivariadas fundamentadas em relacionamentos. Ainda que algumas subdimensões tenham apresentado multicolinearidade, a estatística para a investigação da consistência interna da escala do questionário (*Alfa de Cronbach*) apresentou valores de boa confiabilidade.

#### 4.3 RELAÇÃO ENTRE O GRAU DE MATURIDADE E O DESEMPENHO ORGANIZACIONAL HOSPITALAR

Para atender o segundo objetivo específico desta pesquisa de verificar a relação entre o nível de maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* e o desempenho percebido de organizações hospitalares foi estabelecida Análise Fatorial Confirmatória [AFC] por meio da Modelagem de Equações Estruturais [MEE]. A Figura 14 representa o modelo de equações estruturais deste estudo.

Figura 13. Modelo de equações estruturais do estudo



Fonte: dados da pesquisa (2021).

A escolha do *software* Amos Graphics® versão 21 deve-se ao fato deste ser mais consistente na realização de modelagem de equações estruturais para amostras superiores a cem respondentes, bem como estar indicado para modelos que estão em construção. A seguir são apresentadas as etapas necessárias para avaliação do modelo de mensuração e do modelo estrutural.

#### 4.3.1 Refinamento do modelo da pesquisa

O objetivo desta etapa foi verificar se os níveis de confiabilidade do modelo eram aceitáveis e assim concluir se as dimensões que compõem o modelo possuem significância. Os critérios aplicados para mensurar o nível de confiabilidade do modelo, foram: carga fatorial > 0,700; estatística T > 1,8; *p-value* < 0,050; e  $R^2 > 0,500$  (Hair Jr. *et al.*, 2005).

A Tabela 10, apresenta os resultados obtidos antes da exclusão de quaisquer variáveis que não atendam aos critérios pré-estabelecidos.

**Tabela 10.** Índices de refinamento do modelo

Dimensão	Subdimensão	Afirmativas	Carga Padronizada	Erro Padrão	Estatística T	<i>p-value</i>	$R^2$	
Compreensão	Identificar	A1	0,930			0,000	0,865	
		A2	0,931	0,046	22,036	0,000	0,867	
		A3	0,897	0,052	19,497	0,000	0,805	
		A4	0,852	0,053	16,893	0,000	0,726	
	Priorizar	A5	0,903				0,000	0,815
		A6	0,816	0,063	14,524	0,000	0,666	
		A7	0,854	0,061	16,031	0,000	0,729	
		A8	0,870	0,056	16,757	0,000	0,757	
	Monitorar	A9	0,919				0,000	0,845
		A10	0,839	0,067	15,571	0,000	0,704	
		A11	0,816	0,067	14,648	0,000	0,666	
		A12	0,821	0,062	14,827	0,000	0,674	
Comunicação	Informar	B13	0,843			0,000	0,711	
		B14	0,914	0,066	15,826	0,000	0,835	
		B15	0,857	0,075	14,079	0,000	0,734	
		B16	0,774	0,082	11,907	0,000	0,599	
	Ouvir	B17	0,849				0,000	0,721
		B18	0,892	0,070	15,426	0,000	0,796	
		B19	0,902	0,075	15,766	0,000	0,814	
		B20	0,858	0,080	14,338	0,000	0,736	
	Responder	B21	0,897				0,000	0,805
		B22	0,926	0,052	19,379	0,000	0,857	
		B23	0,913	0,055	18,630	0,000	0,834	
		B24	0,929	0,050	19,544	0,000	0,863	
Confiança	Transparência	C25	0,873			0,000	0,762	
		<b>C26</b>	<b>0,610</b>	<b>0,085</b>	<b>8,643</b>	<b>0,000</b>	<b>0,372</b>	
		C27	0,889	0,072	15,768	0,000	0,790	
		C28	0,844	0,078	14,260	0,000	0,712	

	Integridade	C29	0,843			0,000	0,711
		C30	0,922	0,069	16,163	0,000	0,850
		C31	0,909	0,075	15,730	0,000	0,826
		C32	0,868	0,074	14,441	0,000	0,753
	Respeito	C33	0,863			0,000	0,745
		C34	0,904	0,067	16,427	0,000	0,817
		C35	0,912	0,067	16,731	0,000	0,832
		C36	0,893	0,069	16,013	0,000	0,797
	Ética	C37	0,815			0,000	0,664
		C38	0,906	0,064	14,478	0,000	0,821
		C39	0,908	0,069	14,535	0,000	0,824
		C40	0,916	0,066	14,738	0,000	0,839
Colaboração	Integrar	D41	0,877			0,000	0,769
		D42	0,898	0,058	16,401	0,000	0,806
		D43	0,870	0,061	15,381	0,000	0,757
		D44	0,766	0,072	12,172	0,000	0,587
	Partilhar	D45	0,858			0,000	0,736
		D46	0,851	0,067	14,463	0,000	0,724
		D47	0,764	0,073	12,023	0,000	0,584
		D48	0,888	0,061	15,697	0,000	0,789
	Cooperar	D49	0,873			0,000	0,762
		D50	0,912	0,061	17,099	0,000	0,832
		D51	0,880	0,066	15,842	0,000	0,774
		D52	0,882	0,063	15,912	0,000	0,778
	Reportar	D53	0,835			0,000	0,697
		D54	0,844	0,076	13,396	0,000	0,712
		D55	0,830	0,071	13,039	0,000	0,689
		D56	0,907	0,064	15,137	0,000	0,823
Desempenho organizacional hospitalar	Econômico / Financeiro	E1	0,886			0,000	0,785
		E2	0,818	0,073	13,669	0,000	0,669
		E3	0,925	0,066	17,135	0,000	0,856
	Operacional	E4	0,831			0,000	0,691
		E5	0,851	0,070	13,268	0,000	0,724
		E6	0,859	0,078	13,444	0,000	0,738
		E7	0,849	0,085	13,206	0,000	0,721
		E8	0,858			0,000	0,736
	Qualidade Técnica	E9	0,851	0,072	13,580	0,000	0,724
		E10	0,797	0,074	12,238	0,000	0,635
		E11	0,779			0,000	0,607
	Relacionamento Interno	E12	0,799	0,098	10,963	0,000	0,638
		E13	0,792	0,099	10,828	0,000	0,627
		E14	0,758	0,101	10,270	0,000	0,575
		E15	0,823	0,093	11,369	0,000	0,677
		E16	0,809			0,000	0,654
	Relacionamento Externo	E17	0,795	0,091	11,488	0,000	0,632
		E18	0,787	0,095	11,343	0,000	0,619
		E19	0,723	0,111	10,124	0,000	0,523

Fonte: dados da pesquisa (2021).

Conforme os resultados evidenciados na Tabela 10, verifica-se que uma afirmativa da pesquisa não atende aos critérios definidos: afirmativa C26, por apresentar carga padronizada  $< 0,700$  e ou  $R^2 < 0,500$ . A referida afirmativa foi excluída do modelo e os testes foram refeitos. A Tabela 11 apresenta os resultados obtidos após a exclusão das afirmativas.

Tabela 11. Índices de refinamento do modelo

Dimensão	Subdimensão	Afirmativas	Carga Padronizada	Erro Padrão	Estatística T	p-value	R <sup>2</sup>
Compreensão	Identificar	A1	0,930			0,000	0,865
		A2	0,931	0,046	22,036	0,000	0,867
		A3	0,897	0,052	19,497	0,000	0,805
		A4	0,852	0,053	16,893	0,000	0,726
	Priorizar	A5	0,903			0,000	0,815
		A6	0,816	0,063	14,524	0,000	0,666
		A7	0,854	0,061	16,031	0,000	0,729
		A8	0,870	0,056	16,757	0,000	0,757
	Monitorar	A9	0,919			0,000	0,845
		A10	0,839	0,067	15,571	0,000	0,704
		A11	0,816	0,067	14,648	0,000	0,666
		A12	0,821	0,062	14,827	0,000	0,674
Comunicação	Informar	B13	0,843			0,000	0,711
		B14	0,914	0,066	15,826	0,000	0,835
		B15	0,857	0,075	14,079	0,000	0,734
		B16	0,774	0,082	11,907	0,000	0,599
	Ouvir	B17	0,849			0,000	0,721
		B18	0,892	0,070	15,426	0,000	0,796
		B19	0,902	0,075	15,766	0,000	0,814
		B20	0,858	0,080	14,338	0,000	0,736
	Responder	B21	0,897			0,000	0,805
		B22	0,926	0,052	19,379	0,000	0,857
		B23	0,913	0,055	18,630	0,000	0,834
		B24	0,929	0,050	19,544	0,000	0,863
Confiança	Transparência	C25	0,881			0,000	0,776
		C27	0,885	0,070	15,868	0,000	0,783
		C28	0,842	0,076	14,385	0,000	0,709
	Integridade	C29	0,843			0,000	0,711
		C30	0,922	0,069	16,176	0,000	0,850
		C31	0,908	0,075	15,704	0,000	0,824
		C32	0,868	0,074	14,446	0,000	0,753
	Respeito	C33	0,863			0,000	0,745
		C34	0,904	0,067	16,426	0,000	0,817
		C35	0,911	0,067	16,703	0,000	0,830
		C36	0,894	0,069	16,038	0,000	0,799
	Ética	C37	0,814			0,000	0,663
C38		0,906	0,064	14,442	0,000	0,821	
C39		0,908	0,070	14,490	0,000	0,824	
C40		0,916	0,067	14,705	0,000	0,839	
Colaboração	Integrar	D41	0,877			0,000	0,769
		D42	0,898	0,058	16,401	0,000	0,806
		D43	0,870	0,061	15,381	0,000	0,757
	Partilhar	D45	0,766	0,072	12,172	0,000	0,587
		D46	0,858			0,000	0,736
		D48	0,851	0,067	14,463	0,000	0,724
	Cooperar	D49	0,764	0,073	12,023	0,000	0,584
		D50	0,888	0,061	15,697	0,000	0,789
		D51	0,873			0,000	0,762
		D52	0,912	0,061	17,099	0,000	0,832
	Reportar	D53	0,880	0,066	15,842	0,000	0,774
		D54	0,882	0,063	15,912	0,000	0,778
D55		0,835			0,000	0,697	
D56		0,844	0,076	13,396	0,000	0,712	
<b>D e s e</b>		E1	0,830	0,071	13,039	0,000	0,689

Econômico / Financeiro	E2	0,907	0,064	15,137	0,000	0,823
	E3	0,886			0,000	0,785
Operacional	E4	0,818	0,073	13,669	0,000	0,669
	E5	0,925	0,066	17,135	0,000	0,856
	E6	0,831			0,000	0,691
	E7	0,851	0,070	13,268	0,000	0,724
	E8	0,859	0,078	13,444	0,000	0,738
Qualidade Técnica	E9	0,849	0,085	13,206	0,000	0,721
	E10	0,858			0,000	0,736
	E11	0,851	0,072	13,580	0,000	0,724
Relacionamento Interno	E12	0,797	0,074	12,238	0,000	0,635
	E13	0,779			0,000	0,607
	E14	0,799	0,098	10,963	0,000	0,638
	E15	0,792	0,099	10,828	0,000	0,627
	E16	0,758	0,101	10,270	0,000	0,575
Relacionamento Externo	E17	0,823	0,093	11,369	0,000	0,677
	E18	0,809			0,000	0,654

Fonte: dados da pesquisa (2021).

Conforme apresentado na Tabela 11, o modelo de pesquisa não evidenciou nenhuma variável que não atendesse aos requisitos.

Na sequência foram observados os resultados do *Alfa de Cronbach* [AC] e a Confiabilidade Composta [CC] e a Variância Média Extraída [VME]. A Tabela 12 apresenta a confiabilidade das dimensões por meio do *Alfa de Cronbach* e a Confiabilidade Composta, devendo apresentar valores superiores a 0,700 e a VME superior a 0,500 (Hair Jr. *et al.*, 2005). Todos os valores das dimensões e subdimensões, atenderam aos critérios estabelecidos para estes três testes demonstrando a confiabilidade dos dados deste estudo.

**Tabela 12.** Confiabilidade das dimensões subdimensões

Dimensão	Subdimensões	<i>Alfa de Cronbach</i>	Confiabilidade Composta	VME
Compreensão	Identificar	0,943	0,950	0,820
	Priorizar	0,921	0,920	0,740
	Monitorar	0,916	0,910	0,720
	<b>Consolidado</b>	<b>0,949</b>	<b>0,952</b>	<b>0,869</b>
Comunicação	Informar	0,910	0,910	0,720
	Ouvir	0,928	0,930	0,770
	Responder	0,954	0,950	0,840
	<b>Consolidado</b>	<b>0,963</b>	<b>0,963</b>	<b>0,898</b>
Confiança	Transparência	0,877	0,900	0,760
	Integridade	0,935	0,940	0,780
	Respeito	0,939	0,940	0,800
	Ética	0,931	0,940	0,790
	<b>Consolidado</b>	<b>0,959</b>	<b>0,958</b>	<b>0,852</b>
Colaboração	Integrar	0,909	0,920	0,730
	Partilhar	0,904	0,910	0,710

	Cooperar	0,936	0,940	0,790
	Reportar	0,915	0,920	0,730
	<b>Consolidado</b>	<b>0,956</b>	<b>0,957</b>	<b>0,847</b>
Desempenho organizacional hospitalar	Econômico /Financeiro	0,906	0,910	0,770
	Operacional	0,909	0,910	0,720
	Qualidade Técnica	0,874	0,870	0,700
	Relacionamento Interno	0,894	0,890	0,620
	Relacionamento Externo	0,859	0,860	0,610
	<b>Consolidado</b>	<b>0,934</b>	<b>0,935</b>	<b>0,742</b>

Fonte: dados da pesquisa (2021).

Desta forma o modelo apresentado é considerado válido estando de acordo com os critérios adotados, diante desta constatação foi dada continuidade ao processo de validação do modelo por meio da análise da validade discriminante.

A realização da validade discriminante se justifica para garantir que o teste de um conceito não está altamente correlacionado com outros testes para medir conceitos distintos (Andrade *et al.*, 2012). Para realização da validade discriminante utilizou-se o método de Fornell e Larcker (1981), no qual a raiz quadrada da VME deve ser maior do que a correlação entre os construtos (Brambilla, 2011). As Tabelas 13 (dimensões) e 14 (subdimensões) apresentam os resultados obtidos para a validade discriminante com base no método de Fornell e Larcker (1981).

**Tabela 13.** Validade discriminante pelo Método de Fornell e Larcker (1981) - Dimensões

Dimensões	Compreensão	Comunicação	Confiança	Colaboração	Desempenho Organizacional Hospitalar
Compreensão	<b>0,932</b>				
Comunicação	,832**	<b>0,948</b>			
Confiança	,777**	,932**	<b>0,923</b>		
Colaboração	,858**	,817**	,807**	<b>0,920</b>	
Desempenho Organizacional Hospitalar	,738**	,753**	,747**	,772**	<b>0,861</b>

Fonte: dados da pesquisa (2021).

**Tabela 14.** Validade discriminante pelo Método de Fornell e Larcker (1981) - Subdimensões

Subdimensões	Identificar	Priorizar	Monitorar	Informar	Ouvir	Responder	Transparência	Integridade	Respeito	Ética	Integrar	Partilhar	Cooperar	Reportar	Econômico/ Financeiro	Operacional	Qualidade Técnica	Rel. Interno	Rel. Externo
Identificar	<b>0,906</b>																		
Priorizar	,913**	<b>0,860</b>																	
Monitorar	,838**	,839**	<b>0,849</b>																
Informar	,791**	,798**	,769**	<b>0,849</b>															
Ouvir	,798**	,785**	,765**	,889**	<b>0,877</b>														
Responder	,744**	,737**	,707**	,890**	,912**	<b>0,917</b>													
Transparência	,639**	,616**	,616**	,773**	,813**	,773**	<b>0,872</b>												
Integridade	,757**	,731**	,727**	,864**	,895**	,900**	,837**	<b>0,883</b>											
Respeito	,779**	,778**	,723**	,877**	,907**	,905**	,821**	,910**	<b>0,894</b>										
Ética	,710**	,677**	,641**	,833**	,836**	,825**	,835**	,867**	,871**	<b>0,889</b>									
Integrar	,710**	,738**	,741**	,836**	,750**	,743**	,715**	,782**	,757**	,787**	<b>0,854</b>								
Partilhar	,751**	,774**	,810**	,796**	,781**	,730**	,672**	,777**	,737**	,743**	,879**	<b>0,843</b>							
Cooperar	,743**	,791**	,788**	,737**	,750**	,701**	,657**	,728**	,738**	,683**	,803**	,880**	<b>0,889</b>						
Reportar	,768**	,803**	,836**	,728**	,699**	,648**	,631**	,686**	,700**	,673**	,781**	,843**	,881**	<b>0,854</b>					
Econômico/ Financeiro	,547**	,606**	,553**	,575**	,580**	,564**	,529**	,584**	,545**	,533**	,584**	,589**	,571**	,600**	<b>0,877</b>				
Operacional	,660**	,675**	,600**	,662**	,680**	,690**	,618**	,666**	,638**	,664**	,678**	,704**	,679**	,679**	,743**	<b>0,849</b>			
Qualidade Técnica	,630**	,652**	,654**	,703**	,699**	,687**	,636**	,702**	,688**	,688**	,690**	,691**	,659**	,667**	,650**	,737**	<b>0,837</b>		
Relacionamento Interno	,627**	,640**	,591**	,657**	,665**	,671**	,608**	,691**	,648**	,680**	,642**	,599**	,565**	,573**	,734**	,746**	,759**	<b>0,787</b>	
Relacionamento Externo	,651**	,667**	,644**	,649**	,626**	,602**	,598**	,636**	,591**	,614**	,684**	,711**	,675**	,697**	,700**	,804**	,773**	,774**	<b>0,781</b>

Fonte: dados da pesquisa (2021).

Com base nos resultados apresentados nas Tabelas 13 e 14, onde determinadas correlações apresentaram valores superiores a VME, faz-se necessário utilizar o teste de Bagozzi e Phillips (1982).

Bagozzi e Phillips (1982) destacam que a validade discriminante é mais difícil de encontrar e demonstrar, quando dois ou mais constructos são altamente correlacionados mais distintos conforme teoria.

Para Kerlinger (1973) e Vianna (2014) a validação do constructo não se restringe a validar um teste. Sua abrangência é mais ampla, centrando-se o seu objetivo na validação da teoria, a qual fundamentou a elaboração do instrumento de pesquisa.

Destaca-se que dentre os fundamentos utilizados para estabelecer as dimensões que compõe o modelo, essencialmente utilizou-se como alicerce os Princípios de Clarkson de gestão de *stakeholders* - *The Clarkson Principles* (Donaldson, 2002; Clarkson, 1999), contribuindo para validar o entendimento dos conceitos distintos utilizados na elaboração dos constructos do modelo.

Para Vianna (2000) o método de validação não se extenua, de maneira oposta, pressupõe constância e necessita ser refeito sistematicamente para o mesmo instrumento.

Nesse sentido, a fim de confirmar a validade discriminante do modelo, foi utilizado o teste de Bagozzi e Phillips (1982), o qual considera que os índices apresentem grau de significância menor que 0,050 ( $p\text{-value} < 0,050$ ), a diferença entre os qui-quadrados ( $\chi^2$ ) para o par de constructos resultantes de dois modelos distintos, um livre (parâmetros não fixados) e outro fixo (parâmetros fixados em “1”). A diferença entre os modelos é obtida por subtração simples, utilizando-se da função [=DIST.QUI(Dif;1)] no *software Microsoft Excel*, a qual identifica o grau de significância ( $p\text{-value} < 0,050$ ) da relação entre os modelos, confirmando a validade discriminante. A validade discriminante pelo método de Bagozzi e Phillips (1982) é apresentada na Tabela 15.

**Tabela 15.** Validade discriminante pelo método de Bagozzi e Phillips (1982)

Relação	Qui-quadrado ( $\chi^2$ )				Diferença de Qui-quadrado	$p\text{-value}$	
	Modelo Fixo (=1)	Df	Modelo Livre	df			
Compreensão	Comunicação	36,286	9	19,852	8	16,434	0,0001
	Confiança	51,398	14	34,205	14	17,193	0,0000
	Colaboração	95,427	14	71,409	13	24,018	0,0000
	Desempenho	58,670	20	30,308	19	28,362	0,0000
Comunicação	Confiança	32,877	14	20,296	13	12,581	0,0004
	Colaboração	113,279	14	86,353	13	26,926	0,0000
	Desempenho	70,389	20	39,358	19	31,031	0,0000

Confiança	Colaboração	102,814	20	76,709	19	26,105	0,0000
	Desempenho	74,735	27	45,587	26	29,148	0,0000
Colaboração	Desempenho	102,074	27	64,942	26	37,132	0,0000

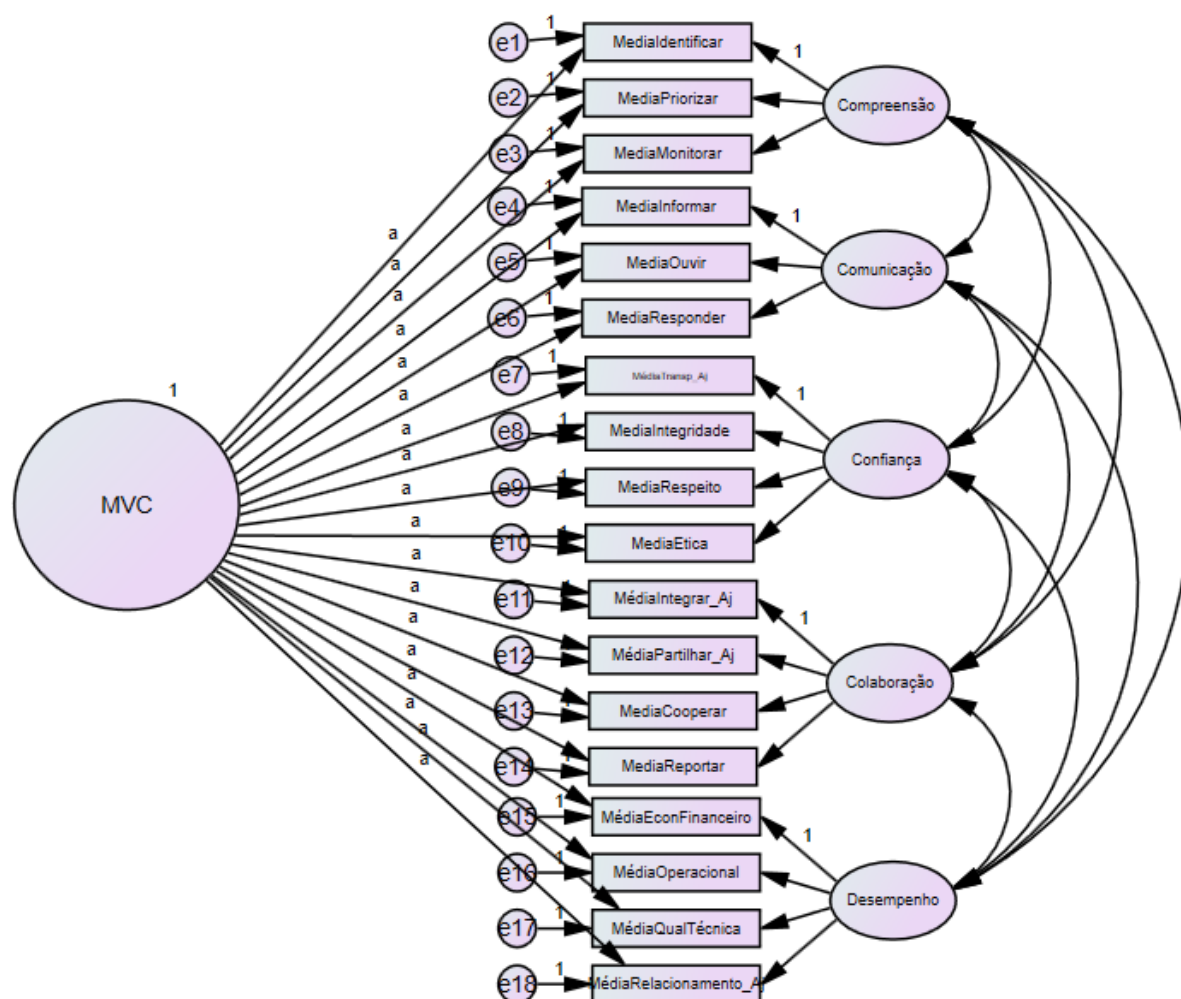
Fonte: dados da pesquisa (2021).

Após análise dos resultados obtidos por intermédio dos métodos de Fornell e Larcker (1981) e Bagozzi e Phillips (1982), pode-se afirmar que as dimensões utilizadas possuem validade discriminante e assim medem constructos distintos não sendo necessário excluir nenhuma variável do modelo.

Na estimação de modelos estruturais, segundo Bido, Mantovani e Cohen (2018), é comum se usarem dados obtidos a partir de levantamentos (*survey*) e, quando os dados das variáveis exógenas e endógenas são obtidos a partir da mesma fonte (mesmo respondente, mesmo formato de respostas, mesma forma de coleta, mesmo momento), pode ocorrer a variação do método comum, que é um viés (subestimação ou superestimação) dos coeficientes estruturais (relações entre as variáveis latentes). Basicamente, este viés ocorre porque o método em si é uma causa comum entre a variável dependente e a variável independente. Para Podsakoff *et al.*, (2003) o uso de respondentes únicos pode ter um viés importante nos dados coletados.

Neste caso, foi aplicado o Método da Variância Comum [MVC], como sugerido por Podsakoff *et al.* (2003). A razão por trás desta análise reside no fato de que vários fatores (associados aos entrevistados ou ao questionário) podem ter influenciado as respostas, oferecendo uma falsa validade das conclusões sobre a relação entre os construtos (MacKenzie & Podsakoff, 2012). A representação gráfica da análise do Método da Variância Comum é apresentada na Figura 14.

**Figura 14.** Modelo do Método da Variância Comum



Fonte: dados da pesquisa (2021).

O teste com o Método da Variância Comum [MVC] foi executado em duas etapas. Na primeira etapa, o modelo foi gerado sem considerar a variância comum do método, considerando os fatores de carregamento de cada indicador. Na sequência, o modelo foi gerado com a nova variável latente, denominada fator comum, que foi relacionada a todos os indicadores do modelo. Almeja-se que as cargas fatoriais com o fator comum sejam inferiores do que sem ele, visto que o fator comum busca reduzir a razão de influência de outros fatores, além do construto, nos indicadores (Carvalho, 2014; MacKenzie & Podsakoff, 2012; Podsakoff *et al.*, 2003). A comparação entre as cargas fatoriais em ambos os modelos é apresentada na Tabela 16.

**Tabela 16.** Influência da variância do método comum nos indicadores

Dimensão	Subdimensões	Sem Fator Comum	Com Fator Comum	Diferença ( $\Delta$ )
Compreensão	Identificar	0,945	0,809	0,14

	Priorizar	0,955	0,855	0,10
	Monitorar	0,895	0,876	0,02
Comunicação	Informar	0,936	0,828	0,11
	Ouvir	0,958	0,813	0,15
	Responder	0,948	0,765	0,18
	Transparência	0,867	0,712	0,16
Confiança	Integridade	0,955	0,804	0,15
	Respeito	0,959	0,797	0,16
	Ética	0,909	0,764	0,15
	Integrar	0,896	0,894	0,00
Colaboração	Partilhar	0,947	0,933	0,01
	Cooperar	0,929	0,920	0,01
	Reportar	0,909	0,945	-0,04
	Econômico /Financeiro	0,802	0,754	0,05
Desempenho organizacional hospitalar	Operacional	0,887	0,776	0,11
	Qualidade Técnica	0,858	0,786	0,07
	Relacionamento Interno	0,864	0,770	0,09
	Relacionamento Externo	0,894	0,797	0,10

Fonte: dados da pesquisa (2021).

De acordo com a Tabela 16, as diferenças entre as cargas fatoriais com e sem o fator comum foram todas inferiores a 0,20. Ainda que não haja referência na literatura acerca do ponto de corte para essas diferenças, as pesquisas consideram que diferenças idênticas ou menores que 0,20 não são relevantes. Ou seja, essas diferenças não exercem influência sobre os indicadores a ponto de comprometer a validade das conclusões sobre a relação entre as variáveis latentes no modelo estrutural (Carvalho, 2014; Lowry *et al.*, 2013). Após análise dos resultados obtidos por intermédio do Método da Variância Comum [MVC], pode-se afirmar que não existe risco da presença de viés na amostra desta pesquisa.

Os índices (Tabela 17) indicaram bom ajuste do modelo aos dados, obtendo o CMIN/DF de 2,185 (Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de 1059,938 dividido pelo grau de liberdade (df) de 485), o qual compara a matriz de covariância com a matriz observada, sendo recomendado valor menor que 5,0, é estatisticamente significativo no nível *p-value* de 0,000 (Byrne, 2010; Hair Jr. *et al.*, 2009). O Índice de Qualidade de Ajuste [GFI] foi de 0,722, sendo recomendável o índice de GFI > 0,900, entretanto o índice obtido está no nível de aceitação periférica (Hair Jr. *et al.*, 2009). O Índice de Ajuste Comparativo [CFI] de 0,910 e o Índice de Tucker-Lewis [TLI] de 0,901 alcançaram o valor proposto pela literatura (CFI > 0,900 e TLI > 0,900). A Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação [RMSEA] apresentou o índice de 0,086, respeitando o índice sugerido de 0,04 até 0,08. Os resultados obtidos encontram-se resumidos na Tabela 17.

**Tabela 17.** Índices de ajuste do modelo

Índices de Ajuste	Valores encontrado no modelo			Valores Recomendados
	Stakeholders	Stakeholders Primários	Stakeholders Secundários	
Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) e <i>p-value</i>	<b>1059,938</b> ( $\rho < 0,000$ )	929,347 ( $\rho < 0,000$ )	1065,535 ( $\rho < 0,000$ )	- ( $\rho$ menor que 0,000)
Grau de Liberdade (df)	<b>485</b>	485	485	-
CMIN/DF ( $\chi^2/df$ )	<b>2,185</b>	1,916	2,197	Menor que 5,0
GFI	<b>0,722</b>	0,749	0,720	Maior que 0,90
TLI	<b>0,901</b>	0,923	0,890	Maior que 0,90
CFI	<b>0,910</b>	0,929	0,899	Maior que 0,90
PNFI	<b>0,777</b>	0,793	0,763	Entre 0 e 1, próximo de 1
RMSR	<b>0,041</b>	0,039	0,046	Menor que 0,10
RMSEA	<b>0,086</b>	0,075	0,086	Entre 0,04 e 0,08

Fonte: dados da pesquisa (2021).

Considerando-se o tamanho e complexidade do modelo proposto, os índices sugerem tratar-se de um modelo adequado e válido, entretanto o Índice de Qualidade de Ajuste [GFI] não alcançou o valor recomendado pela literatura, porém apresentam valores aproximados alcançando um nível de aceitação periférica para tal índice (Byrne, 2010; Hair Jr. *et al.*, 2009).

Kenny, Kaniskan e McCoach (2014) e MacCallum (1990) destacam que nenhum índice isolado de ajuste pode ser considerado decisivo para determinar a validade do modelo. Os pesquisadores devem considerar a validade de seus modelos por intermédio do conjunto de índices de ajuste do modelo e interpretar essas informações usando sua significância teórica subjacente, interpretabilidade e parcimônia para suportar os resultados. Acreditar em determinado índice ou número singular para estabelecer um modelo adequado é uma prescrição quase certa para o insucesso.

#### 4.3.2 Avaliação do modelo estrutural

Após satisfazer os critérios estatísticos definidos pela literatura, conforme relatado nos itens anteriores, constatou-se que a gestão de relacionamento com *stakeholders* influencia positivamente no desempenho organizacional hospitalar. Os resultados obtidos por meio da MEE são apresentados na Tabela 18.

**Tabela 18.** Resultados do teste do modelo estrutural (modelo geral)

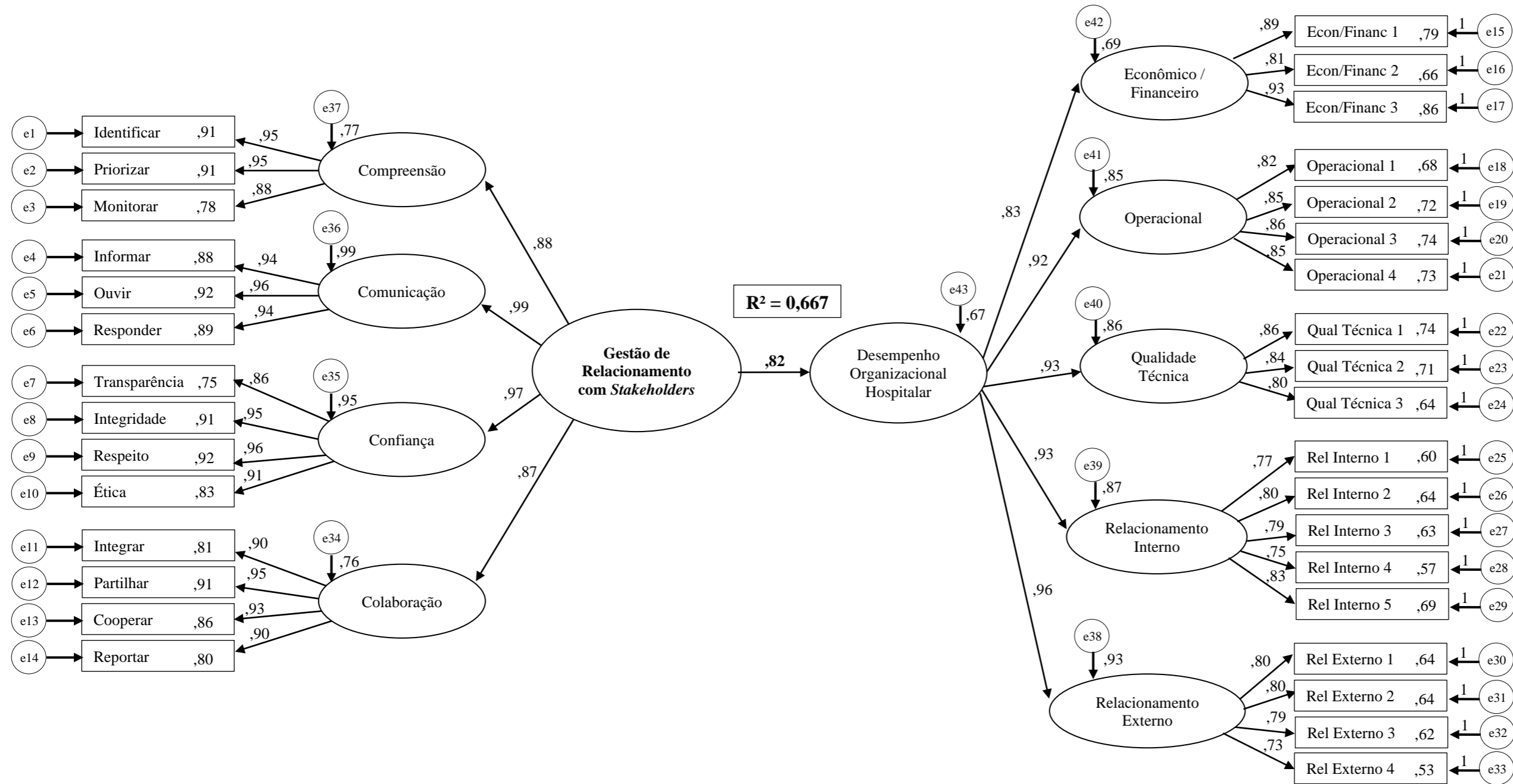
Variável Independente	Variável Dependente	Peso da Regressão	<i>p-value</i>	R <sup>2</sup>
Gestão de Relacionamento com <i>Stakeholders</i>	Desempenho Organizacional Hospitalar	0,817	0,000	0,667

Fonte: dados da pesquisa (2021).

Conforme exposto, Tabela 18, o teste do modelo geral de pesquisa indica que gestão de relacionamento com *stakeholders* influencia positivamente no desempenho organizacional hospitalar. A gestão de relacionamento com *stakeholders* influencia positivamente no desempenho organizacional hospitalar em torno de 66%. Cohen (1988) sugere que  $R^2=0,02$  seja classificado como efeito pequeno,  $R^2=0,13$  como efeito médio, e  $R^2=0,26$  como efeito grande. Por sua vez, Chin (1998) descreve valores para o  $R^2$  de 0,67, 0,33 e 0,19 como substanciais, moderados e bons, respectivamente. A gestão de relacionamento com *stakeholders* explica 66,70% da variação do desempenho organizacional hospitalar, um  $R^2$  que pode ser de grande poder de explicação para a área de ciências sociais (Cohen,1988) e moderado poder de explicação do fenômeno (Chin, 1998).

Por meio da observação do modelo estrutural também é possível identificar que ao acrescentar o nível de maturidade em 1, o desempenho organizacional hospitalar aumenta em 0,817. A Figura 15 apresenta o modelo estrutura com os respectivos betas de cada dimensão e de suas subdimensões.

Figura 15. Modelo de equações estruturais do estudo - Stakeholders



Fonte: dados da pesquisa (2021).

Ao terminar as análises por meio da modelagem de equações estruturais, pode-se determinar que o modelo de equações estruturais é considerado adequado para medir a relação entre a maturidade da gestão de relacionamento com *stakeholders* e o desempenho organizacional hospitalar. A relação entre a maturidade da gestão de relacionamento com *stakeholders* e o desempenho organizacional hospitalar ( $\Gamma$  0,817, e *p-value* 0,000) foi evidenciada estatisticamente no modelo estrutural, apresentado na Figura 15 e na Tabela 18, sendo assim é possível afirmar que a gestão de relacionamento com *stakeholders* influencia positivamente o desempenho organizacional hospitalar.

O modelo também foi avaliado segundo a classificação *stakeholders* primários e secundários. O teste do modelo por intermédio da classificação “*stakeholders* primários” indica influência positiva ( $\Gamma$  0,788, e *p-value* 0,000) no desempenho organizacional hospitalar com grande poder de explicação ( $R^2=0,621$ ). Para cada nível de maturidade acrescido em 1 na classificação *stakeholders* primários, o desempenho organizacional aumenta em 0,786 (Apêndice B). No mesmo sentido, o modelo classificado por “*stakeholders* secundários” exerce influência positiva ( $\Gamma$  0,838, e *p-value* 0,000) no desempenho organizacional hospitalar com grande poder de explicação ( $R^2=0,703$ ). Para cada nível de maturidade acrescido em 1 na classificação *stakeholders* primários, o desempenho organizacional aumenta em 0,838 (Apêndice C).

#### 4.4 NÍVEL DE MATURIDADE GERAL DA AMOSTRA

De forma atender o terceiro e último objetivo deste estudo, de avaliar o nível de maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* em organizações hospitalares, a partir do modelo desenvolvido, foi realizada a análise descritiva da amostra. Independentemente das características utilizadas nesta pesquisa, para identificar o nível de maturidade das organizações hospitalares foi aplicado uma escala de maturidade de cinco níveis, sendo: Nível 1 – Inexistência de práticas e padrões; Nível 2 – Informal ou em fase de implantação; Nível 3 – Formalmente estabelecido; Nível 4 – Estabelecido e sistêmico; Nível 5 – Estabelecido, sistêmico e otimizado.

Ao analisar as cento e sessenta e duas organizações hospitalares participantes, inicialmente estabeleceu-se a maturidade por subdimensão do estudo baseada no valor mínimo atingido em cada dimensão. Utilizou-se o valor mínimo porque se considera este o nível plenamente atendido, em todos os requisitos da dimensão.

Em seguida para definir a maturidade de cada dimensão aplicou-se o valor médio obtido nas subdimensões. Utilizou-se o valor médio porque as dimensões estão mensurando aspectos distintos. Assim, a maturidade total corresponde ao nível atingido pelo todo, e não por suas partes específicas. Segundo Vasconcellos (2010, p.199) a compreensão do todo exterioriza-se além da existência das partes e “as relações são o que dá coesão ao sistema todo, conferindo-lhe um caráter de totalidade ou globalidade” (p.199). Desta forma, estabeleceu-se o nível de maturidade na macro dimensão Gestão de Relacionamento com *Stakeholders* pelo valor médio alcançado pelas organizações hospitalares nas quatro dimensões. Como resultado, identificou-se que o nível de maturidade de todas as organizações hospitalares considerando todas as dimensões propostas foi o valor médio geral de 3,35, distribuído em valor médio geral de 3,56 considerado os *stakeholders* primários e o valor médio geral de 3,14 para os *stakeholders* secundários.

A distribuição das organizações hospitalares está evidenciada na Tabela 19, conforme classificação obtida para a maturidade da gestão de relacionamento com *stakeholders* corresponde à maturidade geral da amostra considerando-se todas as dimensões. Observa-se o predomínio da maturidade de Nível 3, atingida por 55,6% das organizações participantes desta pesquisa, o que determina que nestas organizações hospitalares o processo de gestão de relacionamento com *stakeholders* está implantado formalmente (documentado), mas existem algumas falhas na execução. Cabe destacar que os *stakeholders* primários predominantemente encontram-se no Nível 4 de maturidade, no qual o processo está completamente implantado em uma área ou mais áreas e com indicadores estabelecidos, onde os resultados planejados são alcançados, enquanto os *stakeholders* secundários situam-se principalmente no Nível 3 de maturidade.

**Tabela 19.** Distribuição das organizações hospitalares por nível de maturidade na Gestão de Relacionamento com *Stakeholders*

MATURIDADE	Stakeholders Primários		Stakeholders Secundários		Stakeholders	
	nº	%	nº	%	nº	%
NÍVEL 1	5	3,1	6	3,7	<b>5</b>	<b>3,1</b>
NÍVEL 2	25	15,4	39	24,1	<b>35</b>	<b>21,5</b>
NÍVEL 3	53	32,7	93	57,4	<b>90</b>	<b>55,6</b>
NÍVEL 4	79	48,8	24	14,8	<b>32</b>	<b>19,8</b>
NÍVEL 5	-	-	-	-	-	-
Total	162	100	162	100	<b>162</b>	<b>100</b>

Fonte: dados da pesquisa (2021).

O instrumento de pesquisa proposto foi constituído para avaliar a maturidade das organizações hospitalares na gestão de relacionamento com *stakeholders* por intermédio de quatro dimensões: Compreensão, Comunicação, Confiança e Colaboração.

Ao avaliar a maturidade das organizações hospitalares participantes em cada uma das dimensões, observa-se que a dimensão Confiança (45,7%) está posicionada no Nível 4 de maturidade com maior percentual, ao mesmo tempo que as dimensões Colaboração (51,2%), Compreensão (48,1%) e Comunicação (43,8%) encontram-se no Nível 3 de maturidade. Constata-se nas dimensões Comunicação e Confiança o predomínio do Nível 4 de maturidade entre os *stakeholders* primários. Na Tabela 20 pode-se observar a distribuição do nível de maturidade das organizações hospitalares por dimensão.

Tabela 20. Distribuição do nível de maturidade por dimensão

Maturidade	Compreensão				Comunicação				Confiança				Colaboração											
	Stakeholders Primários		Stakeholders Secundários		Stakeholders		Stakeholders Primários		Stakeholders Secundários		Stakeholders		Stakeholders Primários		Stakeholders Secundários		Stakeholders							
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%						
<b>NÍVEL 1</b>	6	3,7	8	4,9	<b>8</b>	<b>4,9</b>	8	4,9	14	8,6	<b>9</b>	<b>5,6</b>	7	4,3	11	6,8	<b>7</b>	<b>4,3</b>	6	3,7	11	6,8	<b>6</b>	<b>3,7</b>
<b>NÍVEL 2</b>	26	16,0	33	20,4	<b>43</b>	<b>26,5</b>	23	14,2	32	19,8	<b>32</b>	<b>19,8</b>	27	16,7	66	40,7	<b>31</b>	<b>19,1</b>	21	13,0	66	40,7	<b>42</b>	<b>25,9</b>
<b>NÍVEL 3</b>	74	45,7	81	50,0	<b>78</b>	<b>48,1</b>	42	25,9	87	53,7	<b>71</b>	<b>43,8</b>	41	25,3	59	36,4	<b>50</b>	<b>30,9</b>	92	56,8	59	36,4	<b>83</b>	<b>51,2</b>
<b>NÍVEL 4</b>	56	34,6	40	24,7	<b>33</b>	<b>20,4</b>	89	54,9	29	17,9	<b>50</b>	<b>30,9</b>	87	53,7	26	16,0	<b>74</b>	<b>45,7</b>	43	26,5	26	16,0	<b>31</b>	<b>19,1</b>
<b>NÍVEL 5</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	162	100	162	100	<b>162</b>	<b>100</b>	162	100	162	100	<b>162</b>	<b>100</b>	162	100	162	100	<b>162</b>	<b>100</b>	162	100	162	100	<b>162</b>	<b>100</b>

Fonte: dados da pesquisa (2021).

A distribuição do nível de maturidade das organizações hospitalares por subdimensão está evidenciada na Tabela 21. As subdimensões transparência (40,1%), integridade (45,7%), respeito (44,4%) e ética (48,8%), pertencentes a dimensão confiança, estão posicionadas no Nível 4 de maturidade com maior percentual, ao mesmo tempo que as demais subdimensões encontram-se no Nível 3 de maturidade.

Em relação aos *stakeholders* primários, as subdimensões informar, ouvir, responder, transparência, integridade, respeito e ética obtiveram o Nível 4 de maturidade com maior valor percentual, à medida que os *stakeholders* secundários atingiram o Nível 4 de maturidade exclusivamente na subdimensão ética. Os *stakeholders* secundários obtiveram também o maior valor percentual no Nível 2 de maturidade nas subdimensões monitorar e reportar.

Tabela 21. Distribuição do nível de maturidade por subdimensão

Dimensão	Subdimensão	Maturidade										
		Nível 1		Nível 2		Nível 3		Nível 4		Nível 5		
		nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	
Compreensão	Identificar	Stakeholders Primários	7	4,3	23	14,2	63	38,9	61	37,7	8	4,9
		Stakeholders Secundários	9	5,6	49	30,2	65	40,1	37	22,8	2	1,2
		<b>Stakeholders</b>	<b>9</b>	<b>5,6</b>	<b>39</b>	<b>24,1</b>	<b>70</b>	<b>43,2</b>	<b>42</b>	<b>25,9</b>	<b>2</b>	<b>1,2</b>
	Priorizar	Stakeholders Primários	6	3,7	22	13,6	69	42,6	61	37,7	4	2,5
		Stakeholders Secundários	13	8,0	54	33,3	64	39,5	31	19,1	0	0,0
		<b>Stakeholders</b>	<b>8</b>	<b>4,9</b>	<b>36</b>	<b>22,2</b>	<b>83</b>	<b>51,2</b>	<b>35</b>	<b>21,6</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>
	Monitorar	Stakeholders Primários	7	4,3	26	16,0	70	43,2	57	35,2	2	1,2
		Stakeholders Secundários	16	9,9	68	42,0	51	31,5	27	16,7	0	0,0
		<b>Stakeholders</b>	<b>11</b>	<b>6,8</b>	<b>47</b>	<b>29,0</b>	<b>76</b>	<b>46,9</b>	<b>28</b>	<b>17,3</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Comunicação	Informar	Stakeholders Primários	7	4,3	25	15,4	43	26,5	83	51,2	4	2,5
		Stakeholders Secundários	13	8,0	32	19,8	69	42,6	47	29,0	1	0,6
		<b>Stakeholders</b>	<b>8</b>	<b>4,9</b>	<b>30</b>	<b>18,5</b>	<b>66</b>	<b>40,7</b>	<b>57</b>	<b>35,2</b>	<b>1</b>	<b>0,6</b>
	Ouvir	Stakeholders Primários	8	4,9	19	11,7	43	26,5	89	54,9	3	1,9
		Stakeholders Secundários	9	5,6	37	22,8	73	45,1	43	26,5	0	0,0
		<b>Stakeholders</b>	<b>8</b>	<b>4,9</b>	<b>33</b>	<b>20,4</b>	<b>67</b>	<b>41,4</b>	<b>54</b>	<b>33,3</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>
	Responder	Stakeholders Primários	9	5,6	24	14,8	43	26,5	84	51,9	2	1,2
		Stakeholders Secundários	10	6,2	32	19,8	73	45,1	47	29,0	0	0,0
		<b>Stakeholders</b>	<b>10</b>	<b>6,2</b>	<b>30</b>	<b>18,5</b>	<b>60</b>	<b>37,0</b>	<b>62</b>	<b>38,3</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Confiança	Transparência	Stakeholders Primários	4	2,5	26	16,0	49	30,2	76	46,9	7	4,3
		Stakeholders Secundários	5	3,1	37	22,8	63	38,9	55	34,0	2	1,2
		<b>Stakeholders</b>	<b>4</b>	<b>2,5</b>	<b>37</b>	<b>22,8</b>	<b>54</b>	<b>33,3</b>	<b>65</b>	<b>40,1</b>	<b>2</b>	<b>1,2</b>
	Integridade	Stakeholders Primários	6	3,7	24	14,8	37	22,8	90	55,6	5	3,1
		Stakeholders Secundários	7	4,3	30	18,5	65	40,1	60	37,0	0	0,0
		<b>Stakeholders</b>	<b>7</b>	<b>4,3</b>	<b>28</b>	<b>17,3</b>	<b>53</b>	<b>32,7</b>	<b>74</b>	<b>45,7</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>
	Respeito	Stakeholders Primários	5	3,1	22	13,6	34	21,0	95	58,6	6	3,7
		Stakeholders Secundários	7	4,3	24	14,8	66	40,7	64	39,5	1	0,6
		<b>Stakeholders</b>	<b>6</b>	<b>3,7</b>	<b>27</b>	<b>16,7</b>	<b>56</b>	<b>34,6</b>	<b>72</b>	<b>44,4</b>	<b>1</b>	<b>0,6</b>
Ética	Stakeholders Primários	6	3,7	25	15,4	32	19,8	80	49,4	19	11,7	
	Stakeholders Secundários	6	3,7	32	19,8	47	29,0	70	43,2	7	4,3	
	<b>Stakeholders</b>	<b>6</b>	<b>3,7</b>	<b>29</b>	<b>17,9</b>	<b>41</b>	<b>25,3</b>	<b>79</b>	<b>48,8</b>	<b>7</b>	<b>4,3</b>	
Colaboração	Integrar	Stakeholders Primários	6	3,7	22	13,6	78	48,1	54	33,3	2	1,2
		Stakeholders Secundários	8	4,9	56	34,6	69	42,6	29	17,9	0	0,0
		<b>Stakeholders</b>	<b>7</b>	<b>4,3</b>	<b>44</b>	<b>27,2</b>	<b>71</b>	<b>43,8</b>	<b>40</b>	<b>24,7</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>
	Partilhar	Stakeholders Primários	6	3,7	18	11,1	71	43,8	62	38,3	5	3,1
		Stakeholders Secundários	8	4,9	51	31,5	74	45,7	29	17,9	0	0,0
		<b>Stakeholders</b>	<b>6</b>	<b>3,7</b>	<b>33</b>	<b>20,4</b>	<b>88</b>	<b>54,3</b>	<b>35</b>	<b>21,6</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>
Cooperar	Stakeholders Primários	6	3,7	22	13,6	72	44,4	60	37,0	2	1,2	

	<i>Stakeholders</i> Secundários	9	5,6	57	35,2	64	39,5	31	19,1	1	0,6
	<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>6</b>	<b>3,7</b>	<b>48</b>	<b>29,6</b>	<b>75</b>	<b>46,3</b>	<b>32</b>	<b>19,8</b>	<b>1</b>	<b>0,6</b>
Reportar	<i>Stakeholders</i> Primários	5	3,1	27	16,7	67	41,4	62	38,3	1	0,6
	<i>Stakeholders</i> Secundários	16	9,9	65	40,1	47	29,0	34	21,0	0	0,0
	<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>9</b>	<b>5,6</b>	<b>48</b>	<b>29,6</b>	<b>71</b>	<b>43,8</b>	<b>34</b>	<b>21,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>

Fonte: dados da pesquisa (2021).

