

**UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA
FACULDADE DE GESTÃO E NEGÓCIOS
DOUTORADO EM ADMINISTRAÇÃO**

WELLINGTON ROBERTO SCHMIDT

**ESTRATÉGIAS DE *MARKETING* DE SERVIÇOS:
OS ENFOQUES TRANSACIONAL E RELACIONAL NO SETOR DE SAÚDE**

**PIRACICABA
2018**

WELLINGTON ROBERTO SCHMIDT

**ESTRATÉGIAS DE *MARKETING* DE SERVIÇOS:
OS ENFOQUES TRANSACIONAL E RELACIONAL NO SETOR DE SAÚDE**

Tese apresentada ao curso de Doutorado em Administração da Faculdade de Gestão e Negócios da Universidade Metodista de Piracicaba, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Administração.

Campo de Conhecimento:
Marketing e Operações

Orientadora:
Profa. Dra. Nadia Kassouf Pizzinatto

PIRACICABA
2018

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da UNIMEP
Bibliotecária: Marjory Harumi Barbosa Hito – CRB-8/9128

S354e Schmidt, Wellington Roberto.
Estratégias de *marketing* de serviços: os enfoques transacional e relacional no setor de saúde / Wellington Roberto Schmidt – 2018.
249 f.: il.; 30 cm.

Orientadora: Profa. Dra. Nadia Kassouf Pizzinatto.
Tese (Doutorado) – Universidade Metodista de Piracicaba,
Administração, Piracicaba, 2018.

1. *Marketing* de Serviços. 2. *Marketing* – Hospitais Privados. I.
Pizzinatto, Nadia Kassouf. II. Título.

CDU - 658.8

WELLINGTON ROBERTO SCHMIDT

**ESTRATÉGIAS DE *MARKETING* DE SERVIÇOS:
OS ENFOQUES TRANSACIONAL E RELACIONAL NO SETOR DE SAÚDE**

Tese apresentada ao curso de Doutorado em Administração da Faculdade de Gestão e Negócios da Universidade Metodista de Piracicaba, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Administração.

Campo de Conhecimento:
Marketing e Operações

Orientadora: Profa. Dra. Nadia Kassouf Pizzinatto

Data da Defesa:
30/08/2018

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Nadia Kassouf Pizzinatto
(Orientadora)
FGN/UNIMEP

Profa. Dra. Rosana Borges Zaccaria
FGN/UNIMEP

Prof. Dr. Thel Augusto Monteiro
FGN/UNIMEP

Prof. Dr. José Antonio Soares
Faculdades Integradas de Itapetininga
Fundação Karnig Bazarian

Prof. Dr. Edgard Monforte Merlo
FEA-RP/USP

Para a minha esposa e filhos, com amor.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela Sua generosidade.

À minha esposa e filhos pelo apoio incondicional.

Aos meus pais pelo interesse sempre demonstrado.

À Professora Doutora Nadia Kassouf Pizzinatto, que me orientou com sabedoria, comprometimento e compreensão.

Aos professores doutores Rosana Borges Zaccaria, Thel Augusto Monteiro, José Antonio Soares e Edgard Monforte Merlo, participantes da banca examinadora, que enriqueceram este trabalho com suas observações, correções e sugestões.

A todos os professores do Doutorado em Administração da UNIMEP pelo ensinamento transmitido.

Aos gestores dos hospitais que participaram da pesquisa de campo por viabilizarem este trabalho acadêmico mediante o compartilhamento de sua experiência.

Às funcionárias da Secretaria da Pós-graduação pela constante disposição em ajudar, atendendo-me de forma educada e eficiente.

Aos colegas de turma e de curso pela amizade e constante trocas de informações.

Ao Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP), campus Engenheiro Coelho, que patrocinou meus estudos.

A todos que de alguma forma ajudaram-me na realização deste trabalho acadêmico.

“Having a strategy suggests an ability to look up from the short term and the trivial to view the long term and the essential, to address causes rather than symptoms, to see woods rather than trees”. FREEDMAN, 2015, p. IX.

“Marketers should not fear change [...] or the power of their ideas”. LEVY; KOTLER, 1979, p. 237.

RESUMO

Este trabalho acadêmico identifica quais estratégias de *Marketing* de Serviços, seja no enfoque Transacional, seja no de Relacionamento, são aplicadas a serviços de saúde, no setor hospitalar, especificamente em hospitais privados. Além disso, investiga como elas são praticadas e recomenda a adoção de estratégias de *marketing* complementares, identificadas dentre os resultados da pesquisa aqui relatada como mais eficazes em função da competitividade no setor. A abordagem metodológica adotada é composta inicialmente por um Estudo Exploratório Qualitativo, no qual dados secundários são analisados a respeito da temática. Segue um Estudo Descritivo de Múltiplos Casos mediante entrevistas com gestores de cinco grandes hospitais da cidade de São Paulo, tomados por fonte de informação na categoria de pessoas experientes, por serem familiarizados com a gestão de *marketing* no que diz respeito às opções estratégicas de organizações desse ramo do setor de serviços. Estes hospitais foram escolhidos para serem investigados em função de suas características: localizados na cidade de São Paulo, filiados a ANAHP, privados, todos aqueles que fazem parte do PROADI/SUS, cuja finalidade econômica fosse com ou sem fins lucrativos, acreditados pela JCI, que atendessem ao especificado nalguma categoria de análise estabelecida a partir de Missão, Visão e Valores, cujo público-alvo não fosse específico para uma determinada especialidade médica, mas que sua área assistencial preponderante fosse compatível com a de um hospital geral. A pesquisa de campo identificou as estratégias de *Marketing* de Serviços, tanto Transacionais quanto Relacionais, empregadas por gestores do setor hospitalar, em 44 diferentes propostas. A intenção é que os resultados do estudo contribuam para o referencial teórico da área e para os gestores de *marketing*, bem como para a direção de hospitais privados.

Palavras-chave: Estratégias de *Marketing* de Serviços; Estratégias de *Marketing* Transacional e de Relacionamento; Setor de Serviços Hospitalares.

ABSTRACT

This academic work identifies which service marketing strategies, either in the Transactional or in the Relationship approaches, are applied to health services in the hospital sector, specifically in private hospitals. In addition, it investigates how they are practiced and recommends the adoption of complementary marketing strategies, identified as part of the research reported here as more effective given the competitiveness in the sector. The methodological approach adopted consists of a Qualitative Exploratory Study in which secondary data are analyzed on the subject. This is followed by a Descriptive Study of Multiple Cases conducted through interviews with managers of five large hospitals located in the city of São Paulo, considered sources of information in the category of experienced people, familiar with marketing management in what it concerns the strategic options available to this service sector. These hospitals were chosen to be studied because of their overall characteristics: located in the city of São Paulo, affiliated to ANAHP, private enterprises, a part of the PROADI/SUS, non or for-profit, accredited by JCI, that fulfilled any of the analysis categories established by their Mission, Vision and Values, whose target audience were not specific of a medical specialty, but that their overall care area was compatible with that of a general hospital. Field research identified service marketing strategies, either transactional or relationship oriented, employed by hospital sector managers, in 44 different proposals. The intention is that the results of the study may contribute to the theoretical reference of the area and to marketing managers, as well as to directors of private hospitals.

Keywords: Service Marketing Strategies; Transactional and Relationship Marketing Strategies; Hospital Services Sector.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Meta-mercado hospitalar brasileiro.....	26
Figura 2: <i>Framework</i> da pesquisa.....	99

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: HDI do ano de 2016 (dados de 2015) de países selecionados (escala de zero a um).....	21
Quadro 2: ONU: Multidimensional Poverty Index do Brasil para os anos de 2006, 2012, 2013 e 2014.....	22
Quadro 3: Principais problemas do Brasil em 2016.....	23
Quadro 4: Prioridades do Brasil para 2014, 2015, 2016 e 2017: percentual e posição na classificação.....	23
Quadro 5: Satisfação geral da população da cidade de São Paulo em áreas relacionadas à qualidade de vida no ano de 2016.....	24
Quadro 6: Conceitos variados de <i>marketing</i>	28
Quadro 7: Brasil: Número de leitos públicos e privados para internação em estabelecimentos de saúde (1976 a 2005).....	39
Quadro 8: Brasil e Estado de São Paulo: Médicos por mil habitantes no período 1990 a 2009.....	40
Quadro 9: Brasil, Estado de São Paulo e Município de São Paulo: população, percentual de crescimento do estado em relação ao país e do município em relação ao estado, no período de 1872 a 2010.....	40
Quadro 10: Brasil: total de leitos; Estado de São Paulo e Município de São Paulo: total de leitos, leitos públicos e privados; por mil habitantes, no período 1990 a 2009.....	41
Quadro 11: Hospitais em São Paulo, SP.....	43
Quadro 12: Hospitais privados em São Paulo, SP.....	43
Quadro 13: Hospitais da cidade de São Paulo apresentados nominalmente e categorizados em públicos, privados e filiados à ANAHP.....	44
Quadro 14: O papel do <i>marketing</i> na organização.....	46
Quadro 15: Principais diferenças entre <i>marketing</i> estratégico e gerenciamento do <i>marketing</i> (diferenças relativas, não fins opostos de uma continuidade).....	47
Quadro 16: Níveis de cuidado com a saúde.....	50
Quadro 17: Teste Estratégico de Comunicação para a Área de Saúde.....	61
Quadro 18: Estrutura e conteúdo do plano promocional.....	62
Quadro 19: Definições de <i>Marketing</i> de Relacionamento.....	71
Quadro 20: <i>Marketing</i> Transacional vs. <i>Marketing</i> de Relacionamento.....	73

Quadro 21: Fatores que contribuem para o cuidado centralizado no paciente.....	84
Quadro 22: Lista de verificação para escolha da melhoria que agrega valor – qual delas passa no teste?.....	89
Quadro 23: Princípios e estratégias de <i>Marketing</i> de Relacionamento (MR) aplicáveis ao setor de saúde hospitalar.....	92
Quadro 24: 18 Hospitais associados titulares da ANAHP em São Paulo, SP.....	102
Quadro 25: Página na <i>Internet</i> de cada um dos 18 hospitais associados titulares da ANAHP em São Paulo, SP.....	103
Quadro 26: Caracterização por finalidade econômica (sem ou com fins lucrativos) de cada um dos 18 hospitais associados titulares da ANAHP em São Paulo, SP.....	103
Quadro 27: Órgão(s) credenciador(es) por hospital associado titular da ANAHP em São Paulo, SP.....	105
Quadro 28: Missão de cada um dos 18 hospitais associados titulares da ANAHP em São Paulo, SP.....	106
Quadro 29: Visão de cada um dos 18 hospitais associados titulares da ANAHP em São Paulo, SP.....	107
Quadro 30: Valores de cada um dos 18 hospitais associados titulares da ANAHP em São Paulo, SP.....	108
Quadro 31: Categorias de análise oriundas da Missão, Visão e Valores identificadas nos 18 hospitais investigados.....	110
Quadro 32: Área assistencial preponderante dos 18 hospitais investigados.....	111
Quadro 33: Hospitais cujos gestores pretende-se entrevistar.....	111
Quadro 34: Pontos a investigar: estratégias de <i>marketing</i> praticadas pelo gestor hospitalar.....	112
Quadro 35: Roteiro de entrevista.....	115
Quadro 36: Estratégias de Marketing de Serviços (Marketing Transacional (MT) ou de Relacionamento (MR) ou de Serviços (MS)) praticadas pelo hospital em categorias variadas de interação com seus clientes.....	117
Quadro 37: Cargo e formação acadêmica dos entrevistados.....	119
Quadro 38: Estratégias utilizadas para melhorar o atendimento.....	120
Quadro 39: Estratégias utilizadas para facilitar o pagamento (por parte dos clientes).....	120
Quadro 40: Estratégias utilizadas para melhorar a imagem da marca.....	121
Quadro 41: Estratégias utilizadas para melhorar a estrutura física do hospital (espaço, decoração, pintura, limpeza, higienização, segurança do paciente).....	122

Quadro 42: Estratégias utilizadas para diferenciar o hospital dos concorrentes.....	122
Quadro 43: Estratégias utilizadas para adequar e atualizar as instalações e equipamentos.....	123
Quadro 44: Estratégias utilizadas para melhorar a capacitação dos colaboradores médicos.....	123
Quadro 45: Estratégias utilizadas para melhorar a capacitação dos colaboradores enfermeiros.....	124
Quadro 46: Estratégias utilizadas para melhorar a capacitação dos colaboradores administrativos.....	124
Quadro 47: Estratégias utilizadas para melhorar o comprometimento dos colaboradores com a satisfação dos clientes.....	125
Quadro 48: Estratégias utilizadas para conseguir novos clientes (conveniados ou não).....	126
Quadro 49: Estratégias utilizadas para verificar a satisfação dos clientes com os serviços prestados.....	126
Quadro 50: Estratégias utilizadas para identificar novos serviços necessários ao bom atendimento.....	127
Quadro 51: Estratégias utilizadas para facilitar o acesso ao hospital (do cliente)...	127
Quadro 52: Estratégias utilizadas para evitar a rotatividade do corpo clínico.....	128
Quadro 53: Estratégias utilizadas para evitar a rotatividade dos colaboradores da enfermagem.....	129
Quadro 54: Estratégias utilizadas para evitar a rotatividade dos colaboradores administrativos.....	130
Quadro 55: Estratégias utilizadas para avaliar e melhorar os processos dos serviços médicos adotados.....	130
Quadro 56: Estratégias utilizadas para avaliar e melhorar os processos dos serviços de enfermagem adotados.....	131
Quadro 57: Estratégias utilizadas para avaliar e melhorar os processos dos serviços administrativos adotados.....	131
Quadro 58: Estratégias utilizadas para buscar parcerias no sentido de melhorar atendimento, prospectar ou fidelizar clientes.....	132
Quadro 59: Estratégias utilizadas para efetivar outras decisões tomadas como gestor.....	133

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A. C. – Antônio Cândido

ABERJE – Associação Brasileira de Comunicação Empresarial

AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality

AMA – American Marketing Association

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BP – Hospital Beneficência Portuguesa

BRICS – Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul

B2B – Business-to-Business (duas ou mais empresas que fazem negócios como fornecedor e cliente)

CEO – Chief Executive Officer

CIM – Comunicação Integrada de *Marketing*

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNI – Confederação Nacional da Indústria

EAD – Ensino À Distância

ESPM – Escola Superior de Propaganda e Marketing

EUA – Estados Unidos da América

FEA – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade

FEHOESP – Federação dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo

FGV – Fundação Getúlio Vargas

HAOC – Hospital Alemão Oswaldo Cruz

HCOR – Hospital do Coração (Associação do Sanatório Sírio)

HDI – Human Development Index (IDH – Índice de Desenvolvimento Humano)

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBOPE – Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística

IBPT – Instituto Brasileiro de Planejamento e Tributação

IMS – Instituto de Medicina Social

IPH - Instituto de Pesquisas Hospitalares Arquiteto Jarbas Karman

IRBEM – Indicadores de Referência de Bem-Estar no Município

IUPERJ – Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro

JCI – Joint Commission International

MBA – Master in Business Administration

MPI - Multidimensional Poverty Index (Índice Multidimensional de Pobreza: percentual da população que é multidimensionalmente pobre ajustado pela intensidade das privações)

MR – *Marketing* de Relacionamento

MS – *Marketing* de Serviços

MT – *Marketing* Transacional

NE – Não encontrada ou Não encontrado(s)

NPS – Net Promoter Score

OMS – Organização Mundial de Saúde (WHO – World Health Organization)

ONA – Organização Nacional de Acreditação

ONU – Organização das Nações Unidas

PIB – Produto Interno Bruto

PLR – Participação nos Lucros e Resultados

PROADI/SUS – Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS

PWC – PricewaterhouseCoopers

Quatro Ps – Produto (Serviço), Preço, Praça (Ponto de Venda, Distribuição, Lugar), Promoção (Comunicação Integrada de *Marketing*)

SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente

Sete Ps - Produto (Serviço), Preço, Praça (Ponto de Venda, Distribuição, Lugar), Promoção (Comunicação Integrada de *Marketing*), Pessoas, Physical Evidence (Evidências Físicas), Processos

SHSMD – Society for Healthcare Strategy & Market

SUS – Sistema Único de Saúde

T & D – Treinamento e Desenvolvimento

TI – Tecnologia da Informação

Três Ps – Pessoas, Physical Evidence (Evidências Físicas), Processos

UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UNDP – United Nations Development Programme

USP – Universidade de São Paulo

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

WHO – World Health Organization (OMS – Organização Mundial de Saúde)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
1.1 Delimitação do Tema.....	19
1.2 Problemática de Investigação.....	29
1.3 Objetivos.....	29
1.3.1 Objetivo geral.....	29
1.3.2 Objetivos específicos.....	29
1.4 Justificativas: Originalidade, Ineditismo e Relevância.....	30
1.5 Estrutura do Trabalho.....	32
2 O SETOR DE SERVIÇOS HOSPITALARES E OS HOSPITAIS PRIVADOS.....	35
2.1 A Saúde no Mundo e no Brasil.....	35
2.2 O Setor de Serviços Hospitalares no Brasil, no Estado de São Paulo e no Município de São Paulo.....	37
2.3 Os Hospitais Privados no Município de São Paulo.....	42
3 ESTRATÉGIAS DE <i>MARKETING</i> EM SERVIÇOS DE SAÚDE: TIPOLOGIA E APLICAÇÕES.....	46
3.1 Estratégias de <i>Marketing</i>	46
3.2 Estratégias de <i>Marketing</i> Transacional: os Quatro Ps.....	48
3.3 Estratégias de <i>Marketing</i> de Serviços: Três Ps Adicionais.....	63
3.3.1 Fábrica de serviços.....	68
3.4 Estratégias de <i>Marketing</i> de Relacionamento.....	69

3.4.1 <i>Marketing</i> de Relacionamento no Brasil.....	69
3.4.2 Conceitos do <i>Marketing</i> de Relacionamento.....	71
3.4.3 <i>Marketing</i> de Relacionamento X <i>Marketing</i> Transacional.....	73
3.4.4 Princípios e estratégias do <i>Marketing</i> de Relacionamento: <i>Marketing</i> Interno, Prospecção, Parceria, Valor e Fidelização.....	77
3.5 Estratégias de <i>Marketing</i> para Organizações Hospitalares Com e Sem Fins Lucrativos.....	93
4 METODOLOGIA.....	96
4.1 Tipologia e <i>Framework</i> da Pesquisa.....	96
4.2 Pressupostos da Pesquisa.....	100
4.3 Universo do Estudo.....	101
4.4 Investigações Preliminares para Seleção da Amostra.....	103
4.5 Critérios de Seleção da Amostra.....	109
4.6 Instrumento de Coleta de Dados e Pré-teste da Pesquisa de Campo.....	112
4.7 Coleta de Dados.....	113
4.8 Análise e Interpretação dos Dados.....	116
5 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	119
6 ESTRATÉGIAS DE <i>MARKETING</i> PROPOSTAS PARA HOSPITAIS PRIVADOS.....	134
6.1 Estratégias de <i>Marketing</i> de Relacionamento Propostas para Hospitais Privados.....	134

6.2 Estratégias de <i>Marketing</i> Transacional Propostas para Hospitais Privados.....	136
6.2.1 Quanto a Produto.....	136
6.2.2 Quanto a Preço.....	137
6.2.3 Quanto à Praça.....	138
6.2.4 Quanto à Promoção.....	138
6.3 Estratégias de <i>Marketing</i> de Serviços Propostas para Hospitais Privados.....	139
6.3.1 Quanto a Pessoas.....	139
6.3.2 Quanto a Evidência Física (<i>Physical Evidence</i>).....	141
6.3.3 Quanto a Processos.....	141
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	143
7.1 Síntese dos Resultados.....	143
7.2 Contribuição desse Estudo para o <i>Marketing</i>.....	144
7.3 Limitações do Estudo.....	144
7.4 Sugestões para Pesquisas Futuras.....	145
REFERÊNCIAS.....	146
WEBGRAFIA.....	157
ANEXOS.....	162
APÊNDICES.....	171

1 INTRODUÇÃO

A gestão de *marketing* no setor de serviços apoia-se em estratégias que definem alternativas para atingir objetivos organizacionais.

A área da saúde, importante componente do setor de serviços, também não prescinde desta forma de administrar a oferta na busca de atender as expectativas de seus pacientes como público-alvo final e, necessariamente, dos demais *stakeholders* organizacionais, tais como o corpo clínico, os colaboradores e parceiros externos. Este trabalho investiga as estratégias de *marketing* quando voltadas a área da saúde, no ramo do setor hospitalar, em instituições privadas da cidade de São Paulo.

Tendo como alvo uma contextualização adequada do tema, este capítulo introduz a discussão dos desafios enfrentados por hospitais privados no estabelecimento de estratégias de *marketing*. Discorre-se aqui sobre a delimitação do tema, a problemática de investigação, os objetivos a serem alcançados, as justificativas para a sua realização, e a estrutura do trabalho como um todo.

1.1 Delimitação do Tema

Hospitais são complexos: sua composição ideal implica não somente em equipamentos de última geração ou acomodações agradáveis, mas também em recursos humanos adequadamente capacitados. Um hospital é um prestador de serviços por excelência, cujo principal lema é o de minimizar o sofrimento humano e salvar vidas. Isso concede características especiais a essa atividade econômica, tornando-a fundamentalmente heterogênea e essencial.

A natureza variada dos serviços hospitalares é oriunda de sua intrincada estrutura organizacional, profissionais que ali exercem sua atividade profissional com ampla autonomia de ação, interação entre vários agentes, grupos de interesse especiais e política interna, e vulnerabilidade ao meio ambiente externo (MEYER JR; PASCUCCI; MURPHY, 2012).

Definir um hospital, portanto, dada a sua amplitude e profundidade de significados, é um desafio. A World Health Organization (WHO) (WHO, 2017a) define hospitais como instituições de cuidado da saúde que possuem um corpo de funcionários de variadas formações profissionais, especialmente a médica; estrutura para atender pacientes internados; serviços de atendimento de urgência 24 horas por dia, sete dias por semana; serviços curativos e de diagnóstico.

Por outro lado, ao considerar o contexto nacional, o Ministério da Saúde caracteriza um hospital ao afirmar que ele

É parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente (BRASIL, 1977, p. 9).

Esta definição é a mais comumente utilizada pelo Ministério da Saúde e por estudiosos do setor para explicar um hospital. Outras definições providas pelo Ministério da Saúde são menos completas, apesar de não menos importantes, tais como aquela que define um hospital como

[...] um conjunto muito heterogêneo de estabelecimentos de saúde, unidades de diferentes portes, que podem oferecer uma variada gama de serviços e atividades e desempenhar funções muito distintas no âmbito da rede de atendimento à saúde. Entretanto, os estabelecimentos possuem uma característica em comum: a prestação de cuidados de saúde a pacientes internados em leitos hospitalares durante as 24 horas do dia (BRASIL, 2002, não paginado).

Ou aquela que define o hospital como um estabelecimento de saúde

[...] dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência e de ensino/pesquisa (BRASIL, 2006, p. 138).

Destacam-se nestas três definições do que é um hospital, os aspectos médico e social, a missão de proporcionar à população assistência médica curativa e preventiva, além de operar como um centro educacional.

A importância da preocupação com a saúde da população tem sido registrada em estudos desenvolvidos no Brasil e no exterior. Por exemplo, a Organização das Nações Unidas (ONU) em seu “Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas” disponibiliza “Relatórios de Desenvolvimento Humano”. Um deles é o “Índice de Desenvolvimento Humano” (*Human Development Index – HDI*) publicado anualmente. O último deles é o de 2016, baseado nos dados obtidos em 2015. O HDI pretende demonstrar que pessoas e suas capacidades deveriam ser o principal critério para avaliar o nível de desenvolvimento de um país e não somente variáveis econômicas. Esse relatório adota em sua avaliação, de maneira agregada na forma de um índice, três dimensões do desenvolvimento humano: uma vida longa e saudável (expectativa de vida), ter conhecimento (educação) e deter um padrão de vida decente (expresso pela Renda Nacional Bruta/Gross National Income *per capita*) (UNDP, 2017a).

Verifica-se no Quadro 1 o HDI de países selecionados:

Quadro 1: HDI do ano de 2016 (dados de 2015) de países selecionados (escala de zero a um)

PAÍS	HDI	CLASSIFICAÇÃO MUNDIAL
Noruega	0,949	1
Chile	0,848	38
Argentina	0,827	45
Rússia	0,804	49
Uruguai	0,795	54
Brasil	0,754	79
Granada	0,754	79
China	0,738	90
Paraguai	0,693	110
África do Sul	0,666	119
Índia	0,624	131
República Central Africana	0,352	188

Fonte: Adaptado de UNDP, 2017b.

O HDI de 2016 classifica o Brasil na posição 79, com uma nota de 0,754 (numa escala de zero a um), empatado com Granada. A primeira posição do relatório é ocupada pela Noruega (HDI igual a 0,949) e a última (188ª) pela República Central Africana (HDI igual a 0,352). Os países do Mercosul, além do Brasil, estão classificados em 45º lugar, Argentina, com HDI igual a 0,827; em 54º lugar, Uruguai, com HDI igual a 0,795; e em 110º lugar, Paraguai, com HDI igual a 0,693. Dos

países latino-americanos o Chile é o melhor classificado ocupando a posição de número 38, com HDI igual a 0,848. Quanto aos países que compõe o BRICS, além do Brasil, encontra-se a Rússia na 49ª posição e com HDI igual a 0,804; a Índia na 131ª posição e HDI igual a 0,624; a China na 90ª posição e HDI igual a 0,738; e a África do Sul na 119ª posição e HDI igual a 0,666 (UNDP, 2017b).

Entre vários dados relevantes constantes nesse relatório da ONU, destaca-se o “MPI - Multidimensional Poverty Index”. Nele podem se verificar as mudanças ocorridas, no que tange à pobreza do país, em um determinado período de tempo, conforme Quadro 2.

Quadro 2: ONU: Multidimensional Poverty Index do Brasil para os anos de 2006, 2012, 2013 e 2014

País	Índice Multidimensional de Pobreza (MPI)		População em pobreza multidimensional			População próxima ao estado de pobreza multidimensional (%)	População em estado severo de pobreza multidimensional (%)	Contribuição do estado de privação para a pobreza em geral (% do MPI atribuído a privações)		
	Ano	Índice	Pessoas (%)	Pessoas (milhares)	Intensidade de privação (%)			Educação	Saúde	Padrões de vida
Brasil	2014	0,010	2,4	4.994,00	40,0	6,7	0,3	24,9	45,1	30,1
Brasil	2013	0,011	2,9	5.850,00	40,2	7,2	0,4	27,6	40,7	31,7
Brasil	2012	0,012	3,1	6.197,40	40,8	7,4	0,5	27,7	38,4	33,9
Brasil	2006	0,017	4,0	7.681,2	41,4	11,2	0,7	41,4	20,4	38,2

Fonte: Adaptado de UNDP, 2017c.

O caso brasileiro chama a atenção pela sua peculiaridade: apesar de deter avaliação auspiciosa, dada a redução progressiva de sete dos oito itens avaliados no período de 2006 a 2014, o índice “contribuição do estado de privação para a pobreza em geral”, em saúde, mais do que dobrou. Em outras palavras, em um período de nove anos o Brasil permitiu que a privação do acesso à saúde por parte de sua população fosse cada vez pior: de 20,4% da população que não tinham acesso adequado a recursos de saúde em 2006, para 45,1% em 2014 (UNDP, 2017c).

O IBOPE (Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística) (IBOPE, 2017a) realizou a pesquisa “Retratos da Sociedade Brasileira – Problemas e Prioridades”, em dezembro de 2016, junto a uma amostra da população, para a CNI (Confederação Nacional da Indústria), com o objetivo de detectar os principais problemas do país em 2016 e os temas que deveriam ser prioridade para 2017.

O Quadro 3 detalha os principais problemas do Brasil no ano de 2016, identificados por esta pesquisa.

Quadro 3: Principais problemas do Brasil em 2016

PROBLEMA	PERCENTUAL
Desemprego	43
Corrupção	32
Saúde	32
Segurança pública/Violência	19
Salários baixos	10
Drogas	8
Qualidade da educação	6
Juros elevados	6
Seca/Falta de água	6
Pobreza/Fome/Miséria	5

Fonte: Adaptado de IBOPE, 2017a, p. 1. Percentual de citações como um dos dois principais problemas.

Ratifica-se, portanto, que quanto aos principais problemas brasileiros de 2016, Saúde ficou em segundo lugar, empatada com Corrupção, com o percentual de 32% e Desemprego ocupou o primeiro lugar com 43% das escolhas. As demais categorias citadas pelos entrevistados obtiveram percentuais menos marcantes, tais como Segurança Pública/Violência, classificada em quarto lugar com 19 pontos.

Quanto aos temas que a população entendia ser prioridade para o ano de 2017, bem como para 2014, 2015 e 2016, ficaram assim classificados, conforme o Quadro 4.

Quadro 4: Prioridades do Brasil para 2014, 2015, 2016 e 2017: percentual e posição na classificação

PRIORIDADES	2014		2015		2016		2017	
	%	Posição	%	Posição	%	Posição	%	Posição
Melhorar os serviços de saúde	49	1	51	1	36	1	38	1
Promover a geração de empregos	18	7	14	9	26	3	32	2
Controlar a inflação	14	9	29	2	31	2	28	3
Aumentar o salário mínimo	23	4	28	4	21	8	26	4
Reduzir os impostos	17	8	18	8	22	6	25	5
Combater a corrupção	20	6	24	5	26	3	23	6
Melhorar a qualidade da educação	28	3	24	5	23	5	22	7
Combater a violência e a criminalidade	31	2	29	2	22	6	20	8
Reduzir os gastos públicos	14	9	11	10	15	9	17	9
Ampliar os programas de combate à pobreza	9	11	10	11	10	12	9	10
Aumentar o combate às drogas	23	4	20	7	15	9	8	11

Fonte: Adaptado de IBOPE, 2017a, p. 2. Percentual de citações entre as três principais prioridades.

Como pode verificar-se, “Melhorar os serviços de saúde” repete-se na primeira posição da classificação das prioridades da população brasileira para o ano vindouro desde 2013, o que não acontece com nenhuma outra categoria no mesmo período de tempo de análise. Duas categorias repetem-se por três vezes, apesar de que em prioridades significativamente diferentes: “aumentar o salário mínimo”, na posição quatro; e “reduzir os gastos públicos”, na posição nove.

No âmbito municipal, a cidade de São Paulo como primeira cidade brasileira em riqueza e população, é avaliada anualmente desde 2008 por uma parceria entre o IBOPE e a Rede Nossa São Paulo. Essa pesquisa recebe o nome de IRBEM, ou Indicadores de Referência de Bem-Estar no Município. A edição realizada entre 8 de dezembro de 2016 e 4 de janeiro de 2017, por alterar as “áreas investigadas” e o “indicador geral”, não permite comparações diretas com edições anteriores (IBOPE, 2017b, p. 53). Por isso, é apresentada no Quadro 5 uma visão dessa pesquisa somente do ano de 2016.

Quadro 5: Satisfação geral da população da cidade de São Paulo em áreas relacionadas à qualidade de vida no ano de 2016

ÁREA	ÍNDICE	CLASSIFICAÇÃO
Cultura	4,4	1
Esporte	4,3	2
Tecnologia da informação	4,1	3
Aparência e estética	3,9	4
Juventude	3,9	5
Saúde	3,7	6
Meio ambiente	3,6	7
Infância e adolescência	3,6	8
Educação	3,5	9
Terceira idade	3,5	10
Segurança	3,5	11
Acessibilidade (para pessoas com deficiência)	3,5	12
Habitação	3,4	13
Transporte/trânsito (mobilidade)	3,3	14
Assistência social	3,1	15
Desigualdade social	3,0	16
Transparência e participação política	2,7	17

Fonte: Adaptado de IBOPE, 2017b, p. 10. Satisfação média com as áreas (notas variam de 1/Totalmente Insatisfeito a 10/Totalmente Satisfeito).

No que tange à satisfação geral dos entrevistados, numa escala de zero a dez, “saúde” recebeu nota 3,7 ocupando a sexta colocação entre 17 áreas avaliadas. As posições anteriores foram ocupadas por “cultura” (4,4), “esporte” (4,3), “tecnologia da informação” (4,1), “aparência e estética da cidade” (3,9) e “juventude” (atenção aos jovens) (3,9).

Também, nessa mesma pesquisa, especificamente no item “saúde”, as categorias “proximidade de hospital” e “tempo médio entre a marcação e a realização de procedimentos mais complexos”, atividades presumidamente hospitalares, receberam notas 4,3 e 2,5, respectivamente (IBOPE, 2017b, p. 16).

Dos 71 aspectos avaliados por essa pesquisa, nenhum obteve nota acima da média (5,5), nenhum foi identificado na média (5,5) e 71 deles (100%) foram qualificados como encontrando-se abaixo da média (5,5) (p. 28). Contudo, ao questionar-se a população quanto ao grau de importância na qualidade de vida de cada um dos fatores tratados pela pesquisa, educação e saúde empataram em primeiro lugar com média 7,9 (p. 31). O relatório da pesquisa encerra-se sugerindo ações nas áreas qualificadas pelos entrevistados como tendo “alto grau de importância”, onde “saúde” é a primeira citada (p. 61) (IBOPE, 2017b).

De acordo com La Forgia e Couttolenc (2009), o setor hospitalar brasileiro é composto por mais de 7.400 hospitais e 471.000 leitos, responde por aproximadamente 70% do gasto público com saúde e divide-se em três caracterizações principais:

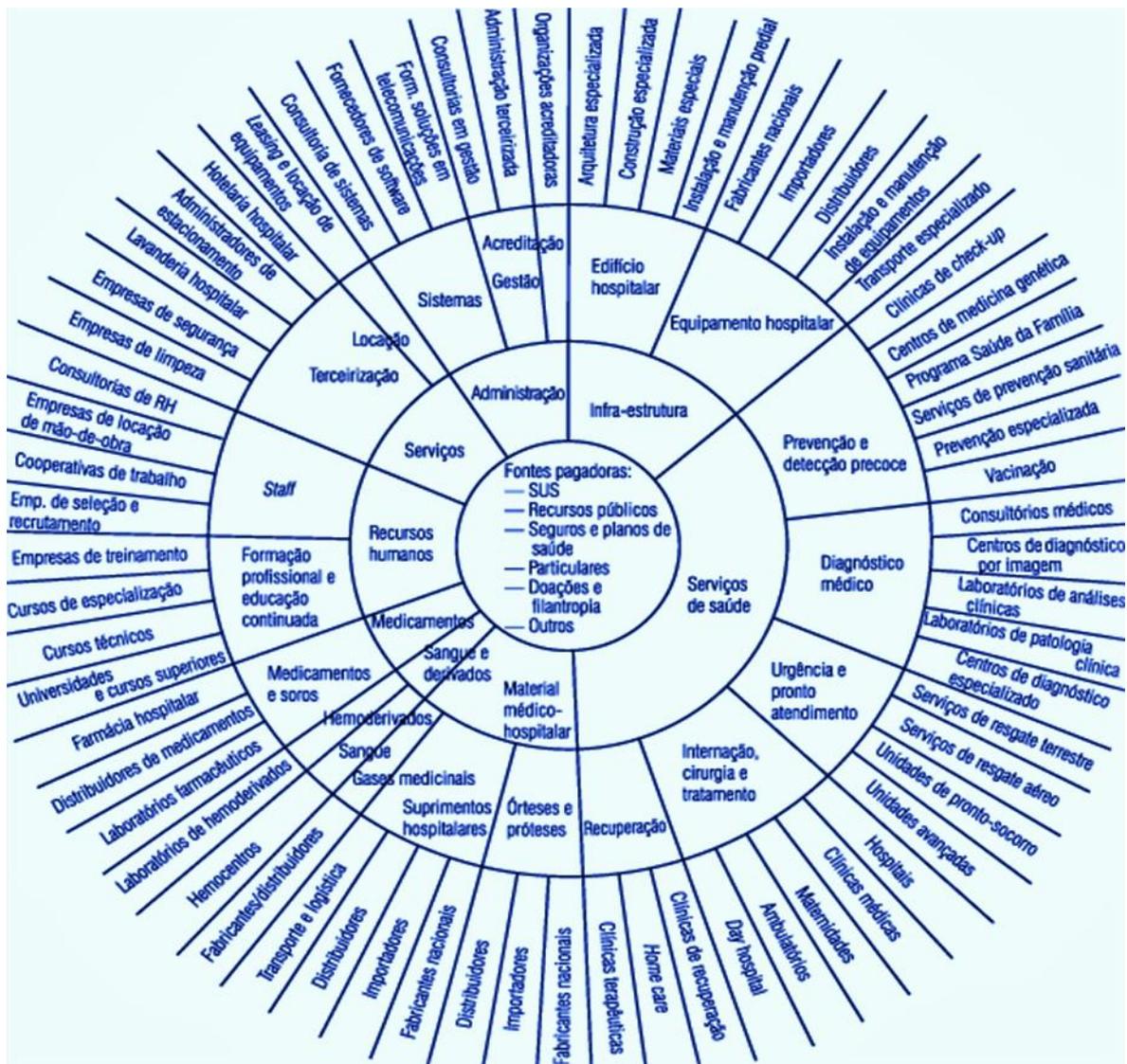
- a) hospitais públicos gerenciados a nível federal, estadual e municipal;
- b) hospitais privados contratados ou conveniados pelo Sistema Único de Saúde (SUS); e
- c) hospitais particulares com fins lucrativos, bem como alguns filantrópicos, que não são financiados pelo SUS.

Essas três subdivisões do setor hospitalar brasileiro demonstram que apesar da saúde ser um serviço público e um direito do cidadão, à luz da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) e da Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990), sua oferta é livre à gestão da iniciativa privada. Portanto, os hospitais privados podem participar de maneira complementar do SUS, desde que sigam suas diretrizes, mediante contrato público ou convênio, sendo dada preferência às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos (RUSSO, 2017). Esta ordem de prioridade, segundo Carvalho (2013, p. 17), é expressa na seguinte sequência: hospital público estatal, universitário público, universitário filantrópico, filantrópico, privado lucrativo. Como explicam Sousa e

Batista (2012, não paginado), “o Brasil, através do SUS, possui hoje o maior conjunto de procedimentos executados em hospital pagos por um único financiador”.

Skrabe (2003), ao analisar hospitais brasileiros, demonstrou a complexidade da atividade de prestação de serviços hospitalares, em função da ampla variedade de públicos diferentes envolvidos, como pode ser visualizado na Figura 1.

Figura 1: Meta-mercado hospitalar brasileiro



Fonte: SKRABE, 2003, não paginado.

Apesar do detalhamento dessa descrição da atividade hospitalar, verifica-se que ela ainda não inclui atividades essenciais, bem como complexas, como finanças, *marketing* e qualidade. Contudo, a área da saúde, e especificamente o ramo hospitalar, por caracterizar-se como um dos segmentos mais dinâmicos da

economia, rejuvenesce-se constantemente em função de sua intrínseca volatilidade: presença cada vez mais intensa de prestadores de serviços externos; importantes atualizações no modelo de gestão; demandas relativas à infraestrutura, tecnologia, equipamentos, suprimentos e medicamentos; rede de atendimento, público atendido e serviços prestados; financiamento de origem pública e privada; perfil técnico e quantidade de profissionais envolvidos. Essa versatilidade torna a atividade hospitalar merecedora de atenção e estudo constantes.

Uma área constantemente em emergência no ambiente hospitalar é a de *marketing*, conceituado pela American Marketing Association - AMA (AMA, 2017a), como sendo “[...] a atividade, conjunto de instituições e de processos usados para criar, comunicar, entregar e trocar ofertas que tenham valor para consumidores, clientes, parceiros e a sociedade como um todo”.

Além disso, *marketing* é definido pelo menos de outras três maneiras: *Marketing* Transacional, *Marketing* de Serviços e *Marketing* de Relacionamento.

Marketing Transacional trata dos quatro Ps (Produto, Preço, Praça e Promoção) sendo caracterizado por orientação para vendas únicas, descontinuidade do contato com o cliente, enfoque nas características do produto, preocupação com a satisfação do cliente no curto prazo, pouca ênfase no atendimento ao cliente, baixo comprometimento em satisfazer as expectativas do cliente e visão da qualidade como sendo preocupação do pessoal da produção (MCDONALD *et al*, 2001).

O *Marketing* de Serviços adota os quatro Ps e acrescenta a eles três outros: pessoas, *physical evidence* (evidência física) e processos. Os sete Ps do *Marketing* de Serviços, segundo Lovelock e Wirtz (2006, p. 19), “[...] representam um conjunto de variáveis de decisão inter-relacionadas com que se defrontam os gerentes de organizações de serviços”.

O *Marketing* de Relacionamento, conforme a definição proposta por Gummesson (2010, p. 22), “[...] é a interação das redes de relacionamento”.

Já Kotler e Keller (2012, p. 3) procuraram sintetizar essas várias definições em sua proposição aplicada de que o *marketing* é a “[...] arte e a ciência de selecionar mercados-alvo e captar, manter e fidelizar clientes por meio da criação, entrega e comunicação de um valor superior para o cliente”.

Por outro lado, a qualificação do termo *marketing* relacionando-o a área hospitalar, inexistente no dicionário da AMA (AMA, 2017b). Várias são as tentativas de defini-lo, mas entre elas destaca-se a de Borba (1988, p. 97), ainda relevante hoje, 30 anos após sua proposição original:

Marketing em suma é a administração hospitalar através da ótica do paciente. Deste modo, nova concepção deve partir das necessidades do paciente, o hospital, os serviços, os recursos e as equipes médicas e disciplinares e mesmo todo o pessoal do hospital devem ser voltados para a satisfação desse mercado. Em última análise, devem atender aos pacientes e serem organizados em favor do doente e nunca contra ele.

De forma resumida, essas várias definições podem ser expressas conjuntamente no Quadro 6:

Quadro 6: Conceitos variados de *marketing*

CONCEITOS VARIADOS DE <i>MARKETING</i>	DEFINIÇÃO	FONTE BIBLIOGRÁFICA
<i>Marketing</i>	“[...] a atividade, conjunto de instituições e de processos usados para criar, comunicar, entregar e trocar ofertas que tenham valor para consumidores, clientes, parceiros e a sociedade como um todo”.	AMA (2017a)
<i>Marketing Transacional</i>	Os quatro Ps (produto, preço, praça e promoção): orientação para vendas únicas, descontinuidade do contato com o cliente, enfoque nas características do produto, preocupação com a satisfação do cliente no curto prazo, pouca ênfase no atendimento ao cliente, baixo comprometimento em satisfazer as expectativas do cliente e visão da qualidade como sendo preocupação do pessoal da produção.	McDonald <i>et al</i> (2001)
<i>Marketing de Serviços</i>	Adota os quatro Ps do <i>Marketing</i> Transacional e acrescenta a eles três outros: pessoas, <i>physical evidence</i> (evidência física) e processos.	Lovelock e Wirtz (2006, p. 19)
<i>Marketing de Relacionamento</i>	“[...] é a interação das redes de relacionamento”.	Gummeson (2010, p. 22)
<i>Marketing aplicado</i>	A “[...] arte e a ciência de selecionar mercados-alvo e captar, manter e fidelizar clientes por meio da criação, entrega e comunicação de um valor superior para o cliente”.	Kotler e Keller (2012, p. 3)
<i>Marketing na área hospitalar</i>	“[...] é a administração hospitalar através da ótica do paciente. [...] os serviços, os recursos e as equipes [...] e mesmo todo o pessoal [...] devem ser voltados para a satisfação desse mercado. [...] devem atender aos pacientes e serem organizados em favor do doente e nunca contra”.	Borba (1988, p. 97)

Fonte: Conforme expressa na coluna “Fonte Bibliográfica” deste Quadro.

Kuazaqui (2015b, p. 135), ao comentar a necessidade da adoção por parte dos hospitais de estratégias de *marketing*, afirma que “[...] o segmento de saúde necessita de estratégias muito bem definidas e solidificadas de acordo com os objetivos e as características inerentes à saúde”. Esta especificação contribui para que o administrador hospitalar tenha um foco gerencial adequadamente definido.

Assim, este estudo pretende investigar estratégias de *marketing* utilizadas por organizações de serviços de saúde – hospitais privados - localizados na cidade de São Paulo, a partir da perspectiva dos gestores dos hospitais.

1.2 Problemática de Investigação

Em função da análise inicial da temática e o aprofundamento adicional a ser apresentado, ambos motivados pela investigação avançada dos temas sob estudo, propõe-se a seguinte problemática de investigação:

Quais são as estratégias de *Marketing* de Serviços, sejam as Transacionais, sejam as de Relacionamento, adotadas por gestores de hospitais privados da cidade de São Paulo?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Avaliar pontos convergentes e divergentes nas estratégias de *Marketing* de Serviços (Transacionais ou de Relacionamento) adotadas por gestores de instituições hospitalares privadas na prestação de serviços de saúde na cidade de São Paulo.

1.3.2 Objetivos específicos

a) identificar as características gerais do setor de serviços hospitalares prestados no município de São Paulo;

- b) revisar as estratégias de *Marketing* Transacional e de Relacionamento em serviços de saúde propostas na literatura de *marketing*;
- c) levantar as estratégias de *Marketing* Transacional e as de Relacionamento praticadas pelos gestores de hospitais da cidade de São Paulo;
- d) identificar como as estratégias de *Marketing* Transacional e as de Relacionamento são aplicadas pelos gestores do setor hospitalar;
- e) analisar e propor estratégias de *Marketing* Transacional e as de Relacionamento passíveis de serem praticadas por serviços de saúde, especificamente pelos gestores dos hospitais privados.

1.4 Justificativas: Originalidade, Ineditismo e Relevância

Quanto à originalidade, esta tese investiga as estratégias de *marketing* adotadas por hospitais privados. Ao considerar-se a amplitude das áreas sociais e econômicas cobertas (saúde e *marketing*), bem como a importância do tema para o estudo das ciências (antropologia, sociologia, economia, saúde/medicina); e a contribuição para a solução de problemas de *marketing* no ambiente hospitalar; infere-se que esse estudo possa ser abalizado como uma pesquisa original.

Destaca-se aqui o ineditismo da proposição dessa tese, pois a discussão simultânea dos temas “área da saúde”, “setor de serviços hospitalares”, “hospitais privados”, “*marketing*”, “estratégias de *marketing*”, “*Marketing* de Serviços”, “*Marketing* Transacional”, “*Marketing* de Relacionamento” e no contexto específico do município de São Paulo, realiza-se pela primeira vez, já que referências análogas a um estudo empírico como este não foram identificadas na literatura.

O pesquisador, por ter atuado como diretor de hospital privado e executivo de empresa privada proprietária de hospitais, intencionalmente relaciona parte da sua história de vida profissional com aquela do segmento de pesquisa elencado. Além do mais, sua formação acadêmica inclui um MBA cursado nos EUA com ênfase nas áreas de *marketing* e hospitalar, bem como uma especialização em Administração

Hospitalar cursada no Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Também atuou como consultor de empresas estrangeiras interessadas em investir no Brasil na área hospitalar. Portanto, a seleção do tema justifica-se por fazer parte de um conhecimento amplo de seu *locus* (objeto do estudo) e, por isso, fundamenta o saber que será obtido ao investigar-se tal segmento de estudos.

Quanto à relevância, considera-se que os hospitais privados da cidade de São Paulo, principal aglomerado de pessoas no país, detêm significativa importância no sistema de saúde local e, conseqüentemente, no nacional, constituindo-se em polo de atração natural no que concerne à área da saúde. Portanto, analisar seu *modus operandi*, bem como compreender seu desempenho, é útil aos ambientes acadêmico, hospitalar, profissional, público e privado. Lições podem ser retiradas desse estudo como propostas de estratégias de *marketing* a serem implementadas em unidades hospitalares, com redução de custos e aumento de eficácia, solidificando a viabilidade da instituição, bem como a disponibilidade de serviços ao usuário.

Este trabalho acadêmico tem como intenção primária estimular a análise acadêmica da gestão de uma área complexa da economia brasileira: a de prestação de serviços hospitalares. Isso foi feito do ponto de vista de *marketing* com o intuito de identificar problemas que ao serem solucionados pela iniciativa privada contribuam para melhorar a qualidade de vida da população da cidade de São Paulo por ela atendida.

É pretensão, portanto, que esse estudo da área da saúde, contribua para uma melhor compreensão do que o conceito de estratégias de *marketing* significa, especificamente quando aplicado à realidade hospitalar e quando esta atividade é exercida por instituições hospitalares privadas.

1.5 Estrutura do Trabalho

Com a finalidade de alcançar os objetivos propostos por este trabalho acadêmico, seus elementos textuais foram divididos como segue: no capítulo um, “Introdução”, apresentam-se a delimitação do tema; a problemática de investigação; os objetivos, geral e específicos; as justificativas, mediante a análise de sua originalidade, ineditismo e relevância; e a estrutura e organização do trabalho como um todo. A finalidade desse capítulo é a de prover uma visão ampla dos diversos componentes da tese.

Os capítulos dois e três constituem o quadro teórico que fundamenta a investigação. O capítulo dois tem como título “O setor de serviços hospitalares e os hospitais privados” e o capítulo três intitula-se “Estratégias de *marketing* em serviços de saúde: tipologia e aplicações”. Ambos revisam a literatura pertinente, contextualizando-a com a pesquisa de campo no intuito de prover-lhe respaldo teórico consistente com o seu planejamento e análise dos resultados.

No capítulo dois, “O setor de serviços hospitalares e os hospitais privados”, faz-se uma breve discussão da saúde no contexto mundial e brasileiro atuais, bem como do setor de serviços hospitalares no Brasil, no Estado de São Paulo e no Município de São Paulo. Além de relacionar os temas “saúde no mundo” e “setor de serviços hospitalares no Brasil, no Estado de São Paulo e no Município de São Paulo” com “hospitais privados” localizados na cidade de São Paulo.

Já o capítulo três, “Estratégias de *marketing* em serviços de saúde: tipologia e aplicações”, apresenta uma revisão da literatura sobre estratégias de *marketing*, conforme sua aplicação em hospitais privados. Isto foi realizado examinando-se a temática pertinente às estratégias do composto de *marketing* (*Marketing* Transacional), do *Marketing* de Serviços, e do *Marketing* de Relacionamento, como elas correlacionam-se entre si e com o setor de serviços de saúde, especificamente o hospitalar, assim como são utilizadas por organizações hospitalares com e sem fins lucrativos.

A investigação empírica é composta pelos capítulos “Metodologia” e “Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados”. Neles discorre-se sobre como a pesquisa de

campo foi organizada, executada e analisada. Desta forma, no capítulo quatro, “Metodologia”, apresenta-se a tipologia e o *framework* da pesquisa, seus pressupostos, o universo do estudo, as investigações preliminares para a seleção da amostra, os critérios de seleção da amostra empregados, o instrumento de coleta de dados e o pré-teste da pesquisa de campo, os procedimentos usados para se realizar a coleta de dados, bem como a forma adotada para analisar-se e interpretar os dados da pesquisa. No capítulo cinco, “Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados”, procedeu-se à apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos em campo, mediante o estudo dos hospitais-alvo dessa pesquisa.

No capítulo seis, apresentaram-se propostas de estratégias de *marketing* – de Relacionamento, Transacional e de Serviços - a serem adotadas por hospitais privados na busca de seus objetivos organizacionais.

O sétimo capítulo, “Considerações Finais”, apresenta uma síntese dos resultados, a contribuição desse estudo para o *marketing*, as limitações do estudo e sugestões para pesquisas futuras.

Em sequência, relacionam-se as referências bibliográficas apresentadas no trabalho; um anexo citado no texto; e os apêndices que contém a carta de apresentação do investigador, o conteúdo de três pesquisas que serviram de teste da pesquisa de campo e as pesquisas realizadas junto aos gestores de hospitais elencados para tal.

Portanto, este trabalho acadêmico analisa a adoção de estratégias em três perspectivas diferenciadas de *marketing* no contexto hospitalar. Em primeiro lugar, analisará estratégias voltadas ao composto de *marketing*, direcionando-as a decisões sobre os quatro Ps de McCarthy (1960): Produto, Preço, Praça e Promoção. Esse enfoque, que adequa pontos específicos da gestão de *marketing* com vistas a realizar transações, recebeu o epíteto de *Marketing* Transacional (MT). Já, em segundo lugar, mudanças na sociedade e no cenário mercadológico em que atuam as organizações, como aquelas que têm serviços como sua oferta básica ao mercado, levaram ao desenvolvimento da proposta de *Marketing* de Serviços (MS) que, em suma, consiste no acréscimo de três Ps (Pessoas, Evidência Física - *Physical Evidence* - e Processos) aos quatro já existentes. E em terceiro lugar, nessa ótica de constante evolução, *marketing* assume o ângulo de que as decisões mercadológicas são efetivadas de forma mais eficaz se direcionadas à construção

de relacionamentos no longo prazo com todos os *stakeholders* organizacionais, mediante a prática do *Marketing* interno, Prospecção, Parceria, Valor e Fidelização. Surge, então, o *Marketing* de Relacionamento (MR) (MCCARTHY, 1960; KOTLER; HAYES; BLOOM, 2002; GUMMESSON, 2010; LOVELOCK; WIRTZ; HEMZO, 2011).

2 O SETOR DE SERVIÇOS HOSPITALARES E OS HOSPITAIS PRIVADOS

Neste capítulo procura-se analisar o setor de serviços hospitalares e os hospitais privados a partir de uma visão sintética da atividade de prestação de serviços, mediante uma exploração panorâmica da realidade brasileira.

2.1 A Saúde no Mundo e no Brasil

De acordo com o Human Development Report (UNDP, 2016), desenvolvimento humano envolve disponibilizar determinadas capacidades e oportunidades para todas as pessoas. São elas: boa saúde, acesso ao conhecimento, direitos humanos, segurança humana, padrão de vida decente, ausência de discriminação, dignidade e autodeterminação.

Em termos mundiais, cada dólar gasto na educação pré-escolar gera de seis a 17 dólares de benefícios públicos na forma de uma força de trabalho mais produtiva que detém mais saúde (UNDP, 2016).

A saúde tem melhorado em todo o mundo, de forma geral. A principal prova disto é que as pessoas têm vivido mais. A expectativa de vida no nascimento, a nível global, foi quatro anos maior em 2015 do que em 2000 (UNDP, 2016).

Uma força de trabalho saudável é vital para a competitividade e a produtividade de um país, já que trabalhadores doentes não poderão trabalhar e, assim, a produtividade nacional média será baixa. A má saúde causa custos significativos para as empresas, pois os trabalhadores doentes estarão frequentemente ausentes ou operando em níveis mais baixos de eficiência. O investimento na prestação de serviços de saúde é, portanto, fundamental para as considerações econômicas e morais de uma sociedade (BATSON; MERSON; DZAU, 2017).

O acesso aos cuidados de saúde e à capacidade de promover uma vida saudável são fundamentalmente importantes tanto para países desenvolvidos como para países em desenvolvimento, pois está bem estabelecido que a boa saúde e o crescimento econômico andam de mãos dadas (SOTOMAYOR, 2017).

Contudo, qual é a qualidade de vida adicional que o aumento da expectativa de vida deve trazer? Estes anos adicionados à expectativa de vida são anos de expectativa saudável de vida ou anos de doença? A análise de 188 países nos anos de 1990, 2005 e 2013, feita pela WHO, indica que houve aumentos na expectativa de vida saudável, mas que eles não foram tão marcantes quanto o aumento da expectativa de vida como um todo. Em outras palavras, as pessoas estão vivendo mais, mas também sofrendo mais por causa de doenças (UNDP, 2016).

Porém, afirmam Batson, Merson e Dzau (2017), inovações na tecnologia e no financiamento da saúde global podem tornar os cuidados de saúde mais baratos, acessíveis e eficazes para todas as pessoas e acelerar o ritmo no qual as intervenções que salvam vidas atinjam os necessitados.

Por outro lado, alerta a WHO (2017c), apesar das melhorias que ocorreram nas últimas décadas, o desenvolvimento de novos produtos inovadores permanece distante das necessidades de saúde daqueles que vivem em países em desenvolvimento.

O acesso universal à saúde é uma importante proposta, ratifica a UNDP (2016). Todavia, universalismo do ponto de vista prático é outra realidade. Por exemplo, um país pode estar comprometido com o cuidado universal da saúde, mas dificuldades geográficas podem prejudicá-lo em criar centros para o cuidado da saúde que sejam acessíveis a todas as localidades.

Hoje 151 governos publicam *online* informação sobre a saúde (UNDP, 2016), mas isto não significa necessariamente que as suas políticas de saúde estão sendo atualizadas ou que o setor de serviços hospitalares, especificamente os hospitais privados, o esteja.

Pergunta, conseqüentemente, Mendonça (2014, p. 788), “que saúde nós queremos?”.

No Brasil há certa dificuldade em identificar dados pertinentes ao setor de serviços de saúde, já que o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) não os qualifica como parte do setor de serviços (Estatísticas/Econômicas/Serviço), mas sim como estatísticas sociais de saúde (Estatísticas/Sociais/Saúde) (IBGE, 2017). Tal confusão de termos intensifica-se quando outros órgãos governamentais tratam, de forma diferente à definição do IBGE, as “estatísticas sociais de saúde” como “estatísticas econômicas de serviço” (MELO *et al*, 1998).

Em 2011, o governo do Brasil e a OMS (Organização Mundial de Saúde) convocaram uma importante reunião de chefes de governo, ministros e representantes do governo, que emitiu a Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde (Rio Political Declaration on Social Determinants of Health). Isso incluiu uma cláusula específica reafirmando que as iniquidades na saúde dentro e entre os países são política, social e economicamente inaceitáveis, além de injustas e potencialmente evitáveis, e que a promoção da equidade em saúde é essencial para o desenvolvimento sustentável e para uma melhor qualidade de vida e bem-estar para todos, o que, por sua vez, contribuirá para a obtenção da paz e segurança (WHO, 2017b).

A seguir são analisados de forma sequencial os temas referentes ao setor de serviços hospitalares e aos hospitais privados.

2.2 O Setor de Serviços Hospitalares no Brasil, no Estado de São Paulo e no Município de São Paulo

A Constituição Brasileira de 1988 apregoa no Título VIII (Da Ordem Social), Capítulo II (Da Seguridade Social), Seção II (Da Saúde), Artigo 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado [...]” (BRASIL, 1988).

Sistemas de saúde são estruturas sociais que objetivam prover meios para que os indivíduos obtenham assistência em caso de adoecerem. O sistema de saúde brasileiro é formado por dois subsistemas: um patrocinado pelo governo, o SUS, de origem centralizada, mas com aplicação descentralizada; e o outro tendo origem na

iniciativa privada (Assistência Suplementar à Saúde). Ambos os subsistemas têm como estruturas assistenciais redes de serviços (hospitais, pronto socorro, ambulatórios, laboratórios, etc) e pessoal de saúde (profissionais gerais e técnicos especializados na área) (BRAGA; SILVA, 2001; NEGRI, 2002; SOUZA, 2002; BAHIA, 2012; ELIAS; DOURADO, 2015; SANTOS, 2016).

De acordo com a OMS, não há nenhum país no mundo que tenha conseguido criar um sistema de saúde dando 100% de atenção para 100% da população e custeando a totalidade. Isso é muito difícil, porque nos últimos 50 anos em função dos avanços tecnológicos e com o aumento da longevidade da população, os investimentos na saúde tornaram-se cada vez maiores. O Brasil hoje investe em saúde cerca de 9% do seu PIB, somando os sistemas público e privado. A saúde privada responde por aproximadamente 55% desse total. Os outros 45% são investidos pelo Ministério da Saúde para cuidar de todos os brasileiros. Se só existisse o sistema público, haveria uma dificuldade de custeio significativa. Portanto, mesmo num país com as dimensões continentais que o Brasil possui, não é possível produzir e gerar riqueza suficiente para dar um sistema de saúde adequado a toda a população só com base em recursos públicos. E esta possibilidade vai tornar-se cada vez mais remota à medida em que a idade média da população aumentar e, portanto, as pessoas ficarem mais expostas a doenças, com maior custo (CESCHIN, 2013).

O setor privado, com 65% dos hospitais e cerca de 70% dos leitos, é o principal prestador de serviços hospitalares no Brasil, sendo que a maioria dos hospitais públicos pertence e é operada por municípios e o governo federal é responsável por 147 hospitais, quase todos grandes instituições de ensino (LEMOS; ROCHA, 2011).

Ao contrário de países que possuem sistemas universais de saúde nos quais mais de 70% do gasto é público, no Brasil essa parcela do gasto atinge apenas 45%. Os planos privados de saúde cobrem apenas 25% e, desde 2011, sua receita total é superior ao orçamento do Ministério da Saúde. Em 2013, as operadoras de planos de saúde dos segmentos de renda mais alta pagaram 3,6 vezes mais por internação hospitalar do que a média das operadoras comuns e 18 vezes mais do que o SUS. Infelizmente, o sistema recria com frequência mecanismos que reforçam, ao invés de diminuir, as iniquidades setoriais, e impactam fortemente os insumos do setor (GADELHA; NORONHA, 2016).

Nessa divisão, há uma demanda significativa por novos investimentos, mas a legislação brasileira restringe a participação de empresas estrangeiras em hospitais (Constituição Brasileira, artigo 199, parágrafo terceiro) (BRASIL, 1988). Por esse motivo, há um movimento nacional para modificar a lei com o objetivo de permitir que grupos internacionais adquiram hospitais, algo que já acontece na indústria farmacêutica, nas empresas de diagnóstico e com os planos e seguros-saúde (PWC, 2014).

Quanto ao número de leitos públicos e privados para internação em estabelecimentos de saúde no Brasil, o Quadro 7 demonstra a sua evolução num período de 30 anos:

Quadro 7: Brasil: Número de leitos públicos e privados para internação em estabelecimentos de saúde (1976 a 2005)

Período	Público	Público/Total	Privado	Privado/Total	Total
1976	960	18,00	4.351	82,00	5.311
1977	1.001	18,18	4.504	81,82	5.505
1978	1.072	18,78	4.636	81,22	5.708
1979	1.162	19,25	4.874	80,75	6.036
1980	1.217	19,92	4.893	80,08	6.110
1981	1.322	20,85	5.020	79,15	6.342
1982	1.400	21,56	5.095	78,44	6.495
1983	1.450	21,71	5.230	78,29	6.680
1984	1.547	22,55	5.314	77,45	6.861
1985	1.469	22,00	5.209	78,00	6.678
1986	1.595	23,05	5.325	76,95	6.920
1987	1.703	24,11	5.359	75,89	7.062
1988	1.823	25,59	5.300	74,41	7.123
1989	1.889	26,50	5.238	73,50	7.127
1990	2.034	27,94	5.246	72,06	7.280
1992	2.114	28,45	5.316	71,55	7.430
1999	2.613	33,47	5.193	66,53	7.806
2002	2.588	34,99	4.809	65,01	7.397
2005	2.727	38,11	4.428	61,89	7.155

Fonte: Adaptado de IBGE, 2018a.

Vê-se neste período de análise que o número de leitos privados permaneceu estável, mas a oferta de leitos públicos aumentou cerca de três vezes, demonstrando assim investimento constante na ampliação de serviços de internação à população.

No Quadro 8 verifica-se a evolução do número de médicos por mil habitantes, no Brasil e no Estado de São Paulo, no período de 1990 a 2009:

Quadro 8: Brasil e Estado de São Paulo: Médicos por mil habitantes no período 1990 a 2009

Ano	Brasil	Estado de São Paulo
1990	1,12	1,50
1991	1,15	1,54
1992	1,18	1,59
1993	1,21	1,62
1994	1,24	1,66
1995	1,27	1,71
1996	1,32	1,78
1997	1,35	1,96
1998	1,34	1,99
1999	1,44	2,02
2000	1,39	1,92
2001	1,43	1,97
2002	1,46	2,04
2003	1,52	2,13
2004	1,61	2,14
2005	1,68	2,23
2006	1,71	2,26
2007	1,74	2,28
2008	1,80	2,42
2009	1,84	2,52

Fonte: Adaptado de IBGE, 2018d.

Esses 20 anos de observação permitem afirmar que a proporção do número de médicos por mil habitantes no Brasil, como um todo, aumentou aproximadamente 64%. Contudo, no Estado de São Paulo esse aumento foi ligeiramente maior: 68%.

No que concerne à população presente e residente em número de pessoas, o percentual de crescimento do Estado de São Paulo em relação ao país e do Município de São Paulo em relação ao Estado, no elástico período de 1872 a 2010, observa-se a evolução apresentada no Quadro 9.

Quadro 9: Brasil, Estado de São Paulo e Município de São Paulo: população, percentual de crescimento do estado em relação ao país e do município em relação ao estado, no período de 1872 a 2010

Ano	Brasil (1)	Estado de SP (2)	2/1 %	Município de SP (3)	3/2 %
1872	9.930.478	837.354	8,43	31.385	3,75
1890	14.333.915	1.384.753	9,66	64.934	4,69
1900	17.438.434	2.282.279	13,09	239.820	10,51
1920	30.635.605	4.592.188	14,99	579.033	12,61
1940	41.236.315	7.180.316	17,41	1.326.261	18,47
1950	51.944.397	9.134.423	17,59	2.198.096	24,06
1960	70.992.343	12.974.699	18,28	3.825.351	29,48
1970	94.508.583	17.958.693	19,00	5.978.977	33,29
1980	121.150.573	25.375.199	20,95	8.587.665	33,81
1991	146.917.459	31.546.473	21,47	9.626.894	30,52
2000	169.590.693	36.969.476	21,80	10.405.867	28,15
2010	190.755.799	41.262.199	21,63	11.253.503	27,27

Fonte: Adaptado de IBGE, 2018c.

É interessante notar que nesse período de aproximadamente 140 anos, a evolução da população nas três categorias – federal, estadual e municipal – foi positiva em números absolutos. Recomenda-se, contudo, atenção à série estatística, pois essa demonstra que nos últimos 20 anos a população do Município de São Paulo tem diminuído proporcionalmente à do Estado de São Paulo, possivelmente porque municípios diferentes do interior do estado estejam atraindo moradores da capital.

O Quadro 10 permite verificar o total de leitos hospitalares, por mil habitantes, no período 1990 a 2009, em três níveis: Brasil, Estado de São Paulo e Município de São Paulo. Além do mais, os leitos são classificados como públicos ou privados para as categorias de análise de Estado e de Município.

Quadro 10: Brasil: total de leitos; Estado de São Paulo e Município de São Paulo: total de leitos, leitos públicos e privados; por mil habitantes, no período 1990 a 2009

Período	Brasil Total	Estado de SP Total	Estado de SP Público	Estado de SP Privado	Município de SP Total	Município de SP Público	Município de SP Privado
1990	3,71	4,06	0,73	3,33	3,32	0,98	2,34
1992	3,66	3,91	0,77	3,13	3,20	1,05	2,15
1999	2,96	2,86	0,68	2,18	2,59	0,92	1,67
2002	2,70	2,57	0,62	1,95	2,35	0,89	1,46
2005	2,41	2,29	0,58	1,71	2,12	0,79	1,34
2009	2,26	2,31	0,58	1,73	2,38	0,94	1,44

Fonte: Adaptado de IBGE, 2018b.

Ressalta-se a diminuição de leitos em todas as categorias analisadas num período de 20 anos, chamando a atenção, contudo, a praticamente nenhuma variabilidade no número municipal de leitos públicos, possivelmente causada por internações motivadas por diagnósticos mais complexos, notificação compulsória e menor resolutividade.

O Estado de São Paulo, de acordo com a última mensuração disponível, tem uma taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) igual a 10,8 e sua posição no *ranking* de mortalidade infantil é a quinta, quando comparado a outros estados brasileiros; a esperança de vida ao nascer (idade) de seu cidadão é de 77,2 anos, o que lhe concede a terceira posição no *ranking* nacional; sua despesa per capita em saúde, com Reais a preços de 2012, é igual a R\$ 924,70, tornando-o o quinto colocado; dispõe de três médicos para cada mil habitantes; além de possuir 2,28 leitos por mil habitantes, o que o situa no *ranking* nacional de leitos na décima segunda posição (DESIDÉRIO, 2016).

O número de funcionários empregados pelo sistema de saúde estadual era em 2015, conforme pesquisa da FEHOESP (Federação dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo) ao IBPT (Instituto Brasileiro de Planejamento e Tributação), de 2.035.880 funcionários, dos quais 33,73% (686.764) estavam no Estado de São Paulo (SÁ; BALEGO, 2016).

No tocante à rede hospitalar no Estado de São Paulo, ela é composta por 899 hospitais, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) registrou ao final de 2014. 327 desses hospitais são empresas privadas, não vinculadas ao SUS, atendendo unicamente os pacientes da saúde privada suplementar. Os demais hospitais – 572 - que atendem o SUS, possuem 62,9 mil leitos que são disponibilizados para o uso, com predomínio de leitos clínicos (25%) aos cirúrgicos (21%) e podem ser categorizados em hospitais para internações curtas, de caráter agudo e gerais ou especializados (MENDES; CRUZ; PORTAS, 2016).

