

Arlete Parrilha Martins de Almeida Prado

**ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO:
DESENVOLVIMENTO DE UM INSTRUMENTO DE MEDIDA APLICÁVEL A
HOSPITAIS**

Curitiba
1995

Arlete Parrilha Martins de Almeida Prado

**ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO:
DESENVOLVIMENTO DE UM INSTRUMENTO DE MEDIDA APLICÁVEL A
HOSPITAIS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.

Curso de Pós-graduação em Administração, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Renato Zancan Marchetti.

Curitiba
1995

P A R E C E R

A Banca Examinadora da Dissertação, apresentada pela Mestranda **ARLETE P. MARTINS DE ALMEIDA PRADO**, sob o título “**ORIENTAÇÃO PARA MARKETING: DESENVOLVIMENTO DE UM INSTRUMENTO DE MEDIDA APLICADO A HOSPITAIS**”, após argüir a candidata e ouvir suas respostas e esclarecimentos, deliberou aprová-la, com base nos seguintes Conceitos, pelos Membros: Professor Doutor Renato Zancan Marchetti - 9,0 (nove), Professor Doutor Clóvis L. Machado-da-Silva - 9,0 (nove), e Professor Doutor Fernando Bins Luce - 9,0 (nove), do que resulta a aprovação com o conceito “**A**” .

Em face da aprovação, deliberou, ainda a Banca Examinadora, na forma regimental, considerar com a presente dissertação que a candidata **ARLETE P. MARTINS DE ALMEIDA PRADO**, atendeu a requisito parcial para obtenção do grau de “**MESTRE EM ADMINISTRAÇÃO**”

É o Parecer

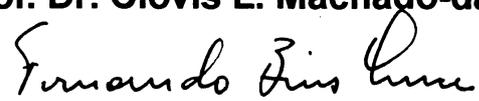
Curitiba, 27 de dezembro de 1995.



Prof. Dr. Renato Zancan Marchetti
Presidente



Prof. Dr. Clóvis L. Machado-da-Silva



Prof. Dr. Fernando Bins Luce

AGRADECIMENTOS

Ao concluir este trabalho, quero agradecer a todos aqueles que colaboraram, direta ou indiretamente, para que, apesar de todas as dificuldades, ele chegasse a um bom termo. Foram inúmeras pessoas, entre colegas, professores e amigos.

À Federação Paranaense dos Hospitais, pela contribuição que tornou possível o acesso aos hospitais, e à Tania, pelo seu esforço e persistência.

À Opus & Múltipla pelo apoio material e humano que tornaram possível a conclusão deste trabalho.

Aos demais membros do comitê, professores Romeu Telma e Paulo Henrique Maia Cortes, aos professores do mestrado e aos colegas do curso pela colaboração no meu processo de aprendizado e desenvolvimento.

Gostaria de agradecer em especial ao meu orientador, Prof. Dr. Renato Marchetti, pela orientação, pelo encorajamento e pela firmeza, sem o que este trabalho certamente não seria concluído.

Ao meu marido e minha filha, um agradecimento muito especial pela paciência e pelo apoio que me deram durante todas as etapas deste trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS E FIGURAS	vi
LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS	vii
LISTA DE ANEXOS	ix
INTRODUÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO	01
1ª PARTE - REFERENCIAL TEÓRICO	06
CAPÍTULO 01 - O HOSPITAL E SEUS PRODUTOS	
1.1 O HOSPITAL	07
1.2 O PRODUTO DO HOSPITAL	09
CAPÍTULO 02 - O CONCEITO DE MARKETING	12
CAPÍTULO 03 - CULTURA ORGANIZACIONAL	22
3.1 DEFINIÇÃO DE CULTURA ORGANIZACIONAL	22
3.2 COMO A CULTURA ORGANIZACIONAL SE MANIFESTA	27
3.3 COMO MEDIR A CULTURA ORGANIZACIONAL	30
CAPÍTULO 04 - CULTURA ORGANIZACIONAL E MARKETING - O CONCEITO DE ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO	33
4.1 ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO	34
4.2 TIPOLOGIA DA ORIENTAÇÃO ORGANIZACIONAL	39
4.3 ATRIBUTOS RELACIONADOS À ADOÇÃO DA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO	41
4.4 CRÍTICAS À ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO	46

CAPÍTULO 05 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DIFERENTES INSTRUMENTOS PARA MEDIDA DA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO	49
2^a PARTE - METODOLOGIA E RESULTADOS DA PESQUISA	53
CAPÍTULO 06 - METODOLOGIA DA PESQUISA	54
6.1 PROBLEMÁTICA DA PESQUISA	54
6.1.1 Problemática de Caráter Geral	54
6.1.2 Problemática de Caráter Específico e Hipóteses da Pesquisa	58
6.2 OBJETIVOS DO ESTUDO	64
6.2.1 Objetivos de Caráter Geral	64
6.2.2 Objetivos de Caráter Específico	65
6.3. METODOLOGIA DA PESQUISA	66
6.3.1 Etapas da Pesquisa	66
6.3.2 Universo da Pesquisa	69
CAPÍTULO 07 - ELABORAÇÃO DA ESCALA DE MEDIDA DA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO EM HOSPITAIS	71
7.1 ESPECIFICAÇÃO DO DOMÍNIO DO CONCEITO	73
7.2 GERAÇÃO DOS ITENS	74
7.3 COLETA DE DADOS	76
7.3.1 Amostragem	76
7.3.2 Escolha da escala de medida	79
7.3.3 Purificação da Escala	83
Etapa 1 - Análise Fatorial	83
Etapa 2 - Escolha do Ponto de Corte	84
Etapa 3 - Determinação da Estabilidade	87
Etapa 4 - Análise da Adequação da Amostra	88
Etapa 5 -Determinação da Confiabilidade	90

7.4	INTERPRETAÇÃO DAS DIMENSÕES DA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO EM HOSPITAIS	93
7.4.1	Dimensão 1 - ORIENTAÇÃO PARA O CLIENTE	94
7.4.2	Dimensão 2 - QUALIDADE E INOVAÇÃO	95
7.4.3	Dimensão 3 - REPARAÇÃO	96
7.4.4	Dimensão 4 - ORIENTAÇÃO PARA A CONCORRÊNCIA	97
7.4.5	Dimensão 5 - HARMONIA	98
7.9	COMPARAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES IDENTIFICADAS E AS ENCONTRADAS NA LITERATURA	99
CAPÍTULO 08 - TESTE DAS HIPÓTESES		102
CAPÍTULO 09 - CONCLUSÕES FINAIS		126
9.1	IMPLICAÇÕES GERENCIAIS	129
9.2	LIMITAÇÕES DA PESQUISA	130
9.3	SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS	131

ANEXOS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

QUADRO 01 - PERSPECTIVAS PARA O ESTUDO DA CULTURA ORGANIZACIONAL	23
QUADRO 02 - ATRIBUTOS /ATIVIDADES RELACIONADOS À ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO	41
QUADRO 03 - PROPOSTA PARA ATRIBUTOS RELACIONADOS À ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO	44
QUADRO 04 - PRINCIPAIS INSTRUMENTOS DE MEDIDA DA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO	49
QUADRO 05 - RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS E APLICAÇÕES DOS VÁRIOS TIPOS DE ESCALAS DE MEDIDA	80
FIGURA 01 - ESTRATÉGIA PARA O DESENVOLVIMENTO TEÓRICO DA PESQUISA	05
FIGURA 02 - MANIFESTAÇÕES DA CULTURA ORGANIZACIONAL	29
FIGURA 03 - RESUMO DAS ETAPAS NO DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA DA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO	72

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

TABELA 01 - RELAÇÃO ENTRE OS FATORES E SEUS AUTOVALORES	86
TABELA 02 - COEFICIENTE ALFA DAS DIMENSÕES RESULTANTES - PRIMEIRA ETAPA DA PURIFICAÇÃO	91
TABELA 03 - COEFICIENTE ALFA DAS DIMENSÕES RESULTANTES - SEGUNDA ETAPA DA PURIFICAÇÃO	92
TABELA 04 - ITENS COMPONENTES DA DIMENSÃO ORIENTAÇÃO PARA O CLIENTE	94
TABELA 05 - ITENS COMPONENTES DA DIMENSÃO QUALIDADE E INOVAÇÃO	95
TABELA 06 - ITENS COMPONENTES DA DIMENSÃO REPARAÇÃO	96
TABELA 07 - ITENS COMPONENTES DA DIMENSÃO ORIENTAÇÃO PARA A CONCORRÊNCIA	97
TABELA 08 - ITENS COMPONENTES DA DIMENSÃO HARMONIA	97
TABELA 09 - TESTE DE HIPÓTESE DIFERENÇAS NA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO EM RELAÇÃO AO TAMANHO DO HOSPITAL	104
TABELA 10 - TESTE DE HIPÓTESE DIFERENÇAS NA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO EM RELAÇÃO AO OBJETIVO PRINCIPAL DO HOSPITAL	110

TABELA 11 - TESTE DE HIPÓTESE DIFERENÇAS NA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO EM RELAÇÃO AO DESEMPENHO (ÍNDICE DE OCUPAÇÃO DE LEITOS)	116
TABELA 12 - TESTE DE HIPÓTESE DIFERENÇAS NA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO EM RELAÇÃO AO DESEMPENHO (POLÍTICA DE INVESTIMENTOS EM TECNOLOGIA)	121
GRÁFICO 01 - RELAÇÃO ENTRE OS FATORES E SEUS AUTOVALORES	86

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO UTILIZADO NA PESQUISA

ANEXO 2 - RELAÇÃO DE HOSPITAIS RESPONDENTES

**ANEXO 3 - ROTEIRO DE ENTREVISTA UTILIZADO NA FASE PRELIMINAR DA
PESQUISA**

RESUMO

A orientação para o mercado é um tema que vem despertando grande interesse em todas as áreas ligadas à administração. O objetivo principal deste trabalho é desenvolver um instrumento para medir a orientação para o mercado aplicável a hospitais. É feita revisão bibliográfica sobre a instituição hospitalar, o conceito de marketing, cultura organizacional e orientação para o mercado. São também levantados os instrumentos disponíveis para avaliação da orientação para o mercado. O desenvolvimento da escala é feito em duas partes: uma exploratória, para a geração do instrumento preliminar e outra de purificação e teste do instrumento. O questionário inicial, contendo 135 itens, foi desenvolvido com base na revisão bibliográfica e em uma série de entrevistas em profundidade com estudiosos e administradores hospitalares. O questionário foi aplicado a todos os 95 hospitais de 4 das maiores cidades do Paraná (Curitiba, Londrina, Maringá e Cascavel). Cada hospital recebeu um questionário para ser respondido pelo diretor geral, clínico ou administrativo. Foi obtida taxa de resposta de 42%. Este grupo de respostas foi submetido a análise fatorial, e a uma série de procedimentos para purificação da escala e testes para garantia de estabilidade e confiabilidade, obtendo-se ao final um questionário reduzido contendo 15 itens. Foram identificadas 5 dimensões da orientação para o mercado em hospitais: **orientação para o cliente** (preocupação com o relacionamento humano com o cliente), **qualidade e inovação** (busca da liderança, qualidade técnica e inovação tecnológica), **reparação** (solução de problemas, correção de rumos), **orientação para a concorrência** (busca e disseminação de informações sobre concorrentes e fornecedores) e **harmonia** (funcionamento harmônico dos serviços). Foram testadas três hipóteses sobre a relação entre a orientação para o mercado e características dos hospitais: tamanho (em número de leitos), orientação principal (orientado para lucro ou não) e desempenho a longo prazo (índice de ocupação de leitos e taxa de investimentos em tecnologia), não sendo encontradas diferenças significativas entre as categorias estudadas. Conclui-se que, do ponto de vista dos administradores dos hospitais da amostra pesquisada no estudo, não existem diferenças no grau de orientação para o mercado com base nas características estudadas.

