

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL-IMES  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO**

**ISAAC GIL**

**UMA ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DOS DIFERENTES  
PÚBLICOS-ALVO NO PROCESSO DE CONTRATAÇÃO  
E UTILIZAÇÃO ELETIVA DE UM HOSPITAL**

**São Caetano do Sul  
2006**

**ISAAC GIL**

**UMA ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DOS DIFERENTES  
PÚBLICOS-ALVO NO PROCESSO DE CONTRATAÇÃO  
E UTILIZAÇÃO ELETIVA DE UM HOSPITAL**

**Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado  
em Administração da Universidade Municipal de São  
Caetano do Sul como requisito parcial para a  
obtenção do título de Mestre em Administração.**

**Área de Concentração: Gestão e Inovação  
Organizacional**

**Orientador: Prof. Dr. Silvio Augusto Minciotti**

**São Caetano do Sul  
2006**

## **TERMO DE APROVAÇÃO**

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL - IMES**

**CAMPUS II** - Rua Santo Antonio, 50 - Centro - São Caetano do Sul (SP)

### **REITOR**

Prof. Dr. Laércio Baptista da Silva

### **PRÓ-REITOR DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**

Prof. Dr. René Henrique Götz Licht

### **COORDENADOR DO PROGRAMA DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO**

Prof. Dr. Eduardo de Camargo Oliva

Dissertação defendida e aprovada em 05 de dezembro de 2006, pela banca examinadora constituída pelos professores:

**Prof. Dr. Geraldo Luciano Toledo - USP**

**Prof. Dr. Gino Giacomini Filho - IMES**

**Prof. Dr. Silvio Augusto Minciotti - IMES**

(Orientador)

**DEDICATÓRIA**

**B”H**

**Aos meus filhos Daniel, Tiago e André:**

**A restrição do convívio com vocês não me impede de registrar aqui  
minha saudade, meu amor e minha involuntária distância.**

**Ao meu pai HERSZ GIL Z”L, de honrada e abençoada memória,**

**e a**

**minha mãe, CLARA GAKAS GIL.**

## AGRADECIMENTOS

Ao gigante mestre, orientador, professor e amigo, Dr. Silvio Augusto Minciotti, sem quem nada do que aqui está seria possível. Sua paciência e sua tolerância às minhas inúmeras limitações me fizeram compreender o quanto ainda tenho de aprender, ao mesmo tempo em que me permitiu conviver com tão sábia e ilustre pessoa. Aprendi com o Silvio um pouco do ofício do saber e do dom de transmitir: ambos nele inatos e contagiantes.

A todos os docentes do Programa de Mestrado em Administração do IMES, em especial aos Professores Drs. Antonio Carlos Gil, Mauro Naves Garcia e Sérgio Feliciano Crispin, por me permitirem compartilhar de seus conhecimentos, habilidades e atitudes, sem o que meu aprendizado, seguramente, seria menor.

Às secretárias do Departamento de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração do IMES, Ana Maria Nóbrega Cury, Marlene Forestieri de Melo e Neuza Aparecida Marques, pela atenção e gentileza.

Ao Dr. George Schahin, Diretor-Presidente do Hospital Santa Paula, aos antigos acionistas e ao atual. Todos me apoiaram na efetivação desta dissertação. O Dr. Schahin, especialmente, porque várias vezes permitiu que eu me ausentasse do dia-a-dia da instituição a fim de poder dedicar-me a esta tarefa. Seu suporte institucional foi imprescindível para a realização deste trabalho, assim como o apoio de todos os funcionários do hospital.

Aos entrevistados dos hospitais selecionados, que proporcionaram valiosa e fundamental colaboração com suas experiências.

Ao Abner, Acácio, Borghi, Damião, Daniela, Diana, Djairo, Enrico, Esmeralda, Jaqueline, Paulette, Renato, Samanta, Silmara e Tahis, meus colegas de mestrado, pela convivência e pela amizade.

À Profa. Dra. Edna M. Barian Perrotti, pela assessoria nas correções, sugestões e adequação deste texto, e ao Marcelo Conti, pela edição e formatação. Ao Rodrigo Rodrigues Pimentel, pelo auxílio com os instrumentos de gravação digital que serviram de registro oficial das entrevistas.

Ao Prof. Dr. Geraldo Luciano Toledo e ao Prof. Dr. Gino Giacomini Filho pelas valiosas contribuições e orientações.

Ao meu irmão Marcos Gil e à minha irmã Ester M. Gil.

Para quem um dia compartilhou da minha vida e que se foi: quer por opção, quer porque devia, quer porque o destino quis ou, por fim, porque eu optei. Como diz o Silvio: “Cada escolha implica uma renúncia.”

Minha mãe, a cada etapa vencida e a cada obstáculo superado, costuma dizer em alto e bom som: “Obrigado por isso.”

**“Se enxerguei mais longe foi porque me apoiei  
nos ombros de gigantes.”**

**Isaac Newton  
(1643-1727)**

**SUMÁRIO**

<b>TERMO DE APROVAÇÃO .....</b>	<b>I</b>
<b>DEDICATÓRIA .....</b>	<b>II</b>
<b>AGRADECIMENTOS .....</b>	<b>III</b>
<b>LISTA DE FIGURAS .....</b>	<b>IX</b>
<b>LISTA DE QUADROS.....</b>	<b>X</b>
<b>LISTA DE SIGLAS.....</b>	<b>XI</b>
<b>LISTA DE TABELA .....</b>	<b>XI</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>XII</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>XIII</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>XIV</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
1.1 Origem do Estudo .....	15
1.2 Problematização.....	15
1.3 Objetivo .....	17
1.4 Justificativa do estudo .....	17
1.5 Delimitação do estudo.....	21
1.6 Vinculação à linha de pesquisa .....	21
<b>2 REFERENCIAL CONCEITUAL .....</b>	<b>22</b>
2.1 Os públicos-alvo de um hospital.....	22
2.2 O papel das organizações hospitalares.....	27
2.2.1 A Organização Nacional de Acreditação - ONA .....	30
2.2.2 A Associação Nacional de Hospitais Privados - ANAHP .....	33
2.3 Os atores do campo da saúde suplementar no Brasil.....	35
2.3.1 A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS .....	40
2.3.2 A participação dos médicos na saúde suplementar .....	41

2.4 O composto de marketing .....	44
2.5 O comportamento do consumidor e a saúde suplementar .....	48
2.6 O consumidor de serviços .....	51
2.6.1 Risco percebido e o hospital .....	52
2.7 A segmentação do mercado.....	54
2.8 Operadoras de saúde, hospitais e canais de marketing.....	57
2.9 A natureza dos serviços em um hospital.....	60
2.10 O cenário hospitalar e o marketing de serviços.....	62
<b>3 METODOLOGIA DA PESQUISA DE CAMPO .....</b>	<b>65</b>
3.1 Tipo da pesquisa de campo .....	65
3.2 Amostra da pesquisa de campo .....	66
3.2.1 Sujeitos da pesquisa .....	68
3.3 Instrumentos da pesquisa .....	68
3.4 Procedimentos para coleta de dados .....	70
3.4.1 Uma entrevista-teste .....	71
3.5 Procedimentos para análise dos resultados.....	71
3.5.1 A técnica da Análise de Conteúdo .....	73
3.5.2 Análise de Conteúdo na prática .....	74
3.5.3 A codificação e a categorização das entrevistas.....	77
<b>4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>79</b>
4.1 Entrevista no Hospital Santa Catarina.....	79
4.1.1 Análise de Conteúdo e discussão da entrevista.....	82
4.2 Entrevista no Hospital São Camilo .....	84
4.2.1 Análise de Conteúdo e discussão da entrevista.....	88
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>94</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO A: RESOLUÇÃO CFM Nº. 1451/95 .....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXO B: RESOLUÇÃO CFM Nº. 1.642/2002 .....</b>	<b>106</b>
<b>ANEXO C: RESOLUÇÃO CFM Nº. 1.722/2004 .....</b>	<b>110</b>

<b>ANEXO D: RESOLUÇÃO CFM Nº 1.614/2001 .....</b>	<b>113</b>
<b>APÊNDICE A: ENTREVISTA-TESTE NO HOSPITAL SANTA JOANA .....</b>	<b>117</b>

**LISTA DE FIGURAS**

FIGURA 1 - META-MERCADO HOSPITALAR BRASILEIRO - 2003 .....	26
FIGURA 2 - O CAMPO DA SAÚDE SUPLEMENTAR.....	39
FIGURA 3 - AS INTERAÇÕES NO CAMPO DA SAÚDE SUPLEMENTAR .....	39
FIGURA 4 - FATORES QUE INFLUENCIAM A ESTRATÉGIA DE MARKETING DA EMPRESA.....	44
FIGURA 5 - MODELO DO PROCESSO DE DECISÃO EM CONDIÇÕES DE ALTO ENVOLVIMENTO.....	53
FIGURA 6 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS BENEFICIÁRIOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA POR SEGMENTAÇÃO DO PLANO.....	56
FIGURA 7 - AS INTERAÇÕES ENTRE O CLIENTE E O CENÁRIO HOSPITALAR.....	64

**LISTA DE QUADROS**

QUADRO 1: OS PÚBLICOS DE UM HOSPITAL .....	22
QUADRO 2: OS PÚBLICOS-ALVO DE UM HOSPITAL .....	24
QUADRO 3: ATORES, OBJETIVOS, PAPÉIS, RECURSOS E FONTES DE PODER DO CAMPO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL.....	38
QUADRO 4 - OS CINCO PAPÉIS DE COMPRA, O AMBIENTE HOSPITALAR E A SAÚDE SUPLEMENTAR .....	50
QUADRO 5 – TIPO E CARACTERÍSTICAS DOS INTERMEDIÁRIOS.....	58
QUADRO 6 – TIPOS E CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DOS PLANOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR .....	58
QUADRO 7 - COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DE BENS E SERVIÇOS EM UM HOSPITAL.....	61
QUADRO 8- AMOSTRA DA PESQUISA DE CAMPO .....	67
QUADRO 9 - DOMÍNIOS POSSÍVEIS DE APLICAÇÃO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	74
QUADRO 10 - CATEGORIAS SEMÂNTICAS E ENUNCIADOS DAS ENTREVISTAS RELATIVOS AO HOSPITAL SANTA CATARINA .....	82
QUADRO 11 - CATEGORIAS SEMÂNTICAS E ENUNCIADOS DAS ENTREVISTAS RELATIVOS AO HOSPITAL SÃO CAMILO .....	89
QUADRO 12 - COMPARAÇÃO DO GRAU DE INFLUÊNCIA DOS PÚBLICOS-ALVO NA CONTRATAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE UM HOSPITAL .....	93

**LISTA DE SIGLAS**

ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo

ABRASPE - Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas

AGF - AGF Brasil Seguros

CABESP - Caixa Beneficente dos Funcionários do Banco do Estado de São Paulo

CASSI - Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil

CIEFAS - Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência a Saúde

COREN - Conselho Regional de Enfermagem

FENASEG - Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização

SINAMGE - Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo

UNIMED – Cooperativa de Trabalho Médico

**LISTA DE TABELA**

TABELA 1: EVOLUÇÃO DA DESPESA ASSISTENCIAL MÉDICO-HOSPITALAR E DOS BENEFICIÁRIOS DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE..... 19

## RESUMO

Esta dissertação apresenta uma análise da influência dos diferentes públicos-alvo no processo de contratação e utilização eletiva de um hospital e teve como objetivo esclarecer a atuação dos principais atores envolvidos na prestação de serviços médico-hospitalares, inseridos no campo da saúde suplementar nacional, que é regulamentado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, órgão vinculado ao Ministério da Saúde. O referencial conceitual foi alicerçado nas teorias referentes ao composto de marketing, aos canais de marketing, ao comportamento do consumidor em geral e ao comportamento do consumidor de serviços, à segmentação de mercado e aos conceitos de oferta de serviços. Buscou-se descrever a relevância das organizações hospitalares e de suas relações como prestadores de serviços. Apresentou-se a influência dos médicos enquanto atores neste cenário. Teve como base informações de natureza documental e de entrevistas semi-estruturadas realizadas com dois dirigentes de hospitais gerais privados, ambos acreditados pela Organização Nacional de Acreditação e filiados à Associação Nacional de Hospitais Privados no município de São Paulo, em agosto de 2006. As entrevistas foram avaliadas pela técnica de Análise de Conteúdo, conforme preconizado por Laurence Bardin (2004). Os resultados qualitativos permitiram formular a hipótese de que existe uma preponderante influência das operadoras de saúde no processo de contratação e utilização eletiva de um hospital, influência essa que também é exercida pelos médicos, porém em menor escala. Os potenciais pacientes, ou seja, pouco mais de 36 milhões de beneficiários, são atores que exercem mínima influência quando da contratação e utilização eletiva de um hospital, ao se comparar com a influência da operadora de saúde, do hospital e do médico. Uma das entrevistas identifica a influência das corretoras de planos de saúde, ator que não aparece no referencial conceitual, o que pode apontar para estudos adicionais a fim de melhor compreendê-las e verificar o grau de sua possível participação no processo. Ao final, sugere-se aprofundar esta análise pela relevância social que ela encerra e pela fundamental importância do serviço prestado.

Palavras-chave: Hospitais. Saúde Suplementar. Públicos-alvo. Pacientes.

Marketing de serviços.

## ABSTRACT

This dissertation presents an analysis of the diverse target audience's influence upon the hiring process and the selective use of a hospital. Its goal was clarifying the performance of the main professionals involved in services rendered by both doctors and hospitals, present in the area of additional health, which is ruled by the "Agência Nacional de Saúde Suplementar" (National Agency of Supplementary Health), entailed to the "Ministério da Saúde" (Ministry of Health). The conceptual system of reference was based on the marketing mix, marketing channels, both general customer and service-costumer behavior, market segmenting and concepts of service offers. There was also an attempt to describe the importance of hospital organizations and their connections as service providers, together with the influent role doctors have in such scenery. Such study was based on documentary information and obtained from semi-structured interviews done with two directors of private general hospitals in the city of São Paulo, in August 2006. Both organizations are accredited to the International Accreditation Agency and affiliated to the "Associação Nacional de Hospitais Privados" (Private Hospitals National Association). The technique of Content Analysis was used in order to analyse the interviews, according to what was preconized by Laurence Bardin (2004). The qualitative results showed that it was possible to formulate the hypothesis that there is a predominant influence of health companies upon the hiring process and the selective use of a hospital. Such influence is also exerted by doctors but in a shorter scale. Potential patients, that mean, over 36 millions of beneficiaries, are merely actors who exert minimum influence upon the hiring process and the selective use of a hospital, in comparison to the influence exerted by health companies, hospitals and doctors. One of the interviews shows the influence of health insurance companies, which are not part of the conceptual system of reference. That indicates the need for additional studies concerning such organizations in order to better understand them and identify their possible share in this whole process. At last but not least, there was the suggestion to better analyse this matter, bearing in mind the important social role it plays and the fundamental importance of the services it offers.

Key-words: Hospitals. Supplementary Health. Target audience. Patients.

Marketing of services.

## RESUMEN

Esta investigación presenta un análisis de la influencia de los diferentes públicos-meta en el proceso de contratación y utilización electiva de un hospital, y tuvo como objetivo aclarar el desempeño de los principales actores envueltos en la prestación de servicios médicos hospitalares, insertados en el campo de la salud suplementaria nacional, órgano vinculado al Ministerio de la Salud. El referencial teórico fue alicerzado en las teorías referentes al compuesto de marketing, los canales de marketing, comportamiento del consumidor en general y al comportamiento del consumidor de servicios, la segmentación del mercado y los conceptos de oferta de servicios. Se buscó describir la relevancia de las organizaciones hospitalarias y las relaciones como prestadores de servicios. Se presentó la influencia de los médicos como actores en este escenario. Tuvo como base informaciones de naturaleza documental y de entrevistas semiestructuradas realizadas con dos dirigentes de hospitales generales privados, ambos certificados por la "Organização Nacional de Acreditação" y afiliados a la "Associação Nacional de Hospitais Privados" del municipio de São Paulo, en agosto de 2006. Las entrevistas fueron evaluadas por la técnica de Análisis de Contenido, conforme preconizado por Laurence Bardin (2004). Los resultados cualitativos permitieron formular la hipótesis de que existe una preponderante influencia de las operadoras de la salud en el proceso de contratación y utilización electiva de un hospital, influencia esa que también es ejercida por los médicos, pero en menor escala. Los potenciales pacientes, o sea, más o menos 36 millones de beneficiarios, son actores que ejercen una mínima influencia en relación a la contratación y utilización electiva de un hospital, comparada con la influencia de la operadora de salud, el hospital y el médico. Una de las entrevistas identifica la influencia de los correctores de planos de salud, actor que no aparece en el referencial teórico, lo que puede ser anotado para estudios adicionales con el fin de comprenderlos mejor y verificar el grado de su posible participación en el proceso. Al final, se sugiere que sea profundado este análisis por la relevancia social que encierra y por la fundamental importancia del servicio prestado.

Palabras clave: Hospitales. Salud Suplementaria. Públicos-meta. Pacientes.

Marketing de servicios.

# **1 INTRODUÇÃO**

## **1.1 Origem do Estudo**

A escolha do tema desta dissertação se deve ao interesse em analisar a influência dos diferentes públicos-alvo no processo de contratação e utilização eletiva de um hospital, principalmente em função da experiência do autor como médico e administrador de um hospital, local onde podem ser observados, concomitantemente, distintos atores e interesses. Na gestão hospitalar há necessidade de os dirigentes atuarem de diferentes modos quando a relação se dá com cada um dos públicos-alvo. Essencialmente por essa razão, este estudo pode colaborar, dentro de suas limitações, com o tema em questão.

## **1.2 Problematização**

Os hospitais particulares são contratados pelas operadoras de saúde. Estas disponibilizam a rede contratada a seus segurados mediante livre acesso dirigido, ou seja, há livre escolha do prestador de serviço, por iniciativa do usuário, mas restrita a um livro ou a outra forma de consulta disponível contendo a listagem de todos os possíveis locais de atendimento, direcionando, portanto, a utilização para um determinado consultório, hospital, médico ou laboratório.

Quando a operadora de saúde comercializa o plano de saúde, ela o faz com base na rede contratada por tipo de prestador de serviços de saúde. Por essa razão, o usuário pode utilizar-se de um determinado serviço de acordo com a rede de cobertura adquirida.

Os médicos e os outros prestadores de serviços são igualmente contratados ou credenciados. Depois têm seu nome exposto, pelas operadoras de saúde, nas listas disponibilizadas.

Os médicos optam pelo hospital a que o paciente tem o acesso assegurado pelo seu contrato com a operadora, quando da utilização eletiva, isto é, quando não há urgência ou emergência médica.

A Associação Médica Brasileira - AMB - define atendimento eletivo como aquele que ocorre em procedimentos rotineiros, enquanto o Ministério da Saúde o define como o prestado a quem não necessita de atendimento de urgência ou emergência. Por seu turno, o Conselho Federal de Medicina, conforme anexo A (p. 103) define urgência como sendo o atendimento à ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata, definindo, também, emergência como a constatação médica de risco iminente de vida ou sofrimento intenso determinando tratamento médico imediato.

Portanto, em tratamentos eletivos, há a possibilidade de escolha, por parte dos atores envolvidos, da data, do horário e do local para a realização do atendimento e/ou do tratamento médico, uma vez que não há necessidade de atendimentos urgentes ou de emergência.

Uma das maiores dificuldades que os hospitais têm é precisar quais são seus públicos e como satisfazê-los, por causa das diferentes características de cada um, uma vez que eles têm variados graus de necessidades e expectativas. Portanto, é fundamental que os hospitais identifiquem os públicos com os quais se relacionam (SILVEIRA, 1995).

Esses diferentes públicos-alvo participam da decisão de utilização eletiva de um hospital, sem, necessariamente, comunicarem-se previamente.

Descrevem Maia e Gil (2002) que, segundo afirmação do Gerente de Relacionamento com o Mercado de um hospital particular da cidade de São Paulo, o hospital tem procurado atender com qualidade seus quatro clientes: pacientes, médicos, compradores de serviços (seguradoras e operadoras de plano) e acompanhantes.

Os familiares e amigos do paciente são relevantes e podem influenciar futuras decisões de voltar a usar os serviços do hospital (SCHIFFMAN; KANUK, 1999).

O trabalho de divulgação de um hospital, no âmbito dos públicos-alvo, é uma constante atividade de marketing que se destina à atração e à expansão do segmento conquistado (LIMA-GONÇALVES; ACHÉ, 1999).

A administração hospitalar tem-se valido das abordagens convencionais de marketing, sem, no mais das vezes, considerar as especificidades do setor, como, por exemplo, a complexidade do processo de escolha do prestador de serviço, bem como a quantidade e a diversidade dos vários atores envolvidos.

Esclarecem Gouvêa, Toledo e Rodrigues Filho (2006), com base em uma pesquisa quantitativa de caráter descritivo, que a qualidade dos médicos, da rede hospitalar e do laboratório é o principal fator considerado pelos usuários dos planos médicos.

A inquietação que essa problematização revela, entre outras, está ligada ao fato de que o serviço hospitalar eletivo é, em larga escala, contratado, utilizado, influenciado e avaliado, ao mesmo tempo, por públicos-alvo diferentes.

Por essas razões, acentua-se a influência dos diferentes públicos-alvo no processo de contratação e utilização eletiva de um hospital, de modo que os aspectos até aqui considerados conduzem ao seguinte problema de pesquisa:

Qual a influência dos diferentes públicos-alvo no processo de contratação e utilização eletiva de um hospital?

### **1.3 Objetivo**

O objetivo desta pesquisa é conhecer a influência dos diferentes públicos-alvo no processo de contratação e utilização eletiva de um hospital.

### **1.4 Justificativa do estudo**

Descrevem-se, a seguir, aspectos importantes que devem ser considerados nas relações existentes entre o hospital e seus públicos-alvo, com a finalidade de justificar este estudo.

Instruem France e Grover (1992) que o serviço de saúde é provavelmente o mais intangível de todos os serviços, porque o consumidor não pode experimentá-lo antes da compra.

Hospitais são ambientes complexos. O hospital-empresa situa-se naquele grupo de organizações que disponibilizam serviços intangíveis (LIMA-GONÇALVES, ACHÉ, 1999).

Os hospitais deveriam se transformar em organizações mais competitivas, inovadoras e criativas, de modo a melhorar seus desempenhos, gerenciar seus resultados e cumprir papéis na sociedade. Para que tudo isso ocorra, os públicos-alvo são partes indispensáveis e relevantes no processo (BLUMEN; OLIVA, 2003).

A satisfação do cliente é o grande termômetro para a avaliação do serviço. Por isso deve-se sempre conhecer os públicos-alvo para quem o serviço é prestado, assim como é fundamental determinar suas necessidades (ROSALY; ZUCCHI, 2004).

A utilização eletiva dos serviços é gerada pelo médico e pelo paciente. No processo de contratação de um serviço, as operadoras de saúde segmentam o mercado, porque disponibilizam o acesso aos hospitais, aos médicos e aos laboratórios conforme o “produto” adquirido pelo mercado consumidor.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - é uma agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde, destinada a promover o equilíbrio nas relações entre esses segmentos, para construir, em parceria com a sociedade, um mercado sólido, equilibrado e socialmente justo. Reúne pouco mais de 2.000 empresas operadoras de planos de saúde, além de hospitais, laboratórios, clínicas, médicos, dentistas e outros profissionais de saúde. Toda essa rede prestadora de serviços de saúde atende a 43,1 milhões de usuários, sendo 36,2 milhões se não forem considerados os vínculos odontológicos (ANS, 2006).

As regras que orientam o funcionamento do setor (que surgiu em meados dos anos 60 e se expandiu significativamente nos anos 80) estão definidas na Lei 9.656/98 e na MP 2.177-44, atualmente em vigor. Essa lei estabeleceu critérios para a entrada, o funcionamento e a saída de operação de empresas no setor. Discriminou também os padrões de cobertura e de qualidade da assistência e transferiu para o Poder Executivo Federal a responsabilidade pela regulamentação da atividade econômica das Operadoras e da assistência à saúde por elas prestada e o dever de fiscalização do cumprimento das normas vigentes. Em adição, a legislação definiu os atributos

essenciais e específicos dos planos de saúde que servem de referência para todos os contratos que venham a ser celebrados (ANS, 2006).

