

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO

Marcelo da Silva Mello Dockhorn

OPERAÇÕES EM SERVIÇOS DE SAÚDE:
UM ESTUDO EM UMA ORGANIZAÇÃO DE “SAÚDE SUPLEMENTAR”

São Leopoldo

2009

Marcelo da Silva Mello Dockhorn

OPERAÇÕES EM SERVIÇOS DE SAÚDE
EM UMA ORGANIZAÇÃO DE “SAÚDE SUPLEMENTAR”

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração, pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Reis Gonçalo

São Leopoldo

2009

Marcelo da Silva Mello Dockhorn

OPERAÇÕES EM SERVIÇOS DE SAÚDE
EM UMA ORGANIZAÇÃO DE “SAÚDE SUPLEMENTAR”

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração, pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Apresentada em 28 de agosto de 2009

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Janaína Mendes - UNIPAMPA

Prof. Dr. Cláudio Damacena – UNISINOS

Prof. Dr. Ivan Lapuente Garrido – UNISINOS

Prof. Dr. Cláudio Reis Gonçalo (Orientador)

Prof. Dr. Ely Laureano Paiva
Coordenador Executivo PPG em Administração

RESUMO

O objetivo desta dissertação é identificar como a experiência do cliente de uma empresa de saúde suplementar pode se refletir na gestão organizacional, sob o ponto de vista da organização. As relações entre a teoria e a prática seguem duas grandes linhas: as operações em saúde realizadas diretamente por cada unidade e o relacionamento com o cliente. O estudo, de caráter qualitativo e exploratório, se desenvolveu por meio de estudo de casos de organizações distintas, mas pertencentes a uma mesma confederação nacional localizadas em diferentes regiões do estado do Rio Grande do Sul. As empresas de saúde suplementar têm como seu produto mais comumente comercializado o “plano de saúde”, e sua função é a ligação entre o cliente o prestador do serviço. Para o estudo foram realizadas 16 entrevistas e observação posteriormente confrontadas. As operações foram classificadas de acordo com sua função para a manutenção da saúde do cliente em proteção, prevenção, cuidado e reabilitação conforme as ações de saúde propostas por Alma-Atta (1978). Identificou-se a predominância dos serviços enquadrados em prevenção e cuidado. No relacionamento com o cliente, busca-se identificar qual a forma ou formas que estas organizações se relacionam com o cliente. Observou-se a intenção de conhecer o cliente por meio da atenção à sua verbalização e a partir do acompanhamento do seu comportamento na interação com a organização. O reflexo da experiência do consumidor parece apresentar duas formas distintas: a melhoria incremental de serviços, já bem estruturada, e criação de novos serviços a partir do acompanhamento do comportamento do consumidor.

Palavras-Chave: gestão, operações, cliente, saúde suplementar, administração de serviços em saúde.

ABSTRACT

The goal of this research is to identify how the customer experience of a private health care company can be reflected in the organizational management, under the organization point of view. The study presents a qualitative and exploratory approach, using case studies of different health organizations all part of one same national confederation in different regions of the state of the Rio Grande Do Sul. The relations between the theory and the practice followed two main lines: The health services provided by those different units and its relationship with the customer. The private health care companies have as its main product “the health plan” and its function is provide the link between the customer and the health service provider. In this research, were made and studied 16 interviews and observations. The operations had been classified, in accordance with its function for the maintenance of the customer health, in: Protection, Prevention, Care and Rehabilitation, according the health actions proposed by Alma Atta (1978). It was identified de predominance of Prevention and Care services. Regarding the relationship with the customer, the Idea was to identify the way or ways how these organizations relate with their customers. It was observed intention of knowing the customer trough the attention to its observations and by following the customer behavior in the interaction with the organization. The consequence of the customer experience seems to present two distinct outputs. The improvement of the existing services and the creation of new ones.

Word-Key: management, operations, customer, Private Health, health services management.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Relação dos elementos envolvidos no campo da pesquisa	111
FIGURA 2 - Elementos envolvidos para o adequado posicionamento da organização no mercado.....	18
FIGURA 3: Estrutura de operações em serviços	28
FIGURA 4 - Estrutura do modelo de assistência integral da saúde	29
FIGURA 5: Síntese do modelo conceitual da pesquisa, adotando as operações em saúde e o relacionamento com o cliente	40
FIGURA 6: Etapas da pesquisa	44
FIGURA 7 - Topos de prestadores de serviço da Organização.....	52
FIGURA 8 - Relação de posse e prestação de serviços	53
FIGURA 9 - Relação entre os níveis hierárquicos da Organização e seus componentes.....	54
FIGURA 10 - Relações de prestação de serviços	54
FIGURA 11 - Serviços prestados ao cliente Organização com a marca Organização e recorte da pesquisa.....	55
FIGURA 12: Elementos possíveis de serem encontrados nas Operações em Saúde e nas Relações com o Cliente nas Cooperativas.....	56
FIGURA 13 - Posição geográfica das sedes das Organizações pertencentes à Federação Rio Grande do Sul, com a posição da sede Federação.....	56
FIGURA 14 - Abrangência do Central de Relacionamento com o Consumidor em relação aos demais serviços, referindo-se ao contato com o cliente	60
FIGURA 15 - Percepção tradicional da saúde	63
FIGURA 16 - Percepção tradicional da saúde com a prevenção de doenças....	64
FIGURA 17 - Relação da relação comunicação e resposta	69
FIGURA 18 - Relação da relação indireta com o cliente	70
FIGURA 19 - Representação da relação com o cliente, canais de comunicação direta	770

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Relação dos entrevistados, setores de lotação e duração das entrevistas: Caso 1.....	47
Quadro 2 - Relação dos serviços estudados no Caso 1.....	57
Quadro 3 - Relação dos serviços estudados no Caso 2	87
Quadro 4 - Relação de serviços oferecidos para propiciar qualidade de vida ao cliente.....	88
Quadro 5: Serviços encontrados em operações de “prevenção” e “Cuidado”	103

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	09
1.2 OBJETIVOS	13
1.3 JUSTIFICATIVA.....	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 ESTRATEGIA E RBV NA ÁREA DA SAÚDE.....	17
2.1.1. A estratégia.....	17
2.1.2 RBV	24
2.2 Operações em serviços de saúde.....	28
2.2.1 Operações	28
2.2.2. Operações e Saúde	26
2.2.3. Valor para o cliente nas operações de saúde.....	33
3 MODELO DE INVESTIGAÇÃO	38
3.1 Validação interna.....	37
3.2 A estrutura conceitual da pesquisa.....	37
3.3 Plano da pesquisa	42
3.4 Etapas da Pesquisa	43
3.5 Coleta de dados	43
3.6 Análise e interpretação dos dados.....	46
4 ESTUDOS DE CASO	47
4.1 Contextualização da Confederação Nacional.....	47
4.2 A Organização	47
4.3 “CASO 1”	54
4.3.1 central de relacionamento	56
4.3.2 Operações em saúde	58
4.3.3 Relacionamento com o cliente	66
4.3.4 Considerações sobre o Caso 1	73
4.4 “CASO 2”	82
4.4.1 Operações em Saúde	86
4.4.2 Relacionamento com o cliente	95
4.4.3 Considerações do caso 2	98
5 ANÁLISE E CONCLUSÕES	100
6. REFERÊNCIAS	111
Anexo	118

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo pretende identificar como organizações de “saúde suplementar” estão estruturadas e como elas mobilizam seus recursos em suas operações de saúde, levando em consideração as experiências do cliente. A ótica abordada para a análise é de investigar o processo assistencial envolvendo as etapas de proteção, prevenção, cuidado e reabilitação.

Tradicionalmente, o modelo de saúde no Brasil apresenta um caráter curativo (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2004), expresso através do comportamento comumente observado, tanto no que diz respeito ao indivíduo que só procura um serviço de saúde quando está doente, quanto na formação do profissional que, até pouco tempo, era centrada na doença. Dessa forma, o contato entre o cliente e a organização de saúde, que lhe presta o atendimento, ocorre predominantemente no momento da doença.

No Brasil, a rede pública não é o único prestador de serviços à população, em decorrência dos baixos investimentos em saúde que ocasionou uma deterioração da qualidade dos serviços. Existe uma parcela da população que utiliza os serviços particulares e individuais de médicos, laboratórios, hospitais entre outros, bem como de serviços de empresas e associações que agem na prestação de serviços na área de saúde.

Por outro lado, o incremento da quantidade de organizações do segmento de saúde complementar aumentou a concorrência entre as mesmas, fazendo com que surgisse a necessidade modelos de gestão cada vez mais apurados, que fossem capazes de identificar cenários em um ambiente competitivo (PORTER, 1996; PORTER; TEISBERG, 2007).

As organizações de saúde apresentam uma necessidade de profissionalização da gestão frente a um setor caracterizado pela escassez de recursos, em função do atendimento de demandas crescentes em termos de população e complexidade (LONDOÑO et al., 2003).

Em um primeiro momento, o aumento da concorrência no setor não está proporcionando uma diminuição de seus custos, como seria esperado, pois a competição causa redundância de investimentos, na medida em que o cliente é incapaz de compreender plenamente o serviço. Organizações concorrentes investem em ativos semelhantes, que se tornam subutilizados, o que, muitas vezes, não é percebido pelos clientes, e, o que geraria custos desnecessários (PORTER e TEISBERG, 2007).

Prahalad e Ramaswamy (2004) assinalam que uma boa relação entre a organização e o cliente pode gerar bons resultados, se houver assimilação por parte da organização a partir do contato empresa/cliente. Em outras palavras, se existir a aprendizagem da organização com os clientes em uma ótica de longo prazo e não a cada momento. Contudo, Porter e Teisberg (2007) afirmam que, no segmento da saúde complementar, a concorrência não está baseada em entrega de valor para o cliente e sim em uma base tecnológica. Em uma visão complementar, Morgan e Hunt (1994) apontam para a relação entre um bom relacionamento com o cliente e a otimização dos resultados.

Este estudo pretende contribuir teoricamente no campo da análise das operações em saúde, considerando a participação do cliente, com o objetivo de trazer melhores resultados, tanto do ponto de vista de saúde como de desempenho econômico-financeiro (PORTER; TEISBERG, 2007; PRAHALAD; RAMASWAMY, 2004; ALMA-ATA¹, 1978).

1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

A interação entre a organização e o cliente, no momento do restabelecimento da saúde, é, na maioria das vezes, insuficiente para que ocorra uma relação de lealdade e fidelização. A expansão da relação entre a organização da saúde e seu cliente passa por um maior contato entre os atores, na medida em que o estreitamento das relações entre essas partes possa gerar aprimoramento como intuito de melhorar as ações organizacionais (PORTER e TEISBERG, 2007). Albrecht (1992) aborda, de forma semelhante, a relação encontrada por Porter e

¹ Seminário Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – Realizado em Alma-Ata, Cazaquistão, onde foi definido que a saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade.

Teisberg (2007) entre clientes e organização no campo dos serviços, porém de forma mais ampla.

Possivelmente, ações organizacionais gerem um aumento na fidelização e lealdade do cliente, uma vez que elas estão diretamente relacionadas com sua percepção, em relação à qualidade dos serviços oferecidos. Essa percepção se concentra, predominantemente, na análise da interação do cliente com a empresa e não, unicamente, na qualidade técnica do serviço prestado. No caso específico do segmento de saúde, a interação entre empresa e cliente acontece com os familiares que, em muitos momentos, têm grande poder de decisão sobre as ações do serviço (LONDOÑO, 2003; PORTER e TEISBERG, 2007).

A realidade das organizações da área de saúde apresenta altos custos, inconsistência de qualidade e limitações de acesso ao serviço, demonstrando que o sistema de saúde como um todo está aquém do desejado pela sociedade. Por outro lado, a concorrência, baseada unicamente em custos, é destrutiva (PORTER e TEISBERG, 2007).

O serviço de saúde no Brasil é um direito de todos, garantido pela Constituição Federal de 1998. O Estado proporciona um sistema que abrange desde o atendimento ambulatorial a cirurgias complexas; paralelamente, são oferecidos exames, internações e vacinação. A prestação desse serviço, para a população, é função dividida entre o Estado e a Iniciativa Privada (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2004). Parte da população é usuária do serviço estatal de saúde, porém outra parcela opta por serviços oferecidos e prestados pela iniciativa privada.

Ford e Fottler (2000) ressaltam uma característica ímpar, presente no setor de saúde, é a existência de uma eventual “terceira fonte pagadora”, que pode ser o Estado ou uma empresa de saúde complementar, ou seja, nem sempre o cliente paga diretamente pelo serviço.

A figura 1 representa as três dimensões de relacionamentos no ambiente de estudo: as que ocorrem entre o prestador do serviço de saúde com o cliente; entre a

empresa de saúde suplementar e o prestador do serviço de saúde; e entre a empresa de saúde suplementar e o cliente.

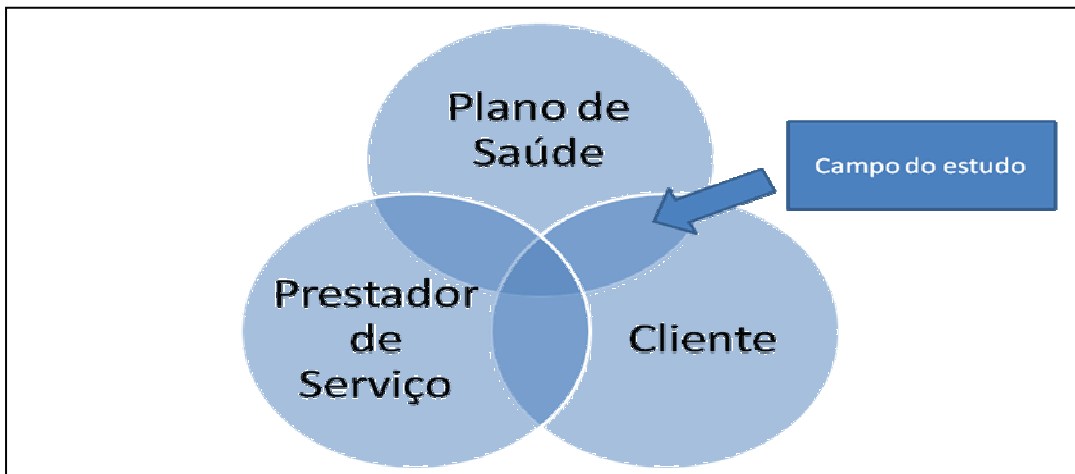


FIGURA 1 - Relação dos elementos envolvidos no campo da pesquisa

Como “prestador de serviço”, entende-se todos os profissionais que prestam serviços de saúde, como: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e, ainda, as organizações que representam o papel de suporte à saúde das pessoas, como hospitais, laboratórios e clínicas.

Como “plano de saúde” ou “empresa de saúde suplementar”, entendem-se as organizações de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica, conforme disposto na Lei n. 9.656, de 03 de junho de 1998, e Medida Provisória nº 2.177- 44, de 24 de agosto de 2001.

Por “cliente”, entende-se toda pessoa física que utiliza os serviços oferecidos pela empresa de saúde suplementar. Tradicionalmente, no segmento da saúde, a pessoa com quem a organização ou o profissional se relaciona, mediante a prestação de serviço, é chamada de paciente. Porém, essa palavra “paciente” tem uma conotação de passividade, ou seja, não apresenta interação com os demais atores do cenário (FERREIRA, 1999). Como a intenção é a valorização do indivíduo que participa do processo saúde-doença/prestação de serviço, o ator, comumente chamado de paciente, foi chamado de cliente. Este estudo se insere na terceira dimensão, a relação plano de saúde/cliente.

Porter e Teisberg (2007) afirmam que se faz necessária uma mudança no modelo de gestão, baseada em valor e em custo. O referido valor deve ser verificado de forma ampla na experiência do cliente e não de forma pontual, em determinada ação ou procedimento. O ciclo de atendimento deve iniciar com cautela em situações de risco (proteção), de validação do risco de doença (prevenção), passando pelo tratamento em si (cuidado) e, finalmente, contemplar a minimização de recorrências (reabilitação). Essas alterações, na forma de percepção do modelo de gestão do negócio da saúde, geram a proposição de um entendimento diferente para as organizações de saúde.

O campo de estudo da pesquisa é onde ocorrem as operações que apóiam a relação entre a empresa de saúde suplementar e o cliente, conforme apontado na figura 1. O aspecto do conhecimento técnico necessário para a relação entre o prestador de serviço de saúde e o cliente é condição básica para a continuidade de qualquer organização ou pessoa que pretenda manter-se no mercado (SOAR FILHO, 1998). Baseado nessa constatação, essa categoria de pesquisa não foi discutida.

A unicidade dessa relação, apontada por Ford e Fottler (2000), em que o cliente não paga diretamente pelo serviço, sendo este pago por uma “terceira fonte pagadora”, torna as operações de serviços que suportam a relação entre o cliente e a empresa de saúde suplementar um campo atrativo para análise.

As operações de uma organização devem considerar a percepção do mercado, em um ambiente competitivo (HAMEL 2006). Desta forma, como escopo desta pesquisa, são consideradas as operações da “organização de saúde suplementar”, sob a ótica das etapas de proteção, prevenção, cuidado e reabilitação, e a possível mobilização de recursos em função das experiências do cliente, sob a ótica da empresa de saúde suplementar (fig. 1).

A partir destas considerações é proposta a seguinte questão de pesquisa:

“Como as operações de serviços de empresas de saúde suplementar podem mobilizam seus recursos de forma a considerar as experiências do cliente?”

No intuito de responder a esse questionamento, este trabalho embasa-se em estudos em estratégia de serviços, operações de serviço e serviços em saúde.

1.2 OBJETIVOS

Objetivo geral

Identificar como as operações de serviços de uma organização de saúde suplementar estão estruturadas no sentido de mobilizar seus recursos para considerar as experiências do cliente.

Objetivos específicos

Os objetivos específicos buscam:

- a) caracterizar e analisar como as organizações de saúde suplementar estão estruturadas sob a perspectiva das operações de serviços de apoio à saúde;
- b) identificar como as contribuições do cliente são interpretadas e consideradas nas operações;
- c) analisar como o processo assistencial das operações de serviços em saúde considera as experiências do cliente.

1.3 JUSTIFICATIVA

O problema da gestão de custos no Brasil apresenta particular relevância frente à realidade social e econômica. A dimensão estratégica de custo é apontada como a forma de competição no setor de saúde, essa competição leva o sistema a

uma baixa qualidade e, paradoxalmente, à elevação dos custos (PORTER; TEISBERG, 2007).

Sob outro ponto de vista, a competição baseada em custo deixa o valor para o consumidor relegado a um plano secundário. Os serviços prestados apresentam um caráter predominantemente técnico. Embora a interação entre os prestadores do serviço e o cliente seja próxima, no segmento, nem sempre existe atenção ao que é considerado valor para o comprador (PORTER; TEISBERG, 2007; LONDOÑO, 2003).

O cliente, em contato com a organização de saúde ou mesmo o prestador, pode apresentar ideias e soluções que, eventualmente, gerariam melhoria do serviço e a própria qualidade de vida do cliente. Essas soluções nem sempre seriam de ordem técnica, mas apontariam o que é importante ou não para o cliente, ou seja, o que é valor (PORTER e TEISBERG, 2007; FORD; FOTTLER, 2000).

Como alternativa, Porter e Teisberg (2007) propõem uma nova forma de competição, baseada em valor, que segue os oito seguintes passos:

- o foco deve ser o valor para os pacientes e não simplesmente a redução de custos;
- a competição tem que estar baseada em resultados;
- a competição deve estar centrada nas condições de saúde durante todo o ciclo de atendimento;
- o atendimento de alta qualidade deve ser menos dispendioso;
- o valor tem que ser gerado pela experiência, escala e aprendizado do prestador na doença/condição médica em questão;
- a competição deve ser regional e nacional, não apenas local;
- informações sobre resultados têm que ser amplamente divulgadas para apoiar a competição baseada em valor;
- inovações que aumentam o valor têm que ser altamente recompensadas.

Ainda, segundo Porter e Teisberg (2007, p. 98), “O objetivo certo para a assistência à saúde é aumentar o valor para os pacientes, ou seja, a qualidade dos resultados para o paciente em relação aos dólares despendidos”.

No passado, de forma complementar aos serviços de saúde prestados pelas “Casas de Saúde” e “Santas Casas”, existia o paciente “particular” do médico, ou seja, o cliente do profissional da área. Atualmente, esse personagem torna-se cada vez mais incomum e os planos de saúde suplementar assumiram, de certa forma, esse perfil de cliente. Em outras palavras, aquele perfil de consumidor que anteriormente pagava diretamente para o médico ou hospital, hoje, de um modo geral, tem um plano de saúde suplementar (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2004).

A relação que acontece entre o cliente e o hospital, médico ou qualquer outro profissional da área da saúde e a relação que ocorre entre os planos de saúde suplementar e as organizações prestadoras de saúde, diretamente vinculadas aos tratamentos ou profissionais da área, são bastante ricas, e se apresentam como um grande campo de estudos para a administração. De forma semelhante, a relação construída entre a empresa de saúde suplementar e o cliente configura-se um campo igualmente rico, sendo o objeto desta análise.

Essa relação pode gerar conhecimento para a melhoria do setor de saúde suplementar e, certamente, pode ser estendida ao restante das instituições da área da saúde. A percepção adequada do que é valor para o cliente pode propiciar um direcionamento das estratégias organizacionais, a fim de propiciar um modelo de gestão e competição mais próximo ao sugerido por Porter e Teisberg (2007), baseada, fundamentalmente, em valor e não em custos.

Para tanto, são abordados os seguintes: operações em serviços, estruturas operacionais e alocação de recursos, na interface com o cliente. Como a presente pesquisa pretende verificar as operações de uma organização de saúde suplementar, especificamente em suas atividades de suporte a saúde, os atores clientes e concorrência não serão verificados.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A visão teórica da pesquisa

Nas organizações de saúde, a competição deve estar centrada nas condições de saúde durante todo o ciclo de atendimento, o valor de dado serviço é conquistado pela qualidade de atendimento prestado aos pacientes. Dessa forma, a percepção do cliente como um todo é importante, compreendendo, de uma forma ampla, a realidade deste e não a saúde ou a doença (PORTER e TEISBERG 2007).

O atendimento de qualidade menos dispendioso pode ser encarado como um melhor aproveitamento dos recursos existentes, tanto do ponto de vista tecnológico como do ponto de vista da necessidade de uma melhoria do processo de gestão. Sob outro aspecto: o desenvolvimento tecnológico pode gerar uma redução de custo no processo de saúde como um todo e não apenas em intervenções pontuais e agudas. O valor tem que ser gerado pela experiência, escala e aprendizado do prestador na doença/condição médica em questão (PORTER e TEISBERG 2007).

O valor pode ser gerado por meio de uma habilidade específica da organização e não da abrangência de seus procedimentos. Em primeira análise, é possível supor-se que isso pode gerar uma redução de escala da operação, mas há também a possibilidade de se criar redes entre as organizações, de forma a otimizar suas vocações (PORTER e TEISBERG 2007).

A competição deve ser regional e nacional, não apenas local. Cada instituição deve buscar sua vocação, não pensando apenas na comunidade onde está inserida, mas de forma mais ampla com uma área de abrangência maior e buscando volume para a sua operação. As informações sobre os resultados têm que ser amplamente divulgadas, para apoiar a competição baseada em valor. O paciente tem sua decisão baseada em um conhecimento prévio, que é obtido pela experiência de contato (PORTER e TEISBERG 2007).

A excelência de determinado serviço ou organização pode servir como auxílio para uma escolha se esta for do conhecimento do cliente. Esse conhecimento pode chegar de muitas formas ao cliente, entre elas por intermédio do próprio médico. O importante é que essa informação chegue ao público visado (PORTER e TEISBERG

2007).

O modelo proposto para a análise e desenvolvimento de conhecimentos e processos de criação conjunta de valor nas empresas de serviços, leva em consideração: escolhas estratégicas, a prestação do serviço, a base de recursos disponíveis da empresa (tangíveis ou não) e suas operações.

Løwendahl *et al.* (2001) assumem que quanto melhor é a gestão dos recursos da empresa, melhor será o resultado, que, como tantos outros, o conhecimento pode ser encarado como um recurso e, da mesma forma que os demais, quanto melhor for sua gestão, melhor serão os resultados obtidos pela organização. A autora sugere que não é possível criar ou gerir o conhecimento em si, mas, sim, as pessoas e processos, a partir dos quais o conhecimento é gerado.

Baseado nas categorias propostas por Alma-Atta (1978) e Porter e Teisberg (2007) para a averiguação dos serviços em saúde e no relacionamento com o cliente obteve-se para o presente projeto, o seguinte modelo proposto:

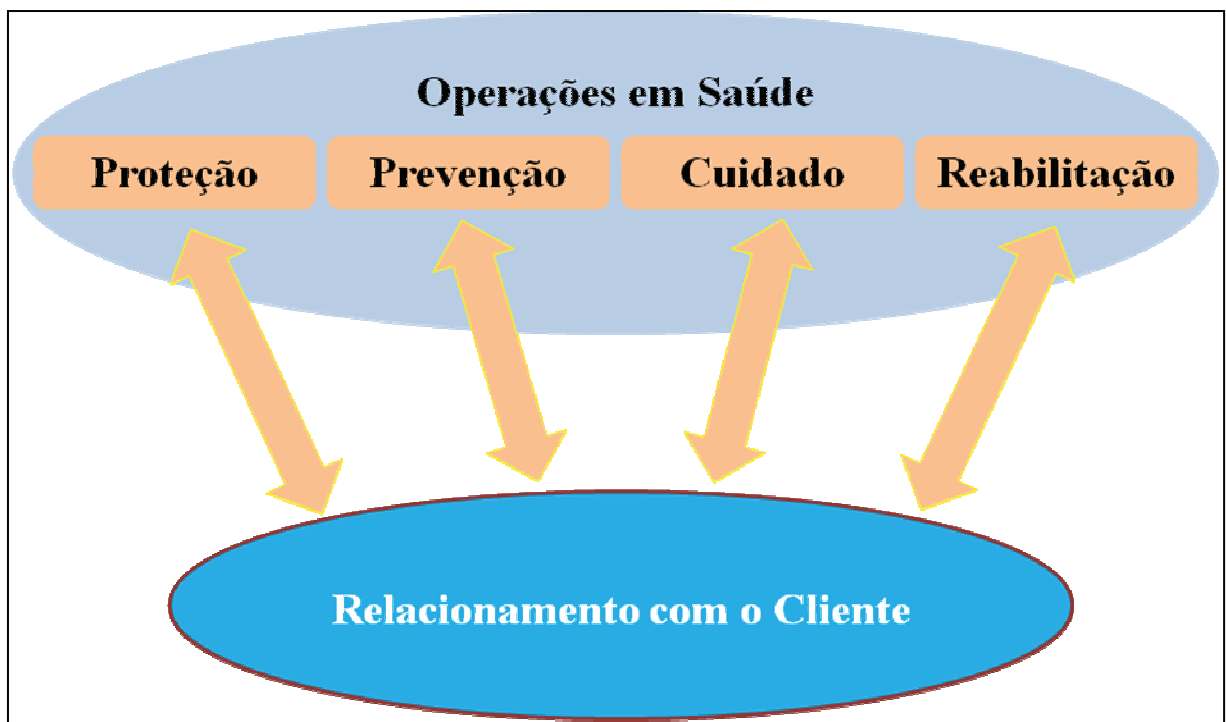


Figura 2: Síntese dos elementos envolvidos na pesquisa, percebendo as operações em saúde e o relacionamento com o cliente como fonte de informações.

A partir de um aprofundamento da figura 2: Numa fase de projeto, a definição estratégica escolhe: "O que" será oferecido como serviço; "Onde", ou seja, a estrutura física como um todo; "Para quem" que representa a escolha de seu público-alvo e clientes em potencial. O planejamento da interação do cliente com a empresa terá que conhecer as expectativas do cliente e a imagem que o mesmo tem da empresa (LØWENDAHL *ET AL.* 2001).

A estratégia aplicada à execução do projeto pretende verificar o conhecimento disponível para a viabilização do serviço, a existência e disponibilidade da estrutura tangível da empresa e a tecnologia adequada para sua realização. Dentro da ótica de operações voltadas para a relação com o cliente o conceito estratégia pretende responder o objetivo específico número (2) identificar como são tratadas as contribuições do cliente e como consequência o que é estratégia para a organização estudada.

Na adequada entrega do serviço, o cliente percebe o conhecimento individual e/ou coletivo, momento em que é propícia a troca de conhecimento. Poderá ocorrer troca de conhecimento e verificação dos valores por ambas as partes e sua avaliação. Essa interação, baseada em valores, pode gerar conhecimento adequado à melhoria da entrega. Ao mesmo tempo, o cliente tem contato com a estrutura tangível, possibilitando a avaliação e sua possível adequação (LØWENDAHL *ET AL.* 2001).

