

UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE

**MARKETING BOCA A BOCA EM UM HOSPITAL PRIVADO NO
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: APLICABILIDADE DA ESCALA DE BROWN.**

Thaissa de Souza Mendes

Orientadora:

Profa. Dra. Sonia Monken

São Paulo

2014

Prof. Eduardo Storopoli
Reitor da Universidade Nove de Julho

Prof. Dr. César Augusto Biancolino
Diretor do Mestrado Profissional em Administração – Gestão de Sistemas de Saúde

THAISSA DE SOUZA MENDES

**MARKETING BOCA A BOCA EM UM HOSPITAL PRIVADO NO
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: APLICABILIDADE DA ESCALA DE BROWN.**

Projeto de Dissertação apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Administração: Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração.

Orientadora: Profa. Dra. Sonia Monken

São Paulo
2014

Mendes, Thaissa de Souza.

Marketing boca a boca em um hospital privado no município de São Paulo: Aplicabilidade da escala de Brown. / Thaissa de Souza Mendes. 2014.

70 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2014.

Orientador (a): Profa. Dra. Sonia Monken.

1. Gestão de serviços de saúde. 2. Gestão estratégica. 3. Mudança organizacional. 4. Marketing de serviços.

I. Monken, Sonia. II. Título

THAISSA DE SOUZA MENDES

**MARKETING BOCA A BOCA EM UM HOSPITAL PRIVADO NO
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: APLICABILIDADE DA ESCALA DE BROWN.**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração – Gestão de Sistemas em Saúde como requisito para obtenção do título de Mestre em Administração – Gestão de Sistemas de Saúde, pela Banca Examinadora, formada por:

São Paulo, 28 de Novembro de 2014.

Presidente: Profa. Sonia Monken, Dra. – Orientadora, UNINOVE

Membro: Simone Aquino

Membro: Bellkis Romano

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por me conceder força de vontade, saúde, resistência e coragem para concluir mais esta etapa da minha vida.

À minha orientadora Profa. Dra. Sonia Monken , pela oportunidade de trabalho, parceria e orientações para o desenvolvimento deste projeto.

A minha família que mesmo de longe sempre torceram por mim.

Ao meu filho, Pedro Mendes, razão da minha vida e motivo maior de todos os meus esforços, pela paciência, compreensão e maturidade em entender a necessidade de eu ter que ficar tanto tempo longe e de ter que me dividir de forma muitas vezes injusta com pilhas de livros e papéis.

Aos amigos pela torcida e pelo encorajamento toda vez que eu pensei em desistir.

À Universidade Nove de Julho que, através da criação do mestrado profissional em gestão de saúde, me concedeu a oportunidade de aprimoramento profissional com bolsa de estudos.

À todos os professores do PMPA-GSS que ministraram as disciplinas, contribuindo para a construção do conhecimento, sem a qual não seria possível a elaboração desta dissertação.

Ao Hospital de Cirurgias Minimamente Invasivas - CECMI, cuja parceria foi fundamental para a execução deste projeto.

Aos guerreiros colegas de mestrado da turma 2013, o meu agradecimento pela convivência e pela rica troca de experiências .

Aos meus companheiros Cristiano e Camille, por acreditarem em mim simplesmente por acreditar e por estarem sempre ao meu lado de forma incondicional.

RESUMO

Os serviços de saúde estão inseridos em um ambiente que encontra-se em processo de transformação, observando-se mudanças no perfil dos clientes, com evolução tecnológica, aumento da concorrência e consequente busca pela melhoria do desempenho operacional e organizacional, tornando-se necessário a realização de alterações na estrutura das organizações a fim de tornarem-se mais adaptativas, flexíveis e voltadas aos clientes e às necessidades do mercado. Sendo assim, o processo de mudança organizacional é visto como um processo natural da existência das organizações e decorrente das ações destas à ação de forças exercidas pelo meio em que estão inseridas. O hospital, sendo um serviço de saúde com uma estrutura organizacional complexa, também necessitou aumentar a capacidade de formular e implementar estratégias para vencer os desafios de mercado e atingir seus objetivos organizacionais, a fim de garantir sua sobrevivência no segmento que operam. O aumento da competitividade e as mudanças de relacionamento entre organizações e clientes resultaram na necessidade da existência de um diferencial de mercado, onde busca-se cada vez mais qualidade nos produtos e serviços oferecidos, sendo essencial para a organização buscar o maior nível de satisfação dos clientes, utilizando-se do marketing de serviços como ferramenta para o fortalecimento desse relacionamento, resultando na satisfação das expectativas e necessidades dos clientes e gerando o aparecimento de uma comunicação boca a boca positiva, com consequente fortalecimento da imagem da instituição e aumento da vantagem competitiva. Sendo assim, o objetivo geral deste trabalho é estimar o impacto mercadológico das estratégias de operações de serviços de um hospital em processo de mudança organizacional em sua disputa pelo mercado de assistência à saúde, através da análise das interações entre os antecedentes de comunicação boca a boca com o comprometimento, a intenção de recomendação e o comportamento de recomendação boca a boca, propostos no modelo de (T. J. Brown, Barry, Dacin, & Gunst, 2005).

Palavras-chave: Gestão de Serviços de Saúde, Gestão Estratégica, Mudança Organizacional, Marketing de Serviços

ABSTRACT

Health care services are provided in an environment that is currently changing. For instance, health care providers must address changes in customer profile, technological advances and increased competition. As a consequence, health care providers must seek to enhance their organizational and operational output by adapting their organizational structure to fit current client and market demands. These organizational changes, therefore, can be seen as natural changes, which are influenced by the specific environment in which organizations operate. The hospital, which is a health care provider with an extremely complex organizational structure, also had to increase its capacity to create and implement strategies to overcome current market challenges in order to reach organizational goals and thrive in its respective sector. The increased competition and the changes in the relationship between clients and organizations have created the need to stand out from the competition; that is, clients expect increasingly higher quality products and services. As a consequence, it is essential to the survival of any service organization to achieve a high level of client satisfaction by employing a marketing campaign that not only strengthens the relationship between clients and organizations but also generates a positive word of mouth communication process. Therefore, the real objective of this paper is to assess the market impact that such operational and marketing strategies have on a hospital that is currently adapting its organizational structure in order to compete in its respective sector. To clarify, this assessment analyzes the interactions between the determinants of positive word of mouth communication, client loyalty, the intention to recommend the services to others and the actual consumer recommendation behaviour proposed by Brown et al. (2005).

Key words: Health Services Management, Strategic Management, Organizational Change, and Services Marketing.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	11
LISTA DE TABELAS.....	12
LISTA DE FIGURAS.....	13
LISTA DE ANEXOS.....	14
1. INTRODUÇÃO.....	15
1.1. Apresentação.....	15
1.2. Formulação Problema.....	18
1.3. Questão Principal de Pesquisa.....	20
1.4. Objetivos da Pesquisa.....	21
1.5. Relevância do Tema e Justificativa.....	21
1.6. Estrutura da Dissertação.....	22
1.6.1 Revisão teórica sobre os principais tópicos do trabalho.....	22
1.6.2 Procedimentos metodológicos.....	23
1.6.3 Análise e Interpretação dos Resultados.....	23
1.6.4 Proposições para a prática profissional e sugestões para futuras pesquisas.....	23
1.6.5 Conclusões e recomendações.....	23
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
2.1. O Setor de Saúde.....	24
2.1.1 O panorama de saúde no Brasil: aspectos gerais.....	24
2.1.2 Os hospitais e o setor de saúde.....	25
2.1.2.1 A rede hospitalar privada.....	27
2.2. Gestão Estratégica de Serviços.....	30
2.2.1 Estratégia e gestão estratégica.....	30
2.2.2 Gestão de serviços hospitalares.....	32
2.3. Concorrência e Competitividade Hospitalar.....	34
2.4. Processo de Mudança Organizacional.....	37
2.5. Estratégias de Mercado: Marketing de Serviços.....	38
2.5.1 Marketing de relacionamento e o marketing boca a boca.....	40
3. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO.....	44
3.1. Local do Estudo.....	44

3.2.	Fase I: Pesquisa Exploratória.....	46
3.3.	Fase II: Abordagem Quantitativa Descritiva.....	48
4.	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	48
5.	PROPOSIÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL E SUGESTÕES PARA FUTURAS PESQUISAS.....	52
6.	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	52
6.1	Considerações Finais.....	52
6.2	Limitações da Pesquisa.....	53
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PIB: Produto Interno Bruto

OMS: Organização Mundial de Saúde

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

PSF: Programa de Saúde da Família

MS: Ministério da Saúde

ANS: Agência Nacional de Saúde

ANAHP: Agência Nacional de Hospitais Privados

AFE: Análise Fatorial Exploratória

IAPS: Instituto de Aposentadorias e Pensões

INPS: Instituto Nacional de Previdência Social

VO: Variável Observável

VL: Variável Latente

CECMI: Centro Especializado em Cirurgias Minimamente Invasivas

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Resultados dos coeficientes verificados no estudo.....	50
--	----

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 -Número de beneficiários de planos de saúde.....	29
FIGURA 2 - Participação das despesas assistenciais por destino.....	30
FIGURA 3 - Modelo de equações estruturais – diagrama de caminhos.....	49

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – - Instrumento de pesquisa adaptado de Brown, T.J, Barry, T.E, Dancin, P.A and Gunst, R.F. (2005).....	67
--	----

1. INTRODUÇÃO

1.1. Apresentação

O atual momento da economia marcado por constantes mudanças é caracterizado por transformações que envolvem as evoluções sociais, a revolução tecnológica e as alterações no perfil dos clientes, com aumento da concorrência e consequente busca pela melhoria do desempenho operacional e organizacional.

Neste contexto, os serviços de saúde vem sendo influenciados da mesma forma que as demais organizações prestadoras de serviços, que para acompanhar as mudanças estratégicas que acontecem de forma globalizada, necessitam realizar alterações em sua estrutura a fim de tornarem-se mais adaptativas, flexíveis e voltadas aos clientes e às necessidades do mercado.

Zampini & Toledo (2012) observam que essas alterações no ambiente de atuação das organizações, tanto externo quanto interno, só podem ser acompanhadas com a busca pelo melhoramento contínuo como meio para o aumento da competitividade e sobrevivência sustentável e entre as formas de melhoria está a reestruturação organizacional, entendida como o redesenho das estruturas organizacionais.

Da mesma forma, Lopes, Stadler, & Kovaleski (2009), evocam a questão de alteração no contexto do ambiente empresarial, como sendo a mudança organizacional, também denominada reestruturação organizacional, que segundo os autores pode significar uma alteração de posição no mercado em que a organização está inserida, mudança em sua função social, modificação em seu direcionamento estratégico, com uma possível alteração em sua missão ou mudança em sua cultura, com reavaliação de seus valores e práticas em diferentes níveis de autoridade e responsabilidade, onde é tida como um processo natural da existência das organizações e decorrente das ações destas à ação de forças exercidas pelo meio em que estão inseridas, englobando avanços nas áreas científicas e tecnológicas, além das alterações nos processos de trabalho e na gestão de pessoas.

Segundo Pereira (2000), todas as organizações, bem como seus ambientes, estão continuamente em mudança, podendo elas próprias redefinir, mudar e influenciar seu ambiente em causa própria, onde o processo de mudança é como se fosse um processo de aprendizagem, em que a organização está ininterruptamente reavaliando seus processos para detectar os pontos de acertos e os pontos em que foram cometidos desvios.

O hospital, sendo um serviço de saúde, segundo Senhoras (2007), possui um modelo estrutural que está entre os mais complexos da sociedade moderna, posto que ao longo da história foram levados a desempenhar funções diferentes, cada vez mais complexas e divergentes na relação entre oferta de serviços médicos aos seres humanos e a gestão administrativa dos seus recursos. Antigamente, os hospitais em nada se diferenciavam das prisões e quartéis e funcionavam como asilo e local de depósito de indigentes e doentes. Hoje, devido a necessidade de cumprir com as exigências do mercado, além de agregar um conjunto de serviços de clínicas, hotel, restaurante, farmácia, lavanderia, laboratório, entre outros, a organização hospitalar moderna envolve ainda um grande número de especialidades e especialistas, possui tecnologias que variam desde as mais simples (estufas) até as mais sofisticadas (tomógrafo e ressonância magnética) com uma clientela ampla, que demanda serviços de diferentes complexidades e especialidades (Picchiai, 2005), necessitando de formas alternativas de gerenciamento em saúde, procurando-se assim a criação de uma nova arquitetura organizacional para buscar vantagem competitiva num mundo incerto, onde executivos gerentes e funcionários mudam a forma da organização sempre que precisam adequar-se ao ambiente externo (Ruthes & Cunha, 2007).

As percepções a respeito dos processos de mudanças em um hospital são muito variadas, o que é altamente explicável e compreensível, dada a sua complexidade (Picchiai, 2005). O hospital moderno é uma organização completa e complexa, que incorpora o avanço constante dos conhecimentos, de aptidões, da tecnologia médica e dos aspectos finais desta tecnologia representados pelas instalações e equipamentos (Ruthes, 2000).

O crescimento dessas organizações em tamanho e complexidade estrutural exigiu das mesmas uma maior capacidade de formular e implementar estratégias para vencer os desafios de mercado e atingir seus objetivos organizacionais.

Para Hansen & Guimarães (2009), a estratégia é o alicerce que fortalece as organizações para o atingimento de suas metas, interagindo com os fatores externos que vão surgindo, assegurando que os objetivos principais da empresa sejam atingidos.

Assim, implementar as estratégias propostas, na maioria das vezes, requer mudanças organizacionais, tecnológicas e comportamentais que afetam os indivíduos, clientes, o mercado e a própria organização num processo cíclico de mudanças.

Adotar estratégias de mudança que obtenham sucesso envolve compreender aspectos do ambiente, dos indivíduos e da organização como um todo. Desta forma, identificar variáveis do contexto que estariam provocando as mudanças, sejam contínuas ou

descontínuas, apresenta-se como uma vantagem para os gerenciadores da mudança, na medida em que esse conhecimento poderia permitir o manejo e a implantação da mudança, o aumento da eficácia organizacional e de sua chance de sobrevivência (Bressan, 2004).

A estratégia, neste contexto, assim como a organização e o seu ambiente, não é algo estático, acabado; ao contrário, está em contínua mudança, desempenhando a função crucial de integrar estratégia, organização e ambiente em um todo coeso, rentável e sinérgico para os agentes que estão diretamente envolvidos ou indiretamente influenciados (Camargos & Dias, 2003). Ela pode ser apresentada como um padrão de decisões que determina objetivos, propósitos, metas, políticas e planos além da escala de negócios e das regras de funcionamento da empresa (Mintzberg, Lampel, & Ghoshal, 2006).

