

JAYME BRENER

O Conhecimento e Uso de Instrumentos de Marketing
por Médicos da Cidade de Londrina - PR

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Administração da Universidade Estadual de Londrina, área de concentração Estudos Organizacionais, como requisito à obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Ivan Dutra

Londrina

2003

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

FOLHA DE APROVAÇÃO

DEDICATÓRIA

A Fernanda, amada esposa e ao
Henrique que nos completa.

AGRADECIMENTOS

Ao prof. Ivan Dutra, orientador deste trabalho, por ter compartilhado seus conhecimentos e seu saber sobre pesquisa.

Aos demais professores do mestrado que me proporcionaram a oportunidade de obter crescimento pessoal e intelectual.

Ao prof. José Carlos Dalmas por sua paciência e colaboração na análise estatística da pesquisa.

Ao prof. Luiz Antônio Felix pelas valiosas sugestões na elaboração dessa dissertação.

Aos funcionários da secretaria de pós-graduação, especialmente Francisco e Marcos pela disposição e ajuda em todos os momentos.

Ao prof. Renato Luiz de Souza Dutra pela importante co-orientação.

Aos meus pais que me apoiam e incentivam.

Ao prof. Edgard José C. Menezes que abriu-me as portas do mundo acadêmico e empurrou-me para dentro.

E, a todos aqueles que, com suas palavras de apoio e incentivo de alguma forma contribuíram para esse trabalho, a minha mais sincera gratidão.

“Bem feito é melhor que
bem explicado”

Benjamin Franklin

BRENER, Jayme. ***Busca de informação***: Conhecimento e uso de instrumentos de marketing por médicos da cidade de Londrina - PR. 2003. 161 p. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

RESUMO

O objetivo desse trabalho foi identificar o conhecimento e uso, formal ou informal, de instrumentos de marketing por médicos da cidade de Londrina, Paraná. Para isso efetuou-se uma pesquisa exploratória, classificada quanto à dimensão da pesquisa no tempo como ocasional (realizada uma só vez no tempo), descritiva, quantitativa, junto a uma amostra de 128 médicos, de um universo de 1.711 médicos que trabalham em consultórios médicos. Os dados foram analisados utilizando os testes estatísticos qui-quadrado e Kruskal-Wallis. Os instrumentos de marketing foram baseados no composto de marketing expandido para serviços, na qualidade da prestação de serviços representada pelo modelo SERVQUAL, na utilização de pesquisas, no gerenciamento de relacionamento com clientes, na utilização de roteiros, no entendimento do controle do consumidor sobre atrasos no processo e no preenchimento de tempo de espera. A pesquisa identificou o perfil dos médicos e as diferenças entre o perfil e o conhecimento e uso dos instrumentos de marketing. Os resultados demonstraram que não há conhecimento formal de marketing e alguns instrumentos são utilizados sem um objetivo definido de marketing. A preocupação com qualidade é uma constante porém não há pesquisa das expectativas dos clientes. Há pouco entendimento quanto à importância da equipe de funcionários na satisfação do cliente. Propõe-se a realização de pesquisa com os clientes para verificar suas expectativas e a lacuna existente em relação ao serviço oferecido, utilizando-se a metodologia SERVQUAL. Acredita-se ser importante uma análise da percepção da satisfação dos funcionários e sua relação com a satisfação dos clientes. Aos médicos sugere-se que orientem-se para o mercado.

Palavras-chave: Marketing de Serviços, Serviços, Marketing de Serviços de Saúde.

BRENER, Jayme. *Information Seeking*: Knowledge and usage of marketing tools by physicians in the city of Londrina, Paraná. 2003. 161 p. Dissertation (Master of Business Administration) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

ABSTRACT

The purpose of this study was to identify the formal or informal knowledge and usage of marketing tools by physicians in the city of Londrina, Paraná. An exploratory descriptive cross-sectional research at a quantitative basis was carried out in the whole universe of 1.711 physicians from Londrina that work at private offices. The sample is composed of 128 physicians. The data were submitted to statistical instruments and tools and the analytical content was subsided with results from the qui-squared test and Kruskall-Wallis test. The marketing service literature in which this study was based comprehended the concept of marketing mix expanded to services, service quality as a SERVQUAL model, marketing research, customer relationship management, the usage of programs, the doctors awareness of the importance of the patient control of delays and the waiting experience. The research identified the profile of the doctors and differences between the several characteristics of this profile and the knowledge and usage ok marketing tools. The results have shown that there isn't a formal knowledge of marketing and some of the tools are used without a clear marketing purpose. There is also a general concern about service quality nevertheless no customers expectations research is performed. It was noticed that the importance of the contact employee to the client satisfaction is relatively misaprehended. It is suggested for future research directions a customer expectations for health care service quality research using the SERVQUAL model and an analysis of the perception of the contact employee's satisfaction and its relation to the customer's satisfaction. The study suggests the doctors to create customer-focused health care organizations.

Key-words: Services Marketing, Service Industry, Health Care Marketing.

SUMÁRIO

1	Introdução	17
1.1	Justificativa	22
1.2	Problema	28
1.3	Objetivo Geral	29
1.4	Objetivos Específicos	29
1.5	Estrutura da Dissertação	30
2	Evolução do Marketing de Serviços	32
2.1	Introdução	32
2.2	Serviços	34
2.3	Marketing	41
2.4	Marketing de Serviços	44
2.5	Qualidade em Serviços	47
2.6	Marketing de Serviços Profissionais	53
3	Metodologia da Pesquisa	56
3.1	População	60
3.2	Amostra	62
3.3	Análise dos Dados	64
4	Apresentação dos Resultados	66
4.1	Perfil	66
4.2	Qualidade de Serviços (SERVQUAL)	71
4.3	Controle dos Atrasos	79
4.4	Espera no Consultório	85
4.5	Roteiros	91
4.6	Marketing Mix	95
4.7	CRM Gerenciamento de Relacionamento com o cliente	103
4.8	Pesquisa	110
5	Considerações e Recomendações	119
5.1	Os Grupos de Variáveis	120
5.2	Perfil dos Médicos	122
5.3	Resultados do Grupo de Variáveis SERVQUAL	122
5.4	Resultados do Grupo de Variáveis Controle dos Atrasos	123

5.5	Resultados do grupo de variáveis Espera no Consultório	123
5.6	Resultados do Grupo de variáveis Roteiros	124
5.7	Resultados do Grupo de variáveis Marketing Mix	125
5.8	Resultados do Grupo de variáveis CRM	125
5.9	Resultados do Grupo de variáveis Pesquisa	126
5.10	Resultados do Grupo de variáveis Forma de Atuação	126
5.11	Resultados conforme os Objetivos Específicos	128
5.12	Sugestão para Novas Pesquisas	129
5.13	Sugestão de Instrumentos de Marketing	131
	Referências	132
	Anexo A: Código de Ética Médica	140
	Anexo B: Questionário	156
	Anexo C: Questionário SERVQUAL	159

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Participação das classes e ramos de atividade no valor adicionado a preço básico, no Paraná - 1985 – 1998	25
Tabela 2	Participação das classes e ramos de SERVIÇOS no valor adicionado a preço básico, no Paraná - 1985 – 1998	25
Tabela 3	Amostras mínimas para populações pequenas selecionadas	64
Tabela 4	Frequência das variáveis que mensuram o Perfil – sexo	66
Tabela 5	Frequência das variáveis que mensuram o Perfil – idade	66
Tabela 6	Frequência das variáveis que mensuram o Perfil - tempo de formado	67
Tabela 7	Frequência das variáveis que mensuram o Perfil – escolaridade	67
Tabela 8	Frequência das variáveis que mensuram o Perfil – especialização	68
Tabela 9	Frequência das variáveis que mensuram o Perfil – atuação	69
Tabela 10	Frequência das variáveis que mensuram o Perfil - tipo de cliente	69
Tabela 11	Frequência das variáveis que mensuram o Perfil - horas trabalhadas	70
Tabela 12	Frequência das variáveis que mensuram o Perfil - estudo formal	70
Tabela 13	Frequência das variáveis que mensuram o Perfil - tipo de estudo formal	70
Tabela 14	Frequência das variáveis que mensuram o SERVQUAL	72
Tabela 15	Cruzamento Perfil x Todos os funcionários são responsáveis pelo atendimento?	72
Tabela 16	Cruzamento Perfil x É importante atender as expectativas dos clientes	73
Tabela 17	Cruzamento Funcionários responsáveis por variáveis SERVQUAL	74

Tabela 18	Cruzamento atender expectativas por variáveis SERVQUAL	75
Tabela 19	Avaliação da importância das dimensões de serviços da escala SERVQUAL pelos profissionais de enfermagem	76
Tabela 20	Teste Kruskal-Wallis para as variáveis do SERVQUAL	78
Tabela 21	Frequência das variáveis que mensuram o Controle	80
Tabela 22	Cruzamento meu cliente é sempre informado dos atrasos com variáveis de controle	81
Tabela 23	Cruzamento Perfil x Meu cliente é sempre informado dos atrasos	81
Tabela 24	Cruzamento Perfil x importância de informar o cliente dos atrasos	81
Tabela 25	Cruzamento Perfil x importância de informar ao cliente as causas dos atrasos	82
Tabela 26	Teste Kruskal-Wallis para as variáveis do controle	83
Tabela 27	Cruzamento Perfil x importância de treinar os funcionários sobre como informar atrasos	84
Tabela 28	Frequência das variáveis que mensuram a Espera	86
Tabela 29	Frequência das variáveis que mensuram o ambiente e preenchimento de tempo na espera	86
Tabela 30	Cruzamento percepção de qualidade quanto ao ambiente de espera e posse dos itens	87
Tabela 31	Teste Kruskal-Wallis para as variáveis do ambiente de espera	89
Tabela 32	Cruzamento percepção de qualidade sobre o preenchimento de tempo e posse dos itens	90
Tabela 33	Cruzamento perfil x como você considera seu ambiente de espera	90
Tabela 34	Cruzamento perfil x como você considera o nível de preenchimento de tempo de seu cliente	91
Tabela 35	Frequência das variáveis que mensuram a importância de Rotatórios	92

Tabela 36	Cruzamento Perfil x entendimento dos roteiros de atendimento pelo cliente	93
Tabela 37	Teste Kruskal-Wallis para as variáveis dos roteiros	93
Tabela 38	Cruzamento perfil x entendimento das dificuldades do cliente com relação ao roteiro pelos funcionários	94
Tabela 39	Frequência das variáveis que mensuram o preço	95
Tabela 40	Cruzamento perfil e variáveis que representam o preço	96
Tabela 41	Teste Kruskal-Wallis para as variáveis preço e comunicação	96
Tabela 42	Frequência das variáveis que mensuram a comunicação	97
Tabela 43	Cruzamento perfil x variáveis que mensuram a comunicação	97
Tabela 44	Frequência das variáveis que mensuram a comunicação interna	98
Tabela 45	Cruzamento perfil x o cliente considera as informações escritas recebidas no consultório como verdadeiras	99
Tabela 46	Cruzamento perfil x a leitura de material farmacêutico obtido nos consultórios pode informar erroneamente o cliente.	100
Tabela 47	Teste Kruskal-Wallis para as variáveis de comunicação interna	100
Tabela 48	Frequência das variáveis que mensuram a praça	100
Tabela 49	Cruzamento perfil x variáveis que mensuram a facilidade de acesso ao consultório	101
Tabela 50	Teste Kruskal-Wallis para as variáveis representativas da praça	101
Tabela 51	Cruzamento perfil x variáveis que mensuram a rapidez no atendimento	102
Tabela 52	Cruzamento perfil x contribuição dos funcionários para a facilidade de acesso do cliente	102
Tabela 53	Cruzamento perfil x variáveis que mensuram a localização do consultório	103
Tabela 54	Frequência das variáveis que mensuram o CRM	104

Tabela 55	Teste Kruskal-Wallis para as variáveis representativas do CRM	105
Tabela 56	Cruzamento perfil x faço ações para que meu cliente seja fiel	106
Tabela 57	Cruzamento perfil x importância de enviar cartões de aniversário	106
Tabela 58	Cruzamento perfil x importância de enviar cartões de natal e/ou outros	107
Tabela 59	Cruzamento perfil x importância de possuir home page	107
Tabela 60	Cruzamento perfil x importância de enviar informativos pelo correio (newsletters)	108
Tabela 61	Cruzamento perfil x importância de enviar informativos por e-mail (e-letter)	108
Tabela 62	Cruzamento perfil x importância de conhecer os hábitos sociais dos clientes	109
Tabela 63	Frequência das variáveis que mensuram a utilização de pesquisas	109
Tabela 64	Frequência das variáveis que mensuram a utilização de pesquisas	111
Tabela 65	Cruzamento perfil x importância de efetuar pesquisa de satisfação do cliente	111
Tabela 66	Teste Kruskal-Wallis para as variáveis representativas de pesquisa	112
Tabela 67	Cruzamento perfil x efetua pesquisa formal de satisfação	112
Tabela 68	Frequência das variáveis do cruzamento atuação x efetuam pesquisa formal	113
Tabela 69	Cruzamento perfil x os médicos efetuam pesquisa informal de satisfação	113
Tabela 70	Cruzamento perfil x a equipe efetua pesquisa informal de satisfação	114
Tabela 71	Frequência das variáveis do cruzamento horas trabalhadas x pesquisa informal da equipe	114
Tabela 72	Frequência das variáveis que mensuram a utilização de pesquisas de indicações	115

Tabela 73	Cruzamento perfil x importância da pesquisa de indicação de clientes	115
Tabela 74	Cruzamento perfil x faz pesquisa de indicação de clientes	116
Tabela 75	Frequência das variáveis que mensuram o feedback da pesquisa de indicação	116
Tabela 76	Frequência das variáveis que mensuram a utilização de pesquisa	117
Tabela 77	Cruzamento perfil x faz estatísticas das indicações	117
Tabela 78	Frequência de utilização de ações em cada forma de indicação de clientes	118
Tabela 79	Resumo dos cruzamentos de perfil com variáveis significativas	121
Tabela 80	Teste Kruskal-Wallis significativo no cruzamento da forma de atuação e demais variáveis	127

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Classes e ramos de atividade no valor adicionado a preço básico, PR - 1985 –1998	26
Quadro 2	Publicações de marketing de serviços	33
Quadro 3	Esquemas propostos para classificação de serviços	36
Quadro 4	Natureza e o destinatário do serviço	39
Quadro 5	Diferenças entre serviços e bens físicos	40
Quadro 6	Composto de marketing expandido para serviços	45
Quadro 7	Conceitos das dimensões da qualidade de serviços	51
Quadro 8	Dimensões da qualidade de Serviços	52
Quadro 9	Atividades promocionais utilizadas por empresas de serviços profissionais	55
Quadro 10	Fontes de erros nas entrevistas	60
Quadro 11	Relacionamento entre os grupos de variáveis e literatura de serviços	119

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Modelo das forças que influenciam o desenvolvimento do setor marketing de serviços	32
Figura 2	A estrutura dos quatro Ps	42
Figura 3	A Qualidade Total Percebida	47
Figura 4	Modelo conceitual de qualidade de serviços	49

1 Introdução

O Brasil vem passando por um processo de integração com o mercado internacional com a abertura de seus portos à importação e queda de barreiras alfandegárias restritivas ocorrida nos últimos quinze anos. Este processo gerou ajustes em diversas empresas que não estavam preparadas para competir com produtos e tecnologia de ponta.

Alguns setores foram mais atingidos que outros e alguns setores ainda permanecem fechados à concorrência internacional devido a barreiras de entrada ainda não transpostas.

Essas barreiras vem caindo a cada momento. Setores monopolizados pelo governo como as telecomunicações passaram por uma revolução. Outros setores ainda não estão sofrendo diretamente os efeitos da concorrência com produtos internacionais. Conforme Kotabe e Helsen (2000, p. 353), noções como orientação para o consumidor e sua satisfação e qualidade de serviços são conceitos de marketing difíceis de ser aceitos por empresas que não sofreram concorrência, abrindo oportunidades para empresas internacionais.

Algumas organizações têm demonstrado estar preparadas para atuar em mercados competitivos. Essas organizações implementaram práticas administrativas, estratégias de negócios ou obtiveram vantagens competitivas em seu ramo de atuação destacando-se das demais.

No entanto, alguns ramos de negócios, como as organizações prestadoras de serviços do ramo de saúde, encontram-se alheios às mudanças do mercado. A competitividade está surgindo em setores e empresas que não imaginavam ter que disputar o mercado com a concorrência.

A procura por serviços médicos talvez já possa ser considerada semelhante ao de outras atividades prestadoras de serviço, ou seja, o cliente tem cada vez mais opções de escolha de profissionais competentes e os profissionais tem cada vez maior dificuldade em atrair novos clientes e reter os atuais.

O crescimento do número de médicos está saturando o mercado das metrópoles brasileiras. Já as restrições de preços, vinculadas à disseminação de convênios médico-hospitalares e seguros-saúde estão diminuindo a remuneração média desta categoria.

O excesso de oferta no âmbito de determinadas profissões está se intensificando cada vez mais, em decorrência do ingresso de profissionais de nível técnico em algumas áreas [...] que oferecem serviços anteriormente prestados apenas pelos profissionais licenciados (KOTLER, HAYES E BLOOM, 2002, p. 3).

Conforme Zanon (2001, p. 41), a maior parcela da população brasileira (68%) utiliza-se do Sistema Único de Saúde – SUS e a rede privada, incluindo as empresas de seguro saúde e planos de saúde atende a 25% da população. Já os serviços particulares são utilizados por apenas 1,7% da população. Como exemplo da importância dos planos de saúde e seguros saúde, Zanon (2001, p. 42) destaca que em Joinville – SC, 45% da população é conveniada com algum plano médico-hospitalar.

A busca pela retenção do cliente vem sendo objeto de muitos estudos. Debruicker e Summe (in SHAPIRO E SVIOKLA, 1994) discorrem sobre a mudança do consumidor que adquire experiência com relação à utilização de um produto durante seu ciclo de vida.

Num passado não muito distante, o consumidor de serviços de saúde era considerado um leigo, ou seja, em um atendimento médico não tinha nem conhecimento nem elementos para julgar a qualidade do serviço e decidir por manter seu fornecedor. Com o aumento do acesso à informação, a maturidade do serviço médico dentro do ciclo de vida do produto e o aumento da experiência do cliente, o consumidor pôde finalmente tomar decisões

de troca de fornecedor. Segundo Kotler, Hayes e Bloom (2002, p. 4), “os profissionais não desfrutavam mais do status que possuíam no passado”.

Conforme Bloom (1984, p. 102), a reputação dos médicos e outros prestadores de serviço e os contatos pessoais que desenvolviam os permitiam conquistar clientes. Mas, nos dias de hoje, esses profissionais utilizam-se de práticas de marketing para obter e reter clientes. Três fatores potencializaram essa tendência: a diminuição de impedimentos legais, ampliando o uso de ferramentas de marketing como a propaganda, o excesso de profissionais e a diminuição da imagem pública das profissões.

Conforme Ford e Fottler (2000), o termo paciente implica numa pessoa passiva que pacientemente aguarda por seus serviços médicos. Essa pode ser uma das razões da diminuição da imagem dos médicos. Hoje, o cliente não é mais tão paciente por um serviço que não é mais considerado uma caixa preta.

Semelhante ao conceito de ciclo de vida das organizações, o ciclo de vida de um produto ou serviço é considerado em quatro fases: introdução, crescimento, maturidade e declínio. O tempo de existência do produto gera uma experiência ao comprador. Essa experiência de compra, independentemente do produto a ser adquirido, afeta suas novas compras.

“O efeito experiência do cliente é um poderoso fator de mercado, e tal efeito não existe isoladamente em relação ao ciclo de vida do produto”. Debruicker e Summe (in SHAPIRO E SVIOKLA, 1994, p. 196).

Se a retenção dos clientes está mais difícil que no passado, a concorrência dificulta a conquista de novos clientes. Aliando-se a isso há dúvidas quanto à possibilidade de divulgação dos serviços médicos através de propaganda. O código de ética (ver anexo A) não deixa explícito que não pode haver propaganda. E nem que pode. Em seus artigos 9º e 10º do capítulo I do código de ética (Conselho Federal de Medicina, disponível em www.cfm.org.br),

é vedada a transformação da prática da medicina em comércio e em auferir lucros com a mesma. Já em seu capítulo XIII: Publicidade e Trabalhos Científicos, no artigo 131, proíbe-se a divulgação de assuntos médicos em veículos de comunicação de massa que não sejam de caráter educativo e de esclarecimento à população. Embora nenhum desses artigos discrimine especificamente a propaganda dos serviços oferecidos pelos profissionais, provavelmente reprimem a prática da sua divulgação. Conforme contato informal com diversos médicos durante a pesquisa efetuada para esse trabalho, alguns médicos categoricamente afirmaram que não há impedimento para a propaganda de serviços médicos enquanto outros afirmaram ser terminantemente proibido pelo código de ética.

Muitas empresas desenvolveram-se orientadas para produção ou para produto (KOTLER, 2000), onde sua preocupação estava voltada para oferecer um produto e fazer com que o cliente se adeque a ele. Mas, nos últimos anos, a concorrência acirrou e, principalmente, o nível de exigência do consumidor aumentou, mostrando a essas empresas uma necessidade de entender seus clientes e buscar atender suas necessidades.

A orientação para o mercado é mais do que uma forma de trabalho. Trata-se de uma cultura empresarial voltada para a satisfação do cliente em busca de um resultado de longo prazo.

Conforme Day (2001, p. 19), “(...) a conquista de clientes é onerosa; portanto, o lucro real provém de se *manter* [grifo do autor] clientes importantes desenvolvendo uma profunda fidelidade baseada em confiança mútua, compromissos e intensa comunicação”.

Em seu artigo Marketing é Tudo, Regis McKenna (1994) discorre sobre essa modificação na abordagem seguida por algumas empresas onde a orientação para o produto cedeu lugar à orientação para o mercado. O objetivo passa a ser atender às necessidades dos clientes.

No entanto, conforme Albrecht (1999, p. 9), esse é uma paradigma que ainda não foi totalmente quebrado pois em muitas organizações, e a área médica é um exemplo, desenvolveu-se uma terminologia especial que lhes possibilita evitar referir-se às pessoas como clientes. Na área de saúde você não é um cliente; é um ‘paciente’ (ALBRECHT, p. 9).

“Esses rótulos assinalam que a empresa vê o cliente como uma figura passiva, um objeto sobre o qual agir ou algo a ser processado através de um sistema. A escolha dessas palavras transforma o cliente em coisa, ao invés de pessoa.” (...) A perda desse foco sobre o cliente como ser humano é provavelmente o fato isolado mais importante a respeito do estado dos serviços e da sua gerência no mundo ocidental de hoje.” (ALBRECHT, p. 9)

Conforme Albrecht (1992, p. 36), a mudança do paradigma industrial para o paradigma do valor para o cliente transforma o cliente em um ativo em valorização. Sua missão passa a ser entregar valor para o cliente e em resposta, o cliente retorna lucros à organização.

Conforme Grönroos (1993), o marketing voltado a empresas de serviços vem sendo estudado a partir de 1974 com a publicação do livro *Marketing in the Service Sector* de J. R. Rathmell (nos Estados Unidos) e seguido de importantes autores na década de 80 (excluindo teses de doutorado). Dentre esses diversos autores, destacamos Grönroos (1993, p. 47) que afirma que “a qualidade percebida pelo cliente” (BUZZEL E GALE apud GRÖNROOS, 1993, p. 47) “está em total conformidade com os modelos propostos sobre marketing de serviços (por exemplo, Grönroos 1983a e 1984; Parasuraman *et al*, 1985; Zeitham *et al.*, 1988).” Kotler (in GRÖNROOS, 1993, 4ª capa) endossa o trabalho de Grönroos e a nova visão de marketing de serviços com a quebra do paradigma dos 4 P’s e a inclusão da qualidade percebida pelo cliente como objetivo de marketing.

Segundo Richers (2000), “no Brasil é dada pouca ênfase à utilização do instrumental de marketing devido a uma compreensão inadequada (ou incompleta) do

conceito de marketing; a administração das empresas utiliza-se de alguns de seus instrumentos em busca de soluções para problemas específicos e imediatistas”.

O sucesso de uma empresa, seja ela formada por profissionais liberais ou uma indústria se dará com empresários bem preparados. Consideramos os médicos como empresários em um negócio próprio, cuja atuação pode se dar em uma clínica particular, ou com vários profissionais em conjunto atuando para conquistar e reter clientes e obter sucesso empresarial e profissional. Analisar o conhecimento de marketing e o uso que vem sendo feito dos seus instrumentos pelos gestores de empresas de saúde de Londrina, Paraná, nos permitirá propor formas para sua aprendizagem e sua utilização.

1.1 Justificativa

A transferência de empregos do setor agrícola para o setor industrial causou uma migração do homem do campo para as cidades. Este fenômeno foi substituído pela conversão dos empregos industriais em empregos no setor de serviços, fenômeno vislumbrado em todo o mundo.

Conforme Fuchs (1968 apud GRÖNROOS, 1993, p.1), “mais da metade do produto interno bruto está no setor de serviços”.

Conforme Téboul (1999, p.8), a previsão feita pelo Departamento Americano do Comércio - OCDE em novembro de 1989 previa que no ano 2000, 77% da população econômica ativa dos Estados Unidos estaria no setor de serviços contra apenas 2,5% no setor agrícola.

Téboul (1999, p.11) ainda afirma que a evolução das empresas em mercados competitivos leva à busca de uma estratégia de atuação em serviços e de vantagem competitiva.

“Dados do GATT - Acordo Geral de Tarifas e Comércio - mostram que, em 1984, o setor de serviços respondia em média por 66% da economia nos EUA, enquanto que nos países do Mercado Comum Europeu essa participação é de 57%. Em duas pequenas economias européias, para fornecer dois exemplos, os percentuais são de 62 e 55%, respectivamente.” Grönroos (1993, p. 1).

No Paraná, essa participação em 1998 foi de 48,50%. Conforme descrito na tabela 1, verificamos as variações ocorridas nas classes e ramos de atividade no período de 1985 a 1998: em 1985, a agropecuária respondia por 23,88% do PIB, a indústria 35,46% e os serviços 40,66%.

A queda da participação do setor de agropecuária ocorreu até 1991 e a partir deste momento houve uma recuperação percentual tendo estabilizado nos 3 últimos anos da amostra. A participação da indústria se manteve de 1985 a 1993. A partir de 1994 a queda de participação foi acentuada. Já os serviços obtiveram um expressivo aumento de participação a partir de 1991 atingindo 44,52% e uma taxa de crescimento menos acentuada até atingir sua participação de 48,50% em 1998.

O Brasil encontra-se com um saldo negativo na balança de comércio exterior com relação ao comércio de serviços. Conforme os relatórios *World Import of Commercial Services by Selected Region and Economy, 1980 - 2000* e *World Export of Commercial Services by Selected Region and economy, 1980 - 2000* (www.wto.org/english/res-e/service-e.xls, acessado em 17/01/03), a participação do Brasil na importação de serviços em 2001 correspondeu a 15.813 milhões de dólares, ou 1,1% do comércio mundial e as exportações no mesmo ano foram equivalente a 8.719 milhões de dólares, ou 0,6% das exportações mundiais.

Os serviços costumavam ser oferecidos apenas pelo setor de serviços, segmento composto por hotéis, restaurantes, empresas de limpeza, serviços bancários ou profissionais liberais, por exemplo.

Entretanto o setor de serviços ampliou-se. Entende-se hoje que a prestação de serviços é inerente à diferenciação das empresas na entrega de um bem. Portanto a prestação de serviços está vinculada tanto ao prestador de serviços “puro” como à indústria que agrega serviços ao seu produto.

Boa parte da literatura sobre serviços a partir dos anos 80 vislumbra a prestação de serviços como algo mais que “apenas” o setor tradicional de serviços. Conforme Evans e Berman (1987 apud GRÖNROOS, 1993), “existe um ‘setor de serviços’ bastante substancial ao lado de um ‘setor oficial de serviços’ (...)”.

Faz-se importante portanto entender que a definição oficial do setor terciário denota que o crescimento citado deste setor nas apurações do PIB (brasileiro e americano) está vinculado ao setor de serviços puro.

Tabela 1 - Participação das classes e ramos de atividade no valor adicionado a preço básico, no Paraná - 1985 - 1998														
Classes e Ramos de Atividade	PARTICIPAÇÃO (%)													
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Agropecuária	23,88	20,42	17,73	13,67	13,03	11,90	8,22	8,47	10,00	15,18	9,16	13,02	14,04	14,00
Indústria	35,46	40,26	38,40	43,20	43,70	45,69	47,26	43,02	42,56	40,88	41,13	39,15	38,13	37,50
Serviços	40,66	39,32	43,88	43,13	43,27	42,42	44,52	48,50	47,44	43,94	49,71	47,83	47,83	48,50
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Contas Regionais do Brasil - IBGE/IPARDES

Tabela 2 - Participação das classes e ramos de SERVIÇOS no valor adicionado a preço básico, no Paraná - 1985 - 1998														
Classes e Ramos de Atividade	PARTICIPAÇÃO (%)													
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Serviços	40,66	39,32	43,88	43,13	43,27	42,42	44,52	48,50	47,44	43,94	49,71	47,83	47,83	48,50
Comércio	8,87	9,17	8,4	8,59	6,30	7,69	7,66	7,67	9,05	8,35	8,52	7,42	7,33	6,902
Alojamento e Alimentação	1,40	2,55	2,15	2,14	1,61	2,23	2,13	2,00	1,78	1,87	2,85	2,32	2,07	2,022
Intermediários financeiros	12,76	7,72	13,62	13,37	15,55	9,12	7,75	15,55	13,05	10,95	5,56	3,98	2,55	2,404
Comunicações	0,75	0,75	0,67	0,84	0,84	0,98	1,11	1,39	1,72	1,45	1,60	1,90	1,83	1,796
Transportes	3,59	3,63	2,82	3,05	2,88	2,67	3,11	2,66	2,72	2,79	2,29	2,38	4,10	4,893
Aluguéis	4,22	5,68	5,9	5,18	6,02	7,80	9,31	7,42	6,76	5,47	13,07	13,58	14,40	14,877
Administrações públicas	6,21	6,87	6,83	6,83	6,88	8,77	9,64	8,21	8,48	9,19	11,44	11,63	10,91	11,170
Saúde e educação mercantil	1,68	1,75	2,23	2,03	2,07	2,08	2,53	2,5	2,67	2,80	3,14	3,38	3,29	3,051
Outros serv. Coletivos, sociais	0,67	0,77	0,87	0,73	0,72	0,80	0,97	0,73	0,81	0,69	0,79	0,82	0,91	0,918
Serviços Domésticos	0,51	0,44	0,39	0,37	040	0,28	0,33	0,37	0,41	0,40	0,45	0,42	0,46	0,471

Fonte: Adaptada de Contas Regionais do Brasil - IBGE/IPARDES

No intuito de assegurar a consistência da metodologia das Contas Regionais e Nacionais, o sistema de valoração dos agregados macroeconômicos contidos na série 1985 - 1997 foi preparado de acordo com as recomendações do SNA de 1993 [UNITED NATIONS. Systems of National Accounts, New York: Commission of the European Communities; International Monetary Fund; organization for Economic Cooperation and Development; United Nations and World Bank, 1993]. (Metodologia das Contas Regionais do Brasil, disponível em www.ipardes.gov.br/pesquisa-pib.html, acessado em 10/11/2002)

As classes e ramos de atividade no valor adicionado no Paraná - 1985 - 1998, medidos conforme a Metodologia das Contas regionais e Nacionais do Brasil estão representadas no quadro 1:

Quadro 1: Classes e ramos de atividade no valor adicionado a preço básico, PR - 1985 - 1998
Agropecuária Indústria Indústria extrativa mineral Indústria de transformação Construção Serv. Ind. De Util. Pública Serviços Comércio Alojamento e alimentação Intermediários financeiros Comunicações Transportes Aluguéis Administrações públicas Saúde e educação mercantil Outros serviços coletivos, sociais Serviços domésticos
Fonte: Contas Regionais do Brasil - IBGE/IPARDES

Segundo Grönroos (1993, p. xxv), a literatura sobre gestão de serviços e marketing de serviços é “hoje” [grifo nosso] escassa e pobre em teoria. Dentre os artigos publicados nos últimos dez anos no Brasil nos principais periódicos brasileiros (anais Enanpad, RAUSP e RAE) sobre marketing, 10,3% tiveram como temática a área de serviços (VIEIRA, 2003). No entanto, o aumento do interesse, no Brasil, por estudos sobre empresas

de serviços ainda não gerou uma base ampla de informações que permita-nos conhecer a realidade, os problemas e potencialidades do ramo de saúde.