ABSTRACT

Market orientation is a subject of great interest for all areas related to administration. The prime target of this work is the development of a scale to measure the market orientation of hospitals. First is made a review of the literature on hospitals, marketing concept, organizational culture and market orientation. Also are reviewed the scales available to measure market orientation. The development of the scale was made in two parts: one exploratory, for generation of the preliminary scale, and other for purifying and test of the scale. The prime scale, with 135 items, was based on the literature review and on a series of in depth interviews with scholars and hospital managers. The instrument was sent to all 95 hospitals of the 4 largest cities of Paraná State (Curitiba, Londrina, Maringá and Cascavel). Each hospital received one questionnaire to be responded by the Top Manager, the Clinical Director or the Administrative Director; with 42% of return tax. The answers were submitted to factor analysis and to a series of tests for scale purifying and stability and reliability assessment. At the end, the scale remains with 15 items. Five dimensions of market orientation in hospitals were identified: **consumer orientation** (preoccupation with human relations with clients), **quality and innovation** (search for leadership, technical quality and technological innovation), **reparation** (problems solution and revising), **competitor orientation** (search and dissemination of information about competitors and suppliers) and **harmony** (harmonic coordination of services). Three hypothesis about relationship with the market orientation and characteristics of the hospital were tested. Size (number of beds), prime object (profit, not for profit) and long term performance and no significance differences were found between the categories. The conclusion is that, from the point of view of the executives of the hospitals of the study, there aren't differences in the tested characteristics

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO

A orientação para o mercado, também chamada de orientação para marketing, é um tema dos mais atuais entre os administradores e estudiosos da administração. É chamado até de "o coração da administração de marketing e estratégica modernas" (NARVER e SLATER, 1990). Observa-se grande interesse tanto da comunidade científica quanto da comunidade de negócios sobre todos os aspectos relacionados com a aproximação entre a organização e o consumidor. Vários livros e artigos que tratam do tema têm sido publicados com grande sucesso (BERRY e PARASURAMAN, 1992; MADIA, 1994; WHITELEY, 1992; DAY, 1990; KOHLI e JAWORSKI, 1990; JAWORSKI e KOHLI, 1993).

Existe uma certa confusão na terminologia empregada. Enquanto alguns autores utilizam a expressão "orientação para marketing", outros preferem "orientação para o mercado" (KOHLI e JAWORSKI, 1990; DAY, 1990), outros ainda utilizam indistintamente "orientação para o mercado" e "orientação para o consumidor" (DESHPANDÉ, FARLEY e WEBSTER, 1993; SHAPIRO, 1988). Para os propósitos do presente trabalho, utilizaremos a expressão "orientação para o mercado", conforme discutiremos mais à frente, no Capítulo 4.

Uma empresa orientada para o mercado é aquela que demonstra uma efetiva preocupação em fornecer valor superior ao cliente, é aquela que transcendeu o paradigma da maximização do lucro em transações isoladas e agora busca o relacionamento duradouro e de ganhos mútuos com os consumidores, fornecedores e demais elementos do mercado, sem se descuidar em momento algum do que estão fazendo seus concorrentes e de todos os movimentos do ambiente.

Este tipo de postura vai também levar a empresa a reagir de forma mais ágil e adequada às mudanças cada vez mais abruptas no meio ambiente.

A única forma de criar e manter este tipo de relacionamento é desenvolvendo uma integração estratégica entre os conceitos culturais e as respostas concretas às mudanças ambientais (DESHPANDÉ e PARASURAMAN, 1986). Esse tipo de postura, na qual a empresa volta suas atenções para o mercado em geral e para o consumidor em especial, buscando de todas as formas satisfazê-lo e garantir sua fidelidade, é chamada de "marketing orientation" (orientação para marketing), (KOTLER, 1987) ou de "market orientation" (orientação para o mercado), (KOHLI e JAWORSKI, 1990).

A orientação para o mercado é um elemento imprescindível para o desenvolvimento e manutenção das vantagens competitivas nos produtos e serviços prestados pelas organizações. Ela engloba a proximidade com o cliente ao mesmo tempo em que busca, através da inovação, colocar a empresa à frente da concorrência, tornando-se elemento-chave na busca da vantagem competitiva sustentável (NARVER e SLATER, 1990; SHAPIRO, 1988; DAY, 1990).

Este modelo exige contudo uma postura diferenciada da empresa, uma mudança cultural que leve a organização da sua orientação anterior, interna, voltada para o produto, tecnologia, processo ou vendas para uma orientação voltada para fora, para o mercado.

A empresa realmente orientada para o mercado precisa ter uma cultura que seja ao mesmo tempo forte, apropriada ao contexto e adaptável, pois somente culturas que ajudem a organização a prever e se adaptar de forma ágil às mudanças ambientais serão capazes de promover o desempenho excelente a longo prazo (KOTTER e HESKETT, 1994).

Trata-se de uma mudança de orientação filosófica, que vai requerer muito empenho da administração e de todos os membros da organização, oferecendo toda sorte de dificuldades, que passam pelas resistências internas, preocupações com resultados imediatos de vendas, limitações estruturais e de

processos, comunicações ineficazes ou inexistentes, deficiências de lideranças, entre outras (DAY, 1990).

Além dessas dificuldades relacionadas à aplicação do conceito, existe ainda a dificuldade de se avaliar objetivamente em que ponto do continuum da orientação para o mercado está a organização já que os administradores, assim como todos aqueles envolvidos de perto, tendem a ter percepções distorcidas dessa realidade (DESHPANDÉ, FARLEY e WEBSTER, 1993).

Para superar esta subjetividade na avaliação, faz-se necessário o desenvolvimento de um instrumento capaz de medir objetivamente o grau de orientação para o mercado da organização. Alguns autores vêm trabalhando recentemente nesta questão (KOHLI e JAWORSKI, 1993; WHITELEY, 1992; NAIDU e NARAYANA, 1991; DAY, 1990; NARVER e SLATER, 1990; KOTLER e CLARKE, 1987), porém todos os instrumentos desenvolvidos até o presente momento apresentam limitações que, ao nosso ver, impõem a necessidade de um maior desenvolvimento.

Ressalte-se ainda que, dentre os estudos efetuados, muito pouco há que se relacione com hospitais.

O presente trabalho, ao escolher o campo dos hospitais, pretende contribuir para o preenchimento desta lacuna, já que o segmento hospitalar é bastante rico e inclui variados tipos de organizações (privadas com fins lucrativos, privadas com fins beneficentes, estatais, de ensino e pesquisa, entre outros).

Além disso, pretende trazer uma contribuição para o exercício da administração, desenvolvendo um instrumento simples e de fácil aplicação, capaz de fornecer uma medida objetiva do grau de orientação para marketing, subsidiando assim os administradores não só de hospitais, mas de todos os tipos de organização.

É grande a importância social deste trabalho, na medida em que trará contribuições para a administração de um setor cujo significado social é desnecessário relembrar.

Ao colaborar para um melhor entendimento da orientação para o mercado nos hospitais, tem potencial para contribuir para a aproximação entre os hospitais e seus clientes com uma conseqüente melhora na qualidade do atendimento médico-hospitalar.

No decurso do trabalho, procuramos adotar uma seqüência lógica de desenvolvimento dos assuntos que, esperamos, facilite a compreensão do leitor. Em primeiro lugar, será feita uma exposição sucinta sobre os principais conceitos teóricos relacionados ao tema, com vistas a clarificar alguns aspectos necessários à compreensão do trabalho.

De início são discutidos conceitos relacionados ao campo de aplicação da pesquisa, definindo o hospital, suas características, particularidades e seus produtos.

A seguir são colocados os conceitos mais amplos, que embasarão o desenrolar do trabalho. Primeiramente o conceito de marketing, a seguir, trataremos da cultura organizacional para, na seqüência, relacionarmos ambos na tentativa de esclarecer as implicações da orientação para o mercado.

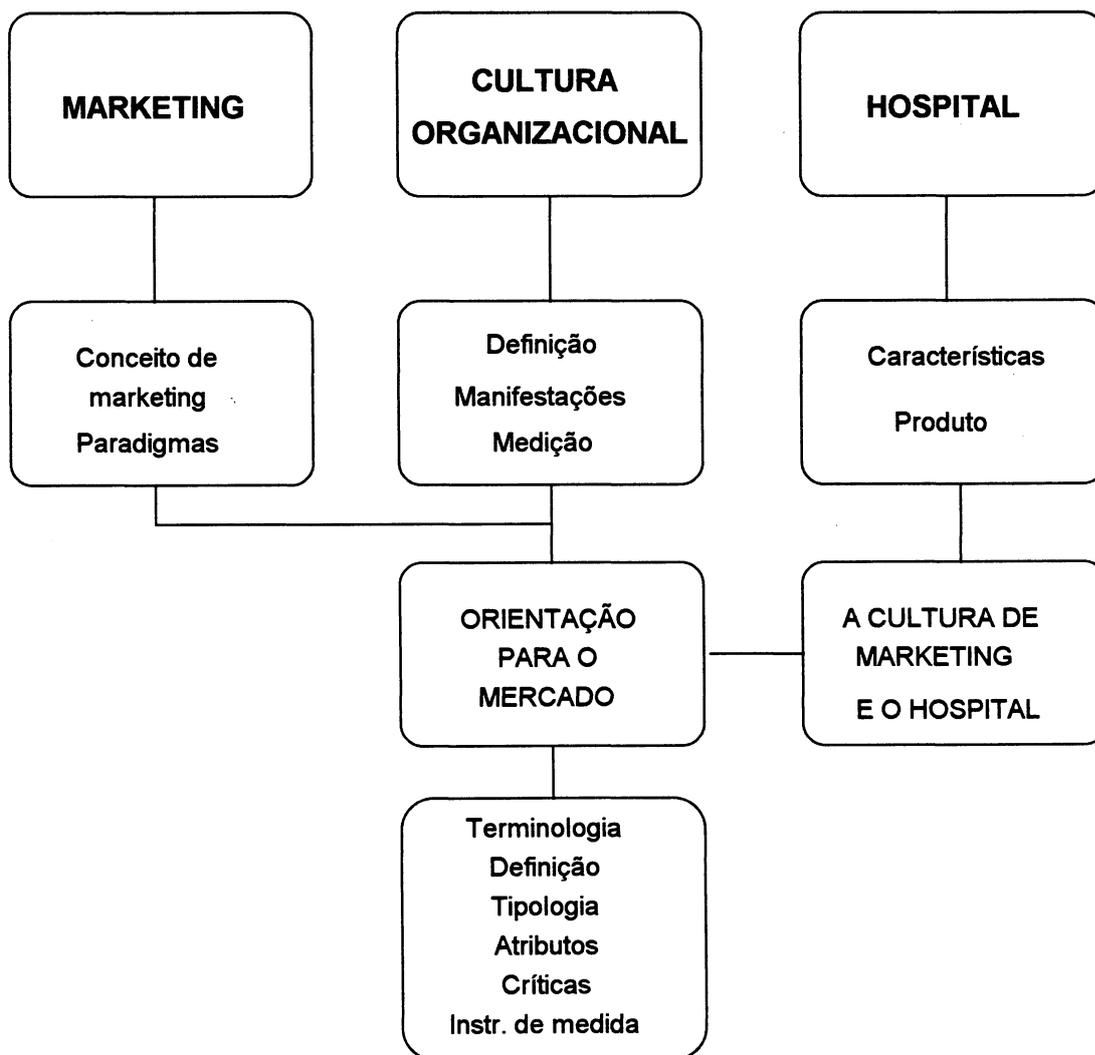
A Figura 01 na página a seguir, ilustra a estratégia utilizada para a construção deste esquema de conhecimento.

Na seqüência, está colocada a problemática da pesquisa, com os objetivos e as hipóteses de trabalho.

A metodologia empregada na pesquisa, incluindo os paradigmas utilizados, suas vantagens e limitações são então discutidos, seguidos pela apresentação dos resultados das duas etapas da pesquisa: qualitativa e quantitativa.

Complementarmente, são colocadas sugestões para pesquisas futuras baseadas nos conhecimentos obtidos pelo presente trabalho.