Os dirigentes hospitalares - haja vista as informações relativas às despesas assistenciais com os beneficiários, conforme tabela 1 - ambicionam que suas instituições possam ser credenciadas ou contratadas pelo maior número possível de operadoras, em todos os serviços e soluções que o hospital disponibiliza. Isso pode aumentar a capacidade de atendimento e a ocupação, bem como incrementar o faturamento, uma vez que os valores envolvidos nas despesas assistenciais são relevantes.

Por outro lado, nota-se que do ano de 2002 a 2005 houve crescimento de 30% nas despesas assistenciais, exigindo das operadoras um controle sobre os gastos.

**TABELA 1: EVOLUÇÃO DA DESPESA ASSISTENCIAL MÉDICO-HOSPITALAR E DOS BENEFICIÁRIOS DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE**

<b>Modalidade da operadora</b>	<b>Despesas em 2002 (R\$)</b>	<b>Despesas em 2003 (R\$)</b>	<b>Despesas em 2004 (R\$)</b>	<b>Despesas em 2005 (R\$)</b>
Autogestão	399.097.042	413.649.173	568.688.961	637.421.495
Cooperativa médica	6.817.574.775	7.899.302.654	9.177.770.387	10.634.560.422
Medicina de grupo	6.047.502.475	7.023.179.375	7.783.185.947	8.353.288.936
Seguradora de saúde	5.102.079.877	5.779.630.973	6.562.349.818	7.119.895.660
Despesas das operadoras, exceto filantropia e odontologia de grupo	18.366.254.169	21.135.762.175	24.091.995.113	26.745.166.513
Beneficiários, exceto filantropia e odontologia de grupo	30.664.929	31.207.634	32.803.813	34.509.864
Custo assistencial por beneficiário por ano	598,32	677,26	734,42	775,02

Fonte: ANS (2006). Adaptado pelo autor.

Os médicos viabilizam a utilização do serviço contratado. Geralmente não influenciam o processo de contratação de um hospital por parte da operadora, pois são profissionais que se adaptam e podem atuar em qualquer nosocômio, muito embora tenham preferências pessoais ao definir um determinado hospital para utilização eletiva.

De acordo com Schiffman e Kanuk (1999), os hospitais estão realizando ações de marketing junto aos médicos, a fim de se tornarem referência quando da necessidade de internação de um paciente.

Descrevem Rocha e Mello (2000) que a maioria dos pacientes de classes sociais mais altas de um hospital particular se associa a um plano de saúde para fazer frente aos altos custos de tratamentos médicos. O paciente chega ao hospital por intermédio de seu médico ou convênio, levando os hospitais a ter uma boa relação com esses agentes.

Relevante também é a expectativa de benefício dos públicos-alvo em função do alto risco percebido na utilização do serviço hospitalar, pelas características que envolvem o cuidado com a saúde ou a recuperação da doença.

A relevância econômica, financeira e social do tema está diretamente ligada à gestão hospitalar, pois os recursos físicos, técnicos e humanos podem ser mais bem direcionados conhecendo-se a influência dos diferentes públicos-alvo e sua participação em cada etapa do processo. Quanto melhor for descrito o alcance de cada um dos públicos-alvo, bem como seu perfil no processo de contratação e utilização eletiva de um hospital, melhor poderá ser o processo de comunicação com cada um deles.

Apontam Rocha e Mello (2000, p. 274) que “a relação entre as instituições médico-hospitalares privadas e os convênios, planos e seguros de saúde é muitas vezes conflituosa”.

Entender a influência dos diferentes públicos-alvo no processo poderá contribuir para uma melhor compreensão e provável adequação do Composto de Marketing dos hospitais a cada um dos públicos-alvo.

Dessa forma, este estudo surgiu da suposição de que o hospital, os médicos e seus pacientes, assim como as fontes pagadoras, exercem, em um mesmo cenário, influências diferentes e que, portanto, o melhor esclarecimento de cada um delas e sua relação com os conceitos de marketing podem contribuir, em certa medida, com o aperfeiçoamento do relacionamento entre esses atores.

Como esta suposição não encontrou, de maneira clara, respaldo na literatura, pelas escassas informações disponíveis, desenvolveu-se (por essa razão, entre outras) uma pesquisa exploratória.

### **1.5 Delimitação do estudo**

Realizou-se uma pesquisa de campo, em dois hospitais gerais, privados, de grande porte, acreditados pela ONA e associados à ANAHP na cidade de São Paulo, em agosto de 2006, conforme critérios demonstrados na metodologia desta dissertação.

Consideraram-se exclusivamente os atendimentos médico-hospitalares vinculados a uma operadora de saúde, uma vez que o número de doentes particulares vem se reduzindo gradativamente. Dados disponíveis dão conta de que, nos hospitais de São Paulo, sua presença é menor que 10% do censo diário de doentes internados (LIMA-GONÇALVES, 2002).

### **1.6 Vinculação à linha de pesquisa**

Este trabalho está vinculado à linha de pesquisa Gestão e Inovação Organizacional.

## 2 REFERENCIAL CONCEITUAL

São apresentados a seguir, os conceitos de organização, da unidade hospitalar, dos médicos e suas relações sociais com os públicos-alvo, do comportamento do consumidor, da segmentação do mercado, do marketing de serviços e dos canais de distribuição.

Para evidenciar-se a complexidade do cenário de um hospital e a relação entre esses conceitos e a compreensão do processo de contratação e utilização eletiva de um hospital, serão analisadas as relações entre os públicos-alvo e os diferentes aspectos do marketing.

### 2.1 Os públicos-alvo de um hospital

Definem Kotler, Hayes e Bloom (2002) que os públicos-alvo são grupos de pessoas e/ou organizações que têm real ou potencial interesse em relação a uma empresa. Seus universos abrangem os compradores em potencial, os atuais usuários, as pessoas que tomam as decisões de compra e aqueles que as influenciam, conforme quadro 1: Para fins desta dissertação, será adotada a conceituação de públicos-alvo apresentada no quadro abaixo.

**QUADRO 1: OS PÚBLICOS DE UM HOSPITAL**

<b>Público</b>	<b>Representado</b>	<b>Explicação</b>
Fornecedores	Fornecedores de insumo	Os que disponibilizam bens ou serviços para o hospital.
	Entidades certificadoras	Entidades federais, estaduais e municipais. Associações como ONA, ANAHP, CRM e COREN.
	Empresas que contratam e pagam os serviços em nome de terceiros	Saúde Suplementar: Medicinas de grupo, cooperativas, seguro saúde e planos de autogestão.
Internos	Gerência e conselho de administração	Executivos, grupo hierárquico gerencial e o Presidente.
	Funcionários	Equipe remunerada para realizar serviço.

## Continuação do QUADRO 1

Intermediários	Distribuidores	Médicos que encaminham os pacientes para internação hospitalar ou o hospital que oferece espaço para atendimento médico.
	Agentes	Os canais de referência. Os que fazem a indicação a uma especialidade médica de um hospital.
	Facilitadores	Médicos que indicam os hospitais.
Consumidores	Clientes	Pacientes, parentes e acompanhantes.
	Públicos locais	Moradores da vizinhança e as organizações comunitárias locais.
	Públicos ativistas	Mídia de massa e organizações de apoio, proteção e defesa do consumidor.
	Meios de comunicação	Jornais, revistas, TV e outros.
	Concorrentes	Ambiente competitivo em geral, inclusive em hospitais do setor público.

Fonte: Kotler, Hayes e Bloom (2002). Adaptado pelo autor.

Todas as empresas prestadoras de serviços profissionais têm públicos diversificados e precisam gerenciar relações interativas com a maioria deles, mas nem todos os segmentos de público são igualmente atrativos ou importantes para uma organização (KOTLER; HAYES; BLOOM, 2002).

No hospital particular, os médicos internam seus pacientes, que ficam, geralmente, com acompanhantes em tempo integral, os quais, ainda, poderão ser pacientes em potencial e também avaliam o funcionamento da equipe hospitalar. Aliam-se aos pacientes pressionando e exigindo um desempenho diferenciado. Por sua vez, o hospital precisa dos médicos para que estes lá internem seus pacientes. Todos pressionam e exigem atendimento impecável. Em linhas gerais, todos pretendem um atendimento prioritário e exclusivo (MALDONADO; CANELLA, 2003).

As ações de uma empresa devem levar em consideração, além do consumidor, os lucros, o entendimento do mercado e a influência de todos os seus públicos,

inclusive clientes, empregados, fornecedores, a comunidade e o público em geral (PRADO, 1995).

Para Ford e Fotller (2000, *apud* LOURES, 2003), os serviços de saúde apresentam três características próprias: pagamentos feitos por uma fonte pagadora, o poder de decisão dos médicos e a estrutura regulatória do setor.

Conceitua Hume (2003) que clientes internos de um hospital são os funcionários, os prestadores de serviço, os serviços terceirizados, os profissionais de saúde e o médico, sendo este o principal cliente interno do hospital.

Day (2001) propõe a necessidade de definir, desenvolver, entregar e manter valor para o cliente. Denomina esse processo ciclo de valor. Esta é mais uma razão para se conhecer os públicos-alvo e suas necessidades.

Já Ferrell e Hartline (2005) explicam que valor significa diferentes coisas para pessoas diferentes. Decompõe-se em benefícios e custos para o consumidor. É uma avaliação subjetiva, a fim de determinar o quanto vale a oferta do produto de uma empresa comparada com outras. Os benefícios compreendem a qualidade do produto final, a qualidade suplementar e a qualidade experiencial. Já os custos se referem aos custos monetários e não monetários.

Como as operadoras de saúde são as que tratam do custo monetário na relação com os hospitais, cabe aos consumidores ou pacientes, em larga escala, avaliar a qualidade e os custos não monetários.

Por seu turno, Silveira (1995) descreve os públicos-alvo de um hospital conforme o quadro 2 a seguir:

#### **QUADRO 2: OS PÚBLICOS-ALVO DE UM HOSPITAL**

<b>Tipos de públicos-alvo</b>	<b>Descrição</b>
Doadores	São pessoas ou organizações que fazem doações financeiras ou de outras formas para a instituição.
Fornecedores	São pessoas ou organizações que vendem bens ou serviços aos hospitais. Incluem-se os terceirizados.

Continuação do QUADRO 2	
Organizações regulamentadoras	São os conselhos de classe, sindicatos, ministério da saúde, secretarias municipais, estaduais, associações de classe e similares.
Entidades pagadoras	Sistema supletivo de assistência médica.
Acionistas e investidores	<i>Shareholder</i>
Funcionários	Empregados assalariados.
Médicos	São os que indicam o hospital para o paciente. Exercem livre escolha dirigida e influem na imagem do hospital.
Pacientes	Um dos públicos mais importantes. É quem recebe o serviço.
Concorrentes	Competidores diretos.
Voluntários e comunidade em geral	Serviços voluntários e a vizinhança.

Fonte: Silveira (1995). Adaptado pelo autor.

Uma conceituação paralela apresenta Harrison (2005), que define públicos de interesse como grupos ou indivíduos que podem afetar ou serem significativamente afetados pelas atividades de uma organização, pois têm ou acreditam ter um direito legítimo sobre algum aspecto da instituição ou de suas atividades. Para ele, em uma organização, podemos ter os seguintes públicos de interesse:

- Grupos de ativistas;
- Concorrentes;
- Comunidades locais;
- Clientes;
- A mídia;
- Agências e administradores governamentais;
- Intermediários financeiros;
- Sindicatos;
- Fornecedores.



## 2.2 O papel das organizações hospitalares

Organizações podem ser definidas como sistemas de ação social, contendo estruturas adaptativas que enfatizam códigos, personalidade de um grupo e a sujeição a determinadas normas culturais. São integradas com alto grau de homogeneidade e estruturalmente determinadas por uma lógica de sobrevivência comum ao ambiente ao qual pertencem (VIEIRA; VILARINHO, 2004).

Para Maximiano (2004), organização é um atributo de qualquer conjunto estruturado ou ordenado segundo algum critério ou ainda um sistema de recursos que procura realizar objetivo ou conjunto de objetivos. Para esse autor, o principal motivo para a existência das organizações é o fato de que certos objetivos institucionais só podem ser alcançados por meio de ações ordenadas de grupos de pessoas. Ele mesmo cita que as organizações são também conceituadas como grupos sociais deliberadamente orientados para determinadas finalidades e afirma que “uma organização em particular pode produzir diferentes produtos e, ao mesmo tempo, prestar diferentes serviços” (p. 130) e que “organizações têm objetivos de longo prazo com seus clientes ou usuários, que são denominados missões ou negócios” (p. 131).

Organização, enquanto palavra descritora, é associada à necessidade de ordenar as diversas ações que formam os empreendimentos industriais, comerciais ou de prestação de serviços (SATO, 2002).

A palavra hospital deriva do latim *hospitale*, que significa hospedaria, local originalmente destinado a abrigar convidados ou desconhecidos. Os hospitais evoluíram como instituições de caridade, abrigando refugiados, dando pensão para os necessitados, os idosos ou enfermos, bem como isolando pessoas portadoras de doenças contagiosas. Nada de especial era feito aos abrigados: apenas custódia e consolo aos necessitados (SILVEIRA, 1995).

O hospital, como organização para fins terapêuticos, é uma instituição relativamente recente, segundo Foucault (2004). Os primeiros hospitais originam-se no final do século XVIII, quando se procura transformar os antigos depósitos de doentes em instituições que proporcionassem assistência à saúde e a prática médica (GURGEL Jr.; VIEIRA, 2002).

Por conta das guerras em séculos passados, a criação de hospitais militares foi abundante, já que os guerreiros eram pessoas contratadas para lutar, desprovidas de formação militar. O advento do treinamento bélico e da criação de soldados profissionais conduziu as instituições militares a cuidarem (quando das doenças) de seus soldados, pois sua formação demandava custos. A disciplina militar influenciou o funcionamento do hospital como o conhecemos hoje. Processos de documentação formal foram então incorporados às rotinas hospitalares, proporcionando controle e coordenação (FOUCAULT, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu hospital como sendo a parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa como preventiva, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio, e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais.

Vale destacar a definição de hospital proposta pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS): são todos os estabelecimentos com pelo menos 5 leitos, para internação de pacientes, que garantem um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos. Além disso, considera-se a existência de serviço de enfermagem e atendimento terapêutico direto ao paciente, durante 24 horas, com a disponibilidade de serviços de laboratório e radiologia, serviço de cirurgia e/ou parto, bem como registros médicos organizados para a rápida observação e acompanhamento dos casos.

Sobre a complexidade da instituição, elucida Hume (2003) que o hospital é um estabelecimento peculiar, não só pela própria natureza de sua atividade, que é assistir pessoas com algum tipo de doença, mas também pela sua própria composição físico-funcional. É nele que se encontram equipamentos e instalações sofisticadas, que exigem redobrada atenção para que suas ações possam ser desenvolvidas a contento.

Segundo Peter Drucker, citado por McManis (1993), nunca na história da humanidade foi construído algo como o hospital moderno, provavelmente muito

complexo para ser administrado, salientando, ainda, que o advento do sistema suplementar de saúde complicou ainda mais esse setor.

Organizações hospitalares são diferentes, complexas e únicas, se comparadas a outros tipos de empresas, em especial às indústrias, o que traz outras conseqüências diretas ao seu gerenciamento (SANTOS, 1998, *apud* HUME, 2003).

Hume (2003) descreve a complexidade da organização hospitalar, frisando que os sistemas de saúde são uma das mais complexas normas conhecidas na sociedade contemporânea. Salienta, ainda, a participação simultânea de profissionais das mais variadas formações e que se relacionam por um objetivo comum: atender ao paciente.

Conforme Nogueira (1994, *apud* Gurgel Jr. e Vieira, 2002), o hospital é um ambiente onde se evidenciam ao mesmo tempo interesses dos usuários (pacientes), dos trabalhadores (empregados), dos acionistas e mantenedores (em hospitais privados), dos fabricantes (insumos), das autoridades constituídas (agentes reguladores e de fiscalização) e das fontes pagadoras (seguros e planos de saúde).

Para Bateson e Hoffman (2001, p. 53):

Hospitais são singulares entre empresas prestadoras de serviço no sentido de que fornecem serviços de que quase todas as pessoas precisam, mas nem todas necessariamente querem. Relativamente poucas pessoas usam serviços de um hospital por escolha.

A organização hospitalar é complexa pelas inúmeras razões descritas e também por apresentar uma equipe multidisciplinar, de diferentes categorias profissionais, com elevado grau de autonomia e que faz uso de tecnologia de ponta de rotina. Além disso, é um espaço de ensino, aprendizagem e de produção científica, conforme sustentam Gurgel Jr. e Vieira (2002).

Para Maximiano (2004), hospitais são organizações profissionais, pois se baseiam na gestão do conhecimento. Os profissionais de saúde que trabalham em um hospital constituem o que pode ser chamado de núcleo operacional, pois estão envolvidos diretamente no fornecimento de serviços.

Alertam Vieira e Vilarinho (2004) que hospitais precisam considerar os ambientes institucionais que lhes servem de referência, adaptando-os às demandas sociais.

### **2.2.1 A Organização Nacional de Acreditação - ONA**

Com a Constituição de 1988, que definiu a saúde como direito social e universal, fazendo com que, desta forma, os hospitais deixassem de ser os centros do modelo assistencial, transferindo aos municípios a gestão dos serviços de saúde, passou-se a observar a importância do desenvolvimento de instrumentos gerenciais relacionados com a avaliação dos serviços oferecidos à população. Assim, no início da década de 90, surgem no Brasil iniciativas regionais relacionadas diretamente com a acreditação hospitalar, mais especificamente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul (ONA, 2006).

O tema acreditação começa a ser discutido com maior intensidade no âmbito do Ministério da Saúde em junho de 1995, com a criação do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS). Este programa envolveu a formação da Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade, da qual faziam parte, além de seu grupo técnico, representantes de provedores de serviço, da classe médica, dos órgãos técnicos relacionados ao controle da qualidade e representantes dos usuários dos serviços de saúde. Essa Comissão ficou responsável pela discussão dos temas relacionados com a melhoria da qualidade do serviço prestado, definindo estratégias para o estabelecimento das diretrizes do PGAQS.

O grupo técnico do Programa iniciou levantamento de Manuais de Acreditação utilizados no exterior tais como nos Estados Unidos, no Canadá, na Espanha, na Inglaterra e em outros países, além dos manuais que começavam a ser utilizados no Brasil pelos estados anteriormente mencionados (Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Paraná).

Esse conjunto de atividades fez com que fosse encaminhado um projeto ao Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade (PBQP), em que se definiam metas para a implantação de um processo de certificação de hospitais, identificado como Acreditação Hospitalar (ONA, 2006).

A partir do Manual editado pela Organização Pan-americana de Saúde e das experiências estaduais, buscou-se estabelecer um consenso de opiniões para alcançar padrões de avaliação comuns a todos. Surge, em 1998, o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.

Dada a necessidade da existência de um conjunto de regras, normas e procedimentos relacionados com um sistema de avaliação para a certificação dos serviços de saúde, é constituída, em maio de 1999, a Organização Nacional de Acreditação (ONA). Inicia-se a partir daí a implantação das normas técnicas, o credenciamento de instituições acreditadoras, o código de ética e a qualificação e capacitação de avaliadores.

A ONA - Organização Nacional de Acreditação - é uma organização não governamental, caracterizada como pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, com abrangência de atuação nacional. Tem por objetivo geral promover a implementação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a garantir a qualidade na assistência aos cidadãos brasileiros, em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do País. É a organização que realiza o processo e a acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, sendo acreditação um sistema de avaliação e certificação da qualidade de caráter voluntário, periódico e reservado (ONA, 2006).

A *Missão* da ONA é promover o desenvolvimento de um processo de acreditação visando aprimorar a qualidade da assistência à saúde em nosso país. Sua *Visão* é tornar o Sistema Brasileiro de Acreditação e a Organização Nacional de Acreditação, até 2010, uma referência nacional e internacional, com uma metodologia reconhecidamente sólida e confiável, comprometida com a viabilização de um processo de melhoria contínua, qualidade e produtividade no setor da saúde. Seus *Valores* são: Credibilidade, Legitimidade, Qualidade, Ética e Resultado.

Nas experiências brasileira e internacional, a acreditação é uma ação coordenada por uma organização ou agência não governamental, encarregada do desenvolvimento e da atualização da sua metodologia.

Em seus princípios, tem um caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial, não devendo ser confundida com os procedimentos de licenciamento e ações típicas de Estado.

Têm-se como principais vantagens da acreditação:

- segurança para os pacientes e profissionais;
- qualidade da assistência;
- construção de equipes e caminho para melhoria contínua;
- útil instrumento de gerenciamento;
- critérios e objetivos concretos adaptados à realidade brasileira.

No processo da acreditação, os principais interessados são:

- os líderes e administradores;
- os profissionais de saúde;
- as organizações de saúde;
- os sistemas compradores;
- o governo;
- o cidadão.

Dentro do Sistema Brasileiro de Acreditação, o processo de avaliação para certificação é de responsabilidade das Instituições Acreditoras Credenciadas pela ONA, atividade que é desempenhada pela equipe de avaliadores das Instituições Acreditoras Credenciadas, tendo como referência as Normas do Sistema Brasileiro de Acreditação e o Manual Brasileiro de Acreditação.

De acordo com a ONA (2006), a avaliação para certificação pode resultar em:

- Organização Prestadora de Serviços de Saúde Acreditada (Certificado com validade de 2 anos) - nível 1;

- Organização Prestadora de Serviços de Saúde Acreditada Plena (Certificado com validade de 2 anos) - nível 2;
- Organização Prestadora de Serviços de Saúde Acreditada com Excelência (Certificado com validade de 3 anos) - nível 3.

Até agosto de 2006, a ONA certificou em todo o Brasil 89 organizações prestadoras de serviços de saúde da seguinte forma: 2 serviços ambulatoriais, terapêuticos e/ou de pronto atendimento, 4 serviços de hemoterapia, um serviço de assistência domiciliar, 13 laboratórios de diagnóstico, 6 serviços de nefrologia e terapia renal substitutiva e 63 hospitais, sendo doze no município de São Paulo.

Dos hospitais certificados pela ONA no Brasil, 39% possuem a categoria Hospital Acreditado, 46% Hospital Acreditado Pleno e 15% Hospital Acreditado com Excelência.

### **2.2.2 A Associação Nacional de Hospitais Privados - ANAHP**

A ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados - fundada em 10 de maio de 2001, durante o Brasil *Top* Hospital - Primeiro Fórum Nacional de Hospitais Privados, realizado em Brasília.

O Fórum, que reuniu representantes de 23 hospitais particulares, líderes em qualidade e excelência no atendimento, constatou a necessidade de se instituir um órgão para defender os interesses e as necessidades do setor e expandir as melhorias alcançadas pelas instituições privadas para além das fronteiras da saúde suplementar, favorecendo a todos os brasileiros (ANAHP, 2006).

A criação da ANAHP foi firmada por meio da Carta de Brasília, que reúne as diretrizes e os objetivos da associação, e foi assinada em 11 de maio de 2001 pelos representantes dos 23 hospitais fundadores.

A ANAHP é, portanto, a representante das instituições hospitalares privadas, com ou sem fins lucrativos, consideradas, em âmbito nacional, como as que prestam os melhores serviços médico-hospitalares.

Logo após sua fundação, foram criados os comitês, que têm a proposta de organizar o trabalho sempre em benefício dos associados, em diferentes frentes, estabelecendo relações institucionais com as fontes pagadoras, promovendo o ensino e a pesquisa, e buscar melhor qualidade de atendimento e gestão.

Em 13 de setembro de 2001, a ANAHP estabeleceu seu estatuto, que determina as regras de inclusão e exclusão de associados, assim como as normas de funcionamento da associação, periodicidade da eleição para presidência e diretoria e descrição das atividades dos gestores.