Em sua edição de inverno de 1996 a Wharton Alumni Magazine (SHELL, 1996, p. 6) celebrou o 25º aniversário do Departamento de Sistemas de Saúde da Wharton School da University of Pensylvania (Wharton's Health Care Systems Department) efetivado em 1995. Um curso criado em 1970 com o objetivo de agregar as disciplinas de gerenciamento e economia aos cursos e à prática da medicina.

Conforme o artigo (SHELL, 1996, p. 6), “em 1965, o ano que o Medicaid e Medicare [sistema de saúde americano] foram aprovados, a saúde pública representava 6% do PIB. Hoje é uma indústria de 1 trilhão de dólares - a maior da nação - totalizando 13,9% do PIB.”

“Os programas de pós-graduação, MBA e doutorado da Wharton School tem como objetivo a capacitação de gestores e analistas de sistemas de saúde. (SHELL, 1996 p. 6)”.

O crescimento da participação do ramo saúde e educação mercantil no valor adicionado a preço básico no Paraná também foi significativo (ver tabela 2). Em 1985 sua participação correspondia a 1,68% do PIB enquanto que em 1998, a participação aumentou para 3,051%. Vale salientar que em termos absolutos o PIB nacional e regional também aumentou, ampliando ainda mais esta diferença.

Conforme Peixoto (2002), “o mercado brasileiro privado de saúde atende cerca de 40 milhões de pessoas – é provavelmente o segundo maior do mundo em número de clientes, atrás do americano.”

“Um mercado deste tamanho vem atraindo a atenção de grandes grupos que estão começando a se estruturar em redes nacionais buscando criar ‘serviços estruturados’, com logotipos e marketing próprios” continua Peixoto (2002).

A literatura acadêmica brasileira sobre marketing de serviços na área médica é bem limitada. Um possível fator pode ser a dificuldade de pesquisar esses profissionais.

1.2 Problema

O setor de saúde, assim como outros setores formados por profissionais liberais, constitui-se de empresas individuais ou de grupos de profissionais atuando conjuntamente, ou ainda de empresas (clínicas) constituídas conforme uma única especialização médica ou uma gama de especializações complementares.

Essa formação pode se dar espontaneamente, através dos laços de amizade formados entre os profissionais e/ou por conveniência ou ainda através da busca de um elemento comum que leve ao sucesso.

Identificar a realidade da gestão das empresas de saúde nos permitirá propor uma linha de trabalho para desenvolver ações corretivas e preventivas junto às empresas, aos órgãos de classe e às instituições de ensino.

Portanto, formulamos o problema como:

Qual o conhecimento e o uso de instrumentos de marketing pelos médicos atuantes em clínicas e consultórios médicos da cidade de Londrina ?

1.3 Objetivo Geral

Avaliar o grau de conhecimento e utilização dos conceitos e instrumentos de marketing pelos médicos atuantes em clínicas e consultórios de Londrina.

1.4 Objetivos Específicos

- Identificar se os médicos conhecem formalmente conceitos e ferramentas de marketing;
- Identificar se os médicos conhecem esses conceitos e ferramentas informalmente;
- Identificar se os médicos utilizam-se desses conhecimentos, formal ou informalmente;
- Conhecer a forma de constituição das empresas de serviços médicos;
- Conhecer o perfil dos médicos que atuam na região;
- Identificar se há diferenças no conhecimento e utilização dos conceitos e ferramentas conforme a forma de atuação dos médicos;
- Identificar se há diferenças no conhecimento e utilização dos conceitos e ferramentas conforme o perfil dos médicos;
- Analisar a percepção dos médicos quanto à necessidade de ferramentas de marketing para a conquista de clientes;
- Analisar a percepção dos médicos quanto à necessidade de ferramentas de marketing para a retenção desses clientes;

Para o conjunto de objetivos específicos de pesquisa espera-se um resultado ao final do estudo.

Lovelock (1996, p. 27) afirma que a pesquisa acadêmica sobre serviços poderá ser muito eficiente se o ramo de serviços a ser estudado fizer parte de um grupo homogêneo. Sua experiência sugere que a melhor forma de estudo é através da segmentação dos serviços em clusters que contenham certas características de marketing relevantes. E que examinemos suas implicações para a criação de uma estratégia de marketing.

Acredita-se que o resultado da pesquisa possa ser útil para as organizações estabelecidas do ramo de saúde, a comunidade que utiliza esses serviços e aos novos integrantes desta força de trabalho que poderão utilizar-se das melhores práticas em gestão de marketing para a satisfação de seu usuário.

O diagnóstico referente ao conhecimento e uso das práticas de marketing poderá embasar um aperfeiçoamento das disciplinas constantes das grades curriculares dos cursos de graduação da áreas de ciências médicas e dos cursos de especialização existentes para esses profissionais.

1.5 Estrutura da Dissertação

Esse capítulo inicial apresentou a importância do setor de serviços no mundo e em especial no Brasil. Apresentamos a justificativa e os objetivos dessa dissertação. No capítulo 2 foi efetuada uma revisão da literatura sobre serviços, sua definição, classificação e diferenciação com relação aos produtos. Em seguida é apresentado uma introdução sobre marketing e, mais aprofundadamente, os conceitos de marketing de serviços. Em sua diferenciação do marketing de produtos utilizamos o conceito de percepção de

qualidade esperada e experimentada para apresentar o modelo conceitual de qualidade de serviços, um dos pilares do entendimento do marketing de serviços como um processo que envolve as percepções de qualidade dos clientes. Completando o capítulo 2, apresentamos alguns conceitos específicos sobre o marketing de serviços profissionais. No capítulo 3 apresentamos a metodologia da pesquisa efetuada em amostra de médicos da cidade de Londrina para a consecução dos objetivos propostos. No capítulo 4 são apresentados os resultados da pesquisa bem como uma análise de seus resultados e cruzamento de informações. Complementando o trabalho, no capítulo 5 são apresentadas as considerações finais sobre o trabalho e apresentadas recomendações sobre sua utilização, bem como sobre estudos futuros sobre o tema.

2 Evolução do Marketing de Serviços

2.1 Introdução

O nascimento, crescimento e consolidação do estudo de marketing de serviços não aconteceram de um momento para outro. Conforme análise efetuada por Berry e Parasuraman (1993, p.13 – 60), seu desenvolvimento deveu-se à necessidade de preencher um espaço vazio que surgiu com o progressivo crescimento do setor de serviços na sociedade. A figura 1 demonstra um modelo das forças que influenciaram no desenvolvimento da disciplina acadêmica de marketing de serviços.

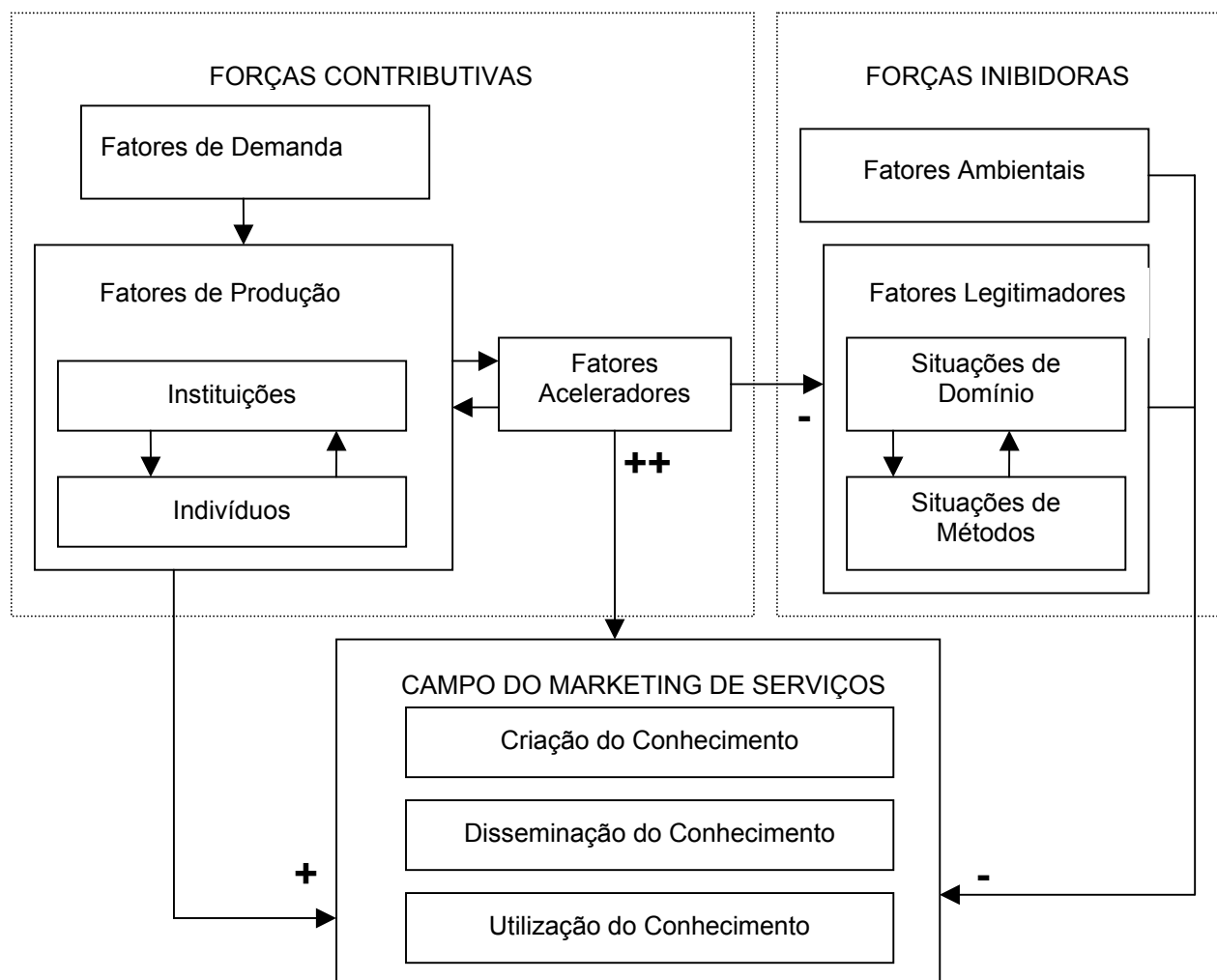


Figura 1: Modelo das forças que influenciam o desenvolvimento do campo marketing de serviços
 Fonte: Adaptado de BERRY, Leonard L. e PARASURAMAN, A. Building a New Academic Field – The Case of Services Marketing. Journal of Retailing, vol. 69, nº 1, Spring 1993, p. 16.

O modelo apresentado (BERRY e PARASURAMAN, 1993, p.16) demonstra a dinâmica da criação da disciplina de marketing. Essa dinâmica desenvolveu-se através de suas forças contributivas, que correspondem ao crescimento da importância do setor de serviços na economia, chamados de fatores de demanda, o interesse de instituições e pesquisadores no tema, e conseqüentemente o aumento dos estudos na área, o que foi chamado de fatores de produção; a dinâmica de criação da disciplina de marketing de serviços sofreu com as forças inibidoras do seu crescimento que, através de uma pesquisa destacou-se pela falta de material acadêmico (livros texto) e uma insuficiente interação entre a academia e a prática executiva, além da crença de que o marketing de serviços não deveria ser considerado como uma sub-disciplina do marketing. Dentre as forças inibidoras, o estudo considerou que a falta de livros texto já foi sanada com a publicação dos últimos anos e a convicção atual de que há uma importância do marketing de serviços como uma disciplina isolada. No entanto, permanece a visão do distanciamento entre executivos e acadêmicos da área. A somatória dessas forças permitiu criar a disciplina de marketing de serviços.

As principais publicações de marketing de serviços que determinaram o crescimento da disciplina marketing de serviços ocorreram no período de 1983 a 1990 (BERRY e PARASURAMAN, 1993), gerando a base para os livros textos publicados nos últimos 5 anos e para grande parte dos estudos acadêmicos de marketing de serviços. No quadro 2, verifica-se o número de publicações na área de serviços na literatura de marketing conforme Brown, Fisk e Bitner (1994, p.24).

Quadro 2: Publicações de marketing de serviços					
	Artigos	Livros	Capítulos de livros	Dissertações	Total
Antes de 1980	59	10	32	19	120
De 1980 a 1985	104	26	141	16	287
De 1986 a 1992	361	50	272	37	720
Total	524	86	445	72	1.127
Fonte: Adaptado de Brown, Stephen W. Fisk, Raymond P. e Bitner, Mary J. The Development and Emergence of Services Marketing Thought. International Journal of Service Industry Management. Vol.5, nº1, 1994. p.21-48					

2.2 Serviços

O conceito de serviços vem sendo moldado por diversos autores nos últimos anos. Há uma grande dificuldade em sua conceituação pois serviços referem-se desde a prestação de um serviço “puro” até um produto (bem) que tem um serviço agregado. O setor industrial mudou sua forma de trabalho procurando tornar seu produto competitivo num mercado dominado por tecnologias de conhecimento geral. A busca pela diferenciação dos produtos como estratégia genérica pode trazer retornos acima da média da indústria pois pode possibilitar lealdade do consumidor à marca e trazer margens de lucro mais altas que a média (PORTER, 1986, p.52). O setor industrial incorporou serviços ao seu produto agregando valor para o cliente e essa inclusão de serviços aos bens dificulta a definição de um conceito de serviços.

O serviço puro é composto apenas do serviço e não de um produto que agrega serviços. Devemos entender a diferença entre o serviço puro, onde “a oferta consiste principalmente em serviço” (KOTLER, 2000, p.448) e o serviço agregado a um bem.

Conforme Zeithaml e Bitner (2003, p.29-30), devemos diferenciar os serviços dos serviços aos clientes. Como serviços, identificamos as diversas indústrias classificadas no setor de serviços como transportes, comunicações, instituições financeiras e serviços de saúde, conforme descrito na tabela 2, enquanto que “serviço ao cliente é o serviço prestado para dar apoio ao grupo de produtos principais de uma empresa”.

Entre as diversas definições de serviços apresentadas nos últimos 40 anos, destacamos sua evolução, compiladas por Grönroos (1993) e resumidas a seguir: a Associação Americana de Marketing compilou uma primeira definição onde correlaciona serviços com bens, mas sem diferenciá-los. “Serviços: Atividades, benefícios ou satisfações que são

colocadas à venda ou proporcionados em conexão com a venda de bens” (AMERICAN MARKETING ASSOCIATION, 1960, apud GRÖNROOS, 1993).

A seguir, Regan introduz o termo intangível referente aos serviços, incluindo tanto serviços puros como o transporte e acomodações quanto produtos com serviços agregados. “Serviços representam ou satisfações intangíveis apresentadas diretamente (transporte, acomodação), ou satisfações intangíveis apresentadas indiretamente quando da compra de mercadorias ou de outros serviços (crédito, entrega)” (REGAN, 1963, apud GRÖNROOS, 1993).

Alguns anos depois, Blois apresenta sua definição de serviços como uma atividade que gera benefícios e satisfações mas sem efetuar uma mudança física na forma de um bem. Nesta definição, Blois aparentemente descarta os serviços puros. (BLOIS, 1974, apud GRÖNROOS, 1993).

Já Kotler e Bloom (1984, p. 283) definiram serviços como “uma ação, desempenho ou ato que é essencialmente intangível e não acarreta necessariamente a propriedade do que quer que seja. Sua criação pode ou não estar vinculada a um produto material” onde separam os serviços entre aqueles que estão associados a um bem e os que não estão associados a um bem.

Grönroos desenvolveu sua definição através de uma combinação de três definições dos autores Lethinen; Kotler e Bloom, e Gummesson :

O serviço é uma atividade ou uma série de atividades de natureza mais ou menos intangível - que normalmente, mas não necessariamente, acontece durante as interações entre clientes e empregados de serviços e/ou recursos físicos ou bens e/ou sistemas do fornecedor de serviços - que é fornecida como solução ao(s) problema(s) do(s) cliente(s). (GRÖNROOS, 1993).

Essa definição apresenta um fator interessante quanto às interações entre o cliente com os serviços. Em alguns serviços, como em uma consulta ao médico, o cliente se faz presente e participa da produção do serviço. Conforme Bitner et al. (1997, p.193-205), em

serviços da área de saúde, os consumidores tem uma importante participação no serviço e em seus resultados, contribuindo para sua própria satisfação. Em outras ocasiões, e Grönroos (1993) apresenta como exemplo o conserto de um carro em uma oficina, a presença do cliente não é necessária e, mesmo que se faça presente, não participa da consecução do serviço.

Devido à dificuldade em definir serviços, os estudiosos da área procuraram descrever as características comuns aos tipos de serviços e as diferenças entre serviços e produtos.

Lovelock (1983, p. 11), compilou as propostas de classificação dos serviços desenvolvidas por Judd (1964); Rathmell (1974); Shostack (1977); Sasser et al. (1978); Hill (1977); Thomas (1978); Chase (1978); Kotler (1980) e Lovelock (1980). A seguir Grönroos (1993) completou as classificações, conforme descritas no quadro 3.

Quadro 3: Esquemas propostos para classificação de serviços

Autor	Classificação Proposta	Comentário
Judd (1964)	Serviço de aluguel de bens; Serviços a bens possuídos; Serviços que não são bens.	Os dois primeiros são razoavelmente específicos e o último muito amplo, ignorando serviços como seguros e serviços bancários entre outros.
Rathmell (1974)	Tipo de vendedor ou comprador; Motivos e prática da compra e Grau de regulamentação	Muito genérico, pode se aplicar também a bens.
Shostack (1977) e Sasser et al. (1978)	Proporção de bens físicos e serviços intangíveis contidos em cada “pacote” de produto.	Enfatiza que há poucos produtos puros e serviços puros.
Hill (1977)	Serviços que afetam pessoas x bens; Efeitos permanentes x temporários; Efeitos reversíveis x irreversíveis; Efeitos físicos x mentais; Serviços individuais x coletivos.	Enfatiza a natureza dos serviços e seus benefícios.
Thomas (1978)	Baseado em equipamentos x baseado em pessoas	Fácil entendimento dos atributos dos produtos

Continuação Quadro 3: Esquemas propostos para classificação de serviços

Autor	Classificação Proposta	Comentário
Chase (1978)	Contato com o cliente alto x baixo	O maior envolvimento do cliente (alto contato) influência na prestação do serviço.
Grönroos (1979)	Tipo de serviço: Serviços profissionais e outros serviços. Tipo de cliente: Indivíduos e organizações.	Observa que os mesmos serviços , por exemplo, seguros e financeiros podem ser prestados tanto a indivíduos quanto a organizações.
Kotler (1980)	Baseado em pessoas x equipamentos; Extensão da presença do cliente durante o serviço; Necessidades pessoais x necessidades do negócio; Pública x privada e com ou sem fins lucrativos.	Sintetiza o trabalho de Chase e reconhece as diferenças de propósito das organizações de serviços.
Lovelock (1980)	Características básicas de demanda; Conteúdo dos serviços e seus benefícios; Procedimentos de entrega dos serviços.	Sintetiza as características anteriores e conclui que a definição do objeto servido é a classificação mais importante.
Lovelock (1983)	Natureza do ato de serviço; Relacionamento com clientes; Personalização e julgamento na entrega do serviço; Natureza da demanda em relação ao suprimento e Métodos de fornecimento de serviços.	Fornecer uma série de classificações que juntas ilustram a natureza complexa dos serviços e oferecem informações contextuais úteis para finalidades de gestão.
Schmenner (1986)	Grau de interação e personalização e Grau de intensidade de mão de obra.	Reconhece que alguns serviços podem ser mais personalizados e envolvem um grau mais elevado na intensidade de uso de mão de obra.
Vandermerwe e Chadwick (1989)	Grau de interação consumidor x produtor e Envolvimento relativo de bens.	Reconhece a importância e o papel dos componentes dos bens nos negócios de serviços.

Fonte: Adaptado de Grönroos (1993, p. 42-45)

Em 2002, Lovelock e Wright (2002, p. 32-35) sugerem que as maneiras significativas de agrupar ou classificar os serviços podem ser descritas como: grau de tangibilidade dos processos de serviço (que afeta o papel dos funcionários e a experiência dos clientes); o destinatário direto do processo de serviços (serviços dirigidos ao corpo das pessoas, a bens, a um estímulo mental ou o processamento de informações); o lugar e tempo de entrega do serviço; a personalização versus a padronização; a natureza da relação com os clientes (composta na maior ou menor interação do prestador de serviços com o cliente); a medida na qual a oferta e a demanda estão em equilíbrio e a medida na qual instalações, equipamento e pessoal participam da experiência de serviço. E, dentre essas classificações oferecidas, identificam que, de um ponto de vista operacional, os serviços podem ser classificados em quatro grupos. Esses grupos são compostos pelo cruzamento de duas variáveis: a natureza do ato do serviço com o destinatário da ação do serviço. Como natureza do serviço, Lovelock (1983, p. 10-13) considerou a tangibilidade das ações. Quanto ao destinatário, classificou como pessoas e bens, ou seja, processamento com pessoas ou processamento com bens.

Verificamos no quadro 4 alguns exemplos desse cruzamento onde ações tangíveis podem ser dirigidos aos corpos das pessoas como em tratamentos de saúde ou a bens do cliente como uma lavanderia. No outro cruzamento, ações intangíveis dirigidos à mente das pessoas como educação contrapõe-se a serviços dirigidos a bens intangíveis como serviços bancários.

Quadro 4 Natureza e o destinatário do serviço

Qual a natureza do ato do serviço?	Quem ou o Que é o destinatário direto do serviço?	
	Pessoas	Bens
Ações tangíveis	Serviços dirigidos aos corpos das pessoas Ex.: Assistência médica.	Serviços dirigidos aos bens e outras posses físicas Ex.: Abastecimento de combustíveis.
Ações intangíveis	Serviços dirigidos às mentes das pessoas Ex.: Educação	Serviços dirigidos a bens intangíveis Ex.: Serviços Jurídicos

Fonte: Adaptado de Lovelock, C. *Classifying Services to Gain Strategic Marketing Insights*, p.12, Summer, 1983 e Lovelock e Wright. *Serviços: marketing e gestão*. São Paulo: Saraiva, 2002

Complementando o estudo das características que compõe os serviços, Zeithaml, Parasuraman e Berry (1985), na revisão teórica de seu artigo, *Problems and Strategies in Services Marketing*, listaram 26 (vinte e seis) autores e compararam a caracterização dos serviços de cada um com sua proposta de dividir as características em intangibilidade, heterogeneidade, inseparabilidade da produção com o consumo e a perecibilidade. Desses autores, todos concordam com a definição de intangibilidade para os serviços, 17 (dezessete) citam a heterogeneidade, 23 (vinte e três) concordam com a inseparabilidade entre a produção do serviço e seu consumo e 10 (dez) concordam com o conceito de perecibilidade.

A literatura atual sobre serviços aceita essas quatro características propostas (ZEITHAML, PARASURAMAN E BERRY, 1985). Serviços são intangíveis pois são desempenho e não objetos e não podem ser sentidos ou tocados da mesma forma. Conforme Bateson (2001, p. 35), “os julgamentos dos consumidores sobre eles tendem a ser mais subjetivos do que objetivos.” A inseparabilidade entre a produção e o consumo está relacionada ao ato da execução / consumo da maioria dos serviços. Bens são produzidos, estocados e depois vendidos. Serviços são consumidos concomitantemente com o ato da produção, como por exemplo um serviço de corte de cabelo. Essa inseparabilidade gera a

perecibilidade pois o serviço não pode ser estocado para posterior consumo. Um horário vago na agenda do médico não pode ser guardado para uma venda futura. Para diminuir as perdas, na aviação há uma prática conhecida como *overbooking* onde a companhia aérea vende mais assentos do que o avião possui; com as desistências de passageiros normalmente essa prática não causa conflitos. No atendimento médico, consultas de 15 minutos geram longas esperas mas minimizando o custo de desistências. A heterogeneidade refere-se à variabilidade potencial da execução dos serviços. Um bem produzido em série pode ser considerado homogêneo. O serviço prestado por um médico nunca será igual à outro, mesmo que para um mesmo consumidor. O serviço não é composto apenas pelo “atendimento clínico” mas também por toda a interação do cliente com diversas pessoas em momentos diferentes, com percepções diferentes e resultados diferentes.

Complementando essas características, podemos sintetizar a diferenciação entre serviços e bens conforme apresentado por Grönroos (1993, p. 38), no quadro 5:

Quadro 5: Diferenças entre serviços e bens físicos

Bens físicos	Serviços
Tangível	Intangível
Homogêneo	Heterogêneo
Produção e distribuição separadas do consumo	Produção, distribuição e consumo são processos simultâneos
Uma coisa	Uma atividade ou processo
Valor principal produzido em fábricas	Valor principal produzido nas interações entre comprador e vendedor
Clientes normalmente não participam do processo de produção	Clientes participam da produção
Pode ser mantido em estoque	Não pode ser mantido em estoque
Transferência de propriedade	Não transfere propriedade

Fonte: Grönroos, 1993, p. 38

2.3 Marketing

As empresas são criadas para atender às necessidade dos clientes com produtos e serviços (BERNARDES e MARCONDES, 2003, p. 9); no entanto, o aumento da oferta de produtos e da concorrência proporcionou ao consumidor o poder de escolha. Conforme Kotler e Armstrong (1995, p. 6), essa escolha será baseada no valor que o produto ou serviço representar, ou seja, quando o custo-benefício do produto apresentar-se favorável na percepção do cliente. Para obter sucesso num mercado com diversas opções de escolha, o produto ou serviço de uma empresa deve ser desejado por um segmento de mercado mais do que os produtos ou serviços de seus concorrentes (LODISH, MORGAN e KALLIANPUR, 2002, p.19). A utilização de práticas com o objetivo de viabilizar a identificação de necessidades ou favorecer a adequação de produtos à essas necessidades ou ainda a comunicação dos benefícios dos produtos, por exemplo, representa orientar as ações da empresa para as necessidade do mercado e; a empresa que tem o mercado como foco de suas ações, pratica marketing (LIMEIRA, 2003, p.2).

Entre os conceitos de marketing pode-se destacar que marketing é “um conjunto de atividades empresariais que visa à satisfação das necessidades e dos desejos de um, ou vários mercados, através da oferta de produtos e serviços, por meio de um processo de troca (KOTLER apud COSTA e CRESCITELLI, 2003, p.19).

Após uma revisão de 25 definições diferentes, a American Marketing Association (AMA) compilou sua definição de marketing que, conforme Ferrel e Lucas (1987, apud HOOLEY, SAUNDERS e PIERCY, 2001, p. 6) é uma definição com boa aceitação universal: “marketing é o processo de planejar e executar a concepção, custo, planejamento e distribuição de idéias, bens e serviços para criar trocas que satisfaçam os

objetivos de empresas e indivíduos.” Essa definição sugere o marketing como um processo executado dentro de uma organização (HOOLEY, SAUNDERS e PIERCY, 2001, p.6).

Conforme Limeira (2003, p. 10), “a administração de marketing é o processo de planejamento, execução e controle das estratégias e táticas de marketing para otimizar os resultados de clientes e *stakeholders*.”

De acordo com Costa e Crescitelli (2003, p.19-28) para que haja o conjunto de atividades necessárias à satisfação dos desejos dos consumidores proposto pela definição de marketing é necessário um processo que inicia-se com a detecção das necessidades dos clientes, seguida pela avaliação sistemática das mesmas, a determinação dos mercados de atuação, o desenvolvimento do produto, sua distribuição e comercialização, a comunicação e o acompanhamento da vida do produto. E, para que esse processo possa existir, é necessário a ocorrência de quatro elementos básicos conhecidos como composto de marketing: o produto, o preço, a distribuição e a comunicação, representado na figura 2.



Figura 2: A estrutura dos quatro Ps

Fonte: Kotler, Philip. Marketing para o século XXI.: como criar, conquistar e dominar mercados. São Paulo: Futura, 2000.

O composto de marketing, ou marketing mix, também é conhecido como os quatro P's, representados pelo **P**roduto, que “é todo bem que pode ser ofertado a um ou vários mercado, visando à satisfação de uma necessidade e/ou desejo, para que seja adquirido, utilizado e consumido” (COSTA E CRESCITELLI, 2003, p.28); pelo **P**reço, que é “o valor que um produto tem ou apresenta em determinado mercado, representado por uma quantidade de moeda.” (COSTA E CRESCITELLI, 2003, p.35); **P**raça ou “canal de marketing é um conjunto de organizações interdependentes envolvidas no processo de disponibilizar um produto ou serviço para uso ou consumo” (COUGHLAN et.al., 2002, p.20) e **P**romoção ou comunicação que, conforme Costa e Crescitelli (2003, p. 53) é composta não apenas das diversas ferramentas de comunicação à disposição da empresa como a propaganda, publicidade, promoção de vendas, merchandising e venda pessoal mas principalmente todo o processo de comunicação, da empresa, “com seus públicos, de maneira eficaz, suficiente, impactual e persuasiva, obedecendo a um planejamento coerente com os objetivos mercadológicos traçados e utilizando as estratégias de comunicação mais adequadas a esses objetivos.

Dentre as funções de marketing encontra-se conhecer os clientes e entender o comportamento do consumidor. Conforme Kotler (2001, p. 182 - 198), o ponto de partida é composto pelo entendimento dos fatores que influenciam o comportamento de compra: os fatores culturais, que determinam os valores e crenças do consumidor; os fatores sociais, que são compostos por grupos de referência e afinidade além da família e do grupo social a que pertencem, bem como o posicionamento e status desejado neste grupo; os fatores pessoais são formados pela idade e estágio do consumidor no ciclo de vida da família, seu estilo de vida e sua auto imagem desejada e, por fim, os fatores psicológicos, divididos em quatro grupos predominantes: a motivação, a percepção, a aprendizagem e as atitudes.

Complementando o entendimento das influências cognitivas do processo de decisão, o profissional de marketing deve conhecer o processo de decisão de compra. Kotler (2001, p. 200 - 206) apresenta um modelo com cinco etapas do processo de compra do consumidor. Inicialmente o comprador reconhece e/ou identifica um problema ou necessidade. Em seguida, parte para a busca de informações. As fontes de informação são pessoais (família, amigos e conhecidos), comerciais (propaganda, vendedores, embalagens), fontes públicas (meios de organização de massa) ou fontes experimentais (manuseio, uso do produto). A próxima etapa é a avaliação de alternativas. Nesse momento, os critérios de escolha poderão ser mais racionais, onde o consumidor avalia de forma isenta os atributos dos produtos e suas necessidades, ou mais emocionais, onde o consumidor toma decisões baseado em critérios subjetivos como a imagem das marcas. A fase seguinte do processo é a decisão de compra onde, baseado nas preferências demonstradas nas fases anteriores, o consumidor efetiva sua compra. O processo de compra continua com o comportamento pós-compra. A satisfação pós-compra gera as expectativas quanto a uma nova compra e sobre a indicação do produto ao seu círculo de influência.

O núcleo do conceito de marketing encontra-se na orientação do consumidor. Como profissionais de marketing, precisamos entender nossos consumidores e desenvolver nossa organizações em função deles. (...) Atualmente é mais importante do que nunca entender os consumidores e como esses consumidores escolhem serviços alternativos que lhe são oferecidos e como avaliar esses serviços após recebê-los. Entender a ligação entre processos de escolha e avaliação é particularmente importante, já que consumidores satisfeitos são necessários para a repetição de negócios. (BATESON E HOFFMAN, 2001, p.48).

2.4 Marketing de Serviços

O marketing de serviços tem algumas diferenças em relação ao marketing voltado a produtos. Conforme a Escola Nórdica de Serviços (GRÖNROOS, 1993, p. 29), as decisões concernentes ao marketing não podem ser separadas das decisões gerenciais globais.