FIGURA 01 - ESTRATÉGIA PARA O DESENVOLVIMENTO TEÓRICO DA PESQUISA



1^a PARTE - REFERENCIAL TEÓRICO

CAPÍTULO 01 - O HOSPITAL E SEUS PRODUTOS

1.1 O HOSPITAL

O hospital é uma entidade definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um "elemento de Organização de caráter médico-social, cuja função consiste em assegurar Assistência médica completa, curativa e preventiva a determinada população e cujos serviços externos se irradiam até a célula familiar considerada em seu meio; é um centro de medicina e de pesquisa bio-social" (BORBA, 1985).

O hospital apresenta características próprias, que o distinguem das demais organizações. Uma destas características é a sua complexidade. Além das atividades médicas que acontecem no hospital, lá funcionam pelo menos quatro outras atividades: um hotel, uma farmácia, uma lavanderia e um restaurante. Cada uma complexa o bastante para ser uma organização independente. (GONÇALVES, 1978)

Outra característica marcante da instituição hospitalar é o fato de que ela possui um caráter social e, em alguns casos, filantrópico, com um espectro de responsabilidades mais amplo e complexo do que as organizações tradicionais.

Além disso, sua força de trabalho é também distinta, possuindo valores profissionais, um código de ética próprio, uma tradição de liberdade

profissional e de despreocupação com custos, principalmente no caso dos médicos (LIETDKA, 1992)

Fatores legais e políticos também se fazem sentir na instituição hospitalar com mais intensidade do que nas demais. Por força da Constituição Brasileira, todo indivíduo tem direito à assistência médica e hospitalar necessária, possa ou não pagar por ela. Assim, o hospital tem a obrigação moral e legal de atender a todos os pacientes que dele precisarem, mesmo que não possam pagar pelos seus serviços, fato este que não costuma ocorrer com os demais prestadores de serviços.

Uma outra característica é ainda o fato do Estado ser o intermediário responsável, através da Previdência, de fornecer assistência médica à população, o que faz com que tenha junto à instituição hospitalar uma influência maior do que a que se pode observar nos demais setores da economia. A nível de exemplo: dos 638 hospitais existentes no Paraná, 553 (86%) são credenciados pelo INAMPS/SUS, ou seja, prestam serviços a clientes que são custeados pelo governo. (FEHOSPAR, 1992)

Essa maciça participação do Estado como intermediário pagador e controlador dos serviços hospitalares traz alguns complicadores adicionais para a administração hospitalar.

Outra característica própria dos hospitais é a diversidade que apresentam quanto às características de propriedade (públicos federais, estaduais e municipais e privados) e finalidade principal (beneficentes, lucrativos, de ensino, de pesquisa etc.) . Maiores informações sobre a classificação dos tipos de hospitais empregada podem ser obtidas no item 6.3.2, página 68).

1.2 O PRODUTO DO HOSPITAL

O próprio produto da organização hospitalar é um conceito complexo, definido de diferentes formas. Para GONÇALVES (1978), o produto da organização hospitalar é um bem intangível: a saúde da população.

Não concordamos com essa definição, já que, ao nosso ver, a saúde da população é um conceito muito mais amplo, que transcende ao escopo dos serviços prestados pelo hospital, envolvendo aspectos de qualidade de vida, saúde física, mental e espiritual, ao passo que o hospital envolve-se apenas com a manutenção da saúde física e mental.

FRANCE e GROVER (1992) usam o termo "produtos dos serviços de saúde" para referir-se aos produtos e serviços oferecidos pelos prestadores de serviços de saúde, sejam eles hospitais, médicos ou similares. Sua definição exclui remédios e equipamentos em geral. Para estes autores, o produto da organização hospitalar se mostra diferente de todos os demais tipos de serviços, pois:

- 1) serviço de saúde é, possivelmente, o serviço mais intangível de todos. O paciente enfrenta dificuldades não apenas para avaliar a qualidade do serviço antes da aquisição, mas pode não ser capaz de avaliá-lo mesmo depois de recebê-lo;
- 2) a fisiologia e a psicologia de cada paciente afetam profundamente a resposta ao tratamento, gerando uma variabilidade que foge ao controle do prestador do serviço;
- 3) o serviço hospitalar é normalmente prestado por várias pessoas, de diversas funções diferentes, o que aumenta a possibilidade de variação na qualidade percebida;
- 4) o serviço hospitalar apresenta características de imprevisibilidade de demanda mais críticas que os demais serviços, sendo mais sensível a problemas de falta de capacidade, de demora ou de não atendimento;

- 5) o consumidor do serviço hospitalar não é o responsável por todas as decisões relativas ao mesmo, dependendo do conhecimento técnico do médico para a maioria das decisões;
- 6) o consumidor pode não ser responsável pelo pagamento dos serviços que adquire, gerando distorções na elasticidade da demanda. A economia não é preocupação fundamental neste tipo de serviço, nem por parte dos consumidores, nem dos prestadores (médicos, enfermeiros etc).

Ainda sobre o produto do hospital, FRANCE e GROVER (1992), o descrevem como sendo um "ente" que consiste em vários bens tangíveis e serviços, chamados "elementos", sendo que os bens tangíveis são de dois tipos: bens utilizados para prover os serviços (por exemplo equipamentos em geral) e bens transferidos para ou consumidos pelo paciente (por exemplo alimentação). O número e o tipo destes elementos é flexível.

Esta definição baseia-se no modelo criado por SHOSTACK (1977), segundo o qual não se deve diferenciar serviços de produtos, já que o que existe são "entes mercadológicos": entidades complexas que possuem diferentes gradações de tangíveis e intangíveis.

Nessa conhecida definição, SHOSTACK (1977) aponta as seguintes características que diferenciam os ditos serviços dos produtos:

- 1) **intangibilidade** - se refere à incapacidade de um serviço ser testado por qualquer um dos cinco sentidos antes da compra;
- 2) **inseparabilidade** - o serviço deve ser produzido e consumido simultaneamente, requerendo a participação do cliente para ser produzido;
- 3) **variabilidade** - os serviços apresentam maior variabilidade do que os bens tangíveis;
- 4) **perecibilidade** - os serviços são produzidos e consumidos simultaneamente, não podendo ser estocados;

5) **risco percebido** - os bens tangíveis são ricos em características que podem ser avaliadas antes da compra (por exemplo: cor, tamanho, design), já os serviços são mais ricos em características que só podem ser avaliadas durante o consumo (por exemplo: qualidade do atendimento, confiabilidade), logo envolvem maior risco para o consumidor.

Ainda sobre as características dos serviços, há quem defenda que eles têm maior capacidade para criar a lealdade dos clientes em função da intensidade da interação, heterogeneidade e intangibilidade. (CZEPIEL e GILMORE, cit. por BERRY e PARASURAMAN, 1992)

CAPÍTULO 02 - O CONCEITO DE MARKETING

No marketing, como em qualquer outro campo do conhecimento, o desenvolvimento científico se faz com base em um conjunto de crenças coletivas e comuns acerca do mundo. Este conjunto de crenças coletivas é dito o "paradigma dominante" e tende a permanecer por um certo período de tempo, durante o qual influencia o desenvolvimento científico.

As experimentações científicas são feitas dentro dos limites deste paradigma, até que alguém propõe uma mudança nessas crenças. É essa mudança que vai dar espaço para o início de uma nova fase de progresso científico mais rápido. Durante algum tempo podem conviver dois ou mais paradigmas, cada um com seus defensores. (PETERS, 1982; KUHN, 1992).

A análise da literatura pertinente à conceituação de marketing, leva ao reconhecimento de duas correntes teóricas.

Uma primeira corrente que se apoia na teoria econômica (ANDERSON, 1982). Na sua base estão os seguintes paradigmas (WEBSTER, 1992):

- conceito de transação - segundo este conceito, a função da empresa é se engajar em transações (trocas) isoladas com seu meio com o objetivo de obter os recursos necessários para sua sobrevivência, sendo que cada nova transação é uma troca independente que não tem necessariamente qualquer relação com as trocas anteriores;

- satisfação das necessidades econômicas - o marketing só se preocupa com as trocas de natureza econômica;
- maximização do lucro/atingimento de objetivos organizacionais - a maximização do lucro é o objetivo fundamental do marketing, que deve concentrar nesse objetivo todas as suas energias.

A seguir analisaremos sob este prisma algumas definições do conceito de marketing conforme colocadas por alguns importantes autores.

KOTLER (1991) coloca ao longo de sua obra várias definições do que seria o conceito de marketing, das quais transcrevemos duas:

"Marketing é o processo social e administrativo pelo qual indivíduos e grupos obtêm o que necessitam e o que desejam através da criação e troca de produtos e valor com outras pessoas." (KOTLER, 1991)

"o conceito de marketing apoia em quatro pilares principais: mercado, orientação para o cliente, marketing integrado e lucratividade." (KOTLER, 1991. grifos do autor)

Ambas as definições deixam clara a importância do atingimento dos objetivos/lucratividade, apesar de, na segunda, estar mencionada a orientação para o cliente e para o mercado, o que demonstra já uma influência da segunda corrente, que discutiremos mais adiante.

ARNDT (1978) define o marketing como sendo:

"o processo social que consiste na concepção, planejamento e implementação do conjunto total de atividades tomadas na forma de trocas por indivíduos ou grupos organizados de indivíduos que são atores no sistema, de forma a trazer a satisfação das necessidades do consumidor por bens e serviços econômicos, e os efeitos sociais e ambientais dessas atividades." (ARNDT, 1978)

ARNDT (1978) considera o marketing um processo social composto de atividades que destinam-se exclusivamente à satisfação das necessidades por

bens e serviços econômicos através de trocas, deixando de lado, contudo, a noção da lucratividade.

HOUSTON (1986), tem a opinião de que o marketing é uma ferramenta gerencial que trabalha para o atingimento dos objetivos da organização:

O conceito de marketing é uma regra gerencial relativa ao atingimento dos objetivos da organização. Para certas condições bem definidas mas restritas de mercado e para determinados objetivos de troca que não são relacionados ao produto, o conceito de marketing é uma regra que mostra como atingir estes objetivos de forma mais eficiente. O conceito de marketing afirma que uma organização atinge seus próprios objetivos pré-determinados de forma mais eficiente através do conhecimento cuidadoso dos parceiros potenciais de troca e suas necessidades e desejos, através de um profundo entendimento dos custos associados com a satisfação dessas necessidades e desejos, e então desenvolvendo, produzindo e oferecendo produtos à luz desse conhecimento. (HOUSTON, 1986)

Para HOUSTON (1986), o marketing é um instrumento para o atingimento dos objetivos da organização. O consumidor e os demais parceiros nada mais são do que meios que, se devidamente conhecidos e administrados, vão levar a organização a atingir este fim maior.

MCNAMARA (1972), tem uma visão mais abrangente. Para este autor, o marketing é uma filosofia, valorizando a disseminação generalizada dessa filosofia por toda a organização.

O conceito de marketing é definido como uma filosofia de administração de negócios, baseada na aceitação generalizada da necessidade de orientação para o consumidor, orientação para lucratividade, e reconhecimento do importante papel do marketing na comunicação das necessidades do mercado a todos os departamentos da organização. (MCNAMARA, 1972)

Para MCNAMARA (1972), o papel do marketing é de comunicação, de ponte entre o mercado e os departamentos da organização que vai aproveitar

o conhecimento do consumidor para alcançar a lucratividade, que é o seu objetivo maior.

Identificamos ainda nesta corrente importantes autores brasileiros, como RICHERS (1986), que coloca o marketing na categoria de "atividades" da organização. Para este autor, marketing são:

"as atividades sistemáticas de uma organização humana voltadas à busca e realização de trocas para com o seu meio ambiente, visando benefícios específicos." (RICHERS, 1986)

Novamente aqui aparece o conceito de troca e atingimento de benefícios específicos para a organização, se bem que o autor não especifique quais seriam estes objetivos.

As definições transcritas acima deixam bem clara a importância dos três conceitos básicos que foram mencionados acima: marketing como responsável pelas atividades de trocas (transações), de natureza econômica, com o objetivo de obter benefícios específicos para a organização (atingimento dos objetivos da organização - lucratividade).

Ainda dentro desta corrente, LUSCH e LACZNIAK (1987) colocam o conceito do marketing ampliado, que seria para eles uma evolução natural do conceito de marketing. Afirmam eles que o conceito de marketing incorpora três princípios básicos para a condução dos negócios:

- (1) o consumidor se torna o centro, ao redor de quem o negócio é desenvolvido, operando em busca dos seus melhores interesses.
- (2) baseia-se na busca de lucro, não de volume de vendas.
- (3) acredita na coordenação das funções de marketing em torno do entendimento do mercado.