Observa-se assim, que organizações sofrem influência e influenciam diversos agentes que compõem o ambiente em que estão inseridas e que cada vez mais os gestores sentem necessidade de entender quais são essas forças de influência e como podem interagir com os diferentes agentes, conhecidos na literatura como *stakeholders* (Boaventura, Costa, & Marques, 2007), que segundo Freeman (2010) são indivíduos ou entidades que assumem algum tipo de risco, direto ou indireto, relacionado à atividade da organização. São elas, além dos sócios, os empregados, clientes, fornecedores, credores, governo, comunidades do entorno das unidades operacionais, entre outras, ou seja, os *stakeholders* são todos os envolvidos na cadeia produtiva de uma organização.

Um estudo feito por Gonçalves, Boaventura, Costa, & Fischmann (2008) realizado no Estado de São Paulo, após a análise de depoimentos de especialistas na área hospitalar, descreve como principais *stakeholders*:

- ✓ Usuários (pacientes) dos serviços hospitalares, que podem ser classificados em:
 - a) Os que utilizam os hospitais públicos e privados por intermédio do SUS;
 - b) Usuários de hospitais privados por intermédio da saúde suplementar;
- ✓ Saúde Suplementar: Formada pelas operadoras de convênios médicos que contemplam as companhias seguradoras (seguros-saúde), bem como pelas empresas responsáveis por planos de saúde (empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas e autogestão). O principal interesse em relação ao setor hospitalar é a compra dos serviços para uso dos conveniados. A saúde suplementar praticamente financia o setor hospitalar privado, constituindo-se em sua principal fonte de receita;
- ✓ Ministério da Saúde;
- ✓ Sistema Único de Saúde (SUS);

- ✓ Concorrentes;
- ✓ Médicos;
- ✓ Indústria de Equipamentos Hospitalares;
- ✓ Indústria Farmacêutica;
- ✓ Indústria de Material Médico Hospitalar.

Segundo Colucci, (2013), por possuírem sua maior área de atuação na atenção terciária, as tecnologias têm um papel fundamental nas estratégias de mercado do hospital, tornando-se importante avaliar suas estratégias de relacionamento, em especial com os *stakeholders* fornecedores de equipamentos e medicamentos, pois estes podem não apenas entregar produtos/serviços, mas um agregado tecnológico que contribui para proporcionar melhores soluções no atendimento prestado em saúde, com aumento ou redução de custos.

Em um estudo feito por Hansen & Guimarães (2009) no setor hospitalar, foi apresentada a grande complexidade das relações de um hospital como uma das principais dificuldades na formação da estratégia organizacional devido ao grande número de agentes envolvidos, das diferenças existentes e do elevado grau de formação e conhecimento técnico dos mesmos, o que gera uma dependência do hospital em relação a esses. Sendo assim, os *stakeholders* fazem parte de toda a organização e podem influenciar tanto na tomada de decisão quanto na elaboração estratégica organizacional, devendo a empresa entender e saber gerenciar as relações desses elementos na tentativa de se obter o sucesso de seus objetivos, estabelecendo quais são os *stakeholders* mais importantes para a empresa, procurando a satisfação e atendendo às suas expectativas da melhor maneira possível.

1.2. Formulação do Problema

Com o envelhecimento da população, aumento da expectativa de vida e da maior incidência de doenças crônicas surgem novas demandas relacionadas aos cuidados em saúde, levando à necessidade dos hospitais investirem no aprimoramento de seus sistemas, políticas e ofertas de serviços, onde as demandas por serviços de saúde são crescentes e empregam elevados contingentes de recursos humanos, em um cenário de enfrentamento dos concorrentes de mercado, que podem ser encarados como fator positivo para a melhoria da qualidade dos serviços prestados, com controle de custos e maior satisfação dos clientes.

A globalização da economia gerou o aumento da competitividade o que resultou na necessidade de um diferencial no mercado para garantir a sobrevivência das empresas no

segmento em que operam. Neste ambiente, os clientes buscam cada vez mais qualidade nos produtos e serviços oferecidos o que é de grande importância para a empresa, pois quanto maior o nível de satisfação dos clientes maior será sua fidelização junto à empresa e menor será o risco de perdê-los para concorrência (Prado, Prado Filho, Santos, & Silva, 2010).

A manutenção de clientes requer que ações gerenciais interligadas e estratégias organizacionais sejam implementadas ao longo do tempo para que se desenvolvam e aprimorem os relacionamentos com clientes ao mesmo tempo em que a eficiência organizacional é incrementada, onde as organizações poderão desenvolver ações gerenciais mais apropriadas e aproveitar tecnologias mais eficientes para reduzir a tensão interna, melhorar sua performance financeira e aumentar principalmente a satisfação do cliente (Prado *et al.*, 2010).

Ao longo do tempo, as empresas bem sucedidas foram deslocando seu foco de visão interna de melhoria de seus processos para a abordagem voltada para o mercado, objetivando atender as necessidades e desejos de consumidores e entregar valor superior aos seus clientes, descobrindo efetivamente que é o cliente quem determina o valor do produto ou serviço (Dominguez, 2000).

No ambiente hospitalar isso não é diferente e o hospital deve buscar excelência no atendimento e prestação de serviços, objetivando sempre a satisfação e a manutenção do cliente, seja ele paciente, acompanhante, colaborador, parceiro ou fornecedor, devendo adaptar seus serviços às suas necessidades e expectativas. Ficando satisfeito em suas necessidades e desejos, o cliente gera uma propaganda boca a boca positiva, sendo um ótimo fator para manter uma boa imagem do hospital no mercado (Aguilar & Larosa, 2005), uma boa competitividade e um bom desempenho organizacional.

Podemos chamar de desempenho organizacional o conjunto dos resultados que uma organização apresenta em um determinado período de tempo (Faria, 2012), onde umas das principais áreas para análise desse desempenho é a quantidade de *stakeholders* que a organização apresenta e as relações e os conflitos de interesses existentes entre eles (Fernandes, Fleury, & Mills, 2006). Tal desempenho é fortemente influenciado pela gestão estratégica de operações que deve levar em consideração as particularidades inerentes ao serviço e trata-se de um modelo de decisões e ações que formatam a visão de longo prazo, os objetivos e as capacidades da operação e sua contribuição para a estratégia global. É considerado o modo pelo qual são desenvolvidos os recursos das operações durante o longo prazo para criar uma vantagem competitiva sustentável para o negócio (Slack, Chambers,

Johnston, & Betts, 2008) e está menos relacionada com processos individuais e mais relacionada com o processo de transformação total, ou seja, com o negócio como um todo. Assim, está relacionado com a forma como o ambiente competitivo está mudando e com o que a operação tem de fazer a fim de atender desafios atuais e futuros (Slack & Lewis, 2009).

Diante do exposto, entra em quadro, como estratégia de mercado, segundo Colucci (2013), o chamado marketing, utilizado pelas organizações que adotam ações para o mercado, no atendimento de necessidades e desejos de clientes e pode ser definido, segundo Limeira, (2003) como:

“A função empresarial que cria continuamente valor para o cliente e gera vantagem competitiva duradoura para a empresa, por meio da gestão estratégica das variáveis controláveis de marketing: produto, preço, comunicação e distribuição.”

Desta forma, diante das tais mudanças de relacionamento entre organizações e clientes, as mudanças organizacionais necessárias para suprir as necessidades e exigências de mercado pela sobrevivência e competitividade deveriam ser feitas visando a satisfação dos clientes para que os mesmos gerem a comunicação boca a boca positiva e principalmente sua fidelização. No entanto, até que ponto as estratégias de operações de serviços de saúde nos processos de reestruturação organizacional impactam de forma direta nestes fatores? Assim, esta pesquisa está relacionada à identificação e à compreensão das estratégias utilizadas por uma organização de saúde em processo de reestruturação organizacional em sua disputa pelo mercado de assistência à saúde, a validação do boca a boca e a mensuração do impacto mercadológico causado por elas.

1.3. Questão Principal da Pesquisa

Dada a relevância da comunicação boca a boca para o marketing de serviço em organizações de saúde que visam garantir competitividade e sua manutenção no mercado, este trabalho procura responder à seguinte questão de pesquisa: As estratégias de operações de serviços em um hospital em processo de reestruturação organizacional estão conseguindo influenciar o marketing de serviços através da validação da comunicação boca a boca, com consequente fidelização do cliente?

1.4.Objetivos da Pesquisa

O objetivo geral deste trabalho é estimar o impacto mercadológico das estratégias de operações de serviços em um hospital em processo de mudança organizacional, localizado na cidade de São Paulo, através da validação da recomendação boca a boca. Como objetivos específicos destacam-se:

- a) Pesquisar sobre mudança organizacional , marketing de serviços e comunicação boca a boca;
- b) Pesquisar sobre necessidades e satisfação do cliente de serviço de saúde;
- c) Avaliar o relacionamento entre o comprometimento, satisfação no atendimento e identificação com a organização com os comportamentos de comunicação boca a boca e com o processo de fidelização do cliente.

1.5. Relevância do Tema e Justificativa

Administrar uma organização hospitalar torna-se cada vez mais um desafio, devendo o gestor realizar uma administração mais profissional e especializada, a fim de detectar as necessidades não satisfeitas dos consumidores de saúde, procurando suprir suas necessidades e demandas, entendendo que o hospital contemporâneo deve adequar suas estratégias de gestão para melhor aproveitar as oportunidades de mercado e conseguir satisfazer e fidelizar seus clientes (Cunha, 1994).

Assim, para se garantir a liderança no mercado, garantindo a vantagem competitiva da organização, deve-se compreender as necessidades de seus clientes, utilizando-se da inovação e qualidade dos serviços e atendimentos para se atingir os objetivos e um melhor desempenho organizacional.

Colucci (2013) considerou que as estratégias dos hospitais são desenvolvidas a partir das avaliações do ambiente externo e interno podendo combinar fatores como o perfil da população, o valor percebido pelos clientes e usuários, a intensidade e o perfil da concorrência, as influências com os relacionamentos com os fornecedores, o grau de dificuldade relacionada à entrada de novos concorrentes ou o surgimento de conceitos substitutos aos ofertados pela organização, além da influência de macro fatores (economia, legislação, tecnologia, política, demografia, cultura e sociais).

Deste modo, a compreensão das estratégias de mercado utilizadas em um processo de reestruturação organizacional dá ao gestor, ainda segundo o autor, um embasamento para a tomada de decisões e o enfrentamento da concorrência pela escolha da estratégia de gestão, levando em consideração o controle de custos, diferenciação em produtos/serviços, cobertura de mercado, comunicação e relacionamento com clientes e nicho de mercado.

Colucci (2013) também ressalta a importância da compreensão de como as empresas respondem aos desafios de mercado e restrições ambientais, além do desenvolvimento do modelo de condução de empresas em ambientes que apresentam novos desafios competitivos, podendo as práticas acima citadas serem úteis ao desenvolvimento e aprimoramento de propostas sobre gestão hospitalar.

1.6. Estrutura da Dissertação

Quanto à estrutura, além da introdução apresentada, a dissertação está dividida nos seguintes tópicos:

1.6.1. Revisão teórica sobre os principais tópicos do trabalho.

1.6.1.1 O Setor de Saúde

Esta sessão abordará o panorama da saúde no Brasil e seus aspectos gerais e o papel dos hospitais dentro do setor de saúde, com a caracterização e evolução da rede hospitalar privada.

1.6.1.2 Gestão Estratégica de Serviços

Definição dos principais conceitos sobre estratégias, gestão estratégica e a gestão de serviços hospitalares sob a ótica administrativa.

1.6.1.3 Concorrência e Competitividade Hospitalar

Neste item é abordada a concorrência e competitividade hospitalar, onde serão apresentadas referências sobre a caracterização da concorrência entre as organizações e ações adotadas diante dos competidores.

1.6.1.4. Processo de Mudança Organizacional

Este tópico abordará o processo de mudança organizacional, onde serão apresentadas as características, o curso e os enfrentamentos encontrados pelos gestores e pela organização.

1.6.1.4 Estratégias de Mercado: Marketing de Serviços

Nesta sessão serão destacadas a importância do Marketing e suas estratégias em serviços de saúde e sua ligação com a comunicação boca a boca.

1.6.2. Procedimentos metodológicos

Será apresentado neste item quais os métodos e estratégias utilizados para o desenvolvimento da pesquisa com ênfase para elucidar a questão principal de pesquisa.

1.6.3. Análise e interpretação dos resultados

Apresentação dos resultados obtidos após a execução do projeto associando com uma discussão baseada na literatura pertinente.

1.6.4. Proposições para a prática profissional e sugestões para futuras pesquisas

Nesta etapa, será dada a relevância do estudo como contribuição para a prática profissional, a fim de que os métodos e resultados obtidos com o trabalho possam ser replicados por outras instituições de saúde, bem como sugestões para estudos complementares sobre o tema.

1.6.5. Conclusões e recomendações da pesquisa

Após a comparação com outros trabalhos, esta seção aborda a relevância dos achados da pesquisa desenvolvida, respondendo aos objetivos gerais e específicos, associados à questão de pesquisa.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo a fundamentação teórica do estudo é apresentada. Trata-se da revisão da literatura realizada ao longo da pesquisa, servindo como suporte conceitual ao tema

abordado. O referencial fundamenta-se nos seguintes pólos teóricos: o setor de saúde, gestão estratégica de serviços e marketing de serviços.

2.1. O Setor de Saúde

2.1.1. O panorama da saúde no Brasil: aspectos gerais

O Brasil é um país grandes extensões e complexo nas suas formações socioculturais que vem passando por diversas transformações econômicas e ambientais, apresentando diferenças regionais marcantes, onde regiões ricas contrastam com regiões pobres e a disponibilização de meios para a melhor condição de saúde das pessoas, tanto por meio de programas governamentais, como por meio de programas privados (com, ou sem fins lucrativos) torna-se um grande desafio (Colucci, 2013)

A saúde é uma das atividades econômicas mais importantes no Brasil e no mundo, representando aproximadamente 9% do Produto Interno Bruto do país (PIB), segundo estatísticas da Organização Mundial da Saúde [OMS,2011] e mais de 4,3 milhões de empregos diretos, de acordo com informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Colucci, 2013).

Desde 1989, os brasileiros têm direito à atenção à saúde gratuita, prestada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que segundo Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macinko (2012) tem a função de realizar ações de promoção de saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária, além de assegurar a continuidade do cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado e hospitalar, financiado por impostos e contribuições sociais específicas, formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, gerando uma combinação público-privada financiada sobretudo por recursos privados e dividido em três subsetores: o subsetor público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o subsetor privado, no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e, por último, o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além

de subsídios fiscais, ocasionando a descentralização do sistema e resultando na expansão do acesso aos serviços de saúde, especialmente à atenção básica, que caracterizou-se como a porta de entrada principal ao SUS, com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a Estratégia de Saúde da Família (PSF).

