

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENGENHARIA
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM ENGENHARIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DA PRODUÇÃO**

**A ESTRATÉGIA DE RETENÇÃO DE CLIENTES E O ESTABELECIMENTO DE
RELACIONAMENTOS COMO VANTAGEM COMPETITIVA: UM PLANO DE
AÇÕES APLICADO A UMA EMPRESA DE MEDICINA DE GRUPO**

Gabriel Sperandio Milan

Porto Alegre, 2002

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENGENHARIA
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM ENGENHARIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DA PRODUÇÃO**

**A ESTRATÉGIA DE RETENÇÃO DE CLIENTES E O ESTABELECIMENTO DE
RELACIONAMENTOS COMO VANTAGEM COMPETITIVA: UM PLANO DE
AÇÕES APLICADO A UMA EMPRESA DE MEDICINA DE GRUPO**

Gabriel Sperandio Milan

Orientador: Professora Dra. Carla Schwengber ten Caten

Banca Examinadora:

Professor Dr. José Luis Duarte Ribeiro

Professor *Ph.D.* Paulo Fernando Pinto Barcellos

Professor Dr. Marcio de Souza Pires

Professor MsC. Sílvio Ceroni da Silva

**Trabalho de Conclusão de Curso de Mestrado Profissionalizante em
Engenharia apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de
Produção como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em
Engenharia – modalidade Profissionalizante – Ênfase: Gerência de Serviços.**

Porto Alegre, 2002

Este Trabalho de Conclusão foi analisado e julgado adequado para a obtenção do título de Mestre em ENGENHARIA e aprovado em sua forma final pelo orientador e pelo coordenador do Mestrado Profissionalizante em Engenharia, Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Professora Dra. Carla Schwengber ten Caten

Orientadora
Escola de Engenharia
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Professora Helena Beatriz Bettella Cybis

Coordenadora
Mestrado Profissionalizante em Engenharia
Escola de Engenharia
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

BANCA EXAMINADORA:

Professor Dr. José Luis Duarte Ribeiro
PPGEP/UFRGS

Professor *Ph.D.* Paulo Fernando Pinto Barcellos
PPGEP/UFRGS

Professor Dr. Marcio de Souza Pires
MSP Consultoria e Treinamento Ltda.

Professor MsC. Sílvio Ceroni da Silva
PPGEP/UFRGS

Ao amor, ao incentivo e ao apoio incondicionais de minha
esposa Jaqueline, e de nosso filho Guilherme.

AGRADECIMENTOS

À orientadora, Professora Dra. Carla Schwengber ten Caten, por todo apoio no transcorrer do trabalho.

A todos os professores e colegas que, por meio da troca de conhecimento e experiências, influenciaram neste trabalho.

A todas as pessoas pertencentes ao Grupo Fátima, representadas pelo seu fundador, Dr. Virvi Ramos, por todas as informações e contribuições prestadas.

Aos amigos e companheiros de tantos projetos, José Carlos Avino, também Diretor Executivo do Grupo Fátima, e André Augusto Gonçalves Avino, pela compreensão, colaboração e incentivo.

E, finalmente, à minha família, em especial à minha esposa, Jaqueline, pelo amor, dedicação e crença de que pela busca do conhecimento podemos nos tornar menos limitados.

Uma organização sem futuro corre o risco de se transformar numa folha seca que se move ao capricho dos ventos da concorrência. Ser eficiente não basta. Ter uma estratégia é a única forma de garantir uma posição diferenciada que permitirá enfrentar os concorrentes.

Michael E. Porter

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	xi
LISTA DE GRÁFICOS	xii
LISTA DE QUADROS	xiii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xv
RESUMO	xvii
ABSTRACT	xviii
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Comentários Iniciais	1
1.2 Tema	3
1.3 Justificativa	3
1.4 Objetivos	7
1.4.1 Objetivo Geral	7
1.4.2 Objetivos Específicos	7
1.5 Método	7
1.5.1 Pesquisa Bibliográfica	8
1.5.2 Pesquisa Documental	9
1.5.3 Pesquisa de Campo	9
1.5.4 Pesquisa-Ação	9
1.5.5 Análise dos Resultados, Estabelecimento de Conclusões e Sugestões para Desenvolvimento de Trabalhos Futuros	10
1.6 Estrutura do Trabalho	10
1.7 Limitações do Trabalho	11
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA – O SETOR DE SERVIÇOS E A SAÚDE	13
2.1 A Natureza do Setor de Serviços	13
2.1.1 Conceito de Serviços	13
2.1.2 Classificação dos Serviços	14
2.1.3 O Pacote de Serviços	15
2.1.4 Características dos Serviços	16

2.1.5 Uma Visão de Serviços como um Sistema Aberto	17
2.1.6 A Cadeia de Lucro dos Serviços	18
2.2 A Importância da Estratégia na Prestação de Serviços	20
2.2.1 Os Serviços como Fonte de Vantagem Competitiva	20
2.2.2 A “ <i>Servicilização</i> ” do Produto e a “ <i>Produtilização</i> ” do Serviço	22
2.2.3 Fidelização de Clientes	22
2.2.4 <i>Marketing</i> de Relacionamento – Um Diferencial na Prestação de Serviços	23
2.2.5 Pós-Vendas - Uma Atividade Voltada ao Relacionamento com o Cliente	26
2.3 Qualidade em Serviços	27
2.3.1 Definições e Avaliação da Qualidade em Serviços	27
2.3.2 Dimensões da Qualidade em Serviços	29
2.3.3 Os Sete Pecados em Serviços	30
2.3.4 Falhas e Possibilidades de Recuperação e a Propaganda Boca-a-Boca	31
2.4 A Tecnologia de Informação como Fator de Competitividade	34
2.4.1 A Função Competitiva da Informação para o Setor de Serviços	34
2.4.2 CRM (<i>Customer Relationship Management</i>) – (Gerenciamento do Relacionamento com o Cliente)	35
2.5 O Fator Humano nas Organizações de Serviços	36
2.5.1 Aspectos Culturais e Ambientais	36
2.5.2 <i>Empowerment</i> (Delegação de Poder)	37
2.5.3 Momentos da Verdade	39
2.6 O Segmento da Saúde – Algumas Considerações Importantes	41
2.6.1 Um Ambiente mais Competitivo e as Perspectivas Futuras	41
2.6.2 Uma Mudança de Paradigma – Cliente x Paciente	46
2.6.3 O Médico do Futuro	47
2.6.4 Algumas Estratégias para o Setor da Saúde	48
2.6.5 Uma Nova Abordagem da Saúde Voltada à Retenção de Clientes	50
2.6.6 A Evolução dos Planos de Saúde no Brasil	52
3 CARACTERIZAÇÃO DA EMPRESA E SUA INSERÇÃO NO MERCADO	53
3.1 Caracterização da Empresa	53
3.1.1 Histórico da Empresa	53
3.1.2 Estrutura Corporativa	55
3.1.3 Organogramas Corporativo e do Plano de Saúde	56
3.2 As Modalidades de Gestão da Saúde Privada	57
3.2.1 Administradora	57
3.2.2 Cooperativa Médica	58
3.2.3 Cooperativa Odontológica	58
3.2.4 Autogestão	58
3.2.5 Medicina de Grupo	58
3.2.6 Odontologia de Grupo	59
3.2.7 Filantropia	59
3.3 Análise Ambiental	59
3.3.1 Ambiente Interno – Pontos Fortes e Fracos	59
3.3.2 Ambiente Externo – Oportunidades e Ameaças	60
3.4 As Cinco Forças Competitivas de Mercado	63
3.4.1 Clientes	63
3.4.2 Fornecedores	63
3.4.3 Concorrentes	64
3.4.4 Entrantes Potenciais	67

3.4.5 Serviços Substitutos	67
3.5 A Medicina de Grupo e Alguns Indicadores do Mercado	68
3.6 O Impacto da Nova Regulamentação para o Setor	71
4 PLANO DE AÇÕES PROPOSTO PARA A RETENÇÃO DE CLIENTES	73
4.1 Departamento de Pós-Vendas	75
4.1.1 Conceito do Departamento de Pós-Vendas	75
4.1.2 Objetivos	75
4.1.3 Operacionalização	76
4.1.4 Programa de Ações	76
4.1.5 Metas de Visitação e Necessidade de Recursos Humanos	77
4.1.6 Perfil dos Colaboradores	77
4.1.7 Estrutura Funcional	78
4.1.8 Controle e Indicadores de Desempenho	78
4.1.9 Avaliações e Correções	79
4.2 Grupo de Prevenção	80
4.2.1 Conceito do Grupo de Prevenção	80
4.2.2 Objetivos	81
4.2.3 Operacionalização	81
4.2.4 Programa de Ações	81
4.2.5 Temas e Responsáveis pelas Palestras Disponíveis	82
4.2.6 Estrutura Funcional	82
4.2.7 Funcionamento dos Eventos	83
4.2.8 Controle e Indicadores de Desempenho	83
4.2.9 Avaliações e Correções	84
4.3 Programa “Café-da-Manhã”	85
4.3.1 Conceito do Programa “Café-da-Manhã”	85
4.3.2 Objetivos	85
4.3.3 Operacionalização	85
4.3.4 Período do Projeto e Coordenadores	86
4.3.5 Divulgação	86
4.3.6 Cronograma, Horários e Locais	86
4.3.7 Registros e Lembrança pela Participação	87
4.3.8 Controle e Indicadores de Desempenho	87
4.3.9 Avaliações e Correções	87
4.4 Índice de Retenção de Clientes	88
4.4.1 Conceito do Índice de Retenção de Clientes	88
4.4.2 Objetivos	89
4.4.3 Operacionalização	89
4.4.4 Programa de Ações	89
4.4.5 Critério Temporal de Mensuração e Fontes de Informação	90
4.4.6 Entendendo os Motivos que Causam as Deserções de Clientes	90
4.4.7 Elementos Necessários para o Cálculo do Índice de Retenção de Clientes	91
4.4.8 Avaliações e Correções	91
5 RESULTADOS E ANÁLISES	92
5.1 Departamento de Pós-Vendas	92
5.1.1 Desempenho do Departamento de Pós-Vendas	92
5.1.2 Levantamento de Reclamações	93

5.1.3 Encaminhamento de Solicitações de Propostas para a Área Comercial	96
5.1.4 Números e Motivos que Causam a Deserção de Clientes	97
5.2 Grupo de Prevenção	99
5.2.1 Palestras Realizadas e Público Atingido	99
5.2.2 Abrangência em Relação aos Clientes do Plano Empresarial	100
5.2.3 Avaliação das Palestras e Resultados Adicionais	101
5.3 Programa “Café-da-Manhã”	104
5.3.1 Participação dos Colaboradores no Programa	104
5.3.2 Sugestões e Implementação de Ações	104
5.3.3 Informações e Resultados Adicionais	105
5.4 Índice de Retenção de Clientes	106
5.4.1 Acompanhamento do Índice de Retenção de Clientes ao Longo do Tempo	106
CONCLUSÕES	108
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
ANEXOS	119

LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1 Visão de sistemas abertos das operações de serviços	18
Figura 2.2 Os elos na cadeia serviço-lucro	20
Figura 2.3 O círculo virtuoso da lealdade	23
Figura 2.4 A qualidade total percebida	29
Figura 2.5 Relações importantes no momento da recuperação do serviço	32
Figura 2.6 O ciclo de serviço	40
Figura 2.7 O triângulo do serviço	41
Figura 3.8 Organograma corporativo	56
Figura 3.9 Organograma do Plano de Saúde	57
Figura 4.10 Plano de ações proposto e a inter-relação entre os componentes	74
Figura 4.11 Organograma da Área Comercial	78
Figura 4.12 Inserção do Grupo de Prevenção no organograma do Plano de Saúde	83

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 5.1 Evolução do número de reclamações de clientes	96
Gráfico 5.2 Evolução do número de deserções de clientes	99
Gráfico 5.3 Evolução do Índice de Retenção de Clientes	107

LISTA DE QUADROS

Quadro 2.1 Os três níveis do <i>marketing</i> de relacionamento	26
Quadro 3.2 Empresas do Grupo Fátima	55
Quadro 3.3 Colaboradores e médicos credenciados do Grupo Fátima	56
Quadro 3.4 Matriz de pontos fortes e fracos do Plano de Saúde Fátima	60
Quadro 3.5 Matriz de oportunidades	61
Quadro 3.6 Matriz de ameaças	62
Quadro 3.7 Matriz de clientes	63
Quadro 3.8 Matriz de fornecedores	63
Quadro 3.9 Indicadores de gestão – Unimed Nordeste RS	64
Quadro 3.10 Matriz de análise do concorrente Unimed Nordeste RS	65
Quadro 3.11 Matriz de análise do concorrente COC	66
Quadro 3.12 Matriz de análise do concorrente Pompéia Med	66
Quadro 3.13 Matriz de entrantes potenciais	67
Quadro 3.14 Matriz de serviços substitutos	68
Quadro 3.15 Indicadores e números da medicina de grupo no Brasil	70
Quadro 3.16 Usuários de planos de saúde por faixa etária e situação de contrato	70
Quadro 3.17 Reajustes dos planos de saúde e variação dos custos médico- hospitalares	72
Quadro 4.18 Meta de visitação para o Departamento de Pós-Vendas	77
Quadro 4.19 Necessidade de pessoal na estrutura de Pós-Vendas	77
Quadro 4.20 Temas e responsáveis pelas palestras disponíveis pelo Grupo de Prevenção	82
Quadro 5.21 Desempenho individual e da equipe de Pós-Vendas	92
Quadro 5.22 Reclamações de clientes anteriores à implementação do Departamento de	

Pós-Vendas	94
Quadro 5.23 Reclamações de clientes posteriores à implementação do Departamento de	
Pós-Vendas	95
Quadro 5.24 Solicitações de propostas encaminhadas para a Área Comercial	97
Quadro 5.25 Motivos que causaram a deserção de clientes – ano 1999	97
Quadro 5.26 Motivos que causaram a deserção de clientes – ano 2000	98
Quadro 5.27 Motivos que causaram a deserção de clientes – ano 2001	98
Quadro 5.28 Palestras realizadas e público atingido pelo Grupo de Prevenção	100
Quadro 5.29 Abrangência do Grupo de Prevenção a clientes do Plano	
Empresarial	100
Quadro 5.30 Participação dos colaboradores no Programa “Café-da-Manhã”	104
Quadro 5.31 Índices de Retenção de Clientes – ano 1999	106
Quadro 5.32 Índices de Retenção de Clientes – ano 2000	107
Quadro 5.33 Índices de Retenção de Clientes – ano 2001	107

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CH	Coefficiente de Honorários
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
COC	Círculo Operário Caxiense
CONAMGE	Conselho Nacional de Auto-Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo
CRM	<i>Customer Relationship Management</i> (Gerenciamento do Relacionamento com o Cliente)
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
ERP	<i>Enterprise Resources Planning</i> (Planejamento de Recursos da Empresa)
GATT	<i>General Agreement on Tariffs and Trade</i> (Acordo Geral de Tarifas e Comércio)
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPAM	Instituto de Previdência e Assistência Municipal
IPC-BR	Índice de Preços ao Consumidor (Brasil)
IPERGS	Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
NINF	Núcleo de Informações
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

PAB	Piso de Atenção Básica
PAH	Programa de Acreditação Hospitalar
PGQP	Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade
PIB	Produto Interno Bruto
PNB	Produto Nacional Bruto
SINAMGE	Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo
SUS	Sistema Único de Saúde
TARP	<i>Technical Assistance Research Program</i> (Programa de Pesquisa em Assistência Técnica)
TI	Tecnologia da Informação
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

RESUMO

Com a crescente representatividade do setor de serviços na economia mundial, se torna cada vez mais necessária a pesquisa e a implementação de modelos que abordem as singularidades dos serviços em relação aos outros setores da economia. O presente trabalho tem por objetivo aplicar um plano de ações voltado à estratégia de retenção de clientes, identificando e abordando os componentes a serem implementados, pelo qual se obtenha uma vantagem competitiva sustentável no longo prazo, por meio de um atendimento diferenciado e pelo fortalecimento de uma cultura de serviços baseada no relacionamento com clientes e colaboradores. O plano de ações proposto está sendo implementado em uma empresa de medicina de grupo com atuação local, e por isso, além de se basear em vasta fundamentação teórica, foram consideradas as características da empresa e do mercado onde atua. Com os resultados advindos da validação parcial do plano de ações, uma vez que ainda faltam etapas a avançar, pode-se concluir que os primeiros passos em direção à retenção de clientes foram alcançados.

Palavras-chave: Serviços, retenção de clientes, relacionamentos, medicina de grupo.

ABSTRACT

With the growing importance of the section of services in world-wide economy, research and the implementation of models that approach the uniqueness of the services in relation to the other sections of economy become more and more necessary. This dissertation aims at applying a plan of actions directed to the customer retention strategy by identifying and approaching the components to be implemented, through which a sustainable competitive advantage is obtained in the long term, by means of a differentiated assistance and by the strengthening of a culture of services based on the relationship with customers and collaborators. The plan of actions proposed is being implemented in a local company of group health care and, due to this, besides being based on an ample theoretical foundation, the company's characteristics and the market where it operates, have also been taken into consideration. Considering the results that came upon the partial validation of the model, and the fact that there are still other stages to be accomplished, it is possible to conclude that the first steps towards to the retention of customers have been reached.

Key words: Services, customer retention, relationships, group health care.

1 INTRODUÇÃO

1.1 COMENTÁRIOS INICIAIS

Os serviços estão no centro da atividade econômica de qualquer sociedade (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2000). Há na economia uma migração muito forte da produção de bens para a prestação de serviços.

Dentre os três setores da economia, o terciário – serviços – já responde por significativa parcela da geração de riquezas mundial, bem como por considerável número de postos de trabalho.

É imperativo, portanto, que se reconheça que os serviços não representam apenas atividades periféricas, mas sim parte fundamental e integrante da sociedade (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2000). Vivemos em uma sociedade de serviços, ou, se preferirmos, em uma economia de serviços (Grönroos, 1993).

Essa mudança na economia global, com predominância das atividades no setor terciário, contudo, requer uma alteração na visão organizacional do mundo moderno. “Há um grande desafio em atingir e manter o padrão de qualidade que os clientes desejam e esperam de nós” (Marriott Jr. *apud* Albrecht, 1998).

De acordo com Carlzon (1994, p. 18), “cada vez mais incapazes de competir com base nas vantagens dos produtos, as economias ocidentais estão sendo transformadas em economias de serviços”.

Cabe ressaltar que o crescimento no setor de serviços tem-se acelerado, principalmente, pelo aumento da eficácia no setor de produção de bens, o que podemos entender mais claramente se inserirmos neste contexto a tecnologia (Normann, 1993).

Por outro lado, “a fronteira entre produtos e serviços está desaparecendo rapidamente.

O que antes parecia ser uma polaridade rígida, atualmente está se tornando um híbrido: a *servicilização* dos produtos e a *produtilização* dos serviços” (McKenna, 1993, p. 16).

As empresas devem entender que um bom desempenho do conceito de serviço reforça a competitividade e estabelece um relacionamento com o cliente, consolidando a marca, a comunicação com o mercado, as vendas e as políticas de preços (Berry & Parasuraman, 1995).

Porém, a grande dificuldade encontrada em alguns segmentos é a definição clara entre produtos e serviços. Neste sentido, Levitt *apud* Albrecht (1998, p. 1) enfatiza que “não existem indústrias de prestação de serviços. Há apenas indústrias nas quais o componente de prestação de serviços é mais ou menos importante do que em outras. Todos nós prestamos serviços”.

Então, pode-se afirmar que existe um “setor oculto de serviços”, significativamente substancial (Evans & Berman *apud* Grönroos, 1993) e, paralelamente, um “setor oficial de serviços”.

Não apenas os prestadores de serviços, mas também os fabricantes, deverão compreender como abordar e gerenciar serviços. Em vista à globalização dos produtos, e agora dos serviços, a homogeneidade da qualidade torna-se um fator concorrencial imperioso (Horovitz, 1993).

Nota-se, também, que alguns fatores estão propiciando um aumento considerável na demanda por serviços, dentre os quais é possível citar: desejo de melhor qualidade de vida, aumento no tempo de lazer, alterações nas variáveis demográficas, geográficas e psicográficas, maior sofisticação dos consumidores, sem falar nos avanços tecnológicos (Gianesi & Corrêa, 1994).

A grande dificuldade, então, passa a ser como administrar a qualidade de um serviço, sendo mais difícil do que no caso da qualidade de produtos, tendo em vista que as expectativas e percepções dos clientes estão fundamentadas em aspectos comportamentais, bem como em aspectos tangíveis que consolidam o conceito da prestação dos serviços, inferindo grande variabilidade na avaliação da qualidade. Albrecht (1998) já dizia: “o resultado final de um serviço é um sentimento”, ilustrando esta dificuldade ao projetarmos um serviço dimensionado para satisfazer aos clientes.

Dentre tantos segmentos no setor de serviços, foi escolhido o da saúde, procurando entendê-lo melhor, analisando e avaliando os aspectos sociais, suas implicações no bem-estar da população, inserindo uma discussão a respeito do aumento da qualidade de vida das pessoas, porém, baseando-se na profissionalização e modernização dos processos de gestão na área da saúde, não esquecendo dos resultados, os quais devem advir de uma vantagem competitiva sustentável no longo prazo (Porter, 1989), como forma de posicionar, corretamente, a organização diante do mercado.

E por falar em resultados, Hronec (1994) muito apropriadamente coloca os indicadores de desempenho como os “sinais vitais” da organização.

“O termo ‘saúde’ deriva do latim *salute*, que significa salvação, enquanto ‘doença’ vem do latim *dolentia*, cujo significado é dor” (Rebelo, 1995, p. 3). Diante disso, será proposto uma quebra de paradigmas, sugerindo-se um plano de ações voltado à retenção de clientes para a área da saúde que estabeleça uma conexão entre a *salute*, o cliente, a medicina preventiva e resultados, ao invés da *dolentia*, do paciente, da medicina curativa (somente) e do não-comprometimento com o gerenciamento de resultados concretos.

1.2 TEMA

O tema desse trabalho é o setor terciário da economia, ou seja, o setor de serviços, enfocando, particularmente, o segmento da saúde e a retenção de clientes como estratégia de obtenção de uma vantagem competitiva sustentável, por meio de um efetivo relacionamento com os clientes, tanto os externos, quanto os internos.

1.3 JUSTIFICATIVA

Nada mais relevante do que o significativo crescimento da participação do setor de serviços, tanto na economia mundial, quanto na economia brasileira.

Segundo estatísticas do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no ano de 1998, o setor de serviços respondia por 59,70% da economia brasileira, seguido pela indústria, com 32,30% e agricultura, com 8,00% (*Business Monitor International*, 2000).

Outros dados estatísticos reforçam essa idéia. Em 1984, dados publicados pelo GATT – *General Agreement on Tariffs and Trade* (Acordo Geral de Tarifas e Comércio) – ressaltam que o setor terciário respondia em média a 66% da economia norte-americana e a 58% no caso do Mercado Comum Europeu.

Na economia norte-americana, caracterizada por sua liderança mundial, o setor estudado apresenta um índice de empregabilidade de 70% sobre a população economicamente ativa (Albrecht & Zemke, 1990).

Segundo Lovelock & Wright (2001, p. 5), atualmente, a participação dos serviços na economia “nos Estados Unidos e no Canadá, respondem, respectivamente, por 72% e 67% do Produto Nacional Bruto (PNB)”.

Por sua vez, Kotler (2000) afirma que o setor de serviços, já responde por 74% da economia americana, ressaltando que 79% das pessoas empregadas estão relacionadas a atividades de serviços.

“De acordo com o *Bureau of Labor Statistics*, as ocupações do setor de serviços serão as únicas responsáveis pelo crescimento no número de empregos no ano 2005” (Kotler, 2000, p. 448).

Os serviços estão se tornando uma fonte singular de geração de riqueza, além de absorver o nível excedente de postos de trabalho, principalmente os oriundos do setor industrial.

Os autores Giansesi & Corrêa (1994) enfatizam que “já é hora de tratar o setor de serviços com seriedade” (p. 13). “A preparação do terreno, embora fundamental, está feita. É preciso passar de *o que fazer* para *como fazer*” (p. 14).

De acordo com Barcellos (2000), uma estratégia defensiva voltada à retenção de clientes pode resultar em melhor desempenho empresarial, principalmente, enfocando aspectos como a melhoria da qualidade dos serviços e o devido tratamento das reclamações.

Anderson, Fornell & Rust (1997) resgatam uma variedade de estudos onde descobriram que níveis maiores de satisfação do cliente levam a níveis maiores de lealdade do cliente (Anderson & Sullivan, 1993; Bearden & Tell, 1983; Bolton & Drew, 1991; Boulding et al., 1993; Fornell, 1992; LaBarbera & Mazursky, 1983; Oliver, 1980; Oliver & Swan, 1989; Yi, 1991). Por intermédio do crescimento da lealdade, alguns autores dizem que a satisfação do cliente ajuda a assegurar rendimentos futuros (Fornell, 1992; Rust et al., 1994 e 1995), reduzir custos de transações futuras (Reichheld & Sasser, 1990), diminuir a elasticidade dos preços (Anderson, 1996) e minimizar a probabilidade de os clientes trocarem de fornecedor se a qualidade deixar a desejar (Anderson & Sullivan, 1993).

Reichheld & Sasser *apud* Berry & Parasuraman (1995, p. 159), “chegam à conclusão de que, dependendo da modalidade, as empresas podem aumentar os lucros de 25% a 85%, reduzindo as fugas de clientes em apenas 5%”.

Zeithaml, Berry & Parasuraman (1996, p. 34) apregoam o impacto financeiro da retenção de clientes, dizendo que “a longevidade do relacionamento com o cliente influencia favoravelmente a lucratividade”.

Segundo Wiersema (1996, p. 9), a aproximação junto ao cliente possibilita o que chama de “intimidade com o cliente”. “Compradores e vendedores se concentram no que consideram a questão primordial – o preço – e frequentemente ignoram questões mais complexas e sutis: a qualidade, a operação e a compreensão mútua”.

E Wiersema (1996, p. 11 e 29) vai além:

“A intimidade com o cliente significa mais do que ser voltado para o cliente e sensível a todas as exigências do cliente. As empresas que

praticam a intimidade com o cliente buscam soluções que excedam as necessidades e exigências imediatas”. (...) A base da intimidade com o cliente está em um simples – porém radical – compromisso: oferecer resultados”.

“As organizações orientadas para o mercado reconhecem que só a satisfação do cliente não basta. Ela precisa ser convertida em relacionamentos e lealdade” (Day, 2001, p. 31).

A globalização do mercado proporciona inúmeras alternativas para os clientes e o nível concorrencial vem aumentando desenfreadamente. “Tudo isto resume uma dura realidade: muitos clientes em potencial já foram conquistados e as empresas com poucos clientes certamente vão tentar atrair os seus” (Furlong, 1994, p. 4).

Nesse contexto, o *marketing* de relacionamento pode ser um fator propulsor das relações entre a empresa e o mercado, a fim de estabelecer relacionamentos mutuamente satisfatórios de longo prazo no intuito de ganhar e reter a preferência dos clientes (Kotler, 2000).

Conforme pesquisa realizada pela *American Management Association*, conquistar novos clientes é cinco vezes mais caro do que reter os clientes atuais (Furlong, 1994).

Por outro lado, vislumbra-se o segmento da saúde como uma excelente oportunidade para estudos, considerando-se que a bibliografia sobre o setor de serviços na área de saúde ainda é escassa, havendo uma demanda latente para a produção de conhecimento.

A preocupação com a área da saúde é particularmente importante pela sua função social, responsável pelo bem-estar da população, sendo reforçada pelas recentes alterações na legislação, modificando a exigência e o perfil das organizações que atuam neste mercado. A iniciativa privada se vê na obrigação legal de suprir algumas deficiências do modelo estatal da saúde, o que justifica, plenamente, uma melhoria na gestão de seus resultados, não só como fonte de obtenção de uma vantagem competitiva, mas também como uma forma de sobrevivência diante de tais dificuldades estruturais e mercadológicas.

O governo, os prestadores de serviços e a sociedade estão cada vez mais preocupados com a questão estrutural do setor. Na 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000, em Brasília, os especialistas constataram que os problemas são os de sempre: “consolidação do Sistema Único de Saúde, o controle social da assistência médico-farmacó-hospitalar, novos padrões de financiamento do setor e o processo de universalização do atendimento” (Beting, 2000).

Segundo dados da OMS – Organização Mundial da Saúde, e da ONU – Organização das Nações Unidas, o Brasil fechou o ano com um dispêndio de US\$ 210 por habitante/ano,

comparados aos US\$ 1.230 da Austrália, US\$ 1.820 da França e US\$ 3.310 dos Estados Unidos.

Vários fatores pressionam o setor da saúde, dentre eles o aumento da demanda, demanda esta que o governo, por falta de estrutura, repassa a responsabilidade para a iniciativa privada, expandindo as coberturas obrigatórias pela nova regulamentação, como, por exemplo, transplantes de rins e córneas, tratamentos para portadores de AIDS – *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) – e algumas doenças cardiovasculares.

Além da demanda, outros fatores que pressionam o setor da saúde são: queda nas taxas de fertilidade e de mortalidade infantil, em contrapartida a uma maior longevidade dos idosos, ressurgimento de moléstias erradicáveis, aparecimento de novas doenças contagiosas e outras relacionadas aos hábitos de vida, ou, se preferirmos, as doenças “modernas” (câncer, cardiopatias, depressão, obesidade), índices crescentes quanto à poluição, maior pressão quanto à qualificação dos profissionais ligados à saúde e ao emprego de novas tecnologias, sem falar no impacto das variáveis econômicas e no aumento dos custos advindos de pesquisa e implementação de novos medicamentos, procedimentos e equipamentos.

Em contrapartida a esses fatores, segundo Wolf (2001, p. 12), os clientes “estão exigindo uma qualidade de vida melhor e estão dispostos a pagar por isso”.

Eis a relevância de estabelecer um relacionamento sólido, baseado em valor, para ambas as partes – clientes e o provedor de saúde.

“O que mantém a lealdade do cliente e sustenta o poder de competitividade no longo prazo é o atingimento ou superação consistente das expectativas do cliente” (Gianesi & Corrêa, 1994, p. 74).

“A retenção de clientes é a chave para o sucesso no mercado do novo milênio” (Vavra & Pruden, 1995). Kaplan & Norton (1997, p. 73) comentam que “(...) uma forma ideal de manter ou aumentar a participação de mercado em segmentos específicos é assegurar a retenção dos clientes atuais”.

“Se sua meta for um crescimento lucrativo, uma das alavancas mais importantes é a retenção de clientes” (Whiteley & Hessian, 1996, p. 177). Pesquisa realizada por Reichheld & Sasser *apud* Whiteley & Hessian (1996, p. 177), “(...) indica que um aumento de 5 por cento na taxa de fidelidade do cliente pode resultar em um aumento de 100 por cento nos lucros”.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral

O objetivo geral deste trabalho é propor e aplicar um plano de ações voltado à retenção de clientes para uma empresa de medicina de grupo com atuação local, identificando e abordando os componentes a serem implementados neste plano de ações.

1.4.2 Objetivos Específicos

Como objetivos específicos, são elencados:

- a. levantar referencial teórico que fundamente o plano de ações a ser proposto;
- b. estabelecer os componentes do plano de ações a serem implementados para a retenção de clientes;
- c. ampliar a visão conceitual de clientes, rompendo a idéia de “pacientes”, além de inserir, neste contexto, os colaboradores, sob uma ótica de bem-estar, de qualidade de vida para as pessoas;
- d. tratar as reclamações de clientes como fundamentais para o estabelecimento de um relacionamento de longo prazo, bem como uma parceria para a melhoria contínua, para a recuperação do serviço e para a manutenção do grau de satisfação dos clientes;
- e. fortalecer uma cultura de serviços orientada para os principais grupos de interesse (*stakeholders*) da organização: clientes, colaboradores, médicos e acionistas;
- f. identificar indicadores relativos à retenção de clientes.

1.5 MÉTODO

O método aborda o conjunto de processos pelos quais se possibilita conhecer determinada realidade, produzir determinado objeto ou desenvolver certos procedimentos ou ações. Assim sendo, o método proporciona a identificação da forma pela qual serão atingidos os objetivos propostos (Oliveira, 1999).

Para tanto, foi trazido à escolha do método, o paradigma da Teoria Crítica, a qual prevê como objetivos da ciência a transformação da sociedade e a emancipação do homem, onde os fenômenos só podem ser compreendidos se vistos em sua totalidade, sendo ciência e sociedade partes integrantes de um sistema global. A ênfase passa a ser no problema, enquanto que a metodologia assume um aspecto secundário, e sujeito e objeto são elementos co-participantes do processo da pesquisa, considerando o julgamento de valor como parte essencial (Alves-Mazzotti & Gewandsznajder, 1999).

Consoante a isso, o método a ser utilizado no presente trabalho é o dialético, o qual, segundo Vergara (2000, p. 13), “(...) vê as coisas em constante fluxo e transformação. Seu

foco é, portanto, o processo. Dentro dele, o entendimento de que a sociedade constrói o homem e, ao mesmo tempo, é por ele construída”.

Dessa forma, Oliveira (1999, p. 69) desenvolve o pensamento que o método dialético apresenta “duas divisões opostas: a que leva o ser para a sua própria construção e outra que o leva para a destruição desta mesma construção [no sentido evolutivo]”.

Para que os objetivos almejados pelo trabalho sejam plenamente alcançados, será utilizada a pesquisa intervencionista, a qual “(...) tem como principal objetivo interpor-se, interferir na realidade estudada para modificá-la” (Vergara, 2000, p. 47).

Para tanto, o desenvolvimento desse trabalho seguirá as seguintes técnicas:

1.5.1 Pesquisa Bibliográfica

A finalidade da pesquisa bibliográfica é conhecer a contribuição científica já desenvolvida, em sua diversidade, sobre o assunto em pauta (Oliveira, 1999).

“Dois aspectos são tradicionalmente associados à revisão da bibliografia pertinente a um problema de pesquisa: (a) análise de pesquisas anteriores sobre o mesmo tema e/ou sobre temas correlatos e (b) a discussão do referencial teórico” (Alves-Mazzotti & Gewandsznajder, 1999, p. 179).

A pesquisa bibliográfica, a qual resultará na revisão da bibliografia, servirá para uma orientação teórica, usando a literatura como momento de discussão de conceitos e justificativa de análises presentes no trabalho.

Serão utilizadas várias fontes de materiais publicados, constituídas de livros de autores renomados nas áreas de serviço e da saúde, e periódicos, dentre outras, como forma de estudo sistematizado e sustentação teórica para o plano de ações proposto, o que, de certa forma, indicará um caminho inicial para que sejam atingidos os objetivos do trabalho, servindo, ainda, de instrumental analítico para as demais dimensões da pesquisa.

1.5.2 Pesquisa Documental

“A característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos constituindo o que se denomina de fontes primárias” (Marconi & Lakatos, 1996, p. 57).

“Considera-se como documento qualquer registro escrito que possa ser usado como fonte de informação. Regulamentos, atas de reuniões, livros de frequência, relatórios, arquivos, pareceres, etc., podem nos dizer muitas coisas (...). A análise de documentos pode ser usada, tanto como uma técnica exploratória, como para checagem ou complementação dos dados obtidos por meio de outras técnicas” (Alves-Mazzotti & Gewandsznajder, 1999, p. 160).

No trabalho, serão realizadas análises e aproveitamento de dados provenientes de documentos conservados pela empresa, os quais permitirão um levantamento e avaliação do caso por meio da contextualização do seu nível de prestação de serviços e do grau de relacionamento que esteja praticando com os seus clientes, prestadores de serviço e colaboradores, aproveitando, inclusive, aspectos políticos, culturais e mercadológicos.

1.5.3 Pesquisa de Campo

“Consiste na observação dos fatos tal como ocorrem espontaneamente, na coleta de dados e no registro de variáveis presumivelmente para posteriores análises” (Oliveira, 1999, p. 124). Sua finalidade é conseguir informações e gerar conhecimento a respeito de um problema para o qual procura-se uma resposta, hipótese, comprovação e descoberta de novos fenômenos e suas relações [ou ainda, alternativas] (Marconi & Lakatos, 1996).

A pesquisa de campo será implementada para o entendimento das expectativas e percepções dos clientes, prestadores de serviços (principalmente médicos), colaboradores e acionistas a respeito dos atributos essenciais dos serviços de saúde prestados pela empresa estudada, por meio de entrevistas e questionários não-estruturados e pela observação dos vários públicos enfocados.

1.5.4 Pesquisa-Ação

Segundo Thiollent (1997), a pesquisa-ação consiste na integração efetiva entre a pesquisa e a ação em um processo no qual os participantes da organização e o(s) pesquisador(es) interage(m), de forma participativa, na busca de soluções de problemas em situações reais.

“Na prática, uma investigação útil para os atores de uma situação, em matéria de decisão e ação, nunca se limita à observação de fatos ‘objetivos’ por meio de procedimentos ‘neutros’. (...) Tais objetivos não se reduzem à observação”. E o autor vai mais além: “uma característica própria da pesquisa-ação está no fato de pressupor uma concepção da ação” (Thiollent, 1997, p. 34 e 36).

Portanto, a pesquisa-ação será empregada ao trabalho como forma de discussão e proposição de um plano de ações voltado à retenção de clientes, bem como sua validação parcial, devido ao seu caráter de intervenção participativa na realidade. A validação do plano de ações será conduzida pela implementação parcial das proposições, aproveitando uma associação prática no que tange à resolução de problemas advindos do estudo, vislumbrando uma melhoria nos resultados para a empresa estudada.

1.5.5 Análise dos Resultados, Estabelecimento de Conclusões e Sugestões para Desenvolvimento de Trabalhos Futuros

A análise dos resultados permitirá algumas conclusões sobre o desenvolvimento do trabalho realizado, corroborando sua aplicabilidade e expondo determinadas limitações.

William Thompson *apud* Alves-Mazzotti & Gewandsznajder (1999, p. 81) afirmou: “somente quando podemos medir aquilo de que falamos é que sabemos algo a seu respeito; caso contrário, nosso conhecimento é escasso e insatisfatório”.

Como o trabalho não é um fim em si mesmo, poderão surgir algumas indicações de trabalhos que deveriam ou poderiam ser abordados no futuro, devido à dimensão de complementaridade entre os objetivos deste trabalho e tais projetos.

1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO

O presente estudo está estruturado a fim de possibilitar um encadeamento lógico de idéias, corroboradas pelo aprofundamento teórico advindo de pesquisas bibliográficas, permitindo, assim, além da compreensão, a possibilidade de transformar a proposição de um plano de ações voltado à retenção de clientes em um conjunto aplicável de elementos.

O primeiro capítulo apresenta comentários iniciais a respeito do setor de serviços, proporcionando uma visão geral sobre o tema, a justificativa, os objetivos do trabalho (geral e específicos), além de discutir sua metodologia e algumas limitações intrínsecas ao mesmo.

O segundo capítulo resgata uma revisão bibliográfica, discutindo o conceito de serviços, suas características em contraposição aos produtos, as dimensões da qualidade sob uma ótica de serviços, a importância dos colaboradores no processo de prestação de serviços, estratégias para o setor, bem como o entendimento básico sobre o setor estudado – o da saúde.

O terceiro capítulo enfoca uma análise detalhada sobre características específicas da empresa utilizada na pesquisa-ação e sobre o mercado local onde atua, contextualizando-a em sua realidade mercadológica.

O quarto capítulo consiste na apresentação do plano de ações proposto, detalhando conceitos, objetivos específicos, implementação e controle de cada componente do mesmo.

O quinto capítulo resgata os resultados e suas respectivas análises em relação à validação, embora parcial, do plano de ações proposto.

Por fim, nas conclusões finais, comenta-se a respeito do trabalho de forma geral, bem como relaciona-se algumas áreas que demandam sugestões para desenvolvimentos futuros, tendo em vista oportunidades de estudo e a complementaridade com o trabalho realizado.

1.7 LIMITAÇÕES DO TRABALHO

Em todas as circunstâncias, existem limitações nos objetivos da pesquisa. Não há a pretensão de se resolver todos os conflitos ou problemas da organização, sejam eles fundamentais ou estruturais, os quais não têm soluções no tempo e no espaço de uma pesquisa pontual.

“O objetivo final não é a total libertação de todos os males que afligem a humanidade [no caso, a organização]. É apenas um esforço limitado de pesquisa para aumentar o conhecimento e a consciência das pessoas e dos grupos envolvidos no processo, com delineamento de ações concretas de curto ou médio prazos” (Thiollent, 1997, p. 27-28).