O conceito ampliado de marketing entende que as ações de uma empresa devem levar em consideração, além dos três princípios listados acima, todos os públicos da mesma, inclusive consumidores, empregados, fornecedores, a comunidade próxima e o público em geral.

Esta concepção já caracteriza uma evolução da conceituação anterior, na medida em que valoriza os demais elementos participantes das transações e menciona também os interesses dos clientes.

A segunda corrente, que vem ganhando força, em virtude de fatores externos e internos, especialmente a reestruturação de muitos mercados tradicionais em redes de cooperação de longo prazo (DAY e WENSLEY, 1983), defende que a teoria econômica não é a base apropriada para o marketing, mas sim a filosofia política (WEBSTER, 1992).

Segundo esta corrente, são paradigmas do marketing:

- relacionamentos de longo prazo (o marketing não administra mais trocas individuais mas sim relacionamentos de longo prazo com os parceiros, através do conhecimento profundo dos desejos e necessidades deles, tanto os atuais quanto os futuros);
- valorização dos parceiros/ orientação para o cliente (a empresa busca valorizar todos os seus parceiros de negócios: fornecedores, funcionários, distribuidores etc., dando, no entanto, uma ênfase especial para os clientes);
- benefícios mútuos (a empresa crê que a única forma de estabelecer os relacionamentos de longo prazo que deseja é gerando benefícios mútuos em todos os seus relacionamentos);
- vantagens competitivas sustentáveis (o objetivo principal da organização não é mais a maximização dos lucros, mas sim a obtenção de vantagens competitivas sustentáveis que, por sua vez, terão como consequência a manutenção dos relacionamentos prolongados com os clientes e que trarão o lucro, ou seja, o lucro é uma consequência);

Identificamos vários autores comprometidos com estes paradigmas, como por exemplo LEVITT (1975), que vê a satisfação do cliente como elemento central do marketing:

"... o marketing (se preocupa) com a idéia de satisfazer às necessidades do cliente por meio do produto e de todo o conjunto

de coisas ligadas à sua fabricação, à sua entrega e, finalmente, ao seu consumo." (LEVITT, 1975).

O marketing, para LEVITT (1975), é um instrumento que visa criar a satisfação do cliente, utilizando-se para isso do produto e de todo o conjunto de coisas ligadas a ele, ou seja, a satisfação do cliente é o objetivo principal. O lucro não chega a ser mencionado, mas pode ser considerado como um subproduto da satisfação do cliente.

Da mesma forma WEBSTER (1992) considera o marketing uma função administrativa responsável por difundir pela organização a preocupação em fornecer valor superior aos consumidores:

"Marketing é a função administrativa responsável por garantir que cada aspecto do negócio esteja focalizado em fornecer valor superior aos consumidores no mercado competitivo. "
(WEBSTER, 1992)

Em WEBSTER (1992), novamente se repete a colocação da satisfação do consumidor como objetivo máximo da organização, bem como da necessidade de difusão dessa filosofia por toda a organização.

DAY e WENSLEY (1983), colocam o relacionamento de longo prazo como base para o negócio:

"... a Função de Marketing... inicia, ... negocia, e ... administra relações de troca com grupos-chave de interesse, ou constituintes, ... na busca de vantagens competitivas sustentáveis, ... dentro de mercados específicos, baseando-se em consumidores de longo prazo e vantagens de canais." (DAY e WENSLEY, 1983)

Estes autores colocam a função de marketing como responsável pelo estabelecimento e manutenção de relacionamentos de longo prazo com os "grupos de interesse", objetivando vantagens competitivas sustentáveis. Apesar de não estar explícita, podemos considerar implícito na preocupação do relacionamento de longo prazo o comprometimento com a satisfação do consumidor. Além disso, dão destaque a outros elementos: canais, grupos de interesse e grupos constituintes.

Da mesma forma, DESHPANDÉ e WEBSTER (1989), valorizam a preocupação com o consumidor como elemento do pensamento estratégico da organização, o elemento que vai garantir o futuro no longo prazo.

"... o conceito de marketing define uma cultura organizacional distinta, um conjunto fundamental de valores e crenças compartilhadas que colocam o consumidor no centro do pensamento empresarial sobre estratégia e operações."
(DESHPANDÉ e WEBSTER, 1989)

Estes autores não se preocupam em descrever atividades ou funções em suas definições. Para eles, o marketing está relacionado a uma cultura organizacional de valorização do consumidor como elemento central da estratégia da organização, tudo mais sendo consequência disso.

Este "novo" conceito de marketing também conhecido como "marketing de relacionamento", na realidade, nada tem de novo, pois é apenas a redescoberta de uma filosofia de negócios criada há muito tempo (WEBSTER, 1988).

Trata-se da construção de um clima de confiança e de relacionamentos de longo prazo com clientes, distribuidores, fornecedores e vendedores, no qual se fortalecem os laços econômicos, técnicos e sociais entre as partes.

Este tipo de marketing baseia-se no conhecimento profundo dos parceiros e na busca da alta qualidade, bons serviços e preços razoáveis ao longo do tempo. (KOTLER, 1991)

BERRY e PARASURAMAN (1992), também falam sobre marketing de relacionamento

"... diz respeito à atração, desenvolvimento e retenção dos relacionamentos com os clientes. Seu princípio básico é a criação de 'verdadeiros clientes' - clientes que estão contentes por haver selecionado uma empresa que percebe que eles estão recebendo valor e sentindo-se valorizados, que provavelmente

comprarão outros serviços da empresa e que dificilmente a deixarão por um concorrente." (BERRY e PARASURAMAN, 1992).

O marketing de relacionamento é aquele preocupado em criar "clientes verdadeiros", clientes fiéis e satisfeitos. Ainda segundo estes autores, existem três níveis no marketing de relacionamento:

- **Nível 01** - marketing de frequência ou de retenção. O preço é o estímulo para realizar mais negócios, pouca diferenciação.
- **Nível 02** - existe busca de formar elos sociais acima dos elos financeiros. Ênfase na prestação de serviços personalizados e na transformação de consumidores em clientes. Os elos sociais, apesar de criarem uma aproximação mais forte do que o existente no marketing de retenção, são ainda relativamente frágeis, podendo ser rompidos se os interesses do cliente estiverem em jogo.
- **Nível 03** - neste nível, estabelecem-se elos estruturais além dos elos sociais e financeiros. Estes elos podem ser de várias naturezas: parcerias tecnológicas, de distribuição, etc. Os elos estruturais são os mais fortes de todos, pois criam barreiras concretas ao rompimento das relações.

Para o presente trabalho, adotaremos os paradigmas conforme os autores que classificamos na segunda corrente, concordando em que o objetivo do marketing é construir relacionamentos de longo prazo com os consumidores, e para isso exigindo o envolvimento de todos os participantes da organização, bem como de fornecedores, distribuidores e demais agentes. Com base nestes relacionamentos de longo prazo, a empresa procurará obter vantagens competitivas sustentáveis.

Devemos considerar que os relacionamentos de longo prazo exigem o conhecimento individualizado dos parceiros, especialmente do consumidor, o que pode ser alcançado através do uso inteligente e efetivo da informação de mercado.

Outra característica importante é a progressiva eliminação das interfaces entre a organização e seu ambiente, decorrente dos elos estruturais formados com os demais agentes, ou seja, num nível bem avançado deste tipo de

relacionamento, ficaria difícil identificar claramente onde termina a organização e começa o meio ambiente (WEBSTER, 1992).

Um ponto importante que também deve ser considerado é o envolvimento social da empresa que, se pretende estabelecer relacionamentos de confiança com o consumidor, deve demonstrar um comprometimento efetivo com os aspectos sociais do negócio, ou seja, uma preocupação manifesta de satisfazer as necessidades e desejos do consumidor sem contudo comprometer o bem-estar da sociedade como um todo.

Todas as considerações acima confirmam a necessidade do marketing, sob esta abordagem, atuar em todos os níveis da organização, cada nível responsabilizando-se por fazer cumprir parte de suas atribuições.

Segundo WEBSTER (1993), existem três níveis de operação de marketing na organização:

(1) Nível corporativo - envolve decisões estratégicas corporativas, no qual o papel do marketing é:

- definir a atratividade do mercado, analisando necessidades e desejos do consumidor e a concorrência;
- promover a orientação para o consumidor dentro da empresa, sendo seu advogado;
- desenvolver a proposição geral de valor (competências) da empresa e articulá-la com o mercado e dentro da própria organização;
- ajudar a criar e negociar as parcerias estratégicas.

Neste nível são tomadas as decisões estratégicas que guiarão a organização. Aqui é que se deve definir e adotar a preocupação com a satisfação do consumidor como o primeiro elemento nas decisões da organização e comunicar esta proposição de valor como parte da cultura organizacional, tanto internamente quanto nas relações externas.

(2) Nível da unidade de negócios - envolve decisões de segmentação e posicionamento, neste nível o papel do marketing é:

- segmentar o mercado;
- escolher os segmentos-alvo;
- posicionamento nos segmentos escolhidos;
- decidir quais funções de marketing serão feitas internamente e quais serão adquiridas no mercado ou feitas por parceiros estratégicos.

As decisões tomadas neste nível são críticas no sentido de gerar valor superior para o cliente, e devem estar afinadas com as determinações estratégicas da organização.

(3) Nível operacional - envolve decisões sobre o marketing-mix. O marketing no nível operacional deve:

- definir os componentes do marketing mix (produto, preço, promoção e distribuição);
- trazer o consumidor para dentro da organização, criando relacionamentos de parceria com ele.

No nível operacional são tomadas as decisões reconhecidas tradicionalmente como partes do papel do marketing: decisões de preço, distribuição etc. Neste nível faz-se necessário um comprometimento especial com a criação e manutenção de relacionamentos de longo prazo com o consumidor, uma vez que é aqui que são criadas as condições que vão possibilitar a manifestação efetiva destes relacionamentos.

CAPÍTULO 03 - CULTURA ORGANIZACIONAL

3.1 - DEFINIÇÃO DE CULTURA ORGANIZACIONAL

A palavra "cultura" vem da antropologia social, que criou o termo para representar, em um conceito amplo e holístico, os valores de qualquer grupo humano específico que passam de uma geração para a outra. (KOTTER e HESKETT, 1994)

A cultura organizacional é um tópico que vem despertando simultaneamente a atenção tanto de acadêmicos quanto de administradores (DESHPANDÉ e PARASURAMAN, 1986).

Ela tem sido estudada sob diversas perspectivas (SMIRCICH, 1983 cit. por DESHPANDÉ e WEBSTER, 1989). No Quadro 01 a seguir, apresentamos as principais.

QUADRO 01 - PERSPECTIVAS PARA O ESTUDO DA CULTURA ORGANIZACIONAL

PERSPECTIVA	CARACTERÍSTICAS TEÓRICAS-CHAVE	VISÃO DA CULTURA
Administração Comparativa	Funcionalismo e Teoria da Administração Clássica	Variável Exógena Independente
Administração Contingencial	Funcionalismo Estruturalista, Teoria Contingencial	Variável Endógena Independente
Cognição Organizacional	Etnociência e Teoria Cognitiva Organizacional	Cultura é Metáfora dos Sistemas de Aprendizagem Organizacional
Simbolismo Organizacional	Antropologia Simbólica, Teoria da Organização Simbólica	Cultura é Metáfora Para Símbolos e Significados Compartilhados
Perspectiva Estrutural/Psicodinâmica	Estruturalismo e Teoria da Transformação Organizacional	Cultura é Metáfora da Mente Inconsciente

Fonte:, adaptado de SMIRCICH, cit por DESHPANDE e WEBSTER (1989).

Sob a abordagem da administração comparativa, a cultura é uma variável exógena à organização, influenciando o desenvolvimento e reforçando os valores e crenças da organização.

Do ponto de vista da administração contingencial, a cultura é uma variável endógena, consistindo em crenças e valores desenvolvidos pela e dentro da organização.