#### 4.4.1 Nível de maturidade dimensão Compreensão

Com o propósito de avaliar de forma independente a maturidade das dimensões que compõem a gestão de relacionamento com *stakeholders* (Tabela 22), observa-se que na dimensão Compreensão atingiu o valor médio de 3,24 no Nível 3 de maturidade. A subdimensão monitorar obteve o menor valor médio.

**Tabela 22.** Nível de maturidade das subdimensões da dimensão Compreensão

Dimensão	Média	Subdimensão	<i>Stakeholders</i> Primários			<i>Stakeholders</i> Secundários			<i>Stakeholders</i>		
			Média	Mediana	Desvio padrão	Média	Mediana	Desvio padrão	Média	Mediana	Desvio padrão
Compreensão	3,24	Identificar	3,52	4	0,914	3,11	3	0,910	<b>3,31</b>	<b>3</b>	<b>0,881</b>
		Priorizar	3,52	4	0,859	2,97	3	0,832	<b>3,24</b>	<b>3</b>	<b>0,802</b>
		Monitorar	3,44	4	0,814	2,87	3	0,836	<b>3,15</b>	<b>3</b>	<b>0,781</b>

Fonte: dados da pesquisa (2021).

A dimensão Compreensão busca identificar, analisar e compreender as expectativas e interesses dos *stakeholders* que influenciam e são influenciados diretamente pelas decisões da organização hospitalar de forma dinâmica e sistemática.

Conforme os resultados apresentados na Tabela 22, as subdimensões identificar, priorizar e monitorar obtiveram desempenho aproximado, consolidando o Nível 3 de maturidade. A subdimensão identificar, que trata de diferenciar de forma dinâmica e sistemática os *stakeholders*, evidencia o maior valor médio (3,31) no Nível 3 de maturidade.

Com a proximidade do nível de maturidade das três subdimensões pesquisadas, pode-se inferir que as organizações hospitalares possuem os processos formalmente documentados e implantados e eventualmente a compreensão das expectativas e interesses dos *stakeholders* pode apresentar falhas principalmente no monitoramento daqueles sobre os quais a organização hospitalar tem impacto e que geram impacto sobre a mesma. Melo Heinzen *et al.* (2013) evidenciam em seus resultados que os *stakeholders* podem ser considerados como influenciadores e influenciáveis nas relações existente e devem ser melhor compreendidos pelas

organizações. Neto (2013) apresenta em seus resultados que uma compreensão falha da gestão de relacionamento com *stakeholders* pode afetar diretamente os resultados organizacionais.

Os níveis de maturidade das afirmativas que compõem as subdimensões pertencentes a dimensão Compreensão são evidenciados por meio da Tabela 23.

**Tabela 23.** Nível de maturidade das afirmativas da subdimensões da Compreensão

Subdimensão	Prática / Afirmativa	Média geral	Mediana	Desvio padrão	
Identificar	- Identificação dos <i>stakeholders</i> em grupos prioritários, emergentes e ou de apoio.	<i>Stakeholders</i> Primários	3,54	4	0,985
		<i>Stakeholders</i> Secundários	3,29	3	0,976
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>3,42</b>	<b>4</b>	<b>0,941</b>
	- Identificação de características dos <i>stakeholders</i> com base nas exigências dos processos em que atuam.	<i>Stakeholders</i> Primários	3,57	4	0,989
		<i>Stakeholders</i> Secundários	3,16	3	1,045
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>3,37</b>	<b>4</b>	<b>0,960</b>
	- Identificação e estruturação dos <i>stakeholders</i> chaves por grupo de interesse específicos.	<i>Stakeholders</i> Primários	3,49	3	1,023
		<i>Stakeholders</i> Secundários	3,09	3	1,042
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>3,29</b>	<b>3</b>	<b>0,989</b>
	- Desenvolvimento de plano de suporte para atividades de relacionamento com os <i>stakeholders</i> .	<i>Stakeholders</i> Primários	3,46	4	1,034
		<i>Stakeholders</i> Secundários	2,90	3	0,979
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>3,18</b>	<b>3</b>	<b>0,922</b>
Priorizar	- Estabelecimento dos níveis de influência dos <i>stakeholders</i> no processo decisório da organização hospitalar.	<i>Stakeholders</i> Primários	3,57	4	0,989
		<i>Stakeholders</i> Secundários	2,98	3	0,934
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>3,27</b>	<b>3</b>	<b>0,892</b>
	- Priorização isenta de ideias e objetivos evidenciados pelos <i>stakeholders</i> relativos à organização.	<i>Stakeholders</i> Primários	3,71	4	1,014
		<i>Stakeholders</i> Secundários	3,00	3	1,003
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>3,35</b>	<b>4</b>	<b>0,898</b>
	- Organização igualitária das prioridades externadas pelos <i>stakeholders</i> no que se refere ao negócio.	<i>Stakeholders</i> Primários	3,39	3	0,967
		<i>Stakeholders</i> Secundários	2,93	3	0,991
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>3,16</b>	<b>3</b>	<b>0,917</b>
	- Análise criteriosa do envolvimento dos <i>stakeholders</i> no desenvolvimento das estratégias do hospital.	<i>Stakeholders</i> Primários	3,41	3	0,930
		<i>Stakeholders</i> Secundários	2,96	3	0,908
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>3,18</b>	<b>3</b>	<b>0,863</b>
Monitorar	- Acompanhamento efetivo da política e procedimentos de relacionamento com os <i>stakeholders</i> .	<i>Stakeholders</i> Primários	3,49	4	0,886
		<i>Stakeholders</i> Secundários	2,99	3	0,905
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>3,24</b>	<b>4</b>	<b>0,814</b>
	- Monitoramento em tempo real dos resultados e mudanças em cada grupo de <i>stakeholders</i> .	<i>Stakeholders</i> Primários	3,36	4	1,044
		<i>Stakeholders</i> Secundários	2,66	2	1,029
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>3,01</b>	<b>3</b>	<b>0,927</b>
	- Acompanhamento da rede de relacionamentos ( <i>networking</i> ) entre os <i>stakeholders</i> , afim de identificar riscos e oportunidades em relação a organização hospitalar.	<i>Stakeholders</i> Primários	3,23	3	0,986
		<i>Stakeholders</i> Secundários	2,65	3	0,945
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>2,94</b>	<b>3</b>	<b>0,905</b>

- Controle de registro de reuniões, pesquisas, visitas e atas constituídas com os <i>stakeholders</i> , para que todo o processo relacional seja documentado.	<i>Stakeholders</i> Primários	3,67	4	0,878
	<i>Stakeholders</i> Secundários	3,19	3	0,934
	<i>Stakeholders</i>	<b>3,43</b>	<b>4</b>	<b>0,842</b>

Fonte: dados da pesquisa (2021).

Na Tabela 23, subdimensão monitorar, pode-se observar que as organizações hospitalares necessitam elevar o nível de maturidade do processo de acompanhamento da rede de relacionamentos (*networking*) entre os *stakeholders*, devido a maturidade encontrar-se ainda no Nível 2 – Informal ou em fase de implantação.

#### 4.4.2 Nível de maturidade dimensão Comunicação

A dimensão Comunicação obteve o Nível 3 de maturidade como valor médio de 3,41 (Tabela 24). Observa-se que os valores médios de maturidade das subdimensões relacionadas assemelham-se entre eles.

**Tabela 24.** Nível de maturidade das subdimensões da dimensão Comunicação

Dimensão	Média	Subdimensão	<i>Stakeholders</i> Primários			<i>Stakeholders</i> Secundários			<i>Stakeholders</i>		
			Média	Mediana	Desvio padrão	Média	Mediana	Desvio padrão	Média	Mediana	Desvio padrão
Comunicação	3,41	Informar	3,62	4	0,904	3,20	3	0,865	<b>3,41</b>	<b>4</b>	<b>0,858</b>
		Ouvir	3,65	4	0,896	3,20	3	0,844	<b>3,43</b>	<b>4</b>	<b>0,842</b>
		Responder	3,56	4	0,959	3,23	4	0,895	<b>3,39</b>	<b>4</b>	<b>0,909</b>

Fonte: dados da pesquisa (2021).

A dimensão Comunicação procura formas de promover um diálogo bidirecional com os *stakeholders*, por intermédio de ações informativas e consultivas, com a finalidade de ouvir, informar e responder aos *stakeholders* de forma consistente, clara, rigorosa e transparente, construindo relações de proximidade, fortes e longevas.

O nível de maturidade das organizações hospitalares apresenta similaridade nas três subdimensões pesquisadas (Tabela 24), podendo-se concluir que as organizações hospitalares possuem os processos formalmente documentados e implantados e eventualmente a comunicação com e entre os *stakeholders* pode apresentar falhas em todas as fases. Teixeira *et al.* (2017) afirmam em seus estudos que a comunicação é um instrumento essencial na gestão de relacionamento com os *stakeholders*, contribuindo com a redução das barreiras relacionais e melhorias no desenvolvimento das organizações. Scholes e Clutterbuck (1998) mencionam que a gestão de relacionamento com os *stakeholders* necessita de métodos eficazes de

comunicação que permitam priorizar e integrar as partes interessadas as estratégias das organizações.

Os níveis de maturidade das afirmativas que compõem as subdimensões pertencentes a dimensão Comunicação é evidenciado por meio da Tabela 25.

**Tabela 25.** Nível de maturidade das afirmativas da subdimensão Comunicação

Subdimensão	Prática / Afirmativa		Média geral	Mediana	Desvio padrão
Informar	- Disponibilização e usufruto de ferramentas de pesquisa e compartilhamento de informações com os <i>stakeholders</i> .	<i>Stakeholders</i> Primários	3,69	4	1,053
		<i>Stakeholders</i> Secundários	3,11	3	0,982
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>3,40</b>	<b>4</b>	<b>0,949</b>
	- Canais de diálogo validados e atualizados com os <i>stakeholders</i> .	<i>Stakeholders</i> Primários	3,70	4	0,966
		<i>Stakeholders</i> Secundários	3,36	4	0,969
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>3,53</b>	<b>4</b>	<b>0,913</b>
	- Processo de atualização contínua dos <i>stakeholders</i> , com dados e informações apropriadas.	<i>Stakeholders</i> Primários	3,66	4	1,010
		<i>Stakeholders</i> Secundários	3,30	3	1,039
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>3,48</b>	<b>4</b>	<b>0,986</b>
	- Processo de antecipação a crises, com o propósito de dar conhecimento sobre os fatos e preservar a imagem institucional perante seus <i>stakeholders</i> .	<i>Stakeholders</i> Primários	3,41	4	1,079
		<i>Stakeholders</i> Secundários	3,07	3	1,047
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>3,23</b>	<b>4</b>	<b>1,016</b>
Ouvir	- Compreensão da percepção dos <i>stakeholders</i> quanto a política e procedimentos de comunicação.	<i>Stakeholders</i> Primários	3,53	4	0,985
		<i>Stakeholders</i> Secundários	3,10	3	0,865
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>3,31</b>	<b>4</b>	<b>0,869</b>
	- Canais específicos para dar e receber <i>feedback</i> aos <i>stakeholders</i> .	<i>Stakeholders</i> Primários	3,83	4	0,916
		<i>Stakeholders</i> Secundários	3,35	4	0,968
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>3,59</b>	<b>4</b>	<b>0,888</b>
	- Desenvolvimento de pesquisas de sondagem para melhor compreender e qualificar informações acerca dos <i>stakeholders</i> .	<i>Stakeholders</i> Primários	3,67	4	1,027
		<i>Stakeholders</i> Secundários	3,24	3	1,026
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>3,46</b>	<b>4</b>	<b>0,971</b>
	- Auscultação em tempo real do fluxo de informações entre os <i>stakeholders</i> .	<i>Stakeholders</i> Primários	3,57	4	1,068
		<i>Stakeholders</i> Secundários	3,11	3	0,965
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>3,34</b>	<b>4</b>	<b>0,981</b>
Responder	- Avaliação e monitoria do desempenho dos canais de comunicação, fazendo ajustes necessários, para melhor dialogar com os <i>stakeholders</i> .	<i>Stakeholders</i> Primários	3,46	4	1,068
		<i>Stakeholders</i> Secundários	3,09	3	0,989
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>3,27</b>	<b>4</b>	<b>0,992</b>
	- Plano de comunicação com e entre os <i>stakeholders</i> .	<i>Stakeholders</i> Primários	3,64	4	0,969
		<i>Stakeholders</i> Secundários	3,33	4	1,021
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>3,48</b>	<b>4</b>	<b>0,959</b>
	- Processo de condução de temáticas evidenciadas pelos <i>stakeholders</i> , de forma a assegurar as especificidades.	<i>Stakeholders</i> Primários	3,54	4	1,070
		<i>Stakeholders</i> Secundários	3,23	3	0,986
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>3,39</b>	<b>4</b>	<b>0,996</b>
		<i>Stakeholders</i> Primários	3,59	4	0,988

- Processo de diálogo com os grupos de interesse, utilizando-se de abordagens de comunicação diferenciadas e direcionadas.	<i>Stakeholders</i> Secundários	3,26	3	0,930
	<i>Stakeholders</i>	<b>3,42</b>	<b>4</b>	<b>0,927</b>

Fonte: dados da pesquisa (2021).

Os resultados obtidos por intermédio das afirmativas das subdimensões informar, ouvir e responder (Tabela 25) demonstram que as organizações hospitalares evidenciam linearidade nos processos de comunicação. Destaca-se a prática das organizações hospitalares no estabelecimento de canais específicos para dar e receber *feedback* aos *stakeholders*, a qual pertencente a subdimensão ouvir, classificada no Nível 3 de maturidade com o valor médio de 3,59.

#### 4.4.3 Nível de maturidade dimensão Confiança

Na dimensão Confiança observa-se o Nível 3 de maturidade o valor médio de 3,56. Evidencia-se que a subdimensão ética alcançou o maior nível de maturidade entre as quatro subdimensões avaliadas (Tabela 26).

**Tabela 26.** Nível de maturidade das subdimensões da dimensão Confiança

Dimensão	Média	Subdimensão	Stakeholders Primários			Stakeholders Secundários			Stakeholders		
			Média	Mediana	Desvio padrão	Média	Mediana	Desvio padrão	Média	Mediana	Desvio padrão
Confiança	3,56	Transparência	3,64	4	0,903	3,36	4	0,856	<b>3,50</b>	<b>4</b>	<b>0,864</b>
		Integridade	3,68	4	0,906	3,36	4	0,839	<b>3,52</b>	<b>4</b>	<b>0,856</b>
		Respeito	3,70	4	0,925	3,43	4	0,850	<b>3,56</b>	<b>4</b>	<b>0,870</b>
		Ética	3,80	4	1,006	3,50	4	0,922	<b>3,65</b>	<b>4</b>	<b>0,937</b>

Fonte: dados da pesquisa (2021).

A dimensão estabelece a criação de um ambiente de Confiança, entre a organização e os *stakeholders*, sendo essencial para estabelecer relações estáveis e de longo prazo, fundamentado essencialmente em valores como transparência, integridade e respeito mútuo.

Conforme os resultados apresentados na Tabela 26, as subdimensões transparência, integridade e respeito obtiveram desempenho semelhante, com valor médio aproximado de 3,50. A subdimensão ética, que trata de ações organizacionais estabelecidas nos princípios éticos, destaca-se com o valor médio de 3,65 no Nível 3 de maturidade. Alves *et al.* (2015) demonstra em seus estudos que o desenvolvimento do processo de confiança na gestão de relacionamento com *stakeholders* em níveis adequados e constantes, colabora para o estabelecimento de uma relação mais íntegra e transparente, além de reconhecer possíveis comportamentos oportunistas das partes interessadas. Tacconi *et al.*, 2012 destacam em seus

estudos que o relacionamento com *stakeholders* constituídos com base em confiança e por períodos de longo prazo (duradouros), possibilitam maior troca conhecimento e contribuem para o alcance dos objetivos organizacionais.

Os níveis de maturidade das afirmativas que compõem as subdimensões pertencentes a dimensão Confiança são evidenciados por meio da Tabela 27.

**Tabela 27.** Nível de maturidade das afirmativas da subdimensão Confiança

Subdimensão	Prática / Afirmativa		Média geral	Mediana	Desvio padrão
Transparência	- Disposição de contratos formais confiáveis que detalham todas as obrigações entre as partes interessadas e a organização.	<i>Stakeholders</i> Primários	4,09	4	0,964
		<i>Stakeholders</i> Secundários	3,90	4	0,960
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>4,00</b>	<b>4</b>	<b>0,938</b>
	- Consideração de acordos informais estabelecidos com os <i>stakeholders</i> com a mesma veracidade que os contratos formais firmados.	<i>Stakeholders</i> Primários	3,06	3	1,071
		<i>Stakeholders</i> Secundários	2,72	3	1,006
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>2,89</b>	<b>3</b>	<b>0,988</b>
	- Otimização do número de procedimentos e controles, fundamentados no compromisso e interdependência com os <i>stakeholders</i> .	<i>Stakeholders</i> Primários	3,75	4	1,064
		<i>Stakeholders</i> Secundários	3,43	4	1,086
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>3,59</b>	<b>4</b>	<b>1,040</b>
	- Processo de disposição de relatório econômico-social para direcionar os <i>stakeholders</i> quanto a tendência e perspectivas relacionadas a todos os aspectos da atividade organizacional.	<i>Stakeholders</i> Primários	3,65	4	1,112
		<i>Stakeholders</i> Secundários	3,38	4	1,132
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>3,52</b>	<b>4</b>	<b>1,074</b>
Integridade	- Processo periódico de realização de auditorias para identificar supostas violações pelos <i>stakeholders</i> , de qualquer situação contrária à cultura íntegra do negócio.	<i>Stakeholders</i> Primários	3,71	4	0,970
		<i>Stakeholders</i> Secundários	3,36	3	0,943
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>3,53</b>	<b>4</b>	<b>0,901</b>
	- Processo de adaptação dos procedimentos operacionais, quando admissível, para criar melhor sinergia e completude entre as atividades com os <i>stakeholders</i> .	<i>Stakeholders</i> Primários	3,69	4	0,975
		<i>Stakeholders</i> Secundários	3,36	4	0,950
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>3,52</b>	<b>4</b>	<b>0,921</b>
	- Processo de aculturação dos <i>stakeholders</i> , quando da mudança de estratégias e ou procedimentos operacionais, minimizando impactos nos resultados das partes interessadas.	<i>Stakeholders</i> Primários	3,59	4	1,061
		<i>Stakeholders</i> Secundários	3,28	4	0,987
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>3,44</b>	<b>4</b>	<b>0,988</b>
	- Política de integridade em processos de negociação que envolvem <i>stakeholders</i> .	<i>Stakeholders</i> Primários	3,73	4	0,978
		<i>Stakeholders</i> Secundários	3,46	4	0,959
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>3,59</b>	<b>4</b>	<b>0,933</b>
Respeito	- Compromisso com os requisitos, processos e procedimentos estabelecidos com os <i>stakeholders</i> , garantindo prazo e qualidade almejados.	<i>Stakeholders</i> Primários	3,70	4	1,016
		<i>Stakeholders</i> Secundários	3,35	3	0,922
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>3,52</b>	<b>4</b>	<b>0,905</b>
	- Processo coerente de exposição das atitudes que possam afetar significativamente os interesses da organização hospitalar e dos <i>stakeholders</i> .	<i>Stakeholders</i> Primários	3,63	4	0,990
		<i>Stakeholders</i> Secundários	3,38	4	0,960
	<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>3,51</b>	<b>4</b>	<b>0,947</b>	
	<i>Stakeholders</i> Primários	3,65	4	1,017	

Ética	- Política e procedimentos visando reduzir ambiguidades e discrepâncias durante o processo de descontinuidade de relacionamento com <i>stakeholders</i> .	<i>Stakeholders</i> Secundários	3,37	4	0,959
		<i>Stakeholders</i>	<b>3,52</b>	<b>4</b>	<b>0,962</b>
	- Respeito de forma equânime as diferenças e interesses legítimos, contratuais e legais extensíveis aos <i>stakeholders</i> .	<i>Stakeholders</i> Primários	3,81	4	1,017
		<i>Stakeholders</i> Secundários	3,59	4	0,969
		<i>Stakeholders</i>	<b>3,70</b>	<b>4</b>	<b>0,966</b>
	- Constituição de valores morais e diretrizes que visam orientar decisões e atitudes no exercício de relacionamento entre a organização e <i>stakeholders</i> (ex.: código de conduta).	<i>Stakeholders</i> Primários	3,61	4	1,228
		<i>Stakeholders</i> Secundários	3,25	3	1,148
		<i>Stakeholders</i>	<b>3,43</b>	<b>4</b>	<b>1,137</b>
	- Independentemente da posição privilegiada, não tira vantagens indevidas dos <i>stakeholders</i> nos processos de negociação.	<i>Stakeholders</i> Primários	3,90	4	1,001
		<i>Stakeholders</i> Secundários	3,57	4	0,996
		<i>Stakeholders</i>	<b>3,73</b>	<b>4</b>	<b>0,948</b>
	- Forma de condução dos negócios da organização em parceria com <i>stakeholders</i> , evitando conflitos de interesses reais, potenciais ou percebidos.	<i>Stakeholders</i> Primários	3,81	4	1,066
		<i>Stakeholders</i> Secundários	3,57	4	1,074
		<i>Stakeholders</i>	<b>3,69</b>	<b>4</b>	<b>1,029</b>
	- Conjunto de valores morais e princípios profissionais a serem adotados pelos <i>stakeholders</i> , assegurando o respeito pela dignidade das pessoas.	<i>Stakeholders</i> Primários	3,88	4	1,026
	<i>Stakeholders</i> Secundários	3,61	4	1,035	
	<i>Stakeholders</i>	<b>3,74</b>	<b>4</b>	<b>0,991</b>	

Fonte: dados da pesquisa (2021).

Os resultados obtidos por intermédio das afirmativas das quatro assertivas da subdimensão ética (Tabela 27), na maioria, demonstram que as organizações hospitalares dispõem de práticas éticas com maior proximidade do Nível 4 de maturidade. Na subdimensão transparência, destaca-se a prática “disposição de contratos formais confiáveis” com Nível 4 de maturidade (Estabelecido e sistêmico), ou seja, prática completamente implantada em uma área ou mais áreas e com indicadores estabelecidos. Neste nível os resultados planejados são alcançados. Em contrapartida, a prática que dispõe dos acordos informais estabelecidos com os *stakeholders* não apresenta o mesmo nível de maturidade dos contratos formais firmados, estabelecendo-se um Nível 2 de maturidade, considerado informal ou em fase de implementação.

#### 4.4.4 Nível de maturidade dimensão Colaboração

Quanto aos resultados observados na dimensão Colaboração, obteve-se o Nível 3 de maturidade com o valor médio de 3,19. Evidencia-se que as subdimensões Partilhar e Integrar obtiveram maiores valores médio no Nível 3 de maturidade (Tabela 28).

**Tabela 28.** *Nível de maturidade das subdimensões da dimensão Colaboração*

Dimensão	Média	Subdimensão	Stakeholders Primários			Stakeholders Secundários			Stakeholders		
			Média	Mediana	Desvio padrão	Média	Mediana	Desvio padrão	Média	Mediana	Desvio padrão
Colaboração	3,19	Integrar	3,42	4	0,835	2,99	3	0,805	<b>3,20</b>	<b>3</b>	<b>0,788</b>
		Partilhar	3,51	4	0,842	3,01	3	0,796	<b>3,26</b>	<b>3</b>	<b>0,786</b>
		Cooperar	3,38	4	0,844	2,96	3	0,822	<b>3,17</b>	<b>3</b>	<b>0,802</b>
		Reportar	3,41	4	0,819	2,82	3	0,837	<b>3,12</b>	<b>3</b>	<b>0,775</b>

Fonte: dados da pesquisa (2021).

A dimensão Colaboração propõe-se a direcionar os *stakeholders* na construção de parcerias estratégicas que congreguem e partilhem conhecimento, competências e ferramentas, promovendo assim a criação de valor partilhado de forma heterogênea.

A dimensão Colaboração, conforme apresentado na Tabela 28, demonstra que são necessárias análises por parte das organizações hospitalares de avanços no desenvolvimento de práticas que contribuam para o aproveitamento dos recursos existentes e o alcance do desempenho esperado relacionados à subdimensão reportar, principalmente com os *stakeholders* secundários. Spers e Passos (2014) expõem em sua pesquisa que a gestão de relacionamento com *stakeholders* em organizações com maior nível colaboração com os *stakeholders* contribui para uma melhor gestão dos objetivos financeiros e sociais. A gestão de relacionamento com *stakeholders* para a iniciativa colaborativa é complexa (Savage *et al.*, 2010), entretanto entende-se que o desenvolvimento de atitudes e medidas de compartilhamento fortaleçam a capacidade relacional entre as organizações (Oliveira & Bataglia, 2014), as quais determinam e explicam o desempenho, transformando-se assim em vantagem competitiva mútua (Tonial & Laimer, 2016).

Os níveis de maturidade das afirmativas que compõem as subdimensões pertencentes a dimensão Colaboração são evidenciados por meio da Tabela 29.

**Tabela 29.** *Nível de maturidade das afirmativas da subdimensão Colaboração*

Subdimensão	Prática / Afirmativa	Média geral	Mediana	Desvio padrão	
Integrar	- Compartilhamento do investimento de tempo e recursos, a fim de garantir menor custo e maior eficiência na geração de benefícios para a organização e os <i>stakeholders</i> .	<i>Stakeholders Primários</i>	3,40	4	0,943
		<i>Stakeholders Secundários</i>	3,08	3	0,972
		<i>Stakeholders</i>	<b>3,24</b>	<b>3</b>	<b>0,916</b>
	- Promoção da interação, conscientização e desenvolvimento dos <i>stakeholders</i> quanto aos objetivos e ações da organização hospitalar.	<i>Stakeholders Primários</i>	3,46	4	0,927
		<i>Stakeholders Secundários</i>	3,08	3	0,877
		<i>Stakeholders</i>	<b>3,27</b>	<b>4</b>	<b>0,851</b>
	- Processo para que opiniões das partes interessadas sejam refletidas no diálogo e	<i>Stakeholders Primários</i>	3,42	3	0,970
		<i>Stakeholders Secundários</i>	2,95	3	0,883

	nas decisões estratégicas da organização hospitalar.	<i>Stakeholders</i>	<b>3,19</b>	<b>3</b>	<b>0,867</b>
	- Disponibilização de soluções integradas (econômicas, morais e políticas), para regular as relações intra e interorganizacionais, entre os <i>stakeholders</i> .	<i>Stakeholders</i> Primários	3,40	4	1,012
		<i>Stakeholders</i> Secundários	2,83	3	0,986
		<i>Stakeholders</i>	<b>3,11</b>	<b>3</b>	<b>0,923</b>
	- Processo de estabelecimento de um senso comum da missão, estratégia e valor organizacional hospitalar para com os <i>stakeholders</i> .	<i>Stakeholders</i> Primários	3,61	4	0,999
		<i>Stakeholders</i> Secundários	3,20	3	0,945
		<i>Stakeholders</i>	<b>3,40</b>	<b>4</b>	<b>0,921</b>
	- Distribuição de diferentes incentivos para o desenvolvimento de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) essenciais à organização e seus <i>stakeholders</i> .	<i>Stakeholders</i> Primários	3,72	4	0,967
		<i>Stakeholders</i> Secundários	3,13	3	0,947
		<i>Stakeholders</i>	<b>3,43</b>	<b>4</b>	<b>0,894</b>
<b>Partilhar</b>	- Compartilhamento de dados e informações relevantes, disponibilizando ferramentas de colaboração, visando o crescimento profissional e relacional entre à organização e os <i>stakeholders</i> .	<i>Stakeholders</i> Primários	3,35	3	0,986
		<i>Stakeholders</i> Secundários	2,75	3	1,005
		<i>Stakeholders</i>	<b>3,05</b>	<b>3</b>	<b>0,907</b>
	- Promoção do debate de múltiplas perspectivas entre organização e os <i>stakeholders</i> , de forma a compartilhar práticas e aprendizados com o propósito de partilhar os conhecimentos.	<i>Stakeholders</i> Primários	3,36	4	0,924
		<i>Stakeholders</i> Secundários	2,97	3	0,859
		<i>Stakeholders</i>	<b>3,17</b>	<b>3</b>	<b>0,845</b>
	- Compartilhamento e utilização de indicadores chave de desempenho para mensurar e compreender se as atividades e objetivos estabelecidos entre a organização e os <i>stakeholders</i> estão sendo efetivamente realizados.	<i>Stakeholders</i> Primários	3,32	4	0,937
		<i>Stakeholders</i> Secundários	2,92	3	0,905
		<i>Stakeholders</i>	<b>3,12</b>	<b>3</b>	<b>0,868</b>
	- Colaboração harmoniosa no monitoramento e prevenção de <i>stakeholders</i> que se posicionem a margem das diretrizes estabelecidas em contratos e ou negociações.	<i>Stakeholders</i> Primários	3,46	4	0,940
		<i>Stakeholders</i> Secundários	3,05	3	0,897
<b>Cooperar</b>		<i>Stakeholders</i>	<b>3,26</b>	<b>4</b>	<b>0,873</b>
	- Cooperação evolutiva no desenvolvimento de práticas de melhoria contínua, sejam elas nos produtos e serviços, adotando padrões de excelência na gestão de relacionamento com os <i>stakeholders</i> .	<i>Stakeholders</i> Primários	3,32	3	0,937
		<i>Stakeholders</i> Secundários	2,93	3	0,933
		<i>Stakeholders</i>	<b>3,13</b>	<b>3</b>	<b>0,896</b>
	- Realização de métodos de avaliação e certificação com o propósito de colaborar com os <i>stakeholders</i> no desenvolvimento de processos, na gestão integrada e na maturidade organizacional.	<i>Stakeholders</i> Primários	3,42	4	0,917
		<i>Stakeholders</i> Secundários	2,92	3	0,979
		<i>Stakeholders</i>	<b>3,18</b>	<b>3</b>	<b>0,867</b>
	- Desenvolvimento de ações que promovam um retorno adequado econômico e financeiro à organização e seus <i>stakeholders</i> , em termos de dividendos, de maneira a perpetuar um desenvolvimento sustentável para a organização.	<i>Stakeholders</i> Primários	3,24	3	0,911
		<i>Stakeholders</i> Secundários	2,61	3	1,059
		<i>Stakeholders</i>	<b>2,93</b>	<b>3</b>	<b>0,906</b>
<b>Reportar</b>	- Gerenciamento da escassez de recursos (naturais, financeiros, institucionais, profissionais), combinando diferentes interesses entre os <i>stakeholders</i> .	<i>Stakeholders</i> Primários	3,36	4	0,995
		<i>Stakeholders</i> Secundários	2,86	3	0,988
		<i>Stakeholders</i>	<b>3,11</b>	<b>3</b>	<b>0,916</b>
	- Disponibilização contributiva de registros completos, precisos e verdadeiros, com suficiente nível de detalhamento, de forma a permitir o acesso dos <i>stakeholders</i> às	<i>Stakeholders</i> Primários	3,57	4	0,919
		<i>Stakeholders</i> Secundários	2,96	3	0,938
		<i>Stakeholders</i>	<b>3,26</b>	<b>4</b>	<b>0,844</b>

informações consideradas relevantes ao desempenho do negócio.				
- Disponibilização e utilização de tecnologias específicas, automatizando e padronizando processos que constituem o convívio entre a organização e as partes interessadas, promovendo a colaboração e aperfeiçoando dos resultados.	<i>Stakeholders Primários</i>	3,48	4	0,927
	<i>Stakeholders Secundários</i>	2,86	3	0,841
	<i>Stakeholders</i>	<b>3,17</b>	<b>3</b>	<b>0,804</b>

Fonte: dados da pesquisa (2021).

Os resultados obtidos por intermédio das afirmativas da subdimensão reportar (Tabela 29) demonstram que as organizações hospitalares têm a necessidade de melhorar o nível de maturidade da prática que promova um retorno adequado econômico e financeiro à organização e seus *stakeholders*, em termos de dividendos, devido a maturidade encontrar-se ainda no Nível 2, onde as práticas são tratadas de maneira informal ou ainda estão em fase de implantação.

#### 4.4.5 Classificação das práticas de Gestão de Relacionamento com *Stakeholders* por nível de maturidade

Com a finalidade de analisar a maturidade das práticas de gestão de relacionamento com os *stakeholders* e classificá-las dos níveis mais elevados de maturidade até os níveis de menor maturidade, ordenou-se em ordem decrescente os valores médios das maturidades obtidas nas cento e sessenta e duas organizações hospitalares (Tabela 30).

As cinco práticas com o maior nível de maturidade são representadas principalmente pela subdimensão ética (60%) e destas todas estão relacionadas à dimensão Confiança. Dentre as primeiras dez práticas destacadas com maior nível de maturidade, apenas as dimensões Confiança (80%) e Comunicação (20%) estão representadas. Cunha e Melo (2006) evidenciam em sua pesquisa a importância da confiança no desenvolvimento parcerias estratégicas entre as partes interessadas.

**Tabela 30.** *Classificação das práticas de gestão de relacionamento com stakeholders por nível de maturidade*

Prática / Afirmativa	Classificação		Prática / Afirmativa	Classificação	
	nº	Média Stakeholders		nº	Média Stakeholders
Disposição de contratos formais confiáveis que detalham todas as obrigações entre as partes interessadas e a organização.	1	4,00	Priorização isenta de ideias e objetivos evidenciados pelos stakeholders relativos à organização.	29	3,35
Conjunto de valores morais e princípios profissionais a serem adotados pelos stakeholders, assegurando o respeito pela dignidade das pessoas.	2	3,74	Auscultação em tempo real do fluxo de informações entre os stakeholders.	30	3,34
Independentemente da posição privilegiada, não tira vantagens indevidas dos stakeholders nos processos de negociação.	3	3,73	Compreensão da percepção dos stakeholders quanto a política e procedimentos de comunicação.	31	3,31
Respeita de forma equânime as diferenças e interesses legítimos, contratuais e legais extensíveis aos stakeholders.	4	3,70	Identificação e estruturação dos stakeholders chaves por grupo de interesse específicos.	32	3,29
Forma de condução dos negócios da organização em parceria com stakeholders, evitando conflitos de interesses reais, potenciais ou percebidos.	5	3,69	Estabelecimento dos níveis de influência dos stakeholders no processo decisório da organização hospitalar.	33	3,27
Otimização do número de procedimentos e controles, fundamentados no compromisso e interdependência com os stakeholders.	6	3,59	Avaliação e monitoria do desempenho dos canais de comunicação, fazendo ajustes necessários, para melhor dialogar com os stakeholders.	34	3,27
Política de integridade em processos de negociação que envolvem stakeholders.	7	3,59	Promoção da interação, conscientização e desenvolvimento dos stakeholders quanto aos objetivos e ações da organização hospitalar.	35	3,27
Canais específicos para dar e receber feedback aos stakeholders.	8	3,59	Disponibilização contributiva de registros completos, precisos e verdadeiros, com suficiente nível de detalhamento, de forma a permitir o acesso dos stakeholders às informações consideradas relevantes ao desempenho do negócio.	36	3,26
Processo periódico de realização de auditorias para identificar supostas violações pelos stakeholders, de qualquer situação contrária à cultura íntegra do negócio.	9	3,53	Colaboração harmoniosa no monitoramento e prevenção de stakeholders que se posicionem a margem das diretrizes estabelecidas em contratos e ou negociações.	37	3,26
Canais de diálogo validados e atualizados com os stakeholders.	10	3,53	Compartilhamento do investimento de tempo e recursos, a fim de garantir menor custo e maior eficiência na geração de benefícios para a organização e os stakeholders.	38	3,24
Compromisso com os requisitos, processos e procedimentos estabelecidos com os stakeholders, garantindo prazo e qualidade almejados.	11	3,52	Acompanhamento efetivo da política e procedimentos de relacionamento com os stakeholders.	39	3,24

Processo de adaptação dos procedimentos operacionais, quando admissível, para criar melhor sinergia e completude entre as atividades com os stakeholders.	12	3,52	Processo de antecipação a crises, com o propósito de dar conhecimento sobre os fatos e preservar a imagem institucional perante seus stakeholders.	40	3,23
Política e procedimentos visando reduzir ambiguidades e discrepâncias durante o processo de descontinuidade de relacionamento com stakeholders.	13	3,52	Processo para que opiniões das partes interessadas sejam refletidas no diálogo e nas decisões estratégicas da organização hospitalar.	41	3,19
Processo de disposição de relatório econômico-social para direcionar os stakeholders quanto a tendência e perspectivas relacionadas a todos os aspectos da atividade organizacional.	14	3,52	Análise criteriosa do envolvimento dos stakeholders no desenvolvimento das estratégias do hospital.	42	3,18
Processo coerente de exposição das atitudes que possam afetar significativamente os interesses da organização hospitalar e dos stakeholders.	15	3,51	Desenvolvimento de plano de suporte para atividades de relacionamento com os stakeholders.	43	3,18
Plano de comunicação com e entre os stakeholders.	16	3,48	Realização de métodos de avaliação e certificação com o propósito de colaborar com os stakeholders no desenvolvimento de processos, na gestão integrada e na maturidade organizacional.	44	3,18
Processo de atualização contínua dos stakeholders, com dados e informações apropriadas.	17	3,48	Disponibilização e utilização de tecnologias específicas, automatizando e padronizando processos que constituem o convívio entre a organização e as partes interessadas, promovendo a colaboração e aperfeiçoando dos resultados.	45	3,17
Desenvolvimento de pesquisas de sondagem para melhor compreender e qualificar informações acerca dos stakeholders.	18	3,46	Promoção do debate de múltiplas perspectivas entre organização e os stakeholders, de forma a compartilhar práticas e aprendizados com o propósito de partilhar os conhecimentos.	46	3,17
Processo de aculturação dos stakeholders, quando da mudança de estratégias e ou procedimentos operacionais, minimizando impactos nos resultados das partes interessadas.	19	3,44	Organização igualitária das prioridades externadas pelos stakeholders no que se refere ao negócio.	47	3,16
Controle de registro de reuniões, pesquisas, visitas e atas constituídas com os stakeholders, para que todo o processo relacional seja documentado.	20	3,43	Cooperação evolutiva no desenvolvimento de práticas de melhoria contínua, sejam elas nos produtos e serviços, adotando padrões de excelência na gestão de relacionamento com os stakeholders.	48	3,13
Constituição de valores morais e diretrizes que visam orientar decisões e atitudes no exercício de relacionamento entre a organização e stakeholders (ex.: código de conduta).	21	3,43	Compartilhamento e utilização de indicadores chave de desempenho para mensurar e compreender se as atividades e objetivos estabelecidos entre a organização e os stakeholders estão sendo efetivamente realizados.	49	3,12
Distribuição de diferentes incentivos para o desenvolvimento de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) essenciais à organização e seus stakeholders.	22	3,43	Disponibilização de soluções integradas (econômicas, morais e políticas), para regular as relações intra e interorganizacionais, entre os stakeholders.	50	3,11
Processo de diálogo com os grupos de interesse, utilizando-se de abordagens de comunicação diferenciadas e direcionadas.	23	3,42	Gerenciamento da escassez de recursos (naturais, financeiros, institucionais, profissionais), combinando diferentes interesses entre os stakeholders.	51	3,11

Identificação dos stakeholders em grupos prioritários, emergentes e ou de apoio.	24	3,42	Compartilhamento de dados e informações relevantes, disponibilizando ferramentas de colaboração, visando o crescimento profissional e relacional entre a organização e os stakeholders.	52	3,05
Processo de estabelecimento de um senso comum da missão, estratégia e valor organizacional hospitalar para com os stakeholders.	25	3,40	Monitoramento em tempo real dos resultados e mudanças em cada grupo de stakeholders.	53	3,01
Disponibilização e usufruto de ferramentas de pesquisa e compartilhamento de informações com os stakeholders.	26	3,40	Acompanhamento da rede de relacionamentos (networking) entre os stakeholders, afim de identificar riscos e oportunidades em relação a organização hospitalar.	54	2,94
Processo de condução de temáticas evidenciadas pelos stakeholders, de forma a assegurar as especificidades.	27	3,39	Desenvolvimento de ações que promovam um retorno adequado econômico e financeiro à organização e seus stakeholders, em termos de dividendos, de maneira a perpetuar um desenvolvimento sustentável para a organização.	55	2,93
Identificação de características dos stakeholders com base nas exigências dos processos em que atuam.	28	3,37	Consideração de acordos informais estabelecidos com os stakeholders com a mesma veracidade que os contratos formais firmados.	56	2,89

Fonte: dados da pesquisa (2021).

Com relação as dez práticas com menor nível de maturidade, evidencia-se as subdimensões integrar, partilhar, cooperar e reportar, todas provenientes da dimensão Colaboração, representando 60% das práticas. As subdimensões priorizar, monitorar e transparência, pertencentes as dimensões Compreensão e Confiança, representam as práticas remanescentes. Destaca-se que, apesar da excelente representatividade da dimensão Confiança entre as 10 primeiras práticas com maior nível de maturidade, a prática com menor nível de maturidade entre todas as práticas desta pesquisa pertence também a dimensão Confiança.

A classificação geral das práticas de gestão de relacionamento com *stakeholders* demonstra similitude no nível de maturidade, apresentando 92,86% das práticas estabelecidas no Nível 3 de maturidade, onde as práticas estão implantadas formalmente (documentadas), mas existem ainda algumas falhas na sua execução. A prática que trata dos contratos formais estabelecidos nas organizações hospitalares foi a única a alcançar o Nível 4 de maturidade. Somente 5,36% das práticas estão estabelecidas no nível de maturidade 2, consideradas informais ou em fase de implantação.

#### 4.4.6 Nível de maturidade por caracterização da amostra

Para melhor compreensão da maturidade entre os grupos de respondentes, verificou-se a existência de alternância entre as dimensões e subdimensões através dos valores médios atribuídos do nível de maturidade, caracterizando-a com base nos critérios: tipo de organização hospitalar, classificação da organização hospitalar pelo número de leitos, quantidade média de cirurgias mensais realizadas e obtenção ou não de processo de acreditação.

A normalidade dos dados foi confirmada por intermédio do teste de *Shapiro-Wilk*. Após o teste verificou-se que os dados não apresentam normalidade, possuindo um *p-value* de 0,000 para a macro dimensão Gestão de Relacionamento com *Stakeholders* (*stakeholders* primários com *p-value* de 0,000 e *stakeholders* secundários com *p-value* de 0,006) e um *p-value* de 0,034 para a macro dimensão Gestão de Desempenho Organizacional. Segundo Cirillo e Ferreira (2003), Leotti, Birck e Riboldi (2005) e Öztuna, Elhan e Tüccar (2006), o teste de *Shapiro-Wilk* é, aparentemente, o melhor teste de aderência à normalidade, eficiente para diferentes distribuições e tamanhos de amostras.

Os valores médios atribuídos ao nível de maturidade das dimensões Compreensão, Comunicação Confiança, Colaboração e Desempenho Organizacional Hospitalar por meio de suas subdimensões, serão comparadas utilizando-se os testes estatísticos não paramétricos de comparação de duas ou mais amostras, porque os dados não seguiram uma distribuição normal, violando um dos pressupostos para a realização de testes estatísticos paramétricos.

Dentre os testes não paramétricos mais utilizados para testar se duas amostras independentes foram retiradas de populações com médias iguais, estão aqueles fundamentados no teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney*, no qual os valores precisam ser mensuráveis em uma escala comum e comparáveis em tamanho (Mann & Whitney, 1947; Wilcoxon, 1945). O teste que mais se adequa aos objetivos da pesquisa e aos dados coletados foi o teste não paramétrico de *Wilcoxon-Mann-Whitney*, que testa as diferenças entre dois grupos em uma única variável ordinal (Campbell & Skillings, 1985; Siegel & Castellan Jr., 1975). Os valores de *p-value* menores que 0,05 demonstram que os grupos são significativamente diferentes, de acordo com o teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney*.

##### 4.4.6.1 Diferença entre o nível de maturidade conforme o tipo de organização hospitalar

Quando observada a diferença dos valores médios do nível de maturidade por meio do teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney*, conforme o tipo de organização hospitalar, a maturidade

geral e a maturidade por dimensão apresentaram diferenças estatisticamente significantes principalmente entre as organizações hospitalares Privadas e Públicas.

Os resultados do teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney* (Tabela 31) demonstram a existência de diferença ou similaridade entre os valores médios do nível de maturidade das dimensões por tipo de organização hospitalar.

**Tabela 31.** Resultado sintético do teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney*: tipo de organização hospitalar por dimensão

Tipo de Organização Hospitalar	Dimensão					
	Compreensão	Comunicação	Confiança	Colaboração	Maturidade Geral	Desempenho Organizacional Hospitalar
Privada c/ fins lucrativos e Privada s/ fins lucrativos	≠ NM (p=0,033)	≅ NM (p=0,085)	≠ NM (p=0,049)	≠ NM (p=0,018)	≠ NM (p=0,042)	≠ DH (p=0,049)
Privada c/ fins lucrativos e Pública	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ DH (p=0,000)
Privada c/ fins lucrativos e Privada de Ensino	≅ NM (p=0,299)	≅ NM (p=0,214)	≅ NM (p=0,161)	≅ NM (p=0,342)	≅ NM (p=0,139)	≅ DH (p=0,159)
Privada c/ fins lucrativos e Pública de Ensino	≠ NM (p=0,003)	≠ NM (p=0,001)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ DH (p=0,008)
Privada s/ fins lucrativos e Pública	≠ NM (p=0,004)	≠ NM (p=0,001)	≠ NM (p=0,001)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ DH (p=0,000)
Privada s/ fins lucrativos e Privada de Ensino	≅ NM (p=0,694)	≅ NM (p=0,751)	≅ NM (p=0,654)	≅ NM (p=0,541)	≅ NM (p=0,887)	≅ DH (p=0,802)
Privada s/ fins lucrativos e Pública de Ensino	≅ NM (p=0,091)	≠ NM (p=0,018)	≠ NM (p=0,011)	≅ NM (p=0,530)	≠ NM (p=0,012)	≅ DH (p=0,070)
Pública e Privada de Ensino	≠ NM (p=0,006)	≠ NM (p=0,030)	≠ NM (p=0,028)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,004)	≠ DH (p=0,002)
Pública e Pública de Ensino	≅ NM (p=0,332)	≅ NM (p=0,520)	≅ NM (p=0,790)	≠ NM (p=0,044)	≅ NM (p=0,403)	≅ DH (p=0,163)
Privada de Ensino e Pública de Ensino	≠ NM (p=0,034)	≅ NM (p=0,096)	≅ NM (p=0,058)	≠ NM (p=0,011)	≠ NM (p=0,034)	≅ DH (p=0,324)

Legenda: ≠ - Diferença; ≅ – Similaridade e ou igualdade; NM – Nível de maturidade; DH - Desempenho hospitalar.