Essa escola privilegiou as interações entre comprador - vendedor, descritos por Carlzon (1994) como “Hora da Verdade”. Na hora da verdade, os funcionários estão em contato com o público no momento exato em que uma solução para um problema é solicitada pelo cliente. Esses funcionários conhecem as operações de linha de frente e, numa empresa realmente orientada ao cliente, podem e devem utilizar essa hora da verdade para satisfazê-lo.

Zeithaml e Bitner (2003, p. 40-42) sugerem a adoção de um composto ampliado de marketing para serviços. Além dos elementos tradicionais do composto de marketing, conhecidos como os 4 P's, inclui-se novos elementos: pessoas, evidência física e processo, conforme o quadro 6. As pessoas são todos aqueles que desempenham um papel no processo de prestação do serviço, seja um funcionário, o cliente ou até outros clientes que se encontram no ambiente do serviço, influenciando a percepção do cliente; a evidência física é composta pelo ambiente do serviço bem como qualquer componente tangível que facilite seu desempenho ou sua comunicação e processo são os “procedimentos, mecanismos e o roteiro de atividades através dos quais o serviço é executado”.

Quadro 6: Composto de marketing expandido para serviços

Produto	Praça (distribuição)	Promoção (comunicação)	Preço
Características físicas Nível de qualidade Acessórios Embalagens Garantias Linha de produto Marca	Tipo de canal Exposição Intermediários Espaços em pontos Transporte Estocagem Administração de canais	Composto de comunicação Pessoal de vendas Propaganda Promoção de vendas Assessoria de imprensa	Flexibilidade Faixa de preço Diferenciação Descontos Margens Venda
Pessoas	Evidência física	Processo	
Funcionários Recrutamento Treinamento Motivação Recompensas Trabalho em equipe Clientes Educação Treinamento	Projeto das instalações Equipamento Sinalização Roupas dos funcionários Outros tangíveis Relatórios Cartões de visita Declarações Garantias	Roteiro de atividades Padronização Customização Número de passos Simples Complexo Envolvimento dos clientes	

Fonte: Adaptado de Zeithaml, Valerie e Bitner, Mary J. Marketing de Serviços: a empresa com foco no cliente 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2003, p. 41

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) citam em seu artigo os pesquisadores que demonstraram a relação das vantagens estratégicas da qualidade em sua contribuição para a participação de mercado, do retorno do investimento, na diminuição dos custos de produção e no aumento de produtividade.

Conforme Grönroos (1993, p.46), a maior parte dos estudos de qualidade dos serviços utilizam-se de uma abordagem da qualidade percebida do serviço como o alicerce para o desenvolvimento da teoria sobre marketing de serviços.

Devido à intangibilidade dos serviços, Buzzel e Gale (1987, apud GRÖNROOS, 1993, p. 47) afirmam que “... a qualidade de um produto ou serviço, em particular, é qualquer coisa que o cliente *perceba* como tal.” Grönroos (1993, p. 47-48) complementa afirmando que “isto está em total conformidade com os modelos propostos sobre marketing de serviços.”

Através do entendimento da qualidade percebida pelo cliente, em confronto com a qualidade esperada, as organizações podem traçar ações para responder à sua demanda e ser uma organização efetivamente orientada para o cliente.

Para que isso seja possível é necessário o entendimento de como o cliente percebe a qualidade dos serviços pois “a experiência inteira do cliente determina sua percepção de qualidade.” (ALBRECHT, 1999, p. 9). Conforme Grönroos, Parasuraman et al. e Lethinen (apud Grönroos, 1993, p. 48-55), a qualidade de um serviço pode ser percebida por duas dimensões distintas: a dimensão técnica ou qualidade técnica do processo, representada pela satisfação da necessidade por parte do serviço e uma dimensão funcional ou relacionada ao processo que compreende, de uma maneira subjetiva, por como o cliente recebe o serviço. Essas duas dimensões compõem a percepção de qualidade total da prestação do serviço, mas sofrem a influência da imagem da empresa (prestadora do serviço). Uma boa imagem da

empresa permite que o cliente atenuie uma percepção negativa quanto a problemas na prestação dos serviços e vice versa, conforme demonstrado na figura 3.

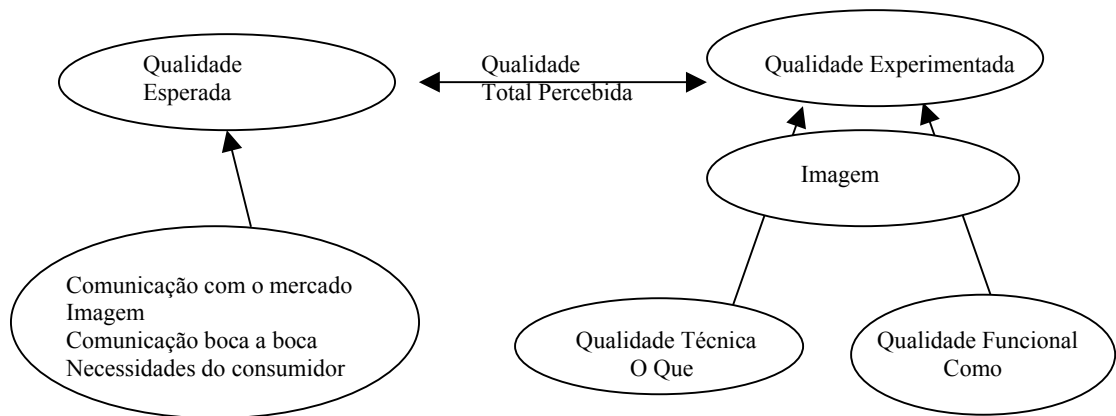


Figura 3: A Qualidade Total Percebida

Fonte: Grönroos, Christian. Marketing Gerenciamento e Serviços: a competição por serviços na hora da verdade. Rio de Janeiro: Campus, 1993. p. 54

2.5 Qualidade em Serviços

Conforme Bateson e Hoffman (2001, p. 363), satisfação é o resultado da avaliação que o consumidor faz de uma transação ou experiência específica, sendo conceituada como uma atitude ou mais precisamente, pela avaliação global do cliente por uma oferta de serviço consumido. Eiglier e Langeard (apud GRÖNROOS, 1993, p. 45), afirmam que “o que se faz necessário é um modelo de qualidade de serviço, ou seja, um modelo de como a qualidade do serviço é percebida pelos clientes.” O entendimento deste processo e sua transcrição em forma de um modelo foi estudado por diversos autores, destacando-se o modelo de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985).

O modelo de lacunas da qualidade de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) e Zeithaml, Berry e Parasuraman (1988) é, provavelmente, o modelo mais citado na literatura atual de serviços (BATESON E HOFFMAN, 2001; GRÖNROOS, 1993; FITZSIMMONS E FITZSIMMONS, 2000; HOFFMAN E BATESON, 2003; LOVELOCK E WRIGHT, 2002; KOTLER, 2000 e ZEITHAML e BITNER, 2003).

Berry, Zeithaml e Parasuraman (1985), após vários anos de pesquisa, cuja primeira fase iniciou-se em 1983 e sendo divulgados em diversos artigos a partir de 1985 (quando os autores se revezaram em sua autoria principal), tendo como referencial teórico principalmente a área de marketing, efetuaram uma pesquisa exploratória com o objetivo de alcançar uma definição comum para qualidade de serviços junto a executivos de quatro setores de serviços: bancos de varejo, cartões de crédito, corretores de seguros e oficinas de assistência técnica.

Complementaram o estudo com a condução de grupos de foco junto a consumidores recentes desses serviços. De acordo com os autores (BERRY, ZEITHAML e PARASURAMAN, 1985, p. 44), a conclusão provavelmente mais importante dessas entrevistas foi a descoberta de um grupo de discrepâncias importantes, ou lacunas, entre as percepções dos executivos da qualidade do serviço e as tarefas associadas ao processo de prestação do serviço aos consumidores. Essas lacunas foram demonstradas no modelo conceitual de qualidade de serviços representado na figura 4.

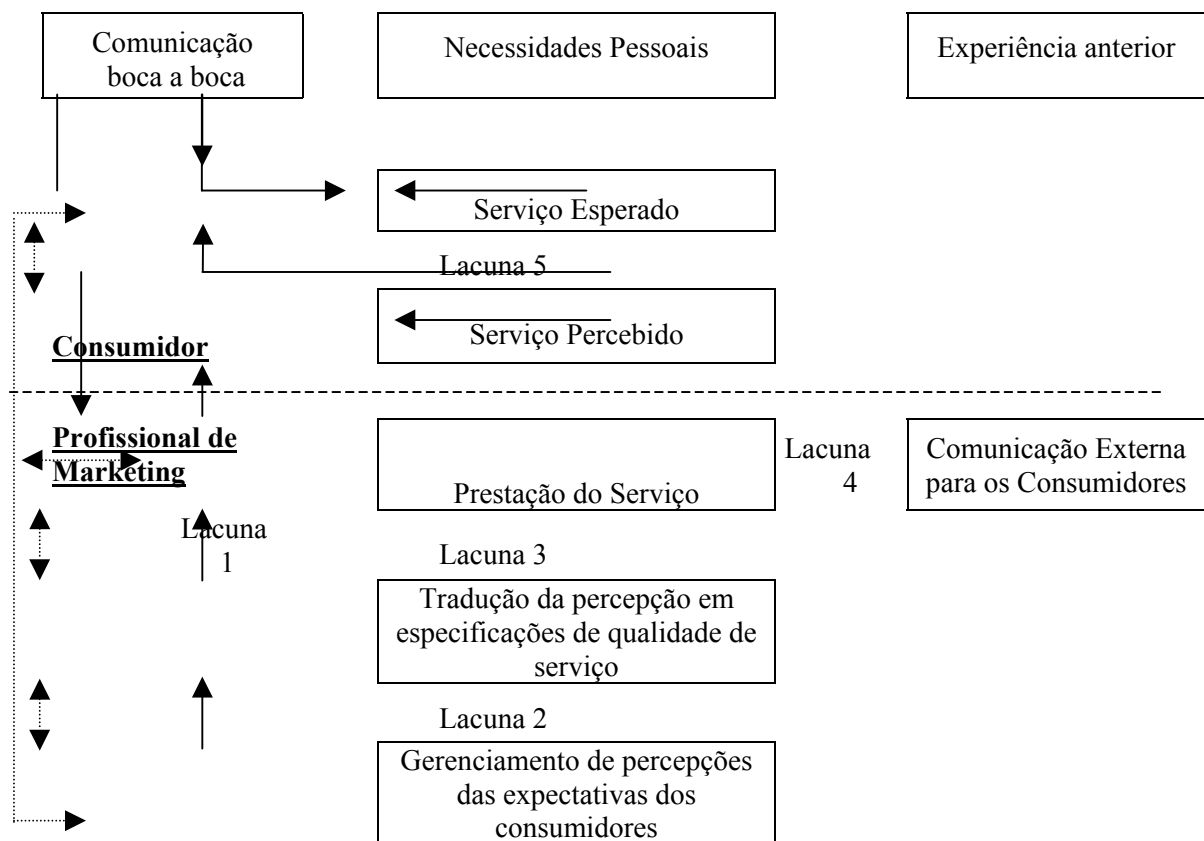


Figura 4: Modelo conceitual de qualidade de serviços

Fonte: Adaptado de Parasuraman, A., Zeithaml, Valerie A. e Berry, Leonard L. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. Journal of Marketing. Vol. 49 (fall 1985), p. 41-50.

Conforme Hoffman e Bateson (2003, p. 360), a lacuna 1, ou lacuna do conhecimento, representa a “diferença entre o que os clientes esperam de um serviço e o que a gerência percebe que os clientes esperam”. Para Grönroos (1993, p. 79), essa lacuna pode ocorrer por informação imprecisa da pesquisa de mercado, imprecisão ou inexistência de análise da demanda ou interpretação imprecisa das informações colhidas sobre as expectativas.

A lacuna 2 ou lacuna de padrões, conforme Hofmann e Bateson (2003, p. 360), ocorre quando há “diferença entre o que a gerência percebe que os clientes esperam e as especificações de qualidade estabelecidas para a prestação do serviço. Essa lacuna pode ocorrer quando “a administração não acredita que pode ou deve satisfazer as exigências de

serviço do cliente”, pela falta de comprometimento com a qualidade do serviço, ou pela falta de cultura de qualidade gerando uma falha da administração em entender as expectativas dos clientes (HOFMANN E BATESON, 2003, p. 360).

Conforme Hofmann e Bateson (2003, p. 360), a lacuna 3 ou lacuna de execução representa “a diferença entre as especificações de qualidade estabelecidas para a prestação do serviço e sua qualidade real”, ou seja, a capacidade dos funcionários de executar as tarefas referentes aos serviços da forma como foram treinados para fazê-lo. Para Hofmann e Bateson (2003, p. 364), dentre os fatores que influenciam essa lacuna podem ser citados a disposição para desempenhar o serviço e a adequação de cada funcionário às tarefas a ele designadas.

A lacuna 4, ou lacuna de comunicações representa a “diferença entre a qualidade real do serviço prestado e a divulgada nas comunicações externas da empresa, como folhetos e propaganda” (HOFMANN E BATESON, 2003, p. 360). Para os autores, dois fatores influenciam essa lacuna: o exagero nas promessas aos clientes e deficiências na comunicação interna.

Conforme Zeithaml e Bitner (2003, p. 48-49), a lacuna 5 ou, lacuna do cliente, representa a “diferença entre expectativas e percepções dos clientes”. Conforme as autoras, o modelo de lacunas deve ser utilizado como um guia para o preenchimento da lacuna do cliente e isso é feito através do preenchimento das demais lacunas.

Expectativas são pontos de referência que os clientes trazem consigo para dentro de uma experiência de serviços; as percepções correspondem ao serviço efetivamente recebido. A idéia é que as empresas querem preencher esta lacuna – entre o que é esperado e o que é recebido – visando satisfazer os clientes e construir relações de longo prazo com os mesmos. (ZEITHAML E BITNER, 2003, p. 49),

O estudo de Parasuraman, Zeithaml, Berry (1985) com os consumidores permitiu formar um conceito de dimensões da qualidade de serviços, conforme descrito no quadro 7:

Quadro 7 Conceitos das dimensões da qualidade de serviços

1. Confiabilidade envolve coerência no desempenho e constância: Isso significa que a empresa faz o serviço de maneira correta na primeira vez e que honra seus compromissos em relação à sua cobrança, mantém seus registros corretos e cumpre os prazos acordados. 2. Receptividade refere-se à predisposição e prontidão dos empregados em prestar o serviço. Isso envolve a pronta resposta aos chamados telefônicos dos clientes, rápida resposta pelo correio, e a imediata prestação do serviço. 3. Competência significa possuir os requisitos e conhecimentos necessários para a prestação do serviço. O que envolve o conhecimento e habilidades dos funcionários de contato com o cliente, da equipe de suporte além da capacidade de pesquisa da organização. 4. Acesso envolve a facilidade de contato. Ou seja, a facilidade de acesso via telefone, a pouca espera pelo atendimento, a conveniência da localização bem como dos horários de atendimento. 5. Cortesia envolve o respeito, consideração e tato no relacionamento pessoal. E inclui consideração pelo cliente e suas propriedades e limpeza e boa aparência de sua equipe de contato com o público. 6. Comunicação significa manter os consumidores informados em uma linguagem que possam compreender. Isso significa que o prestador do serviço sabe dirigir-se a diferentes públicos, sejam eles mais rudes ou mais polidos, explicando os serviços, seu custo, o custo-benefício e assegurando que eventuais problemas serão atendidos. 7. Credibilidade envolve confiança, honestidade e envolvimento com os interesses do cliente. O nome da empresa, sua reputação, as características pessoais de sua equipe de contato com o cliente e o grau de envolvimento destes com seus problemas afetam essa dimensão. 8. Segurança é estar livres de riscos, perigos ou dúvidas. Isso envolve a segurança física, financeira e a confidencialidade. 9. Compreensão e conhecimento do/sobre o cliente envolve os esforços para entender as necessidades dos clientes. Isso se dá através do aprendizado quanto às exigências específicas de cada cliente, o fornecimento de atenção individual e o reconhecimento de um cliente regular. 10. Tangibilidade compreende o aspecto físico do serviço. Através das facilidades físicas, aparência do pessoal, ferramentas e equipamentos utilizados para o serviço, representações físicas do serviço e outros clientes presentes nas instalações do serviço.
Fonte: Adaptado de Parasuraman, A., Zeithaml, V.e Berry, L. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. Journal of Marketing, vol. 49 (fall, 1985), p. 47

Posteriormente, os autores (PARASURAMAN, ZEITHAML E BERRY, 1988) refinaram essas dimensões em apenas cinco, independentes de determinada empresa ou setor, através da manutenção de três dos conceitos originais e da combinação das demais em outras duas, conforme descrito no quadro 8.

Quadro 8 Dimensões da qualidade de Serviços

Dimensão	Características
Tangibilidade	Facilidades físicas, equipamentos e a aparência dos funcionários;
Confiabilidade	Habilidade de prestar o serviço proposto com precisão e confiança;
Receptividade	Disposição para atender os clientes e fornecer os serviços imediatamente;
Segurança	Conhecimento e cortesia dos funcionários e sua habilidade em transmitir confiança e segurança ao cliente;
Empatia	Cuidado e atenção individualizado que a empresa provê aos seus clientes.
Fonte: Adaptado de Parasuraman, A., Zeithaml, V.e Berry, L. A. SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. Journal of Retailing. Vol. 64, n.1 (Spring,1988), p. 23 – 24.	

Através da utilização dessas cinco dimensões de qualidade, os autores criaram um instrumento de medição da qualidade do serviço: a escala SERVQUAL. Conforme Zeithaml e Bitner (2003, p. 136), a escala SERVQUAL (escala multidimensional para captar as percepções e expectativas de qualidade em serviços) foi aperfeiçoada desde sua primeira publicação em 1988 e é composta por itens de percepção e de expectativa que estão distribuídos pelas cinco dimensões de qualidade. O anexo C apresenta um modelo do SERVQUAL.

A ferramenta SERVQUAL é composta de duas seções: uma de 22 itens, que registra as expectativas dos clientes de empresas excelentes na indústria de serviço; outra, também de 22 itens, que mede as percepções dos clientes de determinada empresa daquela indústria de serviço (isto é, a empresa que está sendo avaliada). Os resultados das duas seções são então comparados, para se chegar às ‘pontuações da lacuna’ em cada uma das cinco dimensões. Quanto maior a lacuna, mais distantes são as percepções do cliente em relação às suas expectativas, e mais baixa a avaliação da qualidade do serviço.” (HOFMANN E BATESON, 2003, p. 368).

Conforme Hofmann e Bateson (2003, p. 372), a ferramenta Servqual tem recebido diversas críticas: a extensão do questionário que é considerado por alguns como repetitivo e desnecessariamente extenso; a validade das cinco dimensões que não se mantêm estatisticamente (entretanto os resultados demonstram que os clientes realmente fazem essas distinções) e dificuldade de utilizar o instrumento como previsor de vendas. Muitas das críticas ajudaram a aperfeiçoar a escala Servqual, no entanto, uma ferramenta de medição deve ser utilizada para auxiliar na tomada de decisões como um ponto de partida de um diagnóstico de qualidade de serviços sendo mais valiosa quando comparada com tendências de qualidade do serviço da empresa e medidas de desempenho da concorrência.

Hofmann e Bateson (2003, p. 375) emitem três conclusões ao estudo da ferramenta Servqual:

1. Das cinco dimensões medidas, atendimento, empatia e segurança estão relacionadas ao contato entre clientes e a equipe de funcionários e a dimensão tangibilidade pode estar indiretamente relacionada quanto aos aspectos da aparência, roupas e higiene do pessoal, destacando a importância do pessoal de contato;

2. O processo do serviço é tão importante quanto o resultado dele. A satisfação do cliente depende tanto da produção como do consumo dos serviços;

3. As percepções dos clientes são imprevisíveis pois podem sofrer influências de aspectos incontroláveis como o humor do cliente e suas atitudes.

2.6 Marketing de Serviços Profissionais

Conforme Kotler, Hayes e Bloom (2002, p. 24), “independentemente de como a empresa oferece seus serviços, o sucesso do marketing [de serviços profissionais]

estará diretamente relacionado ao grau de orientação para o cliente.” Os autores afirmam que o marketing deve ser entendido como uma forma de raciocinar e abordar o mercado e o cliente e não uma receita de bolo. O objetivo da organização focada no cliente é atender as necessidades, desejos e percepções de seus clientes, desenvolvendo uma base de relacionamento forte e duradoura. “Os membros das organizações prestadoras de serviços profissionais e que são focadas no cliente trabalham *com* os clientes e não *para* os clientes” (KOTLER, HAYES e BLOOM, 2002, p. 24-25).

No entanto, de acordo com Fitzsimmons, Noh e Thies (1998), a dificuldade em avaliar os serviços profissionais aumenta conforme o seu grau de tangibilidade e o tempo decorrido entre o início do serviço e seus resultados finais, uma importante característica dos serviços médicos.

Conforme Gummesson (1979, p. 310), o profissional liberal participa de todas as operações de sua empresa. As atividades de marketing não costumam se ater a um departamento de marketing porém não deixam de existir por esse motivo.

De acordo com Kotler, Hayes e Bloom (2002, p. 25), os instrumentos de marketing utilizados pelos profissionais de serviços compreendem o composto promocional estendido de marketing de serviços formado pelos 4 P's e a comunicação, evidências físicas e a atuação em processos e pessoas.

O marketing de serviços profissionais não está distante em sua prática das ações do marketing de serviços. No entanto, algumas das principais atividades promocionais utilizadas pelas empresas de serviços profissionais, segundo Gummesson (1979, p. 312) encontram-se descritas no quadro 9. Os membros dessas empresas utilizam-se desses instrumentos de marketing como fatores determinantes para seu sucesso em prospecção e retenção de clientes.

Quadro 9: Atividades promocionais utilizadas por empresas de serviços profissionais

Vendas pessoais e pesquisa de marketing Iniciativa de ligações telefônicas; Atendimento telefônico de vendas passivas; Propostas; Contato com clientes habituais e prospects.
Propaganda Anúncios em jornais diários; Outros tipos de anúncio: lista telefônica, revistas especializadas.
Relações públicas e atividades promocionais Conferências, cursos e seminários preparados pela empresa; Participação em conferências preparadas por órgãos de classe; Membro de Associações; Publicação de artigos; Cartões de aniversário e semelhantes

Fonte: Adaptado de Gummesson, E. The Marketing of Professional Services – An Organisational Dilemma. European Journal of Marketing. Vol 13 (5): p. 308 – 318. 1979.

3 Metodologia da Pesquisa

Conforme Mattar (1999, p.75-76), há diferentes classificações dos tipos de pesquisa conforme os principais autores sobre o tema. No entanto, podemos classificá-las conforme a utilização de diferentes variáveis excludentes:

- Quanto à natureza das variáveis pesquisadas em pesquisas qualitativas, que identifica a presença ou ausência de algo e quantitativas, que procura medir o grau em que algo está presente (KIRK e MILLER, 1986 apud MATTAR, 1999, p. 76-77);
- Quanto à natureza do relacionamento entre as variáveis estudadas: descritivas e causais, cujas diferenças referem-se a seus objetivos: As descritivas tem por objetivo descrever uma situação. Já a causal procura informação sobre as causas da situação (MATTAR, 1999, p. 76-77);
- Quanto ao objetivo e grau do problema, pesquisa exploratória e conclusiva. A diferença está no grau de estruturação da pesquisa e seu objetivo imediato. A pesquisa exploratória é pouco estruturada enquanto a pesquisa conclusiva é bastante estruturada em termos de procedimentos (MATTAR, 1999, p. 76-78);
- Quanto à forma utilizada para a coleta de dados primários: pesquisa por comunicação ou por observação. A pesquisa por comunicação corresponde à declaração dos dados pelo respondente. Comumente aplicada através de questionários e entrevistas. Na pesquisa por

observação obtém-se os dados sem que haja comunicação com o pesquisado (MATTAR, 1999, p. 76-78);

- Quanto ao escopo da pesquisa em termos de amplitude e profundidade: estudo de casos, estudos de campo e levantamentos amostrais. Os estudos de caso são estudos profundos, mas não amplos através do qual se procura conhecer profundamente um ou poucos elementos da população sobre um grande número de aspectos e sua inter-relação. Os levantamentos amostrais caracterizam-se pela obtenção de dados representativos da população, mas pouco profundos. Os estudos de campo trabalham com amostras que permitem análises estatísticas sem haver preocupação com representatividade (MATTAR, 1999, p. 76-78);
- Quanto à dimensão no tempo: ocasionais e evolutivas. As pesquisas ocasionais são realizadas uma única vez enquanto as evolutivas são periodicamente repetidas e mostram a evolução no tempo das variáveis pesquisadas (MATTAR, 1999, p. 76-79);
- Quanto à possibilidade de controle sobre as variáveis em estudo: pesquisas experimentais e pesquisas ex-post facto. As pesquisas experimentais são estudos de situações reais onde uma ou mais variáveis independentes são manipuladas pelo pesquisador e suas reações medidas. A pesquisa ex-post facto procura descobrir relacionamentos entre variáveis após o fenômeno em estudo já ter transcorrido (MATTAR, 1999, p. 76-79);
- Quanto ao ambiente de pesquisa: pesquisa de campo, de laboratório e por simulação. A principal distinção será entre a utilização de

condições ambientais laboratoriais ou reais e sujeitos reais, normais ou irreais (MATTAR, 1999, p. 76-79).

O presente estudo pode ser classificado quanto à natureza das variáveis como uma pesquisa quantitativa; quanto à natureza do relacionamento das variáveis estudadas como uma pesquisa descritiva; quanto ao objetivo e grau do problema como uma pesquisa exploratória; quanto à forma utilizada para a coleta dos dados primários como uma pesquisa por comunicação; quanto ao escopo da pesquisa em termos de amplitude e profundidade, como um estudo de campo; quanto à dimensão da pesquisa no tempo como uma pesquisa ocasional; quanto à possibilidade de controle sobre as variáveis em estudo, uma pesquisa *ex-post facto* e quanto ao ambiente de pesquisa como uma pesquisa de campo.

A pesquisa foi baseada em uma amostra significativa e seus dados foram sujeitos a uma análise quantitativa e descritiva, onde procurou-se descrever a situação atual do conhecimento dos instrumentos de marketing da população alvo.

No desenvolvimento dessa pesquisa, alguns cuidados foram tomados para evitar erros nas enquetes. Conforme Malhotra (1999, p. 116), “várias fontes potenciais de erros podem afetar uma concepção de pesquisa. Uma boa concepção procura controlá-las”. Os possíveis erros que afetam uma coleta de dados, conforme Aaker, Kumar e Day (2001), no quadro 10, são divididos em erros pela falta de resposta por recusa do respondente, o que ocorre quando o respondente selecionado recusa-se a responder a enquete; falta de acuracidade na resposta, o que pode ocorrer quando os respondentes não são capazes de dar uma resposta ou não estão dispostos a fornecê-la completa e acuradamente e o erro do entrevistador, que pode ocorrer por diversos motivos como, por exemplo, a impressão causada no respondente pelo entrevistador, induzindo a resposta adequada ou também por fraudes e/ou falsificações efetuadas pelos entrevistadores para aumentar sua renda, pois os pesquisadores costumam receber por produção, ou seja, número de questionários válidos respondidos.

Para diminuir a possibilidade do erro por recusa do respondente, as entrevistas só foram efetuadas com os médicos que se propuseram a atender os pesquisadores. Apesar de algumas questões deixarem de ser respondidas em algumas entrevistas, isso ocorreu em pequena quantidade e a apuração estatística considerou apenas os elementos válidos. Foram efetuados 3 pré testes do questionário e corrigidas e/ou complementadas algumas questões do mesmo até o seu formato final, conforme modelo apresentado no Anexo B. A população, formada por profissionais com, no mínimo, nível superior não demonstrou dificuldades no entendimento das perguntas.

As entrevistas foram coletadas pelo autor e outros cinco pesquisadores. Para garantir que o entrevistador conseguisse efetuar a pesquisa, todas as entrevistas foram agendadas por telefone. Esse agendamento foi efetuado por outra pessoa, que não participou como pesquisadora. Após a entrega do questionário preenchido, aproximadamente 85% das entrevistas foram validadas. Esse procedimento foi efetuado pela mesma pessoa que marcou a entrevista com o médico e que, sem contato com o entrevistador, telefonou novamente para o médico para verificar se a pesquisa foi efetivamente realizada, com o intuito de eliminar as chances de erro por fraudes ou falsificações. O autor efetuou 15 entrevistas. Para dirimir outros possíveis erros do entrevistador, foi efetuado treinamento específico com cada um dos entrevistadores, pelo autor, sobre o questionário, seus objetivos, os trajés adequados à utilização nos consultórios médicos e a forma de tratamento que deveria ser dada aos entrevistados.

Quadro 10: Fontes de erros nas entrevistas

1. Ausência de resposta por recusa de participação
 - a. Medo das conseqüências da participação
 - b. Receio de invasão de privacidade
 - c. Ansiedade a respeito do assunto
2. Falta de acuracidade nas respostas
 - a. Incapacidade de dar uma resposta
 - i Ignorância da resposta
 - ii Problemas de memorização
 - iii Problemas na formulação da resposta
 - b. Falta de vontade de responder com precisão
 - i Preocupação com a invasão de privacidade
 - ii Pressão de tempo e cansaço
 - iii Desejo de prestígio
 - iv Desejo de parecer cooperativo
 - v Estilo de resposta
 - vi Expectativa do entrevistador de que o respondente tenha a resposta
3. Erros causados pelas entrevistas
 - a. Apresentação de induções a uma resposta “adequada”
 - b. Perguntas e investigação inadequadas
 - c. Fraude e falsificação

Fonte: Aaker, Kumar e Day. p. 241

3.1 População

A população é caracterizada por médicos atuantes na cidade de Londrina e que estão estabelecidos em consultórios formados por indivíduos, grupos ou clínicas especializadas. Para o levantamento dos dados do número de médicos atuantes na região, foi efetuada uma consulta ao Conselho Federal de Medicina, que enviou uma listagem contendo o nome de 1471 (um mil, quatrocentos e setenta e um) médicos que encontram-se inscritos neste órgão como residentes na cidade de Londrina. O Conselho Federal de Medicina não tem dados para afirmar quantos destes profissionais atuam exclusivamente na cidade, suas especialidades e as formas de constituição de suas empresas.

Excluiu-se da população médicos que não fazem atendimento em consultórios (como alguns cirurgiões e anestesistas que atuam unicamente em hospitais);

médicos que atuam em serviços auxiliares de diagnóstico como por exemplo, raios-X, ultra-som ou análises clínicas, bem como quaisquer outros profissionais que trabalhem em consultórios como dentistas, psicólogos, fisioterapeutas e semelhantes. Assim, foi efetuado um levantamento com o objetivo de identificar, junto à lista de médicos fornecida pelo Conselho Federal de Medicina, quais os profissionais que atuam nos serviços auxiliares (raios X, ultra-som ou análises clínicas). Porém, como a listagem fornecida não possui endereço e/ou telefone comercial, utilizamos dados secundários como as listagens de médicos conveniados com as instituições UNIMED, Amil e Bradesco Saúde na cidade de Londrina para verificar seus telefones e identificar sua atuação. Dentre os que foram identificados, telefonamos, confirmamos sua atuação e afirmamos que a população objeto da presente pesquisa é de 1.411 (um mil, quatrocentos e onze) médicos.

As diversas formas de constituição dos consultórios médicos, considerados neste estudo como **consultório individual** (onde trabalha apenas um profissional), grupos de médicos dividindo um consultório (nomeados neste trabalho como **sócios**, independentemente da constituição de uma empresa prestadora de serviços ter sido criada ou não) ou **clínicas especializadas** (considerou-se como “clínica especializada” um consultório formado por mais de um profissional e que utiliza-se de uma marca - nome fantasia), foram identificadas e comparadas entre si.

Buscou-se conhecer o perfil dos médicos quanto à sua idade, sexo, escolaridade, tempo de formação, forma de atuação e tempo de dedicação ao consultório, bem como ao tipo de cliente que atende.