Nestes dois primeiros modelos, medidas da performance corporativa são influenciadas de modo significativo por valores compartilhados, crenças, identidades e comprometimento dos membros com a organização. Ambas as perspectivas são eminentemente intervencionistas, entendendo a cultura como

uma ferramenta que os administradores podem usar para implementar suas estratégias e para dirigir de modo mais eficiente a organização.

Na perspectiva da cognição organizacional, a cultura não é uma característica da organização, um pertence que a organização tem, mas algo que ela é. O objetivo do pesquisador é entender quais as "regras" que guiam o comportamento na organização. Esta perspectiva se detém no estudo da mente do administrador e vê a organização como um conjunto de sistemas de conhecimento.

Esta abordagem dá ênfase ao processo de informação gerencial, (DESHPANDÉ, FARLEY e WEBSTER, 1993).

Do ponto de vista da perspectiva do simbolismo organizacional, uma organização, assim como uma sociedade, é um sistema de significados e símbolos compartilhados, um padrão de discurso simbólico que provê a organização de uma base sobre a qual seus membros podem organizar e interpretar suas experiências, determinando o que se constitui em comportamentos adequados ou não.

Sob a perspectiva estrutural/psicodinâmica, o objetivo da pesquisa é descobrir padrões estruturais que ligam o inconsciente humano com manifestações sociais. O pesquisador vê a organização mais como uma forma de expressão humana, do que um instrumento de solução de problemas.

As duas primeiras perspectivas, da administração comparativa e da contingencial, são mais voltadas para a abordagem sociológica do que antropológica, sendo assim mais consistentes com a perspectiva da sociologia organizacional que embasa a maioria da literatura de marketing. São ainda mais adequadas para a abordagem metodológica que utiliza técnicas de inferência estatística em dados obtidos mediante instrumentos de coleta aplicados a amostras da população, (DESHPANDÉ e WEBSTER, 1989).

Especialmente a abordagem da cultura citada em segundo lugar, baseada na perspectiva da administração contingencial, que vê a cultura como

uma variável endógena independente é considerada como a mais adequada para o estudo do impacto de valores e crenças da organização sobre a performance de marketing, inclusive sobre a organização voltada para o cliente.

Assim, para o presente trabalho, abordaremos a questão da cultura sob o enfoque da administração contingencial, ou seja, consideraremos a cultura uma variável endógena independente que consiste em crenças e valores desenvolvidos pela e dentro da organização.

SCHEIN (1991), e DESHPANDÉ e WEBSTER (1989), apresentam definições de cultura organizacional compatíveis com o enfoque que escolhemos.

SCHEIN (1991), define cultura organizacional dando ênfase ao processo de formação dessa cultura. Para este autor, cultura organizacional é:

"... um padrão de suposições básicas - inventadas, descobertas ou desenvolvidas por um dado grupo à medida em que ele aprende a lidar com seus problemas de adaptação externa e integração interna - que funcionaram bem o suficiente para serem consideradas válidas e ainda serem ensinadas aos novos membros como o meio correto de perceber, pensar e sentir em relação àqueles problemas." (SCHEIN, 1991,p. 09)

DESHPANDÉ e WEBSTER (1989), apresentam a definição mais sucinta, que adotaremos em nosso trabalho. Cultura organizacional é ...

"... o padrão de valores e crenças compartilhados que ajudam indivíduos a entender o funcionamento organizacional e ainda os provê com as normas de comportamento dentro da organização. " (DESHPANDÉ e WEBSTER, 1989 p. 04)

A cultura organizacional relaciona-se com a causalidade que os membros imputam ao funcionamento organizacional, fornecendo normas e parâmetros de conduta.

Como vimos no capítulo anterior, o conceito de marketing, cujo objetivo é o de construir relacionamentos de longo prazo com consumidores, terá que, para isso, atuar em todos os níveis da organização, onde cada nível se

responsabilizará por fazer cumprir a sua parte nas atribuições. Essa divisão vai requerer o comprometimento de todos os membros da organização.

Da mesma forma, esta definição deixa bem clara a importância de um comprometimento cultural com a orientação para marketing, pois só através de uma cultura organizacional compatível, que ofereça um padrão de valores e crenças compartilhados voltados para a construção de relacionamentos de longo prazo é que vai ser possível obter os comportamentos necessários de todos os membros da organização.

À medida em que todos os membros da organização entenderem e compartilharem a crença na importância de estabelecer relacionamentos de longo prazo com os consumidores, eles estarão aptos e dispostos a desenvolver os comportamentos adequados e necessários para atingir este objetivo.

3.2 - COMO A CULTURA ORGANIZACIONAL SE MANIFESTA

As manifestações da cultura organizacional são extremamente variadas, incorporando-se a todas as atividades da organização.

A cultura se manifesta através de idéias, valores, instituições, idiomas, instrumentos, serviços, enfim, tudo o que o homem inventa, transmite e perpetua através de gerações a gerações. (SOUZA E SILVA, HARTAL FILHO e MILIORINI, 1990)

A cultura organizacional impregna todos os níveis da organização, apresentando diferentes manifestações em cada um deles. Os autores procuram dividir as manifestações em níveis, visando facilitar o entendimento e o diagnóstico. Enquanto alguns optam por dois níveis, outros dividem em três níveis.

Para KOTTER e HESKETT (1994), a cultura de uma organização tem dois níveis que diferem em termos de visibilidade e resistência à mudança.

No nível mais profundo, menos visível, tratam-se de valores compartilhados, que tendem a persistir mesmo quando mudam os elementos do grupo. Neste nível se coloca o que é e o que não é importante num determinado grupo, sendo extremamente difícil implementar mudanças, em parte porque os membros não têm consciência de muitos destes valores.

No nível mais superficial e mais visível, a cultura traz os padrões de comportamento visíveis, o estilo da organização. Neste nível a mudança, apesar de difícil, oferece menos resistência do que no anterior.

Já segundo SCHEIN, (1991), a cultura organizacional possui três níveis que interagem entre si, conforme podemos ver na Figura 02 da página 29.

O primeiro nível - Artefatos e Criações - é o mais visível, constituindo-se das manifestações mais concretas, e pode ser observado

facilmente. Entretanto, essa facilidade de observação é acompanhada de uma grande dificuldade de interpretação, com diferentes observadores relatando diferentes aspectos e interpretando-os também de forma diferente.

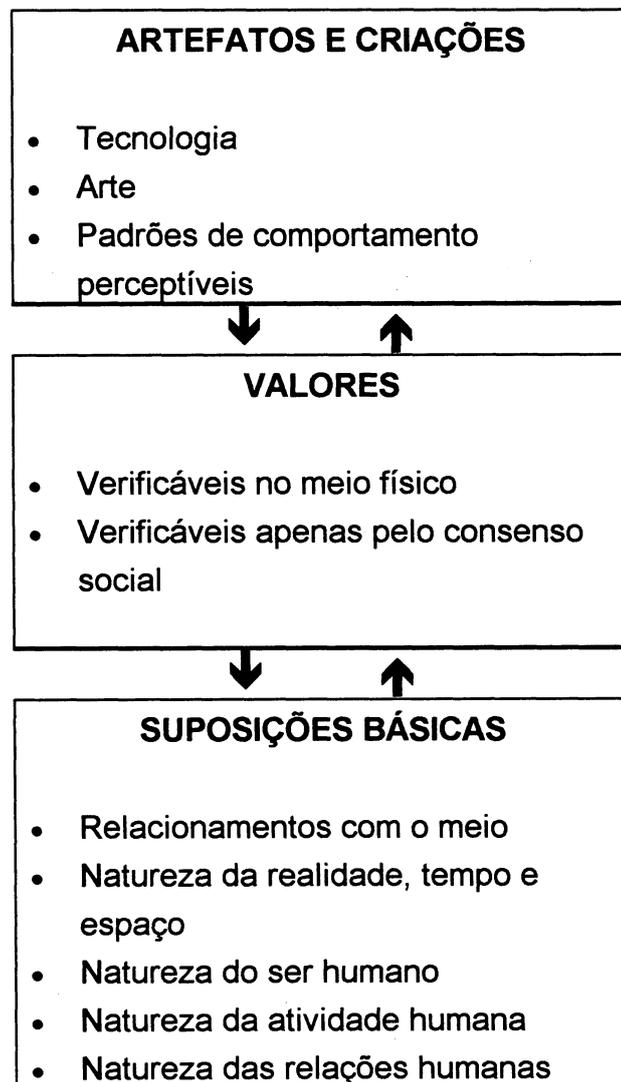
O segundo nível - Valores - reflete crenças manifestas, que permanecem conscientes para o grupo. Pode existir contudo neste nível um grupo de valores que, apesar de serem expressos, refletem um discurso alienado da prática.

Se os valores expressos são razoavelmente congruentes com os efetivamente adotados pela organização, teremos por intermédio deles um conhecimento mais preciso da cultura. Porém, permanecendo incongruências, o estudioso deverá pesquisar a terceira categoria.

O terceiro nível - Suposições Básicas - um valor se torna uma suposição básica quando gera repetidamente soluções efetivas para os problemas. À medida em que o tempo passa, esses valores se tornam tão garantidos que vão sendo incorporados ao inconsciente dos membros da organização. Nestes casos, o grupo sequer cogita de alternativas, são valores fora de debate. Por exemplo, numa sociedade capitalista é inconcebível que uma empresa venda determinado produto sem se preocupar se ele funciona ou não.

Estes valores podem ser trazidos à tona por meio de entrevistas individuais. Existe porém a dificuldade pelo fato de serem valores tidos por tão garantidos que são pouco conscientes. Apesar desta dificuldade, se o pesquisador conseguir trazer estes valores à superfície, então conseguirá ter uma visão clara dos padrões culturais da organização.

FIGURA 02 - MANIFESTAÇÕES DA CULTURA ORGANIZACIONAL



fonte: adaptado de SCHEIN, 1980, p. 04

3.3. COMO MEDIR A CULTURA ORGANIZACIONAL

Toda a complexidade da cultura das organizações faz com que a medição de seus diversos aspectos seja uma tarefa árdua, não existindo um padrão de medida consensual e único.

Segundo DESHPANDE e WEBSTER (1989), comumente se utilizam métodos etnográficos para pesquisa de cultura, porém as técnicas de inferência estatística em dados obtidos mediante instrumentos de coleta aplicados a amostras da população também podem ser utilizadas na pesquisa de tópicos relativos à cultura em marketing.

Como foi visto no item anterior, a cultura pode ser estudada em três diferentes níveis.

No primeiro nível - Artefatos e Criações - pela simples observação das instalações, materiais impressos e do modo de relacionamento entre as pessoas. Aqui a dificuldade se encontra em selecionar, dentre as inúmeras manifestações culturais da organização, quais são significativas.

No segundo nível - Valores - a cultura pode ser avaliada pela análise de conteúdo das comunicações escritas da organização e pelos valores manifestos pelas pessoas. Neste nível surge a dificuldade de identificar quais valores são efetivamente adotados e quais são apenas discurso, não fazendo ainda parte da prática da organização.

No terceiro nível - Suposições Básicas - é onde encontramos os valores centrais, que embasam toda a cultura da organização. Estes valores podem ser levantados por intermédio de entrevistas pessoais em profundidade com membros da organização. A dificuldade aqui é conseguir fazer com que as pessoas expressem os valores, já que são tomados por tão garantidos que já se tornaram inconscientes (SCHEIN, 1991).

ARNOLD, CAPELLA e SUMRALL (1987) em seu artigo sobre cultura organizacional e o conceito de marketing aplicado aos hospitais, propõem uma

metodologia similar, afirmando que, para analisar a cultura, não existe um método que seja o melhor, mas a análise pode começar pela observação dos aspectos mais evidentes (instalações físicas, área de recepção etc) até os menos evidentes.

Propõem os seguintes passos para o diagnóstico da cultura:

1. Estudo do ambiente físico
2. Avaliação de como o hospital recebe os forasteiros
3. Leitura das comunicações que o hospital faz sobre sua cultura
4. Análise do conteúdo das comunicações internas
5. Entrevistas com empregados
6. Observação de como as pessoas empregam seu tempo
7. Avaliação do tempo de permanência nos cargos e progressão na carreira
8. Avaliação das anedotas e estórias correntes.