Fonte: dados da pesquisa (2021).

Os resultados apresentados na Tabela 31 reforçam que o nível de maturidade das práticas de gestão de relacionamento com *stakeholders* diferem fundamentalmente entre as organizações hospitalares Públicas e Privadas. Apesar da variedade de tipos de organização hospitalar, pode-se observar que as organizações hospitalares com natureza administrativa privada estabelecem de forma mais estruturada as práticas de gestão de relacionamento com *stakeholders*, evidenciando assim um nível de maturidade mais elevado.

A compreensão do nível de maturidade dos processos e práticas de gestão de relacionamento com *stakeholders* evidenciado nas organizações hospitalares privadas, permite

descrever melhor o comportamento e as relações entre as partes interessadas, reconhecendo assim as prioridades a serem adotadas.

Da mesma forma, os resultados evidenciados por dimensão, demonstraram diferença entre os valores médios do nível de maturidade quanto a natureza administrativa das organizações hospitalares. Diferente das organizações hospitalares privadas, as organizações hospitalares públicas estabelecem as práticas de gestão de relacionamento com *stakeholders* de forma menos organizada, evidenciando a necessidade de melhor conhecer, gerir, medir e controlar as práticas relacionais entre a organização hospitalar e os *stakeholders*.

A caracterização do nível de maturidade com base no tipo de organização hospitalar (Tabelas 32 e 33) demonstrou que as organizações hospitalares privadas (com fins lucrativos, sem fins lucrativos e de ensino) apresentam valores médios mais elevados dentro do Nível 3 de maturidade, onde as práticas de gestão de relacionamento com *stakeholders* estão implantadas formalmente (documentadas), mas existem ainda algumas falhas na sua execução. Entretanto, as organizações hospitalares públicas, foram classificadas com o menor valor médio dentro do Nível 2 de maturidade, onde as práticas encontram-se estabelecidas na informalidade ou em fase de implantação.

Na Tabela 32 (Dimensões) e Tabela 33 (Subdimensões) pode-se observar os valores médios do nível de maturidade caracterizados pelo critério tipo de organização hospitalar de forma estratificada.

Tabela 32. Resultado analítico do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney: tipo de organização hospitalar por dimensão

Macro dimensão	Dimensão	Tipo de Organização Hospitalar					Teste Wilcoxon - Mann-Whitney rank sum test (U test)																				
		Privada c/ fins lucrativos	Privada s/ fins lucrativos (filantrópico)	Pública	Privada de ensino	Pública de ensino	Privada c/ fins lucrativos e Privada s/ fins lucrativos	Privada c/ fins lucrativos e Pública	Privada c/ fins lucrativos e Privada de Ensino	Privada c/ fins lucrativos e Pública de Ensino	Privada s/ fins lucrativos e Pública	Privada s/ fins lucrativos e Privada de Ensino	Privada s/ fins lucrativos e Pública de Ensino	Pública e Privada de Ensino	Pública e Pública de Ensino	Privada de Ensino e Pública de Ensino											
		Média	Média	Média	Média	Média	U	p-value	U	p-value	U	p-value	U	p-value	U	p-value	U	p-value	U	p-value	U	p-value	U	p-value	U	p-value	
Gestão de Relacionamento com Stakeholders	Maturidade Geral	Stakeholders Primários	3,90	3,62	3,05	3,74	3,14	1038,0	0,099	402,0	0,000	227,0	0,307	65,00	0,000	485,0	0,000	224,5	0,991	101,5	0,007	92,5	0,009	182,0	0,662	22,5	0,037
		Stakeholders Secundários	3,50	3,20	2,59	3,31	2,90	954,5	0,027	300,5	0,000	207,5	0,172	89,00	0,001	426,0	0,000	222,5	0,956	131,5	0,041	73,0	0,002	145,5	0,186	23,5	0,044
		<b>Stakeholders</b>	<b>3,70</b>	<b>3,41</b>	<b>2,82</b>	<b>3,53</b>	<b>3,02</b>	<b>981,0</b>	<b>0,042</b>	<b>328,5</b>	<b>0,000</b>	<b>201,0</b>	<b>0,139</b>	<b>67,5</b>	<b>0,000</b>	<b>453,5</b>	<b>0,000</b>	<b>218,5</b>	<b>0,887</b>	<b>109,5</b>	<b>0,012</b>	<b>80,0</b>	<b>0,004</b>	<b>165,5</b>	<b>0,403</b>	<b>22,0</b>	<b>0,034</b>
	Compreensão	Stakeholders Primários	3,82	3,48	3,07	3,72	3,11	1008,0	0,064	497,5	0,000	229,0	0,323	92,0	0,001	593,0	0,007	216,5	0,853	124,5	0,028	102,5	0,018	191,5	0,836	21,0	0,027
		Stakeholders Secundários	3,35	2,96	2,48	3,15	2,83	960,5	0,030	434,5	0,000	234,5	0,374	162,5	0,031	573,5	0,004	191,5	0,464	194,5	0,505	67,5	0,001	132,0	0,098	27,0	0,080
		<b>Stakeholders</b>	<b>3,58</b>	<b>3,22</b>	<b>2,78</b>	<b>3,43</b>	<b>2,97</b>	<b>966,5</b>	<b>0,033</b>	<b>429,5</b>	<b>0,000</b>	<b>226,0</b>	<b>0,299</b>	<b>116,0</b>	<b>0,003</b>	<b>569,5</b>	<b>0,004</b>	<b>207,0</b>	<b>0,694</b>	<b>147,5</b>	<b>0,091</b>	<b>87,0</b>	<b>0,006</b>	<b>160,0</b>	<b>0,332</b>	<b>22,0</b>	<b>0,034</b>
	Comunicação	Stakeholders Primários	3,94	3,67	3,12	3,83	3,18	1013,0	0,068	578,0	0,000	243,5	0,464	83,0	0,000	630,0	0,017	220,0	0,912	99,5	0,006	110,0	0,029	187,0	0,752	26,0	0,068
		Stakeholders Secundários	3,57	3,30	2,64	3,27	2,98	1040,0	0,102	421,5	0,000	183,0	0,072	108,0	0,002	479,0	0,000	195,5	0,519	135,5	0,050	111,5	0,031	153,0	0,252	36,5	0,304
		<b>Stakeholders</b>	<b>3,76</b>	<b>3,49</b>	<b>2,88</b>	<b>3,55</b>	<b>3,08</b>	<b>1027,5</b>	<b>0,085</b>	<b>478,5</b>	<b>0,000</b>	<b>214,5</b>	<b>0,214</b>	<b>88,0</b>	<b>0,001</b>	<b>527,0</b>	<b>0,001</b>	<b>210,5</b>	<b>0,751</b>	<b>117,0</b>	<b>0,018</b>	<b>110,5</b>	<b>0,030</b>	<b>173,5</b>	<b>0,520</b>	<b>28,0</b>	<b>0,096</b>
	Confiança	Stakeholders Primários	4,05	3,82	3,18	3,80	3,16	1066,5	0,145	536,0	0,000	214,0	0,211	89,5	0,001	561,5	0,003	206,0	0,678	108,0	0,011	113,5	0,036	199,0	0,981	24,0	0,049
		Stakeholders Secundários	3,75	3,51	2,90	3,49	3,03	978,5	0,040	422,5	0,000	192,0	0,101	85,0	0,000	499,0	0,000	208,5	0,718	111,5	0,013	106,0	0,022	177,5	0,585	28,5	0,103
		<b>Stakeholders</b>	<b>3,90</b>	<b>3,66</b>	<b>3,04</b>	<b>3,64</b>	<b>3,09</b>	<b>990,5</b>	<b>0,049</b>	<b>471,0</b>	<b>0,000</b>	<b>205,5</b>	<b>0,161</b>	<b>81,5</b>	<b>0,000</b>	<b>535,0</b>	<b>0,001</b>	<b>204,5</b>	<b>0,654</b>	<b>109,0</b>	<b>0,011</b>	<b>109,5</b>	<b>0,028</b>	<b>189,0</b>	<b>0,790</b>	<b>25,0</b>	<b>0,058</b>
	Colaboração	Stakeholders Primários	3,80	3,49	2,86	3,64	3,11	975,5	0,038	257,5	0,000	207,5	0,172	78,0	0,000	421,0	0,000	221,5	0,939	120,5	0,022	67,5	0,001	166,0	0,408	19,5	0,021
		Stakeholders Secundários	3,30	3,00	2,33	3,28	2,77	981,5	0,042	262,0	0,000	256,5	0,615	125,5	0,005	388,0	0,000	179,0	0,315	172,0	0,246	33,0	0,000	94,0	0,010	21,0	0,027
		<b>Stakeholders</b>	<b>3,55</b>	<b>3,25</b>	<b>2,59</b>	<b>3,46</b>	<b>2,94</b>	<b>932,0</b>	<b>0,018</b>	<b>214,5</b>	<b>0,000</b>	<b>231,0</b>	<b>0,342</b>	<b>69,5</b>	<b>0,000</b>	<b>381,5</b>	<b>0,000</b>	<b>197,0</b>	<b>0,541</b>	<b>136,0</b>	<b>0,530</b>	<b>37,0</b>	<b>0,000</b>	<b>117,0</b>	<b>0,044</b>	<b>17,0</b>	<b>0,011</b>
	Gestão de Desempenho Organizacional	Desempenho Organizacional Hospitalar	3,92	3,72	3,04	3,71	3,35	990,5	0,049	301,5	0,000	205,0	0,159	134,0	0,008	352,5	0,000	213,5	0,802	142,0	0,070	72,0	0,002	142,5	0,163	37,0	0,324
	<b>Número de hospitais</b>		<b>57</b>	<b>45</b>	<b>40</b>	<b>10</b>	<b>10</b>																				

Fonte: dados da pesquisa (2021).

Tabela 33. Resultado analítico do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney: tipo de organização hospitalar por subdimensão

Dimensão	Subdimensão	Tipo de Organização Hospitalar						Teste de Wilcoxon - Mann-Whitney rank sum test (U test)																			
		Privada c/ fins lucrativos	Privada s/ fins lucrativos (filantrópico)	Pública	Privada de ensino	Pública de ensino	Privada c/ fins lucrativos e Privada s/ fins lucrativos		Privada c/ fins lucrativos e Pública		Privada c/ fins lucrativos e Privada de Ensino		Privada c/ fins lucrativos e Pública de Ensino		Privada s/ fins lucrativos e Pública		Privada s/ fins lucrativos e Privada de Ensino		Privada s/ fins lucrativos e Pública de Ensino		Pública e Privada de Ensino		Pública e Pública de Ensino		Privada de Ensino e Pública de Ensino		
							U	P-value	U	P-value	U	P-value	U	P-value	U	P-value	U	P-value	U	P-value	U	P-value	U	P-value	U	P-value	U
Compreensão	Identificar	Stakeholders Primários	3,85	3,48	3,14	3,70	3,10	973,0	0,035	587,0	0,000	224,0	0,279	105,5	0,001	678,5	0,049	216,0	0,843	134,5	0,047	128,5	0,080	194,0	0,883	26,0	0,065
		Stakeholders Secundários	3,48	3,11	2,58	3,35	2,90	990,0	0,047	468,5	0,000	227,5	0,308	152,0	0,018	590,0	0,006	197,0	0,539	185,0	0,380	81,5	0,004	153,0	0,247	26,0	0,063
		Stakeholders	<b>3,66</b>	<b>3,29</b>	<b>2,86</b>	<b>3,53</b>	<b>3,00</b>	<b>975,0</b>	<b>0,038</b>	<b>484,5</b>	<b>0,000</b>	<b>226,0</b>	<b>0,298</b>	<b>115,0</b>	<b>0,003</b>	<b>610,0</b>	<b>0,011</b>	<b>205,0</b>	<b>0,662</b>	<b>157,5</b>	<b>0,140</b>	<b>96,0</b>	<b>0,011</b>	<b>169,0</b>	<b>0,450</b>	<b>24,0</b>	<b>0,048</b>
	Priorizar	Stakeholders Primários	3,86	3,56	3,09	3,60	3,10	1075,5	0,159	530,0	0,000	201,0	0,136	102,5	0,001	575,5	0,004	196,5	0,530	124,5	0,027	130,0	0,086	192,5	0,854	27,0	0,074
		Stakeholders Secundários	3,32	2,94	2,48	3,05	2,90	982,0	0,042	506,5	0,000	224,5	0,284	194,5	0,109	585,5	0,005	210,5	0,749	209,5	0,731	97,0	0,011	116,0	0,037	39,0	0,361
		Stakeholders	<b>3,59</b>	<b>3,25</b>	<b>2,78</b>	<b>3,33</b>	<b>3,00</b>	<b>1005,5</b>	<b>0,061</b>	<b>463,0</b>	<b>0,000</b>	<b>202,5</b>	<b>0,146</b>	<b>124,5</b>	<b>0,005</b>	<b>558,0</b>	<b>0,003</b>	<b>211,0</b>	<b>0,759</b>	<b>144,0</b>	<b>0,076</b>	<b>106,5</b>	<b>0,023</b>	<b>163,5</b>	<b>0,374</b>	<b>31,0</b>	<b>0,147</b>
	Monitorar	Stakeholders Primários	3,75	3,41	2,99	3,85	3,13	1017,0	0,071	474,0	0,000	283,5	0,979	90,0	0,001	609,0	0,010	173,5	0,257	141,5	0,067	80,0	0,003	171,5	0,484	14,0	0,005
		Stakeholders Secundários	3,24	2,83	2,39	3,05	2,70	960,5	0,029	479,5	0,000	245,0	0,479	180,5	0,064	631,5	0,017	181,5	0,340	210,5	0,750	76,5	0,003	135,5	0,114	32,5	0,180
		Stakeholders	<b>3,50</b>	<b>3,12</b>	<b>2,69</b>	<b>3,45</b>	<b>2,91</b>	<b>977,0</b>	<b>0,039</b>	<b>424,0</b>	<b>0,000</b>	<b>265,0</b>	<b>0,724</b>	<b>117,0</b>	<b>0,003</b>	<b>594,0</b>	<b>0,007</b>	<b>176,5</b>	<b>0,289</b>	<b>159,5</b>	<b>0,152</b>	<b>67,5</b>	<b>0,001</b>	<b>143,0</b>	<b>0,165</b>	<b>18,0</b>	<b>0,015</b>
Comunicação	Informar	Stakeholders Primários	3,92	3,73	3,09	3,85	3,23	1193,0	0,536	565,5	0,000	255,5	0,592	104,0	0,001	551,0	0,002	224,0	0,982	112,0	0,013	102,5	0,018	172,5	0,503	26,0	0,066
		Stakeholders Secundários	3,61	3,32	2,53	3,25	3,03	1017,5	0,071	345,5	0,000	190,0	0,091	131,0	0,006	428,0	0,000	201,0	0,596	158,5	0,142	104,5	0,019	126,0	0,068	44,0	0,638
		Stakeholders	<b>3,77</b>	<b>3,53</b>	<b>2,81</b>	<b>3,55</b>	<b>3,13</b>	<b>1103,0</b>	<b>0,224</b>	<b>450,0</b>	<b>0,000</b>	<b>223,0</b>	<b>0,273</b>	<b>114,0</b>	<b>0,003</b>	<b>470,0</b>	<b>0,000</b>	<b>212,0</b>	<b>0,776</b>	<b>126,0</b>	<b>0,030</b>	<b>96,5</b>	<b>0,012</b>	<b>151,5</b>	<b>0,237</b>	<b>32,0</b>	<b>0,171</b>
	Ouvir	Stakeholders Primários	4,00	3,69	3,21	3,80	3,10	1011,0	0,062	539,0	0,000	223,0	0,267	64,5	0,000	582,5	0,005	223,0	0,964	89,0	0,003	120,0	0,051	191,0	0,826	21,5	0,027
		Stakeholders Secundários	3,54	3,32	2,66	3,28	2,83	1150,0	0,367	497,0	0,000	203,0	0,145	94,0	0,001	505,0	0,000	197,0	0,537	123,0	0,025	110,5	0,027	168,0	0,425	32,5	0,176
		Stakeholders	<b>3,77</b>	<b>3,51</b>	<b>2,93</b>	<b>3,54</b>	<b>2,96</b>	<b>1065,5</b>	<b>0,142</b>	<b>499,0</b>	<b>0,000</b>	<b>207,5</b>	<b>0,171</b>	<b>69,0</b>	<b>0,000</b>	<b>545,5</b>	<b>0,002</b>	<b>209,5</b>	<b>0,734</b>	<b>100,5</b>	<b>0,006</b>	<b>114,5</b>	<b>0,038</b>	<b>189,0</b>	<b>0,789</b>	<b>24,5</b>	<b>0,053</b>
	Responder	Stakeholders Primários	3,89	3,59	3,06	3,83	3,23	1000,5	0,053	613,0	0,000	258,0	0,629	124,0	0,004	643,0	0,023	205,0	0,659	145,0	0,078	106,0	0,022	167,0	0,420	31,0	0,142
		Stakeholders Secundários	3,58	3,26	2,72	3,28	3,08	1015,0	0,069	542,5	0,000	194,0	0,106	149,5	0,016	580,0	0,004	205,0	0,658	177,5	0,293	125,0	0,064	144,0	0,167	43,0	0,571
		Stakeholders	<b>3,73</b>	<b>3,42</b>	<b>2,89</b>	<b>3,55</b>	<b>3,15</b>	<b>1016,0</b>	<b>0,071</b>	<b>580,0</b>	<b>0,000</b>	<b>229,0</b>	<b>0,322</b>	<b>134,0</b>	<b>0,008</b>	<b>621,5</b>	<b>0,014</b>	<b>225,0</b>	<b>1,000</b>	<b>154,0</b>	<b>0,120</b>	<b>111,5</b>	<b>0,031</b>	<b>158,5</b>	<b>0,313</b>	<b>32,0</b>	<b>0,167</b>
Confiança	Transparência	Stakeholders Primários	3,97	3,78	3,14	3,55	3,15	1072,0	0,152	537,0	0,000	184,0	0,073	104,5	0,001	541,0	0,001	178,5	0,307	112,0	0,013	154,5	0,265	187,5	0,757	37,5	0,338
		Stakeholders Secundários	3,70	3,54	2,78	3,33	2,93	1040,0	0,099	411,0	0,000	192,5	0,099	95,5	0,001	448,0	0,000	199,0	0,566	103,0	0,007	124,0	0,063	173,5	0,515	33,5	0,201
		Stakeholders	<b>3,84</b>	<b>3,66</b>	<b>2,96</b>	<b>3,44</b>	<b>3,04</b>	<b>1036,5</b>	<b>0,096</b>	<b>465,5</b>	<b>0,000</b>	<b>187,0</b>	<b>0,084</b>	<b>94,0</b>	<b>0,001</b>	<b>498,5</b>	<b>0,000</b>	<b>183,5</b>	<b>0,363</b>	<b>107,5</b>	<b>0,010</b>	<b>136,5</b>	<b>0,123</b>	<b>175,5</b>	<b>0,551</b>	<b>35,5</b>	<b>0,267</b>
	Integridade	Stakeholders Primários	4,00	3,77	3,23	3,90	3,05	1096,0	0,198	585,5	0,000	244,0	0,461	66,5	0,000	602,5	0,008	225,0	1,000	94,0	0,004	111,5	0,031	181,0	0,643	16,5	0,010
		Stakeholders Secundários	3,69	3,46	2,85	3,53	3,00	1046,5	0,105	494,0	0,000	209,0	0,173	109,0	0,002	522,0	0,001	212,0	0,774	126,0	0,029	103,0	0,018	174,5	0,532	25,5	0,060
		Stakeholders	<b>3,84</b>	<b>3,61</b>	<b>3,04</b>	<b>3,71</b>	<b>3,03</b>	<b>1072,5</b>	<b>0,154</b>	<b>535,5</b>	<b>0,000</b>	<b>235,0</b>	<b>0,374</b>	<b>79,0</b>	<b>0,000</b>	<b>562,0</b>	<b>0,003</b>	<b>218,0</b>	<b>0,878</b>	<b>104,0</b>	<b>0,008</b>	<b>106,5</b>	<b>0,023</b>	<b>199,5</b>	<b>0,990</b>	<b>20,0</b>	<b>0,022</b>
	Respeito	Stakeholders Primários	4,06	3,81	3,16	3,78	3,23	1095,5	0,196	475,5	0,000	201,0	0,128	123,5	0,004	512,5	0,001	200,5	0,588	132,0	0,040	117,5	0,043	189,5	0,797	31,5	0,158
		Stakeholders Secundários	3,75	3,48	2,96	3,45	3,15	1057,0	0,123	511,5	0,000	170,0	0,039	138,5	0,009	557,5	0,002	181,0	0,330	158,5	0,142	127,0	0,073	175,5	0,550	38,5	0,372
		Stakeholders	<b>3,91</b>	<b>3,65</b>	<b>3,06</b>	<b>3,61</b>	<b>3,19</b>	<b>1044,5</b>	<b>0,107</b>	<b>484,5</b>	<b>0,000</b>	<b>195,0</b>	<b>0,111</b>	<b>125,0</b>	<b>0,005</b>	<b>525,5</b>	<b>0,001</b>	<b>199,5</b>	<b>0,576</b>	<b>138,5</b>	<b>0,058</b>	<b>113,0</b>	<b>0,034</b>	<b>185,5</b>	<b>0,724</b>	<b>33,5</b>	<b>0,210</b>
Ética	Stakeholders Primários	4,18	3,92	3,21	3,98	3,20	1080,5	0,168	556,0	0,000	240,5	0,429	103,0	0,001	575,5	0,004	220,5	0,921	124,5	0,027	113,0	0,034	195,5	0,913	23,0	0,039	
	Stakeholders Secundários	3,87	3,56	2,99	3,65	3,05	966,0	0,031	529,0	0,000	204,5	0,152	107,0	0,002	588,0	0,006	222,5	0,956	133,5	0,043	116,5	0,041	183,5	0,687	25,5	0,061	
	Stakeholders	<b>4,02</b>	<b>3,74</b>	<b>3,10</b>	<b>3,81</b>	<b>3,13</b>	<b>1011,5</b>	<b>0,067</b>	<b>533,5</b>	<b>0,000</b>	<b>222,5</b>	<b>0,270</b>	<b>100,0</b>	<b>0,001</b>	<b>578,0</b>	<b>0,004</b>	<b>224,5</b>	<b>0,991</b>	<b>128,0</b>	<b>0,034</b>	<b>116,5</b>	<b>0,042</b>	<b>190,0</b>	<b>0,808</b>	<b>24,0</b>	<b>0,048</b>	
Colaboração	Integrar	Stakeholders Primários	3,76	3,49	2,87	3,63	3,13	1059,5	0,129	394,0	0,000	203,0	0,144	105,5	0,001	474,0	0,000	210,5	0,750	133,0	0,043	87,0	0,006	160,5	0,332	28,5	0,097
		Stakeholders Secundários	3,38	3,04	2,37	3,10	2,88	975,5	0,037	310,5	0,000	191,5	0,095	136,5	0,008	469,0	0,000	213,5	0,800	179,5	0,315	65,0	0,001	88,5	0,006	45,5	0,724
		Stakeholders	<b>3,57</b>	<b>3,27</b>	<b>2,62</b>	<b>3,36</b>	<b>3,00</b>	<b>992,0</b>	<b>0,049</b>	<b>309,0</b>	<b>0,000</b>	<b>189,5</b>	<b>0,091</b>	<b>104,5</b>	<b>0,001</b>	<b>444,5</b>	<b>0,000</b>	<b>214,5</b>	<b>0,818</b>	<b>151,0</b>	<b>0,106</b>	<b>66,5</b>	<b>0,001</b>	<b>113,5</b>	<b>0,035</b>	<b>34,0</b>	<b>0,222</b>
Partilhar	Stakeholders Primários	3,91	3,56	2,92	3,78	3,10	948,0	0,022	299,0	0,000	227,5	0,302	71,5	0,000	450,5	0,000	201,5	0,603	120,0	0,020	59,5	0,001	173,0	0,501	15,0	0,007	

	<i>Stakeholders Secundários</i>	3,37	3,08	2,39	3,38	2,78	1024,0	0,078	332,0	0,000	283,0	0,972	119,0	0,003	419,0	0,000	179,5	0,314	151,0	0,102	42,0	0,000	117,5	0,041	15,0	0,005	
	<b>Stakeholders</b>	<b>3,64</b>	<b>3,32</b>	<b>2,65</b>	<b>3,58</b>	<b>2,94</b>	<b>940,0</b>	<b>0,020</b>	<b>249,0</b>	<b>0,000</b>	<b>249,5</b>	<b>0,530</b>	<b>71,0</b>	<b>0,000</b>	<b>397,0</b>	<b>0,000</b>	<b>188,5</b>	<b>0,424</b>	<b>123,0</b>	<b>0,025</b>	<b>39,5</b>	<b>0,000</b>	<b>135,5</b>	<b>0,115</b>	<b>11,0</b>	<b>0,003</b>	
Cooperar	<i>Stakeholders Primários</i>	3,72	3,48	2,78	3,68	3,13	1088,0	0,181	349,5	0,000	248,0	0,506	114,0	0,002	433,5	0,000	214,5	0,814	138,5	0,054	68,0	0,001	150,0	0,209	24,0	0,038	
	<i>Stakeholders Secundários</i>	3,31	3,02	2,31	3,40	2,80	1013,5	0,067	344,5	0,000	276,5	0,879	142,5	0,011	423,0	0,000	169,0	0,218	174,5	0,267	30,5	0,000	97,0	0,010	18,0	0,012	
	<b>Stakeholders</b>	<b>3,52</b>	<b>3,25</b>	<b>2,55</b>	<b>3,54</b>	<b>2,96</b>	<b>1015,0</b>	<b>0,070</b>	<b>300,5</b>	<b>0,000</b>	<b>264,5</b>	<b>0,717</b>	<b>119,5</b>	<b>0,003</b>	<b>401,0</b>	<b>0,000</b>	<b>188,5</b>	<b>0,424</b>	<b>143,0</b>	<b>0,073</b>	<b>37,5</b>	<b>0,000</b>	<b>105,0</b>	<b>0,019</b>	<b>20,0</b>	<b>0,021</b>	
	<i>Stakeholders Primários</i>	3,80	3,45	2,86	3,50	3,10	930,0	0,016	323,0	0,000	153,0	0,016	108,5	0,001	487,0	0,000	207,5	0,700	148,5	0,092	87,0	0,005	163,5	0,367	29,0	0,099	
Reportar	<i>Stakeholders Secundários</i>	3,16	2,87	2,25	3,23	2,63	1005,0	0,059	420,0	0,000	281,5	0,950	170,0	0,040	503,0	0,000	156,5	0,131	201,5	0,604	40,0	0,000	120,5	0,046	24,0	0,036	
	<b>Stakeholders</b>	<b>3,48</b>	<b>3,16</b>	<b>2,56</b>	<b>3,36</b>	<b>2,86</b>	<b>952,0</b>	<b>0,025</b>	<b>308,5</b>	<b>0,000</b>	<b>224,5</b>	<b>0,284</b>	<b>116,5</b>	<b>0,003</b>	<b>456,0</b>	<b>0,000</b>	<b>197,0</b>	<b>0,539</b>	<b>165,0</b>	<b>0,189</b>	<b>40,5</b>	<b>0,000</b>	<b>125,0</b>	<b>0,067</b>	<b>24,0</b>	<b>0,042</b>	
	<i>Stakeholders Secundários</i>	3,16	2,87	2,25	3,23	2,63	1005,0	0,059	420,0	0,000	281,5	0,950	170,0	0,040	503,0	0,000	156,5	0,131	201,5	0,604	40,0	0,000	120,5	0,046	24,0	0,036	
Desempenho Organizacional Hospitalar	Econômico / Financeiro	3,74	3,44	2,85	3,33	3,13	994,5	0,046	363,5	0,000	175,0	0,045	134,0	0,006	491,0	0,000	197,5	0,539	165,0	0,183	108,0	0,017	144,5	0,156	41,0	0,465	
	Operacional	3,98	3,68	2,99	3,58	3,35	967,0	0,033	385,5	0,000	178,0	0,058	147,5	0,015	473,5	0,000	199,5	0,575	165,5	0,191	109,0	0,026	149,0	0,211	41,5	0,517	
	Qualidade Técnica	4,08	3,93	3,18	3,97	3,57	1057,5	0,125	429,0	0,000	233,5	0,359	166,5	0,035	363,5	0,000	217,5	0,868	156,5	0,128	68,0	0,001	146,5	0,184	35,0	0,251	
	Relacionamento Interno	3,98	3,85	3,26	3,88	3,60	1098,0	0,210	428,5	0,000	259,5	0,651	170,0	0,041	448,0	0,000	216,5	0,851	168,0	0,208	99,5	0,014	145,5	0,182	35,5	0,268	
	Relacionamento Externo	3,79	3,67	2,84	3,70	3,03	1094,5	0,202	338,5	0,000	230,5	0,333	116,5	0,003	333,5	0,000	223,0	0,965	110,0	0,012	60,0	0,001	173,0	0,508	21,5	0,029	
<b>Número de hospitais</b>		<b>57</b>	<b>45</b>	<b>10</b>	<b>40</b>	<b>10</b>																					

Fonte: dados da pesquisa (2021).

#### 4.4.6.2 Diferença entre o nível de maturidade conforme classificação da organização hospitalar

Quando observada a diferença dos valores médios do nível de maturidade por meio do teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney*, conforme a classificação da organização hospitalar, a maturidade geral e a maturidade por dimensão apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre todas as organizações hospitalares, independentemente do porte.

Os resultados do teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney* (Tabela 34) demonstram a existência de diferença ou similaridade entre os valores médios do nível de maturidade das dimensões por classificação da organização hospitalar.

**Tabela 34.** Resultado sintético do teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney*: classificação da organização hospitalar por dimensão

Classificação da Organização Hospitalar	Dimensão					
	Compreensão	Comunicação	Confiança	Colaboração	Maturidade Geral	Desempenho Organizacional Hospitalar
Pequeno porte (até 50 leitos) e Médio porte (de 51 a 150 leitos)	≠ NM (p=0,001)	≠ NM (p=0,001)	≠ NM (p=0,002)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ DH (p=0,000)
Pequeno porte (até 50 leitos) e Grande porte (de 151 a 500 leitos)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ DH (p=0,000)
Pequeno porte (até 50 leitos) e Capacidade extra (acima de 500 leitos)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)
Médio porte (de 51 a 150 leitos) e Grande porte (de 151 a 500 leitos)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ DH (p=0,000)
Médio porte (de 51 a 150 leitos) e Capacidade extra (acima de 500 leitos)	≠ NM (p=0,001)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ DH (p=0,001)
Grande porte (de 151 a 500 leitos) e Capacidade extra (acima de 500 leitos)	≠ NM (p=0,003)	≠ NM (p=0,041)	≠ NM (p=0,024)	≠ NM (p=0,003)	≠ NM (p=0,002)	≅ DH (p=0,414)

Legenda: ≠ - Diferença; ≅ - Similaridade e ou igualdade; NM - Nível de maturidade; DH - Desempenho hospitalar.

Fonte: dados da pesquisa (2021).

Os resultados apresentados na Tabela 34 reforçam que o nível de maturidade das práticas de gestão de relacionamento com *stakeholders* diferem entre todas as organizações hospitalares, independentemente da classificação. Pode-se observar que quanto maior o porte da organização hospitalar, melhor o nível de maturidade das práticas de gestão de relacionamento com *stakeholders*, e quanto menor o porte das organizações hospitalares, mais fragmentadas estão as práticas relacionais, estabelecidas em um nível de maturidade inferior.

É importante destacar que as organizações hospitalares de grande porte e capacidade extra, oferecem serviços diferenciados com grande concentração de atividades de média e alta

complexidade, requerendo uma maior evolução na estruturação dos processos e práticas relacionais. Organizações hospitalares de pequeno e médio porte demonstram processo e práticas relacionais menos integradas e ao que tudo indica realizam a gestão de relacionamento com *stakeholders* de maneira informal.

Do mesmo modo, os resultados evidenciados por dimensão, demonstraram diferença entre os valores médios do nível de maturidade quanto a classificação das organizações hospitalares. O nível de maturidade apresenta crescimento gradativo da gestão de relacionamento com *stakeholders* em todas as suas dimensões conforme se amplia o porte da organização hospitalar.

A caracterização do nível de maturidade com base na classificação da organização hospitalar (Tabelas 35 e 36) demonstrou que as organizações hospitalares classificadas como capacidade extra (acima de 500 leitos) apresentam os maiores valores médios dentro do Nível 4 de maturidade, onde as práticas de gestão de relacionamento com *stakeholders* estão completamente implantados em uma área ou mais áreas, com indicadores estabelecidos e os resultados planejados são alcançados. As organizações hospitalares de médio porte (de 51 a 150 leitos) e grande porte (de 151 a 500 leitos) foram classificadas no Nível 3 de maturidade, onde os níveis de maturidade encontram-se estabelecidos na informalidade ou em fase de implantação. Em compensação, organizações hospitalares de pequeno porte (até 50 leitos), foram classificadas com o menor valor médio dentro do Nível 2 de maturidade, onde as práticas encontram-se estabelecidas na informalidade ou em fase de implantação.

Na Tabela 35 (Dimensões) e Tabela 36 (Subdimensões) pode-se observar os valores médios do nível de maturidade caracterizados pelo critério classificação da organização hospitalar de forma estratificada.

Tabela 35. Resultado analítico do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney: classificação da organização hospitalar por dimensão

Macro dimensão	Dimensão	Classificação da Organização Hospitalar				Teste Wilcoxon - Mann-Whitney rank sum test (U test)												
		Pequeno porte (até 50 leitos)	Médio porte (de 51 a 150 leitos)	Grande porte (de 151 a 500 leitos)	Capacidade extra (acima de 500 leitos)	Pequeno porte (até 50 leitos) e Médio porte (de 51 a 150 leitos)	Pequeno porte (até 50 leitos) e Grande porte (de 151 a 500 leitos)	Pequeno porte (até 50 leitos) e Capacidade extra (acima de 500 leitos)	Médio porte (de 51 a 150 leitos) e Grande porte (de 151 a 500 leitos)	Médio porte (de 51 a 150 leitos) e Capacidade extra (acima de 500 leitos)	Grande porte (de 151 a 500 leitos) e Capacidade extra (acima de 500 leitos)							
		Média	Média	Média	Média	U	p-value	U	p-value	U	p-value	U	p-value	U	p-value	U	p-value	U
Gestão de Relacionamento com Stakeholders	Maturidade Geral	Stakeholders Primários	2,60	3,35	3,87	4,33	291,0	0,001	172,0	0,000	7,5	0,000	1015,5	0,000	32,0	0,000	186,0	0,001
		Stakeholders Secundários	2,30	2,91	3,44	3,89	304,0	0,001	170,0	0,000	6,0	0,000	1020,5	0,000	31,5	0,000	238,5	0,006
		Stakeholders	<b>2,45</b>	<b>3,13</b>	<b>3,66</b>	<b>4,11</b>	<b>284,5</b>	<b>0,000</b>	<b>152,0</b>	<b>0,000</b>	<b>4,0</b>	<b>0,000</b>	<b>963,0</b>	<b>0,000</b>	<b>23,0</b>	<b>0,000</b>	<b>210,0</b>	<b>0,002</b>
	Compreensão	Stakeholders Primários	2,64	3,23	3,79	4,38	314,0	0,001	194,5	0,000	5,5	0,000	1069,0	0,000	27,0	0,000	180,0	0,000
		Stakeholders Secundários	2,19	2,73	3,26	3,85	277,5	0,000	193,0	0,000	4,5	0,000	1195,5	0,000	76,0	0,000	262,5	0,014
		Stakeholders	<b>2,42</b>	<b>2,98</b>	<b>3,52</b>	<b>4,12</b>	<b>295,0</b>	<b>0,001</b>	<b>170,5</b>	<b>0,000</b>	<b>2,5</b>	<b>0,000</b>	<b>1085,5</b>	<b>0,000</b>	<b>34,5</b>	<b>0,000</b>	<b>225,0</b>	<b>0,003</b>
	Comunicação	Stakeholders Primários	2,57	3,41	3,95	4,29	285,5	0,000	222,5	0,000	19,0	0,000	1124,5	0,000	97,5	0,000	303,0	0,049
		Stakeholders Secundários	2,29	2,98	3,54	3,90	312,0	0,001	192,5	0,000	16,0	0,000	983,0	0,000	74,0	0,000	303,0	0,049
		Stakeholders	<b>2,43</b>	<b>3,20</b>	<b>3,75</b>	<b>4,09</b>	<b>293,0</b>	<b>0,001</b>	<b>206,5</b>	<b>0,000</b>	<b>16,0</b>	<b>0,000</b>	<b>988,5</b>	<b>0,000</b>	<b>80,5</b>	<b>0,000</b>	<b>296,0</b>	<b>0,041</b>
	Confiança	Stakeholders Primários	2,73	3,50	4,03	4,38	312,0	0,001	232,0	0,000	19,0	0,000	1268,0	0,000	125,5	0,000	304,5	0,052
		Stakeholders Secundários	2,55	3,19	3,72	4,10	338,0	0,003	239,0	0,000	23,0	0,000	1063,5	0,000	77,0	0,000	289,0	0,032
		Stakeholders	<b>2,64</b>	<b>3,34</b>	<b>3,88</b>	<b>4,24</b>	<b>324,5</b>	<b>0,002</b>	<b>233,5</b>	<b>0,000</b>	<b>24,0</b>	<b>0,000</b>	<b>1160,0</b>	<b>0,000</b>	<b>94,0</b>	<b>0,000</b>	<b>278,5</b>	<b>0,024</b>
	Colaboração	Stakeholders Primários	2,48	3,24	3,72	4,25	292,0	0,001	177,5	0,000	7,5	0,000	1090,0	0,000	46,0	0,000	166,0	0,000
		Stakeholders Secundários	2,13	2,71	3,24	3,70	239,5	0,000	154,0	0,000	11,0	0,000	1218,0	0,000	85,5	0,000	256,5	0,011
		Stakeholders	<b>2,30</b>	<b>2,97</b>	<b>3,48</b>	<b>3,98</b>	<b>284,0</b>	<b>0,000</b>	<b>168,5</b>	<b>0,000</b>	<b>8,0</b>	<b>0,000</b>	<b>1118,0</b>	<b>0,000</b>	<b>52,0</b>	<b>0,000</b>	<b>222,0</b>	<b>0,003</b>
	Gestão de Desempenho Organizacional	Desempenho Organizacional Hospitalar	2,76	3,43	3,90	4,01	272,5	0,000	152,0	0,000	19,5	0,000	1103,5	0,000	156,5	0,001	395,5	0,414
	Número de hospitais		<b>21</b>	<b>57</b>	<b>71</b>	<b>13</b>												

Fonte: dados da pesquisa (2021).

Tabela 36. Resultado analítico do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney: classificação da organização hospitalar por subdimensão

Dimensão	Subdimensão	Tipo de Organização Hospitalar				Teste de Wilcoxon - Mann-Whitney rank sum test (U test)												
		Pequeno porte (até 50 leitos)	Médio porte (de 51 a 150 leitos)	Grande porte (de 151 a 500 leitos)	Capacidade extra (acima de 500 leitos)	Pequeno porte (até 50 leitos) e Médio porte (de 51 a 150 leitos)		Pequeno porte (até 50 leitos) e Grande porte (de 151 a 500 leitos)		Pequeno porte (até 50 leitos) e Capacidade extra (acima de 500 leitos)		Médio porte (de 51 a 150 leitos) e Grande porte (de 151 a 500 leitos)		Médio porte (de 51 a 150 leitos) e Capacidade extra (acima de 500 leitos)		Grande porte (de 151 a 500 leitos) e Capacidade extra (acima de 500 leitos)		
						Média	Média	Média	Média	U	p-value	U	p-value	U	p-value	U	p-value	U
Compreensão	Identificar	Stakeholders Primários	2,58	3,21	3,86	4,46	315,5	0,001	208,0	0,000	12,0	0,000	1053,0	0,000	35,0	0,000	216,5	0,002
		Stakeholders Secundários	2,18	2,86	3,40	4,13	280,5	0,000	203,0	0,000	2,0	0,000	1232,5	0,000	55,0	0,000	234,0	0,005
		Stakeholders	<b>2,38</b>	<b>3,04</b>	<b>3,63</b>	<b>4,30</b>	<b>287,5</b>	<b>0,000</b>	<b>181,5</b>	<b>0,000</b>	<b>6,0</b>	<b>0,000</b>	<b>1106,5</b>	<b>0,000</b>	<b>35,0</b>	<b>0,000</b>	<b>223,0</b>	<b>0,003</b>
	Priorizar	Stakeholders Primários	2,68	3,28	3,80	4,42	355,0	0,005	252,5	0,000	8,0	0,000	1212,5	0,000	63,0	0,000	192,0	0,001
		Stakeholders Secundários	2,15	2,71	3,27	3,71	299,0	0,001	207,0	0,000	14,0	0,000	1138,5	0,000	127,5	0,000	315,5	0,069
		Stakeholders	<b>2,42</b>	<b>3,00</b>	<b>3,54</b>	<b>4,07</b>	<b>319,5</b>	<b>0,002</b>	<b>205,5</b>	<b>0,000</b>	<b>8,0</b>	<b>0,000</b>	<b>1058,0</b>	<b>0,000</b>	<b>62,5</b>	<b>0,000</b>	<b>260,0</b>	<b>0,012</b>
	Monitorar	Stakeholders Primários	2,65	3,20	3,70	4,27	334,5	0,003	225,0	0,000	10,0	0,000	1198,0	0,000	60,0	0,000	228,5	0,004
		Stakeholders Secundários	2,25	2,63	3,10	3,71	402,0	0,026	311,0	0,000	13,5	0,000	1394,5	0,002	113,0	0,000	278,0	0,022
		Stakeholders	<b>2,45</b>	<b>2,91</b>	<b>3,40</b>	<b>3,99</b>	<b>336,0</b>	<b>0,003</b>	<b>237,0</b>	<b>0,000</b>	<b>8,0</b>	<b>0,000</b>	<b>1239,0</b>	<b>0,000</b>	<b>73,0</b>	<b>0,000</b>	<b>245,5</b>	<b>0,007</b>
Comunicação	Informar	Stakeholders Primários	2,52	3,46	3,93	4,35	258,5	0,000	204,0	0,000	17,0	0,000	1290,0	0,000	130,5	0,000	298,5	0,040
		Stakeholders Secundários	2,24	3,05	3,49	3,90	278,5	0,000	205,5	0,000	14,0	0,000	1322,0	0,001	113,5	0,000	293,0	0,035
		Stakeholders	<b>2,38</b>	<b>3,26</b>	<b>3,71</b>	<b>4,13</b>	<b>255,0</b>	<b>0,000</b>	<b>201,0</b>	<b>0,000</b>	<b>14,0</b>	<b>0,000</b>	<b>1294,0</b>	<b>0,000</b>	<b>110,5</b>	<b>0,000</b>	<b>279,0</b>	<b>0,024</b>
	Ouvir	Stakeholders Primários	2,70	3,41	4,00	4,33	329,5	0,002	245,5	0,000	29,0	0,000	1069,0	0,000	103,0	0,000	334,5	0,109
		Stakeholders Secundários	2,36	2,92	3,55	3,88	362,5	0,007	248,5	0,000	27,5	0,000	987,0	0,000	77,0	0,000	344,0	0,140
		Stakeholders	<b>2,53</b>	<b>3,16</b>	<b>3,78</b>	<b>4,11</b>	<b>344,0</b>	<b>0,004</b>	<b>248,0</b>	<b>0,000</b>	<b>28,0</b>	<b>0,000</b>	<b>942,5</b>	<b>0,000</b>	<b>67,0</b>	<b>0,000</b>	<b>329,0</b>	<b>0,100</b>
	Responder	Stakeholders Primários	2,48	3,36	3,92	4,19	272,5	0,000	185,0	0,000	19,0	0,000	1254,5	0,000	154,5	0,001	361,5	0,209
		Stakeholders Secundários	2,27	2,97	3,59	3,90	313,0	0,001	180,0	0,000	16,5	0,000	1070,5	0,000	109,5	0,000	334,5	0,112
		Stakeholders	<b>2,38</b>	<b>3,17</b>	<b>3,75</b>	<b>4,05</b>	<b>290,5</b>	<b>0,001</b>	<b>172,5</b>	<b>0,000</b>	<b>17,5</b>	<b>0,000</b>	<b>1168,0</b>	<b>0,000</b>	<b>122,5</b>	<b>0,000</b>	<b>350,0</b>	<b>0,164</b>
Confiança	Transparência	Stakeholders Primários	2,69	3,46	3,96	4,19	311,0	0,001	255,5	0,000	34,0	0,000	1339,5	0,001	178,5	0,003	373,0	0,269
		Stakeholders Secundários	2,44	3,19	3,67	3,88	309,5	0,001	235,0	0,000	29,5	0,000	1322,5	0,001	159,5	0,001	370,0	0,252
		Stakeholders	<b>2,57</b>	<b>3,32</b>	<b>3,81</b>	<b>4,04</b>	<b>303,0</b>	<b>0,001</b>	<b>248,5</b>	<b>0,000</b>	<b>31,0</b>	<b>0,000</b>	<b>1316,0</b>	<b>0,001</b>	<b>164,5</b>	<b>0,002</b>	<b>366,5</b>	<b>0,238</b>
	Integridade	Stakeholders Primários	2,76	3,43	4,03	4,33	357,0	0,006	244,5	0,000	27,5	0,000	1155,0	0,000	133,5	0,000	357,5	0,189
		Stakeholders Secundários	2,49	3,10	3,71	4,06	336,5	0,003	223,5	0,000	22,5	0,000	1017,5	0,000	79,5	0,000	328,0	0,091
		Stakeholders	<b>2,63</b>	<b>3,26</b>	<b>3,87</b>	<b>4,19</b>	<b>355,0</b>	<b>0,006</b>	<b>240,0</b>	<b>0,000</b>	<b>25,5</b>	<b>0,000</b>	<b>1056,0</b>	<b>0,000</b>	<b>103,0</b>	<b>0,000</b>	<b>342,0</b>	<b>0,136</b>
	Respeito	Stakeholders Primários	2,70	3,52	4,01	4,40	296,5	0,001	194,0	0,000	10,0	0,000	1374,0	0,002	146,5	0,001	310,5	0,057
		Stakeholders Secundários	2,64	3,26	3,67	4,13	349,5	0,005	257,0	0,000	22,0	0,000	1381,5	0,002	136,0	0,000	304,0	0,047
		Stakeholders	<b>2,67</b>	<b>3,39</b>	<b>3,84</b>	<b>4,27</b>	<b>316,5</b>	<b>0,001</b>	<b>215,5</b>	<b>0,000</b>	<b>13,0</b>	<b>0,000</b>	<b>1321,5</b>	<b>0,001</b>	<b>131,5</b>	<b>0,000</b>	<b>306,5</b>	<b>0,054</b>
Ética	Stakeholders Primários	2,76	3,59	4,12	4,62	344,5	0,004	309,5	0,000	40,0	0,001	1392,0	0,002	136,0	0,000	246,5	0,007	
	Stakeholders Secundários	2,62	3,20	3,85	4,31	364,0	0,008	295,0	0,000	36,0	0,000	1088,5	0,000	71,0	0,000	261,5	0,012	
	Stakeholders	<b>2,69</b>	<b>3,40</b>	<b>3,98</b>	<b>4,46</b>	<b>354,5</b>	<b>0,006</b>	<b>309,5</b>	<b>0,000</b>	<b>39,0</b>	<b>0,001</b>	<b>1221,0</b>	<b>0,000</b>	<b>80,0</b>	<b>0,000</b>	<b>240,5</b>	<b>0,006</b>	
Colaboração	Integrar	Stakeholders Primários	2,50	3,21	3,71	4,23	317,5	0,001	214,0	0,000	13,0	0,000	1189,5	0,000	69,0	0,000	221,5	0,003
		Stakeholders Secundários	2,14	2,70	3,31	3,83	283,5	0,000	174,0	0,000	8,0	0,000	1041,5	0,000	48,0	0,000	244,5	0,006
		Stakeholders	<b>2,32</b>	<b>2,95</b>	<b>3,51</b>	<b>4,03</b>	<b>288,0</b>	<b>0,000</b>	<b>171,5</b>	<b>0,000</b>	<b>7,5</b>	<b>0,000</b>	<b>1078,5</b>	<b>0,000</b>	<b>50,5</b>	<b>0,000</b>	<b>212,0</b>	<b>0,002</b>

Desempenho Organizacional Hospitalar	Partilhar	<i>Stakeholders Primários</i>	2,54	3,29	3,82	4,35	289,5	0,000	180,0	0,000	12,5	0,000	1143,5	0,000	82,0	0,000	238,0	0,005
		<i>Stakeholders Secundários</i>	2,13	2,77	3,32	3,77	284,5	0,000	158,0	0,000	15,0	0,000	1163,0	0,000	125,5	0,000	307,5	0,054
		<b>Stakeholders</b>	<b>2,33</b>	<b>3,03</b>	<b>3,57</b>	<b>4,06</b>	<b>285,5</b>	<b>0,000</b>	<b>155,0</b>	<b>0,000</b>	<b>11,5</b>	<b>0,000</b>	<b>1064,0</b>	<b>0,000</b>	<b>84,0</b>	<b>0,000</b>	<b>255,5</b>	<b>0,011</b>
	Cooperar	<i>Stakeholders Primários</i>	2,35	3,20	3,72	4,02	269,0	0,000	161,5	0,000	16,0	0,000	1184,5	0,000	136,0	0,000	345,0	0,140
		<i>Stakeholders Secundários</i>	2,14	2,74	3,26	3,60	269,5	0,000	217,0	0,000	20,5	0,000	1224,0	0,000	158,5	0,001	358,5	0,195
		<b>Stakeholders</b>	<b>2,24</b>	<b>2,97</b>	<b>3,49</b>	<b>3,81</b>	<b>257,0</b>	<b>0,000</b>	<b>156,5</b>	<b>0,000</b>	<b>18,5</b>	<b>0,000</b>	<b>1139,0</b>	<b>0,000</b>	<b>124,5</b>	<b>0,000</b>	<b>336,5</b>	<b>0,120</b>
	Reportar	<i>Stakeholders Primários</i>	2,54	3,24	3,62	4,42	302,5	0,001	237,5	0,000	5,0	0,000	1416,5	0,003	42,0	0,000	108,5	0,000
		<i>Stakeholders Secundários</i>	2,08	2,64	3,05	3,62	292,0	0,000	255,5	0,000	12,0	0,000	1483,5	0,009	115,0	0,000	250,0	0,008
		<b>Stakeholders</b>	<b>2,31</b>	<b>2,94</b>	<b>3,33</b>	<b>4,02</b>	<b>290,5</b>	<b>0,000</b>	<b>234,5</b>	<b>0,000</b>	<b>6,5</b>	<b>0,000</b>	<b>1390,0</b>	<b>0,002</b>	<b>58,5</b>	<b>0,000</b>	<b>191,0</b>	<b>0,001</b>
	Econômico / Financeiro	Econômico / Financeiro	2,63	3,23	3,65	3,67	322,5	0,001	237,0	0,000	46,5	0,001	1304,0	0,000	235,5	0,036	444,5	0,829
		Operacional	2,62	3,29	4,00	4,19	307,5	0,001	160,0	0,000	19,0	0,000	928,5	0,000	121,5	0,000	390,5	0,377
		Qualidade Técnica	2,98	3,64	4,03	4,26	338,0	0,003	265,5	0,000	36,0	0,000	1371,0	0,002	181,5	0,004	369,0	0,247
		Relacionamento Interno	3,02	3,62	3,97	4,09	327,5	0,002	249,5	0,000	37,0	0,000	1348,5	0,001	188,5	0,006	371,5	0,260
		Relacionamento Externo	2,51	3,32	3,81	3,81	220,5	0,000	133,5	0,000	27,0	0,000	1230,5	0,000	214,0	0,017	459,5	0,980
	<b>Número de hospitais</b>		<b>21</b>	<b>57</b>	<b>71</b>	<b>13</b>												

Fonte: dados da pesquisa (2021).