A realização da estratégia em relação ao cliente, passando pela realização do serviço, apresenta limitadores, que dificultam a realização de forma plena do idealizado, ou seja, a percepção do cliente não necessariamente será planejada na estratégia da organização. Por outro lado, a partir da percepção do cliente, surgem viabilizadores que indicam o que é possível ser adequado dentre as opções estratégicas para a aproximação do cliente. Em decorrência disso, pode-se ou não gerar aprendizado na organização e, como possível consequência, a fidelização do cliente. A partir do quadro, pretende-se criar uma análise da criação de conhecimento e valor (LØWENDAHL *ET AL.* 2001).

Esse modelo é adequado tanto para processos como para a criação de serviços e possibilita a criação de valor para o cliente e, ainda, melhoria de

processo, o que gera indiretamente a criação de valor não só para o cliente como para a própria empresa e a todos os demais envolvidos.

São ressaltados dois diferentes aspectos: num primeiro momento, o cliente pode ser convencido a partir de determinada proposta de serviço apresentada pela empresa, baseado no tipo do projeto e nas características da entrega. Sob outro ponto de vista, a credibilidade, o relacionamento e a tradição são relevantes para o êxito de projetos em áreas específicas do mercado.

Alguns aspectos podem ser relevantes, como: qual o perfil de clientes priorizado pelo projeto, quais os fatores críticos para a entrega e desenvolvimento. A clareza dos objetivos estratégicos pode garantir o adequado apoio para o ciclo do desenvolvimento.

A percepção de Morgan e Hunt (1994) apontam algumas características consideradas relevantes para um bom relacionamento com o cliente e conseqüentes bons resultados desta relação: comprometimento e confiança; tempo, ou seja, a duração de longo prazo e investimento a longo prazo. O Objetivo específico (1) pretende averiguar qual ou quais destas características pode ser encontrada na relação entre a organização estudada e seus clientes.

As inovações que aumentam o valor têm que ser altamente recompensadas. Algumas vezes, a inovação é associada ao aumento de custo. Isso acontece de forma particular, se pensarmos na área de saúde. Porém Porter & Teisberg (2007) ressaltam que o problema não é a inovação em si, mas, sim, a falta de competição nos resultados e a compreensão real da necessidade dessa inovação.

A visão de Barney (1991) aponta para um conjunto de recursos (tangíveis ou não) que podem fornecer vantagem competitiva e Porter e Teisberg (2007) mostram que valor pode ser gerado por habilidades específicas da organização.

A teoria desenvolvida por Skinner (1969) na estratégia organizacional propõe uma subordinação das estratégias dos diversos setores ou unidades de negócios a uma estratégia ampla e premeditada desenvolvida pela organização. Este alinhamento é denominado “alinhamento estratégico” e aponta para uma interdependência e interação entre os fatores da estratégia premeditada e elementos

externos. A ação premeditada de uma organização muda a organização e como sofre influência de agentes externos.

Berry, Hill e Klompmaker (1995) parecem perceber que as operações assim como todas as ações desenvolvidas pela organização devam ser dependentes e decorrentes em função de tempo a estratégia (figura 3).

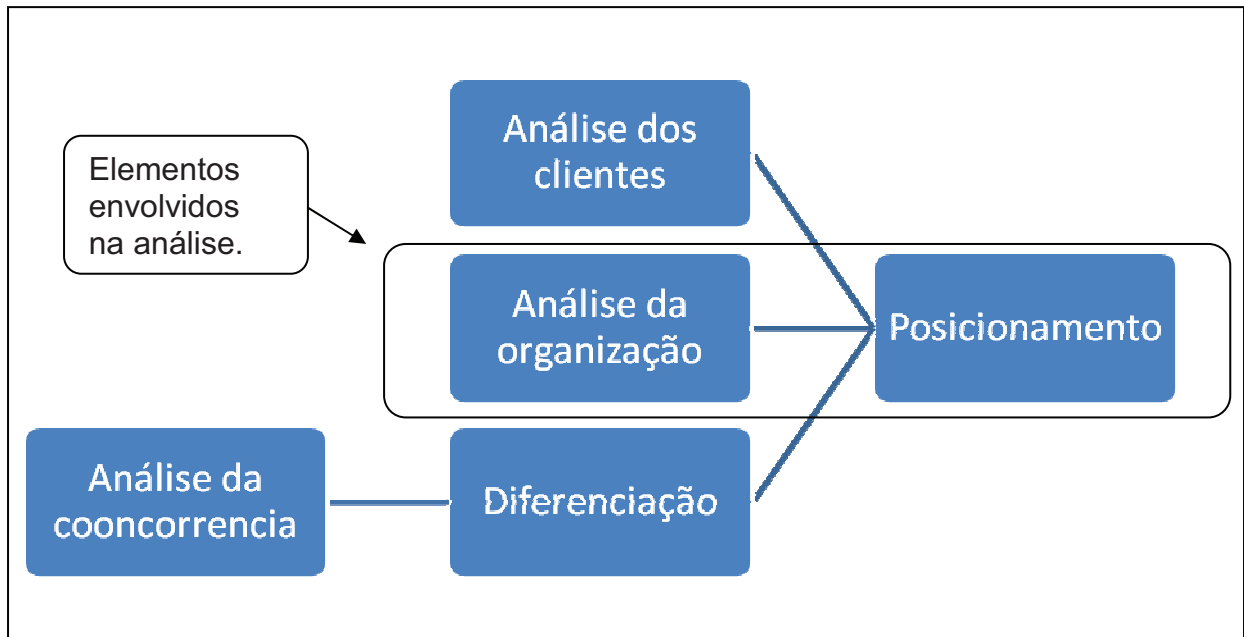


FIGURA 3 - Elementos envolvidos para o adequado posicionamento da organização no mercado
Fonte: Baseado em: Berry; Hill; Klompmaker (1995 p.7).

Os elementos envolvidos para o adequado posicionamento da organização no mercado estão presentes no ambiente interno (análise da organização) e no ambiente externo (análise dos clientes e análise da concorrência), (fig. 2) (BERRY; HILL; KLOMPMAKER, 1995).

As operações da organização são vistas como formas da ação, refletir suas intenções, sua estrutura, possibilitando a relação entre o cliente e a empresa.

2.2 ESTRATEGIA E VISÃO BASEADA EM RECURSOS NA ÁREA DA SAÚDE

2.1.1. A estratégia

Segundo Porter (2000), estratégia é sinônimo de escolha. É preciso escolher quais as necessidades de quais clientes a empresa quer satisfazer. A escolha estratégia significa não satisfazer as necessidades de alguns clientes para que outros possam estar realmente satisfeitos. O autor ressalta ainda, que estratégia pode significar planejamento e posicionamento, enquanto para Prahalad e Ramaswamy (2004), estratégia implica em aprendizado. Para Mintzberg et. al. (2000), estratégia pode ter significados distintos, dependendo de quem a emprega. É um modelo, um padrão que permite manter a coerência ao longo do tempo. Enquanto para Hamel (2006), estratégia significa inovação, da organização e, principalmente, da gestão.

O planejamento estratégico é, em um primeiro momento, um processo que consiste em tomada de decisões e obtenção de informações; em um segundo momento, tem-se a elaboração dos fins (metas), dos meios e recursos que permitam a concretização dos planos. Ou seja, é uma visão de processo que busca um embasamento adequado para uma escolha acertada de gestão da organização (PORTER, 1996).

O planejamento em nível institucional da firma é denominado planejamento estratégico e, geralmente, está focado em ações que se desenvolvem até a longo prazo. O número de dimensões envolvidas neste planejamento é bastante elevado, da mesma forma seus graus de liberdade (PORTER, 1996). Para Porter (1996),

estratégia é a criação de uma posição única e valiosa, envolvendo um conjunto diferente de atividades. Se houvesse somente uma posição ideal, não haveria nenhuma necessidade de estratégia. [...] A essência do posicionamento estratégico é escolher atividades que sejam diferentes dos rivais. (p.68).

Para a obtenção de uma posição estratégica, a informação e comunicação interna são importantes, porém, a interação da organização com o meio cresce de importância constantemente. A aproximação das relações com fornecedores,

clientes e consumidores tem tornado as relações externas mais importantes para a sobrevivência da empresa influenciando na sua tomada de decisões (OHNO, 1988).

Parte relevante do processo de interação entre os atores envolvidos acontece nas operações, onde é possível melhoramento de processos, produtos ou ambiente, porém não pode se restringir unicamente a estas (OHNO, 1988).

Se duas diferentes organizações, idênticas em recursos, atuarem no mesmo mercado, elas se diferenciarão entre si pelas diferentes formas de alocarem os recursos e qualidade de produtos oferecidos. Possivelmente, uma delas apresenta maior êxito que a outra. A questão que surge é qual seria a razão? Segundo a visão de Schumpeter (1961), inovar é o que move o capitalismo e estas inovações, quando ocorrem, propiciam a quem as implementa uma geração de renda acima do que é possível se esperar se fossem realizadas apenas atividades ordinárias. Assim, pode-se assumir que a inovação representa importante relação com o êxito da organização. Além da percepção de que é necessária uma boa posição no mercado, acrescenta-se a necessidade de uma adequada alocação de recursos e, por fim, a necessidade de inovar (Hamel, 2006).

Porter (1980) sugere estratégias competitivas genéricas, capazes de gerar vantagens competitivas, ou seja, modelos para a obtenção de otimização de recursos. Hunt (2000) aponta dois elementos essenciais para a obtenção de resultados positivos a partir de estratégias: em primeiro é visto como um esquema para a descrição de estratégias competitiva. A vantagem obtida é gerada por diferenciação ou custo. O segundo elemento: o desempenho da organização será inferior se nenhuma destas estratégias for seguida.

Na saúde, a forma como a gestão do sistema suplementar acontece é ainda pouco profissional (LONDOÑO, 1998), e este problema é agravado no sistema público (KEINERT, 1997). Malik (2001) procura verificar a visão da área de saúde em relação a atividades relativas à “qualidade” em hospitais públicos, privados (filantrópicos ou não) e universitários, e aponta o desconhecimento em relação a seus custos, a percepção de escassez de recursos e a fragmentação da estrutura hospitalar como elementos comuns. O autor aponta, ainda, que talvez não exista desejo de mudança, mas que a mesma, quando ocorre, é por necessidade.

Malik (2001), pesquisando sobre qualidade em serviços de saúde, contesta sua validade e aponta o desconhecimento em relação a seus custos, a percepção de escassez de recursos e a fragmentação da estrutura hospitalar. Fica bastante exposta a percepção do setor de uma percepção bastante fechada em relação ao meio externo.

Wright et al. (2000) sugere ser preferível, sob o ponto de vista estratégico, fazer mudanças de forma espontânea e não por força da circunstância. O observado por Malik (2001) vem ao encontro dos resultados obtidos por Gonçalves (1998) e Keinert (1997), que constataram a não profissionalização na gestão da saúde.

Bertucci (2005) faz uma análise do setor industrial e o de serviços em saúde (hospitais da rede privada), com um enfoque de estratégia. O modelo proposto pretende estabelecer relação entre ambiente, estratégia, estrutura, tecnologia e processos que venham a obter resultados, sob a ótica dos gestores. Em suas considerações, o autor aponta para que os gestores estejam medianamente seguros em relação ao ambiente externo, e, nos serviços de saúde, essa insegurança é maior. Em ambos os segmentos estudados, a modernização da gestão foi apontada como “tímida”, e modificações em suas estratégias só são revistas em caso de perda da efetividade das mesmas.

O mais adequado para a gestão é que as mudanças ocorram a partir de uma iniciativa própria e não externa. Se essa prática for adotada, se terá uma qualificação de gestão; porém percebe-se que a gestão em saúde ainda tem um longo percurso para percorrer (WRIGHT et al., 2000; MALIK, 2001; GONÇALVES, 1998; BERTUCCI, 2005).

Mais recentemente, Borges (2007) realizou um estudo qualitativo e exploratório, relacionando a gestão do conhecimento e o ambiente hospitalar. Foi verificado que a gestão pode aumentar a adesão do paciente cardíaco ao tratamento, ou seja, a fidelização do cliente à instituição pode ser incrementada com a gestão do conhecimento. A autora verifica a necessidade de aproximação entre os níveis institucional e dos clientes, confirmando a constatação de Porter (2002), o qual afirma a necessidade de aproximação das relações entre a organização,

clientes e consumidores, ressaltando a importância das relações externas da empresa.

A otimização dos recursos pode ocorrer através da integração entre as diversas áreas de empresa. Berry et. al. (1995) apontam o cliente como ponto inicial, seguido do produto e, por último as decisões relativas aos processos. Segundo esta ótica, a opinião do cliente é de grande valia para a adequação do produto ao mercado e para a adequada tomada e decisões referente à organização como um todo.

2.1.2 VISAO BASEADA EM RECURSOS (RBV)

A questão buscada por grande parte dos autores é a razão que leva a algumas organizações terem desempenho superior a outras em um ambiente dinâmico. Para isso outra questão é relacionada porque e como uma organização aprende mais do que outra (BARNEY, 2001 e PORTER, 2002).

A BRV (Visão Baseada em recursos ou *Resouce-Based View*), procura explicar porque as empresas alcançam ou não o sucesso, e se a estratégia é, realmente, uma fonte de vantagem competitiva (PROENÇA, 1999). A RBV procura explicar o desempenho organizacional e a vantagem competitiva sustentável a partir de ativos, competências e habilidades, vistos como recursos estratégicos.

Essa teoria surgiu a partir da obra realizada por Penrose, em 1959 (WERNERFELT 1984), na qual o autor acrescenta novos elementos que apresentam relevância na relação oferta e demanda e defende que as empresas têm sua sobrevivência, crescimento e sucesso vinculado a suas posses. A expressão “suas posses”, nesse caso, não necessariamente significam propriedade e sim acesso e possibilidades de efetivo uso. Sob outro ponto de vista, é uma proposta de valorização de aspectos internos e externos como fonte de vantagem competitiva.

Ainda segundo a perspectiva do mesmo autor, os recursos das firmas continuam escassos, de acordo com a visão tradicional da economia, apontando os ativos tangíveis como fatores importantes para o desenvolvimento. Porém, possivelmente o aspecto de maior relevância seja a percepção de que os referidos ativos sejam percebidos como um potencial para o desenvolvimento e não como fatores de geração de desenvolvimento de forma direta. Desenvolvendo-se essa perspectiva, percebe-se que a forma como a organização arranja seus ativos irá determinar sua vantagem competitiva. Ou seja, a vantagem competitiva ocorre a partir dos ativos tangíveis, mas com determinância de seus arranjos, que são intangíveis (WERNERFELT, 1984).

A BRV possibilita a investigação e análise do posicionamento estratégico e possibilita a mensuração dos resultados. O diagnóstico a partir desta ótica permite uma visão a partir do posicionamento estratégico diferenciando-se da apreciação por produto, permite a identificação de quais recursos geram melhores resultados e propicia uma maior clareza na opção entre a aquisição de novos recursos e a adoção das já existentes (WERNERFELT, 1984).

Percebendo que crescentemente o uso e a acessibilidade dos recursos ocorre de forma cada vez mais comum, BARNEY (1991) ressalta o aspecto de a vantagem competitiva necessitar de recursos, sejam valiosos (sentido de explorar as oportunidades do ambiente em que a firma se encontra), raros (entre as firmas concorrentes), de difícil imitabilidade e não possuem substitutos estrategicamente equivalentes.

Collis e Montgomery (1995) apresentam, por sua vez, um conceito sintético de RBV, apresentando uma abordagem não restrita apenas ao ambiente empresarial e sim assumindo a relevância do ambiente, estabelecendo o seguinte conceito:

A RBV combina a análise interna dos fenômenos que ocorrem na firma (...) com a análise externa da indústria e do ambiente competitivo (o foco central das abordagens estratégicas mais recentes). (...) Os recursos não podem ser avaliados isoladamente,

porque seu valor é determinado pela interação com as forças de mercado (p.119-120).

Mais recentemente, Hamel e Prahalad (1990) e, posteriormente, de forma aprimorada Hamel (1995), utilizaram a noção de competência essencial. Ou seja, o que a empresa realmente faz ou sabe fazer. Já Teece *et al.* (1997), percebendo a grande velocidade das mudanças do período apresentam o conceito de capacidades dinâmicas, tratando da capacidade de ou habilidade de renovar as competências em adaptação ao meio. É a capacidade das empresas se renovarem, renovarem ou modelarem suas competências e ativos que as possibilita manterem-se competitivas em ambientes dinâmicos.

Logo, a VBR é um comportamento estratégico baseado em escolha, obtenção, disposição de recursos e o desenvolvimento de competências únicas ou de difícil réplica. Estas competências visam a vantagem competitiva. A ênfase dada pela RBV é dada internamente à organização, porém é possível que condições externas à organização, determine o valor do recurso e capacidades da empresa (BARNEY, 2001).

Em suma, a VBR vê o sentido estratégico da alocação dos recursos organizacionais. As organizações apresentam heterogeneidade na forma que alocam seus recursos. Esta heterogeneidade define a maneira como a organização vai competir no mercado e como consequência vantagem competitiva. Algumas alocações de recurso podem gerar vantagem competitiva a longo prazo, portanto de difícil imitação, esta peculiaridade geram vantagem competitiva sustentável. A VBR percebe os recursos inerentes à organização como tangíveis ou intangíveis, procura verificar como obtém, combina, aplica e controla estes recursos com a intenção de perpetuar a vantagem competitiva (BARNEY, 2001 e PRIEM; BUTLER, 2001).

Os recursos tangíveis não são recursos raros, podem ser adquiridos e como consequência vantagens competitivas adquiridas com recursos tangíveis tendem a não ser duráveis frente a possibilidade de imitação. Dentro desta ótica, os recursos intangíveis baseados na cultura e conhecimento organizacional são de difícil imitação (BARNEY, 2001).

A dinâmica do mercado e dos processos propiciam o desenvolvimento das estratégias, diferentes alocações de recursos e conseqüentemente diferentes resultados. Elementos dos contextos históricos, complexidade social, cultura os gestores e fundadores geram a assimetria da distribuição dos recursos internos entre as organizações. Reflexos destes elementos podem ser percebidos como, a cultura organizacional, a imagem e a reputação da organização no mercado. Esta complexidade faz com que estes elementos não possam ser transferidos entre as organizações, o que os tornam intangíveis e imperfeitamente imitáveis (BARNEY, 2001).

A heterogeneidade, de recursos disponíveis e suas aplicações entre as organizações, faz com que a natureza da concorrência seja encarada como determinada por meio de barreiras a imitação e inovação. A dificuldade de imitação que por vezes necessita de longo prazo para seu desenvolvimento faz com que estes recursos se tornem valiosos e conseqüentemente fonte de vantagem competitiva (BARNEY, 2001).

O processo decisório da VBR é tido como interno, o que não significa ignorar o ambiente externo e sim, percebido como objeto de análise e considerados no planejamento das operações. O objetivo é a geração da utilização ótima dos recursos, a partir de uma tomada de decisão racional (dentro da lógica de inúmeras outras teorias de administração), com a geração de uma relação custo-benefício favorável (BOUDON , R. 2003)

Embora os elementos considerados primordialmente pela VBR sejam eminentemente intrínsecos ao ambiente interno da organização, o valor, pelo menos parcialmente, é influenciado pelo ambiente. Elementos como políticas de Estado, tecnologia e conhecimento são fatores que podem ser estrategicamente relevados para o adequado desenvolvimento estratégico. Como conseqüência desta percepção, as capacidades das operações da empresa precisam ser dinâmicas para rebater o meio em transformação. (TEECE e PISANO, 1994).

A partir do verificado, pode-se compreender que existe ênfase na adoção dos recursos internos, seu desenvolvimento e acúmulo de conhecimento. Recursos não tangíveis, não negociáveis, com conotação tácita tomam desta forma vulto na RBV.

Os recursos tangíveis são considerados relevantes para a implementação da estratégia. Porém, são percebidos como imperfeitos frente à possibilidade maior de imitação. Cabe a organização verificar qual ou quais entre os recursos disponíveis no mercado que é capaz de gerar maior valor futuro para a organização a longo prazo (BARNEY, 1986).

Embora ambas categorias de recursos possam apresentar diferentes aspectos para a vantagem competitiva, podem ser considerados estratégicos. Pela ótica apresentada por Priem e Butler (2001) se uma empresa apresenta vantagem competitiva ela tem recursos estratégicos. A RBV é uma visão de como a empresa obtém vantagem competitiva por meio de recursos valiosos, raros e não imitáveis (PRIEM; BUTLER, 2001). Em outras palavras, a diferenciação de determinada organização é conseguida como consequência do arranjo impar dos recursos possuídos por esta tangíveis ou não (BARNEY, 2001).

2.3 Operações em serviços de saúde

2.2.1 Operações

As operações consistem na forma com que a organização aloca seus recursos com o intuito de gerar os resultados almejados. Além da tradicional percepção de que é necessária uma boa posição no mercado, acrescenta-se a necessidade de uma adequada alocação de recursos, a necessidade de inovar e a necessidade da adequação em um ambiente competitivo (HAMEL, 2006).

Ainda sob a análise de Hamel (2006), a empresa precisa de ótimos produtos e ótimos profissionais. Para isso, ela deve cumprir o seguinte princípio, que desafia o pensamento ortodoxo de gestão: ser sintética, envolver processos, métodos, e possuir um programa de melhoria.

Muitas vezes, a empresa se aproveita de informações oriundas do ambiente externo, como de fornecedores, canais de distribuição e clientes, porém o fato de a

empresa possuir tais informações não necessariamente significa que ela tenha seu máximo aproveitamento (MINTZBERG et al. ,1998; 2000).

Se a organização for percebida de forma sistêmica, com uma estratégia, e não como um aglomerado de setores concorrentes; com a percepção da gestão, passando de um ponto de vista da hierarquia funcional para uma estrutura de interdependência e inter-relação entre as várias unidades, atividades ou processos. Pode gerar otimização de recursos. Mintzberg et al. (1998; 2000)

As estratégias nas operações têm como objetivo a otimização do desempenho organizacional, para identificar “direcionadores” de vantagem competitiva. Ketokivi e Schroeder (2004) levantam como importantes as condições em que determinadas ações, em particular, recursos ou arranjos estruturais se tornam valor para a empresa. Ou seja, são ressaltadas a questão do momento propício, as condições do ambiente e, ainda, a relevância da estrutura organizacional, propícia ou não, para dada opção de estratégia.

Por outro lado a otimização dos recursos pode dar-se por meio da integração entre as diversas áreas de empresa com seu microambiente MINTZBERG et al. (1998; 2000) e BERRY, HILL e KLOMPMAKER (1995).

Somando-se a percepção de Ketokivi e Schroeder (2004), e Berry, Hill e Klompmaker (1995), pode-se entender que é possível a otimização de recursos a partir da interface da organização com o cliente com reflexos nas operações.

Com esta base para as estratégias operacionais, pode-se inferir que a flexibilidade é capaz de ser encarada como elemento estratégico e entre as possibilidades de adequação da organização, encontra-se a possibilidade de alteração da alocação de recursos empregados nas operações BERRY, HILL e KLOMPMAKER (1995).

2.2.2 Operações e saúde

Embora seja possível se definir operações em saúde de formas variadas,

para a presente pesquisa operações em saúde são aquelas que tem por objetivo melhorar a condição de saúde ou o bem estar do cliente (CAMPBELL, 2000).

As ações saúde podem dividir-se em ações de saúde coletiva e ações de saúde individuais. Ações de saúde individual são aquelas que buscam melhorar a condição de saúde do cliente com ações especificamente voltadas para estas e ações de saúde coletiva buscam o bem estar de um grupo de pessoas (CAMPBELL, 2000 e ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2004).

Para Campbell (2000) a estrutura pode influencia direta ou indiretamente os resultados. A estrutura e o processo distintos geram formas de relacionamento com os clientes distintas e resultados distintos. Como consequência podem ser percebidos de forma diferente nos clientes e eventualmente realimentar as operação (Figura 4).

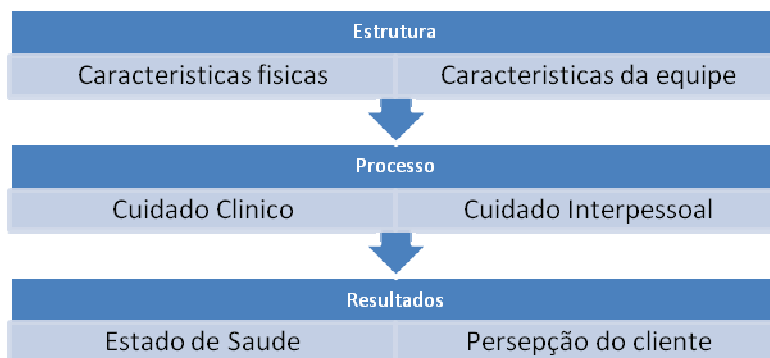


Figura 4: Estrutura de operações em serviços,

Fonte: baseada em CAMPBELL, 2000

Sob outro ponto de vista, em 1978, a Organização Mundial de Saúde, na Declaração de Alma-Ata (ALMA-ATA, 1978), propôs uma forma diferente de se pensar a saúde sob a ótica social e política. Em conformidade com essa proposta, Porter e Teisberg (2007) propõem a possibilidade do surgimento de um novo panorama para a gestão da saúde. Essa proposta vê a saúde de uma forma mais ampla, não apenas focada na cura. Procura ver o ser humano como um todo e propiciar ações de saúde em vários momentos da vida. Porter e Teisberg (2007) propõem a possibilidade de que os recursos organizacionais sejam otimizados a partir desta percepção. As operações em serviços de saúde podem ser

categorizadas em: Proteção, Prevenção, Cuidado e Reabilitação, conforme a figura 5.

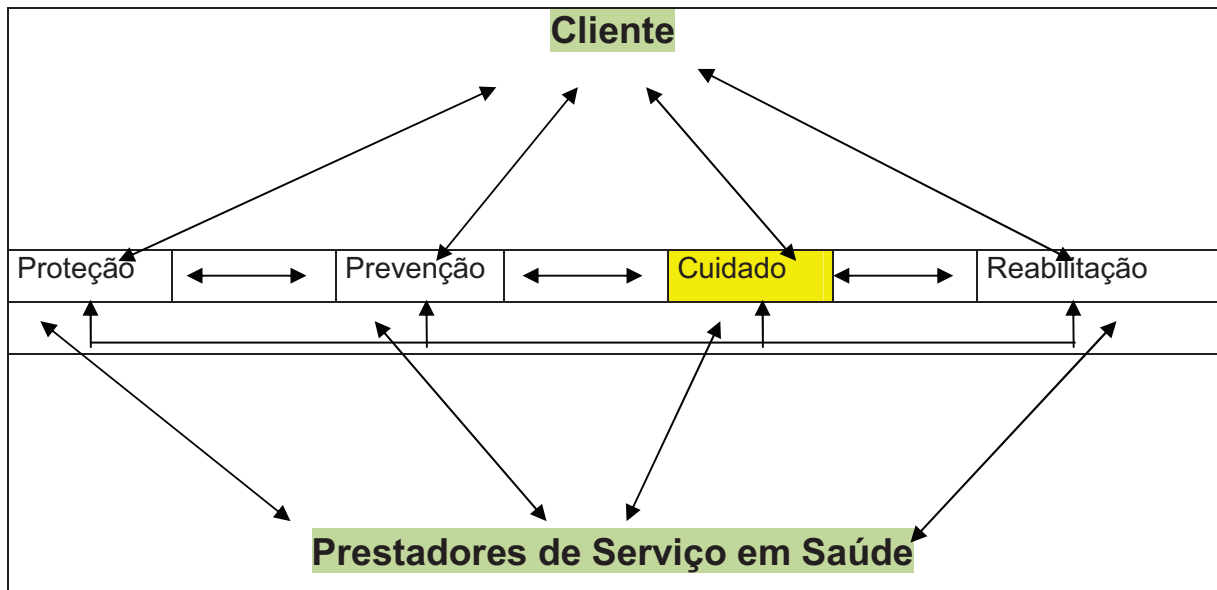


FIGURA 5 - Estrutura do modelo de assistência integral da saúde
Fonte: Embasado em Porter e Teisberg (2007); Alma-Ata (1978).

Os elementos da figura 5 representam um novo paradigma para a saúde:

- (i) proteção - representa evitar situações de risco;
- (ii) prevenção - representa as ações individuais do paciente ou coletivas que visem, de forma pontual, evitar uma doença bem específica;
- (iii) cuidado - é a ação de trazer o paciente de volta à condição de saúde; e,
- (iv) reabilitação - é a reinserção do mesmo em suas atividades cotidianas.