Segundo dados do Ministério da Saúde [MS, 2011], o SUS atende hoje mais de 190 milhões de pessoas, tendo como princípios básicos a universalidade, a integralidade e a equidade em saúde. Em contrapartida ao sistema público de saúde encontra-se o sistema de saúde suplementar, que ocupa um lugar importante na saúde nacional. De acordo com a Agência Nacional de Saúde [ANS, 2012], o percentual da população coberta por planos e seguros de assistência suplementar tem crescido, onde em setembro de 2012, haviam registradas 1.542 empresas operadoras de seguros e planos de saúde, atendendo quase 49 milhões de pessoas. Neste cenário, apesar do aumento da cobertura geral dos serviços de saúde e da diminuição das disparidades sociais e regionais, desigualdades importantes ainda permanecem, onde mesmo com o progresso geral, as disparidades sociais e econômicas continuam inaceitavelmente altas, assinalando que muito esforço ainda será necessário para melhorar as condições básicas de vida de importante parcela da população (Victora *et al.*, 2011).

2.1.2. Os hospitais e o setor de saúde

Seguindo tardiamente a tendência dos países desenvolvidos, o cenário econômico e institucional que envolve o setor de saúde no Brasil em todos os segmentos produtivos, vem sofrendo profundas transformações baseadas na lógica empresarial capitalista movida pela lógica de mercado, presente desde a constituição do complexo médico-industrial (Gadelha, 2003), que segundo o Ministério da Saúde [MS, 2011], é formado pelo conjunto de setores que desenvolvem atividades produtivas no campo da saúde relativas às atividades de pesquisa, desenvolvimento e inovação, produção, compra e venda de insumos de saúde, de serviços, conhecimento e tecnologia.

Segundo Gadelha (2003), apresentando uma visão abrangente da cadeia de valor em saúde, trata-se de um conjunto selecionado de atividades produtivas que mantêm relações intersetoriais de compra e venda de bens e serviços (sendo captadas, por exemplo, nas

matrizes de insumo-produto nas contas nacionais) e/ou de conhecimentos e tecnologias, e pode ser categorizado em três grupos de atividades: indústria de base química e biotecnológica – incluem as indústrias farmacêuticas, de vacinas, hemoderivados e reagentes para diagnóstico –; indústria de base mecânica, eletrônica e de materiais – inclui as indústrias de equipamentos e instrumentos mecânicos e eletrônicos, órteses, próteses e materiais de consumo, e prestador de serviços – inclui as organizações que desenvolvem atividades de prestação de serviços hospitalares, ambulatoriais, de serviços de diagnóstico e terapêutico. Neste contexto, Pedroso (2010), na tentativa de melhor compreender as atividades envolvidas no setor da saúde e adequação da teoria à realidade brasileira, apresenta um modelo de cadeia de valor caracterizada por meio de atividades (e não por participantes), permitindo maior generalização e flexibilidade de aplicação do mesmo, contribuindo para uma melhor identificação do escopo de atuação de cada organização, onde considera a cadeia constituída por nove elos, seis verticais (Desenvolvimento de conhecimento; Fornecimento de produtos e tecnologia; Serviços de saúde; Intermediação financeira; Financiamento da saúde, e Consumo) e três horizontais (Serviços de apoio e complementares; Distribuição de produtos de saúde, e Regulação de saúde), representando a cadeia de valor do setor de saúde no Brasil. Quatro fluxos – inovação e conhecimento, produtos e serviços, financeiro e informação – contemplam uma visão integrada das principais variáveis de gestão de uma cadeia de valor.

Como parte integrante do setor de saúde, atualmente, a organização hospitalar é vista como uma das mais complexas devido à amplitude de sua missão e por apresentar uma equipe multidisciplinar com elevado grau de autonomia que presta assistência à saúde de forma preventiva, curativa e reabilitadora em regime de internação, utilizando-se de forma crescente de tecnologia de ponta em sua rotina, onde segundo Mintzberg (1995), é caracterizada por ser uma burocracia profissional do ponto de vista estrutural, em que o setor operacional tem importância, traciona e concentra o poder na organização, tendo como mecanismo de controle a padronização das habilidades, realizadas por órgãos fiscalizadores externos das diversas categorias profissionais, conferindo-lhe assim, autonomia e independência da gerência estratégica, pois suas habilidades profissionais são definidas fora das organizações, estando o estado da arte atribuído às próprias corporações que desenvolvem seu trabalho no hospital.

O setor de saúde faz parte de um amplo sistema, condicionado por variáveis políticas, sociais e econômicas, determinando maior ou menor eficácia no planejamento e administração do setor de saúde do país, influenciando no risco econômico-financeiro das organizações hospitalares (Marracini, 2002), em que tanto organizações públicas quanto

privadas estão inseridas em um ambiente complexo e singular que as condiciona a um funcionamento inadequado diante da lógica da acumulação lucrativa dos mercados, pois, independentemente de sua natureza, ambas estão subordinadas a princípios éticos e legais que normatizam o setor de saúde e às políticas governamentais, que colocam os hospitais frente a uma diversidade de interesses divergentes (Júnior & Vieira, 2002)

Colocando em análise o cenário brasileiro, observa-se que o mesmo encontra-se no meio de importantes mudanças demográficas, de rápido envelhecimento da população e mudanças no estilo de vida com grandes impactos em seu perfil epidemiológico, em que o atual modelo de saúde é ainda muito centrado em hospitais, com atendimento focado principalmente nos cuidados com as doenças e altos custos. No entanto, essas mudanças ocasionadas pelo aumento da expectativa de vida, diminuição da morbimortalidade, com a menor incidência de doenças agudas e de origem infecciosa, e o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, que em conjunto com a evolução tecnológica levam a desconcentração das ações na assistência hospitalar, com consequente aumento de ações em promoção, prevenção e tratamentos ambulatoriais necessários, traz a necessidade aos gestores hospitalares de ficarem atentos a tais mudanças no seu ambiente de atuação a fim de realizar a reavaliação de suas estratégias de mercado e modelos assistenciais, para permanecerem competitivos (Braga Neto *et al.*, 2012), garantindo a prestação dos serviços de suas organizações de saúde.

2.1.2.1. A rede hospitalar privada

A origem do setor privado em saúde no Brasil está associada, de um lado, à medicina liberal, e, de outro, à atenção médica das entidades beneficentes e filantrópicas, em geral, pertencentes a instituições religiosas. A rede hospitalar privada, em meados dos anos 50, era superior à rede pública existente nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e nos hospitais do Ministério da Saúde, dos estados e dos municípios, funcionando basicamente na estruturadas Santas Casas de Misericórdia (Médici, 2013).

Na década de 60, com o golpe militar, ocorre a unificação dos IAPs, sendo criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que representou a extensão da cobertura da assistência médica a todos os empregados formais e aos autônomos e empregadores que

contribuíssem para a previdência, provocando um crescimento da demanda por serviços médicos em proporções muito superiores à capacidade de atendimento disponível nos hospitais e ambulatórios existentes nos antigos IAPs, fazendo-se necessário a expansão, em larga escala, dos contratos, credenciamentos e convênios junto à rede privada de serviços de saúde então existente, tornando-se um marco na mudança da política governamental que passa a ser favorável à utilização da rede privada na prestação de serviços públicos de saúde (Médici, 2013).

Segundo Médici (2013), nos anos 80, o setor privado de saúde no Brasil teve modificações em sua estrutura, com ampliação do escopo no volume e na qualidade da assistência médica prestada à população, ocasionado pelo aumento das "classes médias" da população, pela relativa intensificação das relações de formalização do mercado de trabalho, pelo deslocamento de capitais privados para o setor e pela perda de qualidade da atenção médica oferecida pelo setor público, criando insatisfação crescente entre as classes médias, os trabalhadores formais e as empresas, com consequente falência do modelo estatal-privatista de assistência à saúde, surgindo um novo modelo caracterizado pela presença de formas de organização da atenção médica autônomas em relação ao setor público, formado por serviços administrados pelas próprias empresas e serviços delegados à organizações gestoras de planos de saúde - cooperativas médicas, empresas de medicina de grupo ou instituições gestoras de seguro-saúde.

Hoje, o mercado privado de saúde no Brasil, segundo a Agência Nacional de Hospitais Privados [ANAHP, 2014], ainda está em fase de consolidação, com grandes operadoras de planos de saúde ganhando maior representatividade e com a entrada de grandes grupos internacionais no país, afetando assim a concorrência no mercado de venda de planos de saúde e no de compra de serviços médico-hospitalares. No ano de 2013 o número de beneficiários de planos de saúde cresceu 4,6%, adicionando 2,2 milhões de novos usuários ao mercado (Figura 1), valor correspondente ao maior volume desde dezembro de 2010, fazendo-se necessário o investimento em infraestrutura e eficiência no atendimento para atender ao aumento da demanda por parte dos serviços de saúde, podendo-se observar além do maior volume de usuários, do envelhecimento da população e do aumento da incidência de doenças crônicas, a inclusão das classes C e D na população coberta por planos de saúde, resultando em um consequente aumento no consumo de serviços de saúde e na complexidade dos casos atendidos.

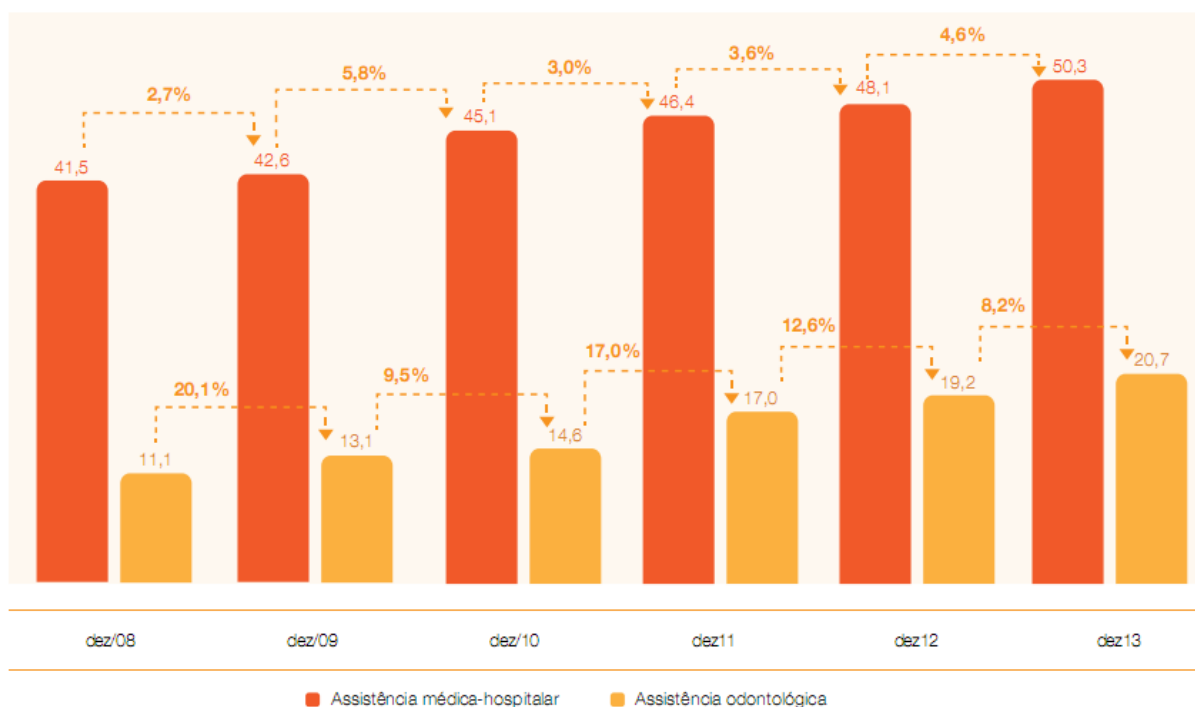


Figura 1. Número de beneficiários de planos de saúde

Fonte: Anahp (2014).

De acordo com Agência Nacional de Saúde [ANS,2013], 1.653 hospitais gerais no Brasil atendem aos planos privados de saúde, distribuídos em 71 unidades na Região Norte, 225 no Nordeste, 772 no Sudeste (sendo 367 no estado de São Paulo), 421 no Sul e 164 no Centro-Oeste. As internações hospitalares – com 41,8% do total –, são as maiores despesas assistenciais das operadoras (médico-hospitalares) de planos privados de saúde (Figura 2).

Essas instituições vêm realizando significativos investimentos, principalmente em ampliação e modernização das suas instalações, além de capacitação e treinamento de seus profissionais; renovação e atualização da tecnologia da informação; aquisição de imóveis para a ampliação das áreas dos hospitais; compras de equipamentos e novas tecnologias, e inovação e pesquisa e suas receitas geradas dependem de fatores como representatividade das fontes pagadoras; produtos e serviços ofertados; posicionamento tecnológico e acordos efetuados com as empresas operadoras de seguros e planos de saúde (Colucci, 2013).

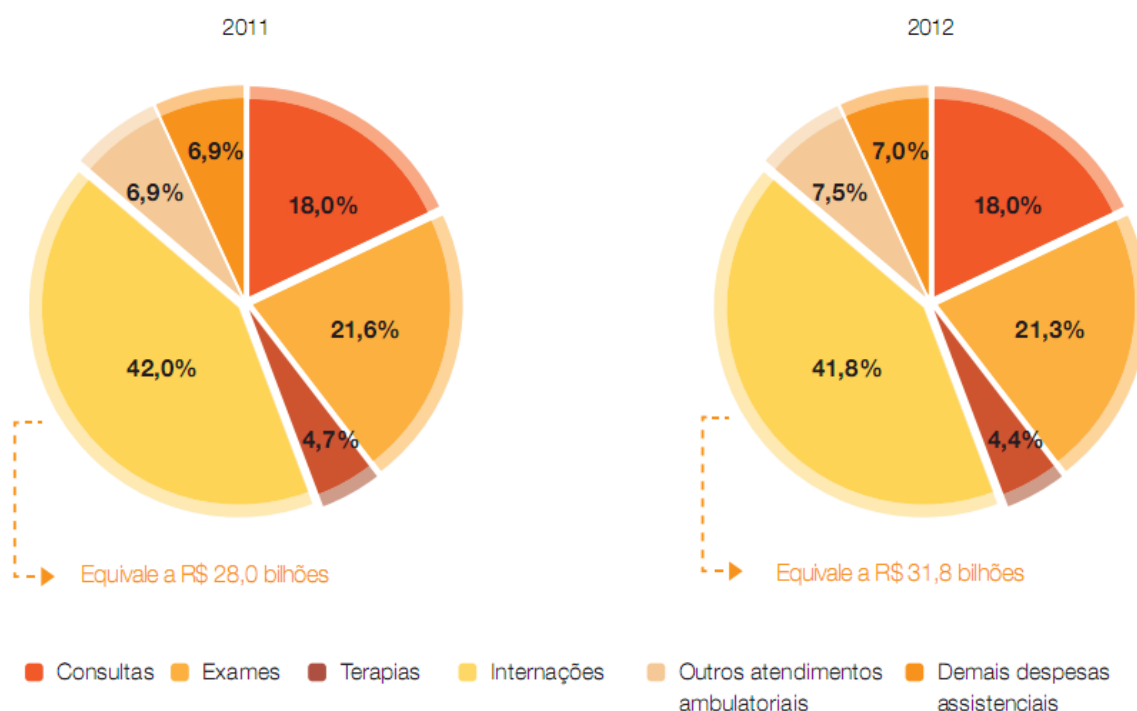


Figura 2. Participação das despesas assistenciais por destino.