#### 4.4.6.3 Diferença entre o nível de maturidade conforme quantidade média de cirurgias mensais realizadas

Quando observada a diferença dos valores médios do nível de maturidade por meio do teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney*, conforme a quantidade média de cirurgias mensais realizadas, a maturidade geral e a maturidade por dimensão em sua maioria apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre as organizações hospitalares.

Os resultados do teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney* (Tabela 37) demonstram a existência de diferença ou similaridade entre os valores médios do nível de maturidade das dimensões por quantidade média de cirurgias mensais realizadas.

**Tabela 37.** Resultado sintético do teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney*: quantidade média de cirurgias mensais realizadas por dimensão

Quantidade Média de Cirurgias Mensais Realizadas	Dimensão					
	Compreensão	Comunicação	Confiança	Colaboração	Maturidade Geral	Desempenho Organizacional Hospitalar
Até 500 cirurgias/mês e De 501 a 1000 cirurgias/mês	≠ NM (p=0,015)	≠ NM (p=0,019)	≠ NM (p=0,036)	≠ NM (p=0,012)	≠ NM <b>(p=0,012)</b>	≠ DH (p=0,024)
Até 500 cirurgias/mês e De 1001 a 2000 cirurgias/mês	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM <b>(p=0,000)</b>	≠ DH (p=0,000)
Até 500 cirurgias/mês e De 2001 a 3000 cirurgias/mês	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM <b>(p=0,000)</b>	≠ DH (p=0,000)
Até 500 cirurgias/mês e Acima de 3000 cirurgias/mês	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM <b>(p=0,000)</b>	≠ DH (p=0,000)
De 501 a 1000 cirurgias/mês e De 1001 a 2000 cirurgias/mês	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,002)	≠ NM <b>(p=0,000)</b>	≠ DH (p=0,015)
De 501 a 1000 cirurgias/mês e De 2001 a 3000 cirurgias/mês	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM <b>(p=0,000)</b>	≠ DH (p=0,000)
De 501 a 1000 cirurgias/mês e Acima de 3000 cirurgias/mês	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM <b>(p=0,000)</b>	≠ DH (p=0,000)
De 1001 a 2000 cirurgias/mês e De 2001 a 3000 cirurgias/mês	≠ NM (p=0,002)	≠ NM (p=0,015)	≅ NM (p=0,187)	≠ NM (p=0,007)	≠ NM <b>(p=0,003)</b>	≠ DH (p=0,001)
De 1001 a 2000 cirurgias/mês e Acima de 3000 cirurgias/mês	≠ NM (p=0,008)	≠ NM (p=0,002)	≠ NM (p=0,008)	≠ NM (p=0,001)	≠ NM <b>(p=0,000)</b>	≠ DH (p=0,005)
De 2001 a 3000 cirurgias/mês e Acima de 3000 cirurgias/mês	≅ NM (p=0,667)	≅ NM (p=0,341)	≅ NM (p=0,085)	≅ NM (p=0,309)	≅ NM <b>(p=0,278)</b>	≅ DH (p=0,836)

Legenda: ≠ - Diferença; ≅ - Similaridade e ou igualdade; NM - Nível de maturidade; DH - Desempenho hospitalar.

Fonte: dados da pesquisa (2021).

Os resultados apresentados na Tabela 37 reforçam que o nível de maturidade das práticas de gestão de relacionamento com *stakeholders* quanto a quantidade média de cirurgias mensais realizadas difere entre todas as organizações hospitalares, com exceção das organizações

hospitalares que realizam entre 2001 e 3000 cirurgias/mês e acima de 3000 cirurgias/mês. Constatou-se que quanto maior a quantidade média de cirurgias/mensais realizadas por organização hospitalar, melhor o nível de maturidade das práticas de gestão de relacionamento com *stakeholders*, e quanto menor a quantidade média de cirurgias/mensais realizadas por organização hospitalar, mais segmentadas estão as práticas relacionais, estabelecidas em um nível de maturidade inferior.

De modo igual, os resultados evidenciados por dimensão, demonstraram diferença entre os valores médios do nível de maturidade quanto a quantidade média de cirurgias/mensais realizadas por organização hospitalar, com exceção das organizações hospitalares que realizam entre 2001 e 3000 cirurgias/mês e acima de 3000 cirurgias/mês. O nível de maturidade apresenta crescimento gradativo da gestão de relacionamento com *stakeholders* em todas as suas dimensões conforme a quantidade média de cirurgias/mensais realizadas por organização hospitalar aumenta.

A caracterização do nível de maturidade com base na quantidade média de cirurgias/mensais realizadas por organização hospitalar (Tabelas 38 e 39) demonstrou que as organizações hospitalares que realizam entre 1001 a 2000 cirurgias/mês, 2001 e 3000 cirurgias/mês e acima de 3000 cirurgias/mês apresentam os valores médios mais elevados dentro do Nível 3 de maturidade, onde os níveis de maturidade encontram-se implantados formalmente (documentados), mas existem algumas falhas na execução. As organizações hospitalares que realizam até 500 cirurgias/mês e 501 a 1000 cirurgias/mês, foram classificadas com o menor valor médio dentro do Nível 2 de maturidade, onde as práticas encontram-se estabelecidas na informalidade ou em fase de implantação.

Na Tabela 38 (Dimensões) e Tabela 39 (Subdimensões) pode-se observar os valores médios do nível de maturidade caracterizados pelo critério quantidade média de cirurgias mensais realizadas de forma estratificada.

Tabela 38. Resultado analítico do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney: quantidade média de cirurgias mensais realizadas por dimensão

Macro dimensão	Dimensão	Quantidade Média de Cirurgias Mensais Realizadas					Teste Wilcoxon - Mann-Whitney rank sum test (U test)																			
		Até 500 cirurgias/mês	De 501 a 1000 cirurgias/mês	De 1001 a 2000 cirurgias/mês	De 2001 a 3000 cirurgias/mês	Acima de 3000 cirurgias/mês	Até 500 cirurgias/mês e De 501 a 1000 cirurgias/mês	Até 500 cirurgias/mês e De 1001 a 2000 cirurgias/mês	Até 500 cirurgias/mês e De 2001 a 3000 cirurgias/mês	Até 500 cirurgias/mês e Acima de 3000 cirurgias/mês	De 501 a 1000 cirurgias/mês e De 1001 a 2000 cirurgias/mês	De 501 a 1000 cirurgias/mês e Acima de 3000 cirurgias/mês	De 1001 a 2000 cirurgias/mês e De 2001 a 3000 cirurgias/mês	De 1001 a 2000 cirurgias/mês e Acima de 3000 cirurgias/mês	De 2001 a 3000 cirurgias/mês e Acima de 3000 cirurgias/mês											
		Média	Média	Média	Média	Média	U	P-value	U	P-value	U	P-value	U	P-value	U	P-value	U	P-value	U	P-value	U	P-value	U	P-value	U	P-value
Maturidade Geral	Stakeholders Primários	2,69	3,17	3,80	4,06	4,21	353,5	0,010	166,5	0,000	79,0	0,000	27,5	0,000	356,5	0,000	161,5	0,000	52,5	0,000	411,0	0,003	156,5	0,000	280,5	0,106
	Stakeholders Secundários	2,39	2,77	3,32	3,63	3,74	383,0	0,028	171,5	0,000	89,5	0,000	31,5	0,000	299,0	0,000	168,0	0,000	46,0	0,000	440,0	0,008	195,0	0,001	321,0	0,346
	Stakeholders	<b>2,54</b>	<b>2,97</b>	<b>3,56</b>	<b>3,84</b>	<b>3,97</b>	<b>358,0</b>	<b>0,012</b>	<b>141,5</b>	<b>0,000</b>	<b>66,0</b>	<b>0,000</b>	<b>20,0</b>	<b>0,000</b>	<b>293,0</b>	<b>0,000</b>	<b>136,5</b>	<b>0,000</b>	<b>39,5</b>	<b>0,000</b>	<b>410,5</b>	<b>0,003</b>	<b>169,5</b>	<b>0,000</b>	<b>312,5</b>	<b>0,278</b>
Compreensão	Stakeholders Primários	2,67	3,10	3,70	4,01	4,11	357,5	0,012	167,0	0,000	86,5	0,000	43,0	0,000	345,5	0,000	181,5	0,000	77,0	0,000	438,0	0,007	218,0	0,004	322,5	0,357
	Stakeholders Secundários	2,28	2,63	3,06	3,51	3,56	382,0	0,026	211,5	0,000	104,0	0,000	59,0	0,000	410,0	0,003	224,5	0,000	145,5	0,000	419,0	0,004	249,0	0,017	368,0	0,868
	Stakeholders	<b>2,47</b>	<b>2,87</b>	<b>3,38</b>	<b>3,76</b>	<b>3,84</b>	<b>364,0</b>	<b>0,015</b>	<b>185,0</b>	<b>0,000</b>	<b>67,5</b>	<b>0,000</b>	<b>40,0</b>	<b>0,000</b>	<b>343,0</b>	<b>0,000</b>	<b>184,5</b>	<b>0,000</b>	<b>99,5</b>	<b>0,000</b>	<b>400,5</b>	<b>0,002</b>	<b>230,5</b>	<b>0,008</b>	<b>352,0</b>	<b>0,667</b>
Comunicação	Stakeholders Primários	2,65	3,18	3,92	4,15	4,26	354,5	0,010	146,0	0,000	95,0	0,000	36,0	0,000	331,0	0,000	197,0	0,000	70,0	0,000	527,5	0,088	220,5	0,005	295,5	0,170
	Stakeholders Secundários	2,35	2,76	3,45	3,78	3,85	391,0	0,035	174,5	0,000	86,0	0,000	43,5	0,000	310,0	0,000	143,0	0,000	55,0	0,000	413,0	0,003	208,5	0,002	345,0	0,583
	Stakeholders	<b>2,50</b>	<b>2,97</b>	<b>3,68</b>	<b>3,97</b>	<b>4,05</b>	<b>372,0</b>	<b>0,019</b>	<b>157,0</b>	<b>0,000</b>	<b>87,0</b>	<b>0,000</b>	<b>36,0</b>	<b>0,000</b>	<b>290,5</b>	<b>0,000</b>	<b>136,0</b>	<b>0,000</b>	<b>53,0</b>	<b>0,000</b>	<b>460,5</b>	<b>0,015</b>	<b>201,0</b>	<b>0,002</b>	<b>320,5</b>	<b>0,341</b>
Confiança	Stakeholders Primários	2,83	3,27	4,00	4,18	4,38	393,0	0,038	182,0	0,000	121,5	0,000	41,5	0,000	361,0	0,000	268,5	0,000	114,5	0,000	579,0	0,255	243,5	0,014	264,0	0,059
	Stakeholders Secundários	2,63	2,99	3,69	3,85	4,03	400,0	0,047	172,5	0,000	123,0	0,000	45,0	0,000	288,5	0,000	204,0	0,000	71,0	0,000	554,0	0,159	239,0	0,011	295,0	0,169
	Stakeholders	<b>2,73</b>	<b>3,13</b>	<b>3,84</b>	<b>4,02</b>	<b>4,20</b>	<b>391,0</b>	<b>0,036</b>	<b>174,0</b>	<b>0,000</b>	<b>115,5</b>	<b>0,000</b>	<b>44,0</b>	<b>0,000</b>	<b>325,5</b>	<b>0,000</b>	<b>234,0</b>	<b>0,000</b>	<b>90,5</b>	<b>0,000</b>	<b>562,0</b>	<b>0,187</b>	<b>232,5</b>	<b>0,008</b>	<b>274,0</b>	<b>0,085</b>
Colaboração	Stakeholders Primários	2,61	3,11	3,59	3,91	4,08	348,5	0,008	173,5	0,000	98,5	0,000	47,5	0,000	373,0	0,001	172,5	0,000	72,5	0,000	384,5	0,001	165,5	0,000	294,0	0,164
	Stakeholders Secundários	2,25	2,67	3,06	3,38	3,49	342,0	0,006	193,0	0,000	133,0	0,000	59,5	0,000	451,5	0,012	293,5	0,000	127,5	0,000	483,5	0,030	247,0	0,016	324,5	0,375
	Stakeholders	<b>2,43</b>	<b>2,89</b>	<b>3,32</b>	<b>3,64</b>	<b>3,79</b>	<b>357,5</b>	<b>0,012</b>	<b>187,5</b>	<b>0,000</b>	<b>106,5</b>	<b>0,000</b>	<b>46,5</b>	<b>0,000</b>	<b>403,5</b>	<b>0,002</b>	<b>207,0</b>	<b>0,000</b>	<b>72,5</b>	<b>0,000</b>	<b>434,0</b>	<b>0,007</b>	<b>197,0</b>	<b>0,001</b>	<b>316,5</b>	<b>0,309</b>
Gestão de Desempenho Organizacional	Desempenho Organizacional Hospitalar	2,95	3,34	3,67	4,08	4,05	379,0	0,024	218,0	0,000	98,5	0,000	56,5	0,000	460,0	0,015	228,5	0,000	132,0	0,000	370,0	0,001	221,5	0,005	365,5	0,836
Número de hospitais		<b>31</b>	<b>36</b>	<b>38</b>	<b>36</b>	<b>21</b>																				

Fonte: dados da pesquisa (2021).

Tabela 39. Resultado analítico do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney: quantidade média de cirurgias mensais realizadas por subdimensão

Dimensão	Subdimensão	Quantidade Média de Cirurgias Mensais Realizadas					Teste de Wilcoxon - Mann-Whitney rank sum test (U test)																				
		Até 500 cirurgias/mês	De 501 a 1000 cirurgias/mês	De 1001 a 2000 cirurgias/mês	De 2001 a 3000 cirurgias/mês	Acima de 3000 cirurgias/mês	Até 500 cirurgias/mês e De 501 a 1000 cirurgias/mês		Até 500 cirurgias/mês e De 1001 a 2000 cirurgias/mês		Até 500 cirurgias/mês e De 2001 a 3000 cirurgias/mês		Até 500 cirurgias/mês e Acima de 3000 cirurgias/mês		De 501 a 1000 cirurgias/mês e De 1001 a 2000 cirurgias/mês		De 501 a 1000 cirurgias/mês e Acima de 3000 cirurgias/mês		De 1001 a 2000 cirurgias/mês e De 2001 a 3000 cirurgias/mês		De 1001 a 2000 cirurgias/mês e Acima de 3000 cirurgias/mês		De 2001 a 3000 cirurgias/mês e Acima de 3000 cirurgias/mês				
							Média	Média	Média	Média	Média	U	P-value	U	P-value	U	P-value	U	P-value	U	P-value	U	P-value	U	P-value	U	P-value
Compreensão	Identificar	Stakeholders Primários	2,62	3,09	3,76	4,07	4,17	358,5	0,012	163,5	0,000	94,5	0,000	47,0	0,000	347,5	0,000	208,5	0,000	102,5	0,000	498,5	0,041	244,5	0,013	331,5	,434
		Stakeholders Secundários	2,31	2,75	3,23	3,63	3,79	384,0	0,027	203,0	0,000	140,0	0,000	50,5	0,000	422,0	0,004	284,0	0,000	126,5	0,000	431,0	0,006	229,0	0,007	354,5	,694
		Stakeholders	<b>2,47</b>	<b>2,92</b>	<b>3,50</b>	<b>3,85</b>	<b>3,98</b>	<b>345,5</b>	<b>0,007</b>	<b>181,0</b>	<b>0,000</b>	<b>93,5</b>	<b>0,000</b>	<b>41,0</b>	<b>0,000</b>	<b>350,5</b>	<b>0,000</b>	<b>228,5</b>	<b>0,000</b>	<b>108,0</b>	<b>0,000</b>	<b>440,5</b>	<b>0,008</b>	<b>223,5</b>	<b>0,005</b>	<b>352,5</b>	<b>,672</b>
	Priorizar	Stakeholders Primários	2,69	3,15	3,69	4,03	4,19	379,0	0,023	205,0	0,000	120,5	0,000	50,0	0,000	405,5	0,002	228,5	0,000	89,0	0,000	472,0	0,020	213,5	0,003	321,5	,344
		Stakeholders Secundários	2,22	2,65	3,04	3,56	3,48	357,5	0,010	213,0	0,000	95,5	0,000	73,5	0,000	444,0	0,008	223,5	0,000	174,5	0,001	388,0	0,001	289,0	0,077	352,5	,671
		Stakeholders	<b>2,46</b>	<b>2,90</b>	<b>3,37</b>	<b>3,80</b>	<b>3,83</b>	<b>358,5</b>	<b>0,012</b>	<b>191,5</b>	<b>0,000</b>	<b>81,5</b>	<b>0,000</b>	<b>46,5</b>	<b>0,000</b>	<b>381,5</b>	<b>0,001</b>	<b>187,5</b>	<b>0,000</b>	<b>104,5</b>	<b>0,000</b>	<b>395,5</b>	<b>0,002</b>	<b>241,5</b>	<b>0,012</b>	<b>376,0</b>	<b>,974</b>
	Monitorar	Stakeholders Primários	2,69	3,07	3,63	3,93	3,98	374,0	0,020	205,0	0,000	111,5	0,000	71,5	0,000	364,0	0,000	196,5	0,000	115,0	0,000	445,5	0,009	249,0	0,016	346,0	,589
		Stakeholders Secundários	2,31	2,51	2,92	3,34	3,43	474,0	0,286	311,5	0,001	162,5	0,001	101,0	0,001	450,0	0,011	284,5	0,000	168,5	0,000	480,5	0,027	259,0	0,026	351,5	,658
		Stakeholders	<b>2,50</b>	<b>2,79</b>	<b>3,28</b>	<b>3,64</b>	<b>3,70</b>	<b>413,5</b>	<b>0,069</b>	<b>225,5</b>	<b>0,000</b>	<b>119,0</b>	<b>0,000</b>	<b>75,0</b>	<b>0,000</b>	<b>381,5</b>	<b>0,001</b>	<b>190,0</b>	<b>0,000</b>	<b>127,5</b>	<b>0,000</b>	<b>441,0</b>	<b>0,008</b>	<b>252,0</b>	<b>0,020</b>	<b>344,0</b>	<b>,573</b>
Comunicação	Informar	Stakeholders Primários	2,66	3,16	3,96	4,13	4,30	367,0	0,016	146,0	0,000	94,0	0,000	39,0	0,000	293,5	0,000	187,0	0,000	76,0	0,000	592,5	0,311	274,0	0,044	300,5	,184
		Stakeholders Secundários	2,33	2,79	3,45	3,72	3,87	377,0	0,021	168,0	0,000	99,0	0,000	37,0	0,000	375,0	0,001	215,5	0,000	87,0	0,000	510,0	0,055	236,5	0,009	312,5	,271
		Stakeholders	<b>2,50</b>	<b>2,98</b>	<b>3,70</b>	<b>3,93</b>	<b>4,08</b>	<b>374,5</b>	<b>0,021</b>	<b>141,5</b>	<b>0,000</b>	<b>89,5</b>	<b>0,000</b>	<b>32,0</b>	<b>0,000</b>	<b>308,0</b>	<b>0,000</b>	<b>192,5</b>	<b>0,000</b>	<b>72,0</b>	<b>0,000</b>	<b>560,0</b>	<b>0,178</b>	<b>240,0</b>	<b>0,011</b>	<b>289,0</b>	<b>,138</b>
	Ouvir	Stakeholders Primários	2,77	3,22	3,89	4,23	4,27	381,0	0,025	205,5	0,000	130,0	0,000	71,5	0,000	355,5	0,000	171,5	0,000	83,0	0,000	423,5	0,004	224,5	0,004	366,0	,838
		Stakeholders Secundários	2,40	2,71	3,41	3,81	3,81	426,0	0,091	210,0	0,000	117,5	0,000	72,0	0,000	308,0	0,000	150,0	0,000	69,0	0,000	388,0	0,001	219,5	0,004	352,5	,667
		Stakeholders	<b>2,58</b>	<b>2,96</b>	<b>3,65</b>	<b>4,02</b>	<b>4,04</b>	<b>390,0</b>	<b>0,034</b>	<b>202,0</b>	<b>0,000</b>	<b>114,0</b>	<b>0,000</b>	<b>67,5</b>	<b>0,000</b>	<b>300,0</b>	<b>0,000</b>	<b>129,5</b>	<b>0,000</b>	<b>53,5</b>	<b>0,000</b>	<b>380,5</b>	<b>0,001</b>	<b>206,5</b>	<b>0,002</b>	<b>367,0</b>	<b>,854</b>
	Responder	Stakeholders Primários	2,52	3,17	3,90	4,10	4,21	337,5	0,005	124,0	0,000	82,0	0,000	36,0	0,000	383,5	0,001	288,5	0,000	138,5	0,000	557,5	0,163	269,0	0,036	316,0	,294
		Stakeholders Secundários	2,31	2,78	3,49	3,81	3,86	386,5	0,029	171,5	0,000	85,5	0,000	47,5	0,000	356,0	0,000	187,0	0,000	94,0	0,000	456,0	0,012	251,5	0,018	355,0	,699
		Stakeholders	<b>2,42</b>	<b>2,98</b>	<b>3,70</b>	<b>3,95</b>	<b>4,04</b>	<b>349,5</b>	<b>0,009</b>	<b>142,0</b>	<b>0,000</b>	<b>76,5</b>	<b>0,000</b>	<b>41,0</b>	<b>0,000</b>	<b>362,5</b>	<b>0,000</b>	<b>231,5</b>	<b>0,000</b>	<b>111,5</b>	<b>0,000</b>	<b>504,5</b>	<b>0,050</b>	<b>260,5</b>	<b>0,027</b>	<b>345,5</b>	<b>,588</b>
Confiança	Transparência	Stakeholders Primários	2,80	3,26	3,93	4,03	4,30	375,5	0,021	193,5	0,000	144,0	0,000	55,5	0,000	398,0	0,002	318,0	0,000	129,5	0,000	641,0	0,638	271,0	0,040	276,0	,088
		Stakeholders Secundários	2,57	3,01	3,65	3,75	3,92	377,0	0,022	206,5	0,000	158,5	0,000	69,0	0,000	373,0	0,001	323,5	0,000	132,5	0,000	591,0	0,308	286,0	0,069	338,5	,508
		Stakeholders	<b>2,69</b>	<b>3,14</b>	<b>3,79</b>	<b>3,89</b>	<b>4,11</b>	<b>368,5</b>	<b>0,017</b>	<b>194,5</b>	<b>0,000</b>	<b>147,0</b>	<b>0,000</b>	<b>59,5</b>	<b>0,000</b>	<b>375,5</b>	<b>0,001</b>	<b>308,5</b>	<b>0,000</b>	<b>128,0</b>	<b>0,000</b>	<b>609,0</b>	<b>0,415</b>	<b>267,0</b>	<b>0,036</b>	<b>307,5</b>	<b>,241</b>
	Integridade	Stakeholders Primários	2,83	3,17	4,00	4,22	4,30	429,0	0,103	175,5	0,000	115,0	0,000	54,5	0,000	328,5	0,000	219,5	0,000	109,5	0,000	552,0	0,143	281,0	0,055	333,5	,448
		Stakeholders Secundários	2,58	2,83	3,70	3,86	3,98	435,5	0,120	164,0	0,000	121,5	0,000	56,5	0,000	234,5	0,000	153,0	0,000	55,5	0,000	551,5	0,143	281,0	0,056	344,5	,568
		Stakeholders	<b>2,71</b>	<b>3,00</b>	<b>3,85</b>	<b>4,04</b>	<b>4,14</b>	<b>434,5</b>	<b>0,120</b>	<b>176,5</b>	<b>0,000</b>	<b>118,0</b>	<b>0,000</b>	<b>58,0</b>	<b>0,000</b>	<b>284,0</b>	<b>0,000</b>	<b>174,0</b>	<b>0,000</b>	<b>81,0</b>	<b>0,000</b>	<b>543,5</b>	<b>0,125</b>	<b>281,0</b>	<b>0,058</b>	<b>343,0</b>	<b>,559</b>
	Respeito	Stakeholders Primários	2,75	3,28	4,00	4,24	4,35	371,0	0,018	146,0	0,000	83,5	0,000	32,0	0,000	392,0	0,001	285,5	0,000	140,5	0,000	543,5	0,119	264,0	0,028	318,0	,306
		Stakeholders Secundários	2,59	3,08	3,70	3,87	4,01	380,0	0,024	158,0	0,000	104,5	0,000	45,5	0,000	401,5	0,002	299,5	0,000	142,5	0,000	549,0	0,137	280,5	0,056	342,0	,543
		Stakeholders	<b>2,67</b>	<b>3,18</b>	<b>3,85</b>	<b>4,05</b>	<b>4,18</b>	<b>370,0</b>	<b>0,018</b>	<b>137,5</b>	<b>0,000</b>	<b>81,5</b>	<b>0,000</b>	<b>27,5</b>	<b>0,000</b>	<b>380,5</b>	<b>0,001</b>	<b>276,5</b>	<b>0,000</b>	<b>134,5</b>	<b>0,000</b>	<b>537,5</b>	<b>0,111</b>	<b>272,0</b>	<b>0,043</b>	<b>333,0</b>	<b>,453</b>
Ética	Stakeholders Primários	2,94	3,36	4,07	4,24	4,56	418,0	0,077	246,5	0,000	201,5	0,000	84,0	0,000	421,0	0,004	324,5	0,000	126,0	0,000	616,0	0,456	243,0	0,012	232,0	,014	
	Stakeholders Secundários	2,78	3,03	3,71	3,94	4,23	443,0	0,146	267,0	0,000	202,5	0,000	82,0	0,000	395,0	0,002	274,5	0,000	87,0	0,000	502,0	0,044	200,0	0,001	274,5	,082	
	Stakeholders	<b>2,86</b>	<b>3,20</b>	<b>3,89</b>	<b>4,09</b>	<b>4,39</b>	<b>424,5</b>	<b>0,092</b>	<b>247,0</b>	<b>0,000</b>	<b>195,0</b>	<b>0,000</b>	<b>73,5</b>	<b>0,000</b>	<b>393,0</b>	<b>0,002</b>	<b>280,0</b>	<b>0,000</b>	<b>98,5</b>	<b>0,000</b>	<b>558,0</b>	<b>0,171</b>	<b>210,0</b>	<b>0,003</b>	<b>255,0</b>	<b>,041</b>	
Colaboração	Integrar	Stakeholders Primários	2,59	3,12	3,56	3,88	4,13	361,0	0,012	215,0	0,000	123,0	0,000	43,5	0,000	474,0	0,021	277,0	0,000	92,0	0,000	424,5	0,004	141,5	0,000	257,0	,042
		Stakeholders Secundários	2,24	2,68	3,08	3,41	3,71	353,0	0,009	211,0	0,000	145,5	0,000	29,5	0,000	435,5	0,006	280,0	0,000	79,5	0,000	478,5	0,024	154,0	0,000	270,0	,070
		Stakeholders	<b>2,42</b>	<b>2,90</b>	<b>3,32</b>	<b>3,64</b>	<b>3,92</b>	<b>348,0</b>	<b>0,008</b>	<b>194,0</b>	<b>0,000</b>	<b>108,5</b>	<b>0,000</b>	<b>27,5</b>	<b>0,000</b>	<b>449,0</b>	<b>0,011</b>	<b>249,5</b>	<b>0,000</b>	<b>78,5</b>	<b>0,000</b>	<b>440,0</b>	<b>0,008</b>	<b>130,5</b>	<b>0,000</b>	<b>253,0</b>	<b>,037</b>

Desempenho Organizacional Hospitalar	Partilhar	<i>Stakeholders Primários</i>	2,73	3,15	3,61	4,01	4,23	396,0	0,038	245,5	0,000	120,5	0,000	53,5	0,000	434,5	0,006	202,0	0,000	87,0	0,000	369,0	0,000	164,0	0,000	292,5	,146
		<i>Stakeholders Secundários</i>	2,31	2,70	3,12	3,47	3,60	390,5	0,031	249,5	0,000	145,5	0,000	77,5	0,000	416,0	0,003	259,5	0,000	134,5	0,000	475,5	0,023	254,5	0,021	345,0	,580
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>2,52</b>	<b>2,93</b>	<b>3,36</b>	<b>3,74</b>	<b>3,91</b>	<b>388,0</b>	<b>0,031</b>	<b>241,0</b>	<b>0,000</b>	<b>116,0</b>	<b>0,000</b>	<b>56,5</b>	<b>0,000</b>	<b>398,0</b>	<b>0,002</b>	<b>176,0</b>	<b>0,000</b>	<b>76,0</b>	<b>0,000</b>	<b>392,0</b>	<b>0,002</b>	<b>192,5</b>	<b>0,001</b>	<b>315,5</b>	<b>,298</b>
	Cooperar	<i>Stakeholders Primários</i>	2,47	3,09	3,62	3,94	3,83	317,5	0,002	166,5	0,000	83,0	0,000	67,0	0,000	410,5	0,002	213,5	0,000	175,5	0,001	403,5	0,002	305,0	0,127	329,0	,402
		<i>Stakeholders Secundários</i>	2,23	2,72	3,11	3,47	3,30	322,0	0,003	220,5	0,000	123,5	0,000	104,5	0,000	467,5	0,018	268,5	0,000	239,5	0,021	446,0	0,009	344,0	0,380	323,5	,355
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>2,35</b>	<b>2,90</b>	<b>3,36</b>	<b>3,71</b>	<b>3,57</b>	<b>308,5</b>	<b>0,002</b>	<b>169,0</b>	<b>0,000</b>	<b>85,0</b>	<b>0,000</b>	<b>75,0</b>	<b>0,000</b>	<b>423,0</b>	<b>0,005</b>	<b>204,5</b>	<b>0,000</b>	<b>191,0</b>	<b>0,002</b>	<b>403,5</b>	<b>0,002</b>	<b>319,5</b>	<b>0,206</b>	<b>325,5</b>	<b>,380</b>
	Reportar	<i>Stakeholders Primários</i>	2,65	3,08	3,58	3,79	4,14	373,5	0,019	202,0	0,000	147,5	0,000	45,0	0,000	404,0	0,002	301,0	0,000	107,0	0,000	511,0	0,052	188,0	0,001	253,0	,035
		<i>Stakeholders Secundários</i>	2,22	2,58	2,93	3,17	3,35	372,0	0,018	255,0	0,000	212,5	0,000	83,5	0,000	525,5	0,082	410,5	0,007	179,5	0,001	570,0	0,210	264,0	0,031	314,5	,286
		<b><i>Stakeholders</i></b>	<b>2,43</b>	<b>2,83</b>	<b>3,26</b>	<b>3,48</b>	<b>3,74</b>	<b>367,5</b>	<b>0,016</b>	<b>207,5</b>	<b>0,000</b>	<b>158,5</b>	<b>0,000</b>	<b>56,5</b>	<b>0,000</b>	<b>460,0</b>	<b>0,015</b>	<b>342,0</b>	<b>0,001</b>	<b>103,0</b>	<b>0,000</b>	<b>533,5</b>	<b>0,101</b>	<b>206,5</b>	<b>0,002</b>	<b>290,0</b>	<b>,144</b>
Desempenho Organizacional Hospitalar	Econômico / Financeiro	2,81	3,09	3,51	3,83	3,65	447,0	0,150	269,0	0,000	176,5	0,000	132,0	0,000	404,0	0,002	272,0	0,000	197,0	0,002	456,0	0,011	321,5	0,199	316,5	,293	
	Operacional	2,73	3,27	3,68	4,17	4,23	347,0	0,007	188,0	0,000	82,0	0,000	45,0	0,000	445,0	0,009	223,5	0,000	125,0	0,000	361,5	0,000	205,5	0,002	357,5	,732	
	Qualidade Técnica	3,13	3,44	3,85	4,29	4,29	446,5	0,154	288,5	0,000	144,0	0,000	85,0	0,000	464,5	0,016	232,0	0,000	128,0	0,000	415,0	0,003	233,0	0,008	376,5	,980	
	Relacionamento Interno	3,21	3,54	3,82	4,06	4,14	434,5	0,118	292,5	0,000	210,0	0,000	102,5	0,000	493,5	0,037	349,5	0,001	175,5	0,001	502,5	0,047	240,5	0,010	337,0	,493	
	Relacionamento Externo	2,79	3,27	3,45	4,03	3,86	358,0	0,011	290,5	0,000	106,0	0,000	92,0	0,000	589,5	0,304	280,5	0,000	204,0	0,004	344,5	0,000	250,0	0,017	320,0	,332	
<b>Número de hospitais</b>		<b>31</b>	<b>36</b>	<b>38</b>	<b>36</b>	<b>21</b>																					

Fonte: dados da pesquisa (2021).

#### 4.4.6.4 Diferença entre o nível de maturidade conforme obtenção ou não de processo de acreditação

Quando observada a diferença dos valores médios do nível de maturidade por meio do teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney*, conforme a obtenção ou não de processo de acreditação, a maturidade geral e a maturidade por dimensão apresentaram diferenças estatisticamente significantes principalmente entre as organizações hospitalares que possuem processo de acreditação (nacional e internacional) e as organizações hospitalares que não possuem acreditação e estão em processo de acreditação.

Os resultados do teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney* (Tabela 40) demonstram a existência de diferença ou similaridade entre os valores médios do nível de maturidade das dimensões por obtenção ou não de processo de acreditação.

**Tabela 40.** Resultado sintético do teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney*: processo de acreditação por dimensão

Processo de Acreditação	Dimensão					
	Compreensão	Comunicação	Confiança	Colaboração	Maturidade Geral	Desempenho Organizacional Hospitalar
Não possui e Em processo nacional	≅ NM (p=0,071)	≅ NM (p=0,468)	≅ NM (p=0,747)	≠ NM (p=0,017)	≅ NM (p=0,179)	≅ DH (p=0,104)
Não possui e Nacional	≠ NM (p=0,001)	≠ NM (p=0,005)	≅ NM (p=0,180)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,001)	≠ DH (p=0,001)
Não possui e Em processo internacional	≅ NM (p=0,243)	≅ NM (p=0,095)	≅ NM (p=0,227)	≠ NM (p=0,022)	≅ NM (p=0,064)	≅ DH (p=0,115)
Não possui e Internacional	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,001)	≠ NM (p=0,003)	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,000)	≠ DH (p=0,001)
Em processo nacional e Nacional	≠ NM (p=0,047)	≅ NM (p=0,076)	≅ NM (p=0,223)	≅ NM (p=0,059)	≠ NM (p=0,047)	≅ DH (p=0,070)
Em processo nacional e Em processo internacional	≅ NM (p=0,486)	≅ NM (p=0,282)	≅ NM (p=0,205)	≅ NM (p=0,217)	≅ NM (p=0,255)	≅ DH (p=0,410)
Em processo nacional e Internacional	≠ NM (p=0,000)	≠ NM (p=0,003)	≠ NM (p=0,004)	≠ NM (p=0,001)	≠ NM (p=0,000)	≠ DH (p=0,019)
Nacional e Em processo internacional	≅ NM (p=0,523)	≅ NM (p=0,639)	≅ NM (p=0,493)	≅ NM (p=0,442)	≅ NM (p=0,733)	≅ DH (p=0,639)
Nacional e Internacional	≠ NM (p=0,002)	≠ NM (p=0,021)	≠ NM (p=0,019)	≠ NM (p=0,039)	≠ NM (p=0,023)	≅ DH (p=0,449)
Em processo internacional e Internacional	≠ NM (p=0,008)	≅ NM (p=0,181)	≅ NM (p=0,256)	≅ NM (p=0,155)	≠ NM (p=0,038)	≅ DH (p=0,252)

Legenda: ≠ - Diferença; ≅ - Similaridade e ou igualdade; NM - Nível de maturidade; DH - Desempenho hospitalar.

Fonte: dados da pesquisa (2021).

Os resultados apresentados na Tabela 40 reforçam que o nível de maturidade das práticas de gestão de relacionamento com *stakeholders* difere essencialmente entre as

organizações hospitalares que possuem acreditação (nacional e internacional) e as organizações hospitalares que não possuem acreditação e estão em processo de acreditação. Os resultados desta pesquisa, demonstraram que as organizações hospitalares que possuem algum tipo de acreditação e as que estão em processo de acreditação, apresentaram os melhores níveis de maturidade em relação as práticas de gestão de relacionamento com *stakeholders*. Organizações hospitalares que não possuem nenhum tipo de acreditação revelaram os menores níveis de maturidade.

Diante dos resultados apresentados, é possível afirmar que as organizações hospitalares que possuem acreditação internacional conseguem de forma estruturada e periódica garantir os padrões estabelecidos de gestão de relacionamento com *stakeholders*, servindo de referência para avaliar e estabelecer rotineiramente programas de melhoria continua em seus processos e práticas relacionais.

Os resultados apresentados por dimensão, em sua maioria, demonstraram diferença entre os valores médios do nível de maturidade entre as organizações hospitalares acreditadas e não acreditadas. O nível de maturidade apresenta crescimento gradual da gestão de relacionamento com *stakeholders* em todas as suas dimensões conforme a organização hospitalar evolui nos processos de acreditação.

A caracterização do nível de maturidade com base no processo de acreditação (Tabelas 41 e 42) demonstrou que as organizações hospitalares acreditadas internacionalmente apresentam os maiores valores médios dentro do Nível 4 de maturidade, onde as práticas de gestão de relacionamento com *stakeholders* estão completamente implantadas em uma área ou mais áreas, com indicadores estabelecidos e os resultados planejados são alcançados. As organizações hospitalares em processo de acreditação nacional, acreditadas nacionalmente e em processo de acreditação interacional foram classificadas no Nível 3 de maturidade, onde os níveis de maturidade encontram-se implantados formalmente (documentados), mas existem algumas falhas na execução. As organizações hospitalares não acreditadas, foram classificadas com o menor valor médio dentro do Nível 3 de maturidade.

Na Tabela 41 (Dimensões) e Tabela 42 (Subdimensões) pode-se observar os valores médios do nível de maturidade caracterizados pelo critério obtenção ou não de processo de acreditação de forma estratificada.

Tabela 41. Resultado analítico do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney: processo de acreditação por dimensão

Macro dimensão	Dimensão	Processo de Acreditação					Teste Wilcoxon - Mann-Whitney rank sum test (U test)																				
		Não possui	Em processo nacional	Nacional	Em processo internacional	Internacional	Não possui e Em processo nacional		Não possui e Nacional		Não possui e Em processo internacional		Não possui e Internacional		Em processo nacional e Nacional		Em processo nacional e Em processo internacional		Em processo nacional e Internacional		Nacional e Em processo internacional		Nacional e Internacional		Em processo internacional e Internacional		
							U	p-value	U	p-value	U	p-value	U	p-value	U	p-value	U	p-value	U	p-value	U	p-value	U	p-value	U	p-value	U
Gestão de Relacionamento com Stakeholders	Maturidade Geral	Stakeholders Primários	3,43	3,69	3,75	3,84	4,39	1155,5	0,262	583,5	0,007	120,5	0,134	63,0	0,000	162,0	0,121	39,0	0,486	18,0	0,002	35,5	0,966	29,5	0,042	3,5	0,047
		Stakeholders Secundários	2,96	3,25	3,57	3,68	4,19	1055,0	0,089	443,5	0,000	90,0	0,048	11,0	0,000	132,5	0,023	24,5	0,107	2,5	0,000	33,0	0,798	25,0	0,021	4,5	0,072
		Stakeholders	<b>3,20</b>	<b>3,47</b>	<b>3,66</b>	<b>3,76</b>	<b>4,29</b>	<b>1116,5</b>	<b>0,179</b>	<b>494,5</b>	<b>0,001</b>	<b>98,0</b>	<b>0,064</b>	<b>17,5</b>	<b>0,000</b>	<b>144,5</b>	<b>0,047</b>	<b>32,0</b>	<b>0,255</b>	<b>5,0</b>	<b>0,000</b>	<b>32,0</b>	<b>0,733</b>	<b>25,5</b>	<b>0,023</b>	<b>3,0</b>	<b>0,038</b>
	Compreensão	Stakeholders Primários	3,36	3,61	3,71	3,50	4,55	1119,5	0,184	623,5	0,015	175,5	0,525	52,0	0,000	167,5	0,155	48,5	0,924	13,0	0,001	27,5	0,465	22,0	0,013	2,0	0,022
		Stakeholders Secundários	2,77	3,08	3,51	3,21	4,40	980,0	0,033	410,5	0,000	130,5	0,179	10,0	0,000	123,0	0,012	35,5	0,356	0,5	0,000	31,0	0,670	11,0	0,002	0,5	0,010
		Stakeholders	<b>3,06</b>	<b>3,35</b>	<b>3,61</b>	<b>3,35</b>	<b>4,48</b>	<b>1036,5</b>	<b>0,071</b>	<b>514,0</b>	<b>0,001</b>	<b>141,5</b>	<b>0,243</b>	<b>17,0</b>	<b>0,000</b>	<b>144,5</b>	<b>0,047</b>	<b>39,0</b>	<b>0,486</b>	<b>1,5</b>	<b>0,000</b>	<b>28,5</b>	<b>0,523</b>	<b>12,5</b>	<b>0,002</b>	<b>0,0</b>	<b>0,008</b>
	Comunicação	Stakeholders Primários	3,49	3,74	3,82	3,81	4,33	1245,0	0,544	766,5	0,151	163,5	0,409	126,0	0,003	178,5	0,251	42,0	0,612	29,5	0,008	35,5	0,966	31,5	0,055	5,5	0,103
		Stakeholders Secundários	3,06	3,25	3,62	3,71	4,07	1218,5	0,448	517,5	0,002	97,0	0,062	63,5	0,000	134,5	0,025	25,5	0,120	13,5	0,001	28,5	0,520	23,5	0,016	11,5	0,630
		Stakeholders	<b>3,27</b>	<b>3,49</b>	<b>3,72</b>	<b>3,76</b>	<b>4,20</b>	<b>1224,0</b>	<b>0,468</b>	<b>570,0</b>	<b>0,005</b>	<b>109,5</b>	<b>0,095</b>	<b>84,5</b>	<b>0,001</b>	<b>153,0</b>	<b>0,076</b>	<b>33,0</b>	<b>0,282</b>	<b>21,5</b>	<b>0,003</b>	<b>30,5</b>	<b>0,639</b>	<b>25,0</b>	<b>0,021</b>	<b>7,0</b>	<b>0,181</b>
	Confiança	Stakeholders Primários	3,61	3,80	3,76	4,05	4,38	1308,0	0,809	879,0	0,516	173,0	0,500	197,5	0,035	191,0	0,402	36,5	0,393	33,0	0,013	31,5	0,700	35,0	0,089	7,0	0,185
		Stakeholders Secundários	3,29	3,48	3,64	3,95	4,24	1254,0	0,580	668,0	0,034	95,0	0,058	61,5	0,000	159,5	0,106	22,0	0,076	16,5	0,001	26,5	0,415	28,0	0,034	9,5	0,394
		Stakeholders	<b>3,45</b>	<b>3,64</b>	<b>3,70</b>	<b>4,00</b>	<b>4,31</b>	<b>1294,0</b>	<b>0,747</b>	<b>780,0</b>	<b>0,180</b>	<b>139,0</b>	<b>0,227</b>	<b>123,0</b>	<b>0,003</b>	<b>175,5</b>	<b>0,223</b>	<b>30,0</b>	<b>0,205</b>	<b>25,0</b>	<b>0,004</b>	<b>28,0</b>	<b>0,493</b>	<b>24,5</b>	<b>0,019</b>	<b>8,0</b>	<b>0,256</b>
	Colaboração	Stakeholders Primários	3,27	3,59	3,73	3,91	4,31	1067,5	0,103	506,5	0,001	83,5	0,037	43,0	0,000	168,5	0,163	31,0	0,229	23,5	0,003	32,5	0,764	32,5	0,063	5,0	0,088
		Stakeholders Secundários	2,70	3,15	3,51	3,75	4,07	814,5	0,002	357,5	0,000	60,0	0,014	13,5	0,000	134,0	0,024	28,0	0,161	15,5	0,001	30,0	0,608	33,0	0,068	10,0	0,438
		Stakeholders	<b>2,98</b>	<b>3,37</b>	<b>3,62</b>	<b>3,83</b>	<b>4,19</b>	<b>937,0</b>	<b>0,017</b>	<b>440,0</b>	<b>0,000</b>	<b>70,0</b>	<b>0,022</b>	<b>14,0</b>	<b>0,000</b>	<b>148,5</b>	<b>0,059</b>	<b>30,5</b>	<b>0,217</b>	<b>15,5</b>	<b>0,001</b>	<b>27,0</b>	<b>0,442</b>	<b>29,0</b>	<b>0,039</b>	<b>6,5</b>	<b>0,155</b>
	Gestão de Desempenho Organizacional	Desempenho Organizacional Hospitalar	3,45	3,72	3,95	3,92	4,29	1068,0	0,104	495,0	0,001	115,5	0,115	83,0	0,001	151,5	0,070	37,0	0,410	36,0	0,019	30,5	0,639	50,5	0,449	8,0	0,252
	Número de hospitais		<b>108</b>	<b>25</b>	<b>18</b>	<b>4</b>	<b>7</b>																				

Fonte: dados da pesquisa (2021).