Ademais, deve ser lembrado que a região metropolitana de São Paulo é a maior aglomeração urbana do Brasil, pois destaca-se em área geográfica, população e economia. De acordo com o Censo 2010, ela possui 19,7 milhões de habitantes, o que representa aproximadamente 50% da população do Estado de São Paulo, distribuídos em 8.047 km², dos quais cerca de um quarto é urbanizado. O PIB desta região no ano de 2013 foi de 18% do total brasileiro e 55,47% do estadual (EMPLASA, 2018).

A seguir, de forma sucinta, apresenta-se a realidade hospitalar privada do Município de São Paulo.

2.3 Os Hospitais Privados no Município de São Paulo

Tem-se alguma dificuldade em identificar o número total de hospitais, privados e públicos, que atuam na cidade de São Paulo. Por exemplo, conforme a fonte de informação consultada, varia o tipo de classificação do hospital (geral/especializado) e a data referente aos dados apresentados.

O documento mais completo que se identificou, a Revista Observatório, publicada pela Associação Nacional de Hospitais Privados, a ANAHP (ANAHP, 2017), apesar de referir-se aos hospitais privados e a si filiados, é aquele que serviu para definir as entidades hospitalares a serem pesquisadas neste trabalho acadêmico.

Apesar dessa limitação imposta pela dificuldade em identificar fontes de informação que se utilizem de dados de épocas equivalentes (os do Governo de São Paulo são do ano de 2018 e os do IBGE são de 2009) propõe-se, como fruto da investigação em várias referências, os Quadros 11 e 12.

O Quadro 11 apresenta o número e percentual de hospitais existentes na cidade de São Paulo, distribuídos em duas categorias de análise: públicos e privados.

Quadro 11: Hospitais em São Paulo, SP

Categoria	Quantidade	% do Total de hospitais localizados em São Paulo, SP
Hospitais públicos	12	28
Hospitais privados	31	72
Total de hospitais	43	100

Fonte: IBGE, 2009; GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2018; LISTA DA CIDADE, 2018ab; PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2018; TELELISTAS, 2018ab; WIKIPEDIA, 2018.

A visão ampla da realidade hospitalar da cidade de São Paulo, retratada no Quadro 11, permite visualizar a importância marcante dos 31 hospitais privados (72% do total), para o contexto de atendimento hospitalar nesse município.

Ao se considerar somente a categoria de análise “hospitais privados”, o Quadro 12 exibe a relevância dos hospitais filiados à ANAHP para a cidade de São Paulo.

Quadro 12: Hospitais privados em São Paulo, SP

Categoria	Quantidade	% do Total de hospitais privados localizados em São Paulo, SP	% do Total de hospitais localizados em São Paulo, SP
Hospitais privados	31	100	72
Hospitais privados filiados à ANAHP	18	58	42

Fonte: IBGE, 2009; GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2018; LISTA DA CIDADE, 2018ab; PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2018; TELELISTAS, 2018ab; WIKIPEDIA, 2018; ANAHP, 2017.

Confirma-se, portanto, que destes 31 hospitais privados, 18 são filiados à ANAHP. Em outras palavras, de um total de 43 hospitais existentes no Município de São Paulo, 18 (42%) deles é filiado à ANAHP, representando assim mais da metade (58%) dos hospitais privados do município.

Já o Quadro 13 mostra o detalhamento nominal destes 43 hospitais localizados no Município de São Paulo, de acordo com a sua categoria de análise.

Quadro 13: Hospitais da cidade de São Paulo apresentados nominalmente e categorizados em públicos, privados e filiados à ANAHP

Hospital	Hospitais públicos	Hospitais privados	Hospitais privados filiados a ANAHP
A. C. Camargo Cancer Center		X	X
BP (Beneficência Portuguesa)		X	X
BP (Beneficência Portuguesa) Mirante		X	X
Complexo Hospitalar Edmundo Vasconcelos		X	X
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo		X	
Hospital 9 de Julho		X	X
Hospital Adventista de São Paulo		X	
Hospital Alemão Oswaldo Cruz		X	X
Hospital Avicenna		X	
Hospital Bandeirantes		X	X
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	X		
Hospital do Coração - HCor		X	X
Hospital do Mandaqui	X		
Hospital Dr. Euclides de Jesus Zerbini	X		
Hospital e Maternidade Santa Joana		X	X
Hospital Geral da Penha		X	
Hospital Geral de Taipas	X		
Hospital Geriátrico e de Convalescentes D. Pedro II		X	
Hospital Heliópolis	X		
Hospital Infantil Cândido Fontoura	X		
Hospital Infantil Sabará		X	X
Hospital Israelita Albert Einstein		X	X
Hospital Nipo-Brasileiro		X	X
Hospital Paulistano		X	
Hospital Samaritano		X	X
Hospital Santa Catarina		X	X
Hospital Santa Isabel		X	
Hospital Santa Marcelina		X	
Hospital Santa Paula		X	X
Hospital São Camilo		X	X
Hospital São Cristovão		X	
Hospital São Luiz		X	X
Hospital São Luiz Gonzaga		X	
Hospital São Paulo	X		
Hospital Sírio-Libanês		X	X
Hospital Universitário da Universidade de São Paulo	X		
Hospital Vitória		X	
Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia	X		
Instituto do Câncer de São Paulo Octavio Frias de Oliveira	X		
Instituto de Infectologia Emílio Ribas	X		
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo		X	
Maternidade Pro Matre Paulista		X	
Rede de Reabilitação Lucy Montoro	X		
Total	12	31	18

Fonte: GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2018; LISTA DA CIDADE, 2018ab; PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2018; TELELISTAS, 2018ab; WIKIPEDIA, 2018; ANAHP, 2017.

Chama a atenção, mais uma vez, o fato de que a maioria marcante de hospitais na cidade de São Paulo – 31 de um total de 43 -, a maior do país, são privados.

A seguir, no Capítulo 3, trata-se das estratégias de *marketing* que podem ser adotadas em serviços de saúde, mais especificamente em hospitais.

3 ESTRATÉGIAS DE *MARKETING* EM SERVIÇOS DE SAÚDE: TIPOLOGIA E APLICAÇÕES

Este capítulo apresenta a tipologia do *Marketing* de Serviços de saúde, discorrendo sobre o enfoque das estratégias passíveis de serem assumidas, seja no *Marketing* Transacional seja no de Serviços ou no de Relacionamento.

Inicia-se distinguindo, primeiramente, entre *marketing*, suas estratégias e sua gestão, para depois abordar os enfoques citados.

3.1 Estratégias de *Marketing*

Estratégias de *marketing* são planos de ação que uma empresa elabora para atingir as metas de *marketing* que se propôs alcançar em seu planejamento estratégico.

Mediante a avaliação do papel do *marketing* nas organizações, verifica-se que ele atua nos três níveis organizacionais: o corporativo, o da unidade de negócios e o de produto/mercado, conforme o Quadro 14 explica:

Quadro 14: O papel do *marketing* na organização

Nível Organizacional	Papel do <i>Marketing</i>	Título Formal
Corporativo	Providenciar perspectivas competitivas e do consumidor para a elaboração do planejamento estratégico corporativo	<i>Marketing</i> Corporativo
Unidade de Negócios	Assessorar no desenvolvimento da perspectiva estratégica da unidade de negócios visando direcionar seu curso futuro	<i>Marketing</i> Estratégico
Produto/Mercado	Formular e implementar programas de <i>marketing</i>	Gerenciamento do <i>Marketing</i>

Fonte: Adaptado de JAIN, 2000, p. 24.

O papel do *marketing* estratégico, portanto, será o de assessorar o desenvolvimento de uma perspectiva estratégica da empresa, em nível de unidade de negócios, que visa objetivar seu curso de ação futuro.

Os termos “*marketing* estratégico” e “gerenciamento do *marketing*” muitas vezes são usados de forma permutável, apesar de deterem significados diferentes. O Quadro 15 apresenta as principais diferenças entre estas duas categorias de *marketing*:

Quadro 15: Principais diferenças entre *marketing* estratégico e gerenciamento do *marketing* (diferenças relativas, não fins opostos de uma continuidade)

Diferença	Marketing Estratégico	Gerenciamento do Marketing
Prazo de execução	De longo alcance: decisões têm implicações no longo prazo	Dia-a-dia: decisões têm relevância num determinado ano financeiro
Orientação	Indutiva e intuitiva	Dedutiva e analítica
Processo decisório	Primariamente de baixo para cima	Principalmente de cima para baixo
Relacionamento com o meio-ambiente	Meio-ambiente considerado sempre em mudança e dinâmico	Meio-ambiente considerado constante com perturbações ocasionais
Sensibilidade para oportunidades	Em progresso para procurar novas oportunidades	Pesquisa ad hoc por uma nova oportunidade
Comportamento organizacional	Realiza sinergia entre diferentes componentes da organização, tanto horizontalmente quanto verticalmente	Persegue interesses da unidade descentralizada
Natureza da atividade	Requer alto grau de criatividade e originalidade	Requer maturidade, experiência e orientação de controle
Estilo de liderança	Requer perspectiva proativa	Requer perspectiva reativa
Missão	Trata com qual negócio a enfatizar	Trata com a administração de negócios delineados

Fonte: Adaptado de JAIN, 2000, p. 34.

Como pode-se verificar, a ênfase do *marketing* estratégico é, dentre outras, focada no longo-prazo, busca obter sinergia entre diferentes componentes da empresa, exige alto grau de criatividade e originalidade e requer uma perspectiva proativa. Já a ênfase do gerenciamento do *marketing* é seu realce tático, às vezes mesmo operacional (WENSLEY, 2008).

É prudente lembrar, contudo, a complexidade do ambiente hospitalar, já que seus públicos são variados. Entre eles encontram-se pacientes, acompanhantes, médicos, o público em geral e as entidades pagadoras pelos serviços prestados. Os pacientes usam serviços providenciados pelos hospitais, médicos e demais profissionais que ali atuam. Os acompanhantes, apesar de não serem os receptores principais dos serviços prestados, influenciam marcantemente os pacientes, senão os representam. Médicos, em certo sentido, são clientes dos hospitais, não porque eles usam os serviços ali disponibilizados, mas porque eles referem seus pacientes para aquelas instalações. Se as necessidades dos médicos não forem atendidas, eles podem direcionar seus pacientes a outro hospital. O público é um cliente porque a comunidade tem a responsabilidade de proteger a saúde de seus moradores e decisões tomadas por hospitais impactarão aqueles que residem nas suas imediações físicas. E entidades pagadoras também são clientes. Elas incluem tanto seguradoras quanto empresas de planos de saúde. Além destes públicos clientes, ainda pode-se mencionar o governo e aqueles que pagam pelos serviços

hospitalares como clientes particulares (CELLUCCI; WIGGINS; FARNSWORTH, 2014).

Essa realidade só referenda a orientação de Whiteley (1996), Pizzinatto (2005) e Gummesson (2010), sobre o *Marketing* de Relacionamento, cujo referencial teórico baseia-se na expansão do conceito de clientes, deixando de considerar como tais apenas os usuários que compram, mas incorporando todos os *stakeholders* organizacionais: colaboradores, clientes, fornecedores, acionistas, concorrentes, governo, mídia, sindicatos e outros.

É possível que nem todas as estratégias aqui explicitadas poderão corresponder àquelas praticadas pelos gestores hospitalares, depois de verificadas na pesquisa de campo. Mas é importante que sejam reconhecidas previamente como as principais opções da administração de estratégias de *marketing* passíveis de adoção na gestão do *Marketing* de Serviços de saúde.

Por isso, discorre-se a seguir sobre a tipologia de estratégias de *marketing* brevemente já apresentadas.

3.2 Estratégias de *Marketing* Transacional: os Quatro Ps

As estratégias do composto de *marketing* fazem parte do que se denomina *Marketing* Transacional, baseado na proposta de realizar transações momentâneas, independente da retenção do cliente no longo prazo.

O MT apoia-se em estratégias vinculadas aos quatro Ps - Produto, Preço, Praça e Promoção - originalmente propostos por McCarthy (1960), num contexto específico: a) geográfico: Estados Unidos da América e b) econômico: início da década de 1960, época em que o que se produzia, vendia-se.

Em função disso, o modelo conceitual dos quatro Ps apresenta duas limitações principais, compatíveis com a época e o local de sua proposição original. Em primeiro lugar, quanto à orientação interna de *marketing*, já que na ocasião não havia a necessidade da empresa monitorar o ambiente externo, dado o baixo

volume de mudanças acontecendo na sociedade, situação absolutamente díspar com o momento atual quando a palavra inovação é um imperativo. Em segundo lugar, quanto a ausência de personalização, já que o *marketing* na época era norteado para o consumo em massa, algo oposto à ênfase atual em desenvolver-se produtos e serviços para necessidades específicas e personalizadas, tornando o *marketing* cada vez mais interativo e individual (CONSTANTINIDES, 2006).

O MT tem como foco a transação: “uma perspectiva baseada na troca de valor pronto (transações isoladas) por dinheiro” (GRÖNROOS, 2009, p. 26). O *marketing* aqui realizado é majoritariamente de bens de consumo (GRÖNROOS, 1995).

É conveniente também ressaltar, neste contexto temporal, que o primeiro P – Produto – refere-se originalmente a bens e não a serviços. Porém, considerando que o significado atual do termo “produto” pode ser aplicado indistintamente tanto a bens quanto a serviços, para fins deste estudo distingue-se entre bens (“objetos, dispositivos ou coisas”) e serviços (“ações, esforços ou desempenhos”), adotando-se de forma intercambiável para significar P de Produto, tanto a palavra “serviço” quanto “produto” (BATESON; HOFFMAN, 2016, p. 5).

Salienta-se, contudo, que o valor principal da simplicidade teórica dos quatro Ps consiste em entende-los como um rascunho de todas as ferramentas e ingredientes disponíveis de serem usados visando o alcance dos objetivos organizacionais (BAKER, 2008). Sobre eles discorre-se mais aprofundadamente a seguir.

a) o primeiro P: Produto (Serviço)

A palavra “produto” normalmente é usada para representar tanto bens físicos quanto os intangíveis. Por exemplo, aspiradores de pó são bens físicos; agências de propaganda, que vendem ideias e soluções criativas, são serviços (WILSON; GILLIGAN, 2005).

Já serviço é “[...] qualquer ato ou desempenho, essencialmente intangível, que uma parte pode oferecer a outra e que não resulta na propriedade de nada”,

considerando-se que “a execução de um serviço pode estar ou não ligada a um bem concreto” (KOTLER; KELLER, 2012, p. 382).

Os níveis de cuidado com a saúde costumeiramente são classificados em quatro estágios de complexidade, cada um com seus procedimentos específicos, locais típicos de oferta e profissionais com qualificação compatível. São eles, conforme o Quadro 16:

Quadro 16: Níveis de cuidado com a saúde

Tipo de cuidado	Procedimentos	Local de realização	Tipos de médico responsável
Quaternário	Transplante de órgãos, trauma complexo	Complexos hospitalares médicos multi-institucionais	Times de médicos hiper-especializados
Terciário	Cirurgia especializada, casos médicos complexos	Hospitais que prestam atendimento em larga escala, de forma abrangente e com suporte tecnológico amplo	Médicos supra-especialistas
Secundário	Casos médicos e cirúrgicos de complexidade moderada	Hospitais que propiciam atendimento numa escala moderada de complexidade, pequenas cirurgias e centros de diagnóstico	Médicos especialistas
Primário	Cuidados de rotina, testes padronizados, cirurgias de baixa complexidade, prevenção, aconselhamento	Hospitais gerais, clínicas, consultórios médicos, centros de atendimento de urgência, centros de aconselhamento	Médicos de atenção primária

Fonte: Adaptado de THOMAS, 2010, p. 194.

Este trabalho acadêmico concentra-se em hospitais classificados como de cuidados terciários e quaternários nos quais são oferecidos à clientela produtos/serviços que atendem necessidades humanas de procedimentos considerados como complexos, num ambiente multi-institucional, com o necessário suporte tecnológico e mediante a ação de médicos supra-especialistas, bem como de times médicos hiper-especializados.

Um hospital é uma instituição complexa de serviços. Um hospital terciário ou quaternário além de oferecer os serviços pertinentes à sua competência principal também pode oferecer serviços adicionais como lanchonetes, cafeterias, restaurantes, livrarias; da mesma maneira que serviços de *internet* sem fio, religiosos, estacionamento e hotelaria (TEIXEIRA *et al*, 2012).

O aspecto econômico de uma transação de *marketing* é demonstrado pelo fato de que uma troca é vista como o resultado final do processo de *marketing*. Portanto, o médico oferece serviços médicos em troca de dinheiro (pagamento efetuado diretamente pelo paciente ou por uma empresa que o represente), enquanto o

hospital oferece ao seu corpo médico privilégios, financeiros inclusive, em troca da remuneração providenciada ao hospital, por exemplo, por companhias de seguro de saúde.

Todas essas trocas são efetuadas com a utilização de princípios de *marketing*. Em último caso, vê-se como intenção do *marketing* atender as metas da organização (vendedor) enquanto, ao mesmo tempo, atende as metas do cliente (comprador). A menos que as metas de ambas as partes sejam atendidas, o processo de *marketing* não é considerado bem sucedido, argumenta Thomas (2010).

O autor ainda justifica que os serviços de atenção à saúde são distintos daqueles de outras indústrias pelo fato de que beneficiários diferentes têm percepções distintas a respeito dos serviços recebidos. No caso do nascimento de uma criança, por exemplo, a mãe poderá classificar o evento como uma experiência natural, o médico o verá como um episódio médico rotineiro e o administrador hospitalar classifica-lo-á como um evento contábil. Olhando o mesmo episódio de forma diferente, a mãe pode vê-lo como um episódio único, o médico como uma série de atividades específicas e o departamento de contabilidade do hospital poderá interpretá-lo como um grupo de serviços dignos de serem faturados. O profissional de *marketing* no contexto hospitalar ainda pode ver tal evento como algo diferente: seu papel é qualificar o produto, entregá-lo numa forma apropriada do ponto de vista do *marketing* e de tal maneira que o cliente possa relacionar-se com ele, valorizando-o.

Portanto, o autor explica que os produtos gerados por um hospital, dada a sua diversidade e complexidade, são únicos e, por isso, difíceis de conceituar. Aquilo que serviços hospitalares proveem (cuidado de qualidade, prolongamento da vida, eliminação de patologias) é frequentemente difícil de definir ou mensurar. Produtos hospitalares podem envolver conceitos como a imagem do hospital ou a noção de que mulheres grávidas necessitam receber cuidado pré-natal. Também, no ambiente hospitalar, tanto bens tangíveis (leitos hospitalares, curativos), como intangíveis (exames físicos, cateterismo cardíaco), são identificados. Além disso, mesmo o mais comum dos produtos utilizados no ambiente hospitalar – produtos farmacêuticos – necessita ser prescrito por um médico antes que possa ser adquirido e consumido.

Em função desta complexidade, é ainda Thomas (2010) que propõem três maneiras de distinguir bens hospitalares de serviços hospitalares: tangibilidade, durabilidade e ausência de substituíbilidade.

A primeira delas, o grau de tangibilidade, ou o quanto eles possam ser examinados, tocados ou experimentados, características essas humanas e personalizadas. Um serviço é definido como uma atividade intangível que pretende resolver um problema do cliente, como por exemplo, uma consulta médica.

A segunda delas envolve a avaliação de como bens e serviços podem ser diferenciados em termos de seu grau de durabilidade. Serviços normalmente são consumidos no momento que são providenciados, como uma vacinação contra a febre amarela, por exemplo. Já os bens têm a tendência de durar por um tempo indefinido, como um aparelho de ressonância magnética. Serviços são variáveis por não se sujeitarem ao controle de qualidade praticado com bens, mas por refletirem as variações que caracterizam os seres humanos que os providenciam. Serviços desafiam as regras de propriedade, pois diferentemente de bens, eles não envolvem a transferência de propriedade tangível do vendedor para o comprador. Produto, por outro lado, pode ser algo simples como um vidro de aspirinas ou complexo como uma cirurgia de transplante de coração.

E, a terceira forma de distinguir bens de serviços, sugere-se seja a ausência da substituíbilidade. Um bem ou serviço substituto é aquele que pode ser usado no lugar de outro bem ou serviço. Uma forma de transportes pode ser substituída por outra, já um procedimento cirúrgico raramente poderá ser substituído por um diferente. Ao contrário de outras áreas profissionais de atuação, o cuidado com a saúde costumeiramente providencia somente uma solução para cada necessidade particular.

Além disto, o hospital necessita perscrutar constantemente o ambiente de *marketing* no qual está inserido visando identificar a compatibilidade de seus produtos e serviços com o seu público-alvo: são esses produtos e serviços certos para os clientes atuais? É o *mix* de produtos e serviços oferecido por um hospital, apropriado hoje para o mercado no qual atua e para os clientes que atende e pretende atender? Há algum produto ou serviço sendo oferecido hoje cuja oferta deveria ser descontinuada? E a situação inversa, existe? Comparado aos competidores, são os

seus produtos ou serviços superiores de alguma maneira significativa? Se sim, qual é ela? Se não, é possível desenvolver um produto ou serviço superior ao da concorrência? Deveria o hospital estar oferecendo esses produtos e serviços ao mercado? (TRACY, 2014).

Como afirmam Kotler, Shalowitz e Stevens (2010, p. 334), “os riscos do desenvolvimento de novos produtos são inúmeros, mas não acompanhar as mudanças no decorrer do tempo é ainda mais arriscado”.

Em outras palavras, mudanças no produto no setor de saúde hospitalar, quais sejam, nos serviços prestados, é uma certeza que o futuro ostenta, já que qualquer previsibilidade quanto à saúde deriva dessa presunção.

b) O segundo P: Preço

Executivos de *marketing*, tanto na área de serviços quanto na indústria, demonstram interesse especial pela variável Preço; talvez por ser o único elemento do *marketing mix* que gera receita, já que todos os outros constituem custo para a organização. Além disso, Preço é mais rapidamente alterado do que as características do produto, sua estrutura física de distribuição de serviços e suas estratégias promocionais. Ele também é importante porque os clientes usam-no como uma indicação da qualidade do produto, contribuindo para o desenvolvimento da confiança do cliente no produto, ou para diminuí-la. Pode também aumentar as expectativas do cliente (isto é caro; deve ser bom) ou diminuí-las (você recebe algo compatível com o valor pago) (BERRY; PARASURAMAN, 1991; KOTLER; SHALOWITZ; STEVENS, 2010).

Palmer (2003) explica que o segredo da arte de estabelecer preços com sucesso está em determinar um nível de preço que seja suficientemente baixo para que uma troca represente valor adequado para os compradores, mas ainda seja alto o suficiente para permitir que o provedor de um serviço atinja seus objetivos financeiros.

Estabelecer o preço certo, segundo Berry e Parasuraman (1991), é de especial importância em serviços por causa de sua intangibilidade. A invisibilidade dos

serviços torna aquilo que é visível ainda mais importante, já que impacta na decisão final do cliente. O Preço é um indicador visível da qualidade e nível do serviço. Por isso, os profissionais de *marketing* que estabelecem preços demasiadamente baixos desvalorizam o seu próprio serviço perante os clientes. Contudo, da mesma forma que preço muito baixo pode transmitir ao cliente uma impressão errada, também o pode o preço muito alto. Um preço que os clientes percebem como “alto demais” pode comunicar uma imagem de valor empobrecido, desprezo pelos clientes ou mesmo intenção de enganar.

Como argumentam Bateson e Hoffman (2016), prestadores de serviços bem-sucedidos tendem a respeitar as seguintes cinco diretrizes para estabelecimento de preços: os clientes devem entender facilmente o preço, o preço deve simbolizar valor para o cliente, o preço deve encorajar a permanência de clientes e descomplexificar o relacionamento das partes, o preço deve corroborar a certeza do cliente e o preço deve limitar a insegurança do cliente.

Portanto, para poder-se estabelecer preços de forma adequada, ao menos um elemento é essencial: informação. O roteiro ideal para a gestão eficaz de preço, que gerará como consequência sucesso para o hospital, é atualizar-se constantemente sobre as características, necessidades e percepções dos clientes, na mesma regularidade e intensidade da investigação dos preços e estratégias da concorrência, bem como de sua capacidade de reação. O *benchmarking* dos preços de competidores é uma estratégia importante a ser empregada por um hospital (LEONI FILHO, 2002; KUAZAQUI, 2015a).

De acordo com Thomas (2010), Preço refere-se ao montante cobrado ao cliente pelo produto, incluindo honorários, taxas, contribuições, franquias e qualquer outro custo. Em termos econômicos, Preço é visto como uma troca. Em outras palavras, um hospital oferece um serviço em troca do dinheiro do cliente ou de quem o representa. O preço ao cliente também inclui a dor, desconforto, ansiedade, frustração e outros custos emocionais incorridos pelo hospital em negociar com provedores, planos de saúde, companhias de seguro, além da doença ou ferimento que causou a experiência. O propósito óbvio do *marketing* é convencer clientes que eles receberão benefícios proporcionais ao valor que eles pagarem.

Kahtalian (2002) entende que por mais barato que seja o serviço, ele precisará apresentar um parâmetro de qualidade mínima aceitável para o cliente, sem o qual não será aceito como apropriado. Por exemplo, independente do valor que o médico receber por um determinado procedimento médico, ele necessitará ocorrer e o cliente deverá ser atendido de tal forma que a sua expectativa de qualidade, por menor que ela seja, possa ser correspondida. Se o médico atender de modo rápido, displicente ou ineficaz, o procedimento será compreendido como dispendioso. O médico terá prestado o serviço, mas para o cliente, do seu ponto de vista, ele apenas terá perdido tempo e dinheiro. Em outras palavras, o cliente não aceita um serviço inferior somente pelo fato de o preço ser barato. No caso de um produto, a sua qualidade possui uma inequívoca correlação com o preço. No caso de um serviço – de saúde -, o cliente só poderá ajuizar a sua validade após tê-lo consumido. Assim, o serviço poderá ser custoso ou barato de acordo com as expectativas individuais de cada cliente.

Um fator complicador da variável Preço no contexto hospitalar, na opinião de Thomas (2010), é que os hospitais raramente têm feito uso de estratégias de Preço. Historicamente, o paciente – usuário final de serviços de saúde – não conhece os preços dos serviços antes de recebê-los. O principal tomador de decisão com relação à decisão de compra – qual e quando contratar o serviço - é o médico que raramente analisa o fator Preço, além de não representar a parte pagadora. Adicionalmente, o valor a ser reembolsado por seguradoras, por exemplo, frequentemente é estabelecido independentemente do Preço praticado pelo provedor. Normalmente, os serviços de saúde têm dificuldades para estabelecer preços a partir do custo em provê-los, já que o desenvolvimento de uma estratégia inteligente de preços requer uma base objetiva. Portanto, para os profissionais de *marketing*, o desafio é entender o que o cliente aceita trocar por serviços hospitalares e, baseados nisso, desenvolver uma estratégia de preços compatível com o seu público-alvo, bem como com as restrições de custo da organização.

Todavia, apesar dessas barreiras naturais ao uso de estratégias de Preço no ambiente hospitalar, um crescente número de provedores de serviços hospitalares está competindo com base no Preço, especialmente aqueles que oferecem procedimentos eletivos, costumeiramente não cobertos por uma apólice de seguro saúde, ainda propõe Thomas (2010). Segundo ele, nesse caso, Preço pode ser

usado como uma base para a competição por serviços que são opcionais e tipicamente pagos pelo cliente diretamente ao provedor. A maioria das cirurgias cosméticas, bem como algumas oftalmológicas, estaria incluída nessa categoria.

Desta forma entende-se que às vezes os termos e condições da venda precisam ser mudados. Tracy (2014) comenta que nos casos em que o cliente faz pagamentos diretamente ao hospital, pode ser interessante para ambas as partes se o hospital facilitar a quitação do valor total em parcelas. Isto poderá aumentar o movimento de procedimentos eletivos do hospital, já que muitos destes serviços não têm cobertura contratual por parte das seguradoras. Também podem-se incluir itens gratuitos no pacote de procedimentos do cliente, o que custará ao hospital muito pouco, mas que farão seus preços parecer mais atrativos.

c) o terceiro P: Praça (Ponto de venda/Canais de distribuição/Lugar)

Decisões relacionadas a “Praça” referem-se à facilidade de acesso que clientes atuais ou em potencial têm a um determinado serviço (PALMER, 2003). “Lugar”, no contexto de internação hospitalar, refere-se ao ponto de contato geográfico entre o provedor de serviço e o cliente, seu beneficiário.

Kahtalian (2002) adverte que a atividade de distribuir serviços demanda a disponibilidade deles no instante em que o cliente carece, considerando-se que serviços não são estocáveis. Até porque, distribuir serviços exige, muitas vezes, a distribuição da cultura do serviço, o que é difícil de ser repetido. Em outras palavras, a decisão de distribuição de serviços é complexa, abrange custos e planejamento e costuma ser, normalmente, uma distribuição concentrada, não fragmentada. Distribuir um produto é análogo a vendê-lo, mas no setor de serviços é necessário primeiro organizar uma infraestrutura para, então, poder atender a uma demanda.

Ao contrário de bens, usualmente um serviço não pode ser produzido onde custos estão no nível mais baixo e vendidos quando a demanda está em seu nível mais alto. Tanto a acessibilidade quanto a aceitabilidade do cliente precisam estar

constantemente incorporadas dentro do sistema de serviços (PALMER, 2003; SONI, 2015).

Pode-se propor, argumenta Thomas (2010), que na saúde o termo “Praça” foca na maneira pela qual um bem ou serviço é distribuído. Tipicamente refere-se ao lugar onde os serviços são prestados, representa a maneira pela qual bens ou serviços são distribuídos para uso do cliente e relaciona-se com todos os fatores da transação que tornam fácil, ao invés de difícil, para clientes obter os produtos da empresa. O autor ainda explica que apesar dos elementos óbvios de local e *layout* serem os primeiros a serem lembrados como integrantes da definição de “Praça”, também devem sê-lo os fatores horas, acesso, obstáculos, espera por compromissos agendados, pagamento de faturas e toda a burocracia natural de organizações que atendem o público. Na maioria dos casos, aspectos negativos relacionados ao lugar de encontro impõem custos como tempo perdido, frustração para achar o local dos serviços, pagamento de estacionamento, tédio ou outras cargas emocionais. Situações aonde os aspectos são positivos normalmente anulam tais custos. Por exemplo, quando um médico oferece-se para visitar um paciente internado cedo de manhã ou à noite, a família pode planejar, de forma mais adequada às suas necessidades, a alta hospitalar de seu parente.

Palmer (2003) afirma que costumeiramente, a natureza intangível dos serviços não é considerada quando da maioria das análises do *mix de marketing*, já que ele é constantemente verificado em termos das propriedades de seu *design* tangível, o que pode não ser relevante para um serviço. Contudo, Goldstein *et al* (2002) opinam que a variável “lugar” é importante para hospitais, porque independente do seu tamanho ou recursos, a distância a ser percorrida pelo cliente para obter os serviços de que necessita pesará em sua decisão.

Localização, conseqüentemente, é um importante fator na indústria de serviços de alto contato, especificamente nos serviços de saúde, quando serviços não podem ser entregues remotamente. Uma variedade de canais de distribuição é então usada para entregar serviços de saúde. Centros de cuidados primários com a saúde estão tipicamente localizados próximo a seus pacientes em potencial (áreas residenciais altamente populosas), já os serviços terciários, bem como os quaternários, estão concentrados em amplas áreas médicas, independente da sua proximidade de

centros populosos. Serviços de emergência, por outro lado, são realizados através de uma combinação de métodos de distribuição: ambulâncias viajam até o paciente e então o levam para tratamento no hospital (GOLDSTEIN *et al*, 2002; THOMAS, 2010).

Em alguns casos, fatores relacionados à localização podem realçar percepções da qualidade do produto, tal como quando o hospital está numa região comercial agradável ou num ambiente bucólico, o que facilita tratamentos, alerta Thomas (2010). Também, planos de saúde que vinculam clientes a hospitais podem acelerar a realização de encontros com o médico ao permitir que os pacientes marquem seus compromissos via *internet*, por exemplo.

Thomas (2010) observa que a influência combinada destes desenvolvimentos tem encorajado provedores a aproximar da comunidade o local em que a saúde é oferecida. Esperar que os pacientes venham até o hospital não é mais uma abordagem plausível. O cliente atual de serviços de saúde exige instalações hospitalares em locais convenientes a ele. Em casos onde as localizações não podem ser alteradas, os provedores do cuidado de saúde deveriam estar trabalhando para melhorar a localização existente por meio de métodos mais eficientes de atendimento dos pacientes (serviços móveis, tais como um caminhão equipado com aparelhos de Rx ou tomógrafo), bem como pela modernização das instalações tornando-as mais atrativas e acessíveis.

Sreenivas, Srinivasarao e Srinivasa Rao (2013b) opinam que a localização de um hospital e de seus serviços é uma decisão crucial a ser tomada pelo administrador, já que ela impactará diretamente no resultado do negócio. Adicionalmente, segundo eles, também é importante que o hospital convença a prefeitura local a demonstrar interesse no embelezamento da região investindo nas ruas e parques ao seu redor, trânsito, transporte, comunicação, eletricidade suficiente para atender a demanda hospitalar e recolhimento apropriado do lixo hospitalar.

Propõe-se, portanto, que a importância da distância geográfica do hospital em relação à sua clientela diminui se o risco do problema de saúde, o nível educacional e a disponibilidade financeira forem maiores, pois nessas condições as pessoas irão buscar o hospital que julgam mais adequado, independentemente da distância de sua localização.

d) o quarto P: Promoção (Comunicação Integrada de *Marketing* - CIM)

O conceito de Promoção não se restringe ao entendimento popular de oferecer descontos ou iniciativas similares: envolve o ponto de vista de Comunicação Integrada de *Marketing* (CIM).

Santiago (2002) argumenta que a Comunicação Integrada de *Marketing* é o desenvolvimento da comunicação estratégica organizacional junto ao mercado no qual a instituição opera, posicionando e difundindo seus produtos, serviços, benefícios e soluções. Tem como suporte fundamental um sistema integrado que usa o composto de comunicação: assessoria de imprensa, eventos culturais, *internet*, *marketing* direto, patrocínios, promoção de vendas, propaganda, publicidade, relações públicas e venda pessoal. O uso de todos estes elementos, ou de alguns, deverá permitir ao hospital praticar uma comunicação eficaz junto ao seu consumidor-alvo.

O componente promocional do *mix* de *marketing* pode ser considerado o componente de ação por meio do qual o plano de *marketing* é implementado. Como orienta Thomas (2010), promoções referem-se às técnicas usadas pelo hospital para comunicar com clientes existentes e em potencial com o objetivo de promover uma ideia, a própria organização ou um produto. O termo “*mix* promocional” refere-se a combinação de técnicas que constituem uma dada estratégia promocional específica elaborada com base no composto de comunicação praticado pelo hospital.

Jain (2000) relembra que estratégias de Promoção estão preocupadas com o planejamento, implementação e controle da comunicação persuasiva com os clientes. Já promoções referem-se às técnicas usadas pelo hospital para comunicar com clientes existentes e clientes em potencial com o objetivo de promover uma ideia, a própria organização ou um produto.

Objetivos claros e um foco nítido nos clientes-alvo são necessários para um programa promocional eficaz, argumenta adicionalmente Jain (2000). Um plano de comunicação integrado consistindo em vários métodos de promoção deve ser projetado para garantir que os clientes em um *cluster* de produtos/mercado obtenham a mensagem correta e mantenham uma relação cordial em longo prazo

com o hospital. O planejamento de Promoção também precisa ser adequadamente adaptado às perspectivas de produto, preço e distribuição.

Promoção, portanto, inclui todas as formas usadas pelo hospital para informar aos clientes sobre os produtos ou serviços que oferece. É importante lembrar que pequenas mudanças na forma de promover e vender os produtos podem levar a alterações dramáticas nos resultados, tais como vendas mais elevadas. Promoção também representa qualquer maneira de informar o mercado de que a organização desenvolveu uma resposta para atender às suas necessidades (THOMAS, 2010; TRACY, 2014).

Como dizem Kotler, Shalowitz e Stevens (2010, p. 397), “para a maioria das empresas, a questão não é se devem se comunicar, mas o que dizer, como dizer, a quem e com que frequência”.

Uma estratégia orientada para promoções pode ter uma ampla variedade de formas. Duas delas são a “estratégia de ressonância” e a “estratégia emocional”. Uma “estratégia de ressonância” tem a pretensão de atingir um acorde – um ponto em comum - com o cliente. A intenção é retratar um estilo de vida que seja sinônimo do grupo-alvo e facilmente reconhecível. Por exemplo, esta abordagem pode ser usada para promover uma academia desportiva num hospital. Já uma “estratégia emocional” apela para os sentimentos dos consumidores, como no caso dos serviços de saúde infantil, propõe Thomas (2010).

A Society for Healthcare Strategy & Market Development (SHSMD), órgão da American Hospital Association, disponibilizou no ano de 2010 sua orientação a respeito de comunicações de *marketing* para os hospitais e sistemas de saúde e ela filiados. Este documento (Anexo 1) lista em detalhe os princípios e práticas que devem nortear as estratégias de comunicação de *marketing* adotadas por seus afiliados. Estas variadas e abrangentes instruções concernem importantes tópicos relacionados diretamente a atividade hospitalar. São eles: *checklist* para comunicações de *marketing*; processo formal de revisão; prêmios, classificações e acreditação; comunicação de informação sobre preços; utilização de endossos e testemunhos; uso de médicos em comunicações de *marketing*; mídia social; propaganda em *blogs*; considerações éticas em geral; e como responder à campanha de *marketing* não fundamentada ou enganosa de um concorrente

(SHSMD, 2010). Lamentavelmente, não se encontra documento equivalente no Brasil.

O'Sullivan *et al* (2003) propõem de forma detalhada como deve ser elaborada uma estratégia de comunicação na área de saúde. Mesmo sua ênfase sendo prioritariamente para projetos públicos de saúde, seu guia de como proceder é plenamente aplicável a hospitais privados. Dentre vários instrumentos apresentados como sugestivos para serem adotados por instituições de saúde, este – apresentado no Quadro 17 - tem especial relevância porque permite diagnosticar a realidade presente bem como as ações a serem desenvolvidas no futuro, visando garantir o sucesso da organização.

Quadro 17: Teste Estratégico de Comunicação para a Área de Saúde

	SIM	NÃO
Análise da Situação		
A nova ideia que foi proposta ajuda a solucionar o problema-chave?		
Audiência		
Esta ideia beneficia os públicos identificados na estratégia?		
Objetivos		
Irá a ideia ajudar a alcançar os objetivos estratégicos?		
Abordagem Estratégica		
Está a ideia harmonizada com a abordagem estratégica?		
A ideia reforça positivamente a identidade de longo prazo?		
A ideia apoia o posicionamento geral?		
Pontos Importantes		
Irá a ideia permitir os seus implantadores a comunicar seus pontos-chave?		
Canais e Instrumentos		
Irão os canais e instrumentos para esta ideia efetivamente alcançar as audiências identificadas?		
Gerenciamento do Programa		
É esta ideia realística para ser implementada?		
Há recursos disponíveis para implementar a ideia?		
Pode a ideia ser coordenada por organizações que já estejam implementando outras partes da estratégia?		
Avaliação		
Esta ideia pode ser incorporada no esforço de avaliação da comunicação?		
A ideia harmoniza-se com os indicadores já disponíveis ou requer um novo conjunto de indicadores?		
Resultados		
Esta ideia passa no Teste Estratégico?		

Fonte: Adaptado de O'SULLIVAN *et al*, 2003, p. 224.

Já a elaboração detalhada de um plano promocional requer conhecimento profundo da organização e do mercado em que atua. Crosier (2003, p. 438), no Quadro 18, propõe que seja feito uma verificação detalhada da organização para então elaborar-se um plano promocional.

Quadro 18: Estrutura e conteúdo do plano promocional

1 Inputs: O que nós estamos oferecendo e a quem?
1.1 Perfil do produto ou serviço
Especificação: o que ele pode fazer?
Benefícios: o que ele oferece?
1.2 Perfil da organização
Especificação: o que fazemos?
Identidade: como nós apresentamos a nós mesmos?
Imagem: como nós somos vistos?
1.3 Perfil da audiência
Demográfico: quem são eles e aonde estão?
Psicográfico: o que eles querem?
1.4 Perfil do mercado
Estrutura: parece-se com o quê?
Competição: quem está conosco?
Dinâmica: o que está no futuro?
2 Restrições: O que está fora de nosso controle?
2.1 <i>Mix de marketing</i>
Política de produto, preço e ponto (lugar): qual o efeito em promoção estratégica?
2.2 Dados
Precedentes: o que é tradicional?
Mandatários: o que é compulsório?
Apropriação: que fundos estão disponíveis?
Orçamento: como que eficiência será monitorada?
3 Objetivos: O que precisamos atingir?
3.1 Metas: qual é o objetivo geral e de longo prazo?
3.2 Alvos: quais são os objetivos intermediários deste plano?
3.3 Critérios: como a eficácia será medida?
4 Estratégia: Como nós alcançaremos os objetivos de campanha?
4.1 Mensagem: o que ela dirá?
4.2 Criatividade: como ela o dirá?
4.3 Canal: como ele será entregue?
5 Calendário: Como que táticas transformam-se numa campanha?
5.1 Escala de tempo: ao redor de quando os objetivos têm que ser alcançados?
5.2 Cronograma: o que precisa acontecer quando?
6 Implementação: Como que a campanha será gerenciada?
6.1 Autoridade: quem pode dizer sim ou não?
6.2 Responsabilidade: quem responderá?
6.3 Delegação: o que será subcontratado?
6.4 Procedimentos: como que o progresso será monitorado?
6.5 Avaliação: como que resultados serão mensurados?

Fonte: Adaptado de CROSIER, 2003, p. 438.

Esta sequência num crescendo de complexidade - *inputs*, restrições, objetivos, estratégia, calendário e implementação -, se adequadamente avaliada e respondida pelo hospital, permitir-lhe-á viabilizar um plano promocional compatível com as suas necessidades e eventuais restrições financeiras.

Thomas (2010) recomenda que as organizações de saúde não olvidem um aspecto fundamental para a manutenção da sua existência que é a angariação de fundos, especialmente se forem sem fins lucrativos. Muitas delas dependem de doações para apoiar seu funcionamento e financiar reformas e ampliações na sua estrutura

física. Segundo ele, o hospital deve apresentar-se aos possíveis doadores visando angariar contribuições. Embora grande parte desse esforço possa envolver *marketing* direto na forma de mala direta ou telemarketing, os principais doadores devem ser contatados pessoalmente. Assim, muitos hospitais de grande porte mantêm uma equipe especializada na solicitação de fundos a grandes doadores.

3.3 Estratégias de *Marketing* de Serviços: Três Ps Adicionais

Poucos produtos podem ser descritos como produtos puros ou serviços puros - a maioria é uma combinação dos dois. Tem havido um debate considerável sobre se um novo conjunto de princípios de *marketing* é necessário para entender os serviços, ou se os princípios básicos estabelecidos apenas precisam se adaptar às necessidades dos serviços, informa Palmer (2003).

O composto de *marketing* tradicional dos quatro Ps foi considerado insuficiente no setor de serviços por não reconhecer uma série de fatores-chave que os gerentes de *marketing* usam para projetar o resultado que pode ser obtido, esclarece adicionalmente o referido autor. Exemplos disso são o enfoque na importância das pessoas como um elemento do serviço, tanto como produtores quanto como consumidores; simplificação excessiva dos elementos de distribuição que são relevantes para os serviços intangíveis; definição do conceito de qualidade para serviços intangíveis e identificação e mensuração dos elementos do *mix* que podem ser gerenciados para criar um serviço de qualidade.

Essas fraquezas resultaram em várias tentativas de redefinir o *mix* de *marketing* de uma maneira mais útil para o setor de serviços chegando-se aos três Ps adicionais: Pessoas, *Physical Evidence* (Evidência Física) e Processos (LOVELOCK; WIRTZ; HEMZO, 2011).

e) o quinto P: Pessoas

“Pessoas” é o elemento mais importante de qualquer serviço. Todos podem relatar uma ocasião em que o serviço pessoal oferecido por indivíduos fez a diferença. De acordo com Whalley (2010), como pessoas compram de pessoas que elas gostam, então a atitude, habilidades e aparência precisam ser de primeira classe.

Wilson e Gilligan (2005) rememoram que as pessoas, funcionários de uma empresa, desempenham um papel fundamental na entrega do produto/serviço e tipicamente têm um efeito significativo sobre a percepção de qualidade do cliente.

É surpreendente quantos empresários trabalham de forma tão intensa para descobrir e aplicar cada elemento do *mix de marketing* e da estratégia de *marketing*, mas prestam pouca atenção ao fato de que cada decisão teve que ser tomada por uma pessoa específica. Tracy (2014) orienta que a habilidade de selecionar, recrutar, contratar e reter as pessoas adequadas, com as habilidades para fazer o trabalho que precisa ser feito, é mais importante do que todas as outras. Muitos dos melhores planos de negócios que já foram desenvolvidos estão hoje esquecidos porque aqueles que os criaram não conseguiram encontrar pessoas adequadamente preparadas para executá-los.

Especialmente no serviço baseado em pessoas, a qualidade depende da formação e motivação daqueles que fornecem os serviços. Portanto, a capacitação do funcionário para manter relações apropriadas com os clientes é fundamental para o sucesso da empresa, segundo defendem Magalhães, Crnkovic e Moretti (2009).

Nesse contexto, de acordo com Palmer (2003), o planejamento de pessoas assume uma importância muito maior dentro do setor de serviços, onde elas têm um alto nível de contato com os clientes. Por esta razão, é essencial que as empresas de serviços especifiquem claramente o que se espera do seu pessoal em interação com os clientes. Para alcançar esse padrão estabelecido previamente, os métodos de recrutamento, treinamento, motivação e recompensa não podem ser considerados decisões puramente pessoais; eles são importantes decisões de *mix de marketing*.

Consequentemente, como explicam Spiller *et al* (2006), a realização do serviço (compra do cliente) está intimamente conectada às pessoas - não só à forma com que elas executam seu trabalho (*know-how*), mas também à maneira com que se apresentam, comunicam e interagem com o consumidor. Esses fatores formam a imagem que o cliente reterá da empresa prestadora de serviços. Portanto, no contexto de serviços, os aspectos relacionados a aparência dos funcionários (aparência e serviço impecáveis), ao número de funcionários (adequado à demanda) e atenção total ao cliente (busca de sua satisfação) serão valorizados sempre.

Assim sendo, conforme argumenta Soni (2015), Pessoas, no ambiente hospitalar, significam uma equipe de profissionais compatível com as necessidades do setor: médicos, enfermeiros e administrativos. São elas que formam o corpo técnico e de apoio do hospital. É fundamental que o hospital tenha uma estrutura receptiva – pessoas adequadamente capacitadas - aos seus clientes para que estes se sintam acolhidos enquanto têm suas necessidades supridas. Rosa *et al* (2013) destaca que o hospital trata com vidas, devendo, acima de tudo, manter a unidade e a integridade do ser humano.

f) o sexto P: *Physical Evidence* (Evidência Física)

Serviços, por definição, são intangíveis. A apresentação de evidência física associada a serviços é um esforço para “tangibilizar” o intangível.

Como explicam Palmer (2003) e Whalley (2010), a evidência física viabiliza a redução do nível de risco ao oferecer confirmações tangíveis da entrega de serviços prometida originalmente. Esta evidência pode assumir várias formas: *internet* e páginas da *web*, papelada em geral, brochuras, mobiliário, uniformes, cartões de visita, instalações físicas, etc.

A Evidência Física é consiste no ambiente em que o serviço é prestado mediante o emprego de facilidades tangíveis que agregam no processo de hospitalidade. Sreenivas, Srinivasarao e Srinivasa Rao (2013a) argumentam que hospitais modernos precisam criar um ambiente agradável para clientes, familiares e amigos.

O serviço de hotelaria hospitalar consiste no complexo de serviços de saúde oferecido aos clientes, sejam eles externos (pacientes ou acompanhantes) ou internos (médicos e funcionários). O cliente externo, um paciente, experiencia um hiato no percurso normal de sua vida: ausenta-se do seu lar, da convivência com parentes e amigos, e passa a conviver transitoriamente com pessoas desconhecidas; o que pode significar a ausência de segurança, privacidade, coragem e carinho. Portanto, hotelaria hospitalar deve contribuir providenciando especialmente segurança e conforto para os hóspedes, sejam eles pacientes ou acompanhantes (QUEVEDO, 2006).

A hotelaria hospitalar visa maximizar sentimentos do paciente e de sua família no que tange segurança, qualidade na assistência e conforto. Boerger (2005) relaciona uma série de serviços que impactam em como a infraestrutura hospitalar é avaliada pelos usuários, tais como: achados e perdidos, banco 24 horas, espaço ecumênico, *fitness center*, floricultura, fraldário, lanchonetes, lojas de conveniências. Outro serviço que merece atenção especial é o de gastronomia, já que a alimentação oferecida em hospitais para pacientes, e mesmo para acompanhantes, é tradicionalmente considerada como sendo sem sabor (GODOI, 2008).

Hoje, portanto, o cliente de serviços de saúde pode encontrar estrutura semelhante àquela existente em hotéis de luxo que utilizam espaços acolhedores, desta forma distanciando-se dos ambientes tradicionais hospitalares que denotam certa tristeza. A hotelaria hospitalar gere os serviços de apoio visando conferir-lhe especialmente bem-estar durante a duração da internação (BOERGER, 2005).

Nassar (2003) aponta a necessidade de modernizarem-se os hospitais, atentando para a estrutura física, limpeza, identificação interna e externa, e treinamento constante para médicos e funcionários visando auxiliá-los no atendimento eficaz do cliente, já que essas ações formam a imagem da organização que permanecerá em sua mente.

É relevante que o ambiente hospitalar inspire as pessoas que o utilizam a sentir-se bem, reduzindo suas apreensões quanto ao seu estado de saúde, já que são cada vez mais exigentes, demandando instalações hospitalares mais modernas e confortáveis; bem como exigindo serviços médicos prestados com o apoio da mais alta tecnologia, além de humanizados (ASSIS; OLIVEIRA, 2012).

g) o sétimo P: Processos

O último P é o de Processo pelo qual o produto ou serviço é adquirido e, em particular, como esse processo é gerenciado. Conforme explicam Wilson e Gilligan (2005), o gerenciamento efetivo do processo provou ser um diferenciador potencialmente poderoso, uma vez que se relaciona com a forma como os clientes são tratados desde o primeiro contato com a organização até o último.

Peck *et al* (1999) esclarecem que o meio pelo qual valor é criado para clientes e consumidores é através do que denomina-se "Processos". Os Processos são, de certo modo, a maneira como as coisas são feitas. Em outras palavras, são conjuntos de atividades vinculadas que permitem que a demanda do mercado seja satisfeita. Os principais processos de qualquer empresa incluirão: o processo de desenvolvimento de novos produtos; o processo de cumprimento de ordens; o processo de gerenciamento de fornecedores; o processo de gerenciamento de clientes. As características críticas dos processos são que eles são voltados para o mercado, são integrativos - ultrapassando as funções convencionais e, portanto, devem ser gerenciados de forma multifuncional - e, o mais importante, são o meio pelo qual o valor do cliente e do consumidor é gerado e determinado.

Processos, portanto, incluem procedimentos, tarefas, mecanismos, atividades e interações que apoiam a co-criação de valor. Vargo e Lusch (2004) adotam essa visão do processo tornando mais importante a necessidade de visualizar o relacionamento entre o provedor e o cliente como um conjunto de experiências e atividades longitudinal, dinâmico e interativo realizado pelo provedor e pelo cliente, dentro de um contexto específico, usando ferramentas parcialmente abertas, deliberadas e baseadas no comportamento rotineiro e inconsciente.

No ambiente hospitalar, bem como em qualquer outro, uma série de processos são vitais para o seu sucesso. De acordo com Soni (2015), são exemplos de processos hospitalares: faturamento, admissão, alta, exame completo de saúde, relatórios de teste de laboratório, procedimentos de radiologia, relatórios, cirurgias.

Por fim, conforme argumentam Sreenivas, Srinivasarao e Srinivasa Rao (2013b), os processos de um hospital devem ser planejados de tal forma que a distância entre o provedor de serviços e o consumidor seja mínima.

3.3.1 Fábrica de serviços

O conceito de “fábrica de serviços”, proposto por Lovelock e Wirtz (2006, p. 15), adequadamente valoriza e clarifica os três Ps do *Marketing* de Serviços (Pessoas, *Physical Evidence* e Processos).

Segundo esses autores, muitas vezes há acentuado envolvimento do cliente no serviço. Por exemplo, o serviço que envolve o processamento de pessoas exige que o cliente esteja fisicamente presente na fábrica de serviços (hospital), como é o caso de um paciente carecendo de uma cirurgia de apêndice. Ele não pode delegar essa atividade a outra pessoa. É ele mesmo que tem que se submeter à cirurgia.

Já no que refere-se a Evidência Física (*Physical Evidence*), quando clientes visitam uma fábrica de serviços, tal como um hospital, sua satisfação será influenciada por questões como a aparência e os atributos do exterior e do interior das instalações de serviço e as interações com equipamentos.

Por outro lado, quando a natureza do serviço requer que os clientes estejam fisicamente presentes durante toda a entrega, o processo deve ser executado com eles em mente, desde o momento que chegaram à fábrica de serviços (hospital). É o que acontece, por exemplo, com os clientes que se submetem aos protocolos operacionais do departamento de oncologia.

Portanto, quanto mais tempo os clientes permanecerem na fábrica de serviços, mais importante é para a fábrica de serviços atender eficazmente suas necessidades através de Pessoas, Evidência Física e Processos.

3.4 Estratégias de *Marketing* de Relacionamento

Antes de apresentar as estratégias de *Marketing* de Relacionamento, é necessário contextualizá-lo analisando sua materialização na realidade nacional. Em seguida, apresentam-se os conceitos desse enfoque do *marketing*, uma comparação entre o *Marketing* de Relacionamento (MR) e o *Marketing* Transacional (MT) e a essência do significado dos termos “*Marketing* interno”, “Prospecção”, “Parceria”, “Valor” e “Fidelidade”.

3.4.1 *Marketing* de Relacionamento no Brasil

Apesar da significativa importância para o mundo de negócios brasileiro de poder usar as teorias de *Marketing* de Relacionamento, é fundamental reconhecer que elas são oriundas dos Estados Unidos da América e de países do norte da Europa, onde predominam culturas majoritariamente impessoais ou não relacionais, conforme esclarecem Rocha e Luce (2006).

A lógica da proposta de criar redes de relacionamento em sociedades que já são relacionais, naturalmente é bastante diferente daquela que lidera este processo em sociedades impessoais. Rocha e Luce (2006) ampliam seu argumento afirmando que nas sociedades relacionais, a formação de redes está baseada em conexões sociais já existentes e não na percepção de vantagens econômicas que possam vir das relações a serem estabelecidas. Nessas sociedades, a eficiência, a eficácia, as competências técnicas ou o tamanho de um fornecedor podem não ser tão importantes quanto a existência de vínculos pessoais.

Ainda segundo Rocha e Luce (2006), nas sociedades onde dominam as relações pessoais, tal como no Brasil, a natureza dos vínculos pessoais e profissionais é comum e por isso precisa ser examinada de forma distinta. As relações pessoais costumemente implicam na presença de obrigações que não são possíveis de serem evitadas: a proximidade com amigos e familiares não é oriunda de escolha pessoal, mas de imposição social; ser excluído do círculo de amigos ou mesmo da

família pode ser o alto preço a ser pago quando não são seguidas as normas sociais que determinam os relacionamentos. Em geral, as pessoas estão ligadas por vínculos não voluntários, de longa duração, como laços familiares ou de amizade. Neste tipo de sociedade onde vigoram os códigos relacionais tanto quanto os pessoais, dependendo das circunstâncias e das pessoas envolvidas, é importante procurar entender em que situações as normas relacionais são ou não aplicadas.

Em outras palavras, conforme O'Malley e Tynan (2008) explicam, é mais do que possível que os entendimentos gerais de *Marketing* de Relacionamento não sejam relevantes para culturas mais coletivistas, mais hierárquicas, com menor tolerância para a incerteza, com uma orientação de longo prazo e onde a compreensão da comunicação é altamente dependente do seu contexto.

A seguir, analisam-se conceitos do *Marketing* de Relacionamento.

3.4.2 Conceitos do *Marketing* de Relacionamento

Marketing de Relacionamento tem sido definido de várias formas e por vários autores. O Quadro 19 e os parágrafos seguintes fornecem uma amostra razoável de várias versões de seu significado.

Quadro 19: Definições de *Marketing* de Relacionamento

FONTE BIBLIOGRÁFICA	DEFINIÇÕES
Berry (1983, p. 25)	“O <i>marketing</i> de relacionamento está atraindo, mantendo e – nas organizações de multisserviços – melhorando os relacionamentos com o cliente”.
Jackson (1985, p. 165)	“O <i>marketing</i> de relacionamento é marketing para conquistar, construir e manter relacionamentos fortes e duradouros com clientes industriais”.
Berry e Parasumaran (1991, p. 27)	“O <i>marketing</i> de relacionamento está relacionado a atrair, desenvolver e reter relações com o consumidor”.
Porter (1993, p. 14)	“O <i>marketing</i> de relacionamento é o processo por meio do qual as duas partes – o comprador e o fornecedor – estabelecem um relacionamento eficaz, eficiente, agradável, entusiástico e ético: um relacionamento gratificante, pessoal, profissional e lucrativo para as duas partes”.
Morgan e Hunt (1994, p. 22)	“O <i>marketing</i> de relacionamento se refere a todas as atividades de <i>marketing</i> dirigidas para o estabelecimento, desenvolvimento e manutenção de trocas relacionais bem-sucedidas”.
Ballantyne (1994, p. 3)	“Uma estrutura disciplinar emergente para a criação, desenvolvimento e manutenção de trocas de valor, entre as partes envolvidas, por meio da qual os relacionamentos de troca evoluem para proporcionar vínculos contínuos e estáveis na cadeia de suprimentos”.
Lusch e Vargo (2006, p. xvii-xviii)	“ <i>Marketing</i> é o processo, na sociedade e nas organizações, que facilita a troca voluntária por meio de relacionamentos colaborativos que criam valor recíproco por meio da aplicação de recursos complementares”.
Grönroos (2007, p. 29)	O motivo do “[...] <i>marketing</i> é identificar e estabelecer, manter e melhorar e, quando necessário, terminar com relacionamentos com os clientes (e outras partes) para que os objetivos referentes à economia e variáveis de todas as partes sejam alcançados. Isto é conseguido por meio de uma troca mútua e o cumprimento das promessas”.
Palmatier (2008, p. 3)	“O <i>marketing</i> de relacionamento é o processo de identificação, desenvolvimento, manutenção e encerramento de trocas relacionais com o objetivo de melhorar o desempenho”.
Gummesson (2010, p. 22)	“ <i>Marketing</i> de relacionamento é interação em redes de relacionamentos”.
Bateson e Hoffman (2016, p. 407)	“Técnica de <i>marketing</i> baseada no desenvolvimento de relacionamentos de longo prazo com os clientes”.

Fonte: Conforme expressa na coluna “Fonte Bibliográfica” deste Quadro.

Além destas definições de *Marketing* de Relacionamento, outras são importantes de serem verificadas, como as de Furlong (1994), Dychè (2002), Cobra e Braga (2004), Madruga (2004), Keller e Machado (2006), Kotler e Keller (2006, 2012) e Smith (2005).

Furlong (1994) defende que a ação da empresa para reter o cliente deva passar por um planejamento, dividida em três partes principais: mobilizar tanto os colaboradores quanto a empresa em favor da retenção dos clientes, verificar o compromisso da organização em reter o cliente e promover a integração organizacional. Na verdade, as três partes constituem ações pelas quais se reconhece que a organização tradicional não é mais capaz de reter seus clientes somente por meio do esforço de alguns: ela agora depende de que todos os seus funcionários, independentemente de seu nível hierárquico, o façam.

Marketing de Relacionamento, de acordo com Dyché (2002, p. 295), é “o *marketing* para clientes baseado no seu conhecimento do comportamento deles e do relacionamento deles com sua companhia: o que eles compram e não compram, com que frequência compram, e como usam seus serviços de apoio”.

Cobra e Braga (2004, p. 131) afirmam que “a essência do *marketing* de relacionamento consiste em [...] aprender a ser útil para seus clientes e construir com eles relacionamentos duradouros”.

Já Madruga (2004) propõe que o *Marketing* de Relacionamento valoriza a interação com os clientes, oferecendo-lhes um conjunto de valores, com o objetivo de obter deles satisfação e fidelização para com a empresa.

A principal premissa na qual se baseia o *Marketing* de Relacionamento é, segundo Keller e Machado (2006, p. 134), a “[...] de que os clientes atuais são a chave para o sucesso duradouro da marca”.

Por outro lado, Kotler e Keller (2012, p. 18), argumentam que o *Marketing* de Relacionamento tem como principal meta “[...] construir relacionamentos de longo prazo mutuamente satisfatórios com seus componentes-chave, a fim de conquistar ou manter negócios com eles”. Além do mais, o *Marketing* de Relacionamento “constrói fortes ligações econômicas, técnicas e sociais entre as partes” (2006, p. 16).

O foco está na retenção de clientes e não necessariamente na conquista de novos ou no que se quer vender. Como explica Smith (2005, p. 7), “reter clientes significa dedicar menos tempo à busca de novos e cuidar dos que já existem para que se tornem mais importantes”, já “[...] que cada cliente devia ser considerado como um ativo valioso e ferramenta poderosa para a publicidade boca-a-boca”.

O *Marketing* de Relacionamento complementa a abordagem do *Marketing* Transacional elevando-a a uma interface de longo prazo, contínua e valorosa com e para o cliente. Para uma melhor compreensão dos enfoques, apresenta-se um breve confronto dos princípios e processos de cada um.

3.4.3 *Marketing* de Relacionamento X *Marketing* Transacional

Pode-se definir como o objetivo do *Marketing* Transacional conseguir novos clientes, enquanto que o objetivo do *Marketing* de Relacionamento pode ser sintetizado como manter os clientes. Este foco na manutenção dos clientes tem ganhado força, porque se percebeu que é mais barato convencer um cliente existente a comprar mais do que conquistar-se um novo cliente (SALIBY, 1997).

Na perspectiva transacional o enfoque restringe-se a fazer chegar o valor do produto ao cliente, que o avaliará em função dos resultados que conseguir. Na perspectiva relacional o cliente propende a estar incluído no próprio processo de criação de valor (BRITO, 2011). *Marketing* Transacional e *Marketing* de Relacionamento têm como foco comum o cliente, ou para um evento ou para todo o sempre. O Quadro 20 apresenta estes diferentes enfoques.

Quadro 20: *Marketing* Transacional vs. *Marketing* de Relacionamento

MARKETING TRANSACIONAL	MARKETING DE RELACIONAMENTO
FOCO: TRANSAÇÃO	FOCO: RELACIONAMENTO
Curto prazo	Longo prazo
<i>Mix</i> de <i>marketing</i>	<i>Marketing</i> interativo sustentado pelas atividades do <i>mix</i> de <i>marketing</i>
Clientes tendem a ser mais sensíveis a preço	Clientes tendem a ser menos sensíveis a preço
A preocupação com a qualidade do produto final é dominante	A qualidade das interações com o cliente tornam-se dominantes
Monitora a fatia de mercado da empresa	Gerencia a base de clientes
Uso de pesquisas de satisfação rotineiras	Uso de pesquisa de satisfação em tempo real
Interface com outras áreas da empresa vista como tendo importância estratégica limitada	Interface com outras áreas da empresa vista como tendo substancial importância estratégica

Fonte: Adaptado de GRÖNROOS, 1997, p. 329.

Na abordagem do *Marketing* de Relacionamento, os clientes deixam de ser apenas números e tornam-se parte integrante da instituição. Seu conceito está adstrito à ideia de incorporar o cliente à organização, de forma que ele participe da evolução de novos produtos/serviços e crie vinculação com a empresa. Deste modo, com o apoio da tecnologia de informação, é possível experimentar ideias de novos produtos/serviços diretamente com os clientes e em tempo real (SALIBY, 1997).

Spiller *et al* (2006) demonstram que o *Marketing* de Relacionamento faz uma análise mais qualitativa do que quantitativa do cliente, pois através dele procura-se trabalhar da maneira certa com os clientes certos, e não com um grande número de clientes

em potencial. Segundo eles, o *Marketing* de Relacionamento valoriza a postura ganha-ganha, na qual ambos os lados – a empresa e o cliente - saem lucrando, o que gera fidelidade e relacionamento de longo prazo.

O desenvolvimento deste relacionamento sólido e duradouro com o cliente é essencial para que a empresa obtenha sucesso no negócio, bem como para conhecer as necessidades, os desejos e as satisfações dele com produtos ou serviços da instituição, possibilitando trocas confiáveis e rentáveis no longo prazo, segundo complementam Oliveira *et al* (2009).

Sheth e Parvatiyar (1995) alertam para o fato de que o paradigma de troca é insuficiente para explicar a natureza contínua do relacionamento entre atores de *marketing*. Ele é insuficiente por estar ancorado na distribuição de valor e nos resultados da troca, ficando inabilitado, portanto, para explicar relacionamentos. O *Marketing* de Relacionamento concentra-se na criação de valor, onde o processo de envolvimento no relacionamento é igual, se não mais importante, do que os resultados da troca.

O *Marketing* de Relacionamento tem proliferado com estas diversas definições e ainda, segundo Sheth (2000), inclui conceitos como *marketing* de afinidade, *marketing* de lealdade, *co-branding*, *co-marketing*, bem como parcerias cliente-fornecedor e programas de ação. Nos serviços profissionais, inclui um relacionamento personalizado individualizado com clientes e dedicação dos recursos da organização. No mercado de negócios para empresas (B2B), inclui gerenciamento de contas e venda de soluções. O que se necessita é uma definição que articule a singularidade do conceito com suas próprias propriedades distintas, semelhante ao que o *Marketing* de Serviços faz.

Existem pelo menos três aspectos que são únicos do *Marketing* de Relacionamento, também de acordo com Sheth (2000). Primeiro, é uma relação de um para um entre o comerciante e o cliente. Em outras palavras, o relacionamento não pode estar no nível agregado; tem que estar em um nível individualizado. Em segundo lugar, é um processo interativo e não uma troca. Esta é uma distinção fundamental, uma vez que o *marketing* se baseia no princípio da troca e das transações. O *Marketing* de Relacionamento, no entanto, tem tudo a ver com: interação e atividades, co-produção e co-consumo, onde os limites de tempo, localização e identidade entre o

fornecedor e os clientes não estão claros no gerenciamento da oferta e procura; e, ao mesmo tempo, cada membro da cadeia de valor é uma organização distinta e independente com capital e gerenciamento próprios constituindo uma rede de organizações virtualmente integrada e não uma organização tradicional verticalmente integrada.

Como afirmam Agariya e Singh (2011), o *Marketing* de Relacionamento enfatiza a orientação de longo prazo como representando uma situação ganha-ganha para os relacionamentos diádicos de compradores e vendedores.

A gestão de *marketing* enfrenta o desafio de empregar novos questionamentos a um consumidor mais exigente. Um deles, explicam Magalhães, Crnkovic e Moretti (2009), consiste em estabelecer um vínculo por meio do *Marketing* de Relacionamento com os clientes que pode, no futuro, representar uma verdadeira simbiose da empresa com o cliente, baseada na troca entre as partes de informações e conhecimentos sobre o mercado, produtos, serviços e novos projetos que possam beneficiar mutuamente a ambos. Desta simbiose podem resultar serviços com maior valor agregado na percepção do consumidor e de sucesso potencial para a empresa.

O *Marketing* de Relacionamento é, como propõe Constantinides (2006), uma estrutura conceitual onde a existência dos elementos humanos comunicação, personalização e interação são centrais para o sucesso do negócio.

Concorda-se, geralmente, que quando se discute *Marketing* de Relacionamento, a referência são as relações comerciais entre parceiros econômicos, provedores de serviços e clientes em vários níveis do canal de *marketing* e do ambiente comercial mais amplo. O'Malley e Tynan (2008) revelam que este reconhecimento resulta num foco na criação, manutenção e encerramento de relações comerciais, a fim de que as partes no relacionamento atinjam seus objetivos (benefício mútuo). O lucro continua a ser uma preocupação comercial subjacente e objetivos relacionais são alcançados a partir do cumprimento de promessas. A aceitação de uma visão de *marketing* centrada no serviço que se concentra em recursos intangíveis como habilidades, informação e conhecimento, e na co-criação de valor entre parceiros relacionais por meio da interatividade e conectividade em relacionamentos em andamento, reafirma a importância da orientação de relacionamento ao *marketing*.