Inserido nesse contexto, o presente trabalho apresenta as seguintes limitações:

Não há a pretensão de se esgotar a revisão bibliográfica em torno dos temas discutidos: serviços, saúde e retenção de clientes, apenas resgatar fundamentação teórica para o plano de ações proposto.

O plano de ações proposto está adequado à realidade e às características de uma empresa de medicina de grupo com atuação local, o que poderá exigir algumas adaptações caso venha a ser implementado em situações diferentes.

O plano de ações proposto e seus respectivos componentes estão direcionados a atingir resultados para a empresa, alvo da pesquisa-ação, somente no segmento de clientes Plano Empresarial. Contudo, a partir do aprendizado organizacional gerado pela validação parcial do plano de ações, bem como da evolução interna da empresa no que se refere a recursos advindos da tecnologia da informação, o mesmo deverá ser ampliado, também, para o segmento de clientes Plano Pessoal, contemplando todos os usuários do Plano de Saúde, indistintamente.

As dificuldades resultantes da implementação, embora ainda que parcialmente, do plano de ações, seja pela escassez de experiências similares, seja pela falta de domínio do pessoal envolvido, se configuraram como limitações da pesquisa.

Finalmente, a metodologia com que foram levantados os resultados, e por decorrência, suas análises, poderia ter sido mais rigorosa, embora a existência de limitações quanto ao resgate histórico e respectivas fontes de informações, também tenham sido significativas.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA – O SETOR DE SERVIÇOS E A SAÚDE

Neste capítulo, é apresentada uma revisão conceitual a respeito dos principais assuntos que permeiam e fundamentam a discussão sobre o setor de serviços, bem como alguns aspectos relacionados ao segmento de mercado que será foco do trabalho, o da saúde.

2.1 A NATUREZA DO SETOR DE SERVIÇOS

2.1.1 Conceito de Serviços

Para um maior aprofundamento sobre os serviços, é importante que se faça um resgate conceitual, o que deverá servir como base para um melhor entendimento do tema. Eis alguns dos conceitos mais relevantes no processo evolutivo dos serviços:

“É extremamente difícil definir um produto puro ou um serviço puro. Um produto puro implica que o consumidor obtém benefícios somente do produto, sem nenhum valor agregado pelo serviço; da mesma forma, um serviço puro assume que não há um elemento ‘produto’ no serviço que o consumidor recebe” (Bateson & Hoffman, 2001, p. 33).

“Serviços representam ou satisfações intangíveis apresentadas diretamente (transporte, acomodação), ou satisfações intangíveis apresentadas indiretamente quando da compra de mercadorias ou de outros serviços (crédito, entrega)” (Regan, 1963 *apud* Grönroos, 1993, p. 35).

Para Judd e Blois, respectivamente, *apud* Grönroos (1993), o conceito de serviços está relacionado à sua intangibilidade, não podendo haver transferência de propriedade ou mudança física de um bem. Blois traz ao conceito a idéia de que o serviço proporciona benefícios e satisfações.

Na linha complementar a Blois, Stanton *apud* Grönroos (1993, p. 35) também se refere à intangibilidade dos serviços, enfatizando que eles devem prover “a satisfação de um desejo quando colocados no mercado (...)”.

Para Lehtinen *apud* Grönroos (1993, p. 35), “um serviço é uma atividade ou uma série de atividades que tem lugar nas interações com uma pessoa de contato ou com uma máquina física e que provê satisfação ao consumidor”.

Andresen et al. *apud* Grönroos (1993) também comentam a respeito dos benefícios intangíveis que os serviços devem proporcionar aos clientes, porém salientam que estes devem incluir algum componente físico (tangível) ou técnico.

Kotler & Bloom e Kotler, respectivamente, *apud* Grönroos (1993) afirmam que a produção do serviço pode estar ligada ou não a um bem físico ou tangível.

Free *apud* Grönroos (1993, p. 35) conceitua serviço como “o atendimento das expectativas do cliente durante uma venda e na atividade pós-venda, através da realização de uma série de funções que se equiparam ou que superam a concorrência (...)”.

Grönroos (1993, p. 36) faz uma junção entre as definições de Lehtinen, Kotler & Bloom e Gummesson e define serviços como “uma atividade ou uma série de atividades de natureza mais ou menos intangível (...) que é fornecida como solução ao(s) problema(s) do(s) cliente(s)”.

Para Albrecht (1994a), a distinção entre produto e serviço está obsoleta, sendo que qualquer trabalho envolve atividades de serviço. O novo preceito definidor é o valor que se propicia ao cliente, onde este valor é o resultado percebido pelo cliente.

Lovelock & Wright (2001, p. 5) capturam a essência dos serviços em duas definições:

“Serviço é um ato ou desempenho oferecido por uma parte a outra. Embora o processo possa estar ligado a um produto físico, o desempenho é essencialmente intangível e normalmente não resulta em propriedade de nenhum dos fatores de produção”.

“Serviços são atividades econômicas que criam valor e fornecem benefícios para clientes em tempos e lugares específicos, como decorrência da realização de uma mudança desejada no – ou em nome do – destinatário do serviço”.

2.1.2 Classificação dos Serviços

A classificação dos serviços pode ajudar na organização da discussão a respeito da administração de serviços e nas definições estratégicas e operacionais do negócio em si.

Schmenner (1999) propôs uma classificação dos serviços considerando duas dimensões – grau de interação e customização e grau de intensidade de mão-de-obra – que interferem, significativamente, no processo de atendimento aos clientes.

Portanto, desta classificação derivam quatro tipos de serviços:

- a. **Fábrica de serviços:** intensidade de mão-de-obra relativamente baixa, com uma maior significância de seus custos associada aos aspectos tangíveis da empresa – instalações e equipamentos – e baixo grau de interação com o cliente e customização. Ex: companhias aéreas e hotéis;
- b. **Loja de serviços:** o grau de intensidade de mão-de-obra ainda é relativamente baixo, porém, aumenta o grau de interação com o cliente e se faz presente a

necessidade de customização da oferta para o mercado. Neste momento, a operação de fluxo de linha dá lugar à operação de atendimento de pedidos. Ex: hospitais e serviços de reparos;

- c. **Serviços de massa:** apresentam alto grau de intensidade de mão-de-obra, contudo, um grau muito baixo de interação com o cliente e de customização. Ex: varejo, atacado e escolas;
- d. **Serviços profissionais:** associam alto grau de intensidade de mão-de-obra com grau de interação e customização igualmente altos. Ex: médicos e advogados.

2.1.3 O Pacote de Serviços

Segundo Normann (1993, p. 67), o pacote de serviços é “um conjunto de itens relacionados oferecidos ao cliente”. Já para Fitzsimmons & Fitzsimmons (2000, p.45), “o pacote de serviços é definido como um conjunto de mercadorias e serviços que são fornecidos em um ambiente”.

Sasser, Olsen & Wyckoff *apud* Normann (1993, p. 70-71) sugerem que uma oferta de serviços pode incluir componentes que objetivem: “facilitar a utilização de bens, explicitar intangíveis ou benefícios físicos e incorporar intangíveis ou benefícios psicológicos”.

O pacote de serviços, então, deve consistir de um conjunto de características, que serão descritas a seguir (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2000):

- a. **Instalações de apoio:** são os recursos físicos (tangíveis) que devem estar à disposição dos clientes antes de se ofertar um serviço. Aspectos considerados: localização, decoração das instalações, equipamento de apoio, adequação da arquitetura e *layout* das instalações. Ex: hospital e aviões;
- b. **Bens facilitadores:** material adquirido, consumido ou fornecido pelo cliente. Aspectos considerados: consistência com o serviço como um todo, quantidade e seleção. Ex: suprimentos médicos e substituição de autopeças;
- c. **Serviços explícitos:** benefícios facilmente sentidos pelo cliente. São características essenciais ou intrínsecas aos serviços. Aspectos considerados: treinamento do pessoal, abrangência do serviço em comparação com outros fatores, consistência e disponibilidade. Ex: ausência de dor após um tratamento médico e a chegada ao destino desejado após uma viagem aérea.
- d. **Serviços implícitos:** benefícios psicológicos que o cliente pode sentir vagamente ou características extrínsecas aos serviços. Aspectos considerados: atitude do prestador de serviços, ambiente, espera, *status*, sensação de bem-estar, privacidade e segurança e conveniência. Ex: saber que está sendo atendido por um médico renomado e com ótima formação e utilizar uma companhia aérea com excelente reputação em relação ao atendimento aos passageiros.

2.1.4 Características dos Serviços

Na literatura, há uma relativa convergência dos autores ao serem determinadas as principais características dos serviços. Grönroos (1993), Ganesi & Corrêa (1994), Schmenner (1999), Fitzsimmons & Fitzsimmons (2000), Lovelock & Wright (2001), Bateson & Hoffman (2001), e principalmente Kotler (2000), pela sua clareza, distinguem, basicamente, quatro características dos serviços:

- a. **Intangibilidade:** “Os serviços são intangíveis. Ao contrário de produtos físicos, eles não podem ser vistos, sentidos, ouvidos, cheirados ou provados antes de serem adquiridos” (Kotler, 2000, p. 450).
“O setor de serviços é como algo que não podemos tocar ou sentir” (Schmenner, 1999, p. 21). “Os serviços são experiências que o cliente vivencia enquanto que os produtos são coisas que podem ser possuídas” (Ganesi & Corrêa, 1994, p. 32). Grönroos (1993, p. 38) complementa a característica da intangibilidade dos serviços dizendo que “um serviço é normalmente percebido de maneira subjetiva. Quando os serviços são descritos pelos clientes, expressões como experiência, confiança, tato e segurança são utilizadas”;
- b. **Perecibilidade:** Fitzsimmons & Fitzsimmons (2000, p. 48-49) conferem aos serviços uma capacidade perecível com o tempo. “Como um serviço não pode ser estocado, se não for usado, está perdido”.
“Uma vez que o serviço é uma ação ou realização, e não um artigo tangível que o cliente guarda, ele é perecível e não pode ser estocado” (Lovelock & Wright, 2001, p. 20).
“A Perecibilidade dos serviços não é um problema quando a demanda é estável. Porém, quando a demanda oscila, as empresas prestadoras de serviços têm problemas” (Kotler, 2000, p. 453). Por isso, talvez um dos maiores desafios gerenciais é administrar a utilização total da capacidade de serviços, tendo em vista que as demandas dos clientes apresentam variações consideráveis, não permitindo a opção de formar estoques para absorver tais flutuações (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2000);
- c. **Simultaneidade ou Inseparabilidade:** “De modo geral, os serviços são produzidos e consumidos simultaneamente” (Kotler, 2000, p. 451). Segundo Grönroos (1993, p. 39), “o cliente não é apenas um receptor dos serviços; o cliente participa como um recurso da produção também”.
“O cliente é o elemento que, de alguma forma, dispara a operação, muitas vezes em termos de quando e como esta deve realizar-se, constituindo uma entrada do sistema de operações que não é diretamente controlada pela gestão” (Ganesi & Corrêa, 1994, p. 33).
Para Schmenner (1999), a simultaneidade ou inseparabilidade nada mais é do que a produção e o consumo fisicamente unidos, onde “tanto o prestador de serviços quanto o cliente afetam o resultado” (Kotler, 2000, p. 452).
“O fato de produção e consumo serem simultâneos, nos serviços, também elimina muitas oportunidades para intervenções do controle de qualidade” (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2000, p. 48);
- d. **Heterogeneidade ou Variabilidade:** “Pelo fato de dependerem de quem os fornece, além de onde e quando são fornecidos, os serviços são altamente variáveis” (Kotler, 2000, p. 452). “Um serviço ao cliente não é exatamente este mesmo serviço ao próximo cliente” (Grönroos, 1993, p. 40).
Pela presença de pessoas na prestação de serviços, seja dos colaboradores, seja dos clientes, no sistema operacional, torna-se difícil controlar a variabilidade tanto no

processo quanto no resultado final dos serviços (Lovelock & Wright, 2001; Bateson & Hoffman, 2001).

Com isso, esta característica cria uma das maiores dificuldades para o gerenciamento dos serviços, que é o “como manter um nível de qualidade uniforme percebida dos serviços produzidos e entregues aos clientes” (Grönroos, 1993, p. 40).

“Entretanto, nem todas as variações na entrega de serviço são necessariamente negativas, e as modernas empresas de serviço estão começando a reconhecer o valor de se personalizar pelo menos alguns aspectos da oferta de serviço segundo as necessidades e expectativas dos clientes. Em campos como a assistência médica, isso é essencial” (Lovelock & Wright, 2001, p. 19).

2.1.5 Uma Visão de Serviços como um Sistema Aberto

Pelas características diferenciadoras entre empresas prestadoras de serviços e de manufatura, é necessário que se amplie a visão sistêmica para os serviços.

Há um papel fundamental da gerência em educar o cliente para o momento em que este desempenhar um papel ativo no processo, sem falar na importância de procurar equilibrar a demanda com a capacidade do serviço e no gerenciamento dos colaboradores, inserindo treinamento e delegação de poder (*empowerment*), uma vez que há uma interação direta com os clientes (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2000).

A Figura 2.1 apresenta a inter-relação entre estes aspectos, abordando uma visão de sistemas abertos para as operações de serviços:

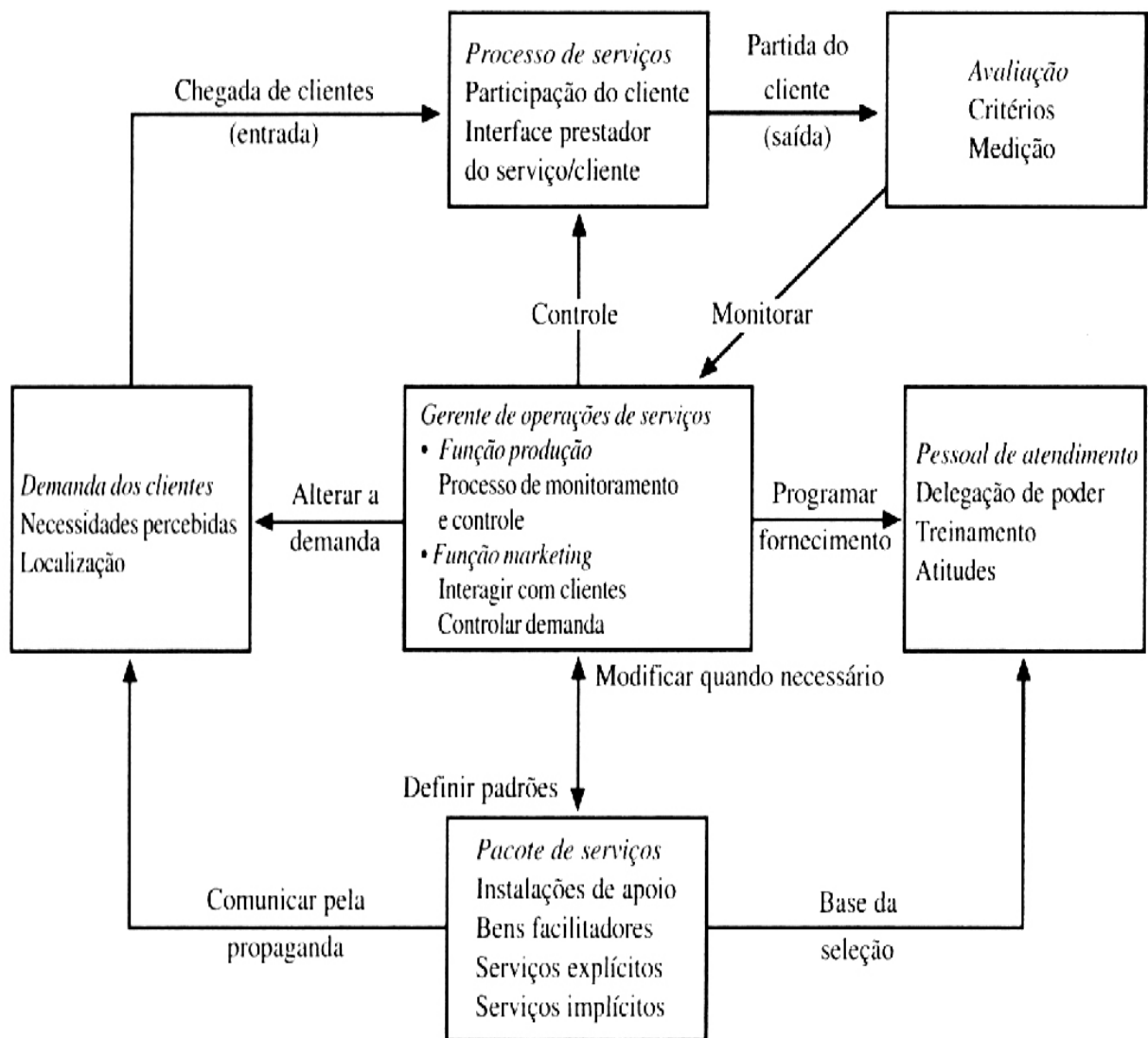


Figura 2.1 – Visão de sistemas abertos das operações de serviços
Fonte: Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2000, p. 52

2.1.6 A Cadeia de Lucro dos Serviços

Para Anderson & Fornell (1999), a satisfação de clientes pode levar a um processo de maior lealdade, assegurando receitas futuras para a empresa, além de proporcionar retorno acima da média do mercado em termos de rentabilidade.

Muitos autores vêm trabalhando com a idéia de analisar o cliente ao longo dos anos, entendendo quanto de valor geram para a empresa.

Sob a ótica de valor do cliente, Blattberg, Getz & Thomas (2001) afirmam que o cliente deve ser visto como um ativo financeiro da empresa, que, por sua vez, deve mensurar o seu valor ao longo do tempo, centrando seus sistemas em quatro práticas-chave: 1) comparando a aquisição de clientes, a retenção e aumento de vendas a clientes atuais;

2) gerenciando o ciclo de vida do cliente; 3) explorando o potencial do banco de dados e 4) quantificando pontualmente o valor do cliente.

“Os lucros são importantes não apenas como um fim em si mesmo, mas porque eles permitem à empresa melhorar o valor ofertado e prover incentivos para colaboradores, clientes e investidores a permanecerem leais à empresa” (Reichheld, Markey Jr. & Hopton, 2000, p. 136).

De forma mais operacional, Zahorik & Rust *apud* Zeithaml, Berry & Parasuraman (1996, p. 33) distinguem cinco tarefas que devem compor o modelo de impacto do serviço nos lucros:

“(1) identificar os atributos-chave a incluir no modelo; (2) selecionar os atributos mais importantes; (3) modelar o elo entre os programas e as atitudes; (4) modelar as respostas comportamentais aos programas de serviço e (5) modelar o impacto dos programas de serviço nos lucros”.

“A cadeia de serviço-lucro estabelece relacionamentos entre lucratividade, lealdade do cliente e satisfação do colaborador, lealdade e produtividade. (...) Lucro e crescimento são estimulados fundamentalmente pela lealdade do cliente. A lealdade é um resultado direto da satisfação do cliente. A satisfação é amplamente influenciada pelo valor dos serviços fornecidos aos clientes. A satisfação do colaborador resulta primeiramente da alta qualidade do suporte aos serviços e de uma política que permita aos colaboradores entregar resultados aos clientes” (Heskett et al., 1994, p. 110-111).

Para um melhor entendimento desta idéia, Heskett et al. (1994, p. 112) desenvolveram um esquema, o qual pode ser visto na figura 2.2:

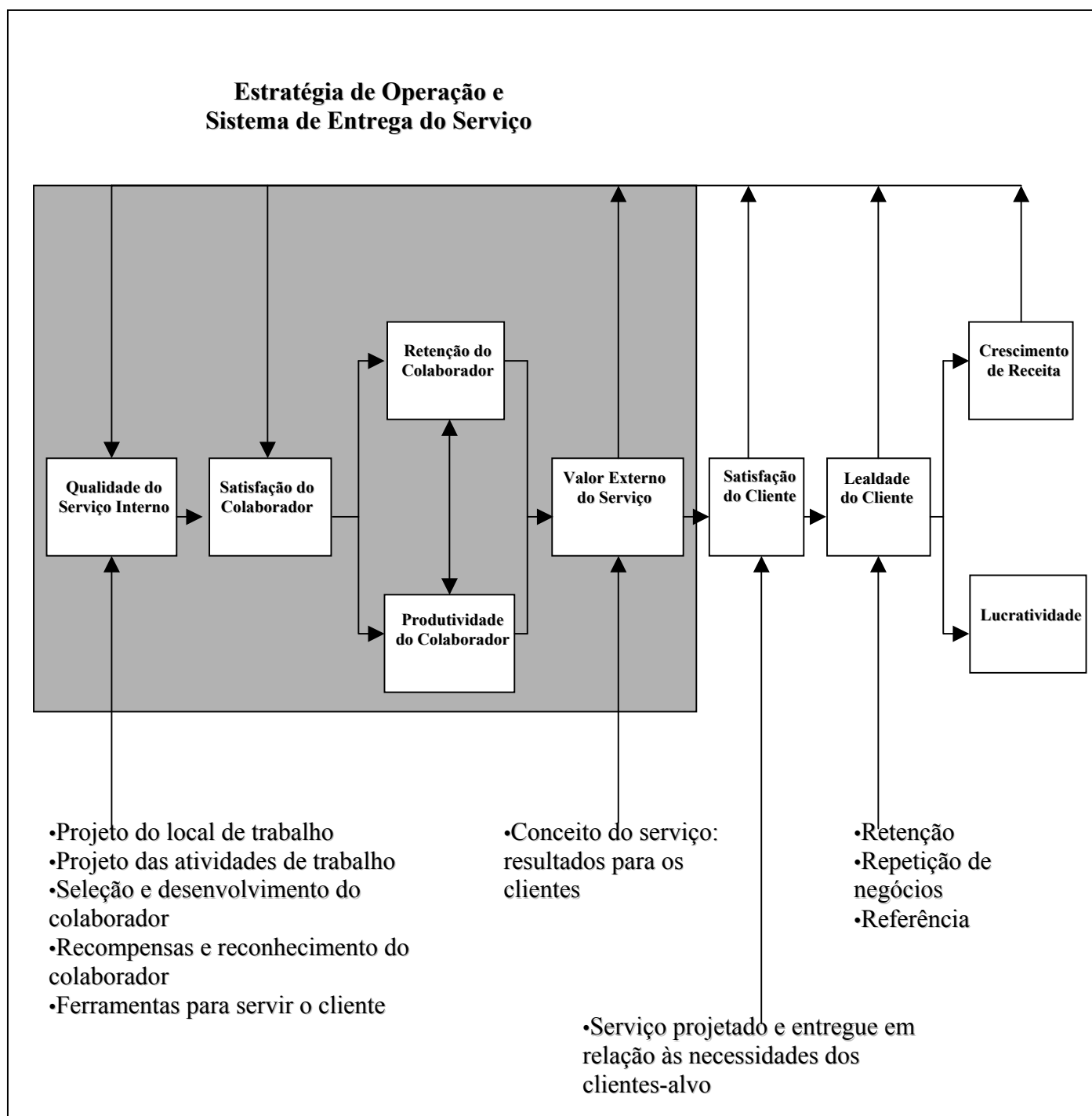


Figura 2.2 – Os elos na cadeia serviço-lucro
 Fonte: Heskett et al., 1994, p. 112

2.2 A IMPORTÂNCIA DA ESTRATÉGIA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

2.2.1 Os Serviços como Fonte de Vantagem Competitiva

De acordo com Porter (1989, p. 9), “a base fundamental do desempenho acima da média a longo prazo é a vantagem competitiva sustentável”.

Neste sentido, o autor amplia a discussão afirmando que tal vantagem competitiva pode advir de três estratégias genéricas, que são liderança em custo, diferenciação e enfoque (escolha de um ambiente competitivo estreito).

O grande perigo é a não-definição, por parte da empresa, de qual estratégia adotar. A indefinição estratégica ou a tentativa de alcançar um meio-termo fará com que a empresa venha a não possuir qualquer vantagem competitiva.

A vantagem competitiva está intimamente relacionada com a criação de valor para o cliente e pode ser consolidada através de dois mecanismos, ou seja, redução do custo ao comprador e elevação do desempenho.

A criação de valor superior resulta de uma gestão equilibrada dos condutores de valor, que são os ativos [ou recursos] (sistemas de informação, sistemas operacionais e equipamentos que melhorem a eficiência do serviço), as habilidades exclusivas (área comercial orientada às pessoas, habilidades relacionais do *marketing* e gestão de projetos) e cultura, organização e recursos humanos (organização flexível e transparente, trabalho em equipe, delegação de poder, empreendedorismo e aprendizado constante). É a partir da interação destes elementos que Matthyssens & Vandembemt (1998) propõem um modelo que gere vantagem competitiva para o setor de serviços.

“Somente quando os clientes estão plenamente satisfeitos com o desempenho é que eles estão abertos a esforços para reforçar seus vínculos com a empresa” (Day, 2001, p. 150).

Para Albrecht & Bradford (1992), no setor de serviços, a diferença passa, inicialmente, por melhor conhecer os clientes, culminando com a oferta de algum benefício que tenha valor real para o público-alvo da empresa. “(...) A excelência no serviço ao cliente também é uma vantagem competitiva poderosa. O serviço agrega valor através do relacionamento pessoal e suporte fornecido ao cliente” (Band, 1997, p. 25).

“Alcançar e manter um nível superior de serviço que dê à empresa uma vantagem competitiva inicia pelo entendimento e o gerenciamento do atendimento ao cliente” (Albrecht, 1994a, p. 5).

Por outro lado, para que uma organização seja detentora de uma vantagem competitiva, deve apresentar o que Hamel & Prahalad denominam competência essencial (*core competence*). “Uma competência é um conjunto de habilidades e tecnologias, e não uma única habilidade ou tecnologia isolada” (Hamel & Prahalad, 1995, p. 233).

A competência essencial, portanto, serve de suporte ao valor percebido pelo cliente. “Uma competência essencial precisa dar uma contribuição desproporcional para o valor

percebido pelo cliente. As competências essenciais são as habilidades que permitem à empresa oferecer um benefício fundamental ao cliente” (Hamel & Prahalad, 1995, p. 235).

Nesta mesma linha de raciocínio, Band (1997, p. 2) elenca “os quatro fatores críticos que criam valor aos olhos dos clientes: (1) qualidade; (2) serviço; (3) custos e (4) tempo”. São esses fatores que, na sua ótica, fomentam as competências críticas que a empresa deve observar, o que nada mais são do que as competências essenciais apreçadas por Hamel & Prahalad (1995).

No entendimento de Schneider & Bowen (1999), o grande desafio das empresas que prestam serviços é reduzir o número de “terroristas” – clientes que tiveram experiências negativas e que propagam o seu sentimento a outras pessoas – e criar “apóstolos”, que, através da propaganda boca-a-boca positiva, se transformem em defensores da empresa por terem tido suas expectativas excedidas pelos benefícios de um serviço de alto valor.

2.2.2 A “*Servicilização*” do Produto e a “*Proutilização*” do Serviço

“A fronteira entre produtos e serviços está desaparecendo rapidamente. O que antes parecia ser uma polaridade rígida, atualmente está se tornando um híbrido: a *servicilização* dos produtos e a *proutilização* dos serviços” (McKenna, 1993, p. 16).

Os prestadores de serviços estão inserindo à atividade alguns aspectos tangíveis da área de produção, aumentando o valor dos serviços, tais como padronização ou customização, confiabilidade, programas de qualidade e outros. Por outro lado, empresas que trabalham com produtos estão cada vez mais entendendo a importância de agregar valor aos seus produtos pela adição de serviços complementares, uma vez que os clientes percebem e passam a exigir tal valor, não mais adquirindo um bem ou um serviço, mas sim um benefício que acaba sendo o resultado de um híbrido produto-serviço.

2.2.3 Fidelização de Clientes

Muitas empresas não se preocupam com a fidelidade de seus clientes, não percebendo que a fidelidade baseia-se em um relacionamento duradouro e de longo prazo, e que dela poderá advir uma rentabilidade acima da média do mercado.

Reichheld (1996, p. 3) propõe a gestão baseada na lealdade. O autor comenta que “o lucro, obviamente, é indispensável, o que, junto com a lealdade, compõe a verdadeira essência de qualquer instituição comercial duradoura e bem sucedida”.

Ele diz ainda que a lealdade é um teste definitivo do desempenho da empresa e que as organizações devem ter como objetivo a criação de valor superior para o cliente.

Lovelock & Wright (2001, p. 150) definem fidelidade como a “decisão voluntária de um cliente de continuar prestigiando uma empresa específica durante um período prolongado”.

De acordo com Brown (2001, p. 53):

“A fidelidade do cliente é o resultado real de uma organização criando benefícios para um cliente, para que ele mantenha ou aumente suas compras junto à organização. A fidelidade do cliente é criada quando ele se torna um defensor da organização, sem incentivo para tal”.

Day (2001), nesse sentido, consolida essas idéias propondo o que denomina de “o círculo virtuoso da lealdade”, o qual pode-se verificar na figura 2.3:

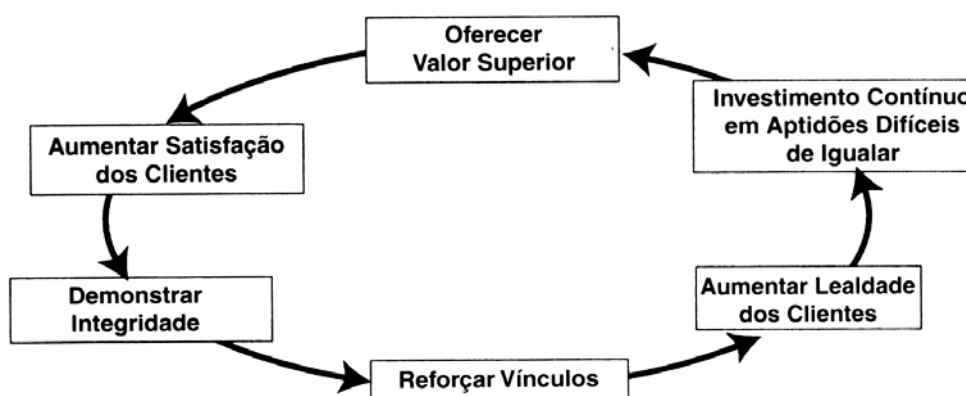


Figura 2.3 – O círculo virtuoso da lealdade

Fonte: Day, 2001, p. 150

2.2.4 Marketing de Relacionamento – Um Diferencial na Prestação de Serviços

Segundo Day (2000), “a habilidade de uma empresa em criar e manter relacionamentos com os seus mais valiosos clientes é uma base duradoura para uma vantagem competitiva”.

No início da década de 90, McKenna (1993, p. 5) apregoava que uma transição seria inevitável: “(...) da manipulação da mente dos clientes ao atendimento de suas necessidades”. Ao colocar que “*marketing* é tudo e tudo é *marketing*”, o autor explica que o *marketing* é uma filosofia, uma forma de fazer negócios e o objetivo primordial é ganhar mercado e não apenas vender. “(...) é desenvolver e manter relações com a infra-estrutura e com os clientes. É integrar os clientes no projeto, desenvolvimento, produção e processo de vendas da empresa” (McKenna, 1993, p. 40). Logicamente que nem todo o cliente vale este esforço (Day, 2000).

Na visão de Gordon (1999, p. 31), “*marketing* de relacionamento é o processo contínuo de identificação e criação de novos valores com clientes individuais e o compartilhamento de seus benefícios durante uma vida toda de parceria”. Na área de serviços, Berry *apud* Morgan & Hunt (1994) afirma que “*marketing* de relacionamento é atrair, manter e (...) aprimorar relacionamentos com clientes”.

Para Grönroos (1994), *marketing* de relacionamento é estabelecer, manter e aumentar relacionamentos com clientes e outros parceiros para que os objetivos das partes envolvidas sejam alcançados, destacando, também, que a dimensão estabelecer pode ser dividida em duas partes: atrair o cliente e construir o relacionamento.

É preciso que se observe que, em primeiro lugar, os clientes são pessoas para depois serem, de fato, clientes. Como pessoas, os clientes possuem três necessidades básicas: segurança, justiça e auto-estima (Schneider & Bowen, 1999). E nesse mesmo sentido, Morgan & Hunt (1994) complementam dizendo que a presença de compromisso e confiança na relação é um aspecto central para relacionamentos bem-sucedidos e não o poder e a habilidade em condicionar os outros.

Para Levitt *apud* Sviokla & Shapiro (1994, p. 49-59), “uma das indicações mais exatas de um relacionamento ruim ou em decadência é a ausência de queixas do cliente. Ninguém jamais fica tão satisfeito, especialmente durante um longo período de tempo”.

Diante disso, “ouvir os consumidores têm que ser do interesse de todos” (Tom Peters *apud* McKenna, 1993, p. 45).

De acordo com Gordon (1999) e Kothandaraman & Wilson (2000), alguns aspectos permeiam o *marketing* de relacionamento, que são cultura e valores, liderança, estratégia, estrutura, pessoal, tecnologia, conhecimento e percepção e processos; e, por conseguinte, o grande objetivo atribuído ao *marketing* de relacionamento passa a ser alinhar tais aspectos da empresa com os seus clientes e participantes (acionistas e colaboradores).

Kothandaraman & Wilson (2000) afirmam que “relacionamentos bem-sucedidos iniciam com o comprometimento interno (...)”, tornando-se fundamental que os gerentes tenham uma orientação positiva, crendo que o paradigma do relacionamento é como uma estratégia do negócio, onde “a essência de um relacionamento de negócio é a colaboração (...)” (Gordon, 2001).

Por outro lado, conforme Vavra (1993), o “*marketing* deve mudar a mentalidade de completar uma venda para a de iniciar um relacionamento; de fechar um negócio para construir lealdade”. Morgan & Hunt (1994) também fazem essa distinção entre a transação discreta e a troca relacional.

“O *marketing* de relações é essencial ao desenvolvimento de liderança, fidelidade do consumidor e rápida aceitação de novos produtos e serviços no mercado. A criação de relações sólidas e duradouras é uma tarefa árdua, de difícil manutenção” (McKenna, 1993, p. 105).

Gummesson (1998) também aborda o *marketing* transacional, focado na venda, e o *marketing* relacional, focado em relacionamentos, inclusive, destacando que “o *marketing* de relacionamento é o *marketing* visto como relacionamentos, redes de informação e interações”.

Cabe registrar, então, que:

“O cliente começa a estabelecer uma relação com a empresa, seja através de programas formais de relação/retenção por ela organizados, seja através de relacionamentos com pessoas com as quais tem interações. Esses contatos formam a base para o Valor de Retenção” (Rust, Zeithaml & Lemon, 2001, p. 63).

Portanto, as empresas devem reconhecer o valor inerente às atividades de retenção de clientes, exigindo que demonstrem cuidado e interesse por eles após terem efetivado uma compra. Eis alguns elementos que compõem esta visão de retenção de clientes (Vavra, 1993): a) atividades e esforços focados na satisfação dos clientes após a compra; b) atitudes que visem ao aumento da probabilidade de os clientes repetirem a compra, bem como a probabilidade de virem a comprar outros serviços da empresa ao invés de procurarem um concorrente; c) mensurar, sistematicamente, o grau de satisfação dos clientes pelos serviços atuais, planejando e alinhando sua operação em convergência com as expectativas dos clientes.

Vavra (1993, p. 35) indica, também, algumas atividades necessárias que são focadas no relacionamento empresa-clientes atuais:

“identificação da base de clientes, reconhecimento dos clientes como indivíduos, conhecimento de suas necessidades e expectativas, mensuração da satisfação proporcionada a eles, fornecimento de canais de comunicação amplos e demonstração ativa do sentimento de reconhecimento a eles”.

Por sua vez, Berry & Parasuraman (1995) destacam que o *marketing* de relacionamento pode ser praticado em três níveis, os quais são apresentados no quadro 2.1:

Quadro 2.1 – Os três níveis do *marketing* de relacionamento

Nível	Tipo de ligação	Orientação do marketing	Grau de personalização do serviço	Elemento básico do <i>mix</i> do marketing	Potencial de diferenciação competitiva sustentada
Um	Financeira	Consumidor	Baixo	Preço	Baixo
Dois	Financeira e social	Cliente	Médio	Comunicações pessoais	Médio
Três	Financeira, social e estrutural	Cliente	De médio a elevado	Prestação do serviço	Alto

Fonte: Berry & Parasuraman, 1995, p. 162

No nível um do *marketing* de relacionamento, usa-se os incentivos do preço para estimular a repetição de negócios com a empresa. Contudo, o preço é o elemento mais facilmente imitado, além de não oferecer uma vantagem competitiva sustentável.

No nível dois, além da utilização dos incentivos de preço, há a preocupação em se formar elos sociais acima dos elos financeiros que possam existir. Nesse nível, há ênfase à prestação de serviço e à mudança conceitual de consumidores para clientes. Há, também, a preocupação com o conhecimento das necessidades e dos desejos dos clientes, personalizando-se os relacionamentos com base nessas informações e à contínua revenda dos benefícios do relacionamento [transação contínua].

Por fim, no nível três, consolidam-se os relacionamentos através de elos estruturais, os quais são criados por serviços de valor na percepção do cliente, mas nem sempre prontamente disponíveis por meio de outros fornecedores. Aos elos estruturais soma-se uma dinâmica de não-preço para aumentar a ligação social existente.

2.2.5 Pós-Vendas – Uma Atividade Voltada ao Relacionamento com o Cliente

“É hora de mudar o direcionamento. A retenção do cliente é a chave para o sucesso no mercado do novo milênio. (...) Pós-venda é uma filosofia que enfatiza a importância de estabelecer relacionamentos de valor com os clientes” (Vavra & Pruden, 1995).

Segundo Vavra & Pruden (1995), as atividades relacionadas ao pós-venda são uma prática de *marketing*, cujo foco é a retenção dos clientes, sendo que o grande desafio é reconhecer os clientes, mostrando a eles o quanto a empresa os estima por terem lhe conferido a preferência. Essa idéia vai além da preocupação com a satisfação do cliente, pois também é

um novo modo de pensar a respeito do que gera e de como se deveria fazer negócios, sem falar que é muito melhor em relação aos custos manter um cliente atual do que atrair um novo cliente.

Vavra (1994) comenta, com propriedade, que quanto mais tempo se mantém um cliente, mais lucrativo o cliente é para o negócio, e, quanto mais tempo o cliente comprar de uma mesma organização, mais dependente se tornará de seus produtos ou serviços e menos suscetível ficará a ofertas com preços mais baixos da concorrência.

Outra razão que encorpa a importância das atividades pós-venda e que justifica a necessidade de as organizações dialogarem com seus clientes, é que estas iniciativas ajudam a formar a lealdade à marca.

Vavra (1994) identificou sete atividades específicas, as quais também denominou táticas (Vavra & Pruden, 1995), que devem ser implementadas: a) estabelecer e manter um banco de dados com informações de clientes; b) desenhar fluxogramas (*blueprinting*) para melhor identificar e conhecer os contatos com os clientes; c) analisar os retornos (*feedback*) e as reclamações dos clientes; d) conduzir pesquisas de satisfação de clientes; e) formular e gerenciar programas de comunicação; f) propiciar programas de eventos especiais aos clientes; g) identificar e recuperar os clientes perdidos.

Por outro lado, Rust, Zeithaml & Lemon (2001, p. 100) reforçam a importância dos programas voltados à criação do valor de retenção de clientes, os quais precisam, antes de tudo, responder às necessidades específicas de cada cliente. Tais programas devem “maximizar a probabilidade do cliente retornar para futuras compras; maximizar o tamanho dessas futuras compras; minimizar a probabilidade do cliente comprar de um concorrente”.

2.3 QUALIDADE EM SERVIÇOS

2.3.1 Definições e Avaliação da Qualidade em Serviços

Buzzell & Gale *apud* Grönroos (1993, p. 47) afirmam que “(...) a qualidade é qualquer coisa que os clientes afirmam ser, e a qualidade de um produto ou serviço, em particular, é qualquer coisa que o cliente perceba como tal”.

Lovelock & Wright (2001, p. 106-107) conceituam a qualidade de um serviço como sendo “avaliações cognitivas de longo prazo, por parte dos clientes, sobre a entrega de um serviço de uma empresa.”

Parasuraman, Berry & Zeithaml *apud* Bateson & Hoffman (2001) e Heskett et al. (1994) definem qualidade de serviço como a discrepância entre percepções e expectativas do cliente.

No entender de Lovelock & Wright (2001, p. 107) os clientes “possuem uma expectativa sobre a qualidade do serviço, com base em necessidades individuais, experiências passadas, recomendações de terceiros e propaganda de um fornecedor de serviços”.