Tabela 42. Resultado analítico do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney: processo de acreditação por subdimensão

Dimensão	Subimensão	Processo de Acreditação					Teste de Wilcoxon - Mann-Whitney rank sum test (U test)																				
		Não possui	Em processo nacional	Nacional	Em processo internacional	Internacional	Não possui e Em processo nacional		Não possui e Nacional		Não possui e Em processo internacional		Não possui e Internacional		Em processo nacional e Nacional		Em processo nacional e Em processo internacional		Em processo nacional e Internacional		Nacional e Em processo internacional		Nacional e Internacional		Em processo internacional e Internacional		
		Média	Média	Média	Média	Média	U	P-value	U	P-value	U	P-value	U	P-value	U	P-value	U	P-value	U	P-value	U	P-value	U	P-value	U	P-value	
Compreensão	Identificar	Stakeholders Primários	3,38	3,60	3,82	3,69	4,50	1198,0	0,378	629,0	0,016	172,5	0,492	80,5	0,000	155,0	0,082	43,5	0,677	18,5	0,001	31,0	0,666	33,0	0,066	5,5	0,103
		Stakeholders Secundários	2,93	3,13	3,63	3,25	4,46	1146,5	0,238	505,0	0,001	154,0	0,328	30,0	0,000	121,5	0,010	36,5	0,386	3,5	0,000	27,5	0,464	22,5	0,013	1,0	0,012
		Stakeholders	<b>3,15</b>	<b>3,37</b>	<b>3,72</b>	<b>3,47</b>	<b>4,48</b>	<b>1150,0</b>	<b>0,249</b>	<b>558,5</b>	<b>0,004</b>	<b>160,0</b>	<b>0,379</b>	<b>42,0</b>	<b>0,000</b>	<b>138,0</b>	<b>0,032</b>	<b>39,5</b>	<b>0,505</b>	<b>4,0</b>	<b>0,000</b>	<b>29,5</b>	<b>0,578</b>	<b>26,5</b>	<b>0,026</b>	<b>3,0</b>	<b>0,037</b>
	Priorizar	Stakeholders Primários	3,41	3,58	3,69	3,38	4,57	1271,0	0,646	710,0	0,066	204,0	0,850	85,0	0,001	162,5	0,120	44,5	0,724	19,5	0,002	22,5	0,246	22,5	0,013	2,5	0,028
		Stakeholders Secundários	2,77	3,04	3,46	3,13	4,32	1014,5	0,051	489,0	0,001	150,0	0,297	23,0	0,000	145,0	0,045	37,5	0,422	5,0	0,000	28,5	0,516	17,0	0,005	1,0	0,012
		Stakeholders	<b>3,09</b>	<b>3,31</b>	<b>3,58</b>	<b>3,25</b>	<b>4,45</b>	<b>1135,0</b>	<b>0,214</b>	<b>583,5</b>	<b>0,007</b>	<b>168,0</b>	<b>0,451</b>	<b>31,0</b>	<b>0,000</b>	<b>152,0</b>	<b>0,071</b>	<b>43,5</b>	<b>0,680</b>	<b>8,0</b>	<b>0,000</b>	<b>25,5</b>	<b>0,370</b>	<b>17,5</b>	<b>0,006</b>	<b>1,5</b>	<b>0,017</b>
	Monitorar	Stakeholders Primários	3,28	3,65	3,63	3,44	4,57	1000,0	0,042	651,5	0,025	172,5	0,492	26,5	0,000	205,0	0,617	44,0	0,699	12,0	0,000	26,5	0,409	10,0	0,001	0,0	0,008
		Stakeholders Secundários	2,61	3,07	3,44	3,25	4,43	799,5	0,001	385,5	0,000	126,0	0,156	9,0	0,000	137,0	0,027	33,5	0,288	3,0	0,000	35,0	0,931	10,5	0,001	2,0	0,021
		Stakeholders	<b>2,95</b>	<b>3,36</b>	<b>3,53</b>	<b>3,34</b>	<b>4,50</b>	<b>890,0</b>	<b>0,008</b>	<b>496,5</b>	<b>0,001</b>	<b>129,5</b>	<b>0,174</b>	<b>10,5</b>	<b>0,000</b>	<b>163,0</b>	<b>0,126</b>	<b>39,5</b>	<b>0,505</b>	<b>2,5</b>	<b>0,000</b>	<b>33,0</b>	<b>0,798</b>	<b>6,5</b>	<b>0,001</b>	<b>0,0</b>	<b>0,008</b>
Comunicação	Informar	Stakeholders Primários	3,48	3,81	3,90	3,69	4,29	1106,0	0,156	687,5	0,045	183,5	0,606	169,0	0,013	186,0	0,333	49,5	0,974	48,0	0,068	30,5	0,635	48,5	0,372	8,0	0,230
		Stakeholders Secundários	3,04	3,25	3,69	3,69	4,04	1205,0	0,400	510,5	0,001	103,0	0,075	100,0	0,001	135,0	0,024	28,0	0,157	25,0	0,004	29,5	0,568	42,5	0,198	12,5	0,766
		Stakeholders	<b>3,26</b>	<b>3,53</b>	<b>3,80</b>	<b>3,69</b>	<b>4,16</b>	<b>1124,0</b>	<b>0,192</b>	<b>574,0</b>	<b>0,005</b>	<b>129,0</b>	<b>0,172</b>	<b>119,0</b>	<b>0,002</b>	<b>158,5</b>	<b>0,100</b>	<b>39,5</b>	<b>0,503</b>	<b>34,5</b>	<b>0,015</b>	<b>35,0</b>	<b>0,932</b>	<b>47,5</b>	<b>0,345</b>	<b>10,5</b>	<b>0,502</b>
	Ouvir	Stakeholders Primários	3,54	3,75	3,79	4,06	4,39	1277,5	0,672	789,5	0,197	128,5	0,164	137,5	0,004	192,0	0,412	37,0	0,406	34,0	0,014	25,0	0,342	32,0	0,055	12,5	0,766
		Stakeholders Secundários	3,05	3,22	3,60	3,81	4,07	1255,5	0,584	572,5	0,005	98,0	0,063	88,0	0,001	127,5	0,015	24,0	0,097	9,0	0,000	26,5	0,404	45,0	0,239	12,5	0,742
		Stakeholders	<b>3,30</b>	<b>3,49</b>	<b>3,69</b>	<b>3,94</b>	<b>4,23</b>	<b>1255,5</b>	<b>0,586</b>	<b>654,5</b>	<b>0,027</b>	<b>109,0</b>	<b>0,093</b>	<b>97,0</b>	<b>0,001</b>	<b>157,0</b>	<b>0,093</b>	<b>26,5</b>	<b>0,135</b>	<b>20,5</b>	<b>0,002</b>	<b>25,5</b>	<b>0,368</b>	<b>33,0</b>	<b>0,067</b>	<b>13,0</b>	<b>0,846</b>
	Responder	Stakeholders Primários	3,45	3,65	3,76	3,69	4,32	1308,5	0,810	848,5	0,385	215,0	0,987	183,0	0,022	166,0	0,141	44,0	0,701	31,0	0,009	27,0	0,401	30,0	0,038	4,5	0,064
		Stakeholders Secundários	3,09	3,28	3,56	3,63	4,11	1260,0	0,602	670,5	0,034	145,5	0,266	104,0	0,001	151,5	0,066	35,5	0,350	21,0	0,002	34,5	0,896	26,5	0,024	4,0	0,045
		Stakeholders	<b>3,27</b>	<b>3,47</b>	<b>3,66</b>	<b>3,66</b>	<b>4,21</b>	<b>1304,5</b>	<b>0,793</b>	<b>768,0</b>	<b>0,153</b>	<b>181,5</b>	<b>0,587</b>	<b>133,0</b>	<b>0,004</b>	<b>154,5</b>	<b>0,081</b>	<b>38,5</b>	<b>0,465</b>	<b>25,5</b>	<b>0,005</b>	<b>31,5</b>	<b>0,691</b>	<b>24,5</b>	<b>0,018</b>	<b>4,0</b>	<b>0,054</b>
Confiança	Transparência	Stakeholders Primários	3,56	3,67	3,72	4,06	4,32	1306,0	0,799	868,5	0,468	158,0	0,360	192,5	0,029	190,5	0,391	30,5	0,214	39,5	0,028	33,0	0,794	33,0	0,061	8,0	0,246
		Stakeholders Secundários	3,25	3,37	3,57	4,00	4,14	1286,0	0,711	714,0	0,070	107,5	0,087	122,0	0,003	166,0	0,140	23,0	0,083	27,5	0,006	24,5	0,319	30,5	0,043	11,5	0,626
		Stakeholders	<b>3,40</b>	<b>3,52</b>	<b>3,65</b>	<b>4,03</b>	<b>4,23</b>	<b>1284,0</b>	<b>0,703</b>	<b>794,5</b>	<b>0,215</b>	<b>133,0</b>	<b>0,192</b>	<b>150,0</b>	<b>0,008</b>	<b>184,5</b>	<b>0,317</b>	<b>28,0</b>	<b>0,162</b>	<b>34,0</b>	<b>0,014</b>	<b>27,5</b>	<b>0,467</b>	<b>28,5</b>	<b>0,034</b>	<b>9,5</b>	<b>0,383</b>
	Integridade	Stakeholders Primários	3,58	3,79	3,71	4,19	4,46	1279,5	0,682	864,0	0,447	140,0	0,230	147,0	0,006	199,0	0,515	31,0	0,221	26,5	0,005	29,0	0,540	28,5	0,033	8,5	0,285
		Stakeholders Secundários	3,20	3,49	3,68	3,94	4,29	1131,5	0,205	573,0	0,005	94,0	0,054	58,5	0,000	164,0	0,126	26,5	0,132	20,0	0,002	34,5	0,893	30,5	0,040	5,5	0,092
		Stakeholders	<b>3,39</b>	<b>3,64</b>	<b>3,69</b>	<b>4,06</b>	<b>4,38</b>	<b>1224,5</b>	<b>0,469</b>	<b>717,5</b>	<b>0,075</b>	<b>115,0</b>	<b>0,112</b>	<b>92,5</b>	<b>0,001</b>	<b>176,0</b>	<b>0,225</b>	<b>27,0</b>	<b>0,144</b>	<b>21,0</b>	<b>0,002</b>	<b>31,0</b>	<b>0,665</b>	<b>27,5</b>	<b>0,029</b>	<b>6,5</b>	<b>0,153</b>
	Respeito	Stakeholders Primários	3,61	3,82	3,74	3,88	4,46	1287,0	0,714	908,0	0,652	202,0	0,825	171,0	0,015	203,5	0,584	45,0	0,740	29,0	0,006	32,5	0,759	29,0	0,036	3,5	0,040
		Stakeholders Secundários	3,31	3,44	3,63	3,81	4,39	1314,0	0,835	771,0	0,158	142,0	0,243	84,0	0,001	176,0	0,221	32,0	0,245	14,0	0,001	30,0	0,600	20,5	0,009	5,0	0,079
		Stakeholders	<b>3,46</b>	<b>3,63</b>	<b>3,68</b>	<b>3,84</b>	<b>4,43</b>	<b>1297,5</b>	<b>0,762</b>	<b>844,5</b>	<b>0,373</b>	<b>168,0</b>	<b>0,451</b>	<b>119,5</b>	<b>0,002</b>	<b>191,5</b>	<b>0,407</b>	<b>38,5</b>	<b>0,465</b>	<b>21,0</b>	<b>0,002</b>	<b>31,0</b>	<b>0,666</b>	<b>19,0</b>	<b>0,007</b>	<b>4,0</b>	<b>0,054</b>
Ética	Stakeholders Primários	3,72	3,90	3,88	4,06	4,29	1325,5	0,887	901,0	0,619	181,5	0,586	282,5	0,261	201,5	0,557	41,0	0,564	57,0	0,160	33,5	0,829	52,0	0,501	11,0	0,564	
	Stakeholders Secundários	3,38	3,62	3,68	4,06	4,14	1190,0	0,353	780,0	0,177	118,0	0,122	186,0	0,024	197,0	0,484	33,5	0,291	47,0	0,062	25,0	0,342	41,0	0,174	13,0	0,846	
	Stakeholders	<b>3,55</b>	<b>3,76</b>	<b>3,78</b>	<b>4,06</b>	<b>4,21</b>	<b>1259,0</b>	<b>0,599</b>	<b>855,0</b>	<b>0,414</b>	<b>152,5</b>	<b>0,319</b>	<b>226,5</b>	<b>0,076</b>	<b>200,0</b>	<b>0,536</b>	<b>36,5</b>	<b>0,392</b>	<b>48,5</b>	<b>0,074</b>	<b>27,0</b>	<b>0,440</b>	<b>42,0</b>	<b>0,199</b>	<b>12,0</b>	<b>0,700</b>	
Colaboração	Integrar	Stakeholders Primários	3,28	3,59	3,68	3,81	4,14	1092,5	0,135	603,0	0,010	128,0	0,165	116,5	0,002	176,5	0,225	38,0	0,441	39,5	0,026	32,0	0,726	47,0	0,318	7,5	0,200
		Stakeholders Secundários	2,77	3,18	3,53	3,56	3,93	919,5	0,012	427,5	0,000	87,0	0,041	48,5	0,000	135,0	0,024	30,5	0,203	23,0	0,002	32,5	0,762	53,0	0,520	8,0	0,216
		Stakeholders	<b>3,02</b>	<b>3,39</b>	<b>3,60</b>	<b>3,69</b>	<b>4,04</b>	<b>1000,0</b>	<b>0,043</b>	<b>516,0</b>	<b>0,001</b>	<b>101,0</b>	<b>0,071</b>	<b>72,5</b>	<b>0,000</b>	<b>156,5</b>	<b>0,090</b>	<b>31,0</b>	<b>0,226</b>	<b>26,0</b>	<b>0,005</b>	<b>33,0</b>	<b>0,797</b>	<b>46,0</b>	<b>0,298</b>	<b>6,5</b>	<b>0,143</b>
Partilhar	Stakeholders Primários	3,33	3,70	3,81	4,19	4,50	1015,0	0,051	600,5	0,009	72,0	0,022	76,0	0,000	189,0	0,367	25,0	0,111	28,5	0,007	24,5	0,314	33,0	0,061	9,5	0,385	

	<i>Stakeholders Secundários</i>	2,76	3,20	3,54	4,06	4,21	911,5	0,011	384,5	0,000	27,0	0,003	21,0	0,000	137,5	0,026	11,5	0,011	16,0	0,001	16,5	0,091	29,5	0,037	14,0	1,000
	<b>Stakeholders</b>	<b>3,04</b>	<b>3,45</b>	<b>3,67</b>	<b>4,13</b>	<b>4,36</b>	<b>940,0</b>	<b>0,018</b>	<b>474,0</b>	<b>0,000</b>	<b>41,0</b>	<b>0,006</b>	<b>29,5</b>	<b>0,000</b>	<b>163,0</b>	<b>0,124</b>	<b>17,5</b>	<b>0,039</b>	<b>16,0</b>	<b>0,001</b>	<b>21,0</b>	<b>0,195</b>	<b>27,5</b>	<b>0,029</b>	<b>11,0</b>	<b>0,568</b>
Cooperar	<i>Stakeholders Primários</i>	3,22	3,52	3,67	4,00	4,21	1130,5	0,200	635,0	0,017	82,5	0,034	94,0	0,001	183,0	0,292	25,0	0,109	34,0	0,013	25,5	0,347	35,5	0,072	12,0	0,684
	<i>Stakeholders Secundários</i>	2,73	3,10	3,51	3,94	4,04	989,0	0,036	435,5	0,000	28,5	0,003	27,5	0,000	141,5	0,037	11,5	0,014	16,0	0,001	24,5	0,303	37,5	0,089	12,5	0,717
	<b>Stakeholders</b>	<b>2,98</b>	<b>3,31</b>	<b>3,59</b>	<b>3,97</b>	<b>4,13</b>	<b>1050,0</b>	<b>0,083</b>	<b>484,0</b>	<b>0,001</b>	<b>42,5</b>	<b>0,006</b>	<b>30,0</b>	<b>0,000</b>	<b>156,5</b>	<b>0,089</b>	<b>18,0</b>	<b>0,042</b>	<b>22,5</b>	<b>0,003</b>	<b>23,0</b>	<b>0,256</b>	<b>32,0</b>	<b>0,049</b>	<b>13,0</b>	<b>0,841</b>
	<i>Stakeholders Primários</i>	3,24	3,56	3,78	3,63	4,39	1101,5	0,148	533,0	0,002	139,0	0,223	51,5	0,000	151,0	0,063	38,5	0,455	19,0	0,001	32,0	0,726	35,0	0,083	6,5	0,145
Reportar	<i>Stakeholders Secundários</i>	2,54	3,12	3,47	3,44	4,11	696,5	0,000	343,0	0,000	110,5	0,095	20,0	0,000	139,5	0,031	32,0	0,243	15,0	0,001	30,0	0,590	27,0	0,020	9,5	0,340
	<b>Stakeholders</b>	<b>2,89</b>	<b>3,34</b>	<b>3,63</b>	<b>3,53</b>	<b>4,25</b>	<b>871,5</b>	<b>0,006</b>	<b>401,0</b>	<b>0,000</b>	<b>115,0</b>	<b>0,112</b>	<b>15,0</b>	<b>0,000</b>	<b>140,0</b>	<b>0,035</b>	<b>33,0</b>	<b>0,278</b>	<b>14,5</b>	<b>0,001</b>	<b>34,0</b>	<b>0,862</b>	<b>26,0</b>	<b>0,023</b>	<b>6,5</b>	<b>0,145</b>
	<i>Stakeholders Secundários</i>	2,54	3,12	3,47	3,44	4,11	696,5	0,000	343,0	0,000	110,5	0,095	20,0	0,000	139,5	0,031	32,0	0,243	15,0	0,001	30,0	0,590	27,0	0,020	9,5	0,340
Desempenho Organizacional Hospitalar	Econômico / Financeiro	3,21	3,52	3,83	3,58	4,10	989,0	0,032	498,5	0,001	150,0	0,286	109,0	0,001	148,0	0,053	45,0	0,745	37,5	0,019	27,0	0,437	53,5	0,558	7,5	0,204
	Operacional	3,38	3,76	4,06	4,38	4,46	1052,5	0,085	488,5	0,001	77,5	0,029	79,5	0,000	160,0	0,107	29,0	0,181	36,5	0,019	28,0	0,491	51,0	0,462	12,5	0,771
	Qualidade Técnica	3,66	3,85	4,00	4,00	4,57	1151,5	0,248	674,0	0,036	160,0	0,375	115,0	0,002	159,5	0,101	36,0	0,365	25,5	0,004	36,0	1,000	38,0	0,121	7,5	0,186
	Relacionamento Interno	3,65	3,84	3,93	3,80	4,11	1174,0	0,308	653,0	0,025	184,5	0,619	205,0	0,042	175,0	0,212	49,5	0,975	56,0	0,147	28,5	0,518	56,5	0,688	10,0	0,437
	Relacionamento Externo	3,30	3,60	3,90	3,81	4,29	1025,5	0,060	520,0	0,002	133,5	0,194	95,0	0,001	154,5	0,080	36,0	0,370	27,5	0,006	32,5	0,764	50,0	0,426	10,0	0,434
<b>Número de hospitais</b>		<b>108</b>	<b>25</b>	<b>18</b>	<b>4</b>	<b>7</b>																				

Fonte: dados da pesquisa (2021).

#### 4.5 DESEMPENHO ORGANIZACIONAL HOSPITALAR

O instrumento desenvolvido para avaliar a maturidade das organizações hospitalares considera também o desempenho organizacional hospitalar. A dimensão Desempenho Organizacional Hospitalar, estabelece 05 subdimensões (Econômico/Financeiro; Operacional; Qualidade Técnica; Relacionamento Interno; Relacionamento Externo) para monitorar o desempenho das organizações hospitalares na gestão de relacionamento com *stakeholders*.

Para avaliar o desempenho organizacional hospitalar, com base na percepção dos respondentes, foi aplicada uma escala *Likert* crescente com pontuações variando de 1 a 5, sendo que 01 representa as afirmativas em que você considera a organização hospitalar “Muito pior”, 2 “Pior”, 3 “Igual”, 4 “Melhor” e 5 “Muito melhor”. A avaliação atribuída a cada afirmativa corresponde à característica de desempenho percebida pelos respondentes em relação à organização hospitalar onde desempenha a função de gestor.

Como resultado, identificou-se que o desempenho organizacional percebido de todos os hospitais considerando todas as subdimensões propostas foi o valor médio de 3,60. Na Tabela 43 são apresentados o desempenho organizacional hospitalar percebido por subdimensão.

**Tabela 43.** Percepção dos respondentes em relação ao desempenho organizacional hospitalar

Subdimensão	Média	Afirmativa	Média	Desvio padrão
Econômico/ Financeiro	3,37	- Variação da receita líquida por saída hospitalar em relação ao ano anterior.	3,40	0,775
		- Variação da despesa total por saída hospitalar em relação ao ano anterior.	3,37	0,841
		- Receita média por cliente em relação a outros hospitais da região.	3,35	0,838
Operacional	3,59	- Número de procedimentos cirúrgicos de alta complexidade em relação ao ano anterior.	3,47	0,947
		- Tempo médio de permanência dos pacientes no hospital em relação a outros hospitais da região.	3,64	0,854
		- Taxa de ocupação de leitos em relação a outros hospitais da região.	3,65	0,967
		- Quantidade de profissionais por leito em relação a outros hospitais da região.	3,59	1,043
Qualidade Técnica	3,78	- Taxa de infecção por serviço em relação a outros hospitais da região.	3,80	0,913
		- Mortalidade em nossa instituição após 24 h de admissão, em relação a outras instituições da região.	3,75	0,901
		- Número de clientes que retornaram ao hospital pelo mesmo diagnóstico até 30 dias da última data em relação a outros hospitais da região.	3,78	0,890

<b>Relacionamento Interno</b>	3,74	- Índice de reclamações em relação a outros hospitais da região.	3,80	0,797
		- Satisfação dos clientes pelo serviço recebido em relação a outros hospitais da região.	3,85	0,831
		- Absenteísmo em nossa organização em relação a outros hospitais da região.	3,65	0,838
		- Rotatividade de profissionais em nossa organização em relação a outros hospitais da região.	3,63	0,848
		- Atendimento do índice de desempenho de fornecedores aos padrões estabelecidos pela nossa organização em relação ao ano anterior.	3,76	0,794
<b>Relacionamento Externo</b>	3,47	- Conformidade do nível de adequação hospitalar quanto as normativas legais, técnicas e profissionais em relação a outros hospitais da região.	3,82	0,858
		- O índice de suspensão, retirada ou supressão dos recursos recebidos das fontes pagadoras (operadoras de planos de saúde) em relação a outros hospitais da região.	3,52	0,914
		- Conjunto eficiente de mecanismo (governança) para assegurar os interesses organizacionais, evitando assim abusos de poder, erros e fraudes em relação ao ano anterior.	3,50	0,947
		- Quantidade de horas dedicadas em ações sociais pela organização em relação ao ano anterior.	3,04	1,074

Fonte: dados da pesquisa (2021).

Constata-se, na Tabela 43, que as médias obtidas para a subdimensão qualidade técnica (3,78), apresentam os valores médios mais elevados entre as subdimensões. Com valor médio geral de 3,60, pode-se considerar que todas as subdimensões foram classificadas pelos gestores hospitalares como desempenho percebido “igual” em relação as organizações hospitalares da região onde atuam.

Ao analisar os resultados apontados pelos respondentes, os indicadores que obtiveram melhores resultados foram: “Satisfação dos clientes pelo serviço recebido” com o valor médio de 3,85; “Conformidade do nível de adequação hospitalar quanto as normativas legais, técnicas e profissionais” com o valor médio de 3,82; e os indicadores “Taxa de infecção por serviço” e “Índice de reclamações” com valor médio 3,80 cada. Observa-se que o indicador “Quantidade de horas dedicadas em ações sociais pela organização” obteve o menor valor médio (3,04) de desempenho percebido pelos gestores hospitalares.

Após a apresentação dos resultados referentes à análise descritiva e multivariada dos constructos pesquisados, análise e validação do modelo estrutural testado e identificação dos níveis de maturidade nas organizações hospitalares, apresenta-se a discussão dos resultados.

#### 4.6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta seção são apresentados os principais resultados encontrados a partir das análises previstas pelo estudo, verificando em que medida os objetivos (Capítulo 1) e as hipóteses (Capítulo 2) foram confirmadas. Para tal, verifica-se, inicialmente, a análise descritiva dos dados, seguido da análise multivariada da composição do constructo através da AFE, dos resultados obtidos entre o grau de maturidade e o desempenho organizacional hospitalar por intermédio da MEE, e, posteriormente da análise dos níveis de maturidade. Discute-se os resultados a luz das principais obras relacionadas ao tema para verificação das implicações teóricas e práticas do estudo.

#### 4.6.1 Resultados obtidos na análise descritiva e nos níveis de maturidade

De acordo com os dados apresentados na análise descritiva, a amostra de pesquisa compreendeu cento e sessenta e duas organizações hospitalares. A caracterização da amostra permite a análise coerente entre os diversos tipos e classificações de organizações hospitalares, embora possam indicar limitações devido ao grau de complexidade que envolve cada uma dessas organizações. Blondiau *et al.* (2016) e Celestino (2002) mencionam que organizações hospitalares são complexas, com linguagem própria, planejamento e controle baseados em alto grau de conhecimento.

Identificou-se através da caracterização da amostra, maior representatividade das organizações hospitalares Privadas com fins lucrativos (36,4%), organizações hospitalares de grande porte (de 151 a 500 leitos) representando 43,6% da amostra, organizações hospitalares que realizam de 501 a 2000 cirurgias mensais em média (47,2%) e organizações hospitalares com 451 a 600 colaboradores (22,9%). De outra forma, constatou-se menor representação das organizações hospitalares Privadas de Ensino (5,0%), organizações hospitalares com capacidade extra (acima de 500 leitos) representando 8,6% da amostra, organizações hospitalares que realizam acima de 3000 cirurgias mensais em média (13,6%) e organizações hospitalares de até 50 colaboradores (5,7%).

Observou-se a predominância de organizações hospitalares que não possuem nenhuma acreditação hospitalar com 66,4% da amostra e somente 17,1% das organizações hospitalares são acreditadas nacionalmente e 4,3% acreditadas internacionalmente. Segundo a Organização Nacional de Acreditação [ONA], o número de organizações hospitalares acreditadas no país representa em torno de 5,36 do total (ONA, 2019), enquanto o número de organizações hospitalares com acreditação *Joint Commission International* [JCI], o principal modelo de acreditação internacional, foi de 0,58% do total de organizações hospitalares no Brasil, de

acordo com o Consórcio Brasileiro de Acreditação [CBA] (CBA, 2019). Saquetto (2019) ressalta a existência de um projeto de Lei no Senado Federal que propõe alterar a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 - Lei Orgânica da Saúde, para dispor a respeito da obrigatoriedade de avaliação, acreditação e certificação da qualidade nas organizações hospitalares. Entretanto, mesmo diante da relevância deste tema na atualidade, a acreditação permaneça como um processo de adesão voluntária no país.

Ainda que não tenha sido verificado algum fator predominante na análise descritiva que pudesse estar relacionado com os resultados obtidos nesta pesquisa (média; variância desvio padrão), a distribuição indica que os dados podem ser considerados válidos pelo fato de as respostas terem abrangido todos os níveis/escalas propostas no instrumento de pesquisa.

Nessa perspectiva, para as organizações hospitalares o conhecimento e a maturidade são indispensáveis para conquistar seus objetivos basilares, tais como: tratar e restabelecer pacientes, provendo bem-estar a estes e a seus parentes; gerir recursos materiais, físicos e humanos harmonicamente (Acciari, 2019). Utilizou-se uma amostra diversificada de organizações hospitalares que atuam no segmento de saúde, reforçando a possibilidade dos respondentes (presidentes, diretores, gerentes gerais ou pessoas que ocupassem cargos da alta administração) possuírem conhecimento necessário para responderem ao questionário referente a questões relacionadas ao nível de maturidade das práticas de gestão de relacionamento com *stakeholders* e o desempenho organizacional hospitalar.

No que se refere ao nível de maturidade em que as organizações hospitalares se encontram, mas especificamente sobre a gestão de relacionamentos, o modelo de gestão de relacionamento com *stakeholders* foi elaborado a partir dos Princípios de Clarkson de gestão de *stakeholders* relacionados a um conjunto de práticas estabelecidos pelas organizações hospitalares em relação a um indivíduo ou grupo de indivíduos (Clarkson *Principles I*, 1999; Clarkson, 1995; Freeman, 1984). O modelo considerou quatro dimensões (Compreensão, Comunicação, Confiança e Colaboração) para melhor compreensão da gestão de relacionamentos com *stakeholders*.

A dimensão Compreensão busca identificar, analisar e compreender as expectativas e interesses dos *stakeholders*; a dimensão Comunicação procura formas de promover um diálogo bidirecional com os *stakeholders*; a dimensão Confiança estabelece a criação de um ambiente de confiança, entre a organização e os *stakeholders*; e a dimensão Colaboração propõe-se a direcionar os *stakeholders* na construção de parcerias estratégicas (Bazanini *et al.*, 2018; Clarkson, 1991; Clarkson, 1995; Clarkson Principles, 1999; Donaldson, 2002; Phillips, 1997; Schröder & Bandeira-de-Mello, 2011).

O modelo permite identificar o nível de maturidade da gestão de relacionamento com *stakeholders* por intermédio de uma escala de maturidade de cinco níveis, considerando a inexistência de práticas e padrões (Nível 1), em fase informal ou em fase de implantação de práticas (Nível 2), estabelecimento formal de práticas (Nível 3), estabelecimento e utilização sistêmica de práticas (Nível 4) e estabelecimento, utilização sistêmica e otimizada de práticas (Nível 5) (Ehms & Langen, 2002; Kerzner, 2002; Paulk *et al.*, 1993; Paulzen *et al.*, 2002; Rosemann, Bruin & Power, 2007; Türetken & Demirörs, 2004). Beber (2008) ressalta a necessidade de um instrumento apropriado para mensuração das práticas, permitindo assim a interpretação de maneira sistematizada das características da organização posicionando cada item numa escala de aferição de maturidade.

Conforme os resultados obtidos na análise do nível de maturidade na gestão de relacionamento com *stakeholders*, identificou-se que 19,8% (32) das organizações hospitalares pesquisadas estão com as práticas de gestão de relacionamento com *stakeholders* completamente implementadas em uma área ou mais áreas, dispondo de indicadores estabelecidos e resultados planejados alcançados (Nível 4 - Estabelecido e sistêmico). Para Vasconcellos (2010) organizações que estabelecem uma visão sistêmica de suas práticas, predispõe um estado ou condição (maturidade) de complexidade organizada. Bertalanffy (2012) menciona a importância das práticas que compõem o sistema estarem envolvidos em vários níveis da estrutura, concebendo assim um método para garantir a evolução constante dos sistemas (Elmaallam & Kriouile, 2013). Tarhan, Turetken e Van Den Biggelaar (2015) evidenciam em sua pesquisa que organizações hospitalares que melhor compreendem suas práticas, conduzindo avaliações e ações de melhoria contínua, elevam o aperfeiçoamento da eficiência e eficácia dos sistemas organizacionais. Oliveira (2015) e Santos (2009) demonstram em seus resultados que quanto maior for o nível de maturidade estabelecido pela organização em suas práticas, maiores e melhores serão os resultados estabelecidos no planejamento organizacional.

Por sua vez, 55,6% (90) das organizações hospitalares encontram-se no Nível 3 de maturidade, onde as práticas de gestão de relacionamento com *stakeholders* estão formalmente estabelecidas, implantadas (documentadas), entretanto ainda existe possíveis falhas na execução destas. Milner e Savage (2016) e Teixeira (2017) manifestam que a evolução do nível de maturidade nas organizações hospitalares é influenciada por diversas variáveis que impactam na progressão e retração dos processos de melhoria, necessitando de patrocínio direto da alta administração e engajamento de todas as partes interessadas. Nascimento *et al.* (2016) evidenciam em sua pesquisa que o nível de maturidade em processo de transição contribui para

melhorar a gestão das práticas e possibilita identificar o que precisa ser executado para assegurar a transição de um nível para outro superior.

Outra parte da amostra, contendo 35 organizações hospitalares (21,5%), concentra-se no Nível 2 de maturidade, demonstrando que as práticas ainda se encontram no nível informal ou em fase de implantação. Hammer (2007) declara que organizações que apresentam níveis de maturidade em estágios iniciais devem reconsiderar suas práticas, processo e parâmetros de maneira que possam entendê-los, melhorá-los e transformá-los e ou otimizá-los, avaliando proposições de mudança estabelecida para cada etapa de transição entre os níveis de maturidade.

Como exceção, destaca-se que somente 5 (3,1%) organizações hospitalares foram classificadas no nível mínimo de maturidade previsto no modelo. O Nível 1 de maturidade prevê a inexistência das práticas de gestão de relacionamento com *stakeholders*. As organizações com este nível de maturidade estabelecido não possuem práticas e padrões implantados ou está sendo implantado informalmente, com resultados instáveis. Nesta pesquisa, destaca-se que nenhuma organização hospitalar pesquisada se encontra no Nível 5 de maturidade.

No que se refere a distinção do nível de maturidade demonstrado nesta pesquisa, entre os *stakeholders* primários e secundários, evidencia-se a necessidade de balancear os aspectos relacionais entre os diversos *stakeholders* e maior atenção dos gestores hospitalares em relação a gestão de relacionamento com os *stakeholders* secundários. Os resultados revelam maior nível de maturidade nas relações estabelecidas com os *stakeholders* primários, onde 48,8% das organizações hospitalares pesquisadas estão estabelecidas no Nível 4 de maturidade. Em compensação, 57,4% dos *stakeholders* secundários encontram-se com as práticas de gestão de relacionamento no Nível 3 e 24,1% no Nível 2 de maturidade. Freeman *et al.* (2010) menciona em sua pesquisa a necessidade de melhor gerir o relacionamento com os *stakeholders* secundários, pois os mesmos podem exercer influência na relação entre a organização e *stakeholders* primários. Para França (2012) as organizações não podem limitar-se somente a relacionamentos com determinados grupos de interesses, e sim com todos os *stakeholders*, pois fazem parte de um mundo globalizado no qual interagem entre si. A interação mútua entre as partes interessadas não pode ser caracterizada somente pelas partes, mas principalmente pelas inter-relações entre elas, que seriam responsáveis pelas características do todo (Bellinger, 2004). De acordo com Schiller *et al.*, 2013 o nível de maturidade das práticas relacionais com os *stakeholders* internos deve ser mutuamente estabelecido com os *stakeholders* externos.

Para melhor compreensão do nível de maturidade da gestão de relacionamento com *stakeholders* foi analisado o nível de maturidade das organizações hospitalares por dimensão. Dentre as quatro dimensões que compõem a gestão de relacionamento com *stakeholders*, destaca-se que 74 (45,7%) organizações hospitalares encontram-se no Nível 4 de maturidade na dimensão Confiança e 50 (30,9%) organizações hospitalares situam-se no Nível 4 de maturidade na dimensão Comunicação. Em relação a confiança, Alves, Barreto e Martins (2015) destacam nos resultados de sua pesquisa que o desenvolvimento, manutenção e monitoramento das práticas de confiança nas relações organizacionais em níveis adequados de maturidade, adquirem uma conotação estratégica e essencial para cada um dos *stakeholders* presente na cadeia de valor. Para Cunha e Melo (2006) e Zheng, Hui e Yang (2017) quanto maior for o nível de compreensão das práticas e do conceito que constituem a confiança nas organizações hospitalares, maior a possibilidade de desenvolvimento de uma relação mais íntegra e transparente entre as partes interessadas. As práticas de confiança devem permear todo os sistemas da organização e não apenas parte deles. Sobre a comunicação, Teixeira *et al.* (2017) demonstram em sua pesquisa que a implementação de práticas de comunicação adequadas reduz barreiras nas relações entre a organização e seus *stakeholders*. Checkland e Poulter (2010) mencionam que todo e qualquer sistema organizacional “requer processos de comunicação (para saber o que acontece) e processos de controle (possíveis respostas adaptativas)” (p.202). De acordo com Freire *et al.* (2019) e Nicklin (2014), práticas efetivas de comunicação em organizações hospitalares possibilitam padronizar ações, compartilhar conhecimentos e valores, além de favorecer a gestão de relacionamento com *stakeholders*.

Complementarmente, porém em nível menor de maturidade, os resultados indicam que 125 (77,1%) organizações hospitalares encontram-se entre os Níveis 2 e 3 de maturidade na dimensão Colaboração e 129 (79,5%) organizações hospitalares mantêm-se entre os Níveis 1 e 3 de maturidade na dimensão Compreensão. Ainda que determinadas organizações hospitalares apresentem níveis de maturidade em processo de transição, sobretudo o Nível 3 de maturidade, sugestionando um possível processo evolutivo em suas práticas relacionais, destaca-se os resultados apresentados por Harrison e Wicks (2013), os quais argumentam em seus estudos que a colaboração entre as organizações deveria ser a principal estratégia adotada pelos gestores. Savage *et al.* (2010) expõem em sua pesquisa que a prática colaborativa na gestão de relacionamento com os *stakeholders* é complexa, entretanto faz-se necessário criar meios de promover, estimular e perpetuar estas práticas, pois a colaboração entre as partes interessadas permite a resolução de diferentes adversidades, as quais não poderiam ser resolvidas de forma individualizada. Quanto a compreensão, Freeman (1984) aponta a necessidade de identificar,

analisar e compreender as expectativas e interesses dos *stakeholders*, devido a dissemelhança nos relacionamentos. Zago e Wada (2013) revelam em sua pesquisa que a compreensão dos *stakeholders* deve fazer parte da gestão estratégica do negócio, visto que os objetivos, expectativas e compromisso compreendidos no relacionamento com cada grupo de interesse possuem características específicas. Segundo Mascena, Fischmann e Boaventura (2018) empreender práticas de compreensão na gestão de relacionamento com *stakeholders*, simplifica o entendimento de interesses de um *stakeholders* em relação a outro.

#### 4.6.2 Análise da relação entre o nível de maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* com o desempenho de organizações hospitalares

Esta pesquisa confirmou a hipótese ( $H_1$ ) indicando que a maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* tem relação positiva ( $\Gamma$  0,817, e  $p$ -value 0,000) no desempenho de organizações hospitalares, representado também por um grande poder de explicação ( $R^2=0,667$ ), conforme demonstrado no modelo desta pesquisa (Figura 16).

Considerando o fato do modelo desenvolvido ser inédito e não ter sido localizado na literatura pesquisada que investigassem essa relação, verifica-se que, na estruturação de modelos que descrevam práticas efetivas de gestão de relacionamento com *stakeholders* em diferentes níveis de desenvolvimento, ao acrescentar o nível de maturidade em 1, o desempenho organizacional hospitalar aumenta em 0,817, melhorando assim o desempenho. Organizações que efetivamente gerenciam o relacionamento com as partes interessadas, compreendem de forma mais clara as expectativas e objetivos de cada grupo de interesse, melhorando assim o desempenho dela própria e dos *stakeholders* (Caiado, Quelhas, & Lima, 2015).

O sucesso organizacional a longo prazo para Hermann (2005), somente será possível por intermédio de relacionamentos sustentáveis entre a organização e seus *stakeholders*. Organizações que buscam eficácia em todas as etapas do negócio, obrigatoriamente devem gerenciar de forma eficiente as relações existentes entre os grupos de interesses. Freeman, Harrison e Wicks (2007) argumentam que as organizações podem alcançar maior competitividade e ter maior geração de valor se tratarem as partes interessadas de maneira justa e conseguirem maximizar o atendimento aos interesses e elevar os padrões de gestão de relacionamentos entre a organização e seus *stakeholders*.

De acordo com Feitosa, Souza e Gómez (2014) a melhora do desempenho organizacional está relacionada com a proximidade e a intensidade do relacionamento que a organização mantém com os seus *stakeholders*. A gestão de relacionamento com *stakeholders*

contribui com a definição dos objetivos, estratégias e atividades associadas que subsidiam os negócios, de modo a manter a organização e as partes interessadas estáveis e competitivas (Oliveira & Wada, 2012).

Harrison e Wicks (2013) afirmam que o gerenciamento efetivo das relações existentes com os *stakeholders* pode ser um fator preponderante para um desempenho melhor da organização, visto que os *stakeholders*, quando melhor compreendidos, interagem de forma recíproca (Bosse & Phillips, 2016), isto é, é uma troca, na medida em que a organização mantém um relacionamento mais profícuo e atende as demandas das partes interessadas, estes contribuem para um desempenho mais duradouro da organização e conseqüentemente a realização de seus objetivos organizacionais (Harrison, Bosse, & Phillips, 2010; Harrison & Wicks, 2013)

Segundo Pavão e Rosseto (2015) a capacidade das organizações de gerenciamento das relações existentes com *stakeholders* em níveis esperados afeta diretamente o desempenho e também pode contribuir para o processo analítico das partes interessadas. Adediran e Windapo (2017) demonstram em sua pesquisa que quanto maior o nível de maturidade da qualidade nos relacionamentos, maior a capacidade de influenciar os resultados e melhorar o desempenho organizacional.

#### 4.6.2.1 Análise da relação entre o nível de maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* primários com o desempenho de organizações hospitalares

Esta pesquisa confirmou a hipótese ( $H_{1a}$ ) indicando que a maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* primários tem relação positiva ( $\Gamma$  0,788, e  $p$ -value 0,000) no desempenho de organizações hospitalares, representado também por um grande poder de explicação ( $R^2=0,621$ ), conforme demonstrado no modelo desta pesquisa (Apêndice B). Verifica-se que, na estruturação de modelos que descrevam práticas efetivas de gestão de relacionamento com *stakeholders* primários em diferentes níveis de desenvolvimento, ao acrescentar o nível de maturidade em 1, o desempenho organizacional hospitalar aumenta em 0,788, melhorando assim o desempenho. Organizações que reconhecem o valor das relações com os *stakeholders* primários (fornecedores e clientes), assumindo-os como parte integrante dos negócios, buscam a maximização do desempenho e o retorno do lucro esperado (Schröder & Bandeira-de-Mello, 2011).

O desempenho sustentável nas organizações, segundo Schaltegger e Wagner (2006) é influenciado pelo ambiente relacional (microambiente) estabelecido entre a organização e os principais *stakeholders*. A identificação e compreensão apropriada do papel que cada um dos

*stakeholders* (diretamente acionista e clientes e indiretamente colaboradores) exercem nas relações, depende de uma visão sistêmica da organização em relação a criticidade das partes interessadas para o desempenho organizacional (Hourneaux Jr., 2010). De modo diferente, Vendruscolo, Hoffmann e Freitas (2012) encontraram de forma parcial relação entre o desempenho e o relacionamento com *stakeholders* em organizações de saúde, devido amostragem reduzida.

O desenvolvimento e manutenção de relacionamentos positivos a longo prazo entre organização e *stakeholders* primários (fornecedores e clientes), asseguram o desempenho competitivo das organizações (Cao & Zhang, 2011; Castro *et al.*, 2015; Wiengarten *et al.*, 2010). Segundo Junqueira e Wada (2011) as organizações que detém melhor nível de gestão de relacionamento com *stakeholders* primários (colaboradores, fornecedores, acionistas e clientes), podem proporcionar maior longevidade e sustentabilidade às organizações. Os autores mencionam ainda que níveis adequados de qualidade na gestão das relações podem propiciar melhor desempenho organizacional.

Sarturi *et al.* (2018) evidenciam em sua pesquisa que o desempenho a longo prazo das organizações tem relação positiva com o bom gerenciamento das relações com os *stakeholders* primários (acionista, funcionário, cliente e fornecedor). A organização que priorizar e direcionar suas estratégias para elevar os níveis de relacionamento com as partes interessadas, pode obter um desempenho superior.

O envolvimento total dos *stakeholders* primários (conselhos de administração, fornecedores, usuários e colaboradores) no processo de gestão de desempenho das organizações hospitalares precisa ser bem coordenado, a fim de atender aos diferentes interesses, elevar os níveis de gerenciamento dos relacionamentos múltiplos e garantir a sustentabilidade dos negócios, uma vez que as partes interessadas atuais e potenciais parecem ter uma influência crescente nas práticas de governança (Del Gesso, 2019).

#### 4.6.2.2 Análise da relação entre o nível de maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* secundários com o desempenho de organizações hospitalares

Esta pesquisa confirmou a hipótese (H<sub>1b</sub>) indicando que a maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* secundários tem relação positiva ( $\Gamma$  0,838, e *p-value* 0,000) no desempenho de organizações hospitalares, representado também por um grande poder de explicação ( $R^2=0,703$ ), conforme demonstrado no modelo desta pesquisa (Apêndice C). Verifica-se que, na estruturação de modelos que descrevam práticas efetivas de gestão de

relacionamento com *stakeholders* primários em diferentes níveis de desenvolvimento, ao acrescentar o nível de maturidade em 1, o desempenho organizacional hospitalar aumenta em 0,838, melhorando assim o desempenho. A utilização de boas práticas na gestão de relacionamento com *stakeholders* secundários (comunidade), além de proporcionar um melhor desempenho organizacional, contribuem com a longevidade e sustentabilidade das organizações (Junqueira & Wada, 2011).

Consideradas como um dos principais agentes da gestão de relacionamento com *stakeholders* secundários (operadoras de planos de saúde, políticas públicas de saúde, entidades de classe e organizações certificadoras, entre outros), as organizações hospitalares promovem o intercâmbio de informações e conhecimentos, elevando assim os níveis de maturidade (Djellal & Gallouj, 2007).

Schröder e Bandeira-de-Mello (2011) evidenciam que a maximização do desempenho e o retorno do ganho esperado, podem ser obtidos a partir do momento que as organizações assentirem a importância das relações com a comunidade (*stakeholders* secundários), reconhecendo-as como parte integrante dos negócios. Considerados como possíveis usuários das organizações hospitalares, os cidadãos desempenham cada vez mais relevantes papéis nas relações existentes (Van Eijk & Steen, 2014), estando diretamente ligados à melhoria do desempenho e estado geral do ambiente organizacional hospitalar (Ocloo & Matthews, 2016). Para Sarturi *et al.* (2018) a gestão de relacionamento com *stakeholders* secundários (comunidade) devem fazer parte das estratégias organizacionais de longo prazo, com o propósito de obter um desempenho organizacional superior.

Além de afetar a estabilidade das relações entre a organização e os demais *stakeholders* primários (clientes, colaboradores, fornecedores e acionistas), relações desarmônicas com agentes governamentais, agências reguladoras e certificadoras (*stakeholders* secundários) podem afetar da mesma forma o desempenho operacional (Junqueira & Wada, 2011).

O envolvimento integral dos *stakeholders* secundários (operadoras de planos de saúde, comunidade, entidades governamentais e grupos de acreditação) no processo de gerenciamento de desempenho das organizações hospitalares precisa ser bem conduzido, com a finalidade de compreender melhor os diferentes interesses, elevar os níveis de gerenciamento dos relacionamentos múltiplos e garantir a sustentabilidade dos negócios (Del Gesso, 2019).

As organizações hospitalares, reconhecidas pelo alto grau de complexidade, podem apresentar diferentes estágios de relacionamento com os *stakeholders* secundários, com interações em todas as etapas da operação. As relações entre as partes podem estabelecer ganhos, entretanto existe a necessidade de identificar os diferentes interesses e aperfeiçoar as

relações, buscando assim assegurar melhorias no desempenho organizacional (Lopes *et al.*, 2019). A Tabela 44 apresenta o resumo dos testes de hipóteses.

**Tabela 44.** *Resumo dos testes de hipóteses*

<b>Variável Independente</b>	<b>Variável Dependente</b>	<b><math>\Gamma</math> value</b>	<b><i>p</i>-value</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>Resultado</b>
Gestão de Relacionamento com <i>Stakeholders</i>	Desempenho Organizacional Hospitalar	0,815	0,000	0,664	Hipótese não rejeitada
Gestão de Relacionamento com <i>Stakeholders</i> Primários	Desempenho Organizacional Hospitalar	0,788	0,000	0,621	Hipótese não rejeitada
Gestão de Relacionamento com <i>Stakeholders</i> Secundários	Desempenho Organizacional Hospitalar	0,838	0,000	0,703	Hipótese não rejeitada

Fonte: dados da pesquisa (2021).

## 5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Nesta seção são abordadas as conclusões baseadas nos resultados obtidos pelo estudo e as recomendações para pesquisas futuras.

### 5.1 CONCLUSÕES

O principal objetivo desta tese foi elaborar um modelo de avaliação da maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* que tenha relação com o desempenho percebido de organizações hospitalares. Para que fosse possível alcançar esse objetivo, foi desenvolvido modelo inédito de gestão de relacionamento com *stakeholders* com base em outros estudos que investigaram separadamente essas abordagens. O levantamento bibliográfico também determinou o estabelecimento dos indicadores para medir o desempenho organizacional hospitalar com base na percepção dos respondentes. Os modelos de maturidade são indiscutivelmente instrumentos essenciais no auxílio aos gestores que pretendem tomar as melhores decisões, para elevar os níveis das práticas relacionais com *stakeholders*. No segmento hospitalar em particular, essa importância aumenta considerando-se a complexidade e os desafios que lhes estão associados.