Fonte: Anahp (2014).

Para Colucci (2013), considerando-se as mudanças no perfil demográfico da população brasileira, o crescimento da saúde suplementar e o crescimento nos investimentos hospitalares para atendimento de pacientes fora do SUS, fica evidente a importância da saúde suplementar no sistema de saúde brasileiro e do relacionamento dessas organizações com os segurados, médicos e hospitais.

2.2. Gestão Estratégica de Serviços

2.2.1. Estratégia e gestão estratégica

Mintzberg & Waters (1985) consideram a estratégia caracterizada por cinco pontos: (1) estratégia como plano, um conjunto de diretrizes ou tipo de ação conscientemente pretendido; (2) estratégia como pretexto, uma tática, uma manobra para superar um concorrente; (3) estratégia como padrão de uma corrente de ações; assim, a estratégia reflete

um comportamento consistente, cujos resultados podem ser pretendidos ou não; (4) estratégia como posição, que localiza a organização em seu ambiente; assim, a estratégia é uma força mediadora ou uma combinação entre organização e ambiente, ou seja, entre o contexto interno e externo; (5) estratégia como perspectiva, em que seu conteúdo reflete não somente uma posição escolhida, mas também uma maneira de perceber o mundo.

Para Mintzberg (2007), os processos básicos de formulação da estratégia são os seguintes:

- ✓ Planejamento estratégico: consiste em escolhas de posições estratégicas bem definidas de forma planejada e deliberada;
- ✓ Visão estratégica: aborda as escolhas de perspectivas estratégicas amplas de forma planejada e deliberada;
- ✓ Aprendizado estratégico: consiste em escolhas de perspectivas estratégicas amplas segundo um modelo emergente;
- ✓ Investimentos estratégicos: contempla as escolhas de posições estratégicas bem definidas segundo um modelo emergente.

Para Johnson, Scholes, & Whittington (2008), as decisões estratégicas estão associadas à direção de longo prazo da organização; ao escopo de atividades da empresa; à tentativa de obter vantagens para a organização em relação aos seus concorrentes, podendo ser entendida como uma busca de ajuste estratégico como a criação de oportunidades por meio do desenvolvimento de recursos e competências, sendo afetada não apenas pelas forças do ambiente e capacidade estratégica, mas também pelos valores e expectativas daqueles que detêm o poder dentro e em torno da organização, definindo estratégia como “a direção e o escopo de uma organização a longo prazo, que obtém vantagem em um ambiente de mudanças por meio da configuração de seus recursos e competências, com o objetivo de atender as expectativas dos *stakeholders*”.

Portanto, as organizações desenvolvem suas competências em gestão estratégica buscando a melhora do seu desempenho, contribuindo para atender diferentes objetivos e desafios, onde a gestão estratégica consiste em um conjunto de análises e decisões que resultam na alocação de recursos e na realização de mudanças que apresentam importantes impactos no desempenho da organização. Essas mudanças ocorrem ao longo do tempo e têm o intuito de atender os objetivos estratégicos da organização e de seus *stakeholders*, sendo uma das atividades organizacionais mais complexas em função de seu caráter

multidimensional, de estar apoiada em um processo decisório não completamente estruturado, por vezes baseado em informações incompletas, e cujos resultados podem afetar fortemente o desempenho e a sustentabilidade de uma organização (Pedroso, 2010).

Há diferentes elementos do contexto interno e externo que impactam a gestão estratégica das empresas. Dentre estes, destacam-se: o setor de atuação das empresas; a dinâmica do ambiente externo; a finalidade das organizações (com ou sem fins lucrativos); o porte; a localização e dispersão geográfica; o país de origem das empresas; a estrutura da propriedade acionária; os sistemas de governança adotados; o contexto sociológico dos *stakeholders*; a cultura organizacional e a estrutura de poder (Pedroso, 2010).

Para Pedroso (2010), portanto, o contexto da gestão estratégica é abordado nas análises externa e interna, na influência dos *stakeholders*, dos valores e da cultura organizacional sobre a gestão estratégica, nas interferências externas e internas durante a execução da estratégia e nas influências dos ambientes externo e interno sobre as etapas de retroalimentação e aprendizagem estratégica.

Desta forma, a gestão estratégica enfatiza a importância da estratégia para organização. Com ela os gestores tendem a desenvolver uma visão mais abrangente sobre a organização, não procurando resolver problemas de uma área específica, mas sim do ambiente organizacional como um todo (Faria, 2012).

2.2.2. Gestão de serviços hospitalares

Os serviços representam um importante papel na economia, onde este setor tem se destacado cada vez mais em países que, outrora, baseavam fortemente suas atividades produtivas na indústria manufatureira. Este fato tem causado uma verdadeira revolução em muitas organizações, que enfrentam novos desafios para se posicionar no mercado (Gonçalves, de Oliveira, & Leitão, 2006).

Os serviços possuem algumas características específicas que os diferenciam dos bens manufaturados e tais características devem ser levadas em consideração, pois esclarecem melhor a definição do que seja um serviço, trazendo implicações para sua gestão (Santos, Varvakis, & Ghoshal, 2004), assim, segundo Fitzsimmons & Fitzsimmons (2000), os bens

têm dominância do tangível e possuem propriedades físicas que podem ser sentidas, provadas e vistas antes da decisão de compra do cliente, enquanto serviços têm dominância do intangível e, portanto, não possuem propriedades que os clientes possam avaliar antes da compra.

Para Hoffman (2009), serviços são produtos intangíveis que não envolvem a posse física de um produto e sim uma experiência, uma ação ou um desempenho, sendo heterogêneos, produzido por pessoas; inseparáveis, ocorrendo por meio do contato direto entre empresa e cliente; e perecíveis, ou seja, o serviço não utilizado não pode ser reaproveitado, transformando a tentativa de equilibrar a oferta e a demanda de serviços um grande desafio para a organização.

Desta forma, considerando o serviço como uma atividade intangível e suas características de inseparabilidade e simultaneidade, o serviço não pode ser estocado e a capacidade instalada que não for utilizada por ausência de demanda, é perdida de forma definitiva (Gonçalves *et al.*, 2006).

A ampliação dos sistemas de saúde e o aumento da complexidade do atendimento tem fortalecido a importância de uma gestão mais efetiva sobre os recursos do setor e a qualidade do atendimento (Borba & Neto, 2008). Assim, os serviços de saúde possuem características que geram exigências particulares, em termos de organização e de gestão, pois eles atendem às necessidades complexas e variáveis que tem múltiplas dimensões e cuja definição varia em função da classe social e das respectivas representações da saúde, da doença e da morte; da clientela (crianças, velhos, homens e mulheres) e do tipo de problema (agudo, crônico) (Dussault, 2013).

A atividade hospitalar é registrada desde o início da civilização, tendo seus primeiros registros com as Santas Casas de Misericórdia, que eram organizações beneficentes, administradas por entidades religiosas, onde a prestação de serviços de saúde era compartilhada com a prática religiosa. Gradativamente, esse modelo assistencialista foi sendo substituído pelo previdencialista, com o fortalecimento dos processos de industrialização e o crescimento da classe assalariada, passando a empregar recursos das contribuições sociais sobre a folha de pagamentos. Acompanhando essa fase, a organização hospitalar começa a profissionalizar-se, com a adoção de gestores para sua administração. A partir da metade do século XX surge o modelo universalista visando garantir o acesso de todos à saúde, com melhor desempenho organizacional e diferenciação assistencial, onde o caráter

eminentemente social das organizações hospitalares vai dando lugar à racionalidade das empresas pertencentes à cadeia competitiva de produção (Bittencourt, 1999).

Assim, nas últimas décadas, as instituições hospitalares redefiniram suas práticas institucionais, adotando novas formas de gerenciamento, e o hospital tornou-se figura central no sistema de saúde brasileiro, prestando serviços de atendimento à população em dois tipos de hospitais: os públicos e os privados, sendo estes últimos a grande maioria. Nos dois tipos de hospitais, verificou-se, na década de noventa, um acentuado crescimento de características empresariais (Carnelutti, 2006).

Para Okazaki (2006), os hospitais sempre foram considerados o centro do sistema de saúde e também uma das organizações mais complexas da sociedade e dentro de um contexto de profundas transformações do setor de saúde, com novas modalidades assistenciais, com avanços importantes no conhecimento e na tecnologia, foram com o passar do tempo sendo confrontados com múltiplas e simultâneas demandas, impondo substantivos desafios de organização e gestão (Machado & Kuchenbecker, 2007), sendo caracterizados hoje por uma assistência médica integral, curativa e preventiva, considerado também um centro de educação, capacitação em recursos e pesquisas em saúde, desempenhando, portanto, o papel de hotel, centro de tratamento, laboratório e universidade, criando-se a necessidade do surgimento de uma nova visão integrada que compreenda os fatores externos e suas influências no mercado de atuação, bem como a interação dos diversos agentes internos, através dos processos de produção, exigindo de seus gestores o entendimento de que a organização hospitalar é como um sistema aberto, composto por diversas partes, cada qual realizando sua função, e esse todo em constante troca com o meio ambiente, transformando sua gestão em um complexo desafio.

2.3. Concorrência e Competitividade Hospitalar

Segundo Hoskisson (2009), organizações concorrentes são aquelas que competem no mesmo mercado, oferecendo produtos similares e almejando conquistar clientes similares, onde caracteriza-se rivalidade competitiva, o conjunto de ações e respostas competitivas entre essas organizações por uma posição de mercado vantajosa.

Nos serviços hospitalares, usuários, intermediadores, financiadores e médicos possuem a liberdade de optar por determinada organização, tornando-se fundamental por parte do gestor, compreender como ocorre a dinâmica competitiva entre os hospitais e as ações na disputa pelo mercado, parcerias estratégicas e a complementaridade com outras organizações de saúde.

Não imune ao processo de globalização, onde pessoas, informações, tecnologias e ideias se relacionam de forma mais intensa, atravessando cada vez mais fronteiras, o setor de saúde apresenta uma crescente competitividade com o surgimento de novas oportunidades e ameaças para as organizações envolvidas nesse cenário, onde a mudança no perfil dos consumidores, com aumento de renda dos mesmos e maior acesso à informações, além do aumento da capacitação dos médicos e a lacuna de atendimento existente no sistema público de saúde tem levado os hospitais a buscar melhores resultados, níveis mais elevados de desempenho de qualidade; a oferecer mais serviços; a ser mais eficientes; a reduzir custos, e a aprimorar suas práticas para o recrutamento de médicos. Com esse cenário, os conhecimentos e as boas práticas de gestão tornam-se fundamentais para o sucesso das organizações prestadoras de saúde (Schroth e Khawaja, 2007).

Assim, na medida em que o mundo integra os seus mercados e a competição torna-se um fenômeno em escala mundial, as instituições hospitalares necessitam observar quais fatores devem ser levados em conta para maximizar suas chances de sucesso e sobrevivência, não somente em curto prazo mas, e principalmente, em um horizonte mais distante (Carnelutti, 2006).

Segundo Langabeer II, Dellifrairie & Helton (2010), a demanda por serviços de saúde é episódica, baseada na necessidade, e a necessidade é, geralmente, imediata, implicando aos hospitais a disponibilização de seus serviços todos os dias e em tempo integral.

Para Porter & Teisberg (2007), a competição na área da saúde acontece de forma inadequada, onde a competição não está focada em entregar valor aos pacientes, havendo redundâncias, com excesso de investimentos e desperdícios de custos administrativos, ocasionando uma competição para transferir custos, aumentar o poder de negociação, a captação para incluir clientes e restringir escolhas e uma competição para reduzir custos por meio da restrição de serviços, havendo uma abordagem de intervenções ou serviços distintos e não uma abordagem das diferentes condições de saúde.

Eiriz, Barbosa e Figueiredo (2010) após um estudo feito para analisar a competitividade em hospitais de Portugal, definem competitividade como a capacidade de um hospital alcançar desempenho positivo e superior que lhe confira uma posição de vantagem competitiva, destacando três dimensões de análise: (1) organização (envolve uma caracterização da estrutura física, números relacionados às instalações, cobertura de mercado e recursos humanos no corpo clínico); (2) comportamento (envolve a compreensão dos interesses de diferentes grupos, a combinação de serviços prestados, além das relações dos hospitais com outras organizações do setor); e (3) desempenho (por meio de indicadores, objetivos, metas de desempenho, além da comparação de resultados alcançados por diferentes organizações).

Segundo Carnelutti (2006), a busca pela competitividade, que se tornou uma questão de sobrevivência para as empresas, está levando as instituições a se reorganizarem, alterando a prestação de seus serviços para formas eficientes. Entretanto, há um componente essencial na busca por competitividade: é a capacidade de criar serviços melhores, de dispor de mais tecnologia, de saber fazer coisas e saber aprender a fazer coisas novas e melhores.

Ainda segundo a autora, a competitividade pode ser definida como eficácia, pois é pela habilidade das organizações em produzir os melhores produtos que os concorrentes evidenciam a competitividade, precisando lembrar que a empresa terá que alocar, efetivamente, seus recursos tecnológicos, gerenciais, financeiros e comerciais, para atingir a eficácia e vencer a concorrência, desenvolvendo técnicas para adquirirem a tal competitividade, tendo em vista que a dominação do mercado decorre dela. Assim, se a melhor técnica conduz à competitividade, a prática mais competitiva torna-se a melhor, no conjunto daquelas utilizadas no mercado e para as que as empresas tornem-se competitivas, é importante que disponham de vantagens, as quais podem ser obtidas através de formulação e implementação de estratégias.

A concorrência no setor não é declarada como em outros ramos de atividade, talvez pela natureza do negócio e ocorre, substancialmente, na rede privada. Existe, sobretudo entre os hospitais que se encontram em melhor situação, uma preocupação em criar diferenciais que resultem em vantagens em relação a outros serviços (Gonçalves *et al.*, 2008).