3.2 Amostra

Conforme Malhotra (1999, p. 304), “a determinação do tamanho da amostra é complexa e envolve várias considerações de ordem quantitativa e qualitativa.”

Rea, Louis e Parker (2002, p. 123) especificam que o pesquisador deve em primeiro lugar, determinar o nível de confiança e o erro amostral de sua amostra. O nível de confiança é o risco de erro que o pesquisador está disposto a aceitar no estudo e o erro amostral determina o nível de precisão da amostragem que o pesquisador obtém.

Conforme Aaker, Kumar e Day (2001, p. 101), a determinação do tamanho da amostra deve ser compatível com o orçamento da pesquisa e “com os meios de minimizar os efeitos sobre os resultados em casos em que os membros da amostra não possam ser contatados ou recusem-se a participar do trabalho e, de acordo com Cooper e Schindler (2003, p. 156), “se o tamanho da amostra exceder 5% da população, ele pode ser reduzido sem sacrificar a precisão”.

Ao iniciarmos a pesquisa traçamos uma meta de 150 questionários a serem coletados. Em uma amostra probabilística para populações pequenas, com um nível de confiança de 95% e um intervalo de confiança de $\pm 10\%$, seriam adequados 91 elementos para representar a população de 1.411 indivíduos, conforme demonstra a tabela 3; no entanto, para uma amostragem não probabilística recomenda-se uma amostra maior. A população a ser pesquisada demonstrou-se de difícil acesso aos pesquisadores. A coleta de dados junto aos médicos foi projetada para durar 3 semanas. Inicialmente foi tentado marcar horário com os médicos seguindo uma base amostral probabilística simples. No entanto, as atendentes dos consultórios não permitiram contato com os médicos e não deram retorno às ligações efetuadas. Num segundo momento, os pesquisadores passaram a ir ao consultório dos

médicos selecionados para efetuar a pesquisa mas, novamente, não conseguiram conversar diretamente com nenhum médico.

Para efetuar a pesquisa, foi estipulado um novo prazo, agora de 4 semanas, e utilizou-se o método de amostragem não probabilístico, que conforme Malhotra (1999, p. 305) é a “técnica de amostragem que não utiliza seleção aleatória” e a técnica de amostragem tipo Bola de Neve que, conforme Aaker, Kumar e Day (2001, p. 392), “é uma forma de amostragem intencional muito indicada para quando se necessita atingir populações pequenas e especializadas”. Pelo método da bola de neve, entrevista-se um elemento e solicita-se que este indique outro(s) para ser pesquisado. Já que o pesquisador tem 5 (cinco) médicos em seu círculo de amizades, iniciou-se um processo em que solicitou-se a esse grupo não apenas a indicação de outros médicos para a pesquisa mas também o aval, ou seja, a permissão para em seu nome conseguir um contato, telefônico, com o(s) médico(s) indicados e solicitar colaboração com a pesquisa atendendo o pesquisador. Em cada consultório ou clínica que os pesquisadores visitaram para pesquisar um médico indicado anteriormente foi solicitado a permissão para entrevistar os demais médicos do consultório. Utilizando-se dessa metodologia, contatou-se por telefone aproximadamente 250 médicos previamente indicados e conseguiu-se efetuar 136 entrevistas. Dentre as 136 pesquisas coletadas, 8 não foram validadas, ou seja, consideradas aptas para tabulação, seja por estarem incompletas ou rasuradas ou por questões técnicas; em 4 entrevistas os médicos não trabalhavam em consultórios, atuando apenas em hospitais ou ambulatorios.

Tabela 3 Amostras mínimas para populações pequenas selecionadas -

Nível de confiança: 95% Erro amostral: $\pm 10\%$	
Tamanho da população (N)	Tamanho da Amostra
500	81
1.000	88
1.500	91
2.000	92
3.000	94
5.000	95
10.000	96
20.000	96
50.000	96
100.000	96

Fonte: Adaptado de Rea, Louis M. e Parker, Richard. A. (2002, p.130)

3.3 Análise dos Dados

Conforme Aaker (2001, p. 441 - 458), Malhotra (2001, p.375 - 395) e McDaniel e Gates (2003, p. 427 - 465), a análise dos dados coletados deve ser precedida por um processo sistematizado de preparação dos dados. Inicia-se pela verificação de sua integridade, o que é chamado de validação. A validação é uma investigação da prática adotada na coleta de dados com o objetivo de detectar possíveis erros, conforme descritos no quadro 6. Após a validação é efetuada a edição, processo de revisão dos questionários respondidos com o objetivo de localizar respostas ilegíveis, incompletas, inconsistentes ou ambíguas. Como a validação e edição do questionário da presente pesquisa foram efetuadas durante o processo de coleta de dados, dos questionários com respostas insatisfatórias, dois foram devolvidos ao pesquisador para serem refeitos, quatro foram descartados pois os respondentes não trabalhavam em consultórios particulares, apenas em postos de saúde ou hospitais e outros 4 foram rejeitados por estarem incompletos. Algumas respostas foram omitidas pelos respondentes. Para esses casos foi efetuada a deleção aos pares (Malhotra, 2001, p. 384), onde

consideram-se as respostas completas de cada variável, sem descartar todo o questionário. A seguir efetuou-se testes estatísticos para analisar os dados da amostra.

O motivo básico para fazer inferências estatísticas é poder generalizar com base em resultados de amostras das características da população. Um preceito básico de inferência estatística é a possibilidade de que os números sejam diferentes do ponto de vista matemático, mas não significativamente diferentes do ponto de vista estatístico. (...) Se determinada diferença é suficientemente grande para ser improvável que tenha ocorrido por acaso ou devido a um erro de amostragem, então a diferença é estatisticamente significativa. (McDaniel e Gate, 2003, p. 455 - 456)

O grau de significância adotado foi de 7% ($p < 0,070$). Conforme Dutra (1982, p. 94), quando a significância for menor do que o fator adotado, “pode-se concluir que os grupos são tipicamente diferentes na percepção em relação ao fator”.

Foi utilizado o teste Qui-Quadrado (χ^2) nas tabulações cruzadas, o que “permite que o pesquisador faça uma análise para determinar se um padrão observado de freqüências corresponde ao padrão ‘esperado’”. (McDaniel e Gate, 2003, p. 461)

E, conforme Malhotra (1999, p. 446), para examinar as diferenças entre as medianas entre mais de dois grupos, desde que a variável dependente seja medida em escala ordinal, pode-se utilizar o teste de Kruskal-Wallis, instrumento de análise não-métrica da variância que utiliza o valor das classificações de posto de cada caso, e não apenas sua posição em relação à mediana.

A variável **forma de atuação** foi analisada utilizando-se o teste de Kruskal-Wallis com o objetivo de identificar a significância das demais variáveis em relação às três formas de atuação, mutuamente excludentes, apresentadas no trabalho, ou seja, consultórios individuais, sócios e clínicas.

4 Apresentação dos Resultados

Os resultados da pesquisa foram analisados utilizando o software SPSS que efetuou os cruzamentos e testes estatísticos resultando nas tabelas de frequência, tabelas de cruzamento de variáveis, teste qui-quadrado e, quando necessário, sua correção através do Teste Exato de Fischer e o teste de Kruskal-Wallis.

Cada subseção congrega um grupo de variáveis que procura representar um instrumento de marketing.

4.1 Perfil

A seguir serão apresentadas as frequências de resposta de cada variável indicando o grau de concordância sobre as variáveis e a importância dada aos instrumentos de marketing bem como os principais cruzamentos entre o perfil do médico e essas variáveis.

As tabelas 4 e 5 demonstram a frequência das variáveis sexo e idade que mensuram o perfil da amostra. Nota-se a predominância do sexo masculino na amostra.

Tabela 4: frequência das variáveis que mensuram o Perfil x v. 30 sexo

Sexo	Frequência	Porcentagem
Feminino	31	24,2
Masculino	97	75,8
Total	128	100,0

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Tabela 5: frequência das variáveis que mensuram o Perfil x v. 31 idade

Idade	Frequência	Porcentagem
Até 39 anos	45	35,2
De 40 a 59 anos	74	57,8
Mais de 60 anos	9	7,0
Total	128	100,0

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Em sua formação, o médico pode, ou não, efetuar a residência, que é considerada uma especialização e tem no mínimo um ano de duração. Mas, nada impede que logo após se formar o médico atue clinicando, mesmo sem ter feito a residência. No entanto, a maioria dos recém formados tem pouco tempo livre pois atua em plantões em hospitais e clínicas, atividade mais desgastante e menos comum entre os que já estão no mercado há mais tempo. Por esse motivo a variável escolaridade contemplou a graduação, especialização e o mestrado ou doutorado. No entanto, são poucos os que não fazem residência e entre os que fazem, a maioria só inicia atividades de clínica após a conclusão da mesma. Talvez por esse motivo, poucos médicos pesquisados tinham apenas a graduação e o período de até sete anos de formado, conforme indicam as tabelas 6 e 7.

Tabela 6: frequência das variáveis que mensuram o Perfil x v. 33 tempo de formado

Tempo de formado	Frequência	Porcentagem
Não Respondeu	1	0,8
Até 7 anos	8	6,3
De 8 a 20 anos	63	49,2
Mais de 20 anos	56	43,8
Total	128	100,0

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Tabela 7: frequência das variáveis que mensuram o Perfil x v. 34 escolaridade

Escolaridade	Frequência	Porcentagem
Não Respondeu	1	0,8
Graduação	6	4,7
Especialização	76	59,4
Mestrado / Doutorado	45	35,2
Total	128	100,0

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

A frequência de especializações da amostra pode ser constatada na Tabela 8. É importante salientar que o resultado das frequências é maior que 128 pois vários médicos da amostra possuíam mais de uma especialização. Não houve qualquer tentativa de diversificar

as especializações durante a pesquisa. A dificuldade na pesquisa e a disposição de alguns médicos em participar da coleta de dados levou à indicação de colegas dentro de um mesmo consultório e/ou clínica especializada, além de indicação de colegas de mesma especialização, o que gerou alta frequência em algumas destas.

Tabela 8: frequência das variáveis que mensuram o Perfil x v. 35 especialização

Especialização	Frequência
Alergologia	3
Anestesiologia	1
Angiologia	2
Cardiologia	4
Clínica Geral	6
Dermatologia	1
Endocrinologia	4
Gastroenterologia	17
Ginecologia	18
Nefrologia	1
Oftalmologia	14
Oncologia	3
Ortopedia	5
Otorrinolaringologia	3
Pediatria	18
Pneumologia	6
Proctologia	4
Urologia	4
Outros	29

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

A forma de atuação do médico em relação ao seu consultório, Tabela 9, foi definida na pesquisa e observada pelos pesquisadores. Considerou-se que a atuação individual é formada por profissionais que trabalham sozinhos em seus consultórios, sem a presença de outro profissional. Os sócios foram considerados os profissionais que trabalham em consultórios com pelo menos mais um médico e não se utilizam de um nome fantasia para representar-se. Em contrapartida, clínica especializada representa o consultório formado por mais de um médico que utiliza-se de um nome fantasia para representar-se.

Conforme Graham (2000, p. 59), uma das técnicas de marketing para empresas de serviços profissionais inclui a criação de uma identidade de marca com o objetivo de distinguir uma empresa de suas concorrentes.

Tabela 9: frequência das variáveis que mensuram o Perfil x v. 36 atuação

Atuação	Frequência	Porcentagem
Não Respondeu	5	3,9
Individual	23	18,0
Sócios	54	42,2
Clínica Especializada	46	35,9
Total	128	100,0

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Na tabela 10 procura-se demonstrar o tipo de cliente atendido pelos médicos de Londrina. Por se tratar de consultórios particulares, poucos atendem conveniados do SUS. A maior parte dos clientes possui algum tipo de convênio médico, sendo que 84,3% dos médicos tem em sua carteira mais de 70% de seus clientes. A frequência de clientes particulares compõe até 20% dos clientes (mas uma verificação do número dessas ocorrências nos mostra que a moda, isto é, a ocorrência que aparece o maior número de vezes é 10%). Outros clientes, resposta formada principalmente por cortesias prestadas a médicos, familiares e outros profissionais de saúde, complementam o atendimento dos consultórios.

Tabela 10: frequência das variáveis que mensuram o Perfil x v. 37 tipo de cliente

Divisão por tipo de cliente	Valor	Porcentagem
SUS	0%	89,8
Convênio	Maior que 70%	84,3
Particular	Até 20%	75,2
Outros	Até 5%	92,2

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Procurou-se conhecer o tempo de permanência dos médicos em seu consultório. Além desse atendimento, alguns profissionais atendem em postos de saúde e hospitais, além de atuarem em cirurgias em outros estabelecimentos que não o consultório.

Foram consideradas válidas apenas os questionários de médicos que trabalham em consultórios particulares. Aqueles que apenas trabalham em hospitais e postos de saúde foram descartados. Na tabela 11 podemos visualizar o número de horas trabalhadas no consultório.

Tabela 11: Frequência das variáveis que mensuram o Perfil x v. 38 horas trabalhadas

Nº horas trabalhadas no consultório	Frequência	Porcentagem
Até 12 horas	30	23,4
De 12 a 30 horas	46	35,9
Mais de 30 horas	52	40,6
Total	128	100,0

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Para entender se os médicos de Londrina possuem conhecimento formal de marketing foram utilizadas as variáveis 39 e 40, especificando seu uso, conforme as tabelas 12 e 13. Notou-se que a grande maioria não possui estudo formal de marketing. Dos que possuem, apenas a presença em palestras e cursos de aperfeiçoamento. Não houve intenção de definir e/ou avaliar a qualidade do treinamento.

Tabela 12: Frequência das variáveis que mensuram o Perfil x v. 39 estudo formal

Fez algum estudo formal de marketing?	Frequência	Porcentagem
Não Respondeu	1	0,8
Sim	19	14,8
Não	108	84,4
Total	128	100,0

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Tabela 13: Frequência das variáveis que mensuram o Perfil x v. 40 tipo de estudo formal

Se v. 39 = Sim, que tipo?	Frequência	Porcentagem
Variável 39 = Não ou não respondeu	109	85,2
Palestra	9	7,0
Curso aperfeiçoamento	9	7,0
Especialização	1	0,8
Mestrado / Doutorado	0	0,0
Total	128	100,0

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

4.2 Qualidade de Serviços (SERVQUAL)

Entre os instrumentos de marketing utilizados em marketing de serviços encontra-se a preocupação e ação sobre a qualidade dos serviços. Conforme Albrecht (1985 p. 64- 67), o pensamento moderno destaca que a grande arma para a competitividade passa pela criação de uma cultura onde toda a organização deve ser orientada ao consumidor e todos os funcionários da empresa devem estar envolvidos na busca pela satisfação do cliente.

Como a população entrevistada foi formada pelos responsáveis pela prestação dos serviços, procurou-se identificar o conhecimento dos médicos sobre os elementos representantes das percepções das dimensões de qualidade da escala SERVQUAL, pois conforme Bateson e Hoffman (2001, p. 369), “embora o modelo de lacunas (...) forneça um instrumento básico de diagnóstico para a qualidade do serviço, para ser eficaz esse modelo precisa estar embutido em um processo de qualidade de serviço que abranja toda a empresa” Conhecer os elementos que são diagnosticados por esse instrumento é o primeiro passo para que os médicos possam efetuar ações com o intuito de atingir as expectativas dos clientes.

Esse modelo de qualidade de serviços está representado nessa pesquisa através das variáveis 5 a 9c, onde as variáveis 5 e 6 representam a preocupação (concordância) dos médicos com relação à qualidade de atendimento e seu entendimento de que toda sua equipe participa dos momentos de atendimento. As variáveis 7a a 7g representam o entendimento quanto à importância da tangibilidade do serviço; a variável 8a, da segurança; as variáveis 8b e 8c da receptividade e as variáveis 9a a 9c, da confiabilidade. A tabela 14 apresenta a frequência de respostas para estas variáveis.

Tabela 14: Frequência das variáveis que mensuram o SERVQUAL

VARIÁVEL	Não Respondeu	Concordo Importante	Discordo Sem Importância	Número Total
v. 5 Todos os funcionários são responsáveis pelo atendimento	4	118	6	128
v. 6 É importante atender as expectativas dos clientes	3	125		128
v. 7a Aparência do ambiente físico		126	2	128
v. 7b Aparência dos funcionários		126	2	128
v. 7c Aparência dos médicos		128		128
v. 7d Receituários timbrados		118	10	128
v. 7e Cartões de visita		107	21	128
v. 7f Equipamentos modernos		118	10	128
v. 7g Agenda no computador		102	26	128
v. 8a Passar a impressão de capacidade técnica		128		128
v. 8b Demonstrar disposição para o atendimento		128		128
v. 8c Demonstrar-se atento e prestativo quanto às necessidades dos clientes		128		128
v. 9a Médicos devem inspirar confiança		128		128
v. 9b Funcionários devem inspirar confiança		128		128
v. 9c Entender necessidades específicas dos clientes		128		128

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

A relação entre o perfil do médico e as variáveis representativas das dimensões de qualidade pode ser mensurada nas tabelas 15 e 16. Mais de 90% dos respondentes com grau de instrução superior a especialização concordam com essa afirmativa enquanto apenas 66% dos graduados concordam. Os profissionais apenas graduados que conseguem atender em consultórios provavelmente não tenham percebido a dependência de uma boa equipe de atendimento para o seu bom atendimento. Aumentando o número de seus clientes e os conflitos gerados pela espera pode vir a demonstrar a necessidade de uma boa equipe de apoio.

Tabela 15: Cruzamento Perfil x v.5 Todos os funcionários são responsáveis pelo atendimento?

Variável	χ^2	P	Significância S / NS
30 Sexo	1,830	0,399	NS
31 Idade	1,557	0,816	NS
33 Tempo de formado	4,312	0,635	NS
34 Escolaridade	12,209	0,057	S
36 Atuação	2,338	0,969	NS
38 Número de horas trabalhadas	1,590	0,811	NS
39 Estudo formal de marketing	2,009	0,734	NS

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Não há variação significativa entre as variáveis do perfil do médico e a variável que representa a importância de atender as expectativas dos clientes. A frequência dessas respostas, onde 100% dos entrevistados concordam com essa informação ratifica esse entendimento.

Tabela 16: Cruzamento Perfil x v.6 É importante atender as expectativas dos clientes.

Variável	χ^2	p	Significância S / NS
30 Sexo	0,139	0,566 ¹	NS
31 Idade	0,261	0,876	NS
33 Tempo de formado	0,510	0,138	NS
34 Escolaridade	0,198	0,978	NS
36 Atuação	1,536	0,820	NS
38 Número de horas trabalhadas	1,239	0,538	NS
39 Estudo formal de marketing	0,569	0,752	NS

¹ teste de Fischer

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Para verificar se além de conhecer o instrumento de marketing o médico pesquisado utiliza-se dessa ferramenta, foi efetuado o cruzamento das variáveis em que perguntamos se concorda com as atitudes de qualidade, ou seja, quando perguntamos se concorda que todos os funcionários são responsáveis pelo atendimento? e se concorda que é importante atender as expectativas dos clientes, e cruzamos essa questão com as variáveis que utilizamos para representar a importância das dimensões da qualidade (variáveis 7a a 9c, conforme o questionário no anexo B). Se o profissional concorda com a afirmação, acreditamos que provavelmente está agindo ou procura agir dessa forma. E, através das variáveis de dimensão, podemos entender quais dimensões da qualidade acredita ser mais importantes em seu trabalho

Podemos verificar na tabela 17 que para aqueles que concordam que todos os funcionários são responsáveis pelo atendimento, apenas em duas variáveis houve significância em relação ao grau de importância da dimensão da qualidade. Ambas as

variáveis são componentes da dimensão tangibilidade. A primeira, a importância da aparência dos funcionários é menos importante para aqueles que não concordam que todos são responsáveis pelo atendimento. É interessante ressaltar que desses respondentes, todos acreditam que a aparência do ambiente físico é muito importante. A segunda variável com variação das respostas significativa, a importância de possuir equipamentos modernos, é muito menos importante para aqueles que discordam de que todos são responsáveis pelo atendimento. Uma hipótese seria a personificação do médico como principal instrumento de atendimento ao cliente, independente de equipamentos ou auxílio de equipamentos modernos.

No entanto, a análise das dimensões demonstra que há pouca significância entre as diversas questões da tangibilidade e uma unanimidade com relação às demais dimensões, conforme demonstrado na análise das frequências (tabela 4) e o cruzamento da tabela 17.

Tabela 17: Cruzamento Funcionários responsáveis por variáveis SERVQUAL

Variável	χ^2	Concordo		Discordo		Significância
		Importante	Sem Importância	Importante	Sem Importância	
7a Aparência do ambiente físico	0,918	98,3	1,7	100,0	0,0	NS
7b Aparência dos funcionários	0,009	99,2	0,8	83,3	16,7	S
7c Aparência dos médicos	*	100,0	0,0	100,0	0,0	-
7d Receituários timbrados	0,607	92,4	7,6	83,3	16,7	NS
7e Cartões de visita	0,667	83,1	16,9	83,3	16,7	NS
7f Equipamentos modernos	0,051	93,2	6,8	66,7	33,3	S
7g Agenda no computador	0,694	80,5	19,5	66,7	33,3	NS
8a Passar a impressão de capacidade técnica	*	100,0	0,0	100,0	0,0	-
8b Demonstrar disposição para o atendimento	*	100,0	0,0	100,0	0,0	-
8c Demonstrar-se atento e prestativo quanto às necessidades dos clientes	*	100,0	0,0	100,0	0,0	-
9a Médicos devem inspirar confiança	*	100,0	0,0	100,0	0,0	-
9b Funcionários devem inspirar confiança	*	100,0	0,0	100,0	0,0	-
9c Entender necessidades específicas dos clientes	*	100,0	0,0	100,0	0,0	-

* Estatística não computada pois a variável é constante

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Lembrando que conforme demonstra a tabela 14, todos concordam que é importante atender as expectativas dos clientes, corroboramos na tabela 18 que não há significância estatística entre as diversas dimensões de qualidade medidas pelo modelo SERVQUAL. Os médicos pesquisados demonstram compreender a finalidade qualidade como atendimento das expectativas dos clientes e utilizam-se dessa ferramenta à medida que consideram a importância das variáveis sugeridas, mesmo que não utilizem-se de todas as formas sugeridas para representá-las.

Tabela 18: Cruzamento atender expectativas por variáveis SERVQUAL

Variável	Importante	Sem Importância	Significância
7a Aparência do ambiente físico	98,4	1,6	NS
7b Aparência dos funcionários	98,4	1,6	NS
7c Aparência dos médicos	100,0	0,0	-
7d Receituários timbrados	92,0	8,0	NS
7e Cartões de visita	83,2	16,8	NS
7f Equipamentos modernos	92,0	8,0	NS
7g Agenda no computador	80,0	20,0	NS
8a Passar a impressão de capacidade técnica	100,0	0	-
8b Demonstrar disposição para o atendimento	100,0	0	-
8c Demonstrar-se atento e prestativo quanto às necessidades dos clientes	100,0	0	-
9a Médicos devem inspirar confiança	100,0	0	-
9b Funcionários devem inspirar confiança	100,0	0	-
9c Entender necessidades específicas dos clientes	100,0	0	-
Significante para $p < 7\%$			

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Murrow e Murrow (2002) realizaram uma pesquisa utilizando-se do modelo SERVQUAL para aferir a percepção da qualidade do serviço prestado por enfermeiras numa amostra de 105 profissionais de um hospital regional de grande porte americano. Conforme o artigo, pesquisas anteriores haviam demonstrado que a variável tangibilidade era muito importante para o consumidor na área de serviços, no entanto, as respondentes classificaram as demais dimensões da qualidade: confiabilidade, responsabilidade, empatia e segurança como mais importante para assegurar a qualidade exigida. A representação de cada uma

dessas dimensões nesse estudo correspondeu aos aspectos físicos, limpeza, aparência dos funcionários, material de comunicação e equipamentos, concernente à dimensão tangibilidade; responsabilidade como a capacidade de prestar o serviço correta e eficientemente; responsabilidade como uma atitude de atenção às necessidades do paciente; segurança, como a habilidade de passar ao cliente a sensação de ter seus problemas resolvidos e empatia como uma forma de comunicação do entendimento e preocupação que o enfermeiro tem para com o paciente. O resultado da pesquisa, destacado na tabela 19, demonstra que a dimensão mais importante de qualidade, na percepção das enfermeiras entrevistadas no estudo é a confiabilidade (que conquistou 34% das respostas), seguida da competência técnica. Um pesquisa com os clientes demonstraria se essa percepção de qualidade está de acordo com as expectativas desses clientes.

Tabela 19: Avaliação da importância das dimensões de serviços da escala SERVQUAL pelos profissionais de enfermagem

Dimensão de qualidade	freqüência	%
Confiabilidade	36	39,1
Competência técnica	21	22,8
Empatia	19	20,7
Segurança	8	8,7
Responsabilidade	8	8,7
Tangibilidade	0	0,0

Fonte: adaptado de What Makes a Good Nurse. Carol Murrow e Jim Murrow. Marketing Health Service, Winter 2002 p. 17

Comparando os dados da pesquisa chamados de SERVQUAL com os grupos referentes à forma de atuação, verificamos através da tabela 20 que só há significância entre os grupos na variável 7a, onde, o grupo formado por médicos que atuam em consultórios individuais acredita que a aparência do ambiente físico seja um item mais importante do que o grupo dos médicos que trabalham em clínicas e, os médicos que atuam com sócios são os que consideram esse um item de menor importância. Esse fator pode ser decorrente da necessidade de consenso entre sócios na decoração de seu ambiente comum, que normalmente

contrasta drasticamente de seu ambiente próprio (sua sala) em relação aos que trabalham em clínicas e possuem um padrão arquitetônico para todos os ambientes ou dos que trabalham individualmente e podem decidir sozinhos quanto a essas questões.

Entre as demais variáveis representativas da tangibilidade, nota-se que não houve significância estatística. Porém, na variável 7e, que mede a importância de utilização de cartões de visita, o autor esperava uma significância por haver uma diferenciação entre a marca pessoa física dos consultórios individuais e consultórios de sócios e a marca pessoa jurídica, representada pela clínica pois, conforme Berry, Lefkowitz e Clark (1988, p. 28-30), em serviços, o nome da empresa é a sua marca.

Tabela 20: Teste Kruskal-Wallis para as variáveis do SERVQUAL

Variável	Postos	N	Média do Ranking	χ^2	p	Significância
v.5 Todos os funcionários são responsáveis pelo atendimento	Individual	23	63,80	0,645	0,724	NS
	Sócios	53	60,35			
	Clínica	47	62,98			
v.6 É importante atender as expectativas dos clientes	Individual	23	66,00	2,848	0,241	NS
	Sócios	54	60,26			
	Clínica	47	63,36			
v.7a Aparência do ambiente físico	Individual	23	78,28	7,765	0,021	S
	Sócios	55	58,79			
	Clínica	49	63,14			
v.7b Aparência dos funcionários	Individual	23	69,57	2,244	0,326	NS
	Sócios	55	60,73			
	Clínica	49	65,06			
v.7c Aparência dos médicos	Individual	23	69,74	2,745	0,253	NS
	Sócios	55	60,95			
	Clínica	49	64,72			
v.7d Receituários timbrados	Individual	23	68,00	3,876	0,144	NS
	Sócios	55	57,93			
	Clínica	49	68,94			
v.7e Cartões de visita	Individual	23	76,28	4,630	0,099	NS
	Sócios	55	58,42			
	Clínica	49	64,50			
v.7f Equipamentos modernos	Individual	23	69,04	3,100	0,212	NS
	Sócios	55	58,45			
	Clínica	49	67,86			
v.7g Agenda no computador	Individual	23	64,72	2,809	0,245	NS
	Sócios	55	58,59			
	Clínica	49	69,73			
v.8a Passar a impressão de capacidade técnica	Individual	23	64,98	3,379	0,185	NS
	Sócios	55	67,04			
	Clínica	49	60,13			
v.8b Demonstrar disposição para o atendimento	Individual	23	66,00	2,468	0,291	NS
	Sócios	55	64,85			
	Clínica	49	62,11			
v.8c Demonstrar-se atento e prestativo quanto às necessidades dos clientes	Individual	23	65,00	3,209	0,201	NS
	Sócios	55	65,00			
	Clínica	49	62,41			
v.9a Médicos devem inspirar confiança	Individual	23	64,00	0,000	1,000	NS
	Sócios	55	64,00			
	Clínica	49	64,00			
v.9b Funcionários devem inspirar confiança	Individual	23	71,00	4,222	0,121	NS
	Sócios	55	64,07			
	Clínica	49	60,63			
v.9c Entender necessidades específicas dos clientes	Individual	23	67,00	2,550	0,279	NS
	Sócios	55	64,69			
	Clínica	49	61,82			

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

4.3 Controle dos Atrasos

Segundo Bateson (apud Czepiel, Solomon e Surprenant, p.67-82), a necessidade de controlar as situações em que se encontram é fundamental para o comportamento humano. Rego (2000, p. 253) afirma que “os indivíduos conferem grande importância aos procedimentos usados na tomada de decisão (mesmo quando os resultados são desfavoráveis)”. Taylor (1994, p. 56-69) afirma que atrasos causam reações adversas na percepção dos consumidores dos serviços prestados e destaca a importância de entender essas reações e avaliar melhor esse efeito negativo. Entendendo-se que quanto mais alto o grau de controle percebido pelo consumidor com relação ao ambiente e o momento do serviço, maior será sua satisfação, procurou-se medir a concordância do médico quanto a necessidade de informar seus clientes de possíveis atrasos, um fator de insatisfação em um consultório médico e a importância percebida pelos médicos em informar os clientes desse atraso (e com isso refazer o controle percebido do cliente em relação ao serviço) bem como a importância de informar a causa do atraso e a importância de treinar sua equipe de funcionários na forma de informar esses atrasos.

Na tabela 21 vemos a frequência das variáveis que mensuram o controle percebido. Apesar de nem todos informarem seus clientes dos atrasos, 99,2% dos médicos da amostra acreditam ser importante informar os clientes dos atrasos e, 11,7% não acreditam ser importante informar as causas dos atrasos. Mesmo que para praticamente todos é importante informar o cliente dos atrasos, para 4,7% dos médicos não é importante treinar os funcionários sobre como informar os atrasos.

Tabela 21: frequência das variáveis que mensuram o Controle

VARIÁVEL	Não Respondeu	Concordo Importante	Discordo Sem Importância	Número Total
v.10 Meu cliente sempre é informado dos atrasos		113	15	128
v.10a Informar o cliente dos atrasos		127	1	128
v.10b Informar ao cliente a causa dos atrasos		112	15	128
v.10c Treinar os funcionários sobre como informar os atrasos		122	6	128

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Na tabela 22, o cruzamento entre aqueles que concordam que o cliente é sempre informado dos atrasos, ou seja, aqueles que utilizam-se do conhecimento do instrumento de marketing controle percebido pelo cliente em suas ações e o grau de importância da utilização desses instrumentos. Entre aqueles que concordam que informam seus clientes, 90,3% acreditam ser importante informar a causa do atraso. Porém, dentre aqueles que não mantêm seus clientes informados quando atrasam, e a importância de informar a causa dos atrasos, apenas 66,7% acreditam ser importante informar a causa dos atrasos. Podemos verificar que entre os que não tem a prática de informar os clientes de atrasos, não o fazem mesmo acreditando ser importante fazê-lo mas relutam em justificar-se junto ao seu cliente. Conforme Lovelock (apud Proctor e Wright, p. 152), alguns serviços necessitam ter uma capacidade de resposta a uma demanda imediata ou com demora mínima. Nestes serviços ele inclui suprimentos elétricos, serviços telefônicos, bombeiros, polícia, ambulância e serviço de maternidade. Vislumbramos que a prática da medicina permite justificar parcialmente os atrasos pois as emergências ocorrem em grande volume. O paciente de hoje é um consumidor mais exigente e mais esclarecido, explicar os motivos de um atraso do médico não é difícil se o motivo for real. Os constantes atrasos de alguns profissionais podem transparecer descaso com o paciente ou a marcação de um número maior de consultas que o possível em determinado tempo, gerando desconforto e a perda de clientes.