Respondendo ao primeiro objetivo específico que era de desenvolver um modelo de maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* em organizações hospitalares, o modelo de avaliação elaborado neste estudo faz parte de um constructo amplo, apresentando um modelo integrado para avaliação da maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* composto de quatro dimensões e quatorze subdimensões. Esta pesquisa considerou os níveis de implantação das práticas de compreensão, comunicação, confiança e colaboração para determinar o nível de maturidade das organizações hospitalares na gestão de relacionamento com *stakeholders*.

Em resposta ao segundo objetivo específico que consistiu em confirmar a relação entre o nível de maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* e o desempenho percebido de organizações hospitalares, os resultados demonstraram que é possível afirmar com grande poder de explicação que existe relação positiva entre o nível de maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* e o desempenho percebido de organizações hospitalares.

Respondendo ao terceiro e último objetivo específico desta pesquisa, o qual propõe avaliar o nível de maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* em organizações hospitalares, a partir do modelo desenvolvido, elaborou-se uma pesquisa quantitativa de

levantamento *survey*, por intermédio de um instrumento de pesquisa, com quatro blocos de perguntas distribuídos em: práticas integrantes da gestão de relacionamento com *stakeholders* relacionadas a compreensão, comunicação, confiança e colaboração. Para análise dos dados empregou-se a estatística descritiva e testes de comparação de médias.

Com base nos dados coletados para essa tese, foi investigado o nível de maturidade das organizações hospitalares brasileiras, analisando-se cento e sessenta e duas organizações hospitalares e o nível de maturidade de todas as organizações hospitalares considerando todas as dimensões propostas foi o valor médio geral de 3,35, distribuído em valor médio geral de 3,56 considerado os *stakeholders* primários e o valor médio geral de 3,14 para os *stakeholders* secundários. Estes resultados apontam para a maturidade onde os processos e práticas relacionados à gestão de relacionamento com *stakeholders* estão implantados formalmente (documentados), mas existem algumas falhas eventuais na execução. Dentre as quatro dimensões desta pesquisa relacionadas a macro dimensão gestão de relacionamento com *stakeholders*, as dimensões Confiança apresenta o maior percentual de organizações hospitalares com Nível 4 de maturidade, seguida de Colaboração, Compreensão e Comunicação com maior percentual de organizações hospitalares estabelecidas no Nível 3 de maturidade. Constata-se o predomínio do Nível 4 de maturidade entre os *stakeholders* primários nas dimensões Comunicação e Confiança.

O nível geral de maturidade das dimensões apresenta similaridade, contudo evidencia-se que a dimensão Confiança atingiu o maior valor médio de 3,56 no Nível 3 de maturidade. A análise do nível de maturidade também permitiu identificar que as práticas de reporte de resultados de desempenho e processos da organização hospitalar para com o *stakeholders*, pertencentes a dimensão colaboração, obtiveram o menor valor médio (3,19) de maturidade, necessitando maior atenção por partes dos gestores das organizações hospitalares.

Por sua vez, o nível de maturidade por caracterização da amostra, demonstrou que as organizações hospitalares privadas apresentam valores médios mais elevados dentro do Nível 3 de maturidade e as organizações hospitalares públicas, foram classificadas com o menor valor médio dentro do Nível 2 de maturidade; constata-se que as organizações hospitalares classificadas como capacidade extra (acima de 500 leitos) apresentam os maiores valores médios dentro do Nível 4 de maturidade, as organizações hospitalares de médio porte (de 51 a 150 leitos) e grande porte (de 151 a 500 leitos) foram classificadas no Nível 3 de maturidade e as organizações hospitalares de pequeno porte (até 50 leitos), foram classificadas com o menor valor médio dentro do Nível 2 de maturidade; observou-se que as organizações hospitalares que realizam entre 1001 a 2000 cirurgias/mês, 2001 e 3000 cirurgias/mês e acima de 3000

cirurgias/mês apresentam os valores médios mais elevados dentro do Nível 3 de maturidade e as organizações hospitalares que realizam até 500 cirurgias/mês e 501 a 1000 cirurgias/mês, foram classificadas com o menor valor médio dentro do Nível 2 de maturidade; por fim, constatou-se que as organizações hospitalares acreditadas internacionalmente apresentam os maiores valores médios dentro do Nível 4 de maturidade e as organizações hospitalares em processo de acreditação nacional, acreditadas nacionalmente, em processo de acreditação internacional e não acreditadas foram classificadas no Nível 3 de maturidade.

Ainda que os resultados obtidos apresentem os maiores valores médios dentro da escala de maturidade proposta, pode-se inferir que a gestão de relacionamento com *stakeholders*, caracterizadas pelas amostras: organizações hospitalares privadas, observadas as dimensões colaboração (subdimensão reportar) e compreensão (subdimensão monitorar); organizações hospitalares com capacidade extra (acima de 500 leitos), considerada a dimensão colaboração (subdimensão cooperar); e organizações hospitalares acreditadas internacionalmente, analisada a dimensão colaboração (subdimensão integrar), podem e devem ampliar ações de melhoria contínua, para garantir assim a manutenção e a progressão dos níveis relacionais estabelecidos.

As organizações hospitalares classificadas com níveis de maturidade inferior, principalmente as organizações públicas e não acreditadas, apresentam como desafios a melhora da aferição de suas práticas de gestão de relacionamento com *stakeholders* de forma estruturada e progressiva, rumo à institucionalização dos processos relacionais.

A confirmação da tese “**O nível da maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* tem relação com o desempenho de organizações hospitalares**”, apresenta contribuições práticas, teóricas e metodológicas no contexto estratégico das organizações hospitalares.

Destaca-se a contribuição deste estudo para a pesquisa quantitativa no que se refere a avaliação da maturidade das organizações hospitalares na gestão de relacionamento com *stakeholders*. Este estudo contribuiu com a descrição de um modelo para avaliar a maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders*. No contexto metodológico, o modelo estatístico utilizado comprova a base teórica utilizada, passando por avaliações quanto a sua validade e confiabilidade, podendo afirmar que o mesmo é confiável ao ser aplicado para avaliação da maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders*.

Com a contribuição da Teoria Geral dos Sistemas e da Teoria dos *Stakeholders*, sob a perspectiva teórica, a investigação respondeu à lacunas de pesquisas identificadas na literatura (Blondiau, Mettler, & Winter, 2016; Caralli *et al.*, 2012; Carvalho *et al.*, 2019; Mettler & Blondiau, 2012; Pöppelbuß *et al.*, 2010; Rudzevicius *et al.*, 2018; Vanhaecht *et al.*, 2006;

Waring, 2015; Wendler, 2012), avançando assim no contexto teórico e prático para a formação do conhecimento sobre a temática, por intermédio do desenvolvimento de um modelo de maturidade para melhor gerir a gestão de relacionamento com *stakeholders* e a compreensão da inter-relação existente entre as áreas de investigação e sua relação no desempenho de organizações hospitalares.

Essa investigação contribuiu a nível gerencial para uma maior compreensão das práticas de gestão de relacionamento com *stakeholders* provenientes do modelo concebido nesta pesquisa e de sua influência na gestão de desempenho de organizações hospitalares. Este estudo pode ser útil por oferecer um instrumento para diagnóstico da maturidade de organizações hospitalares, identificando pontos fortes e pontos que demonstram fragilidade de implantação ou de execução.

Outra implicação gerencial é que as organizações hospitalares pesquisadas receberão um relatório contendo a média de maturidade obtida com base nas suas respostas e uma comparação com os resultados obtidos pelas demais organizações hospitalares participantes da pesquisa. Diante deste relatório poderão avaliar em quais dimensões podem aplicar mais esforços para alcançar níveis superiores de maturidade.

No aspecto social, este estudo contribui para que as organizações hospitalares possam ser capazes de caracterizar e equilibrar os interesses dos *stakeholders* no negócio, integralizando e compreendendo inquietudes com a sociedade e com o meio ambiente além das obrigações legais e econômicas, pelas quais os representantes da sociedade celebram em conjunto os significados para ações e situações que eventualmente afetem o ambiente relacional e o desempenho das organizações.

## 5.2 RECOMENDAÇÃO PARA ESTUDOS FUTUROS

Este estudo foi tratado com o rigor metodológico necessário, porém é necessário reconhecer algumas limitações. A primeira está relacionada com a amostra obtida, por tratar-se de uma amostra não probabilística e desta forma os dados não podem ser generalizados. Outro ponto relacionado com a amostra está na quantidade de respondentes. Embora esclarecidos os aspectos de confidencialidade dos dados e a oportunidade de receber o relatório com diagnóstico da maturidade, algumas organizações hospitalares não tiveram interesse em participar da pesquisa.

Esta pesquisa foi de natureza transversal ou *cross-sectional*. Assim foi verificado um período de tempo específico para investigação do fenômeno proposto. Um estudo longitudinal

poderia ser realizado para verificação do fenômeno, utilizando uma linha de tempo como forma de obter informações que possam atestar a elevação gradativa ou não da maturidade das práticas de gestão de relacionamento com *stakeholders* e a sua relação com o desempenho organizacional hospitalar.

Uma limitação que cabe destacar foi o tamanho do questionário, que totalizou 80 questões, o que pode desestimular os respondentes. Pode-se considerar ainda a possibilidade de viés, pois só um respondente por organização hospital foi contatado para responder a pesquisa, embora se tomasse o cuidado de que o respondente fosse o gestor responsável pela alta administração, por entender que estes profissionais possuem maior conhecimento acerca da gestão de relacionamento com *stakeholders* e o desempenho organizacional.

Em estudos futuros a validade dos resultados obtidos nesta pesquisa poderia ser melhorada, estendendo a amostra para um maior número de organizações hospitalares. Por fim, sugere-se a utilização de outra abordagem de pesquisa, mista (quantitativa e qualitativa) por exemplo, permitindo que o pesquisador explore diferentes variáveis em contextos distintos, podendo encontrar resultados diferenciados.

## REFERÊNCIAS

- Aaltonen, K., Jaakko, K., & Tuomas, O. (2008). Stakeholder salience in global projects. *International journal of project management*, 26(5), 509-516.
- Abelha, M. C. (2012). *Avaliação dos indicadores de desempenho na gestão de operações de serviços da saúde suplementar*. Dissertação de Mestrado em Administração, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro/RJ.
- Acciari, A. S. (2019). Evidências de bem-estar psicológico, resiliência e coping em pacientes com doença de Crohn. Tese de Doutorado em Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas/SP.
- Ackoff, R. L. (1994). *The democratic corporation: A radical prescription for recreating corporate America and rediscovering success*. Oxford University Press.
- Ackoff, R. L. (1981). On the use of models in corporate planning. *Strategic Management Journal*, 2(4), 353-359.
- Ackoff, R. L. (1979). The future of operational research is past. *Journal of the operational research society*, 30(2), 93-104.
- Adediran, A., & Windapo, A. O. (2017). Developing a tool for measuring the quality of relationship between SMEs and other stakeholders on public sector targeted procurement projects. In *Proceedings of the Environmental Design and Management International Conference* (pp. 311-320).
- Adobor, H. (2005). Trust as sensemaking: the microdynamics of trust in interfirm alliances. *Journal of Business Research*, 58(3), 330-337.
- Agle, B. R., Mitchell, R. K., & Sonnenfeld, J. A. (1999). Who matters to Ceos? An investigation of stakeholder attributes and salience, corporate performance, and Ceo values. *Academy of management journal*, 42(5), 507-525.
- Aguiar, F. C., & Mendes, V. L. P. S. (2016). Comunicação organizacional e tecnologias da informação e comunicação (TICs) na gestão hospitalar. *Perspectivas em Ciência da Informação*, 21(4), 138-155.
- Alástico, G. P. (2013). *Impactos das práticas da acreditação no desempenho hospitalar: um survey em hospitais do estado de São Paulo*. Tese de Doutorado em Engenharia de Produção, Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR, São Carlos/SP).
- Alástico, G. P., & Toledo, J. C. D. (2013). Acreditação Hospitalar: proposição de roteiro para implantação. *Gestão & Produção*, 20(4), 815-831.
- Alástico, G. P., & Toledo, J. D. (2012). Desempenho hospitalar: revisão bibliográfica sobre perspectivas e gestão. *Anais do Encontro Nacional de Engenharia de Produção, Bento Gonçalves, RS, Brasil*, 32.
- Almeida, J., Oliveira, M. S., & Azevedo, T. C. (2012). A utilização da contabilidade como ferramenta de apoio à gestão nas micro e pequenas empresas do ramo de comércio de material de construção de Feira de Santana/BA/Use of accounting as a tool to support the management of small business of trade buildin. *Revista da Micro e Pequena Empresa*, 6(2), 89-106.

- Alonso, L. B. N., Droval, C., Ferneda, E., & Emidio, L. (2014). Acreditação hospitalar e a gestão da qualidade dos processos assistenciais. *Perspectivas em Gestão & Conhecimento*, 4(2), 34-49.
- Alpuim, N. S. F. (2015). *O papel da comunicação estratégica nas Instituições de Saúde: o caso do Hospital de Braga*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Comunicação, Universidade do Minho, Braga, Portugal).
- Alvarez, R. L., Martins, M. R., & Silva, M. T. (2015). Applying the maturity model concept to the servitization process of consumer durables companies in Brazil. *Journal of Manufacturing Technology Management*, 26(8), 1086-1106.
- Alves, C. S., Barreto, J., & Martins, R. S. (2015). Confiança nos Relacionamentos Interorganizacionais e a Formação de Cadeias de Suprimentos. *Desafio Online*, 3(1), 41-52.
- Amboni, N., Caminha, D. O., Andrade, R. O. B., & Fernandes, M. (2017). Multiparadigmatic approach in organization studies: developments and limitations. *Rev. Adm. UFSM, Santa Maria*, v. 10, número 5, p. 808-827.
- Andrade, A. P. V. D. (2019). *Cocriação de valor no desenvolvimento de um sistema de informação: um estudo de caso à luz da Teoria dos Stakeholders*. Tese de Doutorado em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRGN, Natal/RGN.
- Andrade, C. H. M., Rezende, S. F. L., Salvato, M. A., & Bernardes, P. (2011). A relação entre confiança e custos de transação em relacionamentos interorganizacionais. *Revista de Administração Contemporânea*, 15(4), 608-630.
- Andrade, F. P. D., Biazevic, M. G. H., Toporcov, T. N., Togni, J., Carvalho, M. B. D., & Antunes, J. L. F. (2012). Validade discriminante do questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington no contexto brasileiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15, 781-789.
- Andrade, R. O. B., & Amboni, N. (2011). A Escola Sistêmica. In: *Andrade, R. O. B., & Amboni, N. Teoria geral da administração*. 2ed. Rio de Janeiro: Elsevier. Cap.13, p.175-186.
- Andrade, S. M. O., & Tanaka, O. Y. (2001). Interacionismo interpretativo: uma nova perspectiva teórica para as pesquisas qualitativas. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, vol. 5, núm. 3, diciembre, pp. 55-72.
- Anselmo, E. (2005). *Modelo de gestão não-linear: a teoria do caos e complexidade aplicada à gestão de empresas de alto crescimento em ambientes dinâmicos e imprevisíveis*. Tese de Doutorado em Administração, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo/SP.
- Areda, C. A., Galato, D., & Federal, D. (2015). Mapping of processes in a hospital pharmacy: tool for quality management and improvement. *Brazilian Journal of Hospital Pharmacy and Health Services [Internet]*, v. 6(3), pp. 27-33.
- Aronsson, H., Abrahamsson, M., & Spens, K. (2011). Developing lean and agile health care supply chains. *Supply Chain Management*, Vol. 16 No. 3, pp. 176-183.
- Austen, A. (2012). Stakeholders management in public hospitals in the context of resources. *Management*, 16(2), 217-230.
- Bachouch, R. B., Guinet, A., & Hajri-Gabouj, S. (2012). An integer linear model for hospital bed planning. *International Journal of Production Economics*, 140(2), 833-843.

- Bagozzi, R. P., & Phillips, L. W. (1982). Representing and testing organizational theories: A holistic construal. *Administrative science quarterly*, v.27, p.459-489.
- Bainbridge, D., Brazil, K., Ploeg, J., Krueger, P., & Taniguchi, A. (2016). Measuring healthcare integration: Operationalization of a framework for a systems evaluation of palliative care structures, processes, and outcomes. *Palliative medicine*, 30(6), 567-579.
- Bakens, W., Foliente, G., & Jasuja, M. (2005). Engaging stakeholders in performance-based building: lessons from the Performance-Based Building (PeBBu) Network. *Building Research & Information*, 33(2), 149-158.
- Baldrige Performance Excellence Program. (1987). *The Malcolm Baldrige National Quality Improvement*. National Institute of Standards and Technology, Public Law 100-107.
- Baldwin, L. (2003). *Total quality management in higher education: the implications of internal and external stakeholders perceptions*. Doctoral dissertation, Graduate School in Business Administration, New Mexico State University, Las Cruces, USA.
- Bal, M., Bryde, D., Fearon, D., & Ochieng, E. (2013). Stakeholder engagement: achieving sustainability in the construction sector. *Sustainability* 5 (2), 695–710.
- Barbosa, D. M. S. (2017). *Variáveis de desempenho para hospitais sem fins lucrativos*. Tese de Doutorado em Administração, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte/MG.
- Barbosa, R. D. A. (2019). *Alinhamento da materialidade à distribuição de valor aos stakeholders e sua relação com o desempenho*. Tese de Doutorado em Administração, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo/SP).
- Barnes, D. (2008). *Operations management: an international perspective*. Cengage Learning EMEA.
- Barnum, H., & Kutzin, J. (1993). *Public hospitals in developing countries: resource use, cost, financing*. Johns Hopkins University Press.
- Barra, G. M. J., & Ladeira, M. B. (2017). Modelo de maturidade para processos de certificação no sistema agroindustrial do café. *REGGE-Revista de Gestão*, 24(2), 134-148.
- Báscolo, E., Yavich, N., & León, A. S. (2006). El proceso de interacción investigadores y tomadores de decisiones: un estudio de caso. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, S47-S56.
- Bate, S. P., (1994). *Strategies for Cultural Change*. Butterworth-Heinemann, Oxford.
- Batenburg, R., Neppelenbroek, M., & Shahim, A. (2014). A maturity model for governance, risk management and compliance in hospitals. *Journal of Hospital Administration*, 3(4), p. 43.
- Bausch, K. C. (2002). Roots and branches: a brief, picaresque, personal history of systems theory. *Systems Research and Behavioral Science*, 19(5), 417-428.
- Bazanini, R., Silva, I. V., Bazanini, H. L., Biff, M. A., & Mendes, K. R. N. (2018). Redes de relacionamento: a atuação dos stakeholders no mercado de bens simbólicos da educação. *Perspectivas em Gestão & Conhecimento, João Pessoa*, v. 8, n. 1, p. 86-116, jan./abr.
- Beber, J. C. (2008). *A retenção do capital humano e sua relação com maturidade de processos de gestão de pessoas em empresas de software*. Dissertação de Mestrado em Administração e Negócios, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Porto Alegre/RS.

- Becker, J., Knackstedt, R., & Pöppelbuß, J. (2009). Developing Maturity Models for IT Management. *Business & Information Systems Engineering*, 1(3), pp.213–222.
- Behrouzi, F., & Ma'aram, A. (2019). Identification and ranking of specific balanced scorecard performance measures for hospitals: A case study of private hospitals in the Klang Valley area, Malaysia. *The International journal of health planning and management*, 34(4), 1364-1376.
- Bellinger, G. (2004). Systems thinking: An operational perspective of the universe. *Systems University on the Net*.
- Benbasat, I., Dexter, A. S., Drury, D. H., & Goldstein, R. C. (1984). A critique of the stage hypothesis: theory and empirical evidence. *Communications of the ACM*, 27 (5), pp. 476-485.
- Benbasat, I., Dexter, A. S., & Mantha, R. W. (1980). Impact of organizational maturity on information system skill needs. *MIS quarterly*, 4(1):21-34.
- Bem Noro, G. (2012). A gestão de stakeholders em gestão de projetos. *Revista de Gestão e Projetos-GeP*, 3(1), 127-158.
- Bertalanffy, L. v. (2012). *Teoria geral dos sistemas: fundamentos, desenvolvimento e aplicações*. 6ª Edição. Petrópolis: Vozes.
- Bertalanffy, L. v. (1977). *Teoria geral dos sistemas* (Vol. 3). Petrópolis: Vozes.
- Bertalanffy, L. v. (1972). The history and status of general systems theory. *Academy of management journal*, 15(4), 407-426.
- Bertalanffy, L. v., & László, E. (1972). *The relevance of general systems theory: papers presented to Ludwig von Bertalanffy on his seventieth birthday*. George Braziller.
- Bertalanffy, L. v. (1969). *General system theory*. New York, George Braziller.
- Bertalanffy, L. v. (1968). *General system theory: foundations, development, applications*. George Braziller. Inc., New York.
- Bertalanffy, L. v. (1952). *Problems of life; an evaluation of modern biological thought*. London: Watts & Co.; New York: Wiley, 1952; Harper Torchbooks, 1960. German original: *Das biologische Weltbild*. Bern: Francke, 1949.
- Bertalanffy, L. v. (1950). An outline of general system theory. *British Journal for the Philosophy of science*. Vol. 1 No. 2 August, 134-165.
- Bertosso, H., Ebert, P. N. P., & Laimer, C. G. (2017). O papel da confiança nas redes interorganizacionais: evidência empírica em rede de fornecedores. *Desenvolvimento em Questão*, 15(41), 303-334.
- Bertram, G. (1993). The Morphology of the collaborator. *Journal of European Studies*, 23(1), 1.
- Bessa, S. C. D. A. (2009). *A comunicação nos hospitais públicos portugueses: uma questão de excelência*. Dissertação de Mestrado em Gestão Estratégica das Relações Públicas, Instituto Politécnico de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Bessant, J., & Caffyn, S. (1997). High-involvement innovation through continuous improvement. *International Journal of Technology Management*, 14(1), 7-28.

- Bhidé, A. V. (2000). *"The Origin and Evolution of New Businesses."* Oxford University Press, New York, NY, USA.
- Bido, D. S., Mantovani, D. M. N., & Cohen, E. D. (2018). Destruição de escalas de mensuração por meio da análise fatorial exploratória nas pesquisas da área de produção e operações. *Gestão & Produção*, 25(2), 384-397.
- Billgren, C., & Holmén, H. (2008). Approaching reality: Comparing stakeholder analysis and cultural theory in the context of natural resource management. *Land use policy*, 25(4), 550-562.
- Bititci, U. S., Carrie, A. S., Turner, T., & Lutz, S. (1998). Integrated performance measurement systems: implementation case studies. In *Strategic management of the manufacturing value chain* (pp. 177-184). Springer, Boston, MA.
- Bittar, O. J. N. V. (2008). Indicadores de qualidade e quantidade em saúde parte II. *Rev. adm. saúde*, 10(40, n. esp), 113-116.
- Blair, J. D., & Fottler, M. D. (1991). Challenges in health care management: strategic perspectives for managing key stakeholders. *The Journal for Healthcare Quality (JHQ)*, 13(3), 38-39.
- Blair, J. D., Fottler, M. D., & Whitehead, C. J. (1996). Diagnosing the stakeholder bottom line for medical group practices. Key stakeholders' potential to threaten and/or cooperate. *Medical group management journal*, 43(2), 40-42.
- Blair, J. D., Savage, G. T., & Whitehead, C. J. (1988). Negotiating Strategically With Hospital Stakeholders. In *Academy of Management Proceedings (Vol. 1988, No. 1, pp. 80-84)*. Briarcliff Manor, NY 10510: Academy of Management.
- Blair, J. D., & Whitehead, C. J. (1988). Too Many On The Seesaw: Stakeholder Diagnosis And Managemen. *Journal of Healthcare Management*, 33(2), 153.
- Blondiau, A. (2017). *Essays on Managing Cooperation in Hospitals*. Doctoral dissertation, University of St. Gallen, St. Gallen, Switzerland.
- Blondiau, A., Mettler, T., & Winter, R. (2016). Designing and implementing maturity models in hospitals: An experience report from 5 years of research. *Health informatics journal*, 22(3), 758-767.
- Blondiau, A., Mettler, T., & Winter, R. (2013), "Design and Implementation Challenges of Maturity Models for Healthcare Organizations: An Experience Report", *16th International Symposium on Health Information Management Research (ISHIMR)*, pp. 25-32.
- Bock, C. P. (2015). Implantando a norma ISO 9001, em busca da excelência. In *XVIII Congresso Metodista de Iniciação e Produção Científica - XVII Seminário de Extensão - XII Seminário PIBIC/UMES. Regionalização e Internacionalização-Inserção regional*.
- Borba, F. R., Knoll, E. C., & Todescat, M. (2013). Diagnóstico de níveis de maturidade em gestão do conhecimento: centro de empreendedorismo inovador da fundação CERTI. *Navus-Revista de Gestão e Tecnologia*, 3(2), 163-176.
- Bordoloi, P., & Islam, N. (2011). A framework linking knowledge management practices and healthcare delivery performance. *8th ICICKM 2011, Chosen the Best PhD Paper*.

- Bose, R. (2003). Knowledge management-enabled health care management systems: capabilities, infrastructure, and decision-support. *Expert systems with Applications*, 24(1), 59-71.
- Bosse, D. A., & Phillips, R. A. (2016). Agency theory and bounded self-interest. *Academy of Management Review*, 41(2), 276-297.
- Boszczowski, A. K. (2010). *O engajamento de stakeholders como elemento chave para a estratégia de sustentabilidade corporativa*. Dissertação de Mestrado em Administração, Universidade Federal do Paraná – UFPR, Curitiba/PR.
- Boulding, K. E. (1968). David Easton. A Systems Analysis of Political Life. New York: John Wiley, 1965. *Behavioral Science*, 13(2), 147-149.
- Boulding, K. E. (1956). General systems theory—the skeleton of science. *Management science*, 2(3), 197-208.
- Bourne, L. (2009). *Stakeholder relationship management: a maturity model for organisational implementation*. Routledge.
- Bourne, L. (2005). *Project relationship management and the stakeholder circle*. Doctoral dissertation, Royal Melbourne Institute of Technology – RMIT University.
- Bourne, M., Mills, J., Wilcox, M., Neely, A., & Platts, K. (2000). Designing, implementing and updating performance measurement systems. *International journal of operations & production management*, v. 20, n. 7, pp. 754-771.
- Brambilla, F. R. (2011). Modelagem de equações estruturais: exemplo comentado da aplicação mediante a utilização do software AMOS. *INGEPRO–Inovação, Gestão e Produção*, 3(4), 1-12.
- Brand, C. A., Barker, A. L., Morello, R. T., Vitale, M. R., Evans, S. M., Scott, I. A., ... & Cameron, P. A. (2012). A review of hospital characteristics associated with improved performance. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(5), 483-494.
- Silva, A. M. M., & Brandalize, A. (2020). A moderna administração hospitalar. *Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa*, 22(42), 56-67.
- Brasil. (2020). Controladoria Geral da União. Portal da Transparência. *Órgão do Governo*. Disponível em: <<http://www.portaldatransparencia.gov.br/pagina-interna/603239-%C3%B3rg%C3%A3os-do-governo>>. Acesso em: março de 2020.
- Brasil. (1998). Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998*. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm)>. Acesso em: março de 2020.
- Braz, R. G. F., Scavarda, L. F., & Martins, R. A. (2011). Reviewing and improving performance measurement systems: An action research. *International Journal of Production Economics*, 133(2), 751-760.
- Briner, W., Hastings, C., & Geddes, M. (1996). *Project leadership*. Aldershot, UK: Gower.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1997). Alternative ways of assessing model fit.(1993). *Bacon, L. Using AMOS for Structural Equation Modeling in Market Research*. SPSS.

- Brugha, R., & Varvasovszky, Z. (2000). Stakeholder analysis: a review. *Health policy and planning, 15*(3), 239-246.
- Bruin, T., Rosemann, M., Freeze, R., & Kulkarni, U. (2005). Understanding the main phases of developing a maturity assessment model. In *Proceedings of the Australasian Conference on Information Systems (ACIS)*, Sydney, 8-19.
- Buckley, W. (1968). *Modern systems research for the behavioral scientist*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Burmester, H., Pereira, J., & Scarpi, M. J. (2007). Modelo de gestão para organizações de saúde. *Revista de Administração em Saúde, São Paulo, v. 9, n. 37, p. 125-32, out./dez.*
- Burrell, G., Morgan, G. (1979). *Sociological paradigms and organizational analysis*. London: Heinemann Educational Books.
- Bussy, N. M. D., Watson, R. T., Pitt, L. F., & Ewing, M. T. (2001). Stakeholder communication management on the Internet: An integrated matrix for the identification of opportunities. *Journal of Communication Management, 5*(2), 138-146.
- Butt, A., Naaranoja, M., & Savolainen, J. (2016). Project change stakeholder communication. *International Journal of Project Management, 34*(8), 1579-1595.
- Byrne, B. M. (2010). *Structural Equation Modeling with AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming*. 2.ed. New York: Routledge – Taylor & Francis G.
- Caiado, R. G. G., Quelhas, O. L. G., & Lima, G. B. A. (2015). Percepções da análise de stakeholders numa empresa do segmento siderúrgico. In *XI Congresso Nacional de Excelência em Gestão (CNEG)*. [Google Scholar].
- Calvo, M. C. M. (2002). *Hospitais públicos e privados no sistema único de saúde do Brasil: o mito da eficiência privada no estado do Mato Grosso em 1998*. 223f. Tese de Doutorado em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis/SC.
- Camilo, R. D. (2010). *Modelagem dinâmica da gestão: passos das organizações para a excelência e resultados superiores*. Minas Gerais: Jurua, 174 p.
- Campbell, G., & Skillings, J. H. (1985). Nonparametric stepwise multiple comparison procedures. *Journal of the American Statistical Association, 80*(392), 998-1003.
- Campos, F. O. (2011). As organizações e os sistemas abertos e fechados e a emergência: uma análise conceitual. *XXXIV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Recife, PE*. De 2 a 6 de setembro. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação.
- Campos, T. L. C. (2006). Políticas para stakeholders: um objetivo ou uma estratégia organizacional?. *Revista de Administração Contemporânea, 10*(4), 111-130.
- Cañadas, I. y Sánchez-Bruno, A. (1998). Categorias de respuestas en escalas tipo Likert. *Psicothema, 10*(3), 623-631.
- Cao, M., & Zhang, Q. (2011). Supply chain collaboration: Impact on collaborative advantage and firm performance. *Journal of operations management, 29*(3), 163-180.
- Capra, F., & Eicheberg, N. R. (2006). *A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos*. São Paulo: Cultrix.

- Capra, F. (2006). *O ponto de mutação*. São Pablo. 26ª reimpr. 447p.
- Capra, F. (1997). *The Web of Life: A new scientific understanding of living systems*. New York: Anchor books, 368p.
- Capra, F. (1991). *Pertencendo ao universo*. Editora Cultrix.
- Caralli, R., Knight, M., & Montgomery, A. (2012). *Maturity models 101: A primer for applying maturity models to smart grid security, resilience, and interoperability*. Carnegie-Mellon Univ Pittsburgh PA Software Engineering Inst.
- Caravantes, G. R. P., Cláudia. C., & Kloeckner, M. C. (2005). *Administração: teorias e processos*. São Paulo: Pearson.
- Carman, J. M., Shortell, S. M., Foster, R. W., Hughes, E. F., Boerstler, H., O'Brien, J. L., & O'Conner, E. J. (1996). Keys for successful implementation of total quality management in hospitals. *Health care management review*, 21(1), 48-60.
- Carroll, A. B., & Buchholtz, A. K. (2006). *Business & Society: Ethics and Stakeholder Management* (6th edn). Mason: Thomson South-Western.
- Carvalho, A. J. V. (2016). *Modelo de Maturidade para a Gestão dos Sistemas de Informação Hospitalares*. Doutorado em Investigación en TecnoloXías da Información, Universidade de Santiago de Compostela – USC, Santiago de Compostela, Espanha.
- Carvalho, J. V., Rocha, Á., Vasconcelos, J., & Abreu, A. (2018). A health data analytics maturity model for hospitals information systems. *International Journal of Information Management*, 46, pp. 278-285.
- Carvalho, J. V., Rocha, Á., & Abreu, A. (2017). Maturity of hospital information systems: Most important influencing factors. *Health informatics journal*, 25, pp. 617-631.
- Carvalho, J. V. & Rocha, Á. (2015). Maturity models in the hospital information systems management initial research. *10th Iberian Conference on Information Systems and Technologies (CISTI) IEEE*, pp. 1-6.
- Carvalho, J. V., Rocha, Á., & Vasconcelos, J. (2015). Towards an encompassing maturity model for the management of hospital information systems. *Journal of medical systems*, 39(9), p. 99.
- Carvalho, L. C. D. (2014). *The influence of the supply chain agents on the new product development's performance: an analysis based on the multi-group moderation*. Tese de Doutorado em Administração, Fundação Getúlio Vargas – FGV, São Paulo/SP.
- Carvalho, M. M., Rabechini Jr, R., de Paula Pessôa, M. S., & Laurindo, F. J. B. (2005). Equivalência e completeza: análise de dois modelos de maturidade em gestão de projetos. *Revista de Administração-RAUSP*, 40(3), 289-300.
- Castro, M. R. D., Bronzo, M., Resende, P. T. V. D., & Oliveira, M. P. V. D. (2015). Relaciones colaborativas y desempeño competitivo de empresas brasileñas. *Revista de Administração de Empresas*, 55(3), 314-328.
- Castro, R., Rosa, M. J., & Pinho, C. (2015). A model for stakeholders' influence on internationalization: a contribution from the Portuguese, Brazilian, and Dutch cases. *Journal of studies in international education*, 19(2), 160-181.

- Celani, C. K. P. B. (2016). *A confiança como fator integrador na cadeia de Suprimentos: um estudo de caso no setor de serviços*. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção, Universidade Federal da Paraíba – UFPB, João Pessoa/PA.
- Celestino, P. (2002). Nó de normas. Notícias hospitalares. *Gestão de Saúde em Debate*, v. 4, n. 39, out./nov.
- Cengiz, E., & Kirkbir, F. (2007). Customer perceived value: the development of a multiple item scale in hospitals. *Problems and perspectives in management*, (5, Iss. 3 (contin.)), 252-268.
- Centeno, M. J. (2009). *O conceito de comunicação na obra de Bateson: interação e regulação*. Universidade da Beira Interior/Livros LabCom.
- Chandler, A. D. (1962). *Strategy and structure*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Chassin, M. R., Loeb, J. M. (2013). High-reliability health care: Getting there from here. *Milbank Quarterly*, v. 91, n. 3, p. 459-490.
- Chatman, I. J. (Ed.). (2008). *Tools for Performance Measurement in Health Care: A Quick Reference Guide*. Joint Commission Resources.
- Checkland, P. (2000). Systems thinking, systems practice: includes a 30-year retrospective. *Journal-Operational Research Society*, 51(5), 647-647.
- Checkland, P., & Poulter, J. (2010). Soft systems methodology. In *Systems approaches to managing change: A practical guide* (pp. 191-242). Springer, London.
- Checkland, P., & Scholes, J. (1990). *Soft Systems Methodology in Action*. Chichester John Willey & Sons.
- Cheikhrouhou, N., Pouly, M., & Madinabeitia, G. (2013). Trust categories and their impacts on information exchange processes in vertical collaborative networked organisations. *International Journal of Computer Integrated Manufacturing*, 26(1-2), 87-100.
- Chen, J. V., Yen, D. C., Rajkumar, T. M., & Tomochko, N. A. (2011). The antecedent factors on trust and commitment in supply chain relationships. *Computer Standards & Interfaces*, 33(3), 262-270.
- Chen, P. Y., Smithson, M., & Popovich, P. M. (2002). *Correlation: Parametric and nonparametric measures* (No. 139). Sage.
- Chiesa, V., Coughlan, P., & Voss, C. A. (1996). Development of a technical innovation audit. *Journal of Product Innovation Management: an international publication of the product development & management association*, 13(2), 105-136.
- Chin, W. W. (1998). The partial least squares approach to structural equation modeling. *Modern methods for business research*, 295(2), 295-336.
- Chinyio, E. A., & Akintoye, A. (2008). Practical approaches for engaging stakeholders: findings from the UK. *Construction Management and Economics*, 26(6), 591-599.
- Chinyio, E., & Olomolaiye, P. (2010). Introducing stakeholder management. *Construction stakeholder management*, 1-12.
- Chopra, S., & Meindl, P. (2003). Gerenciamento da Cadeia de Suprimentos: Estratégia, Planejamento e Operação. In *Gerenciamento da Cadeia de Suprimentos: Estratégia, Planejamento e Operação* (pp. 465-465).

- Chouaid, C., Hejblum, G., Guidet, B., & Valleron, A. J. (2006). De l'évaluation de la qualité des soins à la performance des soins. *Revue des maladies respiratoires*, 23(4), 87-98.
- Christensen, D., & Walker, D. H. (2003, June). Vision as a critical success factor to project outcomes. In *17th World Congress on Project Management, Moscow, Russia, June* (pp. 3-6).
- Christopher, M. (2001). *Logística e gerenciamento da cadeia de suprimentos: estratégias para a redução de custos e melhoria dos serviços*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Churchman, C. W. (1968). *The Systems Approach*. New York: Dell Publishing Company, Inc.
- Cinaroglu, S., & Baser, O. (2018). Understanding the relationship between effectiveness and outcome indicators to improve quality in healthcare. *Total Quality Management & Business Excellence*, 29(11-12), 1294-1311.
- Cirillo, M. A., & Ferreira, D. F. (2003). Extensão do teste para normalidade univariado baseado no coeficiente de correlação quantil-quantil para o caso multivariado. *Revista de Matemática e Estatística*, 21(3), 67-84.
- Clarkson Centre for Business Ethics. (1999). *Principles of stakeholder management*. Clarkson Centre for Business Ethics, Joseph L. Rotman School of Management, University of Toronto.
- Clarkson, M. E. (1995). A stakeholder framework for analyzing and evaluating corporate social performance. *Academy of management review*, 20(1), 92-117.
- Clarkson, M. E. (1994). A risk-based model of stakeholder theory. In *Proceedings of the second Toronto conference on stakeholder theory* (pp. 18-19).
- Clarkson, M. E. (1991). Defining, evaluating, and managing corporate social performance: The stakeholder management model. *Research in corporate social performance and policy*, 12(1), 331-358.
- Cleven, A., Mettler, T., Rohner, P., & Winter, R. (2016). Healthcare quality innovation and performance through process orientation: Evidence from general hospitals in Switzerland. *Technological Forecasting and Social Change*, 113, 386-395.
- Cleven, A. K., Winter, R., Wortmann, F., & Mettler, T. (2014). Process management in hospitals: an empirically grounded maturity model. *Business Research*, v.7(2), 191-216.
- Cleverley, W. O. & Harvey, R. K. (1992). Competitive strategy for successful hospital management. *Journal of Healthcare Management*, 37(1), p. 53.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed.)*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and psychological measurement*, 20(1), 37-46.
- Colauto, R. D., & Beuren, I. M. (2003). Proposta para avaliação da gestão do conhecimento em entidade filantrópica: o caso de uma organização hospitalar. *Revista de Administração Contemporânea*, 7(4), 163-185.
- Collis, J., & Hussey, R. (2013). *Business research: A practical guide for undergraduate and postgraduate students*. Macmillan International Higher Education.

- Colquitt, J. A., Scott, B. A., & LePine, J. A. (2007). Trust, trustworthiness, and trust propensity: A meta-analytic test of their unique relationships with risk taking and job performance. *Journal of applied psychology*, 92(4), 909.
- Conwell, C. L., Enright, R., & Stutzman, M. A. (2000). Capability maturity models support of modeling and simulation verification, validation, and accreditation. In *Proceedings of the 32nd conference on Winter simulation* (pp. 819-828). Society for Computer Simulation International.
- Consórcio Brasileiro de Acreditação [CBA]. (2019). Relação de instituições acreditadas. Disponível em: <<https://cbacred.org.br/site/acreditacao/instituicoes-acreditadas/>>. Acesso em: agosto de 2020.
- Costa, L. F. (2010). A perspectiva sistêmica para a clínica da família. *Pisc: Teor. e Pesq., Brasília*, Vol. 26, nº especial, pp. 95-104.
- Cooke-Davies, T. (2002). The “real” success factors on projects. *International journal of project management*, 20(3), 185-190.
- Couttolenc, B. F., & La Forgia, G. M. (2009). *Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência*. 1. ed. São Paulo: Editora Singular, 496 p.
- Couttolenc, B. F., Dias, L. H. S., Nicolella, A. C., Fatheaza, M. S., & Machado, C. A. (2004). Estudo de custos, eficiência e mecanismos de pagamento, Fase II: Eficiência e mecanismo de pagamento. Programa de pesquisas, *Em busca da excelência: Fortalecendo o Desempenho Hospitalar no Brasil. Relatório Final. Ministério da Saúde. Banco Mundial*.
- Cornelissen, J. P. (2008). *Corporate communication*. The International Encyclopedia of Communication.
- Covaleski, M., Dirsmith, M., & SAMUEL, S. (1996). Managerial accounting research: The contributions of organizational and sociological theories. *Journal of Management Accounting*, v. 8, n.4, p. 1-35, 1996.
- Crane, A., & Livesey, S. (2017). Are you talking to me?: stakeholder communication and the risks and rewards of dialogue. In *Unfolding stakeholder thinking 2* (pp. 39-52). Routledge.
- Cronemyr, P., & Danielsson, M. (2013). Process Management 1-2-3—a maturity model and diagnostics tool. *Total Quality Management & Business Excellence*, 24(7-8), 933-944.
- Crosby, P. B. (1979). *Quality is free: The art of making quality certain* (Vol. 94). New York: McGraw-hill.
- Cunha, C. R. D., & Melo, M. C. D. O. L. (2006). A confiança nos relacionamentos interorganizacionais: o campo da biotecnologia em análise. *RAE eletrônica*, 5(2), 0-0.
- Curado, M. A. S., Teles, J., & Marôco, J. (2014). Analysis of variables that are not directly observable: influence on decision-making during the research process. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(1), 146-152.
- Currie, R. R., Seaton, S., & Wesley, F. (2009). Determining stakeholders for feasibility analysis. *Annals of Tourism Research*, 36(1), 41-63.
- Curtice, R. M. (2006). Stakeholder analysis: the key to balanced performance measures. *BP Trends*, April, 1-7.

- Curtis, B., Hefley, W. E., & Miller, S. A. (2002). People CMM. *Encyclopedia of Software Engineering*.
- Daclin, N., Dusserre, G., Mailhac, L., L'Héritier, B., Blanchard, J., & Picard, A. (2018). Towards a maturity model to assess field hospitals' rollout. *International Journal of Emergency Management*, 14(2), pp. 107-121.
- Dantas, B. C., Valadares, E. J., & Hrdlicka, H. A. (2019). Gerenciamento do relacionamento com o cliente: um modelo para hospitais universitários. *Re. Saúd. Digi. Tec. Edu., Fortaleza, CE*, v. 4, n. 1, p.28-42, jan./ago.
- De Bakker, F. G., Den Hond, F., King, B., & Weber, K. (2013). Social movements, civil society and corporations: Taking stock and looking ahead. *Organization studies*, 34(5-6), 573-593.
- Deglane, K. C. B., Loures, L. E. V., Silva, R. G. A., & Andrade, H. D. S. (2017). Proposta de um método para análise de stakeholders em projetos aeroespaciais. *Revista Espacios*, Vol. 38 (Nº 24), Pág. 10.
- Dekleva, S., & Drehmer, D. (1997). Measuring software engineering evolution: A Rasch calibration. *Information Systems Research*, 8(1), 95-104.
- Del Gesso, C. (2019). Involving stakeholders in university hospital performance reporting: The state of the art in Italy. *African Journal of Business Management*, 13(11), 353-372.
- Dias, A. M. M., Jeunon, E. E., & da Cunha Duarte, L. (2016). Gestão das Expectativas das Partes Interessadas: Um Estudo da Percepção dos Profissionais em Gestão de Projetos. *Revista IPTEC*, 4(2), 208-222.
- Djellal, F., & Gallouj, F. (2007). Innovation in hospitals: a survey of the literature. *The European Journal of Health Economics*, 8(3), 181-193.
- Doh, J. P., & Quigley, N. R. (2014). Responsible leadership and stakeholder management: Influence pathways and organizational outcomes. *Academy of Management Perspectives*, 28(3), 255-274.
- Domingues, P., Sampaio, P., & Arezes, P. M. (2016). Integrated management systems assessment: a maturity model proposal. *Journal of Cleaner Production*, 124, 164-174.
- Donaldson, T. (2002). The stakeholder revolution and the Clarkson principles. *Business ethics quarterly*, Vol. 12, No. 2, pp.107-111.
- Donaldson, T., & Preston, L. E. (1995). The stakeholder theory of the corporation: Concepts, evidence, and implications. *Academy of management Review*, 20(1), 65-91.
- Drack, M., Apfalter, W., & Pouvreau, D. (2007). On the making of a system theory of life: Paul A Weiss and Ludwig von Bertalanffy's conceptual connection. *The Quarterly review of biology*, 82(4), 349-373.
- Drewniak, Z., Drewniak, R., & Karaszewski, R. (2020). The Assessment of the Features of Inter-organisational Relationships: Benefits, Duration, Repeatability and Maturity of the Relationship with the Company's Stakeholders. *European Research Studies*, 23, 443-461.
- Dunham, L., Freeman, R. E., Liedtke, J., (2001). The Soft Underbelly of Stakeholder Theory: The role of Community. Darden Graduate School of Business Administration, *University of Virginia, Working Paper* 01-22.

- Eccles, R. (1991). The performance measurement manifesto. *Harvard Business Review*, January-February, 69(1), 131-137.
- Eduardo, V. V. (2015). *Proposta de gerenciamento de stakeholders segundo processos do PMBOK: um estudo sobre eventos editoriais no Estado de São Paulo*. Dissertação de Mestrado em Administração, Universidade Nove de Julho – UNINOVE, São Paulo/SP.
- Ehms, K., & Langen, M. (2002). Holistic development of knowledge management with KMMM. *Siemens AG*, 1, 1-8.
- El-Jardali, F., Jamal, D., Dimassi, H., Ammar, W., & Tchaghchaghian, V. (2008). The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(5), 363-371.
- Elkington, J. (1994). Towards the sustainable corporation: Win-win-win business strategies for sustainable development. *California management review*, 36(2), 90-100.
- Elmaallam, M., & Kriouile, A. (2013). Toward a maturity model development process for information systems (MMDePSI). *International Journal of Computer Science Issues (IJCSI)*, 10(3), 118.
- El-Sawalhi, N. I., & Hammad, S. (2015). Factors affecting stakeholder management in construction projects in the Gaza Strip. *Int. J. Constr.Manag.* 15 (2), 157–169.
- Emery, F. E., & Trist, E. L. (1960). "Socio-technical Systems". In Churchman C. W. & Verhulst, M., eds., *Management Sciences: Models and Techniques*, Vol 2., New York: Pergamon Press.
- Esmail, L., Moore, E., & Rein, A. (2015). Evaluating patient and stakeholder engagement in research: moving from theory to practice. *Journal of comparative effectiveness research*, 4(2), 133-145.
- Espejo, R. (1999). Aspects of identity, cohesion, citizenship and performance in recursive organisations. *Kybernetes*, 28(6-7), 640-658.
- Essman, H. (2009). *Toward innovation capability maturity*. Doctoral dissertation, PhD Thesis, Stellenbosch University – SU, Stellenbosch, South Africa.
- Estivalete, V. D. F. B., Pedrozo, E. Á., & Begnis, H. S. M. (2012). O processo de aprendizagem em redes horizontais do elo varejista do agronegócio: uma análise sob a perspectiva das estratégias, dos métodos e dos estágios evolutivos. *REAd-Revista Eletrônica de Administração*, 18(1), 161-190.
- European Foundation for Quality Management - EFQM (1999a). *Avaliar a Excelência - Um guia prático para o sucesso no desenvolvimento, implementação e revisão de uma estratégia de auto-avaliação nas organizações*. E.F.Q.M, Brussels.
- European Foundation for Quality Management - EFQM (1999b). *Os conceitos Fundamentais da Excelência*. E.F.Q.M, Brussels, ISBN 90-5236-077-4.
- Fassin, Y. (2008). Imperfections and shortcomings of the stakeholder model's graphical representation. *Journal of business ethics*, 80(4), 879-888.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G\* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods*, 41(4), 1149-1160.

