

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO / MODALIDADE PROFISSIONAL

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**AVALIAÇÃO DO GRAU DE RELACIONAMENTO ENTRE HOSPITAL E
MÉDICOS NO HOSPITAL SANTA CATARINA**

MARCOS DAVI PEDRA HUME

Orientadora: Profa. Ângela Freitag Brodbeck

Porto Alegre, dezembro de 2003

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

**AVALIAÇÃO DO GRAU DE RELACIONAMENTO ENTRE HOSPITAL
E MÉDICOS NO HOSPITAL SANTA CATARINA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração

MARCOS DAVI PEDRA HUME

Orientadora: Profa. Ângela Freitag Brodbeck

Porto Alegre, dezembro de 2003

Muitas vezes as pessoas são egocêntricas, ilógicas e insensatas.

Perdoe-as assim mesmo.

Se você é gentil,

As pessoas podem acusá-lo de interesseiro.

Seja gentil assim mesmo.

Se você é um vencedor,

Terá alguns falsos amigos e inimigos verdadeiros.

Vença assim mesmo.

Se você é honesto e franco,

As pessoas podem enganá-lo.

Seja honesto e franco assim mesmo.

O que você levou anos para construir,

As pessoas podem destruir de uma hora para outra.

Construa assim mesmo.

Se você tem paz e é feliz,

As pessoas podem sentir inveja.

Seja feliz assim mesmo.

O bem que você faz hoje,

Pode ser esquecido amanhã.

Faça o bem assim mesmo.

Dê ao mundo o melhor de você,

Mas isso pode não ser o bastante.

Dê o melhor de você assim mesmo.

Veja você que, no final das contas,

É tudo entre você e Deus.

Nunca foi entre você e os outros.

Madre Tereza de Calcutá

Para **Ingrid**, presença permanente em meus pensamentos e nos momentos mais importantes de minha vida.

Para **Nóbrega Davi**, fruto do nosso amor e orgulho de minha existência.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Nóbrega e Noemi, pela educação e valores, cristãos, éticos, morais e fraternais que me transmitiram.

À diretoria do Hospital Santa Catarina pelo apoio e disponibilidade do campo de pesquisa, cujo qual este estudo não seria possível.

À Profa. Dra. Ângela Freitag Brodbeck, pela orientação e partilha de conhecimentos.

Aos irmãos e irmã, cunhadas e cunhado, e aos amigos de todas as horas, em especial Noêmia Maria Zappas, Elenio Pereira da Costa, Cláudio Andara e Edemar Pedro Richter, pela amizade e por compreenderem as faltas e os momentos em que não pude desfrutar de suas companhias ao longo dos últimos 30 meses.

Aos meus colegas de trabalho pelo incentivo.

A todos os colegas, professores e funcionários do PPGA-UFRGS, que me acompanharam em mais uma etapa de minha formação acadêmica e que, de alguma forma, contribuíram para a conclusão deste estudo, meus sinceros agradecimentos.

E a Deus, minha luz e meu guia.

RESUMO

A relação existente entre médicos e hospitais é o tema desta dissertação. Ainda que pouco abordado, tanto no âmbito acadêmico, quanto no empresarial, o tema requer uma atenção especial aos gestores de organizações hospitalares privadas atuantes no mercado de saúde suplementar do Brasil.

A pesquisa aqui apresentada, foi desenvolvida junto ao Hospital Santa Catarina de São Paulo – SP e seu objetivo principal foi mensurar o grau de relacionamento existente entre o Hospital Santa Catarina e seus médicos, através da adaptação e aplicação da escala de mensuração do relacionamento de clientes desenvolvida por Wilson e Vlosky (1997). O desenvolvimento da referida escala, objetivou mensurar as variáveis que caracterizam o Marketing de Relacionamento praticado pelas empresas.

Após a aplicação do instrumento de Wilson Vlosky (1997), adaptado ao contexto hospitalar, junto ao Hospital Santa Catarina, concluiu-se que o grau de relacionamento existente entre os médicos e o hospital é muito bom. Esta avaliação se dá devido ao resultado obtido nas análises de concordância dos seis constructos de relacionamento avaliados na pesquisa.

ABSTRACT

The existing relation between doctors and hospitals is the subject of this work. That still little boarded, as much in the academic context, how much in the business communities, the subject requires a special attention to the managers of private hospital organizations operating in the market of supplemental health of Brazil.

The research presented here, was developed in the Santa Catarina Hospital from São Paulo – SP – Brazil and its main objective were to evaluate the degree of relationship existing between the Santa Catarina Hospital and its doctors, through the adaptation and application of the scale to measure of the relationship of customers developed by Wilson & Vlosky (1997). The development of the that scale, objectified to measure the variable that characterize the Relationship Marketing practiced for the companies.

After the application of the instrument of Wilson & Vlosky (1997), adapted to the hospital context, in the Santa Catarina Hospital, concluded that the degree of relationship existing between the doctors and the hospital is very good. This evaluation is possible due to result gotten in the analyses of agreement of the six evaluated constructs of relationship in the research

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	IV
RESUMO	V
ABSTRACT	VI
SUMÁRIO.....	VII
LISTA DE FIGURAS.....	X
LISTA DE TABELAS.....	XI
INTRODUÇÃO.....	13
1.1. RELEVÂNCIA DO ESTUDO	14
1.2. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	15
1.3. OBJETIVOS	16
1.3.1. <i>Objetivo geral</i>	16
1.3.2. <i>Objetivos específicos</i>	16
1.4. SOBRE O HOSPITAL SANTA CATARINA	17
1.4.1. <i>Sua história</i>	17
1.4.2. <i>A Congregação das Irmãs de Santa Catarina V. M.</i>	18
1.4.3. <i>O Hospital Santa Catarina nos dias de hoje</i>	19
2. REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1. A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR.....	21
2.1.1. <i>Origem da palavra hospital</i>	21
2.1.2. <i>Conceituação de hospital</i>	22
2.1.3. <i>A complexidade da organização hospitalar</i>	22

2.2.	O PROFISSIONAL MÉDICO	24
2.2.1.	<i>A formação acadêmica</i>	24
2.2.2.	<i>O Corpo clínico do hospital</i>	26
2.2.3.	<i>A relação médico-paciente</i>	27
2.2.4.	<i>A relação médico-hospital</i>	28
2.3.	MARKETING DE RELACIONAMENTO	30
2.3.1.	<i>Definição de cliente</i>	31
2.3.2.	<i>Definição de marketing</i>	32
2.3.3.	<i>Definição de marketing de relacionamento</i>	34
2.3.4.	<i>Componentes-chave do marketing de relacionamento</i>	39
2.3.4.1.	<i>Componente-chave 1: qualidade</i>	39
2.3.4.2.	<i>Componente-chave 2: serviços ao cliente</i>	42
2.3.4.3.	<i>Componente-chave 3: pós-venda</i>	43
2.3.5.	<i>A pesquisa de Wilson e Vlosky</i>	45
2.3.5.1.	<i>O modelo de pesquisa de Wilson e Vlosky</i>	46
2.3.5.2.	<i>O processo de coleta de dados com o instrumento de Wilson e Vlosky</i> ..	46
2.4.	MODELO DE PESQUISA	50
3.	MÉTODO E PROCEDIMENTOS	53
3.1.	DESENHO DA PESQUISA	54
3.2.	ETAPAS DA PESQUISA	55
3.2.1.	<i>Etapa 1 - conceitual: referencial teórico</i>	56
3.2.2.	<i>Etapa 2 - prática: aplicação do questionário de pesquisa e conclusões</i>	56
3.3.	POPULAÇÃO E AMOSTRA	56
3.3.1.	<i>Perfil dos médicos pesquisados</i>	58
3.4.	ADAPTAÇÃO DA ESCALA	60

3.4.1.	<i>Instrumento de coleta de dados</i>	60
3.5.	ANÁLISE DOS DADOS	62
4.	RESULTADOS DA PESQUISA	63
4.1.	PERFIL DA AMOSTRA.....	63
4.2.	ANÁLISES DESCRITIVAS.....	66
4.2.1.	<i>Constructo – Dependência do Hospital</i>	67
4.2.2.	<i>Constructo – Nível de Comparação com Hospitais Alternativos</i>	68
4.2.3.	<i>Constructo – Investimentos no Relacionamento</i>	69
4.2.4.	<i>Constructo – Troca de Informações</i>	69
4.2.5.	<i>Constructo – Confiança</i>	70
4.2.6.	<i>Constructo – Comprometimento</i>	71
4.3.	ANÁLISE DE VARIÂNCIA - ANOVA	72
4.3.1.	<i>Categoria Idade</i>	73
4.3.2.	<i>Categoria Sexo</i>	76
4.3.3.	<i>Categoria Escolaridade</i>	79
4.3.4.	<i>Categoria Internações/atendimentos realizados por mês</i>	83
4.4.	SUMÁRIO DOS RESULTADOS	87
5.	CONCLUSÕES	92
5.1.	RECOMENDAÇÕES GERENCIAIS	92
5.2.	LIMITAÇÕES DA PESQUISA	94
5.3.	RECOMENDAÇÕES PARA PESQUISAS FUTURAS	94
5.4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
	REFERÊNCIAS	96
	ANEXOS	101

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – ESTÁGIOS DO MARKETING.....	33
FIGURA 2 - CONCEITOS DE MARKETING DE RELACIONAMENTO.....	35
FIGURA 3 – DEFINIÇÕES DE QUALIDADE DOS SERVIÇOS	42
FIGURA 4 – MATRIZ DE ATIVIDADES DE RELACIONAMENTO	48
FIGURA 5 - ESCALA PARA MENSURAÇÃO DO MARKETING DE RELACIONAMENTO.....	50
FIGURA 6 - MODELO DE PESQUISA	51
FIGURA 7 - DESENHO DA PESQUISA	55
FIGURA 8 - ESPECIALIDADES PESQUISADAS	59
FIGURA 9 – INSTRUMENTO DE PESQUISA	62

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – FAIXA ETÁRIA DA AMOSTRA.....	64
TABELA 2 – SEXO DA AMOSTRA.....	64
TABELA 3 – NÍVEL DE ESCOLARIDADE DA AMOSTRA	65
TABELA 4 – NÚMERO MÉDIO DE INTERNAÇÕES/ATENDIMENTOS REALIZADOS NO HOSPITAL POR MÊS.....	66
TABELA 5 – DEPENDÊNCIA DO HOSPITAL.....	67
TABELA 6 – NÍVEL DE COMPARAÇÃO COM HOSPITAIS ALTERNATIVOS	68
TABELA 7 – INVESTIMENTOS NO RELACIONAMENTO.....	69
TABELA 8 – TROCA DE INFORMAÇÕES	70
TABELA 9 – CONFIANÇA	70
TABELA 10 – COMPROMETIMENTO	71
TABELA 11 – IDADE VS DEPENDÊNCIA DO HOSPITAL.....	73
TABELA 12 – IDADE VS NÍVEL DE COMPARAÇÃO COM HOSPITAIS ALTERNATIVOS	74
TABELA 13 – IDADE VS INVESTIMENTOS NO RELACIONAMENTO.....	74
TABELA 14 – ANÁLISE ENTRE CATEGORIAS (TUKEY HSD)	75
TABELA 15 – IDADE VS TROCA DE INFORMAÇÕES	75
TABELA 16 – IDADE VS CONFIANÇA	76
TABELA 17 – IDADE VS COMPROMETIMENTO	76
TABELA 18 – SEXO VS DEPENDÊNCIA DO HOSPITAL	77
TABELA 19 – SEXO VS NÍVEL DE COMPARAÇÃO COM HOSPITAIS ALTERNATIVOS	77

TABELA 20 – SEXO VS INVESTIMENTOS NO RELACIONAMENTO	78
TABELA 21 – SEXO VS TROCA DE INFORMAÇÕES	78
TABELA 22 – SEXO VS CONFIANÇA.....	78
TABELA 23 – SEXO VS COMPROMETIMENTO.....	79
TABELA 24 – ESCOLARIDADE VS DEPENDÊNCIA DO HOSPITAL	80
TABELA 25 – ESCOLARIDADE VS NÍVEL DE COMPARAÇÃO COM HOSPITAIS ALTERNATIVOS	80
TABELA 26 – ESCOLARIDADE VS INVESTIMENTOS NO RELACIONAMENTO	81
TABELA 27 – ESCOLARIDADE VS TROCA DE INFORMAÇÕES	81
TABELA 28 – ESCOLARIDADE VS CONFIANÇA.....	82
TABELA 29 – ESCOLARIDADE VS COMPROMETIMENTO.....	82
TABELA 30 – ANÁLISE ENTRE CATEGORIAS (TUKEY HSD)	83
TABELA 31 – INTERNAÇÕES/ATENDIMENTOS VS DEPENDÊNCIA DO HOSPITAL.....	84
TABELA 32 – INTERNAÇÕES/ATENDIMENTOS VS NÍVEL DE COMPARAÇÃO COM HOSPITAIS ALTERNATIVOS	84
TABELA 33 – INTERNAÇÕES/ATENDIMENTOS VS INVESTIMENTOS NO RELACIONAMENTO.....	85
TABELA 34 – INTERNAÇÕES/ATENDIMENTOS VS TROCA DE INFORMAÇÕES	85
TABELA 35 – INTERNAÇÕES/ATENDIMENTOS VS CONFIANÇA	86
TABELA 36 – INTERNAÇÕES/ATENDIMENTOS VS COMPROMETIMENTO	86
TABELA 37 – RESULTADOS OBTIDOS POR CONSTRUCTO	87
TABELA 38 – RESULTADOS OBTIDOS POR CONSTRUCTO	89

INTRODUÇÃO

A necessidade de conquistar e, principalmente, manter clientes leais está transformando o relacionamento no principal bem da empresa. Isto requer o desenvolvimento dos relacionamentos entre uma companhia e seus clientes, com ênfase no serviço e na qualidade, para conseguir a satisfação do cliente e a fidelização a longo prazo (ZENONE, 2001).

Reichheld (2000), entende que a fidelidade deve ser considerada como estratégia, não como tática. Para Kaplan (1997, p. 38), *“estratégia é a escolha dos segmentos de mercado e clientes que as unidades de negócio pretendem servir, identificando os processos internos críticos nos quais a unidade deve atingir a excelência para concretizar suas propostas de valor aos clientes dos segmentos-alvo”*. Pode-se considerar que fidelidade é fruto, dentre outras coisas, do bom relacionamento, e um bom relacionamento tem de ser cultivado, ampliado e estrategicamente gerenciado (KOTLER et al, 2002).

O mercado está cada vez mais competitivo e globalizado, forçando as empresas a buscarem diferenciais, seja através do “serviço agregado” ou então por meio do “atendimento” (ZENONE, 2001). Neste contexto, no que tange a atendimento, inúmeras são as ações possíveis de serem implementadas e que podem gerar a fidelidade dos clientes. Tornar-se uma organização que possua lealdade de seus clientes pode contribuir decisivamente para tornar-se uma empresa líder de mercado. Reichheld (2000, p. 7), afirma que *“a fidelidade é a marca de uma grande liderança.”*

Tem-se observado que a diferenciação e segmentação da carteira de clientes, visando implementar ações de fidelização, é o que grandes empresas da área industrial e de prestação de serviços têm utilizado para melhorar suas posições no mercado. Uma das formas mais rápidas da organização crescer consiste em não procurar constantemente novos clientes, mas sim focar os clientes atuais (KOTLER et al, 2002).

Os hospitais, como empresas do setor de serviços, contemplam uma visão de cliente para as seguintes entidades: paciente, médico, laboratórios, serviços de diagnósticos, entre

outros. O médico tem um papel fundamental no momento da escolha, por parte do paciente, de um hospital para realização de uma cirurgia ou outro procedimento médico-hospitalar.

Por esta importância é que alguns hospitais, preocupados com a manutenção do “bom relacionamento” com seu quadro de médicos, mais conhecido no meio hospitalar como “Corpo Clínico”, vem buscando identificar formas de avaliar e de certa forma ordenar a participação dos profissionais médicos em relação ao volume de procedimentos hospitalares realizados em suas dependências. É o caso do Hospital Santa Catarina de São Paulo, que mantém atualizada uma classificação dos médicos que mais atendem pacientes no hospital.

Esta iniciativa talvez seja uma das poucas ações corporativas de uma organização de saúde no que se refere à gestão do relacionamento com médicos. Mesmo assim, apesar de ser apenas uma forma de classificação da utilização de serviços, deve ser saudada como uma evolução na maneira de avaliar o relacionamento entre médico e hospital.

Entretanto, entende-se que a formatação de uma classificação não é suficiente para servir de base à definição de políticas de relacionamento de uma organização hospitalar. Defende-se a idéia de que estas políticas devem estar amparadas em um conjunto de componentes que, considerados de forma sistêmica, permitam o gerenciamento do relacionamento entre médico e hospital.

1.1. RELEVÂNCIA DO ESTUDO

A acirrada disputa de clientes travada em vários setores da economia não poupa o setor de saúde e tampouco a área médico-hospitalar. A oferta destes serviços vem aumentando numa proporção muito maior que a demanda e, com isto, hospitais, clínicas e serviços especializados passam a se preocupar com a ociosidade dos recursos disponíveis. Segundo Pinto (2003), no ano de 2002, o número médio de prestadores de serviços no Brasil era de seis para cada 10.000 habitantes, este mesmo número entretanto, na capital São Paulo era de 15,95. Percebe-se com isto, uma progressiva escassez dos pacientes privados, tanto para médicos quanto para prestadores de serviços (SILVA, 2003)

Segundo Duarte (2001), *“o sistema de atenção médica suplementar cresceu a passos largos durante a década de 80, de tal modo que, em 1989, cobria 22% da população total do país. Somente no período de 1987/89 incorporaram-se a esse sistema 7.200.000 beneficiários”*. Pinto (2003), apesar de alertar para a necessidade de ajustar as informações

sobre o número de pessoas com plano de saúde, reconhece que no final de 2002, a proporção da população coberta era de 17,4%. Isto demonstra, que nos últimos anos, a base de clientes potenciais dos hospitais privados diminuiu significativamente.

Andreoli et al (2001), em estudo a respeito da satisfação do usuário médico de um serviço da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-EPM), concluiu que a questão da resolutividade está relacionada com a satisfação do serviço recebido pelo usuário. Entende-se assim, que um dos fatores que influenciam na diferenciação de um hospital dos demais é a capacidade de resolução dos problemas de seus clientes. Neste caso, a resolução de problemas está diretamente ligada ao tratamento de doenças e enfermidades dos pacientes que recorrem a uma organização hospitalar. Conclui-se com isto que ser mais competente que a concorrência na resolução dos problemas de seus pacientes é fundamental para o sucesso no ambiente competitivo em que se insere o Hospital Santa Catarina.

Presume-se que atingir este objetivo não seja tarefa que possa ser alcançada sem que o hospital tenha em seu quadro profissionais qualificados e competentes. Desta forma, cativar e trazer estes profissionais para atuarem no hospital, também passa a ser um desafio, tal a disputa entre os hospitais para terem os “melhores” em seus quadros. Uma preocupação do hospital passa a ser, então, manter um relacionamento duradouro e produtivo com aqueles que podem ser considerados a principal fonte de pacientes: os médicos.

A partir das considerações abordadas, sugere-se que conhecer o grau de relacionamento que o hospital possui com seus médicos seja fundamental para gerar ações que o fortaleçam, solidifiquem e ampliem-no.

1.2. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

A fim de que o gerenciamento do relacionamento com os médicos seja feito de maneira adequada, entende-se que seja necessário saber em que estágio este relacionamento se encontra. Levando-se em consideração esta necessidade, e que o presente estudo se dá no ambiente do Hospital Santa Catarina da cidade de São Paulo-SP, cabe-nos a seguinte questão:

Qual o grau de relacionamento existente entre o Hospital Santa Catarina e seus médicos?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo geral

O objetivo geral desta pesquisa é mensurar o grau de relacionamento existente entre o Hospital Santa Catarina e seus médicos, através da adaptação e aplicação da escala de mensuração do relacionamento de clientes desenvolvida por Wilson e Vlosky (1997).

1.3.2. Objetivos específicos

Paralelamente ao objetivo principal, os seguintes objetivos específicos compõem esta pesquisa:

- a) Adaptar o instrumento de pesquisa de Wilson e Vlosky (1997) para o contexto da relação médico-hospital, identificando as variáveis do relacionamento a serem estudadas;
- b) Verificar a validade do conteúdo do instrumento de Wilson e Vlosky (1997) adaptado ao contexto da relação médico-hospital;
- c) Gerar, a partir do instrumento de Wilson e Vlosky (1997) adaptado, um questionário de pesquisa capaz de levantar o índice de concordância dos médicos para cada uma das variáveis do relacionamento a serem estudadas;
- d) Analisar as variáveis do relacionamento médico-hospital com base no índice de concordância levantado através do questionário de pesquisa;
- e) Sugerir um conjunto de ações que permitam promover o relacionamento entre o Hospital Santa Catarina e os médicos de seu corpo clínico.

1.4. SOBRE O HOSPITAL SANTA CATARINA

1.4.1. Sua história

“A nova e brilhante Estrela avança em sua órbita... iluminar, aquecer, curar... é o seu carisma”. Com esta descrição, Irmã Cecília Petry (2003), em seu livro, *A Nova e Brilhante Estrela*, ilustra o caminho das irmãs da Congregação Santa Catarina V. M. para a construção de mais uma de suas obras, o Hospital Santa Catarina de São Paulo-SP.

Inaugurado em 06 de fevereiro de 1906, o então Sanatório Santa Catarina foi o primeiro hospital particular da cidade de São Paulo. Quando iniciou suas atividades, contava apenas com uma sala de cirurgia e quarenta leitos, que no primeiro ano receberam 219 pacientes.

Surgido do ideal de três pessoas, Ir. Beata Heinrich, Dom Miguel Kruse e Dr. Walter Seng, o Hospital Santa Catarina – HSC – tem uma história que se identifica com o crescimento e a pujança da capital paulista.

No início do século, quando a cidade dava seus primeiros passos para se transformar na maior metrópole da América do Sul, estas três pessoas sonharam e realizaram o que à época parecia impossível, erguer uma casa de saúde sem os recursos financeiros necessários.

Decidida em seu plano de erguer um hospital e contribuir para a melhoria do precário cenário hospitalar paulistano, Irmã Beata, a conselho do Abade Dom Miguel Kruse, procurou o então governador do estado, Dr. Jorge Tibiriçá, a quem expôs o projeto. Obtendo plena aprovação, recebeu também o conselho de adquirir uma gleba de terra numa nova área da capital, a avenida Paulista, que naquele tempo não passava de uma região coberta por matagal e com uns poucos casarões. Mesmo assim, o terreno agradou e graças às contribuições da Casa-Mãe¹, da Província² de Petrópolis e dos beneditinos, a área foi comprada em 11 de novembro de 1904.