De uma forma tradicional, registram-se as consultas médicas, as hospitalizações, os procedimentos cirúrgicos. Esses serviços estão incluídos em “cuidado”. Operações desta categoria apresentam vêm o cliente através da ótica binária de saúde-doença. Se o individuo esta doente, justifica-se a realização do procedimento, caso contrario, não há necessidade de atenção a este (ALMA-ATA, 1978).

Outros serviços prestados por essas organizações que não se enquadram nessa categoria, como os de fisioterapia ou terapia ocupacional, que se enquadram em “reabilitação”. Esta categoria de operações caracterizam-se pela personalização do serviço, diferentes situações de doença exigem diferentes formas de ações para

que o individuo possa restabelecer de forma adequada suas atividades cotidianas e reintegração a vida social (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2004).

Como visto, os prestadores de serviço de saúde atuam tradicionalmente no “cuidado” do cliente. A “reabilitação”, ou seja, a volta da pessoa às suas atividades cotidianas também está presente nas atividades de saúde. A “prevenção” surge como um novo elemento entre as atividades exercidas. As operações desta categoria, nem sempre são realizadas pelo prestador do serviço tradicional, é possível que profissionais das diversas especialidades da saúde possam interagir propiciando o ambiente e condições para a adequada realização de ações pontuais e específicas visando evitar a condição de doença (ALMA-ATA, 1978).

Desse modo fica englobado em suas atividades: o tradicional “cuidado”, a “reabilitação” e a “prevenção”. Porém, em relação à proposta da convenção de Alma-Ata (1978), o elemento “proteção”, que consiste em evitar a exposição do cliente ao risco, e evitar a condição de doença. Esses pilares apontados têm o objetivo de proporcionar qualidade de vida para os indivíduos.

Rezende (1986) apresenta a visão das operações em saúde baseada em ações “preventivas” e “curativas”. Ações preventivas visam evitar a condição de doença enquanto ações curativas visam o restabelecimento da condição de saúde do individuo. Estabelece ainda cinco níveis de prevenção separados entre “pré-patogenese”, “fase clinica” e “seqüelas”.

A percepção de Campbell (2000) esta voltada para a forma como o cliente é tratado, individualmente ou coletivamente, em ambas as possibilidades é possível um grande numero de operações distintas com diferentes estruturas e formas de ação, agrupando diferentes operações em uma mesma categoria.

As duas formas distintas de se entender as operações em saúde propostas por Campbell (2000) e Alma-Ata (1978) podem ser complementares. As ações de Cuidado e Reabilitação apresentam um caráter de ações individuais, os processos são personalizados. Ações de Prevenção e Proteção podem apresentar um caráter de ações coletivas.

Resende (1986) inicialmente apresenta ações como “preventivas” e “curativas”. Se confrontadas com as propostas de Alma-Ata (1978), ações “preventivas” englobariam: “proteção” e “prevenção” enquanto “curativas”: “cuidado” e “reabilitação”.

As subdivisões propostas por Resende (1986) apresentam relação com as técnicas adotadas pelos profissionais de saúde e não necessariamente com as estruturas das operações percebidas sob o ponto de vista de estruturas operacionais distintas.

A Divisão proposta por Alma-Ata (1978) possibilita maior clareza entre as diferentes formas que as operações podem se estruturar e são adotadas como categorias para as diferentes operações existentes na saúde na presente pesquisa.

2.2.3. Valor para o cliente nas operações de saúde

A qualidade de vida está relacionada à saúde, e esta não pode ser definida como unicamente como a ausência de doença, mas também às condições de vida de cada indivíduo (Pessini et. AL., 2000). Uma operação de saúde não esta vinculada unicamente ao cuidado Mas ao bem estar do cliente (PORTER; TEISBERG, 2007).

Para Gonçalves (1999), a qualidade do produto ou serviço em saúde é o elemento mais importante, o que está vinculado diretamente aos recursos humanos, mas como este elemento é de difícil percepção, a ênfase deve ser dada à instalações que influenciam qualidade, ou seja, à estrutura, a aspectos intangíveis e o que é importante para o cliente na operação em saúde.

O atendimento de qualidade menos dispendioso pode ser encarado como um melhor aproveitamento dos recursos existentes, tanto do ponto de vista tecnológico como do ponto de vista da necessidade de uma melhoria das operações (PORTER; TEISBERG, 2007).

Segundo Porter e Teisberg (2007), o valor tem que ser gerado pela experiência, escala e aprendizado do prestador na doença/condição média em questão. O valor pode ser gerado por meio de uma habilidade específica da organização e não da abrangência de seus procedimentos. Em primeira análise, é possível supor que isso possa gerar uma redução de escala da operação, mas há a viabilidade de criar relações na organização de forma a otimizar seus recursos.

Ainda, segundo Porter e Teisberg (2007), as informações sobre os resultados têm que ser amplamente divulgadas, para apoiar a competição baseada em valor. De tal modo, é possível que a organização possa obter melhores resultados a partir de uma integração com seu meio.

Os resultados esperados com a integração com o meio podem ser melhorados com a integração interna na organização, fechando um ciclo contínuo de melhorias (NONAKA; TOYAMA 2003; PORTER; TEISBERG, 2007).

Conforme afirmação de Prahalad e Ramaswamy, (2004), os ambientes de conhecimento requerem o desenvolvimento de novas infraestruturas de informação sociais e técnicas. A infraestrutura técnica deve criar condições para a evolução da infraestrutura social. Essa percepção aponta para a necessidade da existência de intenções por trás das ações tomadas na organização. A empresa, como um todo, necessita de condições técnicas para que possa alcançar seus objetivos de forma estruturada, pois a estratégia é o que propicia o desenvolvimento racional da estrutura que se refletirá no desenvolvimento social da organização.

Uma empresa que tem direção estratégica possui seus recursos e capacidades como algo vital. Esses recursos podem ser tangíveis ou não, segundo Grant (2001). Dessa forma, a estrutura organizacional e as ações desenvolvidas estão fortemente relacionadas. As ações são desenvolvidas por pessoas que se encontram tanto dentro quanto fora da organização (PEETTIGREW, 1997). Pode-se, então, perceber a relação e a influência exercida entre a empresa e clientes, além da necessidade de uma estratégia que alinhe a estrutura organizacional às pessoas participantes do processo de forma estratégica.

Porter (1992) explicita a relação entre estratégia e cliente ao evidenciar a importância das atividades que apresentam essa relação. O autor sugere que a empresa não tenha a visão simplista de apenas satisfazer as necessidades do cliente, ou ainda, que a empresa o observe unicamente para orientar suas ações, mas, sim, valorize as ações em que exista a interação entre ambos. A valorização dessa relação abre a possibilidade de melhoria da organização. A percepção do cliente e a compreensão do mesmo, como elemento importante, podem ser benéficas para as duas partes.

A variedade de opções entre as empresas na área de saúde não necessariamente proporciona uma melhoria de valor para o serviço (PORTER; TEISBERG, 2007), como também o cliente não percebe a qualidade do serviço prestado, propriamente dito, mas, sim, o que é agregado a ele (LONDOÑO, 2003). Além disso, a grande quantidade de possibilidades de escolha de serviços oferecidos frustra e confunde consumidores (PRAHALAD; RAMASWAMY, 2004). No caso específico do segmento estudado, existe uma grande padronização dos serviços oferecidos (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2004), o que agrava a situação.

Tradicionalmente, a concorrência das empresas no segmento de saúde tem se baseado no preço e na aquisição de equipamento moderno para o atendimento ao cliente. Porém, nem sempre os equipamentos são utilizados de forma plena, pela excessiva oferta de determinado serviço entre os concorrentes. Essa constatação pode resultar em um aumento dos custos. Em consequência disso, os elementos de concorrência tradicionais perdem sua força. A criação de valor com o auxílio do consumidor pode ser uma nova forma de encarar a concorrência e aumentar a competitividade da organização (PORTER; TEISBERG, 2007).

O tema “valor” tem crescente importância, porém os conceitos utilizados podem apresentar abordagens distintas. Em Mello e Leão (2008), são apresentados os três diferentes conceitos usualmente adotados para o termo. O primeiro deles é o mais adotado na literatura e representa o que o cliente ganha ao adquirir determinado produto ou serviço. É uma comparação entre o que o cliente despende e o que recebe, ou seja, uma relação custo-benefício. Essa relação refere-se a

dinheiro e aos mais diversos aspectos de custos físicos ou psíquicos, ou seja, é algo não só objetivo como também subjetivo.

O segundo conceito é o valor dado pelo cliente para a organização como um todo durante o tempo em que o ele representa o papel de cliente. Essa percepção é uma forma de tornar tangível o intangível, ou seja, saber qual o numerário representativo dos ativos intangíveis, pertencentes à organização.

O terceiro significado aborda o valor como algo relativo à condição da existência humana. Esse significado é baseado na escola Psicologia Social e nas relações sociais. O ser humano constrói seus valores por meio de atividades e ações específicas e, essas, se refletem no consumo (MELLO; LEÃO, 2008).

O conceito de valor pode ser divergente, ou seja, uma mesma palavra pode representar diferentes significados. Wittgenstein (2005) sugere que as palavras, "nomes" não têm representação por si só, mas seu significado é construído mediante o uso adotado, variando de acordo com a comunidade onde o mesmo é adotado, isto é, variando significado ou sentido. Porém, numa visão pragmática e objetiva do significado de valor, é possível a percepção de elementos em comum entre eles. Tornar tangível o intangível através de uma interpretação do cliente se faz presente nos diferentes conceitos. O segundo aspecto que pode ser verificado é a questão do valor percebido pelo cliente *versus* o que a organização oferece. Infere-se, o quanto o cliente está disposto a pagar pelos produtos ou serviços ofertados.

Isso não representa apenas o que a empresa pode, ou não, receber em troca de seus serviços ou produtos, mas também, de forma menos explícita, o quão satisfeito um cliente está em relação a determinado produto, serviço, atendimento, serviço de pós-venda, ou seja, uma satisfação em relação à empresa como um todo. Esta será a percepção adotada dessa expressão para o presente estudo.

Prahalad e Ramaswamy (2004) sugerem uma nova forma de construção de valor, ou seja, sua co-criação ou a criação conjunta de valor. A partir desse ponto de vista, o papel do consumidor é alterado, de alguém passivo e desinformado para um ator ativo e informado da relação, ou seja, pode ser compreendido como um

desenvolvimento conjunto de valor entre a empresa e o cliente (THOMKE; VON HIPPEL, 2002).

A proposta da criação conjunta de valor sugere uma divisão de responsabilidades em relação ao desenvolvimento do serviço, não apenas em sua fase final de validação e, conseqüentemente, da criação do valor agregado (THOMKE; VON HIPPEL, 2002). Segundo Prahalad e Ramaswamy (2004), a co-criação de valor se dá quando o cliente necessita da solução de um problema. Esses autores observam que, embora o cliente se relacione diretamente com um membro da empresa, na verdade, essa interação se dá com toda a empresa.

A proposta de criação conjunta de valor redefine a relação empresa - cliente. Entre outros fatores que motivam o desenvolvimento de um cliente apto, a criação conjunta de valor é a visão global propiciada pela possibilidade de rápida troca de informações. Dessa forma, pode existir uma interação, por parte dos clientes, com a organização, visando identificar o que há de positivo ou desejado nesta ou no segmento.

As estratégias, quando deliberadas, indicam a intenção de a organização realizar as ações. É possível que algumas ações sejam realizadas pelas organizações sem que exista um comprometimento por parte da direção. A intenção, que se traduz em estratégia, pode refletir-se nas estruturas e processos adotados pela organização, propiciando, o desenvolvimento mais adequado da mesma.

3 MODELO DE INVESTIGAÇÃO

A relação que ocorre em qualquer compra pode ser compreendida como um evento social. A partir disso, o estudo pretende uma melhor compreensão do sistema social que envolve o sistema de saúde e seu usuário por meio de um estudo empírico (STABLEIN, 2001), com a busca da compreensão de que a experiência do cliente em uma empresa de saúde suplementar se reflete nos sistemas de gestão.

A abordagem da pesquisa é qualitativa, como o tema abordado é algo subjetivo e de difícil mensuração. Todo discurso é retórico, a expressão inerente ao ser humano expressa suas crenças, valores, motivações e, muitas vezes, seus significados de forma simbólica. Por isso, uma abordagem quantitativa não se faz conveniente, e se justifica a abordagem qualitativa (MINAYO & SANCHES, 1993).

A pesquisa, para se ajustar na identificação e análise dos processos de desenvolvimento da criação conjunta do conhecimento em uma organização da saúde, é explanatória e tem por objetivo procurar padrões na área do assunto.

Como Yin (2005) aponta, para estudos que pretendem responder questões do tipo “como”, o estudo de caso representa uma forma adequada de pesquisa e possibilita, ainda, uma visão ampla que pode gerar significação para os eventos encontrados. Para este estudioso, referência nesta abordagem de pesquisa,

“Um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2005, p. 32).

O estudo atende às características de investigação empírica, ao averiguar um fenômeno atual, no contexto real, e, ainda, no qual os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidos, tendo-se a possibilidade de utilizar evidências de múltiplas fontes.

O estudo de caso possibilita a preservação das características holísticas e significativas dos acontecimentos da “vida real, como ciclos de vida, processos organizacionais, relações internacionais e a maturação de setores econômicos” (YIN, 2005).

Os estudos de caso, como forma de pesquisa, podem apresentar variações, podendo ser caso único ou casos múltiplos. Preferiu-se, neste estudo, a estratégia de casos múltiplos, por ser menos vulnerável e trazer mais benefícios analíticos ao se analisarem evidências de dois ou mais casos. Cada Singular da Organização foi objeto de um estudo de caso individual, mas o estudo como um todo vai abarcar duas singulares da Organização, sendo, dessa forma, um projeto de casos múltiplos (YIN, 2005).

No presente estudo, a questões propostas são: (a) (1) Caracterizar e analisar como ocorre a relação com o cliente na empresa de saúde suplementar; (2) Identificar como as contribuições do cliente são interpretadas e utilizadas; (3) Identificar como as operações de serviços em saúde refletem as contribuições identificadas do cliente; (b) não exigir, por parte do pesquisador, controle sobre os acontecimentos; e (c) focar se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos no contexto da vida real; conforma-se a essa estratégia de pesquisa de Estudo de Caso.

Por outro lado, Yin (2005) ainda aponta que nem sempre o fenômeno e contexto são discerníveis em situação de vida real, havendo um conjunto inteiro de outras características técnicas, tais como coleta de dados e estratégias de análise desses dados, que também são peculiares:

A investigação de estudo de caso enfrenta uma situação tecnicamente única em que haverá muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados, e, como conseqüência, deverá basear-se em várias fontes de evidências, com dados precisando convergir em um formato de triângulo, e, como outro resultado, beneficia-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e a análise dos dados” (YIN, 2006, p. 33).

A adequação da metodologia é relevante para a adequada conclusão dos resultados da pesquisa a ser realizada. Para garantir objetividade e objetivos válidos, o processo deve ser adequado às escolhas metodológicas, minimizando erros e embasando as decisões tomadas. (LAKATOS; MARCONI, 1985).

3.1 Validade interna

A pesquisa tem parte teórica que procura dar embasamento ao que se deseja compreender e para a pesquisa que se realizará em campo. Por outro lado, se o campo gerar novas questões, as mesmas serão avaliadas à luz da literatura.

Esta pesquisa realizou-se mediante entrevistas no local da interação social, com o intuito de obter, de forma mais ampla, a situação que se apresentava (FLICK, 2004). A técnica adotada para tal é estudo de caso (COLLIS & HUSSEY, 2005).

Em um segundo momento, a interpretação científica dos dados, levando em consideração a adequação do método, deve ter presente os objetivos e as limitações do estudo. Essa adequação é a forma mais correta de se conseguir controlar a pesquisa, segundo Roesch (1999).

Foram realizadas entrevistas e observação das sedes das cooperativas e serviços percebidos como relevantes para o tema escolhido. Os entrevistados foram sujeitos dos diversos níveis hierárquicos das cooperativas, entre “colaboradores”, gerentes e diretores. O número de sujeitos entrevistados não foi previamente definido. As entrevistas foram realizadas até que as novas respostas não mais acrescentassem novos dados à pesquisa.

3.2. Estrutura conceitual da pesquisa

3.3 Plano da pesquisa

Inicialmente, a investigação tem por objetivo realizar a descrição de uma realidade existente no mercado de serviços de saúde. A pesquisa realizada foi exploratória, transversal e única, segundo Hair (2005).

A pesquisa foi qualitativa e exploratória em empresas de saúde suplementar, que têm por intuito a identificação dos elementos influenciadores do tema, bem como as variáveis envolvidas.

Como instrumento de pesquisa, foi realizada uma entrevista semi- estruturada que possibilite a identificação adequada das respostas em relação aos objetivos levantados e, ao mesmo tempo, propicie abertura para a identificação de novas variáveis relevantes, apropriando a adequação da ferramenta à realidade do ambiente, bem como a viabilidade e adequação de sua interpretação. Em seguida, foi realizada a preparação, o tratamento e a apresentação dos dados.

A investigação, Conforme visto na Figura 1, incide entre Hospitais, Planos de Saúde (ditas Empresas de Saúde suplementar) e Clientes. Porém o foco do estudo se dará sobre a relação entre os clientes e as Empresas de Saúde Suplementar.

Os casos estudados, alvos do presente estudo, são empresas de saúde, especificamente planos de saúde suplementar. O estudo foi realizado em duas cooperativas médicas, de diferentes cidades do estado do Rio Grande do Sul. Com a intenção de representar o campo, serão estudadas as Unitarias do estado a partir de sua federação.

Os casos estudados pretendem apresentar o setor. Para que se possam obter respostas adequadas às expectativas do estudo, foi solicitado que os respondentes sejam pessoas do público interno que detenham o conhecimento sobre o relacionamento cliente/empresa em um nível estratégico.

3.4 Etapas da pesquisa

As etapas da pesquisa representam de forma esquemática e simples o processo de que leva de uma forma lógica aos uma etapa a outra e às conclusões obtidas.

Estas etapas estão abaixo apresentadas (figura 6):

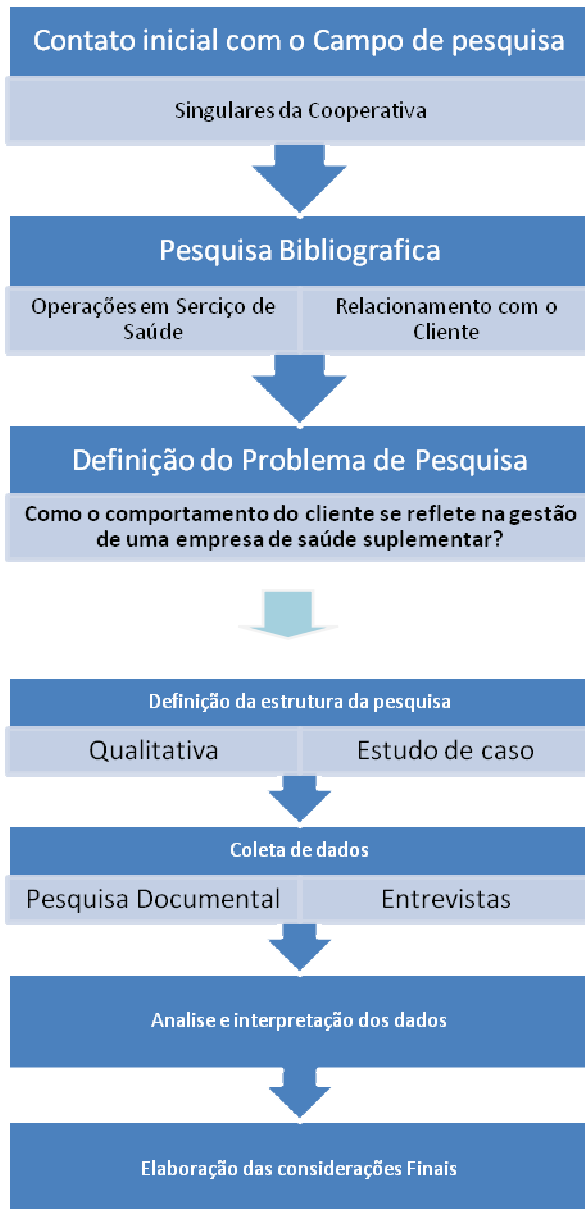


Figura 6: Etapas da pesquisa

Para Flick (2004) o contato entre o pesquisador e o campo de pesquisa exerce relevante influencia na pesquisa qualitativa. Esta etapa propicia a aproximação entre o pesquisador e os entrevistados, propiciando a obtenção da colaboração e assim acesso aos elementos para a realização da pesquisa.

A aproximação inicial foi realizada em 2001, com a atuação do pesquisador junto ao setor comercial de uma das unidades estudadas. Ao final do mesmo ano o pesquisador realizou o trabalho de conclusão de curso da graduação em administração no mesmo campo.

A pesquisa bibliográfica pretende dar sustentação a pesquisa a partir de teorias encontradas em publicações científicas. Para foram buscadas referencias em operações, saúde coletiva, relacionamento com o consumidor, estratégia aprendizagem com o cliente e gestão em saúde.

Ao final do trabalho foi realizada a comparação entre o referencial teórico pesquisado e os resultados encontrados. Este confronto entre a teoria e os resultados encontrados pretendem verificar a validade da teoria no campo estudado e eventualmente trazer novos elementos ao conhecimento na área de administração.

3.5 Coleta de dados

A pesquisa foi dividida em dois momentos. O primeiro deles consistiu na compreensão e análise das estruturas operacionais existentes dentro das organizações que tem vinculo direto às atividades de saúde. O segundo momento ocorreu o entendimento das operações e a forma como interagem com o cliente. Esta distinção não pode ser realizada de forma tão clara durante as entrevistas pois as falas trazem a cada momento elementos capazes de aprimorar ambos os momentos.

Os primeiros contatos objetivaram a coleta de informações gerais da organização. Posteriormente, foi aplicada a pesquisa semi-estruturadas e, num terceiro momento, houve um aprofundamento dos pontos relevantes.

Os resultados encontrados foram obtidos por meio de relatórios, *Internet* da cooperativa e entrevistas semi-estruturadas. O referencial que orientou o estudo dos casos. Foram realizadas entrevistas nas duas unidades averiguadas, com pessoal de nível institucional e operacional. A totalização das entrevista resultou em uma duração de 15h e 10mim, com 16 pessoas. Para o caso um foram entrevistadas 10 pessoas do público interno da organização, entre os meses de abril e junho de 2009.

O quadro 1, a seguir, apresenta dados gerais das entrevistas realizadas ao longo do estudo.

Data	Função/ cargo	Setor	Sujeito	Duração
04/2009	Gerente	Departamento de Pessoal	S1.1	30 min
04/2009	Supervisora	Central de Relacionamento c/ cliente	S1.2	40 min
04/2009	Colaboradora	Departamento comercial	S1.3	25 min
04/2009	Colaboradora	Departamento comercial	S1.4	20 min
06/2009	Diretor	Núcleo de Relacionamento Humano	S1.5	30 min
06/2009	Diretor	Medicina Preventiva	S1.6	1h 45 min
06/2009	Equipe	Medicina Preventiva	S1.7	45 min
06/2009	Equipe	Medicina Preventiva	S1.8	45 min
04/2009	Gerente	Organização Lar	S1.9	35 min
07/2009	Supervisor	Hospital dia	S1.10	1h 30 min
Total	10 pessoas	6 setores		7h 55 min

Quadro 1 - Relação dos entrevistados, setores de lotação e duração das entrevistas: Caso 1

A Tabela 2 apresenta a função/cargo dos entrevistados, o mês de realização das entrevistas e, ainda, seu setor de trabalho, identificação de cada um, bem como a distribuição do tempo de cada entrevista, que totalizaram 7 horas e 55 minutos. As evidências obtidas a partir dos dados e os depoimentos serão apresentados no capítulo 4, a seguir.

Data	Função/ cargo	Setor	Sujeito	Duração
04/2009	Gerente	Geral	S2.1	2h15min
04/2009	Gerente	Departamento Comercial	S2.2	1h 15min
04/2009	Funcionária	Departamento Comercial	S2.3	35 min
04/2009	Gerente	Departamento Comercial	S2.2	40 min
07/2009	Gerente	Medicina Preventiva	S2.4	1h 20min
07/2009	Enfermeira	Organização Lar	S2.5	1h
08/2009	Tecnico	TI	S2.6	45min
Total	6 pessoas	4 setores		7h 15 min

Tabela 2 - Relação dos entrevistados, setores de lotação e duração das entrevistas: Caso 2

Para este caso, 6 funcionários da organização foram entrevistados, sendo um deles em dois momentos distintos, nos meses de abril e junho de 2009. A Tabela 2 representa as características das entrevistas realizadas para o estudo. A Tabela 2 apresenta: mês de realização das entrevistas, função/cargo dos entrevistados, seu setor de trabalho, bem como a distribuição do tempo das entrevistas, que totalizaram

7 horas e 15 minutos. O que foi constatado a partir da pesquisa é registrado a seguir.

Inicialmente foi realizada uma pesquisa por publicações para o entendimento preliminar do campo. Posteriormente, as primeiras entrevistas em ambos os casos buscaram a compreensão das estruturas e operações realizadas pelas unidades, a partir do ponto de vista do público interno da organização.

Uma segunda rodada de entrevistas buscou a compreensão das operações em cada uma das unidades de negocio das organizações averiguadas. Tanto na primeira rodada, quanto na segunda, a partir das entrevistas tornou-se evidente a orientação interna da organização para a que todos os contatos entre a organização e o cliente devem ser realizadas pela central de relacionamento do consumidor.

Após as entrevistas com as unidades de negocio de saúde e a central de relacionamento com o consumidor, surgiu o Sistema de Informações da organização como referencia constante de forma de armazenamento das informações e origem para ações relacionadas com o mesmo. Como forma de complementar e compreender a ação deste departamento buscou-se entrevistar integrantes do mesmo.

As entrevistas foram embasadas nas referencias bibliográficas e previamente pré estruturadas a fim de cumprir a coleta das informações relevantes para a pesquisa, mas abertas a ponto de possibilitar o incremento da pesquisa a partir do campo pesquisado (Yin, 2005).

Os dados primários da presente pesquisa e são as entrevistas semi-estruturadas. A confirmação dos informações coletadas foram validadas a partir da repetição das mesmas por varias fontes (entrevistados). Grande parte das entrevistas não foram gravadas por não haver permissão para tal.

Para a o presente trabalho os entrevistados foram relacionados seguindo a seguinte designação: S1.1, S1.2, S1.3, S1.4, S1.5, S1.6, S1.8, S1.9 e S1.10 e para o caso dois: S2.1, S2.2, S2.3, S2.4, S2.5 e S2.6; com o primeiro algarismo se referindo-se ao caso e o segundo à ordem cronológica das entrevistas realizadas.

3.6 Análise e interpretação dos dados

Para a análise dos dados as falas dos entrevistados foram categorizadas de acordo com a relação de seus conteúdos e os objetivos da pesquisa. Em seguida confrontadas entre falas de vários entrevistados para verificar sua validade.

A partir das evidências obtidas foi procurado interpretar a relação entre as evidências e os objetivos buscados. A análise e interpretação dos dados é realizada pelo cruzamento das evidências observadas nas falas das pessoas entrevistadas, relacionando-as aos objetivos específicos e interpretando-as à luz do referencial teórico.

Para tal, propõe-se, como plano de análise, uma matriz para cada estudo de caso, o que possibilitará conclusões comuns, mesmo que em contextos diferentes, no estudo de casos múltiplos. Em anexo encontra-se Matriz para a análise dos dados (anexo 1):

4 ESTUDOS DE CASO

4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA CONFEDERAÇÃO NACIONAL

A cooperativa do segmento de saúde suplementar é uma sociedade que tem por objetivo prover serviço ao associado e sem objetivo de geração de lucro. Os associados são denominados cooperados.

As Cooperativas Organização são caracterizadas por serem constituídas por profissionais da classe médica que realizam o atendimento ao cliente em seus consultórios, clínicas e/ou em hospitais. A remuneração desta prestação de serviço acontece através de planos de saúde. Esses são comercializados e, geralmente, pagos previamente, com pagamentos mês a mês. Em alguns planos oferecidos é cobrada uma co-participação, que é a complementação de pagamento do serviço prestado pelo cliente.

Dos anos 1960 até meados da década de 1990 existiam vários tipos de organização que prestavam serviços de saúde, cada organização ofertava seus serviços, não havendo regulamentação. Durante a década de 1990, a situação econômica propiciou a expansão deste mercado, somando-se a isto, e como consequência das políticas de saúde do Sistema Único de Saúde, houve a uniformização, padronização e regulamentação dos serviços e características disponibilizadas (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2004).