Tabela 22: Cruzamento meu cliente é sempre informado dos atrasos com variáveis de controle

Variável	χ^2	Concordo		Discordo		Significância
		Importante	Sem Importância	Importante	Sem Importância	
v.10a Informar o cliente dos atrasos	0,134	99,1	0,9	100,0	0,0	NS
v.10b Informar ao cliente a causa dos atrasos	7,749	90,3	8,8	66,7	33,3	S
v.10c Treinar os funcionários sobre como informar os atrasos	0,836	94,7	5,3	100,0	0,0	NS

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Nas tabelas 23 e 24 verificamos que não há significância com relação aos cruzamentos do perfil dos médicos com as respostas às variáveis informo meus clientes dos atrasos e a importância de informar os clientes dos atrasos.

Tabela 23: Cruzamento Perfil x Meu cliente é sempre informado dos atrasos.

Variável	χ^2	p	Significância S / NS
30 Sexo	0,055	0,758	NS ¹
31 Idade	0,582	0,748	NS
33 Tempo de formado	0,193	0,979	NS
34 Escolaridade	4,577	0,207	NS
36 Atuação	6,979	0,137	NS
38 Número de horas trabalhadas	1,167	0,558	NS
39 Estudo formal de marketing	1,060	0,589	NS

¹ teste de FischerSignificante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Tabela 24: Cruzamento Perfil x importância de informar o cliente dos atrasos.

Variável	χ^2	p	Significância S / NS
30 Sexo	0,322	0,758	NS ¹
31 Idade	1,859	0,395	NS
33 Tempo de formado	1,040	0,792	NS
34 Escolaridade	1,859	0,602	NS
36 Atuação	1,381	0,847	NS
38 Número de horas trabalhadas	3,292	0,193	NS
39 Estudo formal de marketing	0,187	0,911	NS

¹ teste de FischerSignificante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Podemos verificar na tabela 25 que não há significância com relação ao tipo de atuação do médico e a importância de informar ao cliente as causas dos atrasos. No entanto, na tabela 26, verificamos o teste de Kruskal-Wallis e as posições de cada forma de atuação em relação à variável 10b: a importância de informar ao cliente as causas do atraso. Os médicos que atuam em consultórios individuais acham mais importante informar as causas dos atrasos, do que os médicos que trabalham com sócios e, em último lugar, encontram-se aqueles que trabalham em clínicas. Uma possível explicação para isso pode ser a dificuldade de conciliar os interesses de diversos médicos com uma equipe de funcionários / atendentes pequena. Numa clínica supõe-se uma organização administrativa por parte, ou de um profissional específico, ou de um dos seus proprietários, gerando um certo padrão de atendimento mas, num consultório com vários médicos, provavelmente os padrões são mais informais e decididos a cada problema que surge.

Tabela 25: Cruzamento Perfil x importância de informar ao cliente as causas dos atrasos.

Variável	χ^2	p	Significância S / NS
30 Sexo	0,369	0,831	NS
31 Idade	2,958	0,565	NS
33 Tempo de formado	2,061	0,914	NS
34 Escolaridade	2,391	0,880	NS
36 Atuação	14,159	0,078	NS
38 Número de horas trabalhadas	8,600	0,072	NS
39 Estudo formal de marketing	6,701	0,153	NS

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Tabela 26: Teste Kruskal-Wallis para as variáveis do controle

Variável	Postos	N	Média do Ranking	χ^2	p	Significância
10 Meu cliente sempre é informado de atrasos	Individual	23	69,85	1,879	0,391	NS
	Sócios	55	59,67			
	Clínica	49	66,11			
10a Informar o cliente dos atrasos	Individual	23	67,30	0,392	0,822	NS
	Sócios	55	63,51			
	Clínica	49	63,00			
10b Informar ao cliente a causa dos atrasos	Individual	23	77,83	5,595	0,061	S
	Sócios	55	60,60			
	Clínica	48	59,96			
10c Treinar os funcionários sobre como informar os atrasos	Individual	23	68,26	0,738	0,691	NS
	Sócios	55	63,71			
	Clínica	49	62,33			

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Ainda na tabela 25 notamos significância com relação ao número de horas trabalhadas. Entre aqueles que consideram importante avisar ao cliente das causas dos atrasos encontram-se 86,7% dos médicos que trabalham até 12 horas por semana; 95,7% dos médicos que trabalham entre 12 e 30 horas por semana e apenas 80,8% daqueles que trabalham mais de 30 horas por semana. Aqueles que trabalham mais de 30 horas por semana são profissionais que atuam apenas em consultórios e deveriam ser os mais interessados em cativar os clientes. É possível que os motivos dos atrasos não sejam bem aceitos pelos clientes em profissionais que não tem atividades em cirurgias ou emergências o que explicaria a menor disposição desse grupo para explicar-se.

Na tabela 27, verificamos que também há significância com relação à forma de atuação em relação à importância de treinar os funcionários em como informar os atrasos. Apenas 1,9% dos médicos que atuam em consultórios com sócios não acreditam ser importante efetuar esse tipo de treinamento para seus funcionários enquanto esse número sobe para 4,3% dos demais médicos (individual e clínicas). Essa resposta pode denotar as preocupações com conflitos entre sócios com relação ao relacionamento com seus funcionários.

Tabela 27: Cruzamento Perfil x importância de treinar os funcionários sobre como informar atrasos

Variável	χ^2	p	Significância S / NS
30 Sexo	0,196	0,551	NS ¹
31 Idade	1,529	0,466	NS
33 Tempo de formado	1,521	0,677	NS
34 Escolaridade	3,090	0,378	NS
36 Atuação	19,421	0,001	S
38 Número de horas trabalhadas	0,271	0,873	NS
39 Estudo formal de marketing	1,166	0,558	NS

¹ teste de Fischer

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Em pesquisa realizada em um hospital metropolitano de grande porte, Peltier, Schibrowsky e Cochran (2002, p. 29-33) procuraram identificar, entre os pacientes que se internavam para atendimento obstetrício (conforme pesquisa da Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde demonstrou, 11% de todas as admissões de um hospital são para partos e serviços congêneres), quais variáveis trariam satisfação com o atendimento e percepção de qualidade e sua lealdade com o objetivo de permitir à administração hospitalar administrar essas variáveis positivamente. Um dos principais fatores encontrados foi a relação entre a comunicação entre médicos e enfermeiras, em cada etapa do atendimento, com o paciente. Os autores definiram como envolvimento quanto controle sobre os procedimentos de médicos e enfermeiras o paciente recebe, a quantidade de escolhas que os profissionais apresentam aos pacientes e quando os médicos e enfermeiras deixam o paciente mudar de idéia a respeito de procedimentos anteriormente decididos. Como conclusão da pesquisa, os autores verificaram que existem diferenças entre aceitar a qualidade do serviço oferecido e gerar lealdade do cliente com o estabelecimento. A lealdade demanda uma completa satisfação em todas as etapas do procedimento além de uma percepção de controle sobre o mesmo.

4.4 Espera no Consultório

Conforme Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000, p.45), associado à intangibilidade dos serviços encontramos o pacote de serviços, que é definido como um conjunto de produtos e serviços que são fornecidos em um ambiente. Nos consultórios médicos, podemos considerar tanto a recepção e sala de espera como o consultório onde será efetuada a consulta ou o exame como instalações de apoio ao serviço. Essa é uma das características notadas pelos clientes gerando a sua percepção do serviço. Conforme Taylor (1995, p.38-48), quanto maior for o tempo de espera pelo atendimento, maior a insatisfação do cliente pois um tempo de espera não preenchido permite que o cliente concentre-se no seu atraso. Para minimizar os efeitos do tempo de espera Maister (1985, apud Taylor, 1995) sugere que os prestadores de serviços deveriam integrar a experiência de espera com a experiência total de serviço com o preenchimento desse tempo; isto é, os pacientes teriam seu tempo melhor preenchido lendo revistas médicas e não outros tipos de revistas. No entanto, no estudo realizado por Taylor (1995, p.38-48) confirmou-se que o preenchimento do tempo do cliente é favorável à avaliação do serviço, em contrapartida ao não preenchimento; no entanto, a forma de preenchimento do tempo não afeta essa avaliação.

Para entender a preocupação dos médicos pesquisados com relação ao pacote de serviços, mais precisamente o espaço físico de espera e as comodidades oferecidas para preencher o tempo de espera questionamos os critérios físicos de conforto oferecido aos clientes e as opções de preenchimento de tempo disponíveis. Em seguida solicitamos uma avaliação por parte do médico quanto à sua percepção de qualidade de seu ambiente de espera e o nível de preenchimento de tempo de seu cliente.

Na tabela 28 podemos verificar a frequência de respostas para cada uma das comodidades oferecidas convencionalmente em consultórios médicos. Além desses itens, destacamos os que foram informados como “outros”: aquário, balança, bolachas, brinquedos, gibi, jornal do dia, sucos e vídeos. Essas respostas abertas não compuseram uma frequência significativa, tendo sido apontados em apenas 17 (dezessete) questionários.

Tabela 28: Frequência das variáveis que mensuram o tempo de espera

ITEM	Possui		Não Possui	
	Frequência	%	Frequência	%
TV aberta	43	33,3	85	66,4
TV a cabo	31	24,2	97	75,8
Chá	38	29,7	90	70,3
Música ambiente	32	25,0	96	75,0
Ambiente temático (para crianças)	25	19,5	103	80,5
Café	67	52,3	61	47,7
Cadeiras confortáveis	111	86,7	17	13,3
Ambiente climatizado	96	75,0	32	25,0
Água	124	96,9	4	3,1
Revistas assuntos gerais	120	93,8	8	6,3
Revistas médicas	77	60,2	51	39,8

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

A tabela 29 apresenta a frequência das variáveis que mensuram o ambiente e o preenchimento do tempo de espera.

Tabela 29: Frequência das variáveis que mensuram o ambiente e preenchimento de tempo na espera

VARIÁVEL	Muito Bom	Bom	Ruim	Muito Ruim	Não Respondeu	Número Total
v.11a Como você considera o ambiente de espera?	34	74	19		1	128
v.11b Como você considera o nível de preenchimento de tempo de seu cliente?	29	74	24		1	128

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

O cruzamento da tabela 30 procura demonstrar a percepção de qualidade do médico para com seu ambiente de espera em comparação com os itens que possui em seu consultório. Para o entendimento dessa tabela, salientamos que 19% dos que possuem TV

aberta consideram seu ambiente de espera muito bom; 66,7% dos que a possuem consideram seu ambiente de espera apenas bom e para os 14,3% restantes, seu ambiente de espera é ruim. Comparando com os que possuem TV a cabo, verificamos que 51,6% daqueles que a possuem consideram seu ambiente muito bom. Podemos supor que a posse de TV a cabo tem um status maior na percepção do médico.

Tabela 30: Cruzamento percepção de qualidade quanto ao ambiente de espera e posse dos itens

	Muito Bom	Bom	Ruim	Muito Ruim	Total
TV aberta	19,0	66,7	14,3	0,0	100%
TV a cabo	51,6	41,9	6,5	0,0	100%
Chá	28,9	57,9	13,2	0,0	100%
Música ambiente	34,4	56,3	9,4	0,0	100%
Ambiente temático (para crianças)	37,5	54,2	8,3	0,0	100%
Café	28,8	60,6	10,6	0,0	100%
Cadeiras confortáveis	28,2	59,1	12,7	0,0	100%
Ambiente climatizado	29,2	58,3	12,5	0,0	100%
Água	26,0	60,2	13,8	0,0	100%
Revistas assuntos gerais	26,9	58,8	14,3	0,0	100%
Revistas médicas	25,0	61,8	13,2	0,0	100%

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

A tabela 31 demonstra o teste de Kruskal-Wallis para as variáveis do ambiente de espera. Há significância entre os postos em algumas das variáveis: a utilização de ambientes temáticos (para crianças) na sala de espera é considerada mais importante para aqueles que trabalham em clínicas, seguido pelos que trabalham em consultórios e com menor importância pelos que trabalham em consultórios individuais. Isso deve suceder pela quantidade maior de crianças em espera em uma clínica com vários médicos. No entanto, os que trabalham em clínicas demonstram maior disposição para um ambiente de espera voltado para as necessidades de seus clientes. Servir café é uma característica marcante do brasileiro. O grupo dos que trabalham em clínicas possuir esse item em maior número dos que trabalham com sócios e por fim dos que trabalham individualmente não deixa de ser uma surpresa. Acreditamos que isso se dá de forma semelhante à utilização do ambiente temático, ou seja, maior número de clientes na espera em consultórios com mais médicos e preocupação maior

com as necessidades dos clientes por parte dos médicos que atuam em clínicas. As outras variáveis significantes foram a posse de revistas de assuntos gerais e revistas médicas. As revistas de assuntos gerais são preferência dos médicos que trabalham individualmente e dos que trabalham em clínicas médicas, empatados e em menor grau daqueles que trabalham com sócios. Já as revistas médicas são preferência dos que trabalham em clínicas médicas, seguidos dos que trabalham com sócios e por fim os que trabalham em consultórios individuais. Acreditamos que todas as opções que obrigam a um entendimento entre os médicos são de menor preferência por parte daqueles que trabalham em grupo. Afinal, que revistas devemos colocar para o preenchimento de tempo dos pacientes? Devemos efetuar assinatura de revistas exclusivamente para o consultório ou deixamos na recepção as que recebemos e lemos em casa? Para o médico que trabalha num consultório individual, sua vida pessoal se mistura ao consultório e podem utilizar-se das revistas de assuntos gerais. Nos consultórios com grande número de médicos, essa é uma decisão mais difícil pois obriga a um compromisso de trazer revistas e, um funcionário, percebendo a necessidade de novas revistas, deve cobrar a qual dos médicos?

Tabela 31: Teste Kruskal-Wallis para as variáveis do ambiente de espera

Variável	Postos	N	Média do Ranking	χ^2	p	Significância
TV aberta	Individual	23	64,59	3,487	0,175	NS
	Sócios	55	58,66			
	Clínica	49	69,71			
TV a cabo	Individual	23	59,54	0,852	0,653	NS
	Sócios	55	65,82			
	Clínica	49	64,05			
Chá	Individual	23	58,80	1,987	0,370	NS
	Sócios	55	62,32			
	Clínica	49	68,33			
Música	Individual	23	67,83	2,818	0,244	NS
	Sócios	55	66,97			
	Clínica	49	58,87			
Ambiente Temático	Individual	23	54,26	5,901	0,052	S
	Sócios	55	63,05			
	Clínica	49	69,64			
Café	Individual	23	60,87	6,994	0,030	S
	Sócios	55	57,05			
	Clínica	49	73,27			
Cadeiras confortáveis	Individual	23	61,46	0,638	0,727	NS
	Sócios	55	65,57			
	Clínica	49	63,43			
Ambiente climatizado	Individual	23	57,91	1,378	0,502	NS
	Sócios	55	64,99			
	Clínica	49	65,74			
Água	Individual	23	63,24	2,639	0,267	NS
	Sócios	55	62,54			
	Clínica	49	66,00			
Revistas assuntos gerais	Individual	23	68,00	11,089	0,004	S
	Sócios	55	58,76			
	Clínica	49	68,00			
Revistas médicas	Individual	23	53,61	10,699	0,005	S
	Sócios	55	58,33			
	Clínica	49	75,24			
v.11a Como você considera seu ambiente de espera	Individual	23	66,61	0,278	0,870	NS
	Sócios	55	63,20			
	Clínica	48	62,35			
v.11b Como você considera o nível de preenchimento de tempo de seu cliente	Individual	23	65,87	0,365	0,833	NS
	Sócios	55	61,59			
	Clínica	48	64,55			

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

De forma semelhante, a tabela 32 apresenta o cruzamento da variável percepção de qualidade em relação ao nível de preenchimento do tempo de seu clientes com a posse dos itens no consultório. Verificamos que a maioria dos profissionais considera o

preenchimento do tempo de seu cliente apenas bom, independentemente de possuírem grande parte dos itens pesquisados.

Tabela 32: Cruzamento percepção de qualidade sobre o preenchimento de tempo e posse dos itens

	Muito Bom	Bom	Ruim	Muito Ruim	Total
TV aberta	19,0	66,7	14,3	0,0	100%
TV a cabo	32,3	61,3	6,5	0,0	100%
Chá	21,1	57,9	21,1	0,0	100%
Música ambiente	34,4	62,5	3,1	0,0	100%
Ambiente temático (para crianças)	25,0	66,7	8,3	0,0	100%
Café	22,7	62,1	15,2	0,0	100%
Cadeiras confortáveis	23,6	57,3	19,1	0,0	100%
Ambiente climatizado	24,0	58,3	17,7	0,0	100%
Água	23,6	58,5	17,9	0,0	100%
Revistas assuntos gerais	24,4	55,5	20,2	0,0	100%
Revistas médicas	25,0	59,2	15,8	0,0	100%

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

No cruzamento do perfil dos médicos com a percepção de qualidade de seu ambiente de espera, na tabela 33, verificamos que há significância em relação ao tempo de formado do médico em relação à essa percepção. Das respostas válidas, todos formados há no máximo 7 (sete) anos consideram seu ambiente de espera apenas bom. Talvez por estarem começando sua carreira e acreditarem que num futuro próximo poderão melhorar suas condições de trabalho e o conforto oferecido a seus clientes.

Tabela 33: Cruzamento perfil x v.11a como você considera seu ambiente de espera

Variável	χ^2	p	Significância S / NS
30 Sexo	1,766	0,622	NS
31 Idade	2,570	0,861	NS
33 Tempo de formado	20,903	0,013	S
34 Escolaridade	4,829	0,849	NS
36 Atuação	9,110	0,649	NS
38 Número de horas trabalhadas	5,688	0,459	NS
39 Estudo formal de marketing	4,939	0,552	NS

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

De forma semelhante, conforme a tabela 34, os médicos com menor tempo de formação foram singulares em relação ao nível de preenchimento de tempo de seus

clientes. Nenhum o considera ruim, ao contrário dos formados há mais tempo. Talvez não tenham muitos problemas com atrasos já que iniciaram seu período de clínica há pouco e devem possuir poucos clientes.

Tabela 34: Cruzamento perfil x v.11b como você considera o nível de preenchimento de tempo de seu cliente.

Variável	χ^2	p	Significância S / NS
30 Sexo	0,984	0,805	NS
31 Idade	7,096	0,312	NS
33 Tempo de formado	19,674	0,020	S
34 Escolaridade	3,818	0,923	NS
36 Atuação	5,531	0,938	NS
38 Número de horas trabalhadas	6,026	0,420	NS
39 Estudo formal de marketing	4,861	0,562	NS
Significante para $p < 7\%$			

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

4.5 Roteiros

Solomon et al. (1985, p. 99-111) identificam a necessidade do pleno entendimento do conceito do encontro de serviço, ou do momento de interação entre o cliente e o prestador de serviços e sugerem que os prestadores de serviços utilizem-se de roteiros de prestação de serviços, bem como entendam os papéis a serem desempenhados tanto pelos prestadores de serviços como pelos consumidores em sua interação e participação na consecução do serviço. O bom entendimento desses roteiros por ambas as partes auxilia a maior percepção de controle sobre a participação na aquisição do serviço aumentando a satisfação com o atendimento.

No atendimento em consultórios médicos um roteiro já existe em relação ao mercado e é perpetuado por todos. O cliente marca uma consulta, comparece ao consultório, efetua os procedimentos de pagamento e aguarda o atendimento médico. Após ser chamado

há a interação com o médico. Ao final da consulta deverá marcar com a recepcionista um novo encontro. Atender a esse roteiro nada mais é do que manter a tradição de atendimento médico no país. Conforme Bitner, Booms e Tetreault (1990, p.71-84), muitas vezes os empregados não são treinados para entender os clientes e não tem a discrição necessária para que seu envolvimento permita que o serviço seja prestado corretamente. Acreditar ser importante o conhecimento desse roteiro e estar preparado para descobrir as dúvidas e angústias do cliente diferenciam o prestador de serviços.

Para medir a importância do entendimento de roteiros foram utilizadas as variáveis 12a: entendimento dos roteiros de atendimento de recepção e pagamento pelo cliente 12b: entendimento das dificuldades do cliente com relação ao roteiro de recepção e pagamento pelos funcionários. A ênfase nos roteiros de atendimento e recepção se deveu ao objetivo de mensurar o roteiro por parte dos funcionários e não por parte do serviço do médico, durante a consulta. A tabela 35 apresenta a frequência de respostas às variáveis que mensuram a importância dos roteiros.

Tabela 35: Frequência das variáveis que mensuram a importância de Roteiros

VARIÁVEL	Importante	Sem Importância	Não Respondeu	Número Total
v.12a Entendimento dos roteiros de atendimento de recepção / pagamento pelo cliente	122	6		128
v.12b Entendimento das dificuldades do cliente com relação ao roteiro de recepção / pagamento pelos funcionários	116	10	2	128

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

A tabela 36 apresenta o cruzamento do perfil com a variável entendimento dos roteiros de atendimento. Verificamos que há significância estatística conforme a idade, escolaridade e forma de atuação dos profissionais. Com relação à idade, verificamos que os médicos mais velhos consideram menos importante esse entendimento. Isso provavelmente

ocorre pois devem ter menos preocupação com os fatores do encontro e maior personalização de sua importância no encontro. Já com relação à escolaridade, verificamos que dos que possuem apenas a graduação apenas 66,7% acreditam ser importante conhecer os roteiros enquanto nas demais categorias de escolaridade esse índice é superior a 95%. Na forma de atuação, apenas 87% dos profissionais que atuam em consultórios individuais acreditam na importância do entendimento do roteiro, contra no mínimo 96% dos restantes. Essa significância não apresenta dados que possam ser correlacionados logicamente. Na tabela 37 verificamos no teste de Kruskal-Wallis que não há significância estatística entre os postos na forma de atuação

Tabela 36: Cruzamento Perfil x v. 12a entendimento dos roteiros de atendimento pelo cliente

Variável	χ^2	p	Significância S / NS
30 Sexo	1,000*	0,551	NS
31 Idade	6,852	0,033	S
33 Tempo de formado	1,521	0,677	NS
34 Escolaridade	13,339	0,004	S
36 Atuação	9,717	0,045	S
38 Número de horas trabalhadas	1,050	0,592	NS
39 Estudo formal de marketing	0,064	0,968	NS

* Teste exato de Fischer

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Tabela 37: Teste Kruskal-Wallis para as variáveis dos roteiros

Variável	Postos	N	Média do Ranking	χ^2	p	Significância
v.12a Entendimento dos roteiros de atendimento de recepção e pagamento pelo cliente	Individual	23	61,39	0,241	0,886	NS
	Sócios	55	63,88			
	Clínica	49	65,36			
v.12b Entendimento das dificuldades do cliente com relação ao roteiro de recepção / pagamento pelos funcionários	Individual	23	63,98	1,134	0,567	NS
	Sócios	55	67,23			
	Clínica	49	60,39			

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

No entanto, a tabela 38 demonstra coerência com relação à significância entre aqueles que acreditam ser importante haver o entendimento das dificuldades dos clientes com relação aos roteiros. Acreditamos que aqueles que podem visualizar a necessidade de entendimento dessas dificuldades pelos clientes estará utilizando-se do conhecimento desse instrumento de marketing em sua prática.

Apenas 55,6% dos médicos com mais de 40 anos acreditam ser importante o entendimento das dificuldades dos clientes. Em contrapartida, mais de 90% das demais faixas etárias consideram essa importância.

Entre aqueles que trabalham entre 12 e 30 horas em consultórios, 97,8% acreditam ser importante o entendimento dessas dificuldades por parte dos funcionários. Entre aqueles que trabalham menos de 12 horas por semana, apenas 83,3% dos respondentes preocupam-se com esse fator, demonstrando menor interesse pela satisfação do cliente. No entanto, fugindo à essa lógica, apenas 88,5% dos respondentes que trabalham mais de 30 horas no consultório acreditam nisso.

Já a significância com relação ao estudo formal de marketing demonstra que aqueles que possuem educação formal em marketing consideram mais importante esse entendimento.

Tabela 38: Cruzamento perfil x v.12b entendimento das dificuldades do cliente com relação ao roteiro pelos funcionários

Variável	χ^2	p	Significância S / NS
30 Sexo	1,911	0,385	NS
31 Idade	16,235	0,003	S
33 Tempo de formado	6,948	0,326	NS
34 Escolaridade	3,109	0,795	NS
36 Atuação	3,884	0,867	NS
38 Número de horas trabalhadas	9,979	0,041	S
39 Estudo formal de marketing	12,371	0,015	S

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

4.6 Marketing Mix

Para mensurar os instrumentos de marketing “tradicionais” conhecidos como 4 P’s foram elaboradas as questões 13 a 16d. Neste grupo de questões procurou-se entender a utilização de três variáveis: preço, praça e comunicação. Questões referentes a produto não foram formuladas.

A aderência aos planos de saúde foram demonstrados na tabela 10. Conforme Volz (1999, p. 30-33), a utilização de planos de saúde demandam um valioso tempo de sua equipe para esse gerenciamento. Pensando nesses custos, alguns profissionais diminuíram seus preços de consultas particulares com o objetivo de conquistar os clientes insatisfeitos com os planos de saúde. Mas, para o sucesso desses médicos contra os planos de saúde, buscaram formar associações de médicos em nível nacional e a ampla comunicação de suas práticas com seu público potencial. Em nossa pesquisa, questionou-se qual seria a forma de estabelecimento de preço desejada pelo profissional. Na tabela 39, apresenta-se a frequência das variáveis que mensuram o preço. Nota-se que a visão de percepção de qualidade pelo cliente, não é considerada por muitos profissionais como um fator importante sendo sua visão de qualidade o fator que mereceria a remuneração esperada. Essa visão não vai de encontro com a literatura de serviços e posiciona os prestadores de serviços como “orientados para produto”.

Tabela 39: Frequência das variáveis que mensuram o preço

VARIÁVEL	Qualidade oferecida	Mercado	Percepção de qualidade	Não Respondeu	Número Total
v.13 Qual o sistema de preço você gostaria de utilizar?	79	35	11	3	128

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

E, na tabela 40, verificamos que não há significância entre o perfil do médico e as variáveis que representam o preço dos serviços.

Tabela 40: Cruzamento perfil x v.13 variáveis que representam o preço

Variável	χ^2	p	Significância S / NS
30 Sexo	0,693	0,707	NS ¹
31 Idade	6,704	0,152	NS
33 Tempo de formado	1,654	0,949	NS
34 Escolaridade	2,618	0,855	NS
36 Atuação	4,515	0,808	NS
38 Número de horas trabalhadas	7,021	0,135	NS
39 Estudo formal de marketing	1,814	0,770	NS

¹ Teste exato de Fischer

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Na tabela 41, verificamos que conforme o teste Kruskal-Wallis referente às variáveis preço e divulgação e forma de atuação, não há significância estatística.

Tabela 41: Teste Kruskal-Wallis para as variáveis preço e comunicação

Variável	Postos	N	Média do Ranking	χ^2	p	Significância
v.13 Qual sistema de preço gostaria de usar?	Individual	23	60,87	2,236	0,327	NS
	Sócios	55	68,82			
	Clínica	49	60,06			
v.14 Qual tipo de divulgação deve ser feita?	Individual	23	59,67	0,692	0,708	NS
	Sócios	55	65,82			
	Clínica	49	63,99			

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Conforme Grönroos (1993, p. 54), a qualidade esperada é influenciada pela comunicação, seja a comunicação com o mercado, a imagem ou a comunicação boca a boca. Os fatores imagem e comunicação boca a boca são controlados parcialmente pela empresa. As ações que estão sob o controle e decisão da empresa são as de comunicação com o mercado como a propaganda, mala direta, relações públicas e publicidade. Conforme a tabela 42,

verificamos que a maior parcela de profissionais não acredita na utilização de práticas de comunicação controladas para com o mercado.

Tabela 42: Frequência das variáveis que mensuram a comunicação

VARIÁVEL	Boca a boca	Propaganda de massa	Atividades profissionais	Publicidade	Não Respondeu	Número Total
v.14 Qual tipo de divulgação deve ser feita?	90	2	17	3	16	128

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

E, verificando a tabela 43, percebemos que essa opinião é consistente com todos os estratos do perfil do médico.

Tabela 43: Cruzamento perfil x v.14 variáveis que mensuram a comunicação

Variável	χ^2	p	Significância S / NS
30 Sexo	2,112	0,715	NS
31 Idade	5,500	0,703	NS
33 Tempo de formado	5,274	0,948	NS
34 Escolaridade	15,372	0,222	NS
36 Atuação	9,746	0,880	NS
38 Número de horas trabalhadas	5,4074	0,714	NS
39 Estudo formal de marketing	4,289	0,830	NS

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Na Conferência Nacional (americana) de Medicina (Making Sense of Healthcare Messages, 2002), em setembro de 2002, foi efetuado um estudo sobre o impacto da comunicação de novidades médicas junto aos diversos públicos e concluíram que freqüentemente uma mesma notícia pode ser interpretada de diversas formas, algumas errôneas. A maior parte dos estudos científicos apresentados nessas revistas é muito bem embasado e segue uma linha neutra em relação ao sucesso ou fracasso do estudo além de trabalhar com análises estatísticas apropriadas dos dados e rigorosos protocolos de publicação. No entanto, quando esses artigos médicos saem das revistas técnicas para meios de comunicação de massa essa clareza perde qualidade. Muitos jornalistas não se consideram educadores e estão mais preocupados em suavizar o jargão técnico o que não atende as

expectativas do público. Em outros momentos, a divulgação pode estar servindo aos interesses financeiros de um grupo, como é o caso dos laboratórios farmacêuticos, por exemplo. O Congresso alertou aos médicos de sua responsabilidade nessas divulgações.

Baseado nesse fato, foram efetuados dois questionamentos na pesquisa: primeiro, se o médico concorda que o cliente considera as informações escritas recebidas no consultório como verdadeiras; e em segundo, se a leitura de material farmacêutico obtido nos consultórios pode informar erroneamente o cliente. É prática usual dos médicos permitir que os representantes farmacêuticos deixem material de divulgação de seus produtos na recepção.

A tabela 44 apresenta a frequência de respostas a cada uma dessas respostas. Apesar de 75% dos médicos concordarem que a presença de material técnico pode confundir o paciente leigo, podemos verificar pela tabela 26 que 60% dos médicos possuem revistas médicas em seu ambiente de espera. Na tabela 29, verificamos que 84,2% dos médicos que possuem revistas médicas em seu ambiente de espera consideram muito bom ou bom o nível de preenchimento de tempo de seu paciente.

Tabela 44: Frequência das variáveis que mensuram a comunicação interna

VARIÁVEL	Não Respondeu	Concordo	Discordo	Número Total
v.15a O cliente considera as informações escritas recebidas no consultório como verdadeiras	2	120	6	128
v.15b A leitura de material farmacêutico obtido nos consultórios pode informar erroneamente o cliente.	5	96	27	128

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

A tabela 45 demonstra que não houve significância estatística dentro do perfil dos médicos pesquisado com relação ao entendimento de que as informações escritas obtidas no consultório são verdadeiras.

Tabela 45: Cruzamento perfil x v.15a o cliente considera as informações escritas recebidas no consultório como verdadeiras.

Variável	χ^2	p	Significância S / NS
30 Sexo	0,866	0,649	NS
31 Idade	6,866	0,143	NS
33 Tempo de formado	3,143	0,791	NS
34 Escolaridade	2,192	0,901	NS
36 Atuação	6,900	0,547	NS
38 Número de horas trabalhadas	6,679	0,154	NS
39 Estudo formal de marketing	0,438	0,979	NS
Significante para $p < 7\%$			

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Porém, a tabela 46 demonstra uma significância estatística com relação ao sexo e à forma de atuação dos médicos em relação à leitura de material informativo farmacêutico pelo cliente. Enquanto 93,5% das médicas do sexo feminino concordam com a afirmação, apenas 69,1% dos homens concordam. Já a forma de atuação, apesar da significância encontrada e porcentagens com variação discreta entre si, o teste de Kruskal-Wallis não demonstrou significância entre os postos, conforme demonstra a tabela 47.

Esses resultados denotam que há pouco entendimento do que é um bom preenchimento do tempo de espera do paciente bem como geram dúvidas quanto ao discernimento dos médicos quanto ao que é um bom ambiente de espera. Com relação à apresentação de revistas médicas e erros de julgamento causados pela sua leitura, apesar de ampla maioria concordar com a afirmação, poucos deixam de utilizá-las em seu ambiente, demonstrando um contra senso ou, mais provavelmente, pouca preocupação real com o ambiente de espera.