Segundo Albrecht (1999, p. 11), “quando se trata de qualidade no mercado, a única coisa que importa é a experiência do cliente”. E, expandindo sua visão, comenta que a qualidade é “uma medida da extensão até a qual uma coisa ou experiência satisfaz uma necessidade, resolve um problema ou adiciona valor para alguém” (p. 66).

Entender e exceder as necessidades dos clientes é uma questão central para o gerenciamento do nível da qualidade. O cliente julga a qualidade utilizando os critérios de sua escolha. Enfim, o cliente é o juiz final do que é ofertado pela empresa (Plesek, 1998).

No modelo proposto por Kano *apud* Plesek (1998), para satisfazer o cliente, deve-se controlar continuamente a qualidade (o que deve ser qualidade), melhorar continuamente a qualidade e inovar continuamente. “Se a qualidade é relacionada a exceder continuamente as expectativas do cliente em um mercado competitivo, então o pensamento criativo e a habilidade de inovar são competências-chave (...)” (Plesek, 1998, p. 723).

Por outro lado, Denton (1990) discute a importância de entendermos a qualidade e a produtividade como dois fatores da mesma equação, inclusive, criando uma expressão que traduza melhor esta idéia de junção entre qualidade e produtividade em serviços, a “qualitatividade”. Não se deve separar a produção e a qualidade, mas entender a “qualitatividade” como fomentadora da satisfação dos clientes e do sucesso do negócio.

Daí a importância estratégica em se planejar, mensurar e controlar a qualidade. Para a entrega de um serviço eficaz, os processos essenciais de interface com o cliente, de suporte à operação e administrativos, devem ser mutuamente compatíveis, trabalhando conjuntamente uns com os outros (Sarkar, 1998).

Entretanto, cabe ressaltar que alguns estudos sugerem que:

“A satisfação do cliente e a produtividade são menos prováveis de serem compatíveis quando: (1) a satisfação do cliente é relativamente mais dependente da customização em oposição à padronização; e (2) quando é difícil (dispendioso) fornecer altos níveis tanto de customização quanto de padronização simultaneamente” (Anderson, Fornell & Rust, 1997, p. 141).

2.3.2 Dimensões da Qualidade em Serviços

De acordo com Garvin (1987, p. 104), “algumas preferências do consumidor deveriam ser tratadas como padrões absolutos de desempenho”. O autor, embora com enfoque voltado a produto, propõe oito dimensões da qualidade, mas duas delas chamam atenção e reforçam as idéias dos autores, são elas o desempenho [relacionado ao benefício primário desejado pelos clientes] e a qualidade percebida [como os clientes nem sempre possuem informações completas a respeito dos atributos do serviço, indicativos indiretos sobre a qualidade podem ser a base de suas comparações entre os diversos fornecedores].

“Basicamente, a qualidade de um serviço conforme percebida pelos clientes tem duas dimensões, sendo uma dimensão ou resultado técnico e uma dimensão funcional ou relacionada a processo” (Grönroos, 1993, p. 48). Ou seja, a dimensão ou resultado técnico é a qualidade do quê foi entregue, enquanto que a dimensão funcional é o como foi entregue ou o processo em si da prestação de serviços, o qual pode ser visto na figura 2.4, que segue:

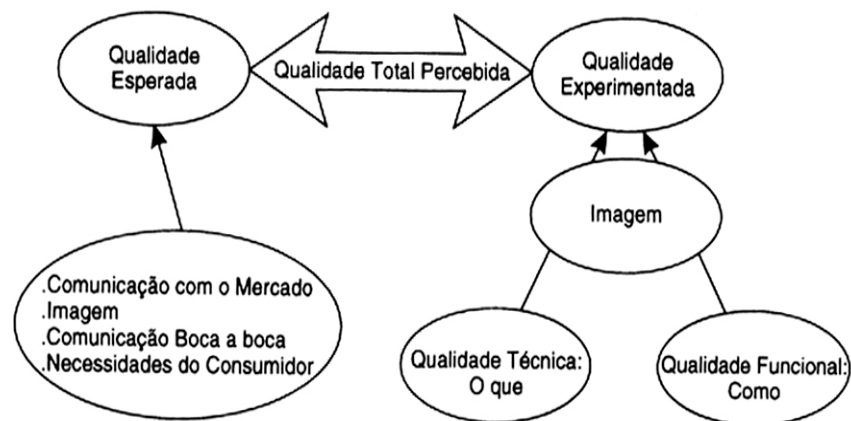


Figura 2.4 – A qualidade total percebida

Fonte: Grönroos, 1993, p. 54

Embora com enfoque diferente, porém complementar às idéias de Grönroos, Berry & Parasuraman (1995, p. 30) identificaram cinco dimensões da qualidade, as quais também poderiam ser classificadas como fatores que interferem na avaliação da qualidade por parte dos clientes, abaixo relacionadas:

- a. “**Confiabilidade**: A capacidade de prestar o serviço prometido de modo confiável e com precisão;
- b. **Tangíveis**: A aparência física de instalações, equipamentos, pessoal e materiais de comunicação;
- c. **Sensibilidade**: A disposição para ajudar o cliente e proporcionar com presteza um serviço;
- d. **Segurança**: O conhecimento e a cortesia de empregados e sua habilidade em transmitir confiança e confiabilidade;
- e. **Empatia**: A atenção e o carinho individualizados proporcionados aos clientes”.

Nessa mesma direção dos estudos de Berry & Parasuraman (1995), Denton (1990) identifica apenas três dimensões da qualidade, a confiabilidade, a “responsividade” e a unicidade.

Em relação à confiabilidade, há relativa convergência nas idéias. Porém, Denton (1990) sugere duas outras dimensões que podem ser assim entendidas:

A “responsividade” está relacionada à capacidade de prestar o serviço com rapidez, de dar a resposta que o cliente espera. De certa forma, incorpora algumas características das dimensões sensibilidade e empatia, propostas por Berry & Parasuraman (1995), logicamente que enfatizando mais o aspecto de responder rapidamente àquilo que o cliente deseja.

Por fim, a unicidade, a qual sugere a aplicação de uma perspectiva única ao serviço, ou seja, proporcionar uma experiência única de compra para o cliente. Nada mais simples do que utilizar a diferenciação como forma de tornar um determinado prestador de serviços como único, embora a operacionalização deste conceito não seja tão simples quanto o seu entendimento. É a busca pelo desenvolvimento de uma imagem e apelo especial.

Schonberger & Knod Jr. (1997, p. 27), por sua vez, descrevem dez dimensões para a qualidade em serviço, que são: “a confiabilidade, a receptividade, a competência, o acesso, a cortesia, a comunicação, a credibilidade, a segurança, a compreensão e tangíveis”, as quais nada mais são do que um desmembramento dos estudos anteriores.

2.3.3 Os Sete Pecados em Serviços

Devido às características dos serviços, bem como dos aspectos culturais que cercam as empresas, Hoffman *apud* Czinkota et al. (2001) diz que “como resultado, o impacto dos prestadores de serviço sobre a experiência do serviço pode ser dramático”.

“Numa maioria de estabelecimentos de serviço, a norma é a mediocridade. Muitos conseguem sobreviver dando pequena ou nenhuma atenção à experiência do cliente. (...) Um simples fato é tão verdadeiro no campo dos negócios quanto na vida em geral: A busca pela mediocridade é sempre bem-sucedida” (Albrecht, 1998, p. 15).

Tendo em vista esse cenário, Albrecht (1998) embasado em seus estudos concernentes à insatisfação dos clientes, estabeleceu o que denomina os sete pecados em serviços:

- a. **apatia**: atitude de pouco caso com os clientes;
- b. **dispensa**: procurar livrar-se do cliente rapidamente, desconsiderando sua necessidade ou problema. Hoffmam *apud* Czinkota et al. (2001) utiliza a expressão “rejeição”, abordando a síndrome do “quero que você vá embora”;

- c. **frieza**: indiferença. O prestador de serviços parece não se importar com o que o cliente realmente deseja. É uma espécie de hostilidade gélida, rispidez, tratamento inamistoso, desatenção ou impaciência;
- d. **condescendência**: ser paternalista com os clientes. Hoffman *apud* Czinkota et al. (2001) utiliza como sinônimo “ar de superioridade”, traduzindo a idéia pela abordagem “você é o cliente/paciente, logo você deseja ser um idiota”;
- e. **automatismo**: é a mecanização do contato pessoal do prestador de serviços, muito bem exemplificado por “obrigado-tenha-um-bom-dia-PRÓXIMO!” Hoffman *apud* Czinkota et al. (2001) utiliza a expressão “robotismo” para explicar esta situação;
- f. **livro de regras**: quando as normas da organização estão acima da satisfação dos clientes, mesmo quando não fazem muito sentido;
- g. **passeio**: fazer com que o cliente passe de setor a setor sem ter seu problema resolvido. Neste caso, muito propriamente, Hoffman *apud* Czinkota et al. (2001) emprega a expressão “jogo do empurra”.

2.3.4 Falhas e Possibilidades de Recuperação e a Propaganda Boca-a-Boca

“A falha no serviço é uma percepção dos clientes de que um ou mais aspectos específicos da entrega do serviço não atenderam suas expectativas” (Lovelock & Wright, 2001, p. 161).

Neste sentido, “Fornell & Westbrook definem gerenciamento de reclamações como a disseminação de informações com o intuito de encontrar e corrigir as causas da insatisfação dos consumidores” (Bateson & Hoffman, 2001, p. 340).

No modelo apresentado na figura 2.5 (Heskett, Sasser Jr. & Hart, 1994), evidenciam-se as relações durante o processo de recuperação dos serviços, lembrando-se que há quatro tipos de ação que o cliente pode adotar: não fazer nada; reclamar através de algum formulário disponibilizado pelo prestador de serviços; reclamar através de uma organização de defesa do consumidor ou equivalente; e trocar de fornecedor ou desencorajar outras pessoas a utilizar o serviço por meio de propaganda boca-a-boca negativa.

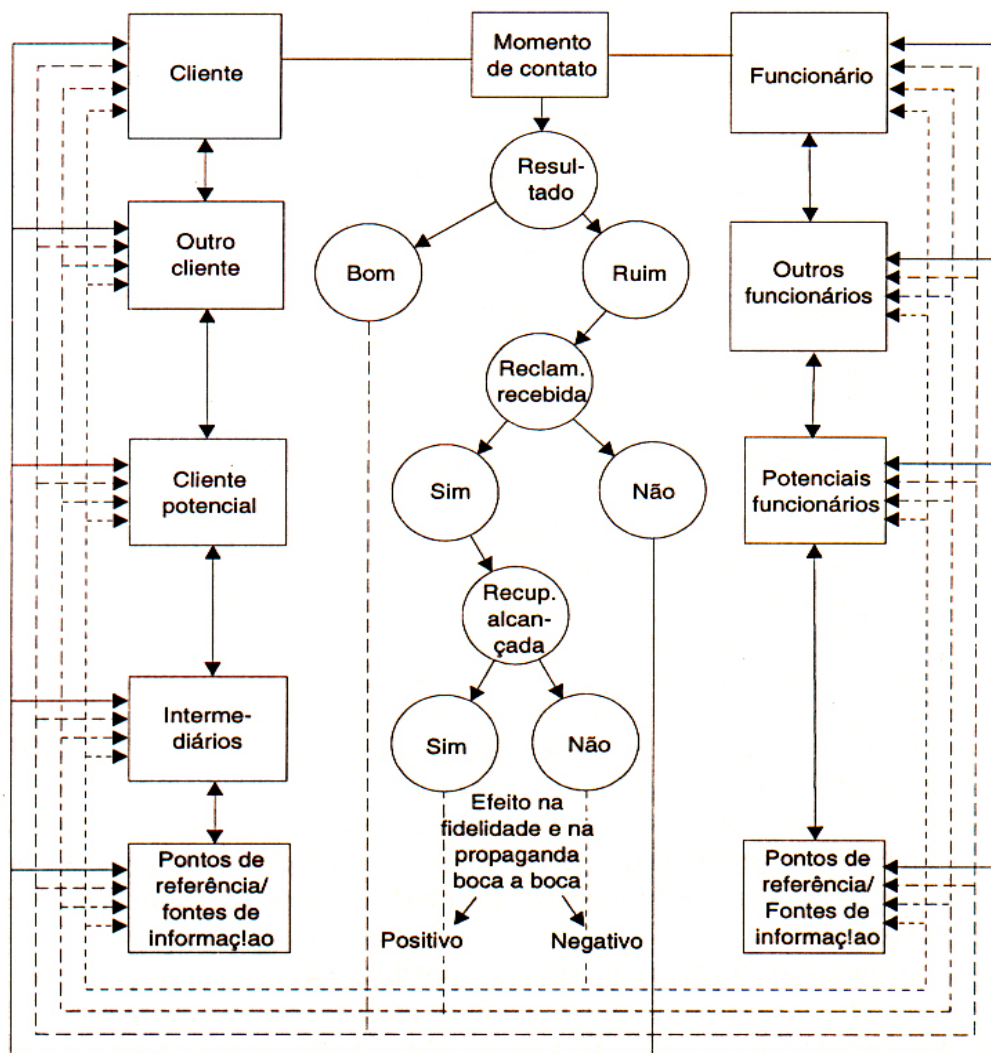


Figura 2.5 – Relações importantes no momento da recuperação do serviço
 Fonte: Heskett, Sasser Jr. & Hart, 1994, p. 113

Em pesquisa realizada pela TARP – *Technical Assistance Research Program* (Programa de Pesquisa em Assistência Técnica) – sobre o comportamento do consumidor, descobriram-se algumas coisas intrigantes:

“(1) Na média dos negócios, 96% dos clientes insatisfeitos nunca foram ouvidos. (2) Quando um cliente tem um problema de serviços, vai contar para pelo menos 9 a 10 pessoas. Treze por cento dos clientes insatisfeitos vão contar o caso para até 20 pessoas. (3) Para cada queixa recebida, em média a empresa tem 26 clientes com problemas, e pelo menos 6 deles são sérios. (4) Se a queixa de um cliente recebe atenção satisfatória, até 70% dos clientes vão fazer negócios novamente com a firma. Se a queixa também for resolvida rapidamente, 95% vão voltar. (5) Os clientes cujas queixas foram resolvidas de forma satisfatória vão contar para cinco pessoas que foram bem-tratadas” (Albrecht & Bradford, 1992, p. 180).

Anderson *apud* Barcellos (2000, p. 71)

“desenvolveu um modelo que prediz que a atividade boca-a-boca deveria aumentar tanto com o aumento da satisfação quanto da insatisfação. Descobriu, também, que clientes extremamente insatisfeitos envolvem-se em maior boca-a-boca que clientes com elevada satisfação. A diferença observada sugere que a crença generalizada de que clientes insatisfeitos envolvem-se em boca a boca em alto grau, pode não ser garantida. De fato, em grande número de casos, a diferença entre as duas é provavelmente não significativa”.

A recuperação do serviço deve ser eficaz para que se atinja a satisfação do cliente. Estudos realizados por Swan & Oliver (1980) e Schlesinger & Heskett (1991) registraram haver um relacionamento positivo entre o nível de satisfação do cliente e a propaganda boca-a-boca. Bitner, Bloch, Hunt, Oliver e Reichheld & Sasser *apud* Anderson (1998) afirmam que clientes leais e satisfeitos empenham-se em uma propaganda boca a boca favorável para a empresa.

“A propaganda boca-a-boca de clientes satisfeitos reduz o custo de atrair novos clientes e realça a reputação global da empresa, enquanto que clientes insatisfeitos naturalmente geram o efeito oposto” (Anderson, Fornell *apud* Anderson & Fornell, 1998, p. 2).

“Um estudo sobre o comportamento de mudança do cliente entre os ramos de serviços constatou que cerca de 60% de todos os consultados que afirmaram mudar de fornecedor o fizeram por causa de uma falha percebida: 25% citaram falhas no serviço básico; 19% relataram um encontro insatisfatório com um funcionário; 10% mencionaram uma resposta insatisfatória a uma falha anterior no serviço; e 4% descreveram comportamento antiético por parte do fornecedor” (Lovelock & Wright, 2001, p. 161-162).

“Quanto mais o cliente gostar de uma empresa, mais provavelmente falará bem dela, quando pedirem sua opinião – ou mesmo sem que a peçam. A melhor propaganda é um cliente satisfeito” (Kotler, 1999, p. 171).

“No mundo da prestação de serviços, transformar indignação em encantamento significa lidar com o problema de forma eficaz. Como os erros são inevitáveis, sempre existirão clientes aborrecidos ou nervosos. Por isso, é precioso ter táticas de recuperação prontas em ação. De fato, algumas pesquisas sugerem que, quando uma empresa compensa um cliente, pode atrair um tipo de fidelidade notável. Este tipo de resultado é determinado por três regras básicas: a) rapidez na compensação; solucione o problema de imediato, sem fazer perguntas e mantendo o cliente sempre informado; b) compensação efetiva: resolva o problema da primeira vez; a empresa tem somente uma chance de se recuperar diante do cliente; c) melhoria do bem-estar:

certifique-se de que o cliente se sente melhor depois de corrigir o erro” (Schneider & Bowen, 2000, p. 71).

Diante disso, Berry (1996, p.100) cita quatro ações fundamentais que as gerências devem adotar como prática. São elas: “ensinar a importância do serviço de recuperação; identificar os problemas de prestação de serviços; resolver os problemas com eficácia e melhorar o sistema de prestação de serviços”.

2.4 A TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO COMO FATOR DE COMPETITIVIDADE

2.4.1 A Função Competitiva da Informação para o Setor de Serviços

Para Kotler (1999, p. 100): “as empresas podem cometer dois tipos de erros relacionados a informações. Podem reuni-las em quantidade excessiva ou insuficiente”.

“A informação é vista como a mais importante tecnologia capacitadora em serviços. (...) quatro funções estratégicas da informação são identificadas: a criação de barreiras à entrada de competidores, a geração de renda, as vantagens decorrentes da existência de um banco de dados e a intensificação da produtividade” (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2000, p. 77).

Por sua vez, “a Tecnologia da Informação (TI) deve ser entendida como a coleta, processamento, armazenamento, apresentação e transmissão de informação, em todas as suas formas” (Bretzke, 2000, p. 11-12).

Churchill & Peter (2000) ressaltam a importância de as empresas possuírem informações sobre o ambiente, principalmente a respeito dos clientes e concorrentes. Os dados são apenas fatos e estatísticas, enquanto que a informação está voltada para a organização desses dados, porém, de maneira útil para a tomada de decisões.

Os autores discorrem sobre a importância das informações relativas ao mercado (compradores, demanda e canais de distribuição), ao composto mercadológico (produto/serviço, preço, distribuição e comunicação) e ao desempenho (participação de mercado ou *market share*, satisfação dos clientes e reputação da empresa).

A informação passa a ser uma questão estratégica, uma vez que a qualidade do relacionamento com o cliente dependerá da utilização correta de novas tecnologias e do gerenciamento de informações. Isto resultará no aumento da eficiência das ações de *marketing* desenvolvidas, complementadas pela mudança de perfil dos clientes, os quais passam a ter acesso quase que instantâneo às informações que precisam, desejando estabelecer trocas e relacionamentos no momento em que melhor lhes convier (Bretzke, 2000).

2.4.2 CRM (*Customer Relationship Management*) – (Gerenciamento do Relacionamento com o Cliente)

“Os sistemas de TI utilizados nas empresas costumam ser divididos em duas grandes categorias: *back office* e *front office*. Os primeiros automatizam os processos internos da empresa, como a produção, as compras e os pagamentos. Esse tipo de *software* nasceu na década de 1960 e, com o tempo, transformou-se nas aplicações conhecidas como ERP (*enterprise resources planning*) – planejamento de recursos da empresa. Os programas de *front office* automatizam os processos vinculados ao contato com o cliente; as versões comerciais apareceram em meados dos anos 1980 e se agruparam nas que assistiam a força de vendas e nas orientadas para a assistência e serviço ao cliente. (...) A paulatina integração das funções de venda e pós-venda acabou por criar a categoria conhecida como CRM, *software* que centraliza todos os dados vinculados ao cliente. Portanto, esses sistemas permitem consultar, de qualquer setor da empresa, não só os antecedentes de compras, como também os registros de reclamações, consultas e pedidos pendentes de entrega.” (Siebel, 2001, p. 51).

Bretzke (2000) afirma que a disponibilização dos recursos proporcionados pela tecnologia de informação não apenas modificará a forma de administrar a organização e seus processos internos, como também influenciará as reações dos componentes do ambiente onde atua.

O CRM é centrado no cliente e visa a reestruturar as formas de negócios, principalmente pelo conhecimento sistematizado das preferências e comportamento dos clientes, proporcionando um contato baseado em informações e que possibilite a consolidação de um relacionamento de longo prazo.

“Com a publicidade massificada em declínio como ferramenta, os publicitários estão se concentrando no CRM como a melhor forma de se vencer, reter e aumentar negócios” (Handen *apud* Brown, 2001, p. 7).

A construção de relacionamentos com o cliente deverá entender a mudança no seu comportamento no decorrer do tempo e de aprendizado na interação, personalizando os contatos e fortalecendo o vínculo entre o cliente e a empresa, agregando valor para o cliente e maximizando o lucro para a empresa (Newell, 2000).

Segundo Handen *apud* Brown (2001), existem quatro tipos de programas de CRM, os quais são voltados para: a) reconquistar ou salvar clientes; b) buscar clientes em potencial (*prospecting*); c) fidelizar clientes; e, d) aumentar o quanto o cliente gasta com a empresa (*cross-selling / up-selling*).

“A estratégia de CRM dispõe de tecnologia que permite enriquecer o relacionamento com os clientes, coletar informações sobre qualquer contato que ocorra por qualquer meio, *on-line* e em tempo real, da mesma forma que os dados de vendas e financeiros, e realizar as análises dos clientes de forma mais flexível. (...) *Customer Relationship Management* ou Gerenciamento do Relacionamento com os Clientes, como o próprio nome indica, é a integração entre o *marketing* e a tecnologia da informação. Seu objetivo é prover a empresa de meios mais eficazes e integrados para atender, reconhecer e cuidar do cliente, em tempo real e transformar esses dados em informações que, disseminadas pela organização, permitam que o cliente seja conhecido e cuidado por todos (...)” (Bretzke, 2000, p. 28-29).

2.5 O FATOR HUMANO NAS ORGANIZAÇÕES DE SERVIÇOS

2.5.1 Aspectos Culturais e Ambientais

A qualidade interna do ambiente de trabalho contribui para a satisfação dos colaboradores e é medida considerando-se os sentimentos dos colaboradores em relação ao seu trabalho, colegas e a organização. A qualidade interna também é caracterizada pelas atitudes que as pessoas têm em relação às outras, e à maneira como servem aos colegas de empresa (Heskett, Jones, Loveman, Sasser Jr. & Schlesinger, 1994).

“A atração, o desenvolvimento, a motivação e a retenção de empregados de qualidade exige uma idéia muito clara pela qual valha a pena lutar. (...) Paixão (...) é a palavra que melhor capta o compromisso ardente voltado para valores visados que distingue as empresas que melhor fazem o *marketing* interno de outras” (Berry & Parasuraman, 1995, p. 185).

“(...) se pretendemos transformar a excelência do serviço no foco da estratégia de uma empresa, devemos lidar com a própria organização. Precisamos descobrir e eliminar os agentes desmotivadores, os desestímulos e os obstáculos à fé” (Albrecht, 1998, p. 49).

Uma cultura voltada para a prestação de serviços com qualidade deve se preocupar em transformar o colaborador em “prestadores de serviço pensantes” (Berry & Parasuraman, 1995), logicamente não defendendo a eliminação de políticas e procedimentos, mas incentivando a iniciativa e a atitude nas pessoas.

“As culturas por serviços de atendimento ao cliente, muitas vezes, dão autonomia para o funcionário da linha-de-frente e criam fortes vínculos de parceria cliente-funcionário que resultam em negócios sucessivos” (Harris & Brannick, 2001, p. 12).

No entender de Albrecht (1994b, p.69), “uma cultura é um contexto social que influencia as maneiras como as pessoas comportam-se e relacionam-se”. “O modo pelo qual seus funcionários se sentem é o modo pelo qual os seus clientes irão se sentir” (Albrecht, 1998, p. 68).

Enfatizando o aspecto humano na prestação de serviços, Berry & Parasuraman (1995, p. 201) destacam que “uma empresa de serviços só pode ser tão boa quanto seu pessoal. Um serviço é um desempenho, e normalmente é difícil separar o desempenho da pessoa”, exceto para serviços onde o grau de automação seja quase que total.

Por fim, cabe ressaltar que “o objetivo subjacente de uma cultura por serviço de atendimento ao cliente é criar soluções do ponto de vista do cliente” (Harris & Brannick, 2001, p. 12).

2.5.2 Empowerment (Delegação de Poder)

As atitudes e o conhecimento do pessoal de linha-de-frente pode afetar significativamente as percepções dos clientes na prestação do serviço, pois a entrega do serviço normalmente acontece durante a interação entre o cliente e a organização, momento esse denominado encontro do serviço (Chebat & Kollias, 2000).

“O *empowerment* para colaboradores de contato direto com clientes ou para a equipe de apoio nas organizações de serviço é frequentemente indicado como uma estratégia eficiente” (Parasuraman, Zeithaml & Berry *apud* Chebat & Kollias (2000, p. 66), pois “elimina as limitações impostas aos funcionários de contato, concedendo-lhes espaço para fazerem manobras enquanto tentam satisfazer necessidades dos clientes” (Reardon & Enis *apud* Bateson & Hoffman, 2001, p. 255).

Na visão de Albrecht (1999, p. 172), “delegação de poder é liberdade responsável”. “O *empowerment* refere-se a uma situação na qual um gerente dá aos colaboradores liberdade de ação nas decisões do dia-a-dia sobre as atividades relacionadas ao trabalho” (Conger & Kanungo *apud* Chebat & Kollias, 2000, p. 69).

“A essência do *empowerment* consiste em conceder ao pessoal de contato com o cliente a possibilidade de adaptarem o roteiro do serviço ou até mesmo inventarem um novo roteiro” (Chebat & Kollias, 2000, p. 70).

Delegar poderes a colaboradores não é simples, até porque muitas pessoas preferem que tudo seja pré-definido, não tendo a responsabilidade de participarem da solução criativa para um problema e não estarem expostos ao risco de cometerem erros (Berry &

Parasuraman, 1995). Por outro lado, “o poder e a autoridade podem gerar medo e obediência literal, mas não são capazes de produzir dedicação e comprometimento” Albrecht (1998, p. 82).

Para Carlzon (1994), é fundamental delegar poder ao pessoal de linha-de-frente, uma vez que é lá que a ação ocorre, sendo essas as pessoas que sentem o comportamento e as alterações do mercado.

Bowen & Lawler *apud* Chebat & Kollias (2000, p. 69), sugerem que “o *empowerment* é mais recomendado quando a entrega do serviço envolve o gerenciamento de um relacionamento como fundamental para o desempenho da transação, ou seja, quando mais adaptabilidade à situação é exigida do colaborador”.

“O *empowerment* é uma atitude mental. Um funcionário com a atitude mental de *empowerment* vivencia sensações de (1) controle sobre a forma pela qual o serviço deve ser prestado; (2) consciência do contexto em que o serviço é prestado e como esse contexto se insere no quadro geral; (3) responsabilidade pelo resultado de seu trabalho pessoal; (4) responsabilidade compartilhada pelo desempenho da unidade e da organização inteira; (5) equidade na distribuição da remuneração baseada nos desempenhos pessoal e coletivo” (Berry, 1996, p. 213).

Contudo, a palavra responsabilidade deve ser melhor entendida, trazendo a idéia de responsabilidade equivalente à habilidade de resposta que os colaboradores devem possuir ao se depararem com a prestação de serviços. Neste sentido, Carlzon (1994) fala sobre a importância de os colaboradores da linha-de-frente serem adequadamente treinados e habilitados a agir ao encontro das necessidades de cada cliente.

Os autores Hart, Heskett & Sasser Jr. *apud* Sviokla & Shapiro (1994, p. 287), entendem que “responsabilidade significa obrigação de agir, e não apenas de aceitar a culpa”.

Outro aspecto que não pode ser negligenciado pela empresa é a questão de proporcionar um nível adequado de informações ao colaborador. “Quem não recebe informação não pode assumir responsabilidades. Mas aquele que a recebe não pode deixar de assumi-las” (Carlzon, 1994, p. 35).

Logicamente, é necessário que os colaboradores apresentem uma qualificação mínima, ou seja, que lhes seja próprio dois tipos de habilidades, a técnica e a humana. Segundo Davis & Newstrom (1992, p. 151), “a habilidade técnica refere-se ao conhecimento da pessoa e à habilidade em qualquer tipo de processo ou técnica. (...) A habilidade humana é a habilidade de trabalhar efetivamente com pessoas e desenvolver equipes de trabalho”.

Daí a relevância de atentarmos para que as pessoas que trabalham com serviços tenham, em seu perfil, atitude e iniciativa, pois, como diz Albrecht (1998, p. 141), “se você não estiver atendendo o cliente, é melhor que atenda alguém que o esteja fazendo”. O que Albrecht (1999, p. 82) quer dizer é que deve ser consolidado na organização o espírito de servir, o qual é “uma atitude baseada em certos valores e crenças, a respeito de pessoas, da vida e do trabalho, que leva uma pessoa a servir outras de boa vontade e orgulhar-se do seu trabalho”.

Para fomentar o espírito de servir na organização há que se disseminar o trabalho com paixão, paixão esta ilustrada como uma forma de trabalhar, citada por Jack Welch *apud* Harris & Brannick (2001, p. 53): “É impensável contratar, promover ou tolerar aqueles que não podem ou não irão se comprometer com esta forma de trabalho”.

Logicamente que o reconhecimento das pessoas que trabalham direta e indiretamente na prestação de serviços é fundamental, o que pode ser retratado pelo seguinte trecho de Carlzon (1994, p. 105):

“Toda pessoa tem necessidade de sentir que sua contribuição é notada. O trabalho que fazemos e o reconhecimento que recebemos pelo mesmo contribuem para a nossa auto-estima. (...) É possível reforçar a cada dia o senso de auto-importância dos empregados de diversas maneiras – até mesmo por meio de seus uniformes. (...) dizer ao nosso pessoal de linha-de-frente: Estamos investindo em vocês porque vocês são importantes”.

2.5.3 Momentos da Verdade

Carlzon (1994) notabilizou a expressão “*moments of truth*”, traduzida por “momentos da verdade” ou por “horas da verdade”.

“Um momento da verdade é qualquer episódio em que o cliente entra em contato com qualquer aspecto da organização e cria uma opinião com relação à qualidade do serviço” (Albrecht, 1994b, p. 10).

Estes instantes de interação cliente-empresa são cruciais para o prestador de serviços, o que exige uma reação mais pró-ativa por parte do pessoal da linha-de-frente. Nesta direção, Carlzon (1994, p. 62) comenta que:

“(…) o achatamento da pirâmide organizacional costuma dar bons resultados. (...) eliminar os níveis hierárquicos de responsabilidade para ser capaz de reagir direta e rapidamente às necessidades dos usuários. (...) cada empregado tem autoridade para analisar a situação, determinar a ação apropriada e verificar se tal ação foi executada, sozinho ou com a ajuda de outros”.

Para Albrecht (1998, p. 25), “cada contato individual com o cliente é uma parte importante do produto ‘serviço’, e desempenha um papel fundamental no processo de valorização deste ativo”.

Entendendo melhor estes instantes de contato com o cliente, a empresa passa a gerenciar e melhorar o processo de prestação do serviço, o que Peppers & Rogers (1997, p. 145) chamam de melhorar o “relacionamento de aprendizado contínuo com aquele cliente”, quando a empresa deve “dar a seu cliente a oportunidade de ensinar a você o que ele quer”.

Por isso, Heskett et al. (1994) afirmam que os colaboradores devem mostrar disposição e habilidade para ouvir os clientes, da mesma forma que para reconhecer suas necessidades, e como decorrência disso,

“o relacionamento de aprendizado contínuo entre clientes e empresa vai se tornando cada vez mais inteligente a cada interação, definindo com detalhamento cada vez maior as necessidades e os gostos individuais daquele cliente específico” (Peppers & Rogers, 1997, p. 12).

Aproveitar um momento da verdade deve ser uma responsabilidade do pessoal da linha-de-frente, porém, habilitá-los é uma responsabilidade das gerências. “(...) o hábito de assumir riscos deve ser difundido por toda a organização”, e “(...) o direito de errar não equivale ao direito de ser incompetente” (Carlzon, 1994, p. 78-79).

Como uma evolução dos momentos ou horas da verdade, decorrem mais dois conceitos fundamentais para a prestação de serviços: o ciclo e o triângulo de serviço.

“Um ciclo de serviço é a cadeia contínua de eventos pela qual o cliente passa à medida que experimenta o serviço prestado por você” (Albrecht, 1998, p. 34), ciclo este representado pela figura 2.6.:

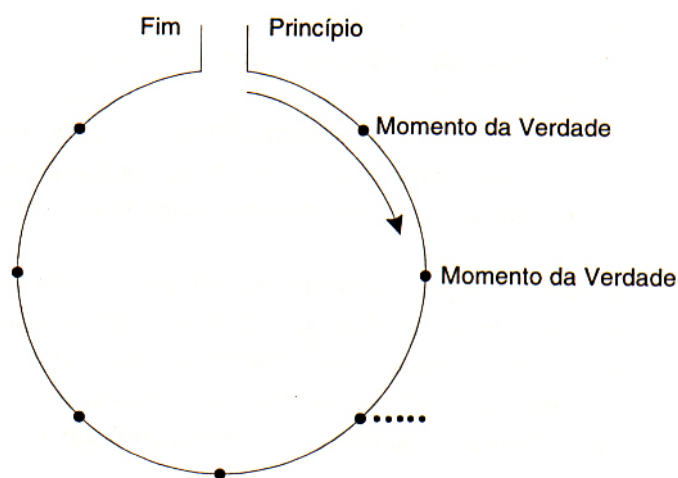


Figura 2.6 – O ciclo de serviço
Fonte: Albrecht, 1994b, p. 14

Outra contribuição relevante à prestação do serviço é a visão holística, que Albrecht (1998, p. 32) discute ao elencar três fatores-chave que formam os vértices do triângulo de serviço: “(1) uma visão, ou estratégia do ‘produto’ serviço; (2) pessoal de linha-de-frente orientado para o cliente; (3) sistemas voltados para o cliente”.

Para Albrecht (1994b, p. 15): “o triângulo do serviço é uma forma de diagramar o inter-relacionamento desses três elementos críticos, que devem atuar juntos para manter um alto nível de qualidade de serviço”, o que pode ser demonstrado pela figura 2.7. a seguir:

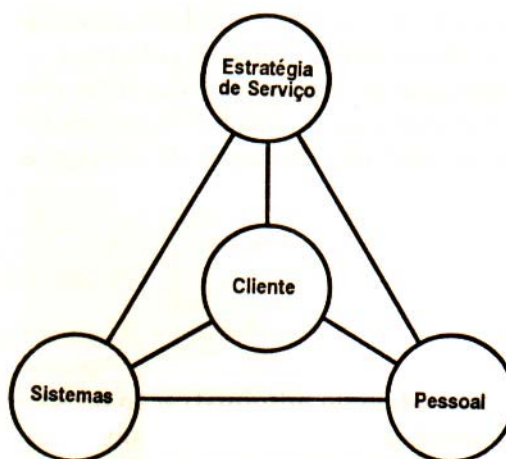


Figura 2.7 – O triângulo do serviço
Fonte: Albrecht, 1998, p. 32

“O objetivo final de qualquer iniciativa organizacional de foco no cliente deve ser o de alinhar esses três componentes – estratégia, pessoas e sistema – ao redor das necessidades dos clientes” (Albrecht, 1999, p. 14).

2.6 O SEGMENTO DA SAÚDE – ALGUMAS CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

2.6.1 Um Ambiente mais Competitivo e as Perspectivas Futuras

De acordo com Mendonça (2000):

“O que fica claro é que o poder público, no mínimo, perdeu completamente o controle do jogo, não sabendo para onde ir, em meio a escândalos de corrupção, incompetência, inércia, nepotismo e o mais que se quiser, que mina a saúde do Brasil inteiro. (...) E é aqui que chegamos a um ponto da maior importância para o futuro da saúde pública nacional: o futuro dos planos de saúde privados, que, de acordo com a lei, devem estar reestruturados até o final do ano. (...) É evidente que os planos de saúde brasileiros têm muito que avançar. (...) É preciso que fique claro que a realidade médico-hospitalar de um país como o Brasil não é linear (...)”.

Dado este registro e de forma global, Batista (1997) identifica os principais campos dos desafios à medicina atual e à implementação da preservação da saúde considerando-a um bem individual e coletivo. São os desafios científico, tecnológico, econômico, gerencial, educacional e ético.

a. Desafio Científico:

“Ao falarmos em um desafio científico, temos em mente a idéia hoje incorporada de que a medicina é uma ciência. (...) Não há dúvida de que as bases da medicina moderna estão profundamente enraizadas na ciência natural, mas nem a ciência é um conceito inequívoco, nem a prática médica se esgota neste terreno. A medicina de hoje se fundamenta na ciência, faz uso cada vez mais intensivo da tecnologia, mas preserva aspectos próprios de uma arte e é, acima de tudo, uma forma de relacionamento humano, envolvendo questões como confiança, solidariedade e ética, indispensáveis à sua própria razão de ser” (Batista, 1997, p. 26).

Os avanços das ciências biológicas nos últimos anos trouxeram um maior conhecimento sobre os genes – responsáveis pela transmissão dos códigos genéticos – ampliando as possibilidades no campo da medicina, bem como para a indústria farmacêutica. Outros avanços científicos e tecnológicos, que trouxeram uma nova perspectiva à assistência da saúde, foram os meios diagnósticos não-invasivos, principalmente os diagnósticos por imagem (Rebelo, 1995), sem falar nas microcirurgias que diminuíram o tempo de internação hospitalar e o risco de infecção.

De acordo com Bernard Lown *apud* Diniz de Oliveira (2001): “Um estudo feito na Inglaterra descobriu que 75% das informações que levam a um diagnóstico correto provêm de uma história médica detalhada; 10% do exame físico; 5% de alguns simples exames de rotina; 5% de exames caríssimos e invasivos, e 5%, sem resposta”.

b. Desafio Tecnológico:

Segundo o *The Economist apud* Zuckerman & Coile Jr. (2000), prevendo um cenário por volta do ano de 2010, diz que o emprego da tecnologia revolucionará o setor da saúde, utilizando redes de informação, terapias assistidas por computador e novas drogas.

Para Batista (1997, p. 30), “a tecnologia como um todo apresenta interferências positivas e negativas sobre a saúde (...)”.

As novas tecnologias, que surgem a todo momento, nem sempre são substitutivas, apresentam maiores custos na realização e aumentam a competitividade no mercado (Brant, 2000).

Com a evolução das tecnologias na área da saúde, nos Estados Unidos, os novos procedimentos estavam sendo disponibilizados a preços altos, pois envolviam altos riscos e eram ofertados por uma relativamente pequena quantidade de médicos capacitados. Num mercado competitivo, houve a difusão da tecnologia e o aumento no número de ofertantes, o que pressionou os preços para baixo (Teisberg, Porter & Brown *apud* Porter, 1999).

Por outro lado, existem os efeitos indesejáveis de cada descobrimento tecnológico, mesmo que, quando sutis, se fazendo perceber apenas no longo prazo. É o caso das

doenças profissionais, anteriormente denominadas LER – Lesões por Esforços Repetitivos – e agora DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (Batista, 1997), efeitos colaterais de medicamentos e até mesmo as doenças advindas dos laboratórios de pesquisa.

c. Desafio Econômico:

Atualmente, a maioria das organizações da área da saúde e as práticas médicas estão operando em um ambiente com recursos financeiros extremamente limitados (Holm, 2000).

Os custos têm sido e serão os direcionadores primários das mudanças na área da saúde, aumentando a competição por clientes e por seus recursos, o que reforça a importância em reduzir ou eliminar custos desnecessários, preservando e incrementando a qualidade, o que resultará em satisfação para clientes e colaboradores, assegurando a viabilidade econômica das organizações (Clinefelter, 2000; Bisognano, 2000).

“As práticas médicas têm, historicamente, pago ganhos excessivos aos parceiros médicos como compensação, ao invés de manter o excedente de recursos como ganhos retidos” (Holm, 2000). Isto explica, em parte, a dificuldade de investimento das organizações pela escassez de recursos.