¹ Casa-mãe: Autoridade máxima na estrutura orgânica da Congregação das Irmãs de Santa Catarina V.M. no mundo, localizada em Roma na Itália.

² Província: Autoridade regional na estrutura orgânica da Congregação das Irmãs de Santa Catarina V.M. no Brasil, localizada em Petrópolis -RJ.

Depois de projetado e orçado, o hospital foi sendo construído e, com várias dificuldades, sua primeira obra acabou se prolongando durante todo o ano de 1905. Nos arquivos do Hospital Santa Catarina, constam uma série de documentos que comprovam o quanto sofrido foi levantar esta obra. Cita-se um trecho de uma carta de Irmã Beata aos paulistanos, constante na obra de Ir. Cecília Petry (2003):

“... ficará porventura este edifício recém-levantado, incompleto, sem que seja inaugurado e aí seja exercida missão tão nobre e humanitária? ... As irmãs prometem a todos que concorrerem com alguma esmola, uma Missa mensal por sete anos, que será celebrada na Capela do Hospital, na primeira quarta-feira de cada mês...”

Finalmente, em 06 de fevereiro de 1906, foi inaugurado o novo hospital. Várias irmãs vieram da Alemanha para auxiliar no trabalho e com a Direção Clínica do Dr. Walter Seng, naquele tempo o cirurgião mais afamado do Brasil, o hospital se transformou rapidamente em um dos mais importantes hospitais cirúrgicos do país.

No primeiro ano firmam 219 pacientes; 313 no ano seguinte e, em 1908, o número atendido chegou a 376. Sentindo a necessidade de ampliar seu espaço, as irmãs procederam a primeira ampliação, que já gerou resultados nos números atendidos em 1909: 601 atendimentos, um crescimento de quase 50%.

Em 1913 foi inaugurado um prédio ainda maior, com 64 apartamentos particulares. Neste ano, o hospital já contava com dez médicos, uma irmã farmacêutica, uma parteira, 26 enfermeiras e 36 funcionários. Devido ao progresso e pujante crescimento, o Hospital Santa Catarina passou a ser a sede da Província. Isto representava um forte indício da importância do hospital para as irmãs no Brasil.

Nas décadas seguintes e até o final do século XX, o Hospital Santa Catarina passou por várias transformações, obras e ampliações que o colocaram num lugar de destaque no mercado hospitalar brasileiro.

1.4.2. A Congregação das Irmãs de Santa Catarina V. M.

A Congregação das Irmãs de Santa Catarina tem uma longa história, iniciada trezentos anos antes de sua chegada ao Brasil em 1897. Sua criação foi obra de uma jovem de família abastada, Regina Prothmann, nascida em Braunsberg, antiga Prússia Oriental, hoje Braniewo, pertencente à Polônia.

Regina Prothmann nasceu em 1552, em meio ao confronto entre católicos e protestantes. De família católica e provavelmente influenciada pelo conflito, Regina decidiu deixar suas regalias e privilégios para viver devotada à religião e à caridade, junto aos pobres e doentes.

Iniciando sua obra com o atendimento a toda sorte de pessoas carentes, além de socorro aos aflitos, Regina acreditava que, para a evolução e consolidação das crenças e tradições de uma sociedade, a educação, principalmente das mulheres, tinha um papel fundamental. Pace (1995), afirma que; *“Desde o início, a obra dessa jovem se assentou sobre três bases: a dedicação a Deus, o ensino e a caridade.”*

Inspiradas pelo carisma de Regina, novas jovens foram chegando e formando um grupo de devotas. Como símbolo deste grupo, ela escolheu Santa Catarina de Alexandria, Virgem e Mártir, padroeira da Congregação.

A fundação da Congregação de Santa Catarina V.M. foi formalmente reconhecida pela igreja católica em 18 de março de 1583, em Roma. De lá para cá, ela se transformou numa entidade com atuação em vários países do mundo e com milhares de seguidoras religiosas e colaboradores leigos nas centenas de obras por elas criadas.

No Brasil, as irmãs de Santa Catarina chegaram em 16 de junho de 1897, inicialmente fixando-se na cidade de Petrópolis, Rio de Janeiro. Já nos primeiros anos no país, as atividades se estenderam para cidades como Juiz de Fora-MG, Porto Alegre-RS e São Paulo-SP.

Atualmente, as irmãs da Congregação de Santa Catarina possuem dezenas de obras sociais espalhadas em todas as regiões do país, que contam com a dedicação e o trabalho de centenas de religiosas e milhares de colaboradores das mais variadas profissões nas áreas da saúde, educação, assistência social e pastoral.

1.4.3. O Hospital Santa Catarina nos dias de hoje

Prestes a completar cem anos de fundação, o Hospital Santa Catarina preserva, graças ao incansável e perseverante trabalho das irmãs, a razão e o carisma que desde sua fundação nortearam todas as suas ações empresariais.

Veja-se o diz Ir. Cecília Petry (2003), ao descrever a inauguração do hospital em seu livro sobre a história da congregação no Brasil: “*Estava colocado solidamente o fundamento da obra espiritual-humana-científica...*”. Esta citação corrobora com o que, nos tempos atuais, identifica a missão do Hospital Santa Catarina: “*Promover a vida, por meio de uma assistência humanizada e cristã*”.

Da mesma forma, os valores organizacionais hoje formalmente disseminados na organização sustentam e confirmam os ideais e o carisma de suas fundadoras; “*Ética, Espiritualidade, Responsabilidade Social, Ciência e Tecnologia, Desenvolvimento Humano e Crescimento auto-sustentável*”.

Reconhecendo “*O Ser Humano*” como o centro de suas ações, o hospital possui hoje 240 leitos, 15 salas cirúrgicas, 5 salas no centro obstétrico, pronto atendimento adulto e infantil, serviços de diagnóstico por imagem com os mais avançados equipamentos tais como Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Mamografia, Densitometria Óssea, Angiografia, Ultrassonografia e Radiologia, entre outros.

Essa estrutura irá prover em 2003 mais de 15 mil internações, 18 mil cirurgias, 430 mil exames e 35 mil atendimentos de urgência/emergência, que contará com uma equipe de mais de 1.200 profissionais entre enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, administradores, contadores, advogados, secretarias, engenheiros e técnicos das áreas assistencial, administrativa, apoio e infra-estrutura.

Toda esta equipe interage com um Corpo Clínico formado por 3.600 médicos de inúmeras especialidades da medicina, formando um dos mais conceituados hospitais de São Paulo, reconhecido nacionalmente.

Este volume de atendimento irá gerar em 2003 uma receita anual de 117,5 milhões de reais, receita esta que, auferido seus resultados, contribuirá para manter as várias obras sociais da congregação, como creches, escolas, lar de idosos, hospitais e centros de convivência.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta o referencial teórico que serviu de base para o modelo de pesquisa, auxiliando na elaboração de um modelo preliminar, ponto de partida para o desenvolvimento deste estudo. Ele encontra-se dividido em seções, da seguinte forma: uma visão sobre organizações hospitalares, suas principais funções e processos; a visão dos clientes destas organizações, focando o médico como um cliente do hospital; o marketing de relacionamento e seus principais componentes, bem como o modelo de pesquisa.

2.1. A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

A característica do hospital de ser uma empresa complexa é abordada neste capítulo, partindo da sua origem, passando pela sua conceituação e terminando com a explanação sobre os motivos de sua complexidade.

2.1.1. Origem da palavra hospital

Advinda do latim, a palavra Hospital tem uma origem divergente entre os autores. Uma delas seria derivada da palavra *Hospes* que significa hóspede. Por esta origem o hospital poderia ser definido como uma instituição que acolhe alguém.

Hospitium, local onde se mantém alguém hospedado, é citado por Manoel Barquim como a origem desta palavra. Tal como *Hospitalis*, também é um adjetivo qualificador de *hospitium* que significa hospitaleiro.

O Dicionário Aurélio (1986) dá como origem de hospital a palavra *Hospitale* que, em latim, quer dizer hospedaria.

2.1.2. Conceituação de hospital

A Organização Mundial de Saúde, em 1957, definiu hospital como sendo,

Parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa quanto 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 bio-sociais.

Eachern (apud CHERUBIN, 1997) diz que “*O hospital é um direito do homem à saúde e o reconhecimento, pela sociedade, desse mesmo direito*”.

Percebe-se que inúmeros são os conceitos atribuídos ao hospital; entretanto, conclui-se que o hospital é uma organização empresarial como qualquer outra, que possui funcionários, fornecedores e clientes e, portanto, precisa ser administrado de forma profissional.

2.1.3. A complexidade da organização hospitalar

A palavra ‘complexidade’ pode definir resumidamente a característica básica desta organização chamada hospital. A partir dos entendimentos dos autores relacionados neste capítulo, pode-se afirmar que o hospital é uma das mais complexas organizações empresariais existentes na sociedade atual.

Para Santos (1998), as opiniões de diversos autores, a respeito das organizações hospitalares é de que elas são diferentes, complexas e únicas, se comparadas com outros tipos de organização, em especial as industriais, o que traz conseqüências diretas ao seu gerenciamento.

Sobre a complexidade do hospital, Cherubin, (2003, p. 15) afirma:

O hospital é um estabelecimento complexo, não só pela própria natureza da sua atividade – que é a de assistir pessoas acometidas de algum tipo de doença –, mas também pela sua própria composição físico-funcional. É nele que se encontram equipamentos e instalações muito sofisticadas, que exigem redobrada atenção para que suas ações possam ser desenvolvidas a contento.

O hospital possui numerosos profissionais com formação muito diversificada (Cherubin, 2003). A equipe de profissionais, de certa forma multi-disciplinar, é composta por médicos (de todas as especialidades), enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas,

bioquímicos, engenheiros (civis, eletrônicos, elétricos, mecânicos, biomédicos), arquitetos, estatísticos, advogados, informatas, administradores (de empresas, recursos humanos, hotelaria, comércio exterior e hospitalar) e ainda uma série de técnicos especializados em equipamentos e atividades específicas da área hospitalar.

Não bastassem os numerosos profissionais, o hospital também é empresa de alta tecnologia, com equipamentos e instalações muito sofisticadas (Cherubin, 2003). Pode-se afirmar que, junto com a área de informática, a área da saúde talvez seja a área onde os avanços tecnológicos são os mais expressivos nos tempos atuais. Obviamente que estes avanços requerem investimentos de alta monta, por isso a capacitação dos gestores requer conhecimentos apurados em equipamentos e materiais que cotidianamente são lançados no mercado.

Glouberman e Mintzberg (1995, apud SANTOS, 1998, p. 52) entendem que “*os sistemas de saúde são um dos mais complexos sistemas conhecidos na sociedade contemporânea*”.

Shortel e Kaluzny (1993, apud SANTOS, 1998, p. 10) observam que a complexidade da organização hospitalar decorre das seguintes características, mais freqüentemente mencionadas a respeito destas organizações:

1. a definição e mensuração dos resultados são difíceis;
2. o trabalho desenvolvido é tido como extremamente variável e mais complexo do que em outras organizações;
3. a maior parte do trabalho é de natureza emergencial;
4. o trabalho dá pouca margem a ambigüidade e erro;
5. as atividades dos membros da organização são extremamente profissionalizadas, e eles são mais leais à profissão do que à organização;
6. existe pouco controle organizacional ou gerencial efetivo sobre o grupo mais responsável pelo trabalho: os médicos;
7. em muitas organizações de serviços de saúde, particularmente os hospitais, existe dupla linha de autoridade, o que gera problemas de coordenação e responsabilidades.

É neste ambiente, complexo e de difícil gestão, que atuam uma série de profissionais das mais variadas formações e que se relacionam por um objetivo comum, atender aos pacientes que necessitam dos seus serviços.

2.2. O PROFISSIONAL MÉDICO

Conhecer o médico, através do levantamento de sua formação, relação com o paciente, relação com o hospital e como ele se integra ao Corpo Clínico de um hospital, é de fundamental importância para que se possa identificar as estratégias de relacionamento com este profissional. Revisar alguns desses aspectos é o propósito deste capítulo.

2.2.1. A formação acadêmica

Para Manch (1993, apud SANTOS, 1998) os médicos, desde a faculdade de medicina, são socializados e ensinados a pensar e trabalhar independentemente. Eles são reativos, sentem-se mais confortáveis e seguros com o relacionamento um-a-um, são hesitantes em fazer delegações, tomam decisões individuais e baseadas num conjunto de dados relativamente pequeno, geralmente não hesitam em decidir e esperam resultados imediatos.

Durante todo processo de formação acadêmica da graduação, o profissional médico dedica a maior parte do seu tempo ao estudo das técnicas da medicina, o que não poderia deixar de ser diferente.

Entretanto, analisando com maior profundidade a súmula curricular de um curso de medicina, percebe-se que esta dedicação é praticamente integral, desconsiderando quase que totalmente a idéia de uma formação básica mais genérica em áreas de conhecimento diretamente vinculadas a atividade médica como a administração geral e hospitalar, direito civil e do consumidor e legislação aplicada à saúde.

Veja-se, por exemplo, a súmula do ano de 2002, da faculdade de medicina da Universidade do Rio Grande do Sul – UFRGS. Nela, somente duas disciplinas não estão diretamente relacionadas ao aprendizado de técnicas médicas para o tratamento de pacientes, são elas: Administração e Planejamento em Saúde e Sistemas de Informação e Apoio à Decisão em Saúde.

Relacionam-se abaixo as referidas súmulas de cada disciplina a fim de identificar o foco de cada uma:

Administração e Planejamento em Saúde

Súmula: Administração e planejamento: conceito, componentes do processo e características. Identificação das características ao nível do estado, país e internacionalmente. Planos nacionais de saúde e legislação atual sobre o sistema nacional de saúde.

Sistemas de Informação e Apoio a Decisão em Saúde

Súmula: Introdução à informática: conceitos básicos de hardware e software, Windows, programas utilitários e aplicativos genéricos. Estatística aplicada. Sistemas de Informações em Saúde. Prontuário eletrônico. Aplicações médicas na Internet. O âmbito da informática nas atividades de ensino, pesquisa, saúde pública e prática clínica.

Mesmo que na disciplina de Administração e Planejamento em Saúde alguns conceitos de administração e até noções de legislação sejam enfatizados, entende-se que o tempo dedicado a esta matéria é muito pequeno e não capacita adequadamente o profissional.

O objetivo dessa discussão não é defender a idéia de que o médico deixe de se aprofundar nas disciplinas técnicas da medicina para privilegiar disciplinas sociais e jurídicas. Reza-se que devam ser acrescidas horas-aula ao atual currículo, com o objetivo único de preparar de forma mais adequada o profissional para a realidade vivida no exercício da profissão. Realidade esta que cada vez mais condena médicos e outros profissionais de saúde através de processos civis ligados ao exercício inadequado da profissão e que, devido aos elevados custos da tecnologia, requer um maior envolvimento com as organizações de saúde, a fim de otimizar os escassos recursos disponibilizados pelo Estado para a manutenção do conceito de universalização da saúde.

2.2.2. O Corpo clínico do hospital

O Conselho Federal de Medicina – CFM, através da resolução 1.481/97, define Corpo Clínico como sendo “*o conjunto de médicos de uma instituição com a incumbência de prestar assistência aos pacientes que a procuram, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural*”.

O CFM, através da referida resolução, define ainda os objetivos do Corpo Clínico, quais sejam:

- contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos;
- assegurar a melhor assistência à clientela da Instituição;
- colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos e do pessoal técnico da Instituição;
- estimular a pesquisa médica;
- cooperar com a administração da Instituição visando a melhoria da assistência prestada;
- estabelecer rotinas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

A iniciativa do CFM de criação do Corpo Clínico no hospital pode ser supostamente entendida como sendo uma forma de fortalecer a figura do médico no hospital. Isto fica mais evidente quando ele determina também, através da resolução 1.342/91, que, “*a prestação de Assistência Médica nas Instituições Públicas ou Privadas deverá funcionar somente com o Diretor Clínico e/ou Diretor Técnico médicos como responsáveis por esta assistência*”.

Por óbvio que uma entidade associativa demanda a existência de normas e regras. Desta forma, o CFM, através da resolução 1.481/97, também definiu que todos os Corpos Clínicos deveriam adotar um modelo de Regimento padronizado por ele, ou, caso quisessem criar o seu, deveriam submetê-lo para a aprovação no CFM.

Esta orientação trouxe consigo uma gama de situações que o hospital nem sempre concordava, principalmente questões que envolviam a relação capital x trabalho. Assim, o hospital, mantenedor de toda infra-estrutura da qual o próprio médico se utiliza, entende que o Regimento do Corpo Clínico deva seguir os princípios institucionais por ele, hospital,

estabelecidos em sua organização. Forma-se então, a partir desta desinteligência, uma das primeiras barreiras no relacionamento entre o médico e o hospital. Sem dúvida, o caminho para a solução deste impasse está na negociação entre as partes, dos pontos divergentes e de interesse particular determinados pelo instrumento regulamentar.

Por uma questão de necessidade, este impasse não impediu que os hospitais criassem os seus Corpos Clínicos. Antes pelo contrário, praticamente todos os hospitais possuem um Corpo Clínico. O que acabou sendo flexibilizado foi a forma como eles foram sendo criados nas organizações hospitalares. Esta forma, mais ou menos maleável no que se refere a atender as determinações do CFM ou do Hospital, acabou sendo criada em cada hospital e refletiu o poder de cada uma das partes, médicos e hospitais, no momento de manter ou ceder posicionamentos.

Outras barreiras deste relacionamento são historicamente conhecidas pelos profissionais que labutam na área hospitalar. Pode-se citar, por exemplo, o conflito de interesses econômicos existentes quando da cobrança junto ao paciente, das despesas de internação hospitalar. Não são poucos os casos em que o paciente, devido ao elevado valor destas despesas e incapacidade financeira, realiza o pagamento de somente uma das partes e acaba deixando a outra parte sem o devido ressarcimento pelos serviços prestados.

2.2.3. A relação médico-paciente

Segundo Barker (1993, p. 25), “o conceito de relação médico-paciente em nossa sociedade evoluiu nos últimos anos”. Nos anos 60, Parsons (apud BARKER, 1993), descreveu o papel do paciente como sendo “em essência passivo”. Mais tarde, Szasz e Hollender (apud BARKER, 1993) descreveram três tipos de interações entre o médico e o paciente:

1. A relação ativa-passiva, na qual o médico possui toda a autoridade, similar ao conceito de Parsons (apud BARKER, 1993);
2. A relação de cooperação orientada, na qual o médico ainda é de alguma forma autoritário e o paciente coopera;
3. A relação de participação mútua, na qual há colaboração ativa entre o paciente e o médico, e o paciente assume uma responsabilidade maior pelo seu tratamento.

Buchabqui (1995, p. 21) afirma que “*A relação médico-paciente é um dos principais elementos para um tratamento médico adequado*”. Segundo ele, uma boa relação médico-paciente depende do interesse e da disposição do médico em ouvir e buscar a solução ou alívio para os problemas do paciente.

Considerando a posição dos autores apresentados pode-se afirmar que o médico exerce um papel fundamental no relacionamento com o paciente. Papel este que, na maioria das situações, é preponderante e decisório.

Isto leva a uma análise do ‘poder’ que o médico possui, de definir questões que dizem a respeito da vida do paciente. Poder este que acaba sendo exercido em situações como definir o tipo de tratamento a ser realizado, o nome/laboratório do medicamento a ser utilizado pelo paciente e, até mesmo, nos casos de internação, o hospital a ser utilizado pelo paciente para a realização de eventual procedimento médico.

Pode-se opinar que o exercício do poder do médico tende a ser menor a medida em que o esclarecimento do paciente sobre este processo de escolha do hospital for maior. Isto se refere à idéia de que, quem na prática deveria definir o hospital é o paciente e este deveria exigir que o médico acatasse sua decisão. Entretanto, esta realidade ainda não é comum, sendo percebida com alguma frequência apenas na camada da sociedade economicamente mais favorecida.

Baseado nesta relação e no fato de que o médico ainda detém o poder de influenciar decisivamente na escolha do hospital por parte do paciente, é que este estudo se direciona para a identificação dos motivos que levam o profissional médico a escolher determinada organização hospitalar.

2.2.4. A relação médico-hospital

Não se encontrou, tal como visto na relação médico-paciente, publicações que tratam do tema relacionamento médico-hospital. Entretanto, por ser este um dos principais focos do trabalho, neste capítulo de revisão bibliográfica será apresentada a opinião do pesquisador, formada durante os mais de 12 anos de experiência vivenciada na gestão administrativa de hospitais e empresas da área da saúde.

Quando foi abordado o tema Corpo Clínico, percebeu-se que aquele assunto gera um certo conflito de interesses por parte de médicos e hospitais. Claro que não se pode basear-se num único fato para generalizar uma realidade. Contudo, pode-se afirmar que não é só a delimitação de ação do Corpo Clínico dentro do hospital que gera atritos nesta relação.

Tanto médicos quanto hospitais sabem que um depende do outro para subsistirem. Isto talvez seja o principal argumento que ambos utilizam para travarem disputas que, na maioria das vezes, não favorece nenhuma das partes. Toma-se como referência fato ocorrido no Hospital Santa Cruz da cidade de Santa Cruz do Sul, interior do Rio Grande do Sul, no ano de 1993.

O hospital, um dos dois existentes no município, sendo o maior e mais bem equipado, percebeu a oportunidade de lançar um plano de saúde próprio, que iria atender inicialmente uma das grandes empresas fumageiras da região e depois se estenderia para toda a população. A oportunidade se apresentava como muito adequada para o momento que passava a organização, visto que traria mais recursos e poderia ser uma forma de equilibrar financeiramente as contas do hospital.

Além da questão financeira, o plano de saúde estava sendo projetado para ser colocado no mercado com preços bem abaixo do que os existentes àquela época, o que propiciaria à comunidade de baixa renda uma alternativa para adquirir um plano de saúde privado.

Por ser o Hospital Santa Cruz uma entidade filantrópica, tanto os objetivos econômico-financeiros quanto (e principalmente) os objetivos sociais, não deixavam dúvidas sobre a decisão de implementar a oportunidade.

Para montagem do plano de saúde o Hospital precisava da adesão dos médicos de seu Corpo Clínico. Estes seriam responsáveis por atender todos os pacientes do plano, tanto em nível ambulatorial, de urgência, como também em nível de internação.