No entanto, segundo Zaccarelli (1995), é necessário, também, lembrar que um fator de competitividade se transforma em uma vantagem competitiva somente quando os clientes

reconhecem uma situação diferenciada em relação aos concorrentes. É a partir do juízo de valores, dos clientes, que se definirá o que vem a ser um diferencial competitivo.

Diante do exposto, torna-se fundamental que as organizações hospitalares desenvolvam um estudo aprofundado sobre o comportamento de seus parceiros, usuários e clientes (pacientes, familiares, prestadores de serviços e fornecedores), suas necessidades e desejos, o que priorizam e comparam, como avaliam e decidem sobre diferentes ofertas, além de também estudarem a fundo seus concorrentes, a fim de manter-se a vantagem competitiva e atingir os objetivos da instituição.

2.4. Processo de Mudança Organizacional

No decorrer do último século, as mudanças no trabalho e na estrutura organizacional foram vertiginosas; a estrutura rígida e hierarquizada de outrora foi substituída pelo trabalho em equipe; os processos organizacionais tornaram-se mais dependentes da tecnologia, que por sua vez evoluiu numa velocidade ímpar (Bressan, 2004)

Atualmente, reconhece-se que as estruturas organizacionais tradicionais, extremamente rígidas, hierarquizadas e centralizadas, não têm sido mais suficientes para o alcance dos objetivos organizacionais, que se tornaram outros justamente em função das modificações do mercado, em que novos formatos organizacionais passam a ser sugeridos, com maior atenção aos fatores relacionados à arquitetura organizacional, aos fluxos dos processos de transformação e às condições necessárias à realização do trabalho em termos técnicos e comportamentais (Pereira & de Abreu, 2013).

Segundo Wood, Curado, & Campos (1994), mudança organizacional é qualquer transformação de natureza estrutural, estratégica, cultural, tecnológica, humana ou de qualquer outro componente, capaz de gerar impacto em partes ou no conjunto da organização, sendo classificadas em mudanças estruturais (organograma, funções, tarefas), estratégicas (mercado-alvo, foco), culturais (valores, estilo de liderança), tecnológicas (processos, métodos de produção) e as relacionadas com recursos humanos (pessoas, políticas de seleção e formação).

Assim, adotar estratégias de mudança que obtenham sucesso envolve compreender aspectos do ambiente, dos indivíduos e da organização como um todo. Desta forma identificar

variáveis do contexto que estariam provocando as mudanças, sejam contínuas ou descontínuas, apresenta-se como uma vantagem para os gerenciadores da mudança, na medida em que esse conhecimento poderia permitir o manejo e a implantação da mudança, o aumento da eficácia organizacional e de sua chance de sobrevivência (Bressan, 2004).

Para Zampini & Toledo (2012), alterações externas e internas do ambiente de atuação das organizações só podem ser acompanhadas com a busca pelo melhoramento contínuo como meio para o aumento da competitividade e sobrevivência sustentável, sendo a mudança organizacional uma forma de redesenhar as estruturas da organização, buscando um melhor desempenho, com melhor aproveitamento de recursos e maior participação no mercado.

2.5. Estratégias de Mercado: Marketing de Serviços

O interesse pelo marketing de serviços, particularmente nos últimos 20 anos, encontra-se ligado à importância econômica dos serviços nas economias pós-industriais. Mais ainda, à medida que se reduzem as possibilidades de diferenciação de produtos, devido ao amadurecimento dos mercados, as empresas são levadas a desenvolver vantagens competitivas centradas na oferta ampliada de serviços (Rocha & Ferreira da Silva, 2006).

O envolvimento com o marketing, direta ou indiretamente, é considerado tão forte quanto imperceptível, fazendo parte do cotidiano de vendedores, compradores propagandistas e consumidores, onde nossas transações sociais nada mais são do que trocas e estas se baseiam no conceito fundamental de marketing (Cunha, 1994).

A estratégia de marketing de serviços refere-se à posição que a empresa deseja alcançar no futuro e o que deve fazer para conseguir, considerando-se determinado ambiente de atuação. A orientação de uma empresa para o marketing depende principalmente de que o administrador e proprietário acreditem na necessidade de implantação do marketing e acredite também que a melhor forma de se obterem resultados positivos é pela satisfação de desejos e necessidades dos consumidores (Gallo & Monken, 2006).

Na visão de Kloter & Armstrong (1993), a administração de marketing é a análise do planejamento, da implementação e do controle de programas destinados a realizar as trocas desejadas com o mercado-alvo, com o propósito de atingir as metas da organização,

dependendo principalmente do planejamento da oferta da organização, em termos das necessidades e desejos desses mercados-alvos, usando de forma eficaz o preço, a comunicação e a distribuição a fim de informar, motivar e servir o mercado.

Segundo Cobra (2003), o desenvolvimento de um programa de marketing está muito ligado ao conceito de composto de marketing, baseado na classificação dos 4Ps: produto, preço, ponto de distribuição e promoção (comunicação integrada), em que o autor considera que cada produto deve estar associado a uma marca comercial. Os produtos velhos representam um grande desafio estratégico, mas é possível adotar uma estratégia de expansão de mercado (novos mercados) ou de reposicionamento de produto (novo nome, ou propaganda). Ainda é possível eliminar o produto (baixa lucratividade, volume de vendas declinante, participação de mercado declinante, tecnologia em obsolescência, declínio no ciclo de vida, baixa adaptação com os demais negócios), estratégia de colher (desinvestimento controlado quando as vendas declinam lentamente), simplificação da linha de produtos (a simplificação pode resultar em menores custos), total de investimento da linha.

Em saúde, o produto é o encontro entre o prestador de serviço e o paciente, tornando a inteligência de marketing fundamental, sendo necessários contínuos monitoramentos junto a pacientes, familiares, médicos e demais recursos humanos para indicações que sirvam ao desenvolvimento e aprimoramento de produtos. As organizações prestadoras de serviços de saúde devem contar com estratégias que possam contribuir para a maior satisfação e lealdade dos clientes, e positivo ‘boca a boca’. Porém, é importante destacar que os maiores impactos na marca e na reputação devem resultar das experiências reais dos pacientes, de parentes e conhecidos, e não simplesmente da propaganda (Colucci, 2013).

Nas organizações de saúde, a efetiva prestação de serviços tem um impacto direto na satisfação e retenção dos seus usuários, onde altos níveis de satisfação e fidelização dos consumidores são esperados da administração dos serviços de saúde. O marketing, então, será o responsável pela criação de uma cadeia de valores que passa pela acessibilidade, disponibilidade da assistência, humanização e valor agregado (Gallo & Monken, 2006).

Como já dito anteriormente, as características do ambiente organizacional e externo tem impactado profundamente sobre o ambiente interno das organizações hospitalares, pressionando-as para a adoção de uma estratégia mercadológica que contemple novas idéias, posturas e atitudes inovativas e adaptativas junto ao mercado (Cunha, 1994).

Considerando o hospital uma empresa, devemos administrá-lo como tal. Atualmente vislumbramos sua adaptação a mecanismos de mercado e utilização de estratégias empresariais que visam a otimização do seu funcionamento no qual são destacados a adoção de estratégias mercadológicas, o controle de custos, a avaliação e controle da qualidade dos serviços, a motivação e desenvolvimento de pessoal, o planejamento estratégico, a produtividade e muitos outros métodos e técnicas da nova e moderna administração, onde é fato incontestável que o paciente é o centro de todas as atenções, sendo cliente e produto do hospital, onde as estratégias de marketing deverão convergir para a satisfação e o preenchimento das suas necessidades como um todo e não isoladamente (Cunha, 1994).

A total experiência de consumo de um serviço de saúde não envolve apenas a qualidade do procedimento técnico, mas também o relacionamento entre os recursos humanos da organização e o cliente. Essa experiência deve ser pesquisada, compreendida, redesenhada e continuamente aprimorada. Uma tarefa que deve contar não apenas com as equipes assistenciais, mas também com os profissionais de marketing. Dessa forma, uma orientação de marketing pode contribuir para o melhor desempenho organizacional (Colucci, 2013).

Assim, o marketing, em suma, é a administração hospitalar através da ótica do paciente. Deste modo, a 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 do mercado. Em última análise, devem atender aos pacientes e serem organizados em favor do doente e nunca contra ele (Borba, 1985).

2.5.1. Marketing de relacionamento e o marketing boca a boca

A grande quantidade de produtos e serviços para escolha existentes no mercado e o grande número de empresas disponibilizando-os, assim como o aumento da comunicação entre os consumidores, torna necessário para as empresas manterem altos níveis de satisfação e um bom relacionamento com o cliente (Garcia, 2013), buscando a realização de um marketing mais precioso e não de massa, baseado na informação, tornando possível a individualização de produtos e serviços (Kotler & Keller, 2006).

Para Kotler (2010), o desenvolvimento da tecnologia permitiu o aumento da conectividade e da interatividade entre indivíduos e grupos, fortalecendo as relações pessoais

e as trocas de informações com consequente aumento do conhecimento dos consumidores, tornando-os mais exigentes e fazendo com que as empresas trabalhem com estratégias de marketing voltadas para o cliente, valorizando-o não apenas como comprador, mas como parceiro, potencializando o poder competitivo da organização, partindo-se do princípio que um cliente satisfeito tende menos a procurar outro fornecedor do que aquele que teve uma má experiência (Garcia, 2013).

Na literatura de marketing, o constructo satisfação é interpretado pela perspectiva da desconfirmação de expectativas, segundo a qual os consumidores são tidos como satisfeitos, quando os resultados superam as expectativas ou insatisfeitos se os resultados obtidos são inferiores às expectativas (Matos, 2011).

O marketing de relacionamento pode ser conceituado como todas as atividades de marketing para se estabelecer, desenvolver e manter relacionamentos de troca de sucesso (Morgan & Hunt, 1994). A implantação bem sucedida de um modelo de relacionamento melhora, entre outros fatores, o nível de lealdade dos clientes e amplia a retenção genuína, baseada em relacionamento sólido e constante. Como consequência, o modelo de relacionamento pode gerar também a recomendação da empresa para outros clientes em potencial, o chamado boca a boca (Costa, 2013), que pode ser positiva, elevando o serviço ou produto divulgado; e negativa, depreciando e denegrindo a imagem do produto ou serviço em questão (Coelho, 2004).

Brown *et al.* (2005) argumentam que, apesar da dualidade (positiva-negativa) da comunicação boca a boca, profissionais de marketing têm interesse em promover este comportamento nos consumidores.

Segundo Zeithaml *et al.* (2014), a medida que os relacionamentos duradouros (empresas/clientes) aumentam, os clientes fiéis se tornam responsáveis por atrair outros através desse tipo de comunicação, proporcionando também o fortalecimento da identidade compartilhada entre os mesmos, nomeado na literatura de identificação consumidor-empresa (Zylbersztejn, 2012). Para Bhattacharya *et al.* (2003), esta identificação é a responsável pela criação e manutenção de uma relação profunda, comprometida e significativa entre clientes e empresas.

Westbrook (1987) define a comunicação boca a boca como sendo uma comunicação informal direcionada a outros consumidores sobre a posse, uso, ou características de produtos ou serviços e seus vendedores/fornecedores.

Segundo Harrison-Walker (2001), o boca-a-boca é uma comunicação pessoal e informal entre um comunicador percebido como não comercial e um dado receptor, relacionada a uma marca, a um produto, a uma organização, ou a um serviço.

Para Brown *et al.* (1987), o boca-a-boca constitui um dos comportamentos mais relevantes em marketing. Esta é, em muitas situações, a maior fonte de informações que os clientes utilizam em suas decisões de compra, como ocorre, por exemplo, nos setores de cosméticos, de higiene pessoal e de perfumaria, ou de produtos que envolvem risco de grandes perdas (como os de veículos e os de cursos superiores), além de serviços como o de cabeleireiro, de advogados, de dentistas e de lanchonetes.

A comunicação boca a boca pode acontecer em situações onde o consumidor busca informações sobre um produto que ele pretende adquirir ou quando recebe reativamente opiniões e informações de alguém que tenha adquirido ou que possua alguma referência sobre um produto, onde na compra de serviços o consumidor tende a se basear ainda mais nas indicações de outras pessoas, pois os serviços são intangíveis (Costa, 2013) e tendem a ser caracterizados por atributos de experiência e credibilidade (Hoffman, Bateson, Ikeda, & Campomar, 2009, p. 105). Assim, o consumidor, antes de comprar, utiliza referências como preço, evidências (aparências) do serviço, imagem da empresa e referências de pessoas próximas, como amigos e parentes (Zeithaml, Berry, & Parasuraman, 1993), na tentativa de reduzir os riscos do processo de compra (Garcia, 2013).

Em resumo, o boca a boca captura a propensão com que o cliente irá recomendar um serviço ou produto para outro potencial cliente, indicando dimensões atitudinais e comportamentais da lealdade (Costa, 2013). No contexto de marketing, a lealdade pode ser definida como uma intenção de desempenhar um conjunto de comportamentos que sinalizem uma motivação de manter um relacionamento com a empresa em questão, incluindo alocação de mais recursos ao provedor de serviços, a recomendação por boca a boca positivo e a intenção de retorno (Sirdeshmukh, Singh, & Sabol, 2002). Apenas clientes que têm uma forte relação com uma empresa, marca, produto e/ou vendedor estão dispostos a arriscar sua reputação ao recomendar (Costa, 2013).

Segundo Garcia (2013), os fatores satisfação, lealdade e comprometimento são os principais impulsionadores do boca a boca positivo, podendo a empresa trabalhar esta atitude através da qualidade de prestação do serviço e do relacionamento ativo com o cliente.

Para Walker (1995), a credibilidade dada à comunicação boca a boca é muito maior do que as propagandas veiculadas nas mídias tradicionais, devendo-se a isso a isenção do informante no que diz respeito ao conteúdo da mensagem. Em outras palavras, o emissor da mensagem numa mídia tradicional é quem vai lucrar com a efetiva “compra” do serviço anunciado. Já um indivíduo satisfeito, que fala bem do serviço comprado, não possui nenhum interesse econômico ao indicar um profissional que o atendeu e isso traz a credibilidade nesse tipo de comunicação (Coelho, 2004).

A empresa Nielsen, uma multinacional de pesquisas de mercado, realizou no ano de 2012 um trabalho que apontou que 92% dos consumidores ao redor do mundo confiam mais nas opiniões de amigos e familiares do que em propagandas veiculadas na mídia (Nielsen, 2012), fortalecendo assim a importância dos clientes manterem-se satisfeitos, identificados e comprometidos com a empresa (Garcia, 2013).