“Enquanto as regras do sistema de reembolso relacionado com diagnóstico estimulam os hospitais ao tratamento insuficiente, os médicos, atualmente, são incentivados a aumentar o volume de serviços. (...) a maioria dos médicos ainda se defronta com uma estrutura de incentivos em que ganham mais com a execução de maior quantidade de exames e de procedimentos dispendiosos, pois são remunerados na base de cada serviço. (...) a diminuição do pagamento por procedimento cria incentivos para que os médicos executem mais procedimentos, de modo a manter seus rendimentos. (...) Ademais, muitos esforços legítimos para o tratamento dos pacientes aumentam a utilização de serviços médicos. (...) Além de prover atendimento, os médicos também atuam como agentes de compra dos pacientes, solicitando exames ou os encaminhando a outros profissionais. (...) Os incentivos à execução de mais exames e procedimentos são mais intensos quando o médico tem um interesse financeiro nas instalações ou equipamentos” (Teisberg, Porter & Brown *apud* Porter, 1999, p. 440-442).

Por outro lado, conforme Brant (2000, p. 4-5):

“tanto o governo quanto as operadoras dos convênios não são mais capazes de absorver os aumentos de custos, quer pelo baixo volume disponível pela União (SUS) como pela impossibilidade de repasse para os usuários dos convênios. (...) Com a nova regulamentação ampliando as coberturas, definindo percentuais de preços das diversas faixas etárias e, principalmente, proibindo repasse de custos para as mensalidades, além de outras medidas coercitivas, poderá haver menos estímulo ainda para as operadoras (...)”.

Como alternativas para a redução de custos, Cury (2000), dentre outras, cita a auditoria médica, o sistema de *Home Care* (cuidados em casa), o atendimento pré-hospitalar, orientações médicas por telefone e o gerenciamento da doença (monitoramento sobre o perfil dos clientes e desdobramento de algumas ações).

Outro aspecto importante para o cenário econômico da área da saúde é que a ameaça das indenizações por erro médico pressionam os profissionais à prática da medicina defensiva, requisitando mais exames e procedimentos do que o necessário (Teisberg, Porter & Brown *apud* Porter, 1999).

Aliada às questões de financiamento da saúde, “observa-se uma tendência de as pessoas prolongarem seu período de vida produtiva e de permanecerem no mercado de trabalho (...) após os 60 anos de idade”. Desta mudança no mercado de trabalho, bem como pelo aumento da expectativa de vida das pessoas, com o aumento do número de idosos, os gestores da saúde devem preocupar-se com as doenças crônico-degenerativas (doenças cardiovasculares, do aparelho locomotor e os cânceres, principalmente), bem como a AIDS, as doenças epidêmicas, novas doenças transmissíveis e o advento dos transplantes (Rebelo, 1995, p. 22; Brant, 2000).

Em contrapartida, no setor da saúde há uma forte tendência, vista como uma oportunidade mercadológica, que é a clientela potencial para serviços básicos de saúde, composta pelas pessoas de menor poder aquisitivo que julgam dispensável regalia como o quarto particular ou privativo (Azevedo et al., 2001).

d. Desafio Gerencial:

O cenário que se projeta obriga o setor da saúde a adotar iniciativas que enfoquem o aparelhamento dos responsáveis pela assistência à saúde em relação à gestão, elevando os níveis de produtividade, melhorando os indicadores de qualidade e proporcionando às empresas condições de sobrevivência em um setor altamente competitivo (Matos, 2000). Para o autor, as organizações deverão se concentrar, primeiramente, em três áreas: uma efetiva gestão de custos, a assistência ao paciente com a participação do médico na definição dos protocolos de atendimento/tratamento e a gestão da saúde com um enfoque preventivo.

Segundo Kropf (2001), os modelos de gestão para a área da saúde do futuro utilizarão ferramentas de *Managed Care* (Cuidados Gerenciados), ou seja, gestão de demanda (fatores de moderação, educação dos clientes), gestão médica (gestão de doenças, protocolos médicos) e gestão do uso (telemedicina, maior participação de para-médicos).

Para Camacho (1998), o setor da saúde deve se preocupar, também, com o controle da qualidade, tornando-o, efetivamente, um método administrativo-organizacional participativo, voltado a satisfazer as necessidades das pessoas, porém sem perder o foco nos resultados.

“Para aqueles que acham que o termo lucro não cai bem quando se trata de medicina, fato com o qual absolutamente não concordo, posso substituí-lo por resultado” (Davis, 1994, p. 49).

As organizações esperam que protocolos de atendimento eficientes e eficazes controlem os custos médicos, porém, às vezes, criando tensões com os médicos em relação ao tratamento individualizado aos pacientes. Há o reconhecimento que algumas vezes os interesses são conflitantes entre a organização e os médicos (Murti & Sefton, 2000).

Os protocolos clínicos:

“são normas, orientações e recomendações desenvolvidas, de forma sistemática, para auxiliar os profissionais e os pacientes a decidir sobre quais são os ‘cuidados’ em saúde mais apropriados em circunstâncias clínicas específicas” (Schout, 2000).

Para a mesma autora, estão implícitos dois princípios na definição de protocolos clínicos. São eles, um melhor nível de informação ao cliente, o que o leva a uma

escolha mais consciente e a educação dos profissionais ligados à saúde, enfocando evidências científicas mais modernas e consistentes à necessidade do cliente.

Segundo Bisognano (2000), o atendimento aos clientes deve ser baseado no conhecimento, e este deve ser o padrão. A melhor prática deveria sobrepor a autonomia individual do médico, ou seja, embora haja relativa personalização no atendimento, é imperioso que se desenvolvam procedimentos-padrão e protocolos de atendimento, assegurando um padrão de qualidade para os provedores de saúde.

Malloch *apud* Malloch & Lussier (2000, p. 333) descreve alguns elementos essenciais que compõem um modelo para uma organização de saúde:

“(1) valores comuns de saúde como uma função de inter-relacionamento entre corpo-mente-espírito, (2) relacionamento centrado no paciente, (3) uma cultura organizacional que apóie o crescimento pessoal e a perícia, (4) disponibilidade de terapias alternativas somadas às terapias convencionais de serviços de saúde, (5) um ambiente físico que dê suporte à cura”.

Como exemplo disso, pode-se citar a Samcil Planos de Saúde, que procurou se capacitar na medicina, na gestão e nos processos. Na visão da empresa, o que caracteriza a medicina de grupo é ter: competência em medicina, competência em gestão e competência em ser solução de saúde para seus parceiros (Klotz, 2001).

e. **Desafio Educacional:**

“Os pacientes, por sua vez, estão mais esclarecidos, o que levou, principalmente os Estados Unidos, à criação de uma ‘indústria’ com base no seguro do erro médico, com ações judiciais contra médicos, instituições, laboratórios e fornecedores de próteses, aumentando o custo destes produtos, e à solicitação de exames desnecessários ao diagnóstico e tratamento do paciente, mas fundamentais na defesa de um eventual processo judicial” (Rebelo, 1995, p. 8).

Contudo, no Brasil e em outros países do terceiro mundo, a realidade é outra. “Diversos estudos demonstram que a escolaridade exerce uma importante influência sobre os indicadores de saúde” (Batista, 1997, p. 76).

Em áreas onde a pobreza, a desnutrição e a falta de saneamento básico são evidentes, a educação passa a ser um aspecto fundamental, principalmente quanto à orientação das pessoas para os aspectos básicos sobre a saúde, dadas as dificuldades já expostas.

Analisando estes aspectos, denota-se a importância na participação do médico em termos de esclarecimento e informações para as pessoas, tendo em vista, também, que os profissionais da área da saúde, principalmente o médico, são fortes formadores de opinião na sociedade.

Batista (1997) amplia esta discussão trazendo não só a saúde como fator de educação, mas abordando, também, a importância da educação sanitária, na qual cabe ao governo engajar-se cada vez mais e a educação médica, discutindo a necessidade da formação qualificada dos médicos e dos outros profissionais da área da saúde e seu posterior desenvolvimento.

f. **Desafio Ético:**

Batista (1997, p. 86) comenta que a expressão ética

“(…) tem sido vulgarmente utilizada para significar variadas coisas no meio médico e ao se discutir políticas sociais. Tem sido interpretada

como uma espécie de código de boas maneiras entre colegas por alguns, confundida com preceitos legais coercitivos por outros e até com as próprias convicções ideológicas de terceiros”.

Entretanto, a ética é a ciência da moral, sendo, em sua essência, prescritiva, e, para tanto, cabe registrar os campos de regulamentação que o Código de Ética Médica *apud* Davis (1994), contempla: princípios fundamentais, direitos médicos, responsabilidade profissional, direitos humanos, relação com pacientes e familiares, doação de transplante de órgãos e tecido, relações entre médicos, remuneração profissional, segredo médico, atestado e boletim médico, perícia médica, pesquisa médica, publicidade e trabalhos científicos.

Contudo, a valorização dos profissionais da saúde não depende tão somente da abrangência dos conhecimentos técnicos, mas, também, da conduta moral e ética. Temas recentes e polêmicos como a clonagem de animais e de seres humanos, casos de comércio de órgãos para transplantes, questões religiosas que envolvem transfusão de sangue, uso de drogas experimentais em pessoas, a inseminação artificial e a “barriga-de-aluguel”, enfim, decorrências da evolução comportamental na sociedade a qual o médico terá que aprender e interagir em seu dia-a-dia.

2.6.2 Uma Mudança de Paradigma – Cliente x Paciente

“Toda a forma de financiamento da saúde gerencia o cuidado ao paciente” (Kaldenberg, 1999, p. 39), sendo que, consoante Mason (2000, p. 16),

“os clientes da área da saúde não estão mais dispostos a engolir a desculpa de que cuidado com a saúde é diferente, mas sim esperam que as suas experiências médicas se equiparem a uma experiência de varejo que consideram satisfatória”.

Albrecht & Bradford (1992, p. 13) comentam que há

“uma tendência nervosa na área de saúde é a relutância – e muitas vezes resistência – em considerar a pessoa como ‘cliente’. (...) Por que isso? Aparentemente há dois motivos: em primeiro lugar, o profissional da área de saúde, seja médico, seja enfermeira, seja técnico, encara a pessoa doente como alguém que precisa ser tratado, curado, e não como uma pessoa que está pagando muito bem pelos serviços; em segundo lugar, por causa da crença de que se o fizerem vão desvalorizar a prática da medicina, reduzindo-a a um nível indigno não-profissional. (...) muitos profissionais sem querer desumanizam seus pacientes”. E Albrecht (1998, p. 76) vai além:

“A indústria de assistência à saúde desenvolveu, ao longo dos anos, um conjunto notável de táticas para fazer com que seus clientes se sintam psicologicamente subordinados e submissos perante os fornecedores (...)”.

Neste sentido, Bogherosi (2000, p. 6-7) resgata o conceito de cliente:

“(...) cliente é aquela pessoa que mantém uma relação comercial com alguma empresa. Cliente é aquele que necessita de algum produto ou serviço e que, após pesquisar, analisar e selecionar, faz a opção por um fornecedor que melhor sinalize com as perspectivas de atender plenamente suas necessidades e desejos com maior eficiência do que

os seus concorrentes a um preço mais justo e por ele aceito. (...) O paciente é cliente. (...) o paciente sempre se viu como cliente. (...) muitos médicos (...) estão aprendendo com as críticas e sugestões dos seus pacientes que há várias maneiras de olhá-los também como clientes, sem que isso traga qualquer comprometimento ao seu tratamento como paciente, à credibilidade dos médicos e a dos seus hospitais”.

Os profissionais da saúde estão mais preocupados com a doença do que o indivíduo doente, por isso não personalizam o atendimento ao cliente, tratando-o como “o doente do quarto 40, o infartado, o câncer de estômago, ou, ainda, discutem junto ao leito do doente o resultado de sua endoscopia, referindo-se à lesão que é fonte de sofrimento e angústia para ele como aquela linda úlcera do duodeno” (Rebelo, 1995, p. 71).

Outro aspecto relevante é que “o paciente, que nem sempre é tratado como um cliente, é colocado em uma posição subordinada sem controle sobre o encontro [de serviço]” (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2000, p. 225); sendo que é imprescindível a interação médico-cliente nas fases de diagnóstico e tratamento para a obtenção de resultados satisfatórios. A qualidade em serviços de cuidados à saúde vai além do simples contato do encontro de serviço propriamente dito, uma vez que há um impacto sobre a qualidade de vida futura das pessoas.

O comportamento do cliente da área da saúde mudou. Ele possui acesso a uma abundância de informações, possuindo, cada vez mais, a liberdade de escolher o seu provedor da saúde. Além disso, está exigindo ser um participante ativo no seu próprio tratamento (Wolf, 2001).

2.6.3 O Médico do Futuro

O novo perfil exigido para os profissionais da área da saúde, e, em particular, para os médicos, inclui algumas características, tais como boa comunicabilidade, competência através de informações tecnológicas, autoconsciência e capacidade de trabalho em equipe, comportamento profissional e ético (Murti & Sefton, 2000).

“A persistência da dor, da doença e até a morte de um paciente é uma derrota para o médico no sentido mais amplo de seus sentimentos e da sua consciência. O médico precisa ser visto e entendido não como um ser com poderes extraterrestres ou sobrenaturais, mas, sobretudo, como ser humano, independentemente de sua raça, origem, credo, cor, fé ou especialidade. São pessoas que como todas as demais têm as mesmas emoções e sentimentos” (Davis, 1994, p. 153).

“O médico do futuro terá que ser humanista nas relações com o cliente e gestor de negócios nas relações com seus parceiros econômicos. (...)”

Não abandonará a tecnologia; porém fará dela um instrumento de seu trabalho e não apenas um objetivo; (...) envolvendo ativamente os médicos na administração e gerenciamento de custos” (Brant, 2000, p. 4-5).

Para Adib Jatene *apud* Brant (2000, p. 4), “o médico do terceiro milênio terá menos escolha sobre a sua profissão; a definição de seu caminho estará cada vez mais nas mãos das fontes pagadoras – governo e operadoras”, incluindo-se, também, os clientes.

Barry (1997) sugere um novo modelo médico, no qual um dos aspectos fundamentais é a necessidade de a medicina moderna apontar a natureza do problema da pessoa e não apenas indicar o tratamento que deve ser prescrito, implementado e administrado.

“(…) do ponto de vista do paciente, o melhor médico é aquele que resolve o seu problema em particular, que ameniza ou elimina a sua dor e cura o seu mal” (Davis, 1994, p. 126-127). “Quando um cliente procura uma organização prestadora de serviços de saúde, ele quer um médico, o que demonstra a importância deste” (Quinto Neto, 2000, p. 10).

“(…) é fato que atividades em serviços de saúde envolvem uma orientação bastante técnica. Carreiras relacionadas à saúde envolvem treinamento no qual a preponderância de foco é na aquisição de habilidades científicas e técnicas. O serviço ao cliente e as relações com os pacientes recebem desproporcionalmente menores níveis de treinamento, se é que recebem algum” (Barry, 1997, p. 21).

Portanto, é imperioso que o médico entenda a importância de se associar e se tornar parceiro dos provedores de saúde, principalmente dos hospitais, melhorando a posição competitiva relativa da empresa em relação aos clientes, através da integração baseada em confiança e colaboração (Holm & Schroeder, 2000; Quinto Neto, 2000), entendendo a importância de sua interação com os clientes, não apenas na questão técnica, mas também psicológica, estabelecida no relacionamento com as pessoas.

2.6.4 Algumas Estratégias para o Setor da Saúde

Segundo Wolf (2001), existem algumas estratégias que as organizações do setor da saúde podem implementar para chegar aos seus objetivos e construir a lealdade dos clientes:

- a. **Focar o bem-estar e a qualidade de vida:** significa dizer que o foco deve estar na medicina preventiva e não na medicina curativa, embora esta faça parte do processo. Principalmente a geração nascida no pós-guerra, entre as décadas de 50 e 60, os *baby boomers*, não está satisfeita ao se enxergar e se sentir velha, e a autora, muito propriamente, coloca que “eles estão demandando uma qualidade de vida melhor e estão dispostos a pagar por isso” (Wolf, 2001, p. 12).

Em relação à medicina preventiva, Cury (2000) aborda a importância da educação e promoção da saúde, prevenção de doenças e a gestão de doenças crônicas, o que objetiva a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

De acordo com estudo realizado pelo *American Institute for Preventive Medicine apud Powell* (2001), as razões citadas em relação à justificativa de realização dos programas de bem-estar no local de trabalho, foram as seguintes: melhoram a saúde dos colaboradores (41%), reduzem os custos dos cuidados à saúde (27%), melhoram a moral dos colaboradores (17%), reduzem o número de acidentes no trabalho (9%), reduzem o absenteísmo (8%), e aumentam a produtividade (8%).

O foco na qualidade de vida também é relevante para as pessoas que estejam se recuperando de alguma doença.

“O desafio do *marketing* para os cuidados com a saúde é que raramente é definido como um serviço desejável. Há sentimentos negativos vinculados à experiência de dor junto a um hospital, desconforto e ansiedade, e, então, isto é difícil de vender” (MacStravic *apud Wolf*, 2001, p. 12). MacStravic ainda sugere uma mudança de foco, da doença para os benefícios provenientes do cuidado com o indivíduo, benefícios estes que a organização lhe proporcionará;

- b. **Cultivar relacionamentos:** estabelecer e consolidar relações duradouras. De acordo com Sturm Jr. *apud Wolf* (2001, p. 13):

“Cuidados com a saúde sempre foi um negócio de relacionamento. As organizações deveriam reconhecer que cada cliente tem um valor na sua existência com um significativo retorno sobre o investimento”.

Sturm Jr. indica que se forme uma ligação, um vínculo com o cliente, e isto pode ser estabelecido através de programas que abordem temas específicos (nutrição, exercícios,...), como também públicos específicos (crianças, mulheres,...). Com tais programas direcionados pode-se conseguir retornos substanciais bem como criar relacionamentos de longo prazo;

- c. **Divulgar os médicos:** Um dos mais importantes relacionamentos que as organizações da saúde devem nutrir é entre os seus clientes e os médicos. A maior parte das percepções dos clientes se concentra no médico, devido ser o encontro mais significativo dentro do sistema da saúde. Portanto, o provedor da saúde deve ajudar a criar um elo entre os clientes e os médicos, beneficiando-se do vínculo estabelecido entre cliente-médico e reforçado pelos esforços de *marketing*.

De acordo com a autora, o *Southern New Hampshire Medical Center*, localizado em Nashua, Estados Unidos, criou uma Escola Médica da Comunidade, aberta ao público e oferecendo programas de prevenção. Segundo Wilhelmsem Jr. *apud Wolf* (2001, p. 13), presidente do *Southern New Hampshire Medical Center*, “a Escola Médica é uma oportunidade de convidar os membros da comunidade a encontrarem-se com os médicos e discutir a respeito de tratamentos, procedimentos e prevenção”. Assim, cria-se uma atmosfera menos intimidadora e uma conexão muito forte entre as pessoas e os médicos. Esta estratégia proporciona aos indivíduos uma chance de familiarizarem-se com os médicos através das interações;

- d. **Utilizar uma abordagem individualizada:** nada mais é do que personalizar o atendimento aos clientes. O *marketing* personalizado, também denominado *marketing* um-a-um (*one-to-one*), expressão esta difundida pelo mundo afora pelos autores Peppers & Rogers, se baseia em ir ao encontro dos clientes, de suas

necessidades individuais para aumentar sua satisfação e assegurar retorno ao negócio.

Para tanto, o *Methodist Healthcare System* apud Wolf (2001), localizado em San Antonio, Texas, Estados Unidos, implementou um serviço de comunicação direta com os clientes, o *Methodist's Call Center* para coletar e processar as informações dos mesmos, gerando os seus respectivos perfis em um banco de dados (*database*). Um outro caminho que pode ser utilizado nesta construção de uma abordagem um-a-um é incorporar à estratégia de *marketing* um canal de comunicação com os clientes via Internet.

Neste sentido, Barry (1997, p. 24) reforça que muitos “hospitais estão investindo em programas para determinar como os seus pacientes avaliam suas experiências no hospital e o quê poderia ter sido feito para melhorar esta experiência”.

Por outro lado, Wood apud Kerns & St. Clair (2000) sugerem algumas táticas para a melhoria do atendimento nos serviços de saúde, bem como na sustentação da lealdade dos clientes, que são melhorar o acesso para o encaminhamento aos prestadores de serviço; reduzir os tempos de espera; fortalecer os programas de orientação aos colaboradores; melhorar as interações entre o provedor de saúde e o quadro de colaboradores e estabelecer elos fortes entre os executivos de planos de saúde, em nível de comando, e os líderes mais experientes dos maiores clientes.

2.6.5 Uma Nova Abordagem da Saúde Voltada à Retenção de Clientes

Na prestação de serviços de saúde, a qualidade pode ser analisada

“sob cinco perspectivas: conteúdo (procedimentos-padrão/avaliação da prática médica), processo (seqüência de eventos e suas interações), estrutura (aspectos tangíveis), resultado (mudança no estado de saúde do cliente) e impacto (adequação, disponibilidade, acessibilidade e efeito total sobre a comunidade). No caso da saúde, o escopo da qualidade em serviços obviamente vai além da qualidade dos cuidados dedicados ao paciente; ela também inclui o impacto sobre a família e sobre a comunidade” (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2000, p. 254).

Para Urdan (2001, p. 46), “o paciente avalia a qualidade técnica do cuidado [a qual está diretamente relacionada à perspectiva conteúdo, abordada por Fitzsimmons & Fitzsimmons] indiretamente pelas evidências do interesse e da preocupação dos profissionais com sua saúde e seu bem-estar”.

Em estudo teórico-empírico desenvolvido por Brown & Swartz apud Urdan (2001), os autores identificaram nove atributos (fatores subjacentes) do atendimento médico que influenciam significativamente a qualidade percebida pelos clientes: profissionalismo, comunicações auxiliares, responsabilidade profissional, interações do médico, interações dos

auxiliares, diagnóstico, competência profissional, comodidade de horário e comodidade de localização.

Segundo Casanova (1999, p. 386), “a equação de valor nos serviços de saúde é a que segue”:

$\text{Qualidade do Atendimento} + \text{Custos do Atendimento} + \text{Experiência do Atendimento} = \text{Satisfação do Paciente (Cliente)}$
--

Na maior parte, a qualidade do atendimento é invisível ao cliente, embora os resultados sejam aparentes e podem servir como medidas da qualidade para toda a população, um resultado obtido por um paciente é um resultado individual.

Os custos do atendimento na perspectiva do cliente são determinados, geralmente, por um provedor de saúde, não sendo a principal questão, embora muito importante, para a sua retenção.

Por fim, a importância da experiência vivenciada pelo cliente quando da necessidade de cuidados com sua saúde. Quando um cliente vivencia uma experiência ruim com o seu provedor de saúde, sente-se emocionalmente ferido e zangado. Se um cliente se sentir mal atendido por um médico ou outro prestador de serviços, é categórico em não voltar (Casanova, 1999).

Entretanto, “os clientes precisam ser educados a ter expectativas realistas. São as lembranças do cliente/paciente que precisam ser gerenciadas” (Casanova, 1999, p. 388).

$\text{Expectativas} + \text{Experiências} = \text{Lembranças}$

Para Sganzerlla (2000), com as exigências impostas pela nova regulamentação, os planos de saúde tornaram-se iguais, o que exige das empresas o foco no atendimento ao cliente como diferencial competitivo, e, neste momento, a autora indica o *marketing* de relacionamento como ferramenta competitiva para as empresas do segmento.

No Brasil, conforme Cygler (2000), “são mais de 40.000.000 de pessoas, clientes de assistências médicas nas suas diversas formas: seguradoras, medicina de grupo, autogestão, cooperativas, ...”.

E o autor vai além: “Estas pessoas são iguais? Têm necessidades iguais? Têm custos iguais?” Surge, então, a oportunidade de se trabalhar o *marketing* personalizado, entendendo melhor os clientes e ajustando os serviços de saúde ao mercado.

Para ilustrar esta tendência [relacionamento com os clientes] no setor da saúde, pode-se citar a empresa Assistência Médica Internacional (Amil), fundada em 1979. Já em 1972,

Edson de Godoy Bueno, um de seus fundadores, ao adquirir um hospital, o qual seria o ponto de partida desse conceituado Grupo, adotava a “estratégia de priorizar o cliente” (Moreira et al., 2000).

Segundo Moreira et al. (2000, p. 290), a Amil, através de seu Diretor de *Marketing*, Clemente Nóbrega, em 1993, ao elaborar seu planejamento estratégico para os próximos três anos, definiu as seguintes estratégias, as quais visavam manter os clientes existentes e atrair clientes potenciais: “reestruturação interna [controle sobre os custos]; consolidação da qualidade dos serviços [voltada à retenção de clientes]; desenvolvimento de novos mercados [inclusive mercado externo] e lançamento de novos produtos [aumentar a consistência no *mix* de serviços]”.

É válido ressaltar este estudo de caso (Moreira et al., 2000), haja vista o Grupo Amil tratar-se de um dos ícones do setor da saúde privada no país, consolidando a filosofia de diferenciação no atendimento aos clientes, da importância da retenção destes para a sustentação do negócio no longo prazo e da gestão fundamentada em resultados.

2.6.6 A Evolução dos Planos de Saúde no Brasil

Para uma melhor compreensão do setor da saúde no Brasil, mais especificamente o segmento de Planos de Saúde, é importante que se resgate sua evolução histórica.

Neste sentido, Montone (2001b) recupera esta evolução histórica da seguinte forma:

Anos 60/70: Surgimento dos primeiros Planos de Saúde.

Anos 80: Crescimento do setor. Expansão do seguro-saúde.

1988: Constituição. Criação do SUS. Definição da Saúde Privada como setor regulado.

1989: Início do debate no Congresso. Projeto do Senador Iran Saraiva.

1991: Código de Defesa do Consumidor.

1997: Aprovação do Projeto de Lei de regulamentação do Setor de Saúde Suplementar na Câmara Federal.

1998: Debate e aprovação no Senado. Promulgação da Lei 9.656/98 e da MP 1.665/98 com as alterações exigidas pelo Senado.

1999: Início da vigência da Lei e da MP com duplo sistema de regulação, através dos Ministérios da Fazenda e da Saúde.

2000: Unificação da regulação no Ministério da Saúde e a criação da ANS.

3 CARACTERIZAÇÃO DA EMPRESA E SUA INSERÇÃO NO MERCADO

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA EMPRESA

3.1.1 Histórico da Empresa

O Grupo Fátima iniciou com a fundação do Hospital Fátima, em 9 de março de 1957, pelo Dr. Virvi Ramos, com o objetivo de oferecer serviços hospitalares demandados pelo crescimento de Caxias do Sul e região, pois a rede hospitalar existente naquela época já não atendia às expectativas da comunidade.

Com a necessidade de suprir a carência de profissionais dedicados ao atendimento dos usuários no âmbito hospitalar, é fundada, em 1º de fevereiro de 1958, a Escola de Enfermagem.

Por aspiração pessoal do presidente do Grupo, Dr. Virvi Ramos, iniciam-se as atividades da Faculdade de Direito, em 1º de janeiro de 1959, e, mais adiante, no ano de 1961, a Faculdade de Medicina, ambas nas instalações do Hospital. Em 1960, o curso de Direito é transferido para a sede da Biblioteca Pública Municipal, passando a integrar a Universidade de Caxias do Sul em 1967, culminando com a sua transferência, juntamente com o curso de Medicina, para o atual campus universitário em 1972. Cabe resgatar, também, que o Dr. Virvi Ramos seria o primeiro Reitor da instituição, recém-criada.

Em 07 de julho de 1976, mais uma vez pela demanda da comunidade, o Grupo Fátima passa a desenvolver uma cultura própria de atendimento baseada na especialização para atuar com crianças, fundando, assim, uma área específica para maternidade e pediatria.

Dentro de uma evolução natural do Grupo, em 13 de outubro de 1978, é lançada a pedra fundamental do prédio da Escola de Enfermagem, pois a mesma precisava de um espaço adequado, em face ao seu franco crescimento, além das instalações do Hospital não mais a comportarem.

Em 24 de fevereiro de 1981, as instalações do Hospital são ampliadas com a construção do terceiro andar, consolidando aquele que já era o hospital mais especializado da região.

Pela necessidade de a comunidade empresarial romper com o monopólio na área da saúde privada da época, quando somente havia a atuação da Unimed, o Grupo Fátima estrutura-se e cria o Plano de Saúde Fátima, em 1º de maio de 1988, inovando, inclusive, pelo seu posicionamento, ou seja, voltando-se especificamente para o segmento empresarial e seus colaboradores.

Em 15 de outubro de 1991, vislumbrando mais uma oportunidade mercadológica, o Grupo funda a unidade de negócio Farmácia, a qual seria totalmente ampliada e modernizada em 1999, com a ida do Plano de Saúde para as novas instalações, passando a contar com três unidades no ano de 2001.

Como ampliação do seu *mix* de serviços, o Grupo torna-se o primeiro prestador de serviços na área de medicina ocupacional do estado, inclusive exportando sua tecnologia para empresas similares do centro do país.

Já em 22 de dezembro de 1993, é inaugurado o Instituto de Medicina Nuclear, subordinado ao Hospital.

No dia 1º de janeiro de 1995, acontece um marco muito importante para o Grupo, que é a inauguração da Clínica na cidade de Flores da Cunha, reforçando a decisão de expansão geográfica de atuação.

Tendo a preocupação com o bem-estar de seus clientes, em 17 de novembro de 1996, é inaugurada, no Hospital, a ala “400”, que traz o conceito de hotelaria hospitalar devido à qualificação nos serviços, o que confere ao Grupo, mais uma vez, a posição de primeiro prestador de serviços na área da saúde a oferecer tal nível de serviços na região, tornando o ambiente hospitalar mais humano e confortável.

Dentro da filosofia inovadora do Grupo, em março de 1998, iniciam-se as atividades do *Home Care*, sistema estruturado para possibilitar o atendimento na casa do cliente, havendo, logicamente, a indicação médica, onde as condições de recuperação são favorecidas pelo ambiente familiar.

Nesse mesmo ano, novamente pelo surgimento de uma oportunidade de mercado, consolidada pela necessidade interna do Grupo, é instalado um laboratório de análises clínicas, o qual seria, posteriormente, centralizado junto ao Plano de Saúde no ano de 2001.

Comprovando a evolução da estrutura do Hospital, em 8 de dezembro de 1998, é o único hospital do interior do Estado a receber o selo RS do PAH – Programa de Acreditação

Hospitalar – com Acreditação Plena, dentro do PGQP – Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade.

Pelo crescimento significativo no número de clientes, em 29 de abril de 1999, o Plano de Saúde Fátima muda de local, passando a ocupar um prédio com oito andares, o qual possibilitaria a ampliação da capacidade de atendimento e a centralização dos serviços para um maior conforto dos usuários na maior clínica de saúde da região.

3.1.2 Estrutura Corporativa

O Grupo Fátima é composto por cinco unidades de negócios, conforme quadro 3.2: a Pró-Salute Serviços para a Saúde Ltda., mais conhecida como Plano de Saúde Fátima, atuando no segmento de mercado de planos de saúde; a Cia. Hospitalar Nossa Senhora de Fátima, mais conhecida como Hospital Fátima, no segmento hospitalar; a Assemmed Assessoria Médica e Serviços Ltda., no segmento medicina ocupacional ou medicina do trabalho; o Laboratório Fátima Ltda., no segmento análises clínicas; e a Associação Cultural e Científica Nossa Senhora de Fátima, mais conhecida como Escola de Enfermagem Fátima, no segmento formação técnica em enfermagem. Cabe ressaltar que a Farmácia Fátima, embora com *status* de unidade de negócios, está subordinada ao Hospital.

Quadro 3.2 – Empresas do Grupo Fátima

Empresas	Atividade
Pró-Salute Serviços para a Saúde Ltda. (Plano de Saúde Fátima)	Plano de Saúde
Cia. Hospitalar Nossa Senhora de Fátima	Hospital
Assemmed Assessoria Médica e Serviços Ltda.	Medicina Ocupacional
Farmácia Fátima (subordinada ao Hospital)	Farmácia
Laboratório Fátima Ltda.	Análises Clínicas
Associação Cultural e Científica Nossa Senhora de Fátima	Escola de Enfermagem

Por outro lado, o Grupo Fátima possui, atualmente, 441 colaboradores em seu quadro funcional entre pessoal administrativo e operacional, além de contar com 130 médicos credenciados. Para que se tenha um melhor entendimento a respeito da estrutura corporativa, em termos de pessoal, segue o quadro 3.3, demonstrando a distribuição dos colaboradores, por unidade de negócios.

Quadro 3.3 – Colaboradores e médicos credenciados do Grupo Fátima

Empresas	Colaboradores
Pró-Salute Serviços para a Saúde Ltda.(Plano de Saúde Fátima)	52
Cia. Hospitalar Nossa Senhora de Fátima	309
Assemed Assessoria Médica e Serviços Ltda.	17
Farmácia Fátima (subordinada ao Hospital)	25
Laboratório Fátima Ltda.	20
Associação Cultural e Científica Nossa Senhora de Fátima	18
Total de Colaboradores	441
Médicos Credenciados	130

3.1.3 Organogramas Corporativo e do Plano de Saúde

Para uma melhor visualização da estrutura organizacional do Grupo Fátima, bem como do Plano de Saúde, seguem os Organogramas Corporativo e do Plano de Saúde, conforme Figuras 3.8 e 3.9:

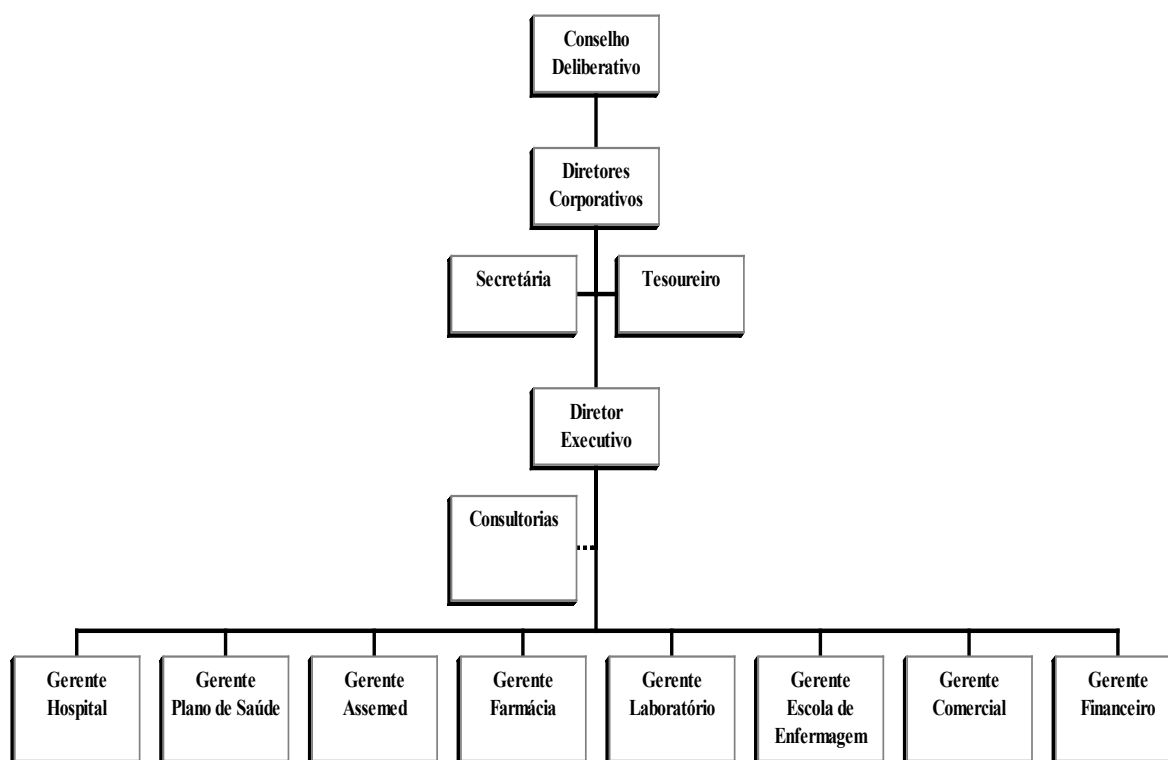


Figura 3.8 – Organograma corporativo

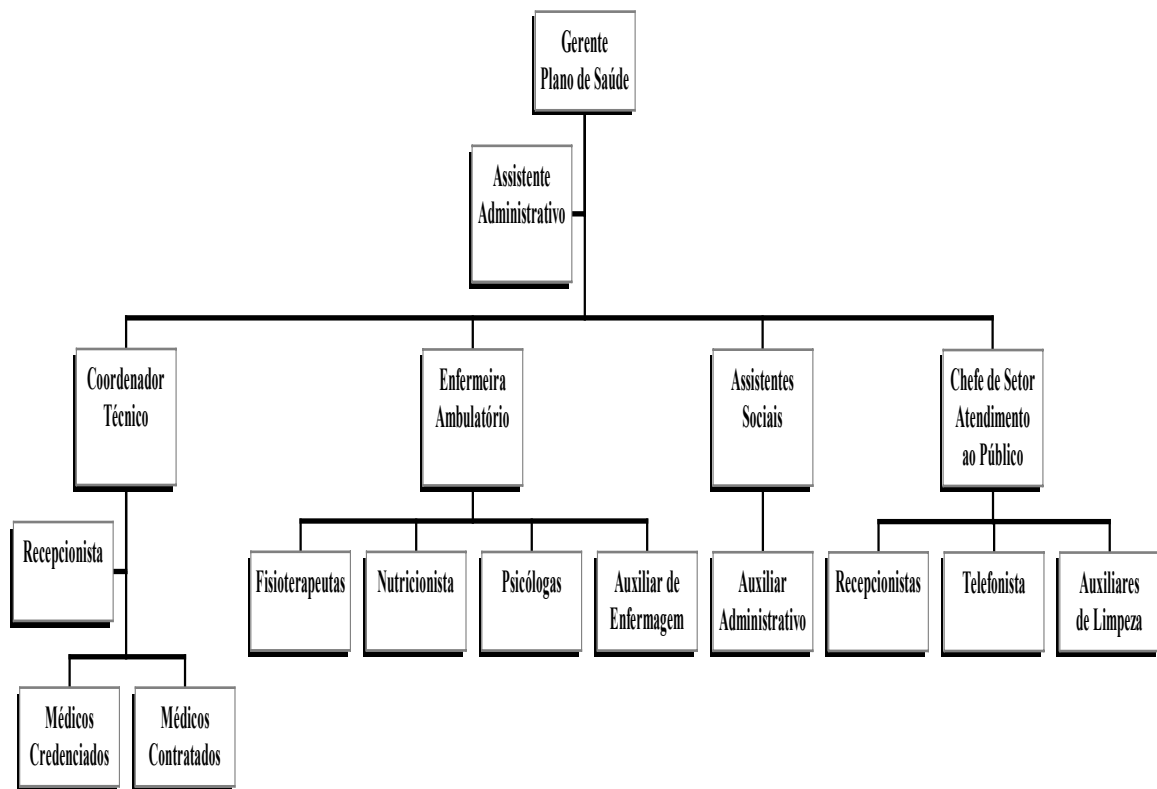


Figura 3.9 – Organograma do Plano de Saúde

3.2 AS MODALIDADES DE GESTÃO DA SAÚDE PRIVADA

De acordo com a Resolução RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000, da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, disposto no capítulo IV, Art. 10, as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde deverão ser classificadas da seguinte forma:

3.2.1 Administradora

“Seção I, Art. 11. Classificam-se na modalidade de administradora as empresas que administram planos ou serviços de assistência à saúde, sendo que, no caso de administração de planos, são financiados por operadora, não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.”

“Assemelha-se à autogestão, com diferença na forma de administração, que não é feita pela própria empresa, mas por contratados que intermedeiam a prestação de serviços” (Moreira et al., 2000, p. 297).

3.2.2 Cooperativa Médica

“Seção II, Art. 12. Classificam-se na modalidade de cooperativa médica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam Planos Privados de Assistência à Saúde.”

A “Cooperativa Médica oferece serviços de diagnóstico e tratamento, por meio de médicos cooperados, e hospitalização mediante rede credenciada” (Moreira et al., 2000, p. 297).

Esta é a classificação da concorrente Unimed Nordeste RS, a qual será abordada na seção 3.4.3, alínea a.

3.2.3 Cooperativa Odontológica

“Seção III, Art. 13. Classificam-se na modalidade de cooperativa odontológica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente Planos Odontológicos.”