Entretanto, o que a princípio não parecia ser um obstáculo, acabou sendo, e os médicos recusaram-se a atender o plano de saúde próprio do Hospital Santa Cruz. É claro que esta negativa acabaria gerando desgastes entre os médicos e o hospital e abalaria não somente este futuro empreendimento com também o relacionamento das partes na realização de tarefas corriqueiras do dia-a-dia da organização.

O caso acabou tomando grandes proporções e saiu da esfera organizacional do hospital. Por se tratar de uma instituição muito ligada à comunidade, a direção do hospital

decidiu levar a questão para ser debatida em entidades representativas de Santa Cruz do Sul tais como a Câmara de Vereadores, a Associação Comercial, as Igrejas e outros. O objetivo era encontrar uma forma de viabilizar a participação dos médicos do Corpo Clínico no plano de saúde.

Depois de um período de intensas e infrutíferas negociações, percebendo que o momento oportuno para lançar o plano poderia estar passando, o Hospital resolveu então contratar médicos não pertencentes ao Corpo Clínico. Esta foi sem dúvida a decisão mais adequada se considerarmos a necessidade de criação do plano de saúde. Porém, foi uma das ações de maior impacto negativo já causado na relação médico-hospital naquela organização desde sua constituição. Os médicos contratados, mesmo sob um clima completamente adverso, iniciaram suas atividades e o plano de saúde foi lançado com sucesso.

Inúmeros outros fatos ocorreram e, depois de mais de seis meses do episódio, boa parte do Corpo Clínico do hospital acabou aderindo ao plano de saúde. Não sem antes passarem por negociações onde o desgaste do relacionamento foi novamente evidenciado.

Hoje, médicos e hospital se identificam naturalmente com o plano de saúde que passou a ser parte fundamental do organismo da instituição. Entretanto, as marcas daquela época ficaram para sempre e são lembradas em momentos de pequenas ou grandes desavenças.

O caso do Hospital Santa Cruz foi apresentado apenas para enfatizar que a relação entre médico e hospital é, sem dúvida, conturbada. Aliás, esse fato não deve ser exclusividade deste meio, especialmente quando se trata de relacionamentos que envolvam questões econômico-financeiras. Contudo, este exemplo não indica existir nesta relação uma regra geral. Sabe-se de inúmeros casos em que as duas partes formam parcerias e desenvolvem grandes projetos.

2.3. MARKETING DE RELACIONAMENTO

O Marketing de Relacionamento é a questão central desse trabalho. Baseado nos seus componentes e na pesquisa de Wilson e Vlosky (1997), foi possível gerar o instrumento de pesquisa adaptado à realidade do ambiente hospitalar e auferir o grau de relacionamento existente entre o médico e um dos grandes hospitais brasileiros, Hospital Santa Catarina de São Paulo.

2.3.1. Definição de cliente

Existem inúmeras formas de definir o que vem a ser um cliente para uma empresa. Este é um dos conceitos mais difíceis na área de gerenciamento de clientes. É claro que não se está falando de um conceito genérico e sim de uma definição adaptada a cada área de negócio em que este tema esteja sendo estudado.

No que diz respeito ao interesse deste trabalho, serão definidos dois tipos de clientes de um hospital que abrangem todo o horizonte de clientes que se relacionam com a instituição, quais sejam, os clientes externos e os clientes internos.

Aos clientes externos é utilizado um conceito atribuído por Swift (2001, p. 3), no qual ele define um Cliente simplesmente como sendo, *“um cliente de varejo que compra o produto ou o serviço final. Normalmente, um indivíduo ou uma família”*.

No caso da área hospitalar, a partir do conceito de Swift (2001), identifica-se um cliente externo como aquele que compra ou utiliza os serviços oferecidos pelo hospital, desde um simples curativo no ambulatório até uma complexa cirurgia cardiovascular realizada no Centro Cirúrgico que necessitará de recuperação na UTI pós-cirúrgica.

Os clientes externos de um hospital e que naturalmente podem se encaixar no conceito acima, são comumente chamados de ‘pacientes’. Ferreira (1999, p. 1470) define paciente como sendo *“Pessoa que padece; doente. Pessoa que está sob cuidados médicos”*.

Já o cliente interno, também definido por Swift (2001, p. 4), é *“uma pessoa ou unidade de negócio dentro de sua empresa que precisa do seu produto ou serviço para obter sucesso nos próprios objetivos de negócio”*. Na maioria das vezes, e isto também se aplica a hospitais, este tipo de cliente é o mais ignorado dentro da instituição.

Trazendo este conceito ao meio hospitalar, pode-se dizer que os clientes internos são os funcionários, os prestadores de serviço ou serviços terceirizados e os profissionais liberais que atuam dentro do hospital. Neste último grupo, sem dúvida, os médicos, sejam do Corpo Clínico ou não, serão tratados como clientes neste trabalho e não como fornecedores, o que poderia também ser um entendimento possível em se tratando de marketing.

Desta forma, a partir do entendimento de que o médico é o principal cliente interno do hospital, este trabalho focará os conceitos de marketing de relacionamento para compreender melhor esta relação médico-hospital.

2.3.2. Definição de marketing

Antes mesmo de se entender o significado de Marketing de Relacionamento é importante que se faça um breve apanhado conceitual sobre a *ciência do marketing*.

Inúmeros são os autores que buscaram uma definição de marketing. Desta forma, não se pretende apresentar aqui um ou outro conceito que esgote este vasto tema que é o marketing, mas sim que auxilie a compreensão do assunto Marketing de Relacionamento, objeto deste trabalho.

Sendo assim, Kotler et al (2002, p. 7) apresentam a seguinte definição de marketing:

O marketing é um processo social e gerencial por meio do qual os indivíduos e os grupos obtêm aquilo de que precisam e também o que desejam, em razão da criação e da troca de produtos/serviços de valor com outras pessoas.

Já Zenone (2001) afirma que, entre aqueles que entendem a palavra marketing, reconhecem que essa ciência nasceu nos anos 50, durante o pós-guerra, quando empresas com elevados estoques de produtos fabricados se deram conta que possuir um produto de boa qualidade não era garantia de boas vendas, mas era necessário que todo o esforço para produzir fosse direcionado para atender às necessidades dos consumidores e/ou clientes.

A partir da idéia apresentada por Zenone (2001), que indica existir uma trajetória de tempo percorrida pelo marketing, é apresentado na figura 1 uma linha do tempo que, iniciando nos anos 50 e tendo seu final nos anos 90, demonstra os estágios do marketing.

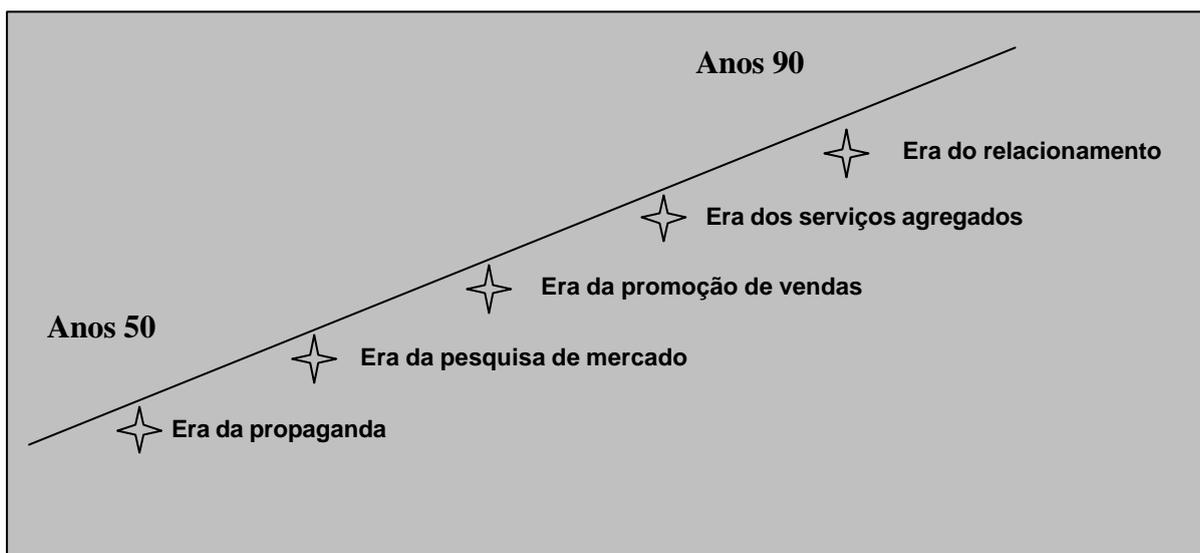


Figura 1 – Estágios do marketing

Fonte: Elaborada pelo autor

A Era da Propaganda iniciou com a descoberta do desejo do consumidor, ou seja, era preciso mostrar que a empresa teria capacidade de satisfazer seus anseios. A estratégia era ter um modelo de produto e fazer comunicação em massa do mesmo; comunicação era a palavra chave.

O consumidor se educou e já possuía a capacidade de decidir pela preferência de determinada empresa, surge então a Era da Pesquisa de Mercado. Neste momento, as empresas começaram a se preocupar em saber o que o consumidor estava interessado em comprar, que modelo ou tipo de produto compraria.

Porém, nem sempre aquilo que as pesquisas indicavam acabava se concretizando, uma vez que opinião não representa atitude em ação. Assim, concluiu-se que as pesquisas não apresentavam a reação da compra e que a decisão final ocorria na frente do produto.

Surgiu então a Era da Promoção de Vendas. As empresas passaram a dar incentivos para encorajar a experimentação ou compra de um produto. Os pontos de venda passaram a fazer de tudo para chamar a atenção do consumidor.

Com mercado mais competitivo e as empresas cada vez mais sérias na produção de produtos e serviços de qualidade, a palavra encantar o consumidor foi sendo introduzida. Comunicar e estimular o comprador, não era mais o suficiente; tornou-se necessário transformá-lo num cliente fiel, oferecendo um composto de produto agregado a serviços. Esta

foi a tônica que definiu o início da Era dos Serviços Agregados, que se refere aos serviços agregados ao consumidor além daqueles já oferecidos pelos próprios produtos.

Em todas estas fases do marketing, empresas e consumidores eram tratados cada um do seu lado. A empresa criava estratégias para atrair o consumidor e este procurava estabelecer seu referencial no produto.

Neste contexto de expectativas diferentes, a empresa querendo aumentar suas vendas e o consumidor querendo o respeito e o relacionamento com aquele que lhe oferece a satisfação, emerge a Era do Relacionamento. As empresas, então, acabaram convencidas de que estabelecer o relacionamento com o consumidor era uma questão de sobrevivência.

Agora que já foi feito este breve histórico do marketing, que teve na Era do Relacionamento o seu estágio mais avançado, pode-se então indagar: o que significa Marketing de Relacionamento?

2.3.3. Definição de marketing de relacionamento

Marketing de Relacionamento é um esforço integrado para identificar, manter e construir uma rede com consumidores individuais e continuamente estreitar esta rede para o benefício mútuo das duas partes (SHANI e CHALASANI apud PARVATIYAR e SHETH, 2000).

Os relacionamentos de marketing podem assumir qualquer forma, mas o marketing de relacionamento não se ocupa com todos os aspectos dos relacionamentos de marketing. O seu foco está nas relações de cooperação e colaborativas entre as empresas e seus clientes e/ou outros atores de marketing. Essas ações levam a uma criação e/ou aumento do valor de mercado, o qual beneficiará ambas as partes.

O termo "marketing de relacionamento" foi introduzido pela primeira vez na literatura em 1983, por Berry, e evoluiu gradativamente a partir da contribuição de diversos autores (MCGARRY, ANDERSON, CROSBY et al., GRÖNROOS, entre outros - antes de 1983 - ANDERSON e NARO, SHAPIRO, DICK e BASU, REICHHELD, ROSENBERG e CZEPIEL, HAYES, WGEELWRIGHT e CLARK, SPEAKMAN - após 1983 - e SHETH e SISODIA, YIP e MADSEN, mais recentemente, todos citados por PARVATIYAR e SHETH, 2000).

Uma das forças que auxiliou o desenvolvimento do marketing de relacionamento foi o movimento da qualidade total. A filosofia do TQC, de melhorar a qualidade e reduzir custos, tornou necessário o envolvimento dos fornecedores com seus clientes para implementar o programa em todos os níveis da cadeia de valores. Desta maneira, diversas empresas começaram a realizar parcerias. Na era da hipercompetição, as empresas têm-se preocupado com a retenção e lealdade dos seus clientes. Ambos os lados tem a ganhar (em termos de custo) com o relacionamento.

A figura 2 agrupa algumas definições de marketing de relacionamento encontradas na literatura.

Autor	Publicação/Ano	Conceito de Marketing de Relacionamento
Morgan e Hunt	Journal of Marketing, (1994)	Marketing de relacionamento refere-se a todas as atividades de marketing direcionadas para o estabelecimento, desenvolvimento e manutenção de trocas relacionais de sucesso.
Gummesson	International Journal of Service Industry Management, (1994)	Marketing de relacionamento é o marketing visto como relacionamentos, redes e interação, que enfatiza a interação no longo prazo e reconhece tanto o cliente como a empresa como partes ativas, envolvidas em uma relação "ganha-ganha".
Grönroos	Alternative Perspective, (2000)	Processo de identificar, estabelecer, manter, intensificar e quando necessário terminar relacionamentos, de forma que os objetivos das partes sejam atingidos.
Bolton	Marketing Science, (1998)	(...) o marketing de relacionamento tem realizado esforço sobre estratégias de marketing, tendo como objetivo encorajar a satisfação, a lealdade e a duração de um relacionamento entre o cliente e a empresa.
Parvatiyar e Sheth	Alternative Perspectives, (2000)	Processo contínuo de se engajar em atividades cooperativas e colaborativas e programas com consumidores finais e imediatos para criar ou aumentar o valor econômico mútuo a um custo reduzido.
Durvasula, Lysonski, Mehta	European Journal of Marketing, (2000)	A chave para o marketing de relacionamento é desenvolver, manter e intensificar a dinâmica do relacionamento com o cliente. O resultado final disso será um cliente leal.
Berry	Journal of Relationship Marketing, (2002)	Marketing de Relacionamento é a atração, manutenção e a intensificação de relações com os consumidores, tornando esses clientes leais.
Palmer	Journal of Relationship Marketing, (2002)	Marketing de relacionamento pode ser entendido como um conceito "guarda-chuva" (porque o seu estudo é fragmentado - lealdade e database marketing, por exemplo) que abrange a necessidade de ver mudanças na perspectiva do longo-prazo.

Figura 2 - Conceitos de Marketing de Relacionamento

Fonte: Espinoza (2002).

Hutt (1995) propõe-se a explorar pontos importantes de relacionamentos entre as unidades de trabalho (departamentos em uma empresa) que envolvem os executivos de marketing e destacar perspectivas conceituais que poderão guiar pesquisas futuras. O autor identificou três barreiras que podem prejudicar estes relacionamentos:

- Barreiras de “setor” – vontade de crescer e manter a relativa importância do seu departamento;
- Barreiras de interpretação – os departamentos são “mundos diferentes”;
- Barreiras de comunicação.

Também foram indicados quatro estágios de relacionamento entre as unidades de trabalho:

- Orientação – as partes estão dispostas a engajar-se numa troca;
- Exploração – conhecer a outra parte;
- Teste – as partes se conhecem “na prática”;
- Estabilização – fase final: definição do processo de relacionamento.

Palmer (2002) propôs em seu artigo “The evolution of an Idea: an environmental explanation of relationship marketing”, uma análise de como o macroambiente influenciou o desenvolvimento do marketing de relacionamento. No que tange ao conceito de marketing de relacionamento, ele sugeriu que alguns autores sustentam que o marketing de relacionamento não acrescenta nada ao conceito de marketing como filosofia, uma vez que os objetivos de ambos são identificar, antecipar e prover os requisitos dos clientes eficientemente e de forma lucrativa.

Uma visão alternativa afirma que o marketing de relacionamento é uma resposta às mudanças que ocorreram no ambiente empresarial e, por esta razão, ele deve mudar gradual e constantemente de acordo com o ambiente. Marketing de relacionamento pode ser definido a partir de conceitos como trocas mutuamente benéficas e cumprimento de “promessas” pelas duas partes em uma série de interações ocorridas na relação entre ambos. Palmer (2002) acrescenta que marketing de relacionamento abrange a necessidade de enxergar as mudanças no longo prazo.

Uma idéia existente no desenvolvimento de marketing de relacionamento é que há um *continuum* que varia de orientações transacionais a orientações relacionais (DWYER et al.,

1987). A empresa deve estar atenta ao fato de o seu cliente poder estar em qualquer posição dentro desse *continuum* (ANDERSON e NARUS, 1991), e portanto, estar mais ou menos propenso a estabelecer um relacionamento. Nota-se, portanto, a importância de conhecer o perfil do cliente, já que o marketing de relacionamento deve contar, fundamentalmente, com a colaboração do cliente.

Tradicionalmente, um dos principais constructos utilizados para prever as intenções de comportamento dos consumidores é o seu grau de satisfação. A mudança para o marketing relacional, que visa a manutenção e aprofundamento de relações duradouras com os clientes (BERRY, 1995), aumentou o número de fatores que predizem as intenções futuras, incorporando novos constructos como confiança (MOORMAN et al., 1993; MORGAN e HUNT 1994) e comprometimento (DWYER et al., 1987; MORGAN e HUNT 1994). Garbarino e Johnson (1999) analisaram o papel destes três constructos - satisfação, confiança e comprometimento - nas intenções futuras dos clientes em relação aos vínculos relacionais com as empresas e descobriram que para clientes que estão iniciando o relacionamento, a satisfação é o principal constructo mediador entre as atitudes e as intenções futuras de manter o relacionamento, e para clientes relacionais, os principais mediadores são a confiança e o comprometimento.

Embora Anderson e Narus (1991) afirmem que a empresa deve focalizar aqueles clientes com orientação colaborativa, Jackson (1985, apud GARBARINO e JOHNSON, 1999) defende a idéia que uma empresa deve praticar tanto o marketing transacional quanto o relacional, por causa das diferentes orientações do cliente. Estas diferenças podem estar na propensão à lealdade, conforme foi salientado por Berry (1995), ou na orientação para o relacionamento (GARBARINO e JOHNSON, 1999).

O artigo “Relationship Marketing” de Christian Grönroos (2000) mostra a perspectiva da escola nórdica em relação ao marketing de relacionamento. De acordo com o autor, a escola tem estudado o tema “desde o início”, mas só a partir da década de 90 o termo começou a ser utilizado. Grönroos (2000) mostra como o serviço tornou-se um pilar do marketing de relacionamento, quando explica que o serviço apresenta relações mais estreitas entre fornecedor/comprador nas fases de produção e consumo.

Para a escola nórdica, os serviços enquadram-se na construção e manutenção de uma estratégia de marketing de relacionamento enquanto marketing é visto mais como uma gestão orientada para o mercado do que como uma tarefa, o que significa que o marketing é visto

como um processo, e não como uma função. Grönroos (2000) defende a idéia de que o marketing de relacionamento também é um processo. Grönroos (2000) defende três pilares que sustentariam uma estratégia de marketing de relacionamento: processo de interação, processo de diálogo e processo de valor.

Processo de interação: em marketing de relacionamento a solução oferecida para o cliente para satisfazer a sua necessidade é o próprio relacionamento. Grönroos (2000) sugere 4 fases de relacionamento que constroem uma relação: as ações (atos), que são as menores unidades em uma relação, também chamadas de “momentos da verdade”; os episódios, compostos por uma série de ações; as seqüências, que por sua vez são um conjunto de episódios; e finalmente o relacionamento, que determinado a partir destas três fases anteriores.

Processo de diálogo: refere-se aos componentes da comunicação, numa tentativa de criar um processo de duas e, às vezes, de múltiplas vias. O processo de diálogo inicia antes do processo de interação. A partir do ponto onde os dois processos passam a acompanhar-se, eles auxiliam-se para manter e intensificar o relacionamento.

Processo de valor: é o processo através do qual a empresa deve acompanhar as necessidades dos seus clientes e constantemente oferecer-lhes o que eles valorizam. O valor a oferta de serviços devem ser analisados juntamente com os custos adicionais que estes podem gerar, os chamados “custos de relacionamento”. Nem sempre serviços adicionais oferecem valor superior.

Para Mackenna (1992), as principais características do marketing de relacionamento, enfatizando a orientação para o cliente, são:

- a) A integração e participação do cliente no planejamento de produtos e serviços, não só para garantir que as necessidades dos clientes sejam contempladas, mas também para incluir neles a estratégia do cliente;
- b) O desenvolvimento de nichos de mercado, possibilitando ganhos de mercado às empresas que possuem alto *know-how* de canais de distribuição e segmentação;
- c) O desenvolvimento do relacionamento com toda infra-estrutura de vendas, clientes, parceiros, fornecedores e governo, visando criar e sustentar uma imagem sólida da empresa e o seu desenvolvimento tecnológico.

2.3.4. Componentes-chave do marketing de relacionamento

A partir de Vavra (1993), identifica-se a existência de componentes-chave do marketing de relacionamento, quais sejam: Qualidade, Serviços ao Cliente e Pós-venda³. Uma breve descrição sobre a abordagem dada por ele a cada um destes componentes encontra-se abaixo:

2.3.4.1. Componente-chave 1: qualidade

Qualidade é um termo difícil de ser definido. David Garvin (1988), em seu livro *Managing Quality*, apresenta cinco definições diferentes para tentar abranger o leque de opiniões existentes sobre o assunto. Mesmo que com pequenas mudanças, que visam permitir a aplicação idêntica, tanto para produto como para serviços, o autor reúne opiniões da seguinte maneira:

Definição transcendente: trata da qualidade como estado efêmero de realização e excelência:

Qualidade é uma condição de excelência, implicando que alta qualidade é muito diferente de baixa qualidade ... Qualidade é atingir ou alcançar o mais alto padrão, o contrário de ser satisfeito com algo mal feito ou fraudulento (TUCHMAN, B. apud GARVIN, 1988).

Definição baseada na oferta: considera a qualidade mensurável; alta qualidade é alcançada ao obter mais de um elemento ou atributo:

Qualidade refere-se à quantidade de atributos “não-preço” contidos em cada unidade (ou experiência) oferecida (LEFFLER, K. B. apud GARVIN, 1988).

Definição baseada no usuário: confia na premissa de que a qualidade está apenas aos olhos do usuário. A avaliação que o usuário faz em relação às suas satisfações são os únicos padrões apropriados de qualidade:

Na análise final de mercado, a qualidade de um produto depende da maneira que ele atende aos padrões de preferência do cliente/consumidor. (KUEHN, A., DAY, R. apud GARVIN, 1988).