Um estudo desenvolvido por Reichheld (2003) mostra que a medida da “disposição do cliente em recomendar positivamente uma empresa “é o melhor indicador de crescimento da empresa”, superando inclusive a medida de satisfação, vista em alguns estudos como a mais adequada para prever crescimento.

Brown *et al.* (2005) avaliaram o relacionamento entre satisfação no atendimento, identificação com a organização e comprometimento, com os comportamentos de boca a boca positivo, dividindo seu constructo em duas dimensões: a intenção de realizar a comunicação boca a boca positiva; e o comportamento de fato realizado. Como resultado, obtiveram que há um impacto positivo entre o constructo de identificação do consumidor com a empresa em ambas as dimensões da comunicação boca a boca positiva e concluíram que este tipo de comunicação já pode ser considerado uma das principais respostas aos esforços das empresas direcionados ao fortalecimento do relacionamento com o cliente, ou seja, o boca a boca pode ser considerado o teste mais fundamental de eficiência dos programas de relacionamento com o cliente (Garcia, 2013).

3. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Metodologia é uma palavra utilizada para se fazer referência a uma disciplina ou ao seu objetivo, identificando o estudo dos métodos ou os métodos utilizados em uma dada ciência, cujo objetivo é o aperfeiçoamento dos procedimentos e critérios utilizados na pesquisa científica (Martins & Teóphilo, 2009 p.37).

Para atingir os objetivos propostos neste estudo foi selecionado um Hospital de pequeno porte, localizado na cidade de São Paulo, em processo de reestruturação organizacional, onde a pesquisa desenvolvida foi dividida em duas fases a seguir descritas.

3.1. Local do Estudo

O estudo foi realizado no Centro Especializado em Cirurgias Minimamente Invasivas (CECMI), um hospital privado com fins lucrativos, em processo de reestruturação organizacional e que atende pacientes particulares e vinculados à mais de 30 empresas operadoras de seguros e planos de saúde, de diferentes perfis e planos, localizado no município de São Paulo.

Considerado um hospital pioneiro no Brasil, é inteiramente dedicado à cirurgias minimamente invasivas e procedimentos eletivos especializados.

Criado no ano de 2004, o CECMI surgiu da união de um grupo de médicos e administradores, que assumiram o Hospital Central Towers, na ocasião administrado por uma operadora de planos de saúde que atuava com uma estrutura básica de “hospital dia”, realizando cirurgias plásticas e pequenos procedimentos, transformando-o em um centro especializado, com o objetivo de disponibilizar aos médicos, pacientes e operadoras de seguros e planos de saúde um hospital de excelência em cirurgias minimamente invasivas.

Implantado em uma estrutura de 1,5 mil m², distribuído em seis andares, com 30 leitos, sendo dois de unidade de terapia intensiva, cinco salas cirúrgicas ocupadas com agendamento em bloco, 120 funcionários e mais de 500 médicos cadastrados de diversas especialidades, o CECMI realiza cerca de 600 cirurgias por mês, dentre elas:

- ✓ Ortopédicas: cirurgias vídeoassistidas de joelho e ombro;
- ✓ Ginecológicas: laparoscopia, histerectomia e histeroscopia;
- ✓ Gástricas: cirurgias bariátricas, colecistectomia e hérnias;
- ✓ Plásticas: estética e reparadora;
- ✓ Outras: urológicas, oftalmológicas e vasculares.

A opção por esse modelo de serviço surgiu pela necessidade do mercado, onde tendência na área da saúde tem apontado cada vez mais para o essencial relacionamento dos serviços de saúde com as operadoras e a evolução das cirurgias minimamente invasivas, que devem revelar em um curto espaço de tempo a inversão percentual deste tipo de procedimento, comparado aos métodos convencionais, pois tratam-se de procedimentos menos traumáticos, com menor exposição do paciente às infecções, internação por períodos mais curtos, com recuperação e retorno mais rápido à rotina diária, menor risco de complicações e redução do uso de antiinflamatórios e anestésicos no pós-operatório e cicatrizes com quadro de dor reduzido.

Na prática, este conceito traduz-se no gerenciamento dos recursos, de acordo com as necessidades específicas dos procedimentos realizados no hospital. Ou seja, ao invés de uma infraestrutura complexa - com pronto-socorro, corpo clínico próprio, grande variedade de especialidades médicas, unidades de diagnóstico e leitos - que gera mais custos para uso e ocupação, o CECMI direciona suas atividades na capacitação máxima de seu *core business*.

Assim, o CECMI oferece vantagens para todos os públicos atendidos, ao conciliar menores custos, critérios rígidos de qualidade com controles de rotinas e processos, contínua qualificação de seus profissionais e segurança técnica para equipe médica e paciente. Dentre estas vantagens, destacam-se:

- ✓ Cirurgias minimamente invasivas eletivas contribuindo para risco mínimo de infecção hospitalar;
- ✓ Custos devidamente controlados e, conseqüentemente, reduzidos;
- ✓ Procedimentos pré- estabelecidos e gerenciados, com custo racional e preço diferenciado (por pacotes);
- ✓ Curto tempo de permanência do paciente no hospital;
- ✓ Conforto e diminuição da ansiedade do paciente e de seus familiares e acompanhantes.

Mesmo privilegiando as cirurgias minimamente invasivas, a estrutura do CECMI pode absorver até 80% do atual volume de cirurgias eletivas que ocorrem em hospitais gerais, porém mantendo o diferencial de preço, com tecnologia moderna, equipe capacitada, retaguarda de médicos em plantão 24 horas e os mesmos cuidados de esterilização e conforto que os hospitais considerados de grande porte oferecem.

3.2. Fase I: Pesquisa Exploratória

Como técnica de pesquisa foi utilizado o estudo de caso, que trata-se de uma investigação empírica que pesquisa fenômenos em seu contexto real no qual não se pode manipular eventos e variáveis na busca de se apreender a totalidade de uma situação, descrevendo, compreendendo e interpretando um caso concreto (Martins & Teóphilo, 2009 p.62), especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos e onde múltiplas fontes de evidência são utilizadas (Yin, 2003). Bressan (2004) considera que o estudo de caso possibilita pesquisar inúmeros problemas da administração de difícil abordagem por outros métodos, dificilmente isolados de seu contexto na vida real.

Segundo Yin (2003), existem 4 aplicações para a técnica do estudo de caso:

- ✓ Para explicar ligações causais nas intervenções na vida real que são muito complexas para serem abordadas pelos *surveys* ou pelas estratégias experimentais;
- ✓ Para descrever o contexto da vida real no qual a intervenção ocorreu;
- ✓ Para fazer uma avaliação, ainda que de forma descritiva, da intervenção realizada; e
- ✓ Para explorar aquelas situações onde as intervenções avaliadas não possuam resultados claros e específicos.

Ainda segundo Yin (2003), com relação à validade e a qualidade desses estudos:

- ✓ Deve-se buscar a validade do construto por meio da seleção de tipos específicos de mudanças que devem ser estudadas em relação aos objetivos iniciais do estudo. Além disso, demonstrar que as medidas selecionadas a partir das mudanças realmente refletem os tipos específicos de alterações que foram selecionadas;
- ✓ A validade interna é uma preocupação apenas para estudos de casos causais. Além disso, um pesquisador poderá fazer inferências que um evento particular resultou de

alguma ocorrência anterior, com base em evidências obtidas a partir de entrevistas e documentos coletados como parte do estudo de caso;

- ✓ A validade externa do estudo de caso, tal como nos experimentos, baseia-se em generalizações analíticas. Na generalização analítica, busca-se generalizar um conjunto particular de resultados a alguma teoria mais abrangente;
- ✓ A confiabilidade em estudo de caso envolve tornar as etapas do processo o mais operacionais possíveis e conduzir a pesquisa de forma que um auditor possa repetir os procedimentos e chegar aos mesmos resultados.

Assim, nessa modalidade de pesquisa foram utilizadas a investigação histórica, acrescentada da observação direta; o levantamento bibliográfico com a finalidade de dar suporte e fundamentação teórico-metodológica ao caso estudado (Martins & Teóphilo, 2009 p.64) e a aplicação aos clientes de um instrumento de pesquisa estruturado (anexo A), baseado nas dimensões propostas por (Brown *et al.*, 2005), fundamentadas no relacionamento entre satisfação no atendimento, identificação com a organização e comprometimento, com os comportamentos da comunicação boca a boca positiva, objetivando-se coletar dados para caracterizar a instituição, medir a satisfação e o impacto mercadológico da indicação boca a boca realizado por esses clientes.

O instrumento é composto do bloco 1 contendo as variáveis de identificação relacionadas ao grupo hospitalar e do bloco 2 que envolve 4 questões referentes aos constructos do estudo, apresentados por meio de uma escala do tipo de Likert de sete pontos, que trata-se de uma escala social e de atitudes, muito utilizada nas investigações sociais e que consiste em um conjunto de itens apresentados em forma de afirmações (sendo 1 discordância total e 7 concordância total), ante os quais se pede ao sujeito que externar sua reação escolhendo, neste caso, um dos sete pontos, cada um associado a um valor numérico, de uma escala, onde a somatória desses pontos indicará uma atitude favorável ou desfavorável, em relação aquilo que está sendo medido (Martins & Teóphilo, 2009 p.96).

Foram aplicados um total de 95 questionários em uma população composta por homens e mulheres, brasileiros, clientes da instituição pesquisada, durante os meses de setembro e outubro de 2014, escolhidos de forma aleatória.

3.3. Fase II: Abordagem Quantitativa Descritiva

Na fase II, utilizou-se a abordagem quantitativa descritiva que trata-se da organização, sumarização e descrição de um conjunto de dados (Martins & Teóphilo, 2009 p.108), onde o investigador parte do conhecimento teórico existente ou de resultados empíricos anteriores, pelo que a teoria antecede o objeto de investigação, de tal forma que as hipóteses são derivadas da teoria e são formuladas com a maior independência possível em relação aos casos concretos que se estudam, sendo testadas face às novas condições empíricas e os instrumentos de recolha de dados predefinidos; idealmente, pretende-se construir uma amostra que seja representativa da população, classificando os fenômenos observados em termos de frequência e distribuição e que a análise de dados regresse às hipóteses procedendo-se à sua corroboração ou informação, com objetivo final da generalização dos resultados para a população (Duarte, 2009).

Para a análise estatística dos dados obtidos através do instrumento de pesquisa foi utilizada a ferramenta estatística de modelagem de equações estruturais, cuja função principal é a especificação e estimação de modelos de relações lineares entre variáveis, que podem ser observadas (VO) ou latentes (VL), formando um suposto padrão de relacionamentos lineares entre um conjunto de variáveis (Brei & Liberali Neto, 2006), realizada pelo programa estatístico SmartPLS, que é gratuito e pode ser obtido no site www.smartpls.de, por meio do pedido de registro do usuário (Ringle, da Silva, & Bido, 2014).

Segundo Farias & Santos (2000), esta técnica oferece ao pesquisador a possibilidade de investigar quão bem as variáveis preditoras explicam a variável dependente e, também, qual das variáveis preditoras é a mais importante.

4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

O diagrama apresentado (Figura 3) ilustra as relações propostas, bem como a magnitude dos efeitos diretos e indiretos entre as dimensões consideradas para a análise dos dados.

A construção do diagrama de caminhos possibilita por intermédio das setas indicadoras as relações entre variáveis, estabelecendo a influência e interdependência entre as mesmas (Bilich, Silva, & Ramos, 2006).

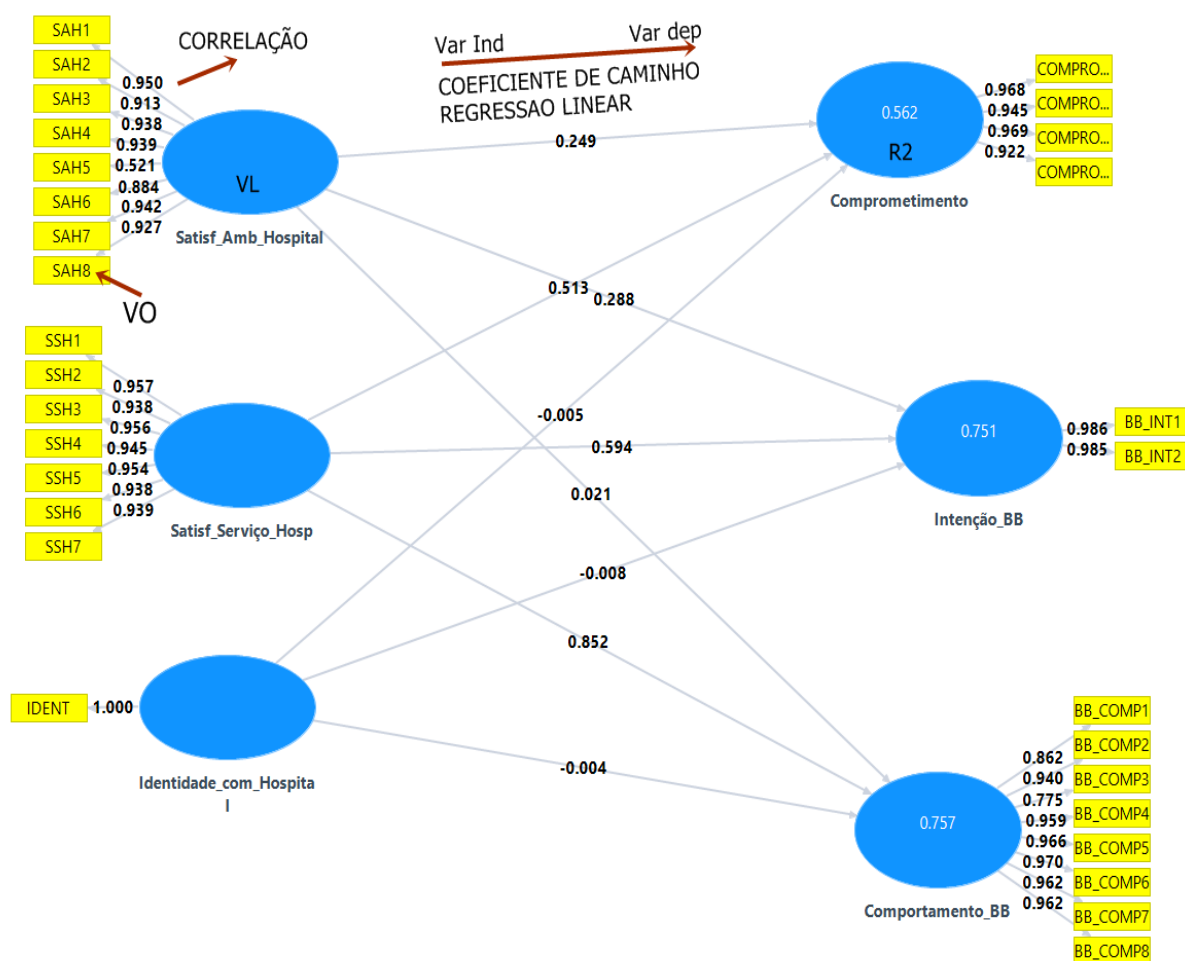


Figura 3. Modelo de equações estruturais – diagrama de caminhos

Fonte: SmartPLS – Elaborado pelo autor

Assim, a construção deste modelo de mensuração serve para especificar os construtos a serem mensurados e suas variáveis relacionadas, onde a validação destes ocorre a partir da verificação de confiabilidade e significância entre as variáveis, por intermédio da análise fatorial confirmatória, que testará os relacionamentos entre as relações e entre os indicadores - também chamados de variáveis observáveis, e seus construtos - também conhecidos como variáveis latentes (Bilich *et al.*, 2006).