Cerqueira e Santiago (2010) comentam que as empresas que atuam na área de saúde têm procurado reestruturar seus processos, pois percebem que além de poderem oferecer produtos e serviços de qualidade devem adotar um paradigma de gestão que estimule relacionamentos duradouros.

O principal objetivo do *Marketing* de Relacionamento é desenvolver relacionamentos: de confiança, sólidos e de longo prazo. Eles podem envolver pacientes, médicos, planos de saúde, parceiros de negócios, representantes governamentais e uma série de outros *stakeholders* com os quais a organização de saúde precisa se associar. Nesse contexto, consoante com Thomas (2010), o profissional de *marketing* tem um papel fundamental nos aspectos do desenvolvimento e manutenção de relacionamentos.

Como afirmam Sganzerlla e Dias (2007), no mercado de serviços, mas principalmente na área da saúde, o cliente não faz compras, ele estabelece relacionamentos. A sensação do cliente não é de aquisição, mas sim de atendimento.

Thomas (2010) ilustra que desde o início da década de 1990, a saúde tem experimentado uma série de tendências relacionadas ao *marketing*. Isso inclui uma mudança na ênfase do *marketing* de imagem (foco promocional nos atributos gerais, ao invés dos serviços específicos de uma organização) para o *Marketing* de Serviços e um movimento de afastamento da abordagem de *marketing* de massa para uma estratégia mais direcionada. O *marketing* de saúde afastou-se da filosofia “um-tamanho-serve-todos” para uma que enfatiza a personalização. A ênfase no episódio único de saúde mudou para uma ênfase nas relações de longo prazo, focalizada agora nos aspectos relacionados a valor do serviço, como base para adotar estratégias de fidelização do cliente. Sobre isso discorre-se a seguir.

3.4.4 Princípios e estratégias do *Marketing* de Relacionamento: *Marketing* Interno, Prospecção, Parceria, Valor e Fidelização

O estudo do *Marketing* interno, Prospecção, Parceria, Valor e Fidelização permeia a construção filosófica do *Marketing* de Relacionamento, pois constitui seus princípios e estratégias, incluindo programas de ação. No tocante a eles discute-se a seguir.

a) *Marketing* interno

Marketing interno basicamente é, como Gummesson (1994, p. 13) o define, o relacionamento da empresa com o seu “mercado de empregados”. Significa tratar os funcionários como clientes internos, já que o cliente compra mais do que um serviço, ele compra a solução de seu problema; e para isso a organização depende do comprometimento de seus funcionários (SPILLER *et al*, 2006).

Joseph (1996), falando especificamente sobre o ambiente hospitalar, explica que *Marketing* interno é a aplicação do *marketing* na gestão de recursos humanos, mediante a adoção de técnicas e princípios que visam motivar, mobilizar, agregar e gerenciar funcionários, incentivando-os a melhorar continuamente seu relacionamento com o cliente externo e com os colegas. O *Marketing* interno para ser eficiente necessita tratar as necessidades do colaborador ao mesmo tempo em que promove a missão da organização.

Já Cooper e Cronin (2000) esclarecem que colaboradores influenciam no sucesso de campanhas internas de *marketing* de duas formas: primeiro, reconhecendo que eles são essenciais para prestar o atendimento que visa o cuidado da saúde do paciente, pois se falharem em executar o nível de cuidado prometido pela publicidade, o esforço como um todo fracassará; em segundo lugar, funcionários transmitem informação à comunidade, por meio da publicidade boca-a-boca que faz uso de uma combinação de contatos com amigos e familiares. Com base neste *network* pessoal, os comentários dos colaboradores sobre colegas de trabalho, a administração e o tipo e qualidade do cuidado provido aos pacientes podem ser

propagados ao público em geral. É essencial, portanto, que os colaboradores estejam adequadamente treinados, motivados e satisfeitos, o que influenciará diretamente em seus sentimentos de lealdade para com a instituição.

Já *Marketing* interno, segundo Iliopoulos e Priporas (2011), refere-se a todas as ações que um hospital realiza a fim de desenvolver, treinar e motivar seus funcionários, visando ampliar a qualidade dos serviços providos a seus clientes.

Weng *et al* (2016), que chamam *Marketing* interno de *Marketing* funcional, salientam que o hospital precisa primeiro incentivar o desenvolvimento de adequada comunicação entre os colegas médicos internos, para então poder incentivar o uso da equipe médica para servir aos pacientes. Essa sequencia de ações deverá resultar na satisfação do paciente.

Para adequadamente representar o hospital, médicos e funcionários em geral precisam conhecer a sua Visão e Missão e demonstrar isso no tratamento dos pacientes, sua família e amigos. Além disso, o hospital que concentra seus esforços internos em satisfazer e motivar empregados cria clientes satisfeitos e fiéis. Funcionários altamente motivados tendem a serem os melhores e quanto maior for o nível de compromisso, mais alto será o nível de produtividade e mais improvável será que ele deixe o hospital. Em outras palavras, colaboradores comprometidos significam clientes comprometidos (SHIPLEY, 2014).

Berry e Parasuraman (1991) explicam a característica da inseparabilidade dos serviços, ou seja, a imagem de seu prestador é indissociável do serviço prestado. O médico, por exemplo, é uma parte importante na oferta hospitalar. Na realidade, clientes “compram” as pessoas quando elas compram um serviço, já que serviço é um desempenho, o qual frequentemente é caracterizado por trabalho intensivo. Dessa maneira, especialmente para empresas de serviços, a qualidade dos funcionários influencia a qualidade do serviço que, conseqüentemente, influencia a eficácia dos serviços de *marketing*. Para praticar com sucesso serviços de *marketing*, empresas precisam praticar *Marketing* interno com sucesso.

Os autores ainda argumentam que as empresas de serviço vendem para os seus próprios empregados e para os candidatos a empregados competindo de forma criativa e agressiva por clientes internos, tanto quanto por externos. *Marketing*

interno significa, em vista disso, atrair, desenvolver, motivar e reter empregados qualificados mediante “produtos” de trabalho que satisfazem suas necessidades; é a filosofia que envolve tratar os empregados como clientes; e é a estratégia que adequa os “produtos” do trabalho para atender necessidades humanas.

O argumento principal e conclusivo de Berry e Parasuraman (1991) é de que o alvo definitivo do *Marketing* interno consiste em encorajar comportamento de *marketing* eficaz, cujo principal objetivo é construir uma organização de praticantes do *marketing* desejosos e habilitados para criar verdadeiros clientes para a empresa. Em vista disso, a estratégia final do *Marketing* interno é criar verdadeiros clientes a partir de empregados.

b) Prospecção

A palavra prospecção é oriunda do termo em inglês *prospecting* que basicamente significa a captação de novos clientes como uma estratégia mercadológica a ser adotada por todas as empresas.

Clientes que já são cativados por uma organização são considerados usuários. Entretanto, as empresas sempre estarão em busca de novos clientes, aqueles que podem vir a tornar-se usuários: são os denominados clientes potenciais. É a esta categoria de clientes que se volta a estratégia de Prospecção (GORDON, 1998).

A Prospecção viabiliza a entrada de novos clientes e, de acordo com Sabatino (2003), oxigena dessa maneira os negócios da empresa.

Las Casas (2009, p. 77), define Prospecção como uma “busca constante e permanente, além de sistemática, de indicações [...] de pessoas ou empresas que, de algum modo, possam estar interessadas nos produtos do vendedor”. A Prospecção é praticada por meio do relacionamento pessoal entre a parte que vende e aquela que compra, porém o autor propõe cinco táticas de implementação da estratégia de Prospecção: encadeamento ininterrupto, *cold canvass*, centro de influências, vendedores júniores e associação em vendas.

O encadeamento ininterrupto consiste em obter indicações de outros clientes, a partir da clientela já existente. No método *cold canvass*, o vendedor não faz um estudo antecipado do cliente e realiza os contatos aleatoriamente; algo semelhante à venda randomizada realizada tradicionalmente de porta-em-porta. Já a opção do centro de influências consiste em uma pessoa, ou um grupo, que fornece indicações para o vendedor. Os vendedores juniores são aqueles que fazem o primeiro contato ou preparam a entrevista para o vendedor mais experiente, gerenciam os contatos com os interessados, mas encaminhando-os ao vendedor principal quando real interesse na compra é demonstrado. Por fim, a associação em vendas, consiste no estabelecimento por parte do vendedor de um relacionamento comercial com pessoas ou empresas em áreas de venda relativas à sua.

Como existem basicamente duas formas de contatar clientes em potencial, encontra-los ou ser encontrado por eles, Alvarez e Carvalho (2008) propõe que a atividade de Prospecção divida-se em receptiva e ativa.

A prospecção receptiva caracteriza-se pelo cliente, por sua iniciativa pessoal, procurar a empresa. Talvez ele tenha sido alertado quanto à empresa e seus serviços por uma indicação ou mesmo por uma publicidade. Contando atualmente com ferramentas do *marketing* digital, e objetivando ser mais facilmente encontrada, a empresa deve construir um *site* amigável, manter-se nas primeiras colocações de *sites* de busca, além de fazer anúncios em revistas especializadas, jornais, estações de rádio e de TV.

Já a prospecção ativa é aquela identificada pela busca por parte da empresa de clientes em potencial. Isto pode ser feito mediante as mais variadas ações, ou combinações delas, tais como: conexão com profissionais da área; visitas comerciais; participação em eventos e feiras especializadas; incentivar, instruir e capacitar seus colaboradores a darem entrevistas nos meios de comunicação; ligações telefônicas; *email marketing*; mala direta personalizada.

Gummesson (2010, p. 48) ratifica a importância da relação de compromisso entre as partes ao discutir temas como comprometimento, dependência e importância, afirmando que “se um relacionamento é importante, dependemos dele e devemos nos comprometer a fazê-lo funcionar”. O segredo de sucesso na gestão institucional,

portanto, seria fruto direto da construção de laços conscientemente interdependentes entre as partes provedora e consumidora.

Grote, Newman e Sutaria (2007), ao divulgar uma pesquisa da McKinsey & Company, argumentam que a lógica de pensamento convencional tem feito com que a maioria dos pacientes baseie sua escolha de hospital em critérios como reputação clínica, localização ou a recomendação de seu médico. Recentemente, contudo, executivos de hospitais começaram a reconhecer que pacientes também levam em consideração, ao escolher um hospital, fatores não-clínicos, tais como acomodações confortáveis e procedimentos de admissão objetivos e amigáveis.

A pesquisa da McKinsey demonstra quão importante esses fatores não-clínicos se tornaram. Numa *survey* realizada junto a 2.000 pacientes sobre suas atitudes relativas a experiência de internação, verificou-se que a maioria deles deseja trocar de hospital por motivos como melhor serviço e amenidades, além de que muitos já pediram a seus médicos para interna-los em hospitais específicos. Por outro lado, foram entrevistados mais de 100 médicos (divididos igualmente entre clínicos gerais e especialistas) que afirmaram estar frequentemente dispostos a adaptar-se ao pedido de um paciente que solicita internação num hospital que oferece uma experiência positiva, mesmo que nalguns casos o hospital não possua a melhor reputação clínica.

Poucos hospitais, atesta ainda a pesquisa da McKinsey, agem de forma sistemática visando entender o que os pacientes valorizam nos aspectos não-clínicos de suas visitas hospitalares ou em quais serviços os hospitais deveriam investir para atender suas expectativas. A maioria dos executivos hospitalares acredita que é suficiente compreender a experiência dos pacientes mediante a mensuração de sua satisfação e a solução de suas reclamações.

A adoção da estratégia de *marketing* “Prospecção”, portanto, pode gerar resultados positivos para o hospital porque, sem ser invasiva, informa o cliente atual e potencial sobre seus serviços e estabelece a proposta de um plano de ação para viabilizar o encontro entre as partes.

c) Parceria

A Parceria é decorrente de um relacionamento de longo prazo, como explica Lima (2012, p. 10), que é formado “[...] por estratégias e processos organizados que visam a um atendimento eficiente, transformando cada contato numa experiência agradável ou, no mínimo, sem problemas para o cliente [...]”.

Kotler e Keller (2012, p. 678), ao abordar o assunto “tendências nas práticas de *marketing*”, listam 14 mudanças importantes que ocorreram no *marketing* e nos negócios no século XXI. Destas, somente uma é considerada importante o suficiente para ser listada duas vezes: Parceria. Especificamente, a “parceria com fornecedores” e a “parceria com clientes”. A “parceria com clientes” é significativamente explicada como sugerindo à empresa “trabalhar mais próximo dos clientes para agregar valor às operações deles”.

No que tange à conquista, manutenção e recuperação de clientes, uma das medidas recomendadas de serem praticadas pelos negócios em geral é descobrir as reais necessidades de seus clientes. Spiller *et al* (2006, p. 38) defendem que a empresa não deve supor jamais que as conhece e que sabe como satisfazê-las. Tal atitude, segundo eles, leva à estagnação do negócio e à cegueira comercial. Para obter sucesso nos seus negócios, a empresa deveria criar uma parceria com os seus clientes, “sem adivinhações ou ‘achismos’, mantendo-se em contato permanente com eles”.

Rodrigues (2009) propõe que criar parceria com o cliente mostrando ser flexível, ter disponibilidade para ouvir, tratar reclamações com prioridade máxima, adicionar valor ao relacionamento por cumprir promessas, atender prazos e compromissos rigorosamente e solucionar problemas, são táticas que geram confiança, sentimento de segurança fundamental que viabilizará manter a clientela.

No contexto hospitalar, a parceria entre o paciente e sua família com a unidade prestadora de serviços é fundamental. Ambos os públicos beneficiam-se com ela: um serviço prestado de forma eficiente e eficaz pelo hospital beneficia o paciente e sua família, bem como o engajamento deles com o hospital produz enriquecedor *feedback* ao prestador de serviço. A AHRQ (Agency for Healthcare Research and

Quality) (2017) propõe que, para construir compromisso entre o hospital com o paciente e sua família, as políticas e práticas hospitalares deveriam ser impactadas por fatores tais como: ênfase na segurança e qualidade; gestão da evolução dos resultados financeiros; melhora dos resultados dos tratamentos realizados em pacientes; compreensão da importância da competitividade expressa na participação de mercado; aumento da satisfação, e consequente retenção, dos empregados; capacidade de atender padrões estabelecidos por órgãos públicos ou privados (no Brasil, por exemplo, Ministério da Saúde, ANS, ANAHP).

Cada parceria é única, explica Weems (2018), já que ela deve atender as necessidades de hospitais, pacientes e comunidade, ao mesmo tempo em que mantém-se alinhada com a missão dos proprietários. Deve haver um interesse e dedicação relacionados à visão institucional visando garantir um forte alinhamento por um período de tempo significativamente longo, bem como um desejo para mudar se as circunstâncias definirem que existe essa necessidade.

A indústria de cuidados com a saúde está procurando atualizar-se em relação às exigências de mercado, apesar de que de forma mais vagarosa, em função de um número cada vez maior de clientes que trazem suas expectativas e explicitam a maneira pela qual desejam participar da experiência nesse segmento. Cada vez mais, pacientes e suas famílias estão procurando serviços de saúde convenientes, acessíveis e de baixo custo, num contexto de uma relação de cuidado da saúde altamente personalizado. Eles também desejam mais informação como subsídio para suas decisões (seleção de cobertura, provedores, protocolos de tratamento) (ANDERSON; BURNS; CORAPI, 2017).

Shaller (2007) propõe sete fatores-chave que podem contribuir para um hospital desenvolver cuidados de saúde centralizados no paciente. São os elencados no Quadro 21:

Quadro 21: Fatores que contribuem para o cuidado centralizado no paciente

FATOR	DEFINIÇÃO
Liderança	No nível do CEO e do Conselho de Administração, comprometidos e envolvidos em unificar e sustentar a organização numa missão comum
Visão estratégica	Clara e constantemente comunicada a todo membro da organização
Pacientes e famílias	Envolvimento em níveis variados, não somente no processo de cuidado, mas como participantes plenos em comitês-chave em toda a organização.
Cuidado pelos doadores de cuidados	Através de um ambiente de trabalho solidário que apoia os funcionários em todos os aspectos de trabalho e os trata com a mesma dignidade e respeito que se espera que eles mostrem aos pacientes e famílias
Mensuração e <i>feedback</i> sistemáticos	Para continuamente monitorar o impacto de intervenções específicas e a mudança de estratégias
Qualidade do ambiente construído	Que provê um espaço físico solidário, estimulante e projetado igualmente para pacientes, famílias e empregados
Tecnologia de apoio	Que engaja pacientes e famílias diretamente no processo de cuidado por facilitar o acesso à informação e comunicação com os provedores de cuidados

Fonte: Adaptado de SHALLER, 2007, não paginado.

Chama a atenção o fato de que todos esses fatores, que contribuem em maior ou menor grau para que o cuidado hospitalar esteja centralizado no paciente, sejam direta ou indiretamente influenciados pelo paciente e seus familiares.

O envolvimento do paciente e família em todos os níveis do sistema de saúde é algo não somente desejoso, mas necessário dado o envelhecimento da população. Johnson *et al* (2008) afirmam que se deve assegurar a participação do paciente e de sua família no desenvolvimento de políticas e programas ao estabelecer formalmente que façam parte de comitês hospitalares, tais como: planejamento estratégico, projeto das instalações físicas, educação do paciente e da sua família, planejamento da alta ou transição interna do paciente, tecnologia da informação, melhoria na qualidade, segurança do paciente, gerenciamento de risco, excelência nos serviços, processo de entrevista e de admissão de novos empregados, orientação e educação dos funcionários, pesquisa, ética.

Ao se considerar que a alfabetização em saúde é central para aumentar o envolvimento de pacientes no seu próprio cuidado, todas as estratégias para fortalecer esse quesito precisam ser adotadas urgentemente. Caso não o sejam, muitas pessoas terão dificuldades para serem beneficiadas por elas, pois desigualdades existentes na saúde poderão ser ampliadas, bem como novas poderão ser criadas. Portanto, o conhecimento e o entendimento do paciente podem ser melhorados, pelo menos em nível individual. Pacientes com problemas de saúde agudos e crônicos beneficiam-se quando estão recebendo cuidado, seja em casa ou no hospital, e evidências sugerem que esta opção de local de internação possa

causar um melhor uso de recursos. Decisão compartilhada e autogerenciamento são duas abordagens que mutuamente se apoiam, e por isso deviam receber importância igual, bem como serem implementadas consistentemente (COULTER; ELLINS, 2007).

Cuidado centrado no paciente tornou-se um elemento central da qualidade em saúde. Esta abordagem deu novo significado para o relacionamento entre o paciente e o profissional de saúde, enfatizando a participação ativa do paciente no seu cuidado (GOTTLIEB; FEELY, 2006; EPSTEIN; STREET, 2011).

Hughes, Bamford e May (2008) explicam que ao contrário de visões paternalistas de cuidado com a saúde, a partir das quais profissionais de saúde mantêm uma posição de autoridade em relação aos pacientes, as visões humanísticas colocam pacientes e famílias no centro do sistema de saúde num esforço para desenvolver a qualidade do cuidado que lhes é prestado.

A intenção da terapia centrada no paciente, explica Bowles (2012), é respeitar suas habilidades em adotar mudanças que definam resultados valiosos em seu tratamento a partir de suas próprias perspectivas.

Eady (2017) esclarece que os avanços nas perspectivas de saúde para pacientes e famílias levaram à implantação de filosofias centradas no paciente e na sua família, o que qualificou significativamente o cuidado da saúde. O propósito dessa mudança e o subsequente desenvolvimento de outras filosofias é promover um ambiente no qual profissionais e organizações de saúde vejam o cuidado com a saúde como um esforço mútuo de pacientes, suas famílias e profissionais da saúde. Esta campanha pretende promover mais o cuidado centrado no paciente e sua família ao encorajar hospitais a revisar suas políticas de visitas, adotando uma diretriz de presença da família. Uma mensagem chave desta campanha é a necessidade do hospital afastar-se do conceito de famílias como visitantes e abraçar o conceito de famílias como parceiros no cuidado do paciente.

d) Valor

Valor, no contexto de *marketing*, explicam Cellucci, Wiggins e Farnsworth (2014), significa mérito relativo: qualidade recebida em troca de um investimento de tempo, dinheiro ou esforço.

Como o conceito de Valor para *marketing* sofre influências de diversos âmbitos de estudo, como a psicologia, a sociologia e a economia, conhecer seu significado do ponto de vista do cliente permite à empresa avaliar de forma privilegiada o mercado para melhor direcionar suas estratégias de *marketing*, de acordo com Veludo-de-Oliveira e Ikeda (2010).

Já Baker (2006) alerta para o fato de que a distinção entre sucesso e fracasso em mercados competitivos pode ser reduzida a duas questões básicas: a tradicional questão do entendimento das necessidades do cliente, mas também a habilidade da empresa em entregar Valor.

Por outro lado, os estudos de Milan (2006), Milan e De Toni (2012) e Milan *et al* (2013) demonstraram que no contexto de provedores de serviços, Valor antecede a confiança e esta relação é diretamente influenciada pelo renome do prestador de serviços.

Portanto, como Weaver, Weber e McCleary (2007) argumentam, as empresas necessitam buscar o atendimento eficaz, bem como o entendimento, do cliente, para poder desenvolver relacionamentos significativos e rentáveis com ele no longo prazo.

Já Kotler, Kartajaya e Setiawan (2010, p. 198-205), defendem que o *marketing* baseado em valores pode ser sintetizado em dez credos: trate seus clientes com amor e seus concorrentes com respeito; quando os tempos mudarem, mude também; esclareça quais são seus valores e não abra mão deles; concentre-se no segmento ao qual você pode proporcionar mais benefícios; defina preços justos para refletir sua qualidade; ajude seus futuros clientes a encontra-lo; considere seus clientes como se fossem seus clientes para o resto da vida; toda empresa é uma empresa de serviços, pois todo produto envolve um serviço; aprimore seus

processos de negócios a cada dia; gerentes sábios consideram outros aspectos além do impacto financeiro de uma decisão.

Uma questão fundamental relacionada a valor da empresa é a percepção do cliente quanto à sua reputação. Quando o cliente compreende a empresa como sendo justa e honesta sua percepção atribui a ela símbolos de empatia, reciprocidade, valor e equidade, que podem, conseqüentemente, causar resultados positivos à imagem da empresa, impactando-a positivamente como um todo (BENNETT; KOTTASZ, 2000; DONEY; BARRY; ABRATT, 2007)

No que tange a como relacionar-se com o cliente visando mantê-lo, Zineldin (2006) propõe que se deva lidar com ele observando seu valor vitalício. Em outras palavras, considerar a capacidade do cliente em realizar compras futuras, além de fazer indicações a terceiros.

Verhoef (2003) alerta para o fato de que o cliente de serviços normalmente não troca com tanta frequência de empresa quanto aquele de produtos industriais, pois isto implicaria em altos custos psicológicos e financeiros. Contudo, a ausência ou a baixa incidência de troca não garante a satisfação do cliente – seu reconhecimento do Valor – do prestador de serviço.

Valor é tradicionalmente definido com base na relação custo/benefício. Heskett *et al* (1994) propuseram a seguinte leitura dessa definição:

$$\text{VALOR} = \frac{\text{BENEFÍCIOS} \\ \text{(Resultados entregues aos clientes + qualidade do processo)}}{\text{SACRIFÍCIOS} \\ \text{(Preço para o cliente + custo de aquisição do serviço)}}$$

Nessa definição de Valor, o foco está no resultado expresso em termos do que é entregue ao cliente, a qualidade do processo e os custos incorridos no processo de aquisição e uso do serviço.

Contudo, todo o *marketing* baseia-se em proposições de Valor, segundo Gummesson (2007). Isto significa simplesmente que os clientes não compram bens ou serviços; eles compram algo que eles percebem ser de Valor para eles. Apesar do setor de saúde ser exemplo de estatísticas negativas por estar presente de forma

frequente nas notícias que relatam escassez de médicos, custos disparados e organização ineficiente, ele abriga o conjunto mais complexo de bens e serviços que se pode conceber: desde a compra de um *bandaid* numa farmácia para usar no caso de um pequeno corte, até uma cirurgia de trauma após um acidente de trânsito ou um câncer que requer tratamento sofisticado por anos. Na saúde, portanto, Valor pode ter os mais variados significados.

Uma forma de quantificar o Valor em saúde, de acordo com Porter e Donthu (2008), é vê-lo como o resultado de uma proporção: o nível de qualidade dos serviços prestados deveria sempre ter um valor monetário superior àquele efetivamente gasto.

Nordgren (2009) afirma que Valor é gerado no processo de interação entre o provedor e o cliente: em vez de falar sobre atividades, o conceito de produtividade de serviço em saúde necessitaria abranger valores como saúde, qualidade de vida, tempo de espera reduzido, acessibilidade, confiança, informação, redução do sofrimento e mortes. O alvo maior da instituição de saúde deveria ser gerar Valor, complementando e apoiando o processo de criação de Valor na ótica do paciente.

A arte do *Marketing* de Relacionamento gira em torno da entrega de Valor aos clientes, afirmam Berry e Parasuraman (1991). O Valor é a cola que liga a empresa e o cliente. O Valor reflete o benefício total que os clientes recebem pelo custo total em que eles incorrem no tratamento de seus problemas de saúde. Para ilustrar, o serviço de um atendimento hospitalar é bem mais do que o trabalho de médicos e enfermeiros. Ele envolve coisas menores, mas também impactantes no lado do benefício da equação de valor, tais como a limpeza do quarto, a pontualidade e a forma da aplicação de medicamentos, a qualidade da alimentação, a temperatura e o silêncio no ambiente. Godoi (2004, p. 52) chama a isto de “nova postura de valorização do paciente”, significando que “o foco do hospital passa a ser outro, o de não apenas tratar doentes, mas de vender saúde”.

Ao discutir qual melhoria num hospital agregaria maior Valor ao negócio, Ovretveit (2015, p. 209) propõe uma lista de verificação de oito itens, conforme Quadro 22.

Quadro 22: Lista de verificação para escolha da melhoria que agrega valor – qual delas passa no teste?

1. O problema é grave para os pacientes e custa caro?
2. Há em qualquer lugar uma solução que melhora o cuidado prestado aos pacientes?
3. A melhoria economizaria recursos e reduziria o desperdício?
4. Se ela pode ser implementada sem custo, reduziria os custos ou aumentaria a receita?
5. Quanto custa?
6. Quanto seria economizado ou se lucraria?
7. Quanto tempo leva para os ganhos compensarem os custos da mudança?
8. O que se perde (ou o que se ganha) se não começar agora?

Fonte: Adaptado de OVRETVET, 2015, p. 209.

Contudo, recomenda-se lembrar que, do ponto de vista do paciente, a definição de Valor pode ser simplesmente a sugerida por Wegner (2016, p. 276): “o que estou recebendo e quanto custa?”.

Porter (2010, p. 2.477) propõe que “alcançar alto valor para pacientes deve tornar-se o objetivo abrangente da prestação de cuidados de saúde, com valor definido como os resultados da saúde obtidos por dólar gasto”. Este alvo, segundo ele, “[...] é o que importa para pacientes e unifica os interesses de todos os atores no sistema”, pois “se valor melhorar, pacientes, entidades pagadoras, provedores e fornecedores podem todos beneficiar-se enquanto a sustentabilidade econômica do sistema de saúde aumenta”.

(e) Fidelização

Fidelização e satisfação andam juntas, de mãos dadas. Para aproximar a empresa dos seus clientes, é essencial estabelecer relacionamentos satisfatórios com eles, objetivando entender seu comportamento e expectativas. Daí, o passo seguinte é fidelizar: relacionar-se com o cliente de maneira significativa no longo prazo (RAMBO, 2014).

Hoffman e Bateson (2003) defendem a satisfação como sendo o assunto mais pesquisado em *marketing*, já que sem ela a empresa não justifica sua existência. A satisfação por gerar fidelização e promover a comunicação boca-a-boca, carece de ser monitorada constantemente para permitir à empresa tomar ações reconstrutivas caso detecte a perda de clientes.

A Fidelização almeja conquistar lealdade no relacionamento entre fornecedor e consumidor, de tal forma que não haja perda de clientes, pois cativar um novo freguês é mais oneroso do que manter o atual, explicam Cobra e Ribeiro (2000).

Já Bogman (2002) esclarece que Fidelização é o processo pelo qual um cliente torna-se fiel. Cliente fiel é aquele que sempre volta para efetuar uma nova compra, por estar satisfeito com o serviço que lhe é prestado.

Tem sido comum verificar que cresce o número de empresas que procuram definir quais tipos de clientes elas podem atender bem, ao invés de “tentar ser tudo para todos”. Logo após uma empresa conquistar clientes que julga desejáveis, seu desafio passa a ser desenvolver relacionamentos com eles para fidelizá-los, o que poderá causar-lhe “uma corrente crescente de receita” (LOVELOCK; WIRTZ, 2006, p. 293).

Troccoli, Dreher e Dal Moro (2008) analisam que não é mais suficiente apenas saber o que o consumidor deseja para garantir sua fidelização. Não mais satisfaz sugerir um serviço que atenda às necessidades comprovadas do cliente, mesmo que ele esteja adequado ao seu poder de compra e com preço ajustado ao custo de produção. Os clientes estão cada vez mais circundados por uma rede de elementos ambientais, políticos, psicológicos, sociais e tecnológicos que interagem simultaneamente para definir sua decisão. Aliás, o processo decisório de compra – e, a reboque, a fidelização dos clientes – tem-se tornado um caso cada vez mais complexo e mutável.

Contudo, a essência do segredo em conquistar a fidelidade de um cliente está nas simples atitudes do dia-a-dia que fazem com que o consumidor seja positivamente envolvido pela eficiência dos serviços que lhe são oferecidos (RAPHEL; RAPHEL, 1996).

Os chamados encontros de serviço que resultam na satisfação do cliente, causando sua Fidelização, representam um convite à construção de relacionamentos, os quais segundo Moura e Luce (2004), mesmo sendo difíceis de serem construídos, mantidos e imitados, tornam-se importantes diferenciais, favorecendo o alcance de vantagens competitivas.

A Fidelização propicia uma melhor compreensão do cliente e um diálogo personalizado com ele, afirmando com maior precisão seus desejos e necessidades, atendendo-os com excelência e até antecipando-os, intencionando obter resultados sustentáveis para a organização. Oliveira *et al* (2009) explicam que conhecer o cliente e o processo de compra de um serviço – do ponto de vista do cliente - é essencial para manter um bom relacionamento com ele. Contudo, para que a fidelidade e o conseqüente relacionamento prosperem, deve haver confiança, compromisso e comunicação entre todas as partes interessadas, complementa Danciu (2009).

Ao se considerar que o hospital além do perfil curativo de seus serviços também deve agir na prevenção de doenças, a Fidelização do cliente assume importância especial mesmo que a escolha do hospital tenha sido realizada em função das especialidades que oferece ou pelo plano de saúde ao qual o cliente está ligado. Visando direcionar esforços para atrair e manter clientes num relacionamento de longo prazo, variadas iniciativas podem ser empreendidas, tais como a construção de espaços modernos e inovadores, a aquisição de equipamentos de alta tecnologia, o incentivo ao desenvolvimento das equipes médicas, a melhor qualificação do atendimento prestado pelos funcionários (GODOI, 2008).

A satisfação do paciente, afirmam Silva e Silva (2014), é o retorno positivo que ele dá ao hospital por meio de sua fidelidade por compreender ser alvo de uma assistência de qualidade que não está ligada unicamente aos profissionais que o atendem. Além disso, deve ser considerada a manutenção física da unidade, a qualidade das refeições, a organização da unidade de atendimento, bem como o valor (não financeiro) dos serviços prestados desde a admissão até a alta hospitalar, abrangendo profissionais dos mais variados níveis, como o funcionário da recepção, ou quem conduz a cadeira de rodas até o quarto. Em vista disso, tudo o que um paciente vê, teme, sente e experimenta num ambiente hospitalar deveria incutir-lhe confiança (BAIRD, 2008).

Astuti e Nagase (2014) alertam para o fato de que o cuidado da saúde, especialmente no ambiente da internação hospitalar, consiste num serviço muito personalizado. Pacientes compartilham com o médico e auxiliares seus mais íntimos segredos, pois eles vêm ao hospital numa condição de *stress* emocional e físico

marcantes. Por outro lado, os serviços de saúde são complexos na sua natureza, exigindo um alto grau de envolvimento do paciente em interações com o médico. O paciente como cliente possui características particulares que diferem de outros clientes, em outros contextos; e o comportamento deles é determinado por vários fatores, tais como sua inevitável condição física, sua doença específica e a gravidade do seu caso. Geralmente, o paciente não tem a escolha do tipo e qualidade do tratamento a que se submeterá, o diagnóstico ou mesmo o remédio que lhe será prescrito. Por isso, pacientes preferem escolher o seu médico tomando como base o critério de confiança.

O estudo já mencionado realizado pela McKinsey (GROTE; NEWMAN; SUTARIA, 2007), também demonstra quais fatores influenciam na seleção do hospital e do médico. Os 2.000 pacientes que se submeteram à pesquisa foram solicitados a distribuir 100 pontos de acordo com a importância que eles davam a cada um dos quatro fatores que podiam ter sugestionado sua decisão de escolher aquele hospital: a experiência como paciente, a reputação do hospital, a decisão do médico em indicar aquele hospital e a localização do hospital. Na média, os pacientes deram 41 pontos para a experiência como paciente, 21 pontos para a decisão do médico, 20 pontos para a reputação do hospital e 18 pontos para localização. Fidelização, portanto, ocupa a primeira colocação.

Propõe-se no Quadro 23, uma síntese dos princípios e estratégias do *Marketing* de Relacionamento – *Marketing* interno, Prospecção, Parceria, Valor e Fidelização – dada a sua importância para a atividade hospitalar.

Quadro 23: Princípios e estratégias de *Marketing* de Relacionamento aplicáveis ao setor de saúde hospitalar

PRINCÍPIOS E ESTRATÉGIAS	DEFINIÇÃO	FONTE BIBLIOGRÁFICA
<i>Marketing</i> interno	O relacionamento da empresa com o seu “mercado de empregados”.	Gummesson, 1994, p. 13
Prospecção	“Busca constante e permanente, além de sistemática, de [...] pessoas ou empresas [...] interessadas nos produtos do vendedor”.	Las Casas, 2009, p. 77
Parceria	“[...] estratégias e processos organizados que visam a um atendimento eficiente, transformando cada contato numa experiência agradável [...], sem problemas para o cliente [...]”.	Lima, 2012, p. 10
Valor	“[...] os resultados da saúde obtidos por dólar gasto”.	Porter, 2010, p. 2.477
Fidelização	O processo pelo qual um cliente torna-se fiel.	Bogman, 2002

Fonte: Conforme expressa na coluna “Fonte Bibliográfica” deste Quadro.

A compreensão deste tema – *Marketing* de Relacionamento praticado por meio de *Marketing* interno, Prospecção, Parceria, Valor, Fidelização – distinguirá o hospital que o desempenhar entre os concorrentes.

3.5 Estratégias de *Marketing* para Organizações Hospitalares Com e Sem Fins Lucrativos

Wymer (2013) explica as principais diferenças entre empresas pró-lucro e aquelas sem fins lucrativos. Segundo ele, o conceito de *marketing* pressupõe que a empresa busque lucros e tenha clientes. Esse pressuposto pode ser aplicado a negócios em geral, mas geralmente não se aplica a organizações sem fins lucrativos. Quando o faz, normalmente o relacionamento não é transacional, em contraste ao conceito comumente aceito de que os relacionamentos de *marketing* acontecem numa díade vendedor-comprador. Os objetivos das organizações sem fins lucrativos não são derivados de um desejo de aumentar o patrimônio dos proprietários da organização, pois elas podem desejar sustentabilidade financeira, mas isso é diferente do que desejar lucros. Uma organização sem fins lucrativos é criada para fornecer um benefício - sua missão - para a sociedade, já que seus fundadores não são proprietários da organização, pois é a sociedade que a possui. Por outro lado, uma organização com fins lucrativos é constituída para aumentar a riqueza de seus proprietários. Em síntese, os meios mediante os quais uma empresa comercial tenta aumentar a riqueza de sua propriedade é produzindo lucro. Já uma organização sem fins lucrativos esforça-se para beneficiar a sociedade ao cumprir sua missão.

Por isso, conforme Minadeo (2017), todas as organizações, independentemente de seu objetivo final (lucro, lucro com benefício à sociedade ou benefício à sociedade), precisam focar sua atuação no cliente. Sem ele não existe transação e nem relacionamento.

Kotler (1979) e Kotler e Lee (2010) argumentam que mesmo as organizações sem fins lucrativos são socialmente responsáveis e orientadas para o serviço ao cliente. Elas existem com a finalidade de fornecer serviços e programas que possam beneficiar outras pessoas que não os seus acionistas. Muitas vezes esses serviços

não são oferecidos por empresas públicas ou privadas ou, talvez, não existam em um nível que atenda a população que deles carece.

Os hospitais sem fins lucrativos possuem três fontes principais de receita: recebimento de pagamento por serviços prestados, apoio governamental e doações. Pascucci, Meyer Junior e Murphy (2010) explicam que no Brasil, como em outros países da América Latina, as organizações sem fins lucrativos beneficiam-se de isenções fiscais, uma consideração importante para qualquer negócio. Segundo eles, frequentemente o desempenho destes hospitais tem sido alvo de críticas e queixas de clientes, financiadores, agências governamentais e da própria sociedade.

Wood, Bhuiyan e Kiecker (2000), bem como Christensen, Grossman e Hwang (2009) adotam uma visão crítica e provocativa quanto a isenção fiscal para hospitais sem fins lucrativos. Segundo eles, por considerar-se que todas as entidades necessitam gerar um excedente de receita superior às suas despesas para sobreviver no mercado, essa distinção – com ou sem fins lucrativos – parece interessar somente às autoridades fiscais. Os hospitais privados precisam estar orientados para obter resultados, independente de sua classificação como negócio que busca ou não o lucro, pois as organizações norteadas pelo mercado tendem a obter um melhor resultado do que aquelas que não o são.

A função de *marketing* em uma organização sem fins lucrativos, tal como um hospital, é aumentar seu suporte. Wymer (2013) esclarece que suporte refere-se a entradas de recursos (doações, recebimento de valores por serviços prestados, etc.); uma ênfase majoritariamente financeira. As táticas de *marketing* com ou sem fins lucrativos devem visar aumentar a força da sua marca. A força da marca é alcançada assegurando que o objeto da marca – serviços oferecidos pelo hospital - seja percebido como notável e, em seguida, comunicando a notabilidade da marca ao seu público-alvo.

Thomas (2010) sintetiza o tema ao afirmar que as entidades de saúde classificadas como organizações sem fins lucrativos são tipicamente conservadoras, particularmente no que diz respeito ao uso de recursos financeiros, pois elas tendem a restringir seus gastos a atividades que se relacionam diretamente com sua missão. Além disso, elas tendem a ver seus objetivos como altruístas, diferenciando-os daquelas com fins lucrativos. Essa atitude promoveu a percepção de que os

hospitais sem fins lucrativos têm intenções mais nobres do que aqueles com fins lucrativos. Contudo, a partir da década de 1980, as entidades de saúde sem fins lucrativos descobriram que seu mundo estava mudando e que elas precisavam repensar sua posição quanto a lucro. Segundo o autor, o adágio "sem margem, sem missão" foi cada vez mais verbalizado, já que os hospitais sem fins lucrativos começaram a perceber a importância do lucro para a sua sobrevivência. Embora os profissionais de saúde não gostem de usar a palavra lucro, sua busca passou a ser aceita. Como resultado dessa atitude, os hospitais sem fins lucrativos passaram a adotar práticas comerciais, vistas nas empresas com fins lucrativos, que eram importantes para a área da saúde.

Encerra-se este capítulo ao parafrasear-se e ampliarem-se as palavras de Brito (2011): obter sucesso na gestão de *marketing* em serviços de saúde não trata de se optar por *Marketing* Transacional, *Marketing* de Serviços, *Marketing* de Relacionamento, *marketing* adaptado às necessidades de entidades privadas com ou sem fins lucrativos. A abordagem de *marketing* de um hospital deve ser só uma: aquela que atende os anseios de seu cliente e às suas necessidades e características empresariais individuais. Nenhuma panaceia que está na moda deve ser utilizada, a não ser que seu cliente a deseje, as condições de mercado a permitam e o próprio hospital a endosse.

O capítulo quatro, a seguir, discute a metodologia adotada no trabalho como um todo, explicitando sua proposta de organização.

4 METODOLOGIA

Este capítulo correlaciona em sua discussão a tipologia e o *framework* da pesquisa, identifica os pressupostos da pesquisa, apresenta o universo de estudo e as investigações preliminares para seleção da amostra, bem como os critérios de seleção da amostra, descreve o instrumento de coleta de dados e o pré-teste da pesquisa de campo, demonstra o processo de coleta de dados e identifica como deverão ser conduzidas as atividades de análise e interpretação de dados.

4.1 Tipologia e *Framework* da Pesquisa

O procedimento geral de pesquisa, segundo Deslauriers e Kérisit (2008, p. 128), seja ele quantitativo ou qualitativo, é fundamentalmente o mesmo, pois o pesquisador "[...] propõe uma questão e colhe informações para respondê-la; ele trata os dados, analisa-os e tenta demonstrar como eles permitem responder ao seu problema inicial".

Lakatos e Marconi (2008) explicam que a seleção de um método de pesquisa se realiza com o intuito de localizar respostas à questões previamente formuladas mediante uma análise científica, organizada, sistemática, crítica e constituída de dados observáveis.

No que tange à tipologia, Malhotra (2012) afirma que as pesquisas de *marketing* enquadram-se em exploratória (dados secundários e pesquisa qualitativa), descritiva (levantamento e observação) e causal (experimentação). Pretende-se que este estudo esteja baseado na abordagem proporcionada pela pesquisa exploratória (SEVERINO, 2007; GIL, 2010).

Os dados secundários, aqueles "[que] podem ser localizados de forma rápida e barata" na explicação de Malhotra (2012, p. 80), foram compostos por referências bibliográficas relacionadas à área da saúde (sistemas de saúde), o setor de serviços hospitalares, hospitais privados, *marketing*, estratégias de marketing; *folders*;

relatórios institucionais; publicações; *sites*. Além disto, foram identificados e relacionados conceitos, fatos, dados e informações que contribuam para a análise e compreensão do tema (MARCONI; LAKATOS, 2002).

Segundo Pizzinatto e Pizzinatto (2012, p. 39), a pesquisa aplicada de *marketing* “normalmente se inicia com um estudo exploratório” que é o primeiro passo do processo de pesquisa e pode apoiar-se em diversas fontes de informação.

Este estudo inicialmente investigou a literatura disponível sobre o tema, mediante a aplicação de um *framework* de pesquisa (Figura 2, p. 99) visando analisar o *marketing* quando aplicado ao setor hospitalar em seus enfoques Transacional e Relacional.

A primeira das etapas da pesquisa, portanto, foi composta por um Estudo Exploratório Qualitativo, no qual dados secundários, preferencialmente documentos, foram analisados, conforme argumenta Yin (2001). Podem ser considerados como tais, neste estudo, aqueles provenientes de levantamento bibliográfico sobre a temática em estudo, pesquisas no *site* dos hospitais, bem como pesquisa documental, incluindo investigações anteriores realizadas. O levantamento de informações baseadas em dados secundários, especificamente o vinculado às estratégias apresentadas no referencial teórico, permitiu uma análise qualitativa e crítica do perfil das que são utilizadas e a sugestão de aperfeiçoamento das estratégias já adotadas pelos hospitais.

Como esclarecem Boyd e Westfall (1984, p. 65, 66), “o estudo exploratório pode ser encarado unicamente como o primeiro passo no processo de pesquisa”, já que sua “[...] ênfase é dada à descoberta de práticas ou diretrizes que precisam modificar-se e na elaboração de alternativas que possam ser substituídas”. Em outras palavras, “[...] o estudo exploratório pode ser considerado como o passo que define o problema, para cuja solução serão usados outros projetos”.

Numa segunda etapa, portanto, foi realizado Estudo Descritivo de Múltiplos Casos, mediante entrevistas realizadas junto a profissionais representantes dos hospitais-alvo desse estudo. Pretende-se dessa forma avaliar a realidade do *marketing* no contexto hospitalar, evitando experimentos laboratoriais que isolam acontecimentos de seu contexto, porém valorizando a técnica de estudo de casos que enfatiza o

contexto de um mundo rico e real no qual fenômenos acontecem (YIM, 2001; EISENHARDT; GRAEBNER, 2007).

Por constatar-se que “o valor e a relevância da pesquisa de serviços é altamente dependente da metodologia adotada” (GUMMESSON, 2014, p. 3), utilizou-se a técnica de pesquisa qualitativa denominada estudo de múltiplos casos, na qual as atenções do pesquisador estiveram concentradas em objetos de estudo denominados “caso” (IKEDA; VELUDO-DE-OLIVEIRA; CAMPOMAR, 2006).

A pesquisa qualitativa que, nas palavras de Malhotra (2012, p. 111), é uma “metodologia de pesquisa não estruturada e exploratória baseada em pequenas amostras que proporciona percepções e compreensão do contexto do problema”, foi conduzida por meio de entrevistas em profundidade com roteiro estruturado com gestores de hospitais, visando obter suas percepções pessoais e profissionais sobre estratégias de *marketing*.

As questões foram elaboradas a partir do estabelecimento dos pontos a investigar - estratégias de *marketing* potencialmente praticadas pelos gestores hospitalares (Quadro 34, p. 112) -, bem como derivadas do referencial teórico que subsidiou a pesquisa no que diz respeito ao perfil da gestão de *marketing* praticado pelo gestor da instituição hospitalar selecionada. Como sugere Stake (1995), uma lista das questões foi entregue ao entrevistado indicando interesse em que aquela agenda pudesse ser cumprida.

Foram realizadas entrevistas individuais, face-a-face, com profissionais que representam os hospitais privados da cidade de São Paulo, associados titulares da ANAHP (ANAHP, 2017). Ratifica-se, portanto, que foi adotada a realização de pesquisa pelo método do Estudo Descritivo de Múltiplos Casos (FRASER; GONDIM, 2004; JOIA, 2006; LIMA, 2012; LIMA; ZOSCHKE, 2012; MATTAR, 2014).

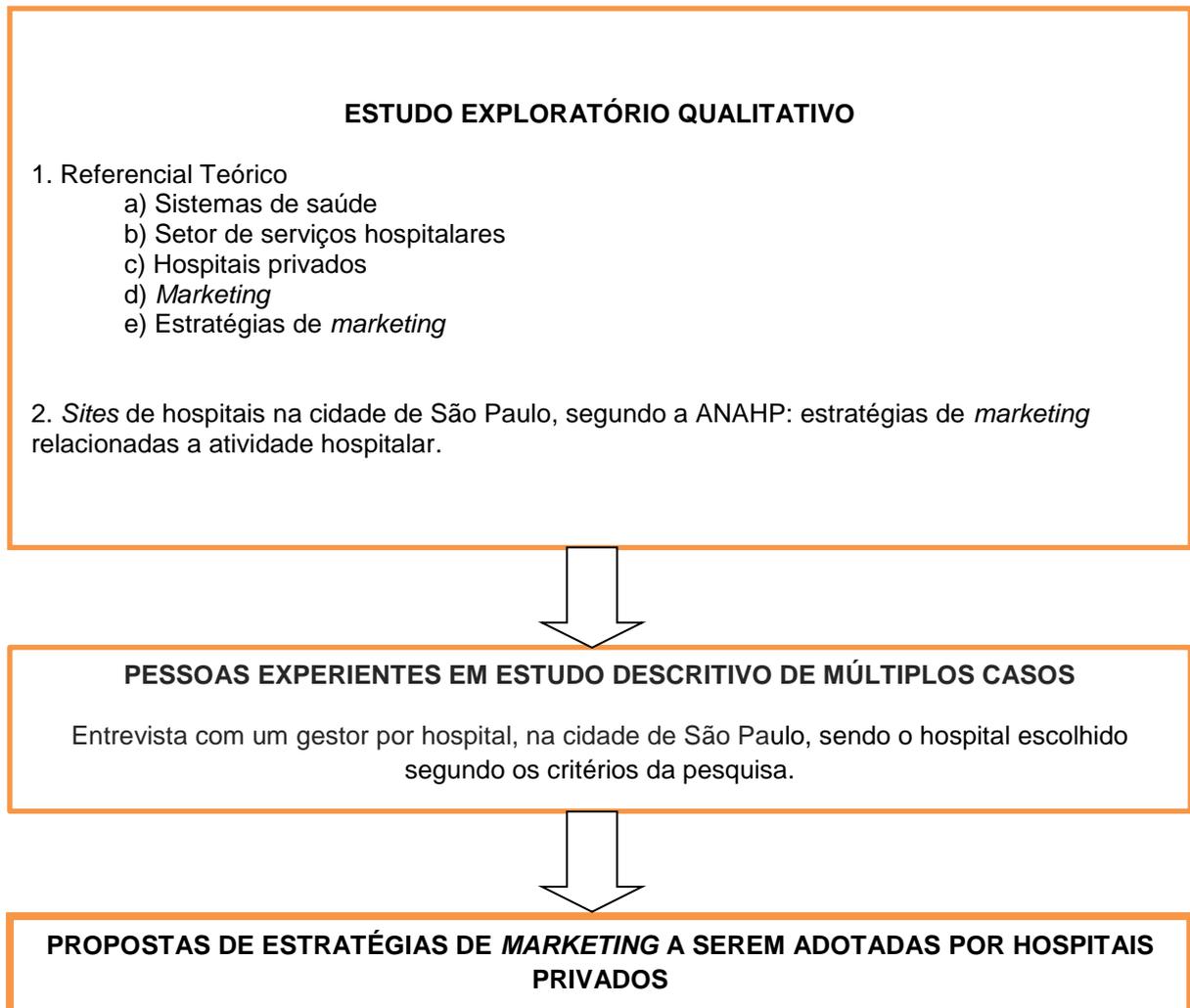
Ao longo do tempo, os estudos de casos múltiplos têm conquistado um número maior de entusiastas, pois permitem estabelecerem-se comparações e contrastes qualificados, o que dá aos resultados um respaldo mais firme (GODOY, 2010).

A natureza prioritariamente aberta e ampla desta metodologia de investigação endossa o ato de obter-se uma riqueza informativa de grande monta e propicia ao

pesquisador clarificar e dar andamento a perguntas e respostas em uma interação constante, flexível e direta (GODOI; MATTOS, 2010).

A Figura 2 apresenta o *framework* da pesquisa; nela estão delineados os passos investigativos que foram seguidos.

Figura 2: *Framework* da pesquisa



Fonte: Elaboração própria.

Além do mais, tencionou-se “[...] conhecer mais a respeito de um fenômeno por meio de métodos de pesquisa em uma investigação empírica [...]”, bem como “[...] olhar para o mesmo fenômeno [...] a partir de mais de uma fonte de dados”. Isso permitiu que “informações advindas de diferentes ângulos [pudessem] ser usadas para corroborar, elaborar ou iluminar o problema de pesquisa”, pois se adotou como método de pesquisa a “triangulação de dados”. A triangulação de dados “[...] significa coletar dados em diferentes períodos e de fontes diferentes”. É uma técnica

que “[...] possibilita uma visão mais completa, geral, holística e [de] diferentes ângulos e perspectivas do mesmo fenômeno melhorando a capacidade de análise e decisão do pesquisador” (IKEDA, 2009, p. 17, 18).

A adoção da triangulação representa um esforço de garantir uma percepção clara do fenômeno sob análise (DENZIN; LINCOLN, 2006), além de permitir maior precisão dos protocolos de pesquisa adotados nos estudos de caso (STAKE, 1995).

Conseqüentemente, ao executar esse estudo, pretendeu-se utilizar o respaldo de técnicas apontadas na revisão da literatura, mediante consulta às principais obras de referência escritas sobre o tema, publicadas nos principais periódicos, livros e *sites* acadêmicos nacionais e estrangeiros; na pesquisa de campo, os dados foram coletados via entrevistas semiestruturadas com informantes-chave, denominados pessoas experientes, profissionais familiarizados com a definição das estratégias dos hospitais elencados para compor os casos-alvo do estudo; e a análise dos casos selecionados foi realizada pelo confronto entre os dados encontrados na literatura e os resultados das entrevistas com os gestores dos hospitais selecionados.

O método de estudo de multicasos pretende avaliar e entender o fenômeno estudado para todos os casos analisados. Em função disto, as conclusões propostas poderão contribuir de uma maneira mais significativa do que se o estudo fosse limitado a um caso somente.

4.2 Pressupostos da Pesquisa

Considerando que neste estudo o *Marketing* de Serviços é uma aplicação dessa área de saber no setor hospitalar, pode ser praticado com enfoque Transacional ou de Relacionamento, conforme maior ênfase em um ou outro, a pesquisa bibliográfica deu origem a alguns pressupostos investigados neste trabalho. Os autores cujos posicionamentos fundamentaram a definição de tais pressupostos são os citados em seguida a cada um deles. São três os pressupostos:

- a) gestores de hospitais privados, em função de atuarem no setor de serviços de saúde, no que tange ao atendimento hospitalar, utilizam as estratégias de *Marketing* de Serviços (sete Ps) (PALMER, 2003; LOVELOCK; WIRTZ, 2006; WHALLEY, 2010);
- b) gestores de hospitais privados, também tomam decisões relativas ao composto de *marketing*, portanto, utilizam estratégias de *Marketing* Transacional (quatro Ps) (MCCARTHY, 1960; CONSTANTINIDES, 2006; BAKER, 2008; THOMAS, 2010);
- c) gestores de hospitais privados, por tomarem decisões relativas tanto ao comprometimento do público interno com a satisfação do cliente, quanto por serem responsáveis pelo atendimento às expectativas e consequente fidelização do cliente usuário, bem como com a prospecção de novos clientes, utilizam as estratégias de *Marketing* de Relacionamento (BERRY; PARASURAMAN, 1991; ROCHA; LUCE, 2006; GRÖNROOS, 2007; GUMMESSON, 2010; BATESON; HOFFMAN, 2016).

A seguir analisou-se o universo de estudo com a pretensão de estabelecer uma amostra que o representasse adequadamente.

4.3 Universo do Estudo

O Ministério da Saúde, tendo em vista o fortalecimento do SUS, viabiliza projetos via Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI/SUS) em parceria com seis entidades hospitalares: Associação do Sanatório Sírio (HCor), Associação Hospitalar Moinhos de Vento, Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein e Sociedade Hospital Samaritano (BRASIL, 2016). Dessas seis entidades, cinco estão localizadas na cidade de São Paulo, com exceção da Associação Hospitalar Moinhos de Vento que se encontra em Porto Alegre, RS.

Portanto, dos hospitais que poderiam ser objeto deste estudo, por estar localizados em São Paulo, cinco deles faziam parte do PROADI/SUS, sendo que quatro caracterizavam-se como sem fins lucrativos e um como buscando o lucro.

Além disso, a ANAHP mantém no Brasil, como seus associados titulares, 67 hospitais privados. Já no Estado de São Paulo encontram-se 20 destes 67 hospitais, sendo que na cidade de São Paulo, especificamente, localizam-se 18 (ANAHP, 2017). O Quadro 24 especifica os 18 hospitais cotados como universo da pesquisa.

Quadro 24: 18 Hospitais associados titulares da ANAHP em São Paulo, SP

A. (Antônio) C. (Cândido) (de) Camargo Cancer Center
BP (Beneficência Portuguesa)
BP (Beneficência Portuguesa) Mirante
Complexo Hospitalar Edmundo Vasconcelos
Hospital 9 de Julho
Hospital Alemão Oswaldo Cruz
Hospital Bandeirantes
Hospital do Coração (HCor)
Hospital e Maternidade Santa Joana
Hospital Infantil Sabará
Hospital Israelita Albert Einstein
Hospital Nipo-Brasileiro
Hospital Samaritano
Hospital Santa Catarina
Hospital Santa Paula
Hospital São Camilo (Pompeia)
Hospital São Luiz (Itaim)
Hospital Sírio-Libanês

Fonte: Adaptado de ANAHP, 2017, p. 156-243.

A seguir, no item 4.4, as investigações preliminares que subsidiaram a seleção da amostra, apresentada em tópico específico, em 4.5.

4.4 Investigações Preliminares para Seleção da Amostra

Para selecionar desse universo de 18 hospitais a amostra a ser investigada no trabalho de campo foi realizado o que Boyd e Westfall (1984) denominam de investigações preliminares: em dados secundários, foram levantados dados importantes no processo de seleção da amostra, tais como, os endereços eletrônicos (Quadro 25) que facilitaram o acesso às lideranças organizacionais, a classificação por finalidade econômica (com e sem fins lucrativos) (Quadro 26), seguido da identificação do órgão acreditador (Quadro 27). Por fim, a Missão, Visão e Valores de cada hospital foram analisados (Quadros 28, 29 e 30).

Portanto, como parte da pesquisa em dados secundários, o Quadro 25 apresenta os 18 hospitais já com a identificação de seus endereços eletrônicos.

Quadro 25: Página na *Internet* de cada um dos 18 hospitais associados titulares da ANAHP em São Paulo, SP

Hospital	Página na Internet
A. C. Camargo Cancer Center	www.accamargo.org.br
BP (Beneficência Portuguesa)	www.bp.org.br/bp
BP (Beneficência Portuguesa) Mirante	www.bp.org.br/mirante
Complexo Hospitalar Edmundo Vasconcelos	www.hpev.com.br
Hospital 9 de Julho	www.h9j.com.br
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	www.hospitalalemao.org.br ou www.hospitaloswaldocruz.org.br
Hospital Bandeirantes	www.hospitalbandeirantes.com.br ou www.leforte.com.br
Hospital do Coração - HCor	www.hcor.com.br
Hospital e Maternidade Santa Joana	www.santajoana.com.br
Hospital Infantil Sabará	www.hospitalinfantilsabara.org.br
Hospital Israelita Albert Einstein	www.einstein.com.br
Hospital Nipo-Brasileiro	www.hospitalnipo.org.br
Hospital Samaritano	www.samaritano.com.br
Hospital Santa Catarina	www.hospitalsantacatarina.org.br
Hospital Santa Paula	www.santapaula.com.br
Hospital São Camilo (Pompeia)	www.hospitalsaocamilosp.org.br
Hospital São Luiz (Itaim)	www.saoluiz.com.br
Hospital Sírio-Libanês	www.hospitalsiriolibanes.org.br

Fonte: Adaptado de ANAHP, 2017, p. 156-243.

O Quadro 26, por outro lado, classifica os hospitais conforme sua finalidade econômica.

Quadro 26: Caracterização por finalidade econômica (sem ou com fins lucrativos) de cada um dos 18 hospitais associados titulares da ANAHP em São Paulo, SP

Hospital	Finalidade econômica
A. C. Camargo Cancer Center	Sem fins lucrativos
BP (Beneficência Portuguesa)	Sem fins lucrativos
BP (Beneficência Portuguesa) Mirante	Sem fins lucrativos
Complexo Hospitalar Edmundo Vasconcelos	Com fins lucrativos
Hospital 9 de Julho	Com fins lucrativos
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	Sem fins lucrativos
Hospital Bandeirantes	Com fins lucrativos
Hospital do Coração - HCor	Sem fins lucrativos
Hospital e Maternidade Santa Joana	Com fins lucrativos
Hospital Infantil Sabará	Com fins lucrativos
Hospital Israelita Albert Einstein	Sem fins lucrativos
Hospital Nipo-Brasileiro	Sem fins lucrativos
Hospital Samaritano	Com fins lucrativos
Hospital Santa Catarina	Sem fins lucrativos
Hospital Santa Paula	Com fins lucrativos
Hospital São Camilo (Pompeia)	Sem fins lucrativos
Hospital São Luiz (Itaim)	Com fins lucrativos
Hospital Sírio-Libanês	Sem fins lucrativos

Fonte: Adaptado de ANAHP, 2017, p. 156-243.

As organizações componentes do sistema hospitalar devem buscar uma acreditação, que consiste numa certificação externa da qualidade de suas atividades. O intuito do hospital em obter esta certificação deve ser o de demonstrar a prática de uma filosofia de atendimento ao seu cliente que está sujeita à investigação e análise de um órgão neutro e externo, bem como divulgar sua intenção em qualificar os seus serviços de forma constante.

A acreditação é buscada de forma voluntária, já que se trata de um importante “reconhecimento público da produção de serviços de qualidade de uma organização de saúde, não sendo necessariamente um processo que se completa ou finaliza no momento da certificação” (GODOI, 2008, p. 104).

Há diversos organismos autorizados a conduzir esse processo de certificação. Destacam-se para os hospitais brasileiros três órgãos acreditadores, dois internacionais e um nacional: a) a Accreditation Canada (engloba a Qmentum), entidade canadense acreditadora de hospitais (acredita mais de 1.100 organizações de saúde nos cinco continentes, sendo 16% delas hospitais) (ACCREDITATION CANADA, 2018); b) a JCI, americana (acredita mais de 20.000 organizações de saúde nos cinco continentes, em mais de 100 países, sendo 1.046 hospitais) (JCI, 2018ab); e c) a ONA, brasileira (acredita mais de 700 organizações de saúde brasileiras, sendo 307 delas hospitais) (ONA, 2018).

O Quadro 27 especifica os órgãos que concedem acreditação a cada um dos 18 hospitais selecionados.

Quadro 27: Órgão(s) credenciador(es) por hospital associado titular da ANAHP em São Paulo, SP

Hospital	Órgão credenciador
A. C. Camargo Cancer Center	Accreditation Canada, ONA III
BP (Beneficência Portuguesa)	ONA III
BP (Beneficência Portuguesa) Mirante	JCI
Complexo Hospitalar Edmundo Vasconcelos	ONA III
Hospital 9 de Julho	JCI
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	JCI
Hospital Bandeirantes	Accreditation Canada
Hospital do Coração - HCor	JCI
Hospital e Maternidade Santa Joana	JCI, ONA III
Hospital Infantil Sabará	JCI
Hospital Israelita Albert Einstein	JCI
Hospital Nipo-Brasileiro	ONA III
Hospital Samaritano	JCI
Hospital Santa Catarina	JCI, ONA III
Hospital Santa Paula	JCI, ONA III
Hospital São Camilo (Pompeia)	JCI, Qmentum
Hospital São Luiz (Itaim)	JCI
Hospital Sírio-Libanês	Accreditation Canada, JCI

Fonte: Adaptado de ANAHP, 2017, p. 156-243.

Para organizar os hospitais em categorias, no processo de seleção da amostra, efetuou-se uma pesquisa no *site* de cada uma das 18 instituições, com a finalidade de identificar sua Missão, Visão e Valores. Sempre, quando indisponíveis à primeira vista, fez-se pesquisa adicional relativa às três palavras-chave (Missão, Visão, Valores) no *site* do hospital no recurso: “o que você procura”, “buscar” ou “pesquisa”. Desta forma foram construídos os Quadros 28, 29 e 30.

O Quadro 28, portanto, apresenta e permite comparar a Missão de cada um dos 18 hospitais associados titulares da ANAHP na cidade de São Paulo.

Quadro 28: Missão de cada um dos 18 hospitais associados titulares da ANAHP em São Paulo, SP

Hospital	Missão
A. C. Camargo Cancer Center	Ou “Propósito”: combater o câncer, paciente a paciente.
BP (Beneficência Portuguesa)	“Propósito”: valorizar a vida.
BP (Beneficência Portuguesa) Mirante	“Propósito”: valorizar a vida.
Complexo Hospitalar Edmundo Vasconcelos	Proporcionar atendimento integral de qualidade e bem-estar aos seus clientes na preservação e restabelecimento da saúde por meio de competência profissional, tecnologias inovadoras, moderna infra-estrutura hospitalar, pesquisas científicas e novas soluções em medicina.
Hospital 9 de Julho	Valorizar a vida das pessoas mediante a evolução da qualidade assistencial e da gestão praticada em nosso Hospital.
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	Minha ambição no dia a dia: ser preciso e humano para garantir a melhor experiência e resultado em saúde para o paciente.
Hospital Bandeirantes	Oferecer uma assistência médico-hospitalar, em qualquer nível de complexidade, com o melhor custo x benefício, de forma precisa, segura e humana.
Hospital do Coração - HCor	Promover com excelência e responsabilidade social o cuidado à saúde.
Hospital e Maternidade Santa Joana	NE (Não encontrada)
Hospital Infantil Sabará	Prestar serviços de saúde para crianças e adolescentes, com ética, alta qualidade, conforto e segurança, num ambiente motivador para cuidadores e parceiros, buscando constantemente a atualização científica e tecnológica.
Hospital Israelita Albert Einstein	Oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração do conhecimento e da responsabilidade social, como forma de evidenciar a contribuição da comunidade judaica à sociedade brasileira.
Hospital Nipo-Brasileiro	Atuar na prestação de serviços oferecendo assistência de complexidade variada, para garantir resultados efetivos em saúde.
Hospital Samaritano	Oferecer a melhor assistência à saúde, com foco no alto desempenho e na inovação de processos, buscando a melhor experiência para nossos clientes e contribuindo com o desenvolvimento do setor médico-hospitalar brasileiro.
Hospital Santa Catarina	Promover a vida por meio de uma assistência segura, humanizada e cristã, contribuindo para a sustentabilidade da Associação Congregação de Santa Catarina.
Hospital Santa Paula	Somos uma instituição exemplo na gestão de negócios e referência no atendimento de alta complexidade, preocupando-nos sempre com o cuidado e bem estar de cada paciente.
Hospital São Camilo (Pompeia)	Comprometido com a humanização, segurança do paciente e resolubilidade, atuando com base no conhecimento e na valorização da vida.
Hospital São Luiz (Itaim)	Prestar atendimento médico-hospitalar de alto padrão, promovendo a segurança dos pacientes, familiares, médicos e colaboradores, através da qualidade assistencial de alta <i>performance</i> , infraestrutura adequada e eficiência operacional.
Hospital Sírio-Libanês	Ser uma instituição de saúde excelente na medicina e no cuidado, calorosa e solidária na essência.

Fonte: Site de cada hospital conforme discriminado no Quadro 25.

O Quadro 29 identifica e contrapõe a Visão dos 18 hospitais, que constituíram o universo deste estudo, associados titulares da ANAHP em São Paulo, capital do Estado de São Paulo.

Quadro 29: Visão de cada um dos 18 hospitais associados titulares da ANAHP em São Paulo, SP

Hospital	Visão
A. C. Camargo Cancer Center	Ser um <i>Cancer Center</i> universalmente reconhecido pela excelência no combate ao câncer, tendo como premissa a vida como um bem e o bem-estar como valor, sustentado por pesquisa de vanguarda e solidez no ensino.
BP (Beneficência Portuguesa)	NE
BP (Beneficência Portuguesa) Mirante	NE
Complexo Hospitalar Edmundo Vasconcelos	Ser reconhecido como um complexo médico hospitalar de excelência em saúde com assistência humanizada, qualidade no atendimento e sustentabilidade.
Hospital 9 de Julho	Ser um Hospital de referência que inspire confiança por meio da excelência e alta <i>performance</i> no acolhimento às pessoas e na prestação de serviços à saúde.
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	Como enxergo o mundo e a saúde: o cuidado pleno à saúde acontece na harmonia entre o conhecimento e o acolhimento.
Hospital Bandeirantes	NE [apesar de anunciado no site]
Hospital do Coração - HCor	Ser referência na entrega de valor em saúde.
Hospital e Maternidade Santa Joana	NE
Hospital Infantil Sabará	Ser reconhecido como o melhor hospital pediátrico, através da excelência dos serviços prestados, proporcionando acolhimento para crianças, adolescentes, seus familiares, médicos e demais cuidadores, de forma sustentável e com compromisso social.
Hospital Israelita Albert Einstein	Ser líder e inovadora na assistência médico-hospitalar, referência na gestão do conhecimento e reconhecida pelo comprometimento com a responsabilidade social.
Hospital Nipo-Brasileiro	Visão Institucional: ser reconhecido pela excelência na prestação de serviços com segurança, tecnologia, atendimento humanizado e compromisso social. Visão de Negócio: ser o hospital de referência e escolha para os clientes das regiões Norte/Leste de São Paulo e municípios vizinhos.
Hospital Samaritano	NE [apesar de constar como termo de busca]
Hospital Santa Catarina	Ser referência de entidade filantrópica no Brasil.
Hospital Santa Paula	Ser um hospital reconhecido nacional e internacionalmente, em busca de excelência e de resultados.
Hospital São Camilo (Pompeia)	Ser reconhecida pela qualidade assistencial, geração de conhecimento científico, valorização do seu corpo clínico e oferta de serviços e produtos competitivos, inovadores e sustentáveis
Hospital São Luiz (Itaim)	Ser reconhecido pela sociedade como referência em prestação de serviços médico-hospitalares, através da gestão eficiente de processos, segurança e qualidade assistencial
Hospital Sírio-Libanês	Propósito: conviver e compartilhar. Visão: Convivendo e compartilhando, contribuimos para uma sociedade mais justa e fraterna.