³ Vavra (1993) utiliza originalmente o termo “Pós-marketing”, Neste trabalho adaptou-se o termo “Pós-venda”.

Definição baseada na produção: é quase diametralmente oposta da definição baseada no usuário. Ela lida com exigências de produção:

Qualidade é o grau pelo qual um produto ou serviço específico atende a um *design* ou às especificações. (GILMORE, H. apud GARVIN, 1988).

Definição baseada no valor: une as necessidades do cliente/consumidor e as exigências de produção; à medida que uma oferta atende as necessidades do cliente/consumidor a um preço mais baixo, declara-se que ele tem maior valor:

Qualidade é o grau de excelência a um preço aceitável e o controle da variabilidade a um custo satisfatório. (BROH, R. apud GARVIN, 1988).

Apesar de algumas empresas, no seu contexto de negócios, entenderem que sabem o que significa qualidade para seus clientes, a maioria delas não reconhece que as definições dos clientes podem mudar com o passar do tempo. Esta característica de constantes mudanças na opinião dos clientes deve ser considerada e monitorada pela empresa, principalmente nos aspectos correlatos da qualidade, quais sejam: preço, participação de mercado, custo, propaganda e rentabilidade (VAVRA, 1993).

Garvin (1988), propôs que a qualidade do produto pode ter oito componentes fundamentais, quais sejam: desempenho, características, confiabilidade, funcionamento, durabilidade, serviço, estética e reputação.

Desempenho: refere-se às principais características operacionais do produto. O desempenho associa a definição de qualidade baseada em produção com a baseada no usuário. Embora as empresas possam ser classificadas através de seu desempenho relativo em relação à determinada capacidade, os clientes freqüentemente avaliarão o desempenho sobre critérios diferentes.

Características: são descritas como “sinos e apitos” dos produtos. Tais características secundárias complementam o funcionamento básico do produto. Critérios de desempenho e características podem freqüentemente ser de difícil separação e podem mudar os elementos de cliente a cliente. A chave para isto é centralizar ou graduar a importância das características para o cliente.

Confiabilidade: lida com a probabilidade de falha ou mal funcionamento do produto, no período de tempo especificado. Por envolver tempo, esta característica é mais importante para bens duráveis do que para produtos consumidos instantaneamente.

Funcionamento: diz respeito sobre como o projeto e operação de um produto atende as especificações preestabelecidas ou as expectativas do usuário, ou ambas.

Durabilidade: é literalmente o tempo de uso de um produto antes de sua deterioração física ou obsolescência, exigindo conserto ou substituição.

Serviço: envolve a velocidade, cortesia, competência e facilidade de conserto de um produto. Os clientes são conscientes não apenas da confiabilidade de produtos mas também da rapidez com que eles são consertados quando falharem.

Estética: altamente subjetiva, a estética diz respeito aos elementos de julgamento pessoal em torno do consumo de um produto – qual é a aparência de um produto e como a empresa é vista pelo público. Embora esse julgamento seja altamente individual, parece existir consenso entre os consumidores de algumas categorias de produto sobre os atributos específicos para julgar a estética dos produtos nessas categorias.

Reputação: na ausência completa de informações e quando atributos discretos são difíceis de julgar, freqüentemente os consumidores lançam mão de mensurações indiretas para comprar um produto ou serviço. Imagens, propaganda e a reputação da empresa apóiam comparações convenientes.

Já, Zeithaml, Parasuraman e Berry (1990), balizados em uma pesquisa de qualidade de serviços, identificaram os cinco aspectos mais importantes da qualidade dos serviços: confiabilidade, resposta, garantia, empatia e tangibilidade.

Através da criação de uma escala SERVQUAL (método testado para solicitar aos entrevistados que avaliem a qualidade do serviço recebido de uma ou mais empresas de um setor industrial), eles avaliaram empresas e organizações de serviços nos cinco aspectos levantados. A aplicação se deu através de 16 grupos focais com clientes de quatro setores de serviços diferentes visando investigar a universalidade das dimensões de qualidade de escala SERVQUAL.

As definições de qualidade dos serviços propostas por Zeithaml, Parasuraman e Berry (1990), utilizadas nesta pesquisa, estão descritas na figura 3:

<i>Elemento</i>	<i>Definição</i>	<i>Exemplos</i>
Confiabilidade	Habilidade de desempenho do serviço oferecido confiante e rigorosamente.	Os termos do cartão de crédito estão isentos de erros?
Nível de resposta	Boa vontade para orientar os clientes e prestação imediata do serviço.	A empresa responde às cartas ou atende às ligações telefônicas?
Competência	Domínio das habilidades necessárias e conhecimento do desempenho do serviço.	O técnico de consertos demonstra conhecer o que está fazendo?
Cortesia	Educação, respeito, consideração e cordialidade do pessoal de contato.	O caixa do banco tem conduta agradável?
Credibilidade	Confiabilidade e honestidade do prestador do serviço.	O banco tem boa reputação?
Segurança	Inexistência de perigo, risco ou dúvida.	O cartão de crédito está protegido contra uso indevido?
Acesso	Facilidade de contato.	A empresa tem um número de telefone <i>toll-free</i> que funciona 24 horas?
Comunicação	Manter o cliente informado na linguagem que ele possa entender e ouvi-lo.	Os funcionários de atendimento explicam com clareza os procedimentos?
Conhecimento do consumidor/cliente	Fazer esforço para conhecer os clientes e suas necessidades.	As comunicações da empresa reconhecem as necessidades individuais dos clientes?
Tangibilidade	Aparência das instalações. Equipamentos, pessoal e material de comunicação.	As instalações do banco são atraentes? As ferramentas usadas pelo técnico de conserto parecem modernas?

Figura 3 – Definições de Qualidade dos Serviços

Fonte: Zeithalm, Parasuraman e Berry, 1990.

A importância relativa dos cinco aspectos da qualidade de serviços obtida pelo estudo foi: confiabilidade 32%, resposta 22%, garantia 19%, empatia 16% e tangibilidade 11%.

2.3.4.2. Componente-chave 2: serviços ao cliente

Existe uma diferença fundamental entre serviços ao cliente e prestação de um serviço. Serviços ao cliente são os cuidados de pós-venda, devendo fazer parte de qualquer oferta de mercado, tanto produtos quanto serviços. São basicamente cuidados essenciais que a empresa

deve ter no período de uso e pós-uso de um produto ou serviço e que estão relacionados a responsabilidade da empresa (VAVRA, 1993).

Serviço ao cliente é geralmente reconhecido como sendo uma atenção ou assistência pós-compra não esperada pelo cliente, contribuindo para a obtenção de maior satisfação pelo uso de um produto ou serviço.

Para Vavra (1993), são quatro os componentes dos serviços ao cliente: espontaneidade, sinceridade, significância e consistência.

Espontaneidade: os serviços ao cliente, para se distinguirem de uma prestação de serviço, precisam ser inesperados. O apoio oferecido deve ser espontâneo, sem haver a solicitação do cliente. A idéia é fazer algo especial para tornar a relação com a empresa útil, significativa e memorável.

Sinceridade: a percepção do cliente a respeito dos serviços deve ser de sinceridade, ao contrário, eles podem ser vistos como somente mais um artifício ou dispositivo de marketing para melhorar as vendas.

Significância: o cliente deve se sentir importante pois a empresa o reconhece e o procura para expressar sua gratidão.

Consistência: as ações entendidas como serviços ao cliente podem ser desenvolvidas com consistência a todos os clientes e de modo rotineiro em situações semelhantes.

Esta combinação de qualidade (dos produtos e serviços) com a prática de pós-venda garante, segundo Vavra (1993), o estabelecimento de relacionamentos duradouros com o cliente.

2.3.4.3. Componente-chave 3: pós-venda

Pós-venda, é caracterizado como sendo uma tarefa de toda a empresa, não pertencendo a um departamento ou função. Não deve ser tratada como uma campanha ou propaganda de vendas, mas sim como uma filosofia de condução de negócios (VAVRA, 1993).

Para a realização de Marketing de Relacionamento, o autor descreve sete atividades de pós-venda: (1) identificação da base de clientes; (2) Reconhecimento aos clientes; (3) Mapeamento das interações com clientes; (4) Providências para acessar os clientes; (5) Mensuração da satisfação dos clientes; (6) Manutenção do contato; e (7) Recuperação de clientes perdidos, as quais serão apresentadas a seguir.

Identificação da base de clientes: atualmente, com a capacidade e facilidade de acesso dos microcomputadores, qualquer tipo ou tamanho de empresa pode manter cadastros complexos de clientes (banco de dados de clientes) e acessar informações durante o momento de interação com cada um deles. O processo de obtenção dos dados não deve ser algo que requeira muito investimento. Existem maneiras baratas de se consegui-los. Por óbvio que, quando uma base de dados é muito grande, recomenda-se que seja feita uma segmentação visando auferir resultados num prazo menor de tempo.

Reconhecimento dos clientes: após identificar os clientes, o próximo passo é reconhecer os clientes pelos negócios que estes fazem com a empresa. Comunicar o desejo de estar próximo deles é fundamental. E a personalização também pode ser levantada através de programa de contatos minuciosamente planejado. Revistas, jornais ou newsletters são formas muito usadas para se comunicar com os clientes. Entretanto, sua eficácia está intimamente ligada ao tipo de conteúdo que fará parte destes veículos. Se forem meramente mensagens de vendas, o cliente não entenderá que a empresa está querendo se relacionar, mas sim fazer novos negócios, deixando-o pressionado ao invés de motivado.

Manutenção de contatos com clientes: o processo de comunicação externa não deve ser apenas de uma via, isto é, da empresa para o cliente. Ele deve também oportunizar mecanismos de acesso dos clientes para a empresa. Por isso, um número de telefone 0800 (DDG), uma página na Internet ou outras formas de comunicação precisam ser criadas e estimuladas.

Mapeamento de pontos de contato com clientes: para gerenciar as interações com os clientes, é fundamental que se proceda a identificação dos pontos de contato entre ambos. Neste levantamento, a organização terá a oportunidade de visualizar novos pontos e de explorar melhor os existentes. Na identificação dos pontos de contato, são verificados também os objetivos, os motivos e os funcionários que interagem com cada cliente. Depois disto, é recomendável que se faça uma avaliação dos pontos e, concluída a avaliação, sejam definidas ações visando atuar nos pontos de contato mais críticos.

Mensuração do nível de satisfação dos clientes: considerado o componente mais importante do processo de pós-venda, a mensuração da satisfação dos clientes é uma atividade que oferece dois benefícios: a empresa coleta informações valiosas que permitem fornecimento de produtos ou serviços de valor verdadeiro e ela pode demonstrar cuidado e consideração com os clientes ao solicitar-lhes informações para futuras decisões de produção e administração. Assim, as pesquisas de satisfação possuem tanto benefícios de informações como benefícios de marketing. Geralmente, os elementos avaliados nestes levantamentos são: sistema de entrega do produto ou

serviço; desempenho real do produto ou serviço (ou seja, como ele atende às expectativas); conduta, desempenho e habilidades dos funcionários; imagem real da organização; relacionamento percebido do preço/valor do produto ou serviço; forças e fraquezas dos concorrentes e fatores demográficos e de estilo de vida dos clientes. Ressalta-se que, incorporar os resultados de um programa de mensuração da satisfação de clientes no dia-a-dia da empresa, visando tomar decisões balizadas na opinião dos clientes não é tarefa fácil.

Manutenção de contatos: depois de todo o esforço para criar e alimentar o banco de dados é mais do que evidente a necessidade de mantê-lo atualizado. Para isto, os clientes devem ser constantemente contatados e recursos substanciais precisam ser disponibilizados para isto. Entretanto, um programa desta natureza não é um esforço isolado. Ele representa um compromisso que exige dedicação da alta administração e de toda força de trabalho da organização. Seu retorno a longo prazo, compensa qualquer esforço ou tática de curto prazo.

O implemento de estratégias de pós-venda beneficia tanto a empresa quanto o cliente. Elas empregam valor para ambas as partes e possibilitam estabelecer um relacionamento contínuo e uma divisão de responsabilidades compartilhada. Portanto, mais que um componente-chave do Marketing de Relacionamento, o pós-venda é um fator decisivo para a manutenção dos negócios de qualquer empresa.

2.3.5. A pesquisa de Wilson e Vlosky

Em artigo publicado em uma edição especial do *Journal of Business Research*, Wilson e Vlosky (1997) desenvolvem um estudo com o objetivo de mensurar as variáveis que caracterizam o Marketing de Relacionamento praticado pelas empresas. Wilson e Vlosky (1997) exploram a construção de bases teóricas a partir do método do Estudo de Caso, resultando na geração de uma escala de mensuração do relacionamento em mercados organizacionais.

Viana, Cunha Jr e Slongo (2000) focaram o teste da escala proposta por Wilson e Vlosky (1997) no contexto brasileiro. Ambos os trabalhos podem ser inseridos dentro de uma perspectiva de consolidação do conhecimento anterior na área, trazendo para diferentes cenários um conjunto de pressupostos teóricos que passam por uma avaliação empírica, mesmo que através de métodos distintos. Dessa forma, ambos serão utilizados na adaptação da referida escala proposta para esta dissertação.

2.3.5.1. O modelo de pesquisa de Wilson e Vlosky

O propósito do trabalho de Wilson e Vlosky (1997) foi formular um modelo indutivo de atividades de relacionamento e parceria inter-empresas utilizando-se, para tanto, de uma abordagem qualitativa na forma de estudo de caso. Este método é inovador, na medida em que consiste em uma alternativa aos modelos positivistas comumente desenvolvidos em marketing. Ao longo do artigo, os autores (1) apresentam o processo de desenvolvimento de teoria a partir de estudo de caso, (2) analisam os dados da pesquisa através da análise de graus de liberdade e (3) analisam o modelo gerado à luz de trabalhos já conceituados na área de marketing de relacionamento (ANDERSON e NARUS, 1990; DWYER, SCHURR e OH, 1987; MOHR e SPEKMAN, 1994; MORGAN e HUNT, 1994). Neste item, serão lembrados os tópicos centrais do trabalho de Wilson e Vlosky (1997), com especial atenção ao instrumento gerado, por ser central ao desenvolvimento deste trabalho.

Os autores desenvolvem o trabalho como uma alternativa ao positivismo (o qual estuda “a realidade”) buscando uma perspectiva pós-positivista, de “aproximar-se da realidade” e conceder maior ênfase à “descoberta e desenvolvimento indutivo de teorias”. O estudo de caso insere-se neste estudo como uma forma de analisar o fenômeno de interesse através de investigações concentradas em cada caso estudado. Os dados de 10 casos foram agrupados para uma análise em conjunto.

Partindo de questões como “qual a natureza das atividades envolvidas no relacionamento-parceria entre empresas em oposição aos relacionamentos-transacionais, mais tradicionais?” Os autores desenharam o estudo, motivados por questões de cunho gerencial e por tendências do mercado. Foram selecionados, por conveniência, 10 casos da indústria de produtos de madeira dos Estados Unidos e Canadá, de acordo com a utilidade teórica que o caso traria.

2.3.5.2. O processo de coleta de dados com o instrumento de Wilson e Vlosky

Para a coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos: uma matriz de atividades representativas que poderiam estar associadas a relacionamentos de parceria, composta por questões abertas e espaços onde os entrevistadores completavam com os dados das entrevistas; e um questionário semi-estruturado, que continha, entre outras questões, 30 itens

que visavam “mensurar” o relacionamento. O resultado da coleta de dados foi um conjunto de dados qualitativos e quantitativos. O uso de 10 casos trouxe consistência à análise, uma vez que foi possível comparar os resultados entre os casos e selecionar as atividades mais relevantes do relacionamento entre empresas.

O método utilizado na análise, proposto por Campbell (1975, apud WILSON e VLOSKY, 1997) consiste em observar se existem diferenças no padrão de comportamento em relacionamentos de parceria e transacionais através da comparação do que foi previsto com o observado (utilizando-se a matriz apresentada na figura 4). Assim, esperava-se que as atividades de relacionamento do tipo parceria estivessem mais presentes em empresas que foram identificadas como possuindo este tipo de relacionamento. O contrário também deveria ser verdadeiro: esperava-se que atividades tradicionais estivessem mais presentes em empresas com relacionamento do tipo transacional.

Atividade de Relacionamento	Indicador	Fornecedor “Parceiro”	Fornecedor “Transacional”
Programas	Desenvolvimento de novos produtos ou programas de serviço?	Sim	Não
	Programas de marketing conjunto para os produtos do fabricante?	Sim	Não
	Envolvimento nas decisões de cancelamento de produto do fornecedor?	Sim	Não
Precificação	Oferece descontos?	Mais generosos do que o normal	Normal ao nível da indústria
	Há problemas com preços especiais?	Não	Sim
	Há política de reclamação?	Melhor do que a norma da indústria	Igual à norma da indústria
	Há termos de pagamento formais?	Melhor do que a norma da indústria	Igual à norma da indústria
Logística	Qual é o típico tamanho de expedição?	LTL <i>accommodated</i>	Exigem carga do caminhão completa
	Há administração de estoque <i>Just in Time</i> ?	Sim	Não
	Método de transporte.	Caminhão ou outras opções	Apenas caminhão
	FOB Mill ou FOB delivered?	FOB Mill	FOB delivered
Promoção do Fornecedor	O fornecedor aparece na literatura promocional da empresa?	Sim	Não
	Há “divisão” da lista de clientes com o fornecedor?	Sim	Não
	Há incentivos de venda por volume por parte do fornecedor?	Melhor do que a norma da indústria	Igual à norma da indústria
Propaganda	Há propaganda cooperada?	Sim	Não
Atividades de vendas	Há treinamento conjunto da força de vendas?	Sim	Pouco ou nenhum
	Há chamadas em conjunto aos clientes do distribuidor?	Sim	Não
	Há revisões de performance em conjunto da força de vendas do fornecedor?	Sim	Não

Atividade de Relacionamento	Indicador	Fornecedor “Parceiro”	Fornecedor “Transacional”
	Há revisões de performance em conjunto da força de vendas do distribuidor?	Sim	Não
Planejamento de Marketing	Há condução do planejamento de marketing em conjunto com o fornecedor?	Sim	Não
	O fornecedor exige um plano de marketing escrito (formal)?	Sim	Não
Revisão de Performance	Há revisão de performance anual com o fornecedor?	Sim	Não
Fabricação	O fornecedor configura seus fornecimentos às suas especificações?	Sim	Não
	O fornecedor usa/oferece tecnologia de código de barras (UPC)?	Sim	Não
	O fornecedor fabrica produtos de acordo com suas especificações?	Sim	Não
	O fornecedor oferece serviços especiais de embalagem?	Sim	Não
Comunicação	O distribuidor visita o fornecedor?	Sim	Não
	O fornecedor visita o distribuidor?	Sim	Não
	Procura o fornecedor em feiras ou encontros de negócios?	Sim	Não
Troca de Informações	O fornecedor tem acesso aos arquivos de computador do distribuidor?	Sim	Não
	O distribuidor tem acesso aos arquivos de computador do fornecedor?	Sim	Não
	Frequência de comunicação <i>face-to-face</i> .	Múltiplas vezes por semana	Menos de uma vez por semana
	Frequência de comunicação por telefone.	Múltiplas vezes por dia	Uma vez por dia ou menos
	Frequência de comunicação eletrônica.	Múltiplas vezes por dia	Uma vez por dia ou menos
	Qual departamento se comunica mais freqüentemente com o fornecedor?	Múltiplos departamentos	Compras
	Outros departamentos que se comunicam com o fornecedor.	Múltiplos departamentos	Alta Administração
	Uso de EDI entre o fornecedor e o distribuidor?	Sim	Não

Figura 4 – Matriz de Atividades de Relacionamento

Fonte: Wilson e Vlosky (1997), p. 62

Adicionalmente, foram analisados 30 itens referentes à (a) dependência, (b) nível de comparação de alternativas/fornecedores, (c) investimentos no relacionamento, (d) troca de informações, (e) confiança e (f) comprometimento. Essas são as dimensões que compõem a escala de Wilson e Vlosky (1997). A análise dos dados indicou que a escala possui bons índices de consistência interna. Para verificar-se a validade do estudo, os indicadores de cada constructo foram somados num único índice e comparados entre os casos de relacionamento-parceria e relacionamento-transacional. As variáveis troca de informações e comprometimento apresentaram média superior para os casos de relacionamento-parceria; em

relação à dependência, a diferença foi marginal, porém um pouco maior para os casos de relacionamento-parceria; a comparação de alternativas foi maior para o relacionamento-transacional; o investimento no relacionamento e a confiança, embora tenham sido maiores para o relacionamento-parceria em termos absolutos, não apresentaram diferença significativa.

Em resumo, os resultados indicam que nem todas as atividades da matriz foram confirmadas; algumas podem ser consideradas um “padrão” entre os casos estudados, outras não. Entretanto, as escalas desenvolvidas para os seis constructos refletem bem as atividades do relacionamento-parceria.

Por fim, os autores comparam seus resultados com a teoria existente, encontrando que os constructos desenvolvidos e testados estão coerentes com a literatura. Muitos dos constructos identificados na teoria foram sustentados pelo estudo de Wilson e Vlosky (1997). Um exemplo é o desenvolvimento de atividades de marketing (promoção, vendas, planejamento) em conjunto entre as empresas parceiras, ou o maior comprometimento entre as partes. A principal contribuição deste artigo está na apresentação de uma escala para mensuração dos construtos relativos ao Marketing de Relacionamento, o que é fundamental para a consolidação dos conhecimentos de uma determinada área.