Tabela 46: Cruzamento perfil x v.15b a leitura de material farmacêutico obtido nos consultórios pode informar erroneamente o cliente.

Variável	χ^2	p	Significância S / NS
30 Sexo	7,632	0,022	S
31 Idade	2,165	0,706	NS
33 Tempo de formado	8,017	0,237	NS
34 Escolaridade	1,440	0,963	NS
36 Atuação	14,648	0,066	S
38 Número de horas trabalhadas	5,940	0,204	NS
39 Estudo formal de marketing	1,920	0,750	NS

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Tabela 47: Teste Kruskal-Wallis para as variáveis de comunicação interna

Variável	Postos	N	Média do Ranking	χ^2	p	Significância
v.15a O cliente considera as informações escritas recebidas no consultório como verdadeiras	Individual	23	65,37	0,767	0,681	NS
	Sócios	55	61,35			
	Clínica	49	66,34			
v.15b A leitura de material farmacêutico obtido nos consultórios pode informar erroneamente o cliente.	Individual	23	72,11	3,370	0,185	NS
	Sócios	55	65,57			
	Clínica	48	57,00			

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

A tabela 48 demonstra a frequência das variáveis utilizadas para mensurar a importância da localização do consultório e as atitudes positivas de seus funcionários para auxiliar o acesso do paciente. A localização do consultório representa o “P” de praça no mix de marketing. A seguir, a tabela 49 demonstra o cruzamento do perfil dos médicos em relação à praça. Verificamos que há significância estatística quanto à idade e à forma de atuação.

Tabela 48: Frequência das variáveis que mensuram a praça

VARIÁVEL	Não Respondeu	Importante	Sem Importância	Número Total
v.16a Facilidade de acesso ao consultório		126	2	128
v.16b Rapidez no atendimento recepção / pagamento		123	5	128
v.16c Contribuição dos funcionários para a facilidade de acesso do cliente		127	1	128
v.16d Localização do consultório		121	7	128

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Com relação à idade, 11,1% dos profissionais com mais de 60 anos não consideram importante a facilidade de acesso enquanto mais de 98% dos profissionais de menos de 59 anos o consideram. Com relação à forma de atuação, 95,7% dos médicos que trabalham em consultórios individuais consideram importante a facilidade de acesso ao consultório enquanto 100% dos demais consideram muito importante, o teste de Kruskal-Wallis demonstra que a diferença entre os postos não é estatisticamente significativa, conforme demonstra a tabela 50.

Tabela 49: Cruzamento perfil x v.16a variáveis que mensuram a facilidade de acesso ao consultório

Variável	χ^2	P	Significância S / NS
30 Sexo	0,649	0,573	NS ¹
31 Idade	6,071	0,048	S
33 Tempo de formado	2,612	0,455	NS
34 Escolaridade	0,269	0,966	NS
36 Atuação	17,049	0,002	S
38 Número de horas trabalhadas	1,386	0,500	NS
39 Estudo formal de marketing	0,376	0,829	NS

¹ Teste exato de Fischer

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Ainda na tabela 50 verificamos que não há significância nas demais variáveis determinantes da praça.

Tabela 50: Teste Kruskal-Wallis para as variáveis representativas da praça

Variável	Postos	N	Média do Ranking	χ^2	p	Significância
v.16a Facilidade de acesso ao consultório	Individual	23	65,57	1,258	0,533	NS
	Sócios	55	61,09			
	Clínica	49	66,53			
v.16b Rapidez no atendimento de recepção / pagamento	Individual	23	58,83	1,093	0,579	NS
	Sócios	55	65,55			
	Clínica	49	64,69			
v.16c Contribuição dos funcionários para a facilidade de acesso do cliente	Individual	23	65,22	2,808	0,246	NS
	Sócios	55	60,69			
	Clínica	49	67,14			
v.16d Localização do consultório	Individual	23	67,26	0,737	0,692	NS
	Sócios	55	61,82			
	Clínica	49	64,92			

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

A tabela 51 demonstra que no cruzamento do perfil dos médicos com a variável rapidez no atendimento não há significância estatística.

Tabela 51: Cruzamento perfil x v.16b variáveis que mensuram a rapidez no atendimento

Variável	χ^2	p	Significância S / NS
30 Sexo	0,822	0,650	NS ¹
31 Idade	1,589	0,452	NS
33 Tempo de formado	0,505	0,918	NS
34 Escolaridade	1,527	0,676	NS
36 Atuação	1,661	0,798	NS
38 Número de horas trabalhadas	0,051	0,975	NS
39 Estudo formal de marketing	0,964	0,618	NS

¹ Teste exato de Fischer

Significante para p<7%

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Já o cruzamento do perfil com a importância da contribuição dos funcionários para a facilidade de acesso, tabela 52, verificamos a significância em relação à idade do respondente., enquanto 100% dos médicos que estão com até 59 anos acreditam em sua importância, apenas 88,9% dos mais velhos concordam com essa afirmativa, demonstrando não acreditar no funcionário como parte importante da prestação do serviço.

A tabela 53, cruzamento do perfil com a importância da localização do consultório confirma que não há significância estatística nesse cruzamento.

Tabela 52: Cruzamento perfil x v.16c contribuição dos funcionários para a facilidade de acesso do cliente

Variável	χ^2	p	Significância S / NS
30 Sexo	0,570	0,758	NS ¹
31 Idade	13,326	0,001	S
33 Tempo de formado	1,296	0,730	NS
34 Escolaridade	0,690	0,876	NS
36 Atuação	4,601	0,331	NS
38 Número de horas trabalhadas	3,292	0,193	NS
39 Estudo formal de marketing	0,187	0,911	NS

¹ Teste exato de Fischer

Significante para p<7%

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Tabela 53: Cruzamento perfil x v.16d variáveis que mensuram a localização do consultório

Variável	χ^2	p	Significância S / NS
30 Sexo	0,528	0,460	NS ¹
31 Idade	0,966	0,617	NS
33 Tempo de formado	0,885	0,829	NS
34 Escolaridade	0,677	0,878	NS
36 Atuação	0,865	0,930	NS
38 Número de horas trabalhadas	0,447	0,800	NS
39 Estudo formal de marketing	0,061	0,970	NS

¹ Teste exato de Fischer

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

4.7 CRM Gerenciamento de Relacionamento com o Cliente

Em pesquisa realizada pelo Peppers and Rogers Group (2003, p. 49-50), sobre o entendimento que as empresas brasileiras possuem sobre o conceito de CRM demonstrou que para cerca de 72% das empresas entrevistadas, CRM é definido como uma estratégia ou filosofia de fidelização e satisfação dos clientes, além da personalização de produtos e serviços individualmente. E, dentre as empresas que não possuem um programa formal de relacionamento com clientes, 76% afirmam que irão direcionar esforços para sua implementação nos próximos três anos.

Conforme Johnston e Clark (2002, p. 101), “CRM é um termo atribuído à gestão dos relacionamentos com os clientes nos serviços de consumo de alto volume, que tem como objetivo aumentar a rentabilidade da empresa”. Para uma atividade com alto contato pessoal e um volume relativamente baixo não seria esperado a utilização e ou o conhecimento do CRM por parte dos médicos pesquisados. No entanto, considerando-se CRM como uma filosofia de fidelização dos clientes foram criadas as variáveis 17: é importante manter o cliente e 18: faço ações para que meu cliente seja fiel destinadas a identificar a utilização desses instrumentos pelos médicos da cidade de Londrina.

Conforme Rogers (2003, p. 138-142), “as novas tecnologias de informação geraram o marketing de relacionamento”. A utilização dessas tecnologias não poderia acontecer sem a pesquisa e conhecimento das preferências dos clientes e o interesse em mantê-los por um longo prazo. Mas, como Swift (2001, p. 13) considera que “a palavra importante é *relacionamento*”, incluímos as variáveis 19a a 19g no estudo com o intuito de identificar o grau de importância que os médicos dão para algumas práticas de comunicação utilizadas no relacionamento com clientes como o envio de cartões de natal, aniversário entre outros, a utilização de canais de comunicação como as newsletters, a utilização de novas tecnologias como possuir home pages e envio de e-letters bem como o conhecimento de informações sociais dos clientes e manutenção de um banco de dados sobre os mesmos. Na tabela 54 verificamos a frequência das variáveis que mensuram o CRM. A importância de manter o cliente é apontada por 100% dos respondentes. Nas tabelas a seguir, verificamos os cruzamentos do perfil com cada uma das demais variáveis.

Tabela 54: Frequência das variáveis que mensuram o CRM

VARIÁVEL	Não Respondeu	Concordo Importante	Discordo Sem Importância	Número Total
v. 17 É importante manter o cliente		128		128
v. 18 Faço ações para que meu cliente seja fiel	1	116	11	128
v. 19a Enviar cartão de aniversário		37	91	128
v. 19b Enviar cartão natal ou outros		37	91	128
v. 19c Possuir home page		44	84	128
v. 19d Enviar informativos pelo correio		32	96	128
v. 19e Enviar informativos por e-mail		27	101	128
v. 19f Conhecer os hábitos sociais dos clientes		60	68	128
v. 19g Ter um banco de dados com informações dos clientes		105	23	128

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

A tabela 55 representa o teste de Kruskal-Wallis para as variáveis do CRM.

Na tabela 56 verificamos que não há significância estatística no perfil dos médicos quanto ao perfil e a prática de ações com o objetivo de fidelizar o cliente.

A tabela 55 confirma a não significância do cruzamento do perfil.

Tabela 55: Teste Kruskal-Wallis para as variáveis representativas do CRM						
Variável	Postos	N	Média do Ranking	χ^2	p	Significância
v.17 É importante manter o cliente	Individual	23	63,24	0,563	0,692	NS
	Sócios	55	64,85			
	Clínica	49	63,41			
v.18 Faço ações para que meu cliente seja fiel.	Individual	23	58,74	2,318	0,314	NS
	Sócios	55	61,60			
	Clínica	49	69,16			
v.19a Enviar cartão de aniversário	Individual	23	67,04	0,714	0,700	NS
	Sócios	55	65,62			
	Clínica	49	60,76			
v.19b Enviar cartão de natal / outros	Individual	23	70,39	1,405	0,495	NS
	Sócios	55	64,80			
	Clínica	49	60,10			
v.19c Possuir home page	Individual	23	58,48	0,962	0,618	NS
	Sócios	55	66,93			
	Clínica	49	63,31			
v.19d Enviar informativos pelo correio (newsletter)	Individual	23	60,13	0,399	0,819	NS
	Sócios	55	65,57			
	Clínica	49	64,05			
v.19e Enviar informativos por e-mail (e-letter)	Individual	23	57,22	1,181	0,554	NS
	Sócios	55	66,45			
	Clínica	49	64,43			
v.19f Conhecer os hábitos sociais dos clientes	Individual	23	65,93	0,210	0,900	NS
	Sócios	55	64,74			
	Clínica	49	62,27			
v.19g Ter um banco de dados com informações dos clientes	Individual	23	64,98	0,086	0,958	NS
	Sócios	55	63,11			
	Clínica	49	64,54			

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Tabela 56: Cruzamento perfil x v.18 faço ações para que meu cliente seja fiel

Variável	χ^2	p	Significância S / NS
30 Sexo	1,260	0,533	NS
31 Idade	1,111	0,892	NS
33 Tempo de formado	5,680	0,460	NS
34 Escolaridade	2,985	0,811	NS
36 Atuação	14,074	0,080	NS
38 Número de horas trabalhadas	8,262	0,082	NS
39 Estudo formal de marketing	2,452	0,653	NS

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Conforme a tabela 57, verificamos que há significância estatística com relação à variável escolaridade e o envio de cartões de aniversário. 100% dos profissionais que possuem apenas graduação discordam do envio de cartões de aniversário. Entre os que possuem especialização, diminui significativamente a discordância e 36,8% concordam com o envio dos cartões e, entre os que possuem mestrado ou doutorado, apenas 17,8% consideram essa ação importante.

Tabela 57: Cruzamento perfil x v.19a importância de enviar cartões de aniversário

Variável	χ^2	p	Significância S / NS
30 Sexo	0,372	0,256	NS ¹
31 Idade	1,826	0,401	NS
33 Tempo de formado	3,558	0,313	NS
34 Escolaridade	9,940	0,019	S
36 Atuação	2,443	0,655	NS
38 Número de horas trabalhadas	1,232	0,540	NS
39 Estudo formal de marketing	1,056	0,590	NS

¹ Teste exato de FischerSignificante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

De forma semelhante, na tabela 58 verificamos que a escolaridade tem significância estatística na importância do envio de cartões de natal ou semelhantes. A frequência de respostas diferencia com relação aos graduados onde 16,7% dos entrevistados consideram importante o seu envio. A frequência dos demais graus de escolaridade são muito semelhantes à variável anterior.

Tabela 58: Cruzamento perfil x v.19b importância de enviar cartões de natal e/ou outros

Variável	χ^2	p	Significância S / NS
30 Sexo	0,662	0,423	NS ¹
31 Idade	2,482	0,289	NS
33 Tempo de formado	3,877	0,275	NS
34 Escolaridade	9,129	0,028	S
36 Atuação	3,395	0,494	NS
38 Número de horas trabalhadas	0,480	0,787	NS
39 Estudo formal de marketing	2,239	0,326	NS

¹ Teste exato de Fischer

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Na tabela 59 verificamos no cruzamento do perfil dos médicos que não há significância estatística no perfil dos médicos e a importância de possuir home page. Conforme demonstra a frequência, aproximadamente 30% da amostra considera importante.

Tabela 59: Cruzamento perfil x v.19c importância de possuir home page

Variável	χ^2	p	Significância S / NS
30 Sexo	0,881	0,522	NS ¹
31 Idade	2,409	0,300	NS
33 Tempo de formado	0,572	0,903	NS
34 Escolaridade	2,014	0,570	NS
36 Atuação	2,146	0,709	NS
38 Número de horas trabalhadas	1,217	0,544	NS
39 Estudo formal de marketing	3,732	0,155	NS

¹ Teste exato de FischerSignificante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Na tabela 60, verificamos que há significância estatística nas variáveis sexo e escolaridade com relação ao envio pelo correio de informativos (newsletters). Enquanto apenas 20,6% dos médicos consideram importante, 38,7% das médicas o consideram. Esse resultado demonstra coerência com a diferença de opiniões entre os sexos e a variável 15b que verifica a concordância dos médicos com a possibilidade do cliente entender erroneamente material recebido no consultório verificada na tabela 46. Com relação à escolaridade, os que possuem apenas especialização não consideram importante o uso de newsletters, seguidos por

17,8% dos que possuem mestrado ou doutorado e em maior número os que possuem especialização, com 30,3% dos respondentes.

Tabela 60: Cruzamento perfil x v. 19d importância de enviar informativos pelo correio (newsletters)

Variável	χ^2	p	Significância S / NS
30 Sexo	4,101	0,057	S ¹
31 Idade	4,483	0,106	NS
33 Tempo de formado	5,418	0,144	NS
34 Escolaridade	7,375	0,061	S
36 Atuação	1,735	0,784	NS
38 Número de horas trabalhadas	3,869	0,144	NS
39 Estudo formal de marketing	0,821	0,663	NS

¹ Teste exato de Fischer

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

A tabela 61 demonstra o cruzamento do perfil dos médicos com a importância de enviar informativos por e-mail (ou e-letters). Não há variação estatística significativa entre os elementos.

Tabela 61: Cruzamento perfil x v.19e importância de enviar informativos por e-mail (e-letter)

Variável	χ^2	p	Significância S / NS
30 Sexo	3,063	0,127	NS ¹
31 Idade	4,259	0,119	NS
33 Tempo de formado	4,942	0,176	NS
34 Escolaridade	3,844	0,279	NS
36 Atuação	1,395	0,845	NS
38 Número de horas trabalhadas	4,253	0,119	NS
39 Estudo formal de marketing	0,270	0,874	NS

¹ Teste exato de Fischer

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

A tabela 62 demonstra que não há significância estatística entre os possuidores de estudo formal de marketing quanto à importância de conhecer os hábitos sociais dos clientes.

Tabela 62: Cruzamento perfil x v.19f importância de conhecer os hábitos sociais dos clientes

Variável	χ^2	p	Significância S / NS
30 Sexo	0,401	0,544	NS ¹

31 Idade	1,649	0,438	NS
33 Tempo de formado	2,597	0,458	NS
34 Escolaridade	1,669	0,644	NS
36 Atuação	0,969	0,914	NS
38 Número de horas trabalhadas	1,563	0,458	NS
39 Estudo formal de marketing	4,913	0,086	NS

¹ Teste exato de Fischer

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

A tabela 63 demonstra significância estatística em relação à importância de possuir um banco de dados com informações de clientes para a variável idade, compatível com o nível de utilização de tecnologia entre as idades: quanto mais jovem, maior parcela considera importante a sua utilização. No presente caso, 95,6% dos jovens (até 39 anos) consideram importante, enquanto a parcela cai para 78,4% dos que possuem de 40 a 59 anos e para 44,4% dos que possuem mais de 60 anos.

Tabela 63: Cruzamento perfil x v. 19g importância de ter um banco de dados dos clientes

Variável	χ^2	p	Significância S / NS
30 Sexo	0,712	0,591	NS
31 Idade	14,880	0,001	S
33 Tempo de formado	3,205	0,361	NS
34 Escolaridade	1,551	0,671	NS
36 Atuação	4,851	0,303	NS
38 Número de horas trabalhadas	0,806	0,668	NS
39 Estudo formal de marketing	1,093	0,579	NS

¹ Teste exato de Fischer

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

A utilização do CRM pode parecer contrária aos preceitos médicos de cura do paciente. Se há sucesso no tratamento, não deveria haver a necessidade de novas consultas e de gerenciar um relacionamento que irá terminar. Pensando nisso, MacStravic (2003, p.24 – 29), sugere a aplicação do gerenciamento do sucesso do consumidor (CSM: customer's success management) e do gerenciamento do sucesso do paciente (PSM: patient success management) em organizações de saúde. O PSM teria como objetivo a coleta de dados dos

encontros de serviço dos pacientes (no passado) para melhorar a forma como os médicos, enfermeiras e outros profissionais prestaram seus serviços e alcançar a satisfação dos clientes.

4.8 Pesquisa

Conforme Endresen e Wintz (2002, p.19-24), é importante estar em sintonia com a mente do consumidor. O sucesso do marketing na área de saúde depende do correto entendimento do que o consumidor conhece e de uma comunicação adequada ao que está preparado para ouvir. Entretanto, muitas informações que podem ser valiosas estão à disposição dos médicos. Os dados de diversos pacientes podem ser cruzados na busca por similaridades que possam ser exploradas. Conforme *Geographical Mapping and Analysis in Health Care* (2003), uma análise geográfica da região de moradia dos pacientes pode auxiliar a criar facilidades para o acesso dos pacientes. Na presente pesquisa, verificamos a importância da utilização de pesquisas de satisfação dos clientes e da utilização de pesquisas para mensurar como o paciente conheceu o prestador de serviço, um feedback simples aos eventuais procedimentos de conquista de clientes.

A seguir, na tabela 64, verificamos a frequência das variáveis que mensuram a importância e utilização de pesquisa de satisfação dos clientes nos consultórios.

Tabela 64: Freqüência das variáveis que mensuram a utilização de pesquisas

VARIÁVEL	Não Respondeu	Concordo Sim	Discordo Não	Às vezes	Número Total
v.20 É importante efetuar pesquisa de satisfação do cliente	9	106	13		128
v.21 Efetua pesquisa formal de satisfação?		21	72	35	128
v.21a Os médicos efetuam pesquisa informal de satisfação?	1	34	41	52	128
v.21b A equipe efetua pesquisa informal de satisfação?		33	49	46	128

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Na tabela 65 verificamos que no cruzamento do perfil com a importância de efetuar pesquisa de satisfação do cliente há significância estatística nas variáveis escolaridade e atuação. Na variável escolaridade, 100% dos graduados concordam que é importante efetuar pesquisa de satisfação; assim como 80,3% dos especialistas e 86,7% dos mestres. Não há uma lógica visível quanto a esse fato. Com relação à forma de atuação, confirmamos na tabela 66 a significância estatística no teste de Kruskal-Wallis e verificamos que os profissionais que atuam em clínicas consideram em maior grau de importância a utilização de pesquisas de satisfação, seguidos pelos profissionais que atuam individualmente e por último os que atuam com sócios. A elevada preocupação dos profissionais que atuam em clínicas sinaliza que pode haver uma maior preocupação com marketing desses profissionais.

Tabela 65: Cruzamento perfil x v. 20 importância de efetuar pesquisa de satisfação do cliente

Variável	χ^2	p	Significância S / NS
30 Sexo	0,034	0,983	NS
31 Idade	5,568	0,234	NS
33 Tempo de formado	6,476	0,372	NS
34 Escolaridade	19,606	0,003	S
36 Atuação	15,971	0,043	S
38 Número de horas trabalhadas	4,990	0,288	NS
39 Estudo formal de marketing	1,482	0,830	NS

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Tabela 66: Teste Kruskal-Wallis para as variáveis representativas de pesquisa

Variável	Postos	N	Média do Ranking	χ^2	p	Significância
v.20 É importante efetuar pesquisa de satisfação do cliente	Individual	23	59,33	7,964	0,019	S
	Sócios	54	56,01			
	Clínica	49	73,71			
v. 21 Efetua pesquisa formal de satisfação?	Individual	23	71,13	3,852	0,146	NS
	Sócios	55	67,27			
	Clínica	49	56,98			
v.21a Os médicos efetuam pesquisa informal de satisfação?	Individual	23	61,07	0,816	0,665	NS
	Sócios	55	62,15			
	Clínica	49	67,46			
v.21b A equipe efetua pesquisa informal de satisfação?	Individual	23	55,39	3,222	0,200	NS
	Sócios	55	69,79			
	Clínica	49	61,54			
v.22 Pesquisar a origem (indicação) dos clientes é importante.	Individual	22	61,55	0,035	0,983	NS
	Sócios	54	62,44			
	Clínica	48	63,01			
v.23 Pergunta / anota quem indicou o paciente?	Individual	23	65,78	0,931	0,628	NS
	Sócios	55	62,12			
	Clínica	49	65,28			

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)23

A tabela 67 representa o cruzamento do perfil dos médicos e a efetivação de pesquisa formal de satisfação do cliente, revelando significância estatística nas variáveis forma de atuação e estudo formal de marketing. A tabela 66 denota que não há significância estatística para um ranking dos postos.

Tabela 67: Cruzamento perfil x v.21 efetua pesquisa formal de satisfação

Variável	χ^2	p	Significância S / NS
30 Sexo	0,580	0,748	NS
31 Idade	2,176	0,703	NS
33 Tempo de formado	9,236	0,161	NS
34 Escolaridade	4,736	0,578	NS
36 Atuação	18,226	0,020	S
38 Número de horas trabalhadas	2,971	0,563	NS
39 Estudo formal de marketing	12,048	0,017	S

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

No entanto a frequência de respostas para cada forma de atuação pode ser verificada na tabela 68, onde verificamos a predominância de resposta nos médicos que atuam em clínicas, num padrão coerente com a importância de efetuar pesquisa de satisfação.

Tabela 68: Frequência das variáveis do cruzamento atuação x efetua pesquisa formal

VARIÁVEL	Sim	Não	Às vezes	Total
Individual	4,3%	65,2%	30,4%	100,0%
Sócios	9,3%	63,0%	27,8%	100,0%
Clínica	32,6%	39,1%	28,3%	100,0%

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

A variação estatística do estudo formal de marketing demonstra que apenas 21,1% dos médicos com formação em marketing nunca efetuam pesquisas informais enquanto que 62,0% dos que não tem formação em marketing nunca efetuam pesquisa. Dentre os que efetuaram cursos de marketing a utilização desse importante instrumento destaca-os de forma positiva.

Na tabela 69, cruzamento do perfil dos médicos com o uso de pesquisa informal por parte dos médicos verificamos significância estatística na variável estudo formal de marketing onde destacam-se os profissionais apenas graduados que sempre efetuam pesquisas, seguidos dos demais que em aproximadamente 63% da amostra efetuam pesquisas informais.

Tabela 69: Cruzamento perfil x v.21a os médicos efetuam pesquisa informal de satisfação

Variável	χ^2	p	Significância S / NS
30 Sexo	3,946	0,267	NS
31 Idade	8,036	0,235	NS
33 Tempo de formado	12,209	0,202	NS
34 Escolaridade	15,825	0,071	NS
36 Atuação	17,308	0,138	NS
38 Número de horas trabalhadas	9,285	0,158	NS
39 Estudo formal de marketing	13,398	0,037	S

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

O cruzamento do perfil dos médicos com o uso de pesquisa informal efetuada pela equipe de funcionários, na tabela 70, demonstra variação estatisticamente significativa nas variáveis tempo de formado, número de horas trabalhadas e estudo formal de marketing. Entre os que possuem estudo formal de marketing, em apenas 15,8% dos casos não é feita pesquisa informal pela equipe; dos que não possuem formação em marketing, esse número sobe para 42,6%.

Tabela 70: Cruzamento perfil x v.21b a equipe efetua pesquisa informal de satisfação

Variável	χ^2	p	Significância S / NS
30 Sexo	1,210	0,546	NS
31 Idade	4,001	0,406	NS
33 Tempo de formado	14,150	0,028	S
34 Escolaridade	3,992	0,678	NS
36 Atuação	10,657	0,222	NS
38 Número de horas trabalhadas	10,386	0,034	S
39 Estudo formal de marketing	15,809	0,003	S

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

A tabela 71 representa a frequência de respostas para o cruzamento de número de horas trabalhadas e uso de pesquisa informal de satisfação pela equipe de funcionários. Possivelmente a equipe de funcionários dos médicos que atuam mais de 30 horas por semana seja mais comprometida com os profissionais e clientes do que daqueles que não tem o consultório como principal fonte de renda..

Tabela 71: Frequência das variáveis do cruzamento horas trabalhadas x v.21b pesquisa informal da equipe

VARIÁVEL	Sim	Não	Às vezes	Total
Até 12 horas/semana	13,3%	46,7%	40,0%	100,0%
De 12 a 30 horas/semana	17,4%	39,1%	43,5%	100,0%
Mais de 30 horas/semana	40,4%	32,7%	26,9%	100,0%

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Na tabela 72 verificamos a frequência das variáveis que mensuram a utilização de pesquisas de indicação ou origem do cliente.

Tabela 72: Frequência das variáveis que mensuram a utilização de pesquisas de indicações

VARIÁVEL	Não Respondeu	Concordo Sim	Discordo Não	Número Total
v.22 Pesquisar a origem (indicação) dos clientes é importante	12	108	8	128
v.23 Pergunta / anota quem indicou o paciente?		114	14	128

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Verificamos na tabela 73 que não há significância estatística no cruzamento do perfil dos médicos com a mensuração da importância de efetuar pesquisa de satisfação.

Tabela 73: Cruzamento perfil x v.22 importância da pesquisa de indicação de clientes

Variável	χ^2	p	Significância S / NS
30 Sexo	2,496	0,476	NS
31 Idade	6,302	0,390	NS
33 Tempo de formado	5,451	0,793	NS
34 Escolaridade	3,601	0,936	NS
36 Atuação	5,481	0,940	NS
38 Número de horas trabalhadas	5,970	0,427	NS
39 Estudo formal de marketing	5,849	0,440	NS
Significante para $p < 7\%$			

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

No entanto, na tabela 74, verificamos variação estatisticamente significativa no cruzamento do perfil com a variável que verifica aqueles que efetivamente faz a pesquisa. Essa variação estatística manifestou-se nas variáveis tempo de formado e escolaridade. Entre os formados em até 7 anos, 62,5% anota as indicações. Nos que formaram-se entre 8 e 20 anos, 95,7% anotam as indicações e entre os formados há mais tempo, 85,7% anotam as indicações. Os recém formados talvez ainda não tenham a prática do consultório e da ficha dos pacientes, os formados de 8 a 20 anos talvez já tenham verificado a importância das indicações e tenham nessa prática uma rotina mas entre os formados há mais tempo, talvez

seus clientes sejam mais leais e antigos, não havendo o acréscimo de novos clientes com a mesma constância de seus colegas mais novos.

Com relação à escolaridade, quanto maior a escolaridade, maior a utilização dessa pesquisa.

Tabela 74: Cruzamento perfil x v.23 faz pesquisa de indicação de clientes

Variável	χ^2	p	Significância S / NS
30 Sexo	0,687	0,743	NS ¹
31 Idade	2,133	0,344	NS
33 Tempo de formado	9,028	0,029	S
34 Escolaridade	10,377	0,016	S
36 Atuação	7,184	0,126	NS
38 Número de horas trabalhadas	1,438	0,487	NS
39 Estudo formal de marketing	2,911	0,233	NS

¹ Teste exato de Fischer

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

A tabela 75 representa a frequência das variáveis que mensuram o feedback da pesquisa de indicação. Apesar de haver a verificação da indicação, a maioria o faz apenas no momento da consulta, não utilizando essa informação num banco de dados, mesmo que informal.

Tabela 75: Frequência das variáveis que mensuram o feedback da pesquisa de indicação

VARIÁVEL	v.24 Quando verifica essas respostas?	
Somente quando o paciente entra para a 1ª consulta	71	55,5%
Sempre que o paciente entra para a consulta	16	12,5%
Às vezes verifica quando o paciente entra para a 1ª consulta	2	1,5%
Nunca verifica	0	0,0%
Sempre na 1ª consulta e às vezes nas demais consultas	24	18,8%
Não respondeu	15	11,7%
Número Total	128	100,0%

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

A tabela 76 representa a frequência das variáveis que mensuram a utilização de pesquisa.

Tabela 76: frequência das variáveis que mensuram a utilização de pesquisas

VARIÁVEL	Não Respondeu	Sim	Não	Número Total
v.25 Faz estatísticas das indicações?	14	18	96	128

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

A tabela 77 representa o cruzamento do perfil dos médicos com a utilização de estatísticas de indicação e demonstra significância estatística nas variáveis escolaridade e estudo formal de marketing. Dentre os que estudaram marketing, 36,8% fazem estatísticas das indicações e dos que não estudaram, apenas 10,2% o fazem, confirmando que pesquisa é um instrumento conhecido e de uso dos que fizeram algum estudo formal de marketing.

Na periodicidade de verificação das estatísticas, dos 20 respondentes que fazem estatística, oito não souberam responder qual a periodicidade de verificação, quatro verificam uma vez por mês (num dos casos, utilizando o software do consultório médico) e os demais menos de oito vezes ao ano.

Tabela 77: Cruzamento perfil x v.25 faz estatísticas das indicações

Variável	χ^2	P	Significância S / NS
30 Sexo	2,003	0,367	NS
31 Idade	4,634	0,327	NS
33 Tempo de formado	9,342	0,155	NS
34 Escolaridade	11,060	0,087	NS
36 Atuação	8,855	0,355	NS
38 Número de horas trabalhadas	7,388	0,117	NS
39 Estudo formal de marketing	11,387	0,023	S
Significante para $p < 7\%$			

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

Para reconhecer a importância da origem da indicação foi utilizada a variável 27: qual a porcentagem de indicação por origem. Alguns dos entrevistados acreditam conhecer a origem dos seus clientes mesmo não efetuando estatística da origem. A maior frequência se dá com indicação de outros médicos seguido por indicações de outros pacientes, demonstrando a importância de manter canais de comunicação com esses dois públicos. A

tabela 78 demonstra a frequência de utilização de ações em cada uma das formas de indicação de novos clientes e, de forma coerente, as ações são mais constantes nos canais que trazem maior número de clientes.