4.2 A ORGANIZAÇÃO

A Organização foi fundada em 1967 e com a mesma estrutura a experiência foi replicada em várias partes do Brasil. As cooperativas possuem CNPJs independentes, gerando autonomia e independência de cada unidade na tomada de decisão. Até 1975, a independência era completa. Então foi fundada a Confederação

Nacional, que tem a intenção de criar uma forma institucional de ação das Organizações, sendo que cada cooperativa é denominada “singular”.

Segundo a Organização, sua abrangência é de 74,9% do território brasileiro. A carteira de clientes conta com 15 milhões de pessoas físicas e 73.000 empresas, o que corresponde a 34% do mercado nacional de planos de saúde suplementar, se considera a maior cooperativa medica do mundo.

As cooperativas apresentam três níveis, o primeiro deles é formado pelas singulares que apresentam uma área de atuação limitada geograficamente, sem sobreposição. O nível intermediário é formado pelas federações de abrangências regionais ou estaduais e o nível mais elevado é a chamada Confederação de abrangência nacional.

O sistema Organização é composto pela “Confederação Nacional” que agrupa “Federações Regionais” e essa abrange as “Singulares”, além de empresas que pretendem melhorar e dar suporte à prestação do serviço, como anteriormente citadas.

A Confederação Nacional possui visão, missão e valores assim explicitados (1) Missão: “Representar, integrar e orientar a atuação das cooperativas médicas e empresas do Sistema, defendendo, fortalecendo e consolidando a marca Organização.”; (2) Visão: “Ter papel decisivo na valorização do trabalho médico e na melhoria do padrão de atenção à saúde”. (3) Valores “Adesão e desligamento livres e espontâneos; gestão democrática e voto singular; neutralidade política, religiosa, social e racial; participação proporcional nos resultados, positivos ou negativos; e incentivo à educação e à integração cooperativista”.

A estrutura de prestação de serviço e apoio é composta por hospitais, pronto-atendimentos (PA) e laboratórios próprios ou credenciados que visam à assistência médica, hospitalar e de diagnóstico complementar, além de ambulâncias, aeronaves e farmácias.

Cada cooperativa, para seu adequado funcionamento possui um conjunto de diferentes prestadores de serviço: os cooperados, os prestadores terceirizados, e os serviços oferecidos pela própria cooperativa conforme figura 10.

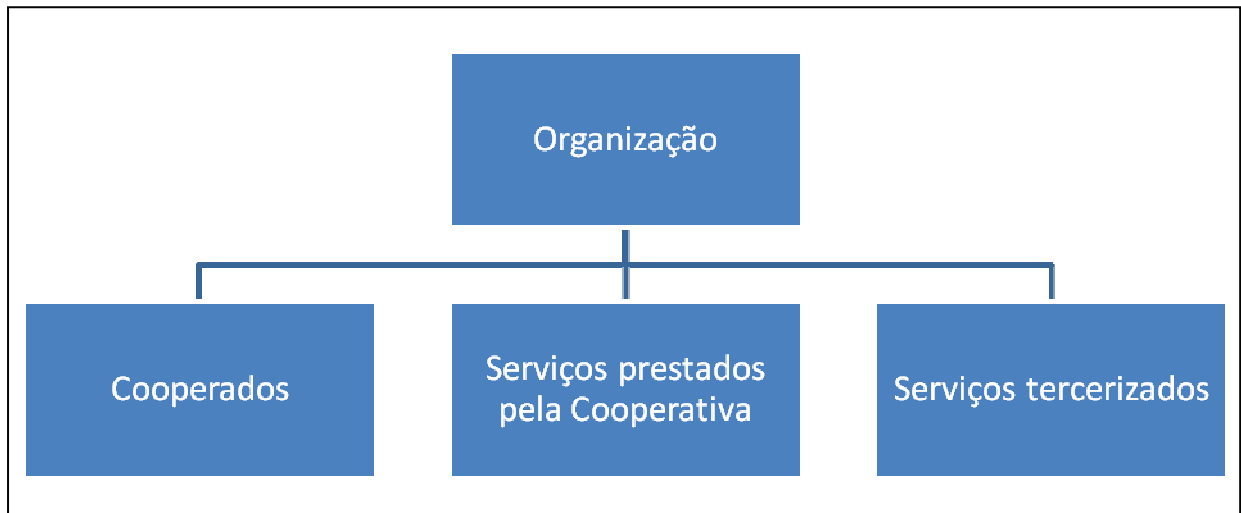


FIGURA 7 - Topos de prestadores de serviço da Organização

A figura 7 mostra a existência dos prestadores de serviços para a Organização os cooperados são os médicos que, ao mesmo tempo em que são donos da cooperativa, prestam serviço a esta. Os serviços são as consultas e demais procedimentos médicos para os quais são vinculados a cooperativo. Os serviços prestados pela cooperativa podem ser prestados diretamente pela cooperativa ou por empresas prestadoras de serviços pertencentes a esta.

Ainda pode ser visto na figura 10 existem serviços prestados pela própria Organização. Estes serviços podem ser oferecidos pela cooperativa propriamente dita ou por empresas pertencentes a esta, de forma análoga à Confederação pode ocorrer em cada uma das singulares. A mesma relação que acontece entre as empresas da Organização do Brasil ocorre nas singulares com os Hospitais Dia, Pronto Atendimento, Sistemas S.O.S. que pertencem às singulares.

Um terceiro conjunto de prestadores, mostrado na figura citada, são as organizações ou pessoas físicas, conforme o caso, os prestadores terceirizados. Esses serviços, prestados aos clientes da Cooperativa são ofertados por empresas pertencentes a terceiros, credenciadas para a realização de procedimentos específicos e, geralmente, remunerados pelos serviços realizados individualmente.

Segundo Duarte (2003), a Organização apresenta uma estrutura complexa com diferentes entidades jurídicas, decorrente da impossibilidade legal de cooperativas exercerem algumas atividades. Por essa razão alguns serviços de

suporte à saúde, oferecidos pela Organização, são realizados através de empresas pertencentes à federação.

O sistema Organização é composto por dois conjuntos de organizações de personalidades jurídicas distintas. O primeiro deles é composto pelas Cooperativas, e o segundo formado por um conjunto empresarial, a figura 11 aponta, como ocorre a relação das empresas pertencentes à Confederação Organização. Um terceiro elemento presente nessa relação são os médicos. Esses exercem um duplo papel o de sócio proprietário e o de prestador de serviço. Essa relação é mostrada na figura 11.

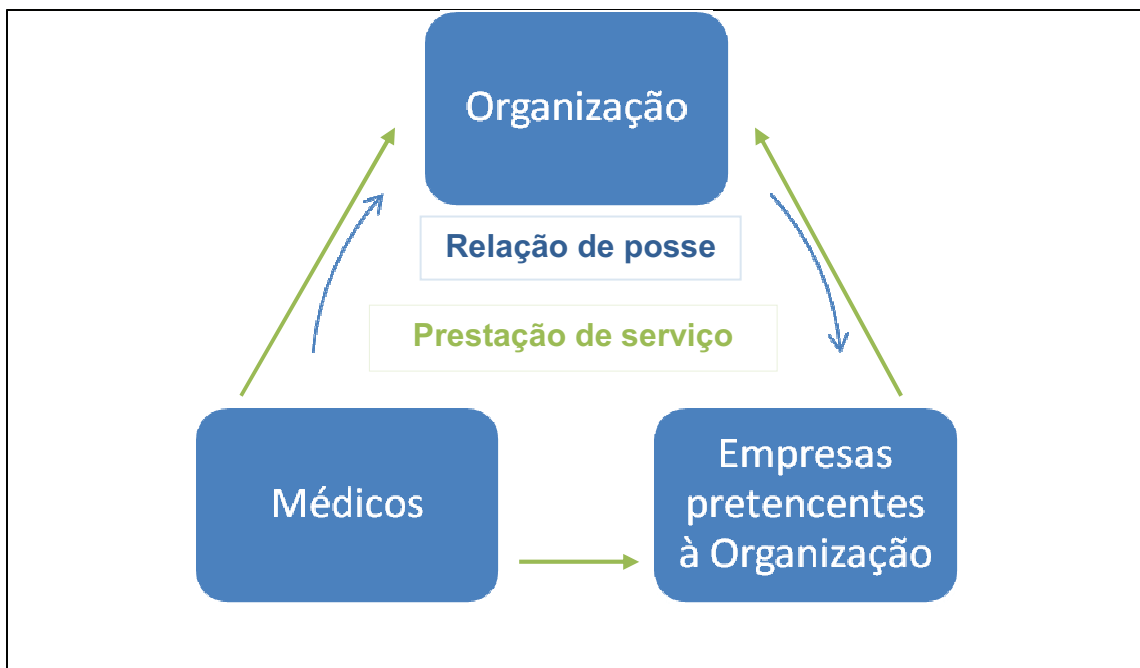


FIGURA 8 - Relação de posse e prestação de serviços

Conforme a figura 8 os médicos pertencentes às Organizações prestam serviços remunerados individualmente, porém, não é possível, por parte da Cooperativa, a contratação para prestação de serviço por outro vínculo. Um exemplo disso são os plantões realizados em hospitais. Geralmente são cooperados que realizam essa atividade. Porém, esses são cumpridos em empresas pertencentes à Organização e não à Cooperativa propriamente dita, propiciando uma forma alternativa de prestação de serviço do cooperado para a Organização. A impossibilidade de contratação de um médico pela Cooperativa ocorre em razão da relação de posse entre o mesmo e a Cooperativa da qual faz parte. Hoje, os

médicos associados são mais de cento e seis mil, enquanto que hospitais - apenas os credenciados, ou seja, não contando os contratados – são 3.244. “

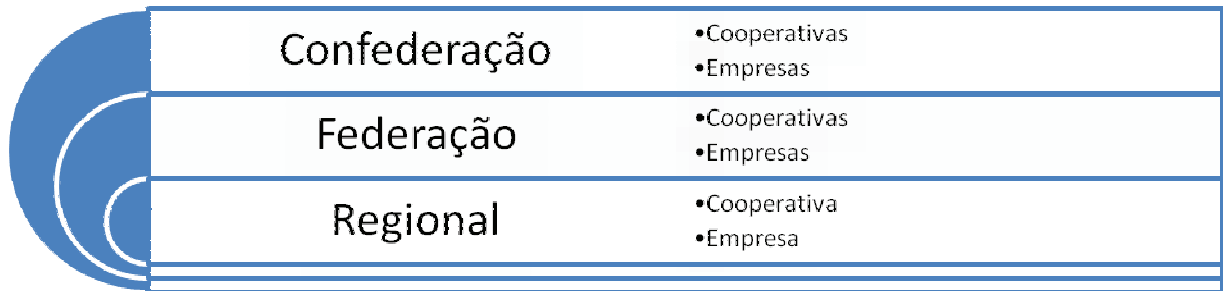


FIGURA 9 - Relação entre os níveis hierárquicos da Organização e seus componentes

Conforme a figura 9, o conjunto de empresas pertencentes a Organização prestam que suporte à atividade médica. O serviço é prestado para a Organização, mas frequentemente ocorre por meio da prestação dos serviços dos próprios cooperados. Essas empresas são geralmente os Hospitais Dia, Hospitais Gerais e Pronto Atendimentos. Essas empresas geralmente pertencem às Organização filiadas chamadas unitárias.

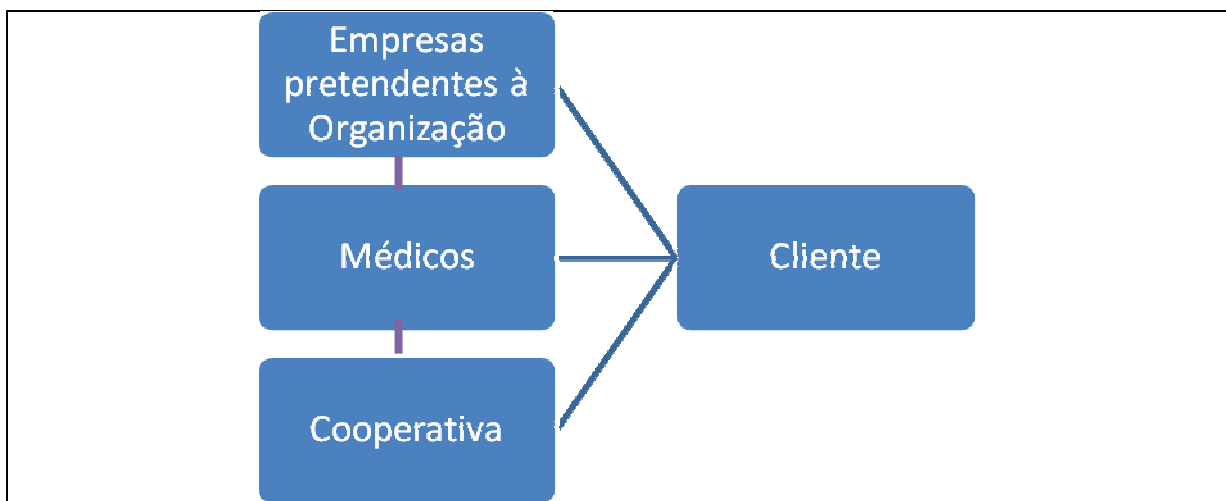


FIGURA 10 - Relações de prestação de serviços

Na figura 10 as relações de serviços prestados ocorrem entre os atores pertencentes à Organização, conforme visto na figura 11. Porém, na percepção do usuário desses serviços não é clara a existência de diferentes prestadores, possivelmente em razão da identidade visual e de marca. Exceção são os médicos que são percebidos como prestadores individuais.

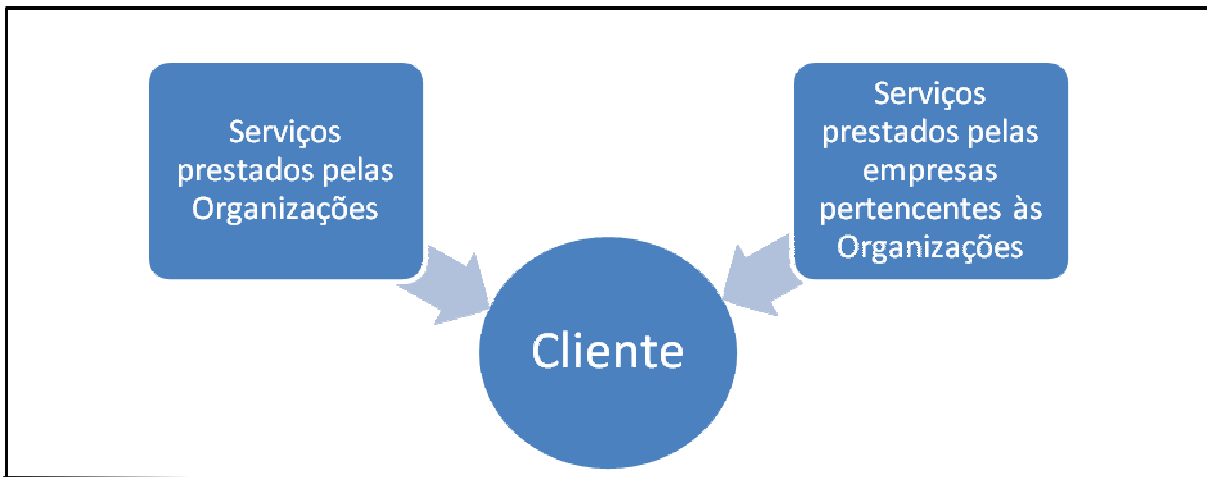


FIGURA 11 - Serviços prestados ao cliente Organização com a marca Organização e recorte da pesquisa

A prestação de serviços para os clientes Organização tem diversas origens, desde prestadores terceirizados, passando pela própria cooperativa e os próprios proprietários, toda instituição, porém grande parte desses serviços não apresenta de forma clara essa marca Organização (figura 11). O recorte da pesquisa é composto por serviços prestados pelo Sistema Organização, pela Cooperativa ou por empresas a essas pertencentes, em específico são os serviço de saúde de que os clientes percebem como realizados pela Organização e que apresentam a marca Organização, ou seja, suas unidades de negócios

Alguns elementos característicos das operações em saúde podem ser encontrados nos diferentes serviços oferecidos por organizações que atuam em Saúde. Esses elementos foram propostos inicialmente pela Alma-Ata (1978), sendo que cada um deles é caracterizado por ações e procedimentos, e levam a distintos resultados para a manutenção da saúde dos indivíduos.

Sob outro ponto de vista é possível que a relação direta com o consumidor possa trazer resultados positivos para a organização, mas a relação indireta, ou seja, a observação do cliente por parte da organização também poderia gerar alguma forma de aprimoramento.



Figura 12: Elementos possíveis de serem encontrados nas Operações em Saúde e nas Relações com o Cliente nas Cooperativas.

Conforme a figura 12, os resultados dos casos estudados pretendem verificar quais elementos entre Proteção, Prevenção, Cuidado e Reabilitação se encontram presentes nas operações em saúde das Organizações, e como as relações direta ou indireta influenciam nessas operações.

Especificamente, a Federação Rio Grande do Sul é composta por 29 Organizações, tendo sido fundada em 1972. Sua cobertura é de 496 municípios com mais de 1.700.000 clientes, distribuídos conforme figura 12.

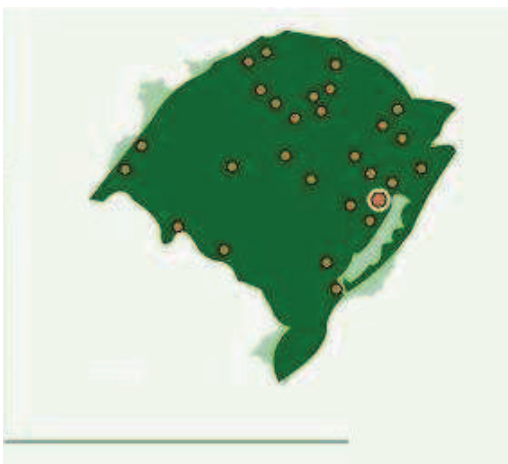


FIGURA 1 - Posição geográfica das sedes das Organizações pertencentes à Federação Rio Grande do Sul, com a posição da sede Federação em grifo.

Grande parte dos serviços oferecidos pelas Organizações é produzida localmente, mas alguns, são oferecidos a todas as unidades da Organização RS. Um exemplo é o serviço de remoção aérea, foi implantado em outubro de 1997, pertence ao sistema Organização do Rio Grande do Sul.

4.3 CASO 1

Essa Unidade federada foi fundada em 1972. Hoje, é a quinta maior do Estado, com mais de 135 mil usuários, 700 médicos cooperados (de 50 especialidades) e 500 funcionários, distribuídos entre atividades administrativas e atividades vinculadas diretamente à saúde.

A abrangência dessa Unidade da Cooperativa é de 28 municípios, agrupados geograficamente próximos. O objetivo principal dos cooperados é prestar atendimento médico aos clientes que os procuram em seus consultórios particulares. Com o decorrer do tempo, foram identificadas outras necessidades, que complementariam essa atividade, surgindo serviços de apoio.

O foco da pesquisa deste caso está nos serviços prestados pelo sistema Organização, que possuem a marca da Cooperativa e têm relação direta com o cliente. Esses serviços estão listados no quadro 2.

Serviço	Tipo da instituição a que pertence
Atendimento Domiciliar	Cooperativa
Hospital Dia	Empresa
Medicina Preventiva	Cooperativa

Quadro 2 - Relação dos serviços estudados no Caso 1

O Atendimento domiciliar: foi criado em 1999 e conta com a atuação de 18 pessoas, entre pessoal administrativo e de serviço de saúde. É dividido em: internação domiciliar e assistência domiciliar. A internação domiciliar consiste em que toda assistência que seria prestada num hospital é proporcionada, da mesma forma, na casa do cliente, com o mesmo rigor técnico. Para que este serviço seja realizado, é necessário que o médico e seu respectivo cliente concordem. Esse serviço tem uma frequência aproximada de 105 internações por mês.

A assistência domiciliar tem como público-alvo as pessoas com doenças crônicas ou com re-internações percebidas como frequentes. A partir do momento em que essas pessoas saem de uma internação, passam a receber visitas periódicas das equipes desse serviço. As equipes realizam uma função de controle e comunicam ao médico responsável qualquer alteração no estado de saúde desses clientes. O principal objetivo do serviço é evitar que as pessoas voltem a ser internadas. Complementarmente a esse serviço, são oferecidos empréstimos de equipamentos hospitalares e atendimento ambulatorial.

O Hospital Dia é uma unidade que tem por função, inicialmente, a realização de procedimentos ambulatoriais e internações de curta duração. O centro cirúrgico é composto por quatro salas e 12 leitos de recuperação, Pronto Atendimento de 16 leitos de observação e 24 de internação, totalizando 52 leitos. Atuam, aproximadamente, 70 profissionais, entre enfermeiros, técnicos, nutricionista, farmacêutico, pessoal administrativo, além dos médicos.

O serviço de medicina preventiva atende pacientes com índice elevado de re-internações. “Leva em conta o histórico do paciente; é feita uma investigação”. Tem a função de “evitar a hospitalização”. Existe uma sede onde os usuários desse serviço são atendidos, e, os que não podem ir ou não vão, podem receber o serviço em seus domicílios.

A central de relacionamento não é um serviço relacionado à atividade fim da Cooperativa, mas sim é sistema interno responsável por manter o relacionamento com o cliente. Realiza o atendimento ao público por telefone ou “na sede”. As dúvidas mais frequentes apresentadas são: instruções para facilitar o atendimento médico, instruções para internações, benefícios complementares dos planos de saúde, procedimentos ambulatoriais, exames e fisioterapia, especialidades e agendamento de consultas. Internamente é responsável pelo gerenciamento dos contatos dos clientes, buscando, em um primeiro momento, solucionar a eventual reivindicação e, posteriormente, encaminhar ao setor responsável o conteúdo do contato do cliente.

4.3.1 central de relacionamento

A Central de relacionamento não faz parte das atividades fins da cooperativa. A central de relacionamento com o usuário é o setor responsável por receber e dar o devido encaminhamento às críticas ou sugestões oriundas dos clientes.

Internamente, a Cooperativa tem o procedimento de encaminhar todas as críticas, sugestões e quaisquer outros contatos com o cliente para o setor de relacionamento com o cliente, que é internamente conhecido como “SAC”.

“SAC ...Tudo é encaminhado para o ...,encaminham para o SAC.” (S1.3)

“Existe estrutura formal, sendo que o SAC passa a documentação para o setor específico. É o principal meio de relação com o cliente.” (S1.2)

A central de relacionamento com o cliente cataloga os contatos dos mesmos e busca solucioná-los individualmente. Caso haja reincidência dos mesmos assuntos, encaminha a documentação para o setor responsável pela área, e elogios pessoais a funcionários são encaminhados a cada um.

Esse serviço se relaciona com o cliente por meio de telefone, e-mail, diretamente pela página da internet do Caso 1, carta, pela “caixinha de sugestões” e/ou contato pessoal.

Seguidamente chega um envelope aqui para um de nossa equipe [...] os envelopes tem elogios para os profissionais. (S1.9)

Serviço de Atendimento ao Cliente, Relacionamento com o cliente tem 5 operadores que contactam diretamente para o telefone pessoal [...] [também há] “Caixinha de sugestões em todos os locais. (S1.2)

Carta, E-mail (faz 1 ano e pouco); Contata direto no site. [...] A Organização tem formulários de sugestões, ela faz registros, tem também a pagina da internet.”(S1.3)



FIGURA 14 - Abrangência do Central de Relacionamento com o Consumidor em relação aos demais serviços, referindo-se ao contato com o cliente

Conforme constatado (fig. 14), essa central abrange todos os serviços fornecidos pela Organização, tanto próprios como de terceiros. Os serviços averiguados na pesquisa parecem ter como principal fonte de obtenção de informações, provenientes dos consumidores, essa central, tanto no que se refere a críticas como sugestões de alterações.

Os meios pelos quais a comunicação acontece são o telefone, e-mail, contato pessoal, documentação depositada na “caixinha de sugestões” e documentação referente à percepção dos serviços prestados (ficha de avaliação do serviço, quando disponível).

Porém, a percepção das pessoas que atuam na Unidade do Caso 1 é de que a maior parte das sugestões do consumidor não representa alterações significativas para a organização. As sugestões, em sua maioria, convergem para:

“A Organização tem formulários de sugestões, ela faz registros, tem também a pagina da internet.”(S1.3)

“Hospital Dia ter lancheria, estacionamento”.(S1.3)

No entanto, existem sugestões que podem ser implementadas, como:

“Vender plano regional, Estadual (...) A [CASO 1] comercializa apenas planos de saúde de cobertura na área de atuação da mesma. Um as outras unidades da Organização vendem planos nacionais.” (S 1.3)

Ainda:

“- Não tem cartão (...) A Organização não recebe pagamento em cartão de crédito ou débito, talvez esta seja a principal sugestão. Mas a Organização tem um faturamento alto. Já imaginou quanto tem que pagar para eles?” (Operadora dos cartões). (S 1.3).

Segundo a Organização, existe a intenção de seguir os pedidos dos clientes, porém, de um modo geral, essas contribuições não são de relevância estratégica. Porém, pode-se perceber um contra exemplo dessa afirmação:

“Reivindicação do cliente são planos de maior abrangência” (abrangência geográfica). (S1.4)

Essa proposta está em processo de avaliação pela Diretoria, para uma possível implementação, significando a operacionalização da contribuição do cliente. Outro exemplo de resposta a críticas do cliente foi a recente troca do piso da sede.

“Uma das reivindicações do cliente era o nosso piso que foi trocado.” (S 1.5)

Essas evidências podem apontar as respostas da organização à relação direta com o cliente. Os serviços, propriamente ditos, talvez pelo caráter técnico da saúde, não apresentam volume de críticas que impossibilitem a melhoria.

Aspectos inerentes a uma relação indireta com o cliente parecem não estar presentes nesse serviço. Parece não haver acompanhamento do comportamento do cliente nessa área.

4.3.2 Operações em saúde

A partir dos serviços que possibilitam à Organização ter contato com o cliente, com a finalidade de compreender as operações voltadas para a relação com o

cliente, como são adotadas as suas contribuições, obteve-se, os resultados descritos a seguir.

O Caso 1 iniciou a sua história vendendo planos de saúde, fazendo uma relação entre o médico cooperado e seu cliente. Porém, hoje, a gama de serviços oferecidos está bastante superior ao que foi originariamente proposto. A percepção da área administrativa parece indicar uma mudança de estratégia, verbalizada por um entrevistado:

“Um dos serviços recentemente desenvolvido é a medicina preventiva; isto é uma tendência.” (S1.1)

Inicialmente, todos os serviços relativos a atividades suportes ao procedimento médico eram realizados por prestadores de serviço, terceirizados. Com o passar do tempo, a estrutura da Cooperativa foi se ampliando, e, hoje, parte dessas atividades está sendo realizada pela própria Cooperativa ou por empresas pertencentes à mesma.

A ampliação dos serviços oferecidos proporciona sinergia entre os mesmos, o que resulta em maior eficiência da organização, ou seja, maior eficiência do que nos oferecidos separadamente. Isso caracteriza uma diversificação horizontal relacionada. As vantagens associadas a esse tipo de estratégia resultam em economias e inovação de escopo horizontal, ambas combinadas (WRIGHT et al., 2000). Um dos entrevistados do Departamento Comercial evidencia a vantagem econômica das economias de escopo horizontal:

“Temos ótimos resultados na Preventiva, redução de custos.” (S1.3, referindo-se ao Serviço de Medicina Preventiva).

Na Central de Relacionamento ao cliente, existe a mesma percepção: “O Hospital Dia tem custos mais baixos.” (S1.2)

O atendimento domiciliar, proporciona serviços complementares às atividades médicas na residência dos clientes que se encontram em estado de doença ou necessidade de atenção especial. As equipes formadas por enfermeiros e técnicos de enfermagem se deslocam segundo roteiros pré-estabelecidos e horários pré-determinados a fim de proporcionar o cuidado necessário ao cliente.

Esse serviço pode ser enquadrado a partir da classificação de Porter e Teisberg (2007) e Alma-Ata (1978) dentro de “cuidado”, ou seja, o cliente em estado de enfermidade pode se recuperar de seu mal em casa, com o acompanhamento médico e demais serviços de saúde característicos desta fase; e é realizada pelos profissionais com o acompanhamento das condições de saúde do cliente.