No mesmo mês, realizou-se a votação que elegeu o primeiro presidente da associação e mais seis vice-presidentes, peças-chave na organização dos comitês e no início da tarefa de tirar do papel os objetivos e as diretrizes que norteiam a Carta de Brasília. Em outubro de 2005, a ANAHP elegeu sua segunda e atual diretoria.

Em 17 de fevereiro de 2006, a ANAHP definiu o seu segundo planejamento estratégico, sendo determinado que: sua *Visão* é ser reconhecida como a instituição representativa dos hospitais de excelência no setor privado, liderando o processo de fortalecimento do sistema de saúde; sua *Missão* é representar os legítimos interesses dos seus associados, desenvolvendo uma imagem de agregação de valor e, por meio de iniciativas inovadoras e modelos de excelência, promover a qualidade da assistência médico-hospitalar no Brasil; seus *Valores* são: o Espírito Associativo, o Empreendedorismo, a Ética, a Responsabilidade Social e a Gestão de Excelência, e seus *Objetivos* são:

- congregar os hospitais privados considerados, em âmbito nacional, detentores dos melhores padrões de qualidade;
- promover a melhoria contínua da qualidade dos serviços, criando condições para sua certificação, além de agregar à cultura brasileira o conceito de saúde como um valor maior;
- reunir, produzir, sistematizar e disseminar conhecimentos interdisciplinares que dizem respeito à gestão das instituições;
- promover a ampliação e a liderança de atuação de suas associadas no mercado suplementar de saúde;

- formar, aperfeiçoar e especializar profissionais para a prestação de serviços médico-hospitalares, bem como para o gerenciamento de instituições hospitalares privadas;
- promover a troca de experiências científicas, técnicas, empresariais e gerenciais, com vistas à melhoria dos serviços médico-hospitalares do país;
- atuar no sentido de racionalizar e otimizar os recursos disponíveis para operacionalização do sistema de prestação de serviços médico-hospitalares de suas associadas;
- cooperar, apoiar e manter contato com entidades congêneres ou outras entidades associativas, nacionais e estrangeiras;
- desenvolver formas de relacionamento com as fontes pagadoras, visando a mais justa e adequada rentabilidade das instituições associadas;
- exercer quaisquer outras atividades que visem resguardar ou defender os interesses de suas associadas, sempre dentro de uma conduta ética e legal.

### **2.3 Os atores do campo da saúde suplementar no Brasil**

Silva, Gobbi e Simão (2005) estabelecem que ator social seja o agente que desenvolve a ação com o propósito de atingir estados futuros, denominados metas ou objetivos, podendo ser um indivíduo ou uma coletividade (ator coletivo). Os atores se utilizam de meios ou componentes da situação, dos quais julgam ter controle, a fim de alcançar seus objetivos.

Os obstáculos que impedem, limitam ou condicionam a consecução do objetivo da ação do ator são as condições em que eles atuam. Já a conjuntura é o local onde o ator age e se constitui de objetos de orientação. Esses podem ser de ordem social (outros atores individuais ou coletivos), física (componentes da cultura) ou cultural (componentes do ambiente ou criações dos indivíduos).

Vieira e Vilarinho (2004) consideram o seguinte conjunto de atores como campo da saúde suplementar:

A) Agência Nacional de Saúde Suplementar

A ANS tem o papel de regulamentar o campo com base nos recursos de poder auferidos pela legislação, fiscalizando-o em âmbito nacional, com base em um sistema de mandato dos seus diretores e na captação de taxa junto às operadoras de planos de saúde para suporte de suas atividades.

B) Operadoras de planos privados de saúde

Têm o papel de estruturar a prestação sistêmica dos serviços de saúde contratando redes de assistência para o atendimento aos seus clientes, contratantes destes serviços. Devem ser capazes de estruturar-se organizacionalmente.

C) Prestadores de serviço de assistência à saúde

Englobam a classe médica, clínicas e hospitais, efetivando a prestação dos atendimentos aos detentores dos planos de saúde, posteriormente remunerados pelas operadoras.

D) Consumidores de planos de saúde

Contratam e utilizam os serviços de saúde e são amparados em seus direitos pelas legislações vigentes.

E) Governo Federal

Na busca pelo universalismo da atenção à saúde, fomentou, em diversas ocasiões, o surgimento e a expansão do setor privado prestador de serviços de saúde. Mais recentemente, o governo se ocupou em assegurar os direitos sociais dos usuários e promoveu a competitividade entre os prestadores.

F) Corporações multinacionais estrangeiras

Foram as primeiras que, com recursos próprios, financiaram a promoção de assistência à saúde de seus empregados, contratando médicos nas fábricas, adequando um modelo de subsídio que se estende até hoje, ou seja, a saúde suplementar restrita a seus funcionários e dependentes.

### G) Classe médica

Alvo de restrições em sua atividade liberal, os médicos depararam-se com a inexorabilidade da instituição das empresas prestadoras de serviços médicos, inúmeras provenientes do setor financeiro. Eles organizaram-se e criaram recursos para concorrer no mercado em igualdade de condições e aperfeiçoando os recursos.

Os itens A, B, C e D podem ser visualizados, de forma sintética, no quadro 3 na página seguinte.

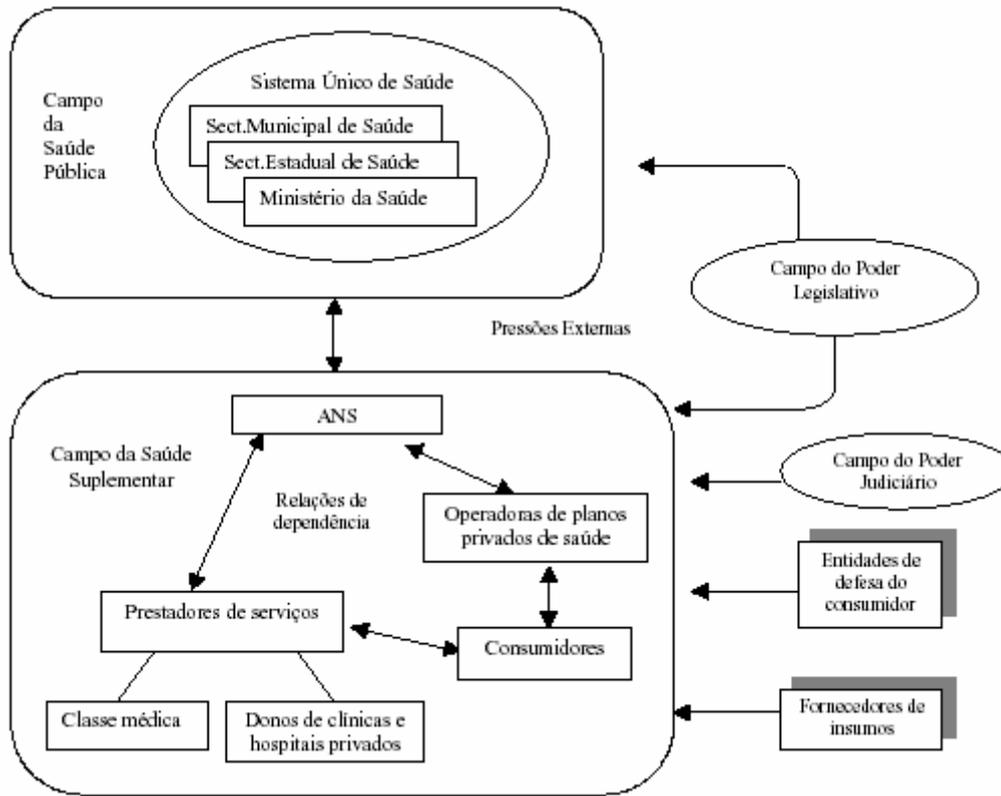
**QUADRO 3: ATORES, OBJETIVOS, PAPÉIS, RECURSOS E FONTES DE PODER DO CAMPO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL**

<b>Ator</b>	<b>Objetivos e interesses</b>	<b>Papéis</b>	<b>Recursos e fontes de poder</b>
O órgão regulador dos serviços de saúde - ANS	-Equilibrar econômica e socialmente a prestação de serviços privados de saúde para a população, em harmonia com o sistema de saúde público; - Regular a atuação das empresas.	- Regular a exploração econômica; -Articular com os principais atores do campo políticas de interesse comum; -Interferir no equilíbrio financeiro do sistema.	-Capacidade de legislar em sua esfera de competência; -Recursos financeiros e infra-estrutura físico-funcional próprios.
As operadoras de planos privados de saúde	-Mercado interno fechado; -Desempenho e crescimento econômico; -Não-intervenção do Estado.	-Supressor das deficiências do Estado no provimento de serviços de saúde para a população.	-Ampla estrutura organizacional; -Poderio econômico.
A classe médica e os prestadores de serviços	-Participação nos recursos disponíveis; -Legitimação social no contexto da saúde.	-Articulação política governamental visando interesses no campo da saúde suplementar; -Provedor da assistência à saúde da população.	-Organização em conselhos de classe, associações e federações com poderes de fiscalizar e cassar registros profissionais.
O consumidor de serviços de saúde	-Influência na formulação legal e no controle; -Articulação política; -Legitimação do direito à saúde com qualidade e a preço justo.	-Controle da assistência à saúde da população no âmbito privado, mediando a sua exploração econômica.	-Código de Defesa do Consumidor; -PROCON e IDEC; -Tribunal de Justiça; -Legitimidade social da saúde como bem de todos.

Fonte: Vieira e Vilarinho (2004). Adaptado pelo autor.

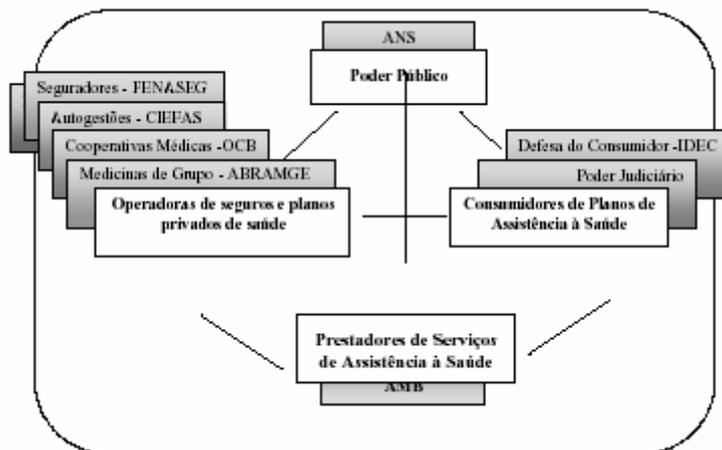
O conjunto de atores do quadro 3 pode ser visualizado nas figuras 2 e 3:

**FIGURA 2 - O CAMPO DA SAÚDE SUPLEMENTAR**



Fonte: Vieira e Vilarinho (2004).

**FIGURA 3 - AS INTERAÇÕES NO CAMPO DA SAÚDE SUPLEMENTAR**



Fonte: Vieira e Vilarinho (2004).

### 2.3.1 A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País. Foi criada com base na Lei 9.961/2000, que definiu sua finalidade, sua estrutura, suas atribuições, sua receita, sua natureza e a vinculação ao Ministério da Saúde (ANS, 2006).

A operadora de saúde é pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão, autorizada a comercializar planos privados de assistência à saúde, que constituem os conjuntos de tratamentos, serviços e procedimentos médicos, hospitalares e odontológicos adquiridos pelo beneficiário a partir da contratação de um plano de saúde (ANS, 2006).

Quanto à forma de contratação, estes planos podem ser: Individuais ou Familiares, quando celebrados entre um indivíduo e uma operadora de planos de saúde para a assistência à saúde do titular do plano e/ou de seus dependentes; ou Coletivos, quando a contratação ocorre entre uma pessoa jurídica e a operadora para assistência do conjunto de seus funcionários e dependentes.

Conforme o estatuto jurídico, as operadoras são classificadas, segundo a ANS (2006), em:

- Autogestão: entidades que operam serviços de assistência à saúde para empregados, exclusivamente, ativos ou não, ou ainda para participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classe profissionais ou assemelhados e seus dependentes.
- Cooperativa Médica: sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme a Lei 5764, de 16 de dezembro de 1971.

- Cooperativa Odontológica: sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme a Lei 5764 de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente planos odontológicos.
- Filantropia: entidades sem fins lucrativos, que operam planos privados de assistência à saúde, certificadas como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS - e declaradas de utilidade pública junto ao Ministério da Justiça ou junto aos Órgãos dos Governos Estaduais ou Municipais.
- Administradora: empresas que administram planos de assistência à saúde financiada por outra operadora. Não assumem o risco decorrente da operação desses planos, não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos nem beneficiários.
- Seguradora especializada em saúde: sociedades seguradoras autorizadas a operar planos de saúde, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo em seu estatuto social vetar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades.
- Medicina de grupo: demais empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde.
- Odontologia de grupo: demais empresas ou entidades que operam, exclusivamente, planos odontológicos.

### **2.3.2 A participação dos médicos na saúde suplementar**

Foucault (1979) aponta que até meados do século XVIII o domínio em um hospital era dos religiosos, para assegurar a salvação religiosa dos mesmos e também proporcionar assistência alimentar aos doentes. A visitação médica era rara e irregular. A partir do momento em que o hospital foi concebido como um instrumento de cura e terapêutica, o médico passou a ser o principal responsável pela organização hospitalar, que deixa de ser uma clausura religiosa para dar lugar à

organização médica. Por volta de 1770, adota-se o conceito de que o médico deve residir no hospital, para que possa ser facilmente acionado.

É nesse momento, ainda segundo Foucault, que o médico surge no hospital. Por volta de 1785, o hospital passa a ser também um local de registro, acúmulo e formação de saber, sendo que, no final do século XVIII, define-se que a formação médica deve passar pelo hospital, o que até então não ocorria.

Diz Foucault (1979, p. 44):

Constitui-se, assim, um campo documental no interior do hospital que não é somente um lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber. É então que o saber médico, que até o início do século XVIII está localizado em livros, em uma espécie de jurisprudência médica encontrada nos grandes tratados clássicos da medicina, começa a ter lugar, não mais no livro, mas no hospital; não mais no que foi escrito e impresso, mas no que é cotidianamente registrado na tradição viva, ativa e atual que é o hospital. Além da cura, o hospital é também um lugar de formação de médicos.

Foucault nos mostra que o médico passa a freqüentar o hospital como um ator importante, porém em um ambiente que já existia.

Em setembro de 2006, segundo o Conselho Federal de Medicina (2006), existiam 454.465 médicos inscritos no Brasil, sendo 310.860 ativos. Desses, 121.831 estão inscritos no Estado de São Paulo, dos quais 90.073 são ativos. Ou seja, 28,97% dos médicos ativos localizam-se neste Estado.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - CREMESP (2006) - informa que em setembro de 2006 havia na região metropolitana de São Paulo 41.246 médicos ativos, ou seja, 45,79% dos médicos do Estado de São Paulo.

Segundo o CREMESP, as más condições de trabalho e de remuneração dos profissionais de saúde, incluindo os médicos, interferem na qualidade do atendimento prestado à população, seja no setor público, seja no setor privado.

São relevantes no setor as restrições dos planos de saúde. Elas muitas vezes impedem o médico de lançar mão de todos os recursos diagnósticos e terapêuticos em benefício do paciente. Muitas empresas, alegando os custos impostos pela regulamentação do setor, estão descredenciando os médicos ou ainda diminuindo-

lhes os honorários, cujos valores estão inalterados e fixos há muitos anos (CREMESP, 2006).

O Conselho Federal de Medicina, conforme anexo B, menciona que o exercício da medicina não estará sujeito a qualquer tipo de limites, regras, restrições ou qualquer outra modalidade de restrição ou regularização que não o oriundo da atividade médica propriamente dita. A autonomia do médico e do paciente é preponderante em relação à escolha de métodos diagnósticos e terapêuticos.

No contexto hospitalar, o médico é um ator relevante. Ele, historicamente, detém o poder, a autonomia e a independência dentro dessas organizações. O modelo de educação e formação do médico não enfatiza os aspectos sociológicos, políticos ou administrativos de uma organização hospitalar, que visa à acumulação lucrativa de mercados (GURGEL Jr.; VIEIRA, 2002).

Informam Gurgel Jr. e Vieira (2002) que a padronização das habilidades dos médicos é feita externamente por fiscalizadores da categoria, o que confere autonomia e independência aos médicos, dificultando a vinculação dos profissionais com a organização e a gestão do hospital. É muito oportuna, aqui, a observação do anexo C, emanado do Conselho Federal de Medicina.

É também mandatário descrever a influência das auditorias dos planos de saúde que interferem na relação entre o médico, o paciente e o hospital. O auditor, um médico contratado pelo plano de saúde ou por empresas terceirizadas, avalia se a operadora deve ou não pagar o procedimento. Como há controvérsias no assunto, a relação entre os envolvidos pode ser desconfortável. Desde 2001 a função de médico auditor é reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina, conforme anexo D. Esse profissional pode ter acesso ao prontuário do paciente, mas interfere de forma indireta, suavizando suas ações, porque sabe que pode ser denunciado ao conselho. Há risco de deteriorar o atendimento se a lógica financeira for a base das auditorias. Os conflitos, pelas razões acima descritas, são freqüentes. A Agência Nacional de Saúde Suplementar não interfere nessa relação, limitando-se a preconizar que a atuação dos auditores deve ser analisada no campo da ética e não de uma possível regulamentação da agência que, por sua vez, tem recebido

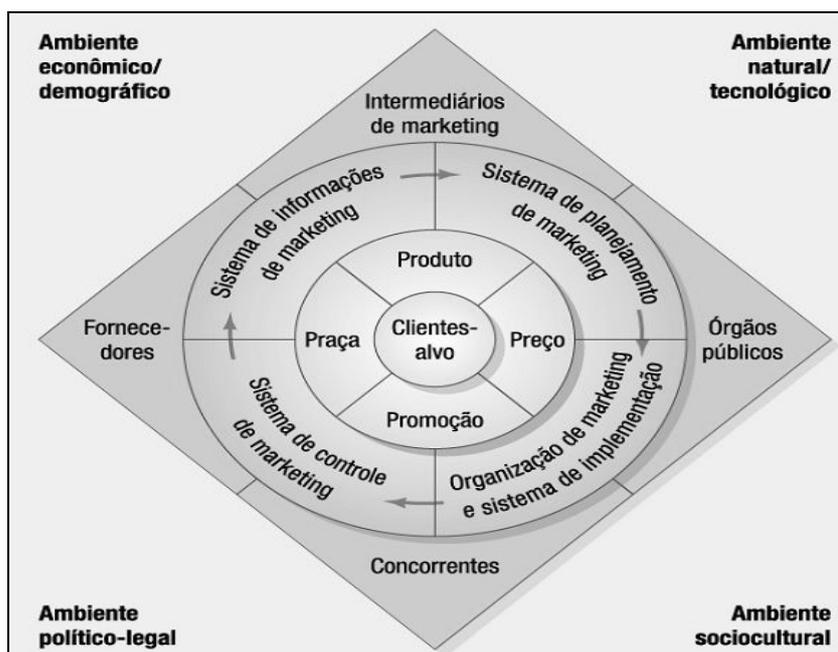
reclamações dos usuários sobre os mecanismos protelatórios (prática freqüente com razões econômicas) da autorização de procedimentos médicos (COLLUCCI, 2006).

No processo de internação eletiva e considerando-se o processo de utilização de uma instituição hospitalar, Hume (2003) faz referência ao fato de que o médico tem papel fundamental no momento da escolha de um hospital.

## 2.4 O composto de marketing

Conceituam Kotler e Keller (2006) que uma maneira de descrever as atividades de marketing é a do composto, definido como o conjunto de ferramentas de marketing que a empresa usa para perseguir seus objetivos de marketing. O composto é uma das ferramentas de marketing. Outra ferramenta de marketing é a influência do ambiente de tarefa representado pelos participantes imediatos envolvidos na produção, distribuição e promoção da oferta. Há também a influência do ambiente geral representado pelo espaço em que a empresa está inserida. A gestão do composto de marketing e dos ambientes de tarefa e o ambiente geral constituem-se no planejamento de marketing, conforme figura 4.

**FIGURA 4 - FATORES QUE INFLUENCIAM A ESTRATÉGIA DE MARKETING DA EMPRESA**



Fonte: Kotler e Keller (2006, p. 24).

No que se refere a produto, a preço, a promoção e a praça, elucidam McCarthy e Perreault Jr. (1997) que há muitas maneiras possíveis de satisfazer as necessidades dos clientes-alvo. Um produto pode ter muitas características e graus de qualidade diferentes. As condições dos serviços podem ser ajustadas. A embalagem pode ser de vários tamanhos, cores ou materiais. A marca e a garantia podem ser mudadas. Várias mídias de propaganda podem ser usadas. A força de vendas pode ser usada. Preços diferentes podem ser cobrados, bem como descontos concedidos. Essas variáveis possíveis podem ser organizadas no conceito de composto de marketing, ou seja, os quatro “**Ps**”, conforme descrição abaixo:

### **1 - Praça**

Localidade onde serão inseridas as ações. Nesta denominação pode ser considerado o lugar e a hora de entrega, bem como os métodos e canais utilizados e o tipo de intermediários que serão utilizados. Cabem aqui questões relativas a transporte e armazenagem. Considera-se também a presença de intermediários, bem como o tipo e a localização de lojas, quando for o caso. Trata-se, enfim, dos meios utilizados para efetivar a transferência de posse de um bem ou de consolidar a prestação de serviços.

### **2 - Preço**

É a ação realizada frente à questão da prática de agregar um valor monetário ao bem ou serviço, ou seja, atribuir um valor àquilo que estará sendo disponibilizado ao mercado. Descontos e condições especiais de pagamento são aqui relevantes.

Consideram-se igualmente outros desembolsos do usuário para obter os benefícios do serviço. Não se limitam a preço apenas, mas podem incluir também dispêndio de tempo, esforço físico e mental ou exposição a experiências sensoriais negativas. É o custo para o cliente.

### **3 - Promoção**

São as ações promocionais que incidirão sobre o serviço, de forma a estimular a sua comercialização ou a sua divulgação.

São também as informações sobre os benefícios do produto ou serviço, onde e como obtê-los e como participar de processos de serviços. Trata-se da forma como será realizada a comunicação com o cliente.

Incluem-se aqui os vendedores, a propaganda, a publicidade, a promoção de vendas e os tipos de mídia, anúncios e seus textos.

#### **4 - Produto**

O bem físico ou o serviço são aqui conceituados. Suas características definidas. O grau de qualidade é relevante, assim como os possíveis acessórios, sua instalação e instruções de uso. Cabem aqui questões relativas à garantia, à embalagem e à marca.

O produto ou serviço são os elementos que receberão as ações. Representam o que será analisado e receberão as influências diretas dos demais “**Ps**” de marketing. Relacionam-se às soluções que serão oferecidas ao cliente.

O consumidor não faz parte do composto de marketing: ele é o alvo de todos os esforços de marketing, conforme definem McCarthy e Perreault Jr. (1997).

Asseguram Lovelock e Wirtz (2006) que o conceito dos quatro “**Ps**” de McCarthy e Perreault Jr. é útil ao abordar bens físicos; já para capturar as peculiaridades dos desempenhos de serviços, é necessário ampliá-los para sete, ou seja, acrescentar mais três conceitos de “**Ps**”.

#### **5 - Pessoas**

Entende-se por pessoas a relação que existe entre clientes e profissionais de uma empresa, uma vez que serviços dependem da interação direta de ambos e exercem forte influência sobre a percepção que o cliente tem da qualidade do serviço.

#### **6 - Processos**

Os processos compreendem o método e a seqüência de ações na performance do serviço. Podem conduzir para a alta produtividade e a menor probabilidade de falhas. O cliente é sensível ao desempenho dos processos ao tomar contato com o serviço, julgando-o neste quesito.

## 7 - Percepções

Em percepções incluem-se a aparência dos edifícios, a paisagem, os veículos, o mobiliário, os equipamentos, a sinalização, o material impresso e outros indícios visíveis, que proporcionam evidências tangíveis da qualidade de serviços de uma empresa.

Portanto, para Lovelock e Wirtz (2006), devemos considerar sete “**Ps**” quando falamos de serviços.