- Fávero, L. P., Belfiore, P., Silva, F. D., & Chan, B. L. (2009). *Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Fawcett, S. E., Jones, S. L., & Fawcett, A. M. (2012). Supply chain trust: The catalyst for collaborative innovation. *Business Horizons*, 55(2), 163-178.
- Feitosa, M. J. S., Souza, N. M. O., & Gómez, C. R. P. (2014). Princípios da Responsabilidade Social Empresarial nas Relações " Empresa-Stakeholders" como Fonte de Vantagem Competitiva. *REUNIR: Revista de Administração, Contabilidade e Sustentabilidade*, 4(1).
- Fernandes, B. H. R., Fleury, M. T. L., & Mills, J. (2006). Construindo o diálogo entre competência, recursos e desempenho organizacional. *Revista de Administração de Empresas*, 46(4), 1-18.
- Figueiredo, V. M. (2016). *Análise da aplicabilidade de um modelo de maturidade para avaliar os processos tributários: estudo de caso em uma empresa geradora de energia elétrica*. Dissertação de Mestrado em Sistemas de Informação e Gestão do Conhecimento, Universidade FUMEC, Belo Horizonte/MG.
- Fiorini, S. T., von Staa, A., & Baptista, R. M. (1998). *Engenharia de Software com CMM*. Brasport.
- Fisher, D. M. (2004). The Business process maturity model – a practical approach for identifying opportunities for optimization. *Business Process Trends*, 9(4), 11-15.
- Fisher, R. J. (1995). *Collaborative management of forests for conservation and development* (p. 65). Gland, Switzerland: Iucn.
- Fonseca, J. J. S. (2002). *Metodologia da pesquisa científica*. Fortaleza: UEC, Apostila.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of marketing research*, 18(1), 39-50.
- Forrester, J. W. (1997). Industrial dynamics. *Journal of the Operational Research Society*, 48(10), 1037-1041.
- Forrester, J. W. (1994). System dynamics, systems thinking, and soft OR. *System dynamics review*, 10(2-3), 245-256.
- Forrester, J. W. (1991). System dynamics and the lessons of 35 years. In *A systems-based approach to policymaking* (pp. 199-240). Springer, Boston, MA.
- Fottler, M. D. (1987). Health care organizational performance: Present and future research. *Journal of Management*, 13(2), 367-391.
- França, F. (2012). *Públicos: como identificá-los em nova visão estratégica - Business Relationship*. Editora Yendis, 3. ed., São Caetano do Sul/SP.
- França, G. E. F. (2015). *Descoberta de conhecimento em base de dados para identificação da maturidade de serviços de tecnologia da informação em hospitais*. Dissertação de Mestrado em Ciência, Gestão e Tecnologia da Informação, Universidade Federal do Paraná – UFPR, Curitiba/PR.
- Franzblau, A. N. (1958) *A primer of statistics for non-statisticians*. Nova York: Harcourt, Brace and World.

- Fraser, P., Moultrie, J., & Gregory, M. (2002). The use of maturity models/grids as a tool in assessing product development capability. *In IEEE international engineering management conference* (Vol. 1, pp. 244-249). IEEE - IEEE Engineering Management Society, Piscataway, NJ.
- Fraser, M. D., & Vaishnavi, V. K. (1997). A formal specifications maturity model. *Communications of the ACM*, 40(12), 95-103.
- Freeman, C. (2013). *Economics of industrial innovation*. Routledge. eBook Published, 484 p.
- Freeman, R. E. (1984). *Strategic Management: A Stakeholder Approach* (Boston: Pitman, 1984). Jennings, in the article cited above, quotes Freeman and gives additional information concerning the influence of his work. Boston: Pitman.
- Freeman, R. E. (1994). The politics of stakeholder theory: Some future directions. *Business ethics quarterly*, v 4, pp. 409-421.
- Freeman, R. E., & Evan, W. M. (1990). Corporate governance: A stakeholder interpretation. *Journal of behavioral economics*, 19(4), 337-359.
- Freeman, R. E., Harrison, J. S., & Wicks, A. C. (2007). *Managing for stakeholders: Survival, reputation, and success*. Yale University Press.
- Freeman, R. E., Harrison, J. S., Wicks, A. C., Parmar, B. L., & De Colle, S. (2010). *Stakeholder theory: The state of the art*. Cambridge University Press.
- Freeman, R. E., & Liedtka, J. (1997). Stakeholder capitalism and the value chain. *European Management Journal*, 15(3), 286-296.
- Freeman, R. E., & McVea, J. (2001). A stakeholder approach to strategic management. *The Blackwell handbook of strategic management*, 189-207.
- Freeman, R. E., & Phillips, R. A. (2002). Stakeholder theory: A libertarian defense. *Business ethics quarterly*, 12(3), 331-349.
- Freitas, C. A., & Hoffmann, V. E. (2012). A percepção das estratégias de influências dos stakeholders e sua relação com a estratégia genérica: estudo de caso em pequenas empresas comerciais do litoral norte Catarinense. *BBR-Brazilian Business Review*, 9(2), 1-25.
- Freitas, H., Oliveira, M., Saccol, A. Z., & Moscarola, J. (2000). O método de pesquisa survey. *Revista de Administração da Universidade de São Paulo*, 35(3).
- Freire, E. M. R., Silva, V. C. D., Vieira, A., Matos, S. S. D., & Alves, M. (2019). Communication as a strategy for hospital accreditation maintenance. *Escola Anna Nery*, 23(1).
- Freixo, J. & Rocha, Á. (2015). QUALITUS: An integrated information architecture for the quality management system of hospitals. *New Contributions in Information Systems and Technologies, Advances in Intelligent Systems and Computing*, pp. 285-297.
- Friedman, A., & Miles, S. (2006). *Stakeholders: theory and practice*. Oxford: Oxford University press.
- Frooman, J. (1999). Stakeholder influence strategies. *Academy of management review*, 24(2), 191-205.
- Frohlich, M. T., & Westbrook, R. (2001). Arcs of integration: an international study of supply chain strategies. *Journal of operations management*, 19(2), 185-200.

- García-Altés, A., Zonco, L., Borrell, C., & Plasència, A. (2006). Measuring the performance of health care services: a review of international experiences and their application to urban contexts. *Gaceta sanitaria*, 20, 316-324.
- Garson, G. D. (2009). Structural equation modeling, from statnotes: Topics in multivariate analysis. Retrieved May, 1.
- Garver, M. S., & Mentzer, J. T. (1999). Logistics research methods: employing structural equation modeling to test for construct validity. *Journal of business logistics*, 20(1), 33.
- Garvin, D. A. (1995). Leveraging processes for strategic advantage. *Harvard Business Review*, 69(6), 88-93.
- Ghayour, B. S. M., & Doaei, M. (2012). A Dialectic Model of Development of Stakeholders' Theory and Corporate Governance: from Hume Utilitarianism to Aristotelian Virtue Ethics. *International Journal of Financial Research*, 3(2), 96.
- Gibson, C. F., & Nolan, R. L. (1974). Managing the four stages of EDP growth. *Harvard Business Review* 52(1):76–88
- Giffhorn, E., Ensslin, L., de Carvalho Ferreira, N. A., Ensslin, S. R., & Vianna, W. B. (2010). Estruturação do contexto organizacional para o monitoramento sócio-ambiental de stakeholders. *INGEPRO: Inovação, Gestão e Produção*, 2(6), 113-124.
- Gillan, S. L., & Starks, L. T. (2009). 11. The Evolution of Shareholder Activism in the United States. In *US Corporate Governance* (pp. 202-240). Columbia University Press.
- Giroti, A. L. B., Ferreira, A. M., Rigotti, M. A., Sousa, Á. F. L. D., Frota, O. P., & Andrade, D. D. (2018). Programas de Controle de Infecção Hospitalar: avaliação de indicadores de estrutura e processo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52.
- Giusti, A. C. C., Fernandes, A. M. D. S., Malik, A. M., Machline, C., Carreira, D., Goncalves, E. L., ... & Barbuscia, C. S. (2017). *Gestão Hospitalar*. 1ª edição. São Paulo, Saraiva Educação SA., 519p.
- Goodpaster, K. (1991). Business ethics and stakeholder analysis. *Business Ethics Quarterly*, vol. 1, n° 1, pp. 53-73.
- Gonçalves, J. E. L. (2000). Processo, que processo? *RAE - Revista de Administração de Empresas*, v. 40, n. 4, Out./Dez.
- Gonçalves, P. C., Boaventura, J. M. G., Costa, B. K., & Fischmann, A. A. (2008). Stakeholders na atividade hospitalar: uma investigação setorial no Estado de São Paulo. *Revista de Administração FACES Journal*, 7(2).
- Gonçalves, J., Silveira, A., & Rocha, Á. (2011). A platform to study the quality of life in oncology patients. *International Journal of Information Systems and Change Management*, 5(3), 209-220.
- Gonçalves, J. J., & Rocha, Á. M. (2012). A decision support system for quality of life in head and neck oncology patients. *Head & Neck Oncology*, 4(1), 3.
- Gonçalves, P. D., Hagenbeek, M. L., & Vissers, J. M. (2013). Hospital process orientation from an operations management perspective: development of a measurement tool and practical testing in three ophthalmic practices. *BMC health services research*, 13(1), 475.

- Gomes, J. & Romão, M. (2018). Information System Maturity Models in Healthcare. *Journal of medical systems*, 42(12), p. 235.
- Gomes, J., Romão, M., & Carvalho, H. (2016). Organizational Maturity and Project Success in Healthcare-The Mediation of Project Management. *HEALTHINF*, pp. 359-364.
- Gomes, L. B., Bolze, S. D. A., Bueno, R. K., & Crepaldi, M. A. (2014). As origens do pensamento sistêmico: das partes para o todo. *Pensando famílias*, 18(2), 3-16.
- Gonçalo, C. R., & Borges, M. D. L. (2010). Organizações de saúde intensivas em conhecimento: um estudo no contexto de serviços de alta complexidade. *Saúde e Sociedade*, 19, 449-461.
- Goodijk, R. (2002). Partnership at corporate level: The meaning of the stakeholder model. *Journal of Change Management*, 3(3), 225-241.
- Greiner, L. E. (1972). Evolution and revolution as organizations grow. *Harvard Business Review*, 50(4), 37-46, July-August.
- Guerra, M., & de Souza, A. A. (2011). Análise de desempenho de hospitais: um estudo de 26 organizações por meio da Análise Envoltória de Dados. In *II Congresso Nacional de Administração e Ciências Contábeis-AdCont*.
- Guisset, A. L., Sicotte, C., Leclercq, P., & D'hoore, W. (2002). Définition de la performance hospitalière: une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux. *Sciences sociales et santé*, 20(2), 65-104.
- Hair Jr., J. F., Babin, B. J., & Krey, N. (2017). Covariance-based structural equation modeling in the Journal of Advertising: Review and recommendations. *Journal of Advertising*, 46(1), 163-177.
- Hair Jr., J. F., Babin, B., Money, A., & Samouel, P. (2005). *Fundamentos de métodos de pesquisa em administração*. Bookman Companhia Ed.
- Hair Jr., J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados*. Bookman Editora.
- Hair Jr., J. F., Gabriel, M., & Patel, V. (2014). AMOS covariance-based structural equation modeling (CB-SEM): Guidelines on its application as a marketing research tool. *Brazilian Journal of Marketing*, 13(2).
- Hair Jr., J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C., & Sarstedt, M. (2016). *A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM)*. Sage publications.
- Haire, M. (1959). Biological models and empirical histories of the growth of organizations. *Modern organization theory*, 272-306.
- Hall, A. D., & Eagen, R. E. (1956). Definition of System, General Systems. *Yearbook for the Society for the Advancement of General Systems Theory, Vol 1* (1956).
- Hammer, M. (2007). The process audit. *Harvard Business Review*, v. 85, n. 4, p. 111.
- Hammond, D. (2002). Exploring the genealogy of systems thinking. *Systems Research and Behavioral Science*, 19(5), 429-439.
- Harmon, P. (2004). Evaluating an organization's business process maturity. *Business Process Trends*, v. 2, n. 3, mar.

- Harrington, J. H. (1993). *Aperfeiçoando processos empresariais: estratégia revolucionária para o aperfeiçoamento da qualidade, da produtividade e da competitividade*. São Paulo: Makron Books.
- Harrington, J. H. (1997). *Gerenciamento total da melhoria contínua: a nova geração da melhoria de desempenho*. São Paulo: Makron Books.
- Harrison, J. S., Bosse, D. A., & Phillips, R. A. (2010). Managing for stakeholders, stakeholder utility functions, and competitive advantage. *Strategic management journal*, 31(1), 58-74.
- Harrison, J. S., & Wicks, A. C. (2013). Stakeholder theory, value, and firm performance. *Business ethics quarterly*, Vol. 23, No. 1, pp.97-124.
- Harrison, M. I., Koppel, R., & Bar-Lev, S. (2007). Unintended consequences of information technologies in health care—an interactive sociotechnical analysis. *Journal of the American medical informatics Association*, 14(5), 542-549.
- Hatampour, F., Yarmohammadian, M. H., Tavakoli, N., & Shams, A. (2012). Organizational Maturity Needs in Medical Record Departments of Isfahan Public Hospitals Based on People Capacity Maturity Model (PCMM). *Director General*, 8(6), 765.
- He, Y., Lai, K. K., Sun, H., & Chen, Y. (2014). The impact of supplier integration on customer integration and new product performance: the mediating role of manufacturing flexibility under trust theory. *International Journal of Production Economics*, 147, 260-270.
- Heath, J., & Norman, W. (2004). Stakeholder theory, corporate governance and public management: what can the history of state-run enterprises teach us in the post-Enron era?. *Journal of business ethics*, 53(3), 247-265.
- Héki, M. I. (2012). *A racionalidade weberiana presente no processo de decisão referente ao planejamento estratégico*. Dissertação de Mestrado em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis/SC.
- Hellman, S., Kastberg, G., & Siverbo, S. (2015). Explaining process orientation failure and success in health care—three case studies. *Journal of health organization and management*, 29(6), 638-653.
- Hendry, J. (2001). Missing the target: Normative stakeholder theory and the corporate governance debate. *Business Ethics Quarterly*, vol. 11, n° 1, 159-176.
- Hermann, S. P. (2005). *Stakeholder Management-Long term business success through sustainable stakeholder relationships*. TNS Infratest.
- Hillman, A. J., & Keim, G. D. (2001). Shareholder value, stakeholder management, and social issues: what's the bottom line?. *Strategic management journal*, 22(2), 125-139.
- Hitchins, D. K. (2008). *Systems engineering: a 21st century systems methodology*. John Wiley & Sons, 528p.
- Hoelz, J. C. (2017). *Reputação corporativa, confiança interorganizacional e desempenho da aliança estratégica: um estudo no setor farmacêutico brasileiro*. Tese de Doutorado em Administração, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo/SP.
- Hopper, T., & Powell, A. (1985). Making sense of research into the organizational and social aspects of management accounting a review of its underlying assumptions. *Journal of Management Studies*. v. 22, n. 5, p. 429-465, 1985.

- Hourneaux Jr., F. (2010). *Relações entre as partes interessadas (stakeholders) e os sistemas de mensuração do desempenho organizacional*. Tese de Doutorado em Administração, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo/SP.
- Hronec, S. M. (1994). *Sinais vitais: usando medidas do desempenho da qualidade, tempo e custo para traçar a rota para o futuro de sua empresa*. Makron Books.
- Humphrey, W. S. (1999). Pathways to process maturity: The personal software process and team software process. *SEI Interactive*, 2(2), 1-17.
- Ittner, C. D., & Larcker, D. F. (1998). Are nonfinancial measures leading indicators of financial performance? An analysis of customer satisfaction. *Journal of accounting research*, 36, 1-35.
- Iudícibus, S. (2010). *Análise de balanços*. 10. Edição. São Paulo/SP, Ed. Atlas.
- Jackson, M. C. (2007). *Systems approaches to management*. Springer Science & Business Media.
- Janowicz, M., & Noorderhaven, N. (2006). 15 Levels of inter-organizational trust: conceptualization and measurement. *Handbook of trust research*, 264.
- Jap, S. D., & Anderson, E. (2007). Testing a life-cycle theory of cooperative interorganizational relationships: Movement across stages and performance. *Management Science*, 53(2), 260-275.
- Jaramillo, F., Bande, B., & Varela, I. (2015). Servant Leadership and Ethics: a Dyadic Examination of Supervisor Behaviors and salesperson Perception. *Journal of Personal Selling & Sales Management*, 35(2), pp. 108-124.
- Jiang, X., Li, M., Gao, S., Bao, Y., & Jiang, F. (2013). Managing knowledge leakage in strategic alliances: The effects of trust and formal contracts. *Industrial Marketing Management*, 42(6), 983-991.
- Johnston, D. A., McCutcheon, D. M., Stuart, F. I., & Kerwood, H. (2004). Effects of supplier trust on performance of cooperative supplier relationships. *Journal of operations Management*, 22(1), 23-38.
- Johnson, R. A., Kast, F. E., & Rosenzweig, J. E. (1964). Systems theory and management. *Management Science*, 10(2), 367-384.
- Jones, L. G., & Northrop, L. M. (2005). *Product line adoption in a cmmi environment* (No. CMU/SEI-2005-TN-028). Carnegie-Mellon Univ Pittsburgh PA Software Engineering Inst.
- Jones, T. M. (1995). Instrumental stakeholder theory: A synthesis of ethics and economics. *Academy of management review*, 20(2), 404-437.
- Jones, T. M., Felps, W., & Bigley, G. A. (2007). Ethical theory and stakeholder-related decisions: The role of stakeholder culture. *Academy of management review*, 32(1), 137-155.
- Jones, T. M., & Wicks, A. C. (1999). Convergent stakeholder theory. *Academy of management review*, 24(2), 206-221.
- Jongbloed, B. W. A., Enders, J., & Salerno, C. S. (2007). *Higher Education and its Communities: Interconnections and Interdependencies*. (European Education Looking Forward: Relations between Higher Education and Society). Strassbourg: European Science Foundation.

- Joumard, I., André, C., & Nicq, C. (2010). Health care systems: efficiency and institutions. *OECD Economics Department Working Papers*, No. 769, OECD Publishing.
- Jordan, N. (1974). *Temas de psicología especulativa*. Ediciones Troquel.
- Júnior, W. P. (1986). Considerações sobre a Teoria Geral dos Sistemas. *Revista Adm. Públ.*, 20(2):71-79, abr./jun., Rio de Janeiro.
- Júnior, F. A. C., Meneses, P. P. M., Silva-Filho, A. I., & da Fonseca, D. R. (2018). Maturidade da gestão do desempenho em uma agência reguladora federal. *Revista de Administração da Universidade Federal de Santa Maria*, 11(3), 564-580.
- Junqueira, R. R., & Wada, E. K. (2011). Stakeholders: estratégia organizacional e relacionamento. Estudo de casos múltiplos do setor hoteleiro. *Revista Ibero Americana de Estratégia*, 10(3), 94-125.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2006). *Alignment: Using the balanced scorecard to create corporate synergies*. Harvard Business Press.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1992). The Balanced Scorecard: Measures that Drive Performance. *Harvard Business Review*, Boston, v. 70, n. 1/2, p. 71-79.
- Karataş-Özkan, M., & Murphy, W. D. (2010). Critical theorist, postmodernist and social constructionist paradigms in organizational analysis: a paradigmatic review of organizational learning literature. *International Journal of Management Reviews*, v. 12, n. 4, p. 453-465.
- Kasper, H. (2000). *O processo de pensamento sistêmico: um estudo das principais abordagens a partir de um quadro de referência proposto*. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre/RS.
- Kast, F. E., Rosenzweig, J. E., & Chiquetto, O. (1992). *Organização e administração: um enfoque sistêmico*. Pioneira.
- Kast, F. E., & Rosenzweig, J. E. (1972). General Systems Theory: Applications for Organization and Management. *The Academy of Management Journal*, Vol. 15, No. 4, General Systems Theory, pp. 447-465.
- Kast, F. E., & Rosenzweig, J. E. (1970). *Organization and management theory: A systems approach*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Katuu, S. (2016). Transforming South Africa's health sector: The eHealth Strategy, the implementation of electronic document and records management systems (EDRMS) and the utility of maturity models. *Journal of Science and Technology Policy Management*, 7(3), pp. 330-345.
- Katz, D., & Kahn, R. L. (1978). *Organizations and the system concept*. Classics of organization theory, 161-172.
- Katz, D., & Kahn, R. L. (1966). *The Social Psychology of Organizations*. John Wiley & Sons. Inc., New York.
- Kemkar, O. S., & Dahikar, D. P. (2014). Aarogyadham: healthcare knowledge framework. *Internacional conference on electrical electronics and computer science - EECS*, p.90-93.
- Kenny, D. A., Kaniskan, B., & McCoach, D. B. (2014). The performance of RMSEA in models with small degrees of freedom. *Sociological methods & research*, 44(3), 486-507.

- Kerlinger, F. N. (1980). *Metodologia da pesquisa em ciências sociais: um tratamento conceitual*. Trad. Helena Mendes Rotundo. São Paulo: EPU/EDUSP.
- Kerlinger, F. N. (1973). *Foundations of behavioral research: Educational, psychological and sociological inquiry*. Holt Rinehart and Winston.
- Kerpedzhiev, G., Manner-Romberg, T., Meindl, O., & Regal, C. (2019). Towards a maturity model: bed management capabilities in hospitals. *Proceedings of the 27th European Conference on Information Systems (ECIS)*, Stockholm & Uppsala, Sweden, pp. 8-14.
- Kerzner, H. (2017). *Project management: a systems approach to planning, scheduling, and controlling*. John Wiley & Sons.
- Kerzner, H. (2002). *Strategic planning for project management using a project management maturity model*. John Wiley & Sons.
- King, J. L., & Kraemer, K. L. (1984). Evolution and organizational information systems: an assessment of Nolan's stage model. *Communications of the ACM*, 27 (5), pp. 466-475.
- Kirchmer, M., Laengle, S., & Masias, V. (2013). Transparency-Driven Business Process Management in Healthcare Settings [Leading Edge]. *IEEE Technology and Society Magazine*, 32(4), 14-16.
- Kirrane, J. F. (2009). *Dimensions of growth: A Maturity Model for continuous quality improvement of a clinical* (Doctoral dissertation, College of Business, Public Policy and Law, National University of Ireland, Galway, Ireland).
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
- Koch, S. (2006). Meeting the challenges-the role of medical informatics in an ageing society. *Proceedings of MIE 2006*, 25-31.
- Kolukısa Tarhan, A., Garousi, V., Turetken, O., Söylemez, M., & Garossi, S. (2020). Maturity assessment and maturity models in health care: A multivocal literature review. *Digital health*, 6, 2055207620914772.
- Kretan, A., Figueiredo, E. N., Pedroso, F. M., & Souza, L. G. (2009). Gerenciamento de stakeholders: um fator crítico para o sucesso em projetos. *Revista Mundo Project Management*, 4, 24-62.
- Krishnan, R., Martin, X., & Noorderhaven, N. G. (2006). When does trust matter to alliance performance?. *Academy of Management journal*, 49(5), 894-917.
- Krüger, J., Araújo, C., & Curi, G. (2017). Motivating factors in hospital environmental management programs: a multiple case study in four private Brazilian hospitals. *Cadernos EBAPE. BR*, 15(SPE), 496-510.
- Kuhlmann, S. (2010). Performance Measurement in European local governments: a comparative analysis of reform experiences in Great Britain, France, Sweden and Germany. *International Review of Administrative Sciences*, 76(2), 331-345.
- Kumar, K., & Subramanian, R. (1998). Meeting the expectations of key stakeholders: stakeholder management in the health care industry. *SAM Advanced Management Journal*, 63(2), 31-41.

- Kuznets, S. S. (1965). *Economic growth and structure: selected essays* (No. HC59 K86). W.W. Norton & Company New York, NY, USA (213-235).
- Lai, I. K., Tong, V. W., & Lai, D. C. (2011). Trust factors influencing the adoption of internet-based interorganizational systems. *Electronic Commerce Research and Applications*, 10(1), 85-93.
- Lai, M. C. (2003). *An investigation into the relationship between total quality management practice and performance in a Taiwan public hospital*. Doctoral dissertation in Business and Informatics, Faculty of Arts and Sciences, Australian Catholic University, Fitzroy, Australia.
- Lambert, D. M. (1993). *Strategic logistics management*. Homewood: R. D. Irwin.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, vol. 33, no. 1, pp. 159-174.
- Langabeer, J. R. (2008). *Health care operations management: a quantitative approach to business and logistics*. Jones & Bartlett Learning.
- Langabeer, J. R., & Napiewocki, J. (2000). *Competitive business strategy for teaching hospitals*. Greenwood Publishing Group.
- Lapolli, J. (2010). *Mapeamento de competências: uma ferramenta para a gestão de pessoas utilizando a abordagem da teoria geral de sistemas*. Dissertação de Mestrado em Engenharia e Gestão do Conhecimento, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis/SC.
- Lazarsfeld, P. (1970). *Qu'est-ce que la sociologie?*. Paris, Gallimard, págs. 111-116.
- Lee, H., Kim, M. S., & Kim, K. K. (2014). Interorganizational information systems visibility and supply chain performance. *International Journal of Information Management*, 34(2), 285-295.
- Lee, J., Lee, D., & Kang, S. (2007). An overview of the business process maturity model [BPMM]. In *Advances in web and network technologies, and information management* (pp. 384-395). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Leela, V. (2014). Corporate social responsibility in hospitals: need for transparent CSR initiatives for internal and external stakeholders. *International Journal of Business Ethics in Developing Economies*, 3(1).
- Leitão, S. D. S., & Domenico, S. M. R. D. (2015). Looking at Organizational Change Through the construction and reconstruction of the underpinning values of the organization through interactions among stakeholders. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*, 17(55), 959-986.
- Leotti, V. B., Birck, A. R., & Riboldi, J. (2005). Comparação dos Testes de Aderência à Normalidade Kolmogorov-smirnov, Anderson-Darling, Cramer–Von Mises e Shapiro-Wilk por Simulação. *Anais do 11º Simpósio de Estatística Aplicada à Experimentação Agronômica*.
- Li, L. X., & Benton, W. C. (1996). Performance measurement criteria in health care organizations: Review and future research directions. *European Journal of Operational Research*, 93(3), 449-468.

- Liu, H. C. (2013). A theoretical framework for holistic hospital management in the Japanese healthcare context. *Health Policy, 113*(1-2), 160-169.
- Lieber, R. R. (2001). *Teoria de sistemas*. Campinas, SP: UNESP, 1-23.
- Likert, R. (1932). The likert-type scale. *Archives of Psychology, 140*(55), 1-55.
- Lin, F., & Cheng, T. E. (2007). The structural theory of general systems applied in management: The total relationship flow management theorems. *International Journal of General Systems, 36*(6), 673-681.
- Lindberg, P., & Berger, A. (1997). Continuous improvement: design, organisation and management. *International Journal of Technology Management, 14*(1), 86-101.
- Litterer, J. A. (1969a). *Organizations: Structure and Behavior*. New York: John Wiley & Sons, Inc., Vol. 1.
- Litterer, J. A. (1969b). *Organizations: Systems, Control and Adaptation*. New York: John Wiley & Sons, Inc., Vol. 2.
- Liz, M., & Vázquez, M. (1992). The system dynamics concepts of model. *Proceedings system dynamics*. 10th International Conference of the System Dynamics Society, Utrecht, Netherlands.
- Lozano, L., García-Cueto, E. y Muñiz, J. (2008). Effect of the number of response categories on the reliability and validity of rating scales. *Methodology, 4*(2), 73-79.
- Lowry, P. B., Gaskin, J., Twyman, N., Hammer, B., & Roberts, T. L. (2013). Proposing the hedonic-motivation system adoption model (HMSAM) to increase understanding of adoption of hedonically motivated systems. *Journal of the Association for Information Systems, 14*(11), 617-671.
- Lombarts M. J. M. H., Rupp I., Vallejo P., Klazinga, N. S., & Suñol, R. (2009a). Differentiating between hospitals according to the “maturity” of quality improvement systems: a new classification scheme in a sample of European hospitals. *BMJ Quality & Safety, 18*:i38-i43.
- Lombarts, M. J. M. H., Rupp, I., Vallejo, P., Sunol, R., & Klazinga, N. S. (2009b). Application of quality improvement strategies in 389 European hospitals: results of the MARQuIS Project. *BMJ Quality & Safety, 18*(Suppl 1), i28-i37.
- Lombrail, P., Naiditch, M., Baubeau, D., Cases, C., & Cuneo, P. (2001). Qu'appelle-t-on performances hospitalières?. *Solidarité santé. Etudes statistiques, (2)*, 13-19.
- Lopes, C. M., Scavarda, A. J., Vaccaro, G. L. R., Pohlmann, C. R., & Korzenowski, A. L. (2019). Perspective of Business Models and Innovation for Sustainability Transition in Hospitals. *Sustainability, 11*(1), 5.
- Lopes, L. G., Silva, A. G., & Gouurlart, A. C. O. (2015). A teoria geral do sistema e suas aplicações nas ciências naturais. *Natureza online, 13*(1), 1-5.
- MacCallum, R. C. (1990). The need for alternative measures of fit in covariance structure modeling. *Multivariate Behavioral Research, 25*(2), 157-162.
- Macêdo, J. M. A., Cordeiro, J. F., Pereira, L. A. C., Ribeiro Filho, J. F., Torres, U. C. L., & de Gusmão Lopes, J. E. (2011). Responsabilidade social e reputação corporativa: uma investigação sobre a percepção dos stakeholders numa concessionária de energia elétrica nordestina. *Revista de Contabilidade e Organizações, 5*(11), 69-86.

- Machado, S. P., & Kuchenbecker, R. (2007). Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 871-877.
- Macinati, M. S. (2008). The relationship between quality management systems and organizational performance in the Italian National Health Service. *Health policy*, 85(2), 228-241.
- MacKenzie, S. B., & Podsakoff, P. M. (2012). Common method bias in marketing: Causes, mechanisms, and procedural remedies. *Journal of retailing*, 88(4), 542-555.
- Macpherson, M. (2001). *Performance excellence principles – drivers of innovation in public sector organizations*. National Conference of the New Zealand Organization for Quality, Christchurch Convention Centre, Thursday 31 May.
- Maier, A. M., Moultrie, J., & Clarkson, P. J. (2012). Assessing organizational capabilities: reviewing and guiding the development of maturity grids. *IEEE Transactions on Engineering Management*, v.59, n.1, p.138-159, feb.
- Mainardes, E. W. (2010). *Gestão de Universidades Baseada no Relacionamento com os seus Stakeholders*. Tese de Doutorado em Gestão, Universidade da Beira Interior – UBI, Covilhã/Portugal.
- Mallek-Daclin, S., Daclin, N., Dusserre, G., Lhéritier, B., Blanchard, J., & Arnaud, I. (2017). Maturity model-driven assessment of Field Hospitals. *IFAC-PapersOnLine*, 50(1), pp. 4642-4647.
- Mann, H. B., & Whitney, D. R. (1947). On a test of whether one of two random variables is stochastically larger than the other. *The annals of mathematical statistics*, 50-60.
- Marinho, A., & Façanha, L. O. (2001). Hospitais universitários: avaliação comparativa de eficiência técnica. *Economia Aplicada*, v. 4, n. 2, p. 316-49.
- Marinho, A., Moreno, A. B., & Cavalini, L. T. (2001). *Avaliação descritiva da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Texto para Discussão n. 848, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA,
- Mariotti, H. (2000). *Pensamento complexo: suas aplicações à liderança, à aprendizagem e ao desenvolvimento sustentável*. Editora Atlas SA.
- Martinelli, D. P., Ventura, C. A. A., Liboni, L. B., & Martins, T. M. (2012). *Teoria geral dos sistemas*. São Paulo: Saraiva.
- Martinelli, D. P. (2006). Negociação, administração e sistemas: três níveis a serem inter-relacionados. *RAUSP Management Journal*, 41(4), 353-368.
- Martins, F. A., Silva, A. F., & Santos, C. M. (2014). Gestão dos *stakeholders* na captação de recursos nos hospitais filantrópicos e religiosos. *Revista de Administração Contemporânea*, 18(SPE), 65-85.
- Martins, J. A. R. C. (2015). *Gestão de expectativas de partes interessadas: proposta de modelo*. Dissertação de Mestrado em Engenharia e Gestão Industrial, Universidade Nova Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Martins, M. D. P. S. P., Silva, J. B., Medeiros, M. L., & Dantas, H. V. (2009). *Implantação do novo modelo de gestão hospitalar pública através da organização social*. II Congresso Consad de Gestão Pública – Painel 45: Parcerias com a sociedade: a experiência das OS e OSCIP.

- Mascena, K. M. C., Fischmann, A. A., & Boaventura, J. M. G. (2018). Priorização de stakeholders em empresas que divulgam relatórios GRI no Brasil. *Brazilian Business Review*, 15(1), 17-32.
- Mascena, K. M. C., Kim, J., Fischmann, A. A., & Corrêa, H. L. (2015). Priorização de Stakeholders: Contribuição dos estudos teóricos e empíricos. *Revista de Administração da Universidade Federal de Santa Maria*, 8.
- Mascena, K. M. C. D. (2013). *Priorização de stakeholders: um estudo em empresas que divulgam relatórios com a estrutura da Global Reporting Initiative-(GRI) no Brasil*. Dissertação de Mestrado em Administração, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo/SP).
- Mason, R. O., & Mitroff, I. I. (1981). *Challenging strategic planning assumptions: Theory, cases, and techniques*. John Wiley & Sons Inc.
- Matas, A. (2018). Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. *Revista electrónica de investigación educativa*, 20(1), 38-47.
- Matsuda, L. M., da Silva, N., & Tisolin, A. M. (2003). Humanização da assistência de enfermagem: estudo com clientes no período pós-internação de uma UTI-adulto. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 25(2), 163-170.
- Mattos, F. J. A. D. S. (2017). *Proposta de modelo para avaliação da maturidade da gestão de centro de insumos farmacêuticos de hospital público*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal Fluminense – UFF, Rio de Janeiro/RJ.
- Maull, R. S., Tranfield, D. R., & Maull, W. (2003). Factors characterising the maturity of BPR programmes. *International Journal of Operations & Production Management*, v. 23, n. 6, p.596-624.
- Mauro, M., Cardamone, E., Cavallaro, G., Minvielle, E., Rania, F., Sicotte, C., & Trotta, A. (2014). Teaching hospital performance: Towards a community of shared values?. *Social Science & Medicine*, 101, 107-112.
- Maximiano, A. C. A. (2017). *Teoria Geral da Administração - Da Revolução Urbana à Revolução Digital*. 8. edição. São Paulo: Atlas, 464p.
- Mc Caffery, F., & Coleman, G. (2007). Developing a configuration management capability model for the medical device industry. *International Journal of Information Systems and Change Management*, v. 2, n. 2, p. 139-154.
- Mc Cormack, K., Willems, J., Van Den Bergh, J., Deschoolmeester, D., Willaert, P., Stemberger, M. I., Skrinjar, R., Trkman, P., Ladeira, M. B., Valadares de Oliveira, M. P., Vuksic, V. B., ... & Vlahovic, N. (2009). A global investigation of key turning points in business process maturity. *Business Process Management Journal*, 15 (5), pp. 792-815.
- McMillan, D. W., & Chavis, D. M. (1986). Sense of community: A definition and theory. *Journal of community psychology*, 14(1), 6-23.
- Melo Heinzen, D. A., Rossetto, C. R., & Altoff, J. R. (2013). Identificação e Categorização dos Stakeholders de uma Organização do Terceiro Setor. *Revista Ibero Americana de Estratégia*, 12(1), 154-180.

- Memon, M. A., Ting, H., Cheah, J. H., Ramayah, T., Chuah, F., & Cham, T. H. (2020). Sample size for survey research: review and recommendations. *Journal of Applied Structural Equation Modelling*, 4(2), 1-20.
- Mettler, T. (2011). Maturity assessment models: a design science research approach. *International Journal of Society Systems Science*, v. 3, n. 1-2, p. 81-98, 2011.
- Mettler, T., & Blondiau, A. (2012). *HCMM-A Maturity Model for Measuring and Assessing the Quality of Cooperation between and within Hospitals*. In: Computer-Based Medical Systems (CBMS), 2012 25th International Symposium on. IEEE, p. 1-6.
- Mettler, T., & Rohner, P. (2009). *Situational Maturity Models as Instrumental Artifacts for Organizational Design*. In Proceedings of the DESRIST'09.
- Miles, I., Kastrinos, N., Flanagan, K., Bilderbeek, R., Den Hertog, P., Huntink, W., & Bouman, M. (1995). Knowledge-Intensive Business Services: Users. *Carriers and Sources of Innovation, EIMS publication*, (15), 25-90.
- Miller, E. J., & Rice, A. K. (1967). *Systems of organization: Task and sentient systems and their boundary control*. London: Tavistock Publications.
- Miller, J. G. (1965). Living systems: Basic concepts. *Behavioral science*, 10(3), 193-237.
- Milner, C. D., & Savage, B. M. (2016). Modeling continuous improvement evolution in the service sector. *International Journal of Quality and Service Sciences*, vol. 8, n° 3, pp.438-460.
- Ministério da Saúde (2013). *Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Resultado do Processo Avaliativo 2010-2012*. Brasília, abr, 85p.
- Mintzberg, H., Ahlstrand, B., & Lampel, J. (2010). *Safári de estratégias: um roteiro pela selva do planejamento estratégico*. Porto Alegre: Bookman.
- Minvielle, E., Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., Jeantet, M., Préaubert, N., ... & Richard, C. (2008). Hospital performance: Competing or shared values?. *Health Policy*, 87(1), 8-19.
- Miranda, L. C., & Silva, J. D. G. D. (2002). *Medição de desempenho: Controladoria: Agregando Valor para a Empresa*. São Paulo: Bookmann Cia Editora, divisão Artmed Editora SA.
- Mitchell, R. K., Agle, B. R., & Wood, D. J. (1997). Toward a theory of stakeholder identification and salience: Defining the principle of who and what really counts. *Academy of management review*, 22(4), 853-886.
- Mohr, A. T., & Puck, J. (2013). Revisiting the trust-performance link in strategic alliances. *Management International Review*, 53(2), 269-289.
- Moloney, K. (2006) *Rethinking Public Relations: PR Propaganda and Democracy* (2nd edn). London: Routledge.
- Moore, D. S., & Kirkland, S. (2007). *The basic practice of statistics (Vol. 2)*. New York: WH Freeman.
- Moore, G. C., & Benbasat, I. (1991). Development of an instrument to measure the perceptions of adopting an information technology innovation. *Information systems research*, 2(3), 192-222.

- Moors, G. (2008). Exploring the effect of a middle response category on response style in attitude measurement. *Quality and Quantity*, 42(6), 779-794.
- Moradi, T., Jafari, M., Maleki, M.R., Naghdi, S., & Ghiyasvand, H. (2016). Quality management systems implementation compared with organizational maturity in hospital. *Global journal of health science*, 8(3), p. 174.
- More, E., & McGrath, M. (2002). An Australian case in e-health communication and change. *Journal of Management Development*, 21(8), 621-632.
- Morgan, G. (2005). Paradigmas, metáforas e resolução de quebra-cabeças na teoria das organizações. *RAE-Revista de Administração de Empresas*, 45(1), 58-71.
- Morgan, G., Bergamini, C. W., & Coda, R. (1996). *Imagens da organização*. São Paulo: Atlas.
- Morgan, G., & Smircich, L. (1980). The case for qualitative research. *Academy of Management Review*, v. 5, n. 4, p. 491-500, 1980.
- Morgan, R. M., & Hunt, S. D. (1994). The commitment-trust theory of relationship marketing. *Journal of marketing*, 58(3), 20-38.
- Morin, E., & Lisboa, E. (2007). *Introdução ao pensamento complexo* (Vol. 3). Porto Alegre: Sulina.
- Morin, E. (2002). *Método volume 1: Natureza da Natureza*. Porto Alegre: Ed. Sulina.
- Morin, E. (1999). Organization and complexity. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 879(1), 115-121.
- Moura, L. R. (2009). *Gestão do relacionamento com fornecedores: análise da eficácia de programa para desenvolvimento e qualificação de fornecedores para grandes empresas*. Tese de Doutorado em Engenharia de Produção, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo/SP.
- Mousapour, H. (2014). *Assessing Multi-stakeholder Approach in the Relationship Between ISO/TS16949 with Organizational Performance*. Doctoral Dissertation in Management, Universiti Teknologi Malaysia – UTM, Johor, Malaysia.
- Myllykangas, P., Kujala, J., & Lehtimäki, H. (2010). Analyzing the essence of stakeholder relationships: What do we need in addition to power, legitimacy, and urgency?. *Journal of Business Ethics*, 96(1), 65-72.
- Naidoo, L. & Fields, Z. (2019). Lean SPRInT: A management tool for initiating Lean in public hospitals in KwaZulu-Natal. *Journal of Contemporary Management*, 16(2), pp. 43-67.
- Nardi, P. C. C., & Nakao, S. H. (2008). Impacto da entrada nos níveis diferenciados de governança corporativa sobre a imagem institucional das empresas. *Contabilidade Vista & Revista*, 19(2), 85-111.
- Nascimento, A. P. D., Oliveira, M. P. V. D., Ladeira, M. B., & Zanquetto Filho, H. (2016). Pontos de transição: a escalada rumo à maturidade de Sistemas de Gestão da Qualidade. *Gestão & Produção*, 23(2), 250-266.
- Neely, A., Adams, C., & Crowe, P. (2001). The performance prism in practice. *Measuring business excellence*, Vol. 5, No. 2, pp. 6-13.

- Neely, A., Gregory, M., & Platts, K. (2005). Performance measurement system design: A literature review and research agenda. *International journal of operations & production management*, 25(12), 1228-1263.
- Neely, A., Mills, J., Platts, K., Richards, H., Gregory, M., Bourne, M., & Kennerley, M. (2000). Performance measurement system design: developing and testing a process-based approach. *International journal of operations & production management*, v. 20, n. 10, pp. 1119-1145.
- Neisse, A. C., & Hongyu, K. (2016). Aplicação de componentes principais e análise fatorial a dados criminais de 26 estados dos EUA. *E&S Engineering and Science*, 5(2), 105-115.
- Nemutanzhela, P. (2014). Framework for Enhancing e-Health Security: Case of South African Healthcare. *Framework*, 2(11).
- Neto, N. J. (2013). A definição das partes interessadas (stakeholders) e o gerenciamento da comunicação em projetos. *Revista Especialize On-line IPOG - Goiânia - 6ª Edição, Vol.01, nº 006*.
- Neves Júnior, I. J., Moreira, S. A., dos Santos Vasconcelos, E., & Brito, J. L. (2012). Análise da eficiência na geração de retorno aos acionistas das empresas do setor da construção civil com ações negociadas na BM&FBOVESPA nos anos de 2009 e 2010 por meio da análise envoltória de dados. *Revista Contemporânea de Contabilidade*, 9(18), 41-62.
- Neville, B. A., Bell, S. J., & Whitwell, G. (2004, August). Stakeholder Saliency Revisited: Toward an Actionable Tool for the Management of Stakeholders. In *Academy of Management Proceedings (Vol. 2004, No. 1, pp. D1-D6)*. Briarcliff Manor, NY 10510: Academy of Management.
- Nicklin, W. (2014). *The Value and Impact of Health Care Accreditation: A Literature Review/ I. Accreditation Canada*.
- Nolan, R. (1973). Managing de computer resource: a stage hypotesis. *Communications of de ACM* 16(7): 399-405.
- Nonaka, I. (1994). A dynamic theory of organizational knowledge creation. *Organization science*, 5(1), 14-37.
- Norman, P. M. (2002). Protecting knowledge in strategic alliances: Resource and relational characteristics. *The Journal of High Technology Management Research*, 13(2), 177-202.
- Object Management Group, Inc. [OMG]. (2002). Business process maturity model (BPMM), Version 1.0, Standard document. Disponível em: <http://www.omg.org/spec/BPMM/1.0/PDF>. Acesso em: dezembro de 2020.
- Ocloo, J., & Matthews, R. (2016). From tokenism to empowerment: progressing patient and public involvement in healthcare improvement. *BMJ Qual Saf*, 25(8), 626-632.
- Oliveira, D. P. R. (2002). *Sistemas, organização e métodos: uma abordagem gerencial*. São Paulo: Atlas, 501p.
- Oliveira, E. U., Bataglia, W. (2014). Testing the influence of trust in logistics sector strategic alliance contracts. *9th Research Workshop on Institutions and Organizations – RWIO*. Center for Organization Studies – CORS, October 13-14th.
- Oliveira, L. R. (2015). *Avaliação da maturidade de processos: contribuição para desenho e melhoria dos processos em um hospital de minas gerais*. Dissertação de Mestrado em

Sistemas de Informação e Gestão do Conhecimento, Universidade FUMEC - Faculdade de Ciências Empresariais, Belo Horizonte/MG.

- Oliveira, M. (2014). Modelos de maturidade de gestão do conhecimento: quantidade ou qualidade?. In *Atas da Conferência da Associação Portuguesa de Sistemas de Informação* (Vol. 11).
- Oliveira, P. F. F., & Wada, E. K. (2012). Stakeholders e Apart-Hotéis: Estudo de casos múltiplos. *Revista Ibero Americana de Estratégia*, 11(2), 145-169.
- O'Neill, D. (2013). *The potential role of Maturity Models in an assessment of Hospital IT Capability in Ireland*. Doctoral dissertation, University of Dublin, Dublin, Ireland.
- Organização Nacional de Acreditação [ONA]. (2019). Mapa de Acreditação. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/noticias/hospitais-sao-maioria-entre-instituicoes-com-excelencia-em-seguranca-e-qualidade>>. Acesso em: agosto de 2020.
- Ortega, R. P., Resende Melo, P. L., Boaventura, J. M. G., & de Mascena, K. M. C. (2016). Atendimento dos interesses do stakeholder franqueado e sua relação com o desempenho financeiro em redes de franquias. *Revista de Administração da Universidade Federal de Santa Maria*, (9), 24-38.
- Osorio, L. C. (2002). Teoria sistêmica e da comunicação humana. *Terapia de famílias: Novas tendências*. Porto Alegre: Artmed.
- Osterwalder, A., & Pigneur, Y. (2010). *Business model generation: a handbook for visionaries, game changers, and challengers*. John Wiley & Sons.
- Öztuna, D., Elhan, A. H., & Tüccar, E. (2006). Investigation of four different normality tests in terms of type 1 error rate and power under different distributions. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 36(3), 171-176.
- Paladini, E. P. (2000). *Avaliação Estratégica Da Qualidade*. Editora Atlas SA.
- Pardes, H., Lehmann, H. P., Abbott, P. A., Roderer, N. K., Rothschild, A., Mandell, S. F., ... & Ball, M. J. (2006). *Aspects of Electronic Health Record Systems (Health Informatics)*. Springer-Verlag.
- Parmar, B. L., Freeman, R. E., Harrison, J. S., Wicks, A. C., Purnell, L., & De Colle, S. (2010). Stakeholder theory: The state of the art. *Academy of Management Annals*, 4(1), 403-445.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. New York: The Free Press of Glencoe.
- Pauget, B., & Wald, A. (2013). Relational competence in complex temporary organizations: The case of a French hospital construction project network. *International Journal of Project Management*, 31(2), 200-211.
- Paulk, M. C. (2009). A history of the capability maturity model for software. *ASQ Software Quality Professional*, 12(1), pp. 5-19.
- Paulk, M. C. (2004). *Surviving the quagmire of process models, integrated models, and standards*. Presented at the ASQ Annu. Qual. Congr., Toronto, Canada, p. 24-27, May.
- Paulk, M. C., Weber, C. V., Curtis, B., & Chrissis, M. (1995). *The capability maturity model: Guidelines for improving the software process* Addison-Wesley. Reading, MA.