Tabela 78: Frequência de utilização de ações em cada forma de indicação de clientes

VARIÁVEL	Faz ações	Não faz ações	Total
v.28a livro do convênio	21	107	128
v.28b paciente	29	99	128
v.28c médico	27	101	128
v.28d técnico de saúde	12	116	128
v.28e amigo	15	113	128
v.28f outro	8	120	128

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

5 Considerações Finais

Para alcançar o objetivo de avaliar o grau de conhecimento e utilização dos conceitos e instrumentos de marketing pelos médicos atuantes em clínicas e consultórios de Londrina, efetuou-se sua identificação na literatura de marketing. Um dos conceitos mais conhecidos é o composto de marketing, formado pelos quatro Ps, preço, praça (distribuição), promoção (comunicação) e produto e, em marketing de serviços considera-se um composto expandido, formado pelos quatro Ps originais e mais: as pessoas, a evidência física e o processo do serviço. Outro conceito importante é a qualidade de serviços, o que gera a percepção do consumidor sobre a prestação do serviço e, complementando os principais instrumentos de marketing, verificou-se a necessidade de identificar as expectativas dos clientes para poder supri-los com o serviço adequado que é efetuada através da pesquisa de marketing.

Na pesquisa desenvolvida neste projeto procurou-se abranger, através de grupos de informações, os conceitos e instrumentos de marketing de serviços. Esses grupos podem ser relacionados à literatura de marketing de serviços conforme o quadro 11:

Quadro 11: Relacionamento entre os grupos de variáveis e a literatura de marketing de serviços

Grupo	Variável	Conceito de marketing de serviços
SERVQUAL	5 e 6	Pessoas
	7a a 7g	Evidências físicas
	8a a 9c	Pessoas
CONTROLE dos ATRASOS	10 a 10b	Processos
	10c	Pessoas
ESPERA no CONSULTÓRIO	11 a 11b	Evidências físicas
ROTEIROS	12a e 12b	Processos
MARKETING MIX	13	Preço
	14	Comunicação
	15a e 15b	Comunicação
	16a a 16d	Praça
CRM	17 e 18	Qualidade
	19a a 19g	Evidências físicas
PESQUISA	20 a 29	Pesquisa

Fonte: Desenvolvido pelo autor (2003)

5.1 Os grupos de variáveis

Para melhor compreender os grupos de variáveis, descreve-se a seguir seus objetivos: o primeiro grupo procurou representar a escala Servqual, utilizada para identificar as lacunas (gaps) entre o serviço esperado e as expectativas dos consumidores. Resumiu-se a escala de 22 elementos para apenas 13 devido à sua grande extensão e o tamanho que iria alcançar o questionário. O segundo grupo de variáveis representa o entendimento que o médico tem sobre a importância do controle do consumidor sobre situações de insatisfação quanto ao serviço. Deve-se lembrar que o serviço inicia-se quando o cliente chega ao consultório e não apenas no momento do atendimento médico. O terceiro grupo de variáveis representa o ambiente de espera, ou seja, as evidências físicas e o conforto oferecido ao cliente. O quarto grupo de variáveis representa os roteiros de atividades, ou seja, o entendimento do processo de atendimento pelos funcionários do consultório. Seria recomendável identificar o roteiro do médico no momento da consulta, no entanto, acreditou-se que haveria um viés na pesquisa com essa questão portanto trabalhou-se apenas a equipe de funcionários. O quinto grupo de variáveis procurou identificar três dos componentes dos quatro Ps: preço, praça e comunicação. O produto assistência médica não foi considerado diretamente na pesquisa. O sexto grupo de variáveis representou o CRM, ou o gerenciamento de relacionamento com os clientes: o conhecimento da fidelização dos clientes e de práticas de utilização de banco de dados para tanto. O sétimo grupo de variáveis, pesquisa, representa a utilização efetiva das práticas de pesquisa de satisfação e de acompanhamento de vendas. O último grupo de variáveis procura demonstrar o perfil dos médicos de Londrina.

Os cruzamentos significativos estão resumidos na tabela XX e descritos nos itens a seguir.

Tabela 79: Resumo dos cruzamentos de perfil com variáveis significativas

Perfil	Variável	χ^2	P
v. 34 Escolaridade	v. 5 Todos os funcionários são responsáveis pelo atendimento?	12,209	0,057
v. 36 Atuação	v. 10c Importância de treinar os funcionários sobre como informar atrasos	19,421	0,001
v. 33 Tempo Formado	v. 11a Como você considera seu ambiente de espera	20,903	0,013
v. 33 Tempo Formado	v. 11b Como você considera o nível de preenchimento de tempo de seu cliente	19,674	0,020
v. 31 Idade	v. 12a Entendimento dos roteiros de atendimento pelo cliente.	6,852	0,033
v. 34 Escolaridade	v. 12a Entendimento dos roteiros de atendimento pelo cliente.	13,339	0,004
v. 36 Atuação	v. 12a Entendimento dos roteiros de atendimento pelo cliente.	9,717	0,045
v. 31 Idade	v. 12b Entendimento das dificuldades do cliente com relação ao roteiro pelos funcionários.	16,235	0,003
v. 38 N° Horas Trabalhadas	v. 12b Entendimento das dificuldades do cliente com relação ao roteiro pelos funcionários.	9,979	0,041
v. 39 Estudo Formal de Marketing	v. 12b Entendimento das dificuldades do cliente com relação ao roteiro pelos funcionários.	12,371	0,015
v. 30 Sexo	v. 15b Leitura de material farmacêutico obtido nos consultórios	7,632	0,022
v. 36 Atuação	v. 15b Leitura de material farmacêutico obtido nos consultórios	14,648	0,066
v. 31 Idade	v. 16a Facilidade de acesso ao consultório	6,071	0,048
v. 36 Atuação	v. 16a Facilidade de acesso ao consultório	17,049	0,002
v. 31 Idade	v. 16c Contribuição dos funcionários para a facilidade de acesso do cliente	13,326	0,001
v. 34 Escolaridade	v. 19b Importância de enviar cartões de natal e/ou outros	9,129	0,028
v. 30 Sexo	v. 19d Importância de enviar informativos pelo correio	4,101	0,057
v. 34 Escolaridade	v. 19d Importância de enviar informativos pelo correio	7,375	0,061
v. 31 Idade	v. 19g Importância de ter um banco de dados dos clientes	14,880	0,001
v. 34 Escolaridade	v. 20 Importância de efetuar pesquisa de satisfação do cliente	19,606	0,003
v. 36 Atuação	v. 20 Importância de efetuar pesquisa de satisfação do cliente	15,971	0,043
v. 36 Atuação	v. 21 Efetua pesquisa formal de satisfação	18,226	0,020
v. 39 Estudo Formal de Marketing	v. 21 Efetua pesquisa formal de satisfação	12,048	0,017
v. 39 Estudo Formal de Marketing	v. 21a Os médicos efetuam pesquisa informal de satisfação	13,398	0,037
v. 33 Tempo Formado	v. 21b A equipe efetua pesquisa informal de satisfação	14,150	0,028
v. 38 N° Horas Trabalhadas	v. 21b A equipe efetua pesquisa informal de satisfação	10,386	0,034
v. 39 Estudo Formal de Marketing	v. 21b A equipe efetua pesquisa informal de satisfação	15,809	0,003
v. 33 Tempo Formado	v. 23 Faz pesquisa de indicação de clientes	9,028	0,029
v. 34 Escolaridade	v. 23 Faz pesquisa de indicação de clientes	10,377	0,016
v. 39 Estudo Formal de Marketing	v. 25 faz estatísticas das indicações	11,387	0,023

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

5.2 Perfil dos médicos

O perfil da amostra demonstra que há predominância do sexo masculino entre os médicos (75,8%), da faixa etária de 40 a 59 anos (57,8%), apesar de 35,2% terem menos de 40 anos; dos que possuem mais de 8 anos de formado e, trabalhando com sócios em sua maioria ou em clínicas especializadas, que não possuem formação em marketing e são altamente dependentes de convênios.

A dependência que os médicos têm das receitas advindas dos planos de saúde e os baixos valores repassados pelos serviços médicos podem desmotivá-los a utilizar instrumentos de qualidade que em um primeiro momento demonstram aumentar os custos da empresa e diminuir sua rentabilidade. Conforme Parasuraman (2002), a literatura de qualidade de serviços demonstra que aumentando o nível de qualidade do serviço haverá aumento do resultado financeiro das empresas, e vice-versa. Para tanto, com a formação de preços vinculada aos baixos valores praticados pelos convênios, a qualidade deve ser um trunfo para retenção de clientes e utilização de processos de trabalho que minimizem custos.

5.3 Resultados do grupo de variáveis SERVQUAL

A análise dos resultados do grupo de variáveis que representa a ferramenta Servqual demonstrou que apesar de uma certa obviedade em relação às perguntas de qualidade de atendimento, através do conhecimento das perguntas 5 a 9c pelos médicos infere-se que os médicos, mesmo não tendo um conhecimento formal de marketing,

preocupam-se com a qualidade de seu atendimento. No entanto, verificou-se que a dimensão tangibilidade não tem a mesma convicção de resposta do que as demais dimensões de qualidade, resultado semelhante a uma pesquisa efetuada em um hospital nos Estados Unidos com enfermeiras.

5.4 Resultados do grupo de variáveis CONTROLE dos ATRASOS

Com a análise do grupo de variáveis controle dos atrasos verificou-se que os médicos acreditam na necessidade de treinamento de seus funcionários porém não estão tão seguros da necessidade dos processos de controle. Há maior preocupação em informar as causas dos atrasos conforme o número de horas trabalhadas no consultório: os que trabalham mais horas em consultório são mais preocupados. Esse é um fator coerente pois médicos que não trabalham em plantões ou cirurgias têm maior dependência do cliente de convênio, e de sua fidelidade.

5.5 Resultados do grupo de variáveis ESPERA no CONSULTÓRIO

O grupo de variáveis espera no consultório demonstra que os médicos não possuem visão de marketing. Sua preocupação com as evidências físicas, compostas pelos “atrativos” de seu consultório, demonstra uma forte orientação para produção e/ou produto.

É necessário neste momento o cruzamento da informação dos médicos com a percepção dos clientes porém podemos verificar o pouco comprometimento dos médicos com a superação das expectativas dos clientes. Aliando-se um ambiente considerado apenas “bom” pela maioria dos médicos com os atrasos no atendimento, fator normal em uma prestação de serviços, principalmente em uma consulta que pode ser afetada pela necessidade de maior tempo do que o padrão por um cliente, atrasos de outros pacientes, dos médicos e até no tempo de atendimento dos funcionários (recepção, cobrança) verifica-se que os médicos têm pouca percepção de que o serviço prestado é mais do que o atendimento pelo médico mas também em todas as interações do paciente, desde sua chegada, as interações com os funcionários, com as instalações físicas e até com outros pacientes que aguardam pelo serviço, o que irá afetar sua percepção da qualidade do atendimento e sua satisfação.

5.6 Resultados do grupo de variáveis ROTEIROS

Conforme Bitner, Booms e Mohr (1994), a satisfação dos consumidores freqüentemente é influenciada pela qualidade de suas interações interpessoais com os funcionários de atendimento. O entendimento dos roteiros é de grande importância para a padronização de processos e a diminuição de seus custos. A alta participação dos convênios médicos transformou o processo de atendimento médico em um padrão na rotina do cliente e da própria organização, apesar de pequenas diferenças em sua burocracia.

5.7 Resultados do grupo de variáveis MARKETING MIX

As respostas para o grupo de variáveis do composto de marketing tradicional ratificam os médicos como profissionais orientados para o produto. A precificação conforme a qualidade oferecida, a pouca utilização dos mecanismos de comunicação (as variáveis 28 a 29 demonstram que não há muito interesse ou disposição em efetuar ações de comunicação) e com relação à praça, apesar de uma preocupação constatada na pesquisa, podemos afirmar que a conveniência do local dos consultórios está mais relacionada às necessidades de deslocamento dos médicos. A cidade de Londrina tem como característica a concentração dos consultórios médicos na proximidade de seus dois grandes hospitais, no centro da cidade, em local com dificuldade de estacionamento, ruas com trânsito pesado e difícil acesso a enfermos e conforme a análise das variáveis de espera no consultório, instalações apenas boas.

5.8 Resultados do grupo de variáveis CRM

Conforme Reichheld e Sasser (1990), perder um cliente é mais do que perder uma venda no setor de serviços, significa que sua operação tem falhas que podem ser sanadas. O custo de perder um consumidor é representado pelo lucro que poderia gerar a longo prazo e, se uma empresa conhece este custo pode avaliar de forma mais precisa qual investimento deveria fazer para corrigir suas falhas e manter seus clientes. A redução da perda de clientes em 5% pode representar um crescimento dos lucros entre 25% a 85%.

A pesquisa demonstra que os médicos compreendem a importância da fidelidade porém as ações para a retenção são comedidas. Durante as entrevistas efetuadas pelo autor, os médicos declararam que as ações efetuadas estavam relacionadas à qualidade de atendimento, porém as respostas não demonstraram um comprometimento do médico com todas as etapas da prestação de serviços, o que pode comprometer a percepção de qualidade do serviço pelo cliente.

5.9 Resultados do grupo de variáveis PESQUISA

O grupo de variáveis que representa a utilização de pesquisas demonstra que os médicos não fazem uso dessa importante ferramenta que está em suas mãos. A coleta de dados não tem significado sem a sua análise e seu uso para a tomada de decisões.

O cliente de um médico tem grande probabilidade de tornar-se leal. Conforme Bowen e Chen (2001), a lealdade pode ser medida de três formas: pelo comportamento consistente de compra; por uma atitude favorável em relação ao serviço ou por uma composição das duas dimensões anteriores quando assume-se o cliente leal como aquele que demonstra atitudes favoráveis à empresa, repete as compras e recomenda o serviço a terceiros. O crescimento do lucro a longo prazo provindo de clientes leais vem da redução dos custos de marketing, do aumento das vendas e da redução dos custos operacionais.

5.10 Resultados do grupo de variáveis FORMA DE ATUAÇÃO

O cruzamento da variável forma de atuação e as demais variáveis permitiu verificar diferenças significativas através do teste Kruskal-Wallis conforme resume a tabela 79. Há maior significado para os consultórios individuais na aparência do ambiente físico, necessidade de cartões de visita e no entendimento da importância de informar ao cliente a causa dos atrasos; para os médicos que atuam em clínicas verificou-se maior preocupação com alguns dos itens do ambiente de espera como o ambiente temático para crianças, a oferta de café e revistas. Uma clínica utiliza-se não apenas dos esforços para divisão de despesas entre um grupo de profissionais mas também em transmitir uma aparência diferenciada e padronizada o que destacaria a preocupação com esses itens. No entanto, verificou-se que não houve outras diferenças entre os grupos conforme a forma de atuação, igualando os médicos em seu parco conhecimento e utilização de instrumentos de marketing

Tabela 80: Teste Kruskal-Wallis significativo no cruzamento da forma de atuação e demais variáveis

Variável	Postos	N	Média do Ranking	χ^2	P	Significância
v.7a Aparência do ambiente físico	Individual	23	78,28	7,765	0,021	S
	Sócios	53	60,35			
	Clínica	47	62,98			
10b Informar ao cliente a causa dos atrasos	Individual	23	77,83	5,595	0,061	S
	Sócios	55	60,60			
	Clínica	48	59,96			
Ambiente Temático	Individual	23	54,26	5,901	0,052	S
	Sócios	55	63,05			
	Clínica	49	69,64			
Café	Individual	23	60,87	6,994	0,030	S
	Sócios	55	57,05			
	Clínica	49	73,27			
Revistas assuntos gerais	Individual	23	68,00	11,089	0,004	S
	Sócios	55	58,76			
	Clínica	49	68,00			
Revistas médicas	Individual	23	53,61	10,699	0,005	S
	Sócios	55	58,33			
	Clínica	49	75,24			
v.20 É importante efetuar pesquisa de satisfação do cliente	Individual	23	59,33	7,964	0,019	S
	Sócios	54	56,01			
	Clínica	49	73,71			

Significante para $p < 7\%$

Fonte: Pesquisa do autor (2003)

5.11 Resultados conforme os objetivos específicos

A identificação do conhecimento formal de marketing pelos médicos foi verificada através da variável 39: você fez algum estudo formal de marketing?, cuja frequência de respostas (84,4% da amostra não participou de cursos ou palestras de marketing) demonstra que não há conhecimento formal.

A identificação do conhecimento informal de marketing se dá pelo entendimento e prática desses conceitos e com a resposta positiva às variáveis 5 e 6, indicando a importância dos funcionários no atendimento e de atender as expectativas dos clientes; das variáveis 10a a 10c, do controle dos atrasos, da percepção da importância do controle dos atrasos; das variáveis dos roteiros; das variáveis 20 e 22 e a utilização de pesquisas.

A identificação da utilização dos conhecimentos se dá através da resposta positiva às variáveis do Servqual; da variável 10: meu cliente sempre é informado dos atrasos; das variáveis do ambiente de espera; do grupo de variáveis do marketing mix e das variáveis de controle das pesquisas.

A variável 36: atuação identifica a forma de constituição das empresas.

O perfil dos médicos é identificado pelas variáveis do grupo perfil.

A diferença de conhecimento e uso de instrumentos de marketing pelos médicos conforme a forma de atuação foi avaliada com o cruzamento da variável atuação e as demais variáveis.

A diferença de conhecimento e uso de instrumentos de marketing pelos médicos conforme o perfil foi avaliado com o cruzamento das variáveis de perfil e as demais variáveis.

Os médicos reconhecem a importância de ferramentas de marketing para a conquista de clientes, conforme análise dos grupos de variáveis no entanto não conhecem opções ou não fazem ações nesse sentido.

Os médicos têm percepção quanto à necessidade de retenção dos clientes conforme análise das variáveis do Servqual, controle de atrasos, ambiente de espera, CRM e pesquisa.

5.12 Sugestão para novas pesquisas

A percepção da importância da equipe de funcionários pelos médicos deveria ser melhor entendida para subsidiar a busca da qualidade na prestação dos serviços, além da implantação de práticas de monitoramento da satisfação do cliente interno. Para Gremler, Bitner e Evans (1994), as organizações de serviço de sucesso compreendem a importância de acompanhar e gerenciar a satisfação do cliente interno pois assim como o cliente externo, sua satisfação é influenciada pelas experiências dos encontros de serviços com seus fornecedores internos.

O conhecimento das percepções do cliente deve ser estudado para confrontar com o gerenciamento que os médicos fazem da sua percepção das expectativas dos clientes. A distância entre a percepção do médico e o serviço esperado pelo cliente é a lacuna do conhecimento (ou do cliente) do modelo de Parasuraman, Zeithaml e Berry. Ações para

diminuir essa lacuna podem e devem ser tomadas pelos profissionais que pretendam satisfazer o cliente e fazer marketing.

A formação de um bom profissional começa na faculdade de medicina. Conhecer as expectativas dos clientes é o primeiro passo. Recomenda-se uma pesquisa com estudantes de medicina utilizando o modelo Servqual para identificar esse conhecimento. A pesquisa deve ser comparada com a perspectiva do cliente e subsidiar o aprendizado sobre qualidade de atendimento.

Um estudo de O'Connor, Trinh e Shewchuk (2000) analisou o conhecimento de médicos, administradores, empregados de instituições de saúde bem como de estudantes de medicina e enfermagem quanto as expectativas do consumidor com as cinco dimensões da escala Servqual. Os empregados, médicos e administradores demonstraram subestimar as expectativas do paciente quanto às dimensões confiabilidade, receptividade, segurança e empatia e superestimam as expectativas dos clientes para a dimensão tangibilidade. Já os estudantes de medicina e enfermagem tendem a subestimar as expectativas dos pacientes para todas as dimensões desde a entrada na faculdade e durante todo o curso, demonstrando um preocupante desconhecimento das expectativas dos pacientes. Entre as limitações desse estudo está a impossibilidade de generalizar as conclusões para outras instituições de ensino, no entanto, pode-se verificar a importância de estudos semelhantes em nossas instituições de ensino para entender nossos estudantes e, caso demonstre resultados semelhantes, propor melhorias nos cursos.

O papel dos recursos humanos está cada vez mais importante à medida que os serviços são semelhantes em outros aspectos. Recomenda-se pesquisas com o objetivo de entender esse papel, o grau de satisfação com o trabalho e o relacionamento entre a satisfação e a conquista e retenção de clientes bem como a rentabilidade da organização.

Efetuar pesquisas semelhantes à presente com outros profissionais liberais como advogados, arquitetos ou dentistas, por exemplo, permitirá uma comparação e entendimento dos conhecimentos de marketing por profissionais liberais fundamentando a criação de cursos ou disciplinas sobre o tema.

5.13 Sugestão de instrumentos de marketing

Voltar-se para o mercado e não para o produto não significa utilizar-se de alguns instrumentos de marketing mas sim ter uma efetiva ação, em todos os momentos, voltada para o cliente. Pesquisar a expectativa dos clientes frente a um mercado de maior concorrência, entender suas ansiedades, antecipar-se e solucioná-las e principalmente, entender o papel de sua equipe na prestação do serviço possibilitarão a aplicação do marketing de serviços pelos médicos atuantes na cidade de Londrina.

No entanto, podemos recomendar como medida imediata e de resultados rápidos o treinamento dos funcionários para o atendimento dos clientes visando sua satisfação; a busca do entendimento, por parte dos médicos, da importância de sua equipe de trabalho na busca da satisfação dos clientes, sejam eles internos ou externos; a implementação de melhorias físicas nos consultórios visando não só o maior conforto dos pacientes como principalmente facilitar a sua chegada e permanência e a busca da pontualidade e presteza no atendimento dos clientes e da comunicação de eventuais atrasos.

A busca da qualidade em todo o processo da prestação de serviços poderá gerar a lealdade do cliente.

REFERÊNCIAS

AAKER, David A., KUMAR, V. e DAY, George S. **Pesquisa de Marketing**. São Paulo: Atlas, 2001.

ALBRECHT, Karl. **A Única Coisa que Importa: trazendo o poder do cliente para dentro da sua empresa**. 6ª ed. São Paulo: Pioneira, 1999.

ALBRECHT, Karl. **Achieving Excellence in Service**. Training and Development Journal. December, 1985.

BATESON, John E.G. e HOFFMAN, K. Douglas. **Marketing de Serviços**. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

BERNARDES, Cyro e MARCONDES, Reynaldo C. **Teoria Geral da Administração: gerenciando organizações** 3ª ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

BERRY, Leonard L., LEFKOWITH Edwin F. e CLARK, Terry. **In Services, What's in a Name?** Harvard Business Review. September - October 1988, p. 28 – 30.

BERRY, Leonard L. e PARASURAMAN, A. **Building a New Academic Field – The Case of Services Marketing**. Journal of Retailing, vol. 69, nº 1, Spring 1993, p. 13 – 60.

BERRY, Leonard L., ZEITHAML, Valerie e PARASURAMAN, A. **Quality Counts in Services, Too**. Business Horizons, May-Jun, 1985, p. 44 – 47.

BITNER, Mary J., BOOMS, Bernard H. e TETREAULT, Mary S. **The Service Encounter: diagnosing favorable and unfavorable incidents**. Journal of Marketing, vol. 54, January 1990, p.71-84.

BITNER, Mary J., BOOMS, Bernard H. e MOHR, Lois A. **Critical Service Encounters: the employee's viewpoint**. Journal of Marketing, v. 58, p. 95 - 106, 1994.

BITNER, Mary J., FARANDA, William T., HUBBERT, Amy R. e ZEITHAML, Valerie A. **Customer contributions and roles in service delivery**. International Journal of Service Industry Management. vol. 8, nº 3, 1997, p.193-205.

BLOOM, Paul N. **Effective Marketing for Professional Services**. Harvard Business Review. September - October 1984, p. 102 – 110

BOWEN, John T. e CHEN, Shiang-Lih. **The Relationship between Customer Loyalty and Customer Satisfaction.** International Journal of Contemporary Hospitality Management, v. 13, nº 5, p. 213 - 217, 2001.

BROWN, Stephen W., FISK, Raymond P. e BITNER, Mary J. **The Development and Emergence of Services Marketing Thought.** International Journal of Service Industry Management, vol. 5, nº1, 1994, p.21-48

CARLZON, Jan. **A Hora da Verdade. 10ª ed.** Rio de Janeiro: Cop, 1994.

COOPER, Donald R. e SCHINDLER, Pamela S. **Métodos de Pesquisa em Administração 7ª ed.** Porto Alegre: Bookman, 2003.

COSTA, Antonio R. e CRESCITELLI, Edson. **Marketing Promocional para Mercados Competitivos: planejamento – implementação - controle.** São Paulo: Atlas, 2003.

COUGHLAN, Anne T., ANDERSON, Erin, STERN, Louis W. e EL-ANSARY, Adeli I. **Canais de Marketing e Distribuição 6ª ed.** Porto Alegre: Bookman, 2002.

CZEPIEL, John A., SOLOMAN, Michael R. e SURPRENANT, Carol F. **The Service Encounter.** Lexington: Lexington Books, 1984.

DAY, George S. **A Empresa Orientada para o Mercado: compreender, atrair e manter clientes valiosos.** (traduzido do original de 1999). Porto Alegre: Bookman, 2001.

DUTRA, Ivan. **Identificação das Necessidades e Utilização dos Instrumentos de Marketing na Micro e Pequena Empresa Industrial de Londrina - Paraná.** São Paulo, 1982. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

ENDRESEN, Karen W. e WINTZ, Jeanne C. **Marketing Health Service,** Winter, 2002. vol. 22 (4) p.19-24.

FITZSIMMONS, James A. e FITZSIMMONS, Mona J. **Administração de Serviços: operações, estratégia e tecnologia de informação 2ª ed.** Porto Alegre: Bookman, 2000.

FITZSIMMONS, James A., NOH, Jeonpyo e THIES, Emil. **Purchasing Business Services.** Journal of Business & Industrial Marketing, v.13. n.4/5, 1998, p. 370-380.

FORD, Robert C., FOTTLER, Myron D. **Creating Customer Focused Health Care Organizations**. Health Care Management Review, Fall 2000, 25(4), p. 18-33

GEOGRAPHICAL Mapping and Analysis in Health Care. **SPSS White Paper**. www.spss.com Acessado em 5/12/2003.

GRAHAM, John R. **Pulling New Clients to the Professional Services Firm**. Direct Marketing. Aug 2000, vol. 63(4), p. 58-60.

GREMLER, Dwayne D., BITNER, Mary J., EVANS, Kenneth R. **The Internal Service Encounter**. International Journal of Service Industry Management, v. 5, nº 2, p. 34 - 56, 1994.

GRÖNROOS, Christian. **Marketing Gerenciamento e Serviços**. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

GUMMESSON, E.. **The Marketing of Professional Services – An Organisational Dilemma**. European Journal of Marketing. Vol 13 (5): p. 308 – 318. 1979.

HOFFMAN, K. Douglas e BATESON, John E.G. **Princípios de Marketing de Serviços: conceitos, estratégias e casos**. 2ª ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

HOOLEY, Graham J., SAUNDERS, John A. e PIERCY, Migel F. **Estratégia de Marketing e Posicionamento Competitivo** 2ªed. São Paulo: Prentice Hall, 2001.

JOHNSTON, Robert e CLARK, Graham. **Administração de Operações de Serviços**. São Paulo: Atlas, 2002.

KOTABE, Masaaki e HELSEN, Kristiaan. **Administração de Marketing Global**. São Paulo: Atlas, 2000.

KOTLER, Phillip. **Administração de Marketing: A Edição do Novo Milênio**. São Paulo: Prentice Hall, 2000.

KOTLER, Phillip. **Marketing para o século XXI: como criar, conquistar e dominar mercados**. São Paulo: Futura, 2000.

KOTLER, Phillip e ARMSTRONG, Gary. **Princípios de Marketing 7ª ed.** Rio de Janeiro: LTC, 1999.

KOTLER, Phillip., HAYES, Thomas e BLOOM, Paul N. **Marketing de Serviços Profissionais: estratégias inovadoras para impulsionar sua atividade, sua imagem e seus lucros. 2ª ed.** São Paulo: Manole, 2002.

LIMEIRA, Tânia V. Fundamentos de Marketing. In: DIAS, Sérgio R. (coord.). **Gestão de Marketing** São Paulo: Saraiva, 2003.

LODISH, Leonard, MORGAN, Howard L. e KALLIANPUR, Amy. **Empreendedorismo e Marketing: lições do curso de MBA da Wharton School.** Rio de Janeiro: Campus, 2002.

LOVELOCK, Christopher H. **Classifying Services to Gain Strategic Marketing Insights.** Journal of Marketing. V. 47, Summer, p. 9 - 20, 1983.

LOVELOCK, Christopher H. **Services Marketing. 3ª ed.** New Jersey: Prentice Hall, 1996.

LOVELOCK, Christopher H. e WRIGHT, Lauren. **Serviços: marketing e gestão.** São Paulo: Saraiva, 2002.

MACSTRAVIC, Scott. **Marketing Health Service**, Spring, 2003. vol. 23 (1) p.24-29

MAKING sense of Healthcare Messages. **Marketing Health Service**, Winter, 2002. p.5

MATTAR, Fauze N. **Pesquisa de Marketing: metodologia e planejamento. V.1 5ª ed.** São Paulo: Atlas, 1992.

MCDANIEL, Carl D. e GATES, Rogers. **Pesquisa de Marketing.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

MCKENNA, Regis. **Marketing is Everything.** Harvard Business Review. January - February 1991 p. 65 - 79.

MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada. 3ª ed.** Porto Alegre: Bookman, 1999.

MURROW, Carol A. e MURROW, Jim. **What Makes a Good Nurse?**. Marketing Health Service. Winter 2002, p. 15 - 18.

O'CONNOR, Stephen J., TRINH, Hanh Q. e SHEWCHUK, Richard M. **Perceptual Gaps in Understanding Patient Expectations for Health Care Service Quality**. Health Care Management Review, v. 25, nº2, p. 7 - 23, Spring, 2000.

PARASURAMAN, A. **Service Quality and Productivity: a synergistic perspective**. Marketing Service Quality. V. 12, n. 1, 2002 p. 6-9.

PARASURAMAN, A., ZEITHAML, Valerie e BERRY, Leonard. **A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research**. Journal of Marketing. Vol. 49 (Fall,1985), p. 41 - 50.

PARASURAMAN, A., ZEITHAML, Valerie e BERRY, Leonard. **SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality**. Journal of Retailing. Vol. 64, n.1 (Spring,1988), p. 12 - 40.

PEIXOTO, Fábio. **Hospital S.A. EXAME**, ed. , nº , p. 62 – 64, jan 2002.

PELTIER, James W., SCHIBROWSKY, John A. e COCHRAN, Christopher, R. **Patient Loyalty that Lasts Lifetime**. Marketing Health Service, Summer, 2002. p.29-33.

PEPPERS and ROGERS Group. **CRM Ganha Força no País**. HSM Management, ed. 38, maio – junho, 2003.

PORTER, Michael, E. **Estratégia Competitiva: técnicas para análise de indústrias e da concorrência**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

PROCTOR, S.R. e WRIGHT, G.H. **Can Services marketing concepts be applies to health care?**. Journal of Nursing Management, 1998, 6, 147-153.

REA, Louis M., PARKER, Richard A. **Metodologia de Pesquisa: do planejamento à execução**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

REGO, Armênio. **Justiça das Organizações – Na Senda de uma Nova Vaga?** In: RODRIGUES, Suzana B. e CUNHA, Miguel P. (Organiz.). **Estudos Organizacionais: Novas Perspectivas na Administração de Empresas: uma coletânea luso-brasileira**. São Paulo: Iglu, 2000.

REICHHELD, Frederick e SASSER, W. Earl Jr. **Zero Defections: Quality Comes to Services**. Harvard Business Review, Sep - Oct, 1990.

RICHES, Raimar. **Marketing : Uma Visão Brasileira**. São Paulo: Negócio Editora, 2000.

ROGERS, Martha. **3 Tipos de Clientes, 3 Perfis de Empresas, 3 Famílias de Tecnologias e o CRM**. HSM Management, ed. 36, jan - fev, 2003.

SHELL, Robbie W. (editor) **The Business of Health Care**. Wharton Alumni Magazine Winter 1996 p. 6-11. Disponível em: www.wharton.upenn.edu/alum_mag acessada em 7/11/2002.

SHAPIRO, Benson P. e SVIOKLA, John J. **Mantendo Clientes**. São Paulo: Makron Books, 1994.

SOLOMON, Michael R., SURPRENANT, Carol, CZEPIEL, John A. e GUTMAN, Evelyn G.. **A Role Theory Perspective on Dyadic Interactions: the service encounter**. Journal of Marketing. v.49, nº 1, p. 99-111, Winter 1985.