Já KOTTER e HESKETT (1994), utilizam questionários postais para avaliação da cultura, construindo por esta metodologia até um "índice de força de cultura".

Conclui-se que uma avaliação efetiva da cultura organizacional requer uma multiplicidade de abordagens, que vai desde a observação de aspectos físicos da organização, leitura de seus comunicados, até aplicação de questionários, observação de como as pessoas empregam seu tempo e entrevistas em profundidade.

Uma avaliação completa como a descrita acima, vai, com certeza, nos trazer a melhor compreensão dos aspectos culturais de uma organização, porém tem severos inconvenientes, exigindo uma dedicação de tempo que somente é possível em estudos de caso.

A metodologia proposta por KOTTER e HESKETT (1994), - questionários postais - perde em profundidade, porém ganha em agilidade, permitindo a avaliação simultânea da cultura de grande número de organizações,

bem como o cruzamento de informações, e o desenvolvimento de padrões, entre outros.

Assim, para o presente trabalho, em consonância com os objetivos expostos no item 6.2, página 61, adotaremos a metodologia dos questionários postais, nada impedindo contudo que, posteriormente, outros estudos façam uso do instrumento que construiremos como parte de uma avaliação mais profunda da cultura das organizações hospitalares.

CAPÍTULO 04 - CULTURA ORGANIZACIONAL E MARKETING: O CONCEITO DE ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO

A cultura organizacional é um elemento central para o marketing. Apesar disso, os estudos comportamentais sempre se preocuparam apenas com o estudo do consumidor, ignorando os aspectos relacionados à organização. Recentemente no entanto, o tema começou a ter sua importância reconhecida, principalmente pela valorização do papel da cultura organizacional na implementação de estratégias de orientação para o consumidor, uma vez que os modelos "tradicionais" de organização (modelos que incluem sistemas, estrutura e pessoas) não eram capazes de explicar as disparidades entre estratégia e implementação (DESHPANDE e WEBSTER, 1989).

Como veremos a seguir, a orientação para marketing está intimamente ligada à definição de cultura organizacional que, conforme já foi colocado é "... o padrão de valores e crenças compartilhados que ajudam indivíduos a entender o funcionamento organizacional e ainda os provê com as normas de comportamento dentro da organização. " (DESHPANDÉ e WEBSTER, 1989)

Também ARNOLD, CAPELLA e SUMRALL (1987), afirmam ser necessário considerar conjuntamente os conceitos de marketing e de cultura em função do alto grau de influências mútuas. A cultura da organização pode ter que ser mudada ou reforçada antes que o conceito de marketing possa ser adotado e implementado.

4.1. ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO

Conforme comentado no início deste trabalho, existe alguma confusão na terminologia relacionada a este conceito. Alguns autores usam o termo "orientação para marketing", outros defendem a utilização do termo "orientação para o mercado" (KOHLI e JAWORSKI, 1990). Alguns ainda afirmam que "orientação para o mercado" e "orientação para o consumidor" são sinônimos, já que o termo "mercado" se refere ao conjunto de todos os consumidores de uma empresa (DESHPANDÉ, FARLEY e WEBSTER, 1993; SHAPIRO, 1988).

No presente trabalho utilizaremos o termo "orientação para o mercado" pelos motivos que exporemos a seguir.

Depoimentos coletados na fase qualitativa da pesquisa demonstram que as pessoas tendem a ver com restrições o termo "orientação para marketing", pois daria a conotação de que o departamento de marketing seria o único responsável pela mudança cultural. Outro aspecto importante é que este termo parece supervalorizar as pessoas ligadas diretamente ao marketing, o que pode levar à criação de conflitos dentro da organização.

Além disso, o termo marketing está fortemente ligado às ferramentas tradicionais do marketing mix: produto, preço, condições de pagamento e distribuição (os quatro Ps), o que pode levar a um empobrecimento do entendimento do conceito de orientação para o mercado.

No entanto reconhecemos que, para a maioria dos autores, os termos "orientação para marketing" e "orientação para o mercado" são considerados sinônimos.

Já o termo "orientação para o cliente" consideramos mais restrito, sendo apenas um dos aspectos da orientação para o mercado, que deve envolver preocupação também com concorrentes, fornecedores, intermediários e todos os demais agentes que participam no processo de relacionamento com o consumidor.

Quando definem orientação para o mercado, os autores novamente discordam, alguns a entendendo como um ente abstrato, "um estado da mente corporativa" (FELTON, 1959); "uma filosofia de administração de negócios" (MCNAMARA, 1972); "uma filosofia organizacional" (ARNOLD, CAPELLA e SUMRALL, 1987); "a cultura organizacional" (NARVER e SLATER, 1990); "conjunto de crenças" (DESHPANDÉ, FARLEY e WEBSTER, 1993) enquanto outros a vêem como uma manifestação objetiva, um grupo de processos organizacionais: a "implementação do conceito de marketing" (KOHLI e JAWORSKI, 1990); "um conjunto de processos" (SHAPIRO, 1988).

A seguir apresentaremos e comentaremos algumas definições de orientação para o mercado conforme encontradas na literatura:

KOHLI e JAWORSKI, (1990), entendem a orientação para o mercado como a manifestação, na organização, de uma série de ações coerentes com o conceito de marketing, postulando que:

"... uma organização orientada para o mercado é aquela cujas ações são consistentes com o conceito de marketing."

Estes mesmos autores apresentam uma definição bastante útil do ponto de vista da medição da orientação para o mercado, identificando três "momentos" distintos onde ela se manifesta na organização: na geração e disseminação de inteligência de mercado e na responsividade a ela:

"orientação para marketing é a geração por toda a organização de inteligência de mercado relacionada às necessidades presentes e futuras do consumidor, disseminação dessa inteligência pela organização e responsividade organizacional a ela." (KOHLI e JAWORSKI, 1990. p.06 - grifos do autor).

Esta definição deixa claro que os aspectos geração de informação sobre o mercado, disseminação dessa informação e responsividade à essa informação da organização deveriam ser avaliados quando se deseja medir o seu grau de orientação para o mercado.

Na mesma linha, porém menos específico quanto à forma de manifestação, coloca-se SHAPIRO (1988):

"... o termo orientação para o mercado representa um conjunto de processos pertinentes a todos os aspectos da organização. É muito mais do que o clichê 'aproximar-se do consumidor'." (SHAPIRO, 1988)

Estas definições estão entre as que consideram a orientação para o mercado um movimento objetivo dentro da organização, caracterizado por manifestações concretas relacionadas à efetiva adoção do conceito filosófico do marketing por toda a estrutura da mesma.

Já para outros autores, a orientação para o mercado é uma "filosofia de negócios", um "estado da mente corporativa", quase uma "declaração de princípios". São autores que não se preocupam em definir manifestações mais objetivas desta orientação.

Dessa forma colocam KOTLER e CLARKE (1987):

"a orientação para marketing sustenta que o objetivo principal da organização é desenvolvimento, comunicação, precificação e distribuição de produtos e serviços apropriados e competitivos".(KOTLER e CLARKE, 1987),

FELTON (1959) coloca-se na mesma linha, quando afirma que a orientação para o mercado é:

"um estado da mente corporativa que insiste na integração e coordenação de todas as funções de marketing que, por sua vez, são 'fundidas' com todas as outras funções corporativas, para o propósito básico de produzir lucros máximos de longo prazo para a corporação." (FELTON, 1959, cit. por KOHLI e JAWORSKI, 1990)

A orientação para o mercado é vista como uma filosofia de negócios por McNAMARA (1972):

"uma filosofia de administração de negócios, baseada na aceitação ampla da necessidade de orientação para o consumidor, orientação para lucros e reconhecimento do papel importante do marketing na comunicação das necessidades do mercado para todos os departamentos da corporação." (MCNAMARA, 1972, cit. por KOHLI e JAWORSKI, 1990. p. 213)

Assim, conforme vimos, para este grupo de autores, a orientação para o mercado é um **princípio filosófico**, que orienta as ações da organização, com vistas à maximização dos lucros.

Para NARVER e SLATER (1990), a orientação para o mercado é sinônimo de **cultura organizacional**, ou melhor, é um tipo específico de cultura voltada à geração de valor superior para os clientes e vantagens competitivas sustentáveis, definindo:

" Orientação para marketing é a cultura organizacional que, da forma mais efetiva e eficiente cria os comportamentos necessários para a geração de valor superior para os clientes e assim, performance continuamente superior para o negócio." (NARVER e SLATER, 1990)

Para DAY (1990), e DESHPANDÉ, FARLEY e WEBSTER (1993), a orientação para o consumidor é parte de uma **cultura corporativa** mais abrangente. O simples interesse em informações sobre as necessidades atuais e potenciais dos consumidores é inadequado se não considerarmos um conjunto de valores mais profundos que consistentemente reforcem este foco por toda a organização.

"Uma organização orientada para o mercado tem:

- *um compromisso com um conjunto de processos, crenças e valores que permeiam todos os seus aspectos e atividades, que são:*
 - *voltadas para uma compreensão, profunda e consensual, das necessidades e do comportamento dos clientes, e das capacidades e intenções dos concorrentes, com o propósito de*
 - *alcançar um desempenho superior, através do satisfazer os clientes melhor que os concorrentes." (DAY, 1990)*

" Orientação para o consumidor é o conjunto de crenças que põe o interesse do consumidor em primeiro lugar, embora não excluindo aqueles de todos os demais participantes tais como proprietários, administradores e empregados, de forma a desenvolver uma empresa lucrativa no longo prazo". (DESHPANDÉ, FARLEY e WEBSTER, 1993)

Concordamos com os autores que afirmam ser a orientação para o mercado uma **filosofia organizacional** que, **quando incorporada à cultura da empresa, é capaz de estimular seu foco externo** (ARNOLD, CAPELLA e SUMRALL, 1987), **gerando por sua vez, uma série de comportamentos concretos** dentro da organização, existindo uma diferenciação entre a **"adoção do conceito"** (se refere ao grau em que a empresa adotou as implicações filosóficas do conceito) e a **"implementação do conceito"** (métodos específicos utilizados para a incorporação da filosofia nas práticas do negócio) (MCNAMARA, 1972).

4.2 TIPOLOGIA DA ORIENTAÇÃO ORGANIZACIONAL

A orientação para o mercado não é o único tipo de orientação filosófica que uma organização pode adotar. Segundo KOTLER e CLARKE (1987), uma organização poderia seguir um dos seguintes quatro tipos de orientação:

- a. **Orientação para a produção** - neste tipo de empresa, a preocupação fundamental é facilitar o processo produtivo. A organização crê que o seu maior objetivo é perseguir a eficiência na produção e distribuição e que o consumidor deve se adequar ao fluxo do trabalho e não vice-versa. (Este tipo de orientação fica visível nas longas filas de espera enquanto detalhados procedimentos são realizados)
- b. **Orientação para o produto** - são organizações que crêem firmemente no valor do seu produto, mesmo que seus públicos não pensem da mesma forma. Oferecem grande resistência a mudanças no produto, mesmo que isso vá aumentar seu apelo mercadológico. (Este é um tipo de orientação muito comum no setor de saúde, onde os profissionais costumam estar tão empolgados com a sofisticação e a tecnologia dos seus serviços que não percebem a insatisfação e o desconforto dos clientes).
- c. **Orientação para vendas** - este tipo de organização vê como seu maior objetivo o estímulo do interesse dos consumidores potenciais pelos produtos e serviços que lhes oferece. (Uma organização assim vai preferir investir na contratação de vendedores ao invés de aprimorar o produto).
- d. **Orientação para marketing** - estas organizações acreditam que seu objetivo maior é determinar as necessidades e desejos dos mercados-alvo e satisfazê-los através do desenvolvimento, comunicação, estabelecimento de preço e distribuição de produtos e serviços adequados e competitivos.