A seguir é apresentado o instrumento desenvolvido e utilizado por Wilson e Vlosky (1997), para mensurar os relacionamentos existentes entre as empresas e fornecedores da base amostral do estudo (figura 5):

Dependência do Fornecedor
Nós nos sentimos dependentes desse fornecedor
Este fornecedor é estrategicamente importante para nossa empresa
Seria difícil para nossa empresa substituir as vendas e lucros gerados por este fornecedor
Seria difícil para este fornecedor substituir as vendas e lucros gerados pela nossa empresa
Acreditamos que temos uma parceria equilibrada com este fornecedor*
Nível de Comparação com Fornecedores Alternativos
Há muitos fornecedores alternativos para os produtos que nós compramos deste fornecedor*
O melhor substituto para este fornecedor teria o mesmo valor para nossa empresa
Comparado com outros fornecedores, nosso relacionamento com este fornecedor é melhor
Há muitos fornecedores alternativos que têm o mesmo valor para minha empresa que este fornecedor*
Investimentos no Relacionamento
Seria um rompimento para as operações de nossa empresa encerrar o relacionamento comercial com este fornecedor
O investimento que nós temos feito para implementar uma parceria com este fornecedor é significativo
Nosso custo total de mudança para um fornecedor alternativo seria muito grande
Os investimentos que nós temos feito para desenvolver um relacionamento com este fornecedor são facilmente transferíveis para outros processos ou operações em nossa empresa (Item invertido)
Os mecanismos que nós estabelecemos para este relacionamento comercial tornariam difícil encerrar o

relacionamento com este fornecedor
Troca de Informações
Minha empresa troca mais informações com este fornecedor do que com outros fornecedores
Minha empresa compartilha informações com este fornecedor que não compartilharia com outro fornecedor
Confiança
Sentimos que este fornecedor se preocupa com nossos interesses
As transações com este fornecedor não precisam ser supervisionadas detalhadamente
Nós estamos certos de que este fornecedor respeita a confidencialidade das informações repassadas por nós
Temos plena confiança na veracidade das informações que recebemos deste fornecedor
Este fornecedor retém para si (omite) importantes informações (Item invertido)
Nós aceitaríamos produtos deste fornecedor sem conferir a precisão das quantidades
Este fornecedor tem merecido nossa confiança
Comprometimento
Esperamos que o relacionamento com este fornecedor continue por um longo tempo
Esperamos que o relacionamento com este fornecedor se fortifique ao longo do tempo
Esperamos aumentar as compras junto a este fornecedor no futuro
Estamos dispostos a alocar um considerável esforço e investimento no fortalecimento do relacionamento comercial com este fornecedor
Temos nos empenhado muito no relacionamento com este fornecedor
Estamos comprometidos com este fornecedor
O relacionamento comercial com este fornecedor poderia ser descrito como sendo uma parceria
* Itens removidos na escala final analisada

Figura 5 - Escala para Mensuração do Marketing de Relacionamento

Fonte: Wilson e Vlosky (1997), p.70

O instrumento desenvolvido por Wilson e Vlosky (1997) foi testado no Brasil por Viana, Cunha Jr. e Slongo (2000) e replicado no estudo de Müssnich (2002). A validação e replicação do instrumento soma-se a outros estudos similares desenvolvidos em outros mercados, permitindo a consolidação ou revisão dos instrumentos e, conseqüentemente, uma convergência dos métodos de estudo, ampliando as possibilidades de comparação de resultados. Os trabalhos realizados no Brasil que utilizaram este instrumento, confirmam quase que integralmente o instrumento proposto, assegurando um instrumento básico, consistente e válido para o propósito de mensuração dos construtos do Marketing de Relacionamento.

2.4. MODELO DE PESQUISA

Esta seção apresenta o modelo de pesquisa, fundamentado nos conceitos estudados nas seções anteriores. A Figura 6, abaixo, representa uma forma de visualizar conceitualmente este modelo.

O modelo apresenta três dimensões de pesquisa: o marketing de relacionamento, o ambiente hospitalar e a escala de Wilson e Vlosky (1997). A primeira dimensão fundamenta-se nos conceitos e princípios da Administração Mercadológica, onde foram observados as macro-funções que permeiam o relacionamento entre uma organização e seu cliente. A segunda dimensão aborda os dois pontos principais do ambiente hospitalar necessários para a realização desta pesquisa, a organização hospitalar e o profissional médico. E a terceira apresenta a escala de Wilson e Vlosky (1997), a qual foi adaptada para a realidade da relação médico-hospital.

A partir destas três dimensões foi formulado o questionário, que contou com seis grupos de variáveis para mensurar relacionamento, quais sejam: dependência do hospital, nível de comparação com hospitais alternativos, investimento no relacionamento, troca de informações, confiança e comprometimento. Além disso, foram inseridas questões para caracterização da amostra.

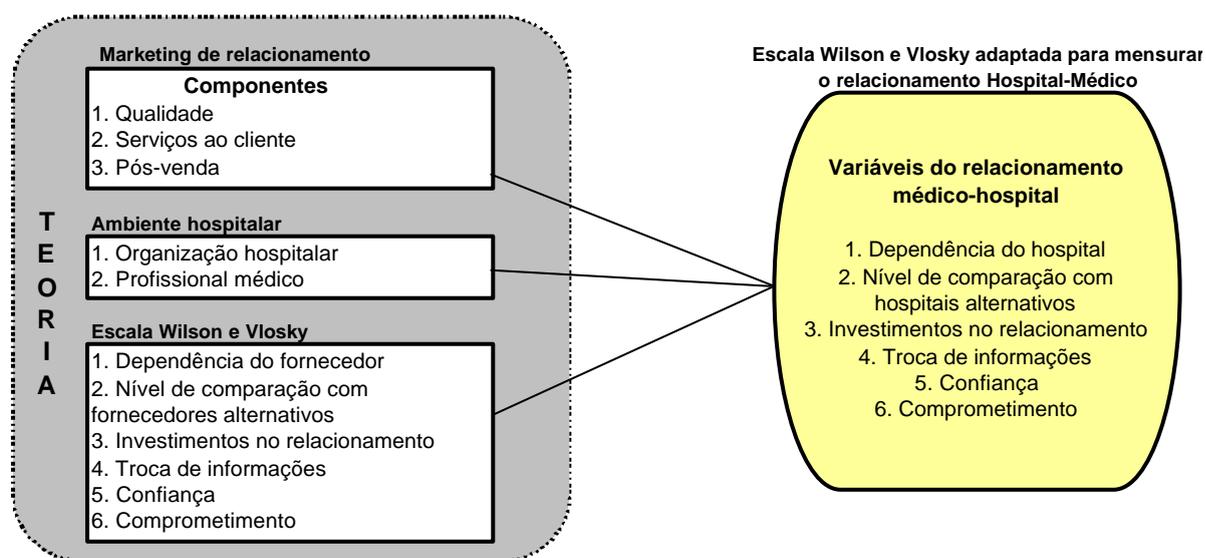


Figura 6 - Modelo de pesquisa

Fonte: Elaborada pelo autor

Com a observação destas grandes funções de marketing de relacionamento, qualidade, serviços, e pós-venda, assim como de seus elementos específicos, aliadas com o levantamento das informações e necessidades específicas dos clientes, obtidas através do questionário a ser

distribuído entre os médicos, os resultados da pesquisa serão discutidos visando sugerir ações específicas de marketing de relacionamento para o Hospital Santa Catarina e organizações hospitalares similares.

3. MÉTODO E PROCEDIMENTOS

Este capítulo apresenta a metodologia e os procedimentos empregados na realização da pesquisa. Porém antes mesmo de abordar o método utilizado e devido as diferentes classificações adotadas por diversos autores da área, discorre-se brevemente sobre alguns tipos de pesquisa mais encontrados em ciências sociais.

Para Mattar (1996, p.76), a aparente confusão existente entre as diversas classificações acontece porque o tipo de pesquisa é um conceito complexo que não pode ser descrito de uma única forma. O autor classifica as pesquisas quanto:

- à natureza das variáveis pesquisadas: pesquisas qualitativas e pesquisas quantitativas;
- à natureza do relacionamento entre as variáveis estudadas: pesquisas descritivas e pesquisas causais;
- ao objetivo e ao grau em que o problema de pesquisa está cristalizado: pesquisa exploratória e pesquisa conclusiva;
- à forma utilizada para a coleta de dados primários: pesquisa por comunicação e pesquisa por observação;
- ao escopo da pesquisa em termos de amplitude e profundidade: estudo de casos, estudos de campo e levantamentos amostrais;
- à dimensão da pesquisa no tempo: pesquisas ocasionais e pesquisas evolutivas;
- à possibilidade de controle sobre as variáveis em estudo: pesquisas experimentais de laboratório, pesquisas experimentais de campo e pesquisa *expost facto*; e
- ao ambiente da pesquisa: pesquisa de campo, pesquisa de laboratório e pesquisa por simulação.

Segundo Boyd et al. (1989) o estudo descritivo pode ser classificado em dois tipos distintos: o método de caso e o método estatístico. O primeiro estuda de maneira intensiva um

número relativamente pequeno de casos, sendo desta forma mais apropriado para amostras pequenas; já o segundo relaciona poucos fatores estudados a um grande número de casos. Outra diferença importante entre os dois métodos é o fato de que no estudo estatístico dois pesquisadores por exemplo, que estão lidando com o mesmo tipo de informação, tendem a chegar aos mesmos resultados, enquanto que no estudo de caso a análise é em grande parte, baseada na intuição e no julgamento subjetivo dos pesquisadores, o que dificulta a convergência das análises.

No entendimento de Mattar (1996), a maioria das pesquisas de marketing realizadas são de caráter conclusivo-descritivas, ou simplesmente chamadas de pesquisa descritiva. Pesquisas descritivas são utilizadas para descrever características de grupos, por exemplo, obter um perfil de consumidores, através de sua distribuição por faixa etária, sexo, nível educacional, etc. As pesquisas conclusivas são caracterizadas por possuírem objetivos bem definidos, procedimentos formais, serem bem estruturadas e dirimidas para a solução de problemas ou avaliação de alternativas de ação a serem implementadas.

Wilson e Vlosky (1997) inovaram em despeito ao método ao desenvolver uma série de itens para mensurar relacionamento utilizando-se, para tanto, de um método qualitativo de estudo de casos. Os autores utilizaram um método de contagem das respostas para selecionar os itens mais representativos do relacionamento. Já Viana, Cunha Jr e Slongo (2000) e Müssnich (2002) aplicaram o instrumento de Wilson e Vlosky a suas respectivas amostras e realizaram tratamentos e análises estatísticas visando a sua validação. No presente estudo, o instrumento será aplicado a uma amostra de médicos do hospital e receberá os tratamentos estatísticos cabíveis para se atingir os objetivos da pesquisa.

A partir destes entendimentos, o presente estudo é classificado como sendo uma pesquisa descritiva que, pela natureza das variáveis pesquisadas, é também uma pesquisa de caráter quantitativo, conforme Mattar (1996).

3.1. DESENHO DA PESQUISA

O desenho de pesquisa apresenta os passos e a seqüências lógicas que devem ser realizados do início ao fim da pesquisa, os métodos utilizados, as unidades de análise, os critérios de interpretação e o tipo de estudo longitudinal ou de corte transversal (YIN, 1994).

Conforme mostra a figura 7, a pesquisa realizada foi dividida em duas etapas. A primeira, de caráter conceitual, serviu como base de conhecimento para a adaptação da escala de Wilson e Vlosky (1997) no ambiente hospitalar a fim de verificar o grau de relacionamento entre médicos e hospital. A segunda etapa foi prática. Nela houve a adaptação da escala mencionada, a geração do instrumento de pesquisa, a aplicação dos questionários, análise dos resultados e por último as conclusões e implicações da pesquisa.

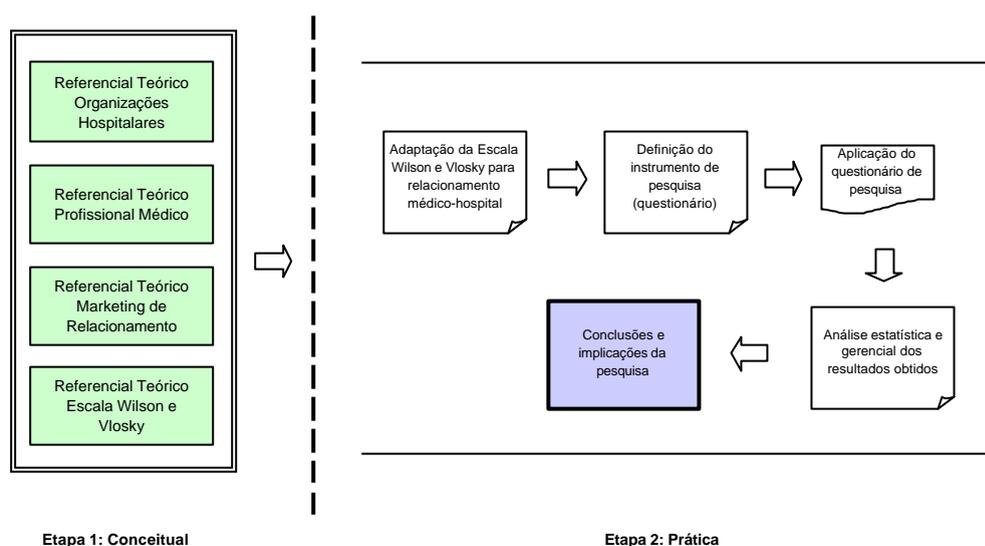


Figura 7 - Desenho da pesquisa

Fonte: Elaborada pelo autor

3.2. ETAPAS DA PESQUISA

Cada uma das etapas foi desenvolvida de forma individual e na ordem apontada no desenho da pesquisa (figura 7).

A descrição de cada uma das etapas é apresentada abaixo e tem por objetivo explicitar a metodologia empregada no estudo.

3.2.1. Etapa 1 - conceitual: referencial teórico

Esta etapa é composta principalmente pela revisão de literatura e foi de fundamental importância para a montagem do questionário de pesquisa. Neste momento foram levantados os principais conceitos sobre as Organizações Hospitalares, sua origem, complexidade e principais características. Além disto, abordou-se também o Profissional Médico, sua formação e relações com pacientes e hospital. O tema Marketing de Relacionamento, por ser um dos focos centrais, também foi conceitualmente tratado. Por fim, a Escala de Wilson e Vlosky (1997), que serviu de base para o questionário, foi apresentada e comentada em suas faces mais significativas.

3.2.2. Etapa 2 - prática: aplicação do questionário de pesquisa e conclusões

A etapa 2 é constituída de cinco momentos. No primeiro momento, houve a adaptação da escala de Wilson e Vlosky (1997) para a realidade do ambiente hospitalar, focando o relacionamento entre médico e hospital. Esta adaptação, feita a partir da experiência do autor e de entrevistas com dois diretores médicos do próprio Hospital Santa Catarina, foi o passo necessário para a confecção do questionário de pesquisa, o segundo momento desta etapa. O terceiro momento constitui-se como sendo o da aplicação do questionário de pesquisa junto à amostra escolhida, o processo de aplicação do questionário é apresentado mais adiante. Como quarto momento da etapa 2, foram feitas as análises estatísticas e gerenciais dos resultados obtidos. Por fim, no quinto momento, são feitas as considerações mais relevantes e que geram as conclusões e implicações da pesquisa.

3.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Este trabalho é resultado das respostas recebidas de 97 médicos credenciados ao Corpo Clínico do Hospital Santa Catarina, ao questionário principal deste estudo, enviado por *e-mail* e respondido pela Internet. A amostra foi selecionada por conveniência, a partir das respostas dos médicos a uma mensagem enviada solicitando a participação na pesquisa.

O HSC possui em seu cadastro 3.600 médicos credenciados no Corpo Clínico, entretanto, no período de janeiro de 2001 até dezembro de 2002, somente 572 médicos atuaram no hospital, internando um total de 26.202 pacientes.

Neste mesmo período, 257 médicos foram responsáveis por aproximadamente 80% das internações realizadas no hospital. Isto significa que este grupo de 257 profissionais é o principal responsável por manter e fazer girar a maior estrutura operacional do hospital, a área de internações de pacientes.

Estas informações de volume de internações foram coletadas no período de janeiro de 2001 até dezembro de 2002 e foram possíveis graças ao bom nível do sistema de informações instalado e mantido pela equipe de informática do HSC a mais de 12 anos.

A característica encontrada no HSC não é algo isolado. Muitos hospitais com perfil semelhante também giram sua estrutura em torno de um número de médicos aproximado dos 10% de seu cadastro total. Além de ser uma característica contemporânea deste segmento do mercado hospitalar brasileiro, Silva (2003), entende que no futuro “*os médicos deverão se organizar em torno dos hospitais e suas estruturas de serviços*”.

Este entendimento de Silva (2003) é fruto da visão de um novo relacionamento que médicos e hospitais deverão estabelecer no futuro e que é objeto de comentários mais adiante neste trabalho.

A partir destas premissas, não foi interesse obter o grau de relacionamento do grupo de médicos que contribuem com somente 20% do volume de internações. Não só pela menor relevância no contexto, como também pelo tamanho da amostra, que dificultaria a obtenção das informações para a realização da pesquisa.

Tomada a decisão de investigar somente os 257 médicos, buscou-se os endereços eletrônicos de cada um deles, uma vez que, como já citado anteriormente, a pesquisa foi em sua totalidade realizada através do correio eletrônico com a ajuda da Internet.

Depois de duas semanas de cadastro dos *e-mail's*, foi enviada a primeira correspondência para os 257 endereços. Cabe salientar aqui, que o *e-mail* enviado foi, com a autorização da Direção Executiva do hospital, assinado pelo pesquisador, que à época desempenhava a função de Diretor de Planejamento e Controle. Isto chancelou a pesquisa e fez ver ao médico a importância que a mesma possuía para o HSC, auxiliando sobre maneira na obtenção de um número razoável de respostas, como se verifica a seguir.

Passadas 24 horas do primeiro envio, foram recebidos 69 retornos que indicaram inexistência ou falha no endereço. Após ajustes e correções, 14 deles foram corrigidos, o que gerou 202 endereços eletrônicos válidos, isto é, aproximadamente 80% da população inicial que a pesquisa pretendia abranger. As ações foram focadas para receber o máximo de respostas dos questionários. Passados 20 dias, uma nova mensagem foi enviada reforçando o convite a responder o que fora solicitado.

Por último, após 40 dias, a terceira e última mensagem foi enviada, desta vez informando que seria a derradeira solicitação, determinando um prazo de envio das respostas e mais uma vez enfatizando a importância do assunto para o Hospital Santa Catarina.

Decorridos 60 dias desde a primeira correspondência, a coleta de dados foi finalizada, contabilizando 97 respostas, representando, 37,7% da população inicial, que foi de 257 médicos e 48% da população com *e-mail's* válidos, que foi de 202 médicos.

3.3.1. Perfil dos médicos pesquisados

A figura 8 apresenta o perfil de especialidades dos médicos objeto da amostra utilizada para a realização do trabalho. Este perfil contribui para identificar o número de médicos de cada especialidade e por consequência a característica também do perfil de pacientes que o hospital atende.

Especialidade	Quantidade
Alergologia	1
Andrologia	1
Anestesiologia	1
Angiologia Cirúrgica	3
Cardiologia	4
Cirurgia do Aparelho Digestivo	8
Cirurgia de Cabeça	9
Cirurgia Cardíaca	1
Cirurgia de Mão	1
Cirurgia Gastroenterológica	2
Cirurgia Geral	3
Cirurgia Oncológica	1
Cirurgia Pediátrica	5
Cirurgia Plástica	4
Cirurgia Torácica	2
Cirurgia Vascular	8
Cirurgia Vídeo-laparoscópica	18

Especialidade	Quantidade
Clínica Médica	2
Endoscopia Digestiva	1
Gastroenterologia	2
Geriatria	1
Ginecologia e Obstetrícia	95
Hematologia	2
Infectologia	1
Medicina Intensiva	1
Neurocirurgia	4
Neurologia	6
Oftalmologia	2
Oncologia	4
Ortopedia e Traumatologia	30
Otorrinolaringologia	2
Pediatria	18
Pneumologia	3
Proctologia	1
Radiologia Clínica	2
Urologia	8
Total	257

Figura 8 - Especialidades pesquisadas

Pode-se observar na figura 8, que a grande maioria dos médicos que mais internam pacientes no hospital são da especialidade de Ginecologia e Obstetrícia. Esta característica comprova a tradição que o HSC possui de ser uma maternidade reconhecida pela população. Esta afirmação, apesar de não ser cientificamente comprovada, é fruto do relato da grande maioria das pessoas com as quais o autor obteve contato e teve a oportunidade de argüir sobre como ela identificava o hospital.

Confirmando esta prerrogativa, observa-se que quatro dos vinte médicos que mais internam no hospital são desta especialidade e juntos foram responsáveis por 968 internações no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2002.

A segunda especialidade com maior quantidade de médicos na amostra pesquisada é a Ortopedia e Traumatologia. São trinta médicos e, destes, dois fazem parte do grupo dos vinte que mais internaram no HSC no período supracitado. Somente eles produziram juntos, 682 internações de pacientes.

Na terceira posição de especialidade mais volumosa, estão empatadas, a Cirurgia Vídeio-Laparoscópica e a Pediatria, ambas com 18 médicos em cada grupo. A Vídeio-Laparoscopia possui somente um médico postulando entre os vinte que mais internam e seu

volume nos dois anos levantados foi de 174 internações. Já a Pediatria, possui dois médicos entre os vinte mais, que juntos internaram 981 pacientes no mesmo período.

Os demais grupos de médicos das outras especialidades completam esta distribuição que totaliza 36 especialidades médicas e que torna o Hospital Santa Catarina um hospital geral, ou seja, um hospital que não se dedica a atender uma ou outra especialidade da medicina em detrimento da maioria das outras. Somente como argumentação, encontrou-se no *site* da Associação Médica Brasileira, 55 especialidades médicas registradas o que justifica o entendimento a respeito de hospital geral apresentado neste parágrafo.

Analisando o perfil dos médicos que mais internam no hospital, pode-se admitir que o HSC neste momento é um hospital fortemente identificado com a área Materno-Infantil, ou seja, com as especialidades de Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria. Identifica-se também com a área cirúrgica, principalmente com as cirurgias que se utilizam de métodos minimamente invasivos, que é como são conhecidas as cirurgias vídeo-laparoscópicas.

3.4. ADAPTAÇÃO DA ESCALA

3.4.1. Instrumento de coleta de dados

O processo de confecção e validação do questionário de pesquisa seguiu os seguintes procedimentos:

- a) Formulação das perguntas, utilizando-se por base a escala de Wilson e Vlosky (1997), com o apoio de dois médicos diretores do HSC;
- b) Escolha do tipo de escala do questionário. Para mensuração das variáveis observáveis, foi utilizada uma escala de concordância do tipo Likert de seis postos. Embora o mais comum seja a utilização de escalas de cinco ou sete postos, optou-se por uma escala de seis postos por dois motivos: primeiro para facilitar a resposta do(a) médico(a), já que ele(a) poderia posicionar-se entre “concordo” ou “discordo” da afirmação apresentada no instrumento de coleta de dados; segundo, porque era do interesse do pesquisador que as respostas pudessem ser analisadas sob esta perspectiva dicotômica, permitindo

estabelecer um ponto de corte entre concordância e discordância para cada variável.

- c) Validação do questionário junto a pesquisadores. Foram três acadêmicos, sendo um professor da Escola de Administração da UFRGS, que fizeram a análise de compreensão e entendimento das questões e sugeriram mudanças na formulação das perguntas;
- d) Validação do questionário junto a médicos. Foram três médicos que, após a validação dos pesquisadores, também fizeram análise de compreensão e entendimento e sugeriram mudanças na formulação das perguntas;
- e) Formulação do instrumento final, questionário de pesquisa, que após os passos citados, foi concluído e aplicado junto aos médicos.