O marketing, que já foi rejeitado pelo setor da saúde, é agora um tópico de grande importância para sua gestão. Hospitais de todos os tipos, tamanhos, especialidades, urbanos ou não, deparam-se com problemas de marketing, o que envolve todos os públicos-alvo e toda a cadeia produtiva do setor. Os problemas como a redução da demanda ou sua imprevisibilidade podem ser solucionados mediante o uso de ferramentas de marketing, e é isso que os gestores estão buscando (KOTLER; CLARKE, 1987).

Um recurso de grande importância são as instalações de uma clínica. Não só pela localização, mas também pela decoração moderna e inovadora. Busca-se integrar o ambiente externo e o interno por meio do aroma, dos revestimentos, da comunicação interna e das cores utilizadas na pintura das paredes da instituição, além de realizar pesquisas com pacientes, familiares e médicos de forma a manter um constante acompanhamento da satisfação e da percepção dos elementos que envolvem a prestação dos serviços (ROCHA; MELLO, 2000).

Kotler e Clarke (1987) estabelecem que o marketing aplicado à administração de um hospital é a habilidade de saber como planejar e gerenciar as trocas de uma organização hospitalar com seus vários públicos. Explicam que a análise, o planejamento, a implantação e o controle de programas contribuem para criação de valor com os mercados-alvo, base para o alcance dos objetivos da organização.

Ainda segundo os mesmos autores, existem prós e contras em relação ao marketing na saúde. Críticos defendem que o marketing no setor desperdiça dinheiro, invade-o e manipula-o, causando competição e demanda desnecessária.

Por seu turno, os defensores argumentam que o marketing aumenta a satisfação dos mercados-alvo, porque consegue entender e prover melhor suas necessidades, além de aperfeiçoar o processo de desenvolvimento de novos produtos, preços, comunicação e disponibilização dos serviços.

## **2.5 O comportamento do consumidor e a saúde suplementar**

O comportamento do consumidor é definido como a conduta ou o procedimento para busca, compra, uso e avaliação de produtos, serviços e idéias com a finalidade de satisfazer as necessidades do consumidor. Vincula-se às seguintes questões: por que eles compram? quando compram? onde compram? com que frequência compram? e como compram? (SCHIFFMAN; KANUK, 1999).

Explica Solomon (1996) que comportamento do consumidor é o estudo dos indivíduos ou grupos no processo de seleção, compra, uso ou posse de serviços, idéias ou experiências para satisfazer suas necessidades ou desejos. Envolve a interação entre os consumidores e os produtos no momento da compra.

Segundo Minciotti (1987), o comportamento do consumidor é complexo. Resulta da combinação de vários fatores, como, por exemplo, motivos, atitudes, aspirações, metas, campanhas de propaganda, afiliação a grupos e ambiente econômico. Com tantas variáveis interagindo simultaneamente, torna-se complexa a determinação da importância de cada um deles, além de outros possíveis.

Krugmann (1984, *apud* MINCIOTTI, 1987) traz importante contribuição ao estudo do alto e do baixo envolvimento no processo de compra. As compras de baixo envolvimento são as também chamadas compras por impulso e não demandam esforço e comparação. Por isso o indivíduo pode primeiro comprar um produto e depois desenvolver uma atitude em relação a ele. Por outro lado, as compras de alto envolvimento demandam esforço e comparação e geralmente são feitas com base em conhecimento, interesse, avaliação, experimentação e adoção.

Minciotti (1987) apresenta as etapas do processo de decisão de compra por consumidores em situação de alto envolvimento, comportamento que também é corroborado por Kotler e Keller (2006) conforme descrito na página seguinte:

1. Necessidade sentida ou não satisfeita;
2. Procura de informações: ativa quando o indivíduo as colhe e passiva quando ele está receptivo e atento às informações a fim de satisfazer suas necessidades;
3. Avaliação das informações: as informações desencadeiam um conjunto de preferências entre as opções. Geram uma intenção de compra;
4. Decisão de compra: é o momento da compra que sofre influência das atividades de marketing desenvolvidas pelo vendedor e que podem facilitar a decisão de compra;
5. Sentimentos pós-compra: são as sensações experimentadas pelo consumidor após a compra ter sido efetuada.

Segundo Kotler e Keller (2006), o comportamento do consumidor pode ser influenciado por diversos fatores:

- A) culturais (cultura e classes sociais);
- B) sociais (grupos de referência, família e status);
- C) pessoais (idade, estágio no ciclo de vida, ocupação, estilo de vida, valores, personalidade);
- D) psicológicos (motivação, percepção, aprendizagem, memória, crenças e atitudes).

Propõem esses autores um padrão, baseado em perguntas, para entender o comportamento de compra do consumidor:

- Quem compra e quem toma a decisão de comprar o serviço?
- Quem influencia a decisão de comprar o serviço?
- O que os clientes compram?
- Que necessidades devem ser satisfeitas?

- Onde procuram o serviço?
- Como o serviço é percebido pelos clientes?
- Quais são as atitudes dos clientes em relação ao serviço?
- Que fatores sociais podem influenciar a decisão de compra?

O entendimento e o esclarecimento destas questões são importantes no processo de gestão hospitalar. Por isso, como se descreverá ao longo desta dissertação, os temas ou tópicos alusivos às questões acima servirá de referencial para a metodologia da pesquisa de campo.

Segundo Rocha e Christensen (1999), há cinco papéis de compra desempenhados por indivíduos ou organizações, que se alternam dinamicamente e que são vinculados, diretamente, com o comportamento do consumidor, conforme descrito no quadro 4 abaixo, pelo qual também podemos notar as relações entre operadoras de saúde, hospitais, pacientes e seus familiares, observando-se os papéis de compra de cada um deles.

#### **QUADRO 4 - OS CINCO PAPÉIS DE COMPRA, O AMBIENTE HOSPITALAR E A SAÚDE SUPLEMENTAR**

<b>Papéis de compra</b>	<b>Descrição</b>	<b>Equivalência na saúde suplementar</b>
Iniciadores	Pela primeira vez manifestaram a idéia ou sugeriram a aquisição do produto.	Indivíduos ou grupos que necessitam de seguro saúde.
Influenciadores	Os que tiveram qualquer influência na decisão de adquirir o produto.	Usuários que já os possuem e/ou corretores de seguro saúde.
Decisores	Tomam, de fato, a decisão de compra.	Empresas e seus departamentos específicos. Pessoas físicas propriamente ditas.
Compradores	Os que efetivamente realizam a compra.	Diretores de empresas e chefes de família.
Usuários	Indivíduos que usaram ou consumiram produtos.	Pacientes propriamente ditos.

Fonte: Rocha e Christensen (1999, p. 70). Adaptado pelo autor.

## 2.6 O consumidor de serviços

Para Bateson e Hoffman (2001), o consumidor de serviços comporta-se como o ator de um roteiro. Várias teorias podem ser reunidas no conceito de um roteiro e de um papel. Papel é o conjunto de padrões de comportamento aprendidos por experiência e comunicação que um indivíduo desempenha em uma relação social para alcançar um objetivo.

Essa explicação se fundamenta no conceito de que, em uma prestação de serviços, consumidores interpretarão papéis e sua satisfação estará diretamente unida a uma função a que os autores denominam de congruência de papel, ou seja, se os comportamentos interpretados pelos consumidores e prestadores de serviço são ou não consistentes com os papéis esperados. Assim, “em alguns serviços como os de consultoria ou médicos, nos quais o benefício básico comprado pelo consumidor é o serviço propriamente dito, a interação entre os consumidores e prestadores domina a experiência de serviços” (BATESON; HOFFMAN, 2001, p. 64).

O que prevalece em serviços é, em maior ou menor escala, a interação humana. Por essa razão, o consumidor e a equipe de contato têm um papel a desempenhar para alcançar esse objetivo.

Solomon *et al.* (1985, *apud* BATESON; HOFFMAN, 2001, p. 64) definem o conceito de expectativa de papel como sendo os privilégios, os deveres e as obrigações de qualquer pessoa que ocupa uma posição social. Em “encontro de serviços”, essa expectativa define os comportamentos do prestador e do consumidor, assim como os parâmetros dentro dos quais se espera que cada um realize seu desempenho. Agrega-se a tudo isso a percepção que o consumidor tem de seu papel, que pode diferir da do funcionário. O consumidor pode ter familiaridade ou não com o papel, razão direta do seu conhecimento e experiências anteriores. Os prestadores também conhecerão seu papel geralmente por meio de uma combinação de experiência e treinamento. Tal situação é freqüente em um hospital.

Acrescentam Bateson e Hoffman (2001) a teoria do roteiro, ou seja, a modelagem dos papéis, a fim de facilitar as interações em eventos diários e repetitivos, inclusive uma série de experiências de serviços. Quando consumidores e prestadores de

serviços sabem o que é esperado deles e são capazes de desempenhar seus papéis, todos ficam satisfeitos.

Também asseveram Bateson e Hoffman (2001, p. 66):

Um excesso de padronização e eficácia, componentes necessários de um roteiro, pode provocar conflito com a necessidade de tratar cada consumidor como uma pessoa única e cada encontro de serviços como um evento único. Fazer uso excessivo de roteiros em um encontro de serviços pode levar a uma perda de envolvimento e, com isso, de controle percebido, provocando conseqüências já mencionadas. Em serviços com nível particularmente alto de envolvimento, como o de médicos, pode ser necessário haver mais espaço para personalização.

### **2.6.1 Risco percebido e o hospital**

Risco percebido é a insegurança do consumidor sobre perda ou ganho em uma determinada transação. Aplica-se a serviços, uma vez que esses parecem criar situações de compra particularmente incertas. Quanto maior o risco percebido na decisão de compra, maior a importância da influência pessoal. O boca-a-boca passa a ser a fonte mais importante de informações para a redução de risco, e tem maior impacto em consumidores do que veículos de comunicação de massa, devido às oportunidades de esclarecimento (BATESON; HOFFMAN, 2001).

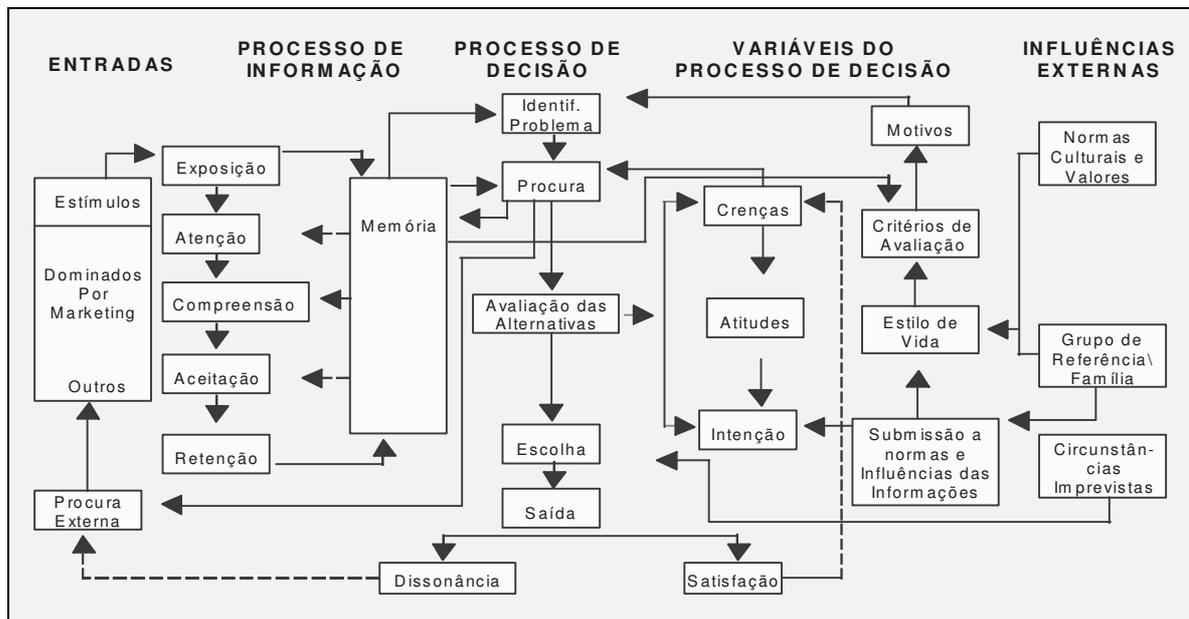
Seguem os mesmos autores explicando que fatores singulares distinguem os hospitais de outros sistemas, uma vez que nos hospitais os riscos são mais altos, porquanto um serviço ruim pode pôr em perigo a saúde ou a vida. Outro fator que diferencia os hospitais de outros sistemas é a incerteza quanto ao funcionamento do hospital que traz, no mais das vezes, por esta razão, uma experiência desconfortável no caso de o serviço ter sido prestado de modo desagradável.

O grau de envolvimento entre o prestador de serviços e o consumidor dos mesmos será determinado de acordo com a intensidade dos riscos, percebidos pelos tomadores de decisão, conforme Krugmann (1984, *apud* MINCIOTTI, 1987). Segundo sua natureza, esses riscos podem ser classificados como: financeiros, físicos, sociais, psicológicos e funcionais.

Considerando que a escolha de um hospital enseje a percepção de riscos em intensidade elevada, a utilização eletiva de um hospital deve ser caracterizada como uma “compra” de alto envolvimento pelo alto risco percebido.

Descreve Krugmann (1984, *apud* MINCIOTTI, 1987) um modelo do processo de decisão em condições de alto envolvimento, conforme figura 5:

**FIGURA 5 - MODELO DO PROCESSO DE DECISÃO EM CONDIÇÕES DE ALTO ENVOLVIMENTO.**



Fonte: Krugmann (1984, *apud* MINCIOTTI, 1987, p. 32)

A utilização dos serviços médico-hospitalares é, portanto, uma situação de alto envolvimento do paciente, uma vez que é indiscutível a forte intensidade do risco percebido.

Nesta figura, as entradas são as razões da necessidade do tratamento médico-hospitalar, o processo de informação é a primeira deliberação do paciente e a decisão de utilização condiciona-se às alternativas e à escolha do hospital segundo regras de acesso. As variáveis do processo de decisão de utilização de um serviço hospitalar relacionam-se diretamente ao médico e, por fim, as influências externas estão vinculadas, conforme a figura acima, a família, normas culturais e valores.

Para Lovelock e Wirtz (2006), a seleção de fornecedores e seus benefícios, em serviços, adquire relevância, porque envolve alto grau de atributos de experiência e credibilidade. Por esta razão, são geralmente difíceis de avaliar antes da compra e do consumo.

Busca-se minimizar o desconforto com os riscos através das seguintes ações:

- procurando informações de fontes pessoais respeitadas (familiares e amigos);
- confiando em reputação;
- procurando garantias materiais e/ou financeiras;
- visitando instalações de serviço;
- experimentando aspectos do serviço antes de comprá-lo;
- examinando indícios tangíveis ou outras evidências físicas.

Ainda conceituam Lovelock e Wirtz (2006) que uma cirurgia cardíaca, por exemplo, é o serviço mais difícil de avaliar, pois contém um alto grau de atributos de credibilidade, ou seja, características que os clientes acham difícil avaliar com confiança, mesmo após a compra e o consumo, porque o cliente é forçado a confiar que certos benefícios foram entregues.

Em serviços hospitalares, o mais evidente é o risco físico, que, conforme mencionam os mesmos autores, é o que impõe uma ameaça ao bem-estar físico ou à saúde do usuário ou de outras pessoas.

## **2.7 A segmentação do mercado**

O mercado é definido como um grupo de pessoas que tem um atual ou potencial interesse em um produto ou serviço e que pode pagar por isso, e o posicionamento competitivo é definido como o ato de desenvolver e comunicar diferenças significativas entre concorrentes em um mesmo mercado-alvo (KOTLER; KELLER, 2006).

Informam Kotler e Armstrong (1998) que segmentação do mercado é a sua divisão em grupos distintos de compradores, com diferentes necessidades, características ou comportamentos, que possam exigir produtos, serviços ou compostos de marketing específicos.

A maioria dos mercados é segmentada. Em outras palavras, grupos de clientes diferentes e identificáveis exigem benefícios diferentes, quando compram ou usam produtos ou serviços essencialmente similares. A identificação dos diferentes clientes e que papel eles têm é o que proporciona valor (HOOLEY; SAUNDERS; PIERCY, 2001).

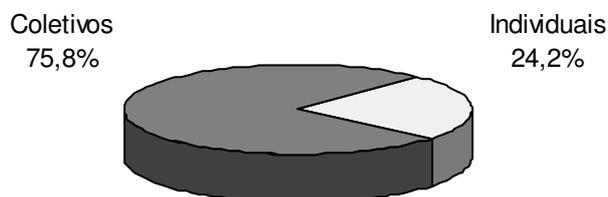
Para a segmentação de mercado ser eficaz, é necessário, de acordo com Ferrel e Hartline (2005), atender a cinco critérios:

- A) Os membros do mercado devem ser facilmente identificáveis e mensuráveis;
- B) O segmento deve ser substancialmente grande e lucrativo para valer a pena;
- C) Deve haver acessibilidade para comunicação e distribuição;
- D) O mercado deve ser responsivo aos esforços de marketing;
- E) O mercado deve estar disponível para relações de troca.

As operadoras de planos privados de saúde utilizam-se da segmentação da demanda, entre outros esforços de marketing. No caso dos seguros individuais, a segmentação da demanda tem como variável importante a renda familiar. Nos planos coletivos ou empresariais, a segmentação da demanda é opção da contratante dos serviços, e as variáveis são, além do preço, as redes de serviços utilizadas (ANDREAZZI, 2002).

A segmentação por plano, dos contratos na ANS, pode ser vista na figura 6 na página seguinte.

**FIGURA 6 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS BENEFICIÁRIOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA POR SEGMENTAÇÃO DO PLANO**



Fonte: ANS (2006)

Aponta Feldstein (1988, *apud* ANDREAZZI, 2002) que o produto seguro saúde difere quanto a características reais, como tipo de cobertura, co-pagamentos e métodos de pagamento de sinistro. Daí ser necessário esperar diferenças de valor entre as companhias, que podem competir na base de preços, assim como em termos de diferenças de produtos, o que também é uma segmentação.

As diferenças mencionadas no parágrafo anterior podem, segundo o mesmo autor, ser sistematizadas nos seguintes itens:

#### Acesso aos prestadores

Uma diferença mais marcante reside na existência ou não de livre escolha do profissional de saúde ou serviço a ser utilizado. A livre escolha total, passando pela rede credenciada e até por serviços próprios, é o que segmenta o mercado.

#### Coberturas

Havia, até o advento da Lei 9656 de 1998, restrições a coberturas de patologias e também limite de tratamentos que comprometiam a qualidade da atenção médica e geravam insatisfação no mercado. A referida legislação normalizou e regulamentou as coberturas e as regras do setor.

#### Abrangência geográfica

Existem empresas que podem dar cobertura a seus associados em todo o território nacional ou não, fazendo-o apenas no município ou no estado de residência do conveniado.

### Formas de pagamento

A franquia, que vem a ser a restrição monetária no ato da utilização do serviço de saúde, pode reduzir o seu consumo em alguma medida.

### Rede de prestadores

Constitui-se numa importante forma de diferenciar produtos e segmentá-los, tanto para os planos coletivos como para os planos individuais.

Por outro lado, a operadora pode também praticar a segmentação assistencial, que, segundo a ANS (2006), é o enquadramento dos planos decorrente da combinação de coberturas dos mesmos, incluindo-se ou não o tratamento hospitalar ou qualquer outro tipo de restrição ou, ainda, de benefício ao produto, cujo reflexo incidirá sobre as tarifas e sobre a rede credenciada disponível para o usuário.

## **2.8 Operadoras de saúde, hospitais e canais de marketing**

Entende-se por canais de marketing o conjunto de organizações interdependentes envolvidas no processo de disponibilizar um produto ou serviço para uso ou consumo. Eles formam o conjunto de caminhos que um produto ou serviço segue depois da produção e culminam com a compra ou a utilização pelo usuário final. Canais de marketing ou de distribuição podem ser vistos como um conjunto de organizações interdependentes, envolvidas no processo de tornar o produto ou serviço disponível para consumo ou uso (ANDREAZZI, 2002).

Para Kotler, Hayes e Bloom, (2002), canais de marketing não se limitam à distribuição de mercadorias físicas, uma vez que os prestadores de serviços e idéias também tendem a enfrentar o problema de fazer com que seu produto esteja disponível e acessível às populações-alvo.

As operadoras de saúde não têm posse e não negociam compra ou venda. Permitem o acesso a um prestador de serviço mediante a comercialização de produtos, porque disponibilizam diferentes tipos de hospital, redes e listas de credenciamento de serviços. A utilização de um hospital está condicionada à sua filiação junto à operadora de saúde.

Canais de marketing também podem ser entendidos como intermediários, como mostra o quadro 5, e as operadoras de saúde podem ser classificadas como facilitadoras do processo de internação hospitalar, pois disponibilizam ao paciente, segurado ou associado, a possibilidade da internação em um hospital.

#### QUADRO 5 – TIPO E CARACTERÍSTICAS DOS INTERMEDIÁRIOS

Tipo de intermediário	Nome	Característica
Atacadista e varejista	Comerciantes	Compram e adquirem o produto. Revendem.
Corretores	Representantes	Buscam clientes e negociam em nome do fabricante, mas não possuem direitos sobre os produtos.
Outros	Facilitadores	Dão apoio ao processo de distribuição. Não têm direitos sobre os produtos nem negociam compras ou vendas.

Fonte: Kotler e Keller (2006, p. 464).

O quadro 6 apresenta as relações das diferentes formas de medicina complementar, que podem ser consideradas canais de marketing dos prestadores de serviço, uma vez que o acesso aos prestadores é realizado através de um dos quatro grandes grupos descritos:

#### QUADRO 6 – TIPOS E CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DOS PLANOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Características	MEDICINA DE GRUPO	COOPERATIVA MÉDICA	AUTOGESTÃO	SEGURO SAÚDE
Modelo de Negócio	Presta serviços através de recursos próprios ou contratados.	Formas mais estruturadas de Medicina de Grupo lideradas por médicos.	Atendimento médico-hospitalar exclusivo a funcionários e familiares.	Livre escolha de médicos e hospitais.
Fiscalização dos CRM como fator regulador	Sim.	Sim.	Não.	Não.

Continuação do QUADRO 6				
Ressarcimento de despesas, se necessário	Depende do tipo de cobertura contratada.	Geralmente não.	Geralmente não.	Sim.
Credenciamento Médico-hospitalar	Sim, para determinados planos.	Sim, para determinados planos.	Sim.	Habitualmente não.
Percentual e número de beneficiários de planos médico-hospitalares (sem planos de filantropia e odontologia)	38,4%	31,5%	14,6%	11,8%
	13.745.862	11.264.848	5.221.853	4.219.727
Rede própria de atendimento médico-hospitalar	Principalmente, mas não exclusivamente.	Geralmente, mas não exclusivamente.	Não.	Não.
Recursos Administrativos	Geralmente próprios	Geralmente próprios.	Próprios.	Sim.
Livre escolha dirigida	Fortemente.	Fortemente.	Geralmente sim.	Conceitualmente não.
Negociações com prestadores	Rígidas.	Rígidas.	Moderadas.	Rígidas.
Exemplo de empresas nacionais	AMIL, LINCX.	UNIMED	CASSI, CABESP, CIEFAS.	Bradesco, Sul América, Marítima, AGF.
Auto-regulamentação	SINAMGE E ABRAMGE.	CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS UNIMED.	ABRASPE, CIEFAS.	FENASEG.

Fontes: ANS, CNES (2006) e ANDREAZZI (2002, p. 212-215). Adaptado pelo autor.

## 2.9 A natureza dos serviços em um hospital

Afirma Rathwell (1974, *apud* LEVITT, 1990, p. 111): “Os bens são produzidos e os serviços são desempenhados”.

Gonroos (2003) sustenta que um serviço é um processo que consiste em uma série de atividades mais ou menos intangíveis, em que normalmente, mas não necessariamente sempre, ocorrem interações entre o cliente e os funcionários, os recursos, os bens físicos e os sistemas do fornecimento de serviços, e que são disponibilizadas como soluções para os problemas do cliente. Esclarece o mesmo autor também que serviços não são coisas, e sim processos ou atividades de natureza intangível. Processo, para este autor, é o método, que consiste em uma série de atividades nas quais vários tipos diferentes de recursos são utilizados.