Fonte: Site de cada hospital conforme discriminado no Quadro 25.

E, por fim, o Quadro 30 mostra e contrasta os Valores individuais dos 18 hospitais, alvo desse estudo, que são associados titulares da ANAHP, e estão localizados na maior cidade brasileira.

Quadro 30: Valores de cada um dos 18 hospitais associados titulares da ANAHP em São Paulo, SP

Hospital	Valores
A. C. Camargo Cancer Center	“Ética, conhecimento, resolução, inovação, foco do paciente, humanidade, sustentabilidade” ou “atuação ética, eficácia terapêutica baseada em ciência, desenvolvimento e disseminação do conhecimento sobre o câncer, atendimento humanizado, combate ao câncer paciente a paciente, valorização dos recursos humanos, responsabilidade socioambiental, sustentabilidade econômico-financeira”.
BP (Beneficência Portuguesa)	Saúde está em primeiro lugar, credibilidade se cultiva, faz bem fazer o bem, estamos sempre em movimento, a colaboração nos leva mais longe, vida contagia.
BP (Beneficência Portuguesa) Mirante	Saúde está em primeiro lugar, credibilidade se cultiva, faz bem fazer o bem, estamos sempre em movimento, a colaboração nos leva mais longe, vida contagia.
Complexo Hospitalar Edmundo Vasconcelos	Acreditar no valor e na capacidade de desenvolvimento de seus colaboradores; cliente como principal razão de nossas ações; comprometimento com a excelência; diferenciação na prestação dos serviços; ética e transparência nas relações com clientes, parceiros e colaboradores; respeito à dignidade, privacidade e direitos do cliente; responsabilidade socioambiental; visão de futuro.
Hospital 9 de Julho	A atenção ao ser humano em primeiro lugar: ética, hospitalidade, colaboração, excelência, segurança.
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	Acolhimento, segurança do paciente, verdade, tradição inovadora, protagonismo colaborativo.
Hospital Bandeirantes	Excelência e paixão em tudo o que fazemos, sem jamais perder de vista a valorização da vida, a ética e o atendimento humano e acolhedor; espírito jovem e inovador, fundamental para a melhoria contínua de nossos serviços e processos; e compromisso permanente com a promoção da saúde e qualidade de vida.
Hospital do Coração - HCor	Valorização da vida, ensino e pesquisa; responsabilidade social e ambiental; ética; pioneirismo tecnológico; qualidade; humanização.
Hospital e Maternidade Santa Joana	NE (não encontrados)
Hospital Infantil Sabará	Cuidar com sustentabilidade; crianças e seus familiares; ética; forma de cuidar; nossos cuidadores.
Hospital Israelita Albert Einstein	Mitzvá, Refuá, Chinuch e Tsedaká, ou seja, Boas Ações, Saúde, Educação e Justiça Social são os preceitos judaicos que somados aos valores organizacionais (Honestidade, Verdade, Integridade, Diligência, Justiça, Altruísmo, Autonomia, Profissionalismo e Trabalho em Equipe.), norteiam as atividades e os colaboradores.
Hospital Nipo-Brasileiro	Ética: atuar com transparência e responsabilidade no exercício de suas atividades; confiabilidade: transmitir segurança e qualidade no atendimento; respeito: atendimento humanizado reconhecendo e aceitando a diversidade individual; excelência: atuar na satisfação das necessidades dos clientes e na melhoria contínua dos processos e dos resultados; sustentabilidade: gerir recursos de forma social.
Hospital Samaritano	Integridade, compaixão, relacionamento, <i>performance</i> , inovação.
Hospital Santa Catarina	Tradição, humanização, credibilidade, respeito e dignidade, empreendedorismo.
Hospital Santa Paula	Uma instituição com pessoas e procedimentos baseados em ética, hospitalidade, colaboração, excelência e segurança.
Hospital São Camilo (Pompeia)	Espiritualidade, comprometimento profissional, compromisso social, ética, valorização do conhecimento, valorização da vida, humanização, trabalho em equipe, sustentabilidade econômico-financeira, carisma camiliano.
Hospital São Luiz (Itaim)	Segurança, credibilidade, integridade, humanização, respeito, desenvolvimento.
Hospital Sírio-Libanês	Busca, calor humano, excelência, solidariedade.

Fonte: Site de cada hospital conforme discriminado no Quadro 25.

Com a finalidade, portanto, de organizar os hospitais em categorias, visando a seleção da amostra, realizou-se esta investigação preliminar relativa a finalidade econômica, órgão acreditador, Missão, Visão e Valores.

4.5 Critérios de Seleção da Amostra

O hospital é uma organização social imprescindível à sociedade e que engloba recursos técnicos e humanos que carecem atuar de forma harmônica, daí a necessidade do levantamento detalhado das informações sobre Missão, Visão e Valores, além da finalidade econômica e órgão acreditador, já apresentadas.

Tal investigação foi submetida à análise de conteúdo, segundo a asserção de Bardin (2011), e verificou-se a possibilidade de criar oito categorias de análise a partir da Missão, Visão e Valores, de acordo com a proposição de negócio de cada hospital. Na coluna da esquerda do Quadro 31 especificaram-se as categorias de análise identificadas, na coluna central procurou-se indicar qual o conteúdo abordado em cada uma dessas categorias e na coluna da direita foram identificados quais hospitais trataram estes temas na sua definição individual de Missão, Visão e Valores.

Quadro 31: Categorias de análise oriundas da Missão, Visão e Valores identificadas nos 18 hospitais investigados

Categorias de análise baseadas na Missão, Visão e Valores	Conteúdo abordado na categoria	Número de menções por hospital (em sua Missão, Visão e Valores)
Gestão do conhecimento	Pesquisa e ensino.	A. C. Camargo (4), São Camilo (Pompeia) (3), Albert Einstein (2), HCor (2), Alemão Oswaldo Cruz (1), Edmundo Vasconcelos (1), Infantil Sabará (1).
Infraestrutura	Moderna e atualizada.	Edmundo Vasconcelos (2), São Luiz (Itaim) (1).
Inovação	Tecnológica e humana.	A. C. Camargo (4), Bandeirantes (3), Edmundo Vasconcelos (3), Nipo-Brasileiro (3), São Camilo (Pompeia) (3), Alemão Oswaldo Cruz (2), HCor (2), Samaritano (2), Santa Catarina (2), Albert Einstein (1), Infantil Sabará (1), 9 de Julho (1), São Luiz (Itaim) (1), Sírio-Libanês (1).
Qualidade da assistência	Excelência, alto desempenho, acolhimento.	Edmundo Vasconcelos (5), 9 de Julho (4), Infantil Sabará (3), Nipo-Brasileiro (3), Albert Einstein (2), Alemão Oswaldo Cruz (2), Bandeirantes (2), HCor (2), Samaritano (2), Santa Paula (2), São Camilo (Pompeia) (2), São Luiz (Itaim) (2), A. C. Camargo (1), Sírio-Libanês (1).
Responsabilidade social	Sustentabilidade, compromisso social.	Albert Einstein (3), Nipo-Brasileiro (3), A. C. Camargo (2), HCor (2), Infantil Sabará (2), São Camilo (Pompeia) (2), Bandeirantes (1), Edmundo Vasconcelos (1), Santa Catarina (1).
Resultados	Contribuição à sociedade, recuperação da saúde.	Albert Einstein (3), Alemão Oswaldo Cruz (3), Nipo-Brasileiro (3), Edmundo Vasconcelos (2), HCor (2), Sírio-Libanês (2), Bandeirantes (1), Beneficência Portuguesa (1), Beneficência Portuguesa Mirante (1), Infantil Sabará (1), 9 de Julho (1), Samaritano (1), Santa Paula (1), São Luiz (Itaim) (1).
Segurança	Referência básica do ser humano.	São Luiz (Itaim) (3), Nipo-Brasileiro (2), Alemão Oswaldo Cruz (1), Infantil Sabará (1), 9 de Julho (1), Santa Paula (1), São Camilo (Pompeia) (1).
Valorização da vida	Valorização dos pacientes, familiares, médicos e colaboradores; cuidado à saúde; ética.	São Camilo (Pompeia) (4), A. C. Camargo (3), Edmundo Vasconcelos (3), HCor (3), Infantil Sabará (3), São Luiz (Itaim) (3), Bandeirantes (2), Santa Paula (2), Albert Einstein (1), Nipo-Brasileiro (1), 9 de Julho (1).

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos resultados da pesquisa realizada para os Quadros 28, 29 e 30.

Este levantamento demonstra que todos os 18 hospitais, em maior ou menor grau, participam não de todas as categorias, mas ao menos de alguma delas.

Além dessas categorias de análise e seus respectivos conteúdos foi também possível agrupar os hospitais de acordo com a sua área assistencial preponderante, conforme Quadro 32:

Quadro 32: Área assistencial preponderante dos 18 hospitais investigados

Área Assistencial	Hospital(is)
Câncer	A. C. Camargo Center
Geral	BP, BP Mirante, Edmundo Vasconcelos, 9 de Julho, Alemão Oswaldo Cruz, Bandeirantes, HCor, Albert Einstein, Nipo-Brasileiro, Samaritano, Santa Catarina, Santa Paula, São Camilo (Pompeia), São Luiz (Itaim), Sírio-Libanês
Infantil	Hospital Infantil Sabará
Maternidade	Hospital e Maternidade Santa Joana

Fonte: Elaborado pelo autor a partir do site de cada hospital (Quadro 25).

Em função desta categorização, foram escolhidos para serem investigados os hospitais mais homogêneos em sua proposição de negócio. Portanto, a amostra foi composta por aqueles, dentre os 18 analisados filiados a ANAHP (2017), que fazem parte do PROADI/SUS (BRASIL, 2016); cuja finalidade econômica fosse com ou sem fins lucrativos (Quadro 26); acreditados pela JCI (Quadro 27); que atendessem ao especificado nalguma categoria de análise estabelecida a partir de Missão, Visão e Valores (Quadros 28, 29, 30 e 31); cujo público-alvo não fosse específico para uma determinada especialidade médica, mas que sua área assistencial preponderante fosse compatível com a de um hospital geral (Quadro 32).

Conseqüentemente, considerando todo o exposto, os gestores dos seguintes hospitais passaram a compor o objeto da pesquisa de campo:

Quadro 33: Hospitais cujos gestores pretendeu-se entrevistar

Hospital Alemão Oswaldo Cruz
Hospital BP (Beneficência Portuguesa) Mirante
Hospital do Coração (HCor)
Hospital Israelita Albert Einstein
Hospital 9 de Julho
Hospital Samaritano
Hospital Santa Catarina
Hospital Santa Paula
Hospital São Camilo (Pompeia)
Hospital São Luiz (Itaim)
Hospital Sírio-Libanês

Fonte: Resultados da pesquisa em dados secundários especificada em 4.4 e nos critérios de seleção de amostra detalhados em 4.5.

Os gestores desses onze hospitais, privados, localizados na cidade de São Paulo, foram escolhidos como alvo da pesquisa de campo desse estudo acadêmico com base em um critério de amostragem que pode ser enquadrado na categoria que Malhotra (2012) denomina de amostra por julgamento ou seleção intencional.

4.6 Instrumento de Coleta de Dados e Pré-teste da Pesquisa de Campo

Como o objetivo da pesquisa estava vinculado à investigação das estratégias de *Marketing* de Serviços praticadas pelos gestores dos hospitais, sejam elas Transacionais ou de Relacionamento, foram selecionados, a partir do referencial bibliográfico levantado, vinte e dois pontos prioritários de investigação. A partir deles foi elaborado questionário no qual solicitava-se que o entrevistado falasse sobre “qual(is) estratégia(s) adota para...”. Sequencialmente, dava-se ao entrevistado a oportunidade de pronunciar-se sobre cada um dos pontos a investigar, conforme descritos no Quadro 34.

Quadro 34: Pontos a investigar: estratégias de *marketing* praticadas pelo gestor hospitalar

Estratégia Para
Melhorar o atendimento
Facilitar os pagamentos (por parte dos clientes)
Melhorar a imagem da marca
Melhorar a estrutura física do hospital (espaço, decoração, pintura, limpeza, higienização, segurança do paciente)
Diferenciar o hospital dos concorrentes
Adequar e atualizar as instalações e equipamentos
Melhorar a capacitação dos colaboradores médicos
Melhorar a capacitação dos colaboradores enfermeiros
Melhorar a capacitação dos colaboradores administrativos
Melhorar o comprometimento dos colaboradores com a satisfação dos clientes
Conquistar novos clientes (conveniados ou não)
Verificar a satisfação dos clientes com os serviços prestados
Identificar novos serviços necessários ao bom atendimento
Facilitar o acesso ao hospital (do cliente)
Evitar a rotatividade do corpo clínico
Evitar a rotatividade dos colaboradores da enfermagem
Evitar a rotatividade dos colaboradores administrativos
Avaliar e melhorar os processos dos serviços médicos adotados
Avaliar e melhorar os processos dos serviços de enfermagem adotados
Avaliar e melhorar os processos dos serviços administrativos adotados
Buscar parcerias no sentido de melhorar atendimento, prospectar ou fidelizar clientes
Outras decisões tomadas como gestor

Fonte: Elaborado pelo autor.

Esta abordagem de pesquisa pode ser considerada significativamente produtiva por usar informantes (gestores hospitalares) variados e profundos conhecedores dos fenômenos focais, locais e regionais a partir de diferentes perspectivas (EISENHARDT; GRAEBNER, 2007). É a fonte de informação que diversos autores denominam *pessoas com experiência* (MALHOTRA, 2012; PIZZINATTO; PIZZINATTO, 2012; MATTAR, 2014).

É também recomendável que um pré-teste da pesquisa de campo seja feito para refinar a linha de questionamento adotada no estudo de múltiplos casos. Yin (2001, p. 100, 101) explica que “[...] o pré-teste [da pesquisa de campo] é a ocasião para uma [revisão] geral formal, na qual o plano pretendido para a coleta de dados é utilizado de uma forma tão fiel quanto possível como rodada final de testes”.

Visando atender esse requisito de pesquisa, três diretores de hospitais, pessoas com características semelhantes às dos gestores investigados como amostra (MORON, 1998), foram entrevistados para verificar-se a adequabilidade do instrumento de pesquisa (Quadro 34). Basicamente, eles sugeriram embutir nas questões já existentes do questionário três temas: infecção hospitalar, segurança do paciente e qualidade. Contudo, de forma unânime, apesar de terem sido entrevistados em locais e dias diferentes, bem como não terem tido contato entre si, aprovaram o questionário, sua abrangência e profundidade de inquirição (ver Apêndices 3, 4 e 5).

Com base nisto, realizou-se a pesquisa de campo tomando por fonte de informação, na categoria identificada por Pizzinatto e Pizzinatto (2012) como Pessoas Experientes, um profissional representativo de cada um dos hospitais elencados. Os dados qualitativos foram gerados com base na realização de entrevistas em profundidade, com perguntas abertas, direcionadas às diversas opções de estratégias de *marketing* assumidas pelo gestor, conforme explicitado e sintetizado no Quadro 35. As entrevistas objetivaram angariar informações sobre o posicionamento dos respondentes acerca dos construtos que são foco dessa tese, o que caracteriza o desenvolvimento de Estudo Descritivo de Múltiplos Casos.

4.7 Coleta de Dados

Efetou-se contato presencial com os hospitais previamente elencados com o propósito de identificar o gestor a ser entrevistado. Planejava-se entrevistar o principal executivo ou alguém que ele indicasse como competente para representar a instituição, já que essa pessoa deveria estar habilitada para identificar o posicionamento do hospital quanto às estratégias de *marketing* ali formalmente

praticadas. Intencionava-se, portanto, realizar entrevista individualizada com o principal executivo do hospital (CRESWELL, 2007).

Prioritariamente, como esclarecem Boni e Quaresma (2005) e Creswell (2007), conduziu-se uma entrevista semiestruturada, que foi gravada e posteriormente transcrita. Contudo, foram oferecidas as opções, nesta ordem de prioridade, de entrevista presencial e de devolução do questionário via *e-mail*.

No caso de entrevista presencial, ela foi previamente agendada e confirmada. Todo o material pertinente à entrevista (roteiro, gravador, baterias sobressalentes, bloco de anotações, canetas) foi separado no dia anterior ao da sua realização. A chegada ao local de entrevista ocorreu pelo menos 30 minutos antes do horário marcado para tal.

Com o gravador em funcionamento, antes de iniciar a entrevista, foi feita uma descrição da pesquisa ao entrevistado, seu conteúdo e finalidade (instituição de ensino, programa de ensino, identificação do entrevistador, tema e finalidade da investigação). O gestor, então, foi identificado e arguido quanto ao seu consentimento como informante por livre e espontânea vontade. Não foi solicitado que assinasse formulários, já que todo o procedimento relativo à entrevista foi gravado. A seguir, foi-lhe fornecido o roteiro da entrevista, conforme Quadro 35.

Quadro 35: Roteiro de entrevista

Hospital:
Nome do entrevistado:
Cargo do entrevistado:
Formação acadêmica do entrevistado:
Data:
1. Indique qual estratégia utiliza para: melhorar o atendimento
2. Indique qual estratégia utiliza para: facilitar os pagamentos (por parte dos clientes)
3. Indique qual estratégia utiliza para: melhorar a imagem da marca
4. Indique qual estratégia utiliza para: melhorar a estrutura física do hospital (espaço, decoração, pintura, limpeza, higienização, segurança do paciente)
5. Indique qual estratégia utiliza para: diferenciar o hospital dos concorrentes
6. Indique qual estratégia utiliza para: adequar e atualizar as instalações e equipamentos
7. Indique qual estratégia utiliza para: melhorar a capacitação dos colaboradores <u>médicos, enfermeiros e administrativos</u>
8. Indique qual estratégia utiliza para: melhorar o comprometimento dos colaboradores com a satisfação dos clientes
9. Indique qual estratégia utiliza para: conseguir novos clientes (conveniados ou não)
10. Indique qual estratégia utiliza para: verificar a satisfação dos clientes com os serviços prestados
11. Indique qual estratégia utiliza para: identificar novos serviços necessários ao bom atendimento
12. Indique qual estratégia utiliza para: facilitar o acesso ao hospital (do cliente)
13. Indique qual estratégia utiliza para: evitar a rotatividade do <u>corpo clínico</u> e dos colaboradores da <u>enfermagem e administrativos</u>
14. Indique qual estratégia utiliza para: avaliar e melhorar os processos dos serviços <u>médicos, de enfermagem e administrativos</u> adotados
15. Indique qual estratégia utiliza para: buscar parcerias no sentido de melhorar atendimento, prospectar ou fidelizar clientes
16. Indique qual estratégia utiliza para: <u>outras decisões tomadas como gestor</u>

Fonte: Elaborado pelo autor.

No caso de preenchimento do questionário pelo entrevistado e sua devolução via *e-mail*, para todas estas informações e autorizações foi solicitada a anuência do entrevistado a ser formalizada por sua identificação (nome completo e cargo). Em confirmando-se a entrevista, mediante agendamento prévio, foram encaminhadas ao sujeito da pesquisa as perguntas que lhe seriam feitas na ocasião da entrevista.

Independente do meio utilizado para a realização da entrevista foram solicitados ao entrevistado documentos públicos diversos acerca do hospital que pudessem enriquecer o trabalho do pesquisador como artigos de revistas especializadas, informações disponíveis na *internet*, publicações internas (não confidenciais), fotos, material disponibilizado à imprensa (CRESWELL, 2007).

A seguir, os procedimentos adotados no processo de análise e interpretação dos dados coletados nas diversas etapas previstas no *framework* da pesquisa.

4.8 Análise e Interpretação dos Dados

A análise foi realizada com a finalidade de comparar os casos entre si visando a identificação de consistências e desigualdades entre eles. O escopo dessa análise comparativa foi o de verificar as semelhanças e diferenças entre os casos alvo. A expectativa era de que isso permitisse, como resultado dessa análise, respaldar as justificativas do fenômeno estudado que fossem válidas para toda a amostra. As eventuais semelhanças e diferenças encontradas na conferência entre os casos contribuiriam para dilatar a possibilidade das explicações responderem à problemática de investigação, bem como expandir a validade dos modelos explicativos obtidos a partir da análise realizada (LIMA; ZOSCHKE, 2012).

Além do mais, como explicam Godoi e Mattos (2010), adotou-se como forma de realização de conversações com fins de pesquisa as expressões “entrevista aberta”, “entrevista em profundidade” ou “entrevista qualitativa”, como sinônimos.

Conscientemente, portanto, consideraram-se como fatores limítrofes impostos à pesquisa o instrumento de pesquisa, o conhecimento que o pesquisador possui do segmento pesquisado, a amplitude desse campo de conhecimento e as condições materiais em que a pesquisa foi realizada.

O Quadro 36 qualifica cada questão da pesquisa de campo com o tipo de *marketing* ao qual ela se refere (*Marketing* de Serviços, *Marketing* Transacional e *Marketing* de Relacionamento) e, dentro dele, qual a estratégia de *marketing* adotada.

Quadro 36: Estratégias de *Marketing* de Serviços (*Marketing* Transacional (MT) ou de Relacionamento (MR) ou de Serviços (MS)) praticadas pelo hospital em categorias variadas de interação com seus clientes

Estratégia Para	MR	MT	MS	Estratégias de <i>marketing</i>	Q
Melhorar o atendimento	X			Parceria	37
Facilitar os pagamentos (por parte dos clientes)		X		Preço	38
Melhorar a imagem da marca		X		Promoção	39
Melhorar a estrutura física do hospital (espaço, decoração, pintura, limpeza, higienização, segurança do paciente)			X	Evidência Física	40
Diferenciar o hospital dos concorrentes	X	X	X	Valor, Produto, Preço, Praça, Promoção, Pessoas, Evidência Física, Processos	41
Adequar e atualizar as instalações e equipamentos	X	X		Valor, Produto, Praça	42
Melhorar a capacitação dos colaboradores médicos	X		X	<i>Marketing</i> interno, Pessoas	43
Melhorar a capacitação dos colaboradores enfermeiros	X		X	<i>Marketing</i> interno, Pessoas	44
Melhorar a capacitação dos colaboradores administrativos	X		X	<i>Marketing</i> interno, Pessoas	45
Melhorar o comprometimento dos colaboradores com a satisfação dos clientes	X			<i>Marketing</i> interno	46
Conquistar novos clientes (conveniados ou não)	X			Prospecção	47
Verificar a satisfação dos clientes com os serviços prestados	X			Fidelização	48
Identificar novos serviços necessários ao bom atendimento		X		Produto	49
Facilitar o acesso ao hospital (do cliente)		X		Praça	50
Evitar a rotatividade do corpo clínico	X		X	<i>Marketing</i> interno, Pessoas	51
Evitar a rotatividade dos colaboradores da enfermagem	X		X	<i>Marketing</i> interno, Pessoas	52
Evitar a rotatividade dos colaboradores administrativos	X		X	<i>Marketing</i> interno, Pessoas	53
Avaliar e melhorar os processos dos serviços médicos adotados			X	Processos	54
Avaliar e melhorar os processos dos serviços de enfermagem adotados			X	Processos	55
Avaliar e melhorar os processos dos serviços administrativos adotados			X	Processos	56
Buscar parcerias no sentido de: melhorar atendimento, prospectar ou fidelizar clientes	X			Fidelização	57
Outras decisões tomadas como gestor	X	X	X	MR (<i>Marketing</i> interno, Prospecção, Parceria, Valor, Fidelização), MT (Produto, Preço, Praça, Promoção), MS (Pessoas, Evidência Física, Processos)	58

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos resultados das entrevistas de pré-teste do questionário indicando em qual Quadro (Q) da pesquisa a estratégia é apresentada.

Verifica-se, portanto, que o Quadro 36 propicia uma análise ampla das estratégias de *Marketing* de Serviços, sejam elas de Relacionamento, Transacionais ou de Serviço. Das 22 questões (“estratégias para”), 14 eram relacionais, sete eram transacionais e 12 eram de serviço, sendo que algumas delas podiam ser classificadas em mais de uma categoria de estratégias de *marketing*.

A seguir, no capítulo 5, apresenta-se, analisa-se e discute-se as entrevistas realizadas junto à profissionais experientes do segmento hospitalar.

5 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo enfoca a apresentação, análise e discussão dos resultados das entrevistas realizadas com os gestores dos hospitais estudados.

Ao final do primeiro semestre de 2018, foram realizadas as entrevistas com aqueles gestores hospitalares que se disponibilizaram a receber o pesquisador.

Creswell (2007, p. 76) afirma que “quando um pesquisador escolhe [realizar uma pesquisa de] múltiplos casos, a [principal] questão torna-se ‘Quantos casos?’”. Segundo ele, “não há um número certo para casos. Tipicamente, contudo, o pesquisador escolhe não mais do que quatro ou cinco casos”.

Dos onze gestores de hospital que se pretendia originalmente entrevistar (Quadro 33), cinco o foram. Eles são identificados pelos números 1, 2, 3, 4 e 5, na ordem em que as entrevistas foram realizadas. O conteúdo das entrevistas encontra-se nos Apêndices 6, 7, 8, 9 e 10.

O Quadro 37 detalha o cargo e a formação acadêmica dos gestores que foram entrevistados.

Quadro 37: Cargo e formação acadêmica dos entrevistados

HOSPITAL	CARGO	FORMAÇÃO ACADÊMICA
1	CEO	Direito e Economia, especialização na FGV.
2	Diretor Presidente	Medicina, especialização em Administração Hospitalar pelo IPH.
3	Diretor	Comunicação Social e Propaganda pela ESPM.
4	Superintendente	Administração pela ESPM, especialização em Gestão de Políticas Públicas e Governo pelo IUPERJ.
5	Diretor	Administração Hospitalar pela São Camilo, especialização em Gestão Empresarial pela FGV.

Fonte: Pesquisa de campo.

Todos eles ocupam cargos de diretoria, o que lhes permite uma visão ampla da atividade hospitalar. Quanto à formação acadêmica, ela é diferente para os cinco diretores entrevistados: direito e economia, medicina, comunicação social e propaganda, administração, e administração hospitalar; o que lhes concede, como grupo, uma perspectiva abrangente e variada da administração hospitalar, mais especificamente a do *marketing* em serviços de saúde.

Quanto às estratégias utilizadas para melhorar o atendimento (estratégia de *Marketing* de Relacionamento (Parceria)), constata-se sua amplitude no Quadro 38.

Quadro 38: Estratégias utilizadas para melhorar o atendimento

HOSPITAL	ESTRATÉGIAS
1	Oferecer uma experiência única para os seus pacientes e familiares, por meio da otimização dos processos internos, do aprimoramento da sua infraestrutura e promoção da inovação, além de possibilitar ao corpo clínico recursos de excelência para o exercício da medicina.
2	Agradar os clientes. Médico: segurança, recursos humanos e tecnologia; paciente: segurança, privacidade e conforto; acompanhante: conforto; operadora: preços adequados.
3	Acolhimento, oferta, preço.
4	Capacitação de todos em questões comportamentais: como lidar com o cliente. Ele deve ser tratado como pessoa, não só como um prontuário, um número. Os profissionais acolhem, os profissionais recebem, eles são carinhosos.
5	Investimento em treinamentos internos. Equipe de T&D própria, responsável por vários tipos de treinamentos, utilizando recursos humanos e técnicos próprios (médicos, enfermeiros, administradores, fisioterapeutas, farmacêuticos).

Fonte: Pesquisa de campo.

No que concerne a como melhorar o atendimento, as estratégias empregadas são bastante heterogêneas, além de complexas. Elas variam de “aprimoramento da infraestrutura e promoção da inovação”; “agradar os clientes”, identificando como tais médicos, pacientes, acompanhantes e convênios; a investimento em treinamento interno. Um gestor hospitalar sintetiza todas essas ações como “acolhimento, oferta e preço”.

O Quadro 39 apresenta, no que se refere à facilitação ao cliente em como realizar pagamentos (estratégia de *Marketing* Transacional (Preço)), o *modus operandi* de cada hospital.

Quadro 39: Estratégias utilizadas para facilitar o pagamento (por parte dos clientes)

HOSPITAL	ESTRATÉGIAS
1	As melhores condições de pagamento e pacotes de serviços com cada vez mais previsibilidade de custos.
2	Clientes (pacientes e acompanhantes) não tem que fazer pagamentos.
3	Negociação de “tabelas de prestação de serviço” junto à operadoras de saúde. Cartão de crédito, dinheiro, parcelamento. 80% pacientes conveniados; 20% pacientes particulares.
4	Conta encaminhada para ciência do paciente ainda no quarto; ele dá um visto de ciência; e recebe o boleto em casa para efetuar o pagamento. 90% pacientes conveniados; 10% pacientes particulares.
5	Desenvolvimento de “pacotes” de procedimentos; adoção de livreto com procedimentos médicos gerenciados (para viabilizar orçamentos com rapidez); parcelamento sem juros do pagamento até seis parcelas (acima de seis, embute-se taxa de juros de mercado).

Fonte: Pesquisa de campo.

Nota-se, em termos gerais, o cuidado do gestor hospitalar em viabilizar o pagamento por parte do usuário conveniado (itens excepcionais) ou particular. A adoção de critérios de referência como “pacotes” e tabelas” demonstra a preocupação do hospital com a sua clientela. Destaca-se positivamente o procedimento do hospital

que dá liberdade ao cliente para aprovar formalmente a conta e depois pagá-la no conforto de seu lar. Comparativamente, contudo, salienta-se a alegação de um gestor de que pagamentos adicionais não tem que ser feitos por pacientes ou acompanhantes.

No que diz respeito às estratégias empreendidas pelos gestores hospitalares entrevistados para melhorar a imagem da marca (estratégia de *Marketing* Transacional (Promoção)), observa-se sua abrangência no Quadro 40.

Quadro 40: Estratégias utilizadas para melhorar a imagem da marca

HOSPITAL	ESTRATÉGIAS
1	Rejuvenescimento da marca; nova identidade visual; investimento em <i>marketing</i> e comunicação; publicações para os públicos interno e externo; campanhas publicitárias na TV, rádio, revistas, jornais e canais digitais; vencedor do Prêmio Aberje; página no Facebook.
2	Endomarketing e participação em eventos (Dia Mundial da Saúde, Dia do AVC).
3	Reputação = accountability. Hospital procura se diferenciar dos concorrentes com base em sua visão, missão e valores: compromisso social. Importância para o hospital de suas origens (focada em conviver e compartilhar com a sociedade brasileira a acolhida recebida).
4	Campanhas publicitárias: cinema, rádio, mobiliário urbano, redes sociais, mídias digitais.
5	Enaltecer o corpo clínico. Humanização e acolhimento.

Fonte: Pesquisa de campo.

Percebe-se, em relação à marca, uma ênfase em divulgá-la, em primeiro lugar. Contudo, destaca-se a preocupação expressada em relação ao público interno, bem como para com a participação em eventos comunitários. Além disso, distinguem-se as referências feitas à importância do corpo clínico, bem como a reputação histórica da instituição. Os termos “rejuvenescimento, reputação, humanização e acolhimento” detém significado especial quando relacionados à marca de um hospital.

O Quadro 41, em relação à estrutura física (estratégia de *Marketing* de Serviços (Evidência Física)), revela como cada gestor procede nesse contexto.

Quadro 41: Estratégias utilizadas para melhorar a estrutura física do hospital (espaço, decoração, pintura, limpeza, higienização, segurança do paciente)

HOSPITAL	ESTRATÉGIAS
1	Ampliação constante baseada em indicadores assistenciais, englobando tecnologia, infraestrutura e operação.
2	Hospital não pode ter nem cara e nem cheiro de hospital: retrofit feito com projetos de luminotécnica, paisagismo.
3	Arquitetura e materiais utilizados tentam afastar “sensação hospitalar” e causar “sensação hoteleira”. Limpeza e higienização são considerados itens básicos, não de diferenciação. Segurança do paciente é a maior preocupação, pois envolve não somente o ambiente físico, mas treinamento, dispositivos, processos, TI.
4	Plano diretor de obras e estrutura (atualizações, ampliações, reformas e equipamentos) executado mediante cronograma anual. A questão da segurança é contemplada sempre no projeto arquitetônico, pelas regulamentações existentes e mediante benchmarking feito com instituições nacionais e estrangeiras.
5	Melhoria contínua como rotina na governança, hotelaria, infraestrutura, manutenção, zeladoria, comitê de obras, infecção hospitalar, engenharia e segurança do trabalho.

Fonte: Pesquisa de campo.

Ocorre que melhorar a estrutura física é uma categoria de fundamental importância para todos os hospitais. A questão da segurança do paciente é um item que salienta-se dos demais por naturalmente englobar, senão todas, pelo menos a maioria das facetas do ambiente físico. Sobressai, a seguir, a precaução em evitar a “sensação hospitalar”, substituindo-a por uma “sensação hoteleira”. Menção a plano diretor de obras e à melhoria contínua é feita logo após.

Acerca das estratégias aplicadas para diferenciar o hospital de seus concorrentes (estratégia de *Marketing* de Relacionamento (Valor), de *Marketing* Transacional (Produto, Preço, Praça e Promoção) e de *Marketing* de Serviços (Pessoas, Evidência Física, Processos)), evidencia-se sua dimensão no Quadro 42.

Quadro 42: Estratégias utilizadas para diferenciar o hospital dos concorrentes

HOSPITAL	ESTRATÉGIAS
1	Medicina de alta performance que se traduz no melhor desfecho para o paciente: o melhor tratamento, no menor tempo possível, de maneira acessível.
2	Colaborador praticar empatia com o paciente, fazendo com que ele se sinta acolhido.
3	Visão, missão, valores: compromisso social.
4	Atualização tecnológica. Humanização. Satisfação do cliente. Benchmarking de outros hospitais.
5	Foco no cliente: humanização. Todas as decisões são tomadas com o cliente em perspectiva.

Fonte: Pesquisa de campo.

Tendo em consideração que hospitais precisam distinguir seus serviços em relação àqueles da concorrência, a forma principal adotada pelos gestores para diferenciá-los é a de humanização, objetivando assim ter um cliente satisfeito. Sequencialmente, são mencionadas as iniciativas relacionadas à resolubilidade e ao compromisso social da instituição.

No Quadro 43, destacam-se as estratégias praticadas pelos gestores hospitalares para adequar e atualizar suas instalações e equipamentos (estratégia de *Marketing* de Relacionamento (Valor) e de *Marketing* Transacional (Produto, Praça)).

Quadro 43: Estratégias utilizadas para adequar e atualizar as instalações e equipamentos

HOSPITAL	ESTRATÉGIAS
1	Tecnologia, infraestrutura e operação, baseados em indicadores assistenciais. Investimentos recentes: robô DaVinci SI, INTRABEAM e acelerador linear de partículas Halcyon.
2	Recursos adequados ao hospital, baseados em sua taxa de ocupação superior a 80%.
3	Superávit do hospital é investido sempre em instalações e equipamentos que são mantidos atualizados.
4	Estratégia do hospital em manter-se sempre com equipamentos de vanguarda. Quanto à instalações, todas elas são atualizadas ao longo do tempo mediante a execução de um plano diretor de obras e estrutura.
5	O objetivo das instalações é melhorar a estrutura física do hospital. Foco em melhoria contínua. Como rotina, plano de substituição de equipamentos cumprido em 95% de sua previsão inicial. Mas, quanto se tem um “respiro de caixa”, inova-se investindo mais agressivamente.

Fonte: Pesquisa de campo.

Relativamente à adequação e atualização de instalações e equipamentos, ressalta-se a atenção dos gestores com a atualização da estrutura física do hospital, bem como de seu parque tecnológico. Quatro deles afirmam adotar uma estratégia preventiva, acreditando que o investimento gera utilização, enquanto um atrela sua ação à variabilidade da taxa de ocupação de leitos.

Em referência às estratégias concretizadas para melhorar a capacitação dos colaboradores médicos (estratégia de *Marketing* de Relacionamento (*Marketing* interno) e de *Marketing* de Serviços (Pessoas)) distinguem-se aquelas mencionadas no Quadro 44.

Quadro 44: Estratégias utilizadas para melhorar a capacitação dos colaboradores médicos

HOSPITAL	ESTRATÉGIAS
1	Modelo de reconhecimento que valoriza aspectos como qualidade, segurança e produção científica, além de indicadores e critérios objetivos; Programa Acadêmico do Corpo Clínico, um sistema de pontuação, baseado em meritocracia, com pilares, critérios e pesos previamente estabelecidos.
2	Treinamento.
3	Instituto de Ensino e Pesquisa.
4	Universidade corporativa que trabalha na educação médica com conteúdos e formação específicos.
5	Congressos, simpósios, reuniões científicas por especialidade.

Fonte: Pesquisa de campo.

Todos os cinco gestores de hospitais acentuam deter o foco na capacitação dos colaboradores médicos, apesar de usarem instrumentos diferentes, ou ao menos com nomes variados. Três dizem operar uma área interna destinada ao

desenvolvimento contínuo do prestador de serviço médico, um demonstra seu cuidado patrocinando total ou parcialmente a participação do colaborador médico em eventos externos e um gestor de hospital alega treiná-los.

No Quadro 45, destaca-se o investimento realizado pelos hospitais como estratégia de seus gestores, objetivando melhorar a capacitação dos colaboradores enfermeiros (estratégia de *Marketing* de Relacionamento (*Marketing* interno) e de *Marketing* de Serviços (Pessoas)).

Quadro 45: Estratégias utilizadas para melhorar a capacitação dos colaboradores enfermeiros

HOSPITAL	ESTRATÉGIAS
1	Cursos internos de aprimoramento; investimentos em Educação e Pesquisa; Escola Técnica de Educação em Saúde; Faculdade de Educação em Ciências da Saúde; apoio para participação em congressos, eventos e cursos de formação técnica, graduação e pós-graduação.
2	Treinamento.
3	Instituto de Ensino e Pesquisa.
4	Universidade corporativa que apresenta e entrega conteúdo de capacitação e depois verifica na prática se os resultados foram impactados.
5	EAD, cursos internos, T&D, congressos, simpósios, reuniões colaborativas.

Fonte: Pesquisa de campo.

De forma geral, a amplitude dos programas e serviços disponibilizados ao colaborador da enfermagem é marcante, variando da oferta de cursos internos ao patrocínio de pós-graduações externas. Distinguem-se de maneira positiva os gestores hospitalares que verbalizam clara e especificamente a aplicação de recursos de variadas formas no corpo de funcionários que se coloca com maior frequência junto ao paciente.

Já no que tange às estratégias executadas para melhorar a capacitação dos colaboradores administrativos (estratégia de *Marketing* de Relacionamento (*Marketing* interno) e de *Marketing* de Serviços (Pessoas)) pode-se exibir aquelas do Quadro 46.

Quadro 46: Estratégias utilizadas para melhorar a capacitação dos colaboradores administrativos

HOSPITAL	ESTRATÉGIAS
1	Ações presenciais, simulações realísticas, ensino a distância, Unidade Incubadora de Desenvolvimento e Aprendizagem, programa Trilhas de Aprendizagem.
2	Treinamento.
3	Instituto de Ensino e Pesquisa; MBAs; estudo de línguas.
4	Capacitação continuada atrelada a responsabilidade de estar sempre entregando melhoria de processos, além de acompanhar o feedback dos pacientes.
5	EAD, cursos internos, T&D, reuniões colaborativas.

Fonte: Pesquisa de campo.

Em comparação com os esforços praticados em relação ao corpo médico, bem como ao da enfermagem, destaca-se o esforço dos gestores dos hospitais entrevistados de forma geral em também dedicar recursos tendo em vista os colaboradores administrativos. Seus programas de desenvolvimento contínuo destes colaboradores é variado, amplo e profundo, possivelmente obtendo resultados amplamente positivos, o que deve ser provável de ser mensurado ao avaliar-se a taxa de rotatividade (*turnover*) dos funcionários.

No Quadro 47, verifica-se quais estratégias são tomadas pelos gestores com respeito a melhorar o comprometimento dos colaboradores com a satisfação dos clientes (estratégia de *Marketing* de Relacionamento (*Marketing* interno)).

Quadro 47: Estratégias utilizadas para melhorar o comprometimento dos colaboradores com a satisfação dos clientes

HOSPITAL	ESTRATÉGIAS
1	Programa Bem-Estar; gestão de desempenho com foco em competências; Programa de Remuneração Variável.
2	PLR do diretor até a base da pirâmide funcional.
3	Pesquisa de comprometimento de engajamento dos colaboradores com os clientes.
4	Programa de meritocracia, NPS (Net Promoter Score), bônus financeiro.
5	SAC, pesquisa de satisfação eletrônica, NPS.

Fonte: Pesquisa de campo.

Unanimamente os gestores dos hospitais avaliados demonstraram compreender o comprometimento dos colaboradores com a satisfação dos clientes como relacionamento fundamental para o negócio hospitalar. Três deles especificamente atrelam seus programas de meritocracia àqueles de remuneração variável (bônus). Dois deles, apesar de não mencionar programas financeiros, valorizam o comprometimento dos colaboradores com os clientes, verificado mediante pesquisas internas.

A respeito de estratégias adotadas com o intuito de conseguir novos clientes, sejam eles conveniados ou particulares (estratégia de *Marketing* de Relacionamento (Prospecção)), os gestores dos hospitais investigados salientam aquelas apresentadas no Quadro 48.

Quadro 48: Estratégias utilizadas para conseguir novos clientes (conveniados ou não)

HOSPITAL	ESTRATÉGIAS
1	Intensificação de investimentos de fortalecimento da marca e comunicação.
2	Capitar novos médicos.
3	Obter o engajamento do médico externo ao hospital, em seu consultório (indicação); relacionamento da área comercial com operadoras de saúde e com clientes particulares; pacientes corporativos.
4	Relacionamento com convênios visando manutenção e ampliação de convênios existentes, bem como o acréscimo de novos; e relacionamento com clientes particulares.
5	Reclame Aqui; cadastro permanente de novas operadoras; cadastro de novos planos.

Fonte: Pesquisa de campo.

A opinião manifesta não é uniforme, mas apresenta semelhanças. Por exemplo, a “intensificação de investimentos de fortalecimento da marca e comunicação” relaciona-se com a iniciativa de utilizar o *site* Reclame Aqui (reclamações relativas a empresas em geral), bem como com o desenvolvimento de relacionamento comercial com clientes particulares, corporativos e de convênios. Já dois entrevistados destacaram a importância do relacionamento com o médico, ressaltando sua influência em conduzir pacientes de seu consultório, conveniados ou particulares, para o hospital.

No Quadro 49, relevam-se as estratégias cumpridas pelos dirigentes dos hospitais para aferir a satisfação dos clientes com os serviços prestados (estratégia de *Marketing* de Relacionamento (Fidelização)).

Quadro 49: Estratégias utilizadas para verificar a satisfação dos clientes com os serviços prestados

HOSPITAL	ESTRATÉGIAS
1	Pesquisas de satisfação on-line, aplicadas a pacientes externos e internados; NPS; Ouvidoria médica.
2	Posterior a alta, todo paciente recebe carta do Diretor Presidente solicitando suas sugestões e críticas; pesquisa de satisfação telefônica junto ao cliente por empresa terceirizada; NPS.
3	Após cada atendimento, cliente recebe por e-mail uma pesquisa de satisfação; NPS.
4	NPS
5	Pesquisa desenvolvida para medir a satisfação do cliente em todos os atendimentos; NPS.

Fonte: Pesquisa de campo.

O uso do NPS pelos cinco gestores de hospitais endossa a importância de seu uso na área da saúde. Apesar da pontuação de cada hospital não ter sido formalmente declarada, todos eles demonstraram estar satisfeitos com a que obtiveram. É conveniente lembrar que o NPS é calculado a partir da resposta dada pelo cliente, numa escala de zero a dez, a uma pergunta: “qual é a probabilidade de você recomendar o hospital a um amigo?”. Em seguida subtraem-se os Detratores (que deram notas de zero a seis) dos Promotores (que deram notas de nove a dez) para

chegar ao NPS. Aqueles que responderam à questão com notas sete ou oito são considerados Passivos e não são incluídos no cálculo. Em outras palavras, o NPS é calculado mediante a subtração da percentagem de clientes que são Detratores da percentagem de clientes que são Promotores sendo que os Passivos, apesar de contar para o número total de entrevistados, não afetam diretamente o resultado líquido final.

No tocante às estratégias utilizadas para identificar novos serviços necessários ao bom atendimento (estratégia de *Marketing* Transacional (Produto)), os gestores entrevistados explicitam aquelas elencadas no Quadro 50.

Quadro 50: Estratégias utilizadas para identificar novos serviços necessários ao bom atendimento

HOSPITAL	ESTRATÉGIAS
1	Programa Jornada do Paciente; Ouvidoria; redes sociais (Facebook).
2	Posteriormente a alta todo paciente recebe carta do Diretor Presidente solicitando suas sugestões e críticas.
3	Sugestões do corpo clínico, mediante pesquisa, bem como da indústria médica.
4	Executadas mediante o uso de metodologia de concepção de novos serviços que leva em consideração pesquisas de mercado, demandas das operadoras, e área de produto do hospital.
5	Reuniões estratégicas internas, numa periodicidade trimestral.

Fonte: Pesquisa de campo.

Naturalmente, as estratégias usadas para identificar novos serviços necessários ao bom atendimento podem ser encontradas interna e externamente. Alguns gestores manejam ambas as ênfases como sugestões “do corpo clínico” e da “indústria médica”; ou “pesquisas de mercado ou demandas das operadoras”; bem como a “área de produto do hospital”. Já outros dirigentes hospitalares recorrem somente a iniciativas internas, limitando sua área de abrangência, tais como: ouvidoria, carta do hospital e reuniões internas.

No Quadro 51, enumeram-se as estratégias exercidas para facilitar o acesso ao hospital do cliente (estratégia de *Marketing* Transacional (Praça)).

Quadro 51: Estratégias utilizadas para facilitar o acesso ao hospital (do cliente)

HOSPITAL	ESTRATÉGIAS
1	Localização de polos de atendimento de fácil acesso.
2	Acesso ao hospital não é um problema.
3	Capilaridade: três unidades, cada uma com enfoque de atendimento diferente.
4	O hospital é geocêntrico: atrai gravitacionalmente pacientes do entorno já que cerca de 85% deles vêm de até 5 km de distância.
5	Melhorias no pronto atendimento (responsável por 45% das internações do hospital) e agendamento online de procedimentos mediante o uso de aplicativo do hospital.

Fonte: Pesquisa de campo.

Apesar deste ser um problema em potencial para os hospitais, constata-se que as estratégias utilizadas atualmente para facilitar o acesso do cliente ao hospital têm sido eficientes. Por exemplo, dois gestores investiram na ampliação de unidades que fazem o atendimento inicial e só encaminham o paciente para a unidade principal caso seu atendimento exija recursos não disponíveis localmente. O gestor de um dos hospitais descreve a sua localização geocêntrica privilegiada, já que 85% do público que o hospital atende reside em até cinco quilômetros de distância. Um outro hospital, como diretriz de seu gestor, faz melhorias constantes no seu serviço de pronto atendimento, responsável por 45% de suas internações, bem como simplifica o processo burocrático de atendimento mediante o agendamento *online* de procedimentos eletivos. E um gestor argumenta não enfrentar problemas de acessibilidade de seus pacientes.

Com relação às estratégias praticadas pelos entrevistados enfatizando evitar a rotatividade do corpo clínico (estratégia de *Marketing* de Relacionamento (*Marketing* interno) e de *Marketing* de Serviços (Pessoas)) destacam-se aquelas abordadas no Quadro 52.

Quadro 52: Estratégias utilizadas para evitar a rotatividade do corpo clínico

HOSPITAL	ESTRATÉGIAS
1	Programa Jornada do Médico, Relacionamento Médico; Programa Acadêmico do Corpo Clínico; Gestão do Corpo Clínico; Programa de Avaliação de Desempenho do Corpo Clínico; Ouvidoria Médica.
2	Prática de remuneração por bônus.
3	Facilidade de internar seu paciente, disponibilidade de recursos em termos de leito de internação, sala cirúrgica, medicamentos, materiais.
4	Educação médica.
5	Médico ganha, hospital ganha e paciente ganha. Foco na melhoria contínua dos processos médicos.

Fonte: Pesquisa de campo.

As estratégias desempenhadas pelos dirigentes dos hospitais para inibir a rotatividade de seu corpo clínico variam da simplicidade em sua proposição (“facilidade em internar seu paciente”) à complexidade de atuação (“Programa de Avaliação de Desempenho do Corpo Clínico”). Suporte hospitalar para desenvolvimento acadêmico (educação médica) e a prática de remuneração por bônus são iniciativas específicas importantes, mas não podem estar isoladas de um enfoque gerencial na melhoria contínua dos processos médicos.

O Quadro 53 explicita as estratégias empregadas para diminuir o *turnover* dos colaboradores da enfermagem (estratégia de *Marketing* de Relacionamento (*Marketing* interno) e de *Marketing* de Serviços (Pessoas)).

Quadro 53: Estratégias utilizadas para evitar a rotatividade dos colaboradores da enfermagem

HOSPITAL	ESTRATÉGIAS
1	Valorização e reconhecimento por meio de concessão de bolsas de estudo e promoções; prioridade para promoções internas; transparência e autonomia no gerenciamento da carreira; melhorias no clima de trabalho; formação de sucessores; benefícios empregatícios em geral.
2	Prática de remuneração por bônus
3	Pesquisa de engajamento; prática de remuneração do mercado; ampliação das instalações físicas, gerando mais emprego; Programa Cuidando de Quem Cuida.
4	Diferenciação dos colaboradores da enfermagem mediante a prática de valorização profissional, uso de programas de meritocracia e de educação. Organização de universidade corporativa, que ensina não somente questões técnicas, mas também questões comportamentais (como lidar com o cliente).
5	Motivação do colaborador da enfermagem em participar ativamente do foco institucional de satisfação do cliente, da melhoria contínua dos processos.

Fonte: Pesquisa de campo.

Os gestores dos hospitais 1, 3 e 4, mas especialmente o de número 1, distinguem-se ao demonstrar possuir programas específicos para evitar a rotatividade dos colaboradores da enfermagem. Eles praticam ações diferenciadas e com impacto amplo tanto na qualidade do serviço a ser prestado pelo profissional da enfermagem no curto prazo, quanto em programas cujo enfoque é de longo prazo (“formação de sucessores”). Os dirigentes dos hospitais 2 e 5 carecem formalizar de maneira mais detalhada qual é a sua política interna para evitar desperdiçar para o mercado colaboradores do corpo da enfermagem.

No que respeita a estratégias empreendidas objetivando evitar a rotatividade dos colaboradores administrativos (estratégia de *Marketing* de Relacionamento (*Marketing* interno) e de *Marketing* de Serviços (Pessoas)), observa-se o conteúdo do Quadro 54.

Quadro 54: Estratégias utilizadas para evitar a rotatividade dos colaboradores administrativos

HOSPITAL	ESTRATÉGIAS
1	Valorização e reconhecimento por meio da concessão de bolsas de estudo e promoções; prioridade para promoções internas; transparência e autonomia no gerenciamento da carreira; melhorias no clima de trabalho; formação de sucessores; benefícios empregatícios em geral.
2	Prática de remuneração por bônus
3	Pesquisa de engajamento; prática de remuneração do mercado; ampliação das instalações físicas, gerando mais emprego; Programa Cuidando de Quem Cuida.
4	Diferenciação dos colaboradores mediante a prática de valorização profissional, uso de programas de meritocracia e de educação. Organização de universidade corporativa, que ensina não somente questões técnicas, mas também questões comportamentais (como lidar com o cliente).
5	Motivação do colaborador administrativo em participar ativamente do foco institucional de satisfação do cliente, da melhoria contínua de processos. Oportunidades internas para desenvolvimento profissional objetivando qualificar para cargos mais complexos.

Fonte: Pesquisa de campo.

Basicamente repetem-se no Quadro 54 (“estratégias utilizadas para evitar a rotatividade dos colaboradores administrativos”) as mesmas estratégias relacionadas pelos dirigentes entrevistados no Quadro 53, com a importante exceção acrescentada pelo gestor do Hospital 5 ao afirmar que provê oportunidades internas para o desenvolvimento profissional dos colaboradores administrativos com o intuito de aproveitá-los em cargos mais complexos, mediante constante capacitação.

O Quadro 55 detalha as estratégias adotadas para avaliar e melhorar os processos dos serviços médicos (estratégia de *Marketing* de Serviços (Processos)) desempenhados pelos hospitais.

Quadro 55: Estratégias utilizadas para avaliar e melhorar os processos dos serviços médicos adotados

HOSPITAL	ESTRATÉGIAS
1	Utilização de protocolos clínicos; gestão por indicadores de saúde; qualidade e segurança do paciente; Safety Huddles.
2	Adoção de protocolos médicos.
3	Programa de Qualidade e Segurança para o Paciente: paciente é contatado após a alta para verificar sua recuperação.
4	Coordenador médico de ensino acompanha a avaliação de desempenho das áreas médicas, identifica quais são as deficiências e monta programas de treinamento customizados, com simulação realística, jogos e conteúdo ministrado.
5	Certificações de qualidade (JCI, por exemplo). Objetivo: manter a conformidade e fazer upgrade das operações médicas.

Fonte: Pesquisa de campo.

Verifica-se aqui uma saudável preocupação dos gestores hospitalares em empregar variados serviços para ampliar a qualificação dos processos médicos adotados. O emprego de um coordenador médico de ensino, a utilização de protocolos clínicos, contatar o paciente após a alta para verificar a condição de sua recuperação, a

responsabilidade em seguir os protocolos da entidade certificadora e a adoção de *safety huddles* (reuniões curtas e rotineiras que visam o compartilhamento de informações sobre problemas de segurança existentes ou potenciais que possam afetar pacientes ou colaboradores), atestam positivamente em prol dos hospitais avaliados.

Já quanto às estratégias usadas para avaliar e melhorar os processos dos serviços de enfermagem (estratégia de *Marketing* de Serviços (Processos)), verifica-se sua abrangência no Quadro 56.

Quadro 56: Estratégias utilizadas para avaliar e melhorar os processos dos serviços de enfermagem adotados

HOSPITAL	ESTRATÉGIAS
1	Utilização de protocolos clínicos; gestão por indicadores de saúde; qualidade e segurança do paciente; Safety Huddles.
2	Adoção de protocolos médicos.
3	Programa de Qualidade e Segurança para o Paciente: paciente é contatado após a alta para verificar sua recuperação.
4	Coordenador de ensino acompanha a avaliação de desempenho das áreas assistenciais, identifica quais são as deficiências e monta programas de treinamento customizados, com simulação realística, jogos e conteúdo ministrado.
5	Certificações de qualidade (JCI, por exemplo).

Fonte: Pesquisa de campo.

Coincidentemente os gestores hospitalares avaliados listaram as mesmas estratégias utilizadas para avaliar e melhorar tanto os processos dos serviços médicos quanto os de enfermagem adotados.

O Quadro 57 permite analisar como os dirigentes dos hospitais pesquisados gerenciam as estratégias concretizadas para avaliar e melhorar os processos dos serviços administrativos adotados (estratégia de *Marketing* de Serviços (Processos)).

Quadro 57: Estratégias utilizadas para avaliar e melhorar os processos dos serviços administrativos adotados

HOSPITAL	ESTRATÉGIAS
1	Gestão por indicadores de saúde; Safety Huddles.
2	-
3	Programa de Qualidade e Segurança para o Paciente: paciente é contatado após a alta para verificar sua recuperação.
4	Monitoração dos elogios e críticas e das colocações dos pacientes sobre o diferencial da humanização pretendido pelo hospital.
5	Certificações de qualidade (JCI, por exemplo).

Fonte: Pesquisa de campo.

As estratégias basicamente são as mesmas utilizadas nos hospitais pelos médicos e enfermeiros (Quadros 55 e 56), com a importante ressalva de que os entrevistados indicam que elas são menos técnicas, já que o enfoque aqui são os processos

administrativos. Destaca-se a ação de monitoração dos elogios e críticas realizado por um gestor hospitalar, bem como a ausência de adoção de estratégias nessa área por outro.

No que se refere às estratégias aplicadas pelos gestores com a finalidade de buscar parcerias no intuito de melhorar o atendimento, prospectar ou fidelizar clientes (estratégia de *Marketing* de Relacionamento (Fidelização)), verifica-se como elas são realizadas no Quadro 58.

Quadro 58: Estratégias utilizadas para buscar parcerias no sentido de melhorar atendimento, prospectar ou fidelizar clientes

HOSPITAL	ESTRATÉGIAS
1	Conselho de Pacientes e Familiares; campanhas educativas; intercâmbio com instituições de ensino, centros de pesquisa e estudiosos da saúde; benchmarking em gestão operacional, gestão econômico-financeira e pesquisa com entidades nacionais e estrangeiras.
2	Parceria com outro hospital para atender localmente pacientes.
3	Participação no Instituto de Patient Experience.
4	Pacientes participam de pesquisa de satisfação enviada por <i>email</i> após a alta. As respostas são consolidadas num banco de dados e é feito <i>benchmarking</i> com outros hospitais. Temas normalmente tratados são o diferencial da humanização e do tratamento em geral prestado pelo hospital ao paciente.
5	<i>Benchmarking</i> com outras instituições estrangeiras e nacionais; participação em redes sociais.

Fonte: Pesquisa de campo.

O detalhamento apresentado por alguns dirigentes, como o do Hospital 1, na execução dessa estratégia, contrasta fortemente com a simplicidade da ação adotada pelo gestor do Hospital 2, por mais importante que ela possa ser em seu contexto empresarial específico. Contudo, a menção à prática do *benchmarking*, citada por três dos cinco gestores hospitalares, demonstra preocupação em avaliar o negócio à luz daquilo que é praticado no mercado hospitalar como um todo.

O Quadro 59 discrimina a última das estratégias verificadas – aquela utilizada para efetivar outras decisões – (estratégia de *Marketing* de Relacionamento (*Marketing* interno, Prospecção, Parceria, Valor, Fidelização), de *Marketing* Transacional (Produto, Preço, Praça e Promoção) e de *Marketing* de Serviços (Pessoas, Evidência Física, Processos)), com a finalidade de verificar o nível, a qualidade e o direcionamento da iniciativa individual do gestor hospitalar.

Quadro 59: Estratégias utilizadas para efetivar outras decisões tomadas como gestor

HOSPITAL	ESTRATÉGIAS
1	Tomada de decisão colegiada; tradição inovadora; protagonismo colaborativo.
2	Relatório detalhado sobre a atividade hospitalar relativa ao dia anterior entregue às 8h.
3	Ênfase em TI (mais segurança para o paciente, menos fricção no atendimento): telemedicina, aplicativos móveis.
4	Auto-governança, significando como todas as estruturas do hospital são trabalhadas. Alinhamento de ações (planejamento estratégico institucional) entre o órgão interno mais alto na hierarquia do hospital e o nível em que a governança é praticada no dia-a-dia (reforma de estatuto, revisão de governança, revisão de planejamento, revisão de estrutura, revisão de processo, troca de sistema, etc).
5	Vários tipos de fóruns internos organizados com a finalidade de promover a discussão de temas relevantes para o hospital (fórum de gerentes, fórum de diretores, comitê executivo de qualidade, comitê executivo, comitê corporativo de estratégia).

Fonte: Pesquisa de campo

Obtém-se, nas respostas a essa indagação, uma amplitude significativa de depoimentos citando ações variadas implementadas corriqueiramente. Apesar de todas serem importantes, não só para o hospital e o gestor hospitalar que a menciona, mas também para o negócio hospitalar como um todo, distinguem-se aqui algumas estratégias, tais como: protagonismo colaborativo, auto-governança, ênfase em TI e a adoção de fóruns colaborativos.

A seguir, no Capítulo 6, identificam-se estratégias de *marketing* que se propõe sejam adotadas por hospitais privados.

6 ESTRATÉGIAS DE *MARKETING* PROPOSTAS PARA HOSPITAIS PRIVADOS

Este capítulo discute as estratégias de *marketing* passíveis de serem adotadas por hospitais privados em geral.

Ao se considerar a amplitude, diversificação e profundidade das estratégias de *marketing* adotadas pelos cinco gestores entrevistados, propõe-se a hospitais privados a adoção de uma pauta de estratégias para atender a sua clientela, organizadas sob a nomenclatura de *Marketing* de Relacionamento, *Marketing* Transacional e *Marketing* de Serviços.

Essas estratégias, além de ratificar aquelas citadas pelos dirigentes hospitalares entrevistados, demonstram pela sua abrangência de ação, de que não há a pretensão desta lista ser exaustiva, até porque qualquer gestor hospitalar ao considerar as características próprias do hospital pelo qual é responsável, poderá gerar proposições diferentes ou afirmar que várias delas já são praticadas em seu hospital. Espera-se, contudo, que essas sugestões, baseadas e obtidas na pesquisa de campo conduzida junto a cinco hospitais privados da cidade de São Paulo, possam ser úteis ao negócio hospitalar.

Além do mais, pode considerar-se as estratégias a seguir como uma proposição de mix de *marketing* para o setor da saúde, especificamente o hospitalar.

6.1 Estratégias de *Marketing* de Relacionamento Propostas para Hospitais Privados

Ao se levar em conta o *Marketing* de Relacionamento como uma ligação contínua e crescente com todos os públicos hospitalares a seguinte lista de estratégias, baseada no depoimento dos cinco gestores hospitalares entrevistados, pode ser considerada viável de ser efetivada visando a fidelização do paciente.

- a) proporcionar ao paciente e família uma experiência única, mediante o aperfeiçoamento dos processos internos relacionados ao desenvolvimento da infraestrutura e ao estímulo à inovação.
- b) demonstrar praticar foco no cliente mediante o exercício da humanização no relacionamento com ele. Tratar o cliente como pessoa, um ser humano digno de atenção e não como um número de prontuário. Os profissionais médicos, enfermeiros e da administração devem acolhê-lo de forma carinhosa, praticando empatia com ele.
- c) investir amplamente em treinamentos internos.
- d) dar valor ao *feedback* do cliente: este é neutro, os demais podem ser tendenciosos.
- e) sempre que possível, investir em programas de meritocracia que bonificam mediante premiação, financeira ou não. Por exemplo, adotar algum programa de remuneração variável (especialmente dos colaboradores que são funcionários do hospital) proporcional aos resultados gerais da instituição, pois por menor que eles eventualmente sejam, promoverá um saudável sentimento de parceria no negócio. Apesar dos programas de meritocracia serem normalmente individuais, considerar também a possibilidade de premiar um departamento ou área do hospital.
- f) adotar o NPS. Dar *feedback* constante a todo pessoal da instituição – médicos, enfermeiros e pessoal administrativo – sobre a *performance* do hospital do ponto de vista do cliente, já que ele não tem dificuldades em compreender sua importância para a instituição.
- g) por mais desafiante que pareça, é fundamental relacionar-se bem com o público interno – médicos, enfermeiros e corpo administrativo -, para então obter um relacionamento valoroso com pacientes em geral, operadoras de saúde, pacientes corporativos, empresas contratantes dos serviços do hospital, clientes de convênios e particulares.
- h) providenciar ao corpo clínico recursos de excelência para exercer a medicina adequadamente. Valorizar também a enfermagem e o pessoal da administração viabilizando seu acesso a recursos modernos e eficientes. O cliente agradecerá.

- i) estabelecer um serviço de Ouvidoria para ser utilizado não somente pelo público externo (cliente, operadoras de saúde, fornecedores, etc), mas também por aqueles que são empregados da instituição. Além disso, priorizar obter sugestões para a ampliação do negócio, bem como conhecer os defeitos (que devem ser apontados e corrigidos) da operação hospitalar.
- j) valorizar e reconhecer as ações praticadas pelo público interno que beneficiam o hospital. Conceder bolsas de estudo, promover, formar sucessores, adotar um programa de benefícios estimulante.
- l) organizar um conselho de pacientes e familiares: dar valor ao *feedback* deles.
- m) patrocinar campanhas educativas, relacionadas preferencialmente à saúde, mas não somente a elas, junto ao público interno e externo.
- n) oferecer novos serviços (médicos ou não) a comunidade de usuários. Estar atento às necessidades deles.

6.2 Estratégias de *Marketing* Transacional Propostas para Hospitais Privados

O *Marketing* Transacional dá ênfase a Produto, Preço, Praça e Promoção. Sua administração eficaz pode causar resultados amplamente positivos para o hospital. Por isso sugere-se a adoção das seguintes iniciativas, baseadas no depoimento dos gestores hospitalares entrevistados.

6.2.1 Quanto a Produto

Realizar periodicamente pesquisa de mercado, investir no desenvolvimento do parque tecnológico, adotar a prática da auto-governança e gerenciar diuturnamente os indicadores periódicos são atividades necessárias de serem adotadas por hospitais que se preocupam com a importância do Produto que oferecem ao mercado.

- a) contratar pesquisas de mercado objetivando conhecer melhor como o cliente e prestadores de serviço compreendem e aceitam os serviços já disponibilizados pelo hospital, bem como quais novos eles gostariam que fossem implementados.
- b) atualizar constantemente o parque tecnológico do hospital. A medicina de alto desempenho se traduz em melhor tratamento, no menor tempo possível, de maneira acessível.
- c) praticar a auto-governança: fazer e executar um planejamento estratégico institucional enfatizando o alinhamento de ações e a obtenção da harmonia na busca do atingimento de objetivos.
- d) como gestor hospitalar, conhecer os indicadores periódicos que apontam para a evolução do hospital, analisando-os diariamente.

6.2.2 Quanto a Preço

Hospitais competitivos necessitam sensibilizar-se quanto à importância do fator Preço para o cliente ou para seu representante (convênios, por exemplo). Além de que, ao mesmo tempo em que o cliente não dispensa a qualidade nos serviços que lhe são prestados, exige que sejam os mais baratos. Três possibilidades são aqui aventadas:

- a) desenvolver uma metodologia interna para permitir ao cliente prever os custos que incorrerá no hospital, antes da internação, seja ele paciente de convênio (gastos extraordinários), empresarial ou particular.
- b) incrementar a prática da adoção de procedimentos médicos gerenciados: desenvolver e divulgar “pacotes” de procedimentos que possibilitarão gerar orçamentos com rapidez.
- c) quanto ao processo de cobrança junto ao paciente por procedimentos extraordinários – aqueles não cobertos pelo convênio - ou executados considerando o usuário empresarial ou particular: encaminhar a conta para sua ciência formal

enquanto ele ainda está no quarto, tão logo a alta hospitalar seja a ele comunicada. Ele poderá vista-la e receber o boleto em casa para daí efetuar o pagamento.

6.2.3 Quanto à Praça

Melhorar continuamente suas instalações e equipamentos, facilitar o acesso do cliente aos seus serviços e dispor de unidades móveis de atendimento são ações que caracterizam a compreensão da unidade hospitalar quanto ao elemento Praça do *mix* de *marketing* hospitalar.

a) as instalações e equipamentos, se atualizados, são um atrativo para médicos e clientes, pois significará a prática de uma medicina de alta resolutividade. Uma estratégia para isso seria o hospital ter em execução um Plano Diretor de obras e estrutura, revisado a cada três meses, com o intuito de atualizá-lo do ponto de vista tecnológico, orçamentário e do cliente. Esta estratégia caracteriza-se como foco em melhoria contínua.

b) caso o hospital não possa ampliar o número de unidades físicas ou mesmo que o possa, necessitará trabalhar junto à prefeitura local para facilitar o acesso do cliente aos seus serviços: sinalização adequada, meios de transporte variados, segurança pública, etc.

c) sempre que possível, considerando-se especialmente a participação (remunerada ou não) do hospital em eventos públicos, possuir uma ou mais unidades clínicas móveis competentemente equipadas do ponto de vista tecnológico e humano.

6.2.4 Quanto à Promoção

Dois elementos essenciais ao sucesso hospitalar são aqui considerados em Promoção: identidade visual e conquista do cliente. Ambos são fundamentais ao sucesso do hospital.

a) caso a marca do hospital carregar características mais fortes de tradição e menos de modernidade, rejuvenescê-la dando-lhe uma nova identidade visual.

b) investir em *marketing*, não em publicidade. Não restringir-se a atividades de divulgação (publicações, campanhas publicitárias nos mais variados meios de comunicação, participação em premiações reconhecidas, promoção de eventos em datas especiais), mas especialmente conquistar o coração de médicos, enfermeiros, funcionários e, mais importante de todos, do cliente.

6.3 Estratégias de *Marketing* de Serviços Propostas para Hospitais Privados

O *Marketing* de Serviços caracteriza-se especialmente por ampliar a abordagem do *Marketing* Transacional, ao mesmo tempo que engloba as iniciativas do *Marketing* de Relacionamento.

Contudo, três variáveis – Pessoas, Evidência Física (*Physical Evidence*) e Processos – caracterizam-no distintamente.

Portanto, recomenda-se a inclusão das seguintes estratégias nos programas de *Marketing* de Serviços, conforme sugeridas pelos gestores hospitalares entrevistados.