Para que esse serviço seja utilizado é necessário que o cliente e o médico tenham a anuência. Os clientes que utilizam esse serviço são aqueles que não estão em situação crítica de saúde. Isso é expresso pela fala do entrevistado:

Para nós prestarmos o serviço é necessário que o médico e o paciente concordem, a qualidade do serviço é mesma do hospital, mas o paciente se recupera em casa perto da família.(...) isso tem vantagem porque o doente se recupera rápido. (S1.9)

Essa relação acontece dentro da ótica tradicionalmente aceita em saúde que é o dipolo saúde doença (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2004).

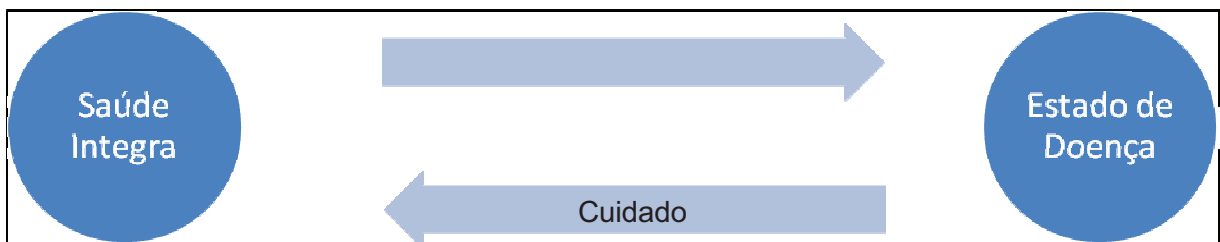


FIGURA 15 - Percepção tradicional da saúde
Fonte: Baseada em Associação Paulista de Medicina (2004)

Conforme a figura 15, essa visão percebe apenas a possibilidade de o ser humano estar saudável ou doente. Se estiver em boas condições de saúde não são necessários cuidados relativos à saúde, se está em estado de doença, essa deve ser tratada. Essa é a forma tradicional que a saúde costumava ser percebida. Consequência dessa percepção é a estrutura que as organizações, de um modo geral, implantaram e realizaram suas operações (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2004). O serviço de atendimento domiciliar apresenta ainda a característica de “prevenção” (PORTER; TEISBERG, 2007; ALMA-ATA, 1978), ou seja, a intenção de que o cliente não apresente o estado de doença. Essa forma de encarar a saúde agrega um terceiro elemento à percepção tradicional.

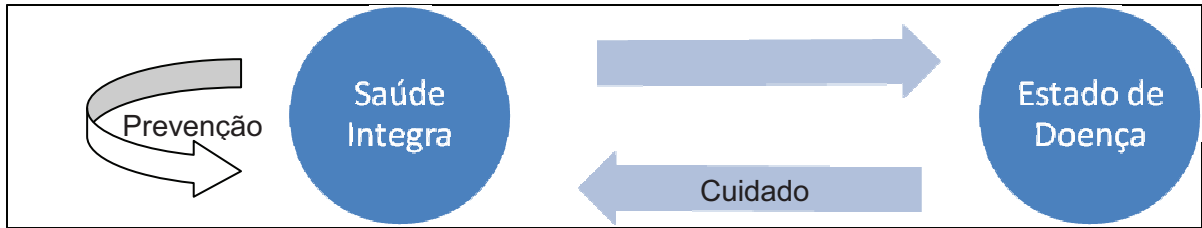


FIGURA 2 - Percepção tradicional da saúde com a prevenção de doenças
 Fonte: Baseada em Associação Paulista de Medicina (2004)

A figura 20 descreve que o cliente que eventualmente venha a apresentar um estado de doença pode através do “cuidado” retornar a saúde, mas é possível que o estado de doença retorne. A prevenção pretende evitar que o cliente venha a apresentar o estado de doença.

As ações de cuidados desenvolvidas pela Medicina Preventiva são as técnicas e procedimentos característicos desta etapa da recuperação do paciente. O médico indica quais ações adequadas a cada caso e estas são realizadas pelas equipes, de acordo com as especificações e horários indicados. É possível, em caso de necessidade, o deslocamento de uma equipe em horário fora do previamente estabelecido para o atendimento das necessidades do cliente.

O médico indica e nós fazemos, como no hospital; seguindo o horário e fazendo o que for necessário. (...) se o usuário precisar é só chamar que sempre tem alguém para atender. (S1.9)

O atendimento realizado pelo serviço Organização Lar tem um propósito de redução de custos. Poeter e Teisberg (2007) apontam este aspecto como crescente relevância para o setor. A redução dos custos com internações acontece, primeiro, como consequência da inexistência da estrutura física inerente a um hospital e em segundo a ausência da estrutura da “hotelaria” hospitalar. Como hotelaria entende-se todas as atividades necessárias para a adequada manutenção das acomodações, tais como manutenção, limpeza, lavanderia, recepção, entre outros, tanto em custos com material como com pessoas (LONDOÑO, 2003). O cumprimento desse objetivo, de redução de custos, é percebido pela organização, conforme o apontado pela fala:

Nosso serviço diminui os custos para nós [CASO 1] e também para o cliente, principalmente se tiver coparticipação, se não aparece na mensalidade. (S1.9)

O Hospital-Dia do Caso 1 apresenta características semelhantes às dos hospitais tradicionais, possui uma equipe de apoio ao médico, com enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionista, farmacêutico além da equipe administrativa. Além da possibilidade dos médicos pertencentes à Cooperativa.

Esta estrutura tem aproximadamente 4800 metros quadrados, a composição física dispõe de salas de recuperação clínica, são oferecidos serviços de quimioterapia ambulatorial, diagnóstico por imagem, centro cirúrgico, leitos de recuperação anestésica, Pronto Atendimento, de observação (adultos e pediátricos) e unidade de internação, porém, não dispõe de Centro de Terapia Intensiva (CTI) ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Esta ausência é percebida como um problema para o adequado funcionamento desta operação.

Nós não temos terapia intensiva, se tiver algum problema tem que mandar para o “Caridade” [hospital referencia da região de abrangência da [Caso 1] [...] é isso pode ser um problema... (S1.10)

Um hospital-dia se caracteriza primordialmente pelo seu funcionamento exclusivamente durante o turno diurno. Os procedimentos realizados em suas salas cirúrgicas são geralmente de baixa complexidade, de forma que o cliente possa, ao final do dia, deixar o estabelecimento. Dessa forma, os procedimentos realizados são previamente agendados.

O Hospital-Dia atende procedimentos ambulatoriais e internações de curta duração.

O hospital-dia é um hospital que só funciona de dia. Lá são feitas cirurgias eletivas que o paciente possa sair no mesmo dia. (S2.1)

“A gerência percebe que isto reduz os custos e facilita o acesso dos cooperados e clientes aos serviços prestados pelos médicos.”(S1.1)

Porém, essa característica básica de um hospital-dia não é muito clara nesta operação do Caso 1, possivelmente pela existência do serviço de Pronto Atendimento em anexo existem internações durante a noite.

Um hospital, como uma organização de saúde tradicional, apresenta uma visão tradicional do que é saúde. Se analisada pela proposta de Porter e Teisberg (2007) e Alma-Ata (1978), pode-se enquadrar como uma instituição de ações de “Cuidado”, ou seja, trazer o cliente em estado de doença de volta ao estado de saúde. A relação é a mesma encontrada na internação domiciliar do serviço de Organização-Lar (fig. 19).

Se comparados os serviços de Internação Domiciliar, oferecido pelo Organização-Lar ao serviço de Hospital dia, este serviço tem o acompanhamento dos profissionais de saúde mais próximos o que pode gerar uma atenção maior à doença em relação ao atendimento domiciliar, porém a duração do serviço de internação domiciliar tende ser maior.

[Em relação à Organização-Lar] Para nós prestarmos o serviço é necessário que o médico e o paciente concordem,[...] mas o paciente não pode estar tão grave.(S1.9)

Os hospitais da Organização começaram surgir no final da década de 1980. A possibilidade de uma operação semelhante a de um prestador possibilita o acompanhamento dos custos inerentes, servindo de concorrência para o prestador. Essa organização possibilita referenciar os custos apresentados pela rede credenciada e a redução dos mesmos (DUARTE, 2003). A preocupação com o custo é presente no Hospital-Dia do Caso 1 e um dos principais centros de custos está nas internações. Isto é verificado a partir da afirmação de um dos entrevistados.

O nosso principal centro de custos é o Hospital ,a internação e principalmente a UTI, tu sabe quanto custa? [...] é, é um monte de dinheiro por dia. (S1.9)

A possibilidade de redução de custo com hospitalização pode acontecer por uma adequação do uso de material e a consequente redução de custos. Esta possibilidade se evidencia com a afirmação de um dos entrevistados.

Por exemplo: um fio [referindo-se a fio de sutura comumente adotado em cirurgias] lá [se referindo ao maior prestador de serviços hospitalares] eles usam um que custa R\$ 38,- Aqui a gente usa um de R\$ 17,- que é bom também. Pra que isso, né? (S1.10)

Segundo a visão do público interno da Cooperativa, os resultados em relação à redução dos custos por meio desta operação são positivos. Isto fica evidenciado pela afirmação de um dos entrevistados.

“A gerência percebe que isto reduz os custos e facilita o acesso dos cooperados e clientes aos serviços prestados pelos médicos.” (S1.1)

O serviço de medicina preventiva para pessoas físicas do Caso 1 teve origem a partir dos médicos cooperados. Quando o diretor do serviço foi inquirido em relação à origem do serviço sua resposta foi:

Ah! Isso faz tempo, acho que foi em 1986 teve a Conferência Nacional da Saúde [...] e eu estava lá. Foram muitos sanitaristas e eles tinham essas ideias. Nós trouxemos a ideia, mas naquele tempo isso não estava maduro, depois essa ideia foi para a constituição de 1988.(S1.6)

A constatação apontada por Porter e Teisberg (2007), e percebida pelo Caso 1, dos crescentes custos dos serviços de saúde gerou, mais recentemente, o serviço de Medicina Preventiva. Esta operação surgiu a partir da análise dos relatórios produzidos pelo ERP, visando à redução de custos, considerando, ainda, as ideias já presentes de forma latente entre os médicos cooperados. Evidências podem ser observadas a partir das falas:

“O primeiro é a qualidade de vida dos pacientes e o segundo é a redução de custos.” (S 1.6)

“Apesar de o serviço ser novo obteve reconhecimento pela Organização. Nno princípio muitos eram céticos.” (idem)

“Hoje, os resultados já começam a aparecer. Resultou em uma significativa redução de custos assistenciais.” (idem)

O serviço de medicina preventiva do Caso 1 se for analisado dentro da ótica do paradigma de saúde proposto por Porter e Teisberg (2007) e Alma-Ata, (1978), diferentemente do serviço de internação domiciliar que apresenta caráter de “prevenção” e “cuidado”, oferece características que podem enquadrá-lo como de “prevenção” conforme figura 20.

Para o cliente utilizar o serviço é selecionado a partir do sistema de informações, mediante o critério custo.

“(...) é o custo, mas isso está refletindo a condição crônica do paciente. Nós queremos evitar a agudização; que leva a, a internação e piora da qualidade de vida.” (S 1.6)

“A medicina preventiva faz a verificação do histórico do paciente para evitar a hospitalização.” (S1.7)

Como primeiro passo, após a entrada do relatório para o programa, é realizado um contato telefônico para agendamento de visita. Posteriormente, é feita uma avaliação pela equipe e uma reunião clínica para a classificação de acordo com o nível de exigência do caso o que vai determinar a forma e frequência do acompanhamento. O perfil dos clientes é formado por pessoas em condições crônicas e de risco, com idade superior a 65 anos, ou que apresentem alguma seqüela.

Sob o aspecto legal, a ANS publicou uma portaria, exigindo a contratação de alguns profissionais da área da saúde que, anteriormente, não faziam parte dos planos de saúde. Em cumprimento à legislação e em acordo com a intenção de redução de custos os profissionais agora exigidos foram alocados neste serviço, conforme o indicado pela fala

O serviço de medicina preventiva é recente e apresenta resultados em conformidade com o esperado pela cooperativa. O que é apontado pela fala do entrevistado:

“Agora tem que ter novos profissionais... como: terapia ocupacional. [Mas] Preventiva, ANS não exige preventiva.” (S1.2)

“Ótimos resultados na medicina preventiva. Redução de custos.” (S1.3)

Durante o período de 2006 a 2007, a necessidade de remoções, ou seja, a utilização de serviço de ambulância da Organização, e as diárias de internação foram elevadas. Percebe-se que, após o acompanhamento do serviço, o cliente não necessitou internação (este é um dos grandes custos da cooperativa). Ocorreu um

aumento no número de consultas. Estas são relativas ao acompanhamento oferecido pelo serviço. E isto resultaria em uma redução dos custos totais.

4.3.3 Relacionamento com o cliente

A seção seguinte pretende identificar como acontece o relacionamento com o cliente no Caso 1 e em específico na Central de Relacionamento com o Cliente, Hospital-Dia e Atendimento domiciliar.

O objetivo de gerar satisfação mútua pode ser gerado por meio da construção de um bom relacionamento com o cliente. Morgan e Hunt (1994) apontam algumas características relevantes: comprometimento e confiança; tempo, ou seja: duração de longo prazo e investimento a longo prazo.

Identificou-se no Caso 1 duas formas de relacionamento com o cliente, a primeira delas é a relação direta. Morgan e Hunt (1994) apontam para a necessidade de um canal de comunicação entre a empresa e o cliente. Identificou-se que existe a busca por esta comunicação. As seguintes falas evidenciam esta intenção:

“Serviço de Atendimento ao Cliente, Relacionamento com o cliente tem 5 operadores que contactam diretamente para o telefone pessoal (...) [também há] “Caixinha de sugestões em todos os locais”. (S1.2)

“TV, Jornal, Mídia, Carta, E-mail (faz 1 ano e pouco); contata direto no site.” (S 1.3)

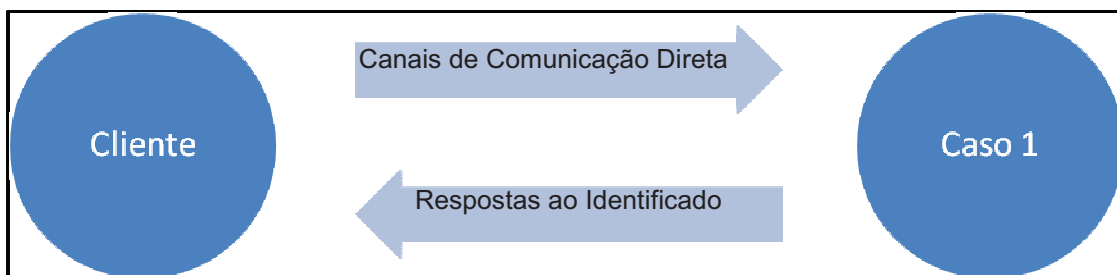


FIGURA 17 - Relação da relação comunicação e resposta
Fonte: Baseado em Morgan e Hunt (1994)

De acordo com a figura 17, o cliente tem contato direto com a organização. Esta comunicação acontece por meios dos canais disponibilizados pela Cooperativa.

O cliente pode entrar em contato com a organização e obtém a resposta diretamente.

A segunda forma de relacionamento com o cliente encontrada foi indireta. Esta forma consiste no acompanhamento do comportamento do cliente a partir de suas interações com a Organização e seus prestadores.

“Sistema de Cadastro Usuários, feito a partir do usuário (direto) familiar. A Organização entra em contato direto, a partir do sistema de cadastro de usuários.” (S1.2)

A Organização mantém um histórico de seus pacientes, sendo, possível rastrear e analisar seu comportamento por meio de um ERP. A partir dos relatórios emitidos pelo sistema ERP, é possível identificar os centros de maiores custos, chegando ao nível de se identificar pessoalmente, cliente a cliente,

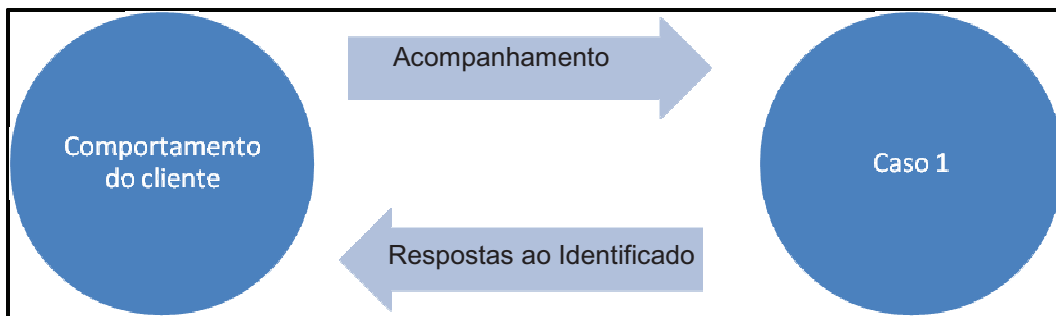


FIGURA 18 - Relação da relação indireta com o cliente
Fonte: Baseado em dados da pesquisa

A figura 18 descreve que a Cooperativa procura identificar o comportamento do cliente diante de seus serviços. Em um segundo momento procura responder adequando os serviços às necessidades percebidas pela organização do cliente.

Segundo o diretor do núcleo de relacionamento humano da Cooperativa, há a intenção de conhecer o cliente, isto pode ser demonstrado pela criação do serviço de relacionamento com o cliente, que tem “um ano e pouco” (segundo o entrevistado do Departamento Comercial).

Por outro lado, segundo um representante do Departamento de Pessoal da organização:

“A Organização não tem o hábito de realizar pesquisas, mas possibilita que sejam realizadas por estudantes, a partir das quais se tem estas informações.”(S1.4)

O atendimento domiciliar interage com clientes em estado de doença e seus familiares. A relação como cliente acontece com a interação próxima entre as partes e por meio de uma ficha de avaliação do serviço. Disponibilizada ao cliente no último momento da prestação do serviço. Esta ficha não é disponibilizada para todos os serviços.

No último dia a equipe entrega este formulário aqui. É uma avaliação do serviço, eles [os clientes] podem colocar o que quiserem, mas nós não temos críticas. Depois eles colocam em um envelope e entregam para a equipe quando eles vão embora, ou podem deixar na cede. (S1.9)

Um resultado que pode ser percebendo da interação direta com o cliente é a alteração dos horários em que ocorrem os procedimentos. Muitos procedimentos acontecem de forma periódica, em intervalos de tempo regulares. As equipes procuram adequar estas exigências dos tratamentos, com a anuência dos médicos, com horários que causem menor desconforto ao cliente e seus familiares, esta interação pode ser classificada como resposta a relação direta com o cliente (fig. 18).

Durante a noite tem menos gente, procuramos fazer tudo de dia por causa do usuário. Se tem que realizar um procedimento de 6 em 6 horas, por exemplo, vamos ajustar para não ser em horário ruim.(S1.9)

A relação indireta como cliente acontece em um primeiro momento do perfil do cliente e a consequente possibilidade de oferta deste serviço para este.

Para nos prestarmos o serviço é necessário que o médico e o paciente concordem,[...] mas o paciente não pode estar tão grave.(S1.9)

A contribuição do cliente no serviço de atendimento domiciliar do Caso 1 parece propiciar ajustes nas rotinas executadas pelas equipes e não na criação de novas formas de prestação deste serviço.

O Hospital-Dia do Caso 1 tem a unidade de pronto atendimento da Cooperativa em anexo. Esta característica consiste em uma restrição para a análise isolada destes serviços.

No Hospital-Dia parece acontecer através do P.A. ou pelos médicos que realizam procedimentos de forma eletiva. A relação direta entre o hospital e o cliente parece acontecer ou em situação de urgência e emergência ou por procedimento previamente agendado. Esta relação acontece tanto com o cliente internado como com os familiares.

Geralmente não temos problemas com os usuários pacientes, mas às vezes tem com os acompanhantes. Eles às vezes ficam nervosos e descarregam em nós. (S1.10)

Este serviço apresenta, como os demais serviços oferecidos pelo Caso 1 um ponto de coleta da opinião do cliente, a caixinha de sugestões. O cliente em estado de doença, segundo um representante do serviço do Hospital-Dia não costuma apresentar reivindicações que possam trazer melhoria à atividade fim do serviço.

O paciente só quer ser bem tratado. (S1.10)

Porém os clientes do plano, em estado de doença ou acompanhantes, apresenta algumas críticas e sugestões que se concentram em atividades complementares.

*As principais reclamações dos clientes são em relação a recepção e a demora do atendimento, lá é meio confuso os usuários tem que ir e voltar. [...] tem o guarda que fica distribuído as fichas.(S.10)
Hospital Dia ter lancheria, estacionamento".(S1.3)*

Pode-se identificar a comunicação direta entre o cliente e a organização. A Cooperativa parece disponibilizar meios para a comunicação do cliente para com a organização, mas parece não apresentar respostas às propostas.

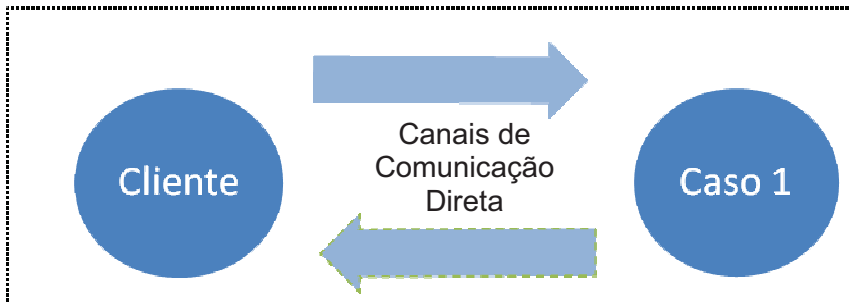


FIGURA 19 - Representação da relação com o cliente, canais de comunicação direta
 Fonte: Baseado em Morgan e Hunt (1994)

Segundo identificado na figura 19, o cliente para o qual o serviço está sendo prestado não costuma apresentar opinião capaz de gerar mudança, mas possivelmente os acompanhantes apresentem ideias críticas ou sugestões capazes disto. Porém, parece nem sempre existir a resposta adequada por parte da organização. Sob o ponto de vista da relação indireta entre a empresa e o cliente, ou seja, o acompanhamento do comportamento do cliente frente à organização, analisado e interpretado pela organização, parece não existir.

A medicina preventiva para pessoas físicas do Caso 1 tem por objetivo evitar a reinternação dos clientes Organização. Isto teria duas consequências: uma para o cliente e outra para a organização: a não necessidade de internações, hospitalares ou mesmo domiciliares, representam melhor qualidade de vida para o cliente e para a organização representa redução de custos, segundo a percepção do entrevistado S1.6.

*“Nosso principal objetivo, neste serviço, é oferecer qualidade de vida para o paciente. Em um primeiro momento o paciente crônico, para evitar a agudização.”
 (S 1.6).*

A relação direta com o cliente acontece durante a interação da equipe e o cliente nos momentos em que são realizadas as atividades de prevenção. Estas atividades se aproximam de uma reeducação, são passadas novas posturas e condutas diante atividades e ações que podem eventualmente gerar risco saúde do cliente.

Um segundo fim das atividades é prestar apoio psicológico ao cliente, paciente crônico e pessoas próximas, o terceiro fim das atividades é o acompanhamento da evolução dos casos dos clientes.

“Aqui, a gente sempre fala que aqui, um dos objetivos do programa também, além da qualidade de vida, é a fidelização do paciente da família do parente que a gente sabe que às vezes tem um parente aqui que tem os parentes tudo em Minas Gerais e associam a marca aqui com o representante de lá (...)” (S 1.7)

Não foi possível identificar resultados de uma relação direta entre o Cliente e a Cooperativa. Porém parecem existir reflexos da relação indireta entre a organização e o cliente.

A Organização mantém um cadastro dos clientes, e nele está registrada a interação entre a organização e o cliente. A identificação do perfil dos usuários de maior custo possibilitou o desenvolvimento deste serviço que tem a tarefa de reduzir os custos gerados por estes. O perfil identificado foi de clientes pacientes crônicos e sequelados. Para cada perfil identificado foi desenvolvido um conjunto de ações adequado às necessidades específicas.

“Nos construímos tudo isso aqui de acordo com as necessidades do paciente e para poder atender melhor o paciente crônico.” (S 1.6).

Segundo o Caso 1 é usual o cliente com o perfil atendido por este serviço apresentarem uma percepção negativa de sua qualidade de vida.

“As pessoas que tem geralmente este perfil tem uma percepção de sua qualidade de vida ruim.” (S1.9)

Mas as ações desenvolvidas parecem estar apresentando resultados positivos. Segundo a avaliação dos colaboradores da Organização este é um serviço de boa aceitação pelo seu público.

“O cliente deste serviço sente-se muito satisfeito com” (S1.8). “Com a visita de um profissional da saúde em casa já melhora, Muitas coisas das queixas, uma pessoa queixosa, (...) Só de ter uma pessoa dando a atenção e se mostrando interessada ela já melhora, a gente vê assim um retorno bem grande.” (S 1.7)

A Figura 26 apresenta resultados da autopercepção do cliente usuário da medicina preventiva do Caso 1. Os resultados encontrados mostram que ao contrario do esperado da autopercepção dos clientes de perfil trabalhado pelo

serviço de medicina preventiva, os clientes usuários apresentam a autopercepção positiva.

Outras constatações foram observadas. O cliente é considerado ator de grande relevância para o Caso 1, pois, segundo entrevistada da área de relacionamento com o cliente, ele

“É o dono e não empregado; levanta a cooperativa, principal pessoa do plano de saúde. Muitos médicos se acham o principal... Principal, 1.º o cliente; 2.º funcionários. Os médicos não se sentem parte da cooperativa.” (S1.2)

Os funcionários do Caso 1 parecem desconhecer, de forma clara, as estratégias da organização, pois, embora não estivesse entre os quesitos buscados na presente pesquisa, ficou evidenciado pelos funcionários um problema de comunicação. Uma evidência dessa constatação está na seguinte afirmação:

“A gente muitas vezes fica sabendo pelo problema do usuário, não tem documento interno.” (S 1.2)

A estrutura da organização parece apresentar problemas na comunicação. Conforme observação do setor de relacionamento com o consumidor, isso é evidenciado como segue:

“Muitas vezes, (o setor de relacionamento com o Cliente) fica sabendo pelo problema do usuário, não tem documento interno.” (S 1.2)

“Foi criado Sistema informatizado e feito treinamento. Só que o sistema não é alimentado pelo médico.” (idem)

“Comercial poderia comunicar melhor” (idem).

Morgan (2007) aponta como possíveis barreiras ao processo produtivo a falta de especificações, as diferenças de linguagem, entre outras. Essas barreiras possivelmente estejam vinculadas à falta de comunicação na organização.

Segundo as entrevistadas do departamento comercial, a maioria das reclamações dos clientes ocorre em relação ao preço, mas, todos os planos do Caso 1 que passarão a ser vendidos, num futuro próximo, terão co-participação (o cliente paga parte do que venha a usar).

4.3.4 Considerações sobre o Caso 1

Segundo Morgan e Hunt (1994), é importante, para a empresa, a criação de um canal de comunicação infalível e duradouro, mas, geralmente, as iniciativas empresariais são sazonais. A partir das evidências colhidas, evidencia-se que este não é o caso. Percebe-se que existe a intenção de conhecer o cliente e sua opinião.

Uma característica bastante evidente neste segmento do mercado é a existência de uma relação a longo prazo: um cliente pode ser usuário de uma mesma prestadora de serviços de saúde suplementar durante toda a vida.

“- A gente vende um serviço a longo prazo.” (S 1.4)

Os clientes não necessariamente usam o serviço de saúde durante todo o tempo da vigência do contrato e, muitas vezes, a utilização do serviço acontece um longo tempo depois do início formal da relação.

Atualmente, as críticas e sugestões, provenientes dos clientes, de um modo geral, apresentam um caráter secundário para a real melhoria do serviço, segundo a visão da Organização.

“- As ideias dos serviços partem do público interno.” (S 1.3)

Em muitos segmentos de mercado, os prestadores de serviço pertencem à mesma organização em que o cliente realizou o contrato. Entretanto, a saúde suplementar tem grande parte de seus serviços terceirizados. Essa característica faz com que o cliente tenha que ter confiança na qualidade técnica do serviço e na organização com a qual mantém o contrato.

A confiança no contrato de prestação é mostrada pela permanência do vínculo entre a Organização e o cliente, e é apontada pelos colaboradores da organização.

“- Nosso cliente é fiel: não deixa a Organização.” (S 1.3)

O aspecto do comprometimento organizacional com o cliente mais evidente na Organização é o Departamento de relacionamento com o consumidor, uma vez que todos os entrevistados pertencentes ao público interno da cooperativa o citaram:

“ Cliente? Encaminha pro SAC.” (S 1.3)

O serviço de Medicina Preventiva também é uma constante na mente dos colaboradores, quando abordado o relacionamento com o consumidor, mas ainda não tem uma grande porcentagem de clientes usuários que demandam esse serviço.