Já segundo Urdan e Urdan (2006), serviço é o resultado de uma atividade ou mais atividades que envolvem interações entre clientes, funcionários, equipamentos, instalações e procedimentos do prestador de serviços e que atendem a necessidades e desejos dos consumidores.

A inseparabilidade, a variabilidade, a intangibilidade e a perecibilidade são as características básicas ou distintivas de serviços e podem ser compreendidas da seguinte maneira:

- Inseparabilidade - significa que serviços são produzidos e consumidos simultaneamente.
- Variabilidade - significa que o serviço produzido em larga escala não é sempre o mesmo.
- Intangibilidade - significa que o resultado é uma atividade, processo ou fenômeno cujo resultado não tem existência em si mesmo. Não é possível ver, tatear ou tocar.
- Perecibilidade - significa que os serviços não podem ser preservados ou estocados e tampouco podem ser armazenados para venda ou consumo posterior (URDAN; URDAN, 2006).

Distinguem Urdan e Urdan (2006) características comuns a quase todos os serviços, ausentes em bens, que criam desafios para a administração e o marketing. Elas podem ser observadas no quadro 7:

**QUADRO 7 - COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DE BENS E SERVIÇOS EM UM HOSPITAL**

<b>Bens</b>	<b>Serviços</b>	<b>Em um hospital</b>
O consumo é precedido por produção	Produção e consumo geralmente coincidem	Uma consulta médica
Produção, venda e consumo ocorrem em locais diferentes	Produção, consumo e venda são espacialmente unidas	Um atendimento em pronto-socorro
O profissional que vende em geral não produziu o bem	O cliente costuma tomar parte da produção de serviços	Um atendimento de enfermagem
O bem é concreto	O serviço é imaterial	Atendimento a um paciente internado
O bem pode ser mostrado e demonstrado antes da compra	O serviço não pode ser plenamente mostrado ou demonstrado antes da compra	Uma cirurgia a ser realizada
A propriedade do bem é transferida na venda	Geralmente não há propriedade de serviço	Usam-se os serviços dos profissionais da equipe de saúde
O bem pode ser estocado	O serviço não pode ser estocado	Cada atendimento é individualizado
O bem pode ser transportado	O serviço não pode ser transportado	No hospital não há bens físicos
O bem pode ser revendido	O serviço não pode ser revendido	Variável: o pagador da conta não utilizou o serviço
O vendedor não é o produtor	O cliente ou comprador toma parte da produção	Variável: quem compra geralmente não é quem usa

Fonte: Urdan e Urdan (2006 p. 101). Adaptado pelo autor.

Urdan (1993) apresenta a imagem tradicional de serviços por suas características de serem desempenhados por indivíduos para outros indivíduos e classifica-os como:

1. Serviços primariamente baseados em equipamentos.

1.1. Automatizados. Exemplo: lava - rápido de carros

1.2. Monitorados por operadores não qualificados. Exemplo: cinemas

- 1.3. Operados por pessoal qualificado. Exemplo: linhas aéreas
2. Serviços primariamente baseados em pessoa.
  - 2.1. Utilizando mão-de-obra não qualificada. Exemplo: jardinagem
  - 2.2. Utilizando mão-de-obra qualificada. Exemplo: reparos automotivos
  - 2.3. Utilizando mão-de-obra profissional. Exemplo: médicos

Pode-se perceber que muitas empresas se situam como menciona Urdan (1993), em mais de uma posição. É o caso de um hospital, onde se observam quase sempre todas as posições acima descritas.

Lovelock e Wirtz (2006) apontam para o fato de que, em operações cirúrgicas, por exemplo, os clientes têm dificuldades de avaliação do serviço prestado pela sua própria natureza, uma vez que eles não conhecem bem o que receberam ou irão receber. Assim, seguem os mesmos autores conceituando que, com tratamento ético e atencioso, conquista-se a confiança dos clientes e beneficia-se da propaganda boca-a-boca.

## **2.10 O cenário hospitalar e o marketing de serviços**

As atividades tradicionais do marketing destinadas a bens tangíveis não podem simplesmente ser transferidas para as empresas de serviços. Nos dias atuais, os conceitos de marketing voltam-se para a dinâmica da prestação de serviços, pois esses conceitos requerem ações específicas que não são contempladas pelo marketing dirigido aos produtos manufaturados (FRANCO, 2002).

As economias modernas estão cada vez mais movidas a serviços. Afirma Franco (2002, p. 28): “Os serviços estão em toda parte e são responsáveis pela criação de uma grande parte de novos postos de trabalho. No Brasil o setor de serviços responde por 55% do PIB”.

O IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2006) -, por sua vez, divulgou que 40,7% das pessoas ocupadas trabalham em serviços, enquanto 19,7% estão na agricultura, 18% no comércio, 14,9% na indústria e 6,5% na construção.

O marketing de serviços diz respeito, segundo Lovelock e Wirtz (2006), ao ato em que o serviço é o produto principal e cujo desempenho é intangível. As empresas criam valor oferecendo os tipos de serviços que os clientes necessitam a um preço aceitável por eles. Em troca, as empresas recebem, geralmente, dinheiro dos clientes. Essas transferências de valor esclarecem um dos conceitos fundamentais do marketing, ou seja, o da permuta, que ocorre quando uma das partes obtém valor de outra.

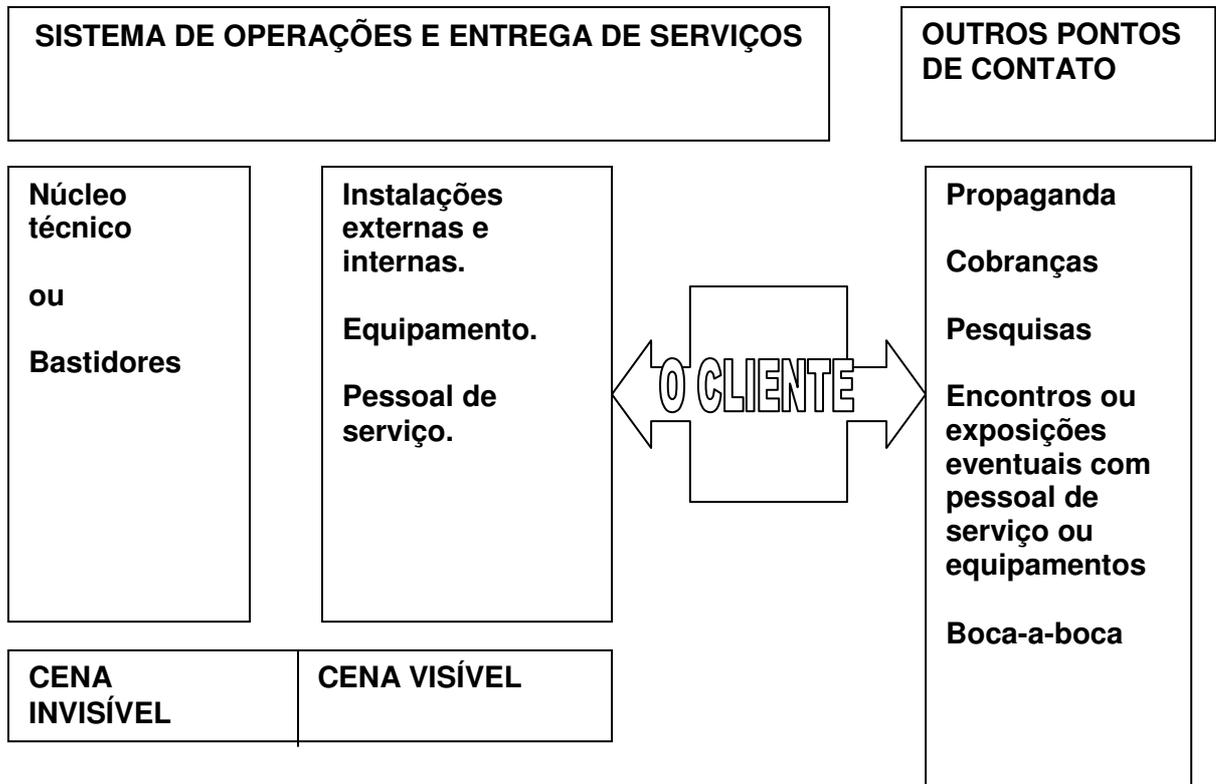
Ainda em Lovelock e Wirtz (2006), verificamos que um conjunto de componentes importante em marketing de serviços é representado pelos modos como o cliente pode ter encontros com a empresa. Visto que serviços dizem respeito a desempenho e experiência, cada um desses elementos oferece indícios sobre a natureza e a qualidade do “produto”, no caso, serviço de um hospital. A figura 7 (p. 63) retrata as interações quando estão em ação serviços de alto contato, como é o caso dos hospitais.

Observamos na figura 7 uma das visões possíveis que o cliente (paciente) tem no caso de serviços de alto impacto, uma vez que o contato dele com a empresa é de fora para dentro e, por esta razão, a cena visível é a que prevalece. Portanto, aqui se constata melhor a participação dos outros três “Ps” adicionais, além dos quatro já tradicionais, quando mencionamos o composto de marketing de serviços. O cliente geralmente percebe apenas as instalações, as pessoas e os equipamentos (cena visível) em um hospital.

O teatro é uma boa metáfora quando se quer explicar o grande valor do cenário visível para serviços, pois a entrega destes consiste em uma série de eventos que os clientes experimentam sob a forma de um desempenho ou de uma atuação.

Em ambientes hospitalares a cena invisível não é domínio dos pacientes. O núcleo técnico é desconhecido e é difícil de ser avaliado pelos usuários. Por essa razão, o que prevalece é a cena visível, de acordo com a abordagem certificada por Lovelock e Wirtz (2006).

**FIGURA 7 - AS INTERAÇÕES ENTRE O CLIENTE E O CENÁRIO HOSPITALAR**



Fonte: Lovelock e Wirtz (2006, p. 43). Adaptado pelo autor.

Em um hospital, portanto, o paciente só consegue avaliar o que é visível, ao mesmo tempo em que também recebe influência do que a figura acima denomina outros pontos de contato.

### 3 METODOLOGIA DA PESQUISA DE CAMPO

#### 3.1 Tipo da pesquisa de campo

Como o objetivo deste trabalho é conhecer a influência dos diferentes públicos-alvo no processo de contratação e utilização eletiva de um hospital, foi realizada uma pesquisa exploratória, de natureza qualitativa, utilizando-se o método de levantamento de campo e a técnica de entrevistas semi-estruturadas para coletar dados e aprofundar a análise e o conhecimento do assunto. Como esclarecem Hair Jr. *et al.* (2005), os planos exploratórios são para o pesquisador que pretende orientar-se para a descoberta.

As pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo mais explícito. É a pesquisa que aprimora idéias (GIL, 2002).

Descreve Minciotti (1999) que as pesquisas exploratórias são usadas quando o objetivo é permitir uma visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. São conduzidas quando o tema é pouco explorado, como é o caso do tema deste estudo. Consolida ainda Minciotti que as pesquisas exploratórias podem desencadear estudos mais profundos e que o delineamento explicita as linhas mestras do desenvolvimento de uma pesquisa de campo.

Acrescenta Franco (2002) que estudos exploratórios são úteis para a descoberta de idéias e o esclarecimento de conceitos e devem ter um planejamento flexível o suficiente para permitir consideração dos diversos aspectos de um fenômeno.

Nessa linha de raciocínio, Mattar (1996, *apud* FRANCO, 2002) explica que, mesmo em presença de conhecimentos do pesquisador sobre o assunto, a pesquisa exploratória é benéfica, pois, habitualmente, para um mesmo fato poderá haver mais de um comentário.

Dessa forma, a pesquisa exploratória pode permitir ao pesquisador tomar conhecimento de grande parte do assunto.

### 3.2 Amostra da pesquisa de campo

Explica Triviños (2006) que a pesquisa qualitativa pode usar recursos aleatórios para fixar a amostra, ou seja, procurar uma espécie de representatividade do grupo maior dos sujeitos que participarão no estudo, todavia não é preocupação das pesquisas qualitativas a quantificação da amostragem. Assim, em vez da aleatoriedade, o pesquisador pode decidir as condições e pode também decidir o tamanho da amostra, considerando:

- Sujeitos que são essenciais segundo o investigador;
- Facilidade em encontrar as pessoas;
- Tempo dos indivíduos para as entrevistas.

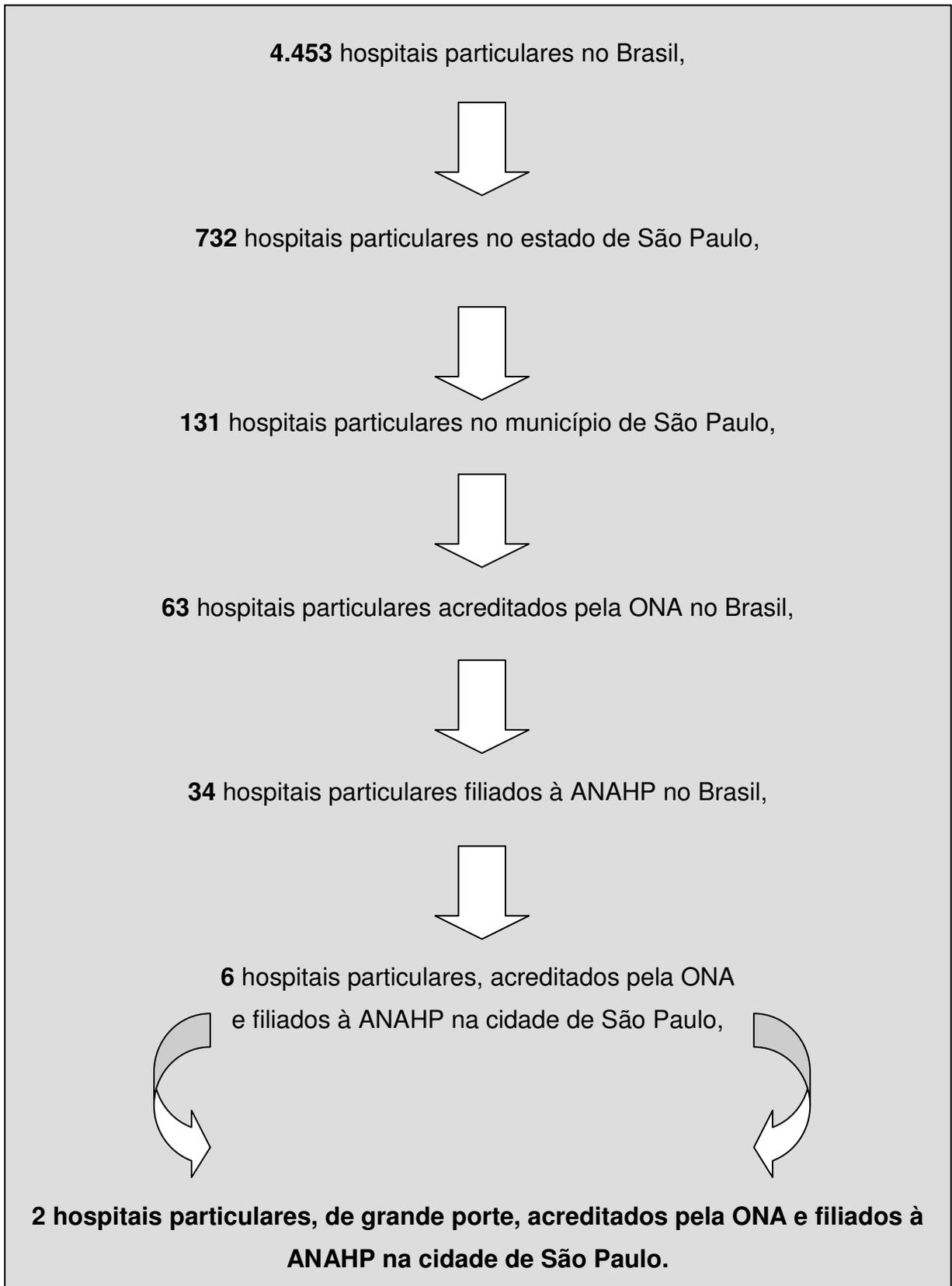
Considerando a argumentação acima, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNS -, havia no Brasil, em julho de 2006, 4453 hospitais particulares. Destes, 732 no estado de São Paulo, dos quais 131 no município de São Paulo.

Esses hospitais, de acordo com a especialidade, podem ser classificados em: Geral ou Especializado. Geral, quando presta assistência a todas as quatro categorias médicas básicas, ou seja, clínica médica, clínica cirúrgica, ginecologia/obstetrícia e pediatria; Especializado quando presta assistência em determinadas categorias médicas.

Segundo Malik e Teles (2001), os hospitais podem também ser rotulados pelo porte: Pequeno Porte – até 50 leitos; Médio Porte - de 51 a 150 leitos; Grande Porte - de 151 a 300 leitos e Porte Especial, acima de 301 leitos.

Neste estudo foram selecionados todos os hospitais que são, ao mesmo tempo, gerais e de grande porte, localizados no município de São Paulo, acreditados pela ONA e filiados à ANAHP.

A amostra da pesquisa de campo desta dissertação é a do quadro 8.

**QUADRO 8- AMOSTRA DA PESQUISA DE CAMPO**

Fonte: CNS, ONA, ANAHP (2006). Elaborado pelo autor.

Por essa metodologia, os dois únicos hospitais gerais, de grande porte, filiados à ANAHP e acreditados pela ONA na cidade de São Paulo são:

#### O HOSPITAL SANTA CATARINA

Avenida Paulista, 200 - Bela Vista. CEP: 01310-000 - São Paulo - SP.

Telefone: (11) 3016.4133. Ano de fundação: 1906. Número de leitos: 241.

#### O HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO CAMILO

Avenida Pompéia, 1.178 - Pompéia. CEP: 05022-001 - São Paulo - SP.

Telefone: (11) 3677.4444. Ano de fundação: 1960. Número de leitos: 181.

### **3.2.1 Sujeitos da pesquisa**

Para a obtenção de informações a respeito destes dois hospitais, foram entrevistados:

1) a Sra. Maria Alice Bulgarelli

Gerente comercial do Hospital Santa Catarina.

2) o Sr. Hélio Franki

Diretor comercial do Hospital São Camilo.

### **3.3 Instrumentos da pesquisa**

Foi realizada uma entrevista em profundidade, instrumento que, segundo Hair Jr. *et al.* (2005), é uma discussão individual entre o entrevistador e o entrevistado, escolhido pelo conhecimento especializado no assunto. Esta abordagem permite uma sondagem muito mais profunda dos temas a serem discutidos.

Entrevistas pessoais são tradicionalmente usadas para se obter informações qualitativas detalhadas, a partir de um número relativamente pequeno de indivíduos. Este enfoque é às vezes chamado de *survey* em profundidade (HAIR Jr. *et al.*, 2005).

Por se tratar de um estudo específico, objetivando respostas detalhadas sobre a questão, optou-se, para a obtenção de dados, pelo método da entrevista semi-estruturada. Tal escolha deve-se ao fato da entrevista ser uma técnica eficiente na busca de dados em profundidade. Segundo Gil (2002), trata-se de técnica muito útil e flexível na obtenção de dados em ciências sociais, porque existe interação entre o entrevistador e o entrevistado, que pode esclarecer melhor os assuntos abordados.

Como pesquisadores qualitativos não partem de hipóteses estabelecidas *a priori*, não se preocupam em buscar dados ou evidências que corroborem ou neguem suas suposições. Por isso, partiu-se de temas ou de focos de interesse amplo como ponto de partida nas entrevistas, que foram se tornando mais diretos e específicos no seu decorrer, como orienta Godoy (1995).

A entrevista foi conduzida com a finalidade de abordar seis focos principais, a saber:

#### Foco 1

Inicialmente foi apresentada a definição de público-alvo de acordo com Kotler, Hayes e Bloom (2002): os públicos-alvo são grupos de pessoas e/ou organizações que têm real ou potencial interesse em relação a uma empresa.

#### Foco 2

Critérios do processo de compra de seu serviço.

#### Foco 3

Modos de influência no processo de compra de seu serviço.

#### Foco 4

Influência dos diferentes atores envolvidos na decisão de contratação e utilização eletiva do hospital.

Foco 5

Uma análise do processo de contratação e utilização eletiva do hospital.

Foco 6

As trocas efetuadas com todos os públicos e as necessidades a serem satisfeitas.

### **3.4 Procedimentos para coleta de dados**

A coleta de dados é vital na pesquisa qualitativa, talvez mais que na investigação tradicional, pela relevância da participação do investigador, que necessita coletar enfoques profundos (TRIVIÑOS, 2006).

O delineamento da pesquisa vai muito além de um plano de trabalho. O objetivo é evitar o desvio do estudo em relação à problematização proposta inicialmente e também guiar o pesquisador no processo de coleta, análise e interpretação das observações. É um modelo que pode permitir ao pesquisador deduções (FRANCO, 2002).

Para Triviños (2006, p.130):

Quando estamos empenhados na caracterização da pesquisa qualitativa, podemos ser ajudados na concretização desse propósito se nos fixamos brevemente no delineamento dela. Isso não é outra coisa que o plano, o desenvolvimento hipotético do estudo que queremos realizar.

Mais adiante, Triviños (2006, p. 138) ensina que:

O pesquisador qualitativo que considera a participação do sujeito como um dos elementos de seu fazer científico, apóia-se em técnicas e métodos que reúnem características *sui generis*, que ressaltam sua implicação e da pessoa que fornece as informações. Nesse sentido talvez sejam a entrevista semi-estruturada, a entrevista aberta ou livre, o questionário aberto, a observação livre, o método clínico e o método de Análise de Conteúdo os instrumentos mais decisivos para estudar os processos e produtos nos quais está interessado o investigador qualitativo. (nosso grifo)

Fundamenta-se assim a escolha da entrevista semi-estruturada, que proporcionou ao pesquisador iniciativa no acompanhamento da resposta a cada um dos focos

abordados e admitiu perguntas relacionadas, não previamente formuladas, o que pôde desencadear, de acordo com Hair Jr. *et al.* (2005), o surgimento de informações adicionais e esclarecedoras, melhorando as descobertas.

Entrevistas, com não muito mais de trinta minutos de duração, exigem atenção especial do observador ao informante. As anotações de campo devem ser gravadas, com a autorização dos entrevistados (TRIVIÑOS, 2006).

### **3.4.1 Uma entrevista-teste**

Antes da entrevista propriamente dita, foi elaborado um pré-teste dos instrumentos de pesquisa, descrito no apêndice A.

Segundo Gil (2002), o pré-teste do instrumento de pesquisa é imprescindível antes de sua efetiva utilização, para:

- desenvolver os procedimentos de aplicação do instrumento de pesquisa;
- testar o vocabulário empregado nas questões ou tema abordados;
- assegurar que as questões ou as observações a serem feitas possibilitem medir as variáveis que se pretendem medir.

Gil (2002) diz ainda que “é necessário que o pré-teste dos instrumentos seja feito com a população tão similar quanto possível à que será estudada. Não se requer, todavia, uma amostra rigorosamente representativa dessa população” (p.132).

A entrevista-teste seguiu as recomendações de Gil (2002) e foi realizada com o Diretor Comercial de um hospital da cidade de São Paulo, escolhido por conveniência do entrevistador.

### **3.5 Procedimentos para análise dos resultados**

Os dados qualitativos são mais úteis para descobertas e oferecem informações aprofundadas com a exposição de valores e motivações ocultas.

Têm, por sua vez, técnicas de coleta menos estruturadas e que exigem interpretação subjetiva. Entrevistas em profundidade (semi-estruturadas), conforme explicam Hair, Jr. *et al.* (2005), devem ter no mínimo meia hora de duração e podem ser utilizadas em amostras pequenas, como ocorreu nessa dissertação.

Nesta pesquisa, a análise dos dados coletados será qualitativa, considerando que a mesma carecerá de precisão, mas, como lembra Pereira (2004), não de acurácia, ou seja, validade ou capacidade na boa representação do que se quer medir, porque não há padrões já definidos na análise de resultados similares. Para este autor, concessões em precisão podem contribuir para melhor acurácia.