6.3.1 Quanto a Pessoas

O investimento constante em pessoas – médicos, enfermeiros e colaboradores administrativos – é a atividade mais importante que um hospital poderá realizar. A competência demonstrada pelas pessoas no trato com o cliente o conquistará; não somente a ele, mas a todos os quais ele compartilhar a sua experiência.

- a) capacitar o médico, enfermeiro e pessoal administrativo a praticar empatia com o paciente, fazendo com que ele se sinta acolhido. O nome disto é humanização.
- b) valorizar o trabalho médico adotando um modelo de reconhecimento que dá importância a qualidade, segurança e produção científica.
- c) reconhecer o trabalho dos enfermeiros e funcionários administrativos mediante o uso de programas de meritocracia e de educação continuada.
- d) incentivar e patrocinar a participação do médico, enfermeiro e funcionário administrativo em congressos, simpósios, eventos e cursos (internos ou externos).
- e) na medida do possível, efetuar prioritariamente a promoção interna de funcionários para cargos vagos. Somente em casos em que os candidatos internos não sejam competentes o suficiente ou quando a instituição estiver intencionando promover uma mudança cultural, o processo de recrutamento e seleção deveria ser externo.
- f) desenvolver um programa de gerenciamento de carreira. Isto permitirá aos funcionários competentes elaborar um planejamento individual de desenvolvimento profissional na instituição além de que viabilizará a formação de sucessores.
- g) praticar sistemas de remuneração e benefícios compatíveis com aqueles dos concorrentes diretos.
- h) se possível, criar uma universidade corporativa que aborde não somente questões técnicas, mas também questões comportamentais, especialmente no que tange a lidar com o cliente.
- i) prestigiar o colaborador, seja ele médico, enfermeiro ou funcionário administrativo, que se preocupar com a sua apresentação pessoal, já que ele representa a imagem do hospital.

6.3.2 Quanto a Evidência Física (*Physical Evidence*)

Os fatores melhoria contínua e sensibilidade humana são fundamentais para que o hospital quebre os paradigmas que o relacionam com um ambiente frio e insensível. O hospital deve transformar-se em um ambiente familiar, no qual o cliente sinta-se amparado em seus momentos mais difíceis.

- a) desenvolver um Plano Diretor de Obras e Estrutura que enfoque em atualizações, ampliações, reformas e equipamentos.
- b) fazer ampliações baseadas em indicadores assistenciais e financeiros, englobando tecnologia, infraestrutura e operação.
- c) sempre que possível, optar por estilos arquitetônicos e materiais que procuram afastar a “sensação hospitalar”, causando a “sensação hoteleira”.
- d) criar uma atmosfera amigável e confortável: os clientes hospitalares e seus acompanhantes enfrentam uma situação psicológica pessoal, e muitas vezes familiar, caracterizada por alto grau de ansiedade, que exige especial atenção por parte do prestador de serviço.
- e) adotar o lema da melhoria contínua como rotina.

6.3.3 Quanto a Processos

A segurança do paciente no ambiente hospitalar, bem como a sua recuperação definitiva são exemplos de Processos essenciais que impactam fortemente na percepção do cliente quanto a qualidade do atendimento a ele provido.

- a) adotar iniciativas formais para avaliar e melhorar os processos dos serviços assistenciais (médicos e de enfermagem) adotados: utilizar protocolos clínicos e gestão por indicadores de saúde; enfatizar a qualidade e segurança do paciente.
- b) agir para obter certificações de qualidade para o hospital (JCI, por exemplo).

- c) monitorar os elogios e críticas feitos pelos pacientes sobre os vários serviços do hospital.
- d) praticar ênfase em TI: ela pode significar, por exemplo, mais segurança para o paciente, menos fricção no atendimento, telemedicina, utilização de aplicativos móveis.
- e) contatar o paciente após a alta hospitalar para verificar sua recuperação.

As estratégias de *marketing* propostas para hospitais privados – classificadas em estratégias de *Marketing* de Relacionamento, de *Marketing* Transacional e de *Marketing* de Serviços – devem ser compreendidas como parte de um processo contínuo, diuturnamente investigado por meio de mecanismos gerenciais capazes de aferir e recomendar ações de melhorias.

Propõe-se que a prática dessas estratégias pelos gestores hospitalares ampliará a competitividade do setor gerando benefícios a todos os seus *stakeholders*.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo conclui a discussão sobre estratégias de *Marketing* de Serviços e seus enfoques Transacional e Relacional consubstanciando de forma objetiva os resultados obtidos em relação ao setor hospitalar, enfocando as contribuições para o desenvolvimento de estudos na área, abordando as limitações enfrentadas no decorrer de sua realização e propondo temas para pesquisas futuras.

7.1 Síntese dos Resultados

Esta tese iniciou com a pretensão de avaliar as estratégias de *Marketing* de Serviços (Transacionais ou de Relacionamento) adotadas por gestores de instituições hospitalares privadas na prestação de serviços de saúde na cidade de São Paulo. Para tanto, investigou-se a literatura disponível quanto às características gerais do setor de serviços hospitalares, bem como quanto às estratégias de *marketing* praticadas em serviços de saúde. A seguir, foi realizado Estudo Descritivo de Múltiplos Casos, mediante entrevistas conduzidas junto a profissionais gestores de cinco dos hospitais-alvo dessa investigação, a partir de cujos posicionamentos identificaram-se as estratégias de *marketing* por eles empregadas em sua atuação como dirigentes no setor hospitalar. Concluiu-se a análise do tema propondo estratégias de *Marketing* de Serviços, tanto Transacionais quanto de Relacionamento, passíveis de serem praticadas por serviços de saúde, especificamente por gestores de hospitais privados.

Verificou-se que os pressupostos estabelecidos para este estudo acadêmico – de que o *marketing* praticado em hospitais privados utiliza-se do *Marketing* de Serviços, do *Marketing* Transacional e do *Marketing* de Relacionamento – são verdadeiros. É possível argumentar que este ou aquele hospital privado pode evoluir no seu exercício do *marketing*, mas não que ele não o pratique, seja no enfoque Transacional, seja no Relacional.

Em função disto, o estudo apresentou, no capítulo 6, propostas de 44 estratégias diferentes: a) de *Marketing* de Relacionamento (13), b) de *Marketing* Transacional (12) e c) de *Marketing* de Serviços (19), oriundas da pesquisa de múltiplos casos realizada junto aos gestores de hospitais privados na cidade de São Paulo, que podem ser adotadas por outras unidades hospitalares.

7.2 Contribuição desse Estudo para o *Marketing*

Pretende-se que os resultados desta tese possam influenciar uma continuidade de investigação do *marketing* no ambiente hospitalar, reconhecendo sua importância não somente para o negócio, mas especialmente para a sociedade.

Este estudo imbuí-se de importância pelo potencial em ser saudavelmente replicado, servindo de ponto de partida para outros estudos, não somente por grupos hospitalares, mas individualmente por hospitais específicos e mesmo por governos.

Além disso, pode também contribuir para que agências de comunicação, especialmente empresas de assessoria de *marketing*, desenvolvam propostas nessa importante área da economia local e nacional, passando a atuar de forma mais marcante nesse setor econômico.

No âmbito acadêmico, espera-se que esta pesquisa contribua para a ampliação do conhecimento do setor hospitalar, parte significativa da economia, mas pouco estudado, especialmente no ambiente de um doutorado em Administração, com enfoque em *marketing*.

7.3 Limitações do Estudo

Dos onze gestores de hospitais originalmente convidados formalmente a participar deste estudo (Quadro 33), seis preferiram não fazê-lo.

Apesar disto não ter interferido na realização do estudo, considera-se esta omissão consciente como improdutiva e carregando uma mensagem implícita de concessão de pouca importância a duas coisas: ao ambiente profissional, o setor da saúde em que os hospitais privados atuam e ao ambiente acadêmico, em nível doutoral.

Contudo, como alertam Fraser e Gondim (2004, p. 147), “o que importa não é quantos foram entrevistados, mas se os entrevistados foram capazes de trazer conteúdos significativos para a compreensão do tema em questão”. Além do mais, como já mencionado anteriormente, Creswell (2007, p. 76) afirma que “quando um pesquisador escolhe [realizar uma pesquisa de] múltiplos casos, a [principal] questão torna-se ‘Quantos casos?’”. Pois, segundo ele, “não há um número certo para casos. Tipicamente, contudo, o pesquisador escolhe não mais do que quatro ou cinco casos”. Nesse sentido pode-se considerar que a amostra praticada de cinco hospitais foi significativa.

7.4 Sugestões para Pesquisas Futuras

Sugere-se a continuidade da investigação acadêmica no importante, mas pouco abordado ramo hospitalar do setor de serviços, mediante a realização de pesquisas que abordem temas tais como: o mesmo assunto em outras metrópoles brasileiras; hospitais de menor importância (regionais, com menor faturamento ou menor número de leitos, etc); comparando e contrastando a opinião dos gestores hospitalares com aquela de seus clientes.

Além disso, dada a natureza complexa, sujeita a constantes mudanças, do negócio hospitalar, recomenda-se a realização de estudos que destaquem aspectos fundamentais para o seu sucesso, como a cultura e contexto econômico brasileiros, bem como ética.

Finalizando, espera-se que a continuidade nos estudos das Estratégias de *Marketing* de Serviços, seja nos enfoques Transacional ou Relacional no setor de saúde, contribuam para que o negócio hospitalar seja constantemente renovado por iniciativas focadas em humanização e eficácia.

REFERÊNCIAS

- AGARIYA, A. K.; SINGH, D. What really defines relationship marketing? A review of definitions and general and sector-specific defining constructs. **Journal of Relationship Marketing**, v. 10, n. 4, 2011, p. 203-237.
- ALVAREZ, F. J. S. M.; CARVALHO, M. R. **Gestão eficaz da equipe de vendas: venda mais adequando sua equipe aos clientes**. São Paulo: Saraiva, 2008.
- ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. **Observatório Anahp**. Edição 9. São Paulo: Formags, 2017.
- ANDERSON, M.; BURNS, H.; CORAPI, G. **How children's hospitals can maximize partnership value**. Boston: The Chartis Group, 2017.
- ASSIS, E. E.; OLIVEIRA, M. M. O composto de marketing de serviços correlacionado à aplicação do conceito de hotelaria hospitalar. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 63-85, jul./dez. 2012.
- ASTUTI, H. J.; NAGASE, K. Patient loyalty to health care organizations: strengthening and weakening (satisfaction and provider switching). **Journal of Medical Marketing**, v. 14, n. 4, 2014, p. 191-200.
- BAHIA, L. A política de saúde no Brasil. In: ROCHA, J. S. Y. (Editor). **Manual de saúde pública & saúde coletiva no Brasil**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.
- BAIRD, K. **Raising the bar on service excellence: the health care leader's guide to putting passion into practice**. Fort Atkinson, WI, USA: Golden Lamp Press, 2008.
- BAKER, M. J. Editorial. **Journal of Customer Behaviour**, v. 5, n. 3, 2006, p. 197-200.
- BAKER, M. J. The marketing mix. In: BAKER, M. J.; HART, S. J. (Editors). **The marketing book**. Burlington, MA: Elsevier, 2008.
- BALLANTYNE, D. Marketing at the crossroads. **Asia-Australia Marketing Journal**, vol. 2, n. 1, 1994, p. 1-7.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BATESON, J. E. G.; HOFFMAN, K. D. **Princípios de marketing de serviços: conceitos, estratégias e casos**. São Paulo: Cengage Learning, 2016.
- BENNET, R.; KOTTASZ, R. Practitioner perceptions of corporate reputation: an empirical investigation. **Corporate Communication: An International Journal**, v. 5, n. 4, 2000, p. 224-234.
- BERRY, L. L. Relationship marketing. In: BERRY, L. L.; SHOSTACK, G. L.; UPAH, G. D. (Editors). **Emerging perspectives in services marketing**. Chicago: AMA, 1983.
- BERRY, L. L.; PARASURAMAN, A. **Marketing services: competing through quality**. New York, NY: The Free Press, 1991.

- BOERGER, M. A. **Gestão em hotelaria hospitalar**. São Paulo: Atlas, 2005.
- BOGMAN, I. M. **Marketing de relacionamento**: estratégias de fidelização e suas implicações financeiras. São Paulo: Nobel, 2002.
- BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política**, v. 2, n. 1, jan./jul. 2005, p. 68-80.
- BORBA, V. R. **Administração hospitalar**: princípios básicos. São Paulo: Cedas, 1988.
- BOWLES, T. Developing adaptive change capabilities through client-centred therapy. **Behaviour Change**, v. 29, n. 4, 2012, p. 258-271.
- BOYD JR, H. W.; WESTFALL, R. **Pesquisa mercadológica**: texto e casos. Rio de Janeiro: Ed. da Fundação Getúlio Vargas, 1984.
- BRAGA, J. C. S.; SILVA, P. L. B. A mercantilização admissível e as políticas públicas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil. In: NEGRI, B.; DI GIOVANI, G. **Brasil**: radiografia da saúde. Campinas, SP: UNICAMP, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde – CNES**. Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conceitos e definições em saúde**. Brasília, 1977.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar**. Portaria nº 312 de 02 de maio de 2002. Brasília, 2002.
- BRITO, C. M. Marketing relacional: das origens às atuais escolas de pensamento. **Revista Portuguesa de Marketing**, v. 26, 2011, p. 15-26.
- CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, 2013, p. 7-26.
- CELLUCCI, L. W.; WIGGINS, C.; FARNSWORTH, T. J. **Healthcare marketing**: a case study approach. Chicago, IL: Health Administration Press, 2014.
- CERQUEIRA, L. S.; SANTIAGO, A. R. S. B. **Os impactos da implantação do CRM**: estudo de caso em uma organização que atua na área de saúde. XIII SEMEAD – Seminários em Administração. Setembro de 2010.
- CHRISTENSEN, C. M.; GROSSMAN, J. H.; HWANG, J. **Inovação na gestão da saúde**: soluções disruptivas para reduzir custos e aumentar qualidade. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- COBRA, M. H. N.; BRAGA, R. **Marketing educacional**: ferramentas de gestão para instituições de ensino. São Paulo: Cobra Editora, 2004.
- COBRA, M. H. N.; RIBEIRO, A. **Marketing**: Magia e Sedução. São Paulo: Cobra, 2000.
- CONSTANTINIDES, E. The marketing mix revisited: towards the 21st century marketing. **Journal of Marketing Management**, v. 22, 2006, p. 407-438.

COOPER, J.; CRONIN, J. J. Internal marketing: a competitive strategy for the long-term care industry. **Journal of Business Research**, v. 48, 2000, p. 177-181.

COULTER, A.; ELLINS, J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. **BMJ** (British Medical Journal), v. 335, 7 July 2007, p. 24-27.

CRESWELL, J. W. **Qualitative inquiry and research design**: choosing among five approaches. Thousand Oaks, CA, USA: SAGE Publications, 2007.

CROSIER, K. Promotion. In: BAKER, M. J. (Editor). **The marketing book**. Burlington, MA: Butterworth-Heinemann, 2003.

DANCIU, V. The relationship marketing era for the romanian banking institutions: could it bring something different. **The Romanian Economic Journal**, v. 2, n. 32, 2009, p. 3-20.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Penso, 2006.

DESLAURIERS, J.; KÉRISIT, M. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART, J.; DESLAURIERS, J.; GROULX, L. H.; LAPERRIERE, A.; MAYER, R.; PIRES, A. P. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008.

DONEY, P. M.; BARRY, J. M.; ABRATT, R. Trust determinants and outcomes in global B2B services. **European Journal of Marketing**, v. 41, n. 9/10, 2007, p. 1096-1116.

DYCHÈ, J. **The CRM handbook**: a business guide to customer relationship management. Indianapolis, Indiana: Addison-Wesley, 2002.

EADY, K. **Understanding family involvement in adult inpatient traumatic brain injury rehabilitation**. 2017. 261f. Thesis (Faculty of Health Sciences, Rehabilitation Sciences, Doctor of Philosophy degree). University of Ottawa, Canada, 2017.

ELIAS, P. E. M.; DOURADO, D. A. Sistema de saúde e SUS: saúde como política social e sua trajetória no Brasil. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (Organizadores). **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec Editora, 2015.

EISENHARDT, K. M.; GRAEBNER, M. E. Theory building from cases: opportunities and challenges. **Academy of Management Journal**, v. 50, n. 1, 2007, p. 25-32.

EPSTEIN, R. M.; STREET JR, R. L. The values and value of patient-centered care. **Annals of Family Medicine**, v. 9, n. 2, 2011, p. 100-103.

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**, v. 14, n. 28, p. 139-152, mai./ago. 2004.

FREEDMAN, L. **Strategy**: a history. New York, NY: Oxford University Press, 2015.

FURLONG, C. B. **Marketing para reter clientes**. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

GADELHA, P.; NORONHA, J. Pensar e construir o futuro: saúde amanhã. In: IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **BAPI – Boletim de Análise Político Institucional**, Jan-Jun 2016, n. 9. p. 13-15.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.

GODOI, A. F. **Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento em hospitais: pensando e fazendo**. São Paulo: Ícone, 2004.

GODOI, A. F. **Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento em hospitais**. São Paulo: Ícone, 2008.

GODOI, C. K.; MATTOS, P. L. C. L. Entrevista qualitativa: instrumento de pesquisa e evento diagnóstico. In: GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A. B. (Org.). **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos**. São Paulo: Saraiva, 2010.

GODOY, A. S. Estudo de caso qualitativo. In: GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A. B. (Org.). **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos**. São Paulo: Saraiva, 2010.

GOLDSTEIN, S. M.; WARD, P. T.; LEONG, G. K.; BUTLER, T. W. The effect of location, strategy, and operations technology on hospital performance. **Journal of Operations Management**, v. 20, 2002, p. 63-75.

GORDON, I. **Marketing de relacionamento**. São Paulo: Futura, 1998.

GOTTLIEB, L. N.; FEELEY, N. **The collaborative partnership approach to care: a delicate balance**. Toronto, ON, CA: Elsevier, 2006.

GRÖNROOS, C. Keynote paper: From marketing mix to relationship marketing – towards a paradigm shift in marketing. **Management Decision**, v. 32, n. 2, 1997, p. 322-339.

GRÖNROOS, C. **Marketing: gerenciamento e serviços**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

GRÖNROOS, C. **Marketing: gerenciamento e serviços – a competição por serviços na hora da verdade**. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

GRÖNROOS, C. **Service management and marketing**. Chichester, UK: Wiley, 2007.

GUMMESSON, E. Exit services marketing – enter service marketing. **Journal of Customer Behaviour**, July 2007, v. 6, n. 2, p. 113-141.

GUMMESSON, E. Making relationship marketing operational. **International Journal of Service Industry Management**, v. 5, n. 5, 1994, p. 5-20.

GUMMESSON, E. **Marketing de relacionamento total**. Porto Alegre: Bookman, 2010.

GUMMESSON, E. Service research methodology: from case study research to case theory. **Revista Ibero-Americana de Estratégia – RIAE**, v. 13, n. 4, Out/Dez 2014, p. 8-17.

HESKETT, J. L.; JONES, T. O.; LOVEMAN, G. W.; SASSER, W. E.; SCHLESINGER, L. A. Putting the service-profit chain to work. **Harvard Business Review**, v. 72, n. 2, March-April 1994, p. 164-174.

HOFFMAN, K. D.; BATESON, J. E. G. **Princípios de marketing de serviços: conceitos, estratégias e casos**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

HUGHES, J. C.; BAMFORD, C.; MAY, C. Types of centredness in health care: themes and concepts. **Medicine, Health Care, and Philosophy**, v. 11, n. 4, 2008, p. 455-463.

IKEDA, A. A. Considerações sobre pesquisa qualitativa em Administração: uma discussão de suas características, usos e aplicações. **REGE - Revista de Gestão USP**, São Paulo, v. 16, n. 3, Jul/Set 2009, p. 49-64.

IKEDA, A. A.; VELUDO-DE-OLIVEIRA, T. M.; CAMPOMAR, M. C. O caso como estratégia de ensino na área de Administração. **R. Adm.**, São Paulo, v. 41, n. 2, Abr/Mai/Jun 2006, p. 147-157.

ILIOPOULOS, E.; PRIPORAS, C. The effect of internal marketing on job satisfaction in health services: a pilot study in public hospitals in Northern Greece. **BMC Health Services Research**, v. 11, 2011, p. 1-8.

JAIN, S. C. **Marketing planning and strategy**. Cincinnati, Ohio: Cengage South-Western, 2000.

JACKSON, B. B. **Winning and keeping industrial customers**. Lexington, MA: Lexington, Books, 1985.

JOHNSON, B.; ABRAHAM, M.; CONWAY, J.; SIMMONS, L.; EDGMAN-LEVITAN, S.; SODOMKA, P.; SCHLUETER, J.; FORD, D. **Partnering with patients and families to design a patient- and family-centered health care system: recommendations and promising practices**. Bethesda, MD, USA: Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2008.

JOIA, L. A. Geração de modelos teóricos a partir de estudos de casos múltiplos: da teoria à prática. In: VIEIRA, M. M. F.; ZOUAIN, D. M. (Organizadores). **Pesquisa qualitativa em administração**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

JOSEPH, W. B. Internal marketing builds service quality. **Journal of Health Care Marketing**, v. 16, n. 1, Spring 1996, p. 54-59.

KAHTALIAN, M. Marketing de serviços. In: FAE BUSINESS SCHOOL. **Marketing**. Curitiba: Associação Franciscana de Ensino Senhor Bom Jesus, 2002.

KELLER, K. L.; MACHADO, M. **Gestão estratégica de marcas**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006.

KOTLER, P. Strategies for introducing marketing into nonprofit organizations. **Journal of Marketing**, v. 43, January 1979, p. 37-44.

KOTLER, P.; HAYES, T.; BLOOM, P. N. **Marketing de serviços profissionais: estratégias inovadoras para impulsionar sua atividade, sua imagem e seus lucros**. Barueri, SP: Manole, 2002.

KOTLER, P.; KARTAJAYA, H.; SETIAWAN, I. **Marketing 3.0**: as forças que estão definindo o novo marketing centrado no ser humano. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

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

KOTLER, P.; KELLER, K. L. **Administração de marketing**. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2012.

KOTLER, P.; LEE, N. R. **Marketing contra a pobreza**: as ferramentas da mudança social para formuladores de políticas, empreendedores, ONGs, empresas e governos. Porto Alegre: Bookman, 2010.

KOTLER, P.; SHALOWITZ, J.; STEVENS, R. J. **Marketing estratégico para a área da saúde**: a construção de um sistema de saúde voltado ao cliente. Porto Alegre: Bookman, 2010.

KUAZAQUI, E. Administração estratégica hospitalar. In: KUAZAQUI, E.; TANAKA, L. C. T. **Marketing e gestão estratégica de serviços em saúde**. São Paulo: Cengage Learning, 2015a.

KUAZAQUI, E. Marketing de saúde hospitalar. In: KUAZAQUI, E.; TANAKA, L. C. T. **Marketing e gestão estratégica de serviços em saúde**. São Paulo: Cengage Learning, 2015b.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2008.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil**: em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009.

LAS CASAS, A. L. **Técnicas de vendas**. São Paulo: Atlas, 2009.

LEMONS, V. M. F.; ROCHA, M. H. P. **A gestão das organizações hospitalares e suas complexidades**. VII Congresso Nacional de Excelência em Gestão, 12 e 13 de agosto de 2011.

LEONI FILHO, S. A. Estratégias de preços. In: FAE BUSINESS SCHOOL. **Marketing**. Curitiba: Associação Franciscana de Ensino Senhor Bom Jesus, 2002.

LEVY, S. J.; KOTLER, P. A rejoinder: toward a broader concept of marketing's role in social order. **Journal of Academy of Marketing Science**, v. 7, n. 3, Summer 1979, p. 232-238.

LIMA, E. Pesquisa qualitativa: o estudo de caso em marketing. In: PIZZINATTO, N. K.; FARAH, O. E. (Organizadores). **Pesquisa pura e aplicada para marketing**: processos e aplicações. São Paulo: Atlas, 2012.

LIMA, E.; ZOSCHKE, A. C. K. Pesquisa qualitativa: o estudo de caso em marketing. In: PIZZINATTO, N. K.; FARAH, O. E. (Organizadores). **Pesquisa pura e aplicada para marketing**: processos e aplicações. São Paulo: Atlas, 2012.

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

LOVELOCK, C.; WIRTZ, J.; HEMZO, M. A. **Marketing de serviços**: pessoas, tecnologia e estratégia. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2011.

LUSCH, R. F.; VARGO, S. L. (Editors). **Toward a service-dominant logic of marketing**: dialog, debate, and directions. New York: M. E. Sharpe, 2006.

MADRUGA, R. **Guia de implementação de Marketing de Relacionamento e CRM**. São Paulo: Atlas, 2004.

MAGALHÃES, M. R. A.; CRNKOVIC, L. H.; MORETTI, S. L. A. Importância do marketing de relacionamento para a melhoria do atendimento e da vantagem competitiva nos serviços médicos privados. **REMARK – Revista Brasileira de Marketing**, São Paulo, v. 8, n. 1, jan/jun. 2009, p. 70-92.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing**: uma orientação aplicada. Porto Alegre: Bookman, 2012.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas, 2002.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**: metodologia, planejamento, execução e análise. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

MCCARTHY, E. J. **Basic marketing**: a managerial approach. Homewood, IL: Richard D. Irwin Inc., 1960.

MCDONALD, M.; CHRISTOPHER, M.; KNOX, S.; PAYNE, A. **Clientes**: os verdadeiros donos da empresa - como construir uma organização orientada para o mercado. São Paulo: Futura, 2001.

MELO, H. P.; ROCHA, F.; FERRAZ, G.; DI SABBATO, A.; DWECK, R. **O setor serviços no Brasil**: uma visão global – 1985/95. Texto para discussão nº 549. Rio de Janeiro, RJ: IPEA, 1998.

MENDES, J. D. V.; CRUZ, R. M. F.; PORTAS, S. L. C. (Organizadores). **Plano estadual de saúde 2016-2019**. São Paulo, SP: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2016.

MENDONÇA, A. L. O. O cuidado da saúde na era da ciência e da técnica: o que é saúde, afinal? **História, Ciências, Saúde**, v. 21, n. 2, Abr-Jun 2014, p. 783-788.

MEYER JR, V.; PASCUCCI, L.; MURPHY, J. P. Implementing strategies in complex systems: lessons from brazilian hospitals. **BAR – Brazilian Administration Review**, v. 9, Special Issue, May 2012, p. 19-37.

MILAN, G. S. **A prática do marketing de relacionamento e a retenção de clientes**: um estudo aplicado em um ambiente de serviços. Porto Alegre: UFRGS, 2006. Tese (Doutorado em Engenharia da Produção), Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.

MILAN, G. S.; CAMARGO, M. E.; DE TONI, D.; PINTO, M. M. B.; COSTA, C. A. The relational practice existing between a service provider and its customers and the customer retention: a comparison between a theoretical model and rival. **Australian Journal of Basic and Applied Sciences**, v. 7, n. 7, 2013, p. 904-915.

MILAN, G. S.; DE TONI, D. A construção de um modelo sobre a retenção de clientes e seus antecedentes em um ambiente de serviço, **REAd – Revista Eletrônica de Administração**, v. 18, n. 2, p. 433-467, 2012.

MINADEO, R. **Marketing para serviços de saúde: um guia indispensável para gestores das áreas médicas**. Rio de Janeiro: Alta Books, 2017.

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

MORON, M. A. M. **Concepção, desenvolvimento e validação de instrumentos de coleta de dados para estudar a percepção do processo decisório e as diferenças culturais**. Porto Alegre: UFRGS, 1998. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas), Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998.

MOURA, G. M. S. S.; LUCE, F. B. Encontros de serviço e satisfação de clientes em hospitais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 4, jul/ago 2004, p. 434-440.

NASSAR, M. R. F. **Princípios de comunicação excelente para o bom relacionamento médico-paciente**. 2003. Tese de Doutorado (Escola de Comunicações e Artes). USP - Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2003.

NEGRI, B. A política de saúde no Brasil nos anos 1990: avanços e limites. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. D. (Organizadores). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social**. São Paulo: SOBRAVIME/CEALAG, 2002.

NORDGREN, L. Value creation in health care services – developing service productivity: experiences from Sweden. **International Journal of Public Sector Management**, v. 22, n. 2, February 2009, p. 114-127.

OLIVEIRA, E. G.; MARCONDES, K. S.; MALERE, E. P.; GALVÃO, H. M. Marketing de serviços: relacionamento com o cliente e estratégias de fidelização. **Revista de Administração da FATEA**, v. 2, n. 2, Jan/Dez 2009, p. 79-93.

O'MALLEY, L.; TYNAN, C. Relationship marketing. In: BAKER, M. J.; HART, S. J. **The marketing book**. New York: Elsevier, 2008.

O'SULLIVAN, G. A.; YONKLER, J. A.; MORGAN, W.; MERRITT, A. P. **A field guide to designing a health communication strategy**. Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs, 2003.

OVRETVEIT, J. **Melhoria de qualidade que agrega valor: o cuidado de saúde**. Revisado e adaptado por C. Travassos e P. Sousa. Rio de Janeiro: Proqualis, 2015.

PALMATIER, R. W. **Relationship marketing**. Cambridge, MA: Marketing Science Institute, 2008.

PALMER, A. The marketing of services. In: BAKER, M. J. (Editor). **The marketing book**. Burlington, MA: Butterworth-Heinemann, 2003.

PASCUCCI, L.; MEYER JUNIOR, V.; MURPHY, P. **Strategic practices in nonprofit hospitals**: the convergence of social mission and sustainability. XXXIV ENANPAD, XXXIV Encontro da ANPAD, Rio de Janeiro, 25 a 29 de setembro de 2010.

PECK, H.; PAYNE, A.; CHRISTOPHER, M.; CLARK, M. **Relationship marketing**: strategy and implementation. Boston: Butterworth-Heinemann, 1999.

PIZZINATTO, N. K. Apresentação. In: PIZZINATTO, N. K. (Organizadora). **Marketing focado na cadeia de clientes**. São Paulo: Atlas, 2005.

PIZZINATTO, N. K.; PIZZINATTO, A. K. Projetos de pesquisas aplicadas de marketing. In: PIZZINATTO, N. K.; FARAH, O. E. (Organizadores). **Pesquisa pura e aplicada para marketing**: processos e aplicações. São Paulo: Atlas, 2012.

PORTER, C. Quoted in **The marketing strategy letter**. May, 1993. p. 14.

PORTER, C. E.; DONTU, N. Cultivating trust and harvesting value in virtual communities. **Management Science**, v. 54, n. 1, 2008, p. 113-128.

PORTER, M. E. What is value in health care? **The New England Journal of Medicine**, v. 363, n. 26, December 23, 2010, p. 2477-2481.

QUEVEDO, M. F. **Hospitalidade**: um estudo de caso do Hospital Unimed Nordeste RS. 6.7.2006. 140f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação de Mestrado em Turismo). Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, RS, 2006.

RAMBO, F. I. **Estratégias de marketing de relacionamento em organizações contábeis**. 10.2014. 85f. Monografia (Bacharelado de Ciências Contábeis, Curso de Ciências Contábeis). Centro Universitário UNIVATES, Lajeado, RS, 2014.

RAPHEL, M.; RAPHEL, N. **Conquistando a fidelidade**: como transformar clientes eventuais em verdadeiros defensores do seu negócio. São Paulo: Futura, 1996.

ROCHA, A.; LUCE, F. B. Relacionamentos entre compradores e vendedores: origens e perspectivas no marketing de relacionamento. **RAE – Revista de Administração de Empresas**, v. 46, n. 3, jul/set 2006, p. 87-93.

ROSA, R. R. P. A.; OLIVEIRA, D. M. S.; SILVA, D. C.; MEDEIROS, M. G. F.; OLIVEIRA, E. H. Visão geral das ferramentas de marketing e análise de sua eficácia em um hospital de referência em Teresina-PI. **Revista Inovação**, v. 2, n. 2, Jul/Dez 2013, p. 20-41.

SÁ, F.; BALEGO, R. Saúde em São Paulo: o que nos aflige? **Revista FEHOESP 360**, Edição 1, Setembro de 2016, p. 14-23.

SABATINO, L. **Fidelização**: a ferramenta de marketing que promove relacionamentos duradouros com os clientes. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2003.

SALIBY, P. E. O marketing de relacionamento: o novo marketing da nova era competitiva. **RAE Light**, v. 4, n. 3, 1997, p. 6-12.

SANTIAGO, M. P. Comunicação integrada de marketing. In: FAE BUSINESS SCHOOL. **Marketing**. Curitiba: Associação Franciscana de Ensino Senhor Bom Jesus, 2002.

SANTOS, R. C. C. **Financiamento da saúde pública no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2016.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 2007.

SGANZERLLA, S. A.; DIAS, C. M. M. **A aplicação do marketing de relacionamento na produção da hospitalidade no ambiente hospitalar**. IV Seminário da Associação Brasileira de Pesquisa e Pós-Graduação em Turismo. 27 a 28 de agosto de 2007.

SHETH, J. N.; PARVATIYAR, A. The evolution of relationship marketing. **International Business Review**, v. 4, n. 4, 1995, p. 397-418.

SHIPLEY, M. D. **In search of good medicine: hospital marketing strategies to engage healthcare consumers**. Troy, NY, USA: Black Box Press, 2014.

SILVA, L. F. N.; SILVA, M. A. Satisfação do paciente como estratégia de marketing hospitalar para conquistar clientes. **Estudos**, v. 41, especial, Out. 2014, p. 87-100.

SMITH, J. **Como reter e fidelizar clientes**. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2005.

SOUSA, R. C.; BATISTA, F. E. B. **Política pública de saúde no Brasil: história e perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS**. 2012. VII CONNEPI (Congresso Norte Nordeste de Pesquisa e Inovação), “Ciência, tecnologia e inovação: ações sustentáveis para o desenvolvimento regional”. Palmas, TO, 19 a 21 de outubro de 2012, não paginado.

SOUZA, R. R. O sistema público de saúde brasileiro. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. D. (Organizadores). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social**. São Paulo: SOBRAVIME/CEALAG, 2002.

SPILLER, E. S.; PIÁ, D.; LUZ, J. F.; SÁ, P. R. G. **Gestão de serviços e marketing interno**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

SREENIVAS, T.; SRINIVASARAO, B.; SRINIVASA RAO, U. An analysis on marketing mix in hospitals. **International Journal of Advanced Research in Management and Social Sciences**, v. 2, n. 4, April 2013a, p. 187-207.

SREENIVAS, T.; SRINIVASARAO, B.; SRINIVASA RAO, U. 7 Ps in corporate hospitals – administrators’ perspective. **African Journal of Business Management**, v. 7, n. 43, 21 november 2013b, p. 4363-4379.

STAKE, R. **The art of case study research**. Thousand Oaks, CA, USA: SAGE, 1995.

TEIXEIRA, R. F.; KRONEMBERGER, A. C.; BICALHO, A. M. S. C.; PADUA FILHO, W. C. **Marketing em organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2012.

THOMAS, R. K. **Marketing health services**. Chicago, Illinois: Health Administration Press, 2010.

TROCCOLI, I. R.; DREHER, M. T.; DAL MORO, R. Fidelização e co-criação de valor: uma visão integrada. **RPCA – Revista Pensamento Contemporâneo em Administração**, v. 2, n. 1, jan./abr. 2008, p. 12-29.

UNDP – United Nations Development Programme. **Human Development Report 2016: human development for everyone**. New York, NY: UNDP, 2016.

VARGO, S. L.; LUSCH, R. F. Evolving to a new dominant logic for marketing. **Journal of Marketing**, v. 68, n. 1, January 2004, p. 1-17.

VELUDO-DE-OLIVEIRA, T. M.; IKEDA, A. A. O conceito de valor para o cliente: definições e implicações gerenciais em marketing. **Gestão.org - Revista Eletrônica de Gestão Organizacional**, v. 3, n. 1, 2010, p. 40–52.

VERHOEF, P. C. Understanding the effect of customer relationship development. **Journal of Marketing**, v. 67, n. 4, 2003, p. 30-45.

WEAVER, P. A.; WEBER, K.; McCLEARY, K. W. Destination evaluation: the role of previous travel experience and trip characteristics. **Journal of Travel Research**, v. 45, n. 3, 2007, p. 333-344.

WEGNER, S. E. Measuring value in health care: the times, they are a changin'. **NCMJ – North Carolina Medical Journal**, v. 77, n. 4, 2016, p. 276-278.

WENG, H.; CHEN, T. LEE, W.; CHANG, C.; WU, M. Internal marketing and its moderating effects between service-oriented encounter and patient satisfaction. **Acta Paul Enferm.**, v. 29, n. 5, 2016, p. 506-517.

WENSLEY, R. The basics of marketing strategy. In: BAKER, M. J.; HART, S. J. (Editors). **The marketing book**. Burlington, MA: Elsevier, 2008.

WHALLEY, A. **Strategic marketing**. Frederiksberg, Denmark: Ventus Publishing, 2010.

WHITELEY, R. C. **A empresa totalmente voltada para o cliente**. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

WILSON, R. M. S.; GILLIGAN, C. **Strategic marketing management: planning, implementation and control**. Burlington, MA: Elsevier Butterworth-Heinemann, 2005.

WOOD, V. R.; BHUIAN, S.; KIECKER, P. Market orientation and organizational performance in not-for-profit hospitals. **Journal of Business Research**, v. 48, 2000, p. 213-226.

WYMER, W. The influence of marketing scholarship's legacy on nonprofit marketing. **International Journal of Financial Studies**, 2013, v. 1, p. 102-118.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZINELDIN, M. The royalty of loyalty: CRM, quality and retention. **Journal of Consumer Marketing**, v. 23, n. 7, 2006, p. 430-437.

WEBGRAFIA

ACCREDITATION CANADA. Where does Accreditation Canada work? 2018. <https://accreditation.ca/intl-en/accreditation/qmentum/> . Acessado em 10/07/2018, às 03:20h.

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality. The guide to patient and family engagement in hospital quality and safety. December 2017. <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/engagingfamilies/guide.html> . Acessado em 22/06/2018, às 04:15h.

AMA - American Marketing Organization. Definition of marketing. 2017a. Disponível em <https://www.ama.org/AboutAMA/Pages/Definition-of-Marketing.aspx>. Acessado em 23/08/2017, às 5:10h.

AMA - American Marketing Organization. Dictionary. 2017b. Disponível em <https://www.ama.org/resources/Pages/Dictionary.aspx>. Acessado em 23/08/2017, às 5:45h.

BATSON, A.; MERSON, M.; DZAU, V. Innovating through “interesting times” in global health. **The Lancet**, v. 390, i. 10106, September 25, 2017, e33-e34. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32522-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32522-9/fulltext). Acessado em 15/01/2018, às 20:10h.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. 05/10/1988. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acessado em 17/01/2017, às 14:15h.

BRASIL. Lei Nº 8.080. 19/09/1990. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acessado em 17/01/2017, às 17:10h.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2015. Brasília, 2016. <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/Relat--rio-de-Gest--o-da-SAS-2015-Final.pdf>. Acessado em 30/09/2016, às 12:45h.

CESCHIN, M. Ex-diretor presidente da ANS fala sobre a coexistência do SUS e dos planos de saúde no país. Entrevista concedida a Drauzio Varella. Publicado em 20/03/2013. Revisado em 06/07/2017. <https://drauziovarella.com.br/videos/sus-e-planos-de-saude-privados/>. Acesso em 16/08/2017, às 5:45h.

DESIDÉRIO, M. Os melhores e os piores estados em indicadores de saúde. 13 de setembro de 2016. <http://exame.abril.com.br/brasil/os-melhores-e-os-piores-estados-em-indicadores-de-saude/> . Acesso em 29/08/2017, às 20:40h.

EMPLASA – Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano. Sobre a RMSPP. 2018. <https://www.emplasa.sp.gov.br/RMSPP> . Acessado em 23/01/2018, às 23:55h.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Hospitais. 2018. <http://www.saude.sp.gov.br/ses/sites-de-interesse/hospitais>. Acessado em 06/05/2018, às 11:25h.

GROTE, K. D.; NEWMAN, J. R. S.; SUTARIA, S. S. A better hospital experience. The McKinsey Quarterly, Health, November 2007, p. 1-10.

<http://www.liberatehealthcare.com/hospitals/A%20better%20hospital%20experience.pdf> . Acesso em 20/06/2018, às 02:20h.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas: sociais e econômicas. Estabelecimentos de saúde/Categoria do estabelecimento/Geral/Tipo de atendimento/Com internação/Esfera administrativa/Privado. 2009.

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-paulo/pesquisa/32/28163?tipo=ranking&indicador=28184> . Acessado em 26/07/2018, às 23:40h.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas: sociais e econômicas. 2017. www.ibge.gov.br . Acessado em 09/11/2017, às 19:40h.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Séries históricas e estatísticas: estabelecimentos de saúde – número de leitos para internação, por esfera administrativa. 2018a.

<https://serieestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=1&op=1&vcodigo=AM36&t=estabelecimentos-saude-numero-leitos-internacao-esfera> . Acessado em 18/01/2018, às 23:50h.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Séries históricas e estatísticas: leitos por mil habitantes. 2018b.

<https://serieestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=1&op=1&vcodigo=MS33&t=leitos-mil-habitantes> e <https://serieestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=1&op=1&vcodigo=MS34&t=leitos-mil-habitantes-privado> e <https://serieestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=1&op=1&vcodigo=MS35&t=leitos-mil-habitantes-publico> . Acessado em 18/01/2018, às 21:35h.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Séries históricas e estatísticas: população presente e residente. 2018c.

<https://serieestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=10&op=0&vcodigo=CD90&t=populacao-presente-residente> e <https://serieestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=10&op=0&vcodigo=CD79&t=populacao-municipios-capitais-populacao-presente-residente>. Acessado em 18/01/2018, às 22:20h.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Séries históricas e estatísticas: profissionais de saúde – médicos por mil habitantes. 2018d.

<https://serieestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=1&op=1&vcodigo=MS20&t=profissionais-saude-medicos-mil-habitantes> . Acessado em 18/01/2018, às 23:15h.

IBOPE – Instituto Brasileiro de Opinião e Estatística. Principais problemas do Brasil são desemprego, corrupção e saúde, apontam brasileiros. 1.2.2017a.

www.ibopeinteligencia.com/noticias-e-pesquisas/principais-problemas-do-brasil-sao-desemprego-corrupcao-e-saude-apontam-brasileiros/. Acessado em 21/06/2017, às 12:10h.

IBOPE – Instituto Brasileiro de Opinião e Estatística. Qualidade de vida em Sampa: indicadores de referência de bem-estar no município. 2017b.

[http://www.ibopeinteligencia.com/arquivos/JOB-16_0939_IRBEM_Indicadores_SP_2016_EVENTO%20\(COM%20CONCLUSÕES\)_final_2401.pdf](http://www.ibopeinteligencia.com/arquivos/JOB-16_0939_IRBEM_Indicadores_SP_2016_EVENTO%20(COM%20CONCLUSÕES)_final_2401.pdf). Acessado em 21/06/2017, às 12:50h.

JCI – Joint Commission International. Organizações JCI Acreditadas. 2018b.

<https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/>. Acessado em 10/07/2018, às 03:55h.

JCI – Joint Commission International. Quem é JCI: nosso alcance global. 2018a.

<https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-is-jci/>. Acessado em 10/07/2018, às 03:45h.

LISTA DA CIDADE. Hospitais particulares, São Paulo-SP. 2018a.

http://www.listadacidade.com.br/sao_paulo.p/2193-hospitais_particulares.html. Acessado em 06/05/2018, às 9:45h.

LISTA DA CIDADE. Hospitais públicos, São Paulo-SP. 2018b.

http://www.listadacidade.com.br/sao_paulo.p/2194-hospitais_publicos.html. Acessado em 06/05/2018, às 10:05h.

ONA – Organização Nacional de Acreditação. ONA atinge 700 certificações em

instituições de saúde. 04/07/2018. <https://www.ona.org.br/Noticia/688/ONA-atinge-700-certificacoes-em-instituicoes-de-saude/>. Acessado em 10/07/2018, às 04:05h.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Unidades da Autarquia Hospitalar Municipal (AHM). 2018.

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/autarquia_hospitalar_municipal/unidades_da_ahm/index.php?p=189616. Acessado em 06/05/2018, às 11:10h.

PWC – PricewaterhouseCoopers Brasil. O mercado de serviços de saúde no Brasil. 2014. www.pwc.com.br. Acessado em 19/01/2018, às 15:25h.

RODRIGUES, J. Fidelização de clientes - como fidelizar os clientes e subscritores – nove dicas. 16 de junho de 2009.

<http://www.webmarketingpt.com/marketing/fidelizacao-de-clientes-como-fidelizar-os-clientes-e-subscritores-9-dicas/#axzz32yZBSKW3>. Acesso em 21/06/2018, às 03:45h.

RUSSO, L. Saúde na Constituição de 1988. 9.7.2017.

<http://lucianarusso.jusbrasil.com.br/artigos/112024069/saude-na-constituicao-de-1988>. Acessado em 24/08/2017, às 23:35h.

SHALLER, D. Patient-centered care: what does it take? October 2007.

https://www.researchgate.net/publication/228787332_Patient-Centered_Care_What_Does_It_Take?enrichId=rgreq-eb755089c4e1239dfc20d04731762aec-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzlyODc4NzZmMjtBUzoxMDY0ODE2MDUxNTI3ODBAMTQwMjM5ODYwMjAwNw%3D%3D&el=1_x_3&esc=publicationCoverPdf. Acessado em 21/06/2018, às 02:30h.

SHETH, J. N. Relationship marketing: a paradigm shift or shaft? January 1, 2000. <http://www.jagsheth.com/relationship-marketing/relationship-marketing-a-paradigm-shift-or-shaft/> . Acessado em 16/01/2018, às 21:45h.

SHSMD – Society for Healthcare Strategy and Market Development. SHSMD Advisory: principles and practices for marketing communications in hospitals and health systems. 2010. http://www.wha.org/data/sites/1/pubArchive/news_releases/marketingcommunication_sadvisory.pdf . Acessado em 18/01/2018, às 22:45h.

SKRABE, C. Meta-mercado hospitalar brasileiro. 2003. <http://www.marketingemsaude.com.br/home/download/MetMercHosp.jpg>. Acessado em 03/10/2016, às 7:15h.

SONI, K. Hospital marketing. 2015. <https://pt.slideshare.net/DrKavitaSoni/hospital-marketing-multi-specilality-hospital>. Acessado em 23/01/2018; às 19:15h.

SOTOMAYOR, D. R. Are partnerships the way to transform healthcare in Latin America? WEF – World Economic Forum. 27/03/2017. <https://www.weforum.org/agenda/2017/03/are-partnerships-the-way-to-transform-healthcare-in-latin-america>. Acessado em 25/01/2018, às 18:50h.

TELELISTAS. Hospitais particulares, São Paulo-SP. 2018a. <https://www.telelistas.net/sp/sao+paulo/hospitais+particulares>. Acessado em 06/05/2018, às 10:25h.

TELELISTAS. Hospitais públicos, São Paulo-SP. 2018b. <https://www.telelistas.net/sp/sao+paulo/hospitais+publicos>. Acessado em 06/05/2018, às 10:45h.

TRACY, B. The 7 Ps of marketing. 2014. www.healthcaresuccess.com/articles/the-7-ps-of-marketing.html . Acessado em 24/01/2018, às 19:25h.

UNDP – United Nations Development Programme. Human Development Reports (HDRO). Human Development Index (HDI). 2017a. <http://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-hdi>. Acessado em 27/08/2017, às 4:40h.

UNDP – United Nations Development Programme. Human Development Reports (HDRO). Human Development Index (HDI). Table 1: Human Developmente Index and its components. 2017b. <http://hdr.undp.org/en/composite/HDI>. Acessado em 27/08/2017, às 5:05h.

UNDP – United Nations Development Programme. Human Development Reports (HDRO). Human Development Index (HDI). Table 6A: Multidimensional Poverty Index: changes over time. 2017c. <http://hdr.undp.org/en/composite/MPIchanges>. Acessado em 27/08/2017, às 5:55h.

WEEMS, R. The evolution of long-term strategic partnerships for the healthcare industry: trends in healthcare management. Philips Consulting. 2018. <https://www.usa.philips.com/healthcare/articles/consulting/strategic-partnerships> . Acessado em 22/06/2018, às 04:35h.

WHO – World Health Organization. Healthier, fairer, safer: the global health journey, 2007-2017. Geneva: World Health Organization, 2017b.

<http://www.who.int/publications/10-year-review/healthier-fairer-safer/en/> . Acessado em 20/01/2018, às 19:55h.

WHO – World Health Organization. Hospitals. 2017a.

<http://www.who.int/hospitals/en/>. Acessado em 31/07/2017, às 6:15h.

WHO – World Health Organization. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs (Sustainable Development Goals). Geneva: World Health Organization, 2017c.

http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/ .

Acessado em 24/07/2017, às 22:35h.

WIKIPEDIA. Hospitais da cidade de São Paulo. 2018.

https://pt.wikipedia.org/wiki/Categoria:Hospitais_da_cidade_de_Sao_Paulo.

Acessado em 06/05/2018, às 11:35h.

ANEXOS

Anexo 1: SHSMD Advisory: Principles and Practices for Marketing Communications
in Hospitals and Health Systems.....163

ANEXO 1

SHSMD Advisory: Principles and Practices for Marketing Communications in Hospitals and Health Systems

Society for Healthcare Strategy & Market Development (SHSMD) of the American Hospital Association

Much has changed in the fields of healthcare marketing and communications in the 20 years since the American Hospital Association last provided guidance on marketing communications to its member hospitals in a 1990 management advisory entitled Advertising by Health Care Facilities. That advisory was prepared by the American Society for Health Care Marketing and Public Relations, a predecessor organization of the Society for Healthcare Strategy and Market Development (SHSMD).

The principles and practices outlined in this resource reflect the changing environment in which healthcare marketing and communications professionals practice. They were developed by a SHSMD task force in response to requests from members for guidance in developing marketing communication strategies and messages that support their organizations' missions and advance their goals while expanding relationships with patients and communities that are built on trust and transparency. The Society for Healthcare Strategy and Market Development encourages those responsible for developing and disseminating communications on behalf of their healthcare organizations to use these principles and practices as a guide when reviewing current practices and as a resource when developing new marketing communications strategies.

Introduction

Hospitals have worked to maintain a special relationship with their communities and the people they serve since Benjamin Franklin founded the nation's first hospital in 1751. Because hospitals interact with people during the most joyous and the most vulnerable times of life, it is especially important that hospital communications provide clear, fair, honest, and accurate information at all times.

Today's marketing communications professionals have powerful tools to reach their patients and communities. No matter what the purpose of the communication (marketing, public relations, advocacy, etc.) or the vehicle used (print, radio, television, electronic mail, the Internet, text messaging), information should meet the highest ethical standards and be presented to the public in a readily comprehensible

manner. It is the responsibility of marketing communications professionals to ensure that all marketing communications generated by hospitals are factually supportable and are presented with truthfulness and accuracy.

A Marketing Communications Checklist

The questions below should be carefully considered before your organization embarks on any marketing communications campaign. Only when you are able to answer “yes” to each question is the campaign ready to be launched.

- ✓ Does the product or service being promoted add genuine value for the patient (Catholic Health East 2004)?
- ✓ Does the communication set realistic expectations? Does it avoid embellishment (Catholic Health East 2004)?
- ✓ Are superlatives such as first, most, only, and best in class used only when such claims can be substantiated (Catholic Health East 2004)? If superlatives are used in relation to a geographic area or region (for example, “we deliver more babies than any other hospital in the area”), are they presented with truthfulness and accuracy?
- ✓ If quality measures are highlighted, are words such as safe, high(est), effective, painless, best, and top quality used with caution and only when they can be verified and objectively substantiated?
- ✓ If data are being used (success rates, outcomes, and other statistical evidence), are they presented with great care and accuracy, and is all pertinent information, including the source of the data, disclosed? Are the data current?
- ✓ If the communication features results that may be atypical or specific to a single patient, does it also include a description of typical results (MarketingSherpa 2009)?
- ✓ If the communication features a “composite” patient reflecting the experience of more than one patient, is that fact disclosed?
- ✓ Does the communication state or imply a guarantee of successful outcomes or complete patient satisfaction only when there is a strong and reasonable basis for such a claim?
- ✓ Are direct or implied comparisons between healthcare organizations made only when such claims can be objectively measured, documented, or proven? (Legal review may be appropriate.)

- ✓ Does the communication avoid the use of stereotypes (Catholic Health East 2004)?
- ✓ Is the language in the communication readily understandable by the audience for which it is intended (Catholic Health East 2004)?
- ✓ Will the communication appear in an advertising or media outlet with which the hospital is proud to be associated (Catholic Health East 2004)?

Instituting a Formal Review Process

It is recommended that hospitals and health systems consider instituting a formal process for substantiating claims, verifying data and determining the appropriate permission needed to refer to sources used in marketing communications before the communication appears. Such a process could involve any or all of the following:

- Obtain review by an internal team, including a marketing representative, in-house legal counsel, the organization's risk manager, and senior leadership.
- Develop a fact sheet or backgrounder for each marketing communication.
- Identify the source of any claims in either the marketing communication copy or in a footnote to the copy.
- For specific service-line marketing, involve key clinical leaders/physicians of that service line in the review process.
- If using data (numbers), verify them with members of your quality and finance team, and work with product/equipment representatives to substantiate new data when appropriate.

Awards, Ratings, and Accreditations

When highlighting awards, ratings, or accreditations in marketing or advertising campaigns, hospitals and healthcare systems should adhere to the principles above regarding disclosure, honesty, and accuracy. The context of the award, rating, or accreditation should be disclosed so as not to mislead or deceive the public. For example, if the hospital paid consideration to the entity that rated or accredited the hospital or bestowed the award, or if the hospital is required to pay a fee (for example, trademark licensing fees) to reference the rating, accreditation, or award in its marketing communications, the hospital and its legal counsel should consider whether and how this should be disclosed. Only current ratings, awards, and accreditations should be promoted.

Conveying Price Information

In an era of increased transparency, hospitals are moving toward sharing more information to help inform and educate patients about hospital financial policies and practices. Healthcare marketing communications that include price information should be accurate, substantiated, and offered in the spirit of disclosure of all material information. For example:

- Procedures that may require additional screenings or may cause the patient to incur additional costs should be described fully.
- Communicating a low initial cost is unethical where there is reasonable probability that the patient will incur additional costs later.
- Health screenings that automatically lead to referral to additional health services are ethically suspect, and the costs to the patient associated with these services should be disclosed in marketing communications or at the time of the initial screening. In these types of communications, a statement to the effect that “Depending on results, additional screenings may be required” should be considered.

Use of Endorsements and Testimonials

Doctors, nurses, and staff who work in hospitals as well as the patients and families who are treated and cared for in healthcare facilities are often passionate spokespersons who can be successful messengers on behalf of the hospital or healthcare system. When using an endorsement or testimonial in an advertising or marketing campaign, the following should be considered:

- Endorsements should reflect the genuine opinions, beliefs, treatments, or experiences of the endorser (FTC 2009).
- The endorser should not be used to express opinions or messages that would be considered unethical or deceptive if made directly by the healthcare organization (FTC 2009).
- Endorsement messages do not need to be phrased in the exact words of the featured endorser, but words or phrases should not be rearranged or taken out of context so as to distort the endorser’s views or opinions (FTC 2009).
- Claims made in endorsements require the same substantiated evidence that is required for claims made directly by the healthcare organization (FTC 2009).
- If an endorser is represented directly or indirectly as an expert, the endorser must in fact possess the qualifications necessary to be considered an expert in the given field (FTC 2009).
- Pseudo-testimonials by actors should be identified as such.

The U.S. Federal Trade Commission (FTC) has issued guidelines regarding the use of endorsements and testimonials in advertising (2009). These guidelines should be consulted when endorsements and testimonials will be used. See *FTC Guides Concerning the Use of Endorsements and Testimonials in Advertising*.

Use of Physicians in Marketing Communications

Physicians are often articulate and well-respected messengers. When using physicians in marketing communications, consider the following:

- A physician may engage in marketing for his or her practice or be included in hospital campaigns so long as the communication does not contain false or misleading statements or omit important and necessary information (American Medical Association 1996).
- As in any other type of healthcare marketing, objective claims regarding the physician's skill level, training, competence, or experience should be made only if fully substantiated.
- Nonemployed physicians may be included in hospital marketing pieces as long as the piece is signed by the hospital and any call to action leads directly to the organization, not the specified physician.
- Any type of marketing that leads to a physician referral service should do so in the best interest of the patient. Referral services should provide patients with a choice of physician, rather than driving callers to one physician. An exception may be considered when a physician's services or skills are unique in the market.

Social Media

Much has changed in the field of marketing communications over the past 20 years, and engaging in social marketing efforts to reach patients and communities is becoming commonplace. When doing so, consider the following:

- The use of "fake" or "dummy" profiles on social networking sites is inherently unethical and misleading (Baumann 2010).
- Any hospital employee participating in social media directly related to his or her work should fully and clearly disclose his or her affiliation with the hospital.
- Personalized online medical advice between physicians and patients should be consistent with general doctor/patient standards. According to the American Medical Association's Code of Medical Ethics, "General standards include truthfulness, protection of privacy, principles of informed consent, and disclosures

such as limitations inherent in the technology (American Medical Association 2003b).”

Pay to Play: Blogger Advertising

When using new communication media like blogging to reach patients and communities, consider the following:

- If a blogger is being paid to endorse or review a product or service, the blogger must conspicuously and clearly disclose that fact. It is the healthcare organization’s responsibility to make sure that the blogger discloses this information (FTC 2009).
- A blogger must disclose if he or she has been given free care or other benefits in exchange for writing a positive review.
- Hospitals and health systems should provide guidance, training, and product or service information to bloggers to ensure that the blogger makes honest, substantiated claims about the product or service. This limits potential liability for the organization and the blogger (FTC 2009).
- Overall, any material connections between a blogger and a healthcare organization that could affect the credibility a consumer may attribute to the organization should be clearly disclosed.

Other Ethical Considerations

Treating patients with respect and dignity is a key component of the overall values of hospitals and healthcare systems. To ensure that these values continue to be reflected through marketing communications activities, consider the following:

- The use of tactics that induce fear or promote the use of excessive or unnecessary healthcare services is unethical.
- Healthcare marketing materials should disclose risks associated with procedures that may affect the person’s decision to participate.
- Patients who are ill or have been diagnosed with a disease should be treated with dignity and increased sensitivity as they may be especially vulnerable to marketing messages. The use of superlatives, emotional appeals, and special claims should always be accurate and carefully monitored when marketing to patients.
- It is important to avoid stereotyping patients who are ill or depicting them in a dehumanizing or negative way. Marketing communications should make the distinction between the patient and his or her disease, recognizing that patients are

not defined by their disorders (Baumann 2010). For example, saying that “Jessica has cancer” is preferable to describing her as a cancer patient, because it helps separate the patient from the disorder.

Responding to Another Organization’s Unsubstantiated or Misleading Communication

If you believe that a direct competitor has engaged in unsubstantiated or misleading marketing communications, you may want to respond in an appropriate manner. It is recommended that you first consider contacting the organization directly, either by phone or letter. A simple phone call to the senior public relations or marketing professional may resolve the issue, especially when an untrue claim about being the “only” organization is stated. If an inappropriate use of a quality rating is discovered, you may wish to contact the appropriate rating organization, such as Thomson Reuters, HealthGrades, or *U.S. News & World Report*, to aid in resolving the misrepresentation.

Approved September 11, 2010, by the Society for Healthcare Strategy and Market Development Board of Directors

References and Other Readings

American Marketing Association. 2006. “Statement of Ethics.” <http://www.marketingpower.com/AboutAMA/Pages/Statement%20of%20Ethics.aspx>

American Medical Association. 2003a. “Code of Medical Ethics: Opinion 5.026 – The Use of Electronic Mail.” <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion5026.shtml>

_____. 2003b. “Code of Medical Ethics: Opinion 5.027 – Use of Health-Related Online Sites.” <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion5027.shtml>

Associated Press/MSNBC. 2005. “Hospitals Engaging in Unethical Advertising?” <http://www.msnbc.msn.com/id/7317326/>

Baumann, P. 2010. “fPatient—Ethics and Mediocrity in Healthcare Marketing.” http://philbaumann.com/2010/04/26/fpatient-ethics-and-mediocrity-in-healthcare-marketing/?utm_source=feedburner&utm_medium=email&utm_campaign=Feed%3A+PhilBaumann+%28Phil+Baumann%29

Bell, J. 2010. "Empowering Communicators Via a Social Media Policy." <http://blog.ogilvypr.com/2010/02/empowering-communicators-via-a-social-media-policy/>

Catholic Health East. 2004. "HealthCare Advertising and Ethics: Ways of Seeing a Moral Problem." <http://www.che.org/members/ethics/docs/1291/0604%20HealthCare%20Advertising.doc>

Coca-Cola Company. 2009. "Coca-Cola Online Social Media Principles." http://www.thecoca-colacompany.com/socialmedia/TCCC_online_social_media_principles.pdf

DMA Nonprofit Federation. 2009. "Direct Marketing Association's Guidelines for Ethical Business Practice." <http://www.the-dma.org/nonprofitfederation/ethics.shtml>

Federal Trade Commission (FTC). 2009. "Guides Concerning the Use of Endorsements and Testimonials in Advertising." <http://www.ftc.gov/os/2009/10/091005revisedendorsementguides.pdf>

_____. 1983. "FTC Policy Statement on Deception." <http://www.ftc.gov/bcp/policystmt/ad-decept.htm>

IBM. 2010. "IBM Social Computing Guidelines." <http://www.ibm.com/blogs/zz/en/guidelines.html>

MarketingSherpa. 2009. "FTC's New Endorsement Guidelines: 6 Key Areas to Examine." <http://www.marketingsherpa.com/article.php?ident=31395#>

Singer, N. 2009. "Cancer Center Ads Use More Emotion Than Fact." New York Times. <http://www.nytimes.com/2009/12/19/health/19cancerads.html>

Society for Healthcare Strategy and Market Development of the American Hospital Association. 1999. "Code of Professional Ethics and Conduct." http://www.shsmd.org/shsmd/aboutus/code_of_ethics.html

Word of Mouth Marketing Association (WOMMA). 2010. "The WOMMA Guide to Disclosure in Social Media Marketing." <http://www.womma.org/ethics/disclosure/>

APÊNDICES

Apêndice 1: Carta de Apresentação do Orientador.....	172
Apêndice 2: Questionário da Pesquisa de Campo.....	173
Apêndice 3: Pré-teste da Pesquisa de Campo; Pesquisa 1; Entrevistado: ESO.....	174
Apêndice 4: Pré-teste da Pesquisa de Campo; Pesquisa 2; Entrevistado: DD.....	179
Apêndice 5: Pré-teste da Pesquisa de Campo; Pesquisa 3; Entrevistado: PCA.....	185
Apêndice 6: Pesquisa de Campo: Representante do Hospital 1.....	191
Apêndice 7: Pesquisa de Campo: Representante do Hospital 2.....	210
Apêndice 8: Pesquisa de Campo: Representante do Hospital 3.....	216
Apêndice 9: Pesquisa de Campo: Representante do Hospital 4.....	228
Apêndice 10: Pesquisa de Campo: Representante do Hospital 5.....	235

APÊNDICE 1: Carta de Apresentação do Orientador**CARTA DE APRESENTAÇÃO**

Pela presente, apresento Wellington Roberto Schmidt, meu orientando do Curso de Doutorado em Administração do Programa de Pós Graduação em Administração (PPGA) da Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP).

Estando em processo de levantamento de dados para a realização da pesquisa de campo de sua tese, intitulada “Estratégias de Marketing de Serviços: os Enfoques Transacional e Relacional no Setor de Saúde”, solicita um espaço temporal de gestores hospitalares no intuito de captar a vivência dos entrevistados sobre estratégias de marketing assumidas nas diversas atividades desempenhadas no cargo.

Antecipadamente agradeço a atenção a ele dispensada e ambos comprometemo-nos a, caso for de interesse, socializar o Relatório de Pesquisa decorrente dessa investigação, o qual se espera deva trazer muita contribuição à gestão hospitalar.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Nadia Kassouf Pizzinatto

Dra. em Administração pela EAESP- FGV- Escola de Administração de Empresas de São Paulo, da Fundação Getúlio Vargas

RG.6.472.380 - Orientadora

M.S. Wellington Roberto Schmidt

Prof. do UNASP- Centro Universitário Adventista de São Paulo

RG 10.363.581-6 - Orientado

APÊNDICE 2: Questionário da Pesquisa de Campo

Hospital:

Nome do entrevistado:

Cargo do entrevistado:

Formação acadêmica do entrevistado:

Data:

Indique qual estratégia utiliza (coluna da direita) para cada item especificado (coluna da esquerda):

Para	Estratégia utilizada
Melhorar o atendimento	
Facilitar os pagamentos (por parte dos clientes)	
Melhorar a imagem da marca	
Melhorar a estrutura física do hospital (espaço, decoração, pintura, limpeza, higienização, segurança do paciente)	
Diferenciar o hospital dos concorrentes	
Adequar e atualizar as instalações e equipamentos	
Melhorar a capacitação dos colaboradores médicos, enfermeiros e administrativos	
Melhorar o comprometimento dos colaboradores com a satisfação dos clientes	
Conseguir novos clientes (conveniados ou não)	
Verificar a satisfação dos clientes com os serviços prestados	
Identificar novos serviços necessários ao bom atendimento	
Facilitar o acesso ao hospital (do cliente)	
Evitar a rotatividade do corpo clínico e dos colaboradores da enfermagem e administrativos	
Avaliar e melhorar os processos dos serviços médicos, de enfermagem e administrativos adotados	
Buscar parcerias no sentido de melhorar atendimento, prospectar ou fidelizar clientes	
Outras decisões como gestor	

APÊNDICE 3: Pré-teste da Pesquisa de Campo

Pesquisa 1

Entrevistado: ESO

ESO: O início da minha avaliação foi quanto aos itens que você determinou aqui, que é teu escopo da pesquisa... E como eu já mencionei está bem amplo, bem completo, mas eu senti falta de ações para sustentar ou rentabilizar o negócio...

WRS: Em parte foi proposital. É, por que é um lado mais financeiro e este não é o enfoque da pesquisa. Por outro lado, eu estava ponderando aqui, enquanto você falava, talvez alguma coisa devesse constar sim...

ESO: Porque a gente fala de várias coisas, mas nada adianta se a gente não conseguir rentabilizar o negócio.

WRS: Sem dúvida.

ESO: E outra coisa é a expansão da marca também, você não mencionou nada como expandir a marca, apesar de que falou muito na marca.

WRS: Eu mencionei a imagem da marca lá no início.

ESO: A imagem da marca, mas não sobre como expandi-la... Por exemplo, de repente você monta uma marca que atua e que outras pessoas vão poder usar, e também a expansão da própria unidade em si, do negócio, como negócio. Ah, eu tenho uma rede na qual hoje eu atendo 300 pessoas, por dia, mas eu tenho capacidade técnica de atender 500. Talvez eu pense em expandir, internacionalizar, não sei. Nesse sentido que eu senti um pouquinho de falta por algo voltado à parte operacional, funcional do negócio. Talvez este seja teu principal ponto. Quanto aos itens que foram colocados no questionário, quando a gente fala aqui, melhorar o atendimento, treinamento com gestão de qualidade, não tem outro caminho. Facilitar os pagamentos também é uma coisa interessante. O que eu pensei aqui foi que o que se faz hoje é convênio com todos os meios de pagamento digitais e, eventualmente, um convênio também com uma empresa financeira, aquelas financeiras que aprovam crédito na hora dependendo do objetivo.

WRS: Muito bem colocado.

ESO: Mas eu acho que é uma coisa assim que poderia ser atacada, hoje tá em voga no mercado essas financeiras, têm vários investidores que montaram umas financeiras que não são banco, então é muito mais fácil aprovação de crédito, eles aprovam na hora.

WRS: Legal...

ESO: Melhorar a imagem da marca. Quando você fala em melhorar a imagem da marca, eu penso que a marca, a marca da unidade, do hospital, da empresa, deve ser colocada em evidência.

WRS: Isso.

ESO: Colocar em evidência, por exemplo, que o patrocínio de grandes eventos te trás esse retorno, e as campanhas de marketing direto, fazem uma campanha de TV, jornal e revista. Não adianta colocar em revista médica, poucas pessoas vão ler, é um público muito específico, mas as pessoas leem VEJA, EXAME, leem essas revistas que hoje estão digitais, é uma maneira de você se fazer presente. Ah vai ter ambulância, com o nome da tua empresa, lá no Maracanã, no Morumbi... Com isso você divulga melhor a tua imagem. Pode patrocinar grandes eventos e fazer um marketing direto em algum meio de comunicação. A internet hoje, tá sendo uma ferramenta de grande divulgação e eu acho que deve se usar os instrumentos da internet. Então, usar o que a gente tem hoje de ferramenta mais moderna, para melhorar, para divulgar mais a imagem. Melhorar a estrutura física.