Por uma opção do pesquisador, não foi realizado o teste do instrumento de pesquisa. Ao final, chegou-se ao instrumento de pesquisa apresentado na figura 9:

Dependência do Hospital
Sinto-me dependente do HSC.
O HSC é estrategicamente importante para mim.
Seria difícil para eu substituir os atendimentos e os meus rendimentos gerados pelos pacientes que atendo no HSC.
Seria difícil para o HSC substituir os atendimentos e os rendimentos gerados por mim.
Acredito que tenho uma parceria com o HSC, onde as duas partes ganham.
Nível de Comparação com Hospitais Alternativos
A melhor alternativa para atender meus pacientes em outro hospital teria a mesma importância que o HSC tem pra mim.
Relaciono-me melhor com o HSC do que com outros em que atuo.
Há muitos hospitais alternativos que têm a mesma importância para mim que o HSC.
Investimentos no Relacionamento
Causaria impacto negativo nas minhas atividades encerrar meu relacionamento com o HSC.
O esforço que eu tenho feito para implementar uma parceria com o HSC é grande.
Meu esforço para direcionar os atendimentos que faço no HSC para outro seria muito grande.
Troca de Informações
Eu troco mais informações com o HSC do que com outros hospitais.
Eu compartilho informações com o HSC que não compartilharia com outro hospital.
Confiança
Sinto que o HSC se preocupa com meus interesses.
As transações com o HSC não precisam ser supervisionadas detalhadamente.
Estou certo de que o HSC respeita a confidencialidade das informações que repasso.
Tenho plena confiança na veracidade das informações que recebo do HSC.
Todas as informações importantes que preciso são disponibilizadas pelo HSC.
O HSC tem merecido minha confiança.
Comprometimento
Espero que o relacionamento com o HSC continue por um longo tempo.
Espero que o relacionamento com o HSC se fortifique ao longo do tempo.
Espero aumentar o volume de pacientes que atendo no HSC no futuro.

Comprometimento
Estou disposto a alocar um considerável esforço e investimento no fortalecimento do relacionamento de negócio com o HSC
Tenho me empenhado muito no relacionamento com o HSC.
Sinto-me envolvido e/ou comprometido com o HSC.
O relacionamento de negócio com o HSC poderia ser descrito como sendo uma parceria.

Figura 9 – Instrumento de pesquisa

O anexo 1 apresenta o arquivo eletrônico enviado aos médicos da amostra. E o anexo 2 apresenta o e-mail de confirmação da resposta recebida.

3.5. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram analisados com o auxílio do software SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) 10.0, através da aplicação das seguintes ferramentas estatísticas:

- a) Análise univariada das variáveis presentes no estudo: contagem de frequência para os dados de perfil da amostra; médias e desvios-padrão para cada uma das variáveis de todos os constructos de relacionamento;
- b) Análise de Variância, que procurou identificar variações no grau das variáveis de relacionamento entre sub-amostras, divididas em relação a sexo, idade, nível de escolaridade e número de internações no hospital. A ANOVA permitiu verificar se havia diferenças significativas entre as categorias das variáveis nominais, com base nas suas médias. Neste estudo, foram consideradas médias diferentes aquelas cuja ANOVA apresentou significância de F abaixo de 0,05.

4. RESULTADOS DA PESQUISA

Neste capítulo, são apresentados os resultados compilados e analisados estatisticamente. Primeiramente, são apresentadas as características da amostra, com dados referentes a sexo, faixa etária, nível de escolaridade e número médio de internações/atendimentos realizados no hospital por mês. Em seguida, são calculadas as estatísticas univariadas. Na próxima etapa, são verificados os resultados da análise de variância, que indicam onde há diferença de percepção em relação às variáveis de relacionamento para cada categoria das variáveis nominais.

4.1. PERFIL DA AMOSTRA

A amostra da pesquisa, composta por médicos pertencentes ao Corpo Clínico do Hospital Santa Catarina, é caracterizada aqui através das informações sobre Faixa Etária, Sexo, Nível de Escolaridade e Número médio de internações/atendimentos realizados por mês. O Hospital Santa Catarina é um hospital privado e que possui um Corpo Clínico com 3.600 médicos cadastrados.

A partir das perguntas que visavam identificar um perfil dos respondentes, foram levantadas as informações do perfil da amostra, mediante alternativas que pretendiam identificar a faixa etária, o sexo, o nível de escolaridade e o número médio de internações/atendimentos realizados no hospital por mês.

a) Faixa Etária

A questão 27, representada na tabulação de dados com a resposta R27, levantou o perfil etário dos respondentes em quatro faixas de idade, quais sejam, entre 26 e 33 anos, entre 34 e 41 anos, entre 42 e 49 anos e acima de 49 anos.

	<i>Freqüência</i>	<i>Percentual</i>	<i>Percentual Válido</i>	<i>Percentual Acumulado</i>
Entre 26 e 33	5	5,2	5,2	5,2
Entre 34 e 41	21	21,6	21,9	27,1
Entre 42 e 49	39	40,2	40,6	67,7
Acima de 49	31	32,0	32,3	100,0
<i>Missing</i>	1	1,0		
Total	97	100,0	100,0	

Tabela 1 – Faixa etária da amostra

Fonte: Coleta de Dados

De acordo com a tabela 1, a maioria dos respondentes, isto é, 72,9% das respostas válidas, estão situados nas faixas de idade acima de 42 anos. Já entre as faixas que compreendem o intervalo de 26 a 41 anos, este percentual somado é de 27,1% das respostas válidas. Apenas uma resposta foi invalidada nesta questão.

b) Sexo

A questão 28, representada na tabulação de dados com a resposta R28, levantou a característica sexo dos respondentes.

	<i>Freqüência</i>	<i>Percentual</i>	<i>Percentual Válido</i>	<i>Percentual Acumulado</i>
Feminino	16	16,5	16,5	16,5
Masculino	81	83,5	83,5	100,0
Total	97	100,0	100,0	

Tabela 2 – Sexo da amostra

Fonte: Coleta de Dados

Como mostra a tabela 2, a grande maioria da amostra, 83,5%, é do sexo masculino e somente 16,5% do sexo feminino.

c) Nível de escolaridade

A questão 29, representada na tabulação de dados com a resposta R29, levantou o nível de escolaridade através das faixas, Graduação, Especialização, Mestrado, Doutorado e Pós-doutorado.

	<i>Freqüência</i>	<i>Percentual</i>	<i>Percentual Válido</i>	<i>Percentual Acumulado</i>
Graduação	1	1,0	1,0	1,0
Especialização	45	46,4	46,4	47,4
Mestrado	19	19,6	19,6	67,0
Doutorado	22	22,7	22,7	89,7
Pós-doutorado	10	10,3	10,3	100,0
Total	97	100,0	100,0	

Tabela 3 – Nível de escolaridade da amostra

Fonte: Coleta de Dados

A distribuição da amostra nesta característica, conforme tabela 3, é um pouco mais homogênea, a não ser no que se refere ao nível de escolaridade graduação que se mostrou muito baixo, ou seja, apenas um respondente está localizado neste nível. Os demais se localizaram na especialização, com 46,4%, é o maior volume da amostra, mestrado 19,6%, doutorado 22,7% e pós-doutorado 10,3%. Estas informações demonstram o elevado índice de escolaridade da amostra que qualificam os resultados da pesquisa conforme seus fins.

d) Número médio de internações/atendimentos realizados no hospital por mês

A questão 30, representada na tabulação de dados com a resposta R30, levantou o número médio de internações/atendimentos realizados no hospital por mês, através das faixas, entre 0 e 2, entre 3 e 5, entre 11 e 15 e mais de 15 internações/atendimentos.

	<i>Freqüência</i>	<i>Percentual</i>	<i>Percentual Válido</i>	<i>Percentual Acumulado</i>
Entre 0 e 2	10	10,3	10,3	10,3
Entre 3 e 5	34	35,1	35,1	45,4
Entre 6 e 10	25	25,8	25,8	71,1
Entre 11 e 15	13	13,4	13,4	84,5
Mais de 15	15	15,5	15,5	100,0
Total	97	100,0	100,0	10,3

Tabela 4 – Número médio de internações/atendimentos realizados no hospital por mês

Fonte: Coleta de Dados

A tabela 4 indica que esta característica de número de internações/atendimentos, realizados por mês, é também um pouco mais homogênea. A maior incidência verificada foi na faixa de 3 a 5 internações/atendimentos, com 35,1%, e a segunda maior incidência foi na faixa de 6 a 10 internações/atendimentos, com 25,8%.

O perfil da amostra pesquisada indica um grupo de médicos que em sua maioria são do sexo masculino, a maior parte possui mais de 42 anos, mais de 50% tem mestrado, doutorado ou pós-doutorado e internam/atendem, em sua maioria, entre 3 e 10 pacientes por mês.

4.2. ANÁLISES DESCRITIVAS

A análise descritiva apresenta os resultados dos questionários e as respectivas análises de confiabilidade das escalas, média, desvio padrão e significância de cada um dos seis grupos de perguntas do questionário, aqui identificados como constructos do relacionamento, quais sejam: dependência do hospital, nível de comparação com hospitais alternativos, investimentos no relacionamento, troca de informações, confiança e comprometimento.

Estas informações são apresentadas para cada questão do instrumento utilizado na coleta de dados, além de uma última variável de cada uma dessas tabelas de Estatísticas Descritivas que é a escala somada (*summated scales*) do constructo, isto é, é um índice de concordância formado a partir do cômputo da média de todas as variáveis componentes do constructo (HAIR, JR. et al., 1998).

Não foi encontrado trabalho semelhante a este ou hospital que utilize algum tipo de análise como esta, onde fosse possível buscar indicadores de referência. Desta forma, a análise realizada foi a comparação do índice de concordância calculado com a média padrão possível.

Para chegar ao índice de concordância calculado, foi preciso valorar cada uma das sete alternativas de respostas, onde discordo muito foi valorado com 1 e discordo pouco com 3. Já na coluna de concordância, concordo pouco foi valorado com 4 e concordo muito com 6. A coluna SCO-Sem Condições de Opinar, foi valorada com 999 justamente para não influenciar no índice calculado.

Assim, a média possível de ser apurada foi 3,5 e todos os índices de concordância que ficaram abaixo deste parâmetro podem ser considerados mais como discordância do respondente ao que foi questionado, e os acima deste valor, podem ser considerados mais como concordância.

4.2.1. Constructo – Dependência do Hospital

O constructo Dependência do Hospital, que na pesquisa de Wilson e Vlosky (1997) foi definido com sendo Dependência do Fornecedor, é composto nesta pesquisa pelas questões que vão de 1 a 5 e suas respostas são representadas pelas variáveis R1: Sinto-me dependente do HSC; R2: O HSC é estrategicamente importante para mim; R3: Seria difícil para eu substituir os atendimentos e os meus rendimentos gerados pelos pacientes que atendo no HSC; R4: Seria difícil para o HSC substituir os atendimentos e os rendimentos gerados por mim e R5: Acredito que tenho uma parceria com o HSC, onde as duas partes ganham.

	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>
R1	94	3,23	1,89
R2	97	1,59	,69
R3	93	2,91	1,81
R4	88	2,85	1,71
R5R	95	2,36	1,60
DEPEND	97	2,79	,98
Casos Válidos	86		

Tabela 5 – Dependência do hospital

Fonte: Coleta de Dados

Neste constructo, a variável R1 obteve índice de concordância 3,23, enquanto que a R2 obteve 1,59, a R3, 2,91, a R4, 2,85 e a variável R5 obteve o resultado de 2,36.

O índice obtido no constructo Dependência do Hospital, tabela 5, foi de 2,79, ou seja, houve discordância, o que significa, que os médicos não dependem do HSC para exercerem sua profissão ou para se manterem.

Chama a atenção o fato da resposta R2, ter ficado com um índice muito baixo, 1,59, indicando que o HSC não é estrategicamente importante para o médico.

4.2.2. Constructo – Nível de Comparação com Hospitais Alternativos

Este constructo, que para Wilson e Vlosky (1997), foi utilizado como sendo Nível de Comparação com Fornecedores Alternativos, é composto nesta pesquisa pelas questões 6, 7 e 8 e suas respostas são representadas pelas variáveis R6: A melhor alternativa para atender meus pacientes em outro hospital teria a mesma importância que o HSC tem pra mim; R7: Relaciono-me melhor com o HSC do que com outros em que atuo e R8: Há muitos hospitais alternativos que têm a mesma importância para mim que o HSC.

	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>
R6	83	3,23	1,46
R7	94	4,41	1,58
R8R	94	3,95	1,47
COMPAR	96	4,08	1,05
Casos Válidos	82		

Tabela 6 – Nível de comparação com hospitais alternativos

Fonte: Coleta de Dados

Os resultados deste constructo apresentaram a variável R6 índice de concordância de 3,23, a variável R7 com 4,41 e a R8 com 3,95.

O constructo Nível de Comparação com Hospitais Alternativos, apresentou um índice de concordância de 4,08, como mostra a tabela 6. Isto quer dizer que, na comparação com outros hospitais alternativos, o relacionamento e a importância do HSC para os médicos, são considerados maiores.

4.2.3. Constructo – Investimentos no Relacionamento

Compõem este constructo, que para Wilson e Vlosky (1997), teve a mesma abordagem, ou seja, Investimentos no Relacionamento, as questões 9, 10 e 11 e suas respostas são representadas pelas variáveis R9: Causaria impacto negativo nas minhas atividades encerrar meu relacionamento com o HSC; R10: O esforço que eu tenho feito para implementar uma parceria com o HSC é grande e R11: Me esforço para direcionar os atendimentos que faço no HSC para outro seria muito grande.

	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>
R9	96	4,41	1,74
R10	94	5,06	1,35
R11	88	3,24	1,77
INVEST	97	4,46	1,31
Casos Válidos	85		

Tabela 7 – Investimentos no relacionamento

Fonte: Coleta de Dados

Este constructo teve de resultados em suas variáveis os índices de concordância de 4,41 para a variável R9, 5,06 para a R10 e 3,24 para a R11.

Também no constructo Investimentos no Relacionamento, o índice de concordância foi maior que a média possível, ficando em 4,46, de acordo com a tabela 7. Indicando que os médicos se esforçam para implantar uma parceria com o HSC e que causaria impacto negativos para eles transferir os pacientes para outros hospitais.

4.2.4. Constructo – Troca de Informações

O constructo Troca de Informações, utilizado com o mesmo significado por Wilson e Vlosky (1997), é composto neste estudo pelas questões 12 e 13 e suas respostas são representadas pelas variáveis R12: Eu troco mais informações com o HSC do que com outros hospitais e R13: Eu compartilho informações com o HSC que não compartilharia com outro hospital.

	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>
R12	95	3,78	1,79
R13	93	3,67	1,85
TROCA	97	3,71	1,72
Casos Válidos	91		

Tabela 8 – Troca de informações

Fonte: Coleta de Dados

Composto de apenas duas variáveis, este constructo obteve para a variável R12, 3,78 e para a R13, 3,67 como índice de concordância.

Com relação à Troca de Informações, as respostas dos médicos, indicadas na tabela 8, geraram um índice de concordância de 3,71. Mesmo que pouco acima da média possível, 3,5, isto indica que eles compartilham ou trocam informações com o HSC mais do que com outros hospitais.

4.2.5. Constructo – Confiança

Este constructo, que na pesquisa de Wilson e Vlosky (1997) também foi identificado como Confiança, é composto aqui pelas questões que vão de 14 a 19 e suas respostas são representadas pelas variáveis R14: Sinto que o HSC se preocupa com meus interesses; R15: As transações com o HSC não precisam ser supervisionadas detalhadamente; R16: Estou certo de que o HSC respeita a confidencialidade das informações que repasso; R17: Tenho plena confiança na veracidade das informações que recebo do HSC; R18: Todas as informações importantes que preciso são disponibilizadas pelo HSC e R19: O HSC tem merecido minha confiança.

	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>
R14	95	3,19	1,80
R15	85	4,07	1,65
R16	89	5,36	1,25
R17	92	5,15	1,42
R18	88	4,19	1,71
R19	93	5,13	1,31
CONF	97	4,45	1,22
Casos Válidos	77		

Tabela 9 – Confiança

Fonte: Coleta de Dados

O constructo Confiança apresentou para a variável R14, um índice de concordância de 3,19, para a R15, 4,07, para a R16, 5,36, para a R17, 5,15, para a R18, 4,19 e para a variável R19, 5,13.

De acordo com a tabela 9, o índice de concordância do constructo Confiança foi de 4,45. Este resultado demonstra que os médicos confiam no hospital e que as informações e/ou transações geradas pelo HSC são verídicas.

Entretanto, em que pese o índice de concordância deste constructo ser considerado alto, 4,45, a resposta R14, não apresentou a mesma performance, ficando em 3,19, ou seja, indicando uma discordância, no que se refere ao HSC se preocupar com os interesses dos médicos.

4.2.6. Constructo – Comprometimento

O constructo Comprometimento, abordado da mesma forma por Wilson e Vlosky (1997), é composto neste estudo pelas questões que vão de 20 a 26 e suas respostas são representadas pelas variáveis R20: Espero que o relacionamento com o HSC continue por longo tempo; R21: Espero que o relacionamento com o HSC se fortifique ao longo do tempo; R22: Espero aumentar o volume de pacientes que atendo no HSC no futuro; R23: Estou disposto a alocar um considerável esforço e investimento do fortalecimento do relacionamento de negócio com o HSC; R24: Tenho me empenhado muito no relacionamento com o HSC; R25: Sinto-me envolvido e/ou comprometido com o HSC e R26: O relacionamento de negócio com o HSC poderia ser descrito como sendo uma parceria.

	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>
R20	94	5,66	1,00
R21	96	5,71	,92
R22	94	5,61	1,04
R23	92	5,49	1,09
R24	95	5,28	1,23
R25	95	5,01	1,43
R26	93	4,25	1,76
COMPROM	97	5,27	1,04
Casos Válidos	87		

Tabela 10 – Comprometimento

Fonte: Coleta de Dados

O último constructo do instrumento, composto de sete variáveis, obteve 5,66 como índice de concordância para a variável R20, 5,71 para a R21, 5,61 para a R22, 5,49 para a R23, 5,28 para a R24, 5,01 para a R25 e 4,25 para a variável R26.

Este constructo Comprometimento, foi o que teve maior índice de concordância, 5,27, como visto na tabela 10. Interpreta-se desta forma, que o sentimento dos médicos é de comprometimento com HSC, tanto no que tange a intenção de continuidade e fortalecimento do relacionamento, quanto no que diz respeito a aumentar o volume de pacientes atendidos por eles no hospital.

4.3. ANÁLISE DE VARIÂNCIA - ANOVA

A análise de variância (ANOVA) tem por objetivo comparar as médias de duas amostras para identificar se existe diferença efetiva entre os grupos definidos pela variável independente (categórica) em relação à variável dependente (métrica) (Hair, Jr. et al., 1998). Caso confirme-se a hipótese de que as médias são não estatisticamente diferentes para os grupos, atribui-se as eventuais diferenças absolutas existentes apenas à variabilidade amostral (Stevenson, 2001). Neste estudo, aceita-se a existência de diferenças a uma significância de 0,05 (5%).

A análise de variância foi utilizada para destacar a existência de diferenças de percepção significativas entre as médias das variáveis de relacionamento para conjuntos distintos dentro da amostra. O objetivo da análise de variância neste estudo foi verificar se havia diferença de percepção em relação às variáveis de relacionamento para diferentes grupos de médicos. Por exemplo, se o nível ou grau da variável “comprometimento” era mais alto ou baixo de acordo com o número de internações/atendimentos no hospital por mês.

As sub-amostras dividem-se em idade, sexo, nível de escolaridade e número médio de internações/atendimentos no hospital. Naquelas variáveis cujo número de categorias era superior a três, aplicou-se o teste Post-Hoc Tukey, que testa diferenças entre todas as combinações possíveis de grupos e permite que o pesquisador identifique onde se encontra a diferença apontada pela análise de variância (Hair, Jr. et al., 1998).

Os valores omissos (*missing values*) foram tratados excluindo-se os casos análise-por-análise, no qual foram excluídos os casos que apresentavam valores omissos tanto na variável dependente (métrica) quanto na variável independente (categórica), e aqueles casos que

apresentavam valores fora dos valores definidos para amplitude da escala. Por esta razão, algumas análises não consideram os 97 casos da amostra.

Os resultados, juntamente com as diferenças significativas, são apresentados a seguir, sendo que só serão apresentados os resultados do teste Tukey para aquelas variáveis que apresentaram diferenças entre as médias.

4.3.1. Categoria Idade

Para esta categoria foram analisados os constructos dependência do hospital, nível de comparação com hospitais alternativos, investimentos no relacionamento, troca de informações, confiança e comprometimento.

4.3.1.1. Idade vs Dependência do hospital

Quando é feito o cruzamento da característica Idade da amostra com o constructo Dependência do Hospital, tabela 11, observa-se que a faixa de idade que mais se sente dependente é a primeira faixa, ou seja, pessoas entre 26 e 33 anos de idade. Entretanto, a diferença entre as médias não foi significativa.

	<i>Nº Casos</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Estatística F</i>	<i>Significância</i>
Entre 26 e 33	5	3,64	,26	1,713	,170
Entre 34 e 41	21	2,69	1,01		
Entre 42 e 49	39	2,69	,96		
Acima de 49	31	2,92	,97		
Total	96	2,81	,97		

Tabela 11 – Idade vs Dependência do hospital

Fonte: Coleta de Dados

4.3.1.2. Idade vs Nível de comparação com hospitais alternativos

A tabela 12, apresenta médias das faixas de idade muito próximas da média geral do constructo em questão, Nível de Comparação com Hospitais Alternativos, não havendo diferenças significativas entre as faixas.

	<i>Nº Casos</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Estatística F</i>	<i>Significância</i>
Entre 26 e 33	5	4,27	,60	,569	,637
Entre 34 e 41	21	3,87	,95		
Entre 42 e 49	39	4,03	1,20		
Acima de 49	30	4,24	,98		
Total	95	4,07	1,05		

Tabela 12 – Idade vs Nível de comparação com hospitais alternativos

Fonte: Coleta de Dados

4.3.1.3. Idade vs Investimentos no relacionamento

A faixa de idade entre 26 e 33 anos apresenta uma média diferenciada perante as demais e a média do constructo Investimentos no Relacionamento, como se vê na tabela 13. O índice de concordância de 5,40 é muito próximo do maior índice possível 6,00.