Ferrarotti (1999, *apud* SERAPIONI, 2000, p. 190) diz que “não há nenhuma dúvida de que as técnicas de validação sejam importantes, mas, em todo caso, o contexto do descobrimento chega antes”. Por essa razão, os métodos exploratórios devem ser utilizados quando o objeto de estudo não é bem conhecido. Isso se deve ao fato de que esses métodos têm a capacidade de fazer emergir aspectos novos, de ir ao fundo do significado e de estar na perspectiva do sujeito, o que proporciona por conseqüência, e geralmente, a descoberta de novos nexos e significados (SERAPIONI, 2000).

Por não haver um questionário que proporcione uniformidade de estímulo, elucida Serapioni (2000), que os métodos qualitativos são muito importantes na fase preliminar de uma pesquisa. Salienta também que o ponto débil dos métodos qualitativos se vincula aos problemas de generalização e representatividade dos conteúdos resultantes da pesquisa, porque não há condições de apreciar em que medida a experiência relatada pode ser compartilhada por outros.

Já Castro e Bronfman (1997, *apud* SERAPIONI, 2000) ensinam que, nos estudos dos processos sociais com poucos casos, um elemento importante é obter informações que permitam teorizar sobre o processo em estudo, sem pretender, inicialmente, saber se aqueles processos sociais são freqüentes no setor em questão.

A admissão das limitações deste estudo pode ser importante para o avanço do conhecimento no assunto em questão, como é o que se pretende aqui, na medida

em que a restrição poderá desencadear novos estudos exploratórios sobre o tema, aprofundando-se, portanto, as descobertas.

### **3.5.1 A técnica da Análise de Conteúdo**

A análise dos resultados desta dissertação se fundamentará na técnica da Análise de Conteúdo. A técnica da Análise de Conteúdo nasce com as tentativas preliminares dos homens para interpretar os livros sagrados. No século XVII, na Suécia, e no século XIX, na França, a técnica se desenvolve. No início do século passado, por volta de 1920, depois da Primeira Guerra Mundial, pesquisadores estudaram o material sobre a propaganda bélica, incorporando novas técnicas ao método. A Análise de Conteúdo tem contornos mais nítidos na Segunda Guerra Mundial, por conta do desenvolvimento da propaganda e dos seus conteúdos. A maturidade do método sofisticou-se por volta de 1948, quando Berelson e Lazarsfeld publicaram uma obra sobre o assunto com regras e princípios da Análise de Conteúdo (TRIVIÑOS, 2006).

Em 1955, e depois em 1959, o método ganhou mais consistência teórica, e ficou ainda mais uniforme em 1969. Finalmente, em 1977, a profa. Laurence Bardin publica em Paris seu livro *L'analyse de contenu*, base do método utilizado em nossos dias (TRIVINÕS, 2006).

Análise de Conteúdo é um conjunto de procedimentos de análise das comunicações utilizando-se métodos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens e de indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e da recepção dessas mensagens (BARDIN, 2004).

Pode ser uma análise dos significados e/ou dos significantes, conforme ensina Bardin (2004), de modo que o ponto de partida é a mensagem oral do entrevistado, desencadeada pelo entrevistador. Essa mensagem expressa um significado e um sentido que não são considerados isoladamente. Essas mensagens relacionam-se a situações econômicas e socioculturais nas quais os emissores estão inseridos (FRANCO, 2005).

O quadro 9 esclarece as possíveis abordagens da Análise de Conteúdo.

#### QUADRO 9 - DOMÍNIOS POSSÍVEIS DE APLICAÇÃO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

Código e suporte da mensagem	Monólogo	Diálogo	Grupo restrito	Comunicação de massa
Escrito	Agendas e diários	Cartas e respostas diversas	Ordens de serviços em uma empresa	Jornais, livros, anúncios publicitários.
Oral	Delírios e sonhos	<b>Entrevista e conversas</b>	Discussões	Exposições, discursos, rádio, cinema e TV.
Ícônico	Desenhos individuais sistemáticos	Comunicações por imagem	Símbolos de sociedades	Sinais de trânsito, pintura.
Outros códigos semióticos	Posturas pessoais	Ritos e regras de cortesia	Posturas e gestos com destino a outrem	Elementos de cultura e sinalização urbana.

Fonte: Bardin (2004, p. 30. Negrito do autor). Adaptado pelo autor.

Como se trata de um estudo no qual o que prevalecerá será a Análise de Conteúdo, sob o ponto de vista dos atores e não do pesquisador, foi utilizado o método interpretativo, e não o hipotético-dedutivo, que preconiza a formulação prévia de hipóteses, o que não é o caso desta dissertação. Dessa forma, buscou-se compreender como os atores já mencionados e descritos interpretam e onde atuam, a fim de extrair informações significantes sobre o modo de funcionamento dos mesmos (SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2005).

Bardin (2004) evidencia que a intenção e a finalidade da Análise de Conteúdo são a inferência ou a dedução de maneira lógica, quantitativa ou não, de conhecimentos relativos às condições de produção (ou às vezes de recepção) das mensagens, do meio em que elas foram produzidas ou, ainda, quando, e se for o caso, do seu próprio emissor.

### 3.5.2 Análise de Conteúdo na prática

Segundo Bardin (2004), a Análise de Conteúdo pode ser feita:

- (a) quando se aplica um teste de associação de palavras;
- (b) através da análise de respostas a questões abertas;
- (c) em análise de comunicações de massa;
- (d) em análise de entrevistas de investigação, ou de inquérito.

A Análise de Conteúdo das entrevistas é recomendada quando se quer tirar partido de um material qualitativo, que foi o que ocorreu nesta dissertação, e sua organização, segundo a mesma autora, segue três etapas básicas:

#### **Primeira etapa para Análise de Conteúdo: pré-análise**

É a organização do material ou, no caso, o produto das entrevistas realizadas e, fundamentalmente, a leitura e a pesquisa bibliográfica geral sobre o assunto, para que o pesquisador possa formular os objetivos gerais da pesquisa, bem como definir as dúvidas a esclarecer e, por fim, determinar o *corpus*, que é onde o pesquisador deve fixar sua atenção. *Corpus* é o conjunto de documentos a serem analisados. Deve conter todos os elementos da amostra e não ser seletivo, podendo, porém, ser representativo em determinadas condições. Deve prevalecer a homogeneidade, que, no caso, foi a entrevista ter seguido as mesmas regras básicas e com sujeitos semelhantes, a fim de poder-se comparar resultados. Por fim, os documentos devem ser pertinentes, ou seja, a fonte que os originou deve estar de acordo com o objetivo que suscitou a análise.

Bardin (2004, p. 93) diz que: “ao considerarmos os textos com uma manifestação contendo índices que a análise vai fazer falar, o trabalho preparatório será o da escolha destes”. Adiante, a mesma autora instrui que podemos recortar os textos em unidades comparáveis de categorias para análise temática (grifo do autor) e do mesmo modo agrupá-los em modalidade de codificação para o registro de dados. Segue a autora recomendando o pré-teste dos documentos mediante uma pré-análise dos indicadores escolhidos, de modo que sejam precisos e seguros para nos certificarmos de sua conexão, o que é corroborado por Gil (2002) no item 3.4,1, p. 71 desta dissertação.

Por fim, a preparação do material deve ser feita com: (a) transcrição das gravações; (b) numeração de cada *corpus* escolhidos e (c) edição dos textos em possíveis enunciados básicos.

### **Segunda etapa: exploração do material**

Buscam-se aqui, em linhas gerais, as sínteses coincidentes e divergentes de idéias contidas nas entrevistas ou ainda as concepções neutras, isto é, as que não estavam especificamente unidas a alguma teoria, mas que eventualmente possam ter surgido nas entrevistas. É, portanto, a aplicação das regras antecipadamente formuladas.

### **Terceira etapa: interpretação referencial**

A reflexão e o embasamento dos materiais utilizados estabelecem as necessárias relações. Aqui se aprofundam as conexões das idéias que foram capturadas e transcritas na entrevista. É o momento da exploração do conteúdo latente e o do manifesto, uma vez que o primeiro descobre tendências e abre perspectivas; já o conteúdo manifesto busca dados estáticos, estruturais e históricos, sobretudo no campo das realidades.

A interpretação referencial, segundo Bardin (2004), pode ser feita com base em:

- Descrição: Enumeração das características do texto após seu tratamento.
- Inferência: Inferência é a ilação ou dedução a partir dos fatos revelados nas mensagens e considera: (a) o emissor de uma mensagem; (b) o receptor e (c) a mensagem, que é o objeto da Análise de Conteúdo e que constitui o material, o ponto de partida e o indicador, sem o qual a análise não seria possível. É o procedimento que permite a passagem explícita e controlada da descrição à interpretação das mensagens, e deve responder a duas questões:
  - Causas das mensagens ou variáveis inferidas?
  - Efeitos das mensagens ou variáveis de inferência ou indicadores no texto?

- Interpretação: Significação concedida às características do texto.

### 3.5.3 A codificação e a categorização das entrevistas

Segundo Bardin (2004), tratar o material das entrevistas é codificá-lo, ou seja, fazer a transformação do que foi obtido nas entrevistas em unidades que permitam descrever características do conteúdo. A organização da codificação compreende três ações: (a) o recorte ou a escolha das unidades; (b) a enumeração ou preferência de regras de contagem e (c) a classificação e agregação ou a seleção das categorias.

A categorização, por sua vez, diz respeito a uma classificação de informações características de um conjunto, com critérios previamente definidos, ou um grupo de elementos organizados em um título geral. As categorizações podem ser de quatro tipos: (a) semânticas ou por temas; (b) sintáticas ou por verbos e adjetivos; (c) léxicas ou utilizando palavras sinônimas e (d) expressivas ou por perturbações da linguagem do emissor.

São cinco as formas de se analisar as categorias. A primeira avalia as atitudes através de escalas. A segunda faz a análise da enunciação e apóia-se numa concepção da comunicação como processo e não como dado (é muito útil e recomendada em entrevistas). A terceira forma de analisar as categorias é a análise de expressão, que se baseia na correspondência entre o tipo do discurso e as peculiaridades do locutor ou do seu meio. A quarta forma é a análise das relações, que procura extrair do texto as relações entre os elementos das mensagens. Por fim, a quinta e última forma de analisar as categorias é a análise do discurso, que se baseia na situação da produção da mensagem e nas manifestações semânticas - sintáticas captadas na superfície discursiva (BARDIN, 2004).

Com base nesse referencial, procedeu-se à análise dos resultados desta dissertação, pela técnica da Análise de Conteúdo, alicerçada em categorias semânticas ou por tema.

As categorias foram analisadas por enunciação, ou seja, por temas abordados e enunciados pelo entrevistado e recortados segundo a mensagem do entrevistado, conforme autoriza Bardin (2004, p. 93).

## 4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 4.1 Entrevista no Hospital Santa Catarina

A entrevista teve 53 minutos de duração e transcorreu com empatia e identificação, conforme sugere Godoy (1995, p. 62). Foi realizada no dia 10 de agosto de 2006, e alguns dos principais trechos da conversa, como recomenda Godoy (1995, p. 62), são transcritos a seguir:

1. “Em uma estrutura de serviço hospitalar, você tem que definir bem quem compra seu serviço, pois tem o consumidor, o usuário e o pagador da conta. Eu dividiria isso em três momentos.”
2. “Eu acho que os compradores são, em primeira instância, as fontes pagadoras, que são os convênios. O médico, que é um grande formador de opinião, tem um poder de decisão muito grande para onde levar o paciente eletivo e você tem definitivamente o usuário ou paciente que vai se valer do benefício ou do serviço prestado. Esse é o último a decidir em minha opinião, porém dependendo muito da circunstância.”
3. “No Hospital Santa Catarina, o convênio e o médico são os maiores decisores de internação.”
4. “Quem compra, influencia e toma a decisão de compra é o convênio médico.”
5. “Os clientes dos convênios participam do processo de escolha do hospital, ou seja, as empresas clientes dos convênios.”
6. “Os médicos não influenciam o processo de escolha de compra do hospital, mas, no segundo momento, depois que o hospital já é credenciado junto à operadora, ele é peça fundamental.”
7. “No processo de livre escolha dirigida é grande a influência do médico. É ele quem vai trazer a efetiva utilização do teu serviço em relação ao convênio que você tem contratado.”

8. “O convênio mapeia os médicos que mais trouxeram resultados e quais os hospitais que mais trouxeram resultados, a fim de criar parcerias fechando grupos com médicos e hospitais, e assim existe a influência sobre onde internar os pacientes.”
9. “O hospital deve desenvolver várias ações dentro de sua estratégia comercial para poder trabalhar com os diversos grupos-alvo.”
10. “Os convênios entendem que precisam comprar serviços de uma maneira diferente, como o médico entende vender. Essa é uma equação bastante complicada.”
11. “A forma como o médico vê o mercado é muito diferente de como o convênio e o próprio hospital enxergam o mercado. O hospital consegue entender melhor as necessidades do convênio em seus múltiplos aspectos técnicos.”
12. “O hospital está engajado em soluções técnicas em conjunto com a fonte pagadora. Já o médico, no meu ponto de vista, ainda não tem esse entendimento, especialmente o médico mais conservador, ou seja, há mais tempo na área médica. Ele entende que é mal remunerado, que o convênio tem um grande lucro, poder e receita que gira em torno da saúde.”
13. “O médico não consegue entender que ele deve participar ativamente no gerenciamento deste processo todo, o que o hospital já entendeu.”
14. “O hospital e as operadoras de saúde têm divergências, mas estão mais alinhados em seus interesses, porque conseguem ver o mercado de modo similar, todavia os médicos, em sua maioria, ainda estão distantes.”
15. “O convênio é o mais importante e fundamental nesse jogo, depois vêm as empresas desses convênios e as corretoras.”
16. “Se uma empresa contratante de um determinado convênio estiver fidelizada a um determinado hospital, exigirá o acesso ao mesmo.”
17. “O Hospital Santa Catarina identifica públicos habilitados pelos convênios a utilizá-lo e promove ações junto a esses beneficiários para aproximá-los do hospital,

para, em caso de necessidade de atendimento médico-hospitalar, lembrar-se do hospital.”

18. “As informações rápidas do hospital, soluções precisas e ágeis, bem como trâmites burocráticos junto aos convênios de solução eficiente, são motivos de fidelização dos médicos, uma vez que essas necessidades são fatores que aceleram o processo de internação.”

19. “O hospital desenvolve protocolos médicos de atuação adequados às exigências dos convênios, a fim de ter maior demanda de pacientes e, como consequência, maior demanda de serviços para os médicos e suas equipes.”

20. “Uma sistematização de serviços do hospital é vantajosa porque proporciona ao convênio custos gerenciados; ao hospital, possível maior demanda de serviços; aos médicos, indicação por parte dos convênios, e aos fornecedores de insumos hospitalares, demanda concentrada.”

21. “Eu acho que o paciente tem muito pouca influência de escolha ou muito pouco poder de decisão de escolher o hospital onde ele quer ser atendido, principalmente o eletivo. Há interesses em jogo entre o hospital, o médico e a operadora de saúde.”

22. “O paciente escolhe o médico, e esse, o hospital.”

23. “Para o paciente, o hospital é confiável, bem equipado, de primeira linha e tecnicamente tem todos os recursos necessários, mas principalmente os pacientes salientam que a humanização, que é o carinho que os profissionais dispensam aos pacientes, é um aspecto muito importante do hospital.”

24. “Para os médicos, o importante é, além dos aspectos técnicos, físicos e humanos do hospital, a agilidade e a disponibilidade ao acessar os serviços, e para as operadoras de saúde prevalece a colaboração do hospital na administração dos custos, dos tratamentos e do controle e gestão das contas médicas.”

25. “Para o paciente o importante é a transparência, a segurança, o carinho e a humanização.”

#### 4.1.1 Análise de Conteúdo e discussão da entrevista

Com base nos focos propostos no item 3.3, esta entrevista pode ser assim classificada:

#### QUADRO 10 - CATEGORIAS SEMÂNTICAS E ENUNCIADOS DAS ENTREVISTAS RELATIVOS AO HOSPITAL SANTA CATARINA

<b>Categoria semântica</b>	Enunciação das mensagens pelo entrevistado conforme o número das frases descritas no item 4.1
<b>Operadoras, Planos de Saúde</b>	(2) As fontes pagadoras são os compradores dos serviços do hospital.
<b>ou</b>	(3) O convênio está entre os decisores de internação.
<b>Convênios</b>	(4) Quem compra, influencia e toma a decisão de compra é o convênio. (8) O convênio mapeia os prestadores de serviço para criar parcerias e influenciar a utilização do hospital. (10) Os convênios compram serviços de forma diferente da que o médico quer vender. (15) O convênio é mais importante e fundamental nesse jogo.
<b>Hospital</b>	(9) O hospital deve desenvolver várias ações dentro de sua estratégia comercial para poder trabalhar com diversos grupos-alvo. (11) O hospital consegue entender melhor as necessidades do convênio em seus múltiplos aspectos técnicos. (12) O hospital está engajado em soluções técnicas em conjunto com a fonte pagadora. (14) O hospital e as operadoras têm divergências, mas estão alinhados em seus interesses porque conseguem ver o mercado de modo similar. (17) O hospital identifica públicos habilitados pelos convênios a utilizá-lo e promove ações junto a esses públicos. (18) Informações rápidas do hospital, assim como soluções precisas e ágeis, além de trâmites burocráticos eficientes, são motivos de fidelização dos médicos. (19) O hospital desenvolve protocolos médicos de atuação adequados às exigências dos convênios a fim de ter maior demanda de pacientes.

---

 Continuação do QUADRO 10
 

---

<b>Médicos</b>	<p>(2) O médico, que é um grande formador de opinião, tem um poder de decisão muito grande para onde levar o paciente eletivo.</p> <p>(6) Os médicos não influenciam o processo de escolha de compra do hospital.</p> <p>(7) Na livre escolha dirigida, é grande a influência do médico. É ele quem vai trazer a efetiva utilização do serviço depois de credenciado.</p> <p>(11) A forma como o médico vê o mercado é muito diferente de como o convênio e o hospital enxergam o mercado.</p> <p>(13) O médico não consegue entender que ele deve participar ativamente no gerenciamento deste processo todo.</p> <p>(24) Para os médicos, o importante, além dos aspectos técnico, físico e humano do hospital, é a agilidade e a disponibilidade ao acessar os seus serviços.</p>
<b>Pacientes</b>	<p>(21) Eu acho que o paciente tem muito pouca influência de escolha ou muito pouco poder de decisão de escolher o hospital onde ele quer ser atendido, principalmente o eletivo.</p> <p>(22) O paciente escolhe o médico, e esse, o hospital.</p> <p>(23) Para o paciente, o hospital é confiável, bem equipado e de primeira linha e tem tecnicamente os recursos necessários, mas é muito importante a humanização e o carinho que os profissionais dispensam aos pacientes.</p> <p>(24) Para o paciente, o importante é a transparência, a segurança, o carinho e a humanização.</p>
<b>Empresas clientes dos convênios</b>	<p>(5) Os clientes dos convênios participam do processo de escolha do hospital, ou seja, as empresas clientes desses convênios.</p> <p>(15) As empresas clientes dos convênios e as corretoras são importantes nesse jogo.</p> <p>(16) Se uma empresa contratante de um determinado convênio estiver fidelizada a um hospital, exigirá o acesso ao mesmo.</p>

---

Fonte: Elaborado pelo autor.

Assim, pode-se constatar que a entrevistada confirmou a importante influência da operadora de saúde como relevante decisor no processo de utilização eletiva do hospital em questão, todavia a orientação do médico seja importante no procedimento, ao mesmo tempo em que se observa a limitada influência do paciente no processo.

A entrevistada também considera um ator descrito minimamente e cuja referência teórica encontra-se no quadro 5 desta dissertação. É descrito como o influenciador, ou seja, as empresas corretoras que servem de intermediários entre as operadoras de saúde e os hospitais.

Vale salientar que a entrevistada, ao ser solicitada a comentar os assuntos-foco do item 3.3, afirmou textualmente: “Quem compra, influencia e toma a decisão de compra dos serviços hospitalares é o convênio médico”.

Muito embora os autores citados nesta dissertação mencionem as operadoras de saúde ou fontes pagadoras como um dos públicos-alvo, em nenhum momento a sua menção foi tão categórica. A mesma entrevistada já havia mencionado, na frase 2, a fonte pagadora como primeira instância na compra de serviços hospitalares.

Frisa-se a não-importância do paciente no processo. Ele é o objeto maior do serviço, mas o sujeito menos influente no processo, a ponto de a entrevistada mencionar, no final da frase 2, que o paciente é o último a decidir sobre sua internação.

Observação interessante traz a frase 25 quando a entrevistada cita que, para o paciente, o importante é a transparência, o carinho, a segurança e a humanização, ou seja, elementos intangíveis da prestação de serviços, que são desempenhados e não podem ser quantificados. Isso corrobora o conceito dos sete “**Ps**” de Lovelock e Wirtz (2006), e não somente os quatro “**Ps**” de McCarthy e Perreault mencionados no item 2.4.

Tal inferência pode também ser observada na frase 24, quando são mencionados fatores importantes que os médicos consideram na utilização eletiva de um hospital que tem, no mais das vezes, entraves burocráticos definidos pelas operadoras de saúde, dos quais os médicos querem se desvencilhar e que os hospitais podem solucionar, atraindo os médicos e prestando-lhes estes serviços adicionais.

## **4.2 Entrevista no Hospital São Camilo**

A entrevista teve 43 minutos de duração e transcorreu com empatia e identificação, conforme sugere Godoy (1995, p. 62). Foi realizada no dia 29 de agosto de 2006, e

alguns dos principais trechos da conversa, conforme recomenda Godoy (1995, p. 62), são transcritos a seguir:

1. “A venda de serviços em geral é precedida pela definição dos serviços disponíveis e de quais públicos-alvo há dentro de um mix de compradores de serviço, ou seja, os atuais ou os que você já tem e os em potencial, a ser prospectados.”

2. “Eu defino o hospital com quatro públicos-alvo, dentro de um mix de compradores que se utilizam do meu hospital:

- grupos de pessoas, que são as que naturalmente utilizam nosso pronto-socorro, ou cliente de demanda espontânea;
- organizações divididas por tipo de operadora;
- o médico que compra ou é opção de compra;
- as próprias empresas que, pela qualidade, fazem contrato direto com o hospital ou através da própria medicina de grupo.”

3. “As relações de troca são efetuadas com as fontes pagadoras de modo particular. O principal é ouvir a operadora e manter uma relação comercial que deve ser estreita e, dentro da necessidade, formatar algum produto por razões técnicas ou comerciais e que interessam à operadora.”

4. “A negociação é, normalmente, centrada em preço. Há a possibilidade de customizar serviços. O hospital tem produtos/atributos fortes, que consegue fornecer com mais facilidade pela vocação institucional.”

5. “Os médicos procuram segurança, conforto e disponibilidade de local. O médico fica de lado na negociação com as operadoras.”

6. “O cliente que procura o pronto-socorro e o ambulatório deve ser estimulado com algum material publicitário. O boca-a-boca é fundamental e a base deste processo de comunicação.”

7. “Em relação à comunicação, há um trabalho corporativo na identificação das necessidades através de programa de medicina preventiva, com palestras e informação. Visa estreitar o relacionamento com o RH das empresas.”

8. “O paciente particular representa 5 a 6% do faturamento do hospital.”

9. “A operadora influencia o direcionamento dos procedimentos eletivos, em especial aquela que tem hospital próprio. Isso altera as relações entre o hospital e a operadora.”

10. “Para o hospital, no processo de livre escolha, deve ser feito um trabalho de visibilidade do hospital e manter o hospital ‘vivo’ na cabeça dessa pessoa na hora de fazer a escolha.”

11. “Eu creio que a cirurgia eletiva é muito mais influenciada pelo médico do que pelo próprio paciente. No processo eletivo, o médico, o paciente e a operadora escolhem o hospital, mas não sei dizer qual é o percentual de influência de cada um desses atores.”