WRS: Antes de você falar em melhorar a estrutura física, por favor, volta um pouquinho em facilitar os pagamentos. Quando eu coloco facilitar os pagamentos, talvez eu tenha sido discreto demais na forma de redigir. Eu tô querendo abordar também a questão do preço, da adequabilidade do preço, não só do meio, a forma do indivíduo pagar. Como é que você acha que está a redação ali? Não tá indicando isso?

ESO: Não... Facilitar aqui, quando eu vejo facilitar, é a maneira que você vai pagar.

WRS: É o meio.

ESO: É o meio. E não o valor. O valor talvez seria adequar, otimizar.

ESO: Bom, aí o quarto item aqui, melhorar estrutura física do hospital, espaço, decoração, pintura, limpeza e higienização. Aí eu faço uma pergunta, neste item você inclui infecção hospitalar?

WRS: É um valor físico importante, mas não entro no detalhamento da infecção hospitalar, por exemplo.

ESO: OK. Aqui eu fiquei na dúvida, mas o item tá claro. O que eu pensei aqui foi manter uma equipe sempre de arquitetura, design interno... Então, capacitar essas pessoas, pra que estejam sempre indo ao encontro do que existe hoje de arquitetura moderna, design de interiores, paisagismo... E quanto ao mais, limpeza e manutenção, por exemplo, que é uma coisa do dia-a-dia, aí é qualidade, tem que ter um gestor que acompanhe isso, tem que treinar as pessoas, capacitar para que elas saibam fazer o serviço direito... Esse ponto para mim é qualidade total e é o que a gente sempre procurar manter nas unidades... Pintura é manutenção, na minha opinião, e pintura, limpeza e higienização podem ser manutenção, mas a limpeza e higienização é serviço direto do dia a dia.... Porque é estrutura física. Agora, limpeza e higienização, já não é estrutura física, aí é um serviço de qualidade, tem a ver com a aparência, mas é outra equipe, inclusive, eu acho que nem estariam ligados ao mesmo gestor. Claro, administrativo, mas não seria com a mesma finalidade.

WRS: Não é o engenheiro, por exemplo.

ESO: É, exatamente. Diferenciar o hospital dos concorrentes, isso aqui é um item interessante, por que? Manter teu hospital em evidência, então é uma colocação bem pertinente. Para mim eu até pensei no que vai fazer a unidade, o hospital ser diferenciado... Primeiro, tem que referenciar alguma coisa: Hospital X é referência em oncologia... Outra coisa, eu me lembro quando o gestor do Hospital X tinha o

menor índice de infecção da cidade, todo mundo sabia disso, então ele tinha uma equipe que trabalhava buscando possibilidades de infecção.... Alguns cuidados referenciaram aquele Hospital, e isso faz com que algumas pessoas o procurem por isso. Lá tem uma boa referência na parte de obstetrícia e, também de...

WRS: Ortopedia?

ESO: ...ortopedia, tinha uma bela equipe de ortopedia lá e isso eram referências, mas uma coisa chamou a atenção: o baixo índice de infecção.

ESO: Adequar e atualizar as instalações e equipamentos, um item muito interessante também eu diria aqui porque essa pergunta tá ligada a melhorar a capacitação dos colaboradores do corpo médico. Por que? Porque quando você capacita o teu corpo médico, ele vai estar sempre na vanguarda, na atualização dos principais equipamentos no mundo, por isso o hospital precisa propiciar a ida dele a eventos nacionais e internacionais.

WRS: Congressos.

ESO: Congressos, feiras, e isso faz com ele fique a par do que está sendo lançado de mais moderno à nível de equipamentos.... Melhorar a capacitação dos colaboradores médicos, através da ida deles a simpósios, conferências, e também, incentivar o estudo. Fazer convênio com universidades, isso é interessante, existe muito, hospital tal com universidade tal, oferecendo cursos de pós, mestrado, às vezes até chega a doutorado. Quanto aos administrativos também, resguardadas as devidas proporções, há eventos administrativos externos e trazer também evento para dentro da casa... Incentivar que o funcionário cresça.

ESO: Quanto aos colaboradores do corpo de enfermagem, tá ligado aos incentivos ao corpo médico. Você tem menos eventos, mas alguns valem à pena...

ESO: Melhorar o comprometimento dos colaboradores com a satisfação do cliente... Eu ligaria isso com verificar a satisfação dos clientes com serviços prestados. E buscar parcerias no sentido de melhorar atendimento. Estamos falando aqui de atendimento...

ESO: Conseguir novos clientes conveniados ou não. Conveniados é um caminho, hoje, porque os serviços médicos são bem caros, e um dos caminhos de entrada, no hospital é o convênio. Como diferenciar o teu hospital dos outros? Tem o cliente que vai escolher pelo preço, que eu acho que é a grande maioria do brasileiro hoje, vai escolher pelo preço, mas tem aquele que vai escolher pela qualidade... Entra no Google lá e faz uma pesquisa do serviço, então aí é que você pode se diferenciar se você oferecer alguma coisa a mais. É fazer o teu hospital ser diferente dos demais. Tem que expandir os convênios na medida do possível, e manter o que você têm.

Verificar a satisfação do cliente com os serviços prestados. Pra mim, volto naquelas pesquisas com os clientes no pós-atendimento e as estatísticas também de reclamações, de erros, e etc...

Identificar novos serviços necessários ao bom atendimento. Se você tiver uma boa equipe técnica, bem atualizada com as novidades da medicina moderna, novos exames, procedimentos, isso é essencial para que a equipe fique comprometida e

tenha o recurso necessário para participar desses eventos, externos ou até internos de repente, mas assim, isso é parte da direção, do corpo clínico...

WRS: Localização do hospital... Você quer falar um pouquinho sobre isso?

ESO: Olha eu falei um pouquinho sobre esse item, aqui no melhorar o atendimento, que a empresa tenha convênio com empresas de ambulâncias, CTI móvel, neonatal móvel, helicóptero, para facilitar o acesso ao hospital.... Se tem uma ambulância aqui, pronta para o paciente, com convênio atendido no seu hospital e o outro não tem, ele vai escolher quem?

ESO: Rotatividade do corpo clínico... Por que o médico se estressa? Quando ele ganha pouco e quando ele tem que trabalhar muito... Manter os benefícios e salários compatíveis com as funções deles, e sem sobrecarga nos horários, nos plantões, e que tenha equipamento e material para trabalhar.

ESO: Evitar a rotatividade dos colaboradores administrativos e enfermagem... Do mesmo jeito, acho que tem pagar bem os salários e benefícios, pagar em dia. A enfermagem também tem esse problema de horário, de plantões. Enfermeiro eu acho que tem menos rotatividade que o médico. O médico é mais assediado, mas de qualquer maneira quanto menos rotatividade houver, melhor. Mas aqui, também, são perguntas que se sobrepõe, tanto do médico, quanto do clinico, quanto do administrativo e enfermagem, assim como novos serviços, que eu agreguei a novos clientes, acho que são iguais, parecidos.

ESO: Avaliar e melhorar os processos dos serviços administrativos utilizados. Os gestores dessas áreas têm que estar bem capacitados, ponto. É a capacitação não só humana, mas informatizar o que for preciso. Mas, como avaliar isso tudo? Pesquisas periódicas, pelo menos junto aos clientes internos e externos.

WRS: Sobre o serviço administrativo?

ESO: O administrativo pode ser avaliado internamente, sem ser pelo paciente, por exemplo. Fazer pesquisas periódicas entre departamentos é uma coisa que funciona.

ESO: Quanto aos processos dos serviços médicos. Tem que haver avaliação constante do quadro, através das reclamações, de erros médicos, enfim. Não tem como avaliar de outra maneira.

ESO: Bom, avaliar e melhorar os processos dos serviços de enfermagem. Volto aos gestores capacitados. Buscar parcerias no sentido de melhorar atendimento, prospectar ou fidelizar clientes. Realizar eventos internos e externos, com pessoas de destaque, esportistas, Bernardinho, Amyr Klink... E outros eventos sobre qualidade no atendimento, por exemplo. E manter um programa de qualidade.... Quando a pessoa, o funcionário, é avaliada, ela tende a ser mais cuidadosa. Isso fideliza o cliente...

ESO: E outras decisões como gestor. Ai eu coloquei uma observação aqui, focar em operações que rentabilizem a unidade. Ações para rentabilizar o negócio, expandir a marca, expandir a unidade. Melhorar, prospectar ou fidelizar clientes. Home Care, faz o atendimento fora do hospital... Quanto menos a pessoa fica no hospital, melhor, menos risco de infecção, etc. Se você propiciar o tratamento continuado,

mesmo fora do hospital, isso vai fidelizar alguns clientes que não querem ficar no hospital, mas as vezes querem ficar em casa, naquele esquema de Home Care.... Este pode ser um diferencial que o hospital oferece.

ESO: Da minha parte, OK, se você quiser fazer alguma outra pergunta especifica. Espero ter colaborado, ajudado.

WRS: Espetacular, muito obrigado.

APÊNDICE 4: Pré-teste da Pesquisa de Campo

Pesquisa 2

Entrevistado: DD

DD: Ao falar em melhorar atendimento, isso é realmente o sonho de cada Hospital, tratar de melhorar o atendimento. Isso como uma estratégia de marketing, isso é tremendo. Com certeza todos os hospitais fazem um esforço muito grande para melhorar o atendimento, o primeiro contato com o paciente, a forma de abordar o paciente. Então eu acho que isso é uma coisa muito, muito importante.

DD: Em termos de facilitar os pagamentos, a maioria dos hospitais atenderão plano de saúde, então isso acaba sendo um relacionamento do departamento financeiro do hospital, da tesouraria do hospital com os convênios, na questão de flexibilização de prazo. Normalmente o que sucede é que os convênios vão nos pagar, em média, 60 dias depois que a gente presta o serviço. A gente não tem como mudar muito isso porque isso é uma prática do mercado. Claro está que convênios mais diferenciados, convênios de primeira linha e vinculados aos hospitais de primeira linha também, pode-se fazer uma negociação que se ajuste melhor a ambos. Como convênio sabe que como estratégia de marketing para ele seguir difundindo seu plano de saúde, que os pacientes dele serão atendidos no Hospital A...

WRS: Sim, sim...

DD: Os pacientes atendidos nesse hospital, eles sabem o que isso pra eles significa: uma estratégia de marketing muito grande. O Hospital A pode dizer, olha eu atendo os teus pacientes, sim beleza, mas eu quero que vocês me paguem com 45 dias em vez de 60 dias. Então, a coisa de facilitar o pagamento é uma coisa que fica muito entre o hospital e o convênio. Em vias de regra isso vai de 45 a 60 dias depois da prestação do serviço. E aí também na questão que envolve o pagamento, está o aspecto das glosas, as glosas que os convênios colocam. Geralmente os convênios mais diferenciados, trabalhando com hospitais mais diferenciados, geralmente não têm muitos problemas. A função primária de um auditor é olhar, procurar as agulhinhas que estão perdidas lá no palheiro, identifica-las para que o plano de saúde não tenha perda. Infelizmente alguns planos de saúde, geralmente de uma hierarquia um pouco menor no mercado, colocam uma glosa linear, chegam e já te glosam 10% do teu faturamento.

WRS: Eu glosou primeiro, aí você grita e a gente discute...

DD: Exatamente. Isso é uma estratégia muito ruim. Por isso que alguns hospitais, prezam por um trabalho na integridade dos serviços que prestam, e os convênios quando veem isso sabem que naquele hospital não tem superfaturamento.

DD: Mas a facilidade de pagamento é uma coisa que varia muito em cada hospital em relação aos planos de saúde que ele atende.

DD: Em relação a melhorar a imagem da marca, isso é uma coisa bem importante, as mídias digitais jogam um papel muito grande nisso. E isso aí voltando ao primeiro item que é o atendimento, que eu acho fundamental. Melhorando o atendimento, ou seja, atendendo melhor o cliente, o próprio cliente acaba sendo um difusor da

imagem da marca, ele recomenda para os amigos, para os familiares quando precisar. Olha, se teu plano é atendido naquele hospital, pode ir porque lá eles são bons, eles atendem bem. Então isso é um detalhe, um detalhe bem importante.

DD: Em relação a melhorar a estrutura física e a manutenção, espaço, decoração e etc... Isso aqui é uma coisa fundamental, fundamental. Infelizmente, alguns hospitais não têm todos recursos para fazerem tudo que precisam, mas hoje em dia o que o cliente mais quer é ele chegar no hospital, ficar num quarto que lhe remonte estar numa suíte de um hotel, com TV de LED, todo atendimento que deseja, entre aspas, não sentir-se exatamente em um hospital. E para isso, a estrutura física é fundamental... E mesmo porque não só no aspecto do atendimento, do paciente sentir-se bem em um ambiente clean, as cores mais leves, os móveis finos, mas a questão da estrutura física impacta até na estrutura que oferece segurança para o paciente. Se o médico puder higienizar as mãos dentro do quarto do paciente, isso significa segurança para o paciente em relação à prevenção de infecções hospitalares. O que acontece se não tem a pia dentro do quarto do paciente? O médico tende a sair, vai lá no posto de enfermagem, no meio do caminho acaba sendo abordado por um colega, acaba esquecendo que tinha ido lavar as mãos, o paciente está colonizado por um organismo multirresistente, ele acaba cumprimentando o colega, transmite pela mão para o colega o micro-organismo, e aí a coisa vai. Então, na estrutura física, isso é fundamental, o hospital clean, com uma estrutura moderna, bem higienizada, esse detalhe é fundamental na estrutura.

WRS: Você acha que eu deveria acrescentar na pesquisa o termo Segurança ao Paciente?

DD: Nossa, com certeza, com certeza absoluta. Segurança é o fator primário para atendimento do hospital, tanto é que a Organização Mundial da Saúde preconiza a Segurança do Paciente. Primeiro passo, a identificação do paciente, o paciente chegou no pronto-socorro para ser atendido ou está na recepção para internar, primeira coisa é identificação dele. Ele vai identificar ali, a pulseira dele, o técnico de enfermagem quando vai administrar a medicação ele confere: o nome do senhor é fulano de tal... Sim sou fulano de tal... Confere. A segurança é o item número um.

WRS: Ótimo, muito bom.

DD: Isso transpassa para outras coisas, a segurança na cirurgia, o processo de cirurgia segura. O indivíduo vai amputar, isso está nos anais de medicina, nucleações equivocadas, amputações equivocadas, que era para nuclear o olho direito e nucleou o olho esquerdo, então segurança, esse é o item mais básico que existe para qualidade de funcionamento de uma estrutura de saúde.

DD: A diferenciação pode ser no nicho de atendimento que o hospital faz, por exemplo, atendimento obstétrico, atendimento neonatal.

DD: No que se refere à adequação de instalações e equipamentos. Isso é uma coisa muito importante, obviamente não substitui o atendimento ou humanismo do hospital. Eu posso ter um hospital que não tenha a última ressonância do mercado, mas que seja um hospital em que ele, o seu corpo clínico, seu pessoal de enfermagem, se diferenciam no atendimento ao paciente. Agora, isso não quer dizer que a parte de equipamentos não seja importante, é muito importante; é um fator que em termos de equipamento, ajuda a diferenciar o hospital, com certeza.

DD: Melhorar a capacitação dos médicos e colaboradores. Quanto à capacitação médica. Esse é um item importante, naturalmente. Geralmente os médicos são os autopropulsores da busca da excelência. Por exemplo, se um determinado cirurgião está utilizando uma nova técnica para o procedimento cirúrgico e vai atender um número X de pacientes, ele pode fazer um trabalho científico, ou seja, aí ele pode fazer um artigo, etc. e nisso vai para a literatura internacional e é o nome do hospital. A situação inversa acontece mais nos hospitais universitários, que são os hospitais típicos que desenvolvem as pesquisas... Nesse caso, é mais o hospital que impulsiona o médico a avançar nas pesquisas do que o contrário. Então, os médicos nesses hospitais são médicos, naturalmente de excelência, mas nem sempre o hospital terá aquela motivação que tem o Hospital Universitário, que recebe uma verba da Capes, para desenvolver uma pesquisa, para desenvolver um medicamento, ou experimentar medicamento.

DD: Melhorar a capacitação dos colaboradores e administrativos, e do corpo de enfermagem, já vou abordar esses dois aqui. O êxito de um hospital será em grande parte determinado, justamente pelo atendimento prestado, não primeiramente pelo médico em si, mas pelo time da enfermagem. O cirurgião cardíaco pode fazer uma cirurgia excelente, mas o paciente por práticas inadequadas da enfermagem, pode fazer uma infecção do sítio cirúrgico, e morrer. A cirurgia foi um sucesso, mas o resultado final foi outro. Então nesse processo de ter um resultado final satisfatório, o time da equipe de saúde, e aí não é só a enfermagem, mas também o pessoal da fisioterapia, o pessoal da nutrição e dietética, aí eles jogam um papel muito importante. Então, melhorar a qualidade do atendimento da enfermagem, eu acho que isso é todavia mais relevante do que procurar melhorar a qualidade do atendimento médico. Porque? Geralmente, nós os médicos, geralmente, nem sempre, mas nós somos egoístas na busca do conhecimento, não dependendo tanto do hospital. O pessoal da enfermagem, o pessoal da equipe da saúde mais abaixo da equipe médica é um pessoal que é mais incentivado a se contentar com o status quo. Então, daí a importância de puxar esse pessoal para treinamentos, cursos. E isso, naturalmente vai se refletir no atendimento ao paciente, que por fim, na estratégia de marketing do hospital, o hospital vai ganhar.

DD: Naturalmente, pois, é a questão da satisfação do cliente. Nada vai satisfazer mais o cliente do que ele ver o seu problema resolvido adequadamente.

WRS: Resolutividade.

DD: Resolutividade. Ele vai lá para fazer uma cirurgia ortopédica, que a cirurgia ortopédica seja bem-sucedida, que ele saia melhor do que ele entrou, que ele saia bem, ou seja, que haja alcançado o objetivo. Então, resolutividade, isso é importante. Naturalmente, isso vai estar linkado com um dos itens mais acima, que tem a ver com a capacitação da colaboração dos médicos. Também nesse sentido, nós que temos responsabilidade nos hospitais, nós avaliamos os médicos que vem prestar serviços ao hospital. Em realidade, um psiquiatra, se quiser, ele pode fazer uma cirurgia cardíaca. Eu não posso impedir um psiquiatra de fazer uma cirurgia cardíaca, ele é médico. Entretanto, se o psiquiatra faz uma cirurgia cardíaca no hospital, naturalmente, o êxito do paciente não será satisfatório e ele irá responder por imprudência, por imperícia. O diretor clínico do hospital também vai responder por imprudência, mesmo que eticamente você não pode impedir, mas não é prudente. Então, esse item aqui, da satisfação, tem a ver com a resolutividade.

WRS: Quando eu uso o termo colaboradores, nesse item, está claro que estou me referindo a todos os colaboradores do hospital? Inclusive os médicos. Você respondeu de acordo, mas só para entender sua compreensão.

DD: Olha, eu entendo aqui que abarque todos, eu entendi que seria todos.

WRS: OK, então tá ótimo...

DD: Ainda que, como eu mencionei, tem o item respondido mais acima de melhorar a capacitação do colaborador médico em si.

WRS: Sim...

DD: Na consecução de novos clientes e conveniados. Isso me faz lembrar da questão do meio de onde a gente está. Conseguir novos clientes isso é uma coisa importante, mais para alguns hospitais que outros, e eu vou citar um exemplo desse "outros". Então, o marketing, o departamento comercial tem que ter muito bom relacionamento com os convênios, tem que ter credibilidade com os convênios, para convencer os convênios, os pacientes para virem para cá.

DD: Como a gente pode convencer o paciente que pode ser atendido nas nossas instalações? Estratégias de marketing. Claro que, a gente está melhorando nossa estrutura física, e quando falamos na questão de hotelaria, nós estamos melhorando a estrutura física do hospital e está ficando efetivamente, comparável aos melhores hospitais de São Paulo

WRS: O item facilitar o acesso ao hospital...

DD: Facilitar o acesso ao hospital... Claro, como a gente comentou no início, tem coisas que você não vai conseguir mudar né. O Hospital X tem uma localização muito boa, outros hospitais têm boa localização, mas outros não tem uma boa localização e a gente não pode transpor o hospital pra lá, da zona leste para os Jardins, por exemplo. Então a facilitação ao acesso, isso é importante.

DD: Verificação de novos serviços necessários. É um item que vale a pena ser lembrado, porque novos nichos vão se abrir, no mercado. Por exemplo, a exploração de vias e métodos cada vez mais minimamente invasivos para os procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Hoje em dia você pode tirar, dependendo do tamanho, um pedaço do rim e você faz até por vídeo a cirurgia, três furinhos, opera em um dia, no outro dia o paciente vai embora. Alguns hospitais em São Paulo estão se notabilizando por este tipo de procedimento e outros hospitais estão indo na mesma esteira, porque este é um nicho de segurança para o paciente, menos mobilidade para o paciente, melhor satisfação para o paciente e também de melhor recurso econômico no hospital.

WRS: Sem dúvida...

DD: Deixe-me falar um pouquinho sobre a rotatividade e vou falar da rotatividade como um todo. Esse é outro ponto nevrálgico para o êxito de um hospital. Naturalmente para se ter pouca rotatividade eu tenho que selecionar bem o funcionário e se eu não seleciono bem, passa o período de experiência, eu vejo que naquele período o colaborador não corresponde ao que eu espero, eu despeço esse funcionário. O RH entra no processo seletivo de novo, e aí o processo reinicia. Então, o primeiro ponto é a capacitação, o processo de seleção, e nesse processo, naturalmente, se eu ofereço um salário mais competitivo, um melhor salário, eu

tenho condições de capitar os melhores e naturalmente quem é capitado por esse sistema recebe um bom salário, ele não vai querer sair, a rotatividade já será menor. Mas outro fator importante é a gestão por competências. A gestão por competências acompanha esse funcionário ao longo do tempo. Os enfermeiros tem um processo estabelecido no processo de gestão por competências que são os feedbacks mensais. Olha, você foi bem esse mês nisso, sabe, aquele caso você anteviu e evitou uma complicação da paciente, parabéns por isso. Ou não foi legal tal coisa... E no final do trimestre o gerente senta com o funcionário e faz uma reavaliação dele, com base na gestão por competências: o que se espera dele na função e como ele está sendo qualificado, qual é a nota mínima que se espera para o cumprimento da função e como é que ele está, se está com a nota mínima, se está um pouquinho melhor, está se distinguindo. Isso é uma coisa importante, isso melhora a qualidade, isso ajuda a reter talentos. Retenção de talentos é um desafio que os hospitais têm, especialmente os hospitais que estão numa maratona. Você sabe que tem os “etíopes”, que estão no pelotão de frente, e você sabe que tem uma outra massa mais compacta, que está no meio, e por fim vem aqueles que estão mais atrás. Nós estamos ali no meio, praticando a gestão por competência, reter os talentos, mantendo os talentos, porque senão eles saem do hospital e vão para o hospital B... Então, eu tenho que reter esse pessoal, eu tenho que idealizar com o meu RH formas de reter esses talentos, recompensas para eles, para evitar a rotatividade. Rotatividade é uma coisa muito ruim.

DD: Avaliar e melhorar processos administrativos utilizados. Uma parte do que eu falei anteriormente, no que se refere a rotatividade e no processo da gestão por competência. A gestão por competência em realidade acaba fazendo uma avaliação, avaliação do colaborador, então isso aí ajuda a melhorar o processo de prestação de serviço. Por que um funcionário, ele percebe que está sendo observado, que ele está sendo acompanhado, ele naturalmente vai se autoprecaver no sentido de procurar fazer o seu melhor. Porque se não tem outros funcionários batendo à porta do RH, esperando uma oportunidade. Agora, no que se refere à questão da prestação do serviço médicos... A gente está começando no hospital uma coisa que nossos amigos, os “etíopes”, já têm. É o processo da avaliação crítica da performance do médico. Então, se eu tenho um cirurgião nefrologista, que faz cinco nefrectomias no mês, e das cinco nefrectomias, duas, três complicam... Como é que tá isso aí em relação aos standards internacionais? Então, esse processo é um processo muito importante. Os hospitais hoje já fazem, nós estamos indo também nessa direção.

WRS: E a enfermagem?

DD: Da enfermagem, todos hospitais juntos, os do primeiro grupo aí, e com certeza os que você selecionou, eles fazem avaliação no processo de gestão por competência. Porque, é a forma de manter a qualidade e melhorar a qualidade. Se a gente não faz isso, a qualidade de serviço acaba caindo e vai refletir lá na frente, no resultado final e isso vai se espelhar negativamente no marketing. Então, o processo de avaliação, é o processo que ocorre a cada três meses, cada enfermeiro tem sob si vários técnicos de enfermagem, passa os seus técnicos pelo processo de avaliação, pela gestão de competência, vê o que precisa ser melhorado ou estabelece os planos de ação com datas para serem cumpridos, e chega na data, isso é reavaliado. Você diz se foi cumprido ou se não foi cumprido, e se não foi cumprido, obviamente, isso é um ponto negativo no histórico do colaborador. Então, cada técnico hoje é avaliado assim, todos hospitais fazem isso... Cada técnico é

avaliado. A gerente de enfermagem avalia cada enfermeiro, no mesmo processo de gestão por competência. E o diretor clínico do hospital avalia a gerente de enfermagem pelo mesmo processo de gestão por competência. Então, isso é uma coisa moderna hoje, claro que, posso dizer que uma coisa que diferencia o hospital, é a forma do atendimento humano. Você sabe que o humanismo está embutido na filosofia de dieta e saúde. Há três anos atrás, a Organização Mundial da Saúde, a OMS divulgou a orientação de que as pessoas devem evitar o consumo de embutidos, carne vermelha, salame, porque os está classificando como alimentos potencialmente cancerígenos. Então, agora a gente tá preparando um folder que o paciente vai receber na hora, na entrada falando sobre o benefício de uma dieta isenta de embutidos, de carnes, e os benefícios que isto traz. Então, isso acaba sendo um diferencial.

WRS: Com certeza. Muito bom...

DD: O diferencial no nosso caso lá, no atendimento de enfermagem, é o humanismo. Interessante que tantos pacientes têm dito e têm deixado registrado, porque têm as pesquisas de satisfação. Então, a melhoria do processo, isso é fundamental, isso faz pelo processo de reavaliação periódica, dos feedbacks que são dados antes das avaliações, dos planos de ações que todos eles fazem.

DD: A busca de parcerias. Isso, talvez você terá muitas boas respostas nos hospitais de fins lucrativos. Eles fazem parcerias de atendimento com o terceiro setor e até com algumas organizações não governamentais e por isso não pagam impostos....

DD: Você vai ter respostas muitos interessantes, muito boas, dos colegas que você vai abordar, sabe. Legal. Não sei se tem mais alguma coisa.

WRS: Eu ia te perguntar, se você tinha algum comentário adicional a fazer, algo que você ache que deva ser acrescentado, alguma coisa que não foi colocado, alguma coisa que pareceu, eventualmente ser sem sentido, se alguma coisa aí que poderia ser juntada para talvez tornar mais objetiva a pesquisa, coisas desse nível...

DD: Uma coisa aqui que me ocorre, seria talvez, talvez buscar... O quê que o hospital tem feito que possa ir ao encontro das necessidades não médicas do paciente? Ou seja, por exemplo, eu tenho um paciente budista, que vem ao hospital, ele tem as crenças dele, ele tem os valores dele. Eu tenho um paciente Testemunha de Jeová, com o aspecto peculiar da transfusão de sangue.... O quê que o hospital está fazendo para ir ao encontro das necessidades não médicas? Aí estou abrindo um espaço, para analisar as necessidades emocionais, espirituais do paciente. Meu hospital tem uma capelinha, tem uma câmara de oração, tem um capelão que visita aos pacientes, ou eu tenho um padre que visita pacientes, ou seja, o quê que o meu hospital faz para atender as necessidades não médicas do paciente?

WRS: Muito bom.

DD: Apenas um item assim que se me ocorreu.

WRS: Muito importante, sem dúvida. Ótimo. 100%. Muito obrigado!

DD: Imagina. Muito interessante, muito bom o teu naipe de perguntas.

APÊNDICE 5: Pré-Teste da Pesquisa de Campo

Pesquisa 3

Entrevistado: PCA

WRS: Quando você olha para cada uma das perguntas, o quê que você acha que seria importante eu abordar? Por exemplo, sobre a primeira, melhorar o atendimento... Como é que um diretor de hospital se preocupa com a questão do atendimento? O que poderia ser feito para melhorar, que ações poderiam ser tomadas? O segundo item, por exemplo, facilitar os pagamentos. Que tipo de ação, você sugeriria?

PCA: Bom, vamos iniciar aqui pelo primeiro, melhorar o atendimento. Observar, por exemplo, algum setor que esteja acanhado, digamos... Não deixar que hajam pessoas em pé... Ter salas de espera mais adequadas e também que o atendimento em si, dos que trabalham no hospital, tenha recebido um treinamento adequado para atendimento das pessoas. Digamos assim, com qualidade no atendimento, na maneira de tratar o paciente, o cliente... Enfim, facilitar o bem-estar no atendimento de quem está na Instituição, está chegando na Instituição. Com relação a pacientes internados, como é que está cada unidade, cada andar, se há um bom fluxo para um bom desempenho... Deve haver também uma sistemática para aproveitar eventuais sugestões de clientes, ou de pacientes, acompanhantes, enfim. Sugestões, mecanismo de facilitação para esse feedback, ou até pode ser de elogio, isso ajudaria a melhorar o atendimento. Fazer umas reuniões periódicas, administrativas, do corpo médico, enfermagem, para ver se está tudo bem atendido. A elaboração de uma periodicidade de reuniões para ver como está indo o andamento do atendimento, se as necessidades que são sentidas, pelos que atuam lá na instituição, em relação aos pacientes, ou mesmo aos funcionários, estão sendo adequadas, para o bom andamento e qualidade do serviço.

PCA: Quanto à questão de facilitação dos pagamentos, eu diria que, além de toda essa sistemática que tem hoje de pagamentos, através de cartão, o Internet Banking.

WRS: Hoje é bem mais fácil...

PCA: Bem mais fácil... Até celular. E também a questão da facilitação da informação dos pagamentos, digamos, pode ser feito o pagamento até x vezes sem custo, sem juros, que haja essa informação. Alguma negociação para facilitar, às vezes são somas altas, para o cliente.

PCA: Quanto à questão da marca, melhorar a imagem da marca. Bom, isso periodicamente se dá uma atualizada na marca. Às vezes é bom assim uma atualização da marca, ver se ela não tá um pouco desgastada, e divulgar a nova marca, principalmente quando há uma mudança, que fique bem nítida, assim fácil de a pessoa captar, isso aí se refere a tal hospital, enfim, melhorar essa imagem, se é que essa imagem não esteja bem.

PCA: Quanto à questão aqui de melhorar a estrutura física do hospital... Na parte de manutenção, eu acho que é importante também que haja uma supervisão, de não

deixar, por exemplo, tinta ficar meio desgastada, ou se piso e paredes são adequados, digamos, ao tipo de atendimento.

WRS: Da própria atividade...

PCA: Se é uma UTI, se é um centro cirúrgico, enfim. E mesmo assim se o espaço não está muito congestionado. A gente olha muito essa questão de estar em um ambiente mais clean, não ficar assim meio escuro, sombrio... Iluminação, importante também fazer estudo da iluminação. Decoração também é importante... E que haja uma boa sistemática na rotina da limpeza... Isso é muito importante, principalmente nos sanitários... Se é um bom ambiente higiênico.

PCA: Bom, em relação a diferenciar o hospital... Estou aqui falando, mas qualquer coisa você...

WRS: Não, mas é isso mesmo PCA. É isso mesmo...

PCA: Diferenciar o hospital dos concorrentes. Se puder ter algum serviço que não seja oferecido, digamos algum diferencial...

WRS: Um serviço médico.

PCA: Um serviço médico regional, que facilite... Acho que é importante para conseguir diferenciar o hospital dos concorrentes. Às vezes vai até a questão da responsabilidade social... Às vezes um hospital dá apoio a pessoas carentes de tal lugar, faz um trabalho filantrópico... Eu acho que também é importante essa diferenciação do hospital, a imagem externa da instituição.

WRS: Como que o mercado a vê...

PCA: Como que o mercado a vê.

PCA: Quanto a esse item aqui, de adequar e atualizar as instalações e equipamentos... Isso é uma coisa que tem que ser constante, dentro do possível. Se há equipamentos de última geração e a instituição esteja atenta a novas descobertas, novos equipamentos, que pode até ser um diferencial. Esse hospital aqui tem ressonância magnética, tem mais isso, mais aquilo, tais e tais exames que talvez o outro não faça. E também a atualização dos equipamentos, tem a sua vida útil, uma hora você tem que atualizar, e eventualmente modernizar. Ficou obsoleto, precisa substituir por um mais moderno, mais eficiente. Bom, mas isso seria importante que fossem rotinas periódicas na instituição, esse tipo de assunto nós temos que anualmente analisar como é que está esse capítulo, e o quê que pode decidir para uma eficácia maior, uma modernização maior.

PCA: Agora sobre melhorar a capacitação dos colaboradores médicos. Eu acho que é importante também, que haja, algum programa, por exemplo, que você vai a um congresso nacional ou no exterior por ano, com um determinado apoio da instituição seja do tempo de trabalho, ou alguma coisa mais... E também curricularmente que ele esteja se atualizando...

PCA: Então, eu acho que seria bom, ter um plano que tivesse incentivo para continuar trabalhando normalmente na instituição, mas às vezes à noite estudar, fazer um curso.

WRS: Uma atualização profissional periódica...

PCA: Periódica. E hoje também tem muita coisa online... Dá para se fazer também.

PCA: Quanto a melhorar a capacitação dos colaboradores administrativos, eu diria que na mesma linha... Hospital é uma área, quer dizer um setor, ultra complexo. Os que administram a instituição tem que ter uma boa formação administrativa. É lógico que tem aí vários segmentos, dentro da administração, mas o hospital às vezes lida com mais de 5.000 itens.

WRS: Sim, é muita coisa.

PCA: Então, precisa ser muito capacitado. Então seria bom ter um sistema de incentivo para ir melhorando essa capacitação... E aqueles que são novos na instituição, entrassem dentro de um padrão de qualidade mínima para que ele possa progredir. Constantes melhorias... Dar incentivo para eles também, financeiro ou de tempo, ou os dois. Eu também diria a mesma coisa aqui em relação ao corpo de enfermagem, que também é muito importante. Que também possa ter educação continuada, treino, estágios enfim.

PCA: Quanto a melhorar o comprometimento dos colaboradores com a satisfação dos clientes, isso aí eu acho que tem que ser uma coisa constante... Eu acho que teria que ter algum programa, da administração, que poderia ser através de avaliações. Tem setores que fazem avaliação semestral ou anual do desempenho de cada funcionário. E aí nessa avaliação existe um formulário específico para isso, para ver se na área dele de trabalho, o que pode ser melhorado ou como é que ele está indo... Que haja instrumentos de avaliação semestral, anual dos colaboradores, e principalmente como é que estão sendo satisfeitos os clientes.

WRS: Preocupação maior.

PCA: Uma preocupação maior, a satisfação do cliente, se não ele não vai voltar, vai reclamar, enfim... Mesmo uma imagem você destrói em um segundo...

PCA: Conseguir novos clientes, conveniados ou não. Bom, tem hospitais que tem o seu próprio convênio...

WRS: Isso.

PCA: Então aí, eu acho que, se ele tem seus convênios próprios, talvez teria de trabalhar também, na divulgação adequada. Quais seriam as mídias adequadas para isso, qual daria mais resultado, para aumentar o número de vidas... Agora, além disso, tem os convênios que a instituição faz com os convênios já existentes...

WRS: Certo.

PCA: Manter um bom relacionamento com os que comandam os convênios, e também ver o que eles tem a dizer da instituição sobre atendimento feito. O quê o convênio tem a dizer. O que está bem, não está bem... Eu acho que negociações são importantes, e contatos... Enfim, ter um bom relacionamento com os convênios que a instituição atende. Sempre seria importante verificar qual é a periodicidade e com qual sistemática vai se fazer isso.

PCA: Verificar a satisfação dos clientes com os serviços prestados. Acho que esse aqui é importante... Por exemplo, se paciente está internado, sempre tem que ter um formulário para ele avaliar... E no caso dos que são ambulatoriais, talvez aqueles sistemas de sugestões, quem quiser dar sugestões...

WRS: Pronto-socorro a gente sabe que é uma porta pela qual entra muita gente para se internar...

PCA: Tá certo. Mas eu acho que no caso dos pacientes internados é essencial. Todos, não devem sair sem o preenchimento adequado de um formulário de avaliação.

WRS: Certo.

PCA: Eventualmente até de acompanhante... Às vezes o acompanhante está lá e reclama, isso, aquilo e tal; ter condições de dar a sua opinião.

PCA: Com relação a identificar novos serviços necessários ao bom atendimento. Acho que nesses setores de pesquisa, de avaliação, e fora disso nas próprias reuniões da diretoria. O que que está sendo novo aí no mercado e o que o hospital poderia introduzir? Por exemplo, congressos, feiras... Sempre ir lá, ver as últimas.... E poderia, eventualmente, ser implementado na instituição, como rotina, frequência a reuniões, feiras, congressos desse tipo...

PCA: Depois aqui, facilitar o acesso ao hospital. Facilidade de estacionamento?

WRS: No sentido amplo, imagine o cliente indo ao hospital. Tem ônibus, tem ambulância, tem táxi? Ruas contramão, estacionamento... É nesse sentido bastante amplo.

PCA: Se a instituição tem ambulância suficiente ou não.

WRS: Perfeito. Ou se tem convênios com ambulâncias...

PCA: Criar convênios, facilitar acesso. Não deixar o cliente falar “acesso é muito ruim, vou procurar outra instituição”. E eu acho que é importante também a sinalização dentro do hospital e mesmo fora. Às vezes você chega lá e fica até um pouco perdido, onde é isso, onde é aquilo, tem que perguntar. Com uma boa sinalização, o cliente entra tranquilo e com facilidade chega onde precisa... A sinalização em geral facilitaria também esse acesso.

PCA: Quanto a rotatividade do corpo clínico. Bom, se o hospital tem um bom conselho de ética médica, que geralmente se reúne, que funciona... Eu até incluiria aqui a questão de serviço de infecção hospitalar e a questão da qualidade. Mas seria importante saber através dessas reuniões, desses conselhos, o quê que o corpo clínico está achando... Eles estão falando bem da instituição? O quê que eles teriam a dizer... Às vezes ele nem quer muito, só a solução, às vezes quer ser ouvido, condição de ser ouvido.

PCA: Evitar a rotatividade dos colaboradores administrativos e enfermagem. Eu diria que o corpo clínico é mais volátil, ele circula mais... Se aqui não está legal, ele sai e vai para outro lugar. A enfermagem também, mas menos...

Já o funcionário com carteira é mais difícil sair e muitas vezes o mercado até não está tão bom... Mas seria bom também eles ficassem satisfeitos com o básico que a instituição está oferecendo... Claro, aumentar um pouco o salário, mas nem sempre isso é o principal. Tem a ver até com a estrutura adequada para prestar o serviço.

PCA: Avaliar e melhorar os processos, dos serviços administrativos utilizados. E aí entraria toda aquela parte de documentação, arquivo.

PCA: Acho que é importante, se o serviço é organizado, o lugar onde se guarda essas coisas. Claro que, hoje em dia você usa muito a parte eletrônica. Então, toda essa parte de informática, de TI e tal teria que entrar aqui para agilizar, a sistemática...

PCA: E também aqui, avaliar e melhorar os processos dos serviços médicos prestados. A parte que é importante hoje é a humanização da medicina, e da ética médica. Hoje em dia, cada vez mais o paciente, se não estiver satisfeito, vai fazer processo, vai reclamar, vai no PROCON...

PCA: E esse outro item aqui, buscar parcerias no sentido de melhorar atendimento, prospectar ou fidelizar clientes. Olha, eu acho que uma coisa que é importante fazer é o tal do benchmarking. A liderança da instituição deve visitar outras instituições... E nessa visita perceber coisas interessantes que estão em uso lá que ninguém pensou e que podem ser aplicadas no seu hospital. Visitas periódicas a outras instituições e troca de informações, isso é importante. Além disso, também pode-se ter parceria mesmo, no sentido contratual, por exemplo, às vezes na própria rede. Fazer compras conjuntas com outros hospitais... Digamos que tenha mais dois ou três interligados, compras conjuntas, para economizar na compra de equipamentos...

PCA: E fidelizar clientes. Acho que vai muito dessa somatória: a qualidade do atendimento, da humanização, a qualidade de serviço, as facilidades de pagamento, etc...

WRS: Pois é... Você não sentiu falta de nada? Eu realmente coloquei aqui o que eu lembrei e me pareceu ser adequado... Alguma outra coisa que te vem à mente?

PCA: Eu acho que uma coisa que os hospitais estão buscando são essas certificações, tipo a da ONA... Tem certificações de alguns níveis: 1, 2, 3 e tal. Então, isso é importante também. Buscar certificações internacionais dá peso à instituição...

PCA: Eu acho que é muito importante o benchmarking...

PCA: E essa questão da sinalização, inclusive no próprio apartamento, dentro. Sinalizações internas, importante. E como você falou, tanto a sinalização na parede, como no próprio chão.

PCA: Acho que está incluído aqui, se não é uma coisa a mais, a questão de serviço de comunicação, telefonia, por exemplo. Se você não consegue falar com ela... Assim, facilitação de acesso, de comunicação externa, telefonia, mecanismos de contato com seus clientes...

WRS: Então, tanto quem entra em contato com a instituição, quanto da instituição com seus clientes.

PCA: Exatamente. Que haja agilização....

WRS: Perfeito.

PCA: Mas eu acho que tá ótimo... Tá bem abarcante, tá tudo incluído. Não me ocorre assim, alguma coisa que já não esteja incluído aqui. Parabéns.

APÊNDICE 6: Pesquisa de Campo
REPRESENTANTE DO HOSPITAL 1

WRS: Nesse material que você viu, teve alguma coisa que lhe chamou mais atenção que você gostaria de complementar, verbalmente, de alguma forma? Fique bem à vontade... Então, ao olhar esse questionário, há alguma coisa que não lhe ficou claro, algo que você queira comentar um pouco mais?

H1: Para mim ficou claro, não tenho problema nenhum. Nós podemos ir conversando, por que essas coisas fui escrevendo e fui colocando aqui algumas questões, evidentemente, tu vai me perguntar, tem alguma outra coisa que vai vindo, e aí eu vou acrescentando pra ti, sem problema nenhum.

WRS: Tá ótimo.

H1: Então como tu tá gravando de repente tu pode fazer complementações entre aquilo que já tinha sido perguntado previamente ou alguma questão dentro do mesmo questionamento que tu me fizeres. De repente tu pode ter uma dúvida e me perguntar um esclarecimento que eu não foquei aqui, mas que eu posso complementar e depois pode aproveitar.

WRS: Muito bom! Um tema aqui muito importante, todos aqui são importantes, mas, um especialmente importante é o terceiro, é a questão de melhorar a imagem da marca. Em certo sentido você já falou um pouquinho a respeito pra mim, mas eu queria insistir um pouco mais nessa questão pra ver se você quer acrescentar alguma coisa, por que na história do HOSPITAL, me parece que isso foi bastante feito, recentemente.

H1: Foi! Foi feito o ano passado ao completar os NÚMERO anos, e a gente costuma a cada dois anos fazer uma pesquisa.

WRS: Sim.

H1: Sem dizer que é o HOSPITAL faz uma pesquisa anônima para saber que atributos aparece para o HOSPITAL...

WRS: Qual é o público alvo da pesquisa?

H1: O público alvo que a gente faz, nós pegamos o corpo clínico, nós pegamos pacientes de vários hospitais, nossos e de outros hospitais, desde o Triple A até hospitais que são concorrentes nossos também, que atendem também o segundo plano de saúde, das principais operadoras, que faz parte da nossa estratégia. Nós consultamos imprensa, procuramos a imprensa e para saber como é o relacionamento, ver se elas lembram do nosso hospital e que mais...corpo clínico, colaboradores dos hospitais.

WRS: De outros hospitais?

H1: De outros hospitais, do nosso e de outros hospitais, organizações de classe, por exemplo: Associação Nacional dos Hospitais, ANAHP.

WRS: Sim, sim...

H1: Não sei se falei, mas os planos de saúde, a gente também ouve, então ouve-se mais ou menos umas 800 a 1000 pessoas da área.

WRS: Muito bom. Isso é feito de quanto em quanto tempo?

H1: A cada dois anos a gente faz... E o que que aconteceu, nós no final do ano de 2015, refizemos o planejamento estratégico do HOSPITAL. O HOSPITAL é um hospital de comunidade, como te falei, um hospital sem fins lucrativos, mas precisa ter resultados para poder ser um hospital de pontos e investir, e ele sempre foi low profile. Nunca se aplicou em marketing, nem tínhamos uma área de marketing aqui.

WRS: A própria marca era pouco conhecida...

H1: É, era conhecida por quem frequentava, quem frequentava achava espetacular, nosso índice de satisfação de clientes é da ordem de 98%. Mas são aqueles que conhecem o hospital. E quando a gente fez essa pesquisa, depois do planejamento estratégico e tudo mais, que a gente sentiu necessidade de reforço de marca. Até foi feito junto a pesquisa, a primeira foi feita também no ano de 2015. Ela dizia o seguinte, as pessoas que conheciam o HOSPITAL o colocavam numa posição de melhor qualidade do que todos os nossos concorrentes, inclusive dos top aqui. No conjunto geral, eles nos botavam em terceiro lugar, o NOME, o NOME, nós em terceiro e depois mais abaixo os demais, vem aí NOME, NOME, NOME, depois mais abaixo NOME, NOME, etc. E aí separava, aí dizia assim, o NOME, porque que vem na cabeça das pessoas, o NOME? O NOME é de uma classe elitizada. Aí veio o caso do NOME, o NOME está muito na mídia em virtude que ele atende muitos políticos, artistas...

WRS: Verdade...

H1: O nosso HOSPITAL vinha pela qualidade, por uma questão de qualidade, mas muitas pessoas não sabiam o que era o HOSPITAL. Foi feito também, dentro dessas pesquisas, aquelas pesquisas que usam a sala do espelho, eu fui assistir algumas. As pessoas sendo entrevistadas e tu tá ouvindo e ninguém sabe, e aí foi muito bom, porque uma senhora disse, eu já ouvi falar desse hospital, dizem que é muito bom, mas eu não sei bem onde ele fica. Pela questão de não conhecer mesmo. Com as operadoras vieram coisas assim como, olha é uma instituição dura de negociação, mas é a mais ética. São coisas assim, que traz coisas espetaculares assim pra gente. Com isso a gente, os médicos dizem assim: olha, o bom do HOSPITAL é que a gente vai lá, faz um procedimento cirúrgico, vai pro consultório, e a gente tá tranquilo, porque sabe que o paciente tá seguro lá dentro. Então, informações como essas, que são espontâneas, são muito importantes para nós. Mas nós vemos que as pessoas não nos conheciam, fora daquela clientela que vem aqui, fidelizada, não nos conhece. Uma das coisas que saiu das seis bases estratégicas, uma delas é fortalecimento da marca. Então que que a gente resolveu fazer? Resolveu modernizar a marca de acordo com nosso posicionamento estratégico. Como nós tínhamos uma qualidade assistencial reconhecida, como melhor área assistencial de São Paulo, já que São Paulo é Brasil, desde ANO reconhecido pelo corpo clínico de São Paulo, nós desenvolvemos dentro da nossa estratégia então, a alta performance. Como eu atendo não só o plano A, o Triple A, como eu atendo o segundo plano das principais operadoras, tem muita, muita gente que nessa pesquisa também apareceu dizendo que nós somos um hospital que talvez tem uma marca menos forte daqueles outros dois, mas tem uma qualidade

assistencial e de corpo clínico igual ou até melhor, dependendo de quem tá falando. Como nós nos posicionamos? Um hospital de alto desempenho, de alta performance. Eu não preciso ser o mais caro para que eu seja o melhor. E quando eles tentam desconsiderar dizendo que a gente atende o segundo plano, isso não é um demérito, é um mérito.

WRS: Com certeza.

H1: E nós também fomos precursores... No ano passado inauguramos aqui na cidade de São Paulo, no segundo semestre, um hospital, um modelo totalmente inovador, disruptivo, que é sem porta de entrada...

WRS: Que é a unidade NOME?

H1:...unidade NOME, com preço fixo, preço definido, previsibilidade de preço, não só pros particulares mas também para as operadoras. Só pode fazer isso quem tem realmente alta performance, quem tem desempenho.

WRS: Definitivamente...

H1: Com corpo clínico fechado.

WRS: Sem dúvida, ainda mais no contexto econômico brasileiro...

H1: Quando nós montamos toda essa estratégia para o período 2016 a 2020, nós sentimos a necessidade de mudar a nossa marca. E aí nós contratamos uma empresa pra redesenha-la, e que esse redesenho tinha que trazer todos os atributos da instituição. E nós conseguimos colocar todos eles dentro da nossa nova marca, só tem um que não tá tão expressamente, mas ele é muito forte aqui dentro, que é a questão do acolhimento. Mas nós tínhamos que trazer, como sendo uma marca que inspirasse tecnologia, dinamismo, a agilidade, que fosse representar uma coisa de ponta, inovadora, de desempenho, com precisão que é o que a gente tem na medicina. E aí surgiu essa marca que é a que tá no cartão. Então aqui, claro que a gente não vê isso, mas a pessoa que criou nos vendeu assim a ideia. Porque que ele é um círculo e ele não é fechado? Isso é um azul escuro. A ideia inicial é que fosse preto, mas dentro da saúde nós fomos contra o preto, então ficou um azul escuro... Então azul escuro é a parte da doença, a parte do tratamento e a parte da recuperação, do desfecho e da entrega. Porque que ele parece um alvo? Para indicar precisão. Porque que ele é faseado? Para a gente mostrar que aqui o tempo é extremamente importante e que nós queremos que o nosso paciente tenha a melhor experiência e o melhor resultado em saúde, no menor tempo possível. E antes de a gente botar o nome do HOSPITAL nessa marca, nós fizemos uma outra pesquisa, para ratificar se isso que estavam enxergando, quem estava criando a nossa marca, que estava nos vendendo, se ele batia com esses atributos. Nós pegamos essa marca sem o nome do HOSPITAL, só a logotipia e fizemos uma pesquisa no mercado.

WRS: Ótimo, muito bom...

H1: E aí, o que que acontece... As pessoas todas ligaram todos os atributos, só não apareceu o acolhimento... Tudo que é moderno, que demonstra tecnologia, que demonstra inovação, o acolhimento fica meio de fora. Mas o acolhimento é muito forte aqui e a gente resolveu respeitar. E perguntava o que que eles achavam que

era. E quando terminava a pesquisa eles identificavam o HOSPITAL... Os caras diziam: “Eu não imaginava que fosse o HOSPITAL, porque ele sempre foi muito conservador e muito tradicional, mas é isso mesmo, é um hospital de ponta, é um hospital assim... assim...”. Então foi isso que a gente fez e a partir daí nós desenvolvemos uma área de marketing, ainda ela é modesta, em relação aos outros. Mas é muito maior do que a gente sempre fez na vida. O HOSPITAL também sempre se caracterizou muito pela questão do sigilo dos seus pacientes aqui.

WRS: Perfeito...

H1: Os políticos que vem para cá, não querem expor a sua doença. Então eles vêm pra cá porque sabem que a gente não anuncia. Se ele precisar, chama imprensa e ele faz o contato.

WRS: Desejo dele...

H1: Desejo dele. Artistas globais vêm pra cá porque não querem que a sua doença seja divulgada... Eu recebo aqui também diretores de outros hospitais, que vem pra cá porque não querem as vezes ser tratados no seu hospital, então elegem o HOSPITAL porque sabem a questão do sigilo que aqui tem. Então, a gente continua cuidando disso, continuamos cuidando da discrição para os nossos pacientes, mas nós resolvemos começar a contar e divulgar aquilo que a gente faz bem aqui, para que as pessoas, a comunidade em geral saiba que o HOSPITAL tem esse tipo de serviço, faz esse serviço e faz muito bem.

WRS: Bem estratégica...

H1: Bem estratégico. Aí a gente foi também pra área das mídias sociais, que a gente não estava. Hoje a gente, está bem forte em mídia, em relação, à área da saúde. Não vou comparar com os demais, mas em relação a área da saúde a gente também está bastante forte. Mudamos a cara da nossa revista... A nossa revista era uma revista para colaboradores, tinha uma revista para médicos, e tinha uma revista pra comunidade, consultórios médicos, só falava em medicina. E nós começamos a olhar pra isso e dizer, nós estamos com toda essa cara agora bonita, com alto desempenho, que atratividade as pessoas tem pra pegar uma revista que só fala em doença... E aí a gente criou pros colaboradores, onde a gente começa a falar sobre saúde, conta novidades pra eles, que chama-se NOME, uma revista moderna...

WRS: E o viver saudável parece ser o foco aí...

H1: Isso, exatamente. Tudo. Porque a gente também desfocou da doença pra saúde.

WRS: Perfeito...

H1: A doença vai existir sempre e nós vamos, como hospital, ter que atende-la, mas devemos focar, cuidar com a saúde.

H1: E depois na revista, ficou pra médicos e pra todos, onde a gente fala sobre saúde e bem estar, então tem viagens, tem gastronomia, tem questão de exercícios físicos, tem de tudo. E tem também alguma coisa dentro médica, revolução sobre o conhecimento, então, são matérias interessantes. Tem aqui o nosso próprio chef ensinando a fazer comida saudável e tal... Então, a gente começou a ver que isso

aqui tinha muito mais a cara do que o HOSPITAL quer ser e aquilo que a própria comunidade espera da área da saúde.

WRS: Já falamos aqui sobre muitas coisas que estão no questionário. Eu queria lhe perguntar uma outra coisa que me parece sempre ser um desafio para os hospitais em São Paulo. É a questão de número 12, que é a questão de facilitar o acesso ao hospital por parte do cliente. Porque em São Paulo no geral é um problema, não importa qual hospital aqui que eu visite, todos eles enfrentam algum problema de acesso... É o problema do trânsito, é o problema do transporte, é o problema do estacionamento e por aí vai. O quê que o HOSPITAL tem feito nesse sentido, para facilitar a chegada do cliente aqui?

H1: Bom. Nós temos ai dentro de um programa que já foi feito há bastante anos atrás, com a prefeitura, de sinalização de onde está o hospital.

WRS: Muito bom...

H1: Então, de diversos bairros. Então se tu vem lá dos Jardins, tem um determinado momento que diz HOSPITAL e você faz o acompanhamento. Quem vem lá de Moema, da Vila Mariana, do Centro, de onde tu vieres têm placas indicativas... Participamos desse programa com a prefeitura... Nós somos extremamente bem privilegiados de transporte... O metro pára aqui próximo, linha de ônibus pára aqui próximo, pra quem gosta de usar o transporte coletivo. O grosso da nossa clientela vem de carro pra cá, e aqui nós temos vagas suficientes para atender o nosso cliente. Tivemos durante muito tempo, uma grande reclamação dentro do nosso hospital, que era a nota mais baixa, que era estacionamento. Mas por que isso? Porque como a gente é uma instituição filantrópica não podemos explorar diretamente o estacionamento, por que não é o business, embora seja uma coisa necessária. Então nós contratamos um terceiro, e eles reclamavam por causa do preço da tarifa.

WRS: Entendi...

H1: Bom, então nós conversamos, hoje aí tem uma tarifa meia subsidiada, mas ela não pode ser tanta, embora seja uma das mais baixas daqui da nossa região. Porque quando a gente baixa demais, o pessoal que vem pro shopping estaciona aqui porque fica mais barato...

H1: E o médico que é credenciado aqui, ele não paga o estacionamento.

WRS: Entendi... O seu corpo clinico é fechado ou aberto?

H1: Aqui ele é aberto, ele é fechado lá na unidade NOME, aqui é aberto.

WRS: Então você pode ter aqui, por exemplo, um médico que atua em outros hospitais, mas estaciona aqui...

H1: Sim... Atua no hospital NOME, NOME, NOME e etc...

WRS: Entendi...

H1: Como a gente não cobra, de repente estacionou aqui, pega um taxi, pega uma carona e vai até lá, e um ou outro até vai a pé dependendo de onde está. Mas para os nossos clientes, o que que nós fizemos pra poder facilitar? Pra quem vai ficar

aqui 24 horas, que tem uma internação ou vai ficar mais dias, tem uma tarifa diferenciada pra eles, para que a diária não fique tão elevada pela cobrança por hora... Ele avisa antes que ele vai ficar tantos dias aqui dentro e ai não é cobrado por hora, é cobrado como uma diária.

WRS: Entendi...

H1: Esta é uma coisa mais sensível, vamos dizer assim... Para as pessoas que já estão fragilizadas, muitas delas vem pela operadora de saúde, outros vem em caráter particular, e sempre tem despesas. É importante que a gente se preocupe com essas coisas.

H1: Veja bem, a nossa missão é garantir a melhor experiência e o melhor resultado em saúde para os problemas dos pacientes. Nós estamos usando agora o NPS para medir a satisfação do cliente que chega a 98%. Fazemos dois tipos de entrevista... Aquela espontânea, que a pessoa pega o formulário que recebe na internação, e preenche e devolve pra caixa de sugestões e tem também uma que o nosso pessoal visita alguns clientes, alguns pacientes e pergunta como tá isso, como está aquilo.

WRS: Aqui mesmo?

H1: Aqui mesmo, na própria instituição. Ela procura estimular as pessoas a falar as coisas, as boas e as ruins, para que a gente possa melhorar. Teve uma pessoa que fez uma espontânea dando 10 pra tudo no hospital, espetacular. Ela teve alta e ela precisou sair em cadeira de rodas... A cadeira de rodas demorou 20 minutos, ela fez uma esculhambação com o HOSPITAL. Ai a gente diz assim, puxa vida, veja só ele passou aqui quatro dias, se sentiu maravilhosamente bem, e por um atraso da cadeira de rodas ele “terminou” a imagem do hospital pra ele.

H1: Então nós implementamos aqui uma área que se chama de experiência do paciente, desde que o paciente bota o pé aqui até o pós alta. Porque dependendo do tipo de procedimento, a gente faz um acompanhamento dessas pessoas depois da alta até 30 dias para saber como é que o paciente está, se ele está tomando a medicação que tinha que tomar, coisas dessa natureza...

H1: Sabe que aqui, sempre foi muito acolhedor a nossa área assistencial. A parte, a área de suporte não era tanto. Eu sempre tinha uma preocupação, e nós começamos a fazer um programa que se chama NOME... Eu estava passando lá na recepção e tinha uma senhora que foi num atendente ali, da área de suporte administrativo e perguntou para ele sobre um padre, e disse para ele “eu queria fazer contato com um padre, meu marido está muito doente aqui e ele quer ver um padre. Como é que eu faço?” O rapaz pegou e fez assim, apontou assim pra dentro, “a senhora vai até o final do corredor, dobra a direita, anda umas cinco, seis portas e ali a senhora pergunta que eles vão te explicar melhor”. Estava passando uma enfermeira... A enfermeira também ouviu e disse “o quê que a senhora está precisando?”. Aí ela disse que queria fazer um contato com um padre. “Qual é o apartamento que a senhora está?” Ela deu o número do apartamento. Ela disse, “a senhora pode ir pra lá que nós vamos fazer contato com a senhora lá e passar a indicação”.

H1: Eu disse “tá faltando suporte”. Área assistencial está ótima, mas o pessoal do suporte... Isso faz mais ou menos uns oito anos. E ai nós começamos a fazer o

treinamento NOME, para treinar todo pessoal, da área de suporte, para ter um acolhimento como tem na área assistencial, para que ele não sinta a diferença de padrão. Nós estávamos em Cleveland Clinic, fomos fazer uma visita lá e puxa não sabíamos onde ir e tinha um cara cortando a grama. Perguntamos como é que eu chego lá, o cara parou de cortar grama e nos levou até o local, e eu disse é isso que nós precisamos, entendeu? Então, hoje, o nosso pessoal é assim... Não é que todos façam, mas nós estamos indo pra essa cultura. Para que as pessoas realmente se preocupem com as pessoas. A maioria dos hospitais tem uma dificuldade de fluxo. A gente procura sinalizar da melhor forma possível... Então, temos que usar as pessoas, a gente chega a ter pessoas que a gente aqui chama de anjos, têm um uniforme um pouco diferente, são aqueles que cuidam das pessoas que eventualmente possam estar perdidas, para poder levar para um lugar.

WRS: São voluntários ou funcionários?

H1: Todos são funcionários. E agora estamos desenvolvendo um projeto, onde nós teremos alguns túneis, uma recepção de entrada e todos túneis que vão largar diretamente nos prédios que cada pessoa quer ir...

WRS: Muito bom, muito bom...

H1: Mas como a gente tem que gerar cada centavo aqui dentro, nós não temos nenhum tipo de doação, nós sempre geramos nossos recursos, a gente tem que ir priorizando na medida for possível...

WRS: Você disse que não teve a oportunidade de responder a pergunta 16 (“Indique qual estratégia utiliza para: outras decisões tomadas como gestor”)...

H1: Não, é que eu não cheguei nela... Só faltou essa pra escrever...

WRS: Você consegue se lembrar de alguma coisa que...

H1: Sim, eu consigo lembrar porque é a prática que a gente faz aqui que é bastante simples. Todas as nossas decisões, toda tomada de decisão. Deixa eu começar explicando, aqui nós temos uma equipe: nós somos seis executivos, eu como CEO, eu tenho um superintendente médico, eu tenho um superintendente assistencial, eu tenho um superintendente operacional, eu tenho um superintendente de desenvolvimento humano e eu tenho superintendente de educação e pesquisa. Nós temos aqui Faculdade, nós temos aqui Escola Técnica, nós temos uma área de pesquisa, para fazer publicações científicas...

H1: Então, hoje em dia todos eles eu pus em linha aqui, por causa da tomada de decisão. Aqui era um auditório, nós tiramos o auditório... Tem a minha sala e todos os superintendentes aqui alinhados, que por essa porta é um corredor onde eu entro e posso provocar decisão conjunta assim [estalar de dedos]. A minha forma de tomar decisão: primeiro, identificação do problema, saber o que quer. Discutir a visão sistêmica para depois aplicar a decisão. Procuo sempre levar para consenso. Se não há consenso, eu brinco com eles que consenso é contar pra todo mundo e tomar decisão, mas isso é na brincadeira. Até hoje eu não precisei fazer, precisei talvez uma vez só tomar uma decisão onde não tinha consenso... Se não tem consenso, tem decisão igual, porque a empresa não pode parar. Procuo fazer isso da forma mais ágil possível e procuro incutir em cada um dos membros que tomada a decisão todo mundo puxa pro mesmo lado e a decisão é sua.

WRS: Perfeito, perfeito...

H1: Então, essa é a forma de tomada de decisão aqui... Quando eu vou pra dentro do Conselho, porque a operação é minha, mas toda decisão estratégica, embora eu leve, eu defenda, eu tenho que ter o referendo do próprio Conselho. Lá a gente procura fazer da mesma forma, o Conselho também procura fazer uma coisa de consenso, sempre identificando, com a visão sistêmica, saber se aquilo é o melhor para tudo e se não vai criar um problema. “É bom aqui e vai criar um problema muito mais grave lá?”... Então todas as questões funcionam desta forma. Quando tem questão de tecnologia, sempre médicos ou técnicos da área participam, fazem avaliação da tecnologia... A gente procura exaurir o assunto antes da tomada de decisão... Quando é equipamento, daí tem mais tempo para se fazer isso, para poder tomar decisão. Primeiro que a gente quer conhecer bem quais são os reflexos que aquilo vai causar, se vai melhorar para os nossos pacientes, etc, etc, etc. A gente não procura fazer investimentos com coisas que sejam só para ser marketing...

WRS: Entendi...

H1: Preferencialmente procuro fazer sempre por consenso, se não há o consenso aí se toma decisão. Mas na maioria das vezes aqui a gente chega num consenso... Esse é o alinhamento. Nossa tomada de decisão é assim mesmo, a gente ouve todo mundo e procura levar para o consenso. Se não dá o consenso, registra. Acho que é um aprendizado bastante legal, até pra ver depois. Porque quando não dá certo, sempre tem um que diz “ah eu não disse?”. Então tá, fica registrado.

WRS: São termos bem brasileiros... “Eu não disse?”, há sempre alguém que fala isso...

H1: Bem brasileiro... Assim como quando tem um pessimista dentro do teu grupo. E eu acho que muitas vezes é importante ter uma pessoa que faça a gente refletir. Porque se todo mundo tá sempre naquele embalo bom, a tomada de decisão pode ser errada, às vezes. Por falta de uma visão diferente, está todo mundo naquele oba oba...

WRS: O americano chama isso de *groupthink*... Todo mundo pensando igual pra estar de acordo com o chefe...

H1: Exatamente esse aspecto. Então, se têm a gente põe, até pra poder refletir e ver se não tem um fundo de verdade, se a gente examinou aquilo também. É como eu digo, sempre quando tem uma pessoa que é um chato, um murrinha, um cara que a gente diz que atrapalha tudo, bota no grupo que esse cara vai fazer a gente refletir.

WRS: Exato...

H1: Podemos chamar ele de chato sempre, ou pensar que ele é, nunca vamos dizer isso pessoalmente, mas ele tem que estar no grupo porque ele é importante, muitas vezes ele questiona coisas que a gente não está vendo, a gente está muito mais no otimismo da coisa. Por isso a visão sistêmica é muito importante, e porque eu tive um trabalho muito grande quando eu cheguei aqui.

H1: Então, não sei se consegui te esclarecer bem a questão de tomada de tomar decisão.

WRS: Ótimo...

H1: Mas é isso que a gente procura fazer, medindo para que as nossas decisões não gerem um problema maior ou menor, em alguma parte da organização.

H1: Este é um hospital de comunidade, nós temos que perpetuar, nós não estamos aqui para ser vendido, não estamos aqui pra fazer um BUM, pra dizer que somos o melhor do mundo, nós queremos sempre estar entre os melhores hospitais, um hospital de ponta, ter resolubilidade, ter desempenho. Nós queremos que os nossos pacientes tenham a mesma sensação de alguém que vai comprar um carro BMW, um carro Mercedes Benz. Tu olha para um carro Mercedes Benz ou para um carro da BMW, tu diz que é um carro de alto desempenho, que é seguro, etc, etc, etc. É isso que nós queremos. Fazendo uma comparação, se tu vai pra Inglaterra, tu não vai me dizer assim, vamos comer num lugar, vamos comer uma comida inglesa espetacular? Tu vai dizer, vamos comer uma comida francesa espetacular.

WRS: Exatamente...

H1: Quando tu fala de carro, tu vai falar um carro, talvez alemão... Por todas as suas características. Então é isso. Temos que ter o desempenho, mas temos que ser ao mesmo tempo, conservadores. Tanto é que os novos valores da instituição, o acolhimento, a verdade, porque aqui a gente fala a verdade para o paciente... Se a gente errar, vai lá, senta, conversa com ele, com o médico, na hora. Não se esconde nada, não tenta se trabalhar com um médico só pra fingir que tudo vai bem, porque errar é humano. Tradição inovadora, ou seja, manter as nossas tradições, mas se adequar ao tempo.

WRS: Muito bom. “Tradição inovadora”, acho isso espetacular...

H1: Protagonismo colaborativo, fazer com que as pessoas se integrem sempre e segurança do paciente. Segurança do paciente não abrimos mão, claro que tem orçamento, porque tem que ter orçamento pra isso, mas eu sempre digo que pra qualidade de servir o paciente não tem orçamento. Não tem orçamento, eu quero dizer assim, é quebrável o orçamento de qualidade e segurança se nós tivermos que fazer qualquer coisa pra garantir isso. Nós não abrimos mão disso.

H1: Então esses são os cinco valores, eu não te falei pela ordem, a nossa ordem primeira é sempre a segurança do paciente e a nossa missão passou a ser garantir ao paciente a melhor experiência e melhor resultado de saúde. É isso, isso é o que a gente preconiza aqui dentro do HOSPITAL e acho que isso é uma das coisas que sempre esteve dentro, a gente vai se adequando as épocas que está vivendo, e é por isso que ele sempre veio crescendo e sempre teve uma reputação muito forte, muito importante entre as pessoas que o conhecem. Nós queremos agora tentar extrapolar um pouco essas barreiras, temos também a área de pesquisa para poder dar condição aos nossos médicos, do nosso corpo clínico de fazer publicações científicas, que também é uma forma de a gente poder expressar a qualidade daquilo que se faz aqui. O HOSPITAL tinha cinco áreas de ênfase antes, nós reduzimos pra duas porque investir em cinco áreas de ênfase e ser bom em todas elas é muito difícil, requer muito investimento, muito dinheiro, que a gente não tem pra isso. Então nós temos hoje, duas áreas de ênfase, todas as outras crescem junto com essas duas áreas de ênfase, que são das doenças oncológicas e das doenças digestivas.