3.2.4 Autogestão

“Seção IV, Art. 14. Classificam-se na modalidade de autogestão as entidades de autogestão que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabilizam-se pelo Plano Privado de Assistência à Saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados.”

3.2.5 Medicina de Grupo

“Seção V, Art. 15. Classificam-se na modalidade de medicina de grupo as empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades contidas nas Seções I, II, IV e VII desta Resolução.”

As empresas de Medicina de Grupo atuam “com recursos próprios, oferecendo serviços para diagnóstico, tratamento e hospitalização” (Moreira et al., 2000, p. 297).

Esta é a classificação do Plano de Saúde Fátima e do concorrente COC – Círculo Operário Caxiense, os quais serão abordados nas seções 3.3.1, 3.3.2 e 3.4.3, alínea b, respectivamente.

3.2.6 Odontologia de Grupo

“Seção VI, Art. 16. Classificam-se na modalidade de odontologia de grupo as empresas ou entidades que operam exclusivamente Planos Odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas na modalidade contida na Seção III desta Resolução.”

3.2.7 Filantropia

“Seção VII, Art. 17. Classificam-se na modalidade de filantropia as entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social CNAS e declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.”

Esta é a classificação do concorrente Pompéia Med, o qual será abordado na seção 3.4.3, alínea c.

3.3 ANÁLISE AMBIENTAL

A análise ambiental é importante considerando que a organização deve examinar as condições e variáveis inseridas no ambiente competitivo, suas potencialidades, suas limitações, seus recursos, seus desafios em termos de gestão, enfim, tudo o que seja necessário para que possa consolidar suas estratégias e ações, posicionando-se de forma a minimizar os riscos inerentes a um mercado em constante mutação.

3.3.1 Ambiente Interno – Pontos Fortes e Fracos

A análise do ambiente interno tem por objetivo identificar os pontos fortes (forças) e pontos fracos (fraquezas) da organização, demonstrada no quadro 3.4, bem como os fatores estratégicos que servirão de suporte à escolha e implementação das estratégias.

Como principais pontos fortes do Plano de Saúde Fátima, é possível citar:

- a. possui hospital próprio, facilitando o encaminhamento dos clientes para atendimento e possibilitando um maior controle na qualidade dos serviços prestados, inclusive, proporcionando a maximização dos recursos através da redução de custos em comparação à utilização de hospitais terceirizados;
- b. o Hospital Fátima é o único hospital do interior do Estado a receber o selo RS do PAH – Programa de Acreditação Hospitalar, com Acreditação Plena junto ao PGQP – Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade;
- c. a Clínica do Plano de Saúde Fátima é uma facilitadora em serviços de saúde. Com localização central, de fácil acesso, concentra, tanto corpo médico com especialistas, clínicos gerais, enfermeiros e serviços de diagnósticos, quanto laboratório de análises clínicas, radiologia, ecografia e mamografia, além de outros

- serviços complementares, como ambulatório, fisioterapia, odontologia, psicologia, psiquiatria, nutricionismo, farmácia e medicina ocupacional;
- d. o Plano de Saúde Fátima apresenta forte consistência em seu *mix* de serviços, pois tem a possibilidade de ofertar planos de saúde (empresariais e pessoais), odontologia, convênios com a farmácia, serviços laboratoriais próprios, atendimento ao acidente de trabalho e medicina ocupacional;
 - e. em relação à concorrência, o Plano de Saúde Fátima apresenta relativa vantagem de preços, embora esta vantagem tenha diminuído, principalmente pela pressão da concorrência;
 - f. o modelo de gestão, baseado no CH – Coeficiente de Honorários – móvel, o qual aloca um percentual sobre a receita para as diversas contas, possibilita um maior controle sobre as despesas, não apenas do Plano de Saúde, como também de todo o Grupo;
 - g. a identificação com o meio empresarial é muito forte, reforçada até pela sua história, que teve a fundação do Plano advinda de uma oportunidade de mercado e, principalmente, da necessidade do meio empresarial em ter uma alternativa para o então monopólio da Unimed;
 - h. a liderança de mercado no segmento medicina ocupacional, com a Assemed, confere ao Plano de Saúde Fátima maior possibilidade de proporcionar aos seus clientes, bem como clientes potenciais, serviços de melhor qualidade e preços mais competitivos.

Como principais pontos fracos do Plano de Saúde Fátima, é possível citar:

- a. o número de médicos é percebido pelo mercado como uma limitação, embora esta seja em função do modelo de gestão, o qual não permite uma utilização indiscriminada dos serviços, exigindo total controle e trazendo para a empresa o gerenciamento de saúde dos clientes;
- b. a abrangência local lhe confere uma condição desfavorável, uma vez que clientes que viajam muito só poderão ser atendidos fora da área de cobertura através dos conveniados do sistema ABRAMGE, mediante a apresentação do cartão de identificação de associado.

Quadro 3.4 – Matriz de pontos fortes e fracos do Plano de Saúde Fátima

Pontos Fortes	Pontos Fracos
Hospital próprio	Número de médicos
Único hospital do interior do Estado com Acreditação Plena no PAH do PGQP	Abrangência local
Clínica com serviços centralizados	
Consistência no <i>mix</i> de serviços	
Preços	
Modelo de gestão pelo CH móvel	
Identificação com o meio empresarial	
Liderança de mercado no segmento medicina ocupacional	

3.3.2 Ambiente Externo – Oportunidades e Ameaças

A análise do ambiente externo tem por objetivo identificar as oportunidades e ameaças da organização, de acordo com os quadros 3.5 e 3.6, conjugando-as com os fatores internos

para que então sejam possíveis as definições estratégicas e o respectivo desdobramento de suas diretrizes.

Como principais oportunidades do Plano de Saúde Fátima, é possível citar:

- a. fidelizar clientes através de ações, internas e externas, que agreguem valor aos serviços prestados e que estreitem e consolidem o relacionamento com a empresa, tanto com seus clientes, quanto com seus colaboradores;
- b. a medicina preventiva poderá ser adotada como alternativa para uma aproximação efetiva junto aos clientes, criando um relacionamento cliente-empresa mais sólido, podendo trazer resultados quanto à redução de custos no longo prazo, uma vez que os custos comparativos entre medicina curativa e preventiva são consideráveis, embora ambas não sejam mutuamente excludentes;
- c. a ampliação geográfica de mercado se configura em uma alternativa para a busca de crescimento no número de clientes, o que poderia gerar um estudo sobre a viabilidade econômica e relativa a outros fatores em cidades vizinhas;
- d. potencialidade para o estabelecimento de parcerias com novos entrantes no mercado, como, por exemplo, seguradoras, ou até mesmo com atuais concorrentes, almejando maximização das estruturas, ampliação da base de clientes (ganhos de escala) e, conseqüentemente, redução nos custos;
- e. as exigências legais crescentes em relação à medicina ocupacional indicam a possibilidade de analisar e viabilizar o lançamento de novos serviços;
- f. o segmento de mercado farmácia de manipulação poderá vir a se configurar em uma oportunidade mercadológica, a qual fortaleceria a consistência do *mix* de serviços ofertados, o que, para tanto, demandaria um estudo sobre a viabilidade deste negócio, bem como a elaboração de um projeto para sua possível implementação.

Quadro 3.5 – Matriz de oportunidades

Oportunidades	Desdobramentos em Ações Possíveis
Fidelização de clientes	Estreitar o relacionamento dos clientes com a empresa através de ações internas e externas
Medicina preventiva	Buscar maior aproximação dos clientes e redução de custos no longo prazo
Ampliação geográfica de mercado	Estudar viabilidade na atuação em cidades vizinhas
Potencialidade para parcerias com novos entrantes (seguradoras) ou atuais concorrentes	Preparar a organização a fim de se transformar em uma empresa atrativa
Exigências legais crescentes em relação à medicina ocupacional	Analisar e viabilizar a oferta de novos serviços
Farmácia de manipulação	Estudar viabilidade e elaborar projeto

Como principais ameaças do Plano de Saúde Fátima, é possível citar:

- a. a política governamental e a nova regulamentação trouxeram, principalmente, a exigência de maiores coberturas em serviços que a iniciativa privada ainda não tem o real dimensionamento em relação à demanda potencial, como é o caso dos transplantes, cardiopatias e doenças degenerativas como câncer, o que forçará a empresa a preparar sua estrutura organizacional a fim de atender tais coberturas com o nível de qualidade desejado e com os menores custos possíveis;

- b. há relativa tendência de aumento nos custos, pressionado pelas exigências da nova regulamentação, pelo crescimento da demanda nos serviços de saúde, pelo nível de investimento necessário em termos de aquisição de tecnologia e variação cambial, uma vez que muitos insumos e equipamentos da área da saúde têm seus preços cotados em dólar, o que obriga a empresa a racionalizar os custos operacionais e envolver os médicos no processo de gestão e busca de alternativas;
- c. limitações a ajustes de preços, seja pela limitação legal imposta pela regulamentação da ANS, em termos de reajustes contratuais, seja pela limitação advinda da pressão concorrencial no mercado, obrigando a empresa a adequar sua estrutura organizacional e/ou procurar aumentar o número de clientes para diluir seus custos fixos;
- d. a parceria entre os concorrentes Unimed e COC, em relação ao hospital e ao atendimento do corpo clínico da Unimed aos clientes do COC com planos empresariais, poderá fortalecer a ambos perante o mercado;
- e. o ingresso de novos entrantes no mercado – seguradoras e/ou prestadores de serviços de saúde – poderá causar impacto negativo, tendo em vista a possibilidade de perda de clientes, queda nos preços e, por decorrência, aumento nos custos;
- f. o reaparecimento de doenças erradicadas, o surgimento de novas doenças e tecnologias inovadoras que exigem altos investimentos podem refletir em um aumento dos custos, e, para tanto, a empresa deverá desenvolver programas voltados à prevenção de doenças, bem como pesquisar e implementar novas formas de tratamento, procedimentos e tecnologias alternativas com custos mais realistas;
- g. a pressão da concorrência faz com que haja uma limitação quanto a ajustes nos preços, por conseguinte, acarretando limitações ao aumento das receitas, as quais deveriam fomentar os investimentos necessários, o que pressiona a empresa a adotar uma postura mais agressiva na Área Comercial, objetivando o aumento do número de clientes para a diluição dos custos fixos e para o aumento da receita.

Quadro 3.6 – Matriz de ameaças

Ameaças	Desdobramentos em Ações Possíveis
Política governamental e a nova regulamentação	Preparar a estrutura organizacional para uma maior cobertura de benefícios aos clientes com os menores custos possíveis
Tendência de aumento nos custos	Racionalizar os custos operacionais e envolver os médicos no processo de gestão
Limitações a ajustes de preços	Adequar a estrutura organizacional, aumentar o número de clientes e ampliar a base de rateio dos custos fixos
Parceria entre os concorrentes: Unimed e COC	
Novos entrantes	
Reaparecimento de doenças erradicadas, surgimento de novas doenças e tecnologias	Desenvolver programas de prevenção e pesquisar novas formas de tratamento, procedimentos e tecnologias alternativas
Pressão da concorrência	Adotar postura mais agressiva na Área Comercial

3.4 AS CINCO FORÇAS COMPETITIVAS DE MERCADO

3.4.1 Clientes

Inicialmente, é importante que se faça uma distinção entre os dois tipos de clientes que a empresa possui. O primeiro, é o cliente empresa, pois o Plano Empresarial é o foco do Plano de Saúde Fátima, enquanto o segundo, é o cliente usuário, seja ele proveniente do Plano Empresarial, seja do Plano Pessoal (individual ou familiar).

A base de clientes do Plano de Saúde Fátima, como se pode observar no quadro 3.7, é composta de 53.235 usuários, dos quais 39.003 usuários advêm do Plano Empresarial, distribuídos em 1.590 empresas, o que representa 73,27% do total de clientes, e 14.232 usuários, oriundos do Plano Pessoal (individual ou familiar), o que representa 26,73%.

Quadro 3.7 – Matriz de clientes

Tipo de Cliente	Número de Clientes	Número de Empresas	%
Empresarial	39.003	1.590	73,27
Pessoal	14.232	-	26,73
TOTAL	53.235	1.590	100,00

Fonte: Relatório de Clientes (mês de dezembro de 2001)

3.4.2 Fornecedores

Como pode ser visualizado no quadro 3.8, o principal fornecedor do Plano de Saúde Fátima é o próprio Hospital Fátima, totalizando 40,81% dos recursos direcionados a fornecedores.

Por outro lado, é importante salientar que os serviços hospitalares representam o tipo de serviço pelo qual o Plano possui maior dependência (51,89%), seguido pelos serviços médicos (22,15%) e exames (2,70%) e diagnósticos por imagem (2,09%), totalizando 4,79%. Os serviços de anestesia também são representativos, respondendo por 3,76%, bem como a compra de sangue e seus derivados, com 2,41%.

Quadro 3.8 – Matriz de fornecedores

Fornecedores	Segmento	%
Cia. Hospitalar Nossa Senhora de Fátima	Serviços hospitalares	40,81
Médicos Credenciados	Serviços médicos	19,71
Outros Hospitais	Serviços hospitalares	9,19
Anestesiastas	Serviços de anestesia	3,76
Laboratório Fátima	Exames	2,70
UTI Adulta e Pediátrica (empresas contratadas)	Serviços médicos	2,44
Banco de Sangue de Caxias do Sul	Sangue e derivados	2,41
Clinimagem	Diagnósticos por imagem	2,09
Hospital São João Bosco/Sociedade Médica São Marcos	Serviços hospitalares	1,89
Outros	Diversos	15,00
TOTAL		100,00

Fonte: Relatório de Fornecedores (Ano 2001)

3.4.3 Concorrentes

Para um melhor dimensionamento da concorrência no mercado da saúde privada no Brasil, segundo a ANS (2001), pela posição do Banco de Dados de Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, em 28-02-2001, o país contava com 2.739 operadoras, sendo que, deste total, 203 empresas estão presentes no Rio Grande do Sul, o que representa 7,41% do total.

Os principais concorrentes do Plano de Saúde Fátima são a Unimed Nordeste RS, o COC e o Pompéia Med, os quais serão analisados individualmente.

a. Unimed Nordeste RS Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos

O início da Unimed se deu em 1967, com a criação da primeira cooperativa na cidade de Santos, Estado de São Paulo. Com a expansão das cooperativas, em 28 de novembro de 1975, foi implantada a Unimed do Brasil como Confederação que congrega as Singulares de todo o país da qual a Unimed Nordeste RS é integrante. A Unimed conta com 364 cooperativas, presentes em 4.000 municípios brasileiros, o que abrange 80% da área do território do país. São 90.000 médicos e 11.000.000 de usuários (Unimed do Brasil, 2000).

A Unimed Nordeste RS é classificada, portanto, na modalidade Cooperativa Médica, e conta com 796 médicos cooperados ativos (Unimed Nordeste RS, 2001) e 210.000 usuários (Unimed Nordeste RS, 2000).

Conforme dados publicados (Unimed Nordeste RS, 2001), é possível resgatar alguns relevantes indicadores de gestão, os quais estão apresentados no quadro 3.9:

Quadro 3.9 - Indicadores de gestão – Unimed Nordeste RS

Indicadores de Gestão	Janeiro a Março 2001	Janeiro a Março 2000	Variação (%)
Receita Operacional Líquida	R\$ 33.413.604,73	R\$ 29.684.966,17	12,56
Custo Operacional Direto Total	R\$ 29.803.756,29	R\$ 24.935.561,55	19,52
Trabalho médico	R\$ 10.149.960,41	R\$ 9.634.323,59	5,35

Conforme é possível constatar, comparando-se o primeiro trimestre de 2001 com o mesmo período do ano passado, houve um crescimento da receita operacional líquida na ordem de 12,56%, do custo operacional direto total, em 19,52% e do trabalho médico em 5,35%.

Embora a receita operacional líquida tenha apresentado crescimento, o custo operacional direto total excedeu tal percentual, o que comprova a tendência do setor em apresentar um aumento dos custos acima do das receitas. Segundo publicado, “a variação dos respectivos custos se deu, principalmente, em atos não-médicos [tais como exames e internações], mas gerados pelos médicos cooperados para complementar seus atendimentos” (Unimed Nordeste RS, 2001).

Cabe ressaltar que o trabalho médico, responsável pelo gasto de R\$ 10.149.960,41, teve a seguinte composição: 50% consultas; 23% trabalhos cirúrgicos; 7% trabalhos clínicos; 9% hospitais (sendo 6% com o Pompéia Med e 3% com o COC); 6% diagnoses; 3% UTI Unimed; 1% ambulatório e 1% medicina do trabalho.

Neste sentido, pode-se analisar tal concorrente sob a ótica de seus pontos fortes e fracos, demonstrados pelo quadro 3.10.

Como principais pontos fortes, é possível citar: pioneirismo e liderança de mercado, uma vez que foi a primeira empresa a ofertar ao mercado local um plano de saúde privado, o que lhe conferiu a condição de se tornar e consolidar a posição de líder; marca forte e com abrangência nacional; como decorrência da sua marca possui uma imagem corporativa igualmente forte; número de médicos; representatividade de seus participantes, possuindo considerável poder e influência política; possibilidade de praticar preços um pouco acima da média do mercado; e, capacidade de investimento diferenciada, seja pelo número de usuários, seja pela sua representatividade em nível nacional, facilitando a captação de recursos.

Como principais pontos fracos, é possível citar: não possui hospital próprio, utilizando-se de parceria, principalmente, com outro concorrente, o COC; modelo de gestão – *fee for service* [modelo de gestão pelo qual o cliente não tem restrições quanto à sua demanda por serviços médicos, desde que efetive o pagamento de uma taxa de participação] – o qual não exerce um controle efetivo sobre os clientes, incentivando indiretamente o aumento da demanda, o que, para os médicos, é interessante, pois seus ganhos são calculados conforme sua produtividade, ou seja, o cliente tem total liberdade na utilização dos serviços e quanto maior for a utilização do sistema, maior a remuneração dos médicos; por decorrência do modelo de gestão, é imposto ao mesmo um custo que poderá, em determinado momento, inviabilizar o modelo, aliás o que já vem se configurando dado o crescimento no custo operacional maior do que em relação à receita operacional líquida.

Quadro 3.10 – Matriz de análise do concorrente Unimed Nordeste RS

Pontos Fortes	Pontos Fracos
Pioneirismo e liderança de mercado	Não possui hospital próprio
Marca com abrangência nacional	Modelo de gestão
Imagem corporativa	Custo do modelo
Número de médicos	
Preços acima da média	
Poder e influência política	
Capacidade de investimento	

b. COC – Círculo Operário Caxiense

Assim como o Plano de Saúde Fátima, a empresa é classificada na modalidade Medicina de Grupo.

A Divisão Planos de Saúde teve, no ano de 2000, um faturamento de R\$ 18.079.368,38, contando com 27.221 usuários. Chama atenção que a Divisão Farmácia, com 9 lojas, no mesmo período, obteve faturamento de R\$ 21.342.487,21, representando a grande fonte de receitas da empresa (COC, 2001b).

Por outro lado, pode-se analisar tal concorrente sob a ótica de seus pontos fortes e fracos.

Como principais pontos fortes, é possível citar: possui hospital próprio; a imagem do hospital é vinculada à qualidade e modernidade junto à comunidade; possui incentivos tributários devido à filantropia em uma de suas unidades, os quais lhe conferem uma vantagem significativa nos custos em relação aos concorrentes; apresenta a unidade de negócio Farmácia como a grande fonte de faturamento da

empresa; e sua sede campestre é um diferencial no mercado, utilizando-a como valor agregado ao associado do plano de saúde.

Como principais pontos fracos, é possível citar: dado o nível de serviços ofertados pelo seu hospital, o mesmo configura uma estrutura de custos muito elevada; apresenta uma situação financeira desfavorável, a qual pode ser analisada no Relatório de Atividades da Diretoria no ano de 2000, onde estão apresentados os Balanços Patrimoniais dos exercícios de 1999 e 2000, publicado em 14 de março de 2001; possui taxa de participação nos serviços com valores acima dos concorrentes; abrangência local; e medicina ocupacional terceirizada, o que não lhes possibilita preços mais competitivos e a oferta de um *mix* de serviços mais completo. Facilitando a visualização desta análise, segue o quadro 3.11.

Quadro 3.11 – Matriz de análise do concorrente COC

Pontos Fortes	Pontos Fracos
Hospital próprio	Hospital com custos elevados
Imagem do hospital vinculada à qualidade e modernidade	Situação financeira
Incentivos tributários devido à filantropia	Taxa de participação
Farmácias como grande fonte de faturamento	Abrangência local
Sede campestre como valor agregado ao plano de saúde	Medicina ocupacional terceirizada

c. Pompéia Med

A empresa é classificada na modalidade Filantropia.

Como principais pontos fortes do Pompéia Med, é possível citar: possui hospital próprio; incentivos tributários advindos da filantropia; e cobertura total de exames.

Como principais pontos fracos, é possível citar: a imagem do hospital é vinculada à qualidade dos serviços públicos; modelo de gestão (cabendo a mesma análise feita para os dois concorrentes anteriores); abrangência local; e não possui medicina ocupacional, o que enfraquece sua oferta em relação ao segmento empresarial. Para melhor visualização desta análise, segue o quadro 3.12.

Quadro 3.12 – Matriz de análise do concorrente Pompéia Med

Pontos Fortes	Pontos Fracos
Hospital próprio	Imagem do Hospital
Incentivos tributários	Modelo de gestão
Cobertura total de exames	Abrangência local
	Não possui medicina ocupacional

3.4.4 Entrantes Potenciais

Os principais entrantes potenciais para o setor são as instituições financeiras, seguradoras e grupos multinacionais ligados à área da saúde, os quais serão analisados conforme quadro 3.13.

Como principais pontos fortes destas instituições, é possível citar: alta capacidade de investimento, forte posicionamento de marca junto ao mercado e, por consequência, imagem corporativa favorável.

Em contrapartida, como principais pontos fracos, é possível citar: alto custo de entrada no mercado, dada a falta de estrutura mínima para possibilitar a operação dos serviços, o que poderia ser contornado, ou com a parceria com algum dos atuantes no mercado, ou pela sua aquisição, e, por decorrência, a dificuldade de penetração no mercado local, pois nota-se que é difícil deslocar algum cliente da concorrência, o que passaria, inevitavelmente, por agregar valor aos serviços ofertados ou ingressar no mercado com preços abaixo dos praticados, ou ainda, ambos os casos.

Quadro 3.13 – Matriz de entrantes potenciais

Entrantes Potenciais	Pontos Fortes	Pontos Fracos
Instituições financeiras, seguradoras e grupos multinacionais ligados à área da saúde	Capacidade de investimento	Alto custo de entrada no mercado
	Marca	Penetração no mercado local
	Imagem corporativa	

3.4.5 Serviços Substitutos

Os principais serviços substitutos presentes no mercado são: a autogestão por parte de uma empresa ou grupo de empresas, o que foge do foco principal de cada organização que não atua no segmento da saúde, exigindo altos investimentos em estrutura e controle, dificultando os ganhos advindos de escala (volume); os serviços públicos de saúde, mais direcionados para a parcela da população com menor poder aquisitivo; e os planos de saúde do Estado, principalmente os em nível estadual, como o IPERGS – Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul, e municipal, como o IPAM – Instituto de Previdência e Assistência Municipal.

Como principais pontos fortes, é possível citar: a autogestão pode proporcionar maior controle sobre os recursos empregados; os serviços públicos de saúde são gratuitos quase que

em sua totalidade, o que confere aos usuários nenhuma ou pequena contribuição em determinados procedimentos/medicamentos; e, por sua vez, os planos de saúde do Estado apresentam um baixo custo para seus usuários, proporcionando ainda várias alternativas de prestadores de serviço credenciados com um nível de qualidade satisfatório.

Em contrapartida, como principais pontos fracos, é possível destacar: a modalidade de autogestão apresenta custo elevado para gerenciamento dos recursos necessários, aumentando a estrutura organizacional da empresa, a qual pode vir a perder o foco em sua atividade principal; os serviços públicos possuem uma imagem muito desgastada, vinculada a questões de corrupção, falta de qualidade e de confiabilidade, sem falar que o tempo de espera para o atendimento das pessoas é muito aquém da real necessidade; e, finalmente, quanto aos planos de saúde do Estado, estes estão apenas disponíveis para funcionários públicos e seus dependentes descendentes, o que impossibilita o acesso ao restante da população.

Para melhor entendimento desta análise, segue quadro 3.14.

Quadro 3.14 – Matriz de serviços substitutos

Serviços Substitutos	Pontos Fortes	Pontos Fracos
Autogestão	Maior controle	Custo elevado, aumento da estrutura organizacional e perda de foco na atividade principal da empresa
Serviços públicos de saúde	Nenhum ou quase nenhum custo	Imagem, qualidade, confiabilidade e tempo de espera
Planos de saúde do Estado (IPERGS / IPAM)	Baixo custo para os usuários, credenciamento com vários prestadores de serviços e qualidade	Disponível apenas para funcionários públicos e seus dependentes descendentes

3.5 A MEDICINA DE GRUPO E ALGUNS INDICADORES DO MERCADO

Como o Plano de Saúde Fátima é classificado na modalidade medicina de grupo, é importante que se entenda, mais profundamente, tal modalidade.

A medicina de grupo surgiu no ABC paulista na década de 60, tendo em vista a precariedade do sistema público de saúde da região e dos altos preços praticados pelos serviços médicos particulares. Inicialmente, visava ao atendimento da classe operária por meio do sistema de convênio com empresas, financiado pelos empregadores.

“Até meados dos anos 80, o mercado de planos de saúde era, quase que exclusivamente, formado pelos planos de empresa. Nessa época, uma parte significativa das operadoras de planos de saúde – como a Interclínicas, a Intermédica, a Medial, a Golden Cross e a Unimed – e os planos próprios de algumas grandes empresas já estavam

consolidados. Em 1981, segundo a ABRAMGE, as medicinas de grupo respondiam pela cobertura de 8,5 milhões de pessoas (...). No final da década de 80, ocorreram substanciais mudanças no mercado, levando-o assumir sua configuração atual. Algumas empresas de medicina de grupo, particularmente a Golden Cross, reduziram sua participação nos convênios e passaram a comercializar planos individuais com padrões e coberturas diferenciados: alguns planos passaram a garantir atendimento em todo o território nacional e outros a assegurar assistência internacional. Com isso, atendia-se à demanda de segmentos da população de renda mais alta. O resultado é que os que já estavam cobertos por planos privados de saúde passaram a reivindicar sua ampliação, com a oferta de serviços especializados” (Fundação Getúlio Vargas, 2001).

Atualmente, a medicina de grupo é atuante em quase todas as cidades com mais de 40 mil habitantes, sendo representada, institucionalmente, pelo sistema ABRAMGE/SINAMGE/CONAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo/Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo/Conselho Nacional de Auto Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo, situado na cidade de São Paulo.

“A medicina de grupo tem como característica ser um sistema de atendimento médico-hospitalar de elevado padrão técnico-profissional de serviços e hospitais próprios, e uma estrutura que inclui médicos e serviços auxiliares de diagnóstico credenciados. Opera com planos coletivos, individuais e familiares. Atualmente, os planos e seguros privados de saúde atendem a cerca de 48,5 milhões de beneficiários, sendo a medicina de grupo responsável pelo atendimento de cerca de 18,4 milhões de pessoas, das quais 78% (14,3 milhões) são de planos patrocinados por empresários para trabalhadores e dependentes e 22% (4,1 milhões) são de planos individuais e familiares, onde o próprio interessado contrata com a operadora dos respectivos planos” (ABRAMGE, 2001).

Para uma melhor ilustração da medicina de grupo no Brasil, a ABRAMGE proporciona alguns indicadores, os quais serão demonstrados no quadro 3.15.

Quadro 3.15 – Indicadores e números da medicina de grupo no Brasil

Indicadores	Números do Sistema
Recursos Humanos	
Médicos contratados	24.800
Médicos credenciados	85.000
Funcionários paramédicos e administrativos	65.700
Profissionais de serviços auxiliares de terceiros	160.000
Recursos Físicos	
Hospitais próprios ou coligados	250
Hospitais credenciados	3.850
Leitos próprios	23.500
Leitos credenciados	354.000
Centros de diagnósticos próprios e credenciados	2.850
Atendimento	
Consultas médicas/ano	94.200.000
Consultas médicas/beneficiário/ano	5,12
Consultas médicas/habitante/ano (preconizadas pela OMS)	4,00
Consultas médicas/beneficiário/ano (setor público)	1,80
Internações hospitalares/ano	2.030.000
Total de partos (cesárea e normal)	377.000
Serviços Realizados	
Exames laboratoriais	65.850.000
Exames radiológicos	10.570.000
Exames por ultra-som	4.100.000
Exames por eletrocardiograma	2.920.000
Quimioterapias	84.000
Radioterapias	749.000
Outros exames e procedimentos	9.280.000

Fonte: www.abramge.com.br

Outro aspecto relevante é a composição por faixas etárias dos usuários de planos de saúde, divididos entre os que ainda permanecem com seus contratos antigos e os que já migraram para a nova regulamentação (lei 9.656/98). De acordo com o quadro 3.16, verifica-se que a maioria absoluta das pessoas que possuem um plano de saúde ainda permanecem com seus contratos anteriores à nova regulamentação, representando 74,87% sobre o total de beneficiários, o que sugere que poderá haver um aumento nos custos das operadoras de planos de saúde, considerando que, na nova regulamentação, as coberturas são mais amplas.

Quadro 3.16 – Usuários de planos de saúde por faixa etária e situação de contrato

Faixa Etária	Plano Anterior à Lei 9.656/98	Plano Posterior à Lei 9.656/98	TOTAL
0 a 17 anos	5.903.968	2.111.270	8.015.238
18 a 29 anos	4.653.204	1.686.055	6.339.259
30 a 39 anos	4.007.559	1.265.975	5.273.534
40 a 49 anos	3.134.730	1.040.577	4.175.307
50 a 59 anos	1.898.458	570.136	2.468.594
60 a 69 anos	1.155.358	331.346	1.486.704
70 e mais	980.375	288.317	1.268.692
TOTAL	21.733.652	7.293.676	29.027.328
Representatividade (%)	74,87	25,13	100

Fonte: ANS *apud* Montone (2001)

3.6 O IMPACTO DA NOVA REGULAMENTAÇÃO PARA O SETOR

A nova regulamentação que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde foi implementada com a lei 9.656/98, de 03 de junho de 1998, e publicada no Diário Oficial de 04 de junho de 1998.

De acordo com Januario Montone, Diretor-Presidente da ANS:

“É importante lembrar que a regulamentação do setor de saúde suplementar, exigida pela Constituição de 1988, surge apenas em 1998, quando o SUS já apresentava, no mínimo, cinco importantes marcos em seu processo de construção: a Lei Orgânica da Saúde, lei 8080/90, a extinção do INAMPS, a NOB – Norma Operacional Básica/93, a NOB/96 e a implantação do PAB – Piso de Atenção Básica em 1998” (Montone, 2001a, p. 3).

Em decorrência da lei 9.656/98, foi criada, pela lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, a ANS, a qual é uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, tendo como principal objetivo a regulação dos planos privados de assistência à saúde.

Os objetivos da nova regulamentação, segundo Montone (2001a, p. 7) podem ser resumidos em seis pontos:

1. Assegurar aos consumidores de planos privados de assistência à saúde cobertura assistencial integral e regular as condições de acesso;
2. Definir e controlar as condições de ingresso, operação e saída das empresas e entidades que operam no setor;
3. Definir e implantar mecanismos de garantias assistenciais e financeiras que assegurem a continuidade da prestação de serviços de assistência à saúde, contratados pelos consumidores;
4. Dar transparência e garantir a integração do setor suplementar ao SUS e o ressarcimento dos gastos gerados por usuários de planos privados de assistência à saúde no sistema público;
5. Estabelecer mecanismos de controle da abusividade de preços;
6. Definir o sistema de regulamentação, normalização e fiscalização do setor de saúde suplementar.”

Em contrapartida, de acordo com estudo realizado pela Fundação Getúlio Vargas (2001):

“O setor de assistência suplementar à saúde defronta-se hoje com um quadro marcado por ampliação qualitativa da demanda por serviços assistenciais e complexificação da oferta desses mesmos serviços, por parte das prestadoras, em uma situação de baixo dinamismo econômico e elevados índices de desemprego nos mercados formais de trabalho, que sinalizam para taxas reduzidas de expansão (se não retração) do mercado de planos de saúde”.

Neste sentido, conforme mostra o quadro 3.17, houve, também, defasagem na correção dos preços praticados pelas operadoras, a qual teve origem no período de indefinição que antecedeu a criação da ANS e a implementação efetiva da nova regulamentação.

Quadro 3.17 – Reajustes dos planos de saúde e variação dos custos médico-hospitalares

Períodos	Reajuste Concedido	IPC-BR	Índice de Preços dos Hospitais
1998-1999	11,51 (*)	13,97	17,18
2000	5,42	5,65	4,42
Acumulado	17,55	20,41	22,47

Fonte: Fundação Getúlio Vargas, 2001

Nota: (*) Foi adotado o percentual de 6% para o ano de 1998, considerado como a média praticada pelas empresas associadas à ABRAMGE.

Realizada esta análise, pode-se concluir que o período de adaptação institucional gerou uma defasagem na ordem de 4,92% entre a “inflação de custos” do segmento e os reajustes autorizados pelo poder regulador (Fundação Getúlio Vargas, 2001).

4 PLANO DE AÇÕES PROPOSTO PARA A RETENÇÃO DE CLIENTES

A partir da revisão bibliográfica realizada no capítulo 2, e da interação com a realidade operacional e mercadológica da empresa utilizada como meio de validação, embora parcial, desta pesquisa-ação, é proposto um plano de ações voltado à retenção de clientes.

O plano de ações proposto tem por objetivo a retenção de clientes da empresa através da utilização de ferramentas complementares e integrativas, as quais são: a estruturação e implementação de um Departamento de Pós-Vendas e do Grupo de Prevenção, atividades estas diretamente voltadas aos clientes; o estímulo a uma cultura de valorização dos colaboradores e suas experiências junto aos clientes, pela proposição do programa “Café-da-Manhã”, e pela proposição de um Índice de Retenção de Clientes.

De acordo com figura 4.10, verifica-se graficamente, através das setas, as inter-relações entre os elementos do plano de ações e a retenção de clientes.

O Departamento de Pós-Vendas e o Grupo de Prevenção relacionam-se diretamente, pois objetivam a efetiva aproximação com os clientes.

Já o Índice de Retenção, proporciona o acompanhamento e controle sobre o nível de retenção de clientes que a empresa apresenta, servindo, também, como um instrumento quantitativo (parâmetro) de melhoria no desempenho, o qual o Departamento de Pós-Vendas observa, registra e interage na busca de soluções com os clientes.

Quanto ao Programa “Café-da-Manhã”, o mesmo pretende intervir no comportamento dos colaboradores, sensibilizando-os para um melhor nível de prestação de serviços, o que, no longo prazo, deve influenciar positivamente no Índice de Retenção.

Na sequência (**vide** figura 4.10), discute-se cada componente do plano de ações, dos conceitos adotados à implementação e controle.

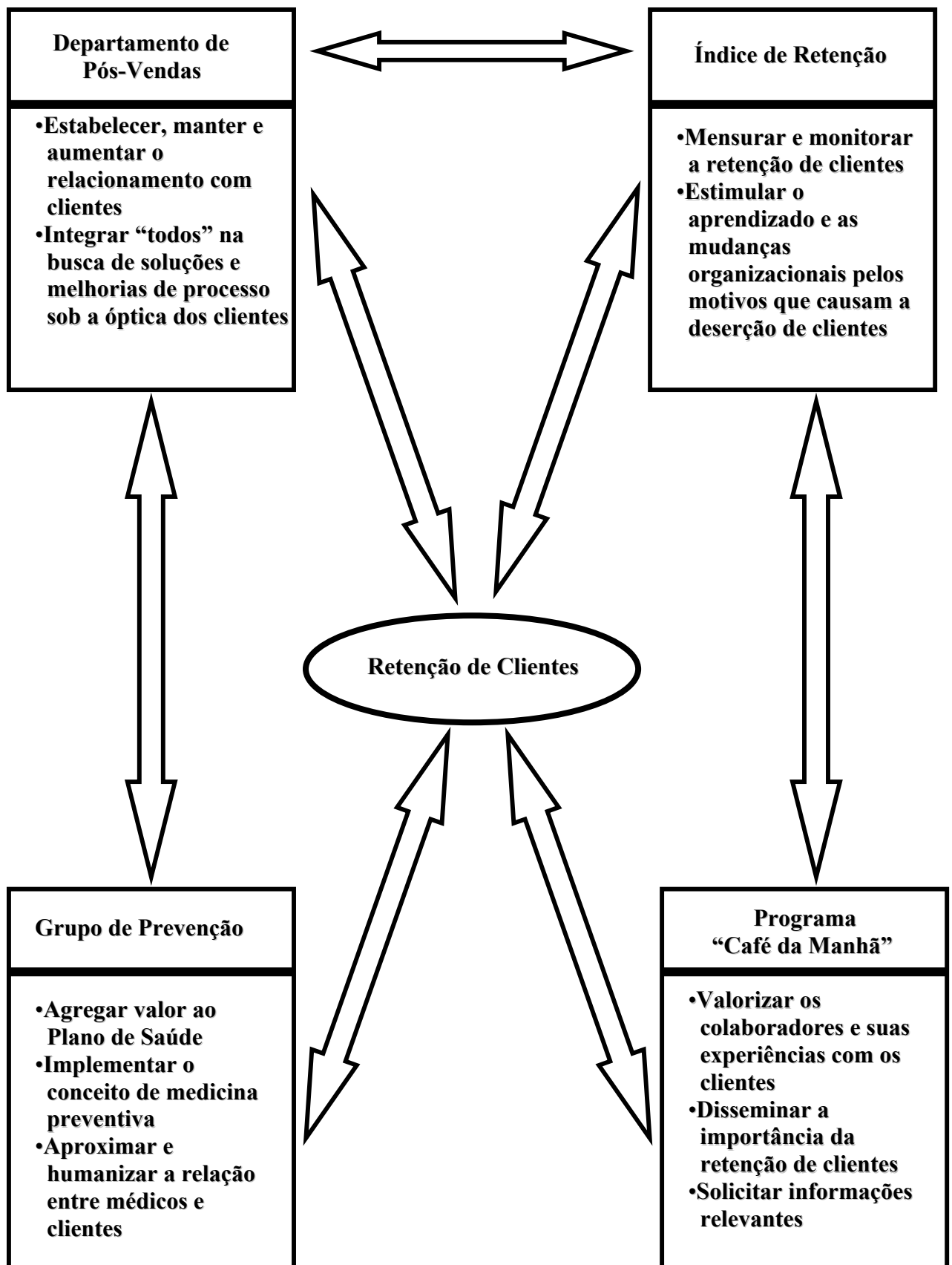


Figura 4.10 – Plano de ações proposto e a inter-relação entre os componentes

4.1 DEPARTAMENTO DE PÓS-VENDAS

4.1.1 Conceito do Departamento de Pós-Vendas

Como arcabouço teórico para a fundamentação conceitual do Departamento de Pós-Vendas, partiu-se do entendimento de que as atividades pós-vendas devem ser vistas como uma filosofia baseada no relacionamento com os clientes (Vavra & Pruden, 1995; Wiersema, 1996).

O *marketing* de relacionamento, portanto, constitui-se o principal fundamento na proposição do Departamento de Pós-Vendas, pois é nele que se baseia a estratégia de criação de valor para os clientes (Gordon, 1999 e 2001; Day, 2001; Rust, Zeithaml & Lemon, 2001) e, principalmente, para a retenção de clientes (Furlong, 1994; Vavra, 1994; Vavra & Pruden, 1995; Reichheld, 1996; Whiteley & Hessian, 1996; Reichheld, Markey Jr. & Hopton, 2000).

De acordo com autores deste campo de estudo, adotou-se o conceito de *marketing* de relacionamento como: estabelecer [estando implícito, atrair e construir (Grönroos, 1994)], manter e aprimorar relacionamentos com clientes e parceiros da empresa (McKenna, 1993, Vavra, 1993; Berry *apud* Morgan & Hunt, 1994; Grönroos, 1994; Morgan & Hunt, 1994; Berry & Parasuraman, 1995; Vavra & Pruden, 1995; Gummesson, 1998; Gordon, 1999; Day, 2000; Kothandaraman & Wilson, 2000; Gordon, 2001).