A faixa entre 34 e 41 anos de idade, apresentou uma pequena diferença com relação à média, ficando em 3,65, enquanto que a média foi de 4,46.

	<i>Nº Casos</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Estatística F</i>	<i>Significância</i>
Entre 26 e 33	5	5,40	1,12	8,028	,000
Entre 34 e 41	21	3,65	,88		
Entre 42 e 49	39	4,24	1,41		
Acima de 49	31	5,13	1,07		
Total	96	4,46	1,31		

Tabela 13 – Idade vs Investimentos no relacionamento

Fonte: Coleta de Dados

Conforme mostra a tabela 14, foram encontradas diferenças significativas entre três duplas de categorias da variável “faixa de idade”, quais sejam: entre 26 e 33 anos e entre 34 e 41 anos, sendo que a primeira apresentou média superior ($M=5,40$ versus $M=3,65$); entre 34 e 41 anos e acima de 49 anos, sendo que a primeira foi inferior ($M=3,65$ versus $M=5,13$); e entre 42 e 49 anos e acima de 49 anos, sendo que a segunda mostrou-se superior ($M=4,24$ e

M=5,13). Considerando que as faixas entre 26 e 33 anos e acima de 49 anos apresentaram as médias mais elevadas e não apresentaram diferença significativa entre si, mas apresentaram diferença significativa em relação às outras categorias, pode-se dizer que estas faixas apresentam médias superiores às demais categorias de faixa de idade.

<i>Categorias</i>		<i>Diferença na Média</i>	<i>Erro Padrão</i>	<i>Significância</i>
Entre 26 e 33	Entre 34 e 41	1,75	,59	,020
	Entre 42 e 49	1,16	,56	,175
	Acima de 49	,27	,57	,965
Entre 34 e 41	Entre 26 e 33	-1,75	,59	,020
	Entre 42 e 49	-,59	,32	,265
	Acima de 49	-1,48	,34	,000
Entre 42 e 49	Entre 26 e 33	-1,16	,56	,175
	Entre 34 e 41	,59	,32	,265
	Acima de 49	-,89	,29	,013
Acima de 49	Entre 26 e 33	-,27	,57	,965
	Entre 34 e 41	1,48	,34	,000
	Entre 42 e 49	,89	,29	,013

Tabela 14 – Análise entre categorias (Tukey HSD)

Fonte: Coleta de Dados

* A diferença na média é significativa ao nível de 0,05.

4.3.1.4. Idade vs Troca de informações

A tabela 15, mostra que a faixa de idade de 23 a 33 anos, é a faixa que mais concorda com o constructo Troca de Informações, possuindo um índice de concordância acima da média, ou seja, 4,70. Já a faixa entre 42 e 49 anos é a que menos concorda, apresentando o índice de 3,24.

	<i>Nº Casos</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Estatística F</i>	<i>Significância</i>
Entre 26 e 33	5	4,70	,76	1,847	,144
Entre 34 e 41	21	3,98	1,40		
Entre 42 e 49	39	3,24	1,58		
Acima de 49	31	3,89	2,05		

Tabela 15 – Idade vs Troca de informações

Fonte: Coleta de Dados

4.3.1.5. Idade vs Confiança

O constructo Confiança, apresenta característica semelhante ao constructo Nível de Comparação com Hospitais Alternativos, não havendo diferença significativa de média entre as faixas, como mostra a tabela 16.

	<i>Nº Casos</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Estatística F</i>	<i>Significância</i>
Entre 26 e 33	5	4,23	,85	,389	,761
Entre 34 e 41	21	4,24	1,18		
Entre 42 e 49	39	4,47	1,09		
Acima de 49	31	4,59	1,46		
Total	96	4,44	1,22		

Tabela 16 – Idade vs Confiança

Fonte: Coleta de Dados

4.3.1.6. Idade vs Comprometimento

Também aqui, como ocorre no constructo anterior, Confiança, observa-se uma diferença muito pequena nas médias do índice de concordância das faixas de idade, porém não significativas. A tabela 17, permite verificar esta situação.

	<i>Nº Casos</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Estatística F</i>	<i>Significância</i>
Entre 26 e 33	5	5,83	,31	1,405	,246
Entre 34 e 41	21	5,10	1,17		
Entre 42 e 49	39	5,11	1,21		
Acima de 49	31	5,48	,70		
Total	96	5,26	1,04		

Tabela 17 – Idade vs Comprometimento

Fonte: Coleta de Dados

4.3.2. Categoria Sexo

Na categoria Sexo, foram analisados os constructos dependência do hospital, nível de comparação com hospitais alternativos, investimentos no relacionamento, troca de informações, confiança e comprometimento.

4.3.2.1. Sexo vs Dependência do hospital

O constructo Dependência do Hospital, quando estudado por Sexo do respondente, apresenta pequena diferença de concordância entre homens, 2,74 e mulheres, 3,08. Como mostra a tabela 18, a média da variável foi de 2,79, ou seja, há discordância dos médicos quanto a depender do hospital.

	<i>Nº Casos</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Estatística F</i>	<i>Significância</i>
Feminino	16	3,08	,92	1,609	,208
Masculino	81	2,74	,99		
Total	97	2,79	,98		

Tabela 18 – Sexo vs Dependência do hospital

Fonte: Coleta de Dados

4.3.2.2. Sexo vs Nível de comparação com hospitais alternativos

A diferença apresentada na tabela 19 é praticamente nula, quando se avalia o Nível de Comparação com Hospitais Alternativos por sexo.

	<i>Nº Casos</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Estatística F</i>	<i>Significância</i>
Feminino	15	4,11	,71	,019	,890
Masculino	81	4,07	1,10		
Total	96	4,08	1,05		

Tabela 19 – Sexo vs Nível de comparação com hospitais alternativos

Fonte: Coleta de Dados

4.3.2.3. Sexo vs Investimentos no relacionamento

A tabela 20 mostra que as mulheres concordam mais que os homens quando se refere ao constructo Investimentos no Relacionamento. Enquanto os homens indicaram um índice de concordância de 4,41, as mulheres indicaram 4,73. Porém, esta diferença não é significativa.

	<i>N° Casos</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Estatística F</i>	<i>Significância</i>
Feminino	16	4,73	1,24	,810	,370
Masculino	81	4,41	1,32		
Total	97	4,46	1,31		

Tabela 20 – Sexo vs Investimentos no relacionamento

Fonte: Coleta de Dados

4.3.2.4. Sexo vs Troca de informações

Já no constructo Troca de Informações, tabela 21, as mulheres demonstraram concordar menos que os homens, ou seja, 3,44 contra 3,77 respectivamente. Porém, esta diferença não é significante.

	<i>N° Casos</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Estatística F</i>	<i>Significância</i>
Feminino	16	3,44	1,67	,484	,488
Masculino	81	3,77	1,73		
Total	97	3,71	1,72		

Tabela 21 – Sexo vs Troca de informações

Fonte: Coleta de Dados

4.3.2.5. Sexo vs Confiança

Neste constructo, Confiança, os homens demonstraram concordar menos que as mulheres. Como mostra a tabela 22, o sexo masculino indicou 4,43 de índice de concordância enquanto que o feminino foi de 4,57. Entretanto, a diferença não é significativa.

	<i>N° Casos</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Estatística F</i>	<i>Significância</i>
Feminino	16	4,57	1,12	,176	,676
Masculino	81	4,43	1,24		
Total	97	4,45	1,22		

Tabela 22 – Sexo vs Confiança

Fonte: Coleta de Dados

4.3.2.6. Sexo vs Comprometimento

O filtro Sexo não demonstrou existir diferença acentuada no constructo Comprometimento. Ambos, homens e mulheres, concordaram quando questionados sobre se estão comprometidos com o HSC, como apresentado na tabela 23.

	<i>Nº Casos</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Estatística F</i>	<i>Significância</i>
Feminino	16	5,34	1,25	,075	,785
Masculino	81	5,26	1,00		
Total	97	5,27	1,04		

Tabela 23 – Sexo vs Comprometimento

Fonte: Coleta de Dados

4.3.3. Categoria Escolaridade

Para a categoria Escolaridade, foram analisados os constructos dependência do hospital, nível de comparação com hospitais alternativos, investimentos no relacionamento, troca de informações, confiança e comprometimento.

4.3.3.1. Escolaridade vs Dependência do hospital

Se estratificado o índice de concordância utilizando-se a característica Escolaridade, observa-se um que os médicos com Mestrado são aqueles que mais concordam com o constructo Dependência do Hospital, ou seja, 3,03 de índice de concordância. Entretanto, esta concordância ainda assim, fica abaixo da média possível, 3,50, da mesma forma que a média geral da variável, 2,79, como visto na tabela 24. Apesar disso, a ANOVA indicou que as diferenças não são significantes.

	<i>Nº Casos</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Estatística F</i>	<i>Significância</i>
Graduação	1	1,80	,	,661	,620
Especialização	45	2,76	,97		
Mestrado	19	3,03	,85		
Doutorado	22	2,79	1,10		
Pós-doutorado	10	2,58	1,04		
Total	97	2,79	,98		

Tabela 24 – Escolaridade vs Dependência do hospital

Fonte: Coleta de Dados

4.3.3.2. Escolaridade vs Nível de comparação com hospitais alternativos

No constructo Nível de Comparação com Hospitais Alternativos, quando confrontada com o Escolaridade, tabela 25, vê-se que os médicos com Pós-doutorado, que apresentaram índice de concordância de 4,45, são os que mais concordam com a importância do HSC para si. Porém, esta diferença não é significativa.

	<i>Nº Casos</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Estatística F</i>	<i>Significância</i>
Graduação	1	4,00	,	,418	,795
Especialização	45	4,00	,86		
Mestrado	19	4,15	1,40		
Doutorado	21	4,00	1,16		
Pós-doutorado	10	4,45	,94		
Total	96	4,08	1,05		

Tabela 25 – Escolaridade vs Nível de comparação com hospitais alternativos

Fonte: Coleta de Dados

4.3.3.3. Escolaridade vs Investimentos no relacionamento

Quanto a Investimentos no Relacionamento, o filtro por Escolaridade não apresentou índices de concordância muito distantes da média deste constructo. Apenas na Graduação, que teve somente um respondente, o índice verificado foi dispare, 3,67, conforme a tabela 26. Mesmo assim, novamente a ANOVA não indicou diferenças significativas entre as médias.

	<i>Nº Casos</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Estatística F</i>	<i>Significância</i>
Graduação	1	3,67	,	,238	,916
Especialização	45	4,56	1,11		
Mestrado	19	4,30	1,30		
Doutorado	22	4,41	1,47		
Pós-doutorado	10	4,50	1,90		
Total	97	4,46	1,31		

Tabela 26 – Escolaridade vs Investimentos no relacionamento

Fonte: Coleta de Dados

4.3.3.4. Escolaridade vs Troca de informações

O constructo Troca de Informações, quando apresentado por Escolaridade dos médicos, na tabela 27, se mostrou em discordância para aqueles que possuem Graduação e Doutorado. As demais escolaridades tiveram índice de concordância acima de 3,5.

	<i>Nº Casos</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Estatística F</i>	<i>Significância</i>
Graduação	1	3,00	,	1,092	,365
Especialização	45	3,94	1,73		
Mestrado	19	3,97	1,44		
Doutorado	22	3,09	1,64		
Pós-doutorado	10	3,60	2,25		
Total	97	3,71	1,72		

Tabela 27 – Escolaridade vs Troca de informações

Fonte: Coleta de Dados

4.3.3.5. Escolaridade vs Confiança

No que tange a Confiança, os médicos com Doutorado concordaram com índice de 3,92, o menor verificado entre todas as escolaridades, como mostra a tabela 28. Entretanto, as diferenças entre as médias não são significantes.

	<i>N° Casos</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Estatística F</i>	<i>Significância</i>
Graduação	1	5,00	,	1,821	,131
Especialização	45	4,60	1,15		
Mestrado	19	4,40	1,13		
Doutorado	22	3,92	1,47		
Pós-doutorado	10	4,99	,79		
Total	97	4,45	1,22		

Tabela 28 – Escolaridade vs Confiança

Fonte: Coleta de Dados

4.3.3.6. Escolaridade vs Comprometimento

Da mesma forma como ocorreu com os constructos Troca de Informações e Confiança, o constructo Comprometimento também obteve a menor concordância quando respondida pelos médicos com Doutorado. Mesmo assim, de acordo com a tabela 29, ainda ficou com um índice acima da média possível, ou seja, 4,71.

	<i>N° Casos</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Estatística F</i>	<i>Significância</i>
Graduação	1	5,43	,	2,508	,047
Especialização	45	5,54	,66		
Mestrado	19	5,29	1,17		
Doutorado	22	4,71	1,40		
Pós-doutorado	10	5,28	,96		
Total	97	5,27	1,04		

Tabela 29 – Escolaridade vs Comprometimento

Fonte: Coleta de Dados

Como a significância mostrou-se abaixo de 0,05, o teste Tuckey foi realizado. No caso desta variável, o teste post-hoc indicou onde as diferenças se encontravam. Para realizar o teste Tukey nesta situação, o caso de “graduação” foi eliminado, pois não é possível realizar este teste com menos de 2 casos em cada categoria. Sob estas condições, a estatística F foi de 3,336 e a significância foi de 0,023. A tabela 30 mostra a comparação entre as categorias.

<i>Categorias</i>		<i>Diferença na Média</i>	<i>Erro Padrão</i>	<i>Significância</i>
Especialização	Mestrado	,25	,28	,797
	Doutorado	,83	,26	,011
	Pós-doutorado	,26	,35	,883
Mestrado	Especialização	-,25	,28	,797
	Doutorado	,58	,32	,267
	Pós-doutorado	7,14E-03	,39	1,000
Doutorado	Especialização	-,83	,26	,011
	Mestrado	-,58	,32	,267
	Pós-doutorado	-,57	,38	,452
Pós-doutorado	Especialização	-,26	,35	,883
	Mestrado	-7,14E-03	,39	1,000
	Doutorado	,57	,38	,452

Tabela 30 – Análise entre categorias (Tukey HSD)

Fonte: Coleta de Dados

Conforme a tabela 30, nota-se que a diferença significativa nas médias do constructo Comprometimento ocorre entre as médias das categorias Doutorado e Especialização. Enquanto os entrevistados com Doutorado apresentaram a menor média da amostra ($M=4,71$), que podem ser vistas na tabela 29, os respondentes com Especialização apresentaram a média mais elevada na variável comprometimento ($M=5,54$).

4.3.4. Categoria Internações/atendimentos realizados por mês

Na categoria Internações/atendimentos realizados por mês, foram analisados os constructos dependência do hospital, nível de comparação com hospitais alternativos, investimentos no relacionamento, troca de informações, confiança e comprometimento.

4.3.4.1. Internações/atendimentos vs Dependência do hospital

Para aqueles que internam/atendem mais de 15 pacientes por mês, o índice de concordância no constructo Dependência do Hospital, tabela 31, foi o maior verificado, 3,19, embora ainda tenha ficado abaixo de 3,50.

	<i>Nº Casos</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Estatística F</i>	<i>Significância</i>
Entre 0 e 2	10	2,81	1,03	1,036	,393
Entre 3 e 5	34	2,58	1,05		
Entre 6 e 10	25	2,78	1,06		
Entre 11 e 15	13	2,89	,81		
Mais de 15	15	3,19	,72		
Total	97	2,79	,98		

Tabela 31 – Internações/atendimentos vs Dependência do hospital

Fonte: Coleta de Dados

4.3.4.2. Internações/atendimentos vs Nível de comparação com hospitais alternativos

Observa-se no constructo Nível de Comparação com Hospitais Alternativos, que a importância do HSC para o médico é maior para aqueles que internam/atendem mais de 15 pacientes por mês. A tabela 32, demonstra que estes médicos que internam mais de 15 pacientes por mês, possuem índice de concordância de 4,31, enquanto que os que internam/atendem entre 0 e 2 pacientes por mês possuem índice de 3,78, sendo, entretanto, a significância igual a 0,816.

	<i>Nº Casos</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Estatística F</i>	<i>Significância</i>
Entre 0 e 2	10	3,78	,60	,390	,816
Entre 3 e 5	33	4,10	1,04		
Entre 6 e 10	25	4,05	1,08		
Entre 11 e 15	13	4,03	1,06		
Mais de 15	15	4,31	1,29		
Total	96	4,08	1,05		

Tabela 32 – Internações/atendimentos vs Nível de comparação com hospitais alternativos

Fonte: Coleta de Dados

4.3.4.3. Internações/atendimentos vs Investimentos no relacionamento

A tabela 33 indica que a diferença entre as faixas de número de internações/atendimentos por mês existentes quando se trata do constructo Investimentos no

Relacionamento, é pequena e não significativa, ficando todas com índice de concordância acima de 4,25.

	<i>Nº Casos</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Estatística F</i>	<i>Significância</i>
Entre 0 e 2	10	4,33	1,26	,322	,862
Entre 3 e 5	34	4,28	1,30		
Entre 6 e 10	25	4,59	1,44		
Entre 11 e 15	13	4,56	1,17		
Mais de 15	15	4,64	1,35		
Total	97	4,46	1,31		

Tabela 33 – Internações/atendimentos vs Investimentos no relacionamento

Fonte: Coleta de Dados

4.3.4.4. Internações/atendimentos vs Troca de informações

Quanto a Troca de Informações, o corte por número de internações/atendimentos mensais, apresenta o grupo dos médicos que internam/atendem mais de 15 pacientes como sendo aquele que mais compartilha informações com o HSC. Seu índice de concordância é de 4,37, identificado na tabela 34.

	<i>Nº Casos</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Estatística F</i>	<i>Significância</i>
Entre 0 e 2	10	3,50	1,63	,835	,506
Entre 3 e 5	34	3,57	1,64		
Entre 6 e 10	25	3,46	1,87		
Entre 11 e 15	13	3,96	1,64		
Mais de 15	15	4,37	1,78		
Total	97	3,71	1,72		

Tabela 34 – Internações/atendimentos vs Troca de informações

Fonte: Coleta de Dados

4.3.4.5. Internações/atendimentos vs Confiança

Todas as faixas de número de internações/atendimentos indicam índice de concordância superior a 4,00 quando se trata do constructo Confiança. A tabela 35, mostra

que o índice mais baixo foi verificado junto aos médicos que internam/atendem entre 11 e 15 paciente por mês, 4,10, sendo que as diferenças não são significantes.

	<i>Nº Casos</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Estatística F</i>	<i>Significância</i>
Entre 0 e 2	10	4,65	1,08	,787	,537
Entre 3 e 5	34	4,62	1,01		
Entre 6 e 10	25	4,22	1,37		
Entre 11 e 15	13	4,10	1,22		
Mais de 15	15	4,62	1,47		
Total	97	4,45	1,22		

Tabela 35 – Internações/atendimentos vs Confiança

Fonte: Coleta de Dados

4.3.4.6. Internações/atendimentos vs Comprometimento

No constructo Comprometimento, não se verifica diferença prática entre as faixas de número de internações/atendimentos por mês. A tabela 36 mostra que todas apresentaram índice de concordância superior a 5,20. O maior índice foi entre os médicos que internam/atendem mais de 15 pacientes por mês, 5,47.

	<i>Nº Casos</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Estatística F</i>	<i>Significância</i>
Entre 0 e 2	10	5,37	,67	,203	,936
Entre 3 e 5	34	5,20	1,05		
Entre 6 e 10	25	5,22	1,11		
Entre 11 e 15	13	5,26	,85		
Mais de 15	15	5,47	1,32		
Total	97	5,27	1,04		

Tabela 36 – Internações/atendimentos vs Comprometimento

Fonte: Coleta de Dados

4.4. SUMÁRIO DOS RESULTADOS

O debate sobre os resultados da pesquisa ocorre em meio a avaliação dos possíveis fatores motivadores que levaram aos índices de concordância em cada variável e em cada cruzamento das variáveis com as caracterizações da amostra.

<i>Constructo</i>	<i>Concordância</i>
Dependência do hospital	2,79
R2 – Importância Estratégica do HSC para o médico	1,59
Por faixa etária: de 26 a 33 anos	3,64
Nível de Comparação com hospitais alternativos	4,08
Por escolaridade: médicos com Pós-graduação	4,45
Por nro. atendimentos: médicos com mais de 15 p/ mês	4,31
Investimentos no relacionamento	4,46
R11 – Esforço para direcionar pacientes para outro hospital	3,24
Por faixa etária: de 26 a 33 anos	5,40

Tabela 37 – Resultados obtidos por constructo

O primeiro constructo, Dependência do Hospital, foi o único que teve seu índice de concordância, 2,79, abaixo da média possível, que era de 3,5, como visto na tabela 5. Atenta-se ainda para o fato da questão R2, que se refere à importância estratégica do HSC para o médico, ter tido resultado tão baixo, 1,59. A análise destas informações leva a supor que esta dependência é baixa em virtude do modelo de vínculo que os médicos possuem com hospitais privados como o HSC. Este vínculo não exige nem limita o médico a estar exercendo a medicina em qualquer outro hospital. Desta forma, como há um elevado número de hospitais não só na região do HSC, como também em toda cidade de São Paulo, entende-se a dependência deva realmente ser baixa. Outra hipótese pode ser o fato de o Hospital Santa Catarina não apresentar alternativas, assistências e de negócio, que façam com que o médico não precise procurar outros hospitais para atender outras necessidades profissionais.

Contudo, em que pese a dependência geral ser baixa, quando é feito o corte por faixa etária, observa-se que médicos entre 26 e 33 anos de idade, tabela 11, apresentaram um índice de dependência maior, 3,64. Esta característica se justifica devido ao fato de que profissionais

nesta faixa de idade ainda estão em fase de ascensão na carreira, desta forma, seu vínculo com o hospital passa a ser maior uma vez que ainda não possui cadastro em muitos hospitais.

Com relação ao constructo Nível de Comparação com Hospitais Alternativos, observa-se que o índice de concordância foi de 4,08, como mostra a tabela 6. Este resultado deduz que os médicos se relacionam bem com o HSC e que a importância que o hospital possui para eles é significativa (não foi, mas vale investigar e é importante). Este mesmo constructo, quando visto a partir da Escolaridade do respondente, tabela 25, demonstra que os médicos com pós-doutorado são aqueles que mais entendem que o relacionamento com o hospital é melhor do que com outros hospitais. Em que pese a concordância deste item (4,45) não representar diferença significativa, o que pode explicar este sentimento é o fato de que os médicos que já possuem pós-doutorado são aqueles com uma carreira mais longínqua e possivelmente estão vinculados ao HSC a muito tempo. Outra característica da amostra que se destaca no constructo Nível de Comparação com Hospitais Alternativos é o número de internações/atendimentos mensais. Como mostra a tabela 32, os médicos com mais de 15 internações/atendimentos por mês são aqueles com maior índice de concordância neste constructo, 4,31. Mesmo sendo uma diferença não significativa e como este volume de internações/atendimentos pode ser considerado um volume bem acima da média, possivelmente o HSC seja o hospital onde estes médicos mais atuam, isto pode explicar o resultado obtido.