WRS: Ótimo...

H1: Então, isso é o HOSPITAL...

WRS: Muito obrigado....

Respostas às questões da pesquisa fornecidas por escrito pelo HOSPITAL 1:

1. Indique qual estratégia utiliza para: melhorar o atendimento

Como uma Instituição de alta performance e que tem como foco oferecer o melhor resultado no menor tempo possível para os nossos pacientes, o HOSPITAL tem nas bases da sua estratégia oferecer uma experiência única para os seus pacientes e familiares, por meio da otimização dos processos internos, do aprimoramento da sua infraestrutura e promoção da inovação, além de possibilitar ao seu corpo clínico recursos de excelência para o exercício da medicina.

É com este olhar, voltado para o futuro de uma medicina cada vez mais personalizada, precisa e menos invasiva, que o Hospital se consolidou como um dos maiores da América Latina.

Para aprimorar o seu atendimento a Instituição tem desenvolvido diversas estratégias a fim de aperfeiçoar a jornada do paciente. Uma delas foi a estruturação em ANO do NOME. Cabe à área, diretamente submetida à Superintendência Assistencial, mapear os principais pontos de contato da população atendida no Hospital e identificar oportunidades de melhoria. No ano passado, foram realizados mapeamentos da jornada dos pacientes no Pronto Atendimento e nas Unidades de Internação.

Além disso, estruturamos um Conselho de Pacientes e Familiares, no qual convidamos pessoas já atendidas e com histórico de permanência no Hospital a dialogar com lideranças sobre a operação, o corpo assistencial e clínico e as instalações, para promover melhorias nas rotinas assistenciais.

2. Indique qual estratégia utiliza para: facilitar os pagamentos (por parte dos clientes)

A Instituição atende a um amplo conjunto de operadoras de saúde e tem buscado aprimorar e testar modelos de relacionamento comercial, a fim de garantir aos pacientes as melhores condições de pagamento e pacotes de serviços com cada vez mais previsibilidade de custos. Para os pacientes particulares oferecemos diversas opções de formas de pagamento, para que seja possível atender a todas as necessidades em particular de cada um deles.

A Unidade Referenciada NOME é um exemplo de modelo inovador e disruptivo, com maior previsibilidade de custos e risco compartilhado entre Hospital e planos de saúde, uma tendência para o mercado mundial da saúde.

3. Indique qual estratégia utiliza para: melhorar a imagem da marca

Para acompanhar o ciclo de crescimento do Hospital, em DATA, ano em que a Instituição completou NÚMERO anos de existência, foi lançada uma nova marca. O

projeto de fortalecimento da marca, que contou com um investimento de mais de R\$ 12 milhões, teve como objetivo modernizar a imagem da organização e espelhar o ciclo de crescimento dos últimos anos.

A definição da nova marca foi baseada em seis diretrizes de valor que posicionam o HOSPITAL como organização de alta performance e alto cuidado, traduzindo desta forma a sua abertura ao novo, respeito pelo outro, gestão eficiente do tempo, melhor experiência e resultado em saúde para os pacientes, eficiência para a sustentabilidade e discrição autêntica.

A nova identidade visual do Hospital nasceu de uma inspiração geral conceitual de uma grande personalidade da arquitetura, Mies van der Rohe, arquiteto germano-americano, que traz o conceito 'menos é mais', por traduzir alguns dos valores que determinam a cultura da Instituição e que se torna a cada dia mais atual no mundo moderno.

Simplicidade e foco também são outros dois conceitos que determinaram a escolha da nova identidade, além de conter sutilmente as letras "X" e "Y", iniciais do nome da Instituição que ganha força ao ser valorizada na assinatura "NOME".

Além das ações específicas de *branding*, nos últimos anos temos intensificado os investimentos em marketing e comunicação para que os nossos valores e toda a contribuição da Instituição para o desenvolvimento da medicina ultrapassassem os muros do Hospital, ampliando o engajamento entre os diferentes públicos.

Nossas publicações (revista NOME, voltada para o público externo e NOME, voltada para o público interno), por exemplo, passaram por uma reformulação editorial com o intuito de levar conteúdo relevante nas áreas de saúde e bem-estar, mas também em cultura, tecnologia e entretenimento para os atuais e novos pacientes e seus familiares, além de médicos, operadoras de saúde, formadores de opinião, colaboradores e outros *stakeholders*. A NOME, inclusive, foi vencedora regional, na categoria Mídia Impressa, do Prêmio NOME em ANO, que reconhece as melhores práticas de comunicação corporativa no Brasil.

Por meio das campanhas publicitárias em veículos de peso, como rádio CBN e revista Veja SP, e canais digitais, temos atingido um público cada vez mais relevante para o Hospital. Também temos intensificado o relacionamento com a imprensa, marcando presença em veículos de repercussão nacional, como jornais Folha de S.Paulo, O Estado de S.Paulo e Valor Econômico, TV Globo, entre outros. Este trabalho também foi reconhecido como vencedor nacional, na categoria NOME, do mesmo Prêmio NOME em ANO.

E nossa presença nas plataformas digitais está ainda mais intensa. Criada em ANO, a página do Hospital no Facebook conta atualmente com mais de NÚMERO mil fãs, o que nos posiciona como a primeira página entre os hospitais privados nesta rede social.

4. Indique qual estratégia utiliza para: melhorar a estrutura física do hospital (espaço, decoração, pintura, limpeza, higienização, segurança do paciente)

A Instituição é uma das que mais investem em infraestrutura médica e recursos tecnológicos, tendo ampliado recentemente suas instalações e estrutura física de atendimento, com a inauguração de uma nova unidade hospitalar, a unidade NOME, na qual os procedimentos médicos são realizados com previsibilidade de custo. Quando estiver em plena operação a unidade, primeira do Brasil a adotar este modelo de remuneração, contará com NÚMERO leitos, sendo NÚMERO de UTI, além de centro cirúrgico com NÚMERO salas, consultórios clínicos e Centro de Diagnóstico por Imagem.

Para aprimorar a sua estrutura física, o Hospital utiliza a mesma metodologia que faz o ranking dos principais Hospitais americanos - da Publicação US NEWS. O método é baseado em indicadores assistenciais e engloba tecnologia, infraestrutura e operação, sendo esse critério baseado em indicadores assistenciais.

5. Indique qual estratégia utiliza para: diferenciar o hospital dos concorrentes

O HOSPITAL possui NÚMERO anos de experiência com ênfase em oncologia e doenças digestivas. Inspirado pela sua origem cultural NOME, busca oferecer uma medicina de alta performance que se traduz no melhor desfecho para o paciente: o melhor tratamento, no menor tempo possível, de maneira acessível.

O nosso diferencial está calcado na busca incessante em fazer melhor sempre, seja no atendimento ao paciente, na prática da medicina, nas relações com nossos colegas, no relacionamento com nossos parceiros, na busca por conhecimento, nos ensinamentos que passamos adiante.

Além disso, somos o único Hospital a deter um modelo assistencial próprio, que é reconhecido como um dos melhores do país. Por meio deste Modelo nós sistematizamos os diferenciais da abordagem com o paciente, trabalhamos aspectos como a recuperação e a reinserção social, o diálogo com a família e o estabelecimento de vínculos de confiança com os profissionais da saúde, desde a internação até o pós-alta.

Para servir de fonte e modelo para outras instituições e setores da saúde o Hospital reuniu no livro “NOME” todo o processo de construção do modelo assistencial, que foi elaborado de forma colaborativa. Lançada no aniversário de NÚMERO anos do Hospital, a obra não é apenas um relato do nosso Modelo Assistencial, mas reflete também um compromisso da Instituição em influenciar positivamente o setor de saúde brasileiro, por meio do compartilhamento de conhecimento e tecnologia.

6. Indique qual estratégia utiliza para: adequar e atualizar as instalações e equipamentos

Para manter sempre o nosso parque tecnológico no estado da arte, utilizamos a mesma metodologia que faz o ranking dos principais Hospitais americanos - da Publicação US NEWS. Essa metodologia engloba tecnologia, infraestrutura e operação, sendo esse critério baseado em indicadores assistenciais. Assim podemos oferecer uma tecnologia de ponta para o nosso corpo clínico realizar sempre a melhor medicina, garantindo aos nossos pacientes o melhor tratamento disponível no mercado.

Foi com este objetivo que investimos em equipamentos de ponta, como o **robô DaVinci Si**, que conta com a tecnologia Single Port, mecanismo que permite que as cirurgias sejam feitas por um único acesso, garantindo mais segurança e recuperação mais rápida para o paciente, contribuindo para a ampliação do giro de leitos da Instituição, para o aprimoramento dos indicadores médicos assistenciais e, por fim, na nossa eficiência operacional. O equipamento é utilizado para a realização de cirurgias em especialidades como Ginecologia, Aparelho Digestivo, Ortopedia, Cardiologia, Urologia e apneia do sono.

Outra aquisição importante foi o **INTRABEAM®**, que permite a aplicação de uma dose única de radioterapia durante o procedimento cirúrgico. O Hospital foi pioneiro ao utilizar esta tecnologia, que pode ser utilizada para o tratamento de pacientes com tumores de mama em estágio inicial, tumores cerebrais, além de lesões da pele e coluna localizadas em áreas de difícil acesso.

Este ano também colocaremos em operação um **novo acelerador linear de partículas: Halcyon**. O Hospital é a primeira instituição brasileira a contar com este equipamento que reduz de 31 etapas para nove as sessões de radioterapia. O Halcyon possibilita um tratamento mais focado e preciso, reduzindo efeitos colaterais no paciente. Foram investidos cerca de R\$ 5,5 milhões somente na aquisição deste equipamento. Atualmente há 19 aceleradores deste tipo em operação em países da Europa e nos Estados Unidos.

7. Indique qual estratégia utiliza para: melhorar a capacitação dos colaboradores médicos, enfermeiros e administrativos

A oferta de treinamentos está presente de forma consistente na jornada do colaborador desde que ele ingressa no Hospital. Além dos cursos internos de aprimoramento, também ampliamos os investimentos para o pilar Educação e Pesquisa e incentivamos os nossos colaboradores a darem continuidade aos estudos por meio da nossa Escola NOME e a nossa Faculdade de NOME. Adicionalmente são concedidos apoios para a participação em congressos, eventos e cursos de formação técnica, graduação e pós-graduação.

Ações presenciais, simulações realísticas, ensino a distância e a Unidade NOME também integram as iniciativas de treinamento contínuo. Somente em 2017, registramos 66,18 horas de treinamento por colaborador.

Neste ano estamos implantando o programa NOME, uma ferramenta estratégica de desenvolvimento profissional e aperfeiçoamento de competências, uma vez que orientam a trajetória necessária para o desenvolvimento das competências de cada função. A estratégia para a gestão dos treinamentos institucionais no Hospital é constituída da seguinte maneira: Planejamento (utilização do Diagnóstico de Necessidade de Aprendizagem e do Plano Operacional e Desenvolvimento dos treinamentos); Execução dos treinamentos (interface com as áreas e aplicação do conteúdo de acordo com o público-alvo); Avaliação dos treinamentos (avaliação de aprendizagem e avaliação de reação) e Análise dos resultados (adesão e impacto nos indicadores setoriais).

Por meio dessas estratégias de promoção da saúde, formação e engajamento, esperamos contar com profissionais cada vez mais realizados e satisfeitos.

Também evoluímos substancialmente nos programas de relacionamento médico, com um novo modelo de reconhecimento que valoriza aspectos como qualidade, segurança e produção científica, além de indicadores e critérios objetivos para a avaliação dos clínicos e cirurgiões atuantes no Hospital. Entre as iniciativas criadas para apoiar o desenvolvimento do nosso corpo clínico e das especialidades está o **Programa NOME**, que consiste em um sistema de pontuação, baseado em meritocracia, com pilares, critérios e pesos previamente estabelecidos. Em 2017, o programa foi revisitado desde seu nome até a base de cálculo de indicadores. De acordo com a pontuação alcançada no NOME por cada membro do Corpo Clínico, foi concedido a esses profissionais apoio para participação em congressos, organização de eventos científicos e pesquisas. Os indicadores do NOME são extraídos da avaliação de desempenho.

8. Indique qual estratégia utiliza para: melhorar o comprometimento dos colaboradores com a satisfação dos clientes

Cuidar de quem cuida é uma estratégia do HOSPITAL, pois acreditamos que quem é bem cuidado cuida melhor. E isso só é possível em um ambiente de trabalho saudável.

Foi com este propósito que nasceu o Programa NOME. A iniciativa tem sido uma ferramenta estratégica de reconhecimento e valorização dos colaboradores, no qual são estimuladas mudanças graduais no seu estilo de vida e de seus familiares. Por meio do programa são oferecidas diversas atividades, que vão da prática da atividade física e alimentação saudável, ao gerenciamento de estresse e equilíbrio entre vida profissional e pessoal, além do desenvolvimento de competências, como comunicação, autoconfiança e liderança.

Com a evolução do programa pudemos ir além das questões regulatórias de saúde e segurança ocupacional. A iniciativa contribuiu para o estreitamento do relacionamento entre a Instituição e o colaborador, que passou a enxergar mais claramente a preocupação do Hospital em relação ao seu bem-estar, a partir do desenvolvimento de políticas, processos e investimentos em infraestrutura que garantissem a disseminação do conceito de um ambiente de trabalho saudável.

Passamos a traçar ações mais assertivas voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Deste modo conseguimos diminuir, por exemplo, a incidência do tabagismo dentro da organização. Outro ponto favorável e de mudança relacionada ao Programa é que os colaboradores têm se exercitado mais, se alimentado melhor e, conseqüentemente, permanecendo mais saudáveis.

O HOSPITAL ganhou, em ANO, o prêmio NOME, na categoria hospitalar, fruto de suas ações para proteção à integridade de seus profissionais e pela segunda vez o Prêmio NOME, categoria ouro, conferido pela NOME, em face da qualidade e inovação do Programa NOME.

Diante de um cenário externo cada vez mais desafiador e um mercado de trabalho que tem exigido profissionais altamente capacitados, o Hospital também instituiu, em ANO, um novo modelo de gestão de desempenho com foco em competências, que fortalecerá temas relevantes de desenvolvimento humano como meritocracia, alinhamento de expectativas de performance, avaliação de potencialidade e planejamento sucessório. O novo modelo também traz mais objetividade ao

processo, estimula a transparência na comunicação sobre carreira e proporciona ao colaborador maior consciência do seu papel e resultados esperados na Instituição e o impacto do seu trabalho na satisfação do paciente.

Com o foco em manter o engajamento dos colaboradores para alavancar a qualidade dos atendimentos e, conseqüentemente, a satisfação dos pacientes, alguns dos treinamentos oferecidos pela Instituição também fazem parte das metas individuais que podem ser atingidas no Programa de Remuneração Variável (PRV) da Instituição.

9. Indique qual estratégia utiliza para: conseguir novos clientes (conveniados ou não)

Para conquistar novos clientes o Hospital tem intensificado os investimentos de fortalecimento da marca e comunicação. O objetivo é colocar cada vez mais em evidência as práticas médica-assistenciais e as pesquisas desenvolvidas nos meios digitais para impactar os atuais e os novos pacientes.

E para atender a crescente demanda de pacientes, mantendo a qualidade de atendimento, a Instituição ampliou em dois anos o seu plano de expansão, dando um grande salto em sua capilaridade e em seu número de leitos, totalizando agora NÚMERO, sendo NÚMERO deles no âmbito privado e NÚMERO no âmbito público.

A expansão da Instituição deu-se por meio da abertura da nova Unidade NOME, que conta com um modelo de negócio disruptivo e pioneiro no País e por meio do gerenciamento do HOSPITAL NOME, em MUNICÍPIO, realizado pelo Instituto Social DO HOSPITAL NOME. Criado em ANO, o Instituto Social DO HOSPITAL NOME permitiu que a Instituição intensificasse também as suas atividades na área pública, garantindo transparência na gestão dos recursos sob sua responsabilidade.

Esses são exemplos concretos de como esta Instituição TEMPO DE EXISTÊNCIA está em constante evolução e busca se reinventar sempre para assegurar a sua perenidade.

10. Indique qual estratégia utiliza para: verificar a satisfação dos clientes com os serviços prestados

Compreender as percepções do paciente sobre o Hospital é uma ferramenta chave para direcionar investimentos, treinar e desenvolver equipes e buscar melhorias em instalações que garantam uma melhor experiência durante o ciclo de atendimento. Dentro desse processo, o Hospital realiza pesquisas de satisfação on-line, aplicadas a pacientes externos e internados. As pesquisas são enviadas por e-mail, todos os dias, aos pacientes que receberam alta no dia anterior.

Em ANO, uma nova metodologia foi adotada para mensurar a intenção do paciente de recomendar o Hospital, o Net Promoter Score (NPS). O NPS identifica clientes promotores, neutros e detratores, que avaliam a Instituição e seus serviços com notas de zero a 10. A coleta de dados foi realizada por meio de e-mails enviados aos pacientes após sua saída do Hospital, com questionários adaptados para cada tipo de atendimento (internação, ambulatório, exames, hospital-dia, pronto atendimento). Com meta estabelecida de 70%, a Instituição aferiu NPS médio de 74,2%, também superior ao calculado para o ano de ANO. Os resultados são uma importante ferramenta para a revisão e melhoria dos processos assistenciais.

O Hospital, por meio da sua Ouvidoria Médica, também avalia as manifestações encaminhadas pelo corpo clínico sobre a Instituição, seus pacientes e os colaboradores. Casos considerados críticos, como os relacionados à ética, à conduta e à integridade, são encaminhados a comitês responsáveis e às superintendências do Hospital.

11. Indique qual estratégia utiliza para: identificar novos serviços necessários ao bom atendimento

Para identificar oportunidades de desenvolver novos serviços, aprimorando o atendimento, o Hospital mantém processo contínuo de captação da voz do paciente e do colaborador. Dentro do Programa NOME, por exemplo, são realizadas avaliações dos fluxos de atendimento dos clientes e verificadas todas as interações que o paciente teve com a Instituição. Com esses dados podemos identificar as principais oportunidades de melhorias.

Outro canal que traz insights importantes para a Instituição são as interações que recebemos via Ouvidoria, Ouvidoria Médica e por meio das nossas redes sociais. O Facebook, por exemplo, tem sido um importante canal de relacionamento com pacientes e familiares, nos auxiliando inclusive a compreender melhor os seus interesses. Temos tido um ótimo retorno do nosso público, o que nos faz a primeira página frente a concorrência em relação a publicação de comentários, curtidas e ao compartilhamento de conteúdo. Estamos perto de alcançar NÚMERO de seguidores.

12. Indique qual estratégia utiliza para: facilitar o acesso ao hospital (do cliente)

Para ampliar a nossa capacidade de atendimento e acesso inauguramos no ano passado uma nova Unidade ao lado da estação de Metrô NOME, na Rua NOME. A Unidade Referenciada NOME é a primeira do Brasil a contar com um modelo de negócio disruptivo e com previsibilidade de custos.

Especializada em atendimentos de média e alta complexidade para usuários de convênios médicos e pacientes particulares, a Unidade possui mais de 300 procedimentos com custos pré-estabelecidos nas áreas de oncologia, cardiologia, ortopedia, neurologia, urologia, buco-maxilo-faciais e em doenças digestivas. Todos esses atendimentos seguem um padrão médico que é definido a partir de protocolos internacionais.

A Unidade conta com o que há de mais moderno e eficaz em termos de tecnologias médicas. O Centro de Diagnóstico por Imagem foi totalmente equipado com tomógrafo, ressonância magnética, aparelho de ultrassonografia e de ecocardiografia e aparelhos de raio-X. Foram investidos R\$ 47 milhões na aquisição de equipamentos de diagnóstico por imagem. A unidade conta ainda com banco de sangue e laboratório de análises clínicas.

A qualidade médica-assistencial da Unidade Referenciada NOME é a mesma da Unidade NOME, que também está localizada em uma área estratégica de São Paulo, próxima à NOME, polo econômico e cultural de São Paulo.

13. Indique qual estratégia utiliza para: evitar a rotatividade do corpo clínico e dos colaboradores da enfermagem e administrativos

A gestão do capital humano está nas bases que alavancam a visão de futuro do Hospital e é um dos pilares de seu Planejamento Estratégico (2016-2020). Uma das formas de sustentar essa premissa é a valorização e o reconhecimento dos colaboradores ao longo de sua trajetória por meio da concessão de bolsas de estudo e promoções, além de garantir a prioridade para os profissionais internos na participação em processos seletivos. A ideia, com isso, é garantir transparência e autonomia aos profissionais no gerenciamento de suas carreiras, melhorias no clima de trabalho e formação de potenciais sucessores.

Além do auxílio educação e do Programa Bem-Estar, a Instituição oferece uma série de benefícios aos colaboradores, como vale-alimentação, vale-transporte, seguro de vida, plano de saúde, cobertura para incapacidade ou invalidez, licença-maternidade/paternidade, fundo de aposentadoria, restaurante próprio, descontos na Escola NOME, na Faculdade de NOME, auxílio-educação e auxílio-creche (para colaboradores com filhos de 0 a 6 anos).

Em relação a aderência dos profissionais contratados, ela é acompanhada, principalmente, pelas avaliações de experiência e pelo índice de *turnover*, além de entrevistas de desligamento para coleta de dados nos casos de rompimento do vínculo.

Corpo clínico

Inspirada nos programas desenvolvidos na área assistencial com foco no paciente, a Instituição desenvolveu a Jornada do Médico no qual identifica os pontos de melhoria para avançar no bem-estar dos profissionais que compõem a rede do Hospital. A área de Relacionamento Médico é a responsável por gerenciar e valorizar a qualificação e o engajamento dos médicos atuantes no Hospital, que abrangem desde a homologação e cadastramento, como também ações de fidelização e autorização de exames dos profissionais, buscando reforçar sua proximidade com a cultura, sua satisfação e a aderência aos valores do Hospital.

Frentes de atuação:

- **Programa Acadêmico do Corpo Clínico (PACC)** – baseado em meritocracia o programa concede aos médicos que obtiverem uma melhor pontuação apoio para participação em congressos, organização de eventos científicos e pesquisas.
- **Gestão do Corpo Clínico** – área voltada à avaliação e aprovação documental e cadastral dos médicos, também articula treinamentos e orienta a atuação do profissional na Instituição.
- **Programa de Avaliação de Desempenho do Corpo Clínico** – busca analisar as entregas e os resultados médicos do Hospital a partir de indicadores, que abrangem desde os critérios de assistência (produtividade) e qualidade e segurança (adesão a protocolos, preenchimento de prontuários, desempenho cirúrgico etc).
- **Ouvidoria Médica** – esta estrutura acolhe queixas, elogios e manifestações do corpo clínico sobre a Instituição, seus pacientes e os colaboradores – que podem analisar a conduta dos médicos.

14. Indique qual estratégia utiliza para: avaliar e melhorar os processos dos serviços médicos, de enfermagem e administrativos adotados

A Segurança do Paciente é um dos valores que norteiam nosso Hospital. Por isso, temos investido constantemente na formação dos nossos profissionais, revisto processos e práticas internas e realizado sensibilizações com as equipes médica e assistencial para aumentar a adesão aos protocolos clínicos.

Como estratégia de atuação, possui ênfase na implantação e adesão a processos de qualidade e práticas de segurança na assistência, com foco nos resultados clínicos e na experiência do paciente. Internamente, a gestão para um cuidado seguro e de qualidade tem presença constante na agenda da liderança, que monitora seu desempenho por meio de indicadores de processos e resultados. Desenvolvida pela área de Qualidade, Segurança do Paciente e Desfechos Clínicos, a gestão por indicadores busca nortear, de forma sistemática e qualificada, a melhoria contínua da qualidade no cuidado em saúde, identificando e priorizando áreas e pontos críticos para a segurança do paciente.

Durante 2017, por exemplo, foram obtidos ganhos em diversos indicadores de atendimento a protocolos, com destaque para os de Profilaxia de Tromboembolismo Venoso (TEV) e de Higienização das Mãos. Nossos indicadores estão dentro de patamares positivos e comparáveis aos melhores do mundo.

Para engajar e mobilizar colaboradores e corpo clínico também são promovidas jornadas de Qualidade e Segurança do Paciente, auditorias educativas e outras ferramentas para promoção da segurança dos processos. Essas ações permitem a permeabilização da cultura de qualidade e segurança do paciente, por toda a Instituição. Entre essas atividades está a Terça-Feira de Qualidade e Segurança do Paciente, evento quinzenal que promove auditorias internas, observação de atendimentos, entrevistas com pacientes e colaboradores e estudo dos riscos e oportunidades de melhorias em processos-chave da Instituição.

Outra prática importante para identificação de ameaças ou riscos à segurança do paciente tem sido a realização dos *Safety Huddles*. Essa é uma metodologia de análise de riscos presentes na operação, com foco na eliminação ou mitigação de sua consequência e que acontece diariamente, com a presença de representantes de todas as áreas do Hospital e em transmissão e participação simultânea de todas as unidades da Instituição: unidades Referenciada NOME e NOME e Complexo Hospitalar NOME.

15. Indique qual estratégia utiliza para: buscar parcerias no sentido de melhorar atendimento, prospectar ou fidelizar clientes

Além das ações desenvolvidas em parceria com o Conselho de Pacientes e Familiares, a Instituição realiza diversas campanhas educativas nos meios digitais com o objetivo de alertar a sociedade sobre a importância de cuidar da saúde física e mental.

O Hospital busca também uma permanente interlocução com instituições de ensino, centros de pesquisa e estudiosos de renome na saúde em nível global ou nacional que auxiliam a Instituição a identificar novas oportunidades de negócio e também a aprimorar o atendimento ofertado aos seus pacientes.

Também realiza *benchmark* regular de boas práticas, estudando modelos de gestão operacional, econômico-financeira e de pesquisa em hospitais norte-americanos – como MD Anderson Cancer Center, Houston Methodist, El Camino Hospital – e de países como Reino Unido (Hospital Saint Thomas) e Alemanha (University Medical Center Hamburg-Eppendorf). No Brasil, a Instituição mantém parceria com as universidades Anhembi Morumbi, Mackenzie, USP, Unifesp, Universidade São Camilo.

APÊNDICE 7: Pesquisa de Campo
REPRESENTANTE DO HOSPITAL 2

WRS: Eu agradeço muitíssimo a gentileza do senhor me receber. Eu vou procurar seguir a minha sequência de perguntas... Aqui está uma cópia delas. Todo hospital tem uma grande preocupação com a qualidade do seu atendimento, o que os senhores aqui fazem, especialmente, para atrair o cliente e manter o cliente.

H2: Qual cliente?

WRS: O cliente hospitalar, aquele que recebe o atendimento...

H2: O Hospital tem quatro clientes. O médico é um cliente, o paciente é outro, o acompanhante é outro e a operadora é outro.

WRS: Falo especificamente do paciente, mas talvez eu devesse incluir também o acompanhante...

H2: Eu acho que tem que incluir, o maior cliente do hospital é o médico.

WRS: Com certeza.

H2: O paciente é uma consequência do médico.

WRS: Sim, ele traz...

H2: É.

WRS: Entendo...

H2: Acho que sua pergunta tinha que ser assim: Como que o hospital faz para agradar os seus clientes?

WRS: Ótimo...

H2: Para o médico, o que você precisar dar? Você precisa dar segurança, você precisa dar recursos humanos para que ele faça o serviço da equipe de saúde em volta do paciente e você precisa dar tecnologia, para que ele possa ter os seus procedimentos assim, mais resolutivos. O paciente, o que ele busca? O paciente busca segurança, ele quer ter certeza de que ele está sendo bem atendido. Ele quer privacidade, e ele quer conforto. O acompanhante, o acompanhante quer conforto em primeiro lugar. O que o acompanhante faz no hospital? Ele come e assiste televisão.

WRS: Verdade...

H2: Então é isso que você precisa dar pra ele. E a operadora, o que ela quer? A operadora quer preços adequados, os mais baixos possíveis.

WRS: Sim...

H2: Então são quatro clientes com quatro objetivos, e quatro objetivos que são conflitantes.

WRS: Sim, perfeitamente...

H2: Então você tem que trabalhar essa equação para que ela tenha um resultado positivo no final do mês.

WRS: Muito bom... Agradeço. Obviamente o cliente, e agora eu me refiro especificamente a pessoa, não ao convênio, ele eventualmente tem que fazer pagamentos, seja porque ele não tem o convênio para fazer por ele ou eventualmente porque parte do atendimento extrapola o padrão do convênio, e ele talvez tem que fazer um complemento, não sei se isso pode acontecer. O que o hospital faz para que a pessoa, o paciente ou o seu responsável, tenha facilidade para efetuar os pagamentos quando forem necessários?

H2: Normalmente eles dão cheque sem fundo.

WRS: Acontece isso, ainda hoje? Desculpe a minha inocência, mas eu francamente esperava que não.

H2: Eu por mim, poria uma placa lá embaixo: "Não atendo doentes particulares".

WRS: Entendi... O convênio o senhor pode receber menos, mas o senhor recebe ao menos.

H2: Sim

WRS: Interessante...

H2: Isso é uma situação que é assim a muitos anos, e não vai mudar.

WRS: Em termos da marca do hospital... Obviamente que a representação do hospital na sociedade, não somente junto aos pacientes em potencial e aos convênios, deve ser uma preocupação do senhor, eu suponho.

H2: Sim.

WRS: Como é que os senhores se preocupam com essa questão da imagem, da marca do hospital?

H2: Primeiro a gente tem que fazer um endomarketing.

WRS: Perfeito...

H2: A gente precisa fazer com que os nossos colaboradores tenham orgulho de trabalhar aqui. A partir do momento que eles têm orgulho de trabalhar aqui, eles vendem o hospital.

WRS: Entendi...

H2: Exemplo: Eu tenho... já uma vez encontrei um cirurgião que me falou: "Eu nunca vi um centro cirúrgico, no qual o enfermeiro chefe, vende o serviço do hospital pro médico". Agora pra comunidade no entorno, o que a gente faz? A gente tem várias ações, tipo um Dia Mundial da Saúde no Parque NOME. Dia do AVC, no Shopping NOME. Existem algumas ações de marketing que são feitas pra comunidade do entorno.

WRS: Entendo... Alguma coisa mais específica, por exemplo: a marca do hospital foi rejuvenescida, o slogan do hospital foi alterado recentemente?

H2: Não, não é recentemente, mas faz uns quatro a cinco anos.

WRS: É até recente Doutor, porque...

H2: É até recente, o hospital tem 60 anos

WRS: Uma outra questão muito importante, que obviamente pro paciente tem menos valor, mas eu suponho que para seu acompanhante tenha mais, obviamente também tem algum valor para o convênio e para o médico, é a questão da estrutura física do hospital. Como é que os senhores têm gerenciado isto?

H2: Eu tenho um seguinte conceito, hospital não pode ter cara de hospital. Não pode ter cheiro de hospital. Não pode ter... A comida não pode ter gosto de hospital. Então hoje quando a gente faz qualquer retrofit, a gente põe junto um projeto de luminotécnica. Se é um projeto externo, põe um projeto de paisagismo. Então são coisas que antigamente nem se precisava fazer. Era tudo formica azul.

WRS: Exato, o padrão era um só...

H2: Acabou. Hoje você entra aqui no hospital, você sente que tá num hotel. Não tem cores de cara de hospital. É isso.

WRS: Essa questão do padrão interno do hospital é algo muito interessante. Porque até não muitos anos atrás, eu costumo dizer que algo como 15 anos atrás, os hospitais internamente eram todos iguais.

H2: É verdade.

WRS: Ainda dentro dessa questão, falamos um pouquinho de marca, falamos da estrutura física do hospital. O quê que o hospital faz para se diferenciar dos seus concorrentes? Obviamente pode ser algo na estrutura física, pode ser algo na localização ou no acesso ao hospital, pode ser o tipo de serviço que o hospital preste...

H2: Olha, todo hospital presta serviço.

WRS: Sim, sim...

H2: O que é fundamental para você se diferenciar é criar dentro dos colaboradores o espírito de que eles têm que fazer empatia com o paciente.

WRS: Muito bom...

H2: Eles têm que olhar no olho, eles têm que dar um sorriso, eles têm que mostrar, que eles estão sabendo com quem eles estão falando. Isso faz hoje, a diferença. Tomógrafo, ressonância, todo mundo tem. Microscópio num centro cirúrgico todo mundo tem. Todo mundo já tem tudo. O que diferencia é fazer com que o camarada se sinta realmente acolhido. Essa é a grande diferença.

WRS: Essa é a palavra-chave... Acolhimento. Em termos de atualidade, perante a concorrência e perante especialmente ao cliente, o seu pagador. Há uma saudável aceitabilidade dos recursos que o hospital oferece?

H2: Sim, Sim. Isso a gente vê pela percentagem de ocupação.

WRS: Desculpe lhe perguntar, mas hoje está ao redor de quanto, mais ou menos?

H2: Oitenta.

WRS: Perfeito, essa é uma demonstração claríssima de que há realmente, por parte do cliente, uma satisfação. O Hospital tem três grandes categorias de colaboradores: médicos, que necessariamente não são funcionários; enfermeiros, que normalmente na sua maioria, o são; e funcionários administrativos em geral. O quê que o hospital tem feito no sentido de capacitar melhor, essas três categorias?

H2: Muito treinamento. Temos várias bases de treinamento online. E a gente usa como preceito básico, a cada vaga que abre, uma concorrência interna primeiro.

WRS: Quando falamos de colaboradores - médicos, enfermeiros e administrativos - há alguma ação específica, que o hospital utilize para aumentar o comprometimento deles, para com os clientes? Considerando o cliente no sentido mais amplo, o paciente, o acompanhante...

H2: Sim, hoje nós temos uma PLR. E comprometimento se faz com dinheiro. Todos eles têm uma meritocracia. A PLR vai desde o Diretor, até a base da pirâmide.

WRS: Qual é a forma que o hospital utiliza pra conseguir novos clientes? Eu entendo que se os senhores têm uma taxa de ocupação ao redor de oitenta por cento, talvez estejam enfrentando problemas em ter muitos clientes e não necessariamente tendo a necessidade de procurar clientes adicionais. Mas, supondo que houvesse a necessidade de procurar novos clientes, os senhores têm um departamento comercial que faz contato com convênios? Como é que é este procedimento?

H2: Sim. São duas coisas. Uma é a fonte pagadora. Tem uma gerência comercial que negocia novos produtos, que negocia tabela de preços. Agora pra aumentar o número de clientes no hospital, captar novos médicos, existe um CRM...

WRS: Muito bom... Eu estou supondo que o corpo clínico dos senhores é aberto...

H2: É aberto.

WRS: Existe alguma formalidade, uma ação, um programa, pra verificar qual é a satisfação dos clientes, me refiro agora a pacientes e acompanhantes, com serviços prestados pelo hospital?

H2: Sim. Primeiro, que todo paciente que tem alta, recebe uma carta minha perguntando como foi, como não foi, se tem alguma sugestão, uma crítica. Segundo, nós temos uma empresa terceirizada, contratada, que faz ligações telefônicas, faz uma série de perguntas.

WRS: Pra ex-clientes também? Aqueles que já tiveram alta do hospital?

H2: Tiveram alta ou aqueles do pronto socorro também. Pra poder calcular o NPS... Pro pessoal de enfermagem é cinquenta por cento do bonus dele tá dentro, é valorizado pelo NPS. Por isso tem que ter empatia com o paciente.

WRS: Sem dúvida nenhuma. Que atitude, ação, que os senhores tomam pra verificar se algum tipo de serviço, pode ser uma especialidade médica, pode ser uma área no hospital, talvez não médica, que deva ser implementada pra melhorar o atendimento, para que o cliente se sintam mais amparado?

H2: A gente se baseia muito nessa pesquisa.

WRS: Quanto ao acesso ao hospital, acesso do cliente ao hospital, e me refiro mais ao paciente e seu acompanhante. É um problema para os senhores?

H2: Não.

WRS: Seja no corpo clínico, que o vosso é aberto, seja nos colaboradores da enfermagem ou mesmo os colaboradores administrativos, normalmente há uma rotatividade. O quê que os senhores fazem pra evitar essa rotatividade, pra mantê-la em padrões mínimos?

H2: Faz parte do bônus. Taxa de turnover não pode passar de dois por cento.

WRS: Os senhores têm conseguido manter esse padrão?

H2: Sim.

WRS: Existe alguma ação tomada pelos senhores pra avaliar em primeiro lugar, e em seguida melhorar, os processos dos serviços, sejam os serviços internos, para com o paciente, que envolvem um médico, que envolvem a enfermagem ou pessoal administrativo? O trabalho da enfermagem no andar, normalmente tem-se todo um protocolo, uma sequência...

H2: Existem protocolos médicos gerenciados. Sem isso não funciona.

WRS: Os senhores buscam algumas parcerias externas que possam melhorar o atendimento, prospectar mais clientes, fidelizar os clientes?

H2: Temos uma parceira externa com o hospital NOME. No instituto de oncologia. Os médicos são funcionários do NOME, alocados aqui e pagos pelo NOME, e treinados pelo NOME. Porque isso? Eles chegaram à conclusão que eles estavam mandando muito paciente pro mercado, por conta que eles iam lá em busca de uma segunda opinião, e não tinham direito ao NOME.

H2: Então a gente fez uma espécie de uma joint-venture. Que os pacientes que vão lá em busca de uma segunda opinião e não podem ser atendidos lá eles são encaminhados pra cá.

WRS: E por último, eu sempre pergunto se porventura existe algum outro tipo de decisão que o senhor tenha que participar no dia-a-dia, que o senhor considere importante para mencionar?

H2: Todo empresário, seja lá de que ramo for, tem algum número que ele precisa ver todo dia. Número que eu vejo todo dia é o número da produção do dia anterior. As oito horas da manhã isso me é divulgado. Quanto se produziu em cada setor no dia anterior. Com isso eu tenho um horizonte de quanto vai dar o faturamento, imagino quanto que vai ser a margem.

WRS: O senhor pode medir a capacidade também de cada setor, a capacidade que tem e o que foi utilizado dessa capacidade, eventualmente, qual o espaço que sobra ali. Há alguma área no hospital aonde a demanda é tão grande por aquele serviço, que o serviço carece de expansão?

H2: Não, quando acontece isso a gente faz expansão.

WRS: Essa é a minha entrevista. Mais alguma coisa, que o senhor porventura queira acrescentar?

H2: É o que você queria saber?

WRS: É o que eu queria saber. Com certeza.

H2: Então tá bom.

WRS: Eu lhe agradeço muito pela bondade de me receber.

APÊNDICE 8: Pesquisa de Campo
REPRESENTANTE DO HOSPITAL 3

H3: Melhorar o atendimento pode ser, o atendimento do ponto de vista de acolhimento, pode ser oferta, pode ser preço, pode ser... Então eu vou deixar ela mais por último...

WRS: Ok...

H3: Do ponto de vista de facilitar os pagamentos, ele também emenda com a número 12, facilitar o acesso, e aqui eu vou quebrar o acesso em dois: o acesso do ponto de vista de poder utilizar e do ponto de vista físico. O acesso com o poder de utilizar em relação a facilitar os pagamentos... A forma fundamental de utilização da saúde privada, que é onde este hospital se insere, é através do mutualismo que vem das operadoras de saúde. Hoje, em torno de 80% do faturamento deste hospital, vem de pacientes portadores de algum plano de saúde. Outros 20% são consumos feitos com pagamento do próprio bolso, a gente chama de particular. O paciente, o cliente, no fundo ele não paga pelo serviço, ele apresenta um meio de pagamento, um meio de financiamento que ele tem, que é a operadora de saúde. E se complementa alguma coisa, é uma pequena parcela. Isso já determina alguns conflitos nessa indústria: quem usa não paga; quem recomenda não paga e não usa, que é o médico; e quem paga não usa, nem recomenda, que é a operadora de saúde.

WRS: Mas faz a auditoria...

H3: Isso aí. Então você tem esse conjunto de atores nesse ambiente, que determina a dinâmica dele. Portanto, quando eu penso em uma estratégia pra facilitar os pagamentos, tá na missão desta área que eu ocupo, que é a Diretoria NOME, que significa as áreas de marketing, área comercial e algumas áreas de negócio (produtos, confecção de produtos, Call Center, saúde corporativa), que também reportam pra mim.

H3: Do ponto de vista de missão, que eu determinei pra essa diretoria, é aumentar o mercado potencial pra esse hospital, conseguindo com isso ter uma maior abrangência pra ganho de market-share, portanto também aumentar market-share. Em todas as portas, todas as áreas, os acessos... Porta é emergência, porta é uma internação eletiva, porta é uma área de medicina diagnóstica, porta é um ambulatório de alguma especialidade, consultas. Todas as portas, com rentabilidade e satisfação do paciente ou satisfação dos atores... Acho que todos esses itens que estão na missão da diretoria explicam muito e estão muito conectados com as tuas questões....

WRS: Ótimo...

H3: Então, como é que eu facilito os pagamentos? Dando acesso ao maior número de pessoas que tenham acesso a esse hospital. Se eu conseguir negociar, junto as operadoras de saúde, a maior parcela possível de itens de prestação de serviço, de cobertura dentro deste hospital, eu tô facilitando o pagamento para aqueles que não possuem plano de saúde. Portanto, desembolsam o próprio dinheiro... Aqui a gente

utiliza os meios de pagamento tradicionais, cartão de crédito, dinheiro, parcelamento, etc, que fazem parte de uma forma de financiar pra um paciente particular. Então, a forma de facilitar os pagamentos, e com isso eu já falo um pouco da 12, de facilitar o acesso ao hospital. Então, de novo, quanto maior o volume de negociações com operadoras de saúde pra que possam utilizar esse hospital, melhor. Vou dar uns exemplos... Toda operadora de saúde tem na sua carteira uma pirâmide de tipos de produtos, vamos usar como exemplo a NOME. NOME tem o plano executivo que é o que dá acesso a HOSPITAL, HOSPITAL, LABORATÓRIO. Quando você perde acesso a esses hospitais, você vem pro plano especial que tem acesso a todos os demais. Quando você desce mais um degrau, você vai pro plano básico, você perde alguns prestadores ali, tem acesso a uma determinada e mais restrita rede de prestadores. Então, minha estratégia, é tentar olhar essa base de clientes executivo, o quanto a NOME tá conseguindo, ou conseguindo não vender mais plano. Como é que o mercado tá se comportando, se tá com emprego ou desemprego e como é que eu facilito para a NOME negociar mais, melhor com determinadas empresas pra que um maior volume de funcionários daquela empresa tenha acesso ao HOSPITAL, ou mesmo na tentativa de fazer o mercado retornar as suas vendas de planos individuais, algo que, desapareceu um pouco do mercado. Porque a sinistralidade sem o mutualismo é algo incontrollável, um a um fica difícil.

WRS: A própria, não é uma crítica, é só um fato histórico, a própria interferência ou participação da ANS, ela também inibe um pouco a própria lei de mercado. Antigamente quando não havia isso, o plano de saúde individual tinha uma liberdade...

H3: A ANS acabou regulamentando mesmo a partir de 1998 alguns planos, e isso desestimulou a atuação das operadoras nesses planos individuais, uma proteção ao consumidor, que não tem ainda maturidade ou educação pra ter acesso a algo sem regulamentação.

WRS: Não tem, exatamente. Talvez 10% dos consumidores, na minha visão pessoal tenham essa capacidade, de pegar um contrato, analisá-lo, contrapor.

H3: Mais do que isso, entender que o que tá contratando ali, ele chega a ser um seguro saúde, mas que tem que ter parcimônia na sua sinistralidade.

WRS: Com certeza...

H3: Não é uma pequena mensalidade pra consumir ilimitadamente. Se todos pensarem assim, o mutualismo do particular não...

WRS: ...não existe.

H3: Então é isso, a gente consegue aqui falar de acesso e de pagamento, já que eles estão conectados.

WRS: Você falou do item principal, mas em termos de acesso, fale também sobre a localização do hospital.

H3: Isso, é o próximo, é o físico, é o item que eu citei aqui como físico. O acesso físico, ele pressupõe capilaridade... Capilaridade é algo que as instituições de saúde vem compreendendo aos poucos... Além de ter esse hub, aqui na BAIRRO, o HOSPITAL tem mais duas unidades comerciais e privadas, na cidade de São Paulo:

uma na Avenida NOME, esquina com a NOME e a outra na NOME, ali no NOME. É uma forma de do hospital se aproximar desse conjunto de pacientes que tem acesso a prestação do serviço que pode ser realizado fora da unidade hospitalar. Você ter vários hospitais é algo que não faz sentido, são unidades críticas para casos agudos, são unidades mais determinadas, pra procedimentos mais complexos, então não faz sentido. O que faz sentido sim, é você avançar com unidades satélites, como forma (A) de dar acesso, (B) de captar paciente.

WRS: Sem dúvida...

H3: Um case bem interessante, por exemplo, é o infarto agudo do miocárdio. Ele é uma necessidade... Então se a gente for falar em marketing, ele é um produto, ele tem que existir pra ser comprado por um cliente que tá precisando daquele produto, o cuidado para o infarto agudo do miocárdio. Quando você tem uma unidade hospitalar em uma determinada área, o que as pessoas que moram e trabalham ao redor dessa unidade, quando estão enfartando vem pra cá. Fizemos uma pesquisa no hospital, olhando como é que se comporta a pessoa que mora aqui, com relação a quantidade de casos de infarto agudo do miocárdio nesta região, quantas pessoas vieram pra cá por infarto agudo do miocárdio que moram nesta região, o percentual desta turma sobre esta turma, determina um troço chamado Market-Share. O Market-Share de infarto agudo é quantos se trataram aqui de quantos tiveram nesta... A partir do momento que você coloca uma unidade satélite ali, com pronto atendimento e a possibilidade de você acolher um infarto agudo do miocárdio, o seu Market-Share aumenta. Então avançar com uma unidade física significa ganhar Market-Share.

WRS: Sim, muito bom...

H3: É uma estratégia, na área de saúde. Você avança pra estação de serviço. A unidade hospitalar, de fato, passa a ser utilizada para seus fins, para aquilo que, pra que...

WRS: Alta complexidade de procedimentos.

H:3 Correto... Vamos pular aqui, então, pra melhorar a estrutura física do hospital...

WRS: Fica à vontade...

H3: Espaço, decoração, pintura, limpeza, higienização. Eu vou separar segurança do paciente também. Do ponto de vista da estrutura física, esse é um item determinante de qualquer estratégia de marca, eles estão intimamente ligados aqui mesmo. Se o ambiente físico determina uma boa experiência, você agrega mais ou menos pra imagem da marca. Esse é um hospital que presa muito pelo seu ambiente físico... Você deve ter notado, e todo mundo já consegue perceber isso, não só nesse hospital, mas nos outros hospitais de primeira linha. A questão da qualidade dos materiais, da própria arquitetura, que tenta evitar aquela sensação hospitalar. Então você acaba criando uma sensação muito mais de hotelaria do que uma sensação hospitalar. Isso agrega valor no Healing Process, no processo de cura. Quando você está num ambiente hospitalar, aquele cheiro de medicação, materiais hospitalares, aquilo te deixa com uma pré-disposição menor pra própria cura. Então avançar nessas questões de arquitetura e de ambiente é muito importante. Seleção de materiais é muito importante. Limpeza e higienização,

deveria ser fundamental se você tá falando de saúde. Infecção, tudo isso que a gente conhece, deveria ser absolutamente considerado num ambiente de saúde, não deveria ser algo de diferenciação, mas sim algo de base.

WRS: Sim...

H3: De qualquer maneira, ainda é algo com o que a indústria da saúde lida. Portanto segurança do paciente, vem como uma disciplina muito forte. Esse hospital, por ser um hospital de ponta e filantrópico na essência... A filantropia praticada pelo HOSPITAL junto ao Ministério da Saúde, é a filantropia do programa de apoio e desenvolvimento institucional do Sistema Único de Saúde, ou seja, eu não atendo pacientes SUS, eu monto, faço, ministro cursos e programas de capacitação para todo o ambiente de saúde do SUS.

WRS: Interessante...

H3: A isenção fiscal que o hospital tem, deve ser aplicada em programas de capacitação, capacitação de segurança, capacitação de fazer mais com menos, programas Lean, como atacar infecção hospitalar e assim por diante, junto ao SUS.

WRS: Perfeito, então não envolve atendimento de paciente?

H3: Não, são raros, apenas nos programas mais complexos, como transplante. A gente faz transplantes, em especial transplante de fígado pediátrico para o SUS. É algo de altíssima complexidade, que o SUS não tem...

WRS: ...estrutura pra isso.

H3: ...não faz sentido montar uma estrutura e pagar médicos pra esse nível tão complexo. Então ele aproveita a isenção fiscal desses hospitais pra avançar nesse sentido. Então, portanto, segurança do paciente é muito mais do que um item de melhoria da estrutura física, é um conceito, é uma disciplina que vem muito forte. Existe um livro americano que fala sobre isto, The quality chiasm, o intervalo de qualidade, a quebra e vem num livro To err is human, que foi publicado já tem mais de década, e que fala que dentro do ambiente hospitalar algo em torno de um Boeing de voo transatlântico morre todo dia, por erros, por imprudências, por infecção, dentro de hospitais. E não dá notícia na TV. Se cai um avião e morre 300, 400 pessoas é notícia. Agora, 300 pessoas morrem todos os dias, por erros dentro de hospital... Então a segurança do paciente é essencial. E isso virou, de fato, uma disciplina, pois envolve não só ambiente físico, mas envolve dispositivos, envolve treinamento, envolve processos de você buscar a causa raiz, envolve sobretudo, notificação de eventos adversos. Eventos adversos é um item muito interessante: porque você deveria ter mais ou menos notificações de eventos adversos dentro de um ambiente? A resposta é mais... O ideal seria que fosse mais, muito mais, e que todas as causas fossem atacadas...

WRS: ...preventivamente.

H3: Mas ainda assim, se você busca menos, é sinal que você não busca, então é aquela coisa, dicotomia. Então todo esse processo de segurança do paciente, muito importante hoje, esbarra em TI. Existem organizações globais que certificam hospitais pelo seu nível de digitalização, o seu nível de trabalho sem papel, Paperless, nível 7, de uma certificadora chamada HIMSS ou MMS...

H3: Vai de 1 a 7, sendo 7 o nível máximo, sendo o hospital praticamente Paperless. Isso não é pra não matar árvore, isso é segurança do paciente, se eu não transito, se eu não tramito papel é sinal que eu não corro risco de fazer bobagem.

WRS: Com certeza. E esse é um pensamento, não só saudável do ponto de vista hospitalar, mas altamente moderno...

H3: E ai, talvez aqui, é um bom momento pra gente inserir algo... Olha, você bem que me perguntou e eu falei não tá super completo... Talvez tecnologia...

WRS: Sim...

H3: Tecnologia é algo que demanda uma estratégia. Quanto mais tecnológico, hoje em dia, mais segurança pro paciente, menos fricção no atendimento do paciente. A gente tá buscando também muito em tecnologia. Tudo isso agrega essa questão de melhorar a imagem da marca. A imagem da marca, ela tá baseada na sua reputação. A minha convicção é que na área de saúde, imagem de marca, igual reputação. Construir essa reputação significa, do ponto de vista da ciência, do ponto de vista acolhimento, do ponto de vista excelência, do ponto de vista responsabilidade, accountability...

WRS: Sim, sim...

H3: Então essa é a forma com que a gente tem trabalhado a imagem de marca. Recentemente a gente fez uma revisão do nosso composto de propósito, visão, missão, valores, e isso de fato é o que usamos pra buscar a diferenciação deste hospital dos concorrentes. Foi em cima de propósito, visão, missão, valores, porque? Quanto a gente se olhou em comparação a hospitais do mesmo nível nacionais e internacionais, o que a gente notou é que tecnologia nos diferencia? Não, tem robô, tem robô, tem robô, pra cirurgia, pra tomografia, pra ressonância, sala cirúrgica, primeira linha, usa isso, usa aquilo, tecnologia. Médicos, bons médicos, bons médicos, bons médicos. Todas instituições sensacionais. Bons processos, bons processos e tudo mais. A gente chegou a conclusão, de que algo que nos diferencia é uma sociedade: NOME. Porque que isso nos diferencia? Porque isso nos traz um propósito? Elas, desde a fundação, sempre tinham um propósito de conviver e compartilhar com a sociedade brasileira a acolhida que tiveram. A forma como desenvolveram, se desenvolveram e desenvolveram o ambiente econômico aqui do País, tiveram a oportunidade de progredir, de trazer o progresso pro País, pra si mesmos... Então uma forma de devolver isso pra sociedade é conviver e compartilhar com a sociedade. Isso traz ao mesmo tempo, já embutido desde o dia 1 a questão do compromisso social... Então, compromisso social é o que realmente nos diferencia dos concorrentes. É um compromisso social real, presente, muito presente, e, portanto, todos os outros, por mais que digam, eu tenho um instituto de responsabilidade social, eu ajudo aqui, eu ajudo ali, não tá na sua essência. E o compromisso social tá na essência dessa sociedade NOME, isso traz uma visão. A visão aqui, convivendo e compartilhamos... construímos um mundo mais justo e mais fraterno, então esta é a visão. Com esta visão, esta instituição coloca a missão de ser um hospital excelente, na medicina e caloroso no cuidado. Então esse é a forma com que a gente se define efetivamente. Isso traz valores, a gente se pauta nos valores da excelência, da busca... Busca é a união de você estar na vanguarda do pioneirismo, mas também do conhecimento; é aquele querer conhecer de maneira pioneira. Então é a eterna busca, excelência busca o calor

humano, valor, e por último é a questão da solidariedade. Então são quatro valores muito intrínsecos. Se você for pesquisar na instituição NOME, eu já trabalhei lá, eles tem valores CITADOS. São muito próximo, muito parecidos como toda a comunidade que se estabeleceu neste País, é bastante diverso. Então isso nos diferencia com relação aos concorrentes, isso é o que a gente tem construído em termos de imagem de marca. A questão de adequar e atualizar as instalações e equipamentos é algo que roda em todos os ciclos anuais, todos os exercícios anuais, é a forma, é onde investimos ou reinvestimos o superávit. Essa é uma instituição que não tem lucro... Não tem lucro porque não distribui para nenhum proprietário, pra nenhum acionista e portanto o seu superávit é reinvestido. E aí o que é uma característica bastante interessante de porquê que as instalações e os equipamentos estão sempre atualizados.

WRS: Certo...

H3: A questão de melhorar a capacitação dos colaboradores está explícita na existência de um instituto de ensino e pesquisa... Ele é uma área do próprio hospital, que pressupõe a realização de cursos, desde pós-graduações Lato Sensu, Stricto Sensu e MBA, cursos científicos e para todos eles existem os coordenadores de curso. Então, portanto, os geradores e os difusores de conhecimento são todos os médicos do corpo clínico, dessa instituição.

WRS: Essas três categorias: médicos, enfermeiros e administrativos se beneficiam do instituto?

H:3 Correto, correto. Todos, todos sem exceção. Obviamente, do ponto de vista dos administrativos existem outras oportunidades. Além dos muros da Saúde, formações de MBA executivo, em línguas, etc, não estão contidas no instituto de ensino e pesquisa. Ali são mantidas todas as disciplinas da saúde. O comprometimento dos colaboradores. Capítulo bastante interessante... O hospital mantém anualmente uma pesquisa de engajamento e como pesquisa de engajamento é feita com uma empresa externa, da qual a gente usa a metodologia. Então essa tomada de pulso do engajamento do colaborador é bastante importante para a gente. A gente faz essa tomada e na sequência desdobra para cada uma das áreas. Para você ter uma ideia da granularidade, qualquer área, departamento que tenha oito ou mais funcionários obtém um resultado específico. Aquelas que tem menos de oito são somadas dentro da sua estrutura mais ampla, mas a granularidade é grande e isso gera planos de ação.

WRS: Quando a gente fala de treinamento e capacitação é muito natural que a gente fale de funcionários administrativos, funcionários enfermeiros e corpo médico... Aí varia muito, se é um corpo clínico aberto, se é fechado eu não sei como é que é o teu corpo clínico... Como é que vocês tratam a capacitação do corpo clínico?

H3: O corpo clínico do HOSPITAL é em larga medida aberto.

WRS: Ele é misto então?

H3: Ele é misto porque um hospital desse porte não tem como não funcionar com médicos contratados em algumas áreas: área de imagem, são os médicos radiologistas; área de pronto atendimento, são os médicos de emergência; na UTI,

you have intensivists; and in the area of internships, still being the clinical corps open, you have hospitalists. Outside this group you also have the administrative group of doctors that occupies management positions... So, it's mixed. In the contracted part, the care with its formation is great... So you have the whole question of teaching and research here and the open clinical corps is a relationship that, at the same time, feeds itself because to act in a hospital like this, the doctor himself seeks incessantly, and the value of this institution seeks that doctor, who eventually does not seek the continuity of his career, his integral formation.

WRS: He excludes himself?

H3: Auto-exclude is a good word. So you have a big formation, you have all kinds of chiefs of congress, presidents of congress, presidents of societies of specialties, etc. They are developing effectively in this sense... So the training and development goes in this line. The open clinic also benefited from the teaching and research... They are also part of this team... So we talk about research in engagement in the sense of commitment... Getting new clients. In the end I said a little about facilitating payment, getting new clients and access, they intertwine. Getting new clients, exactly, search together with operators, that's the development of new products with access to the hospital, a new plan, a new product on the shelf, that's also trying to expand access to new markets within the operator. Besides that, within individual patients, getting new clients through physical access, it's about searching for referrals that come from medical professionals. So, when you think about marketing, this is something that I've been behind for ten years, I see the doctor's consultancies as distributors. The people that formed the four P's, of Philip Kotler... In the P of distribution, Place, I have hundreds of places in the city, they are the doctor's consultancies. Inside the consultancy if I have a good relationship with this distributor, he will distribute the HOSPITAL brand. How? Needing a surgery he will indicate HOSPITAL, needing an admission he will indicate HOSPITAL, needing exams he will indicate HOSPITAL. So it's a relationship that works as a distributor. If people look at this prism, marketing actions must follow the classes with the distributor's actions. Despite our talking about ethics in the market, and that's where distributor actions are limited. During a long time there were pharmaceutical industry visitors... What is this if not the distributor? Today it is very criticized, because of the question of Compliance... Because if the doctor, as a distributor, gains benefits by distributing more HOSPITAL, or HOSPITAL, or HOSPITAL, to what point does he have enough ethics to think only about the concentration of that which is pertinent in a determined hospital? During a time maybe people have lived a moment of generation, of new unnecessary procedures or without pertinence for increasing sales, increasing activity... It is very important that people see that working in the health area, they can already think about ethics, about Compliance... Because the quantity of procedures that probably have already been performed, unnecessarily, is enormous... And HOSPITAL has a very robust Compliance area... In this sense, so, all actions in any area within the hospital that are to be deflagrated, they pass through the Compliance area to be evaluated, analyzed... We consult in this area, something very important... So, getting new clients, strategies of

distribuição, seja ela física, unidades próprias, seja ela virtual, o consultório do médico como um distribuidor, seja ela através do acesso a novos pacientes das operadoras...

WRS: No dia-a-dia, bem operacional, como é que hospital faz pra aumentar ou qualificar melhor o cliente que ele recebe, por exemplo, contatos com seguradoras?

H3: Operacionalmente tá na área comercial... Eu tenho uma coordenadora que só mexe com operadoras de saúde. O dia-a-dia dela é negociar com todas as operadoras: Bradesco, SulAmérica, Amil, Porto Seguro, Omint, CarePlus, Alliance, Unimed Seguros e assim vai.

WRS: Ela não negocia somente tabela, ela negocia também o encaminhamento? É isso?

H3: Correto, correto. As tabelas são as que regem, mas tentar agregar maior volume de vidas com acesso ao hospital é fundamental. Tem uma área que só lida com paciente particular. Como é que você lida com paciente particular? O médico traz esse paciente que não tem operadora para um determinado procedimento. Você faz um orçamento, você negocia, você parcela, você dá acesso, você faz um pacote, você facilita o pagamento. Pacientes internacionais, algo bastante importante para esse hospital... Você negocia com esse paciente... Metade dele é particular, portanto, um paciente do Uruguai com o tratamento necessário para câncer, toma iniciativa de vir para São Paulo e se tratar no HOSPITAL e isso é o que mais acontece hoje. Algo em torno de 30% do volume de pacientes internacionais do HOSPITAL vem do Uruguai. É um país pequeno, um país com poucos recursos do ponto de vista de tecnologia, e aí os pacientes vem se tratar aqui. Na sua grande maioria pagam particular... Então, desenvolver esse mercado internacional também é algo bastante interessante, é um capítulo à parte, você tem expatriados morando aqui pagando com fontes pagadoras internacionais. Você tem pacientes internacionais que vem pagar com recurso financeiro, dinheiro. Você tem pacientes internacionais que vem pagar com seus planos. Em geral são para especialidades muito, muito definidas...

H3: Então essa é uma estratégia à parte, é bastante importante, então também acaba gerando um volume de paciente aqui. E hoje em dia a gente tem pacientes corporativos, que é um contato direto com empresas... Ao longo do tempo vem sendo feitos através do produto chamado check-up, uma forma de você agregar e atrair os executivos que tem acesso efetivamente ao hospital e que se você faz um check-up anual você descobre ali necessidades específicas para esse cuidado em saúde dessa pessoa. Então, operacionalmente como você me pediu, a forma de buscar efetivamente pacientes tá aqui... É óbvio que na área de marketing quando você tem uma estrutura de comunicação com o mercado que pressupõe comunicação efetivamente, publicidade e propaganda e pressupõe assessoria de imprensa, há crença que isto fundamenta a robustez da imagem de marca, que por sua vez fundamenta a escolha. Num episódio agudo você tem que estar com uma marca na sua mente... Então eu acho que é uma questão de trazer novos pacientes, não que eles já não tenham acesso, já tem acesso, então, é fazê-los ativar, quase uma ativação de um paciente já existente.

WRS: ...a ativação da imagem da marca talvez.

H3: Isso, isso aí. E aí, portanto, como é que a gente vai ver a satisfação dos clientes? Após cada atendimento, no pronto atendimento, na Medicina Diagnóstica, na internação, ou no ambulatório de Oncologia, que é bastante forte aqui, é disparado com um dia de diferença uma pesquisa de satisfação...

WRS: Pro e-mail da pessoa?

H3: Para o e-mail da pessoa. Hoje a gente tem utilizado perguntas mais qualificadas, elas vêm evoluindo ao longo do tempo. Hoje é um volume menor de perguntas, estão cada vez mais baseadas em uma metodologia chamada HCAPES. É uma metodologia de mensuração do cuidado prestado a um paciente dentro do ambiente hospitalar. Se você fosse fazer uma pesquisa de satisfação com paciência, você vai perguntar se a cama estava macia, se o lençol tá bacana. Aqui, além dessas perguntas de infraestrutura, a preocupação é: cuidaram da sua dor? Qual foi o processo de manejo da sua dor? Quando você foi embora teve alta? Te disseram quais os cuidados você tem que tomar após a sua alta? Isso são itens importantes para mensurar a satisfação.

WRS: Muito bom e muito focado no negócio. O negócio é saúde, foco na saúde.

H3: E o principal ponto aqui é que a gente usa a metodologia do Net Promoter Score. É uma metodologia que a gente usa aqui. É a famosa Single Question... Você indicaria esse serviço, produto, para um familiar ou um amigo? De 1 a 10. Quanto é a sua predisposição para indicar? De 1 a 6, detratores; 9 e 10, promotores; 7 e 8 é a plateia, tá dentro do teatro, mas fica ali só assistindo a briga entre promotores e detratores. Quem tiver maior número ganha e portanto fica o líquido, o percentual de quem sobreviveu esta batalha entre promotores e detratores. O nosso NPS hoje é de 90; 88 pontos percentuais de NPS. Significa que eu tive muito promotor, pelo menos mais de 88. Eu tive poucos detratores, insuficientes para matar pontos percentuais daqui. E eu tive algum neutro que não me permitiu alcançar os 12 pontos percentuais que falta para o 100. Já vi serviços e produtos com NPS negativo que é possível se você tem dois detratores, nenhum promotor que deu 9, 10 e um monte de neutros que deram nota 7, 8. Os dois detratores vão fazer o seu NPS ser -2. Já estive em hospitais de 70, bom. Se o 70 é composto de 72% das pessoas, 75% das pessoas te deram nota 9 ou 10, é muita coisa.

WRS: É, é bastante...

H3: Você teve 5 pessoas que te deram nota de 1 a 6, é sinal que você bagunçou a vida deles e você teve 20 pessoas que te deram 7, 8. Esse 5 tiraram os 5 pontos do 75, sobrou 70. É o que é o hospital.

H3: O cuidado sempre é ter o menor volume de detratores possível, e todo o volume de clientes que são neutros te dão nota 7 ou 8 são uma grande oportunidade de encantamento. Podendo passar para a turma de 9 e 10.

H3: Novos serviços necessários ao bom atendimento. Também, ele é alimentado por duas frentes fundamentais. A partir do momento que está nos nossos valores a busca, que é a soma do pioneirismo com o conhecimento. O que acontece é que o próprio corpo clínico, sempre afeito a sua formação, está sempre presente em congressos, então estão expostos, senão quando estão à frente de desenvolvimentos científicos. E aí, portanto, sempre buscando que novos serviços

precisam ser agregados ao negócio do hospital, além da própria pesquisa clínica que é feita. O hospital também tá exposto a oferta da própria indústria. Se tem algo que tem um budget bastante alto é a área de R&D, Research and Development, da indústria da Saúde. Tanto de Medical Devices, quanto de drogas. Então a gente também está sempre olhando como é que a gente pode trazer novos serviços, novas abordagens para o hospital. A própria robótica é um novo serviço. Desenvolveram lá um modelo robótico para cirurgia que precisou ser avaliado. Vamos trazer? Não vamos trazer? A partir de quando a gente traz? Quais os benefícios? Então, desde tecnologia até formas de conduzir os procedimentos, o hospital está sempre atento a isso. Já tem as especialidades médicas pré-definidas: Cardiologia, Oncologia, Neurologia, Ortopedia, Urologia, e todas as demais especialidades cirúrgicas, pra um lado, estão sempre atentas a novos serviços.

WRS: Quanto o cliente influencia o hospital a desenvolver novos serviços e quanto é que a concorrência influencia?

H3: Eu acho que a concorrência influencia mais do que o paciente. Eu ainda acho, apesar da gente saber que hoje tem o doutor Google... Tem todas essas coisas que a gente fala, mas a assimetria da informação ainda é muito grande e portanto o paciente sempre vai fazer a última pergunta: mas o que que o senhor acha doutor? O que que tem de verdadeiro? O médico sempre vai dar a última palavra... Ele faz a pesquisa dele e tudo mais, se ilude às vezes, mas a opinião é sempre do médico. A concorrência, ela sempre está numa posição de influenciar qualquer prestador, mais do que o paciente porque você vê aqui teu concorrente adquirindo, montando, correndo atrás de uma área... Aquilo vai levar um determinado volume de pacientes, que poderia estar aqui. Então o concorrente, ele tem as forças de Porter, concorrente tem mais presença aqui sim.

H3: Já passamos aqui pelo acesso. A rotatividade, aqui a gente quebra, eu vou só tirar corpo clínico dos demais. Os demais estão fundamentados na pesquisa de engajamento, então a 13 se imbrica com a 8. A questão de manter colaboradores aqui pressupõe o seu engajamento, pressupõe estar com o radar bem ligado na remuneração de mercado, em qual percentil do mercado está a remuneração desse hospital, em especial em momentos de crescimento. Ali por volta da primeira década deste milênio, estamos falando ali de 2009, 2010, passado 2008 que foi um período onde a crise internacional quis chegar aqui, mas realmente a questão da marola foi verdadeira, foi uma marola mesmo que chegou aqui. Porque o mercado de pacientes cobertos por operadoras da saúde suplementar continuava crescendo. Essa continuidade de crescimento, todas as instituições de saúde resolveram investir, construir torres. HOSPITAL construiu torre, este hospital construiu torre, o HOSPITAL construiu torre, HOSPITAL construiu torre, todo mundo saiu construindo leito, vendo o crescimento do país, isso gerando empregos. Tivemos um momento de pleno emprego nesse país...