“- O pessoal da medicina preventiva faz uma boa relação com o cliente.” (S 1.3)

O investimento de longo prazo é contemplado pela criação dos serviços de medicina preventiva e internação domiciliar.

“Nosso principal objetivo, neste serviço, é oferecer qualidade de vida para o paciente. Em um primeiro momento o paciente crônico, para evitar a agudização.” (S 1.6).

“Nos construímos tudo isso aqui de acordo com as necessidades do paciente e para poder atender melhor o paciente crônico.” (S 1.6).

“Aqui, a gente sempre fala que aqui, um dos objetivos do programa também, além da qualidade de vida, é a fidelização do paciente da família do parente que a gente sabe que às vezes tem um parente aqui que tem os parentes tudo em minas gerais e associam a marca aqui com o representante de lá (...)” (S 1.7)

A partir dessa observação, pode-se ver que a Organização procura cultivar uma relação com seus clientes a longo prazo.

A Cooperativa tem buscado um constante aprimoramento; procura perceber as necessidades do cliente e atendê-las. Porém, grande parte das vezes, o cliente não tem plena consciência de seus desejos e necessidades, segundo S1.6.

Quando os entrevistados foram perguntados sobre os serviços recém-criados, com a contribuição do cliente, as respostas são claras em apontar a Medicina Preventiva.

Esse serviço foi criado a partir do acompanhamento do cliente, ou seja, a organização aprendendo mediante a interação com o cliente, mas não com sua opinião.

A partir do que se observou, percebe-se a construção de serviços que vêm complementar a função principal da cooperativa. Os serviços, anteriormente citados, aproveitam, de forma mútua, parte da estrutura, ao mesmo tempo em que suprem, de forma mais completa, as necessidades do cliente nos momentos em que necessita dos serviços prestados.

Quando a pergunta foi feita diretamente, para saber se o cliente participa da criação de novos serviços, a resposta foi um “não” consensual. Porém a contribuição que indica os caminhos e estratégias da organização parte do cliente, mas não necessariamente da formalização de sua opinião. Entre as formas de o Caso 1 conhecer o cliente, estão: “Cadastro de Usuários”, “Cadastro do Hospital” e “Histórico do Paciente”. Esses elementos propiciam uma investigação e possibilitam uma adequação dos serviços às suas necessidades. Por fim, influenciam a estratégia de ação da organização.

Segundo a Organização, existe a intenção de seguir os pedidos dos clientes, porém, de um modo geral, essas contribuições não são de relevância estratégica. Os serviços propriamente ditos, talvez pelo caráter técnico da saúde, não apresentam volume de críticas que impossibilitem a melhoria. A Organização passou por uma alteração de paradigma no momento em que deixou de apenas encaminhar seus clientes para seus prestadores e passou a buscar evitar que seus clientes necessitem da utilização de outros serviços.

“O cliente não ajuda na criação do plano, mas dá o caminho.” (S 1.3)

“A ideia da preventiva existe há muitos anos, mas só agora pode ficar madura” (...) muitas vezes os profissionais tem dificuldades em entender nosso ponto de vista.”.(S1.6)

Essa fala representa a mudança na forma de encarar o serviço de saúde e um novo paradigma que, aos poucos, é implantado para o meio.

A questão custo apresenta uma crescente importância para a Organização. Essa questão faz com que a organização busque aprender com o meio, não apenas de forma reativa ou criativa em relação à interação com o meio, mas, sim, buscando uma melhoria em sua relação com o próprio meio em conformidade com o identificado por Porter e Teisberg (2007).

A percepção da Organização de aumento dos custos observados na medicina, de um modo geral, indica uma mudança no meio da organização. A reação da Organização em busca da redução de seus custos, a partir do acompanhamento do comportamento do cliente, mostra uma intenção de a organização aprender.

Os serviços de “Medicina Preventiva”, “Hospital Dia” e “Organização Lar” mostram o aprendizado gerado a partir das mudanças do ambiente e o acompanhamento do consumidor.

Pode-se perceber que o Caso 1 tenta utilizar um conjunto de recursos para obter vantagem competitiva baseada no que é valor, ou seja, o que é importante para o cliente.

Segundo Porter e Teisberg (2007), os clientes em situações urgentes e de risco de morte, bem como seus familiares raramente são sensíveis à variável preço, mas a co-participação e as deduções nos planos de saúde ajudam a tornar o preço um fator de decisão. Esta constatação pode ser percebida no Caso 1, O Hospital Dia atende procedimentos ambulatoriais e internações de curta duração e reduzir custos.

“A gerência percebe que isto reduz os custos e facilita o acesso dos cooperados e clientes aos serviços prestados pelos médicos.”(S1.1)

A situação descrita traz a questão custo como relevante e, segundo a percepção de Wright et al. (2000), é uma das vantagens oferecidas pela estratégia de diversificação horizontal relacionada, adotada nesses serviços.

Até Aproximadamente dois anos atrás, o Caso 2 administrava um Hospital Geral, enquadrando-se essa ação na estratégia anteriormente mencionada. A razão disso não foi possível averiguar com profundidade. As pessoas da empresa dizem:

“- Sobre isso tem comentários”.

Mas, segundo um entrevistado da central de relacionamento com o cliente, o Hospital Geral foi trocado por uma carteira de cliente com o maior hospital da região, que anteriormente tinha um plano de saúde, evidenciando uma estratégia de redução (WRIGHT et al., 2000).

Podem-se ainda identificar elementos da Escola do Aprendizado, que entende o mundo como demasiadamente complexo para que as estratégias sejam desenvolvidas num só momento, podendo projetar as estratégias em prazo relativamente curto, na medida em que a organização “aprende” (MINTZBERG et al., 2000).

“A Organização está sempre em mudança, sempre em coisas novas, (...) as ideias vêm de outras Organizações, dos médicos, enfermeiros e congressos.” (S1.9).

Busca-se identificar a intencionalidade do Caso 1 em operacionalizar ações que reflitam as necessidades do cliente, conhecer o cliente – e, se há - quais os canais que estão disponíveis e quais são utilizados. Pelos recortes das entrevistas, apresentados a seguir, percebe-se a existência da uma intenção por parte da organização de conhecer o cliente:

*“A Organização tem formulários de sugestões, ela faz registros, tem também a pagina da internet.”(S1.3)
 “(...) tem o SAC há mais ou menos um ano.” (S1.3)
 “(...) tem a medicina preventiva, SAC e Domiciliar (...)”(S1.4)*

Quando questionados sobre a consideração das experiências dos clientes na criação de um novo serviço, as respostas foram negativas:

*“Não participa.” (S1.4)
 “Não, parte do público interno.”(S1.2)
 “O usuário é quase o último a saber.”(S1.3)*

As falas do público interno da Cooperativa revelam a intenção de conhecer o cliente:

“Serviço de Atendimento o Cliente, Relacionamento com o cliente e tem 5 operadores que contactam diretamente para o telefone pessoal” (...) “Caixinha de sugestões em todos os locais.” (S1.4)

“TV”, “Jornal, Mídia, Carta, E-mail (faz 1 ano e pouco); Contata direto no site.” (S1.3)

Além disso, existe uma percepção de aumento de custos no setor:

“Os custos da saúde têm aumentado nos últimos tempos.” (S1.6)

quais são os maiores “gastadores”:

“Um dos grandes gastos são as internações [...]” (S1.3)

“Alguns setores veem as necessidades dos clientes mais a ANS.” (S1.2)

“Pacientes com reinternações geram um alto custo para nós.” (S1.7)

“Reinternações são os pacientes que voltam para o hospital pelo mesmo problema que antes, não se cuidam, né?” (S1.6)

A partir dos relatórios gerados pelo ERP, a Organização procurou verificar que estratégias poderiam ser utilizadas para resolver o problema, valendo-se da experiência prévia de outras Unidades Federadas.

Por outro lado, a ANS legislou recentemente, exigindo dos serviços de saúde suplementar a contratação de profissionais de diversas formações relacionadas, como fisioterapeutas, psicólogas e nutricionistas, mas sem especificar onde devem ser alocados (ANS, 2009).

Somadas essas duas abordagens distintas, a estratégia adotada foi de criação de serviços que evitassem a reinternação. Com a intenção de tentar reduzir a incidência de pacientes reinternados, foi criado o serviço de Medicina Preventiva.

“A medicina preventiva faz a verificação do histórico do paciente para evitar a hospitalização.” (S1.7)

“Ótimos resultados na medicina preventiva. Redução de custos.” (S1.3)

“(...) Medicina preventiva é uma tendência.” (S1.1)

O cliente é considerado importante, pois, segundo entrevistada da área de relacionamento com o cliente, por outro lado, existem sugestões que podem ser implementadas, como:

“Vender plano regional, Estadual (O Caso 1 comercializa apenas planos de saúde de cobertura na área de atuação da mesma. Um das outras unidades da Organização vendem planos nacionais)” (S 1.4.)

Uma das principais demandas dos clientes é a possibilidade de pagamento por meio de cartões de débito e crédito:

“- Não tem cartão. A Organização não recebe pagamento em cartão de crédito ou débito, talvez esta seja a principal sugestão. Mas a Organização tem um faturamento alto. Já imaginou quanto tem que pagar para eles?” (operadora dos cartões), (S 1.1.).

Essa reivindicação está em análise por parte da diretoria.

Partindo-se da relação das operações e cliente o objetivo de identificar como são tratadas as contribuições do cliente bem como a consequência para a organização.

O Caso 1 parece enquadrar-se no conceito de estratégia inovadora, proposto por Mintzberg et al. (2000). Porém, existem vários elementos envolvidos na estratégia da Organização. Pode-se ressaltar o fato de ser uma cooperativa evidencia a questão “cultura”, as constantes mudanças no mercado provocam a necessidade de adaptações e a frequência de troca de diretoria faz com que o planejamento nem sempre seja possível em um longo prazo.

Parece clara a intenção de a Organização ter a melhoria de seus serviços a partir do cliente, porém essa melhoria não acontece a partir da fala do cliente, mas, sim, do acompanhamento do uso dos serviços oferecidos.

O segundo objetivo buscado é como as operações refletem as contribuições do cliente: Foi verificado o conjunto dos recursos é capaz de fornecer vantagem competitiva (BARNEY, 1991). Porter e Teisberg (2007) relacionam habilidades específicas, geradas a partir dos recursos e valor. A partir do pesquisado evidenciou-se que valor pode ser gerado por habilidades específicas da

organização.

Recentemente, foram criados novos serviços, que têm o objetivo específico de tentar dar ao cliente o que lhe é importante: serviços como Organização Lar e Medicina Preventiva. Esses pretendem dar qualidade de vida ao cliente. O serviço Organização Lar, que é um serviço de internação domiciliar, pretende dar o apoio técnico em saúde que um cliente internado teria em um hospital em sua própria casa, mantendo-o em um ambiente familiar e com redução de custos hospitalares.

O serviço de medicina preventiva visa à qualidade de vida do cliente, doente crônico. Seu objetivo é de que o cliente não volte a ser internado em hospitais ou, mesmo, no serviço de medicina domiciliar. Esse serviço pretende dar suporte para as condições de prevenção por meio da ação de equipes multidisciplinares de saúde em seu apoio. O resultado é, para o cliente, a não internação e, para a cooperativa, redução dos custos hospitalares. Segundo o diretor do serviço de Medicina Preventiva, no período de 2007-2008, houve uma inflação médica de 20% nesse período, mas a Organização o Caso 1 conseguiu uma redução de 11,28% nos gastos hospitalares. O principal fator seria a ação da Medicina Preventiva, conforme figura 18.

A percepção de Morgan e Hunt (1994) aponta algumas características consideradas relevantes para um bom relacionamento com o cliente e consequentes bons resultados dessa relação: comprometimento e confiança; tempo, ou seja, a duração de longo prazo e investimento a longo prazo. O objetivo específico pretende averiguar qual ou quais dessas características podem ser encontradas na relação entre a organização estudada e seus clientes.

É característico do segmento de saúde suplementar a relação por um tempo indeterminado. Essa característica tende, naturalmente, ao longo prazo; isso contempla uma das características buscadas na relação: o comprometimento.

A relação de confiança parece existir, como o cliente deposita, muitas vezes, sua vida na prestação do serviço. Ele poderia mudar de plano de saúde, mas, segundo a percepção interna da organização, o cliente é fiel.

O comprometimento com os clientes é algo constante na mente dos

colaboradores do Caso 1, a ponto de, em alguns casos, os entrevistados os acharem mais importantes do que os médicos proprietários. O serviço de relacionamento com o cliente mostra a intenção, mas possivelmente esta intenção seja mais clara no serviço de medicina preventiva, que está voltado completamente às necessidades do cliente.

O último aspecto se relaciona ao investimento a longo prazo. Mais uma vez, os serviços de hospital dia, internação domiciliar e medicina preventiva apontam para essa intenção. Esses serviços mostram que a cooperativa investe na relação de longo prazo com o cliente.

Embora essa expressão não tenha sido utilizada pelos entrevistados, essas características aproximam-se das relações de marketing de relacionamento. Esse tipo de relação pode gerar, a longo prazo, satisfação para ambas as partes envolvidas (MORGAN; HUNT, 1994).

O quarto objetivo específico é como a organização pode aprender com o cliente. Existem três diferentes níveis de aprendizado de acordo com a postura da organização em relação ao mesmo, iniciando pela reação ao erro, à criatividade em relação às relações e, por fim, à interferência no meio.

O Caso 1 passa por um momento em que ocorre uma mudança no seu paradigma de relação com o cliente. Embora essa mudança não tenha sido gerada pelo cliente, mas pelo ambiente, essa alteração influencia o próprio ambiente, com consequências para os tradicionais prestadores de serviços.

O objetivo de Identificar como a experiência do cliente de uma empresa de saúde suplementar pode refletir-se na gestão organizacional pode ser percebido na busca em oferecer serviços inovadores no contexto da saúde, a partir de sua percepção da necessidade do cliente. Embora propicie a contribuição do cliente sob a forma de críticas ou sugestões, estas não têm trazido alterações profundas nos serviços oferecidos. Dessa forma, a contribuição a partir da expressão da vontade do cliente não tem tido reflexo na gestão da organização de saúde suplementar.

Porém a interação entre empresa e cliente tem possibilitado o aumento de informações e consequente aprendizado sobre o cliente, possibilitando o

desenvolvimento de novos produtos e serviços de acordo com as necessidades do cliente, concordando com o descrito por Porter e Teisberg (2007).

A experiência do cliente na Organização-SM se reflete na gestão de uma empresa a partir da análise e do acompanhamento de seu comportamento na utilização dos serviços oferecidos.

Os resultados gerais evidenciados são resultados positivos evidenciados pela diminuição dos custos e melhora da qualidade de vida, por meio da diminuição de interações e satisfação do cliente.

4.4 “CASO 2”

Para o caso 2 as entrevistas não foram gravadas por não haver permissão para tal. Os primeiros contatos objetivaram a coleta de informações gerais da organização. Posteriormente, foi aplicada a pesquisa semi-estruturada e, num terceiro momento, houve um aprofundamento dos pontos relevantes.

Na década de 1970, havia Sociedade de Medicina de Novo Hamburgo que incentivava a cultura e eventos científicos. A partir dessa sociedade, surgiu a ideia da Organização local. A Unidade Caso 2 foi fundada em 1975. Em um primeiro momento, a intenção da cooperativa foi a prestação de serviços a empresas. Durante esse momento histórico, a cidade estava passando por um período de rápido desenvolvimento industrial (indústria calçadista) e populacional.

Os médicos da região acreditavam que nada seria feito a curto ou médio prazo para a melhoria das condições de assistência à saúde daquela comunidade, justificando, a criação da cooperativa. Com o passar do tempo, a Cooperativa percebeu que não apenas as empresas precisavam da prestação de serviços de saúde, mas também as pessoas físicas. Desse modo, a Organização passou a oferecer planos individuais e familiares conforme o Gerente do Departamento Comercial.

Nos anos seguintes, aconteceu a expansão da cooperativa para os municípios da região. Hoje, conta com 385 médicos, em 39 especialidades; 337 funcionários, três unidades de atendimento 24h (Novo Hamburgo, São Leopoldo e Campo Bom); unidades administrativas nas demais cidades; dois hospitais-dia 24h; um hospital com duas unidades de internação clínica e cirúrgica, bloco cirúrgico, UTI adulto, UTI neonatal, centro de diagnóstico, serviço de endoscopia e colonoscopia, 72 leitos; SOS (ambulâncias e UTIs móveis para remoções e resgates) e Organização Lar. Da mesma forma que o Caso 1, oferece planos familiares/individuais, empresariais e medicina ocupacional.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, “saúde é o completo bem-estar físico, mental, psicológico e social do indivíduo”. Em conformidade com esta percepção a organização que pretende preservar a saúde de sua população, tem como: Visão: “Vida como valor maior”; Missão: “Promover a saúde com satisfação plena”; Valores: “Ética, Integridade e Respeito” e Política da Qualidade: “Buscar a excelência na prestação de serviços de saúde com responsabilidade social”.

O “produto” que geralmente atrai o cliente para a prestadora de serviço de saúde suplementar são os planos de saúde. O Caso 2 dispõe de planos de saúde de cobertura regional, estadual e federal (segundo representante do Departamento Comercial).

De acordo com o representante do Departamento Comercial, os planos de cobertura regional são planos pelos quais o cliente tem direito a consultas médicas e aos demais procedimentos, dentro da área de abrangência do Caso 2, e com cobertura de emergências e urgências em todos os lugares onde existe esta organização. Já os planos de cobertura estadual ou nacional são planos que têm sua cobertura para consultas e demais procedimentos no Estado e no país, respectivamente.

Os serviços analisados para o estudo são aqueles que permitem à Cooperativa ter contato direto com seus clientes. Esses serviços são identificados por meio da marca Organização.

Serviço	Tipo da instituição a que pertence
Atendimento Domiciliar	Cooperativa
Hospital Dia	Empresa
Medicina Preventiva	Cooperativa

Quadro 3 - Relação dos serviços estudados no Caso 2

O Caso 2 dispõe para seus clientes um hospital geral, porém esse não foi investigado. Com intenção de aproximar os serviços aos disponibilizados no caso anterior.

Segundo uma representante do Departamento Comercial, recentemente, o Caso 2 contratou uma consultoria para prestar ajuda em suas estratégias e processos. Atualmente, essa organização passa por um momento de mudanças que pode, num futuro próximo, apontar novos rumos.

No Atendimento Domiciliar, é uma das três Unidades do Estado a disponibilizar esse serviço, cujo início ocorreu no começo do ano de 2009.

O público ao qual o atendimento domiciliar é dirigido é formado por clientes portadores de doenças crônicas. Esses clientes, após deixarem o hospital, são encaminhados a esse serviço, onde podem continuar a ter o cuidado similar ao encontrado no hospital. E, posteriormente, passam a um acompanhamento periódico por parte da equipe ou o mesmo pode ocorrer após a saída da internação hospitalar, conforme o caso. Esse serviço é realizado em conformidade e acordo com as orientações do médico responsável pelo cliente.

O Caso 2 dispõe de duas Unidades desse tipo, situadas em Novo Hamburgo e São Leopoldo. Essas Unidades são destinadas à realização de cirurgias com o período de recuperação que varia entre 12 e 24 horas. Esse período pode eventualmente se alongar.

Em anexo a essas estruturas encontram-se o serviço de pronto atendimento e são prestados serviços de consultas clínicas e de emergência, cirurgias de urgência, traumáticas e eletivas, além de dispor de leitos para recuperação, observação e internação.

A Central de Relacionamento: não está ligada às atividades fim da organização. Nesse ambiente é realizado o recebimento de toda a comunicação oriunda do cliente e encaminhada para o devido setor da Cooperativa.

O Caso 2 desenvolveu o serviço de Medicina Preventiva a partir de constatações ambientais. A intenção é de que esse serviço venha a proporcionar um aumento da expectativa de vida e qualidade de vida dos clientes. A população tem apresentado um aumento da expectativa de vida. Com esse fenômeno, ocorre a ampliação de incidência de doenças crônicas, como diabetes, hipertensão arterial, entre outras doenças cardíacas. Por outro lado, é visto um acréscimo de peso da população em geral. Esses fatores apontam para um provável aumento futuro da incidência de doenças ditas degenerativas (gerente geral).

Curso de Medicina Preventiva	Curso oferecido aos clientes, com duração de três meses, mediante uma equipe multidisciplinar que procura esclarecer sobre as doenças e promover maior adesão ao tratamento. Utiliza palestras, atividades físicas; propõe reeducação alimentar e dá apoio emocional.
Programa de Gerenciamento de pacientes crônicos	Faz o monitoramento por telefone. Pretende a interação com todos os clientes, divulgar um estilo de vida saudável e auxiliar no controle da doença.
Caminhada da Primavera	caminhada é realizada durante o mês de dezembro, com saída de uma feira conhecida, e vai até a Organização. Tem a intenção de conscientizar a comunidade sobre hábitos de vida saudáveis e arrecada alimentos para programas sociais.
Caminhada Orientada	Nesta caminhada, os clientes são acompanhados por profissionais qualificados. A pessoa recebe orientações sobre a respiração e a importância do alongamento nas atividades físicas.
Equipes multidisciplinares orientando Grupos de Apoio	O objetivo de promover a qualidade de vida: hábitos de vida saudável, atividades físicas, alimentação equilibrada, troca de experiências e apoio psicológico. Os grupos são os seguintes: Programa “Vida sem Fumo”, que tem a intenção de promover a “suspensão” do hábito de fumar; Programa “Nutritiva”: tem como objetivo orientar os clientes na redução do seu peso; Grupo Hipertensão: grupo em que ocorre troca de experiências dos clientes portadores deste problema de saúde; Grupo de Diabetes: atua de forma semelhante aos demais e com troca de receitas e cuidados específicos.
Projeto Cuidar	Projeto que pretende capacitar os familiares ou cuidadores de pacientes crônicos, considerando os aspectos: emocionais, culturais, sociais e incentivando mudanças de estilo de vida para maior autonomia e informações.
Medicina preventiva para pequenas empresas	é um programa que reúne ferramentas para desenvolver um completo diagnóstico do estado de saúde dos empregados. A partir de questionário e posterior avaliação, são traçadas formas de solucionar os problemas eventualmente encontrados.

QUADRO 4 - Relação de serviços oferecidos para propiciar qualidade de vida ao cliente

A partir disso, a Organização está percebendo uma nova proposta, com maior ênfase à prevenção de doenças e de gerenciamento dos chamados “pacientes crônicos”. Dessa forma, os programas de saúde preventiva foram criados,

objetivando a promoção da saúde e do bem-estar físico dos usuários da Cooperativa, e a conseqüente manutenção de sua qualidade de vida. Uma série de serviços e ações foi criada com esse intuito. Os programas desenvolvidos são demonstrados no quadro 4. Conforme o quadro, esses serviços fazem parte da medicina preventiva da Organização Vale do Sinos. A ANS não exige a existência desse serviço, porém essa filiada da federação tem ampliado a gama de serviços oferecidos ao consumidor.

Os resultados encontrados foram obtidos por meio de relatórios, Internet da Cooperativa e entrevistas semi-estruturadas. O referencial que orientou o caso foi baseado em estratégia e criação conjunta de valor; operações e serviços; relacionamento com o cliente e aprendizado organizacional.

Para este caso, três funcionários da organização foram entrevistados, sendo um deles em dois momentos distintos, nos meses de abril e junho de 2009. A tabela 4 representa as características das entrevistas realizadas para o estudo.

4.4.1 Operações em Saúde

O Caso 2 iniciou suas atividades oferecendo planos de saúde empresariais. A relação médico/cliente era realizada através da própria Cooperativa e da empresa contratante. Atualmente, os serviços oferecidos superam em muito o inicialmente disponibilizado.

No atual momento esta Cooperativa passa por um momento de mudança. O recentemente criado serviço de atendimento domiciliar evidencia esse momento, outra evidência é a contratação de um serviço externo de consultoria.

“Nós estamos passando por mudanças, foi contratada uma consultoria” (S2.2)

O início das atividades da Cooperativa foi caracterizado pela relação médico cliente e os serviços de suporte a essa relação costumava ser realizado por prestadores terceirizados. Com o decorrer do desenvolvimento parte dos serviços, anteriormente terceirizados, passou a ser realizada pela própria Cooperativa ou empresas pertencentes a ela.

“O aumento dos serviços é por uma questão de oportunidade, isso traz um maior controle.”(S2.1)

“A Organização tem uma tendência de abranger os serviços.”(S2.4)

O serviço de atendimento domiciliar propicia suporte e complementação à atividade médica. A prestação é realizada no domicílio do cliente por uma equipe multiprofissional da área da saúde. De acordo com o caso, o serviço pode chegar à montagem de uma estrutura com equipamentos hospitalares na residência do cliente em estado de doença.

A realização do serviço é geralmente iniciada após um período de internação hospitalar. Para que ocorra é necessário que o médico avalie como conveniente.

“Geralmente é assim, oh: o paciente fica internado depois ele vai para casa e fica na internação em casa e depois, numa terceira etapa, vem a preventiva” (S 2.5)

A relação evidenciada no serviço do atendimento domiciliar é predominantemente embasada na percepção tradicionalmente adotada pela saúde, ou seja, o ser humano pode estar com a saúde íntegra ou em estado de doença. Se ele está doente precisa ser tratado.

As ações realizadas pelo serviço de atendimento domiciliar são procedimentos peculiares à fase de recuperação de um enfermo. O médico prescreve o que deve ser realizado caso a caso e as equipes realizam o necessário, de acordo com as especificações.

Um dos objetivos do atendimento domiciliar é a redução do tempo de recuperação do cliente com a saúde debilitada. Segundo a percepção do Caso 2 isso acontece entre outros fatores: pelo convívio familiar, ambiente conhecido.

Eles melhoram mais rápido porque estão com a família, com a comida que estão acostumados e o ambiente também é positivo.(S 2.5)

A estrutura e o funcionamento dos Hospitais-Dia se aproximam do que é tradicionalmente encontrado em um Hospital, ou seja, apresenta consultórios, laboratório, Raio X, Ecografia, salas cirúrgicas, leitos de recuperação, observação, internação, farmácia, posto de enfermagem entre outros.

Porém, a menor duração das permanências reduz a “hotelaria” hospitalar. Outro serviço que não é oferecido nessa estrutura são as unidades ou centros de terapia intensiva.

Os Hospitais Dia do Caso 2 caracterizam-se por curtos períodos de internação. Isso aumenta a agilidade em relação a uma estrutura de Hospital Geral.

“No hospital dia os procedimentos e internações são agendados, assim a gente pode se programar melhor. Por exemplo se precisarmos de um leito daqui a dois dias, a gente não pode internar outro paciente, porque a gente não sabe quando ele vai dar alta. No hospital dia a gente já tem certinho quando e quantos leitos vão ter.” (S2.1)

Como a estrutura de um Hospital Dia se aproxima da estrutura de um hospital geral, sua forma de atuar também apresenta similaridades. As ações realizadas nesse ambiente estão baseadas no dipolo tradicionalmente encontrado na saúde de “Saúde Íntegra”-“Doença”. Essa estrutura pode ser complementada pelo serviço Organização Lar.

Como evidenciado na fala já citada: “Geralmente é assim, oh: o paciente fica internado depois ele vai para casa e fica na internação em casa e depois, numa terceira etapa, vem a preventiva” (S 2.5)

A estrutura pertencente à Cooperativa propicia uma visão mais próxima das necessidades dos clientes e o que eles consideram importantes para esse serviço.

O usuário não pede muito, mas nos podemos saber o que está errado e dependendo da pra melhorar. (S2.1)

O serviço de medicina preventiva está entre os mais recentemente criados por esta singular. O objetivo primário desse serviço é evitar que os clientes venham a necessitar de internação hospitalar ou domiciliar. Ele serviço foi considerado uma tendência dentro do ambiente das Organizações, estando entre os primeiros do Estado.

*“Nosso serviço ainda é novo, mas é muito gratificante, nos conversamos com os pacientes e eles sentem que são importantes.” (S2.5)
“Hoje só existem 3 no estado que é nós, [...] A [CASO 1] começou antes.”*

A experiência anterior do Caso 1 serviu de referência para a criação do serviço oferecido pelo Caso 2.

“Nos fomos olhar lá em [CASO 1], com o Dr.[...] e a experiência deles.” (S2.4)

Os serviços prestados pela medicina preventiva para pessoa física é caracterizado por um aumento do contato entre a Organização e o cliente. Cada grupo de clientes, participantes desse serviço recebe um “responsável”. Essa pessoa é geralmente um enfermeiro que é encarregado de fazer um acompanhamento, as ações pretendem dar suporte à condição de saúde do cliente.