No constructo Investimentos no Relacionamento, o índice de concordância registrado foi de 4,46, de acordo com a tabela 7. A interpretação desta informação nos indica que os médicos não possuem interesse em direcionar os pacientes atendidos no HSC para outro hospital e que eles tem investido no relacionamento com o hospital. Apesar de não possuir interesse de transferir os pacientes para outro hospital, a resposta R11, que apresentou índice de concordância de 3,24, indica que os médicos não teriam grande esforço para direcionar estes pacientes a outros hospitais, uma vez que possuem vínculo também com outras instituições. Quando se avaliam os Investimentos no Relacionamento por Idade da amostra, tabela 13, constata-se que a faixa entre 26 e 33 anos, com índice de concordância 5,40, é a que mais investe na parceria com o HSC. Como visto anteriormente, o fato deste grupo ainda estar em fase de ascensão na carreira profissional também pode explicar este investimento. Já com relação à Escolaridade, o constructo Investimentos no Relacionamento, apresenta uma concordância maior junto aos médicos com Pós-doutorado, como apresentado na tabela 26. Este resultado também pode ser compreendido pela questão do tempo em que estes médicos

atuam no HSC. Outra interpretação possível é a que indica que estes médicos são profissionais que chefiam equipes médicas dentro do hospital e por isto seu vínculo com o hospital é maior e, provavelmente, boa parcela de pacientes que possui é essa que interna/atende no HSC.

<i>Constructo</i>	<i>Concordância</i>
Troca de informações	3,71
Por nro. atendimentos: entre 11 e 15 p/ mês	3,96
Por nro. atendimentos: médicos com mais de 15 p/ mês	4,37
Confiança	4,45
R14 – Preocupação do HSC com o interesse dos médicos	3,19
Por escolaridade: médicos com Pós-doutorado	4,99
Comprometimento	5,27
R26 – O relacionamento com o HSC é considerado Parceria	4,25
Por escolaridade: médicos com Doutorado	4,71

Tabela 38 – Resultados obtidos por constructo

O quarto constructo constante do questionário de pesquisa é Troca de Informações. Como mostra a tabela 8, o índice de concordância apurado neste constructo foi 3,71. Mesmo que pouco acima da média possível, os médicos demonstraram trocar informações com HSC mais do que com outros e quando se verifica esta variável fazendo o filtro por Número de internações/atendimentos mensais, percebe-se que os médicos com maior número de internações/atendimentos são aqueles que mais trocam informações com o HSC. É o que pode ser visto na tabela 34, onde a faixa entre 11 e 15 internações/atendimentos obteve índice de concordância de 3,96 e a faixa com mais de 15 internações/atendimentos mensais obteve índice de 4,37.

Quanto ao constructo Confiança, o resultado da concordância alcançado foi de 4,45, de acordo com a tabela 9. Isto significa dizer que os médicos pesquisados entendem que podem confiar no HSC e que o hospital respeita a confidencialidade das informações por eles repassadas. Neste constructo, chama a atenção o índice de concordância da questão R14, que se refere a preocupação que o HSC possui com os interesses dos médicos. Aqui o índice foi de 3,19, indicando que o sentimento dos médicos nesta questão é de que o HSC não se

preocupa com seus interesses. Possivelmente, este sentimento se dá devido a um certo afastamento da classe médica da operação do hospital. Supõe-se que, no momento em que os médicos estiverem mais próximos e participativos do processo de gestão, este sentimento mude. Outra possibilidade seria a falta de ações para fortalecimento da relação do hospital com o médico, ações estas que já estão sendo praticadas por outros hospitais no mercado e que os médicos do HSC também são envolvidos por atuarem nestes hospitais. Com relação à estratificação deste constructo pela caracterização da amostra, verifica-se na tabela 28, que os médicos com Pós-doutorado, possuem índice de concordância 4,99. Este índice pode ser explicado pelo fato de que estes profissionais possuem um vínculo diferenciado com o hospital por serem possivelmente chefes de serviços.

O último constructo pesquisado, Comprometimento, obteve o maior índice de concordância, 5,27, como pode visto na tabela 10. Analisa-se esta informação como a vontade e a disposição dos médicos em fortalecer e dar continuidade ao relacionamento com hospital, bem como aumentar o volume de pacientes atendidos no HSC. O constructo também buscou identificar o sentimento de empenho e envolvimento do médico para manter o relacionamento. Das sete questões que compõem o constructo Comprometimento, a única que ficou com índice abaixo de 5,00 foi a R26, que arguiu sobre a avaliação do médico no que se refere ao relacionamento com o HSC ser ou não uma parceria. As respostas a esta questão chegaram a um índice de concordância de 4,25. Mesmo que possa ser considerado um bom índice, quando comparado com outros resultados, esta informação induz a uma avaliação ainda baixa do médico à pergunta que seria uma avaliação geral sobre o relacionamento entre as partes. Analisando o Comprometimento por Escolaridade da amostra, tabela 29, observa-se que os médicos com Doutorado obtiveram índice de concordância de 4,71. Possivelmente, isso está relacionado, ao fato de que estes médicos são hoje os que mais atuam em outros hospitais, além do HSC. Como são profissionais bastante “disputados” no mercado, a participação em outros Corpos Clínicos se justifica e o sentimento de comprometimento acaba se dividindo nas várias instituições que trabalha.

Após a análise de todos os constructos, é apresentado, na tabela 37, um resumo com os resultados obtidos por constructo.

Observa-se por fim que de todos resultados dos constructos, conforme as tabelas 37 e 38, apenas o constructo Dependência do Hospital ficou abaixo da média mínima de concordância possível, 3,5. Não cabe neste estudo fazer uma média geral dos seis constructos,

visto que a análise ficaria prejudicada e possivelmente sem sentido para o estudo, todavia, pode-se afirmar assim que esta média geral de concordância, caso fosse calculada, teria ficado acima dos 3,5 possíveis.

5. CONCLUSÕES

Avalia-se que esta pesquisa alcançou o seu objetivo principal, qual seja, mensurar o grau de relacionamento existente entre o Hospital Santa Catarina e seus médicos através da adaptação da escala de mensuração do relacionamento de clientes desenvolvida por Wilson e Vlosky (1997).

Enquanto que Wilson e Vlosky (1997), criaram a escala e Viana, Cunha Jr e Slongo (2000) e Müssnich (2002), aplicaram e validaram a mesma no contexto brasileiro, entende-se que esta pesquisa obteve êxito ao conseguir adaptar a referida escala para mensurar a relação médico-hospital e aplicá-la em uma organização hospitalar.

5.1. RECOMENDAÇÕES GERENCIAIS

Com este capítulo de Recomendações Gerenciais, conclui-se também que, além do objetivo principal, todos os demais objetivos específicos também foram alcançados e a questão de pesquisa, “Qual o grau de relacionamento existente entre o Hospital Santa Catarina e seus médicos”, também foi respondida mediante a análise dos resultados dos dados coletados.

Desta forma, entende-se que as recomendações gerenciais devam sugerir ações e levantar questões consideradas fundamentais pelo autor, para que o relacionamento entre Hospital Santa Catarina e os médicos que compõem o seu Corpo Clínico seja cada vez mais duradouro e vantajoso para ambas as partes.

Assim, quando se observa o baixo índice, 1,59, da questão R2, na tabela 5, que se refere a importância estratégica do HSC para o médico e os possíveis motivos já elencados no capítulo anterior, cabe aqui indicar ao hospital que amplie suas ações de relacionamento e de

envolvimento do médico com o organismo institucional. Esta mesma indicação também irá atuar para melhorar o sentimento dos médicos quanto ao HSC não se preocupar com seus interesses, conforme apontado na resposta R14, da tabela 9.

Devido a existência de um grande número de hospitais na região de abrangência do HSC, os médicos acabam tendo opções para levarem, sem muito esforço, os pacientes para outro hospital. Esta situação ficou evidenciada na questão R11, tabela 7, quando os médicos responderam não possuir dificuldade para direcionar os atendimentos para outro hospital. Desta maneira, é apropriado que o HSC invista em ações que estabeleçam um elo de ligação extra profissional com os médicos, fazendo com que estes se sintam participativos não só de uma organização mas de uma comunidade. Eventos científicos, culturais e sociais podem contribuir muito para gerar este sentimento.

A percepção do médico quanto a falta de preocupação do HSC para seus interesses, verificada na questão R14, da tabela 9, é uma imagem que deve ser agilmente mudada. Para isto, a estruturação do hospital em forma de serviços, com médicos exercendo a coordenação destes e se aproximando das questões e problemas operacionais é a indicação do autor.

Como uma indicação genérica, capaz de contribuir fortemente para identificar as oportunidades de melhoria e as necessidades dos médicos, é a implementação de um Programa de Fidelidade do Médico. A exemplo do que já se pratica em organizações de serviços como empresas aéreas, administradoras de cartões de crédito, operadoras de telefonia, entre outras, este tipo de programa pode influenciar decisiva e positivamente no relacionamento do HSC com seus médicos. Todavia, como não é de conhecimento do autor um hospital que tenha desenvolvido programa semelhante e nem alguma empresa de software ter apresentado opção específica para este tipo de gerenciamento do relacionamento, cabe ao hospital ser pioneiro e inovar.

A análise geral que se faz dos resultados desta pesquisa, é de que hospital e médicos possuem uma relação muito boa, considerando uma média de todos os índices de concordância dos seis constructos. Obviamente, que sem esta boa relação, o HSC não seria hoje um dos maiores hospitais privados do país.

Avalia-se que, com ações e gestos nem sempre dispendiosos, o HSC possa mudar a visão e percepção do médico quanto a situações que hoje são por ele consideradas fundamentais.

Por fim, considerando o contexto mercadológico cada vez mais competitivo e as inúmeras dificuldades e exigências impostas pelos compradores de serviços médico-hospitalares, (operadoras de planos de saúde, seguradoras, auto-gestões, governo e clientes particulares), fica evidente que médicos e hospital precisam estabelecer uma nova forma de relacionamento. Esta nova forma requer uma participação cada vez maior dos médicos no processo de gestão dos recursos e da racionalização de custos (SILVA, 2003).

5.2. LIMITAÇÕES DA PESQUISA

A aplicação do questionário de pesquisa, adaptado da Escala de Wilson e Vlosky, em apenas uma organização hospitalar traz uma limitação referente à extensão da utilidade do mesmo para outras organizações. A continuidade de sua aplicação reforçará sua estrutura e procedimentos.

Apesar do rigor metodológico empregado nesta pesquisa, uma situação referente à população da pesquisa pode sugerir limitações. Atenta-se para a população utilizada para se chegar à amostra da pesquisa, 257 médicos. Conforme descrito na metodologia, o Hospital Santa Catarina possui 3.600 médicos. Mesmo que a população de 257 médicos represente mais de 80% do volume de internações do hospital nos anos de 2001 e 2002, fato que pode ser considerado muito relevante, a análise dos resultados extensiva a todos os médicos pertencentes ao Corpo Clínico do HSC pode ficar prejudicada.

5.3. RECOMENDAÇÕES PARA PESQUISAS FUTURAS

Para pesquisas futuras propõem-se:

- Continuidade da mensuração da presente pesquisa ao longo do tempo, visando acompanhar a evolução do grau de relacionamento entre o hospital e os médicos da população desta pesquisa;
- Aplicar o mesmo instrumento de pesquisa para a população não compreendida por este estudo, ou seja, os demais médicos do Corpo Clínico do HSC;
- Ampliar a aplicação desta pesquisa a outros hospitais, visando reforçar a estrutura e procedimentos utilizados;

- Durante o desenvolvimento desta pesquisa, sentiu-se a necessidade de uma ferramenta informatizada para o gerenciamento do relacionamento médico-hospital, desta forma sugere-se o desenvolvimento de um modelo conceitual para posterior implementação.

5.4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O quadro de tendências para o setor saúde indica um mercado altamente regulamentado, acirramento da competição, estreitamento de margem, rigoroso gerenciamento de custos, entrada de capital e empresas estrangeiras, reconcentração (fusões e aquisições), privatização de parte do setor público da saúde e globalização (CASTRO, et al., 2002). É para este contexto que o HSC deverá se preparar e um ator fundamental que deve ser conclamado a desenvolver uma parceria estratégica com o hospital, no caminho do sucesso, é o médico.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, James; NARUS, James. A Model of Distributor Firm and Manufacturer Firm Working Partnerships. *Journal of Marketing*, v.54, n.1, p.42-58, Jan. 1990.

ANDERSON, J.; NARUS, J.A., Partnering as a focused market strategy, *California Management Review*, v.33, n.3, p. 95-113, Spring, 1991.

ANDREOLI, Paola B.A., MARTINS, Luis Antonio N., MARI, Jair de Jesus. São Paulo, Brasil. Satisfação do usuário médico com um serviço de interconsulta psiquiátrica e psicológica. Disponível em: <<http://www.unifesp.br>>. Acesso em 03/10/2003.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB), São Paulo, Brasil. Disponível em: <<http://www.amb.org.br>>. Acesso em 15/07/2003.

BARKER, L.R. *Princípios de medicina ambulatorial*. São Paulo: 1993.

BERRY, L.L. Relationship marketing of services growing interest, emerging perspectives, *Journal of the Academy of Marketing Science*, v.23, n.4, p.236-45, Fall, 1995.

BOYD, H. W., WESTFALL, R., STASCH, S. F. *Marketing Research: text and cases*. Illinois: Richard D. Irwin, 1989.

BRETZKE, Miriam. *Marketing de relacionamento e competição em tempo real com CRM (Customer relationship management)*. São Paulo: Atlas, 2000.

BRODBECK, Ângela. *Alinhamento estratégico entre os planos de negócio e de tecnologia da informação: um modelo operacional para implementação*. Tese de Doutorado UFRGS, 2001.

BUCHABQUI, Jorge Alberto. *Promovendo a Saúde da Mulher*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1995.

CASTRO, Antônio Joaquim Werneck; MAGALHÃES, Roberto Eugênio Almeida; JÚNIOR, Walter Vieira Mendes. *Parâmetro de assistência gerenciada praticados pelas operadoras de planos de saúde*. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

CHERUBIN, Niversindo Antônio. *Administração hospitalar: um compromisso com a ciência e a arte*. São Paulo: Edições Loyola, 1998.

CHERUBIN, Niversindo Antônio; SANTOS, Nairio Augusto dos. *Administração hospitalar: fundamentos*. São Paulo: CEDAS, 1997.

CHERUBIN, Niversindo Antônio; MEZZOMO, Augusto A.; MEZZOMO, João C.. *O executivo hospitalar: subsídios para a ação*. CEDAS: São Paulo, 1986.

CONNOR, Dick; DAVIDSON, Jeffrey P.. *Marketing de serviços profissionais e de consultoria*. Tradução Sara R. Gedanke. Revisão Técnica Dílson Gabriel dos Santos. São Paulo: Makron Books, 1993.

CHURCHILL, Gilbert A.; PETER, J. Paul. *Marketing: criando valor para o cliente*. Tradução Cecília Camargo Bartalotti e Cid Knipel Moreira. São Paulo: Saraiva, 2000.

DUARTE, Cristina M. R.; *A assistência médica suplementar no Brasil: história e características da cooperativa de trabalho médico unimed*. Campinas: Radiografia da Saúde, 2001.

DWYER, F. Robert; SCHURR, Paul; OH, Sejo. *Developing Buyer Seller Relationships*. *Journal of Marketing*, 51 (2): 11-27, April 1987.

ESPINOZA, Francine “Lealdade e Marketing de Relacionamento: Pode a Lealdade Influenciar a Intenção do Consumidor em Tornar-se um Cliente Relacional?” In: 37ª Conferência Latino-Americana de Escolas de Administração - CLADEA. *Anais*, Porto Alegre: UFRGS, 2003.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FREITAS, Henrique... [et al.]. *Informação e decisão: sistemas de apoio e seu impacto*. Porto Alegre: Ortiz, 1997.

GARBARINO, E.; JOHNSON, M. The different roles of satisfaction, trust, and commitment in customer relationships. *Journal of Marketing*, v. 63, n.2, p. 70-87, apr. 1999.

GARVIN, David A. *Managing quality: the strategic and competitive edge*. New York: Free Press, 1988.

GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1999.

GREENBERG, Paul. *CRM, customer relationship management na velocidade da luz: conquista e lealdade de clientes em tempo real na Internet*. Tradução Reinaldo Marcondes. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

GRÖNROSS, C. Relationship marketing: the nordic school perspective. *Alternative Perspective*, 2000.

HABERKORN, Ernesto Mário. *Teoria do ERP – Enterprise Resource Planning*. São Paulo: Makron Books, 1999.

HAIR, Jr. Joseph F.; ANDERSON, Rolph E.; TATHAM, Ronald L.; BLACK, William C. *Multivariate data analysis*. 5. ed. New Jersey: Prentice Hall, 1998.

HUTT, Michael D. Cross-functional working relationship marketing. *Journal of the Academy of Marketing Science*, v.23, n.4, 1995.

KAPLAN, Robert S. *A estratégia em ação: balanced scorecard*. Tradução Luiz Euclides Trindade Frazão Filho. Rio de Janeiro, 1997.

KOTLER, Philip; HAYES, Tom; BLOOM, Paul. *Marketing de serviços profissionais: estratégias inovadoras para impulsionar sua atividade, sua imagem e seus lucros*. Barueri: Manole, 2. ed., 2002.

MACKENNA, Regis. *Marketing de relacionamento. Estratégias bem-sucedidas para a era do cliente*. Tradução Outras Palavras Consultoria Lingüística e Serviços de Informática. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

MALHOTRA, Naresh K. *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada*. São Paulo: Bookman, 3. ed., 2001.

MATTAR, Fauze Najib. *Pesquisa de marketing: metodologia, planejamento, execução, análise*. São Paulo: Atlas, 1992.

MATTAR, Fauze Najib. *Pesquisa de marketing: metodologia, planejamento*. São Paulo: Atlas, 1996.

MOHR, Jakki; SPEKMAN, Robert. Characteristics of Partnership Success: partnership attributes, communication behavior, and conflict resolution techniques. *Strategic Management Journal*, v.15, p.135-152, 1994.

MOORMAN, C.; DESHPANDÉ, R.; ZALTMAN, G. Factors affecting trust in market relationships, *Journal of Marketing*, v.57, p.81-101, jan. 1993.

MORGAN, R.M.; HUNT, S.D. The commitment-trust theory of relationship marketing, *Journal of Marketing*, v.58, n.1, p. 20-38, jul. 1994.

MÜSSNICH, Rafael A.E. *Serviços ao cliente e marketing de relacionamento no setor hoteleiro de porto alegre*. Porto Alegre: UFRGS, 2002. Dissertação (Mestrado em Administração), Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

NORRIS Grant ... [et al.]. *E-Business e ERP: transformando a empresa*. Tradução Bazán Tecnologia e Lingüística. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 2001.

PACE, Andréia Di. *Hospital santa catarina: 90 anos de história*. São Paulo: DBA, 1995.

PALMER, Adrian. The evolution of an idea: an environmental explanation of relationship marketing. *Journal of Relationship Marketing*, v.1, n.1, 2002.

PARVATIYAR, A.; SHETH, J.N. The domain and conceptual foundations of relationship marketing, *Alternative Perspectives*, p. 3-38, 2000.

PEPPERS, Don; ROGERS, Martha. *O gerente um a um*. Tradução Flávia Rossler. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

PETRY, Ir. Cecília. *A nova e brilhante estrela*. Petrópolis: Vozes, 2003.

PINTO, Luiz Felipe. Rio de Janeiro, Brasil. O setor de saúde suplementar: acesso e cobertura populacional. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>> Acesso em: 15/10/2003.

REICHHELD, Frederick. *O valor da fidelidade*. HSM Management, n.21, 2000.

RIBEIRO, H. P. *O hospital: história e crise*. São Paulo: Cortez, 1993.

ROSSO, Fabrizio. *Gestão ou indigestão de pessoas*. São Paulo: Loyola, 2003.

SANTOS, Nairio A. A. P. dos. *O trabalho do administrador hospitalar no gerenciamento do dia-a-dia dos hospitais filantrópicos gerais de grande porte no estado do*

rio grande do sul. Porto Alegre: UFRGS, 1998. Dissertação (Mestrado em Administração), Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998.

SILVA, Alceu Alves da. *Relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços – um novo relacionamento estratégico*. Trabalho apresentado na segunda etapa do Fórum de Saúde Suplementar em Brasília-DF. Porto Alegre, 2003.

STEVENSON, William J. *Estatística Aplicada à Administração*. São Paulo: Harper e Row do Brasil, 2001.

STONE, Merlin; WOODCOCK, N.; MACHTYNGER, L.. *CRM – Marketing de relacionamento com clientes*. Tradução Ana Beatriz Rodrigues. São Paulo: Futura, 2001

SWIFT, Ronald. *CRM, customer relationship management: o revolucionário marketing de relacionamento com o cliente*. Tradução Flávio Deny Steffen. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

UFRGS, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. *Súmulas de Graduação, 2002*.

VAVRA, Terry G.. *Marketing de relacionamento: aftermarketing*. Tradução Ailton Bomfim Brandão. São Paulo: Atlas, 1993.

VIANA, Débora; CUNHA, Jr. Marcus V.M.; SLONGO, Luiz Antonio. Stable Business Relationships in Unstable Economic Environments: does relationship marketing exist? In: 24º Encontro Anual da ANPAD – ENANPAD. *Anais*, Florianópolis: ANPAD, 2000.

WILSON, Elizabeth; VLOSKY, Richard. *Partnering Relationship Activities: building theory from case study research*. *Journal of Business Research*, 39: 59-70, May 1997.

YIN, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Tradução Daniel Grassi. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZEITHAML, V. A., PARASURAMAN, A., BERRY, L. *Delivering quality service*. New York: Free Press, 1990.

ZENONE, Luiz Cláudio (coordenador). *Customer Relationship Management (CRM) conceitos e estratégias: mudando a estratégia sem comprometer o negócio*. São Paulo: Atlas, 2001.

ANEXOS

ANEXO 1 – Pesquisa enviada por e-mail aos médicos.

ANEXO 2 – Resposta do HSC ao recebimento da pesquisa.