Como sustentação para o relacionamento estarão presentes duas variáveis-chave – compromisso e confiança (Morgan & Hunt, 1994) – as quais reforçarão a cultura e os valores, as estratégias, o conhecimento e a percepção, e os processos, dentre outros fatores no intuito de alinhar os objetivos dos participantes [empresa, clientes e parceiros] (Gordon, 1999; Kothandaraman & Wilson, 2000).

Na realidade, procurou-se mudar o enfoque simplista de completar uma venda com o cliente, para o de iniciar um relacionamento com o cliente (Vavra, 1993), ou melhor, ampliar o horizonte, de uma transação discreta, para uma troca relacional (Morgan & Hunt, 1994; Gummesson, 1998).

Portanto, o foco que permeará o Departamento de Pós-Vendas será a retenção de clientes fundamentada no *marketing* de relacionamento.

4.1.2 Objetivos

Os principais objetivos propostos para o Departamento de Pós-Vendas são:

- a. estabelecer contatos com clientes-empresa no intuito de fortalecer um relacionamento de longo prazo, buscando sua retenção (fidelização);
- b. consolidar a imagem e a amplitude do *mix* de serviços do Grupo Fátima;

- c. detectar pontos fortes e fracos (âmbito interno do Grupo) e oportunidades e ameaças (âmbito externo) em relação ao cliente e ao mercado, encaminhando para as áreas responsáveis tomarem as devidas providências;
- d. auxiliar na organização, agendamento e operacionalização das atividades do Grupo de Prevenção junto aos clientes;
- e. encaminhar documentação relativa a reclamações de clientes para a gerência responsável da área, bem como retornar ao cliente quais medidas foram adotadas, quando possível;
- f. dirimir dúvidas para o cliente (empresas) e usuários (funcionários), antecipando-se ao surgimento de possíveis problemas, dentro de uma conduta pró-ativa;
- g. sensibilizar e estimular os clientes a solicitarem propostas de serviços prestados pelo Grupo e que ainda não possuem, encaminhando-os para o Departamento de Vendas;
- h. levantar e registrar os motivos que causam a deserção de clientes;
- i. levantar sugestões para novos serviços.

4.1.3 Operacionalização

Desenvolvimento de um programa periódico de visitas à atual carteira de clientes, estabelecendo um relacionamento íntimo com os mesmos, reforçando o posicionamento da marca (imagem institucional), bem como dos serviços, despertando, inclusive, o interesse para um crescimento e desenvolvimento das relações existentes.

4.1.4 Programa de Ações

Para a implementação do programa proposto, tendo em vista os objetivos projetados, deve-se desenvolver as seguintes atividades:

- a. levantar carteira de clientes do Plano de Saúde Fátima;
- b. estabelecer metas (carga mínima de visitação);
- c. definir estrutura humana necessária;
- d. estabelecer cronograma de implementação;
- e. capacitar coordenador do programa e definir políticas de conduta dos Agentes de Pós-Vendas;
- f. treinar equipe de Pós-Vendas;
- g. planejar e implantar programa de visitas;
- h. apoiar a equipe de Pós-Vendas (direção e gerências);
- i. definir o fluxo para tratamento das reclamações e problemas existentes, e posterior retorno aos clientes;
- j. monitorar a solução de problemas e respostas aos clientes;
- k. controlar e analisar o realizado com as metas estabelecidas;
- l. avaliar utilidade e utilização do programa, promovendo ajustes, se necessário;
- m. integrar o Programa de Pós-Vendas com os demais projetos;
- n. avaliar, periodicamente, os resultados.

4.1.5 Metas de Visitação e Necessidade de Recursos Humanos

Para uma projeção do número de visitas como meta, utilizou-se uma curva A/B/C de clientes, analisando-se o porte das empresas em relação ao número total de usuários, conforme consta no quadro 4.18:

Quadro 4.18 – Meta de visitação para o Departamento de Pós-Vendas

Perfil dos Clientes	Número de Empresas	Meta (visitas/ano)	Meta Total (visitas/ano)
A – acima de 201 usuários	23	4	92
B – de 51 até 200 usuários	90	3	270
C – com até 50 usuários	1.414	1	1.414
TOTAL	1.527		1.776

Fonte: Projeção realizada com base no Relatório de Clientes (mês de agosto de 2001)

Após o cálculo da meta de visitas/ano, foi calculada a quantidade de pessoas necessárias para desempenhar tal meta, partindo-se de uma meta individual de 3 visitas/dia, e com uma disponibilidade de 210 dias úteis/ano para visitação (20 dias úteis/mês x 12 meses = 240 dias – 30 dias de férias), de acordo com o que é resumido a seguir pelo quadro 4.19:

Quadro 4.19 – Necessidade de pessoal na estrutura de Pós-Vendas

Meta Total (visitas/ano)	Dias Úteis para visitação/ano	Meta Individual (visitas/dia)	Meta Individual (visitas/ano)	Necessidade de Pessoal
1.776	210	3	630	3

4.1.6 Perfil dos Colaboradores

As pessoas selecionadas para o Departamento de Pós-Vendas deverão apresentar, em seu perfil, algumas habilidades, as quais fundamentarão os envolvidos em relação aos resultados desejados. Logicamente, algumas habilidades são intrínsecas às pessoas, enquanto outras poderão ser trabalhadas em programas de treinamento e desenvolvimento de pessoal.

Conforme proposto por Gobe et al. (2000) e adaptado para este trabalho, os colaboradores necessitarão apresentar, e posteriormente desenvolver, três dimensões de habilidades para o exercício de suas atividades:

- interpessoais:** conhecer e administrar suas próprias fraquezas; conseguir entender a outra parte, suas necessidades e seus desejos; ter uma atitude que gere confiança; saber comunicar-se, especialmente, saber ouvir o cliente; e criar e estimular um clima de compromisso e cooperação entre as partes;
- de negociação:** levantar e analisar informações; planejar as visitas a clientes; executar e controlar as visitas; ter base para argumentação; ser habilidoso e flexível para conduzir situações delicadas; e saber superar impasses, mantendo a calma e o controle da situação;

- c. **técnicas:** conhecer as informações de mercado, tais como: legislação, concorrentes e outros aspectos que possam interferir no contato com os clientes; conhecer profundamente os detalhes técnicos dos serviços (benefícios, carências, taxas de participação, prestadores de serviço próprios e credenciados); saber indicar possíveis soluções (e encaminhamentos) ou informações que facilitem a utilização dos serviços por parte dos clientes; e entender o que é bom ou mau negócio para a empresa e para o cliente.

4.1.7 Estrutura Funcional

O Departamento de Pós-Vendas está subordinado à Área Comercial do Grupo, juntamente com o Departamento de Vendas (internas e externas), pela qual responde o Gerente Comercial, conforme mostra a figura 4.11.

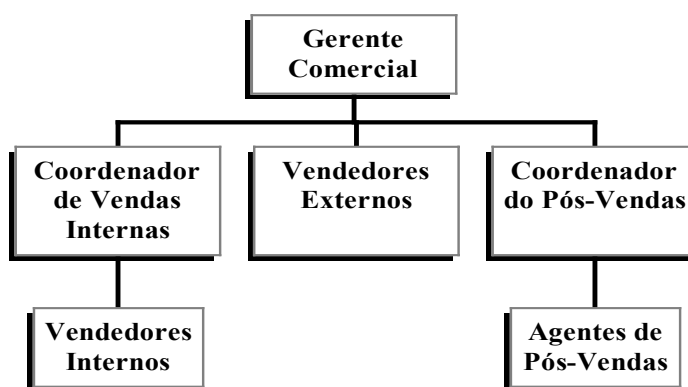


Figura 4.11 – Organograma da Área Comercial

Uma vez calculada a necessidade de pessoal para o departamento (conforme item 4.1.5), fica estabelecido que haverá um Coordenador de Pós-Vendas e dois Agentes de Pós-Vendas.

Para um melhor entendimento das atividades do Departamento de Pós-Vendas, **vide** Anexo A, o qual demonstra o fluxograma geral de tarefas.

4.1.8 Controle e Indicadores de Desempenho

Controlar as atividades e quantificar o desempenho operacional é imprescindível para o acompanhamento dos resultados (Hronec, 1994; Kaplan & Norton, 1997). “O que não é medido não é gerenciado” (Kaplan & Norton, 1997, p.21).

Um nível de gestão adequado pressupõe controle e indicadores de desempenho, inclusive estes podendo ser chamados de “sinais vitais” da organização (Hronec, 1994), fazendo-se uma alusão muito própria à área da saúde.

Portanto, para que se possibilite a análise de desempenho das atividades provenientes do Departamento de Pós-Vendas, são estabelecidos os instrumentos de controle, bem como quais os indicadores de desempenho a serem implementados:

a. Controle:

- planilha de controle diário das visitas;
- relatório descritivo semanal das visitas (por cliente);
- planilha mensal de controle quantitativo do desempenho individual e da equipe;
- relatório mensal quantitativo de reclamações, elogios ou sugestões;
- planilha mensal e acumulada de deserção (rescisões de contratos) de clientes;
- relatório das solicitações de propostas encaminhadas para a Área Comercial;
- relatório mensal sobre os motivos que causam a deserção de clientes.

b. Indicadores de Desempenho:

- média individual de visitas realizadas / meta individual estipulada;
- total de visitas realizadas / meta total da equipe;
- número de reclamações mensal e acumulado, por área;
- número mensal e acumulado de solicitações de propostas encaminhadas para a Área Comercial, por tipo de serviço;
- número mensal e acumulado de exclusões de clientes por motivos de insatisfação / número total de exclusões de clientes;
- número e percentual de vendas concretizadas a partir do encaminhamento do Departamento de Pós-Vendas, por tipo de serviço.

4.1.9 Avaliações e Correções

Para que se alcance os objetivos propostos, deve-se estabelecer um programa de avaliações periódicas, as quais embasarão as devidas correções, se necessário.

No intuito de verificar o real desempenho do Departamento de Pós-Vendas, haverá duas dimensões avaliativas: uma voltada à operacionalização das atividades de pós-vendas, momentos onde participarão o Gerente Comercial e a equipe de pós-vendas, e outra, voltada à avaliação do projeto como um todo, envolvendo o Diretor Executivo e o Gerente Comercial.

A partir destas avaliações, seja em qualquer das dimensões, deve-se corrigir os rumos do projeto, bem como ampliar seu escopo na medida em que a estrutura demonstre suas potencialidades.

Portanto, tais dimensões de avaliação serão implementadas como segue:

a. Com a equipe de Pós-Vendas:

- Objetivo: prevenir e corrigir problemas operacionais, e detectar oportunidades e ameaças mercadológicas.
- Participantes das reuniões: Gerente Comercial e equipe de Pós-Vendas.
- Periodicidade: inicialmente quinzenal e, posteriormente, mensal.

b. Do projeto:

- Objetivo: readequar objetivos e estrutura do Departamento de Pós-Vendas, bem como os desdobramentos para a Área Comercial.
- Participantes: Diretor Executivo e Gerente Comercial.
- Periodicidade: inicialmente mensal e, posteriormente, semestral.

4.2 GRUPO DE PREVENÇÃO

4.2.1 Conceito do Grupo de Prevenção

A estruturação e a operacionalização do Grupo de Prevenção estão baseadas, inicialmente, na visão de que a medicina é uma forma de relacionamento humano (Batista, 1995), relacionamento este que deve estar centrado no paciente [cliente] (Mallock *apud* Mallock & Lussier, 2000).

Cabe resgatar que o ambiente médico sofre com a limitação de recursos financeiros (Holm, 2000) devido aos custos crescentes, além dos próprios clientes estarem exigindo uma nova postura dos médicos avaliada no momento em que vivenciam a prestação de serviços (Mason, 2000; Wolf, 2001).

De acordo com Wood *apud* Kerns & St. Clair (2000), a sustentação da lealdade dos clientes é um dos caminhos a serem perseguidos pelos provedores de saúde em relação à sobrevivência no setor.

Portanto, como alternativas, encontram-se a mudança do foco da medicina, migrando de uma visão curativa, onde o foco é o tratamento de doenças, para uma visão preventiva, onde o foco é a qualidade de vida das pessoas através da prevenção (Rebelo, 1995); e a necessidade de humanização da relação médico-cliente [não mais paciente] (Davis, 1994; Brant, 2000; Bogherosi, 2000), através do desenvolvimento de novas características nos médicos (Murti & Sefton, 2000), estimulado pela integração destes com o provedor de saúde (Holm & Schroeder, 2000; Quinto Neto, 2000).

Esta aproximação do médico com os clientes possibilita não apenas a transformação do conceito de paciente para cliente (Bogherosi, 2000), mas também a retenção de clientes, pela constante preocupação com a qualidade de vida e bem-estar.

Consoante a esta fundamentação, emerge a importância de se proporcionar aos clientes da empresa as informações necessárias à preservação da saúde (Batista, 1997), gerando mudanças comportamentais nas pessoas.

4.2.2 Objetivos

Os principais objetivos propostos para o Grupo de Prevenção são:

- a. agregar valor ao Plano de Saúde, consolidando a estratégia de retenção (fidelização) de clientes;
- b. utilizar a medicina preventiva como forma de melhoria na qualidade de vida dos usuários;
- c. proporcionar informações capazes de modificar os maus hábitos de vida dos usuários;
- d. reduzir custos, no longo prazo, com tratamento de patologias do tipo: etilismo e drogas, pulmonares, psiquiátricas, obesidade, hipertensão, diabetes, neoplásicas, doenças sexualmente transmissíveis e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho;
- e. aproximar os profissionais médicos dos clientes no intuito de humanizar esta relação;
- f. consolidar a imagem corporativa do Grupo, vinculando-a à qualidade de vida.

4.2.3 Operacionalização

Desenvolvimento de um programa periódico de palestras junto às instalações das empresas interessadas ou nas instalações do Plano de Saúde.

Com o amadurecimento do projeto, empresas que apresentarem funcionários portadores de doenças crônicas com sintomatologia repetitiva deverão ser focadas de forma pró-ativa, ou seja, o próprio Plano de Saúde deverá oferecer, a estas empresas, os temas a serem desenvolvidos e que visam resultados no gerenciamento da saúde destes públicos.

4.2.4 Programa de Ações

Para a implementação do programa proposto, tendo em vista os objetivos projetados, deve-se desenvolver as seguintes atividades:

- a. estruturar o Grupo de Prevenção;
- b. definir suporte operacional (pessoal e equipamentos);
- c. definir os temas a serem abordados conforme as patologias com maior incidência e possibilidade de mudança comportamental nas pessoas;

- d. definir o tamanho mínimo e máximo do público para as palestras;
- e. elaborar as apresentações;
- f. testar internamente cada palestra (apresentações-piloto) em relação ao conteúdo e à forma de apresentar;
- g. aprovar as palestras;
- h. treinar a equipe de Pós-Vendas em relação ao Grupo de Prevenção;
- i. preparar material para divulgação;
- j. divulgar os temas das palestras às empresas através da equipe de Pós-Vendas;
- k. mostrar e aprovar o(s) conteúdo(s) da(s) palestra(s) desejada(s) ao responsável da empresa, bem como definir data e local para o evento;
- l. agendar palestras de acordo com programação de horários pré-estabelecida junto ao Grupo de Prevenção;
- m. acompanhar os resultados.

4.2.5 Temas e Responsáveis pelas Palestras Disponíveis

O Grupo de Prevenção, inicialmente, disponibilizará as palestras conforme os temas relacionados no quadro 4.20.

Quadro 4.20 – Temas e responsáveis pelas palestras disponíveis pelo Grupo de Prevenção

Temas Disponíveis	Responsável pela Palestra:	Especialidade:
Doenças Cardiovasculares e Diabetes	Janete Rousselet de Souza	Geriatra
Doenças Emocionais	Adriana Fork Perez	Psicóloga
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis	Lisiane Sá Spolavori	Gineco-obstetra
Ginástica Laboral	Jovana Farina	Fisioterapeuta
Nutrição	Joceli Carrard	Nutricionista
Promoção da Saúde	Janete Rousselet de Souza	Geriatra
Saúde Bucal	Débora Scariot	Odontopediatra
Substâncias Psicoativas – Álcool e Drogas	Gustavo Koff	Psiquiatra
Tabagismo e Doenças Pulmonares	Alexandre Avino	Cirurgião Torácico

Para uma melhor visualização do material que será apresentado nas empresas, **vide** Anexo B, o qual mostra a primeira lâmina de cada palestra.

4.2.6 Estrutura Funcional

O Grupo de Prevenção está subordinado à Gerência do Plano de Saúde, pelo qual responde o Coordenador do Grupo de Prevenção. Para um melhor entendimento da inserção do Grupo de Prevenção na estrutura funcional do Plano de Saúde, segue a figura 4.12.

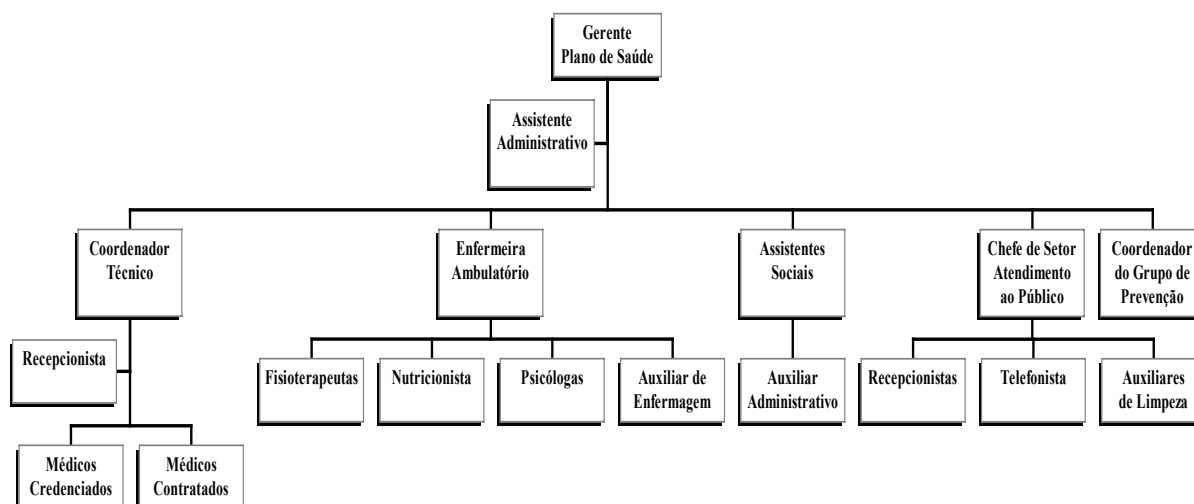


Figura 4.12 – Inserção do Grupo de Prevenção no organograma do Plano de Saúde

4.2.7 Funcionamento dos Eventos

Conforme já mencionado, o local dos eventos poderá ser as próprias instalações das empresas ou nas dependências do Plano de Saúde Fátima, de acordo com critérios de condições mínimas para a realização das palestras, tais como: conforto do público, luminosidade, ausência de ruído e possibilidade de instalação dos equipamentos.

Todo evento será desenvolvido por, no mínimo, duas pessoas, sendo alguém da equipe de Pós-Vendas, responsável pela montagem dos equipamentos (*notebook*, *datashow* e tela), quando necessário, e apresentação inicial do evento com o perfil corporativo do Grupo; e o palestrante, responsável pelo desenvolvimento do tema em questão, podendo haver, também, a presença de alguém do Setor de Vendas ou do Setor de Assistência Social, caso haja outros interesses.

Também ficará sob a responsabilidade da equipe de Pós-Vendas, ao final de cada palestra, a distribuição, explicação do preenchimento e recolhimento das avaliações do evento, o que posteriormente será tabulado e discutido internamente com a Gerência do Plano de Saúde e o Grupo de Prevenção, e, externamente, com o responsável da empresa o qual solicitou a palestra, juntamente com a entrega do certificado.

4.2.8 Controle e Indicadores de Desempenho

Para que se possibilite a análise de desempenho das atividades provenientes do Grupo de Prevenção, são estabelecidos os instrumentos de controle, bem como quais os indicadores de desempenho a serem implementados:

a. Controle:

- planilha de controle de horários disponíveis para palestras, por profissional;
- planilha de controle de agendamento das palestras;
- formulário de avaliação dos eventos;
- relatório mensal e acumulado das palestras realizadas.

b. Indicadores de Desempenho:

- percentual de empresas atingidas pelo Grupo de Prevenção;
- percentual de usuários atingidos pelo Grupo de Prevenção;
- média de público por evento.

4.2.9 Avaliações e Correções

No intuito de verificar o real desempenho do Grupo de Prevenção, haverá duas dimensões avaliativas: uma voltada à operacionalização das atividades do Grupo de Prevenção, momentos onde participarão o Gerente do Plano de Saúde, o Grupo de Prevenção e a equipe de Pós-Vendas, e outra, voltada à avaliação do projeto como um todo, envolvendo o Diretor Executivo, o Gerente do Plano de Saúde e o Coordenador do Grupo de Prevenção.

A partir destas avaliações, seja em qualquer das dimensões, deve-se corrigir os rumos do projeto, bem como ampliar seu escopo na medida em que a estrutura demonstre suas potencialidades.

Portanto, tais dimensões de avaliação serão implementadas como segue:

a. Com o Grupo de Prevenção:

- Objetivos: prevenir e corrigir problemas operacionais, identificar e avaliar solicitações, e implementar ações decorrentes do conhecimento e aprendizado provenientes do contato com os clientes.
- Participantes das reuniões: Gerentes do Plano de Saúde e Comercial, Coordenador do Grupo de Prevenção e Coordenador de Pós-Vendas.
- Periodicidade: inicialmente quinzenal e, posteriormente, mensal.

b. Do projeto:

- Objetivo: readequar objetivos e estrutura do Grupo de Prevenção e sua integração com o Departamento de Pós-Vendas, bem como os desdobramentos voltados à tomada de decisões para o Plano de Saúde e Área Comercial.
- Participantes: Diretor Executivo e Gerentes do Plano de Saúde e Comercial.
- Periodicidade: inicialmente mensal e, posteriormente, semestral.

4.3 PROGRAMA “CAFÉ DA MANHÃ”

4.3.1 Conceito do Programa “Café-da-Manhã”

Partindo-se do pressuposto de que o aproveitamento das experiências vivenciadas pelo pessoal de linha-de-frente em contato com os clientes, em cada momento da verdade (Carlzon, 1994; Albrecht & Zemke, 1990; Albrecht & Bradford, 1992; Albrecht, 1994b, 1998, 1999; Peppers & Rogers, 1997), e que cada colaborador é um “prestador de serviço pensante” (Berry & Parasuraman, 1995), é oportuno que se consolide uma cultura de serviços voltada para o cliente, baseada em valor e mantida ao longo do tempo através da sua retenção (Reichheld, 1996; Reichheld, Markey Jr. & Hopton, 2000).

Por isso implementar um programa de encontros entre a Diretoria da empresa e os colaboradores, achatando os níveis hierárquicos (Carlzon, 1994) para que se resgate informações relevantes de forma ágil e direcionada para a tomada de decisões, valorizando o relacionamento de aprendizado mútuo e contínuo entre a empresa e os clientes (Peppers & Rogers, 1997).

A idéia é valorizar as pessoas de contato direto com os clientes como o recurso mais importante da empresa para a melhoria contínua da qualidade na operação, sem as quais torna-se difícil a estratégia da retenção de clientes baseada em valor.

4.3.2 Objetivos

Os principais objetivos propostos para o projeto “Café-da-Manhã” são:

- a. promover o encontro e a aproximação com todos os colaboradores do Grupo Fátima, valorizando cada pessoa, função que desempenha e suas experiências quando em contato com os clientes;
- b. disseminar a importância da retenção de clientes, bem como a responsabilidade de cada um nesse processo;
- c. maior conhecimento dos objetivos do Grupo por parte dos colaboradores;
- d. maior conhecimento das potencialidades das pessoas por parte da Direção;
- e. maior entendimento do cenário do setor da saúde por parte dos colaboradores;
- f. maior entendimento dos problemas operacionais por parte da Direção;
- g. desenvolvimento de idéias conjuntas entre colaboradores e Direção;
- h. disseminar a importância de se consolidar relacionamentos, tanto externos, com clientes, quanto internos, com os colegas.

4.3.3 Operacionalização

Será servido lanche para um grupo mínimo de quatro e máximo de seis colaboradores com a presença, impreterivelmente, de um ou dois diretores, e dos gerentes do Plano de Saúde e de Recursos Humanos. O(s) diretor(es) participará(ão) conforme disponibilidade.

A definição dos colaboradores será por sorteio dentre aqueles inscritos para participar, junto ao Departamento de Recursos Humanos, uma vez que a participação é voluntária.

4.3.4 Período do Projeto e Coordenadores

O projeto tem início em setembro de 2001, sem prazo para término, uma vez que dependerá do ritmo de participação dos colaboradores, inclusive podendo ser repetido para aqueles que, porventura, já tenham participado, como uma evolução na busca dos objetivos propostos pelo programa.

Os coordenadores responsáveis pela implementação do projeto são o Gerente do Plano de Saúde e o Gerente de Recursos Humanos, com o apoio das pessoas que se fizerem necessárias à operacionalização do mesmo.

4.3.5 Divulgação

Inicialmente, será realizada reunião com todos os gerentes do Grupo para divulgação do projeto, coordenada pelo Diretor Executivo, e, posteriormente, cada gerência deverá divulgar a todos os seus subordinados.

A fim de salientar a importância da participação das pessoas, será confeccionado cartaz (**vide** Anexo C), veiculação de comunicado via Intranet, divulgação na folha de pagamento e entrega de convite personalizado (**vide** Anexo D) como confirmação da data e local, logicamente, para aqueles previamente já inscritos e selecionados.

4.3.6 Cronograma, Horários e Locais

Os encontros serão realizados todas as terças e quintas-feiras, nos seguintes horários, podendo haver alguma alteração em caso de impossibilidade de comparecimento da Direção ou excesso ou falta de colaboradores inscritos:

- a. Turno da noite: 7 horas e 15 minutos;
- b. Turno da manhã: 8 horas;
- c. Turno da tarde: 18 horas.

O local será definido em função do grupo de colaboradores, podendo ser nas instalações do Plano de Saúde (sala 82) ou do Hospital (sala 254), e a duração prevista é de trinta até quarenta e cinco minutos.

Mesmo que para o turno da tarde o encontro seja realizado às 18 horas, cabe registrar que o programa se denomina “Café-da-Manhã” pela facilidade de entendimento da mensagem

que o nome transmite às pessoas, ou seja, um encontro onde os colaboradores farão um lanche com a Direção para troca de informações e experiências.

4.3.7 Registros e Lembrança pela Participação

Em cada encontro, o Gerente de Recursos Humanos será o responsável pelos registros dos nomes dos participantes e dos assuntos tratados, para que se possa dar retorno às sugestões, críticas e demais ocorrências levantadas pelos mesmos, envolvendo as demais pessoas que se façam necessárias.

Todo encontro será, também, registrado com foto (não profissional), a qual deverá ser veiculada entre os colaboradores e, posteriormente, arquivada junto ao acervo do Grupo.

Para reconhecer o valor da presença de cada colaborador, ao final de cada encontro será entregue uma lembrança ou presente personalizado para cada participante.

4.3.8 Controle e Indicadores de Desempenho

Para que se possibilite a análise de desempenho das atividades provenientes do Programa “Café-da-Manhã”, serão estabelecidos os instrumentos de controle, bem como quais indicadores de desempenho a serem implementados:

a. Controle:

- listagem de inscritos;
- listagem de presenças nos encontros;
- ata do encontro;
- relatório mensal de ações implementadas e pendências a serem resolvidas.

b. Indicadores de Desempenho:

- percentual de participação dos colaboradores, por unidade de negócios e geral (participantes / total de colaboradores);
- número de sugestões mensal e acumulado;
- percentual de ações implementadas (sugestões implementadas / total de sugestões).

4.3.9 Avaliações e Correções

No intuito de verificar o real desempenho do Programa “Café-da-Manhã”, haverá duas dimensões avaliativas: uma voltada à operacionalização do projeto, momentos onde

participarão o Diretor Executivo e os Gerentes do Plano de Saúde e de Recursos Humanos; e outra, voltada à avaliação do projeto como um todo, envolvendo os Diretores Corporativos e o Diretor Executivo.

A partir destas avaliações, seja em qualquer das dimensões, deve-se corrigir os rumos do projeto, bem como ampliar seu escopo na medida em que a estrutura demonstre suas potencialidades.

Portanto, tais dimensões de avaliação serão implementadas como segue:

a. Com a operacionalização do projeto e seus desdobramentos:

- Objetivos: prevenir e corrigir problemas operacionais e analisar os desdobramentos em ações advindos das sugestões e/ou críticas dos colaboradores.
- Participantes das reuniões: Diretor Executivo e Gerentes do Plano de Saúde e de Recursos Humanos.
- Periodicidade: mensal.

b. Do projeto:

- Objetivos: readequar os objetivos e analisar as necessidades de apoio às gerências no que se refere às mudanças estruturais ou de processos na organização.
- Participantes: Diretores Corporativos e Diretor Executivo.
- Periodicidade: inicialmente mensal e, posteriormente, semestral.

4.4 ÍNDICE DE RETENÇÃO DE CLIENTES

4.4.1 Conceito do Índice de Retenção de Clientes

Para que o modelo possa atingir a validade desejada, deve-se focalizar a medição da retenção de clientes, não apenas como controle posterior aos fatos, mas inserindo o monitoramento da retenção de clientes sob a ótica de Reichheld (1996, p. 245): “A medição transforma a visão em estratégia e a estratégia em fato. (...) as medidas moldam as atitudes e o comportamento de uma organização”, modificando a postura reativa para pró-ativa.

O Índice de Retenção de Clientes proposto para este trabalho utilizou uma fundamentação baseada nos princípios gerais de indicadores de desempenho postulados por Hronec (1994); nas idéias do *Balanced Scorecard*, em sua perspectiva de monitoramento dos clientes, desenvolvidas por Kaplan & Norton (1997); e principalmente, nos princípios da Matriz de Aquisição/Deserção de Clientes, abordada por Reichheld (1996).

Cabe registrar que, por limitações tecnológicas [de informática], o foco inicial é a proposição de um Índice de Retenção de Clientes que irá monitorar os clientes-empresa

[1.590 empresas, com 39.003 usuários, representando 73,27% do total de usuários, conforme desenvolvido no item 3.4.1], ou seja, os contratantes do tipo pessoa jurídica do Plano Empresarial. Futuramente, dever-se-ia expandir tal medida para os contratantes do tipo pessoa física do Plano Pessoal (individual ou familiar), até o ponto em que será possível mensurar a retenção de clientes no nível do usuário do Plano de Saúde, independentemente da sua origem estar no Plano Empresarial ou Pessoal.

4.4.2 Objetivos

Os principais objetivos propostos para o Índice de Retenção de Clientes são:

- a. medir o nível de retenção de clientes;
- b. acompanhar a aquisição de clientes-empresa;
- c. acompanhar a deserção de clientes-empresa;
- d. estimular o aprendizado organizacional através da análise do(s) motivo(s) que causa(m) a deserção de clientes.

4.4.3 Operacionalização

Através do levantamento mensal da carteira atual de clientes-empresa, atualizando-a com o acréscimo do número de aquisições de clientes e com a subtração de deserções de clientes, conforme demonstrado pela fórmula a seguir, será calculado o Índice de Retenção de Clientes mensal e acumulado:

$$\text{Índice de Retenção de Clientes} = \frac{\text{número total de clientes} - \text{número de deserções de clientes}}{\text{número total de clientes}}$$

4.4.4 Programa de Ações

Para a implementação do índice proposto, tendo em vista os objetivos projetados, deve-se desenvolver as seguintes atividades:

- a. definir o critério temporal de mensuração sobre o levantamento do número total de clientes, número de aquisições de clientes e número de deserções de clientes, e suas respectivas fontes de informações (relatórios);
- b. definir o responsável pela mensuração e interpretação dos resultados quantitativos;
- c. sistematizar a discussão sobre os motivos que causam a deserção de clientes;

- d. envolver o maior número de pessoas na busca de melhorias em processos para evitar-se a deserção de clientes;
- e. inserir o Departamento de Pós-Vendas e o Grupo de Prevenção como mecanismos de agregação de valor para os clientes e, conseqüentemente, como suporte para a busca de um Índice de Retenção de Clientes cada vez maior.

4.4.5 Critério Temporal de Mensuração e Fontes de Informação

- a. **Critério Temporal de Mensuração:** tendo em vista que o número total de clientes sofre alterações no decorrer de todo o mês, devido aos números de aquisição e deserção de clientes serem muito dinâmicos, ficará estabelecido que até o quinto dia útil do mês subsequente os relatórios necessários para o cálculo do Índice de Retenção de Clientes deverão estar prontos, atualizando os desempenhos, em cada dimensão, sobre o mês anterior. O fechamento e cálculo do índice não poderão, ao menos inicialmente, serem processados diretamente pelo sistema, dada a dependência dos dados em relação ao processo utilizado pelo Departamento Comercial e pelo Setor de Cadastro.
- b. **Fontes de Informação:** as três fontes responsáveis pela informação dos elementos que compõem o cálculo do Índice de Retenção de Clientes são:
 - Núcleo de Informações – NINF: número total de clientes (via sistema);
 - Departamento Comercial: número de aquisições de clientes (vendas);
 - Setor de Cadastro: número de deserções de clientes (rescisões de contratos).

4.4.6 Entendendo os Motivos que Causam as Deserções de Clientes

Como o índice proposto não deve ser analisado apenas como um indicador de desempenho, mas também como o início de um aprendizado organizacional que tem por filosofia o aumento do valor percebido pelos clientes, através da melhoria contínua dos processos, a atitude pró-ativa do Grupo em relação à deserção de clientes, a qual já é contemplada pelas atividades do Departamento de Pós-Vendas, deverá ser complementada pelo registro, discussão e entendimento sobre quais são os motivos que levam os clientes a trocarem de fornecedor.

Portanto, quando algum cliente sinalizar ou solicitar a rescisão de contrato, imediatamente o Departamento de Pós-Vendas deverá ser acionado. Num primeiro momento tentando reverter o desejo do cliente, e num segundo momento, caso isso não seja possível, levantar e registrar os motivos, os quais deverão ser discutidos em nível de Direção e Gerência.

4.4.7 Elementos Necessários para o Cálculo do Índice de Retenção de Clientes

Para que se possibilite a análise de desempenho e seus desdobramentos proporcionados pelo Índice de Retenção de Clientes, são estabelecidos os elementos de controle necessários para o cálculo do índice, propriamente dito:

- relatório mensal sobre a carteira de clientes do Plano Empresarial;
- relatório mensal de vendas (aquisições de clientes) do Plano Empresarial;
- relatório mensal de deserções de clientes do Plano Empresarial.

4.4.8 Avaliações e Correções

A partir das avaliações, seja em qualquer das dimensões, deve-se corrigir os rumos do projeto, bem como ampliar seu escopo na medida em que a utilização do Índice de Retenção de Clientes sugira aplicações complementares.

Portanto, tais dimensões de avaliação serão implementadas como segue:

a. Tática-operacional:

- Objetivo: dimensionar e acompanhar a retenção de clientes no plano empresarial, inicialmente, bem como encontrar, em conjunto com os colaboradores operacionais, alternativas e sugestões que minimizem a deserção de clientes.
- Participantes das reuniões: Gerentes Comercial e do Plano de Saúde, Coordenador da equipe de Pós-Vendas e Chefe de Atendimento aos Clientes.
- Periodicidade: mensal.

b. Estratégica:

- Objetivo: readequar estratégias, políticas comerciais e operacionais, e, aprovar e apoiar as mudanças necessárias.
- Participantes: Diretores Corporativos, Diretor Executivo e Gerentes Comercial e do Plano de Saúde.
- Periodicidade: inicialmente mensal e, posteriormente, semestral.

5 RESULTADOS E ANÁLISES

Como validação parcial ao plano de ações proposto no capítulo 4, considerando-se as características inerentes à pesquisa-ação, discute-se, neste capítulo, os resultados e a análise destes em relação aos objetivos propostos para cada componente do plano de ações, sendo pertinente lembrar que alguns objetivos, por serem qualitativos, não possibilitam uma mensuração efetiva.

5.1 DEPARTAMENTO DE PÓS-VENDAS

5.1.1 Desempenho do Departamento de Pós-Vendas

Para que se possa verificar o desempenho do Departamento de Pós-Vendas – da equipe e individualmente – em relação à meta de visitação pré-estabelecida, segue o quadro 5.21:

Quadro 5.21 – Desempenho individual e da equipe de Pós-Vendas

Coordenador e Agentes de Pós-Vendas	Visitas Realizadas	Dias Trabalhados	Média (visitas/dia)	Meta Total (visitas/ano)	Desempenho (%)
1	573	217	2,64	592	96,79
2	544	211	2,58	592	91,89
3	655	215	3,05	592	110,64
Total	1.772		2,76	1.776	99,77

Fonte: Relatório de Desempenho do Pós-Vendas
Período: janeiro a dezembro de 2001

Nota-se que o desempenho da equipe (1.772) em relação à meta total de visitas/ano (1.776), representa 99,77% do estipulado.

Como faltaram apenas 4 visitas a serem realizadas para que a meta fosse atingida, significando apenas 0,23% sobre a meta estabelecida, pode-se concluir que a equipe de Pós-Vendas, praticamente, atingiu o desempenho desejado em número de visitas a clientes.

Em relação ao desempenho individual, observa-se que o Agente 3 superou a meta individual de 3 visitas/dia. Contudo, segundo análise dos relatórios, constatou-se que os Agentes 1 e 2 tiveram suas médias de visitação prejudicadas, principalmente, pela participação na organização e condução de outras atividades, dentre as quais pode-se citar: acompanhamento às palestras do Grupo de Prevenção, encontro com as secretárias (Dia da Secretária), divulgação dos benefícios do Plano para os funcionários de empresas (algumas, clientes atuais e outras, clientes potenciais), e acompanhamento de visitas às instalações do Grupo por parte de representantes de instituições, clientes em potencial e outros.

Por outro lado, verificou-se que alguns fatores interferiram significativamente no desempenho da equipe, sendo eles: adaptação do pessoal à empresa (dois dos três integrantes foram contratados mediante recrutamento externo) e às atividades; necessidade de ajustes nos instrumentos e processo de planejamento e controle das visitas; dificuldade no agendamento das visitas com clientes; o tempo necessário para o levantamento das informações sobre os clientes, planejamento e registros das visitas; e principalmente, o entendimento inicial e apoio das gerências, chefias e colegas de trabalho no que se refere à rapidez na solução de problemas ou retornos devidos aos clientes através da equipe de Pós-Vendas.

5.1.2 Levantamento de Reclamações

Como o Departamento de Pós-Vendas foi estruturado em de janeiro de 2001, era o Setor de Assistência Social quem recebia as reclamações de clientes, embora de forma reativa, porém, somente a partir de agosto de 2000 iniciaram-se os registros sobre as reclamações de usuários provenientes do Plano Empresarial, os quais foram resgatados através da análise documental, mais especificamente da Planilha de Reclamações de Clientes junto à Assistência Social, conforme quadro 5.22.

Dado o caráter reativo da Assistência Social em relação ao recebimento e registro das reclamações, pode-se inferir que muitos casos de insatisfação por parte dos clientes acabaram não sendo registrados no instrumento de controle.

Quadro 5.22 – Reclamações de clientes anteriores à implementação do Departamento de Pós-Vendas

Tipo de Reclamação	A.	S.	O.	N.	D.	Total	%
Acomodações do Hospital	3	1	2	4	2	12	5,00
Assemed	4	0	2	1	1	8	3,34
Atendimento no Hospital	0	3	3	1	2	9	3,75
Atendimento médico	10	7	6	4	5	32	13,34
Cadastro	12	5	4	5	4	30	12,50
Clínica de Flores da Cunha	2	0	0	0	1	3	1,25
Cobrança em duplicidade de taxas	2	1	0	0	1	4	1,67
Demora no agendamento de consultas	1	0	2	5	1	9	3,75
Departamento Financeiro	0	0	0	0	1	1	0,42
Diferença cobrada em taxas de exames	3	1	1	1	1	7	2,92
Ecografia	0	1	0	0	1	2	0,83
Enfermagem	2	0	1	0	2	5	2,08
Falta de informações comerciais	2	1	2	1	0	6	2,50
Falta de Guia Médico	1	0	0	2	0	3	1,25
Farmácia	1	0	1	0	0	2	0,83
Laboratório	0	0	0	1	1	2	0,83
Número de médicos	5	7	3	11	7	33	13,75
Odontologia	4	9	7	7	2	29	12,08
Pronto Atendimento	8	4	4	6	1	23	9,58
Setor de Reembolso	0	0	1	0	1	2	0,83
RX	0	0	1	0	1	2	0,83
Telefonia	0	0	2	0	0	2	0,83
Outras	1	2	2	4	5	14	5,84
Total	61	42	44	53	40	240	100

Fonte: Planilha de Reclamações de Clientes Registradas junto à Assistência Social
Período: agosto a dezembro de 2000

A partir de janeiro de 2001, com a estruturação do Departamento de Pós-Vendas, as reclamações provenientes, principalmente das visitas, bem como aquelas encaminhadas por outros departamentos e setores da empresa, passaram a ser registradas e tratadas sistematicamente, conforme o quadro 5.23, o qual demonstra os registros compreendidos entre o período de janeiro a dezembro de 2001.