Nós ligamos para ver se a dona fulaninha já pegou o exame ou se já marcou a consulta. Daí vamos lá. Às vezes a gente liga: dona Maricota a senhora já pegou o exame e ela diz que sim; Daí no outro dia de tarde vamos lá para olhar e vemos a data que sai, que o exame é impresso na hora, e esta lá daquele dia de manhã. (S 2.5)

Esse serviço não se enquadra na forma tradicional de se pensar saúde, uma vez que a sua manutenção é algo que apenas recentemente passou a fazer parte das preocupações de organizações desse setor (PORTER; TEISBERG, 2007). Os resultados práticos, decorrentes da medicina preventiva para pessoas físicas do Caso 2, ainda não puderam ser claramente evidenciados.

*A preventiva está lá só pra bonito, está só gastando dinheiro, ainda tem que mostrar resultados. (S2.2)
Nós ainda não pudemos medir os resultados, mas já estão acontecendo (S2.5)*

Entre outras observações feitas, o caso 2 oferece dois tipos de planos, como, anteriormente, foram descritos: plano pessoa física e plano empresarial. Segundo os entrevistados, as sugestões de pessoas físicas não representam indicadores para grandes mudanças na empresa. As críticas e sugestões mais comuns são sobre pequenos pontos:

“Eles geralmente reclamam de que ‘o colchão está duro’ ou ‘o suco não tem açúcar’, nada muito profundo”. (S2.1)

As respostas do cliente não apontam para inovações nas operações, segundo a percepção colhida. No entanto, recentemente, surgiu uma contribuição do cliente:

tanto os planos empresariais quanto a pessoa física eram atendidos no mesmo ambiente.

*“(...) isso enchia a Organização, daqui” (Novo Hamburgo)
“e São Leopoldo.” (S2.2)
“A sugestão de separação do atendimento veio do
cliente, lá da caixinha de São Leopoldo.” (S2.1)*

Essa contribuição resultou em uma separação do atendimento dos planos. Os funcionários foram questionados sobre a participação do cliente na criação de serviços. A maioria dos entrevistados afirmou que o cliente não contribuiu para a criação de serviços, mas um dos entrevistados do setor comercial apontou que o cliente pode indicar novas soluções de uma forma indireta:

“(...) pode indicar tendência.” (S2.2)

A “tendência” mencionada pela entrevistada pode ser encarada como outra forma de se perceber o consumidor, acompanhando seu comportamento. O Caso 2 possui um Sistema de Informação que possibilita a identificação do perfil de utilização dos diferentes usuários.

O sistema identificou que as principais demandas são reinternações de clientes com doenças crônicas. Diante disso, surgiu a necessidade de uma adequada verificação dos serviços prestados e principais centros de custos. Um deles foi o referente a internações.

*“Então resolvemos: queremos fazer o gerenciamento do
paciente crônico.” (S 2.1)*

Foi identificado que existem clientes que utilizam o serviço de internação hospitalar repetidas vezes, com o mesmo objetivo, ou seja, a mesma doença. O sistema de informações da Organização possibilita que os pacientes sejam rastreados individualmente no que se refere a internações e exames.

Paralelamente aos referenciais internos da Organização, identificou-se um recente aumento nos custos.

*“Os custos com a medicina vem aumentando muito,
então o que agente fez?” (S2.2)*

Com base nesses relatórios, foi criado o serviço de medicina preventiva do Caso 2. Para confirmar essa hipótese, os funcionários foram questionados

diretamente sobre o fato de o serviço de medicina preventiva ter tido origem nesses relatórios. A resposta foi positiva.

“Sim, se for ver, é assim oh, começa lá em cima assim oh: um relatório gerencial onde tu vai ver assim oh: o faturamento da Organização é tanto, o consumo aumentou em tanto. Daí então tu vai entrar mais a fundo (...)” (S2.2)

O sistema de informação pode gerar o perfil de uso de determinado usuário e esse ser analisado individualmente, baseado nos custos e no uso do sistema Organização.

“Microsiga [ERP], esse é o sistema onde vai toda a vida do cliente. Quando faz o plano tu cadastra o cliente ali, aí cobrança é gerado da li, baixas de ... É gerado da li. A tua utilização toda vai cair ali. (...) Então em cima disto [informações do paciente] foi gerado um relatório, (...) e esse relatório será trabalhado por essa equipe da medicina preventiva.” (S2.2)

O sistema adotado pela cooperativa, segundo a percepção da organização, é o ERP. Nesse sistema, consta toda a interação do cliente com a organização, desde o momento em que é feito o cadastro, no ato do contrato de aquisição do plano. A partir desse sistema, é possível a geração de relatórios que partem desde o faturamento da Organização, principais centros de custos, podendo identificar clientes em nível individual.

Os resultados encontrados no segmento de empresas de saúde suplementar indicam um importante aumento em seus custos e uma relevante presença de regulamentação. Isso faz com que o ambiente externo tenha um processo reativo da organização, o que é característico da Escola Ambiental (MINTZBERG et al., 2000).

“A ANS é a mais nova agencia regulamentadora do país e a que tem mais gás.” (S 2.2)

Podem-se identificar as escolas de estratégia a partir dos principais aspectos construtivos: a Escola Empreendedora vê estratégia como processo visionário. O Caso 2 administra um hospital, além de serviços relativos à medicina preventiva. Isso indica uma mudança de foco do tratamento com o cliente, caracterizando o enquadramento nesta escola (MINTZBERG et al., 2000).

Prahalad e Ramaswamy (2004) propõem que a organização e o cliente desenvolvam, de forma conjunta, valor. Em um primeiro momento, pode-se imaginar a criação de valor a partir da fala do cliente, mas, no Caso 2, isso não acontece e, sim, uma tentativa da organização de oferecer valor ao cliente a partir das experiências percebidas pela ótica da própria instituição.

Pode-se identificar que a Cooperativa mostra a intenção de melhorar as operações, capazes de gerar valor para o cliente e para a instituição, a partir do relacionamento entre essas partes.

Os planos empresariais e planos pessoa física costumavam ser atendidos num mesmo lugar. Um cliente apresentou uma sugestão: separação dos atendimentos. Como resposta a uma sugestão de cliente, foi criada, recentemente, uma função de consultor, que atua junto às empresas, procurando resolver as dificuldades relativas aos planos empresariais. Outra tarefa realizada por essa função é a de escutar as sugestões provenientes desse meio.

As Organizações, inicialmente, apenas vendiam planos de saúde. As operações que tinham contato com o cliente eram a venda propriamente dita e, posteriormente, autorizações de exames, autorizações de consultas, autorização de procedimentos e, eventualmente, pagamentos. Com o passar do tempo, esses serviços se ampliaram para: Hospital Dia, medicina preventiva, centro diagnóstico, relacionamento com o cliente, SOS e Organização Lar.

O centro de relacionamento com o cliente foi desenvolvido com a intenção de receber e encaminhar as críticas e sugestões dos clientes pessoas físicas. Quando os entrevistados foram inquiridos sobre a possibilidade de cada um dos membros da organização receber sugestões de clientes, a resposta foi unânime: deve ser encaminhado para o Setor de Relacionamento com o Cliente.

(...) *“encaminha para o relacionamento com o cliente.”*(S 2.3)

O Setor de Relacionamento com o Cliente recebe as sugestões, críticas e pedidos de auxílio dos clientes. Inicialmente, os casos são tratados individualmente

e, após a reincidência da manifestação, são encaminhados para o setor responsável pelo serviço.

“Tem que ter volume de manifestações.”(S 2.2)

Um exemplo disso é a “Triagem de São Leopoldo”. Segundo informações dos entrevistados: inicialmente todos que procuravam a Organização São Leopoldo tinham um atendimento único, ou seja, os atendentes atendiam a todos os clientes, independentemente de suas situações, e buscavam solução para os problemas. A partir de sugestões dos usuários, foi instalado um sistema de triagem, em que o cliente é encaminhado a um balcão de atendimento, onde os atendentes têm rotinas específicas para as soluções de cada situação.

A separação por atividades afins gerou agilidade no atendimento e melhores resultados para o cliente. Internamente, os funcionários da Cooperativa aprimoram os processos internos a partir da repetição de atividades semelhantes.

Outra operação que se relaciona com o consumidor é a medicina preventiva: os relatórios gerados pelo Sistema de Informações da Organização são capazes de apresentar relatórios abrangentes ou podem ser depurados ao chegarem ao nível de serviços prestados individualmente a cada cliente. A partir desses relatórios, é realizada uma análise dos custos individuais e são desempenhadas as ações cabíveis pela medicina preventiva.

“(...) foi gerado um relatório e esse relatório será trabalhado por essa equipe da medicina preventiva. [...] “Por exemplo, pega lá o Marcelo que é um cliente que está dando X por cento de prejuízo. (...) Então eles vão tentar ver qual é o problema, por que tem reincidência de reinternação, o porquê isso acontece e fazer um programa de tratamento para esse cliente.”

Além dos clientes orientados para o serviço de medicina preventiva pelo Sistema de Informações da Organização, a organização contratou uma enfermeira auditora, que verifica a correta utilização dos serviços proporcionados pelos prestadores aos clientes Organização. Essa função também identifica a reinternação.

“Às vezes pode acontecer também assim, oh a Organização contratou agora a bem pouco tempo uma enfermeira auditora que faz visitas diárias nos hospitais. Então, por exemplo: eu, chega lá hoje e vejo o Marcelo lá internado ai depois de uns dias esta lá de novo, ai identifica no dia-a-dia mesmo.” (S 2.2)

Um dos maiores custos identificados pela Organização é a internação. Numa primeira análise, podem-se identificar os custos dessa operação como o da hospedagem somada aos dos profissionais que prestam os serviços agregados, tais como: enfermeiros, auxiliares de enfermagem, técnicos e demais profissionais que prestam suporte à saúde. Porém existem custos inerentes a esse serviço que são menos óbvios: existem leitos vagos que não podem ser preenchidos por existência de agendamento prévio de internações eletivas.

“Se tem um paciente marcado para quarta-feira, digamos, a gente não pode internar um na segunda ou na terça, né? Porque ele certamente não vai sair até a quarta.” (S 2.1)

Outra causa de custos em hospitalizações identificadas pela Organização são internações não tão necessárias:

“O médico muitas vezes acha que não custa e deixa o paciente lá, deixa o final de semana lá com feriadão, deixa o paciente lá, enquanto isso ele ta recebendo.” (S 2.2)

Baseada nessas observações, a Organização criou o “Hospital Dia”. O curto período de internação do cliente possibilita uma otimização de seu espaço e tempo. O internado permanece por um curto período e possibilita a manutenção durante o tempo em que não existem internados. Esse serviço não pretende substituir a internação em um hospital regular e, sim, procura reduzir sua demanda e a otimização de espaço de ambos.

O serviço criado “Organização Lar” visa reduzir os custos da Cooperativa. Esse serviço pretende oferecer o necessário para a recuperação de um cliente que estaria internado em sua própria casa e diminuir a demanda dos hospitais regulares. Nesse serviço, as equipes de cuidado vão até a residência do cliente e realizam todos os procedimentos e serviços de forma semelhante ao realizado no hospital, e

para a qualidade da recuperação, está agregado o fator da minimização de contato com possibilidades de contaminação em meio hospitalar.

“Os pacientes se recuperam melhor no conforto da casa perto das pessoas que gosta. (...) e tem a vantagem de reduzir infecção hospitalar.” (S 2.1)

Atualmente, a Organização conta com outros serviços, de acordo com um representante da gerência:

“SOS, Hospital Dia, medicina ocupacional preventiva (medicina preventiva), Organização Lar, Hospital Regional, Centro Diagnostico (que está quase pronto), consultor clientes [consultor para clientes empresariais] empresariais e Núcleo de desenvolvimento humano, (Organização/médico).” (S 2.2)

Consultor de clientes é um serviço criado pelo Caso 2, que consiste em:

“consultoras, digo consultoras porque hoje só temos consultoras que atuam junto às empresas. Elas estão lá para o que elas [as empresas] precisarem e também para sugestões.” (S 2.1)

Esse cargo realiza funções de ordem burocrática, que usualmente são realizadas nas sedes das Organizações, segundo representante da gerência.

O Núcleo de Desenvolvimento Humano é o elo de ligação entre a Organização e o médico. Pretende qualificar e capacitar o prestador do serviço para a relação com o cliente.

4.4.2 Relacionamento com o cliente

O Caso 2 possui vários meios pelos quais se comunica com os clientes e pode perceber suas ideias. Os principais meios de comunicação são e-mail, telefone, contato direto, página da Internet, jornal, “promoções”, pesquisas de mercado e satisfação do cliente e, em específico, com o cliente pessoa jurídica por meio das consultoras (segundo gerente da área comercial). Um exemplo é

evidenciado pela declaração de uma das representantes do Departamento Comercial.

“Tem a pesquisa de satisfação do cliente que é feita anualmente, de dois em dois anos é feita uma pesquisa mais ampla que é a pesquisa de mercado.”(S2.2)

As chamadas promoções são eventos que a Organização proporciona para os clientes e a sociedade, sorteando brindes ou serviços. Nesses momentos, existe a divulgação dos serviços e a intenção de estreitar laços com os clientes e a sociedade, conforme o caso.

Um exemplo foi o “Dia de Princesa”, em comemoração ao “Dia da Mulher”, ocasião em que foram sorteados pacotes de serviços entre as clientes participantes, com tratamento de beleza, massagens e ingresso para um “show” de um cantor conhecido.

Quando a mensagem parte do cliente com destino à Organização, a orientação clara é de que deva ser feita para o “serviço de relacionamento com o cliente”. Este procura resolver, de forma individual, as questões propostas pelos clientes. Simultaneamente, os contatos são catalogados, e queixas ou elogios são encaminhados aos gerentes responsáveis pelo serviço.

O Caso 2 oferece planos de saúde para pessoas físicas e jurídicas. O Serviço de Medicina Preventiva tem a intenção de reduzir internações usando a interação com o cliente. No caso de clientes pessoas físicas, a primeira situação é a orientação do cliente a esse serviço, a partir da identificação no sistema de informações.

“(...) esse relatório será trabalhado por essa equipe da medicina preventiva (...) Então eles vão tentar ver qual é o problema, por que tem reincidência de reinternação, o porquê isso acontece e fazer um programa de tratamento para esse cliente.” (S 2.2)

Esse cliente então é encaminhado a palestras, grupos de apoio e acompanhamento de profissionais de saúde, como enfermagem e nutricionistas, conforme o caso, sem custo adicional, segundo o Gerente do Departamento Comercial.

Outra possibilidade é o surgimento do desejo da utilização do serviço por parte do cliente. Ele, entrando em contato com a Organização, é encaminhado à palestras relativas ao seu caso e interesse, podendo acompanhar as atividades preventivas relativas ao perfil em que se enquadra.

A busca do cliente por esse serviço, segundo a percepção da Organização, tem origem principalmente no contato entre os clientes e a divulgação pela Organização.

“Aquele que não é o cliente crônico que gasta muito, sai reportagem em jornal, tem muito boca a boca porque, muitos já participaram falam um com o outro e as pessoas acabam ligando...”(S 2.2)

A demanda do cliente pessoa jurídica para a Medicina Preventiva geralmente acontece a partir de um contato da empresa, usualmente, dirigido aos consultores. O pedido é comumente feito por parte da empresa para a realização de prevenção a alguma doença específica. A partir desse pedido, a equipe de medicina preventiva avalia e verifica a adequação do pedido à realidade da organização. Posteriormente, é apresentado o diagnóstico à empresa, e só então se realiza a ação.

*“No caso de empresa: a empresa vem com a demanda achômetro, a empresa diz assim:
- eu to precisando que vocês tratem aqui a questão de coluna, dos nossos funcionários.
-ah porque pensa assim?
- mas não é assim...
Quando é uma empresa que se comunica, a gente vai até a empresa, o setor de medicina preventiva vai até a empresa explica como funciona todo o processo da medicina preventiva; em primeiro lugar faz o diagnóstico pra isso tem que disponibilizar um tempo, medição de peso e altura e ver se realmente o diagnóstico é aquele que a empresa acha que é. feito isso daí a gente vi junto da empresa e faz um programa dirigido oh: o seu público é um público de obesos e nos vamos tratar obesidade.”
(S 2.2)*

Quando a pergunta realizada foi em relação à contribuição direta do cliente, as respostas obtidas foram que, na percepção do Caso 2, não existe contribuição de grandes mudanças. A maior incidência de queixas está centrada no “atendimento pouco humanizado” por parte de profissionais e alimentação durante internações. A seguinte fala expressa a constatação:

“Não contribuem, as sugestões são muito específicas, atendimento pouco humanizado por parte dos médicos e alimentação nos hospitais.” (S 2.1)

Morgan e Hunt (2004) indicam dimensões para que exista uma boa relação entre o cliente e a organização: estratégia de investimento de longo prazo, comprometimento e confiança e a relação de longo prazo.

O Caso 2 está tendo suas estratégias reformuladas. Alguns aspectos podem estar sofrendo alterações. O serviço de medicina preventiva tem um caráter muito próximo ao de um grupo de apoio e auxílio.

Esse é um investimento de longo prazo, pois não apresenta um retorno imediato. O aspecto da confiança e comprometimento apresenta uma dupla interpretação que se confundem em relação à empresa e ao prestador, mas a falta de confiança na empresa de saúde suplementar ou no prestador pode gerar fim da relação. O outro aspecto característico do setor é a existência de uma relação com tempo de duração determinado.

4.4.3 Considerações do caso 2

A partir do ponto de vista da estratégia da organização, voltada para o cliente, o primeiro objetivo específico é identificar como são tratadas as contribuições do cliente e a consequências à organização.

Elementos de várias formas de se perceber estratégia estão presentes no caso estudado. A presença de serviços como S.O.S., Hospital Geral ou o novo centro diagnóstico aponta para características da Escola Empreendedora, descrita por Mintzberg et al. (2000).

Identifica-se, por parte do Caso 2, o objetivo de mudar a partir da percepção do cliente, mas isso não apresenta os resultados esperados. Os resultados positivos parecem estar vinculados ao comportamento do cliente junto aos serviços da organização.

Os serviços recentemente desenvolvidos foram o de Medicina Preventiva e o Centro Diagnóstico, este em fase de instalação. O serviço de Medicina Preventiva ainda não apresentou os resultados esperados, segundo a Gerente do Departamento Comercial. Porém a Cooperativa pretende obter vantagens competitivas a partir desses serviços (Gerente Geral).

As características comprometimento e confiança foram identificadas na pesquisa. O comprometimento com os clientes pode ser evidenciado a partir da criação de novos serviços vinculados diretamente ao cliente, como, por exemplo, Medicina Preventiva e Centro Diagnóstico. Pode-se entender que a prestação de as experiências do cliente serem consideradas, mas por outro lado parece existir confiança, já que o cliente, em muitos casos, entrega sua própria vida ao serviço, segundo a percepção da gerente geral. O longo prazo da relação é uma característica inerente ao segmento pesquisado, e o investimento a longo prazo é outra característica evidenciada na pesquisa: serviços como o Hospital Geral e SOS mostram o investimento de longo prazo nessa relação.

O objetivo geral é identificar como a experiência do cliente de uma empresa de saúde suplementar pode se refletir na gestão organizacional.

O Caso 2 busca oferecer serviços de saúde adequados às necessidades dos clientes. As contribuições dos clientes sob a forma de críticas e sugestões não contribuem para mudanças de grande relevância. Existe contribuição indireta, a partir do acompanhamento do perfil de uso dos serviços por parte do usuário, mesmo, não sendo possível para a Cooperativa identificar o que é valor para o cliente. Como a Organização não identifica o que é valor para o cliente, o reflexo de sua contribuição na gestão fica minimizado.

5 Análise e Conclusão

A presente pesquisa visou focar o processo de Relacionamento entre uma Organização de Saúde Suplementar e seus clientes, a forma como as eventuais contribuições oriundas deste relacionamento são tratadas e por fim a maneira como a organização adota o que percebe a partir desta relação. Cada um dos objetivos serão abordados nos estudos de caso. Ambos os estudos apresentam grandes similaridades, com as principais variações concentradas em porte de determinados serviços ou experiência nos mesmos.

Com base na proposta apresentada de possibilidades de categorias das operações na área de saúde (Proteção, Prevenção, Cuidado e Reabilitação) pôde-se observar a concentração das ações em “Prevenção” e “Cuidado”, conforme o quadro 5

Categoria das Operações	Serviços - Caso 1	Serviços - Caso 2
Cuidado	Internação Domiciliar	Internação Domiciliar
	Hospital Dia e Pronto Atendimento	Hospital Dia (duas Unidades) e Pronto Atendimento (Três Unidades)
Prevenção	Medicina Preventiva	Medicina Preventiva
	Assistência Domiciliar	

Quadro 5: Serviços encontrados em operações de “prevenção” e “Cuidado”

As similaridades são provenientes de interação entre eles e outras unidades, porém como são independentes apresentam características que lhe são peculiares.

A primeira similaridade percebida é a identidade visual, esta identidade abrange toda a confederação nacional. Porém esta característica trás alguns problemas para a organização, os clientes de uma unidade não necessariamente têm direito a atendimento completo em outras. Segundo entrevistados de ambos os casos é comum clientes de outras unidades desejarem ser atendidos fora de sua região de abrangência, o que na maior parte dos planos não é oferecido. Esta característica pode trazer desgaste à imagem da organização.

A segunda percepção é uma diferença: Os planos de saúde comercializados em ambas as unidades não são os mesmos, embora em ambos os casos respeite as exigências da ANS. No Caso 1 os planos são de abrangência apenas local, ou seja, não têm plena cobertura em outras localidades, enquanto no Caso 2 o cliente pode optar pelo tipo de cobertura desejado. Planos que possibilitem o atendimento fora da região da Singular são vistos como a principal reivindicação dos potenciais clientes e clientes.

Durante a pesquisa foi evidenciada que em ambos os casos, existe a clara orientação para o encaminhamento do contato do cliente para as centrais de relacionamento com o consumidor. As estruturas internas são similares, têm a função de agregar o contato do cliente ao sistema de informação. O Caso 1 parece ter uma ênfase maior em resolução de casos individuais, enquanto que no Caso 2 há a realização de pesquisas periódicas junto aos clientes, o que não ocorre no Caso 1, apontando para uma percepção mais ampla do mercado.

O sistema de Informação de ambos os casos parece ser semelhante. Durante as entrevistas foram evidenciadas similaridades destes sistemas adotados pelos dois casos estudados. Cada unidade de negócio da organização possui um sistema independente que aos poucos está sendo integrado. Para dados como internações e exames, é possível haver interação e ampla interpretação. As informações provenientes do sistema têm orientado a criação de novos serviços prestados no cliente, principalmente na medicina.

O serviço de Medicina Preventiva para pessoas físicas mais uma vez apresenta similaridades. O Caso 2 tem este serviço bastante recente, iniciado em 2009 e buscou na Unidade Caso 1 bases para a sua implementação. O serviço do Caso 1 já apresenta resultados positivos, o que ainda não pode ser claramente evidenciado no Caso 2. Em ambos os casos a medicina preventiva identifica a partir das informações geradas pela TI o perfil de maior risco e custo de clientes e desenvolve ações de prevenção ao agravamento das situações.

De forma complementar ao serviço de Medicina Preventiva do Caso 1 existe o Atendimento domiciliar que é um serviço que faz avaliações básicas nos clientes de risco. Este serviço não pode ser evidenciado no Caso 2. Em ambos os casos neste

serviço é evidenciado operações de “prevenção” e a alto grau de personalização do serviço. Possivelmente esta seja a maior diferença entre os casos.

A Internação domiciliar é um serviço oferecido de forma bastante similar entre as organizações. São prestados todos os serviços de suporte à recuperação do cliente em sua residência, com empréstimo de todo o equipamento necessário. Esta operação é característica de “cuidado”. No Caso 2 está é considerada uma etapa da recuperação do cliente: o cliente estaria hospitalizado e assim que não fossem necessários cuidados tão intensivos passaria a esta categoria de internação. Esta prática não se evidencia como rotineira no Caso 1.

Os Hospitais-dia apresentam estruturas e funcionamento similares com unidades de pronto atendimento em anexo e estrutura para cirurgias de pequeno porte e rápida recuperação. A característica mais marcante deste tipo de unidade é o curto período de internação de seus clientes, porém o Caso1 não a apresenta de forma tão marcante, é possível a permanência de clientes por períodos mais longos.

Em relação ao objetivo específico: Caracterizar e analisar como ocorre a relação com o cliente na empresa de saúde suplementar; identificou-se que a compreensão do relacionamento com o cliente nas unidades de negocio abordadas apresentou-se complexo. Grande parte dos serviços verificados encontra-se na categoria “cuidado” conforma Alma Atta (1978) e Porter e Teisberg (2007). Esta situação se aproxima da percepção tradicional do conceito de paciente, ou seja, estado de passividade frente à situação de doença e aos profissionais que exercem o cuidado (FERREIRA, 1999).

Esta situação de passividade e muitas vezes defensiva que afasta os cliente assim como seus familiares de uma situação usual da relação de consumo, frente a temporária relação de redução de qualidade de vida. Esta situação não impede ou inviabiliza a possibilidade de escolha por parte dos clientes. Esta situação pode gerar eventuais dificuldades no relacionamento exercido entre as partes envolvidas.

- (i). Ambiente estranho que pode gerar desconforto, em situações hospitalares
- (ii). Desconforto e sentimento de impotência do Cliente e familiares diante a situação de Doença.

A organização procura disponibilizar meios para que o cliente possa expressar suas idéias e opiniões porem a situação onde ocorrem as operações organizacionais baseadas em cuidado, porém, as respostas destes meios de comunicação estão abaixo do desejado pela organização, A operação que tipifica esta observação são os Hospitais-dia.

Em um segundo momento, em operações ainda de “cuidado”, mas executadas em ambiente domiciliar existe uma diminuição da postura defensiva encontrada em ambiente ambulatorial, a operação que se exemplifica esta situação são a internação a atendimento domiciliar. Estas situações a barreira do ambiente estranho desaparece, quase por completo, pois muitas vezes ainda existem equipamentos hospitalares na residência do cliente. A principal barreira é

(i). Desconforto e sentimento de impotência do Cliente e familiares diante a situação de Doença.

Esta situação apresenta de forma semelhante a situação de atendimento ou internação tradicional uma resposta abaixo de desejado pela organização de saúde. Sob outro ponto de vista, a ações de saúde são tradicionalmente remuneradas apenas em suas ações de cuidado. Dentro desta ótica a doença do um cliente poderia ser percebida como algo que traria bons resultados para a organização. Esta percepção poderia encontrar algum respaldo em empresas que atuam exclusivamente em “cuidado” e eventualmente “reabilitação” dos clientes, o que não é o caso do segmento do mercado de saúde especificamente observado.

A Empresa de Saúde Suplementar representa um papel de terceira fonte pagadora (Porter & Teisenberg, 2007), assim existe uma alteração nos papeis tradicionalmente exercidos. A renda que uma organização de um modo geral receberia, seria oriunda da utilização dos serviços por esta oferecidos. Mas no presente caso a não utilização dos serviços consiste na entrada de recursos proveniente dos clientes, mas não seu gasto.

Os serviços de medicina preventiva oferecidos pelos casos estudados pretendem atingir dois aspectos distintos, porém relacionados. O primeiro deles é a melhoria da qualidade de vida dos clientes. Isto ocorre por meio da não necessidade

da utilização de serviços de “cuidado” oferecidos pela organização. O segundo objetivo é uma consequência deste: A não necessidade de utilização de serviços de “cuidado” que oneram a organização proporciona a possibilidade de outra distribuição de recursos.

Os serviços de medicina preventiva apresentam tipicamente uma possibilidade de contato entre a organização e o cliente mais próxima. A frequência e o período do relacionamento entre este serviço e usuário geralmente supera em muito o ocorrido em outros serviços.

Este serviço ocorre em muitas vezes no ambiente domiciliar do cliente e em outros momentos o ambiente da própria organização que procura trazer o caráter familiar ao ambiente. Estas características percebidas neste relacionamento afastam em grande parte as dificuldades encontradas em operações de outros tipos exercida pela organização, como: - Ambiente estranho que pode gerar desconforto, em situações hospitalares; e - Desconforto e sentimento de impotência do Cliente e familiares diante a situação de Doença.

Estas operações podem ser caracterizadas como ações de “prevenção”, ou seja, que visam especificamente a manutenção da saúde dos clientes. Esta visão proposta pela organização faz com que os clientes se sintam “importantes”. O contato frequente possibilita a compreensão das necessidades de forma individual dos clientes.