H3: Você trabalhar pela não rotatividade dos seus funcionários nesta época, exige mais fôlego. Então estar sempre atento ao engajamento, ao que se oferece. Hoje um ponto bastante importante do engajamento dos nossos funcionários aqui diz respeito à forma com que a gente cuida da saúde deles. A gente por uma faceta econômico-financeira e por uma de compromisso social, somando os dois e a necessidade de cuidar bem das pessoas, que cuidam dos nossos clientes, a gente colocou um programa chamado NOME. Esse NOME internalizou uma série de tratamentos, dos

mais complexos, dos nossos funcionários. Então a gente dá acesso a consultas médicas, com médico de família, trata da saúde. Na necessidade de cuidados mais específicos, mais diretos, mais complexos, a gente interna, isso é um grande benefício no ponto de vista de benefício à saúde aqui, é um grande benefício e acaba fazendo com que a rotatividade diminua. As pessoas gostam e querem muito ficar aqui. Tudo isso medido também na pesquisa de comprometimento de engajamento.

H3: Com os médicos é algo diferente... Se a gente minutos atrás falou na possibilidade de enxerga-los como distribuidores, o pensamento deve ser um pensamento Businesswise... Como é que eu estou dando condições para os médicos praticarem a sua medicina aqui nesse hospital? Tanto técnica ou científica, como financeira... Se os pacientes que o médico tem no consultório tem acesso a esse hospital, melhor para ele. Se eu não faço um bom relacionamento com a operadora de saúde, toda vez que ele vai internar um paciente aqui, o paciente dele tem dificuldades com a operadora aqui... Ele vai falar não dá para levar para o HOSPITAL, porque lá a confusão é muito grande com a operadora, e ele acaba levando para outro lugar. Então traçar estratégias de distribuidor, facilidade de internar o seu paciente, facilidade de lidar com a conta, disponibilidade de recursos para esse médico, tanto em termos de leito de internação, quanto em sala cirúrgica, em medicamentos, em materiais. Estar tudo disponível para ele e para o paciente dele é fundamental para que você não tenha rotatividade desse corpo clínico, que é aberto. De novo, voltando ao passado, metodologias imprudentes e pouco éticas foram aplicadas... Desde você comprar passe, contratar, pagar. Mas na medicina isso não é ético, não é de você fazer uma contratação imprudente da prática daquele médico, a não ser que ele deverá produzir mais, e aí produzir mais...

WRS: ...chega a ser até perigoso...

H3: ...sem a pertinência, é algo complicado.

H3: Estratégia para avaliar e melhorar os processos e serviços. Parte disso passa pela disciplina, que a gente fala um pouquinho acima, da chamada qualidade e segurança para o paciente, com todo programa de qualidade e segurança para o paciente, é responsável por avaliar e melhorar os processos médicos e hospitalares... Então, hoje a gente tem dentro desta área de Qualidade e Segurança do Paciente novidades como uma célula que acompanha o desfecho. O que é o desfecho? O americano chama de "outcomes"... Seis meses depois de uma cirurgia do quadril, não adianta falar que a cirurgia foi ótima... Foram duas horas de cirurgia, dois dias no quarto, saiu andando... Seis meses depois o bicho tá morrendo de dor, tá com movimento limitado... Qual foi a qualidade deste serviço? Então, hoje a gente ter uma célula de desfecho, são enfermeiras que ligam para o paciente seis meses depois: "Como o senhor está? O seu movimento? O senhor tem feito caminhadas, o senhor tem conseguido subir e descer escadas, o senhor tá dirigindo, o senhor está absolutamente normal nas suas atividades profissionais, sente alguma coisa?" Se tá tudo OK; desfecho OK. Isso pressupõe... se não tá ok, o que foi isso? A abordagem, o material, a condição do paciente, o médico... A gente não pode deixar de lado o profissional médico. É um procedimento artesanal, são as mãos dele que fizeram intervenções... Então todo esse processo é analisado por uma célula de qualidade e segurança do paciente que tem desfecho, tem qualidade clínica, tem feedback, tem tudo. Então tudo isso aqui é objeto de revisão constante.

H3: Buscar parceria no sentido de melhorar o atendimento do hospital. Fidelizar clientes é um grande fundamento dessa área de relações com o mercado. Então, toda vez que a gente imagina novas estratégias de crescimento, a gente pensa na questão de parcerias, parcerias sejam elas empresariais, parcerias com indivíduos e com profissionais médicos, parcerias com instituições de ensino, instituições internacionais... Então quando a gente pensa na experiência do paciente, é uma área, também é uma disciplina... Existe um instituto de Patient Experience, o qual a gente tem ligação... Se chama Barial (?) Institute... É ele que vê as nossas práticas de experiência do paciente e como é que eles, como é que a gente tá ou não tá desenvolvendo melhorias. Então, Barial Institute (?) que é um instituto de outcomes, mede também desfechos... Planetree, plane não é de avião... O Planetree é o nome em inglês para árvore plátano, sobre a qual eram ministradas aulas de medicina por Hipócrates... Planetree é o nome do instituto que certifica o Healing Process do paciente. Então, parcerias diversas, sejam elas por certificação, sejam elas por orientação, por consultoria, a gente está sempre buscando parcerias para melhorar o atendimento. Elas acabam figurando muito mais como certificações, mas elas são parcerias de consultoria mesmo...

H3: A gente acabou falando sobre Tecnologia. Então, tecnologia é algo que merece uma estratégia hoje até porque o mundo tá totalmente conectado. Telemedicina é muito presente, aplicativos móveis. Então, isso tudo já invadiu a nossa vida e a nossa estratégia é pensar nisso no seu nascedouro... Não é uma questão de pegar um troço e digitaliza-lo, é pensar soluções que já nascem digitais. Se você for pensar a estratégia da Uber, já foi uma estratégia que nasceu digital e não tinha alguma coisa que ele quis digitalizar. Não, ele falou vou criar um sistema digital de transporte, então não tem dinheiro, não tinha... Brasileiro acaba desvirtuando, mas quando, no surgimento do Uber, cadastro, app, smartphone, cartão de crédito, é a ligação desses três pontos. Ele só vai determinar a chegada de um elemento físico que é o carro de um motorista.

H3: Mas já nasceu digital. Mas eu não posso pedir um Uber dando sinal na rua? Não. Eu não posso pagar Uber com dinheiro? Não. Hoje pode, porque desvirtuaram. Mas ele não nasceu para ser pago com dinheiro, nem para você chamá-lo por telefone ou chamá-lo na rua. Ele surgiu justamente pra baratear o processo, a cobrança include...

WRS: Mais alguma coisa?

H3: Acho que não, acho que não.

APÊNDICE 9: Pesquisa de Campo
REPRESENTANTE DO HOSPITAL 4

WRS: A minha primeira questão é sobre a abordagem dos senhores quanto a melhorar o atendimento.

H4: Na verdade eu queria fazer um Panorama geral, antes.

WRS: Por gentileza...

H4: Eu cheguei aqui no hospital em fevereiro do ano passado.

WRS: Bem recente...

H4: 2017, recente é, mais de um ano, cheguei há um ano e meio aqui. E, o hospital é um hospital já com uma tradição sólida, um hospital consolidado, um dos principais hospitais aqui, não diria nem de São Paulo, diria até da América Latina, porque a gente está posicionado numa região que é muito estratégica, aqui no eixo da NOME, que tem uma grande quantidade de hospitais de excelência. Somos atualmente hoje um dos seis hospitais de excelência, reconhecidos pelo Ministério da Saúde, um hospital de bastante tradição. Mas, no que tange a questão de planejamento estratégico e o que tange a questão de marketing, posicionamento de mercado, isso era um ponto ainda incipiente no hospital, ou talvez não estivesse em linha com as melhores práticas, ou com as novas formas de gestão, de uma forma geral. Apesar da certificação, da acreditação internacional exigir uma série de coisas, elas eram feitas, mas não eram aprofundadas. Então, primeiro trabalho que a gente fez aqui, foi montar a superintendência... Junto com o CEO definimos o escopo, e aí eu fiquei responsável por toda parte de planejamento estratégico, projetos, marketing e inicialmente eu tinha assumido ensino. Agora com a vinda de um novo superintendente, ele ficou responsável por essa área, é uma pessoa que tem um perfil mais afeto a área da Educação. E eu tenho ajudado em tecnologia da informação, eu tenho tocado tecnologia da informação e qualidade. São áreas bem suporte, áreas bem meio, não é área de produção efetivamente, mas são áreas que a gente sentia necessidade de fazer um desenvolvimento mais intenso. E aí nós começamos um trabalho de planejamento estratégico, orientado para três anos, no ano passado, e aí fizemos um planejamento, que ele tem objetivos, foi traçado para 2018, 2019 e 2020. Utilizamos a metodologia do Balanced Scorecard... A partir daí nós definimos, para todas as dimensões, quais são os objetivos. Para cada objetivo foi definido, em conjunto em várias oficinas de trabalho que nós fizemos com gerentes, médicos, com superintendente do hospital, indicadores e metas atreladas aos indicadores que os definem.

WRS: Muito bom...

H4: Então, aqui tem questões relacionadas às estruturas básicas de funcionamento, infraestrutura, conhecimento, técnicas de gestão, a questão dos processos que a gente precisa aprimorar, aquilo que a gente quer entregar de posicionamento, e efetivamente de diferencial para nosso cliente, que é a nossa pegada efetiva, quando a gente fala do marketing, aqui é a entrega de valor para o cliente, e o que vai gerar resultado financeiro. E a gente está na fase de implementação desse

planejamento estratégico, tem projetos para cada um desses objetivos... Lógico que isso é distribuído no tempo ao longo dos três anos, então têm objetivos aqui que só serão impactados, só terão projetos, por exemplo, no último ano, lá em 2020.

H4: Porque a gente precisa começar da base. Então, primeiro eu vou cuidar dos meus processos internos, vou cuidar daquilo que eu não tenho, que eu preciso melhorar, para depois eu começar a entregar valor para o meu cliente, porque eu preciso dessa estrutura, desses processos arrumados antes.

H4: Aí então você falou de atendimento. Atendimento, ele é uma coisa enorme, muito abrangente no âmbito hospitalar, então desde a recepção, manobristas, sistema, call center, agendamento, atendimento na unidade, então é uma coisa que tem muitas facetas. Então para que a gente consiga atingir e entregar um atendimento diferenciado isso começa aqui na base, começa na questão da diferenciação desses colaboradores, com valorização, com programa de meritocracia, com programa de educação, que nós montamos uma universidade corporativa, que ensina, não somente questões técnicas, mas ensina também questões comportamentais, como lidar com esse cliente... O nosso Hospital, ele já era reconhecido por um tratamento diferenciado, um tratamento mais humano, o paciente da gente frequentemente relata nas redes sociais e tudo mais, que ele sente que aqui ele é tratado como uma pessoa, não como só um prontuário ou como só um número. Os profissionais acolhem, os profissionais recebem, eles são carinhosos, então, isso é uma característica do hospital. Então, o atendimento, ele começa daí, mas a gente tem outras questões operacionais, como eu disse, o call center, os sistemas de informação que eu preciso ter para que eu tenha um call center eficiente, que eu possa fazer a gestão do hospital... Então tem uma série de coisas de base, e de processos, e de estrutura, e de fluxo que estão sendo trabalhadas, conforme o nosso planejamento estratégico, para que eu consiga fazer uma melhoria do atendimento.

WRS: Perfeito...

H4: E com isso eu vou acabar esbarrando numa série de outros questões que você tem no seu roteiro.

WRS: Uma delas, por exemplo, se você me permite, é a questão do treinamento, em algum lugar aqui eu falo sobre funcionários administrativos, enfermeiros, médicos. Se eu entendi bem, você falou um pouco dos funcionários administrativos e de enfermagem, mas e o médico?

H4: O médico também. Nosso corpo clínico é um corpo clínico que a gente chama de misto... Então tem profissionais que são contratados, médicos que são CLT. Alguns médicos são externos, eles vêm até o hospital, trazem seus pacientes, internam, então eles têm uma outra dinâmica. O que a gente tem, o que nós montamos, foi uma universidade corporativa que inclusive é um dos modelos, um dos itens do planejamento estratégico para capacitação que tem várias verticais. Uma das verticais é educação médica... Na educação médica ele trabalha com conteúdos e formação... Nós temos um profissional, que é um coordenador médico de ensino, que monta conteúdo, participa da avaliação, acompanha a avaliação de desempenho das áreas, vê quais são as deficiências, e monta programas customizados com simulação realística, com jogos, com treinamento, com conteúdo ministrado. Ele apresenta e traz outros profissionais para fazer isso também. Então,

às vezes, a gente até identifica dentro do próprio corpo clínico, quem é o profissional que tem uma expertise maior naquilo e convida esse profissional para montar esse conteúdo junto com a área de ensino da universidade corporativa... Aí a gente apresenta e entrega esse conteúdo para as áreas e depois faz uma avaliação de volta, se aquele conteúdo foi bem absorvido, tanto do ponto de vista de conteúdo didático, quanto depois na prática; se a gente teve impacto na prática, nos resultados que a gente gostaria que fosse impactado.

WRS: A segunda questão aqui é sobre que iniciativas que os senhores têm tomado para facilitar os pagamentos por parte dos clientes... Há alguma facilitação nesse sentido? Essa é sempre uma preocupação, um hospital, majoritariamente, costumeiramente trabalha com convênios, é o convênio que paga e não o cliente. Mas no caso de um cliente que tenha que pagar alguma coisa, além do que o convênio cobre ou no caso de um cliente particular, que com certeza os senhores têm, devem ter algum percentual de atendimentos nessa área, como é que é feito?

H4: Nós temos cerca de 10% dos nossos pacientes que são particulares. E aí são várias dinâmicas diferentes, porque aí você tem os pacientes ambulatoriais, tem os pacientes que vem fazer diagnóstico, tem os pacientes que vem fazer as internações, e tudo isso tem processos diferentes de pagamento.

H4: Paciente de internação particular... Normalmente o que acontece, considerando os valores que são elevadíssimos, o custo de uma internação, muitas vezes a gente trabalha com modelo de adiantamento. Então, o paciente trabalha com parciais, ele paga, ele faz adiantamentos, desses adiantamentos a gente abate as despesas e depois a gente vai fazendo encontro de contas até o fim da internação, e depois tem o fechamento no término. E o processo de fechamento de conta, aí tem um setor específico de tesouraria e caixa, onde ele vai lá, reservadamente, faz o pagamento dele. O que a gente tem trabalhado é que para coisas mais simples, o paciente está na internação, tem que só cobrar um adicional de uma internação, uma coisa que o convênio não cobriu, por exemplo. A gente tem feito o seguinte: fecha a conta, encaminha para ciência do paciente no quarto ainda, ele não precisa descer para pagamento, ele dá um visto de ciência daquilo e depois ele pode receber esse boleto em casa para pagamento. Isso é uma coisa que a gente tem feito com muita frequência.

WRS: Fale um pouco sobre o quê que o hospital tem feito para melhorar a imagem da marca do hospital?

H4: A gente tem feito campanhas... Todos os anos nós trabalhamos com campanha com uma agência de publicidade; a gente tem campanhas que a gente faz pro mercado, de uma forma geral. Estamos agora, na próxima semana, lançando uma nova campanha. Nessa nova campanha nós vamos ter peças para cinema, para rádio, para mobiliário urbano, redes sociais e mídias digitais. Então a gente tem toda uma estratégia, uma campanha com uma linguagem de comunicação, com uma abordagem... Isso é pensado e analisado de acordo com a concorrência; o quê que pode nos diferenciar no tom da campanha.

WRS: A questão da estrutura física do hospital... Talvez você pudesse explorar um pouco mais... Os itens são: espaço, decoração, pintura, limpeza e higienização, mas o item segurança do paciente, normalmente, é muito importante. Como é que os senhores trabalham essa questão da melhora da estrutura física do hospital?

H4: A gente trabalha com plano diretor de obras e estrutura, de uma forma geral. O plano diretor de investimentos e obras norteia todas as obras que precisam ser feitas de reformas, atualização de equipamentos. Todos os anos, quando a gente fecha o orçamento do ano seguinte, as áreas demandam, elas colocam a necessidade de atualização, tanto de reformas, quanto de ampliação e troca de equipamentos... Isso é consolidado, vai para uma lista de investimentos possíveis que a gente discute em um board de superintendentes, prioriza aquilo face aos recursos disponíveis. E aí tem um cronograma, que é atualizado todos os anos, do plano diretor de investimentos em obras... Aí a gente vai priorizando cada área. A questão da segurança é contemplada sempre no projeto arquitetônico, pelas regulamentações que a gente precisa atingir e com benchmarking que a gente faz com outras instituições, por sermos um dos seis hospitais de excelência. Então, a gente sempre, quando vai fazer alguma atualização, visita outros hospitais de excelência também, seja no Brasil ou no exterior... E assim temos a atualização de quais são as melhores práticas para a gente fazer isso em relação à segurança.

WRS: Por gentileza, fale um pouco sobre, talvez até você já tenha mencionado algo, mas o quê que marcadamente vocês fazem para diferenciar o hospital de seus concorrentes?

H4: Têm alguns aspectos muito relevantes, eu vou citar alguns, por exemplo. Eu acho que nós temos uma estrutura, um parque tecnológico de equipamentos, que está sempre em linha, em ponta com o que tem de mais atual. Então isso é uma estratégia do hospital se manter sempre com equipamentos de vanguarda, de última linha. Nós temos equipamento aqui que somos os únicos da América Latina a ter, como o Gamma Knife, por exemplo, que você faz uma neurocirurgia, não invasiva, para metástase cerebral, por exemplo. O paciente que teria a cabeça aberta, levaria 12, 18 horas numa mesa cirúrgica, ele leva uma hora e meia, duas horas numa sessão de rádio cirurgia e sem necessidade de abrir a cabeça, e vai embora no dia seguinte. E trata cinco, seis tumores de metástase cerebral de uma vez só. Então, isso é uma das abordagens... A gente está sempre atualizado do ponto de vista tecnológico. Tem essa outra abordagem que é da humanização, que tá sempre diferenciando o HOSPITAL dos demais. É muito comum, e a gente vê esses relatos todos os dias, nas redes sociais e no nosso modelo de acompanhamento inclusive, da satisfação do cliente, nós temos uma plataforma digital... Então todo paciente que é atendido no hospital recebe uma pesquisa de satisfação por e-mail e através dessa plataforma ele responde. Isso é consolidado num banco de dados de todos os meses e ainda como benchmarking de outros hospitais no setor que a plataforma também fornece. Então a gente consegue também monitorar os elogios, as colocações dos pacientes sobre o diferencial da humanização e do tratamento do hospital estão sempre pontuadas nas avaliações de satisfação que a gente recebe dos clientes.

WRS: Parabéns, isso é um ponto muito importante... Em certo sentido, você já falou sobre a questão de adequação e atualização de instalações e equipamentos... Me permita perguntar um pouco mais sobre instalações, já que equipamentos você mencionou detalhadamente...

H4: Instalações é sempre um grande desafio, considerando a medida que a gente vai crescendo e o hospital vai ficando cada vez maior, com várias unidades... Os padrões vão mudando ao longo do tempo... Quando a gente pega, por exemplo,

esse prédio, onde nós estamos, que é o primeiro prédio do hospital, número 123, a linha, a diretriz arquitetônica, de uma forma geral, é muito semelhante as outras, só que com o passar do tempo você vai tendo novos materiais, novas tecnologias que vão sendo adotadas, e aí você, para fazer um retrofit de uma unidade desta, como um todo, precisa interditar setores, precisa ter capacidade de remanejamento. Então, isso é algo que vai trazendo dificuldades operacionais para o hospital, mas é algo que a gente tá sempre fazendo, sempre acompanhando. Esse bloco aqui, para o plano diretor desse ano, ainda tem um trabalho de retrofit de alguns andares, que a gente vem fazendo... Esse ano já fizemos dois andares até agora. Vamos fazer o terceiro agora, possivelmente fechar esse ano com quatro andares desse prédio com retrofit completo, porque ele é o mais defasado do ponto de vista de instalações, relacionado ao que a gente tem novo. Como por exemplo, o prédio 130 que está aqui do lado, já é um outro padrão, tudo com granito, uma outra tecnologia de arquitetura. Então a gente tem que ir sempre atualizando para manter a casa sempre arrumada, mantendo o que tá funcionando, é um grande desafio...

WRS: A capacitação, melhorar a capacitação de médicos, enfermeiros e administrativos, eu acho que você falou isso de certa forma...

H4: Falamos da Universidade Corporativa...

WRS: Melhorar o comprometimento dos colaboradores com a satisfação dos clientes?

H4: Têm várias iniciativas relacionadas a isso. Uma delas é o programa de meritocracia. Então, os colaboradores através desse programa, que tem uma avaliação de desempenho, que tem metas, eles tem uma série de indicadores que são trabalhados para cada ano, eles têm que cumprir isso na avaliação de desempenho, e fazendo jus à aqueles indicadores, eles tem o direito a receber uma compensação pecuniária, financeira pelo desempenho do hospital. E isso tem gatilhos, que são relacionados a isso... Um deles é o NPS, Net Promoter Score, que nós utilizamos... O Net Promoter Score é um dos gatilhos que ativam o pagamento da participação no resultado, não é bem participação dos resultados porque nós somos um hospital filantrópico, é um bônus, um bônus que a gente dá anualmente aos colaboradores em função do atingimento dos resultados, de satisfação dos pacientes, da acreditação e das metas. E a acreditação traz metas de segurança, traz metas de atendimento, e de receita, indicadores financeiros, indicadores de resultado, EBITDA, e por aí vai... A outra forma tem a ver com a capacitação continuada, com estar sempre entregando melhoria de processos, acompanhando o feedback dos pacientes... Então, são várias formas de a gente atuar...

WRS: Qual é a estratégia utilizada pelo hospital para conseguir novos clientes? Alguns hospitais, por exemplo, têm uma área específica, alguns chamam de vendas, para contato com convênios... Há hospitais que adotam já uma postura extremamente discreta, especialmente os filantrópicos. Qual é o perfil dos senhores?

H4: Nós temos duas áreas comerciais aqui dentro. Uma área comercial que cuida do relacionamento com convênios e está sempre buscando novos acordos, ampliação de contrato, seja com os convênios existentes ou com novos convênios. Está sempre discutindo a revisão de tabelas, é uma área que trabalha bastante, uma equipe até relativamente grande. E temos uma outra área só de relacionamento com particulares, uma gerência comercial, de relacionamento com particulares.

Normalmente qual é o fluxo, como é que chega aqui a solicitação de orçamento de um particular. O médico quer fazer uma cirurgia aqui, ele não atende convênio, ele indica para aquele paciente que peça uma cotação aqui. O paciente vem e solicita a cotação... Isso é centralizado nessa área, que faz a gestão. Esse paciente muitas vezes faz cotações em dois ou três lugares a mais, e a gente tem um indicador relacionado a isso, o acompanhamento das propostas, quantas são efetivadas, para saber como é que está a nossa retenção desse cliente e fidelização, nossa capacidade de manter e ser competitivo em relação aos outros hospitais.

WRS: Se não for confidencial, esse percentual pode ser mencionado?

H4: 95%.

WRS: Parabéns...

H4: É o nosso índice de taxa de efetivação de propostas. A gente briga para não perder, então o paciente particular fica aqui.

WRS: Os senhores fazem algum tipo de pesquisa interna, para saber a satisfação do cliente com serviços que foram prestados?

H4: Após a alta do paciente, ele recebe e-mail para responder a pesquisa de satisfação. E aí, a pesquisa é montada por área... Então você tem a pesquisa do paciente internado, a pesquisa do paciente do pronto-socorro, a pesquisa do paciente do centro de diagnóstico, a pesquisa do paciente dos ambulatórios e consultórios, e elas têm estruturas diferentes, mas todas elas levam em consideração o NPS, o Net Promoter Score, que é o balizador principal que faz a ligação e gera o NPS do hospital, como um todo.

WRS: Como é que os senhores identificam novos serviços que são necessários ao bom atendimento, ampliação do hospital através de novos serviços?

H4: Tem demandas das operadoras, tem pesquisas de mercado que a gente faz, e tem uma área de produtos que a gente desenvolveu ligada ao marketing. Então, nós temos uma metodologia de concepção de novos serviços... A gente tem serviços que são desenvolvidos relacionados a objetivos do planejamento e proposta de valor que a gente quer entregar para os clientes, tem coisas que surgem das operadoras que demandam, tem coisas que surgem das pesquisas de satisfação dos clientes. Então, a gente tem feito e utilizado essa metodologia para desenvolver novos serviços... Estamos agora estruturando uma unidade semi-intensiva nova, porque foi uma demanda específica para neurologia. Esta foi uma demanda que surgiu dos médicos que precisam ter uma área de suporte melhor para acompanhamento desses pacientes. Temos um ambulatório de atendimento a pacientes de insuficiência cardíaca, surgiu de demanda dos pacientes que ficam soltos depois que saem da internação e não tem um médico para acompanhamento com uma visão de uma equipe multi para dar atendimento. Por isso, nós estruturamos o ambulatório de insuficiência cardíaca. Temos um ambulatório de atendimento ao paciente idoso, porque a gente trata com muitos idosos aqui, o paciente cardiopata, é um paciente geralmente de idade mais avançada... Geralmente a idade média dos nossos pacientes está em torno de 75 anos de idade.

H4: Então, a gente precisou montar um ambulatório de acompanhamento do idoso, porque esse idoso além de cardiopata, ele tem outras doenças e ele precisa de um

acompanhamento de alguém que entende de idoso. Porque têm questões de interação medicamentosa, têm questões específicas do idoso que não podem ser tratadas como um doente hígido e jovem. Então, tem uma série de questões que a gente precisa trabalhar e resolver...

WRS: Acesso ao hospital... O hospital, obviamente tem um lugar fixo, vocês devem ter clientes de vários lugares da cidade...

H4: Tem uma questão interessante, que deve acontecer com praticamente todos hospitais. O hospital ele é muito geocêntrico, então ele atrai gravitacionalmente, pacientes do entorno. Então, eu diria que cerca de 85% dos nossos pacientes, eles vem de até 5 km de distância do hospital. A nossa dificuldade é porque onde estamos localizados, neste eixo da NOME, é muito difícil mexer com questões de acessos, de estruturas. Então, as únicas questões que a gente tem para melhorar, são as questões de fluxo interno, fora isso é muito difícil mexer com acesso pelo entorno, vias e tudo mais, isso é muito complexo, porque isso é dado pela infraestrutura da cidade.

WRS: A pergunta do “outros”... Algum assunto que o senhor gostaria de acrescentar, fazer uma menção, que o hospital talvez se distinga, especificamente?

H4: Tem assuntos que são relevantes para todos os hospitais e que aqui também não é diferente, que é a questão da auto governança... Acho que esse é um ponto que a gente não pode esquecer. A auto governança, no sentido de como é que a gente trabalha todas as estruturas... A estratégia, para ela acontecer e ela virar rotina, primeiro ela tem que ter o patrocínio da auto governança da instituição, que no nosso caso é uma NOME, que tem uma diretoria, tem um conselho de administração, então esse alinhamento entre o nível executivo e o nível da governança é fundamental para a estratégia dar certo, precisa nascer e ser validado lá, para que a gente consiga implementar. A partir daí, a estrutura organizacional tem que estar feita e montada para entregar aqueles objetivos e metas do planejamento estratégico. Então esse alinhamento entre governança, nível executivo, estratégia e operações, ele é fundamental para que a gente consiga se destacar, e é algo que a gente vem trabalhando nos últimos dois anos com muita intensidade... Reforma de estatuto, revisão de governança, revisão de planejamento, revisão de estrutura, revisão de processo, troca de sistema, uma série de questões que a gente vem desenvolvendo...

WRS: Eu agradeço imensamente a sua bondade em me receber.

H4: Foi um prazer.

APÊNDICE 10: Pesquisa de Campo
REPRESENTANTE DO HOSPITAL 5

H5: Acho que a gente podia ir pela sequência. Quando a gente fala de melhoria do atendimento, o item número um.

WRS: Isso...

H5: Nós investimos muito em treinamentos internos; a instituição não tem uma tradição muito forte de ficar trazendo muitos treinamentos externos. Quando é uma coisa muito específica, tem que trazer um especialista para falar de algum tema, a instituição traz alguém de fora, ou um generalista que seja muito bom naquilo que ele faz e tem uma mensagem importante para passar para equipe. Mas de uma forma geral, a gente tem uma equipe de T&D interna, onde a gente envolve vários tipos de treinamentos, aproveitando os recursos internos (médicos, enfermeiros, administradores, fisioterapeutas, farmacêuticos) para fazer esses treinamentos.

WRS: E esses treinamentos são para todas as áreas do hospital?

H5: Todas as áreas. O nosso programa prevê cobrir todas as áreas do hospital, ele tem essa pretensão. E uma outra coisa que a gente faz para melhorar, também essa performance do atendimento em geral, é que nos temos certificações de qualidade, e nessas certificações a gente tem os documentos, os POPs, as instruções de trabalho, procedimentos, políticas. Toda vez que há uma revisão em algum desses documentos, e o documento impacta determinada área ou todas as áreas, todos os gestores, pegam aquele documento, pegam uma lista de presença e aplicam treinamento em 100% dos colaboradores da sua área. Então, os nossos líderes são multiplicadores de vários tipos de treinamentos, de comunicações que a gente gostaria de cascatear para os colaboradores. Nossos líderes, eles são importantíssimos nessa estratégia para fazer isso chegar até os colaboradores. E com isso a gente vai renovando e reciclando o conhecimento deles, daquilo que é importante eles cuidarem.

WRS: Com certeza...

H5: Aquilo que a gente fala que é o básico, é o feijão com arroz...

WRS: ...é o dia-a-dia.

H5: E aí tem uma outra coisa que a gente foca bastante, porque é um pilar dessa instituição, se tem uma coisa que essa instituição, eu tenho certeza do que eu estou falando, é que ela se destaca em relação a todas as outras instituições aqui em São Paulo, onde a nossa concorrência está, é em aspecto de humanização, devido a tradição das NOME, desde de NOME, NÚMERO anos atrás, quando ela criou essa NOME, lá na PAÍS E LOCAL. As NOME vieram para o Brasil, pouco mais de NÚMERO anos que elas estão no Brasil, o HOSPITAL, você deve ter visto lá no site, estamos com NÚMERO anos. Então, é uma instituição que a gente tá sempre falando, tem mais de NÚMERO anos ou mais desde a fundação da NOME mais de NÚMERO anos. E até pouco tempo atrás, até uns 10 anos atrás, ainda existia

muitas NOME trabalhando no dia-a-dia do hospital, trabalhando nas áreas, então elas deixaram um legado, nessa parte de humanização e acolhimento. Marcante.

WRS: Com certeza...

H5: Então, é isso, esse legado, ele deixou uma marca muito forte. A gente tem que assumir esse papel e preservar isso, porque isso está muito ligado ao CORE de humanização e acolhimento, porque nós temos certificado de qualidade desde 2004, ONA, depois 2006, a canadense, e o ano passado a gente conquistou a JCI. E todos esses programas, nas suas visitas iniciais, de manutenção, de retificação, eles naturalmente abrem a sua fala de encerramento dizendo, essa é uma instituição verdadeiramente humanizada, porque vocês não precisam falar que são, a gente percebe isso nos corredores.

WRS: Sim, sim...

H5: Então, a gente fica bastante feliz de ouvir isso e ao mesmo tempo o fardo é pesado... Se você tem esse status, você não pode perder. Então, é dessa forma que a gente faz essa melhoria.

H5: Para facilitar os pagamentos por parte dos clientes. Então, a gente ao longo dos anos desenvolveu pacotes, até para se relacionar com fontes pagadoras e da experiência com estes pacotes a gente criou também um livreto com procedimentos médicos gerenciados, aonde a gente procura empacotar vários tipos de tratamentos, até para que facilite a vida do paciente quando ele busca fazer um benchmark. "Eu quero fazer uma cirurgia plástica, prótese mamaria". Então ela tem que receber rapidamente qual é a diferença de preços, conversar com o médico dela, perguntar em qual dos hospitais ele opera, e tomar uma decisão rapidamente.

WRS: Perfeito, muito bom...

H5: Então, um dos pilares é o procedimento médico gerenciado, a gente vai aumentando o nosso livreto, cada vez ele vem ficando maior, e nós temos um objetivo estratégico de até 2019 ter pelo menos 90% do que faz no hospital na forma de procedimento médico gerenciado para ofertar para quem quiser fazer pagamentos particulares. Uma outra coisa, é uma amplitude de parcelamento que a gente coloca à disposição dos pacientes. Então, normalmente a gente faz parcelamento sem juros para parcelas pequenas, dependendo do valor, quatro a seis parcelas, e passou desse número de parcelas a gente embute uma pequena taxa de juros, taxa de mercado, para que esse paciente tenha a oportunidade de estar parcelando... É uma outra forma que a gente adotou e acaba recebendo de todas as modalidades. A gente acabou entendendo que existem vários tipos de clientes, vários tipos de moeda circulando, e que às vezes a pessoa tem aquela moeda, e ela quer acertar com aquele tipo de moeda... Então para facilitar a vida do cidadão, a gente acaba dando essa flexibilidade de aceitar em diversos tipos de moedas.

WRS: Que percentual, hoje, dos pacientes é convênio, que percentual é particular?

H5: 95%, convênios; 5%, particulares. Essa é a proporção.

H5: Quanto a melhorar a imagem e a marca. Então assim, também um pouco diferente de outras instituições, por causa da nossa origem NOME, as NOME são

muito reservadas, então eu acho que você percebe que o HOSPITAL não é hospital que fica fazendo grandes divulgações na mídia, mas a gente tem uma estratégia de tentar enaltecer o nosso corpo clínico. Então a gente procura muito estimular o corpo clínico.

WRS: O corpo clínico, ele é aberto ou fechado?

H5: Ele é aberto, ele é misto. E tem corpo clínico mais dedicado, esse corpo clínico mais dedicado a gente está o tempo todo conversando com eles e pedindo deles, o que eles estão fazendo de diferente, algo que se destaque... Ou pega esses momentos de sazonalidade... Ah, agora é a época de inverno, quais os cuidados, quais os tipos de doenças que são cometidas, cuidados nas férias com as crianças, esse tipo de coisa. E a gente pega esses materiais e consegue ter uma divulgação, do corpo clínico, através disso, e se a matéria é veiculada, o médico aparece...

WRS: Uma veiculação mais boca-a-boca, então, preferencialmente digamos?

H5: Sim. E outra coisa, não menos importante, são as mídias sociais. Então, assim, a gente marca uma presença muito forte nas mídias sociais e entendendo que ali o boca-a-boca é mais rápido, e a pessoa consegue ter uma opinião, porque se a gente comenta agora na rua com alguém "olha, o HOSPITAL é um hospital legal" a pessoa não vai conseguir materializar aquilo... Agora ela vai em uma rede social, ver o que escreve, ver como se posiciona, as conquistas, e as coisas, a pessoa pode construir, na mente dela, uma noção de como é esse hospital e por que que ela deve ir ou não ir a esse hospital.

WRS: Alguma outra coisa sobre a marca?

H5: Nós já fizemos a releitura, e você já deve ter percebido se você vê os nossos materiais, mais recentemente da nossa missão, visão, valores e objetivos. Foi uma releitura deste ano, lançada em abril ou maio deste ano, que foi justamente para não apagar aquilo tudo que foi feito, muito ao contrário, para que as pessoas entendam melhor o que é feito, de uma forma mais... dando até simplicidade. Se você comparar o antes e o depois, é uma coisa mais simples que as pessoas possam materializar.

WRS: É como a construção, a gente reforça as bases, e continua a crescer...

H5: É isso mesmo. Para melhorar a estrutura física do hospital... A gente tem um foco muito forte na melhoria contínua, é uma característica de várias pessoas na instituição, é uma característica da instituição, é uma característica minha... Eu gosto que as coisas estejam sempre em ordem, fico procurando aquilo que não está em ordem, porque a gente sabe que o hospital é como se fosse uma casa... Se a gente arruma muito um cômodo, daqui a pouco você vai ver, aquele cômodo que você arrumou dois dias tá precisando de uma olhada novamente. Então, eu tenho essa visão, e eu brinco com o pessoal, quer trabalhar bastante, trabalha comigo, porque eu vou estar sempre procurando alguma coisa para melhorar, ainda que as coisas estejam indo bem. Não pode esperar alguém reclamar ou as coisas irem mal para você tomar providências.

WRS: Correto...

H5: Então, acredito muito nisso e isso acaba dando uma sustentação para a gente ter essas melhorias. E com isso, todo esse requisito de governança, de hotelaria, de infraestrutura a gente tem um olhar muito forte para isso, e tudo tem que ser feito, porque numa época atrás, às vezes eu percebia que alguns administradores falavam “ah não coisas assim menos visíveis; eu deixo para depois”. Eu tenho uma teoria muito forte que é a teoria da vidraça quebrada... Se você deixar uma vidraça quebrada por uma semana e ninguém consertar essa vidraça, pode ser que as pessoas se encorajem a quebrar outra vidraça, e daqui a pouco você tá com o prédio inteiro...

WRS: Exatamente...

H5: Então, para mim tem que ser ver e agir... Qualquer probleminha, por menor que ele seja, ou grande que ele seja, barato que ele seja, ou caro que ele seja, tem que ser resolvido... Tem que ser resolvido o mais rápido possível para que as pessoas tenham noção que elas estão trabalhando em um ambiente bom, com qualidade, seguro, limpo. Então, a gente fomenta muito isso nas nossas lideranças, para que todo mundo se empodere disso, e também nas suas áreas tenham esse zelo, esse cuidado todo. Eu quando entrei aqui há sete anos, havia às vezes um curso, “ah agora não é um momento bom, tá tendo uma crise, a crise econômica, tudo mais, então a gente prefere esperar para fazer tais reposições”. Enquanto eu estiver como diretor dessa instituição essa política mudou, não temos que parar nada, porque a crise tá aí, porque tá acontecendo um problema, porque senão a gente pode piorar essa crise e trazer essa crise para dentro de casa... Então, não importa porque às vezes acontece problemas... Posso ter um tubo de tomografia que quebra, não estava previsto quebrar, é um brinquedo caro, eu não vou deixar para trocar o tubo na hora que melhorar a crise, porque eu vou deixar meu paciente desassistido, eu não tenho uma tomografia aqui de enfeite, ela tá aqui para servir os pacientes que estão internados ou no meu pronto-socorro. Então, da mesma forma que eu olho para tomografia, eu olho para coisas que estão lá escondidas no subsolo: motorzinho para tirar água do lençol freático... Qualquer coisa nessa direção para mim é um potencial problema e eu tenho que tirar isso da frente... Então é isso, é uma governança muito forte com zeladoria... Ao mesmo tempo, também queria, aqui é importante destacar, um comitê de obras.

WRS: Que legal...

H5: Então, a gente já tem ele há seis anos, institucionalizado. Todas as obras que vão acontecer o comitê precisa assinar, os membros do comitê precisam assinar, e a gente colocou pessoas de equipe multidisciplinar, de modo que a gente sabe que essas pessoas, que a opinião delas é muito importante em uma obra. Por exemplo, o SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar), por exemplo, serviço de engenharia e segurança do trabalho, áreas como essas são imprescindíveis estarem participando do comitê, estarem sabendo de todas as obras que vão acontecer e colocar sua digital lá, e dizer estou de acordo com essa obra.

WRS: E avaliam tanto a parte técnica quanto a financeira?

H5: Não, a parte técnica. Eu quero que eles tecnicamente digam os impactos, os riscos e depois disso esse mesmo comitê de obras, ele é responsável por acompanhar as obras e “botar o dedo na ferida”: “olha, tá fazendo muito pó, tá fazendo muito barulho, o paciente aqui no andar tá reclamando”... Eu acabo tendo

uma governança de pessoas engajadas procurando o melhor para instituição, para os pacientes, por clientes internos também (médicos e funcionários).

WRS: Parabéns, muito bom...

H5: Para a gente diferenciar dos hospitais concorrentes, já te contei isso lá no início, é o foco no cliente, o foco no paciente, humanização, inclusive nessa releitura agora, se você for ver o centro, o paciente está no centro. E assim é uma coisa bastante importante mesmo de se acreditar e acho que várias instituições estão acordando para isso, algumas talvez colocam isso como slogan, mas eu tenho percebido que realmente algumas tem acreditado nisso. Qualquer decisão que você tiver que tomar, primeiro olhe o paciente, veja se essa decisão vai atravessar o paciente, vai fazer mal para ele... Se não vai fazer mal para o paciente, toma decisão com tranquilidade, por mais dura que ela seja.

WRS: Muito bom...

H5: E assim, quando a instituição mostra isso, e aí não só mostra, escreve isso... A instituição escreveu, eu acredito nisso, é o paciente no centro, ou seja, não vou olhar para o dinheiro; não vou olhar para dores, não; paciente na frente. Se o meu tomógrafo quebrou e eu preciso consertar para fazer pro paciente, não importa o preço.

WRS: E se você tiver o paciente na frente o restante acontece...

H5: Exato. Você tem um médico que não está indo muito bem, ele está começando a ficar preocupado que vai correr um risco, que vai impactar no paciente, por mais dura que seja a decisão, se eu tiver que tomar uma providência administrativa, é minha obrigação fazer, porque se eu não fizer, vai impactar o paciente. A enfermagem é a mesma coisa, para tudo a gente coloca o paciente na frente, para todos os tipos de decisão, mais ou menos complexas... Esse é o nosso norte.

WRS: Muito bom...

H5: Adequar as instalações e equipamentos... Eu acabei comentando um pouco no capítulo quatro ali, mas eu vou complementar porque a gente tem um plano de substituição dos nossos equipamentos do nosso parque tecnológico.

WRS: Muito bom...

H5: De tudo, quer seja de uma ressonância magnética, quer seja de um respirador de UTI...

WRS: É uma obsolescência programada...

H5: Exatamente. Quer seja das camas do hospital, quer seja dos criados mudos. Então, a gente tem uma planilha gigante, que a gente começou fazendo no Excel, seis anos atrás, e no ano passado a gente conseguiu coloca-la no sistema, de modo que a gente conseguiu cumprir nas datas certas 95% daquilo que a gente propôs fazer... daquilo que a gente não conseguiu fazer, é coisa que não está dando problema, por exemplo, e que a gente poderia postergar mais um ano, ou que envolve uma obra maior, e existe um quebra-cabeça para seguir, uma sequência do quebra-cabeça. Então, uma das ressonâncias está nesse quebra-cabeça, ela depende de outras obras acontecerem, para ela ser encaixada em uma dessas

obras e aí sim, eu trocar esse equipamento. Eu tenho três ressonâncias e uma delas é bem antiga, mas tá funcionando...

WRS: Sim, o importante é isso. Essa linha de raciocínio muito óbvia, mas nem sempre, é apresentada. Pelo seguinte, você tem que ter o paciente em primeiro lugar, se não for por ele você não faz essas mudanças. Em segundo lugar, você tem um impacto financeiro, extremamente bem programado, porque você põe no teu orçamento o que você vai gastar, o teu plano é de acordo. Isso é muito positivo.

H5: E quando a gente percebe que tem um respiro de caixa, a gente resolve dar uma inovação, dar um salto um pouco mais agressivo. Nesse ano a gente adquiriu a tecnologia robótica, a gente comprou o DaVinci, a gente aproveitou uma virada quando houve um upgrade de versão, que ele começou lá com o SIs, agora tá na versão Xis... Começaram a ser lançados na HOSPITALAR do ano passado, e ia ser entregue nos hospitais nesse ano de 2018. Então, a gente ficou muitos anos fora do mercado de tecnologia robótica, fizemos aquisição já na tecnologia mais recente, porque ao longo dos próximos anos a outra tende a ser desligada. E com isso a gente acaba ajudando o corpo clínico também, a se desenvolver, a estar engajado com a instituição.

WRS: E você atrai médicos que podem ser parte do corpo clínico ou não? Atrai mais, você tem mais atrativo para eles e ele tem mais atrativos para o paciente?

H5: Exatamente, é um ganha-ganha. Então aqui, o nosso foco tá muito no médio e longo prazos... No presente é ver e agir, mas no médio, longo prazos e eu persigo ele o tempo todo.

WRS: Perfeito...

H5: Toda previsão orçamentária, que a gente faz pro ano seguinte, a gente pega esse plano, põe na mesa, e verifica. O quê que nós vamos trocar no próximo ano, o que que a gente não trocou, o que que teve que ser adiado, vai esse ano, não vai, o que que a gente vai antecipar, porque está deteriorando mais do que o outro, enfim, a gente vai revizandando esse plano...

WRS: Perfeito...

H5: A capacitação... O item 7. Então nós temos o EAD, que eu já comentei contigo, a gente investe bastante em EAD aqui dentro, não tanto quanto gostaria, mas ele está numa crescente.

WRS: Quando você fala EAD, ensino a distância é isso?

H5: É. Mas, a gente começou a aproveitar essas tecnologias de EAD para fazer cursos internos, com a mesma ferramenta, só que aí a gente mesmo desenvolve cursos internos e replica para os nossos colaboradores. Ora com ajuda de T&D, e ora com o gestor fazendo esse treinamento, o incentivo ao treinamento, que aí eu consigo ter as evidências do treinamento, e depois de uma pequena provinha desses treinamentos, todas elas na plataforma.

WRS: Muito bom...

H5: Isso tem dado bastante resultado. Congressos, também a gente apoia. Não tanto quanto outras instituições, mas a gente tem congressos e simpósios, costuma

apoiar, principalmente para as pessoas apresentarem trabalhos; farmacêuticos, enfermeiros, médicos.

WRS: OK...

H5: Reuniões colaborativas, a gente também promove, é uma outra forma de melhorar essa capacitação, daí haver com o corpo clínico reuniões científicas, dentro das especialidades. Nessas reuniões de especialidades, onde a gente não vai falar da parte clínica, onde a gente vai perguntar para os médicos, procura aglutinar as mesmas especialidades com afinidades. Por exemplo, ortopedia com reumatologia vão estar na mesma reunião, e nessa reunião, a gente não vai lá para dizer “olha a infecção do paciente; onde a gente poderia melhorar os tratamentos de fraturas de quadril”... A gente entra no aspectos administrativos e outros que possam estar aborrecendo o médico.

WRS: Entendi...

H5: É a diretoria que conduz essa reunião... . Vamos lá os três diretores; damos um panorama do hospital e aí abre a palavra para eles... “O quê que tá pegando, onde o calo está apertando, o quê que a gente poderia melhorar, o que a gente não tá indo tão bem, que tipo de investimento que a gente não fez ainda, que está impactando nas vossas especialidades...”. E nessas reuniões a gente vai conseguindo um hospital melhor, graças a Deus.

WRS: Muito bom...

H5: Melhorar o comprometimento dos colaboradores com a satisfação dos clientes. Nós, dentro do SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente), temos um SAC muito bem organizado, a gente utiliza ferramentas para monitorar toda satisfação e todos os apontamentos que os pacientes fazem. A gente usa o próprio sistema MV, nosso sistema aqui é o MV... E a gente contratou uma empresa especializada, em fazer pesquisa de satisfação eletrônica... Então a gente pega os dados do nosso paciente, não entrega telefone, não entrega endereço, não dá o nome desse paciente, mas a gente pega uma parte da numeração dele, cria uma nova numeração, entrega para uma empresa e ela manda um e-mail para essa pessoa para fazer a pesquisa de satisfação. Essa empresa devolve e a gente equipara para saber quem foi o cliente para pendurar dentro do MV, mas ao mesmo tempo eu acabo medindo o NPS da instituição. E mais do que isso, daí quando a gente fala do comprometimento dos colaboradores, a gente tem um prazo muito curto para responder a satisfação dos clientes. Então assim, a gente tem um prazo máximo, máximo estabelecido de seis horas para que o gestor dê um retorno do que aconteceu daquela queixa. Então, por exemplo, o cliente acabou de postar alguma coisa e chegou lá no SAC, que o paciente está insatisfeito com uma conta, então a tesouraria tem seis horas para dar um parecer para nós porque ele tá reclamando se há alguma coisa que a gente pode ajudar ou passar uma explicação para ele dar conta, isso vai satisfazer. Enfim, é dessa forma que a gente procura engajar toda instituição, porque a gente acaba pressionando todos os líderes para que eles sejam rápidos e resolutivos e com isso eles vão conversando com suas equipes, porque tem problemas lá que ele precisa capacitar melhor a equipe dele. Então, ele vai rapidamente saber que está precisando fazer um treinamento, por exemplo, para fazer uma aplicação de uma medicação, de repente ele está tendo alguns problemas, pessoas estão reclamando que estão com dor, alguma coisa assim, ele fala, “opa, eu preciso reforçar o

treinamento aqui para isso”. Então, é a forma que a gente criou de fazer uma retroalimentação e quem está lá na ponta perceber que ele está sendo monitorado, e ao mesmo tempo, eu dou uma contrapartida. A contrapartida, todo mês a gente divulga o painel de elogios... A gente tem um painel gigante lá, onde a gente coloca elogios das diversas áreas. Então, normalmente tem pessoas que passam por experiências e que contam uma história bacana, citam até nomes de colaboradores, então a gente pega essas histórias, todas, todo mês a gente vai lá e coloca todas essas histórias, no painel de elogios. Então, a forma de dar um feedback para eles, “olha, você de vez em quando não vai tão bem, a gente pede para você melhorar”, mas tem a contrapartida, “olha só que bacana o trabalho que vocês têm feito aqui”...

WRS: Parabéns... E o fundamental é o feedback externo...

H5: Exatamente. Também, nós temos mais uma estratégia, mas não envolve o comprometimento dos colaboradores com a satisfação dos clientes... Eu ia falar do Reclame Aqui, mas acho que posso citar aqui, no nono, qual a estratégia para conseguir novos clientes... Acho que o Reclame Aqui é um lugar que as pessoas têm acessado, para saber também, como é que tá o desempenho das instituições, que tem muitas reclamações. Tem muita gente que usa o Reclame Aqui, então a gente tem uma meta agressiva, para conseguir lá, o selo de ouro, que é o maior nível. Nós não estamos nesse selo, a gente sequer dava importância, não sabia que isso acontecia... A gente descobriu que estava péssimo, porque o cliente estava com a cara roxa, babando... A gente nem sabia que existia, então não monitorava... Então, a gente começou a monitorar e foi ali que a gente percebeu que quanto mais rápido a gente for, mais rápido muda a percepção do cliente em relação às queixas que ele tem. A queixa pode ser muito grave, mas se eu respondo muito rapidamente...

WRS: ...você neutraliza.

H5: Eu já neutralizo.

WRS: A sensibilidade do cliente em relação ao tempo de resposta é uma coisa fenomenal.

H5: Mas então, é uma forma que a gente tem de mostrar que a instituição está fazendo ali o trabalho e tentando melhorar a cada dia, e aí como as pessoas colocam seus depoimentos: “Olha, tive um problema lá, mas eles resolveram”. Outro coloca lá “tive um problema, a conta era cara me deram desconto, mas continuou cara...”. Paciência, não dá para agradar a todos.

WRS: Com certeza... Sobre conseguir novos clientes, não sei se você vai falar...

H5: Vou complementar... Cadastro permanente de novas operadoras, porque 95% da nossa clientela vem através de contrato com operadora... Não basta eu fazer bem o que eu faço, não basta eu ter uma boa opinião pública, se o paciente não conseguir com a carteirinha dele entrar aqui, ele não chega... A recíproca é também verdadeira, obviamente... Constantemente a gente está monitorando as operadoras, para ver novos planos que elas estão abrindo e a gente vai lá e vai pedir o cadastro desses novos planos, mesmo convênios já existentes, inclusive criando sub planos. E aí é uma forma da gente conseguir, assim como novos médicos. Então, a gente tem uma retroalimentação do corpo clínico, a porta aberta para cadastro, tem os

requisitos curriculares que ele tem que cumprir, especialmente para que ele possa entrar no corpo do hospital. Aqui nesse mercado de São Paulo a concorrência é muito grande e o médico, até por força das operadoras, é obrigado a estar em três ou quatro hospitais, mas se tem algum hospital que está pisando muito no calo dele, tem um hospital que está agradando demais a ele, ele vai começar a concentrar mais as fichas dele naquele hospital, e aí as vezes, você que tinha uma participação boa dele no seu hospital, pode perder com isso. Então, você tem que criar uma retroalimentação para ter outros médicos, para repor esse movimento natural.

WRS: Certo...

H5: E ao mesmo tempo a gente tenta fidelizar cada vez mais, fazer com que o movimento seja contrário... Se ele ainda não tá decidido em qual dos quatro hospitais ele vai mais concentrar, a gente tenta estimular para que nós sejamos a melhor opção e que os outros sejam a alternativa em caso do plano dele não dar cobertura aqui no hospital.

WRS: Perfeito.

H5: A satisfação dos clientes com os serviços prestados. A gente contratou uma empresa, um software, que a gente vai eletronicamente, a gente consegue atingir um número maior de pessoas. Todos os atendimentos... As pessoas vão receber isso, trimestralmente... E aí a gente desenvolve uma pesquisa diferenciada para medir a satisfação dele. Essa é a nossa pesquisa ativa...

WRS: Ótimo...

H5: Para identificar novos serviços necessários, o item 11. Olha, a gente tem reuniões estratégicas, numa periodicidade trimestral, e não é porque a reunião é trimestral, que a gente não fale sempre de estratégia. A gente tinha uma reunião para falar da evolução dos indicadores, que era mensal... Então, o quê que a gente fez... A gente misturou os aspectos estratégicos para discussão dos principais indicadores, ou seja, eu não vou discutir indicadores pequenos, ou indicador que é o resultado de um indicador maior, ele é um subitem que vai alimentar um indicador maior. Então a gente pega os principais indicadores na instituição e que estão conversando com grandes projetos estratégicos e nessa mesma reunião, mensalmente, a gente tem uma reunião de análise estratégica, onde a gente discute indicadores, os projetos e as grandes ações para fazer a nossa estratégia se movimentar. É uma reunião com todos os níveis de liderança a partir de coordenadores, então coordenadores, gerentes, diretores, estão nessa reunião, algum ou outro supervisor que às vezes não tem uma coordenação direta, uma gerência direta, que as vezes tá ligado a um gerente ou um diretor, também ele é convidado devido à importância estratégica dele no tema. Então, essas pessoas estão, todo mês se vendo, uns vendo os indicadores dos outros, vendo onde ele pode facilitar a vida do outro a bater aquela meta, ou o que ele tá dificultando o outro a bater a meta dele.

H5: Esses gestores que estão nessas reuniões estratégicas e análises estratégicas, invariavelmente trazem comentários nessas reuniões e obviamente a gente não vai numa reunião grande como essa entrar em detalhes muito importantes e para não se perder a gente obviamente traz ele para um outro fórum. Então, esses gestores que trazem eventualmente novas ideias e tem impacto dentro do seu setor, da sua

área que ele está atuando, ele é engajado, ele é motivado a fazer, a desenvolver uma TAP (Termo de Abertura de Projeto). Ou seja, para que nós diretores possamos olhar para isso que você tá falando, com uma maior visibilidade do que você tá falando. “Olha, eu tenho um serviço novo que foi criado agora no HOSPITAL lá, e isso está trazendo muitos pacientes”. Então, põe no papel para eu entender. Qual a demanda de pacientes? Têm impacto em quais especialidades? Vou precisar comprar equipamento? Fazer uma obra? Enfim, é uma fotografia ampla, porque as vezes vai fazer um comentário que ele não tem noção do que ele tá falando, então quando eu dou uma TAP pra ele preencher, ele vai pesquisar mais profundamente o tema.

H5: Então, ali, nós diretores já podemos tomar uma decisão comum, isso parece ser interessante, então, o termo de abertura foi aprovado, então agora, vamos preencher um outro relatório, que vai dar subsídios para fazer um estudo de viabilidade. Então, todo esse termo de abertura de projeto, que ela é aprovada, nós vamos para um outro caminho, que ele vai preencher uma série de dados aí, respondendo aquelas pequenas perguntas, do sim ou não, Ah vai precisar de uma obra, sim. Agora vem um outro capítulo, essa TAP foi aprovada pela diretoria que é.. então tá bom, tem um detalhe, vai atrás dos outros gerentes que tem impacto aqui, área de gestão de pessoas, área de obras, área de suprimentos, e começa a preencher todos os dados necessários, porque eu preciso de um estudo de viabilidade. E de posse desse estudo de viabilidade, aí eu vou me encorajar a apresentar para o conselho, ou não apresentar para o conselho. Vamos pensar em um projeto grande né, se for uma coisa simples eu trago um planinho de ação e eu já resolvo com plano de ação, eu já decido que aquilo não é um projeto, mas eu quero fazer aquilo, tá fácil de conseguir trazer essa nova novidade que tem no HOSPITAL, não precisa caminhar por toda essa jornada até chegar no conselho. Então, têm decisões que a gente consegue tomar muito rapidamente, a gente fala, contrate, chame, compre, enfim. Agora uma decisão mais complexa passa por esse caminho e precisamos do OK do conselho.

WRS: Perfeito...

H5: Facilitar o acesso ao hospital do cliente. Bom, a gente vem fazendo várias melhorias no pronto atendimento, porque ele é responsável, nada menos do que 45% das internações do hospital.

WRS: Normalmente é a porta principal de entrada...

H5: Então, se eu não fizer muito bem feito o trabalho lá, eu vou dificultar o acesso dessas pessoas... E o que é pior, essa pessoa que ela confia muito, se ela tem uma dor muito grande, ela vai escolher os melhores... Se ela tiver só um resfriado, e ela não gosta muito de mim, ela até pisa aqui pra tratar do resfriado... Mas, se ela tiver com uma dor abdominal muito forte, ela não sabe se aquilo vai virar uma cirurgia, se ela não confiar nessa instituição, se ela não entender que esse pronto socorro vai cuidar bem, para ele ter o acesso facilitado, pode ser que ele procure outro hospital... Então, nessa perspectiva a gente criou um grande projeto que começou em 2015, vai terminar somente em 2020, aonde a gente está tirando todos os gargalos da frente do paciente para facilitar a experiência dele, mas com o objetivo principal de aumentar a nossa captação de pacientes de internação, via emergência, e não captar de forma equivocada sem protocolos, mas aumentando sempre, quanto mais pacientes eu tenho, no meio desses pacientes, vão ter pacientes,

invariavelmente, que vão precisar das suas internações. Então, esse é um grande projeto.

H5: Já na parte de agendamento de cirurgias, a gente vem melhorando muito os processos lá, e não é fácil, é uma área muito sensível, é uma área que os médicos reclamam de todos hospitais, porque tem a parte de autorização de cirurgia, e a parte de cotação de OPMs, e que as operadoras têm muita restrição, e demoram, e pedem para trocar fornecedor, e pedem para ver se o médico tira tal material... Então, esse processo é um processo muito demorado, muito crítico... E que o médico, invariavelmente, reclama bastante, pois eu posso ter cirurgias canceladas ou transferidas, neste local, se não cuidar bem dos processos. Então é uma outra área que a gente procura cuidar bastante para facilitar o acesso. Da mesma forma que eu tenho 45% entrando pelo pronto-atendimento, 55% eletivo, agendamento cirúrgico, se eu não facilitar esse acesso, o paciente não chega. Mas, já tem agendamento online, criamos o aplicativo do hospital, coisas para facilitar o acesso desse paciente às coisas do hospital.

WRS: Perfeito... Ok.

H5: Para evitar a rotatividade do corpo clínico, dos colaboradores, da enfermagem e dos administrativos. Assim, com esse foco na satisfação do cliente, da melhoria contínua, a gente acaba devolvendo isso para a ponta e fazendo com que eles fiquem motivados, a querer fazer isso cada vez melhor. Ontem mesmo, encontrei com um médico aqui nesse corredor, e o médico bastante crítico, faz muita crítica, e a gente gosta de crítica, porque só com a crítica que a gente cresce, e ele falou assim: “olha, eu tô muito satisfeito aqui no hospital, já tem mais de um ano que eu não tenho grandes problemas, coisas assim que a gente, eu tô aqui nesse hospital há quase 30 anos”... Ele traz mágoas antigas, e que ele achava que eram insolúveis, e que agora ele não têm mais problema nessa direção, e que ele percebe que ele tá numa instituição aonde existe o ganha-ganha: que ele ganha, o hospital ganha e o paciente ganha... Isso para ele é o suficiente e ele não precisa mais nada que isso, que a gente mantenha esse padrão, que ele tá feliz. Foi um depoimento importante, porque é uma pessoa muito crítica e nos dá muito feedback... Mas nessa mesma direção é porque a gente envolve muito eles, a gente vai muito ao encontro dos médicos, e dos colaboradores, e dos problemas. A gente não tem costume de deixar o assunto flutuando muito, sem ter uma conexão direta conosco. Então, tem um problema muito sério, muito grande, a gente vai logo ao encontro do colaborador, do médico, para ele entender que o foco é melhoria, o foco não é chegar lá e agora vou demitir alguém, porque aconteceu um problema muito importante com o paciente, não. O foco é melhoria, “conta pra gente o que aconteceu, explica melhor essa história”, para eu ver as nossas oportunidades, onde a gente está errando, porque o foco não pode ser quando a gente tem um erro, não pode ser a pessoa, tem que ser o processo, e normalmente há um processo, o processo está falho... Até quando tem um problema de máquina, se for ver um problema na máquina, é um processo que falhou, foi uma manutenção preventiva que não aconteceu, ou alguém que ligou na tomada errada, processo.

WRS: Exato...

H5: Focamos processos, e com isso essa maturidade dá uma confiança à pessoa de querer continuar aqui dentro dessa instituição. A gente percebe que tem um nível de satisfação, de querer fazer parte, bastante grande.

WRS: Eu ia lhe perguntar sobre isso... Você tem um índice de turnover dos funcionários hoje? Está próximo a quanto?

H5: Nós estamos falando na casa de 1/3, esse é o nosso índice. Ele pega mais essas áreas de apoio, o que também é natural, porque essas pessoas acabam rodizando muito nas instituições. Então, quando a gente pegar áreas de higiene, aquele operador que tá lá na farmácia fazendo separação dos medicamentos, dos materiais, acaba tendo uma rotatividade um pouco maior... E tem um pouco maior não só pelo fato de que essas pessoas às vezes querem um salário um pouquinho maior, então por R\$50, ele muda de emprego... Mas a gente têm muita oportunidade interna, a gente procura desenvolver muito essas pessoas, para que elas migrem, elas se tornem auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, técnico de farmácia, farmacêuticos, enfermeiros.

H5: Para avaliar os processos dos serviços médicos, de enfermagem e administrativos. Eu acho que assim, para simplificar, são certificações de qualidade, porque nas certificações de qualidade nós estamos fazendo reuniões constantes... Então vamos pegar a JCI, que é a certificação mais recente que a gente tem... Ela tem vários capítulos importantes lá, e a gente não pode cochilar, porque se a gente não mantém a conformidade conquistada há dois anos atrás...

WRS: ...exatamente.

H5: E muito menos vai conseguir fazer um upgrade, porque eles estão fazendo troca de versão constantemente... Então a gente já vai entrar numa versão nova, quando a gente for reavaliado em 2020. Então, nós precisamos estar o tempo todo reciclando esse pessoal e dessa forma a gente está avaliando quando a gente tem o capítulo, sei lá, de medicamentos... Eu tenho meia dúzia de pessoas neste capítulo de medicamentos que são um gerente de enfermagem, um coordenador da farmácia, um coordenador de enfermagem, um coordenador de suprimentos, e então, tem várias áreas multidisciplinares ali... Eles estão de olho para ver o que tá acontecendo no caminho dos medicamentos, o quê que a gente pode melhorar (fluxos, processos, evitar erros de medicação) para melhorar a recuperação do paciente com os medicamentos utilizados, várias perspectivas. Então nisso, eles estão fazendo a avaliação, monitoramento constante, e aquilo que eles enxergam como uma oportunidade de potencial, entra numa lista de oportunidades que a gente precisa resolver para manter as nossas certificações... Então, eu diria que ali ele tem sido o nosso melhor controle.

WRS: Que legal...

H5: Pelo SAC também, é outra maneira que retroalimenta isso, mas eu acho que as certificações de qualidade, elas tem um território bastante fértil para gente conseguir fazer isso.

H5: Buscar parceiros no sentido de melhorar o atendimento, prospectar ou fidelizar clientes. A gente incentiva muito o pessoal a fazer benchmark, primeira coisa. Não ache que você é o melhor no mundo e não tem ninguém fazendo melhor que você... Vai atrás, entra na internet, procura os hospitais na Europa, Estados Unidos, os vizinhos aqui, os concorrentes... O quê que o pessoal está fazendo? Já te falei um pouco da parte de internet, do site, que a gente acaba facilitando, colocando maior número de informações lá, colocando a possibilidade de a pessoa fazer um

agendamento online, de um exame, de uma consulta... Para que a gente consiga com isso, reforçar esse atendimento e prospectar novos clientes. E as redes sociais a gente acaba ficando muito de olho nas redes sociais, como oportunidade de dar visibilidade, contando coisas interessantes que a gente faz, mas também de prospectar novos clientes. Vou te dar um exemplo, que a gente fez e deu muito certo... Há uns quatro anos atrás a gente foi para o Facebook e começou a colocar “Ah, tem problemas em fazer exames laboratoriais? Nosso laboratório abre 6 horas da manhã...”, “Ah, tá com a vida corrida, nosso laboratório abre de domingo”, porque a gente abria, mas as pessoas não sabiam que abria. Então, a gente começou a fazer uma divulgação lá, e com tudo isso que a gente faz no laboratório, a gente cresce no externo, duas casas decimais por ano.

WRS: Uau...

H5: Que é isso? É visibilidade. A gente conta para os médicos também, a gente tem um boletim mensal para os médicos, onde a gente conta N novidades do hospital, pros médicos ficarem sabendo o que tá acontecendo com o hospital... Então lá também a gente reforça isso pro médico: “olha, você sabia que nosso laboratório abre às seis horas da manhã, abre aos domingos e feriados, inclusive, que a nossa endoscopia é assim, assado, tem tais exames...”. Porque esse corpo clínico está lá, na sua clínica, atendendo diversos pacientes e se eu não me fizer presente na cabeça dele... Porque o corpo clínico é aberto, então ele vem às vezes aqui, então ele não conhece o hospital... O hospital é muito grande, mesmo talvez para o médico mais fidelizado... Quando a gente fala de um cirurgião, ele não circula muito o hospital, cirurgião é centro cirúrgico, vai visitar o paciente no quarto e vai embora, às vezes vem conversar com a gente aqui na diretoria e só. Mas o resto não conhece, se você não ficar contando para ele, tudo que eu tô fazendo, o quê que o hospital faz de bom, até para os pacientes, ele não pode no consultório dele, vender melhor o HOSPITAL. Então, a gente percebe um poder muito forte aqui, nessa parte de redes sociais, os médicos também estão nas redes sociais, então a gente sabe que está atingindo clientes potenciais, e reforçando no médico a nossa imagem para ele também ofertar o HOSPITAL quando ele estiver dando pro paciente os seus exames e cirurgias para fazer.

WRS: Muito bom...

H5: Que estratégia que a gente utiliza para outras decisões como gestor. Então, a gente tem vários tipos de fóruns, montados no hospital, para a gente ter uma proximidade maior dos temas, e os temas tomarem velocidade e importância que eles precisam, a gente tem uma reunião quinzenal com os diretores e gerentes... Estejam todos ou não, essa reunião vai acontecer... A gente vai estar falando desses grandes projetos, das grandes ideias, vamos discutir um pouco, com maior profundidade, e no nível de estratégia, onde a gente vai conseguir ali uma confidencialidade, que alguns temas você quer, até para você lançar alguma coisa na frente do mercado.

H5: Nós temos, quinzenalmente a reunião só de diretores... Então numa semana a reunião só gerentes, na outra semana só diretores, na outra com os gerentes, na outra só os diretores... Justamente porque tem assuntos que a gente nem vai desdobrar inicialmente para os gerentes, enquanto a gente não conseguir um consenso com o superintendente, com o conselho de administração, para a gente

não perder de novo, essa história da novidade, não deixar vazar às vezes algum assunto importante, que a gente gostaria de sair na frente dos concorrentes.

WRS: Perfeito...

H5: Então, na hora que a gente tem a aprovação do conselho, a gente cascadeia para os gerentes, para desenvolver rapidamente o projeto, e a gente já executar. Essa é a forma que a gente faz. Nós temos um comitê executivo de qualidade, esse comitê executivo de qualidade se reúne uma vez por mês, onde a gente vai pegar as principais coisas que estão flutuando em termos de qualidade, e vai discuti-los lá. Então, vamos estar falando de quedas, vamos estar falando lá de falta de determinado material ou medicamento, uma empresa pegou fogo, o que aconteceu a uns dois, três anos, a empresa pegou fogo, o que vamos fazer de contingências pra resolver esse tipo de problema, é o comitê executivo. E por último, daí, nós temos um comitê corporativo de estratégia... Então uns assuntos assim que a gente percebe que eles vão afunilando, que eles precisam de aprovação corporativo, tem um comitê corporativo de estratégia. Lá que a gente apresenta os estudos de viabilidade de grandes projetos que a gente tem, e a hora que a gente consegue consenso deles, vai para o conselho de administração.

WRS: Muito bom.

H5: Então, acho que é dessa forma que a gente acaba fazendo todas as coisas.