Quadro 5.23 – Reclamações de clientes posteriores à implementação do Departamento de Pós-Vendas

Tipo de Reclamação	J.	F.	M.	A.	M.	J.	J.	A.	S.	O.	N.	D.	Total	%
Acomodações do Hospital	1	1	2	5	6	0	1	1	0	1	1	0	19	5,15
Assemed	0	0	2	4	2	3	4	4	0	0	0	2	21	5,69
Atendimento no Hospital	0	0	3	0	0	0	1	0	0	0	1	0	5	1,36
Atendimento médico	17	7	6	6	6	4	6	6	2	5	2	2	69	18,70
Cadastro	7	1	0	6	7	6	0	2	1	1	6	3	40	10,84
Clinica de Flores da Cunha	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0,54
Cobrança em duplicidade de taxas	1	0	1	3	0	0	2	0	0	0	1	0	8	2,17
Demora no agendamento de consultas	0	0	5	0	0	0	0	1	0	0	0	1	7	1,90
Departamento Financeiro	0	1	2	3	3	0	3	0	1	0	0	1	14	3,79
Diferenças em taxas de exames	0	0	2	0	0	2	0	1	8	10	9	6	38	10,30
Ecografia	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0,54
Enfermagem	1	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1,62
Falta de informações comerciais	1	1	0	2	3	3	4	0	3	1	0	1	19	5,15
Falta de Guia Médico	0	0	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	4	1,08
Farmácia	0	2	0	2	2	1	1	1	0	0	0	0	9	2,44
Laboratório	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	3	0,81
Número de médicos	2	1	7	3	3	2	3	3	1	0	0	0	25	6,78
Odontologia	3	2	4	2	2	5	2	0	5	1	3	0	29	7,86
Pronto Atendimento	2	1	4	11	6	1	1	2	1	2	1	3	35	9,49
Setor de Reembolso	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,27
RX	3	0	1	3	0	0	0	0	0	0	1	0	8	2,17
Telefonia	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	0,81
Outras	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	0,54
Total	39	17	41	56	46	28	28	22	23	23	26	20	369	100

Fonte: Relatório de Reclamações
Período: janeiro a dezembro de 2001

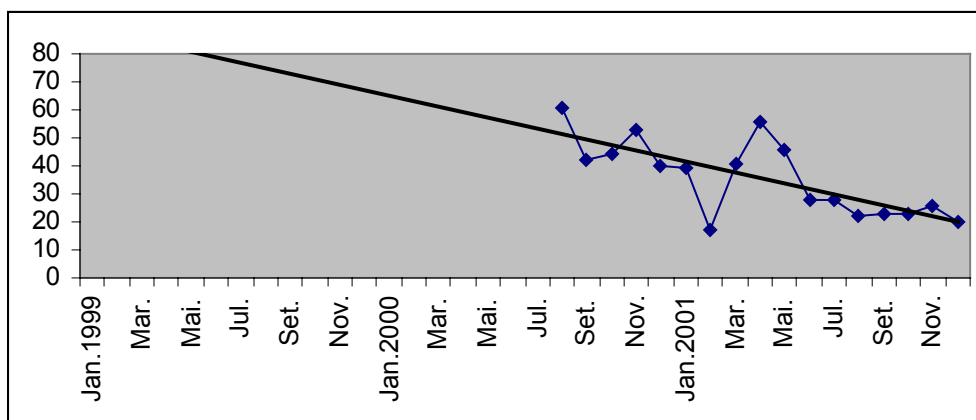
É relevante registrar que a reclamação do tipo “diferenças em taxas de exames” teve incidência significativa nos meses de setembro a dezembro, pois a empresa passou a cobrar taxas de co-participação a partir do mês de setembro, conforme previsto em contrato e praticado pelos demais concorrentes no mercado, o que até então era mais um benefício aos clientes.

De acordo com o quadro 5.23, as reclamações que apresentam maior frequência são, respectivamente: atendimento médico (18,70%), cadastro (10,84%), diferenças em taxas de exames (10,30%), pronto atendimento (9,49%), odontologia (7,86%) e número de médicos (6,78%); o que totaliza 63,97% sobre o total das reclamações.

Com o conhecimento do tipo e da frequência das reclamações, medidas foram tomadas pela empresa, as quais, por motivos estratégicos, não serão aqui discriminadas.

Por outro lado, para possibilitar a visualização da comparação entre o número de reclamações de clientes, anterior e posterior à implementação do Departamento de Pós-Vendas, segue o gráfico 5.1:

Gráfico 5.1 – Evolução do número de reclamações de clientes



Período: agosto de 2000 a dezembro de 2001

Verificando o levantamento das reclamações realizado, conclui-se que a média mensal de reclamações diminuiu no período compreendido entre os meses de janeiro a dezembro de 2001 (30,75 reclamações/mês), período este que houve a implementação do Departamento de Pós-Vendas, em confronto ao período de agosto a dezembro de 2000 (48 reclamações/mês), representando uma queda de 35,93% no registro de reclamações de clientes.

Lembra-se, também, que o tratamento das reclamações passou de um caráter reativo com os procedimentos adotados pela Assistência Social, para um caráter pró-ativo da equipe de Pós-Vendas, a qual ao visitar os clientes disponibiliza um canal de comunicação tanto para as reclamações, quanto para sugestões e elogios.

Outro aspecto que se evidencia no gráfico 5.1 é que à medida que o trabalho da equipe de Pós-Vendas se desenvolve, comparando-se o primeiro e o segundo semestres de 2001, até pelo motivo das reclamações de clientes provocarem mudanças internas, o número de reclamações foram, na média, decrescendo.

5.1.3 Encaminhamentos de Solicitações de Propostas para a Área Comercial

O resultado traduzido em vendas, dos encaminhamentos de solicitações de propostas para a Área Comercial pela equipe de Pós-Vendas, pode ser analisado conforme o quadro 5.24.

Quadro 5.24 – Solicitações de propostas encaminhadas para a Área Comercial

Tipo de Serviços	J.	F.	M.	A.	M.	J.	J.	A.	S.	O.	N.	D.	Total Propostas	Total Vendas	Fechamento (%)
Plano de Saúde	0	3/2	6/1	5/4	3/1	1/1	4/3	8/3	2/1	2	2/1	0	36	17	47,22
Assemed	4/2	0	2	7/2	2	1	0	1	1/1	2/1	2	0	22	6	27,27
Farmácia	2	2	3/2	8/5	9/3	2/2	3	5	0	1	0	0	35	12	34,29
FAT	5	3/1	2	7/1	4	1	0	1/1	0	1	0	0	24	3	12,50
Odontologia	0	0	2	3	7/2	1/1	3	7/1	4/1	2	0	0	29	4	13,79
Total	11/2	8/3	15/3	30/12	25/6	6/4	10/3	22	7/3	8/1	4/1	0	146	42	
Fechamento (%)	18,18	37,50	20,00	40,00	24,00	66,67	30,00	18,18	42,86	12,50	25,00	0			28,77

Fonte: Relatório de Solicitações de Propostas para a Área Comercial
Período: janeiro a dezembro de 2001

Os serviços que apresentaram maiores números e percentuais de fechamento de vendas foram: o Plano de Saúde com 17 contratos e 47,22%, respectivamente; e a Assemed com 6 contratos e 27,27%, respectivamente; aliás os dois serviços mais representativos, em termos de receita, para a empresa.

Embora a Farmácia tenha apresentado um fechamento de 12 contratos, o que representou 34,29% das solicitações encaminhadas, tais contratos não são considerados como vendas, pois os benefícios da Farmácia não são vendidos, e sim, estendidos aos clientes através do credenciamento. Logicamente que, em um segundo momento, pelo credenciamento de novos clientes, o faturamento da unidade de negócios Farmácia, tende a crescer.

5.1.4 Números e Motivos que Causam a Deserção de Clientes

O conhecimento dos motivos que causam a deserção de clientes são imprescindíveis para a adoção de medidas que, futuramente, aumentem o Índice de Retenção de Clientes.

A partir do ano de 1999, foram levantados a quantidade e os motivos da deserção de clientes, de acordo com os quadros 5.25 a 5.27.

Observa-se que nos anos de 1999 e 2000 não havia a preocupação de se entender quais motivos específicos geravam a insatisfação dos clientes, e por consequência, sua deserção. A única diferenciação verificada era quando o motivo da exclusão de contratos havia sido motivado pela inadimplência do cliente, ou quando o cliente solicitava sua exclusão, não informando por qual(is) motivo(s).

Quadro 5.25 – Motivos que causaram a deserção de clientes – ano 1999

Motivos da Deserção	J.	F.	M.	A.	M.	J.	J.	A.	S.	O.	N.	D.	Total	%
Inadimplência	0	1	1	3	3	4	0	0	2	1	1	2	18	22,50
Não informado	6	14	1	14	9	10	5	1	0	0	2	0	62	77,50
Total	6	15	2	17	12	14	5	1	2	1	3	2	80	100

Fonte: Relatório de Exclusão de Clientes

Quadro 5.26 – Motivos que causaram a deserção de clientes – ano 2000

Motivos da Deserção	J.	F.	M.	A.	M.	J.	J.	A.	S.	O.	N.	D.	Total	%
Inadimplência	1	3	0	0	1	2	0	0	0	0	3	14	24	53,33
Não informado	1	0	1	0	0	1	0	1	0	4	0	13	21	46,67
Total	2	3	1	0	1	3	0	1	0	4	3	27	45	100

Fonte: Relatório de Exclusão de Clientes

Com a implementação do projeto do Departamento de Pós-Vendas, a partir de janeiro de 2001, além de ser mantido o registro quantitativo sobre a deserção de clientes, passou-se a verificar, junto aos clientes, qual(is) o(s) motivo(s) causador(es) da solicitação de exclusão de seu contrato.

Na maioria absoluta dos casos, os clientes explicaram o porquê de sua decisão, e até houveram outros em que, neste momento, a equipe de Pós-Vendas conseguiu reverter a decisão do cliente.

O mais importante é que, através do conhecimento destes motivos causadores de deserção de clientes, a Direção e principalmente, as Gerências, puderam tomar decisões corretivas sobre alguns pontos que, na percepção do cliente, o Plano deixava a desejar.

Quadro 5.27 – Motivos que causaram a deserção de clientes – ano 2001

Motivos da Deserção	J.	F.	M.	A.	M.	J.	J.	A.	S.	O.	N.	D.	Total	%
Abrangência geográfica	0	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	4	5,20
Atendimento	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3,90
Concorrência	6	1	4	3	3	0	1	0	2	0	3	0	23	29,87
Inadimplência	5	1	0	0	0	0	0	0	5	6	7	0	24	31,17
Redução de gastos	2	1	0	1	1	2	0	0	0	0	4	0	11	14,28
Não informado	2	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6	7,79
Outros	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	6	7,79
Total	18	5	8	5	7	2	3	0	7	6	15	1	77	100

Fonte: Relatório de Exclusão de Clientes

Período: janeiro a dezembro de 2001

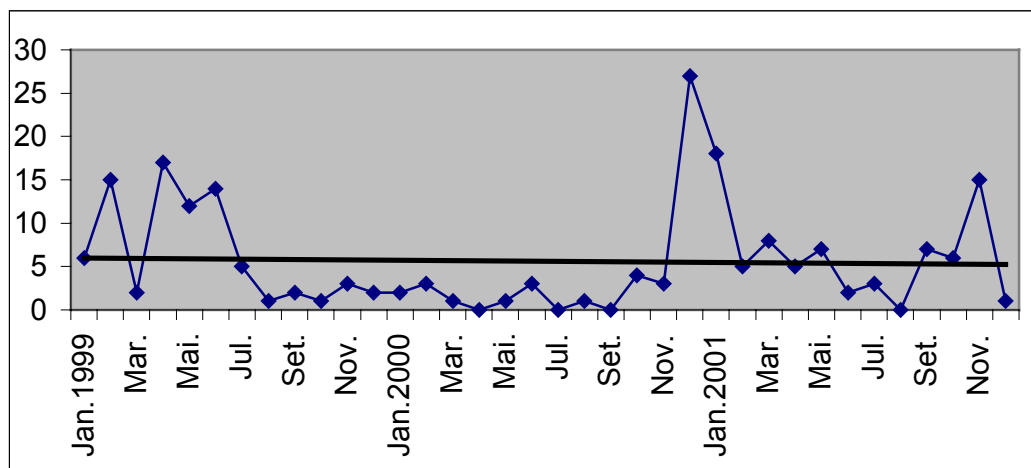
Tendo em vista que o motivo “redução de gastos”, representando 14,28%, por se tratar de questões econômicas das empresas dificulta que tais deserções sejam evitadas; e os “maus clientes”, que tiveram seus contratos cancelados pelo motivo “inadimplência”, representando 31,17%; totalizando 45,45% sobre o total das deserções, fazem destes casos, ou de difícil reversão, ou de reversão indesejada.

Portanto, restam 54,55% dos casos de deserção que devem ter seus motivos trabalhados internamente pela empresa, dentre os quais são os mais representativos:

concorrência, com 29,87% dos casos, compreendendo aspectos como preço, número de médicos e outros; e abrangência geográfica, com 5,20% dos casos.

Para facilitar a visualização da evolução da deserção de clientes entre os anos de 1999 a 2001, segue o gráfico 5.2:

Gráfico 5.2 – Evolução do número de deserções de clientes



Período: janeiro de 1999 a dezembro de 2001

5.2 GRUPO DE PREVENÇÃO

5.2.1 Palestras Realizadas e Público Atingido

Inicialmente, como teste para a estrutura de apresentação e operacionalização do Grupo de Prevenção, todas as palestras foram trabalhadas pelos palestrantes utilizando o próprio Grupo de Prevenção como público-teste.

Posteriormente, a fim de uma avaliação final, antes de iniciar o programa junto às empresas, foram realizadas duas palestras sobre o tema Doenças Emocionais, com o objetivo de corrigir alguns detalhes que fossem necessários, principalmente, quanto à operacionalização do evento. Neste momento, utilizou-se o público interno (colaboradores) para o teste final.

Consoante o quadro 5.28, o Grupo de Prevenção já realizou 26 eventos, para um público total de 1.028 pessoas.

Quadro 5.28 – Palestras realizadas e público atingido pelo Grupo de Prevenção

Temas Disponíveis	O.	O.	N.	N.	Palestras	Público
Doenças Cardiovasculares e Diabetes	0	0	0	0	0	0
Doenças Emocionais	2	52	1	200	3	252
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis	5	167	3	158	8	325
Ginástica Laboral	1	87	0	0	1	87
Nutrição	0	0	0	0	0	0
Promoção da Saúde	0	0	0	0	0	0
Saúde Bucal	1	22	2	65	3	87
Substâncias Psicoativas – Álcool e Drogas	1	18	2	49	3	67
Tabagismo e Doenças Pulmonares	5	98	3	112	8	210
TOTAL	15	444	11	584	26	1028

Fonte: Relatório Mensal e Acumulado das Palestras Realizadas

Período: outubro e novembro de 2001

Obs: Nas duas colunas relativas a cada um dos meses, a primeira refere-se ao número de palestras realizadas, enquanto que a segunda, ao público de cada palestra.

A média de público foi de 40 pessoas por evento, logicamente, havendo variações, tendo em vista as características de cada empresa, tais como: porte (tamanho) e estrutura física disponível para a realização do evento, que em certos casos configurou-se como uma forte limitação.

No mês de dezembro não foram realizadas palestras devido à dificuldade de agendamento com os clientes, considerando-se os compromissos e o período de festas pelo qual se configura.

5.2.2 Abrangência em Relação aos Clientes do Plano Empresarial

Nesta fase inicial de implementação das palestras do Grupo de Prevenção, a qual servirá, também, como um aprendizado tanto para a empresa, quanto para o próprio Grupo de Prevenção, 11 empresas já participaram do programa, representando 0,70% sobre a carteira atual de clientes do plano empresarial (segundo dados do mês de novembro de 2001), atingindo 1.028 usuários, representando 2,64% (**vide** quadro 5.29).

Quadro 5.29 – Abrangência do Grupo de Prevenção a clientes do Plano Empresarial

Clientes (Empresas)	Empresas Atingidas	% de Empresas Atingidas	Usuários (Plano Empresarial)	Usuários Atingidos	% de Usuários Atingidos
1.571	11	0,70	39.003	1.028	2,64

Fonte: Relatório Mensal e Acumulado das Palestras Realizadas

Período: outubro e novembro de 2001

Como critérios utilizados para a seleção destas empresas, destacam-se: sua representatividade em termos de total de usuários, a configuração de determinados perfis de

demanda em relação aos temas desenvolvidos pelo Grupo de Prevenção, e a disponibilidade em participar do programa.

Alguns dos temas (Doenças Cardiovasculares e Diabetes, Nutrição e Promoção da Saúde), por ainda necessitarem de alguns ajustes no conteúdo e na forma das apresentações, deverão estar à disposição dos clientes a partir do mês de dezembro.

Por outro lado, nos contatos realizados pelos profissionais que compõem o Grupo de Prevenção e alguns clientes, percebeu-se a oportunidade de se desenvolver mais um tema, Relacionamento Familiar, o qual já está em estudo.

5.2.3 Avaliação das Palestras e Resultados Adicionais

Na tabulação e verificação dos resultados dos Formulários de Avaliação dos Eventos, constatou-se o seguinte:

a) **Perfil dos participantes:** o público-alvo das palestras, até o presente momento, compreendeu pessoas com as seguintes características demográficas:

- **Sexo:** 220 pessoas do sexo feminino, representando 21,40% sobre o total do público atingido pelas palestras realizadas; e, 808 pessoas do sexo masculino, representando 78,60%.

- **Idade:** as pessoas estão compreendidas nas seguintes faixas etárias:

de 18 a 29 anos: 390 pessoas ou 37,94% do público;
de 30 a 39 anos: 273 pessoas ou 26,56% do público;
de 40 a 49 anos: 274 pessoas ou 26,65% do público;
de 50 a 59 anos: 83 pessoas ou 8,07% do público;
acima de 60 anos: 8 pessoas ou 0,78% do público.

- **Escolaridade:** as pessoas possuem o seguinte grau de escolaridade:

1º Grau incompleto: 265 pessoas ou 25,78%.
1º Grau completo: 262 pessoas ou 25,48%.
2º Grau incompleto: 57 pessoas ou 5,54%.
2º Grau completo: 258 pessoas ou 25,10%.
Superior incompleto: 53 pessoas ou 5,16%.
Superior completo: 8 pessoas ou 0,78%.
Não responderam: 125 pessoas ou 12,16%.

- **Estado civil:** as pessoas responderam sobre o seu estado civil da seguinte forma:

Casada(o): 615 pessoas ou 59,83%.
Solteira(o): 281 pessoas ou 27,33%.
Outros: 132 pessoas ou 12,84%.

b) **Avaliações dos eventos:** os eventos são avaliados através da percepção dos participantes em relação a cinco atributos básicos:

- **Importância do assunto apresentado:** quanto à importância do assunto apresentado, os participantes atribuíram o conceito:

Ótimo: 452 pessoas ou 43,97%.
Muito Bom: 353 pessoas ou 34,33%.

Bom: 204 pessoas ou 19,84%.
Regular: 19 pessoas ou 1,86%.
Ruim: -

- **Desempenho do palestrante:** quanto ao desempenho do palestrante, os participantes atribuíram o conceito:

Ótimo: 432 pessoas ou 42,02%.
Muito Bom: 346 pessoas ou 33,66%.
Bom: 239 pessoas ou 23,25%.
Regular: 11 pessoas ou 1,07%.
Ruim: -

- **Horário da palestra:** quanto ao horário de realização da palestra, os participantes atribuíram o conceito:

Ótimo: 266 pessoas ou 25,88%.
Muito Bom: 292 pessoas ou 28,40%.
Bom: 360 pessoas ou 35,02%.
Regular: 102 pessoas ou 9,92%.
Ruim: 8 pessoas ou 0,78%.

- **Estrutura do evento:** quanto à estrutura do evento, os participantes atribuíram o conceito:

Ótimo: 395 pessoas ou 38,43%.
Muito Bom: 285 pessoas ou 27,72%.
Bom: 307 pessoas ou 29,86%.
Regular: 41 pessoas ou 3,99%.
Ruim: -

- **Validade do evento:** quanto à validade do evento, os participantes avaliaram:

Sim: 1005 pessoas ou 97,76%.
Não: 4 pessoas ou 0,39%.
Não responderam: 19 pessoas ou 1,85%.

Como se pode observar, o nível de contentamento dos participantes é relativamente elevado apenas sendo pertinente alguns comentários a respeito dos atributos horário da palestra e estrutura do evento.

Quanto ao horário da palestra, 110 pessoas ou 10,70% dos participantes optaram pelos conceitos Regular e Ruim, pois em alguns casos o evento, ou interferia na continuidade das tarefas das pessoas (diminuindo sua produtividade naquele dia), ou o evento ocupava uma parte do tempo de folga ou de saída das pessoas, ou até mesmo ambas as situações. Para tanto, já estão sendo estudados horários alternativos, considerando-se aspectos relacionados às empresas e à disponibilidade dos profissionais do Grupo de Prevenção.

Em relação à estrutura do evento, 41 pessoas ou 3,99% dos participantes optaram pelo conceito Regular. Embora não seja um valor tão expressivo, algumas considerações

registradas (no espaço aberto para observações) pelos participantes devem ser avaliadas. Surgiram críticas em relação a condições de determinados locais, cadeiras, falta de luminosidade e/ou ventilação. Como são aspectos que dependem das empresas, ficou ajustado que deverá haver um maior comprometimento, por parte das empresas, em relação à disponibilização e preparação de locais com melhores condições, quando possível, para receber os participantes – funcionários (podendo incluir seus dependentes) e os profissionais do Grupo de Prevenção.

Por outro lado, a fim de averiguar se os objetivos do Grupo de Prevenção estão sendo alcançados, principalmente no que tange a agregar valor ao Plano de Saúde, consolidando a estratégia de retenção (fidelização) de clientes, e a inter-relação entre o Grupo de Prevenção e as atividades desenvolvidas pela equipe de Pós-Vendas, foram realizadas cinco entrevistas dentre as onze empresas que já participaram de palestras ministradas pelo Grupo de Prevenção.

Para essas cinco entrevistas, utilizou-se a técnica de entrevista em profundidade, com questionário não-estruturado. Cabe ressaltar que, como as onze empresas que participaram das palestras do Grupo de Prevenção já haviam sido alvo de visitas da equipe de Pós-Vendas, o que facilitou a escolha dos entrevistados de forma aleatória, não houve necessidade de se fazer um tratamento diferenciado para alguma empresa que ainda não tivesse sido visitada.

Em todas as empresas visitadas, duas delas representadas pelos seus proprietários e três pelos Gerentes de Recursos Humanos, ficou evidente que as palestras ministradas pelo Grupo de Prevenção agregaram valor ao Plano de Saúde. Inclusive, segundo um dos entrevistados: “Como é importante saber que o Grupo Fátima se preocupa com a qualidade de vida de nossos funcionários. (...) Tanto o Grupo de Prevenção quanto o Departamento de Pós-Vendas nos trataram como se fôssemos o cliente mais importante de vocês, e olha que eu sei que sou muito pequeno. (...) Parabéns! Se depender de nós, seremos parceiros para sempre.”

Outro cliente, embora com uma visão mais voltada para o atributo preço, colocou que: “Fiquei preocupado quando vocês reajustaram os valores este ano. Com a economia no rumo que está não sabia se conseguiria absorver este aumento nos custos, mas com certeza, tanto o trabalho do Grupo de Prevenção, quanto o auxílio que o Pós-Vendas nos trouxe, principalmente em questões de cadastro e informações, justificam o reajuste. (...) O mais importante é que vocês pensam na possibilidade de nos proporcionar outros benefícios indiretos. Quando vieram propor a palestra para a empresa e me disseram que estavam procurando nos fornecer algo que pudesse diminuir o absenteísmo, mesmo que a longo prazo, achei fantástico.”

Os entrevistados, em sua totalidade, deixaram claro que sua preferência em continuar um relacionamento com o Grupo Fátima está cada vez mais fortalecida, principalmente pela qualidade no atendimento, esforço em resolver as demandas dos clientes e facilidade no diálogo. Contudo, dois entrevistados alertaram que seria muito conveniente, com o passar do tempo, aumentar o número de médicos em determinadas especialidades.

5.3 PROGRAMA “CAFÉ-DA-MANHÃ”

5.3.1 Participação dos Colaboradores no Programa

Entre os meses de setembro a novembro de 2001, foram realizados 20 encontros, sendo 9 em setembro, 8 em outubro e 3 em novembro, totalizando 117 participantes, o que representou uma média (aproximada) de 6 participantes por encontro, sem considerar a participação dos Diretores e dos Gerentes do Plano de Saúde e de Recursos Humanos.

Destes 20 encontros, 13 foram realizados no horário das 8 horas, e 7 no horário das 18 horas.

Conforme demonstrado pelo quadro 5.30, 26,53% do total de colaboradores do Grupo já participaram do programa, sendo que a Asseméd, o Plano de Saúde e o Laboratório, respectivamente com 76,47%, 63,46% e 30% dos seus colaboradores, apresentaram os maiores índices de participação.

Quadro 5.30 – Participação dos colaboradores no Programa “Café-da-Manhã”

Empresas	Colaboradores	Participantes	% Participação
Pró-Salute Serviços para a Saúde Ltda.(Plano de Saúde Fátima)	52	33	63,46
Cia. Hospitalar Nossa Senhora de Fátima	309	56	18,12
Asseméd Assessoria Médica e Serviços Ltda.	17	13	76,47
Farmácia Fátima (subordinada ao Hospital)	25	7	28,00
Laboratório Fátima Ltda.	20	6	30,00
Associação Cultural e Científica Nossa Senhora de Fátima	18	2	11,11
Total	441	117	26,53

Fonte: Listagens de Presenças nos Encontros

Período: setembro a novembro de 2001

Assim como o Grupo de Prevenção, o Programa “Café-da-Manhã” não desenvolveu suas atividades no mês de dezembro dadas as características do período.

5.3.2 Sugestões e Implementação de Ações

Embora o desenvolvimento de idéias conjuntas entre colaboradores e Direção seja um dos objetivos propostos para o programa, esta primeira fase de encontros está sendo marcada pela disseminação do conceito e objetivos do programa, proporcionando momentos em que as

peças se conheçam melhor, falem a respeito de seus sentimentos, famílias, aspirações profissionais e educacionais, resgate de histórias sobre o Grupo, enfim, que haja uma socialização efetiva para que a segunda fase seja implementada.

Além disso, é realizada uma conscientização sobre o panorama do setor da saúde e sobre os principais valores que orientam e diferenciam o Grupo, especialmente aquele que valoriza as pessoas e os colaboradores como seu grande diferencial em relação ao mercado.

Para a segunda fase, a Direção deverá estimular nos participantes um comportamento ativo, ou seja, instigando as pessoas a se posicionarem criticamente e a darem sugestões que, conforme avaliação, poderão ser implementadas.

Por isso, o projeto contempla alguns indicadores – número de sugestões mensal e acumulado e percentual de ações implementadas – para que a contribuição dos colaboradores seja aferida, além de servir como parâmetro da Direção no que se refere ao aproveitamento da experiência e criatividade dos participantes.

5.3.3 Informações e Resultados Adicionais

A fim de verificar a validade e o aproveitamento do Programa, realizou-se pesquisa qualitativa, com entrevistas em profundidade e questionário não-estruturado. Foram entrevistados 10 colaboradores dentre os 117 participantes.

Todos os entrevistados, indistintamente, entendem que este tipo de espaço para a troca de idéias com os Diretores fortalece o relacionamento entre colaboradores e empresa, a aproximação entre os colegas de trabalho e valoriza a função que cada um desempenha.

Dos 10 entrevistados, 6 disseram que nunca imaginaram participar de um “café-da-manhã” com a presença dos Diretores, e 4 destes 6, foram além, dizendo estarem surpresos pelo interesse em saber sobre o que eles pensam e sentem em relação aos clientes, a empresa e até mesmo como pessoas na vida familiar, suas aspirações educacionais e profissionais. Resumindo, sentiram-se valorizados, não apenas como “funcionários”, mas como pessoas.

Dois entrevistados fizeram questão de registrar que, embora seus Gerentes sejam acessíveis, nunca lhes perguntaram sobre os seus sentimentos em relação ao trabalho, se a experiência que acumularam ao longo do tempo no atendimento dos clientes poderia ser utilizada para alguma melhoria em suas tarefas ou de outros colegas.

Quanto à identificação dos entrevistados em relação à área da saúde e suas peculiaridades, 5 deles disseram que, mesmo que em alguns momentos lidassem com situações desgastantes, a possibilidade de ajudar às pessoas vem em primeiro lugar.

Para 8 dos entrevistados, a validade do Programa é total, pois é uma grande oportunidade que todos têm de se expressarem, uma vez que, quando envolvidos nas tarefas do dia-a-dia, isto torna-se impossível. Destes 8 entrevistados, 6 perguntaram se haveria continuidade no Programa, externando sua vontade em dar continuidade à sua participação.

Nas entrevistas, merecem registro duas opiniões:

“Não esperava que a Direção se preocupasse em como me sinto quando atendo os clientes. Esta preocupação que agora sei que existe, com certeza, me motivará, ainda mais, a atender melhor a todos, inclusive os colegas. (...) O “Café-da-Manhã” foi muito interessante, descobri coisas a respeito dos colegas que nunca imaginei.”

“Tomar café-da-manhã com a Direção foi estranho. No começo estava constrangida, mas com o passar do tempo percebi que o interesse em conhecer melhor as pessoas é verdadeiro, adorei. Confesso que, conversar e apertar a mão do Dr. Virvi me deixou emocionada. Agora entendo melhor porque algumas pessoas nos dizem que a espiritualidade dele está presente.”

Dessa forma, pôde-se verificar que o programa vem conseguindo sensibilizar as pessoas quanto à importância de aumentar e consolidar os relacionamentos com clientes e colegas, valorizando suas experiências junto aos clientes nos “momentos da verdade”, o que certamente ajudará a consolidar uma cultura de serviços voltada ao cliente, servindo de suporte à retenção do mesmo.

5.4 ÍNDICE DE RETENÇÃO DE CLIENTES

5.4.1 Acompanhamento do Índice de Retenção de Clientes ao Longo do Tempo

Com o objetivo de medir o nível de retenção e acompanhar a evolução no número de clientes ao longo do tempo (considerando-se a aquisição e a deserção de clientes), calculou-se o Índice de Retenção de Clientes, para o período de janeiro de 1999 a dezembro de 2001, mensalmente, consoante aos quadros 5.31 a 5.33:

Quadro 5.31 – Índices de Retenção de Clientes – ano 1999

Ano 1999	J.	F.	M.	A.	M.	J.	J.	A.	S.	O.	N.	D.
Índices	0,9953	0,9881	0,9984	0,9864	0,9903	0,9886	0,9959	0,9992	0,9984	0,9992	0,9976	0,9984
Empresas	1265	1250	1248	1231	1219	1205	1204	1207	1214	1221	1224	1236

Quadro 5.32 – Índices de Retenção de Clientes – ano 2000

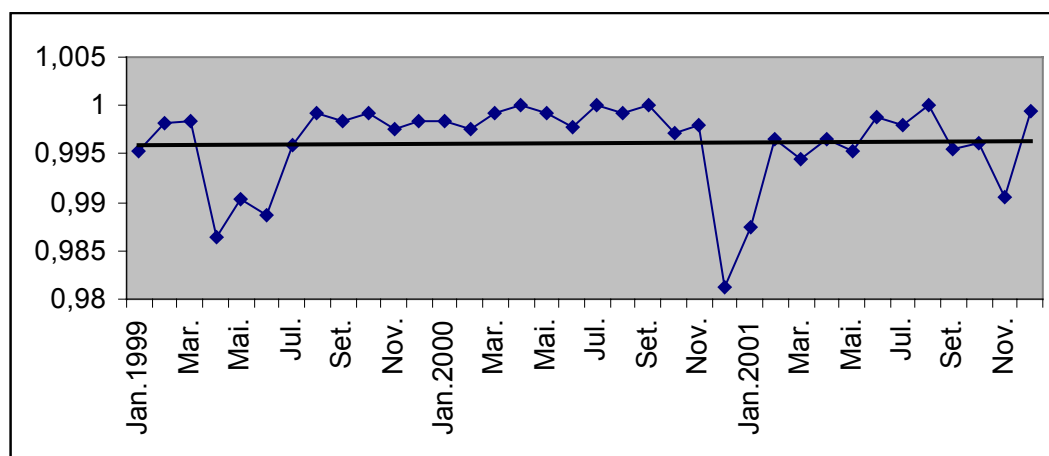
Ano 2000	J.	F.	M.	A.	M.	J.	J.	A.	S.	O.	N.	D.
Índices	0,9984	0,9976	0,9992	1,0000	0,9992	0,9977	1,0000	0,9993	1,0000	0,9972	0,9979	0,9813
Empresas	1238	1244	1260	1280	1294	1307	1323	1349	1380	1409	1414	1413

Quadro 5.33 – Índices de Retenção de Clientes – ano 2001

Ano 2001	J.	F.	M.	A.	M.	J.	J.	A.	S.	O.	N.	D.
Índices	0,9875	0,9965	0,9945	0,9966	0,9953	0,9987	0,9980	1,0000	0,9955	0,9961	0,9906	0,9994
Empresas	1421	1436	1450	1460	1472	1489	1507	1527	1542	1550	1571	1590

De acordo com o gráfico 5.3, constatou-se que o Índice de Retenção de Clientes apresentou significativa variação ao ser comparado mês a mês ao longo dos últimos três anos, contudo, pela linha de tendência, observa-se que o mesmo se encontra, na média, em torno de 0,995, significando que 99,59% dos clientes permaneceram com a empresa, o que, por conseguinte, acarretou uma deserção de 0,41% sobre a carteira de clientes para o período em estudo.

Gráfico 5.3 – Evolução do Índice de Retenção de Clientes



Período: janeiro de 1999 a dezembro de 2001

Embora um número considerável de deserções pudessem ter sido evitadas, aliás, conforme discutido no item 5.1.4., pode-se concluir que o Índice de Retenção de Clientes vem apresentando um comportamento satisfatório para a empresa.

Logicamente, aspectos tais como economia e mercadológicos vêm afetando, diretamente, o Índice de Retenção de Clientes – vide deserção pelos motivos “inadimplência” e “redução de gastos” –, contudo, pela evolução na implementação do modelo proposto há uma tendência de manutenção e até crescimento no valor do Índice.

CONCLUSÕES

Inicialmente, a pesquisa bibliográfica aprofundada a respeito das características específicas do setor de serviços; do segmento da saúde, mais especificamente medicina de grupo, considerando-se as peculiaridades da empresa estudada; e da retenção de clientes, contribuíram para um direcionamento mais ajustado dos objetivos do plano de ações proposto.

A partir dos resultados obtidos pela implementação parcial do plano de ações, pode-se concluir que, em grande parte e intensidade, os objetivos do trabalho foram atingidos. Na sequência, comenta-se sobre cada objetivo proposto para o trabalho e seu respectivo resultado:

Objetivo Geral: embora com implementação parcial, pode-se dizer que o objetivo geral do trabalho fora alcançado, uma vez que se conseguiu sistematizar, na prática, o funcionamento dos elementos que compõem o plano de ações, comprovando-se sua validade e aplicabilidade.

Objetivos Específicos: em relação aos objetivos específicos, comenta-se:

- a. o levantamento do referencial teórico para fundamentação do plano de ações proposto mostrou-se bem sucedido, uma vez que serviu de embasamento, não apenas para a sua proposição como para sua efetiva aplicação e contextualização, tanto no que se refere ao setor de serviços, quanto às características do segmento da saúde;
- b. o estabelecimento dos componentes do plano de ações para a retenção de clientes, ampliado pela sua implementação, também fora atingido;
- c. a ampliação da visão conceitual de clientes, rompendo a idéia de “pacientes”, inserindo os colaboradores, os médicos e a Direção, demonstrou total validade, principalmente pela implementação do Departamento de Pós-Vendas, disseminando esta mudança conceitual, e inter-relacionando-se com o Grupo de Prevenção, o qual também deu início a um processo de maior humanização dos médicos com os usuários, baseando-se no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas, através das palestras realizadas pelo Grupo. Consoante a isso, houve a consolidação deste objetivo junto aos colaboradores, com a realização dos

encontros do Programa “Café-da-Manhã”, difundindo a importância na mudança de tal conceito;

- d. quanto ao tratamento das reclamações de clientes como forma de se solidificar relacionamentos de longo prazo, visando-se a melhoria contínua dos serviços prestados, além de possibilitar a recuperação do serviço e da manutenção do grau de satisfação dos clientes, fora atingido, seja pelo registro, encaminhamento e geração de mudanças internas nos processos da empresa, a partir de sugestões e críticas por parte dos clientes, seja pela aproximação pró-ativa em colocar toda a empresa à disposição das necessidades dos clientes;
- e. o fortalecimento de uma cultura de serviços orientada para os principais grupos de interesse (*stakeholders*) da organização: clientes, colaboradores, médicos e acionistas, evidenciou-se através da mudança comportamental dos envolvidos, por meio do entendimento de que a perenização do negócio se dará, principalmente, se houver um relacionamento entre todos estes grupos de interesse, no longo prazo. No contato com os médicos engajados no Grupo de Prevenção e com os colaboradores que participaram do Programa “Café-da-Manhã”, pôde-se captar, além da mudança de postura e atitude dessas pessoas, um comprometimento com este conceito (uma cultura de serviços orientada para relacionamentos duradouros);
- f. por fim, a identificação, bem como a implementação de indicadores relativos à retenção de clientes, também foram alcançados. Indicadores esses, diretamente relacionados à retenção de clientes, pelo cálculo do Índice de Retenção de Clientes; ou indiretamente, pelos indicadores derivados do Departamento de Pós-Vendas, tais como: número e percentual de reclamações, e sua evolução ao longo do tempo.

Logicamente, o aprimoramento eficaz dos componentes do plano de ações proposto para a retenção de clientes apenas se concretizará ao longo do tempo, até mesmo pelo fato de que o aprendizado organizacional acontece paulatinamente.

É importante registrar que o Departamento de Pós-Vendas e o Índice de Retenção de Clientes tiveram suas implementações de forma mais tranquila, embora ainda tenham no que evoluir; contudo, o Programa “Café-da-Manhã”, principalmente quando este estiver em sua segunda etapa, a de levantamento de sugestões e críticas por parte dos colaboradores, e o Grupo de Prevenção, pelas dificuldades já analisadas, deverão ter um acompanhamento efetivo, pois ambos necessitam de um apoio participativo por parte das Gerências.

Ainda que não tenha sido o foco deste trabalho, até para resguardar algumas ações implementadas pela empresa durante esta pesquisa-ação, muitas mudanças em processos que apresentavam situações geradoras de insatisfação ou até mesmo deserção de clientes, foram realizadas.

Neste sentido, de forma complementar ao trabalho realizado e com base na interação e observação da empresa, identificou-se alguns trabalhos que poderiam ser desenvolvidos no futuro. São eles:

O desenvolvimento de um CRM, utilizando-se o banco de dados já existente e o aprofundamento nas informações sobre os clientes, levantadas pela equipe de Pós-Vendas, poderia resultar em maiores subsídios para o trabalho que vem sendo desenvolvido em relação à retenção de clientes e a consolidação de relacionamentos entre clientes e a empresa no longo prazo.

A implementação de um prontuário eletrônico do “paciente” [entenda-se, cliente], o qual resgataria todo o histórico de saúde dos usuários do Plano de Saúde, possibilitando a identificação efetiva de grupos de pessoas com potenciais demandas de risco, os quais poderiam ser cooptados pelo Grupo de Prevenção para trabalhos de modificação de maus hábitos de vida. Tal projeto não apenas poderia diminuir os custos provenientes da medicina curativa, no longo prazo, mas também, agregar valor para os clientes, reforçando a imagem do Plano de Saúde Fátima como um plano de saúde que se preocupa com a qualidade de vida de seus associados.