Enfermeiros ou demais profissionais da saúde apóiam a necessidades dos grupos ou individuais dos clientes possibilitando o adequado cumprimento dos tratamentos médicos e propiciando assim uma maior adesão ao tratamento.

Os resultados observados no intuito de identificar como as contribuições do cliente são interpretadas e utilizadas estão ligados ao entendimento da forma como as contribuições do cliente são interpretadas e utilizadas apresentam uma estrutura formal bastante definida e presente nos membros da organização. Todos os contatos: críticas, elogios, esclarecimentos, sugestões duvidas ou qualquer outro tipo de contato oriundo do usuário é encaminhado ao setor específico, a central de relacionamento com o cliente.

O setor tem a função inicial de resolver o problema apresentado pelo cliente. Assim exista uma relação direta entre este setor e as demais unidades de negócio da organização. Assim que as situações individuais são solucionadas as soluções são apresentadas ao cliente.

A segunda função encontrada neste setor é o cadastro dos contatos originados pelos usuários. Este cadastro gera um banco de dados capaz de identificar problemas recorrentes. Os casos de reincidência freqüente são encaminhados os responsáveis pelo setor, setores ou diretoria, conforme a relevância ou abrangência da situação. Neste momento um novo elemento não proposto originariamente proposto para a pesquisa surgiu: a adoção de sistemas de informação.

Um sistema Informação é um sistema (SI) que processa, armazena e dissemina informação, com a intenção de dar suporte a tomada de decisão. Um SI pode também auxiliar a trabalhadores e gestores a solucionar problemas e a desenvolver produtos. Estas características evidenciam a importância destes sistemas no planejamento e como parte de soluções de problemas impostor pelo ambiente. (LAUDON e LAUDON, 1996).

Os casos adotados utilizam ERP. Este instrumento melhora os processos, a partir de um fluxo único, contínuo e constante de informação, com uma base dados única; permitindo uma completa visualização dos processos organizacionais em “tempo real” e “on line” e tem a função de garantir que as decisões de determinado departamento da empresa não seja tomada sem levar em consideração as demais áreas da empresa. Deixando a par a direção assim como todo o restante da empresa de como esta o processo (CENTOLA e ZABEU, 1999).

Geralmente um processo em uma organização não esta restrito a apenas uma área, ou seja, tarefas de um mesmo processo são geralmente realizadas por diferentes setores de uma mesma organização. Para tanto se utiliza de experiência acumulada de diversos setores (Davenport & Short 1990).

A alimentação é em parte gerada a partir da fala dos clientes, suas reivindicações, desejos críticas elogios e qualquer outro típico de transmissão de

idéias oriundas dos clientes. A partir das falas dos clientes e das análises geradas a partir dos dados dos sistemas de informação é possível um mapeamento mais claro dos serviços prestados pela organização como um todo e cada uma de suas unidades.

Uma segunda forma de alimentação deste sistema foi evidenciada. Todos os contatos que os clientes exercem com a organização, tanto com os serviços próprios como com médicos ou demais prestadores terceirizados geram dados para o sistema. Consultas médicas, com a especialidade e frequência, médico com o qual a consulta foi realizada, exames realizados, internações, baixas em UTI, da mesma forma que qualquer outro procedimento realizado sob a responsabilidade da organização, possibilitando assim a criação e desenvolvimento de um perfil de comportamento do público consumidor, chegando a possibilidade de identificação individual de determinado perfil de usuário ou usuário em específico.

Os dados obtidos a partir do comportamento dos clientes junto ao comportamento do consumidor. Propiciam um completo panorama referente ao perfil do cliente usuário dos serviços. Conforme constatado, um dos maiores centros de custos em uma organização de saúde suplementar são as hospitalizações e em especial hospitalizações com internação em CTI ou UTI.

É possível ser gerado, e a organização efetivamente gera, a partir dos dados constantes nos cadastros, relatórios que identificam o perfil de clientes que geram maior custo. Estes são clientes que apresentam geralmente doenças crônicas e idade avançada. Dentro deste perfil geral é identificado qual ou quais doenças estão gerando a reinternação.

As características, perfis ou quaisquer parâmetros julgados relevantes para a determinação de dado perfil, grupo de clientes ou cliente individual é desenvolvido pela unidade da organização interessada e passada para a equipe de TI. Estes geram os relatórios de acordo com as especificações e repassam ao setor requerente.

A partir da identificação do perfil do grupo é desenvolvido um conjunto de ações “preventivas” para evitar a hospitalização e paralelamente preservar a qualidade de vida do cliente.

Ao se identificar como as operações de serviços em saúde refletem as contribuições identificadas do cliente, observou-se que as operações em saúde, divididas em “prevenção” e “cuidado”. Assim como atividades meio apresentaram duas formas distintas de refletir as contribuições dos clientes: A “fala” do cliente e o acompanhamento de seu comportamento.

Inicialmente as atividades meio da organização que consiste em atendimento, auxílio, orientação ao cliente entre outros serviços de ordem burocrática e ainda a própria central de atendimento apresentam parecem apresentar melhorias incrementais a partir da “fala” do cliente.

As ações de “cuidado” parecem ser as ações que apresentam a menor contribuição do cliente. Estas ações estão concentradas nos Hospitais-Dia, internação domiciliar e nos serviços de internação domiciliar. A maior contribuição do cliente, que significa a personalização do serviço, é a busca por parte das equipes prestadores dos serviços da adequação de horários para os procedimentos que causem o menor transtorno à rotina do cliente. Esta preocupação parece ser mais presente nas equipes de atendimento domiciliar e internação domiciliar.

A última categoria de operações em saúde encontrada foi a “prevenção”. Estas são em ambos os casos estudados são relativamente novas. Estas operações apresentam um caráter de personalização bastante presente, onde um funcionário responsável se responsabiliza pessoalmente por um determinado grupo de clientes. Entre as ações realizadas pelo profissional está o acompanhamento que pode significar a visita domiciliar com o intuito de identificar situações que venham a prejudicar a “prevenção” na saúde.

Porém na “prevenção” pode-se observar uma segunda forma de melhorar as operações a partir do cliente. A partir dos perfis elaborados pelos Sistemas de Informação é possível se traçar o perfil dos grupos de maior risco. Assim é possível se desenvolver um programa adequado para a melhoria de qualidade de vida para

cada perfil de clientes. Esta não se trata de uma melhoria incremental e sim o desenvolvimento de novas operações adequadas às exigências de cada perfil.

Os resultados encontrados sugerem, assim, que as experiências do consumidor apresentam duas diferentes formas de se refletir na organização. A primeira delas é baseada na “fala” dos clientes. A segunda baseia-se no acompanhamento das ações dos clientes junto à organização.

Porter e Teisberg (2007) sugerem que, em uma nova forma de gestão de saúde, traz resultados positivos se identificar o que é valor para o cliente. Ambas as formas identificadas durante a pesquisa parecem apontar para isto. A primeira delas é escutar o cliente: a contribuição do cliente vem diretamente da explicitação de sua vontade, a organização a interpreta e aprimora suas operação como forma de resposta ao cliente.

A segunda forma identificada, baseada no acompanhamento das ações do cliente junto à organização tem a intenção de proporcionar valor para o cliente por meio da ótica de proporcionar melhor qualidade de vida. A organização desenvolve novos serviços a partir da percepção de necessidades dos clientes.

A partir do observado parece que melhorias incrementais nos serviços são, de um modo geral, provenientes da “fala” dos clientes, enquanto que inovações radicais partem do acompanhamento das ações dos clientes.

Como uma possível consequência destas duas formas distintas de identificação de o que é valor para o cliente, nem todos os serviços parecem se aproveitar com a mesma intensidade destas possibilidades. Os serviços que apresentam maior experiência parecem se aprimorar incrementalmente a partir das opiniões do cliente, enquanto os serviços mais recentes parecem apresentar maior desenvolvimento a partir da observação do comportamento do cliente.

O estudo demonstrou que é possível a mudança das operações em empresas de Saúde Suplementar a partir da interação com o cliente. Através da opinião do cliente em um primeiro momento, levando em consideração a próprio cliente em estado de saúde debilitado e o seus familiares. E em um segundo momento o

desenvolvimento de operações a partir do acompanhamento do comportamento do cliente na interação com a organização.

Pode-se considerar uma contribuição da presente pesquisa que é possível sim aprimoramento de operações das organização a partir do cliente em estado emocionalmente regredido. Esta constatação mostra que a operação pode tentar se aproximar de uma qualidade de vida para o cliente, o que é gera resultados positivos para o cliente e a organização.

Outra constatação é a crescente valorização de operações de medicina “Preventiva”, deslocando o foco tradicional da medicina curativa (“Cuidado”) para uma nova forma de se perceber saúde. Esta proposta procura buscar o valor para o cliente, mesmo que em grande parte dos casos isto não seja claramente explicitado por este ator e sim apontado a partir dos Sistemas de Informação da organização.

As entrevistas foram realizadas em um período de quatro meses. Caracterizando uma pesquisa transversal e não pretende esgotar o tema abordado. Como sugestões para futuros estudos:

1. Um estudo quantitativo para a verificação das contribuições dos Clientes e seu comportamento nas Operações em saúde em Empresas de Saúde Suplementar, com o intuito de trazer uma verificação estatística a partir deste estudo;
2. Realização de um estudo da percepção do cliente em relação à suas contribuições dentro da organização;
3. Realização de um novo estudo transversal em um futuro com a intenção de perceber os efeitos da tendência de deslocamento das operações de saúde de “Cuidado” para “Prevenção”;
4. A estrutura de uma Empresa de Saúde Suplementar é complexa. Existe um grande numero de prestadores de serviço terceirizados. Estes prestadores não têm vinculo de submissão mas podem ser percebidos pelos clientes como parte da organização. Assim Um estudo da relação entre o relacionamento do cliente e as operações poderia ser realizado incluindo os prestadores terceirizados.

As principais limitações encontradas pelo estudo encontram-se descritas na sequência:

1. O presente estudo teve sua origem em embasamento teórico e teve uma base qualitativa. Esta características impedem uma generalização estatística, mas possibilita a generalização de suas proposições teóricas (YIN, 2005).
2. A estrutura de uma Empresa de Saúde Suplementar é complexa. Existe um grande numero de prestadores de serviço terceirizados. Estes prestadores não tem vinculo de submissão mas podem ser percebidos pelos clientes como parte da organização. Assim Um estudo da relação entre o relacionamento do cliente e as operações, de teor similar, poderia ser realizado incluindo os prestadores terceirizados.
3. O estudo foi realizado apenas nos serviços que são unidades de negócios da organização deixando não levando em confederação os serviços terceirizados.
4. O estudo de caso dois estava passando por um período de mudança, com presença de consultoria externa o que reduziu a possibilidade de interação com a organização.
5. O setor re TI, é considerado como “estratégico” no caso um e por este motivo não foi permitido o acesso do pesquisador.

REFERÊNCIAS

- ABREU, F. A.; TEIXEIRA, D. J. Resposta emocional do paciente ao ambiente de espera em um hospital na cidade de Belo Horizonte. **ENAMPAD**, 2007.
- ALBRECHT, K. **Revolução nos serviços**: como as empresas podem revolucionar a maneira de tratar os seus clientes. 4. ed. São Paulo: Pioneira, 1992.
- _____. **Serviços internos**. São Paulo: Pioneira, 1994 .
- ALMA-ATA. **Declaração de Alma-Ata**. URSS, 12 de setembro de 1978.
- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS**: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde, volume 1, São Paulo: Editora Atheneu, 2004.
- BARNEY, J.B Strategic factor markets: expectations, luck, end business strategy. **Management Science**, Hanover, v. 32, n°10, p. 1231-1241, out. 1986.
- _____. Firm resources and competitive advantage. **Journal of Management**, 17, p. 99-120, 1991.
- _____. Resource-based theories of competitive advantage: a ten-year retrospective on the resource-based view. **Journal of Management**, v. 27, n. 6, p. 643-650, 2001.
- BERRY, W. L.; HILL, T. J.; KLOMPMAKER, J. E. Customer-Driven manufacturing **International Journal of Operations and Production**, v. 15, n. 3, p. 4-15, mar. 1995.
- BERTUCCI, J. L. O. Ambiente, estratégia e performance organizacional no setor industrial e de serviços. **Revista de Administração de Empresas (FGV)**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 10-24, 2005.
- BERWICK, D. M.; GODFREY, A. B.; ROESSNER, J. **Curing health care - new strategies for quality improvement: a report on the National Demonstration Project on Quality Improvement in Health Care**. San Francisco: Jossey-Bass, 1990.
- BITNER, M. J. Servicescapes: the impact of physical surroundings on customers and employees. **Journal of Marketing**, 56, April 1992.
- BORGES, M. L. **Processo de criação e transferência de conhecimento**: uma abordagem em uma organização hospitalar, Dissertação - Unisinos, São Leopoldo, 2008
- BOUDON , R. Beyond rational choice theory. **Annual Review of Sociology**, v. 29, n. 1, p. 1-21, 2003.)
- CENTOLA, N.; ZABEU S. B. Pequenas e médias empresas: tomem a rédea de seus negócios! **PC WORLD**, p. 34-54, mar. 1999.
- CHANDLER JR., A. D. **Strategy and structure**: chapters in the history of the american industrial enterprise. 20. ed. MIT Press, 1998.

COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

CORAZZA, R. I. Gestão ambiental e mudança na estrutura organizacional. **Revista de Administração de Empresas**, 2(2): 1-23, 2003.

DAVENPORT, T. H.; SHORT, J. E. The new industrial engineering: information technology and business process design. **Sloan Management Review**, 31(4): 11-27, 1990.

DELLOITTE CONSULTING. ERP's second wave. **Research Report**, n. 24, p. 1998.

DONAIRE, D. **A interiorização da variável ecológica na organização das empresas industriais**. Tese (Livre Docência). Faculdade de Economia e Administração, Universidade de São Paulo, 1992.

DUARTE, C. M. R. Organização: história e características da Cooperativa de Trabalho Médico Organização no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 999-1008, 2001.

ENGEL, James F.; BLACKWELL, Roger D.; MINIARD, Paul W. **Consumer behavior**. 8. ed. Orlando : The Dryden Press, 1995.

FERREIRA, A. B. H. **Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FORD R. C.; Fottler, M.D. **Creating customer-focused health care organizations**. *Health Care Management Review*, v. 25, 4, p18, 2000;

_____. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

GAGNON, Stéphane. Resource-based competition and the new operations strategy. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 19, n. 2, p. 125-138, 1999.

GARVIN, D. A. Building a Learning Organization. **Harvard Business Review**. 78-91, July-August 1993.

GONÇALVES, E. L. **Estrutura Organizacional do Hospital Moderno**. RAE – Revista de Administração de Empresas, São Paulo: EAESP FGV, v.38, n 1, p.80-90. jan/mar 1998.

GONÇALVES, E. L.; ACHÈ, C. A.. **O Hospital-Empresa: do Planejamento a Conquista do Mercado**. RAE – Revista de Administração de Empresas, São Paulo: EAESP FGV, 1999.

GRANT, R. M. The Resource-Based theory of competitive advantage: implications for strategy formulation. **California Management Review**, 33(3): 114, 2001.

HAIR, Joseph F.; ANDERSON, Rolph E.; TATHAM, Ronald L.; BLACK, William C. **Análise multivariada de dados**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HAMEL G., **Competindo pelo futuro**, Rio de Janeiro, Campus, 1995.

_____. Inovação na gestão: o que é. **Harvard Business Review**, v. 84, n. 2, fev. 2006.

HAMEL, G.; PRAHALAD, C. K., "The Core Competence of the Corporation", **Harvard Business Review**, p.79-91, 1990.

HICKS, D. Published papers, tacit competencies, and corporate management of public/private character of knowledge. **Industrial and Corporate Change**, 4:401-424, 1995.

HOFFMAN, L. **Foundations on family therapy**. A conceptual framework for systems change. New York, NY, Basic Books Inc., 1981.

HUNT, C C..What have we learned about generic competitive strategy? A meta analysis. **Strategic Management Journal**, Washington, Georgetown University, 21, 2000, p; 127 – 154

JUNQUEIRA, A. T. M. **Consórcios intermunicipais de saúde no estado de São Paulo**: situação atual. v. 39, n. 4, p. 85-96, out./dez. 1999

KETOKIVI, M. A.; SCHROEDER, R. G. Manufacturing practices, strategic fit and performance: a routine-based view. **International Journal of Operations and Production Management**, v. 24, n. 2, p. 171-191, 2004.

KOTLER, P. **Administração de marketing**: análise, planejamento, implementação e controle. São Paulo: Atlas, 1996.

_____, **Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle**; tradução Ailton Bomfim Brandão. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1998,

KOTLER, P.; ARMSTRONG, G. **Princípios de marketing**. Rio de Janeiro: PHB, 1993.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. M. **Fundamentos da metodologia científica**. São Paulo, Editora Atlas, 1985.

_____. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas,1991.

LAUDON, K. C.; LAUDON, P. J. **Essentials of Management information systems: organization and technology**. 2º edição. New Jersey: Prentice-Hall. (1996)

LAZARINI, L. C.; ZILBER, M. A. Estratégias dos planos de saúde no Brasil: Um estudo exploratório. **3's ANPAD**, 2005.

LLERENA, D. **Internalisation de l'environnement et apprentissages dans les organisations**. Thèse (Doctorat) - Faculté de Sciences Économiques et de Gestion de Strasbourg, Université Louis Pasteur. Strasbourg, France, 1996.

LODI, J B. A estrutura matricial e a estrutura sistêmica: Dois novos tipos de organização. **Rev. Adm. Emp.**, Rio de Janeiro, 10(4): 157-179, out./dez. 1970.

LONDOÑO, M.; MORERA, G., LAVERDE, P. **Administração hospitalar**. 2. ed. Editora Médica Panamericana, 2003.

LØWENDAHL, B R.; ØIVIND, R; SIW, M. F 'Knowledge and value creation in professional service firms: A framework for analysis'. **Human Relations**, 54/7: 911–931. 2001.

KEINERT, T. M. M. . **Políticas Públicas, Inovação e o Plano de Atendimento à Saúde do Município de São Paulo**. Revista de Administração de Empresas (FGV), SAO PAULO, v. 37, n. 3, 1997.

MALIK, A.M. Desenvolvimento de recursos humanos, gerência de qualidade e cultura das organizações de saúde. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, 32(4): 32-41, 1992.

_____. Hospitais e Programas de Qualidade no Estado de São Paulo. Revista de Administração de Empresas (FGV), São Paulo, v. 41, n. 3, p. 51, 2001.

_____. Oferta em serviços de saúde. **Revista USP**, 51:16-27, set./nov. 2001
Mello, 2008.

MANDELLI, P.. **A disciplina e a arte da gestão das mudanças nas organizações: como integrar estratégias e pessoas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

MARSHALL, D. W.; WESTMORELAND, B. F.; SHARBROUGH, F. W. Ictal tachycardia during temporal lobe seizures. **Mayo Clin Proc.**, 1983;58:443-46.

MELLO, S. C. B.; LEÃO, A. L. M. S. Uma Revisão crítica sobre o uso de diferentes conceitos de valor no marketing. **RAC-Eletrônica**, v. 2, n. 1, art. 3, p. 37-53, jan./abr. 2008.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9(3): 239-262, jul./set. 1993.

MINTZBERG, H.; LAMPEL, J.; AHLSTRAND, B.; **todas as partes do elefante** HSM Management, São Paulo, Jan/Fev, 1998

MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. **Safári de Estratégia** – um roteiro pela selva do planejamento estratégico. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MINUCHIN, S. **Famílias: funcionamento e tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MORAES, H. S. M. **Política, tecnologia e informação em saúde: a utopia da emancipação**. Salvador: Casa da Qualidade, 2002.

MORGAN, G. **Imagens da Organização**. São Paulo: Atlas, 2007.

MORGAN, R.; HUNT, S. The commitment-trust theory of relationship marketing. **Journal of Marketing**, 58 (July), 1994.

MORRIS, T. Asserting property rights: Knowledge codification in the professional service firm. **Human Relations**, 54/7: 819–838, 2001.

NETO, G. V.; MALINK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 4, p.825-839, Ago. 2007.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. **Criação de conhecimento na empresa**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

NONAKA, I.; TOYAMA, R. The knowledge-creating theory revisited: knowledge creation as a synthesizing process. **Knowledge Management Research & Practice**, p.2-10, 2003.

OHNO, T. **Toyota Production System**. Portland: Productivity Press 1998

OLIVEIRA, E. S.; MARTIN, D. M. L.; NAKAMURA, Wilson T. Direcionadores de valor no setor de saúde no Brasil. **3's ANPAD**, 2005.

PERIN, M. G.; SAMPAIO, C. H.; DUHÁ, A. H.; BITENCOURT, C. C. Processo de aprendizagem organizacional e desempenho empresarial: O caso da indústria eletrônica no Brasil. **RAE-eletrônica**, v. 5, n. 2, art. 14, jul./dez. 2006.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C, P. **Problemas atuais de bioética**: São Paulo: Loyola, 2000.

PETTIGREW, A. M. The double hurdles of management research. In: CLARK, T. (ed.). **Advancement in Organizational Behaviour: Essays in Honour of Derek S. Pugh**. London: Dartmouth, 1997.

PORTER, M. E. **Vantagem competitiva**: criando e sustentando um desempenho superior. 6. ed. Rio de Janeiro: Campus 1992.

_____. What is strategy? **Harvard Business Review**, p. 61-78, nov./dez Prahalad e Ramaswamy. 1996.

_____. Competição: estratégias competitivas essenciais. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

_____. A nova era da estratégia. Coletânea HSM Management, ed. Especial, nº 1, 2000.

_____. A nova era da estratégia. In: JULIO, C. A.; SALIBI NETO, J. (Orgs.). **Estratégia e planejamento**. São Paulo: Publifolha/Coletânea HSM Management, p. 21-38, 2002.

_____. Regional studies. **The Journal of the Regional Studies Association**, 37(6-7): 545-546(2), Ago-Out. 2003.

PORTER, M.; TEISBERG, E. O. **Repensando a Saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

PRAHALAD, C. K.; RAMASWAMY, V. **O futuro da competição**: como desenvolver diferenciais inovadores em parceria com os clientes. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

QUINN, J. B. **Strategies for Change**: Logical incrementalism. Homewood, IL: Irwin, 1980.

RESENDE, A. L. M.; **Saúde**: dialética do pensar e do fazer. São Paulo: Cortez, 1986.

ROESCH, S. M. A. **Projetos de estágios e de pesquisa em administração**: Guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SCHUMPETER, J. A., **Capitalismo, Socialismo e Democracia**, Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961

SEIBEL, I. (Org.). **Formação cooperativista – I**: história, estrutura e educação cooperativista no Complexo Organização. Porto Alegre: Organização; Belo Horizonte: Universidade Organização, 2003.

SIMONS, R. **Performance measures & control system for implementing strategy**. New Jersey, Prentice-Hall, Inc., 2000.

SKINNER, W., **Manufacturing – missing Link in Corporate Strategy**, Harvard Business Review, p5-14, Maio-Junho 1969.

SOAR FILHO, E. J. A interação médico-cliente. **Rev. Ass. Med. Brasil**, 1998; v. 44, n. 1, p. 35-42.

STABLEIN, R. Dados em estudos organizacionais. In: CLEGG, S.; HARDY, C.; NORD, W. (eds.) **Handbook de Estudos Organizacionais**, v. 2, São Paulo: Atlas, 2001.

STAMFORD, P. P. **ERP**: prepare-se para esta mudança. Recife: UFPE, 2000.

TEECE, D; PISANO, G. The dynamic capabilities of firms: an introduction. **Industrial and Corporate Change**, v. 3, n. 3, p. 537-556, 1994.

TEECE, D.; PISANO, G.; SHUEN, A., “Dynamic Capabilities and Strategic Management”, in **Strategic Management Journal**, 18:7, p.509-533, 1997.

TOMKE, S.; VON HIPPEL, E. Customers as innovators: a new way to create value. **HBR**, 80(4): 74-81, 2002.

ORGANIZAÇÃO SANTA MARIA. **Hospital dia**. Disponível em: <<http://www.Organizaçõesm.com.br/>>. Acesso em: 28 maio 2009.

URDAN, A. A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, 41(4): 44-55, out./dez. 2001.

URDAN, A. T.; HUERTAS, M. K. Z. O médico e a qualidade percebida pelo paciente. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 27, 2003, Atibaia. **Anais do EnAnpad**, 2003.

VAVRA, T. G. **Marketing de relacionamento**. São Paulo: Atlas, 1993.

WERNERFELT, B. A resource-based view of the firm. **Strategic Management Journal**, 5: 171-180, 1984.

WEICK, Karl E. **A psicologia social da organização**. São Paulo: Edgard Blücher, 1973

WITTGENSTEIN, L. **Investigações filosóficas**. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

WILSON, D. An integrated model of buyer seller relationships. **Journal of the Academy of Marketing Science**, [S.L.], n. 23, p. 335-346, Fall 1995.

WRIGHT, P.; KROLL, M. J.; PARNELL, J. **Administração estratégica/conceitos**. São Paulo: Atlas, 2000.

WHITELEY, R. C.; HASSEN, D. **Crescimento orientado para o cliente: cinco estratégias comprovadas para criar vantagem competitiva**. Campus, 1996.

WILCOX, P. A.; GURAU, C. Business modeling with UML: the implementation of CRM systems for online retailing. **Journal of retailing and customer services**, v. 10, p.181-191, 2003.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed., reimpressão, Porto Alegre: Bookman, 2005.

6 Anexo

Matriz para a análise dos dados:

Tópico desenvolvido	Roteiro (questões)
Relação com o Cliente;	(1) Quais são os meios que a empresa utiliza para se comunicar com o cliente?; <ul style="list-style-type: none"> o A empresa procura o cliente para saber sua opinião? o Como ? carta, e-mail, Telefone, outro o A partir da empresa, como é a comunicação com o cliente? Informativos, e-mail, etc. o Quando o cliente deseja se comunicar com a empresa, com intenção de realizar contribuições, como ele pode fazer? Central de relacionamento, telefone, e-mail, caixinha de sugestões, todos na organização estão prontos para receber.
Operações em Serviços; e Relação com o Cliente;	(2) As pessoas da empresa, que têm contato direto com o cliente, têm como aceitar sugestões dos clientes?; <ul style="list-style-type: none"> o Como o pessoal de frente é instruído a perceber as opiniões do cliente?; o Quando existe alguma critica ou sugestão por parte do usuário como as pessoas que tem contato direto com eles agem? Encaminham para uma central, recebem, pedem que liguem para algum setor em especial, é encaminhado ao setor responsável pelo serviço em específico, não existe instrução para isso.
Relação com o Cliente;	(3) A empresa costuma receber sugestões para a melhoria dos serviços prestados?; <ul style="list-style-type: none"> o Existe iniciativa do cliente para a melhoria dos serviços prestados? o São feitas pesquisas em relação ao que o cliente deseja ou acha da organização ou serviço? o Como São feitas?
Relação com o Cliente;	(4) Como o cliente é percebido pelos funcionários da empresa?;
Operações em Serviços;	(5) Existe reflexo da participação do cliente na prestação do serviço?;
Relação com o cliente;	(6) Para a Organização, existe a intenção de conhecer os interesses do cliente? <ul style="list-style-type: none"> o Isso se reflete no dia-a-dia da organização?; o Além de sugestões ou criticas que partem dos clientes, que outras formas a empresa utiliza para saber de suas necessidades? o Como acontece o acompanhamento do cliente dentro da organização? Se esta internando muito ou consultando demais
Relação com o Cliente;	(7) Para a criação de um novo serviço o cliente é consultado? <ul style="list-style-type: none"> o Como acontece isso? o É realizada algum tipo de experiência previa antes do lançamento ou melhoria do processo (grupo de foco ou como)?
Operações em Serviços; Relação com o Cliente;	(8) Quais os serviços que foram recentemente criados ou melhorados? <ul style="list-style-type: none"> o Tiveram auxilio do usuário? o Como aconteceu este auxilio?
	(9) Quais os serviços criados a partir da percepção de necessidades do cliente? (Recentemente)
Operações em Serviços;	(10) Como se dá o processo internamente de mudança de dado serviço?; <ul style="list-style-type: none"> o Toda a organização se envolve? o É realizada apenas no setor a que se destina a mudança? o Como é o planejamento dessa mudança?
Relação com o Cliente;	(11) O cliente percebe melhoria na prestação do serviço? <ul style="list-style-type: none"> o Como a organização sabe disto?
Operações em	(12) O cliente contribui para a melhoria da organização?

Serviços	
----------	--

** A numeração corresponde ao número do objetivo específico.