SWIFT, Ronald. **CRM, Customer Relationship Management: o revolucionário marketing de relacionamentos com os clientes**. Rio de Janeiro: Campos, 2001.

TAYLOR, Shirley F. **The Effects of Filled Waiting Time and Service Provider Control Over the Delay on Evaluations of Services**. Journal of the Academy of Marketing Science. v.23, nº 1, p. 38-48, 1995.

TAYLOR, Shirley F. **Waiting for Service: the relationship between delays and evaluations of service**. Journal of Marketing v.58, April 1994, p. 58-69.

TÉBOUL, James. **A Era dos Serviços: uma nova abordagem ao gerenciamento**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1999.

VIEIRA, Francisco G. D. **Narciso Sem Espelho: a publicação brasileira de marketing**. Revista de Administração de Empresas, v. 43, n. 1, p. 81-90, 2003.

VOLZ, David. **How Physician Networks are Selling Themselves**. Marketing Health Service, Spring, 1999. p.30-33.

ZANON, Uriel. **Qualidade da Assistência Médico-Hospitalar: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001.

ZEITHAML, Valerie; BITNER, Mary Jo. **Marketing de Serviços: a empresa com foco no cliente 2ª ed.** Porto Alegre: Bookman, 2003.

ZEITHAML, Valerie; PARASURAMAN, A. e BERRY, Leonard L. **Problems and Strategies in Services Marketing**. Journal of Marketing, v. 49, spring, p. 33 - 46, 1985.

ZEITHAML, Valerie., BERRY, Leonard L. e PARASURAMAN, A. **Communication and Control Processes in the Delivery of Service Quality**. Journal of Marketing, v. 52, apr. 1988, p. 35 - 48.

Código de Ética. Conselho Federal de Medicina. Disponível em www.cfm.org.br acessado em 22/01/2003.

Metodologia das Contas Regionais do Brasil. Disponível em: www.ipardes.gov.br/pesquisa-pib.html. acessado em 10/11/2002.

Produto Interno Bruto do Paraná. Disponível em: www.ipardes.gov.br/pesquisa-pib.html. acessado em 10/11/2002.

World Import of Commercial Services by Selected Region and economy, 1980 - 2000. Disponível em www.wto.org/english/res-e/service-e.xls, acessado em 17/01/03.

World Export of Commercial Services by Selected Region and economy, 1980 - 2000 (www.wto.org/english/res-e/service-e.xls, acessado em 17/01/03)

ANEXOS

ANEXO A

Código de Ética Médica
Resolução CFM nº 1.246/88, DE 08.01.88 (D.O.U 26.01.88)

CÓDIGO DE ÉTICA

Índice

Preâmbulo.

Capítulo I: ***Princípios Fundamentais.***

Capítulo II: ***Direitos do Médico.***

Capítulo III: ***Responsabilidade Profissional.***

Capítulo IV: ***Direitos Humanos.***

Capítulo V: ***Relação com Pacientes e seus Familiares.***

Capítulo VI: ***Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos.***

Capítulo VII: ***Relação entre Médicos.***

Capítulo VIII: ***Remuneração Profissional.***

Capítulo IX: ***Segredo Médico.***

Capítulo X: ***Atestado e Boletim Médico.***

Capítulo XI: ***Perícia Médica.***

Capítulo XII: ***Pesquisa Médica***

Capítulo XIII: ***Publicidade e Trabalhos Científicos.***

Capítulo XIV: ***Disposições Gerais..***

Preâmbulo

I - O presente Código contém as normas éticas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício da profissão, independentemente da função ou cargo que ocupem.

II - As organizações de prestação de serviços médicos estão sujeitas às normas deste Código.

III - Para o exercício da Medicina impõe-se a inscrição no Conselho Regional do respectivo Estado, Território ou Distrito Federal.

IV - A fim de garantir o acatamento e cabal execução deste Código, cabe ao médico comunicar ao Conselho Regional de Medicina, com discrição e fundamento, fatos de que tenha conhecimento e que caracterizem possível infringência do presente Código e das Normas que regulam o exercício da Medicina.

V - A fiscalização do cumprimento das normas estabelecidas neste Código é atribuição dos Conselhos de Medicina, das Comissões de Ética, das autoridades da área de Saúde e dos médicos em geral.

VI - Os infratores do presente Código sujeitar-se-ão às penas disciplinares previstas em lei.

Capítulo I - Princípios Fundamentais

Art. 1º - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 2º - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o profissional, melhor de sua capacidade

Art. 3º - A fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico deve ser boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

Art. 4º - Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo pretígio e bom conceito da profissão.

Art. 5º - O médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

Art. 6º - O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano, ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

Art. 7º - O médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente.

Art. 8º - O médico não pode, em qualquer circunstância, ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho.

Art. 9º - A Medicina não pode, em qualquer circunstância, ou de qualquer forma, ser exercida como comércio.

Art. 10º - O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.

Art. 11º - O médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O Mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto nos casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador ou da comunidade.

Art. 12º - O médico deve buscar a melhor adequação do trabalho ao ser humano e a eliminação ou controle dos riscos inerentes ao trabalho.

Art. 13º - O médico deve denunciar às autoridades competentes quaisquer formas de poluição ou deterioração do meio ambiente, prejudiciais à saúde e à vida.

Art. 14º - O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

Art. 15º - Deve o médico ser solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração condigna, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico.

Art. 16º - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital, ou instituição pública, ou privada poderá limitar a escolha, por parte do médico, dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.

Art. 17º - O médico investido em função de direção tem o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

Art. 18º - As relações do médico com os demais profissionais em exercício na área de saúde devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e independência profissional de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

Art. 19º - O médico deve ter, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à Comissão de Ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.

Capítulo II - Direitos do Médico

É direito do médico:

Art. 20 - Exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, raça, sexo, nacionalidade, cor opção sexual, idade, condição social, opinião política, ou de qualquer outra natureza.

Art. 21 - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País.

Art. 22 - Apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que trabalhe, quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à Comissão de Ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

Art. 23 - Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar o paciente.

Art. 24 - Suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições mínimas para o exercício profissional ou não o remunerar condignamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 25 - Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição.

Art. 26 - Requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão.

Art. 27 - Dedicar ao paciente, quando trabalhar com relação de emprego, o tempo que sua experiência e capacidade profissional recomendarem para o desempenho de sua atividade, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas prejudique o paciente.

Art. 28 - Recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

Capítulo III - Responsabilidade Profissional

Art. 29 - Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.

Art. 30 - Delegar à outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 31 - Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art. 32 - Isentar-se de responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que este tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente ou seu responsável legal.

Art. 33 - Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou efetivamente.

Art. 34 - Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.

Art. 35 - Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Art. 36 - Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes em estado grave.

Art. 37 - Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior.

Art. 38 - Acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a Medicina, ou com profissionais ou instituições médicas que pratiquem atos ilícitos.

Art. 39 - Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 40 - Deixar de esclarecer o trabalhador sobre condições de trabalho que ponham em risco sua saúde, devendo comunicar o fato aos responsáveis, às autoridades e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 41 - Deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.

Art. 42 - Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País.

Art. 43 - Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento.

Art. 44 - Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

Art. 45 - Deixar de cumprir, sem justificativa, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações, no prazo determinado.

Capítulo IV - Direitos Humanos

É vedado ao médico:

Art. 46 - Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo iminente perigo de vida.

Art. 47 - Discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 48 - Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar.

Art. 49 - Participar da prática de tortura ou de outras formas de procedimento degradantes, desumanas ou cruéis, ser conivente com tais práticas ou não as denunciar quando delas tiver conhecimento.

Art. 50 - Fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que facilitem a prática de tortura ou outras formas de procedimentos degradantes, desumanas ou cruéis, em relação à pessoa.

Art. 51 - Alimentar compulsoriamente qualquer pessoa em greve de fome que for considerada capaz, física e mentalmente, de fazer juízo perfeito das possíveis consequências de sua atitude. Em tais casos, deve o médico fazê-la ciente das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de perigo de vida iminente, tratá-la.

Art. 52 - Usar qualquer processo que possa alterar a personalidade ou a consciência da pessoa, com a finalidade de diminuir sua resistência física ou mental em investigação policial ou de qualquer outra natureza.

Art. 53 - Desrespeitar o interesse e a integridade de paciente, ao exercer a profissão em qualquer instituição na qual o mesmo esteja recolhido independentemente da própria vontade.

Parágrafo Único: Ocorrendo quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou psíquica dos pacientes a ele confiados, o médico está obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 54 - Fornecer meio, instrumento, substância, conhecimentos ou participar, de qualquer maneira, na execução de pena de morte.

Art. 55 - Usar da profissão para corromper os costumes, cometer ou favorecer crime.

Capítulo V - Relação com Pacientes e Familiares

É vedado ao médico:

Art. 56 - Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.

Art. 57 - Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente.

Art. 58 - Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.

Art. 59 - Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

Art. 60 - Exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, ou complicar a terapêutica, ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Art. 61 - Abandonar paciente sob seus cuidados.

§ 1º - Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

§ 2º - Salvo por justa causa, comunicada ao paciente ou ao a seus familiares, o médico não pode abandonar o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável, mas deve continuar a assisti-lo ainda que apenas para mitigar o sofrimento físico ou psíquico.

Art. 62 - Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente cessado o impedimento.

Art. 63 - Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.

Art. 64 - Opor-se à realização de conferência médica solicitada pelo paciente ou seu responsável legal.

Art. 65 - Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico/paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou política.

Art. 66 - Utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal.

Art. 67 - Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre o método contraceptivo ou conceptivo, devendo o médico sempre esclarecer sobre a indicação, a segurança, a reversibilidade e o risco de cada método.

Art. 68 - Praticar fecundação artificial sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o procedimento.

Art. 69 - Deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente.

Art. 70 - Negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros.

Art. 71 - Deixar de fornecer laudo médico ao paciente, quando do encaminhamento ou transferência para fins de continuidade do tratamento, ou na alta, se solicitado.

Capítulo VI - Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos

É vedado ao médico:

Art. 72 - Participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspensão dos meios artificiais de prolongamento da vida de possível doador, quando pertencente à equipe de transplante.

Art. 73 - Deixar, em caso de transplante, de explicar ao doador ou seu responsável legal, e ao receptor, ou seu responsável legal, em termos compreensíveis, os riscos de exames, cirurgias ou outros procedimentos.

Art. 74 - Retirar órgão de doador vivo, quando interdito ou incapaz, mesmo com autorização de seu responsável legal.

Art. 75 - Participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou tecidos humanos.

Capítulo VII - Relações Entre Médicos

É vedado ao médico:

Art. 76 - Servir-se de sua posição hierárquica para impedir, por motivo econômico, político, ideológico ou qualquer outro, que médico utilize as instalações e demais recursos da instituição sob sua direção, particularmente quando se trate da única existente no local.

Art. 77 - Assumir emprego, cargo ou função, sucedendo a médico demitido ou afastado em represália a atitude de defesa de movimentos legítimos da categoria ou da aplicação deste Código.

Art. 78 - Posicionar-se contrariamente a movimentos legítimos da categoria médica, com a finalidade de obter vantagens.

Art. 79 - Acobertar erro ou conduta antiética de médico.

Art. 80 - Praticar concorrência desleal com outro médico.

Art. 81 - Alterar prescrição ou tratamento de paciente, determinado por outro médico, mesmo quando investido em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.

Art. 82 - Deixar de encaminhar de volta ao médico assistente o paciente que lhe foi enviado para procedimento especializado, devendo, na ocasião, fornecer-lhe as devidas informações sobre o ocorrido no período em que se responsabilizou pelo paciente.

Art. 83 - Deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico do paciente, desde que autorizado por este ou seu responsável legal.

Art. 84 - Deixar de informar ao substituto o quadro clínico dos pacientes sob sua responsabilidade, ao ser substituído no final do turno de trabalho.

Art. 85 - Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos.

Capítulo VIII - Remuneração Profissional

É vedado ao médico:

Art. 86 - Receber remuneração pela prestação de serviços profissionais a preços vis ou extorsivos, inclusive de convênios.

Art. 87 - Remunerar ou receber comissão ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, ou por serviços não efetivamente prestados.

Art. 88 - Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico, para efeito de cobrança de honorários.

Art. 89 - Deixar de se conduzir com moderação na fixação de seus honorários, devendo considerar as limitações econômicas do paciente, as circunstâncias do atendimento e a prática local.

Art. 90 - Deixar de ajustar previamente com o paciente o custo provável dos procedimentos propostos, quando solicitado.

Art. 91 - Firmar qualquer contrato de assistência médica que subordine os honorários ao resultado do tratamento ou à cura do paciente.

Art. 92 - Explorar o trabalho médico como proprietário, sócio ou dirigente de empresas ou instituições prestadoras de serviços médicos, bem como auferir lucro sobre o trabalho de outro médico, isoladamente ou em equipe.

Art. 93 - Agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, para clínica particular ou instituições de qualquer natureza, paciente que tenha atendido em virtude de sua função em instituições públicas.

Art. 94 - Utilizar-se de instituições públicas para execução de procedimentos médicos em pacientes de sua clínica privada, como forma de obter vantagens pessoais.

Art. 95 - Cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos; ou receber remuneração de paciente como complemento de salário ou de honorários.

Art. 96 - Reduzir, quando em função de direção ou chefia, a remuneração devida ao médico, utilizando-se de descontos a título de taxa de administração ou quaisquer outros artifícios.

Art. 97 - Reter, a qualquer pretexto, remuneração de médicos e outros profissionais.

Art. 98 - Exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, laboratório farmacêutico, ótica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação ou comercialização de produto de prescrição médica de qualquer natureza, exceto quando se tratar de exercício da Medicina do Trabalho.

Art. 99 - Exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia, bem como obter vantagem pela comercialização de medicamentos, órteses ou próteses, cuja compra decorra da influência direta em virtude da sua atividade profissional.

Art. 100 - Deixar de apresentar, separadamente, seus honorários quando no atendimento ao paciente participarem outros profissionais.

Art. 101 - Oferecer seus serviços profissionais como prêmio em concurso de qualquer natureza.

Capítulo IX - Segredo Médico

É vedado ao médico:

Art. 102 - Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

Parágrafo único: Permanece essa proibição: a) Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido. b) Quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento.

Art. 103 - Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.

Art. 104 - Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exhibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos em programas de rádio, televisão ou cinema, e em artigos, entrevistas ou reportagens em jornais, revistas ou outras publicações leigas.

Art. 105 - Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art. 106 - Prestar a empresas seguradoras qualquer informação sobre as circunstâncias da morte de paciente seu, além daquelas contidas no próprio atestado de óbito, salvo por expressa autorização do responsável legal ou sucessor.

Art. 107 - Deixar de orientar seus auxiliares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados por lei.

Art. 108 - Facilitar manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso.

Art. 109 - Deixar de guardar o segredo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial.

Capítulo X - Atestado e Boletim Médico

É vedado ao médico:

Art. 110 - Fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda à verdade.

Art. 111 - Utilizar-se do ato de atestar como forma de angariar clientela.

Art. 112 - Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.

Parágrafo único: O atestado médico é parte integrante do ato ou tratamento médico, sendo o seu fornecimento direito inquestionável do paciente, não importando em qualquer majoração de honorários.

Art. 113 - Utilizar-se de formulários de instituições públicas para atestar fatos verificados em clínica privada.

Art. 114 - Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 115 - Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

Art. 116 - Expedir boletim médico falso ou tendencioso.

Art. 117 - Elaborar ou divulgar boletim médico que revele o diagnóstico, prognóstico ou terapêutica, sem a expressa autorização do paciente ou de seu responsável legal.

Capítulo XI - Perícia Médica

É vedado ao médico:

Art. 118 - Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites das suas atribuições e competência.

Art. 119 - Assinar laudos periciais ou de verificação médico-legal, quando não o tenha realizado, ou participado pessoalmente do exame.

Art. 120 - Ser perito de paciente seu, de pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho.

Art. 121 - Intervir, quando em função de auditor ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

Capítulo XII - Pesquisa Médica

É vedado ao médico:

Art. 122 - Participar de qualquer tipo de experiência no ser humano com fins bélicos, políticos, raciais ou eugênicos.

Art. 123 - Realizar pesquisa em ser humano, sem que este tenha dado consentimento por escrito, após devidamente esclarecido sobre a natureza e conseqüências da pesquisa.

Parágrafo único: Caso o paciente não tenha condições de dar seu livre consentimento, a pesquisa somente poderá ser realizada, em seu próprio benefício, após expressa autorização de seu responsável legal.

Art. 124 - Usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica, ainda não liberada para uso no País, sem a devida autorização dos órgão competentes e sem consentimento do paciente ou de seu responsável legal, devidamente informados da situação e das possíveis conseqüências.

Art. 125 - Promover pesquisa médica na comunidade sem o conhecimento dessa coletividade e sem que o objetivo seja a proteção da saúde pública, respeitadas as características locais.

Art. 126 - Obter vantagens pessoais, ter qualquer interesse comercial ou renunciar à sua independência profissional em relação a financiadores de pesquisa médica da qual participe.

Art. 127 - Realizar pesquisa médica em ser humano sem submeter o protocolo à aprovação e ao comportamento de comissão isenta de qualquer dependência em relação ao pesquisador.

Art. 128 - Realizar pesquisa médica em voluntários, sadios ou não, que tenham direta ou indiretamente dependência ou subordinação relativamente ao pesquisador.

Art. 129 - Executar ou participar de pesquisa médica em que haja necessidade de suspender ou deixar de usar terapêutica consagrada e, com isso, prejudicar o paciente.

Art. 130 - Realizar experiências com novos tratamentos clínicos ou cirúrgicos em paciente com afecção incurável ou terminal sem que haja esperança razoável de utilidade para o mesmo, não lhe impondo sofrimentos adicionais.

Capítulo XIII - Publicidade e Trabalhos Científicos

É vedado ao médico:

Art. 131 - Permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer veículo de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da coletividade.

Art. 132 - Divulgar informação sobre o assunto médico de forma sensacionalista, promocional, ou de conteúdo inverídico.

Art. 133 - Divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido por órgão competente.

Art. 134 - Dar consulta, diagnóstico ou prescrição por intermédio de qualquer veículo de comunicação de massa.

Art. 135 - Anunciar títulos científicos que não possa comprovar ou especialidade para a qual não esteja qualificado.

Art. 136 - Participar de anúncios de empresas comerciais de qualquer natureza, valendo-se de sua profissão.

Art. 137 - Publicar em seu nome trabalho científico do qual não tenha participado: atribuir-se autoria exclusiva de trabalho realizado por seus subordinados ou outros profissionais, mesmo quando executados sob sua orientação.

Art. 138 - Utilizar-se, sem referência ao autor ou sem a sua autorização expressa, de dados, informações ou opiniões ainda não publicados.

Art. 139 - Apresentar como originais quaisquer idéias, descobertas ou ilustrações que na realidade não o sejam.

Art. 140 - Falsear dados estatísticos ou deturpar sua interpretação científica.

Capítulo XIV - Disposições Gerais

Art. 141 - O médico portador de doença incapacitante para o exercício da Medicina, apurada pelo Conselho Regional de Medicina em procedimento administrativo com perícia médica, terá seu registro suspenso enquanto perdurar sua incapacidade.

Art. 142 - O médico está obrigado a acatar e respeitar os Acórdãos e Resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina.

Art. 143 - O Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais de Medicina e a categoria médica, promoverá a revisão e a atualização do presente Código, quando necessárias.

Art. 144 - As omissões deste Código serão sanadas pelo Conselho Federal de Medicina.

Art. 145 - O presente Código entra em vigor na data de sua publicação e revoga o Código de Ética ("DOU", de 11/01/65), o Código Brasileiro de Deontologia Médica (Resolução CFM nº 1.154 de 13/04/84) e demais disposições em contrário.

ANEXO B

Questionário

Escalas:**Muito Importante 4 3 2 1 Pouco Importante****Concordo 4 3 2 1 Discordo****Controle**

1 Nome: _____

2 CRM: _____

3 Telefone verificação: _____

4 Endereço consultório: _____

SERVQUAL**Você concorda?****C D**

5 Todos os funcionários são responsáveis pelo atendimento.

4 3 2 1

6 É importante atender as expectativas dos clientes.

4 3 2 1

Indique o grau de importância:**M P****M P****M P**

7a Aparência do ambiente físico

4 3 2 1

8a Passar a impressão de capacidade técnica

4 3 2 1

7b Aparência dos funcionários

4 3 2 1

8b Demonstrar disposição para o atendimento

4 3 2 1

7c Aparência dos médicos

4 3 2 1

8c Demonstrar-se atento e prestativo quanto as necessidades dos clientes

4 3 2 1

7d Receituários timbrados

4 3 2 1

9a Médicos devem inspirar confiança

4 3 2 1

7e Cartões de visita

4 3 2 1

9b Funcionários devem inspirar confiança

4 3 2 1

7f Equipamentos modernos

4 3 2 1

9c Entender necessidades específicas dos clientes

4 3 2 1

7g Agenda no computador

4 3 2 1

Controle**Você concorda? C D**

10 Meu cliente sempre é informado dos atrasos

4 3 2 1

Indique o grau de importância:**M P****M P****M P**

10a Informar o cliente dos atrasos

4 3 2 1

10b Informar ao cliente a causa dos atrasos

4 3 2 1

10c Treinar os funcionários sobre como informar os atrasos.

4 3 2 1

Espera

11 Como é preenchido o tempo de espera dos clientes?

☐ TV aberta☐ TV a cabo☐ Chá☐ Música ambiente☐ Ambiente temático (p/ crianças)☐ Café☐ Cadeiras confortáveis☐ Ambiente climatizado☐ Água☐ Revistas assuntos gerais☐ Revistas médicas☐ outros: _____

11a Como vc considera seu ambiente de espera?

Bom 4 3 2 1 Ruim

11b Como vc considera o nível de preenchimento de tempo de seu cliente?

Bom 4 3 2 1 Ruim**Roteiros Indique o grau de importância:****M P****M P**

12a Entendimento dos roteiros de atendimento de recepção/pagamento pelo cliente

4 3 2 1

12b Entendimento das dificuldades do cliente com relação ao roteiro de recepção / pagamento pelos funcionários

4 3 2 1

Mix

13 Qual sistema de preço você gostaria de utilizar?

☐ Conforme qualidade oferecida☐ Mercado☐ Conforme percepção de qualidade do cliente

14 Qual tipo de divulgação deve ser feita?

☐ Boca a boca☐ Propaganda de massa☐ Atividades profissionais☐ Publicidade (coluna social)**Você concorda? C D****C D**

15a O cliente considera as informações escritas recebidas no consultório como verdadeiras

4 3 2 1

15b A leitura de material farmacêutico obtido nos consultórios pode informar erradamente o cliente

4 3 2 1

Indique o grau de importância:**M P****M P****M P**

16a Facilidade de acesso ao consultório

4 3 2 1

16c Contribuição dos funcionários para a facilidade de acesso do cliente

4 3 2 1

16b Rapidez no atendimento recepção/pagamento

4 3 2 1

16d Localização do consultório

4 3 2 1

CRM	Você concorda?	C	D
17 É importante manter o cliente		4 3 2 1	
18 Faço ações para que meu cliente seja fiel		4 3 2 1	
Indique o grau de importância:	M	P	M P M P
19a Enviar cartão de aniversário		4 3 2 1	19d Enviar informativos pelo correio (newsletter) 4 3 2 1
19b Enviar cartão de natal / outros		4 3 2 1	19e Enviar informativos por e-mail (e-letter) 4 3 2 1
19c Possuir home page		4 3 2 1	19f Conhecer os hábitos sociais dos clientes 4 3 2 1
19g Ter um banco de dados com informações dos clientes			4 3 2 1

Pesquisa	Você concorda?	C	D
20 É importante efetuar pesquisa de satisfação do cliente.		4 3 2 1	
21 Efetua pesquisa formal de satisfação ?	☐ SIM ☐ NÃO ☐ ÀS VEZES		
21a Os médicos efetuam pesquisa informal de satisfação ?	☐ SIM ☐ NÃO ☐ ÀS VEZES		
21b A equipe efetua pesquisa informal de satisfação?	☐ SIM ☐ NÃO ☐ ÀS VEZES		
Você concorda?	C	D	
22 Pesquisar a origem (indicação) dos clientes é importante.		4 3 2 1	
23 Pergunta / anota quem indicou o paciente?	☐ SIM ☐ NÃO	Se NÃO, PULE para 28	
24 Quando verifica essas respostas?			
☐ Somente quando o paciente entra para sua 1ª consulta.	☐ Sempre que o paciente entra para a consulta.		
☐ Às vezes verifica quando o paciente entra para a 1ª consulta.	☐ Nunca verifica.		
☐ Sempre na 1ª consulta e às vezes nas demais consultas.			
25 Faz estatísticas das indicações?	☐ SIM ☐ NÃO	Se NÃO, PULE para 28	
26 Com que periodicidade?	☐ 1 vez por mês. ☐ Mais de 9 vezes por ano.		
	☐ Menos de 8 vezes por ano. ☐ não sabe responder.		
27 Qual a porcentagem de indicações por origem?			
_____ % livro do convênio _____ % amigo _____ % técnico saúde			
_____ % médico _____ % paciente _____ % outro			
28 faz alguma ação para intensificar as indicações?	Sim Não Qual?		
28a livro do convênio	☐ ☐		
28b paciente	☐ ☐		
28c médico	☐ ☐		
28d técnico saúde	☐ ☐		
28e amigo	☐ ☐		
28f outro	☐ ☐		
29 Que ações gostaria de tomar para intensificar as indicações?			
Perfil			
30 Sexo: ☐ M ☐ F	31 Idade: ☐ Até 39 anos ☐ de 40 a 59 anos ☐ mais de 60 anos		
33 Tempo de formado:	☐ Até 7 anos ☐ De 8 a 20 anos ☐ Mais de 20 anos		
34 Escolaridade:	☐ Graduação ☐ Especialização ☐ Mestrado / Doutorado		
35 Especialização:			
☐ Alergologia ☐ Anestesiologia ☐ Angiologia ☐ Cardiologia			
☐ Clínica Geral ☐ Dermatologia ☐ Endocrinologia ☐ Gastroenterologia			
☐ Ginecologia ☐ Nefrologia ☐ Oftalmologia ☐ Oncologia			
☐ Ortopedia ☐ Otorrinolaringologia ☐ Pediatria ☐ Pneumologia			
☐ Proctologia ☐ Urologia ☐ Outros			
36 Atuação: ☐ individual ☐ sócios ☐ clínica especializada			
37 Divisão por tipo cliente: _____ % SUS _____ % convênio _____ % particular _____ % outros			
38 Nº horas trabalhadas no consultório / semana	☐ Até 12 hs ☐ De 12 a 30 hs ☐ Mais de 30 hs		
39 Fez algum estudo FORMAL de marketing?	☐ SIM ☐ NÃO		
40 Se SIM, que tipo?	☐ palestra ☐ curso aperfeiçoamento		
	☐ especialização ☐ mestrado / doutorado		

ANEXO C

Questionário SERVQUAL

Fonte: Adaptado de Parasuraman, A., Zeithaml, V. e Berry, L. SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Quality. Journal of Retailing 64, 1 (Spring, 1988) apud Zeithaml e Bitner (2003, p.136-137)

PERCEPÇÕES																	
Afirmações na dimensão de confiabilidade								Afirmações na dimensão da empatia									
	Discordo				Concordo					Discordo				Concordo			
	Totalmente				Totalmente					Totalmente				Totalmente			
1. Quando a empresa XYZ promete fazer algo em um determinado momento, ela realmente faz.	1	2	3	4	5	6	7	1. A empresa XYZ dá atenção individual.	1	2	3	4	5	6	7		
2. Quando você tem um problema, a empresa XYZ mostra um interesse sincero em resolvê-lo.	1	2	3	4	5	6	7	2. As instalações da empresa XYZ possuem apelo visual.	1	2	3	4	5	6	7		
3. A empresa XYZ executa o serviço corretamente já na primeira vez.	1	2	3	4	5	6	7	3. Os funcionários da empresa XYZ são bem apresentáveis e cuidam de sua aparência.	1	2	3	4	5	6	7		
4. A empresa XYZ presta seus serviços no prazo em que prometeu.	1	2	3	4	5	6	7	4.Os materiais associados com o serviço (como panfletos ou frases divulgadas na comunicação) possuem apelo visual na empresa XYZ).	1	2	3	4	5	6	7		
5. A empresa XYZ mantém seus clientes informados acerca de quando os serviços serão executados.	1	2	3	4	5	6	7										
Afirmações na dimensão de responsividade								Afirmações na dimensão dos tangíveis									
1. Os funcionários da empresa XYZ prestam serviços prontamente.	1	2	3	4	5	6	7	1. A empresa XYZ possui equipamentos com aparência moderna.	1	2	3	4	5	6	7		
2. Os funcionários da empresa XYZ estão sempre dispostos a ajudá-lo.	1	2	3	4	5	6	7	2. As instalações da empresa XYZ possuem apelo visual.	1	2	3	4	5	6	7		
3. Os funcionários da empresa XYZ nunca estão demasiadamente ocupados para atender sua solicitação.	1	2	3	4	5	6	7	3. Os funcionários da empresa XYZ são bem apresentáveis e cuidam de sua aparência.	1	2	3	4	5	6	7		
Afirmações na dimensão de responsividade								4. Os materiais associados com o serviço (como panfletos ou frases utilizadas na comunicação) possuem apelo visual na empresa XYZ.	1	2	3	4	5	6	7		
1. O comportamento dos funcionários da empresa XYZ inspiram confiança em você.	1	2	3	4	5	6	7	5. A empresa XYZ possui horário de atendimento conveniente.	1	2	3	4	5	6	7		
2. Você se sente seguro em suas transações com a empresa XYZ.	1	2	3	4	5	6	7										
3. Os funcionários da empresa XYZ são realmente gentis com você.	1	2	3	4	5	6	7										
4. Os funcionários da empresa XYZ têm o conhecimento necessário para responder às suas perguntas.	1	2	3	4	5	6	7										

EXPECTATIVAS

Confrontado as afirmações acerca das expectativas (comparando com as afirmações prévias sobre percepção)																								
	Discordo Totalmente				Concordo Totalmente																			
Quando os clientes tem um problema, empresas de excelência demonstram um interesse sincero em resolvê-lo.	1	2	3	4	5	6	7																	
Formatos das expectativas correspondentes																								
1. Considerando que uma empresa de "classe internacional" corresponda ao valor "7", como a empresa XYZ poderia ser classificada com relação às seguintes características de seus serviços?																								
	Alto						Baixo																	
Funcionários sinceros e interessados.	1	2	3	4	5	6	7																	
Serviço prestado corretamente já na primeira vez.	1	2	3	4	5	6	7																	
2. Comparado com o nível de serviço que você espera de uma empresa de excelência, como você classificaria a empresa XYZ em relação ao seu desempenho quanto ao que segue::																								
	Alto						Baixo																	
Funcionários sinceros e interessados.																								
Serviço prestado corretamente já na primeira vez.																								
Afirmações combinadas sobre expectativas e percepções																								
Para cada uma das afirmações seguintes, faça um círculo em torno do número que indica como é o serviço da empresa XYZ, comparado ao que você espera:																								
	Mais baixo que o meu			Igual ao meu			Mais alto que o meu																	
	nível de serviço desejado																							
1. serviço rápido	1	2	3	4	5	6	7	8	9															
2. funcionários simpáticos	1	2	3	4	5	6	7	8	9															
Expectativas quanto a serviços desejados e serviços adequados																								
Para cada uma das afirmações, faça um círculo em torno do número que indicar como é o desempenho da empresa XYZ, em comparação com seu <i>nível mínimo de serviço</i> e com o <i>nível desejado de serviço</i> :																								
Em comparação com o meu nível mínimo de serviço, E m comparação com o meu nível																								
desejado de serviço, o desempenho de serviço da empresa XYZ é: o desempenho de serviço da empresa XYZ é																								
	Mais baixo			Igual			Mais			Mais baixo			Igual			Mais								
	alto												alto											
1. serviço rápido	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9						
2. funcionários realmente simpáticos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9						

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)