Uma orientação derivada desta é a **orientação para o marketing social** que seria, ainda segundo KOTLER e CLARKE (1987), o tipo de

orientação mais adequado e produtivo para as organizações de saúde. Sob esta orientação, a organização vê como seu maior objetivo a determinação das necessidades, desejos e interesses dos mercados-alvo e a adaptação da organização para atendê-los, preservando e estimulando o bem-estar do consumidor e da sociedade como um todo. Assim, a orientação para o marketing social seria um aprimoramento da orientação para o marketing, com ênfase na responsabilidade social da empresa.

Uma empresa com orientação para o marketing social não estaria disposta a atender a todos os desejos e necessidades dos seus clientes, mas apenas aqueles que promovessem o seu bem-estar sem prejudicar o da comunidade.

Vale ressaltar que, na realidade, os tipos de orientação descritos acima não são tipos estanques, mas diferentes pontos num continuum. Uma mesma organização pode adotar, em diferentes níveis, simultaneamente, mais de um tipo de orientação.

4.3 ATRIBUTOS RELACIONADOS À ADOÇÃO DA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO

A orientação adotada pela organização é uma opção filosófica e intangível em si e assim, difícil de medir. Porém, esta orientação, seja qual for, é capaz de criar atributos mais concretos que são, estes sim, passíveis de medição.

Vários estudiosos procuraram estabelecer quais seriam os indicadores organizacionais relacionados com a adoção da orientação para o mercado. Relacionamos no Quadro 02 a seguir os atributos conforme colocados por KOTLER E CLARKE (1987); SHAPIRO (1988); NARVER E SLATER (1990); DAY (1990); NAIDU E NARAYANA (1991); KOHLI e JAWORSKI (1993) e KOHLI, JAWORSKI E KUMAR (1993).

QUADRO 02 - ATRIBUTOS /ATIVIDADES RELACIONADOS À ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO

AUTORES	ATRIBUTOS/ATIVIDADES
KOTLER e CLARKE (1987)	(1) filosofia do consumidor (sensibilidade ao mercado); (2) integração do marketing organizacional; (3) orientação estratégica; (4) eficiência operacional. (5) preocupação social com o consumidor e com a comunidade (orientação social).
ARNOLD, CAPELLA e SUMRALL (1987)	(1) orientação para o paciente (satisfazer as necessidades dos pacientes mediante serviços e todos os demais elementos associados com a criação, fornecimento e consumo do serviço. (Olhar para fora do hospital). (2) marketing integrado (todos devem participar na criação da satisfação do consumidor) (3) satisfação do paciente (aumentar os aspectos positivos do serviço e reduzir os negativos

(continua)

(continuação)

AUTORES	ATRIBUTOS/ATIVIDADES
SHAPIRO (1988)	<p>(1) Informação sobre todas as influências importantes na compra permeiam toda a organização (a empresa entende seus mercados e as pessoas que decidem as compras em toda a cadeia).</p> <p>(2) Decisões estratégicas e táticas são tomadas de forma interfuncional e interdivisional (diferentes funções e divisões têm diferentes objetivos, a empresa deve possuir mecanismos que contornem essas diferenças e reconciliem interesses).</p> <p>(3) Divisões e funções tomam decisões bem coordenadas e executam-nas com um senso de compromisso.</p> <p>(4) A implementação da orientação para o mercado requer os três C's:</p> <ul style="list-style-type: none"> • comunicação • coordenação e • comprometimento.
NARVER e SLATER (1990)	<p>(1) Orientação para o consumidor (entendimento suficiente dos clientes-alvo para ser capaz de criar continuamente valor superior para eles. Inclui todas as atividades envolvidas na aquisição de informações sobre clientes em todos os níveis e ainda restrições econômicas e políticas e sua disseminação pela organização).</p> <p>(2) Orientação para os competidores (entendimento das forças e fraquezas de curto e longo prazos, tanto dos competidores atuais quanto dos potenciais).</p> <p>(3) Coordenação interfuncional (coordenação dos esforços de todos os departamentos na busca da geração de valor superior para o cliente).</p> <p>Critérios de decisão: (a) foco no longo prazo e (b) busca de lucratividade.</p>
DAY (1990)	<p>(1) Segmenta por aplicações dos clientes e por benefícios econômicos recebidos pelo cliente;</p> <p>(2) Conhece os fatores que influenciam as decisões de compra;</p> <p>(3) Focaliza um pacote de valores que inclui o desempenho do produto, preço, assistência técnica, aplicações;</p> <p>(4) Investe em pesquisa e em coleta sistemática de relatórios de vendas para acompanhar mudanças no mercado e mudar sua estratégia;</p> <p>(5) Trata os investimentos em marketing igual aos de P&D;</p> <p>(6) Comunica-se com o mercado dividindo-o em segmentos;</p> <p>(7) Fala a respeito das necessidades dos clientes, participação, aplicações e segmentos;</p> <p>(8) Acompanha lucros e perdas por produto, cliente e segmento, tomando gerentes júnior responsáveis pelos mesmos;</p> <p>(9) Vê os canais como extensões da força de vendas e parceiros;</p> <p>(10) Conhece as estratégias, hipóteses, estrutura de custos e objetivos dos principais concorrentes;</p> <p>(11) As reuniões da gerência gastam, com as questões de marketing e estratégia competitiva, o mesmo tempo que gastam com P&D, vendas e RH.</p>

(continua)

(continuação)

AUTORES	ATRIBUTOS/ATIVIDADES
NAIDU e NARAYANA (1991)	(1) pesquisa de marketing para determinar as necessidades e desejos do mercado-alvo; (2) planejamento de produtos/serviços para desenvolvimento do mix de serviços adequado para este mercado; (3) desenvolvimento de estratégias de promoção/propaganda e relações públicas para se comunicar com este mercado; (4) desenvolvimento de estratégia de preços adequada, que seja ao mesmo tempo competitiva e aceitável para o mercado-alvo; (5) desenvolvimento de estratégia de distribuição eficiente para atender ao mercado-alvo.
KOHLI e JAWORSKI (1993)	(1) geração de informações de marketing por toda a organização (apesar do consumidor ser o foco principal, outras forças do mercado são consideradas: competidores, tecnologia, regulamentação etc. (2) disseminação dessa informação entre os departamentos; (3) responsividade à informação, envolvendo (a) planejamento da resposta e (b) implementação dos planos .
KOHLI, JAWORSKI e KUMAR (1993)	Colocam as mesmas atividades dos autores anteriores, acrescentando: São fatores/chave dessa visão integrada: (a) foco expandido no mercado, que vai além do consumidor; (b) ênfase em uma forma específica de coordenação interfuncional que diz respeito à inteligência de mercado e (c) foco mais nas atividades relacionadas ao processamento da inteligência do que em seus efeitos (por exemplo: lucratividade).

Comparando as colocações, observa-se que os modelos propostos por KOHLI e JAWORSKI (1993), e por NARVER E SLATER (1990), são os mais simples e abrangentes, privilegiando os aspectos da coleta e disseminação das informações sobre clientes e ambiente e a responsividade.

Para que estes modelos fiquem completos e perfeitamente adaptados às organizações de saúde, precisaríamos apenas acrescentar a eles a preocupação social com o consumidor e com a sociedade em geral, conforme mencionado por KOTLER e CLARKE (1987).

Assim, entendemos que os atributos que uma organização voltada para o mercado deve apresentar se constituem em três grupos:

(1) administração de informações de marketing

As informações de marketing dizem respeito não apenas ao consumidor, mas a todos os elementos do mercado, incluindo elementos influenciadores, fornecedores, competidores, tecnologia, política etc. A geração dessas informações se faz em toda a organização.

Parte importante é a disseminação dessa informação a todos que dela possam fazer uso. A informação, recolhida em todos os níveis da organização, só terá valor uma vez que seja compartilhada com todos. Não faz sentido recolher informações que não terão utilidade, e a utilização da informação só será efetiva na medida em que todos tiverem acesso a ela. A verdadeira orientação para o mercado requer o envolvimento de todos os membros da organização.

Essa disseminação deve adquirir caráter formal e informal. Isto vai levar à criação de um entendimento genuíno das necessidades presentes e futuras dos consumidores e das forças e fraquezas da organização e de seus concorrentes, bem como da situação presente e tendências do mercado em que atua.

QUADRO 03 - PROPOSTA PARA ATRIBUTOS RELACIONADOS À ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO

ADMINISTRAÇÃO DA INFORMAÇÃO	Geração e disseminação de informações sobre os clientes Geração e disseminação de informações sobre concorrentes e mercado
RESPONSIVIDADE À INFORMAÇÃO	Planejamento de atividades Coordenação Preocupação com a qualidade Estabelecimento de padrões Cumprimento de padrões Inovação Solução de problemas Preocupação com a produtividade
PREOCUPAÇÃO SOCIAL E ÉTICA	Envolvimento com problemas sociais Respeito humano

(2) responsividade a essa informação

A organização orientada para o mercado deve ser apta a, baseada no conhecimento do mercado, planejar e implementar medidas que sejam capazes de criar e manter vantagens competitivas sustentáveis frente à concorrência.

A responsividade engloba todas as atividades envolvidas na geração de valor superior ao cliente, não só nas funções tradicionalmente ligadas ao marketing, mas em todas as funções organizacionais, inclusive: planejamento de atividades, coordenação de trabalhos, estabelecimento de padrões, cumprimento de padrões, inovação, entre outras.

(3) preocupação social e ética.

A organização efetivamente orientada para o mercado deve apresentar uma genuína preocupação social com o consumidor e com a sociedade como um todo. Esta preocupação se manifesta como:

- respeito e desenvolvimento da vida em todas as suas formas;
- respeito à liberdade e direitos dos indivíduos, grupos sociais e nações;
- respeito e desenvolvimento dos valores tais como beleza, amor, verdade;
- simplicidade voluntária, evitando estimular um consumismo exagerado.

(WEIL, 1991)

4.4 CRÍTICAS À ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO

Alguns autores se colocam numa posição crítica com relação à adoção da orientação para o mercado, questionando a real importância deste tipo de orientação para o sucesso da organização. A seguir discutimos alguns destes autores.

DAY e WENSLEY (1983), se dizem favoráveis à orientação para os concorrentes e fazem uma crítica aos defensores da orientação para o consumidor. Segundo eles, a orientação para o consumidor se apoia em premissas questionáveis:

1. os consumidores sabem o que querem (nem sempre os consumidores sabem realmente o que desejam);

Em determinadas circunstâncias, o consumidor pode não saber exatamente o que deseja, não podendo orientar a organização no fornecimento do produto ou serviço.

2. a pesquisa de marketing pode identificar o que os consumidores potenciais querem (a pesquisa pode ter sérias limitações para identificar o que os consumidores realmente desejam);

Em alguns casos, poderia haver sérias dificuldades para o pesquisador, utilizando os instrumentos normalmente utilizados na pesquisa de marketing para identificar e interpretar os desejos do consumidor.

3. consumidores satisfeitos irão recompensar o vendedor com a repetição da compra (nada nos garante que o consumidor vá realmente repetir a compra);

Mesmo o consumidor mais satisfeito pode não repetir a compra, isso pode acontecer em uma variedade de circunstâncias mas, principalmente, se outros fornecedores também forem capazes de satisfazê-lo.

4. as diferenças entre as ofertas competidoras são significativas o suficiente para serem importantes para os consumidores (o consumidor pode não perceber diferenças tão significativas a ponto de fazer com que ele decida pela fidelidade a um determinado fornecedor).

Isso vai acontecer se o fornecedor, mesmo sendo capaz de satisfazer seu consumidor, não for capaz de criar diferenciais significativos o suficiente, sob o ponto de vista do consumidor, para diferenciar seus produtos. Isto faria com que seu produto fosse percebido como similar aos concorrentes.

Em contrapartida, a orientação para os competidores, defendida por estes autores, vê o consumidor como um "prêmio" que será conquistado à custa dos rivais, de muitas formas.

Uma das formas é o oferecimento de um produto que atenda melhor às necessidades do consumidor. Essa vantagem pode vir da distribuição, tratamento preferencial pelos fornecedores ou menores custos.

Percebe-se aqui uma compreensão incompleta do conceito de orientação para o mercado, pois a orientação para a concorrência assim como para todos os outros participantes do processo está expressamente incluída nele, o que existe é apenas uma ênfase maior no consumidor, não uma atenção exclusiva a ele.