Neste trabalho, o diagrama foi desenhado com base na teoria de antecedentes da recomendação do boca a boca propostos por (Brown *et al.*, 2005), apresentado anteriormente.

Tendo por base o resultado de *p-value* (Tabela 1), considerado-se um valor de significância amostral menor que 0,1 (10%), foram incluídos no estudo os construtos satisfação com o ambiente hospitalar- intenção de recomendação boca a boca, satisfação com

o serviço hospitalar-comportamento de recomendação boca a boca, satisfação com o serviço hospitalar-comprometimento e satisfação com o serviço hospitalar- intenção de recomendação boca a boca, sendo os demais construtos descartados.

	Original Sample	Sample Mean	Standard Error	T Statistics	P Values	sign
Satisf_Amb_Hospital -> Intenção_BB	0.288	0.280	0.173	1.663	0.097	p<10%
Satisf_Serviço_Hosp -> Comportamento_BB	0.852	0.862	0.194	4.398	0.000	p<1%
Satisf_Serviço_Hosp -> Comprometimento	0.513	0.520	0.219	2.344	0.019	p<5%
Satisf_Serviço_Hosp -> Intenção_BB	0.594	0.602	0.169	3.513	0.000	p<1%

Tabela 1: Resultados dos coeficientes verificados no estudo

Fonte: SmartPLS – Elaborado pelo autor

Com relação à análise dos resultados dos valores dos coeficientes de determinação (R²), que mede a proporção ou percentual da variação da variável dependente, explicada pela variável independente (Gujarati & Porter, 2011, p. 97), é possível afirma-se que:

- 56,2% da variação da variável dependente comprometimento é explicada pelas variáveis independentes;
- 75,1% da variação da variável dependente intenção de recomendação boca a boca é explicada pelas variáveis independentes;
- 75,7% da variação da variável dependente comportamento de recomendação boca a boca é explicada pelas variáveis independentes.

Assim, considerando que satisfação com o ambiente hospitalar, satisfação com o serviço hospitalar e identidade com o hospital (variáveis independentes) são antecedentes e condicionantes do comprometimento, da intenção de recomendação boca a boca e do comportamento de recomendação boca a boca (variáveis dependentes), através da análise dos resultados dos valores dos coeficientes de caminho, que estabelecem uma relação causal entre as variáveis dependentes (Ringle *et al.*, 2014), é possível afirma-se que:

- a) *O construto satisfação com o serviço hospitalar influencia positivamente o construto comportamento de recomendação boca a boca.*
- b) *O construto satisfação com o serviço hospitalar influencia positivamente o construto comprometimento.*

A satisfação do consumidor vem sendo encarada como fator crucial para o sucesso dos mais variados tipos de organizações, especialmente por influenciar diretamente a lealdade à marca, a repetição de compras, a comunicação boca a boca positiva, a lucratividade e a participação de mercado (Oliver, Rust, & Varki, 1997).

Segundo Morgan & Hunt (1994), o comprometimento é visto como a atitude de um parceiro em acreditar na relação com o outro e considerá-la tão importante que merece o máximo de esforço para ser mantida.

Brown *et al.* (2005), consideram a satisfação antecedente do comprometimento e suas pesquisas demonstraram que para o grupo de clientes de alto comprometimento, o comportamento de comunicação boca a boca favorável é menos dependente do nível de satisfação ao passo que o grupo de clientes com baixo comprometimento desenvolvem uma comunicação boca a boca favorável na medida em que eles estão mais satisfeitos. Isto é, esses últimos são mais sensíveis a variações no nível de satisfação.

Baseado-se nesta constatação, espera-se que os consumidores de alto comprometimento apresentem maior comportamento de comunicação boca a boca favorável porque o seu comportamento de boca a boca é estimulado tanto por uma situação de alta satisfação, quando esta guia a comunicação boca a boca e uma situação de baixa satisfação, quando de modo inconsciente o cliente endossa o fornecedor como uma forma de reduzir a sua dissonância cognitiva (Matos, 2009).

- c) *O construto satisfação com o serviço hospitalar influencia positivamente o construto intenção de recomendação boca a boca;*
- d) *O construto satisfação com o ambiente hospitalar influencia positivamente o construto intenção de recomendação boca a boca;*

Um estudo realizado por Hawkins, Mothersbaugh, & Best (2007), estabelece uma relação direta entre a intenção de recomendação boca a boca e a satisfação, sendo ela, um dos principais antecedentes da recomendação.

Spreng, Harrell, & Mackoy (1995) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar os impactos da satisfação e das intenções na recuperação de serviços, onde pode-se também evidenciar a satisfação/insatisfação como um fator antecedente às intenções de recomendação.

Diante disto, pode-se observar que a satisfação com o serviço hospitalar prestado emergiu como o fator mais influente sobre as variáveis dependentes, seguida da satisfação com o ambiente hospitalar que também influenciou de forma positiva a variável dependente intenção de recomendação boca a boca.

Como o presente trabalho centra-se nos elementos que levam algum agente a recomendar um serviço - neste caso uma instituição de saúde – isso significa que seu foco situa-se apenas na comunicação boca a boca positiva, descartando-se as recomendações negativas, que são normalmente originadas pela insatisfação (Abdalla, Altaf, Troccoli, & Trinta, 2012).

Portanto, espera-se que os clientes que estiverem fazendo uma comunicação boca a boca positiva sejam aqueles que apresentam alta satisfação e, com isso, estabeleçam uma relação direta entre satisfação e a atividade do boca a boca (Matos, 2009).

5. PROPOSIÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL E SUGESTÕES PARA FUTURAS PESQUISAS

O estudo proposto pretende destacar o papel do marketing de serviços, representado aqui pela recomendação boca a boca, a fim de conscientizar os gestores hospitalares com relação a percepção e o comportamento dos clientes em ambientes de mudanças organizacionais e a importância dessa prática para o planejamento e implementação de estratégias de operações de serviços visando a sobrevivência da instituição de serviços de saúde no mercado a qual está inserida.

Além disso, tal estudo pode servir de objeto para futuras pesquisas nas áreas de mercadologia em saúde e gestão hospitalar.

6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

6.1. Considerações Finais

O objetivo geral deste trabalho foi estimar o impacto mercadológico das estratégias de operações de serviços de um hospital em processo de mudança organizacional, localizado na cidade de São Paulo, que teve que se adequar às novas exigências do mercado, ampliando os serviços oferecidos aos clientes, com investimento em tecnologia, infraestrutura e capacitação

profissional, através da análise das interações entre os antecedentes de comunicação boca a boca com o comprometimento, a intenção de recomendação e o comportamento de recomendação boca a boca propostos no modelo de Brown *et al.* (2005). Para isso, valeu-se do uso da modelagem de equações estruturais com o fim de testar as hipóteses que faziam parte da modelagem da pesquisa.

Ao se analisar os construtos de forma individualizada, apesar de alguns índices terem apontado para um ajuste não satisfatório e alguns coeficientes apresentarem estimativas negativas, o que leva a crer que os entrevistados reagiram às perguntas possivelmente com respostas contraditórias ou discrepantes, a análise do modelo final apresentou um ajuste satisfatório. Contudo, para que esta afirmação seja melhor comprovada com resultados estatísticos, necessariamente novos modelos deverão ser pesquisados abordando outras variáveis na formação dos construtos.

Com base nos resultados significantes, pôde-se observar que a satisfação com os serviços prestados pelo hospital influencia de forma consistente o comprometimento do cliente perante a instituição, com a intenção de recomendar o serviço e com a recomendação boca a boca propriamente dita, impactando de forma positiva no mercado de serviços hospitalares.

Levando-se em conta que a comunicação boca a boca é uma forma eficiente de marketing de serviços, as mudanças implementadas agregaram valor à cadeia produtiva, resultando na satisfação das expectativas e necessidades dos clientes, com consequente fortalecimento da imagem da instituição e aumento da vantagem competitiva.

6.2. Limitações da Pesquisa

O caráter transversal do método é um obstáculo, pois se baseia na análise de um único momento, por força da temporalidade e dos recursos disponíveis.

Outra limitação é o aspecto não probabilístico da amostra e a não identificação geográfica dos respondentes. Fato que não permite fazer generalizações precisas para toda a população, exigindo futuros estudos com maior amplitude.

A adaptação do modelo de Brown *et al.* (2005) da indústria automobilística para a estrutura de serviço, limitou o modo de tratamento dos fatores de qualidade, utilizando-se

outras medidas e outras dimensões para explicar as variações adicionais nas intenções comportamentais, encontradas nesse estudo.

Houve a limitação na mensuração de outras variáveis sugeridas pela literatura como moderadoras do boca a boca que não puderam ser testadas. Foi constatado na literatura que Kirca, Jayachandran e Bearden (2005), Matos (2009), apresentaram as mesmas limitações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdalla, M. M., Altaf, J. G., Troccoli, I. R., & Trinta, J. L. (2012). Antecedentes da Intenção de Recomendação: uma proposição com lanchonetes do tipo fast food. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*.

Aguiar, L. C., & Larosa, M. M. A. (2005). Marketing hospitalar. *Rio de Janeiro*. Dissertação (Especialização) - Universidade Cândido Mendes.

Agência Nacional de Hospitais Privados (ANAHP) (2014) - Revista Observatório Anahp. Recuperado em 21 de junho, 2014 de <http://www.anahp.com.br/produtos/revista-observatório/observatório-anahp-2014>

Bhattacharya, C. B., & Sen, S. (2003). Consumer-company identification: a framework for understanding consumers' relationships with companies. *Journal of Marketing*, 67(2), 76–88.

Bilich, F., Silva, R. da, & Ramos, P. (2006). Análise de flexibilidade em economia da informação: modelagem de equações estruturais. *Revista de Gestão da Tecnologia e Sistemas de Informação*, 3(2), 93–122.

Bittencourt, O. N. da S. (1999). O emprego do método de custeio baseado em atividades - activity-based costing (ABC) - como instrumento de apoio à decisão na área hospitalar. In Congresso Internacional de Custos, 11 e Gestão e Congresso Argentino de Professores Universitários de Custos, 32.

Boaventura, J. M. G., Costa, B. K., & Marques, F. M. L. (2007). Análise de Stakeholders: Um Estudo no Setor Hospitalar do Estado de São Paulo. In SEMEAD, 10 - FEA Universidade de São Paulo.

Borba, W. R. (1985). Administração hospitalar: princípios básicos. CEDAS-Central São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde.

Brei, V. A., & Liberali Neto, G. (2006). O uso da técnica de modelagem em equações estruturais na área de marketing: um estudo comparativo entre publicações no Brasil e no exterior. *Revista de Administração Contemporânea*, 10(4), 131–151.

Bressan, C. L. (2004). Mudança Organizacional: uma visão gerencial. In *Seminário de Gestão de Negócios*, 1.

Bressan, F. (2004). O método do estudo de caso e seu uso em administração. *Revista Angrad*, 5(1). Brown, J. J., & Reingen, P. H. (1987). Social ties and word-of-mouth referral behavior. *Journal of Consumer Research*, 350–362.

Brown, T. J., Barry, T. E., Dacin, P. A., & Gunst, R. F. (2005). Spreading the word: Investigating antecedents of consumers' positive word-of-mouth intentions and behaviors in a retailing context. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 33(2), 123–138.

Camargos, M. de, & Dias, A. T. (2003). Estratégia, administração estratégica e estratégia corporativa: uma síntese teórica. *Caderno de Pesquisas Em Administração, São Paulo*, 10(1), 27–39.

Carnelutti, J. G. (2006). A competitividade do setor hospitalar de Cruz Alta–RS. *Santa Maria*, Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria-UFSM.

Cobra, M. (2003). Consultoria em Marketing Manual do Consultor. *São Paulo: Cobra Editora*.

Coelho, R. B. (2004). O processo de busca de informações na escolha de profissionais da área da saúde pelo consumidor. Dissertação (Especialização) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Colucci, C. (2013). Um estudo exploratório sobre as estratégias de mercado adotadas em grandes hospitais gerais privados brasileiros. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo.

Cunha, C. R. C. D. (1994). Marketing hospitalar: uma visão gerencial. Dissertação (Especialização) - Fundação Getúlio Vargas.

Da Costa, S. B. (2013). O Efeito do boca a boca no desempenho da carteira de clientes: um estudo do setor da previdência complementar privada no Brasil. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Ensino e Pesquisa - INSPER.

Da Rocha, A., & Ferreira da Silva, J. (2006). Marketing de serviços: retrospectiva e tendências. *Revista de Administração de Empresas*, 46(4), 1–9.

De Borba, G. S., & Neto, F. J. K. (2008). Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. *Saúde Sociedade*, 17(1), 44–60.

De Matos, C. A. (2011). Uma generalização empírica sobre comunicação boca a boca usando metanálise. *RAC-Revista de Administração Contemporânea*, 15(5), 877–896.

Dominguez, S. V. (2000). O valor percebido como elemento estratégico para obter a lealdade dos clientes. *Caderno de Pesquisas em Administração*, São Paulo, 7(4), 53–64.

Dussault, G. (2013). A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública*, 26(2), 8 a 19.

Faria, D. D. de. (2012, May 30). A influência de ferramentas de gestão estratégica e de stakeholders no desempenho de organizações do ramo particular de saúde do Distrito Federal. Trabalho de Conclusão de Curso - Graduação - Bacharelado - Universidade de Brasília.

Farias, S. A. de, & Santos, R. da C. (2000). Modelagem de equações estruturais e satisfação do consumidor: uma investigação teórica e prática. *Revista de Administração Contemporânea*, 4(3), 107–132.

Fernandes, H. R. B., Fleury, M. L. T., & Mills, J. (2006). Construindo o diálogo entre competência, recursos e desempenho organizacional. *Revista de Administração de Empresas*, 46(4), 1–18.

Fitzsimmons, J. A., & Fitzsimmons, M. J. (2000). Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia de informação. *Estratégia e Tecnologia de Informação*, 2.