12. “A fonte pagadora, se tiver hospital próprio, opta por essa escolha ao decidir a internação de seu conveniado. Se ela não possuir hospital próprio, busca o de acordo comercial mais favorável. Os pacientes escolhem por grife. Outro fator é o tipo de plano do paciente, que proporciona acesso a hospitais que o paciente quer, não para os quais é encaminhado, prevalecendo, nessa situação, a opção do paciente.”

13. “O médico, eu vejo que ele é influenciado pela operadora, muito mais hoje do que há tempos atrás, para utilizar-se de determinado hospital em função de acordos negociados entre ele e a operadora.”

14. “Há ainda o possível descredenciamento do médico em seu consultório particular, se não atuar no hospital que a operadora definir.”

15. “A operadora é o ator mais importante no processo de contratação de utilização eletiva de um hospital pelas seguintes razões: ela domina o médico pelo credenciamento e há uma possibilidade de acordo com os hospitais em função de volumes de troca.”

16. “Um fator relevante é que 60, 70, 80% dos planos de saúde são de pessoa jurídica, e por isso a empresa contratante se relaciona com a operadora e o hospital, permitindo o direcionamento para hospitais ou prestadores em que os acordos comerciais sejam mais vantajosos e que permitam menores custos.”

17. “A empresa contratante orienta seus funcionários a se utilizarem das redes disponibilizadas pelas operadoras; em caso contrário eles podem sofrer sanções.”

18. “Para as pessoas físicas ou planos individuais, é mais difícil o direcionamento, porém essa condução é muito maior na pessoa jurídica.”

19. “O apelo da operadora é muito forte por preço. Não existe outro. A questão do volume em troca do preço é de difícil mensuração. Isso é possível, mas o que eu preciso dar é muito mais real do que eu posso ter; é sempre preço.”

20. “Temos dois tipos de médicos para o hospital: os internos, que têm serviço na casa mediante contrato, e os externos, que são os que têm seus consultórios fora e usam o hospital para suas internações. Para esse último grupo, a segurança institucional é fundamental, boa qualidade de enfermagem e alguma coisa de conforto e uma estrutura interessante de apoio e suporte. Agora, talvez, alguma comodidade sem serviços de faturamento e a proximidade.”

21. “Para o hospital a segurança é a certificação que a instituição obteve pela ONA.”

22. “A escolha é do paciente/cliente em razão da hotelaria ou de terem falado bem ou ainda de já ter utilizado o hospital. É um processo intangível. O médico dá as opções de internação. O paciente decide dentro dessas opções.”

23. “Existe ainda um outro público, que é o corretor de planos de saúde. É quem vende o plano para uma empresa ou uma pessoa física. Pelo fato de ter feito a venda, ele tem, muitas vezes, influência na área comercial da operadora e ele tem uma interferência na relação de escolha.”

24. “O corretor é um ator antigo nesse processo, mas talvez pouco percebido pelo mercado como um todo.”

25. “Há os fornecedores de insumos, que também podem ser considerados atores indiretos no processo, uma vez que o médico se utiliza de materiais que o fornecedor representa ou vende. Esses, por sua vez, têm acordo com a operadora e com o hospital simultaneamente. O preço, aqui, pode ser influenciador, mas não direcionador. Os fornecedores de insumos hospitalares compõem uma cadeia de valores de decisão ou itens que são valoráveis na decisão.”

26. “O médico é quem decide, em larga escala, a internação eletiva. Na seqüência, a operadora e o paciente fazem parte dessa decisão.”

27. “A operadora, o médico e as opiniões próprias decidem a internação eletiva, e isso pode ser atribuído a um forte direcionamento da operadora, que não fala com o paciente, e sim com o médico. Esse último dá opções ao paciente.”

28. “O que mais influencia a operadora no processo de contratação e utilização eletiva de um hospital é o preço. O que mais influencia o médico é a segurança institucional e a localização do hospital.”

29. “Para o paciente, o mais importante no processo de contratação e utilização eletiva de um hospital é a atenção por parte do serviço de enfermagem, a confiança no médico e a efetividade no procedimento. Não é só a enfermagem. É a assistência como um todo.”

30. “O paciente faz análise crítica da estrutura do hospital inúmeras vezes enquanto internado. Sob o cuidado médico propriamente dito, ele fica poucos momentos, enquanto o restante é conduzido pela equipe de saúde.”

31. “O paciente é a extensão dos olhos do médico enquanto internado. Para agradar o médico, tenho que agradar o paciente.”

32. “A operadora só se manifesta junto aos hospitais por conta de custos.”

#### **4.2.1 Análise de Conteúdo e discussão da entrevista**

Com base nos focos propostos no item 3.3, esta entrevista pode ser assim classificada:

**QUADRO 11 - CATEGORIAS SEMÂNTICAS E ENUNCIADOS DAS ENTREVISTAS RELATIVOS AO HOSPITAL SÃO CAMILO**

<b>Categoria semântica</b>	<b>Enunciação das mensagens pelo entrevistado, conforme o número da frase descrita no item 4.2</b>
<b>Operadoras, planos de saúde ou convênios</b>	<p>(3) As relações de troca são feitas com as fontes pagadoras.</p> <p>(15) A operadora é o ator mais importante no processo de contratação e utilização eletiva de um hospital, porque ela domina o médico e negocia com o hospital em função de volumes de troca.</p> <p>(16) Grande parte dos planos de saúde é de pessoa jurídica.</p> <p>(19) O apelo da operadora é muito forte por preço. Não existe outro. [...]. É sempre preço.</p> <p>(27) A operadora, o médico e as opiniões próprias decidem a internação eletiva, e isso pode ser atribuído a um forte direcionamento da operadora, que não fala com o paciente, e sim com o médico. Esse último dá opções ao paciente.</p>
<b>Hospital</b>	<p>(2) Eu defino o hospital com quatro públicos-alvo dentro de um mix de compradores que se utilizam do meu hospital: pessoas do pronto-socorro, organizações por operadoras, médico e as próprias empresas.</p> <p>(21) Para o hospital, a segurança é a certificação na ONA.</p>
<b>Médicos</b>	<p>(5) Os médicos procuram segurança, conforto e disponibilidade de local. O médico fica de lado na negociação com as operadoras.</p> <p>(11) Eu creio que a cirurgia eletiva é muito mais influenciada pelo médico do que pelo próprio paciente.</p> <p>(13) O médico, eu vejo que ele é muito influenciado pela operadora para utilizar-se de determinado hospital.</p> <p>(14) Há ainda o possível descredenciamento do médico em seu consultório particular se não atuar no hospital que a operadora definir.</p> <p>(20) Temos dois tipos de médicos: os internos, que têm serviço na casa mediante contrato, e os externos, que se utilizam do hospital para suas internações. Para este último grupo, a segurança institucional é fundamental, boa qualidade de enfermagem [...] conforto [...] comodidade em serviços de faturamento.</p> <p>(22) [...] o médico dá as opções de internação; o paciente decide dentro dessas opções.</p> <p>(26) O médico é quem decide, em larga escala, a internação eletiva. Na seqüência, a operadora e o paciente fazem parte dessa decisão.</p>

---

 Continuação do QUADRO 11
 

---

<b>Pacientes</b>	<p>(6) O cliente que procura o Pronto-Socorro e o ambulatório deve ser estimulados com algum material publicitário.</p> <p>(8) O paciente particular representa 5 a 6% do faturamento do hospital.</p> <p>(12) Pacientes escolhem o hospital por grife.</p> <p>(22) A escolha do paciente é em razão da hotelaria ou de terem falado bem ou ainda de já ter utilizado o hospital. É um processo intangível.</p> <p>(29) Para o paciente, o mais importante no processo de contratação e utilização eletiva de um hospital é a atenção por parte do serviço de enfermagem, confiança no médico e efetividade no procedimento.</p> <p>(31) O paciente é a extensão dos olhos do médico enquanto internado. Para agradar o médico, tenho que agradar o paciente.</p>
<b>Empresas Clientes das Operadoras</b>	<p>(7) O hospital quer estreitar o relacionamento com o RH das empresas.</p> <p>(16) Grande parte dos planos de saúde é de pessoa jurídica e por isso a empresa contratante se relaciona com a operadora e o hospital, permitindo o direcionamento para hospitais ou prestadores em que os acordos sejam mais vantajosos e permitam menores custos.</p> <p>(17) A empresa contratante orienta seus funcionários a utilizarem-se das redes disponibilizadas pelas operadoras; caso contrário, aqueles podem sofrer sanções.</p>
<b>Corretor de planos de saúde</b>	<p>(23) Existe ainda um outro público, que é o corretor de planos de saúde [...]. Pelo fato de ter feito a venda, ele tem, muitas vezes, influência na área comercial da operadora e ele tem uma interferência na relação de escolha.</p> <p>(24) O corretor é um ator antigo nesse processo.</p>
<b>Fornecedores de insumos hospitalares</b>	<p>(25) Há os fornecedores de insumos, que também podem ser considerados atores indiretos no processo, uma vez que o médico se utiliza de materiais que o fornecedor representa ou vende. Esses, por sua vez, têm acordo com operadora e com o hospital simultaneamente. Os fornecedores de insumos hospitalares compõem uma cadeia de valores de decisão ou itens que são valoráveis na decisão.</p>

Fonte: Elaborado pelo autor.

Constata-se que o entrevistado confirmou a importante influência da operadora de saúde no processo em questão, ao mesmo tempo em que afirma que o paciente tem menor influência em relação aos outros atores.

Frisa também este entrevistado que o paciente considera aspectos intangíveis do processo, como hotelaria, atenção da equipe de enfermagem e outros detalhes, da

forma enfatizada por Bateson e Hoffman (2001) nos itens 2.6 e 2.6.1 desta dissertação.

Aqui o entrevistado considerou outros dois atores: o corretor de planos de saúde e os fornecedores de insumos hospitalares como capazes de influenciar o processo de contratação e utilização eletiva do hospital em questão. Na outra entrevista, este aspecto não foi mencionado. Harrison (2005, p. 25) cita os fornecedores, todavia os corretores não são explicitados nesta dissertação. Por outro lado, nesta entrevista as empresas contratantes das operadoras não foram mencionadas.

Deve ser salientado que, nesta entrevista, é citada a certificação pela ONA (frase 21) como fator que confere segurança ao hospital, cuja alusão se encontra no item 2.2.1 como um dos objetivos institucionais da Organização Nacional de Acreditação. A questão segurança é um atributo salientado várias vezes como motivador do médico ao buscar um hospital, o que é descrito como uma das principais vantagens do sistema de acreditação.

As frases 11, 13 e 14 mostram inequivocamente o poder das operadoras de saúde, quando o entrevistado enfatiza a capacidade de direcionamento da operadora ao influenciar o médico para utilizar um determinado hospital, sob a advertência de descredenciamento caso não siga as instruções da operadora. Paralelamente, a frase 15 define a operadora de saúde como o ator mais importante no processo de contratação e utilização eletiva de um hospital.

A Análise de Conteúdo desta entrevista na categoria médico revela uma possível seqüência de atitudes no processo de contratação e utilização eletiva de um hospital. O primeiro passo é a negociação entre a operadora e o hospital (frases 3, 15 e 19). Na seqüência do acordo comercial, sobressai a influência do médico (frases 11,13 e 22). Por último, o que recebe o serviço propriamente dito. Ou seja, o paciente tem influência menor (frase 12). A frase 5 traz uma informação interessante no sentido de que o médico também algumas vezes se cerca de atributos intangíveis do hospital, como conforto e disponibilidade de local, que vem a ser a questão do local físico em que o hospital se situa, haja vista as condições de locomoção em uma cidade como São Paulo e outras grandes metrópoles.

A frase 8 confirma a referência de que o número de pacientes não vinculados a planos de saúde, ou seja, de clientes particulares, é irrelevante, conforme item 1.5.

O entrevistado comenta que o paciente busca e sustenta suas decisões em conceitos intangíveis (frases 12, 22 e 29) conforme ensinam Lovelock e Wirtz (2006), ao conceituar a necessidade dos outros 3 “**Ps**” quando serviços são desempenhados, além dos 4 “**Ps**” quando se trata de bens tangíveis.

Urdan (1993) também apóia a relevância das interações que envolvem serviços, uma vez que diversos atores participam do processo, como: funcionários, equipamentos, instalações e procedimentos (p. 61). A frase 29 explica melhor o assunto.

Esta entrevista menciona na frase 22 (ter falado bem do hospital ou o boca-a-boca) uma característica importante e que é descrita na figura 6.

Podemos, por fim, considerar o grau de influência no processo de contratação e utilização eletiva de um hospital de três formas:

- a) total: aquele em que a decisão é preponderante;
- b) moderado: aquele em que a decisão é parte do processo, mas não decisório;
- c) mínimo: aquele em que o público-alvo tem influência irrelevante.

Com base na graduação acima, é possível propor um resumo da discussão das entrevistas de acordo com o quadro 12 a seguir, que compara o grau de influência dos principais públicos-alvo no processo de contratação e utilização de um hospital, com base nas entrevistas realizadas.

**QUADRO 12 - COMPARAÇÃO DO GRAU DE INFLUÊNCIA DOS PÚBLICOS-ALVO NA CONTRATAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE UM HOSPITAL**

PÚBLICOS-ALVO	INFLUÊNCIA NA CONTRATAÇÃO DE UM HOSPITAL	INFLUÊNCIA NA UTILIZAÇÃO ELETIVA DE UM HOSPITAL
OPERADORA DE SAÚDE	Total: porque é ela quem a decide e proporciona o acesso.	Mínima: porque é consequência do processo.
HOSPITAL	Total: porque é como disponibiliza seus serviços.	Moderada: porque a utilização é definida pelo médico.
MÉDICO	Mínima: porque não é parte na negociação.	Total: porque é quem decide a internação.
PACIENTE DE PLANOS COLETIVOS	Mínima: porque a contratação é feita pela pessoa jurídica.	Moderada: porque a decisão é do médico.
PACIENTE DE PLANOS INDIVIDUAIS	Moderada: porque a escolha da rede pode ser sua opção.	Moderada: porque a decisão é do médico.
CORRETORAS	Moderada: porque a contratação pode ser apenas sugerida em face de ser um intermediário.	Mínima: porque o processo envolve o paciente e o médico.
EMPRESAS CLIENTES	Total: porque pode exigir o acesso a determinado prestador.	Mínima: porque o processo envolve diretamente o paciente e o médico.

Fonte: Elaborado pelo autor.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É recente e delicado o debate em torno dos assuntos relativos ao espaço em que a saúde, bem maior, é envolvida. Duas considerações importantes devem ser feitas:

A primeira consideração é a de que as operadoras de saúde comercializam acesso a tratamentos médico-hospitalares e a utilização dos serviços significa custo para as operadoras, ao mesmo tempo em que para os prestadores de serviços de saúde essa mesma utilização é fonte de receita.

A segunda consideração é a de que os atores envolvidos no processo têm visões diferentes do processo, porque estão em lados opostos, em face da dicotomia apontada.

O acesso ao tratamento médico-hospitalar suplementar no Brasil é privilégio de pouco menos de 19% da população em nosso país e, por essa razão, provavelmente, o assunto ainda carece de maiores estudos, reflexões e ações que visem a sua ampliação.

Embora este trabalho não seja conclusivo por tratar-se de pesquisa exploratória e qualitativa, encontraram-se evidências nas entrevistas com os especialistas de que esta dissertação apresentou um recorte do cenário atual dos participantes mais importantes e que mais influenciam o processo de contratação e utilização eletiva de um hospital, conforme a metodologia descrita e os resultados descritos.

Expôs também um processo relativamente pouco explorado, mas muito importante, diante da relevância do procedimento, isto é, o tratamento médico-hospitalar com vista à recuperação da saúde suportado pelo sistema de saúde suplementar no Brasil.

Este trabalho evidenciou que muitas das mensagens enunciadas pelos sujeitos da pesquisa encontraram respaldo na literatura pesquisada, citada e descrita nas referências. Este fato aponta que os conceitos e esforços de marketing podem ser muito úteis para proporcionar aos interessados os necessários subsídios a fim de proporcionar uma efetiva utilização do sistema de saúde suplementar nacional e com

isso minimizar os efeitos do fato de que o que é só custo para uns é tido como só receita para outros.

As operadoras de saúde, os hospitais, os médicos, as empresas contratantes e os beneficiários do processo aqui descrito têm, cada um ao seu modo e segundo seu roteiro, influências diferentes, mas que convivem para um bem comum, isto é, a recuperação da saúde.

Pode-se formular aqui a hipótese de que a internação hospitalar eletiva é um processo de escolha no qual as operadoras, os hospitais, os médicos e os pacientes, nesta ordem, são atores que exercem uma influência definida.

Quiçá possíveis ações de marketing possam ser úteis para que cada ator do processo compreenda melhor sua influência e, com essa nitidez, exerça seus direitos e deveres, podendo usufruir seus benefícios de modo mais eqüitativo.

Os resultados e as conclusões deste trabalho limitam-se à amostra definida na metodologia.

Sugere-se que a temática aqui estudada faça parte de estudos mais aprofundados, para que as limitadas conclusões desta dissertação possam, eventualmente, ser ampliadas, aprofundadas e, com isso, contribuir para que todos tenham a capacidade de usufruir mais benefícios do sistema de saúde suplementar nacional, de modo justo e eqüitativo.

Considerando-se o reto pensar, a criticidade fundamentada e por tudo que se pesquisou, analisou e apresentou aqui, pode-se concluir que o objetivo desta dissertação foi, em grande escala, atingido.

## REFERÊNCIAS

ABMS - **Associação Brasileira de Marketing em Saúde**. Disponível em:  
<<http://www.abms.com.br>> . Acesso em: 24-03-2006.

AMA - **American Marketing Association**. Disponível em:  
<<http://www.marketingpower.com>>. Acesso em: 01-09-2006.

AMB - **Associação Médica Brasileira**. Disponível em: <<http://www.amb.org.br>>  
Acesso em: 15-09-2006.

ANAHP - **Associação Nacional de Hospitais Privados**. Disponível em:  
<<http://www.anahp.org.br>>. Acesso: em 01-07-2006.

ANDREAZZI, M. F. S. **Teias e tramas: relações público-privadas no setor saúde brasileiro dos anos 90**. Rio de Janeiro, 2002, 350p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

ANS – **Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Disponível em:  
<<http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp>>  
Acesso em: 30-07-2006.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Portugal: Edições 70, 2004.

BATESON, J. E. G.; HOFFMAN, D. K. **Marketing de Serviços**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

BLUMEN, A.; OLIVA, E. C. Programas de qualidade no setor de serviços hospitalares: um estudo dos hospitais selados pelo C.Q.H. **Caderno de Pesquisa Pós-Graduação/IMES**. São Caetano do Sul, n.9, p.21-28, segundo semestre de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde** – CNES. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Unidade.asp](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp)>. Acesso em: 09-03-2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. **Caderno de informações da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos** – Ano 1 (jun.2006). Rio de Janeiro: ANS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

CFM - **Conselho Federal de Medicina**. Disponível em: <<http://www.portalmédico.org.br>> . Acesso em: 10.09.2006.

COLLUCCI, C. Plano de saúde veta ordem de médico para baixar custo. **Folha de S. Paulo**, 17 set 2006. Caderno cotidiano, p. C 1-C 4.

CREMESP. **Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/>>. Acesso em: 08.09.2006.

CUNHA, C. R. C. **Marketing hospitalar: uma visão gerencial**. São Paulo, 1994, 85p. Dissertação (Mestrado em Administração). Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas.

DAY, G. S. **A empresa orientada para o mercado**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

FERRELL, O. C.; HARTLINE, M. D. **Estratégia de Marketing**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FRANCE, K.; GROVER, R. What is the health care product? **Journal of health care marketing**. EUA, vol.12, n.2, p.31-38, jun. 1992.

FRANCO, E. S. **O marketing de relacionamento como alternativa à propaganda: um estudo exploratório em escolas de idiomas de São Caetano do Sul**. São Caetano do Sul, 2002, 194 p. Dissertação (Mestrado em Administração). Instituto Municipal de Ensino Superior de São Caetano do Sul.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de Conteúdo**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas – RAE**. São Paulo, v.35, n.2, p. 57-63, mar./abr.1995

\_\_\_\_\_. Pesquisa qualitativa; tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas – RAE**. São Paulo, v.35, n.3, p. 20-29. mai. /jun.1995

GOUVÊA, M. A.; TOLEDO, G. L.; RODRIGUES FILHO, L.N. Avaliação de serviços de planos do setor médico e previdenciário. **Revista Gestão & Regionalidade**. São Caetano do Sul, vol. 22-n. 63, pág.19-28, jan./abr. 2006.

GRONROOS, C. **Marketing: gerenciamento e serviços**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

GURGEL JUNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, 2002, vol. 7, n.2, p.325-334.

HAIR, JUNIOR J. F.; BABIN, B.; MONEY A. H.; SAMOUEL, P. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HARRISON, J. S. **Administração estratégica de recursos e relacionamentos**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HOOLEY, G. J.; SAUNDERS, J.; PIERCY, N. F. **Estratégia de marketing e posicionamento competitivo**. São Paulo: Prentice Hall, 2001.

HUME, M. D. P. **Avaliação do grau de relacionamento entre hospital e médicos no Hospital Santa Catarina**. Porto Alegre, 2003, 103p. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/> . Acesso em: 20.10.2006.

KOTLER, P.; CLARKE, R. N. **Marketing for health care organizations**. EUA: Prentice Hall, 1987.

KOTLER, P.; ARMSTRONG, G. **Princípios de Marketing**. Rio de Janeiro: Prentice Hall, 1998.

KOTLER, P.; HAYES, T.; BLOOM, P. N. **Marketing de serviços profissionais**. São Paulo: Manole, 2002.

KOTLER, P.; KELLER, K. L. **Administração de Marketing**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006.

LEVITT, T. **A imaginação de marketing**. São Paulo: Atlas, 1990.

LIMA-GONÇALVES, E. Condicionantes internos e externos da atividade do hospital-empresa. **RAE-Eletrônica**. São Paulo, volume 1, número 2, jul./dez. 2002.

LIMA-GONÇALVES, E.; ACHÉ, C. A. O hospital-empresa: do planejamento à conquista do mercado. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.39, n 1, p. 84-87, jan./mar. 1999.

LOURES, C. A. da S. **Um estudo sobre o uso da evidência física para gerar percepções de qualidade em serviços**: casos de hospitais brasileiros. São Paulo, 2003. 219p. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade de São Paulo.

LOVELOCK, C.; WIRTZ, J. **Marketing de Serviços**: pessoas, tecnologia e resultados. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006

MAIA, A. C.; GIL, A. C. Miopia em marketing no segmento hospitalar do Brasil. **Revista O Mundo da Saúde**. São Paulo, ano 26, v.26, n.2, p.244-253, abr./jun. 2002.

MALDONADO, M. T.; CANELLA, P. **Recursos de relacionamento para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2003.

MALIK, A. M.; TELES, J. P. Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v.41, n.3, p-51-59, 2001

MAXIMIANO, A. C. A. **Teoria Geral da Administração**: da revolução urbana à revolução digital. São Paulo: Atlas, 2004

McCARTHY, E. J.; PERREAULT Jr., W. D. **Marketing essencial**: uma abordagem gerencial e global. São Paulo: Atlas, 1997

MCMANIS, G. L. **Hospitals & Health networks**. EUA: Oct 5, 1993, p.42

MINCIOTTI, S. A. Uma reflexão sobre o método científico aplicado em pesquisas em Administração. **Revista IMES**. São Caetano do Sul, Ano XVI- n.47, p.31-37, set./dez. 1999.

\_\_\_\_\_. Comportamento do consumidor: o grande desafio de marketing. **Revista IMES**. São Caetano do Sul, Ano IV- n.12, p.26-33, mai/ago. 1987.

OMS - **Organização Mundial da Saúde**. Disponível em:  
<<http://www.who.int/about/es>>. Acesso em: 21-06-2006.

OPAS - **Organização Pan-Americana da Saúde**. Disponível em:  
<<http://www.opas.org.br/opas.cfm>> .Acesso em: 02-07-2006.