Outro potencial desenvolvimento futuro está na oportunidade de estudo e implementação de um sistema de custos baseado em atividades, o que possibilitaria um melhor conhecimento sobre os grandes geradores de custos, qualificando a gestão da empresa e servindo, mesmo que indiretamente, para a indicação de protocolos de atendimento mais racionais por parte do corpo clínico.

E por último, o desenvolvimento de outros indicadores relativos a clientes, complementares ao Índice de Retenção de Clientes, tais como: Índices de Rendimento e Rentabilidade de Clientes, os quais auxiliariam na identificação dos clientes rentáveis através do monitoramento do valor gerado, ao longo do tempo, individualmente e agrupado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMGE. Sistema de medicina de grupo. www.abramge.com.br. Abr.2001.
- ALBRECHT, Karl. **A única coisa que importa**. 6.ed. São Paulo : Pioneira, 1999. 222p.
- _____. Customer value. **Executive Excellence**, Provo, v.11, n.9, Sept.1994a.
- _____. **Serviços internos**. São Paulo : Pioneira, 1994b. 174p.
- _____. **Revolução nos serviços**. 5.ed. São Paulo : Pioneira, 1998. 254p.
- ALBRECHT, Karl; BRADFORD, L.J. **Serviços com qualidade**: a vantagem competitiva. São Paulo : Makron Books, 1992. 216p.
- ALBRECHT, Karl; ZEMKE, Ron. **Service América!**: doing business in the new economy. New York : Warner Books Inc., 1990.
- ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2.ed. São Paulo : Pioneira, 1999. 203p.
- ANDERSON, Eugene W.; FORNELL, Claes; RUST, Roland T. Customer satisfaction, productivity and profitability; differences between goods and services. **Marketing Science**. v.16, n. 2, 1997, p.129-145.
- ANDERSON, Eugene W.; FORNELL, Claes. The customer satisfaction index as a leading indicator. **Handbook of Services Marketing and Management**, Dawn Iacobucci and Terri Swartz (eds.), New York : Sage, Jan.1999,p.1-12.
- ANDERSON, Eugene W. Customer satisfaction and word-of-mouth. **National Quality Research Center**, The University of Michigan. July 1998,p.1-31.
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. www.ans.gov.br. Abr.2001.
- AZEVEDO, Eliane et al. Hospitais classe A investem em convênio popular. **Gazeta Mercantil**. p.C7, mar.2001.

- BAND, William A. **Competências críticas**. Rio de Janeiro : Campus, 1997. 368p.
- BARCELLOS, Paulo Fernando Pinto. **Material de suporte da disciplina satisfação de clientes**. Porto Alegre : UFRGS, 2000.
- BARRY, Eisenberg. Customer service in healthcare: a new era. **Journal of Healthcare Management**, Chicago, Spring, 1997,p.17-31.
- BATESON, John E. G.; HOFFMAN, K. Douglas. **Marketing de serviços**. 4.ed. Porto Alegre : Bookman, 2001. 495p.
- BATISTA, Antonio Roberto. **Desafios sociais à medicina**. Rio de Janeiro : Revinter, 1997. 126p.
- BETING, Joelmir. **O Estado de São Paulo**. São Paulo, dez.2000.
- BERRY, Leonard L. **Serviços de satisfação máxima**. Rio de Janeiro : Campus, 1996. 297p.
- BERRY, Leonard L.; PARASURAMAN A. **Serviços de marketing**: competindo através da qualidade. 3.ed. São Paulo : Maltese, 1995. 238p.
- BISOGNANO, Maureen. New skills needed in medical leadership. **Quality Progress**, New York, p.32-41, June 2000.
- BLATTBERG, Robert C., GETZ, Gary, THOMAS, Jacquelyn S. **Customer equity**: managing relationships as valuable assets. Harvard Business Press, 2001. 256p.
- BORGHEROSI, Renato. Afinal, é paciente ou cliente? **Medicina Social**, São Paulo, p.6-7, mar.2000.
- BRANT, Fernando Caldeira. O médico do futuro. **Medicina Social**, São Paulo, p.4-5, mar.2000.
- BRETZKE, Miriam. **Marketing de relacionamento e competição em tempo real**. São Paulo : Atlas, 2000. 224p.
- BROWN, Stanley A. **CRM – Customer relationship management**. São Paulo : Makron Books, 2001. 331p.
- BUSINESS MONITOR INTERNATIONAL. **Quarterly Forecast Report – Q3**. London, 2000.
- CAMACHO, José Luís Tito. **Qualidade total para os serviços de saúde**. São Paulo : Nobel, 1998. 163p.
- CARLZON, Jan. **A hora da verdade**. 11.ed. Rio de Janeiro : COP, 1994. 120p.
- CASANOVA, Robert (Robin). Patient satisfaction: designing and managing your patients' experience. In: ANNUAL QUALITY CONGRESS, 53., ASQC, 1999, Anaheim, p.386-388.

CHEBAT, Jean-Charles; KOLLIAS, Paul. The impact of empowerment on customer contact employees' role in service organization. **Journal of Service Research: JSR**, Thousand Oaks; Aug.2000. p.66-81.

CHURCHILL JR., Gilbert A.; PETER, J. Paul. **Marketing: criando valor para os clientes**. São Paulo : Saraiva, 2000. 626p.

CLINEFELTER, Kathryn. Future perspectives for healthcare quality professionals. In: ANNUAL QUALITY CONGRESS, 54., ASQC, 2000, Indianapolis, p.804-806.

COC. Relatório de atividades da diretoria do COC no ano de 2000. **Pioneiro**, Caxias do Sul, 14.03.2001a.

_____. Círculo em revista. Caxias do Sul: ano VIII,n.37,abr.-jun. 2001b.

CURY, Roberto. Painel atenções médicas para o equilíbrio do custo operacional. In: CONGRESSO ABRAMGE, 8., 2000, São Paulo. **Palestra programa de medicina preventiva e gerenciamento de doenças**.

CYGLER, Jimmy. Painel gestão. In: CONGRESSO ABRAMGE, 8., 2000, São Paulo. **Palestra customer relationship management (CRM) – ferramenta para a fidelização do cliente**.

CZINKOTA, Michael R., et al. **Marketing: as melhores práticas**. Porto Alegre : Bookman, 2001.

DAVIS, Frank Stephen. **Qualidade total em saúde**. São Paulo : STS, 1994. 216p.

DAVIS, Keith; NEWSTROM, John W. **Comportamento humano no trabalho: uma abordagem psicológica**. v.1. São Paulo : Pioneira, 1992. 207p.

DAY, George S. **A empresa orientada para o mercado: compreender, atrair e manter clientes valiosos**. Porto Alegre : Bookman, 2001. 265p.

_____. Managing market relationships. **Academy of Marketing Science**, Greenvale, v.28, n.1, Winter 2000.

DENTON, D. Keith. **Qualidade em serviços: o atendimento ao cliente como fator de vantagem competitiva**. São Paulo : Makron Books, 1990. 222p.

DINIZ DE OLIVEIRA, José Antônio. Painel desenvolvimento de produtos. In: CONGRESSO ABRAMGE, 9., 2001, Rio de Janeiro. **Palestra produtos com co-participação**.

FITZSIMMONS, James A.; FITZSIMMONS, Mona J. **Administração de serviços: operações, estratégias e tecnologia da informação**. 2.ed. Porto Alegre : Bookman, 2000. 537p.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **Situação econômico-financeira do segmento das empresas de medicina de grupo no Brasil**. São Paulo, jun.2001. 45p.

FURLONG, Carla B. **Marketing para reter clientes**. Rio de Janeiro : Campus, 1994. 266p.

GARVIN, David A. Competing on the eight dimensions of quality. **Harvard Business Review**, Boston, v.65,n.6,p.101-110,Nov/Dec 1987.

GIANESI, Irineu G. N.; CORRÊA, Henrique Luiz. **Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente**. São Paulo : Atlas, 1994. 233p.

GOBE, Antonio Carlos et al. **Administração de vendas**. São Paulo : Saraiva, 2000. 306p.

GORDON, Ian. Customer relationship management: conflict to collaboration. **Ivey Business Journal**, v.65, n.5, p.9-11, May/June 2001.

_____. **Marketing de relacionamento**. São Paulo : Futura, 1999. 349p.

GRÖNROOS, Christian. From marketing mix to relationship marketing towards a paradigm shift in marketing. **Management Decision: MCB University Press**, v.32, n.2, p.4-20, 1994.

_____. **Marketing: gerenciamento e serviços: a competição por serviços na hora da verdade**. 5.ed. Rio de Janeiro : Campus, 1993. 377p.

GUMMESSON, Evert. Implementation requires a relationship marketing paradigm. **Academy of Marketing Science**, Greenvale, v.26, n.5, p.242-249, Summer 1998.

HAMEL, Gary; PRAHALAD, C.K. **Competindo pelo futuro**. 10. ed. Rio de Janeiro : Campus, 1995. 377p.

HARRIS, Jim; BRANNICK, Joan. **Como encontrar e manter bons funcionários**. São Paulo : Makron Books, 2001. 189p.

HESKETT, James L. et al. Putting the service-profit chain to work. **Harvard Business Review – Business Classics: Fifteen Key Concepts for Managerial Success**, Boston, 1994, p.110-120.

HESKETT, James L.; SASSER JR., W. Earl; HART, Christopher W.L. **Serviços revolucionários: mudando as regras do jogo competitivo na prestação de serviços**. São Paulo: Pioneira, 1994. 314p.

HOLM, Craig E. Optimal strategies for health systems and physician practices with limited financial resources. **Journal of Healthcare Management**, Chicago, v.45, n.5, p.286-289, Sep.-Oct.2000.

HOLM, Craig E.; BURNS, Lawton R. The future of physician-health system integration. **Journal of Healthcare Management**, Chicago, v.45, n.6, p.356-358, Nov.-Dec.2000.

HOLM, Craig E.; SCHROEDER, James L. Other-than-economic models for physician-health system partnerships. **Journal of Healthcare Management**, Chicago, v.45, n.3, p.147-150, May-June 2000.

HOROVITZ, Jacques. **Qualidade de serviço**. São Paulo : Nobel, 1993. 172p.

- HRONEC, Steven M. **Sinais vitais**. São Paulo : Makron Books, 1994. 240p.
- KALDENBERG, Dennis O. Patient satisfaction and the role of choice. **Marketing Health Services**, Chicago, p.39-42, Fall 1999.
- KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. **A estratégia em ação: balanced scorecard**. 4.ed. Rio de Janeiro : Campus, 1997. 344p.
- KERNS, Charles D.; ST CLAIR, Rod. Loyalty in managed care: a leadership system. / Practitioner application. **Journal of Healthcare Management**, Chicago, v.45, n.3, p.158-168, May-June 2000.
- KLOTZ, Didier Maurice. Painel gestão com foco estratégico. In: CONGRESSO ABRAMGE, 9., 2001, Rio de Janeiro. **Palestra gestão da sinistralidade**.
- KOTHANDARAMAN, Prabakar; WILSON, David T. Implementing relationship strategy. **Industrial Marketing Management**, New York, n.29, p.339-349, 2000.
- KOTLER, Philip. **Administração de marketing**. 10. ed. São Paulo : Prentice Hall, 2000. 764p.
- _____. **Marketing para o século XXI**. São Paulo : Futura, 1999. 305p.
- KROPF, Antonio Jorge G. Painel estratégias para o crescimento sustentado. In: CONGRESSO ABRAMGE, 9., 2001, Rio de Janeiro. **Palestra produtos para população de baixa renda**.
- LOVELOCK, Christopher; WRIGHT, Lauren. **Serviços – marketing e gestão**. São Paulo : Saraiva, 2001.
- MALLOCK, Kathy; LUSSIER, James T. Healing models for organizations: description, measurement and outcomes. / Practitioner application. **Journal of Healthcare Management**, Chicago, v.45, n.5, p.332-346, Sept.-Oct.2000.
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**. 3.ed. São Paulo : Atlas, 1996. 231p.
- MASON, Scott A. Performance-based planning for hospitals. **Health Care Strategic Management**, Chicago, v.18, n.12, p.14-17, Dec.2000.
- MATOS, Afonso José de. A produtividade na assistência médica...Tão claro quanto factível!? **Revista de Administração de Saúde**, São Paulo, v.2, n.7, p.12-13, abr.-jun.2000.
- MATTHYSSENS, Paul; VANDENBEMPT. Creating competitive advantage in industrial services. **Journal of Business & Industrial Marketing**, v.13, n.4/5, p.339-355, 1998.
- McKENNA, Regis. **Marketing de relacionamento**. Rio de Janeiro : Campus, 1993. 254p.

MENDONÇA, Antonio Penteado. Painel controle governamental nos planos de saúde. In: CONGRESSO ABRAMGE, 8., 2000, São Paulo. **Palestra: como administrar situações de conflito.**

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução RDC n.39.** www.ans.com.br. maio 2001.

MONTONE, Januario. Regulação dos planos privados de assistência à saúde pela ANS: avaliação, perspectivas e interface SUS-saúde complementar. **Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, 06.06.2001a.

MONTONE, Januario. Painel tendências globais na área da saúde. In: CONGRESSO ABRAMGE, 9., 2001b, Rio de Janeiro. **Palestra visão brasileira.**

MOREIRA, Márcio Victor et al. AMIL Resgate Saúde. In: DA ROCHA, Ângela; DE MELLO, Renato Cotta. **Marketing de Serviços: casos brasileiros.** São Paulo : Atlas, 2000. Cap.17, p.282-305.

MORGAN, Robert M.; HUNT, Shelby D. The commitment-trust theory of relationship marketing. **Journal of Marketing**, New York, v.58, n.3, p.20-38, Jul.1994.

MURTI, Gene; SEFTON, Ann Jervie. Building a better doctor. **Quality Progress**, New York, p. 43-51, June 2000.

NEWELL, Frederick. **Fidelidade.com.** São Paulo : Makron Books, 2000. 285p.

NORMANN, Richard. **Administração de serviços: estratégia e liderança na empresa de serviços.** São Paulo : Atlas, 1993. 208p.

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. **Tratado de metodologia científica.** 2.ed. São Paulo : Pioneira, 1999. 320p.

PEPPERS, Don; ROGERS, Martha. **Empresa 1:1: instrumentos para competir na era da interatividade.** Rio de Janeiro : Campus, 1997. 381p.

PLSEK, Paul. Surprising quality: creative customer needs analysis. In: ANNUAL QUALITY CONGRESS, 52., ASQC, 1998, Philadelphia, p.716-724.

PORTER, Michael E. **Vantagem competitiva: criando e sustentando um desempenho superior.** 13.ed. Rio de Janeiro : Campus, 1989. 512p.

POWELL, Don R. Painel tendências globais na área da saúde. In: CONGRESSO ABRAMGE, 9., 2001, Rio de Janeiro. **Palestra a visão americana.**

QUINTO NETO, Antonio. A aliança (essencial) necessária médicos-hospital. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v.2, n.6, p.7-12, mar.2000.

REBELO, Paulo Antonio de Paiva. **Qualidade em saúde.** Rio de Janeiro : Qualitymark, 1995. 159p.

REICHHELD, Frederick F. **A estratégia da lealdade**. Rio de Janeiro : Campus, 1996. 363p.

REICHHELD, Frederick F.; MARKEY JR., Robert G.; HOPTON, Christopher. The loyalty effect – the relationship between loyalty and profits. **European Business Journal**, London, v.12, n.3, p.134-139, 2000.

RUST, Roland T.; ZEITHAML, Valarie; LEMON, Katharine N. **O valor do cliente**. Porto Alegre : Bookman, 2001. p.280.

SARKAR, Ranbir. System approach to service quality management. In: ANNUAL QUALITY CONGRESS, 52., ASQC, 1998, Philadelphia, p.675-687.

SCHMENNER, Roger W. **Administração de operações em serviços**. São Paulo : Futura, 1999. 419p.

SCHNEIDER, Benjamin; BOWEN, David E. O modelo das necessidades. **HSM Management**. São Paulo, n.23, ano 4, p.64-72, nov.-dez.2000.

_____. Understanding customer delight and outrage. **Sloan Management Review**, Cambridge, v.41, n.1, p.35-45, Fall 1999.

SCHONBERGER, Richard J.; KNOD JR., Edward M. **Serviço sincronizado**. São Paulo : Pioneira, 1997. 279p.

SCHOUT, Denise. Painel administração do atendimento médico. In: CONGRESSO ABRAMGE, 8., 2000, São Paulo. **Palestra: ferramentas para a formatação do pacote**.

SGANZERLLA, Silvana. Temas livres: Marketing de relacionamento na área da saúde. In: CONGRESSO ABRAMGE, 8., 2000, São Paulo.

SIEBEL, Thomas M. Com o dom da oportunidade. **HSM Management**. São Paulo, n.25, ano 5, p.50-54, mar.-abr.2001.

SVIOKLA, John J.; SHAPIRO, Benson P. (Eds.) **Mantendo clientes**. São Paulo : Makron Books, 1994. 420p.

TEISBERG, Elizabeth Olmsted; PORTER, Michael E.; BROWN, Gregory B. A competição na área da assistência médica. In: PORTER, Michael E. **Competição – On competition**. 2.ed. Rio de Janeiro : Campus, 1999. Cap.12, p.432-455.

THIOLLENT, Michel. **Pesquisa-ação nas organizações**. São Paulo : Atlas, 1997. 164p.

UNIMED DO BRASIL. 30. Convenção nacional Unimed. São Paulo : Ano XIII, 81.ed., nov.-dez. 2000.

UNIMED NORDESTE RS. Unimed Press. ano VI, 50.ed., maio 2001.

_____. Unimed & você. ano 4, n.13, jan.-mar. 2000.

URDAN, André Torres. A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente. **RAE – Revista de Administração de Empresas**. São Paulo : Fundação Getúlio Vargas, v.41, n.4, p. 44-55, out./dez.2001.

VAVRA, Terry G. **Marketing de relacionamento**. São Paulo : Atlas, 1993. 323p.

_____. Selling after the sale; the advantages of aftermarketing. **Supervision**, Burlington, v.55, n.10, Oct. 1994.

VAVRA, Terry G.; PRUDEN, Douglas R. Using aftermarketing to maintain a customer base. **Discount Merchandiser**, Bristol, v.35, n.5, May 1995.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo : Atlas, 2000. 92 p.

WIERSEMA, Fred. **Intimidade com o cliente**. Rio de Janeiro : Campus, 1996. 214p.

WHITELEY, Richard; HESSAN, Diane. **Crescimento orientado para o cliente**. Rio de Janeiro : Campus, 1996. 366p.

WOLF, Emily J. A new approach to healthcare marketing. **Healthcare Executive**, Chicago, v.16, n.1, p.12-16, Jan-Feb 2001.

ZEITHAML, Valarie A.; BERRY, Leonard L.; PARASURAMAN, A. The behavioral consequences of service quality. **Journal of Marketing**, New York, v.60, n.2, p.31-50, Apr.1996.

ZUCKERMAN, Alan M.; COILE JR., Russell C. Creating a vision for the twenty-first century healthcare organization. / Practitioner application. **Journal of Healthcare Management**, Chicago, Sept.-Oct.2000.

ANEXOS

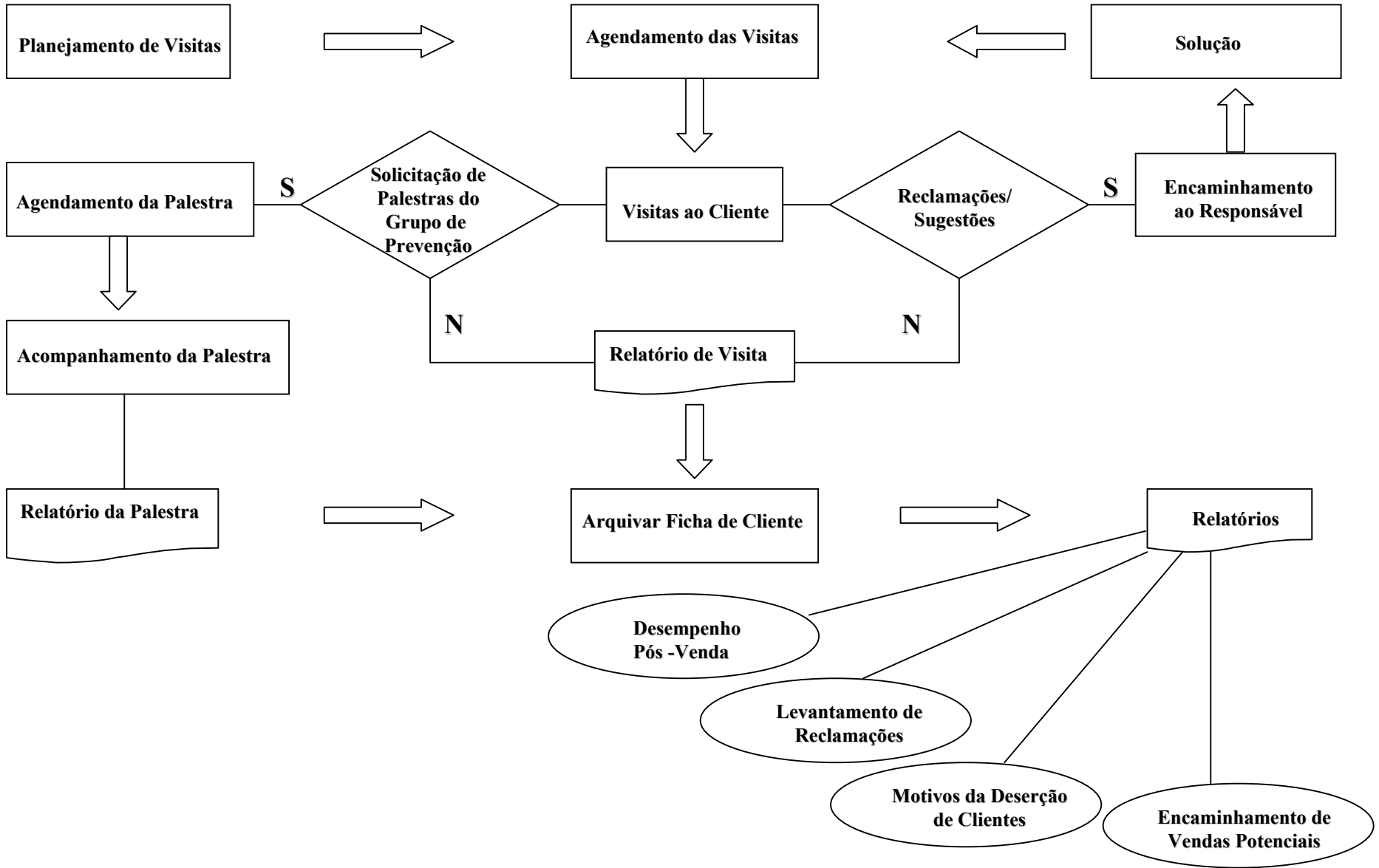
ANEXO A – Fluxograma Geral de Tarefas do Departamento de Pós-Vendas

ANEXO B – Palestras do Grupo de Prevenção

ANEXO C – Cartaz de Divulgação do Programa “Café-da-Manhã”

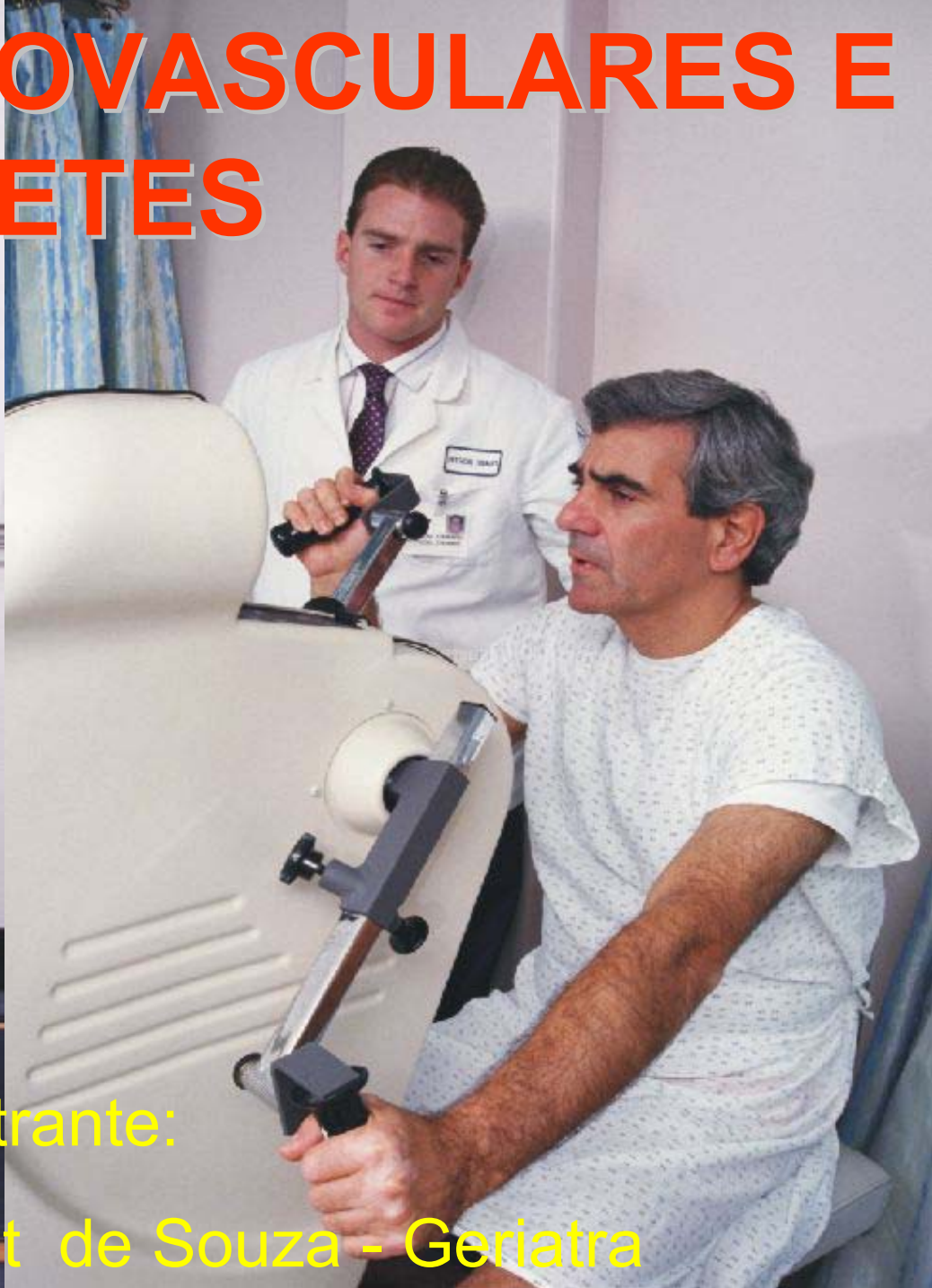
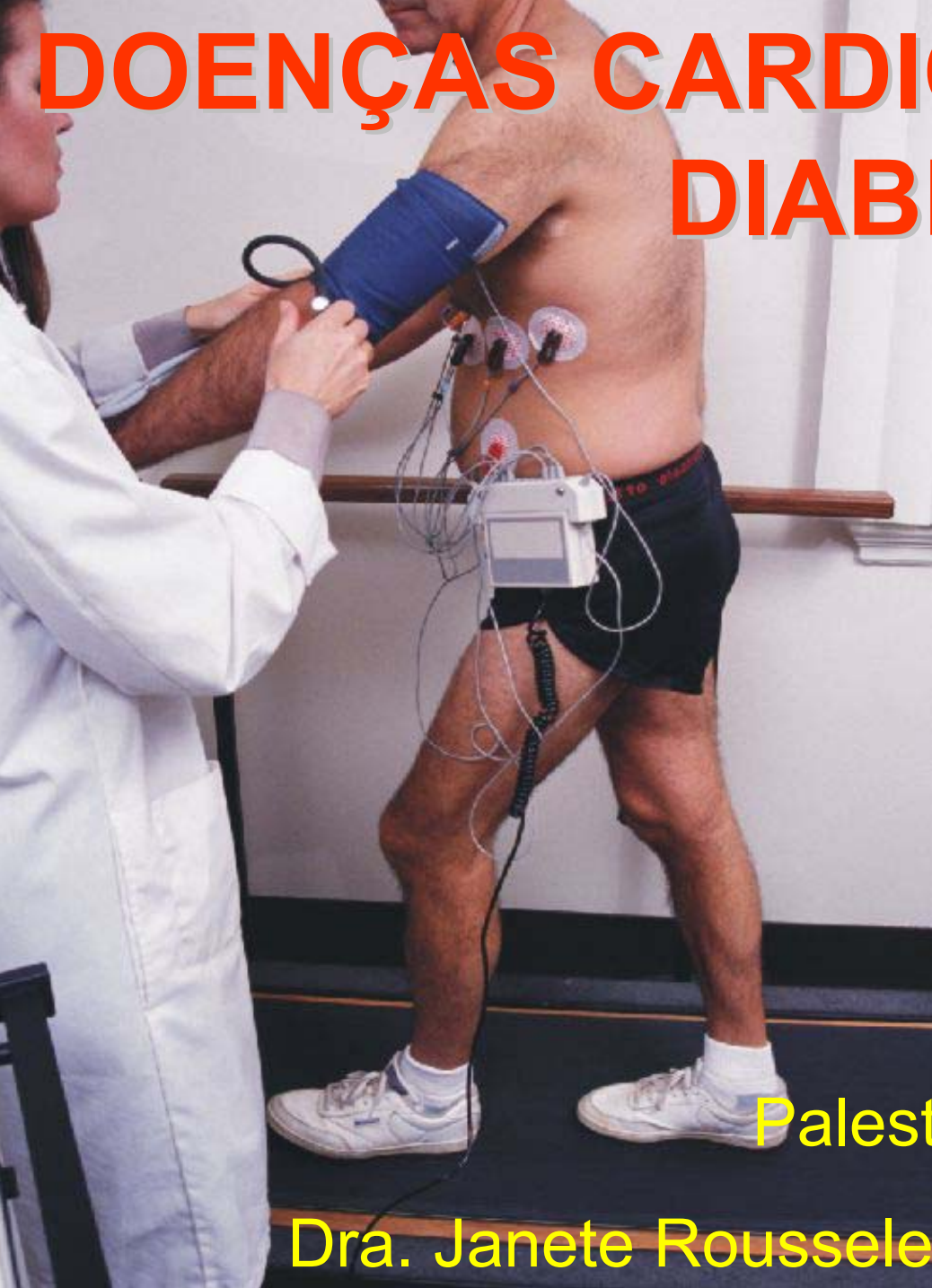
ANEXO D – Convite para Participantes do Programa “Café-da-Manhã”

ANEXO A – Fluxograma Geral de Tarefas do Departamento de Pós-Vendas



ANEXO B – Palestras do Grupo de Prevenção

DOENÇAS CARDIOVASCULARES E DIABETES



Palestrante:

Dra. Janete Rousselet de Souza - Geriatria

DOENÇAS EMOCIONAIS



Palestrante: Adriana Fork Perez – Psicóloga



DST

Doenças sexualmente transmissíveis

Palestrante: Dra. Lisiane Sá Spolavori
Gineco-Obstetra

GINÁSTICA LABORAL



Palestrante: Dra. Jovana Farina - Fisioterapeuta

NUTRIÇÃO

A vibrant collage of various citrus fruits, including whole oranges, grapefruit slices, lemons, and limes, arranged on a dark surface. The fruits are shown in various orientations, some whole and some sliced, highlighting their textures and colors.

Palestrante: Joceli Carrard – Nutricionista

PROMOÇÃO DA SAÚDE



Palestrante:

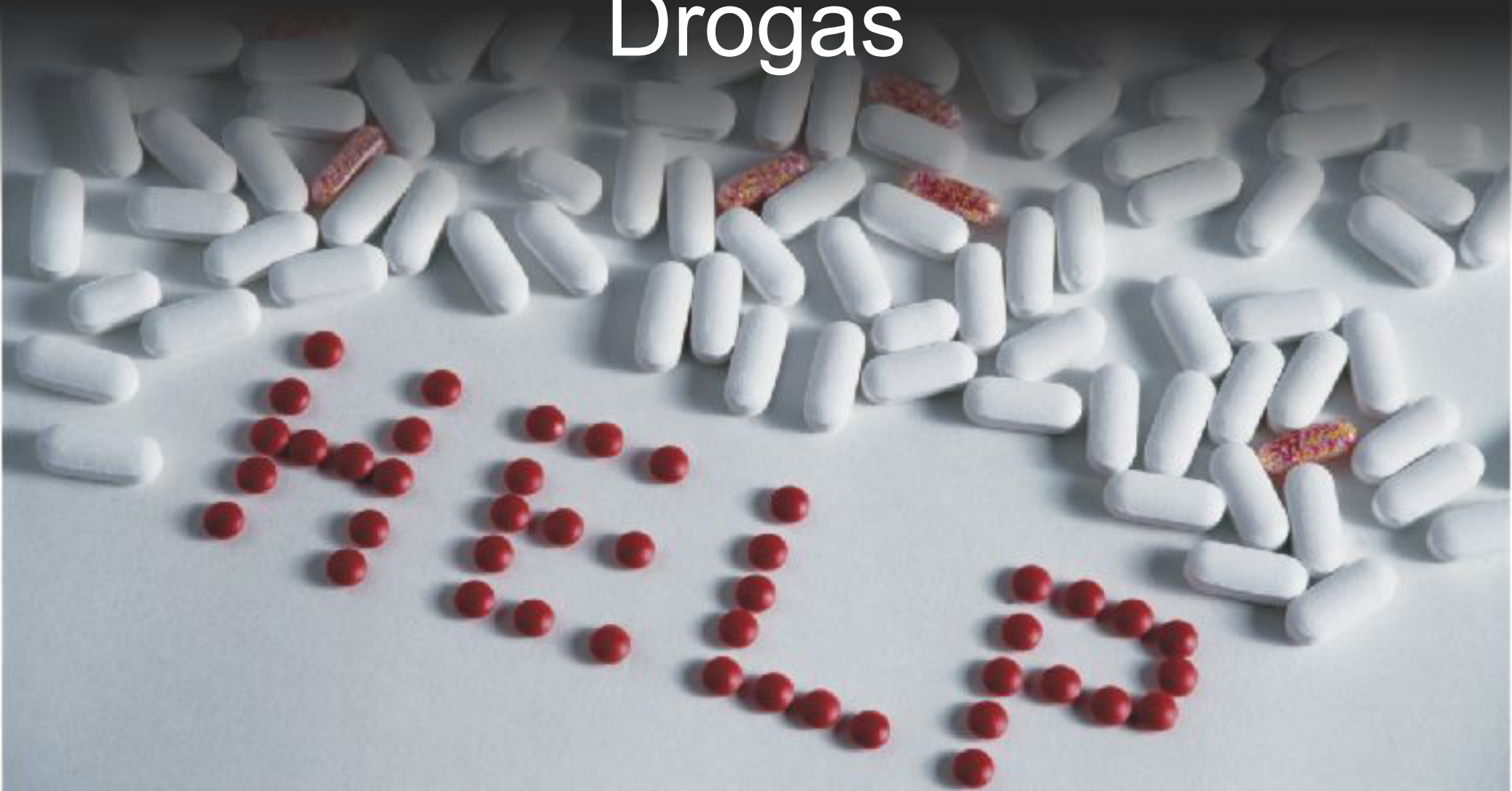
Dra. Janete Rousselet de Souza - Geriatria

SAÚDE BUCAL

A close-up portrait of a woman with light skin and blue eyes, smiling broadly. She is wearing a large, gold-colored hoop earring with a spherical top. The background is dark and out of focus.

Palestrante: Débora Scariot – Odontopediatra

Substâncias Psicoativas Álcool e Drogas



Palestrante: Dr. Gustavo Koff – Psiquiatra

Tabagismo e doenças pulmonares



Palestrante: Dr. Alexandre Avino - Cirurgião Torácico


ANEXO C – Cartaz de Divulgação do Programa “Café-da-Manhã”



Neste século, em cada dia vamos *criar*.

Vamos nos *relacionar* com todas as pessoas, entregando sempre a elas algo de muito *valor*, como elas nunca esperaram:

Valor humano, junto com nossa capacitação.

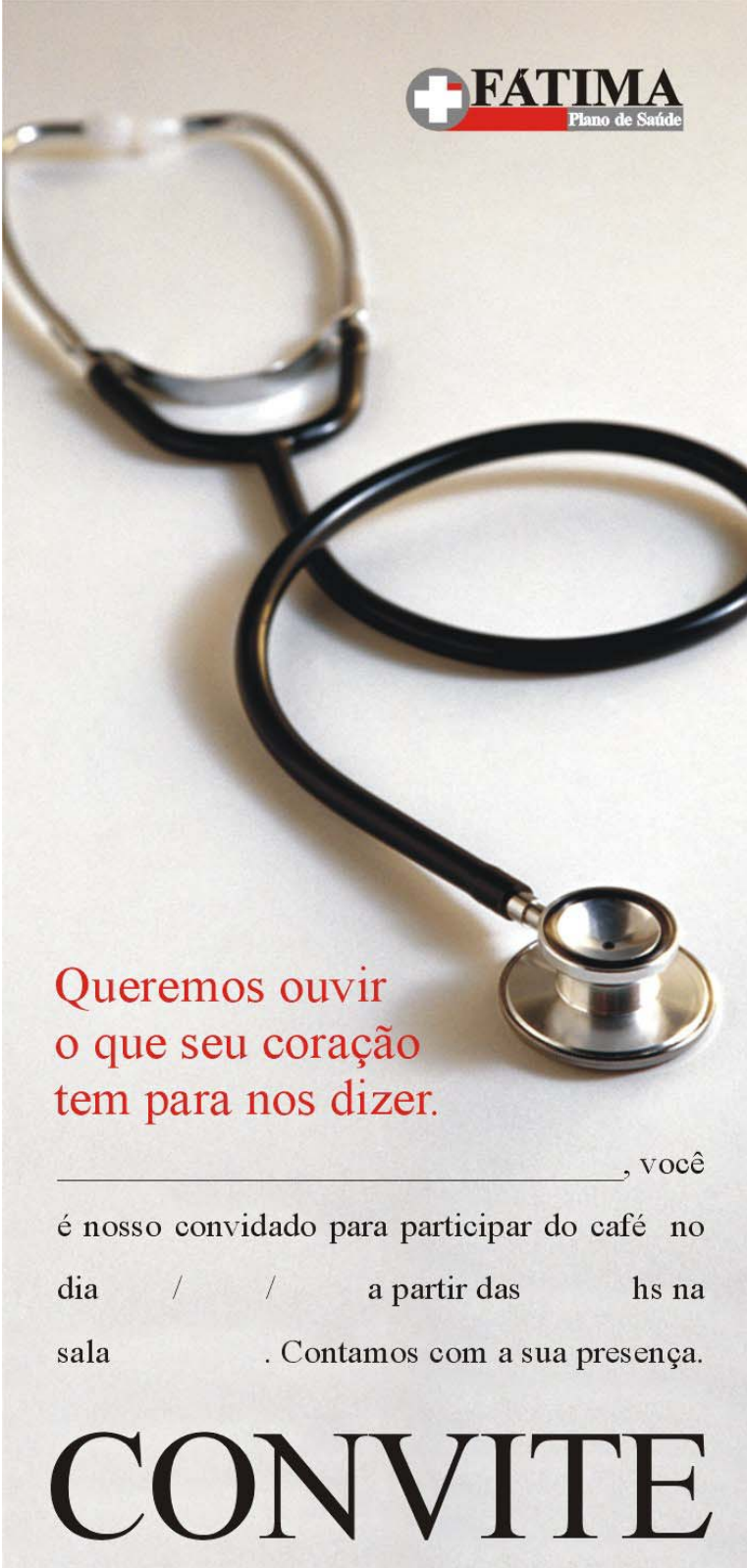
O que *você* tem a nos dizer sobre isso? 



**QUEREMOS
OUVIR O QUE SEU
CORAÇÃO TEM
PARA NÓS DIZER.**

Todos os colaboradores do Fátima estão convidados.
Inscreva-se agora mesmo para participar do café-encontro com colegas e diretoria.
E só ligar para o Depto. de Recursos Humanos, ramal 313.
Esperamos seu telefonema.

ANEXO D – Convite para Participantes do Programa “Café-da-Manhã”



FATIMA
Plano de Saúde

Queremos ouvir
o que seu coração
tem para nos dizer.

_____, você
é nosso convidado para participar do café no
dia / / a partir das hs na
sala . Contamos com a sua presença.

CONVITE