Freeman, R. E. (2010). *Strategic Management: A Stakeholder Approach*. Cambridge University Press.

Gadelha, C. A. G. (2003). O complexo industrial da saúde ea necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência Saude Coletiva*, 8(2), 521–35.

Gallo, R., & Monken, S. F. (2006). Sistemas de informação de marketing no setor saúde: aplicabilidade do gerenciamento do relacionamento do cliente. *UNIrevista*. Centro Universitário Franciscano .

Garcia, S. M. D. (2013). Indutores de recomendação e marketing boca a boca: caso Confraria do Corpo. Trabalho de Conclusão de Curso - Graduação - Bacharelado - Universidade Federal de Rio Grande do Sul

Gonçalves, A. A., de Oliveira, M. J. F., & Leitão, A. R. (2006). Gestão de Operações em Serviços de Saúde. In Simpósio de administração produção, logística e operações internacionais, 9.

Gonçalves, P. C., Boaventura, J. M. G., Costa, B. K., & Fischmann, A. A. (2008). Stakeholders na Atividade Hospitalar: Uma investigação Setorial no Estado de São Paulo. *Revista de Administração FACES Journal*, 7(2).

Gujarati, D. N., & Porter, D. C. (2011). *Econometria Básica-5*. McGraw Hill Brasil.

Hansen, P. B., & Guimarães, F. de M. (2009). Análise da implementação de estratégia em empresa hospitalar com uso de mapas cognitivos. *Revista de Administração de Empresas*, 49(4), 434–446.

Harrison-Walker, L. J. (2001). The measurement of word-of-mouth communication and an investigation of service quality and customer commitment as potential antecedents. *Journal of Service Research*, 4(1), 60–75.

Hawkins, D., Mothersbaugh, D., & Best, R. (2007). *Comportamento do consumidor: construindo a estratégia de marketing*. 10. ed. Rio de Janeiro: Campus.

Hoffman, K. D., Bateson, J. E., Ikeda, A. A., & Campomar, M. C. (2009). *Princípios de marketing de serviços: conceitos, estratégias, casos*. Cengage Learning.

Hunt, Shelby D.; Morgan, Robert M. The Commitment-Trust Theory of Relationship Marketing. *Journal of Marketing*, 58, p. 20 - 38, 1994.

Johnson, G., Scholes, K., & Whittington, R. (2008). *Exploring corporate strategy: text & cases*. Pearson Education.

Júnior, G. D. G., & Vieira, M. M. F. (2002). Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Ciência Saúde Coletiva*, 7(2), 325–34.

Kirca, A. H., Jayachandran, S., & Bearden, W. O. (2005). Market orientation: a meta-analytic review and assessment of its antecedents and impact on performance. *Journal of Marketing*, 69(2), 24–41.

Kloter R, P., & Armstrong, G. (1993). Princípios de marketing. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil.

Kotler, P., & Keller, K. L. (2006). Administração de marketing. 10 ed. São Paulo: Prentice-Hall.

Kotler, Philip. Marketing 3.0: as forças que estão definindo o novo marketing centrado no ser humano. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

Limeira, T. M. V. (2003). Fundamentos de marketing. *Gestão de Marketing. São Paulo: Saraiva*, 01–15.

Lopes, P. C. B., Stadler, C. C., & Kovalski, J. L. (2009). Gestão da mudança organizacional. *Publicatio UEPG: Ciências Sociais Aplicadas*, 11(1).

Machado, S. P., & Kuchenbecker, R. (2007). Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*, 12(4), 871–7.

Marracini, P. (2002). *Administração Estratégica Hospitalar: um estudo de caso de hospital privado filantrópico inserido no sistema único*. Dissertação (Mestrado) - Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado.

Martins, G.A., & Theóphilo, C. R. (2009). *Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas*. Atlas.

Matos, Celso Augusto de (2009). *Comunicações boca-a-boca em marketing: uma meta-análise dos antecedentes e dos moderadores*. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Matos, Celso Augusto de (2011). *Uma generalização empírica sobre comunicação boca a boca usando metanálise (RAC - ANPAD)*

Médici, A. C. (2013). Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, 26(2), 79–a.

Mintzberg, H. (1995). *Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações*. Atlas São Paulo.

Mintzberg, H. (2007). *Tracking strategies: Toward a general theory*. Oxford University Press. Oxford, England.

Mintzberg, H., Lampel, J., & Ghoshal, S. (2006). *O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados*, 4ª. Edição, Bookman, São Paulo.

Mintzberg, H., & Waters, J. A. (1985). Of strategies, deliberate and emergent. *Strategic Management Journal*, 6(3), 257–272.

Morgan, R. M., & Hunt, S. D. (1994). The commitment-trust theory of relationship marketing. *The Journal of Marketing*, 20–38.

Okazaki, R. (2006, July 4). Identificação de ineficiências na cadeia de valor da saúde, a partir da análise da gestão de compras de quatro hospitais privados do município de São Paulo. Dissertação (Mestrado) - Fundação Getúlio Vargas.

Oliver, R. L., Rust, R. T., & Varki, S. (1997). Customer delight: foundations, findings, and managerial insight. *Journal of Retailing*, 73(3), 311–336.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. Saúde no Brasil 1: O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*. 2011;377(9779):11-31. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8.

Pedroso, M. C. (2010). *Um modelo de gestão estratégica para serviços de saúde*. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina.

Pereira, A. M., & de Abreu, A. (2013). Processo de Reestruturação Organizacional: um estudo de caso em uma organização hospitalar. In SIMPOI - Fundação Getúlio Vargas.

Pereira, M. F. (2000). Mudanças estratégicas em organizações hospitalares: uma abordagem contextual e processual. *Revista de Administração de Empresas*, 40(3), 83–96.

Picchiai, D. (2005). *Mudança em Instituições Hospitalares: Análise do Processo e Estudo da Ação do Administrador Hospitalar* (Working Paper) - Fundação Getúlio Vargas.

Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2007). *Repensando a saúde*. Bookman.

Prado, R. A. D. P. do, Prado Filho, J. R. do, Santos, A. D. dos, & Silva, M. A. da. (2010). Satisfação e fidelidade de clientes: estudo exploratório em uma rede de supermercados. In Encontro Nacional de Engenharia de Produção, 30.

Raupp, F. M., & Beuren, I. M. (2003). Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais. *Como Elaborar Trabalhos Monográficos Em Contabilidade: Teoria e Prática*, 3, 76–97.

Reichheld, F. F. *Estratégia de lealdade: a força invisível que mantém clientes e funcionários e sustenta crescimento, lucros e valor*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

Ringle, C. M., da Silva, D., & Bido, D. de S. (2014). Modelagem de Equações Estruturais com Utilização do Smartpls. *Revista Brasileira de Marketing*, 13(2), 54–71.

Ruthes, R. M. (2000). Gestão para o terceiro setor na instituição hospitalar: proposta de marketing. *Gestão Para O Terceiro Setor Na Instituição Hospitalar: Proposta de Marketing*.

Ruthes, R. M., & Cunha, I. (2007). Os desafios da administração hospitalar na atualidade. *Revista de Administração Em Saúde*, 9(35).

Santos, L. C., Varvakis, G., & Ghoshal, C. F. (2004). Por que a estratégia de operações de serviços deveria ser diferente? Em busca de um modelo conceitual. In Encontro Nacional de Engenharia de Produção, 24.

Senhoras, E. M. (2007). A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem. *RECIIS*, 1(1).

Sirdeshmukh, D., Singh, J., & Sabol, B. (2002). Consumer trust, value, and loyalty in relational exchanges. *Journal of Marketing*, 66(1), 15–37.

Slack, N., Chambers, S., Johnston, R., & Betts, A. (2008). *Gerenciamento de Operações e de Processos: Princípios e prática de impacto estratégico*. Bookman.

Slack, N., & Lewis, M. (2009). *Estratégia de operações*. Grupo A.

Spreng, R. A., Harrell, G. D., & Mackoy, R. D. (1995). Service recovery: impact on satisfaction and intentions. *Journal of Services Marketing*, 9(1), 15–23.

Victora, C. G., Barreto, M. L., Leal, M. C., Monteiro, C. A., Schmidt, M. I., Paim, J., & Group, L. B. S. W. (2011). Saúde no Brasil 6: Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *Lancet*, 377(9782), 90–102.

Walker, C. (1995). Word of mouth. *American Demographics*, 17(7), 38–44.

Westbrook, R. A. (1987). Product/consumption-based affective responses and postpurchase processes. *Journal of Marketing Research*, 258–270.

Wood Jr, T., Curado, I. B., & Campos, H. M. de. (1994). Vencendo a crise: mudança organizacional na Rhodia Farma. *Revista de Administração de Empresas*, 34(5), 62–79.

Zaccarelli, S. B. (1995). A nova ideologia da competição. *Revista de Administração de Empresas*, 35(1), 14–21.

Zampini, C. S., & Toledo, J. C. (2012). Proposta para estruturação da gestão da melhoria contínua em uma fabricante de bebidas. *GEPROS. Gestão Da Produção, Operações E Sistemas-ISSN 1984-2430*, (2), 107.

Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1993). The nature and determinants of customer expectations of service. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 21(1), 1–12.

Zeithaml, V. A., Bitner, M. J., & Gremler, D. D. (2014). Marketing de Serviços-: A Empresa com Foco no Cliente. *McGraw Hill Brasil*.

Zylbersztejn, V. S. (2012). Relação entre identificação consumidor-empresa, experiência com o serviço eo comportamento de recomendação do consumidor. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ANEXO A - Instrumento de pesquisa adaptado de Brown, T.J, Barry, T.E, Dancin, P.A and Gunst, R.F. (2005).

Prezado Sr. (a)

O CECMI quer ouvir seus clientes para aprimorar seu atendimento. Em parceria com a Universidade Nove de Julho –UNINOVE estão interessados em saber sua opinião sobre diversos fatores que compõem o seu acolhimento.

Instrumento adaptado de **Brown, T.J, Barry, T.E, Dancin, P.A and Gunst, R.F.** (2005).

Fonte: Spreading the Word: Investigating Antecedents of Consumers Positive Word-of-Mouth Intentions and Behaviors in a Retailing Context. Journal of the Academy of Marketing Science, v.33, n.2, p.123-138.

Medidas usadas em Análises (A) Autossatisfação ($\sim = 0,85$)




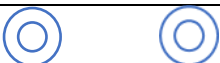




A- "Quão satisfeito você está com os seguintes aspectos do Hospital? Circule um número em cada escala." (7 pontos: 1- insatisfeito - 7 - totalmente satisfeito)

Segurança

ASPECTOS	1	2	3	4	5	6	7
A. Ambiente							
B. Atendimento dos funcionários							
C. Espaço de Conveniências							
D. Ética das práticas de negócios							
E. Ações de Sustentabilidade e Responsabilidade Social							
F. Ações de Saúde							
G. Ambiente Comunitário							
H. Segurança do Paciente							

(B) A identificação com o marketing do Hospital ($r = 0,76$) Identificação Visual

"Alguns clientes querem estar associados com as empresas que reflitam seus próprios clientes nos atributos e valores. Imagine que um dos setores da esquerda em cada linha representa a sua própria identidade pessoal e outro círculo na parte direita representa o HOSPITAL _____, (por favor, escreva o nome do hospital) indique qual situação (A, B, C, D, E, F, G ou H) melhor descreve o nível de sobreposição entre a sua identidade e a do HOSPITAL. Faça um círculo apenas em uma letra na seguinte escala: "

A 	Muito longe de mim
B 	Perto de mim, mas separado da minha identidade.
C 	Identificação muito pequena
D 	Identificação pequena
E 	Identificação Moderada
F 	Grande Identificação
G 	Muito grande Identificação
H 	Totalmente Identificado

Identificação verbal

"Por favor, indique até que ponto a sua autoimagem se sobrepõe a do Hospital ." (7 pontos, 1-nenhum / 7- completamente)

C) Satisfação do Hospital ((x = 0,94) "Por favor, indique a sua satisfação com os seguintes aspectos do Hospital circulando um número em cada escala:" (7 pontos, 1-insatisfeito / 7-satisfeito)

ASPECTOS	1	2	3	4	5	6	7
A. Qualidade Total do Hospital							
B. Efetividade dos trabalhadores da saúde							
C. Credibilidade do Hospital							
D. Gestão Administrativa do Hospital							
E. Honestidade na prestação do serviço							
F. Qualidade do Serviço prestado							
G. Aparência do Hospital							

(D) Relacionamento de Compromisso com o Hospital. ($c \sim = 0,94$)

"Quanto você concorda ou discorda com cada uma das seguintes afirmações?" (7 pontos, 1-discordo totalmente / 7-concordo totalmente)

QUESTÕES	1	2	3	4	5	6	7
A) Eu estou comprometido com o Hospital							
B) Eu me preocupo com o relacionamento com o Hospital							
C) O relacionamento que eu tenho com o Hospital é algo que eu me preocupo em estar muito comprometido							
D) O relacionamento que eu tenho com o Hospital, merece o meu máximo esforço em mantê-lo							

(E) Intenção do Boca-a-Boca ($r = 0,97$) (7 pontos, 1-com certeza não recomendaria / 7- com certeza eu recomendaria)

QUESTÕES	1	2	3	4	5	6	7
Se um amigo precisar de um atendimento médico a especialidade deste Hospital, qual a probabilidade de você recomendar o HOSPITAL?							
"Se você estivesse ajudando o seu filho, filha ou outro parente próximo tomar uma decisão sobre qual Hospital utilizar em um procedimento, indicado à sua saúde. Qual a probabilidade de você recomendar o HOSPITAL?							

(F) Comportamentos Boca-a-Boca ($\alpha = .95$) (7 pontos, 1- nunca / 7- frequentemente)

QUESTÕES	1	2	3	4	5	6	7
A) Menciona para os outros que você faz tratamento no HOSPITAL							
B) Faz questão que os outros saibam que você faz tratamento no HOSPITAL positivamente							
C) Faz questão que os outros saibam que você faz tratamento no HOSPITAL							
D) Falou positivamente para os outros sobre funcionário (s) do HOSPITAL							
E) Recomendou HOSPITAL aos membros da família.							
F) Falou positivamente do HOSPITAL para os outros.							
G) Recomendo o HOSPITAL para conhecidos							
H) Recomendou o HOSPITAL para amigos íntimos.							

(G) Esta questão somente será respondida por clientes que utilizam o HOSPITAL por meio de Planos de Saúde.

G.a - Você ou seus familiares utilizam dos serviços do HOSPITAL habitualmente

1. NÃO 2 SIM

G.b - Escolheria seu plano de Saúde somente se esse HOSPITAL constasse da Rede Referenciada?

1. NÃO 2 SIM