- Paulk, M. C., Curtis, B., Chrissis, M. B., & Weber, C. V. (1993). Capability maturity model, version 1.1. *IEEE software*, 10(4), 18-27.
- Paulzen, O., Doumi, M., Perc, P., & Cereijo-Roibas, A. (2002). A maturity model for quality improvement in knowledge management. *ACIS 2002 Proceedings*, 5.
- Pavão, Y. M. P., & Rossetto, C. R. (2015). Stakeholder management capability and performance in Brazilian cooperatives. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*, 17(55), 870-889.
- Peixoto, M. G. M., Musetti, M. A., & Mendonça, M. C. A. (2016). Pesquisa bibliográfica sob a perspectiva do método de revisão sistemática: proposta de contextualização do desempenho de organizações hospitalares. *Anais*.
- Pereira, S. R., Paiva, P. B., de Souza, P. R. S., Siqueira, G., & Pereira, A. R. (2012). Sistemas de Informação para Gestão Hospitalar. *Journal of Health Informatics*, 4(4).
- Peristeras, V., & Tarabanis, K. (2000). Towards an enterprise architecture for public administration using a top-down approach. *European Journal of Information Systems*, 9(4), p. 252-260, 2000.
- Perry, M. L., Sengupta, S., & Krapfel, R. (2004). Effectiveness of horizontal strategic alliances in technologically uncertain environments: are trust and commitment enough?. *Journal of Business Research*, 57(9), 951-956.
- Petit, T. A. (1967). A behavioral theory of management. *Academy of Management Journal*, 10(4), 341-350.
- Phillips, R. A. (1997). Stakeholder theory and a principle of fairness. *Business Ethics Quarterly*, 7(1), 51-66.
- Picchiai, D. (2009). Parâmetros e indicadores de dimensionamento de pessoas em hospitais. Relatório 25/2009. GV Pesquisas. Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/13427>>. Acessado em: março de 2020.
- Pinheiro, I. R., Crepaldi, M. A., & Cruz, R. M. (2012). Entendeu ou quer que eu desenhe? Transições familiares através da visão sistêmica. *Fractal: Revista de Psicologia*, 24(1), 175-192.
- Pirozzi, M. (2019). *The Stakeholder Perspective: Relationship Management to Increase Value and Success Rates of Projects*. 1st edition, Florida. Taylor & Francis Group, 188p.
- Plomp, M. G. A. & Batenburg, R. S. (2009). Proceedings of the 22nd Bled eConference "eEnablement: Facilitating an Open, Effective and Representative eSociety", pp. 203 – 219.
- PM Solutions. (2002). *Project Management Maturity Model [PMMM]*. Disponível em: <<http://www.pmsolutions.com/resources/view/what-is-the-project-management-maturitymodel/>>. Acesso em: dezembro de 2020.
- Pobkeeree, V., Na-Nongkhai, S., & Vittayanan, S. (2015). Organizational Diagnosis of a Regional Medical Sciences Center in Northern Thailand. *International Journal of Health Sciences and Research*, 5(2), 335-42.

- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., & Podsakoff, N. P. (2012). Sources of method bias in social science research and recommendations on how to control it. *Annual review of psychology*, 63, 539-569.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J. Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: a critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of applied psychology*, 88(5), 879.
- Poister, T. H. (2008). *Measuring performance in public and nonprofit organizations*. John Wiley & Sons.
- Polonsky, M. (1995). A stakeholder theory approach to designing environmental marketing strategy. *Journal of Business & Industrial Marketing*, vol. 10, n° 3, pp. 29-37.
- Pouloudi, A. (1999). Aspects of the stakeholder concept and their implications for information systems development. In *Proceedings of the 32nd Annual Hawaii International Conference on Systems Sciences. 1999. HICSS-32. Abstracts and CD-ROM of Full Papers* (pp. 17-pp). IEEE.
- Pöppelbuß, J., Niehaves, B., Simons, A., & Becker, J. (2010). *Maturity Models in IS Research*. In: 18th European Conference on Information Systems. Pretoria, South Africa.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2009). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Massachusetts: Harvard Business School Press.
- Posnett, J. (2002). Are bigger hospitals better?. In: Mckee, M.; Healy, J. (Coord). *Hospitals in a changing Europe: European observatory on health care systems series*. 1 ed. Buckingham: Open University Press, p.100-118.
- Post, J. E., Preston, L. E., & Sachs, S. (2002). Managing the extended enterprise: The new stakeholder view. *California management review*, 45(1), 6-28.
- Power, K. (2010). Stakeholder identification in agile software product development organizations: A model for understanding who and what really counts. *Proceedings - 2010 Agile Conference, AGILE 2010*, 87-94.
- Prahinski, C., & Benton, W. C. (2004). Supplier evaluations: communication strategies to improve supplier performance. *Journal of operations management*, 22(1), 39-62.
- Prajogo, D. I., & McDermott, C. M. (2005). The relationship between total quality management practices and organizational culture. *International Journal of Operations & Production Management*. 25 (11), 1101-11222.
- Priem, R. L. (2007). A consumer perspective on value creation. *Academy of management review*, 32(1), 219-235.
- Priestman, W. (2007). ICT Strategy 2007-2011 for The Royal Liverpool and Broadgreen University Hospitals. NHS Trust. *Trust Board Meeting 6th November*. Document Number: V1.4.
- Project Management Institute [PMI]. (2003). *Organization Project Management Maturity Model [OPM3]*. Newtown Square, Project Management Institute.
- Puente, F. R. (2001). *Sentidos do tempo em Aristóteles* (Vol. 53). Edicoes Loyola.
- Pullen, W. (2007). A public sector HPT maturity model. *Performance Improvement*, 46(4), 9-15.

- Queiroz, A. C. S., Albuquerque, L. G., & Malik, A. M. (2013). Strategic management and innovation: case studies in the hospital environment. *Administration Magazine (RAUSP)*, 48, p. 658-670.
- Radin, T. J. (1999). Stakeholder theory and the Law. In *Proceedings of the International Association for Business and Society*, Vol. 10, pp. 863-874.
- Rafael, D. N., & Lopes, E. L. (2019). O Efeito da Reatância na Satisfação: Um Estudo no Contexto das Operadoras de Saúde Suplementar. *Brazilian Business Review*, 16(2), 102-117.
- Ramos, A. W., & Miyake, D. I. (2010). Desenvolvendo indicadores de produtividade e qualidade em hospitais: uma proposta de método. *Produto & Produção*, 11(2), 67-84.
- Ramos, F. M., Parizotto, E. L., Silva, A. S. D., Ramos, J. M., & Bampi, G. B. (2018). Relação entre indicadores de qualidade e econômicos: um estudo em uma rede de hospitais do terceiro setor do Sul do Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva*, 26(4), 453-461.
- Rapoport, A. (1976). Aspectos matemáticos da análise geral dos sistemas. *Teoria dos sistemas (Ed)*. Série Ciências Sociais. Editora Getúlio Vargas, pp.21-46.
- Rechel, B., Wright, S., Barlow, J., & McKee, M. (2010). Hospital capacity planning: from measuring stocks to modelling flows. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 632-636.
- Reed, M. S., Graves, A., Dandy, N., Posthumus, H., Hubacek, K., Morris, J., ... & Stringer, L. C. (2009). Who's in and why? A typology of stakeholder analysis methods for natural resource management. *Journal of environmental management*, 90(5), 1933-1949.
- Rennó, C., Diniz, Z., & Mafra, A. (2007). Plano diretor da Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas 2007-2009. *Caderno de Especialização em Gestão Hospitalar para o PRO-HOSP*. Belo Horizonte: ESP-MG.
- Richardson, R. J., Peres, J. A. S., Wanderley, J. C. V., Correia, L. M., & Peres, M. H. M. (2014). *Pesquisa social: métodos e técnicas* (334 pp.). São Paulo: Editora Atlas, 3ª edição.
- Ringle, C. M., Silva, D., & Bido, D. D. S. (2014). Modelagem de equações estruturais com utilização do SmartPLS. *Revista Brasileira de Marketing*, 13(2), 56-73.
- Robson, M. J., Katsikeas, C. S., & Bello, D. C. (2008). Drivers and performance outcomes of trust in international strategic alliances: The role of organizational complexity. *Organization science*, 19(4), 647-665.
- Rocha, Á. (2011). Evolution of information systems and technologies maturity in healthcare. *International Journal of Healthcare Information Systems and Informatics (IJHISI)*, 6(2), 28-36.
- Rocha, Á. (2002). "Maturidade da Função Sistema de Informação: Teoria de Estádios, Modelos e Avaliação". *Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal*.
- Rocha, T., & Goldschmidt, A. (2000). *Gestão dos stakeholders: como gerenciar o relacionamento e a comunicação entre a empresa e seus públicos de interesse*. Editora Saraiva.
- Rocha, Á., & Vasconcelos, J. B. D. (2004). Os modelos de maturidade na gestão de sistemas de informação. *Revista da Faculdade de Ciência e Tecnologia da Universidade Fernando Pessoa*, 1: 93-107.

- Rogers, J., & Serafeim, G. (2019). Pathways to materiality: How sustainability issues become financially material to corporations and their investors (pp. 20-056). *Harvard Business School*.
- Rohner, P. (2013), “Identitätsmanagement für Behandelnde (Identity management for healthcare workers)“, In *Krankenhäusern. Wirtschaftsinformatik*, 55(1), pp. 19-37.
- Roloff, J. (2008). Learning from multi-stakeholder networks: Issue-focussed stakeholder management. *Journal of business ethics*, 82(1), 233-250.
- Röglinger, M., Pöppelbuß, J., & Becker, J. (2012). Maturity models in business process management. *Business process management journal*, v.18, n.2, 18p.
- Rosemann, M., & Bruin, T. (2005). Application of a holistic model for determining BPM maturity. *BP Trends*, 2, 1-21.
- Rosemann, M., Bruin, T., & Power, B. (2007). BPM maturity. In *Business process management* (pp. 322-338). Routledge.
- Rosen, R. (1970). *Dynamical system theory in biology, Volume I. Stability theory and its applications*. New York: Wiley.
- Rowley, T. J. (1997). Moving beyond dyadic ties: A network theory of stakeholder influences. *Academy of management Review*, 22(4), 887-910.
- Roy, R., del Rey, F. M., van Wegen, B., & Steele, A. (2000). A Framework to Create Performance Indicators in Knowledge Management. In *PAKM*.
- Rozenfeld, H., Scalice, R. K., & Amaral, D. C. (2005). Proposta de um modelo de maturidade para o processo de desenvolvimento de produtos. In *Anais. Curitiba: CEFET-PR*.
- Rudzevicius, R. V., Boaventura, J. M. G., Mascena, K. M. C., & Sarturi, G. (2018). Alocação De Valor Para Os Stakeholders: Um Estudo No Setor Financeiro. *Revista de Administração Unimep*, 16(1), 56-77.
- Rummler, G., & Brache, A. (1990). *Improving Performance: How to Manage the White Space on the Organization Chart*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, CA.
- Santaella, L., & Vieira, J. A. (2008). *Metaciência como guia da pesquisa: uma proposta semiótica e sistêmica*. São Paulo: Mérito.
- Santos, L. G. D. C. (2009). *Análise da influência da evolução na maturidade em gerenciamento de projetos no desempenho dos projetos*. Dissertação de Mestrado em Engenharia Naval e Oceânica, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo/SP.
- Santos, M. B., Camilo, R. D., Muylder, C. F., & Parreiras, F. S. (2015). Information and knowledge management contributions to organizational results in a context of management maturity. *Business and Management Review, Special Issue – v/4n|5*, 133-144.
- Saquetto, T. C. (2019). *O processo de acreditação e seus impactos na eficiência de hospitais privados no Brasil*. Tese de Doutorado em Administração, Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Rio de Janeiro/RJ.
- Saquetto, T. C., Carneiro, T. C. J., Araujo, C. A. S., & Figueiredo, K. F. (2017). Eficiência técnica e inovatividade: um estudo em hospitais privados brasileiros. *Sistemas & Gestão*, 12(4), 410-421.

- Sarturi, G., Mascena, K. M. C., Boaventura, J. M. G., & Pilli, L. E. (2018). Relação entre Saliência de Stakeholders e Desempenho Financeiro. *Revista Contabilidade, Gestão e Governança*, 21(2), 214-230.
- Sarturi, G., Pinto, N. G. M., & Klein, L. L. (2017). Gestão pública de stakeholders: quem priorizar? *Gestão & Governança Pública*, 97-117.
- Savage, G. T., & Blair, J. D. (1989). The Importance Of Relationships In Hospital Negotiation Str. *Journal of Healthcare Management*, 34(2), 231.
- Savage, G. T., Dunkin, J. W., & Ford, D. M. (2004). Responding to a crisis: A stakeholder analysis of community health organizations. *Journal of health and human services administration*, vol. 6, n° 4, pp. 383-414.
- Savage, G. T., Bunn, M. D., Gray, B., Xiao, Q., Wang, S., Wilson, E. J., & Williams, E. S. (2010). Stakeholder collaboration: Implications for stakeholder theory and practice. *Journal of Business Ethics*, 96(1), 21-26.
- Schaltegger, S., & Wagner, M. (2006). Integrative management of sustainability performance, measurement and reporting. *International Journal of Accounting, Auditing and Performance Evaluation*, 3(1), 1-19.
- Schein, E. (1970). *Organizational Psychology*. Rev. ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Schiavon, L. C. D. M. (2018). *Gestão de relacionamento com fornecedores: estudo de múltiplos casos em hospitais universitários*. Tese de Doutorado em Engenharia de Produção, Universidade de São Paulo – USP, São Carlos/SP.
- Schiller, C., Winters, M., Hanson, H. M., & Ashe, M. C. (2013). A framework for stakeholder identification in concept mapping and health research: a novel process and its application to older adult mobility and the built environment. *BMC public health*, 13(1), 428.
- Schmaltz, S. P., Williams, S. C., Chassin, M. R., Loeb, J. M., & Wachter, R. M. (2011). Hospital performance trends on national quality measures and the association with Joint Commission accreditation. *Journal of hospital medicine*, 6(8), 454-461.
- Scholes, E., & Clutterbuck, D. (1998). Communication with stakeholders: An integrated approach. *Long range planning*, 31(2), 227-238.
- Schout, D., & Novaes, H. M. D. (2007). Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 935-944.
- Schriek, M., Türetken, O., & Kaymak, U. (2016). A Maturity Model for Care pathways. *Twenty-Fourth European Conference on Information Systems – ECIS*, Research Papers 127.
- Schröder, L., & Bandeira-de-Mello, R. (2011). Relacionamento entre empresa e stakeholders: um estudo de caso no setor eletroeletrônico. *RAI Revista de Administração e Inovação*, 8(1), 148-168.
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling*. psychology press.
- Scott, S. G., & Lane, V. R. (2000). A stakeholder approach to organizational identity. *Academy of Management review*, 25(1), 43-62.

- Seabra, S. A. K. (2007). *Acreditação em organizações hospitalares* (Master dissertation, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Porto Alegre), 170 f.
- Seiffert, M. E. B., & Loch, C. (2005). Systemic thinking in environmental management: support for sustainable development. *Journal of cleaner production*, 13(12), 1197-1202.
- Selin, S. W., Schuett, M. A., & Carr, D. (2000). Modeling stakeholder perceptions of collaborative initiative effectiveness. *Society & Natural Resources*, 13(8), 735-745.
- Senge, P. M. (2006). *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization*. Broadway Business.
- Setiawan, H., Fauzi, M. D., & Sugiantoro, B. (2014). Hospital Information System Audit Using the ISO 27001 Standard (Case Study In RSUD Muhammadiyah Bantul). *IJID - International Journal on Informatics for Development*, 3(1), pp. 32-35.
- Shahtalebi, M. A. T. B. (2014). The relationship between organizational health and organizational maturity among educational organizations. *J. Appl. Environ. Biol. Sci*, 4(2), 191-200.
- Sharma, D. K., & Goyal, R. C. (2010). *Hospital Administration And Human Resource Management 5Th Ed*. PHI Learning Private Limited. New Delhi.
- Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., Barnsley, J., Béland, F., Leggat, S. G., ... & Baker, G. R. (1998). A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health services management research*, 11(1), 24-41.
- Siegel, G. B. (1971). A unidade do Método Sistemico. *Revista de Administração Pública*, 5(1), 7-48.
- Siegel, S., & Castellan Jr., N. J. (1975). *Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento*. Artmed Editora.
- Silva, A. A. (2014b). *Estrutura, Análise e Interpretação das Demonstrações Contábeis*. 4ª edição. Atlas.
- Silva, A. M. T. R. F. (2012). *Sentido de comunidade e bem-estar em idosos: contribuição para a construção de uma escala de sentido de comunidade em idosos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Silva, F. (2008). *Análise do desempenho econômico-financeiro de seguradoras*. Dissertação de Mestrado em Administração, Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Belo Horizonte/MG.
- Silva, G. A. G. (2014a). *Os mecanismos de mudança isomórfica e respostas estratégicas aos processos institucionais: estudo em organizações hospitalares do município de Taquaritinga-SP*. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção, Universidade Federal de São Carlos - UFSCAR, São Carlos/SP.
- Silva, K. S. D. B., Bezerra, A. F. B., Sousa, I. M. C. D., & Gonçalves, R. F. (2010). Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) pelos gestores municipais, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(2), 373-382.
- Silva, M. A. (2005). Breves comentários sobre a acreditação dos prestadores de serviços de hemoterapia. *Jus Navigandi*, 9(592).

- Silva, M. D. O. P., Barreto, I. G., Sousa, M. V., & Lucena, W. G. L. (2006). Uma análise comparativa dos indicadores de desempenho de uma entidade de saúde pública de Caruaru-PE: um aplicativo estratégico do Balanced Scorecard. In *Congresso USP de Iniciação Científica (Vol. 3)*.
- Silva, W. T., & Durães, S. J. A. (2016). Operário, trabalhador, funcionário ou colaborador: um estudo entre as questões conceituais que visam amenizar a expaloração do trabalho moderno. *V Congresso em Desenvolvimento Social*. Estado, Desenvolvimento e Meio Ambiente, 29 e 30 de julho e 1º de julho, pp.5-11.
- Silveira, V. N. S. (2009). Os modelos multiestágios de maturidade: um breve relato de sua história, sua difusão e sua aplicação na gestão de pessoas por meio do People Capability Maturity Model (P-CMM). *RAC-Revista de Administração Contemporânea*, 13(2), 228-246.
- Sinclair, D., & Zairi, M. (2000). Performance measurement: a critical analysis of the literature with respect to total quality management. *International Journal of Management Reviews*, 2(2), 145-168.
- Sjöström, E. (2008). Shareholder activism for corporate social responsibility: What do we know?. *Sustainable Development*, 16(3), 141-154.
- Slack, N., Chambers, S., Christiane, H., Harrison, A., & Johnston, R. (1997). *Administração da produção*. São Paulo: Atlas.
- Smith, K. G., Mitchell, T. R., & Summer, C. E. (1985). Top level management priorities in different stages of the organizational life cycle. *Academy of management Journal*, 28(4), 799-820.
- Smits, P. A., Champagne, F., Contandriopoulos, D., Sicotte, C., & Préval, J. (2008). Conceptualizing performance in accreditation. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(1), 47-52.
- Sodré, M. T., & Salamoni, G. (2016). A coexistência do pensamento cartesiano e sistêmico: as limitações territoriais enfrentadas pelo PAA e PNAE em Pelotas/RS. *Sociedade & Natureza*, 28(3), 457-471.
- Software Engineering Institute [SEI]. (2010). *CMMI for development, version 1.3* (CMU/SEI-2010-TR-033). Carnegie Mellon University, Pittsburgh, Pennsylvania, 482p.
- Sólio, M. B. (2011). Colaborador: conceito e preconceito. *V ABRAPCORP, Redes Sociais, Comunicação e Organização*, Caxias do Sul/RS.
- Souza, A. A., Guerra, M., Lara, C. O., Gomide, P. L. R., Pereira, C. M., & Freitas, D. A. (2009a). Management control in hospitals. *REGE - USP Management Journal*, 16, pp. 15-29.
- Souza, A. A.; Rodrigues, L. T.; Lara, C. O.; Guerra, M.; Pereira, C. M. (2009b). Indicadores de desempenho econômico-financeiro para hospitais: um estudo teórico. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, jul/dez.
- Souza, C. A., Barreto, J., & Martins, R. S. (2015). Confiança nos Relacionamentos Interorganizacionais e a Formação de Cadeias de Suprimentos. *Desafio Online*, 3(1), 41-52.

- Souza, P. C. D., Scatena, J. H. G., & Kehrig, R. T. (2016). Aplicação da Análise Envoltória de Dados para avaliar a eficiência de hospitais do SUS em Mato Grosso. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26, 289-308.
- Spers, R. G., & Passos, C. A. (2014). Análise da Intenção e das Práticas de Colaboração com Stakeholders no Brasil: Um Estudo com Empresas de Capital Fechado. *Anais do XVII SEMEAD – Seminário em Administração*, outubro.
- Sterman, J. (2002). *System Dynamics: systems thinking and modeling for a complex world*. MIT Sloan School of Management, Cambridge.
- Stocker, F., & de Mascena, K. M. C. (2019). Orientação e gestão para stakeholders no processo de decisão organizacional. *Revista de Gestão e Secretariado*, 10(1), 167-191.
- Stocker, F., Moura, A. S., Sacramento, D. S. S., Santos, E. G., & Sarturi, G. (2019). Gestão orientada para stakeholders e a influência no desempenho social e financeiro corporativo. *Congresso Internacional de Administração – Administração 4.0*, 30 de setembro a 04 de outubro, Ponta Grossa/PR.
- Strambach, S. (2008). Knowledge-Intensive Business Services (KIBS) as drivers of multilevel knowledge dynamics. *International journal of services technology and management*, 10(2-4), 152-174.
- Tantalo, C., & Priem, R. L. (2016). Value creation through stakeholder synergy. *Strategic Management Journal*, 37(2), 314-329.
- Tarhan, A., Turetken, O., & Van den Biggelaar, F. J. (2015). Assessing healthcare process maturity: challenges of using a business process maturity model. In *Pervasive Computing Technologies for Healthcare (Pervasive Health)*, 2015 9th International Conference on (pp. 339-342). IEEE.
- Teixeira, A. L. (2017). *Relação entre os níveis de maturidade da melhoria contínua e os estágios evolutivos da competitividade em operações de serviços hospitalares*. Dissertação de Mestrado em Engenharia Mecânica, Centro Universitário FEI, São Bernardo do Campo/SP.
- Teixeira, E. O., Lima, J. A., Jesus, J. M., Oliveira, M. J. S., Ribeiro, P. F. S., Braga, S. V., Silva, W. R., & Ferreira, M. D. S. M. (2017). A importância da comunicação entre os stakeholders: práticas empresariais. *E-FACEQ: Revista dos Discentes da Faculdade Eça de Queirós*, Ano 6, número 9, maio/17.
- Teixeira, H. M. P., Gubiani, J. S., & Carvalho Neto, C. Z. (2007). Novas tecnologias na educação: uma visão sistêmica. In: Fachin, G. R. B. et al. (org.) *Teoria Geral de Sistemas: Uma abordagem multidisciplinar do conhecimento*. Florianópolis: UFSC, Programa de Pós-graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento.
- Thiollent, M. (2005). *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Editora Cortez.
- Thompson, J. K., Wartick, S. L., & Smith, H. L. (1991). Integrating corporate social performance and stakeholder management: Implications for a research agenda in small business. *Research in corporate social performance and policy*, 12(1), 207-230.
- Tiemann, O., Schreyögg, J., & Busse, R. (2012). Hospital ownership and efficiency: a review of studies with particular focus on Germany. *Health Policy*, 104(2), 163-171.

- Tonial, R. B., & Laimer, C. G. (2016). Antecedentes das relações interorganizacionais: um estudo baseado na teoria da confiança-comprometimento. *IX EGEPE – Encontro de Estudos sobre Empreendedorismo e Gestão de Pequenas Empresas*. Passo Fundo / RG, 16 a 18 de março.
- Tontini, G., Carvalho, L.C., Schlindwein, N.F.D.C., & Tomarevski, V. (2016). Maturity model of procurement and supply management in small and medium-size enterprises: A benchmarking of hospitals and metal-mechanic companies. *International Journal of Quality and Service Sciences*, 8(3), pp. 315-333.
- Trentin, L., Tontini, G. (2021). Hospital Management Maturity Models: Literature Review. *Revista Base*.
- Trivelato, P. V., Soares, M. B., Rocha, W. G., & de Faria, E. R. (2015). Evaluation of efficiency in the allocation of resources in hospital financial economic context. *Journal of Hospital Administration and Health Innovation*, 12, pp. 62-79.
- Triviños, A. (2007). Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. VEIGA, Ilma Passos. Projeto Político Pedagógico da escola: uma construção coletiva. In VEIGA, Ilma Passos (Org.). *Projeto Político Pedagógico da Escola: uma construção possível*. Campinas, São Paulo, 11.
- Tsay, W. D., Lai, M. C., & Parade, V. (2003). Total quality management practices and hospitals performance-Evidence in Taiwan. In: *Annual meeting of the western decision sciences institute*, 32., abr., Hawaii. Proceedings... Hawaii, p.637-643.
- Türetken, O., & Demirörs, O. (2004). People capability maturity model and human resource management systems: do they benefit each other?. *Human Systems Management*, 23(3), 179-190.
- Turner, J. R. (2009). *The handbook of project-based management: leading strategic change in organizations*. McGraw-hill.
- Unit, W. E. C. S. (2000). *Stakeholder Collaboration: Building Bridges for Conservation*. WWF US, Washington, DC, USA.
- Uzzi, B. (1996). The sources and consequences of embeddedness for the economic performance of organizations: The network effect. *American Sociological Review*, Vol. 61, No. 4 (Aug., 1996), pp. 674-698
- Van Dyk, L. & Schutte, C.S. (2013). The telemedicine service maturity model: A framework for the measurement and improvement of telemedicine services, *Telemedicine*. InTech (Chapter 10).
- Van Dyk, L., Fortuin, J., & Schutte, C. (2012). A maturity model for telemedicine implementation. In *E-Telemed 2012 The Fourth International Conference on eHealth, Telemedicine, and Social Medicine*, Vol. 10, p. 56116.
- Van de Wetering, R. & Batenburg, R. (2014), “Towards a theory of PACS deployment: an integrative PACS maturity framework”, *Journal of digital imaging*, 27(3), pp. 337-350.
- Van de Wetering, R. & Batenburg, R. (2010), “Sustainable budgeting for PACS-an integral approach”, *Hospital Imaging & Radiology Europe*, 5(4), pp. 37-39.
- Van de Wetering, R., & Batenburg, R. (2009). A PACS maturity model: a systematic meta-analytic review on maturation and evolvability of PACS in the hospital enterprise. *International journal of medical informatics*, v. 78, n. 2, p. 127-140.

- Van de Wetering, R., Batenburg, R., & Lederman, R. (2010). Evolutionistic or revolutionary paths? A PACS maturity model for strategic situational planning. *International journal of computer assisted radiology and surgery*, v. 5, n. 4, p. 401-409.
- Vanalle, R. M., & Salles, J. A. A. (2011). Relação entre montadoras e fornecedores: modelos teóricos e estudos de caso na indústria automobilística brasileira. *Gestão & Produção*, 18(2), 237-250.
- Van Eijk, C. J., & Steen, T. P. (2014). Why people co-produce: Analysing citizens' perceptions on co-planning engagement in health care services. *Public Management Review*, 16(3), 358-382.
- Van Limburg, M., Wentzel, J., Sanderman, R., & Van Gemert-Pijnen, L. (2015). Business modeling to implement an eHealth portal for infection control: a reflection on co-creation with stakeholders. *JMIR research protocols*, 4(3), e4519.
- Van Marrewijk, A. (2007). Managing project culture: The case of Environ Megaproject. *International Journal of project management*, 25(3), 290-299.
- Van Zwiene, M. A. (2019). Tailoring a Domain-Specific Enterprise Architecture Maturity Model (Masters dissertation, Utrecht University, The Netherlands).
- Vanhaecht, K., De Witte, K., Depreitere, R., & Sermeus, W. (2006). Clinical pathway audit tools: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 14 (7), pp.529-537.
- Vargas, E. R. D. (2006). *A dinâmica da inovação em serviços: o caso dos serviços hospitalares no Brasil e na França*. Tese de Doutorado em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre/RS.
- Vasconcellos, M. J. E. (2010). *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência*. Papirus Editora (9ª ed.).
- Veillard, J., Champagne, F., Klazinga, N., Kazandjian, V., Arah, O. A., & Guisset, A. L. (2005). A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *International journal for quality in Health Care*, 17(6), 487-496.
- Veloso, G. G., & Malik, A. M. (2010). Análise do desempenho econômico-financeiro de empresas de saúde. *RAE eletrônica*, 9(1), 0-0.
- Vendruscolo, B., Hoffmann, V. E., & Freitas, C. A. (2012). A influência de ferramentas de gestão estratégica e de stakeholders no desempenho de organizações do ramo particular de saúde do Distrito Federal. *Revista Ibero Americana de Estratégia*, 11(1), 30-61.
- Vereecke, A., & Muylle, S. (2006). Performance improvement through supply chain collaboration in Europe. *International journal of operations & production management*.
- Vianna, H. M. (2014). Validade de construto em testes educacionais. *Estudos em Avaliação Educacional*, 25(60), 136-152.
- Vianna, H. M. (2000). *Avaliação educacional*. São Paulo: IBRASA, 187-202.
- Vieira, D. K., Detoni, D. J., & Braum, L. D. S. (2006). Indicadores de qualidade em uma unidade hospitalar. Anais do *Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia*, Rezende, RJ, Brasil, 3.
- Vieira, J. A. (2000). Organização e sistemas. *Informática na educação: teoria & prática*, 3(1).

- Vignochi, L., Gonçalo, C. R., & Rojas Lezana, Á. G. (2014). Como gestores hospitalares utilizam indicadores de desempenho?. *Revista de Administração de Empresas*, 54(5), 496-509.
- Vituri, D. W., & Évora, Y. D. M. (2014). Reliability of indicators of nursing care quality: testing interexaminer agreement and reliability. *Revista latino-americana de enfermagem*, 22(2), 234-240.
- Vogwell, D. (2002) *Stakeholder Management*. Davis Langdon Everest. Disponível em: [http://www.davislangdon.com/pdf/EME/Publications/RM\\_VM/Stakeholder%20Management.pdf#search=%22stakeholder%20management%20vogwell%22](http://www.davislangdon.com/pdf/EME/Publications/RM_VM/Stakeholder%20Management.pdf#search=%22stakeholder%20management%20vogwell%22). Acessado em: junho de 2020.
- Von Wangenheim, C.G., Von Wangenheim, A., McCaffery, F., Hauck, J.C.R., & Buglione, L. (2013), Tailoring software process capability/maturity models for the health domain. *Health and Technology*, 3(1), pp. 11-28.
- Wagner, C., Groene, O., Thompson, C. A., Dersarkissian, M., Klazinga, N. S., Arah, O. A., ... & Lombarts, K. (2014). DUQuE quality management measures: associations between quality management at hospital and pathway levels. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(suppl\_1), 66-73.
- Walburg, J., Bevan, H., & Wilderspin, J. (Eds.). (2006). *Performance management in health care: improving patient outcomes: an integrated approach*. Psychology Press.
- Wandabwa, K. J., & Yusuf, M. (2019). Effect Of Stakeholders Management On Health Project Performance For National Hospital Insurance Fund Kenya. *International Journal of Business Management and Finance*, 2(1).
- Wangler, B., Ahlfeldt, R.-M. & Perjons, E., 2003. Process Oriented Information Systems Architectures in Healthcare. *Health Informatics Journal*, 9(4), pp.253–265.
- Waring, T. S. (2015). Information management and technology strategy development in the UK's acute hospital sector: a maturity model perspective. *Public Money & Management*, 35(4), 281-288.
- Weber, C., Curtis, B., & Gardiner, T. (2008). Business Process Maturity Model [BPMM], OMG Object Management Group. Needham.
- Weber, L., & Grisci, C. L. I. (2010). Trabalho, gestão e subjetividade: dilemas de chefias Intermediárias em contexto hospitalar. *Cadernos Ebape. BR*, 8(1), 53-70.
- Weber, W., & Polo, E. F. (2007). A Imprecisão na Administração Estratégica: uma Abordagem Baseada no Pensamento Complexo. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios-RBGN*, 9(24), 75-90.
- Weinberg, G. M. (1992). *Quality software management (Vol. 1) systems thinking*. Dorset House Publishing Co., Inc..
- Weiss, J.W. (2006) *Business Ethics – A Stakeholder and Issues Management Approach* (4th edn). Mason: Thomson Higher Education.
- Welcomer, S. A., Cochran, P. L., Rands, G., & Haggerty, M. (2003). Constructing a web: Effects of power and social responsiveness on firm-stakeholder relationships. *Business & Society*, 42(1), 43-82.
- Wendler, R. (2012). The maturity of maturity model research: A systematic mapping study. *Information and software technology*, 54(12), 1317-1339.

- Werblow, A., Karmann, A., & Robra, B. P. (2010). Effizienz, Wettbewerb und regionale Unterschiede in der stationären Versorgung. *Krankenhaus-Report*, 41-70.
- Weyns, K. and Höst, M. (2012), "Evaluation of a Maturity Model for IT Dependability in Emergency Management", *International Journal of Information Systems for Crisis Response and Management (IJISCRAM)*, 4(1), pp. 47-63.
- Wiener, N. (1961). *Cybernetics: Or, Control and Communication in the Animal and the Machine*. 2d Ed. Emploi et immigration Canada. Direction des services de soutien d'emploi.
- Wiengarten, F., Humphreys, P., Guangming, C., Fynes, B., & Mckittrick, A. (2010). Collaborative supply chain practices and performance: exploring the key role of information quality. *Supply Chain Management: an International Journal*, 15(6), 463-473.
- Wilcoxon, F. (1992). Individual comparisons by ranking methods. In *Breakthroughs in statistics* (pp. 196-202). Springer, New York, NY.
- Williams, P. A., Lovelock, B., Cabarrus, T., & Harvey, M. (2019). Improving Digital Hospital Transformation: Development of an Outcomes-Based Infrastructure Maturity Assessment Framework. *JMIR medical informatics*, 7(1), p. e12465.
- Womack, J., & Jones, D. (1996). *Lean thinking: banish waste and create wealth in your corporation*. New York: Simone Shuster.
- Wood, D. J., Logsdon, J. M., & Benson, L. E. (Eds.). (2000). *Research in stakeholder theory, 1997-1998: the sloan foundation minigrant project*. Clarkson Centre for Business Ethics, Joseph L. Rotman School of Management, University of Toronto.
- Wry, T., Cobb, J. A., & Aldrich, H. E. (2013). More than a metaphor: Assessing the historical legacy of resource dependence and its contemporary promise as a theory of environmental complexity. *The Academy of Management Annals*, 7(1), 441-488.
- Yaacob, M. R., & Wong, L. (2007). Stakeholders' Activisms: Indigenous Peoples' of Sarawak Resistance against the State Government and Corporations. *Social Responsibility Journal*, Vol. 3, No. 2, pp. 39-51.
- Yang, J., Shen, G. Q., Bourne, L., Ho, C. M. F., & Xue, X. (2011). A typology of operational approaches for stakeholder analysis and engagement. *Construction management and economics*, 29(2), 145-162.
- Yaffee, S., A. Phillips, I. Frenz, P. Hardy, S. Maleki, & B. Thorpe. (1996). *Ecosystem management in the United States*. Covelo, CA: Island Press.
- Zago, A. P., & Wada, E. K. (2013). Dinâmica de stakeholders e cocriação de valor em museus: um olhar inicial. *Revista Ibero Americana de Estratégia*, 12(2), 274-298.
- Zehir, C., Çınar, F., & Şengül, H. (2016). Role Of Stakeholder Participation Between Transparency and Qualitative and Quantitive Performance Relations: An Application at Hospital Managements. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 229, 234-245.
- Zheng, S., Hui, S. F., & Yang, Z. (2017). Hospital trust or doctor trust? A fuzzy analysis of trust in the health care setting. *Journal of Business Research*, 78, 217-225.
- Zott, C., Amit, R., & Massa, L. (2010). The business model: Theoretical roots, recent developments, and future research. *IESE Research Papers*, 3(4), 1-43.

**APÊNDICE A**  
**Questionário Gestão de Relacionamento com *Stakeholders***

Prezad@

Eu, Luciano Trentin, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis e Administração da Universidade Regional de Blumenau – FURB, sob orientação do Professor Dr. Gérson Tontini, estou realizando uma pesquisa que tem por objetivo avaliar a influência da maturidade de gestão de relacionamento com *stakeholders* no desempenho percebido de organizações hospitalares no Brasil.

Solicitamos sua colaboração para responder este questionário. O estudo tem cunho estritamente acadêmico e os dados da pesquisa serão analisados sem divulgação da identificação dos respondentes, sempre com o intuito de contribuir para o desenvolvimento de experiências no ambiente socioacadêmico.

Ressalta-se que sua participação é voluntária e, caso se sinta constrangido, poderá interromper a qualquer momento o preenchimento do instrumento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo. Para responder a pesquisa você levará aproximadamente entre 20 a 30 minutos.

Eventuais dúvidas poderão ser sanadas no Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis e Administração da Universidade Regional de Blumenau – FURB, no seguinte endereço: Rua Antônio da Veiga, nº140 - Victor Konder, Blumenau - SC, 89030-903, Tel (47) 3321-0285.

Sua colaboração é muito importante!

Desde já, o nosso agradecimento!

Luciano Trentin

trentinluciano@yahoo.com.br

Diante desses esclarecimentos, assinale uma das duas alternativas a seguir:

(  ) Li e declaro minha disposição de participar voluntariamente.

(  ) Não concordo em participar.

### **CONSIDERAÇÕES GERAIS**

Nesta pesquisa, compreendemos a palavra "*STAKEHOLDERS*" como qualquer grupo ou indivíduo (partes interessadas) envolvidos voluntária ou involuntariamente com a organização, onde há um objetivo específico de relacionamento, trazendo benefícios para ambas as partes.

Consideramos:

- Grupo de *Stakeholders* Primários: colaboradores; fornecedores; conselho e ou acionistas; clientes/usuários.
- Grupo de *Stakeholders* Secundários: comunidade; entidades governamentais; entidades certificadoras; operadores de planos de saúde.

Na sequência, assinale o estágio em que sua organização hospitalar se encontra em cada uma das atividades/processos inerentes a gestão de relacionamento com os stakeholders de acordo com a descrição abaixo:

- 1 – Inexistência de práticas e padrões: ainda não está implantado ou está sendo implantado informalmente, com resultados instáveis.
- 2 – Informal ou em fase de implantação: implantação foi iniciado pela organização hospitalar. Existe um cronograma de implantação.
- 3 – Formalmente estabelecido: implantado formalmente (documentado), mas existem algumas falhas na execução.
- 4 – Estabelecido e sistêmico: completamente implantado em uma área ou mais áreas e com indicadores estabelecidos. Os resultados planejados são alcançados.
- 5 – Estabelecido, sistêmico e otimizado: completamente implantado, possui indicadores estabelecidos, tem resultados efetivos e exibe melhoria contínua nos últimos 12 meses.

Muito obrigado.













## DIMENSÃO DESEMPENHO

Com base na sua percepção, avalie o desempenho organizacional hospitalar por categoria, por meio da escala de avaliação crescente com pontuações variando de 1 a 5.

Categoria	Nº da Questão	Questões	1	2	3	4	5
			Muito pior	Pior	Igual	Melhor	Muito melhor
Econômico /Financeiro	1	Varição da receita líquida por saída hospitalar em relação ao ano anterior.					
	2	Varição da despesa total por saída hospitalar em relação ao ano anterior.					
	3	Receita média por cliente em relação a outros hospitais da região.					
Operacional	4	Número de procedimentos cirúrgicos de alta complexidade em relação ao ano anterior.					
	5	Tempo médio de permanência dos pacientes no hospital em relação a outros hospitais da região.					
	6	Taxa de ocupação de leitos em relação a outros hospitais da região.					
	7	Quantidade de profissionais por leito em relação a outros hospitais da região.					
Qualidade Técnica	8	Taxa de infecção por serviço em relação a outros hospitais da região.					
	9	Mortalidade em nossa instituição após 24 h de admissão, em relação a outras instituições da região.					
	10	Número de clientes que retornaram ao hospital pelo mesmo diagnóstico até 30 dias da última data em relação a outros hospitais da região.					
Relacionamento Interno	11	Índice de reclamações em relação a outros hospitais da região.					
	12	Satisfação dos clientes pelo serviço recebido em relação a outros hospitais da região.					
	13	Absenteísmo em nossa organização em relação a outros hospitais da região.					
	14	Rotatividade de profissionais em nossa organização em relação a outros hospitais da região.					

	15	Atendimento do índice de desempenho de fornecedores aos padrões estabelecidos pela nossa organização em relação ao ano anterior. (CD)					
Relacionamento Externo	16	Conformidade do nível de adequação hospitalar quanto as normativas legais, técnicas e profissionais em relação a outros hospitais da região.					
	17	O índice de suspensão, retirada ou supressão dos recursos recebidos das fontes pagadoras (operadoras de planos de saúde) em relação a outros hospitais da região.					
	18	Conjunto eficiente de mecanismo (governança) para assegurar os interesses organizacionais, evitando assim abusos de poder, erros e fraudes em relação ao ano anterior.					
	19	Quantidade de horas dedicadas em ações sociais pela organização em relação ao ano anterior.					

## CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Número de Colaboradores em 2020:

- Até 50  
 De 51 a 150  
 De 151 a 300  
 De 301 a 450  
 De 451 a 600  
 Acima de 600

Tipo de Instituição que atua:

- Privada c/ fins lucrativos  
 Privada s/ fins lucrativos (filantrópico)  
 Pública  
 Pública de Ensino  
 Privada de Ensino

Outra: \_\_\_\_\_

Accreditação:

- Nacional ano: \_\_\_\_\_  
 Internacional ano: \_\_\_\_\_  
 Em processo Nacional  
 Em processo Internacional  
 Não possui

Classificação hospitalar:

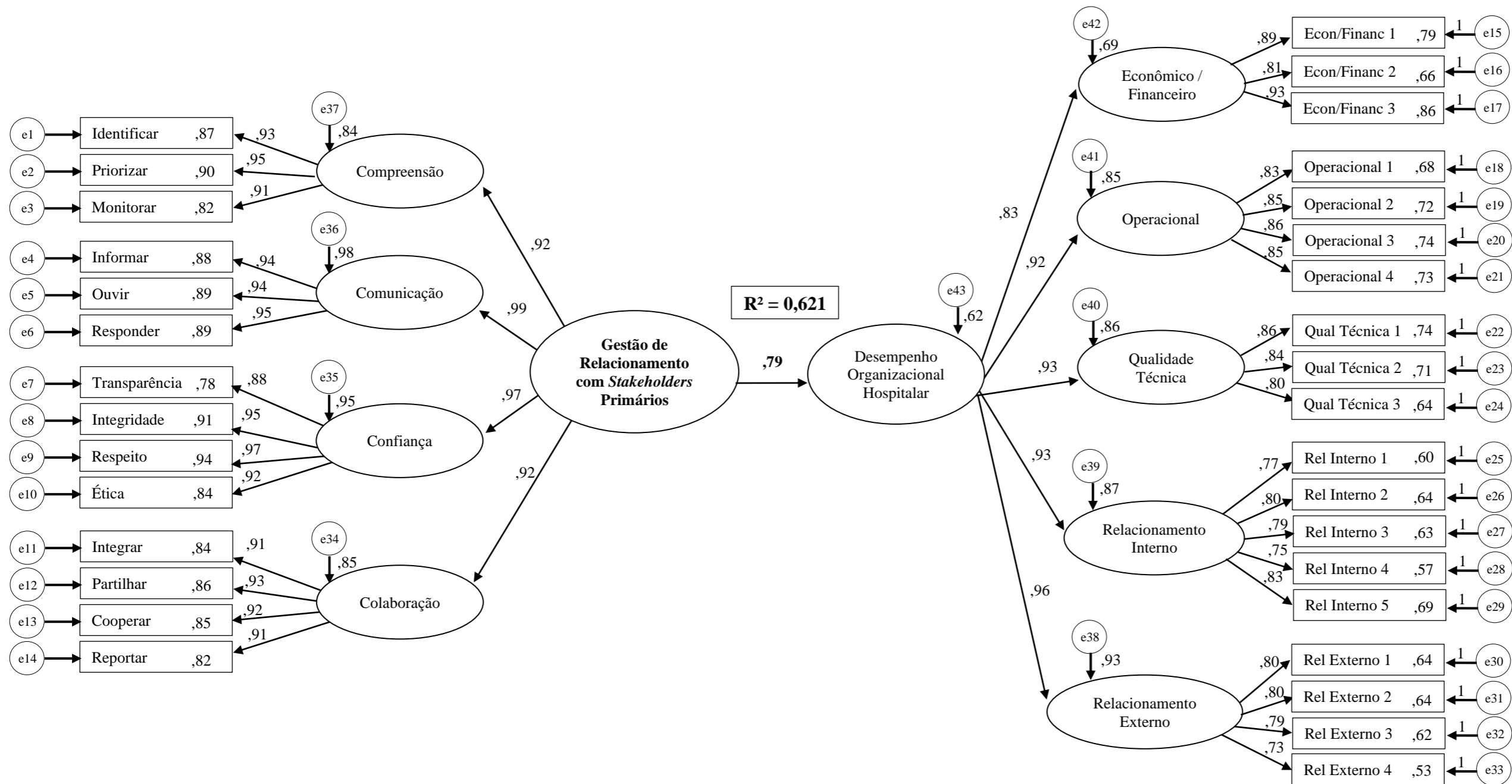
- Pequeno porte (até 50 leitos)
- Médio porte (de 51 a 150 leitos)
- Grande porte (de 151 a 500 leitos)
- Capacidade extra (acima de 500 leitos)

Quantidade média de cirurgias mensais:

- Até 500 cirurgias/mês
- De 501 a 1000 cirurgias/mês
- De 1001 a 2000 cirurgias/mês
- De 2001 a 3000 cirurgias/mês
- Acima de 3000 cirurgias/mês

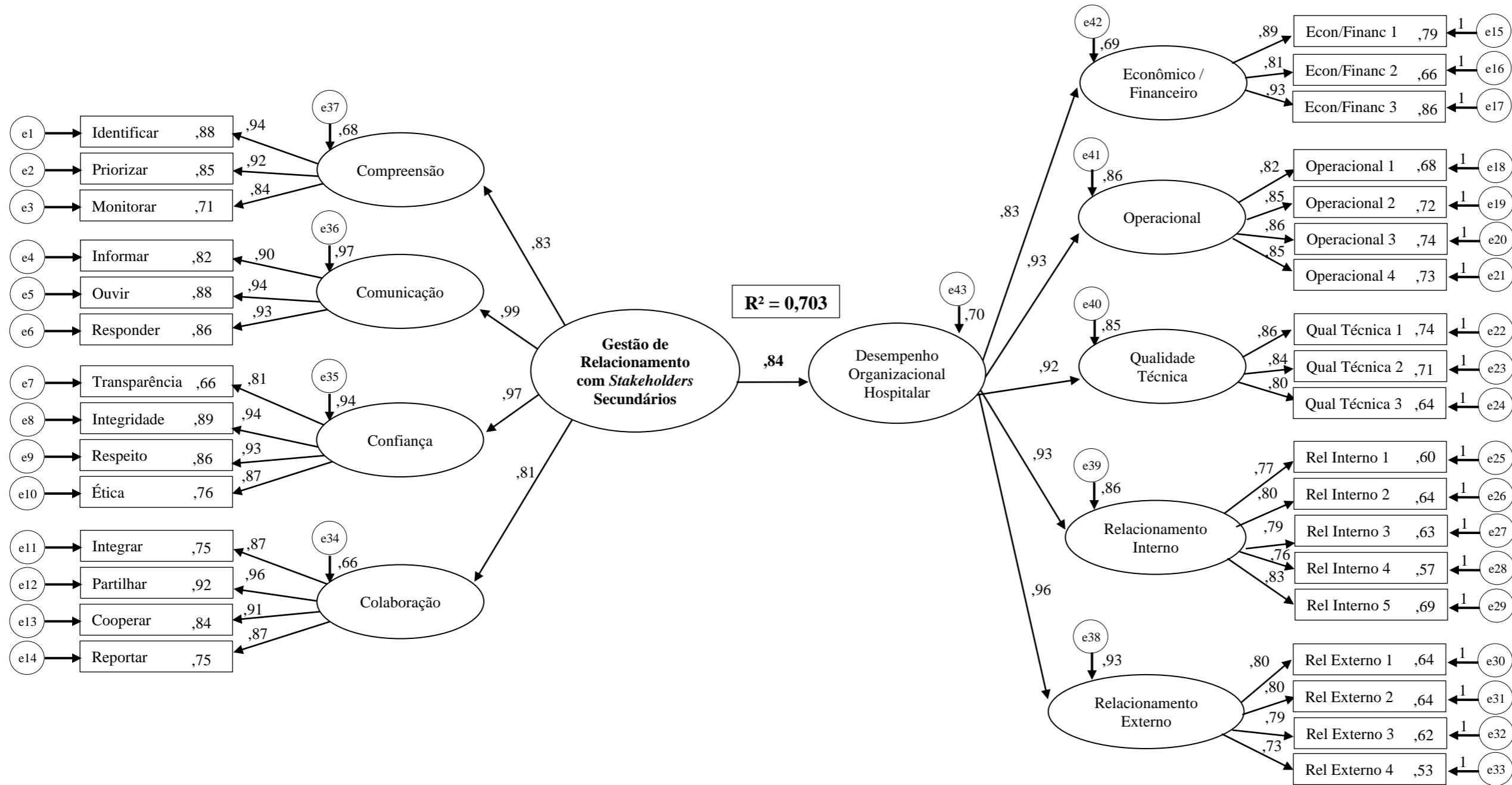
Obrigado por responder ao questionário! Agradecemos a sua colaboração, ela é essencial para a elaboração deste estudo!  
Muito obrigado por participar da nossa pesquisa!

**APÊNDICE B**  
**Modelo de equações estruturais do estudo – Stakeholders Primários**



Fonte: dados da pesquisa (2021).

APÊNDICE C  
Modelo de equações estruturais do estudo – Stakeholders Secundários



Fonte: dados da pesquisa (2021).