ONA - **Organização Nacional de Acreditação**. Disponível em:  
<<http://www.ona.org.br>> . Acesso em: 23-08-2006.

PEREIRA, J. C. R. **Análise de dados qualitativos**: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: EDUSP, 2004.

PRADO, A. P. M. de A. **Orientação para o mercado**: desenvolvimento de um instrumento de medida aplicável a hospitais. Curitiba, 1995, 131p. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Federal do Paraná.

ROCHA, Â. da; CHRISTENSEN, C. **Marketing**: teoria e prática no Brasil. São Paulo: Atlas, 1999.

\_\_\_\_\_ ; MELLO, R. C. **Marketing de Serviços**. São Paulo: Atlas, 2000.

ROSALY, R.; ZUCCHI, P. O marketing na área de saúde. **RAP-Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, 38(5), p. 711-28, set./out. 2004.

SATO, L. Prevenção de agravos à saúde do trabalhador: replanejando o trabalho através das negociações cotidianas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 18, n.5, p. 1147- 1157. set./out. 2002

SCHIFFMAN, L. G.; KANUK, L. L.. **Comportamento do consumidor**. Rio de Janeiro: LTC-Livros técnicos e científicos, 1999.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para integração. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, Fortaleza, vol. 5, n.1, p.187-192 , 2000.

SILVA, C. R.; GOBBI, B. C.; SIMÃO, A. A. O uso da Análise de Conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. Universidade Federal de Lavras. **Orgn. rurais agroin.**, Lavras. v.7, n. 1, p. 70-81, 2005.

SILVEIRA, J.A. M. **Um estudo exploratório acerca do papel do marketing em instituições hospitalares.** São Paulo, 1995, 169p. Dissertação (Mestrado em Administração). Escola de Administração de Empresas, Fundação Getúlio Vargas.

SKRABE, C. **Esquema visual da comunidade de negócios que forma o mercado hospitalar brasileiro.** Disponível em: <http://www.marketingemsaúde.com.br/novo/download/MetMercHosp.jpg>. Acesso em: 10.05.2006.

SOLOMON, M. R. **Consumer Behavior.** EUA: Prentice Hall, 1996.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2006.

URDAN, F.T.; URDAN, A.T. **Gestão do composto de marketing.** São Paulo: Atlas, 2006.

URDAN, A.T. **Qualidade de serviço:** proposição de um modelo integrativo. São Paulo, 1993, 179p. Tese (Doutorado em Administração). Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo.

VIEIRA, M. M. F.; VILARINHO, P. F. O campo da saúde suplementar no Brasil. **Revista Ciências da Administração- RCA.** Florianópolis, v.6, n.11, p. 09-34, jan./jul. 2004. Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

**ANEXO A: RESOLUÇÃO CFM Nº. 1451/95**

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº. 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são os órgãos supervisores e fiscalizadores do exercício profissional, e das condições de funcionamento dos serviços médicos prestados à população;

CONSIDERANDO que o Código de Ética Médica estabelece os princípios norteadores da boa prática médica;

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina constataram condições estruturais, materiais e humanas inadequadas ao atendimento à população nos serviços de Prontos Socorros;

CONSIDERANDO a necessidade de estabelecer as normas mínimas para funcionamento dos estabelecimentos de saúde de Pronto-Socorro;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Reunião Plenária realizada em 10 de março de 1995,

RESOLVE:

Artigo 1º - Os estabelecimentos de Prontos-Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.

Parágrafo Primeiro - Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Parágrafo Segundo - Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

Artigo 2º - A equipe médica do Pronto-Socorro deverá, em regime de plantão no local, ser constituída, no mínimo, por profissionais das seguintes áreas:

- Anestesiologia;
- Clínica Médica;
- Pediatria;
- Cirurgia Geral;
- Ortopedia.

Artigo 3º - A sala de emergência deverá, obrigatoriamente, estar equipada com:

- Material para reanimação e manutenção cardiorrespiratória;
- Material para oxigenação e aspiração;
- Material para procedimentos de urgência.

Artigo 4º - Os recursos técnicos mínimos disponíveis, em funcionamento ininterrupto, para o Pronto-Socorro deverão ser:

- Radiologia;
- Laboratório de análises clínicas;
- Centro cirúrgico;
- Unidade de terapia intensiva;
- Unidade transfusional;
- Farmácia básica para urgência;
- Unidade de transporte equipado.

Artigo 5º - O estabelecimento de Pronto-Socorro deverá permanecer à disposição da população em funcionamento ininterrupto.

Artigo 6º - Os diferentes portes de Prontos-Socorros de maior complexidade deverão ser definidos em cada Estado pelos Conselhos Regionais de Medicina, de acordo com as realidades regionais e as necessidades de atendimento à população.

Artigo 7º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

São Paulo-SP, 10 de março de 1995.

WALDIR PAIVA MESQUITA

Presidente

ANTÔNIO HENRIQUE PEDROSA NETO

Secretário-Geral

Publicada no D.O.U. de 17.03.95 - Seção I - Página 3666.

**ANEXO B: RESOLUÇÃO CFM Nº. 1.642/2002**

As empresas que atuam sob a forma de prestação direta ou intermediação de serviços médicos devem estar registradas nos Conselhos Regionais de Medicina de sua respectiva jurisdição, bem como respeitar a autonomia profissional dos médicos, efetuando os pagamentos diretamente aos mesmos e sem sujeitá-los a quaisquer restrições; nos contratos, deve constar explicitamente a forma atual de reajuste, submetendo as suas tabelas à apreciação do CRM do estado onde atuem. O sigilo médico deve ser respeitado, não sendo permitida a exigência de revelação de dados ou diagnósticos para nenhum efeito.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº. 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº. 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho técnico e ético da Medicina;

CONSIDERANDO que o trabalho médico deve beneficiar exclusivamente a quem o recebe e àquele que o presta, não devendo ser explorado por terceiros, seja em sentido comercial ou político;

CONSIDERANDO que o Código de Ética Médica estabelece princípios norteadores da boa prática médica, relativos às condições de trabalho e de atendimento, à autonomia profissional, à liberdade de escolha do médico pelo paciente, à irrestrita disponibilidade dos meios de diagnóstico e tratamento e à dignidade da remuneração profissional;

CONSIDERANDO que a Lei nº. 9.656/98 institui, para que possam ter autorização de funcionamento, a obrigatoriedade do registro de empresas operadoras de planos e seguros de saúde, de qualquer forma ou situação que possam existir, nos Conselhos Regionais de Medicina da jurisdição onde estejam localizadas;

CONSIDERANDO que a Lei nº. 6.839/80 institui a obrigatoriedade do registro das empresas de prestação de serviços médico-hospitalares, em razão de sua atividade básica ou em relação àquela pela qual presta serviços a terceiros, e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas responsáveis, nos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO que o entendimento de livre escolha é o direito de o paciente escolher o médico de sua confiança ou o sistema de assistência médica de sua preferência, que funcione dentro dos princípios éticos e preceitos técnico-científicos;

CONSIDERANDO que as infrações apuradas nos estabelecimentos hospitalares ou em empresas de assistência médica são de responsabilidade direta do diretor técnico ou de seu substituto eventual;

CONSIDERANDO os termos da Resolução CFM nº. 1.627/2001, que conceitua e regulamenta o Ato Médico, e da Resolução CFM nº. 1.616/2001, que regulamenta o descredenciamento por empresas operadoras de planos de saúde, bem como as resoluções dos Conselhos de Medicina dos estados de Alagoas, Amazonas, Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro, São Paulo e Distrito Federal;

CONSIDERANDO, enfim, o decidido na sessão plenária realizada em 7 de agosto de 2002,

RESOLVE:

Art. 1º – As empresas de seguro-saúde, de medicina de grupo, cooperativas de trabalho médico, empresas de autogestão ou outras que atuem sob a forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médico-hospitalares devem seguir os seguintes princípios em seu relacionamento com os médicos e usuários:

- a) respeitar a autonomia do médico e do paciente em relação à escolha de métodos diagnósticos e terapêuticos;
- b) admitir a adoção de diretrizes ou protocolos médicos somente quando estes forem elaborados pelas sociedades brasileiras de especialidades, em conjunto com a Associação Médica Brasileira;

- c) praticar a justa e digna remuneração profissional pelo trabalho médico, submetendo a tabela de honorários à aprovação do CRM de sua jurisdição;
- d) efetuar o pagamento de honorários diretamente ao médico, sem retenção de nenhuma espécie;
- e) negociar com entidades representativas dos médicos o reajuste anual da remuneração até o mês de maio, impedindo que o honorário profissional sofra processo de redução ou depreciação;
- f) vedar a vinculação dos honorários médicos a quaisquer parâmetros de restrição de solicitação de exames complementares;
- g) respeitar o sigilo profissional, sendo vedado a essas empresas estabelecerem qualquer exigência que implique na revelação de diagnósticos e fatos de que o médico tenha conhecimento devido ao exercício profissional.

Art. 2º - Nos contratos de credenciamento ou similares de médicos para prestação de serviço às empresas citadas no art. 1º, deverá ser expressamente estabelecida a forma de reajuste dos honorários médicos.

Art. 3º - É vedada a participação de médicos ou empresas prestadoras de assistência médica nas modalidades de licitação de tipo menor preço, quando este contrariar a prática local, nos termos dos artigos 3º e 86 do Código de Ética Médica.

Art. 4º – As empresas que descumprirem a presente resolução poderão ter seus registros cancelados no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição e o fato comunicado ao Serviço de Vigilância Sanitária e à Agência Nacional de Saúde Suplementar, para as providências cabíveis.

Art. 5º – O descumprimento desta resolução também importará em procedimento ético-profissional contra o diretor técnico da empresa.

Art. 6º – Proibir, aos médicos, a prestação de serviços para instituições que descumpram o estipulado nesta resolução.

Art. 7º – Esta resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação, ficando revogadas as Resoluções CFM nºs. 264/65, 310/67, 808/77, 872/78, 1.084/82 e 1.340/90 e todas as disposições em contrário.

Brasília-DF, 7 de agosto de 2002.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE

Presidente

RUBENS DOS SANTOS SILVA

Secretário-Geral

**ANEXO C: RESOLUÇÃO CFM Nº. 1.722/2004**

Veda aos médicos prestarem serviços a planos de saúde que não tenham inscrição nos Conselhos Regionais de Medicina. Os contratos de prestação de serviços a planos de saúde devem ter a assinatura dos diretores técnicos dos hospitais e dos próprios planos.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº. 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a Lei nº. 6.839, de 30 de outubro de 1980, que instituiu nos Conselhos Regionais de Medicina a obrigatoriedade do registro das empresas de prestação de serviços médico-hospitalares e a anotação dos profissionais legalmente habilitados;

CONSIDERANDO que os estabelecimentos de saúde mencionados no Decreto nº. 20.931/32 devem ser dirigidos por médicos designados como diretores técnicos e que devem ser os seus principais responsáveis;

CONSIDERANDO ser atribuição do Conselho Federal de Medicina e dos Conselhos Regionais de Medicina supervisionarem a ética profissional em toda a República, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente, conforme determina o artigo 2º da Lei nº. 268/57;

CONSIDERANDO as atribuições elencadas no artigo 5º da referida Lei nº. 3.268/57;

CONSIDERANDO a Lei nº. 9.656, de 3 de junho de 1998, que determinou que as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem, para obter a autorização de funcionamento expedida pelo órgão responsável, entre outros requisitos, comprovar o devido registro nos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO também o disposto no inciso LXX, alínea “b”, do artigo 5º da Constituição Federal, além do entendimento do Supremo Tribunal Federal no que concerne à legitimidade processual das entidades de classe para representação judicial de seus filiados, expresso no RE nº. 182.543-0, publicado no DJU de 7.4.95;

CONSIDERANDO que para exercer a Medicina com honra e dignidade o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa;

CONSIDERANDO que o médico deve ser solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração condigna, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico;

CONSIDERANDO que cabe ao médico investido em função de direção assegurar as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da Medicina;

CONSIDERANDO que o médico está obrigado a acatar e respeitar os acórdãos e resoluções dos Conselhos Federal e Regional de Medicina;

CONSIDERANDO o contido na Resolução CFM nº. 1.342/1991, que dispõe sobre as funções do diretor clínico e do diretor técnico;

CONSIDERANDO o contido na Resolução CFM nº. 1.590/1999, que dispõe sobre a obrigatoriedade do registro, junto ao Conselho Regional de Medicina competente, das operadoras de planos de saúde e de medicina de grupo, dos planos de autogestão e das cooperativas médicas, devidamente registradas junto ao Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO o contido na Resolução CFM nº. 1.673/2003, que adota a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar;

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária de 18/6/2004,

RESOLVE:

Art. 1º - É vedado aos médicos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina qualquer tipo de relacionamento de prestação de serviços médicos às empresas de planos de saúde, autogestão, cooperativas médicas ou seguros que comercializem planos de saúde que não tenham inscrição no cadastro de pessoas jurídicas junto ao respectivo Conselho Regional de Medicina e, conseqüentemente, diretores

técnicos e/ou diretores clínicos também não relacionados no Conselho Regional de Medicina.

Art. 2º - A partir da publicação desta resolução fica obrigatória a assinatura dos diretores técnicos de planos de saúde, hospitais, clínicas ou outros estabelecimentos de saúde, nos contratos de prestação de serviços médicos, mesmo que a responsabilidade daqueles seja solidária àquela concernente à Direção Comercial na consecução dos referidos contratos.

Parágrafo único – Os médicos que prestarem seus serviços profissionais a planos de saúde e outros acima citados e que não observarem frente ao Conselho Regional de Medicina do seu estado o cumprimento do contido no caput deste artigo estarão sujeitos às devidas apurações éticas.

Art. 3º - Cabem aos diretores técnicos e/ou diretores clínicos das Pessoas Jurídicas inscritas no Conselho Regional de Medicina o cumprimento desta resolução.

Art. 4º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília-DF, 18 de junho de 2004.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE

RUBENS DOS SANTOS SILVA

Presidente

Secretário-Geral

**ANEXO D: RESOLUÇÃO CFM Nº. 1.614/2001**

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº. 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a necessidade de disciplinar a fiscalização praticada nos atos médicos pelos serviços contratantes de saúde;

CONSIDERANDO que a auditoria do ato médico constitui-se em importante mecanismo de controle e avaliação dos recursos e procedimentos adotados, visando sua resolubilidade e melhoria na qualidade da prestação dos serviços;

CONSIDERANDO que a auditoria médica caracteriza-se como ato médico, por exigir conhecimento técnico, pleno e integrado da profissão;

CONSIDERANDO que o médico investido da função de auditor encontra-se sob a égide do preceituado no Código de Ética Médica, em especial o constante nos artigos 8º, 16, 19, 81, 108, 118 e 121;

CONSIDERANDO o disposto no Decreto nº. 20.931/32;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 8 de fevereiro de 2001,

**RESOLVE:**

Art. 1º - O médico, no exercício de auditoria, deverá estar regularizado no Conselho Regional de Medicina da jurisdição onde ocorreu a prestação do serviço auditado.

Art. 2º - As empresas de auditoria médica e seus responsáveis técnicos deverão estar devidamente registrados nos Conselhos Regionais de Medicina das jurisdições onde seus contratantes estiverem atuando.

Art. 3º - Na função de auditor, o médico deverá identificar-se, de forma clara, em todos os seus atos, fazendo constar, sempre, o número de seu registro no Conselho Regional de Medicina.

Art. 4º - O médico, na função de auditor, deverá apresentar-se ao diretor técnico ou substituto da unidade, antes de iniciar suas atividades.

Art. 5º - O diretor técnico ou diretor clínico deve garantir ao médico/equipe auditora todas as condições para o bom desempenho de suas atividades, bem como o acesso aos documentos que se fizerem necessário.

Art. 6º - O médico, na função de auditor, se obriga a manter o sigilo profissional, devendo, sempre que necessário, comunicar a quem de direito e por escrito suas observações, conclusões e recomendações, sendo-lhe vedado realizar anotações no prontuário do paciente.

Parágrafo 1º - É vedado ao médico, na função de auditor, divulgar suas observações, conclusões ou recomendações, exceto por justa causa ou dever legal.

Parágrafo 2º - O médico, na função de auditor, não pode, em seu relatório, exagerar ou omitir fatos decorrentes do exercício de suas funções.

Parágrafo 3º - Poderá o médico na função de auditor solicitar por escrito, ao médico assistente, os esclarecimentos necessários ao exercício de suas atividades.

Parágrafo 4º - Concluindo haver indícios de ilícito ético, o médico, na função de auditor, obriga-se a comunicá-los ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 7º - O médico, na função de auditor, tem o direito de acessar, in loco, toda a documentação necessária, sendo-lhe vedada a retirada dos prontuários ou cópias da instituição, podendo, se necessário, examinar o paciente, desde que devidamente autorizado pelo mesmo, quando possível, ou por seu representante legal.

Parágrafo 1º - Havendo identificação de indícios de irregularidades no atendimento do paciente, cuja comprovação necessite de análise do prontuário médico, é permitida a retirada de cópias exclusivamente para fins de instrução da auditoria.

Parágrafo 2º - O médico assistente deve ser antecipadamente cientificado quando da necessidade do exame do paciente, sendo-lhe facultado estar presente durante o exame.

Parágrafo 3º - O médico, na função de auditor, só poderá acompanhar procedimentos no paciente com autorização do mesmo, ou representante legal e/ou do seu médico assistente.

Art. 8º - É vedado ao médico, na função de auditor, autorizar, vetar, bem como modificar, procedimentos propedêuticos e/ou terapêuticos solicitados, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo, neste caso, fundamentar e comunicar por escrito o fato ao médico assistente.

Art. 9º - O médico, na função de auditor, encontrando impropriedades ou irregularidades na prestação do serviço ao paciente, deve comunicar o fato por escrito ao médico assistente, solicitando os esclarecimentos necessários para fundamentar suas recomendações.

Art. 10 - O médico, na função de auditor, quando integrante de equipe multiprofissional de auditoria, deve respeitar a liberdade e independência dos outros profissionais sem, todavia, permitir a quebra do sigilo médico.

Parágrafo único – É vedado ao médico, na função de auditor, transferir sua competência a outros profissionais, mesmo quando integrantes de sua equipe.

Art. 11 – Não compete ao médico, na função de auditor, a aplicação de quaisquer medidas punitivas ao médico assistente ou instituição de saúde, cabendo-lhe somente recomendar as medidas corretivas em seu relatório, para o fiel cumprimento da prestação da assistência médica.

Art. 12 – É vedado ao médico, na função de auditor, propor ou intermediar acordos entre as partes contratante e prestadora que visem restrições ou limitações ao exercício da Medicina, bem como aspectos pecuniários.

Art. 13 – O médico, na função de auditor, não pode ser remunerado ou gratificado por valores vinculados à glosa.

Art. 14 – Esta resolução aplica-se a todas as auditorias assistenciais, e não apenas àquelas no âmbito do SUS.

Art. 15 – Fica revogada a Resolução CFM nº. 1.466/96.

Art. 16 – Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 8 de fevereiro de 2001

EDSON DE OLIVEIRA

ANDRADE RUBENS DOS SANTOS SILVA

Presidente

Secretário-Geral

RETIFICAÇÃO PUBLICADA NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO DE: 10/04/2001

## **APÊNDICE A: ENTREVISTA-TESTE NO HOSPITAL SANTA JOANA**

Data: 24 de julho de 2006. Duração: 41 minutos.

Entrevistado: Dr. Marco Antonio Zacarelli.

Diretor comercial do Hospital Santa Joana (HSJ).

1. “Quem compra os serviços do HSJ são, em 95% das vezes, as fontes pagadoras, e quem influencia essa compra é o médico e o próprio paciente; Hoje, o hospital Santa Joana tem aproximadamente 4% de pacientes particulares, e essa é a média usual.”
2. “As empresas que contratam as fontes pagadoras podem exigir o acesso ao HSJ, e por isso tenho que deixar o acesso livre negociando com as fontes pagadoras.”
3. “A qualidade do HSJ desperta o interesse na compra. Por exemplo, no caso de uma maternidade, a hotelaria tem maior importância do que em um hospital geral.”
4. “Para o médico, o que desperta o interesse é a estrutura técnica.”
5. “O atendimento que você presta é a imagem que foi criada ao longo dos anos. O boca-a-boca é um dos fatores mais importantes na decisão de comprar o meu serviço, através da fonte pagadora.”
6. “O boca-a-boca atua também sobre a atividade do médico, que o influencia a atuar no HSJ.”
7. “Para o médico, eu acho que o tratamento que damos a ele com a porta aberta da diretoria, academia de ginástica, cursos e ações de relacionamento com os médicos e o acesso fácil ao hospital são fatores que o fidelizam ao HSJ.”
8. “A fonte pagadora dá o acesso ao hospital e depois o médico e a paciente resolvem. As empresas que contratam as fontes pagadoras têm influência ao pedir o HSJ.”
9. “A maior parte dos médicos é cadastrada na maioria dos hospitais, mas eles têm preferências e procuram influenciar as pacientes alegando costumes pessoais

segurança nos serviços disponibilizados pelos hospitais. Por isso, na maioria das vezes, os médicos conseguem influenciar a decisão de utilização do HSJ, porém, em alguns casos, se a paciente recusar, eles podem modificar essa decisão.”

10. “Assim, se ele não conseguir exercer a influência de utilização do HSJ, ele vai onde a paciente escolher, para não perdê-la, exceto se o hospital que ela quiser não tiver a qualidade que ele exige.”

11. “O que, em minha opinião, conduz o médico a optar pelo hospital quando da decisão eletiva são alguns aspectos:

- Serviços melhores;
- Retaguarda técnica;
- Estrutura e segurança global para médico, paciente e recém-nascido;
- Facilidade e tratamento que o médico recebe no hospital;
- Facilidade no funcionamento do hospital;
- Atendimento da enfermagem para com ele e com a paciente;
- Conforto e se sentir em casa.”

12. “Já para a paciente, a escala é diferente, pois ela, ao conhecer o hospital, antes do parto, pergunta sobre a hotelaria, o apartamento, o berçário e como é o sistema de TV, de parto e outros serviços.”

13. “Em minha opinião, é relevante para a paciente a recepção, a agilidade no processo de internação, o atendimento de enfermagem e o relacionamento.”

14. “Em minha opinião, o acompanhante tem uma influência muito pequena neste assunto.”

15. “O HSJ presta um serviço de qualidade para a conveniada que lhe permite usar meu nome para alavancar suas vendas e me paga o preço acordado pelo serviço. Eu proporciono satisfação ao seu cliente e sou remunerado por isso. A imagem fica na carteira de credenciados dele, e as operadoras de saúde usam isso para vender

seus planos para as empresas ou os individuais. Essa é a troca financeira que fazemos.”

16. “Já com o médico não existe troca financeira, o que existe é oferecer a ele o que já citei, como segurança para ele e para a paciente, atendimento e bom acolhimento. Por isso ele indica o HSJ para a paciente e me dá preferência em relação aos outros hospitais ao trazer sua paciente de consultório para cá.”

17. “Para a paciente, as trocas são feitas no âmbito de atender todas as expectativas e necessidades dela, para que ela saia daqui satisfeita e dê o retorno positivo para a operadora e continue a manter o meu contrato.”

18. “O boca-a-boca em obstetrícia é fundamental, porque ela vai falar bem do HSJ para outras pacientes futuras.”

19. “Para a operadora, a necessidade a ser satisfeita é, sobretudo, financeira, vinculada a preços e a custo, por isso deve ser oferecido um preço que atenda à segmentação na relação custo e benefício.”

20. “Dou preços compatíveis com os planos que eles oferecem e para que os clientes saiam com a satisfação compatível com o que eles estão pagando.”

21. “O serviço do HSJ é percebido pela fonte pagadora através das empresas clientes e dos médicos, na grande maioria das vezes.”

22. “A fonte pagadora só contesta o hospital se a contratante reclama, e ambas aferem o serviço do hospital.”

23. “A operadora é a que menos se manifesta nas exigências e é também quem abre as portas do hospital, no mais das vezes vinculadas ao custo-benefício.”

24. “Os públicos-alvo, por importância, são a operadora, que dá o acesso, e depois o médico e a paciente.”