Além disso, essa idéia do consumidor como um prêmio parece inadequada, discordando do conceito de criar um relacionamento de confiança. Ninguém cria um relacionamento duradouro e confiável com um "prêmio". Aparentemente, para estes autores, o consumidor é um objeto a ser conquistado.

BENNET e COOPER (1979) afirmam que a organização deve ser "orientada pela necessidade", ou seja, não existe uma única orientação que seja adequada em qualquer caso. A organização deve fazer uma análise dos elementos requeridos para ter sucesso, além disso, deve identificar suas forças e fraquezas e optar por uma orientação que seja realmente sinérgica, o que pode significar tanto uma forte orientação para o mercado como para produção, produto ou tecnologia.

Também parece que aqui houve uma compreensão parcial do conceito de orientação para o mercado, já que a empresa realmente sensível às necessidades do mercado vai concentrar seus esforços no tipo de capacidade (tecnologia, produção etc.) mais conveniente para seu mercado-alvo (DAY, 1994).

CAPÍTULO 05 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DIFERENTES INSTRUMENTOS PARA MEDIDA DA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO

Vários autores se propuseram a quantificar o nível de orientação para o mercado das organizações, inclusive propondo instrumentos de medida para tal.

Na tabela a seguir apresentamos, de forma resumida, os principais instrumentos e suas características básicas, bem como nossas críticas a cada um deles.

QUADRO 04 - PRINCIPAIS INSTRUMENTOS DE MEDIDA DA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO

AUTORES	CARACTERÍSTICAS DO INSTRUMENTO	CRÍTICAS
LAWTON e PARASURAMAN (1980)	Questionário em quatro itens que aborda: (1) foco no consumidor; (2) coordenação das atividades em função da satisfação do consumidor, (3) status do executivo de marketing na organização e (4) experiência dos executivos na área de marketing.	O instrumento é muito resumido, incompleto. O objetivo principal do trabalho não era medir a orientação para marketing.
ARNOLD, CAPELLA e SUMRALL (1987)	Roteiro descritivo de processo de análise da cultura por observação e entrevistas pessoais.	É dirigido especificamente aos hospitais, porém foge à metodologia proposta neste trabalho, por basear-se em observação e entrevistas pessoais. Além disso, só trata dos aspectos da cultura organizacional, não estudando especificamente a orientação para o mercado.

(continua)

(continuação)

AUTORES	CARACTERÍSTICAS DO INSTRUMENTO	CRÍTICAS
KOTLER e CLARKE (1987)	Questionário que avalia 5 atributos: (1) filosofia do consumidor; (2) integração da organização de marketing; (3) adequação da informação de marketing; (4) orientação estratégica e (5) eficiência operacional. (Cada um é avaliado por três itens)	Foi desenvolvido especificamente para hospitais, porém não inclui preocupação social, nem preocupação explícita com qualidade
SHAPIRO (1988)	Check-list para auto avaliação, consiste de 5 itens: (1)Facilidade de fazer negócios; (2)Honrar promessas; (3)Atingir parâmetros; (4)Responsividade (5)Trabalho em equipe	Roteiro para auto-avaliação de dirigentes. Não inclui aspectos sociais.
DAY (1990)	Tabela de comparação de atributos entre empresas "voltadas para o mercado" e "orientadas para dentro". Compara 10 itens: forma de segmentação do público-alvo; conhecimento deste público; sistema de informações; política de investimentos em marketing; política de comunicação; forma de comunicação; estrutura organizacional; relacionamento com canais de distribuição; conhecimento da concorrência; comunicação interna relacionada aos assuntos de marketing.	Trata-se de um guia útil para avaliação, porém sem um questionário definido. Também não contempla preocupação social.
NARVER e SLATER (1990)	Instrumento mede cinco fatores: (1)orientação para o consumidor; (2)orientação para competidores; (3)coordenação interfuncional; (4)orientação estratégica e (5)ênfase em lucratividade Utiliza escala de Likert com 7 ou 8 pontos	Não dispomos do instrumento em si, apenas indicações sobre seu conteúdo. Também este trabalho não inclui aspectos sociais e tampouco preocupação com qualidade ou produtividade.
NAIDU e NARAYANA (1991)	Questionário adaptado para pesquisa via postal, avalia: (1)presença e tamanho do departamento de marketing na organização; (2)grau de participação dos profissionais de marketing nas decisões do hospital; (3)atividades específicas de marketing, tais como desenvolvimento de novos produtos, estabelecimento de preços, promoção, propaganda etc.	Desenvolvido especialmente para aplicação em hospitais, dentro da metodologia proposta para o presente trabalho, trata porém apenas de aspectos formais do departamento de marketing e das funções operacionais do marketing (relacionadas ao marketing-mix).

(continua)

(continuação)

AUTORES	CARACTERÍSTICAS DO INSTRUMENTO	CRÍTICAS
WHITELEY (1992)	Instrumento que avalia sete grupos de características : (1)visão, empenho e clima; (2)alinhamento com os clientes; (3)prontidão em localizar e eliminar os problemas dos clientes; (4)uso e comunicação das informações dos clientes; (5)aproximação com o cliente; (6)competência, capacidade e poderes do pessoal e (7)aperfeiçoamento contínuo dos processos e produtos.	Este instrumento foge à metodologia proposta para este trabalho, pois foi desenvolvido para autodiagnóstico dos dirigentes. Inclui preocupação com todos os públicos da organização e com a qualidade/produtividade, porém não inclui aspectos sociais.
KOHLI, JAWORSKI e KUMAR (1993)	Markor - escala em 20 itens, que medem três componentes da orientação para o mercado: (1)geração de inteligência de marketing (6 itens) (2)disseminação de inteligência (5 itens) (3)responsividade (9 itens)	Não se preocupa com a qualidade/produtividade de uma forma mais explícita. Não considera preocupação social.

Uma característica comum a estes instrumentos é que todos destinam-se a medir a orientação para o mercado sob o prisma da organização. No entanto, cabe ressaltar que, para alguns autores, a avaliação de quão orientada para o consumidor é a organização deve partir dos consumidores e não dela mesma. (SHAPIRO, 1988; DESHPANDÉ, FARLEY e WEBSTER, 1993).

Foge ao escopo do presente trabalho a avaliação desta questão, dado que nosso objetivo é construir um instrumento para a avaliação da orientação para o mercado sob a ótica dos administradores da organização. Observamos contudo, que o instrumento desenvolvido aqui pode vir a ser útil para dirimir esta contradição, já que pode servir de parâmetro para comparação entre as percepções interna e externa à empresa. Voltaremos a este assunto no Item 9.3, página 131 (Sugestões para Pesquisas Futuras).

Como foi colocado nas críticas aos instrumentos encontrados na literatura, não há um sequer que abranja de forma adequada todo o domínio do conceito de orientação para o mercado conforme adotamos no presente trabalho,

especialmente aspectos sociais e, salvo exceções, a preocupação com a qualidade e produtividade.

Confirma-se assim, a necessidade do desenvolvimento um instrumento que, baseando-se na tecnologia já desenvolvida e testada, avance um pouco mais no sentido de estabelecer uma medida que seja ao mesmo tempo mais ampla e mais específica da orientação para o mercado.

2^a PARTE - METODOLOGIA E RESULTADOS DA PESQUISA

CAPÍTULO 06 - METODOLOGIA DA PESQUISA

6.1 PROBLEMÁTICA DA PESQUISA

6.1.1 Problemática de Caráter Geral

O conhecimento profundo do consumidor, a criação de respostas que correspondam exatamente às suas necessidades e desejos, isto é, a busca da qualidade sob o ponto de vista do consumidor, é pré-requisito para o sucesso de qualquer organização.

O desenvolvimento de relacionamentos de parceria de longo prazo com clientes, fornecedores e demais agentes do mercado, está se colocando como prioridade na agenda das organizações.

Este tipo de relacionamento, que se encontra no âmago do conceito de marketing, requer uma postura diferenciada da organização, uma nova filosofia de trabalho. Requer que a organização "substitua os espelhos por janelas" e passe a olhar, analisar e sentir o mercado de forma organizada (MADIA, 1994).

Segundo KOTLER e CLARKE, as organizações encontram-se em diversos pontos de um continuum que vai da orientação para a produção, para o produto, para as vendas ou para o marketing (KOTLER e CLARKE, 1987).

Cada organização, assim, estaria neste momento em um determinado ponto deste continuum, existindo a possibilidade de, através de instrumentos de medida adequados, determinarmos qual a posição em que a organização estaria.

O problema central desta dissertação consiste justamente em desenvolver um instrumento que seja adequado para a medição do grau de orientação da empresa para o mercado. De forma mais específica, o instrumento visa determinar em que ponto do continuum da orientação para o mercado se encontra a organização no momento da medida.

Pretende-se com isso prover os administradores de uma ferramenta que será útil para a avaliação da situação presente da suas organizações quanto à orientação para o mercado, ao mesmo tempo em que pode servir para medição dos resultados de seus esforços na busca de vantagens competitivas sustentáveis.

Como campo de trabalho específico, pelos motivos já mencionados no Item Introdução e Objetivos, foi escolhida a instituição hospitalar. Assim, o instrumento será adaptado para utilização em diagnóstico de hospitais. Nada havendo, contudo, que impeça sua posterior adaptação a quaisquer outras instituições.

Ao par disso, o desenvolvimento deste instrumento requer que algumas outras questões de caráter geral sejam respondidas:

a) O que é, precisamente, a orientação para o mercado ?

Para que possamos desenvolver um instrumento de medida, precisamos ter bem claro o que é o "conceito" que pretendemos medir, delimitar seus contornos, identificar suas propriedades e atributos.

Existem contradições entre os autores sobre o que seria a orientação para o mercado. Não existe sequer uma concordância entre os autores

sobre a terminologia a empregar. Alguns autores usam o termo orientação para o mercado, outros preferem usar o termo orientação para marketing, outros ainda falam sobre orientação para o consumidor. Assim, este trabalho inicia com o estabelecimento de uma conceituação do termo que seja adequada para a posterior construção do instrumento de medida.

b) Como a orientação para o mercado se manifesta ?

Um segundo passo é identificar as manifestações observáveis que estão relacionadas à adoção da orientação para o mercado.

Que características da organização podem ser associadas, e em que grau, à orientação para o mercado ?

Esta determinação vai permitir a medição do conceito. A definição do conceito de orientação para o mercado, será seguida de uma análise da literatura existente e uma pesquisa de campo, visando efetuar um levantamento exaustivo das manifestações da orientação para o mercado, buscando-se explorar também e em especial os aspectos característicos da organização hospitalar.

c) Como medir a orientação para o mercado ?

Com base nas respostas das perguntas anteriores, identificadas as manifestações e as formas de quantificação, buscar-se-á a determinação da forma de efetuar a medida.

A orientação para o mercado está intimamente ligada a aspectos da cultura da organização. Esta relação é discutida e são comentadas as formas usuais de medir este tipo de variável.

O tipo de instrumento e a forma de aplicação mais adequados são discutidos. Uma análise crítica dos instrumentos propostos na literatura nos indica alguns pontos de partida.

A etapa seguinte do trabalho prevê o desenvolvimento de um instrumento adaptado à realidade das instituições hospitalares brasileiras.

d) Quais são as dimensões subjacentes à orientação para o mercado nos hospitais?

A orientação para o mercado faz parte de uma categoria de fenômenos que, dada sua complexidade, não são facilmente observáveis. Da literatura, observa-se em estudos anteriores, que os pesquisadores identificaram três ou mais dimensões componentes da orientação para o mercado (ver Quadro 04, página 49).

O presente trabalho vai buscar a identificação das dimensões componentes da orientação para o mercado em hospitais. Isto será efetuado mediante técnicas estatísticas a partir da aplicação do instrumento desenvolvido a uma amostra de hospitais.

6.1.2 Problemática de Caráter Específico e Hipóteses da Pesquisa

O hospital é um tipo de organização com características muito próprias, enorme complexidade e uma cultura bastante característica, conforme foi discutido no Capítulo 01, assim nos coloca diante de questões desafiadoras.

Além das questões de caráter geral colocadas no item anterior, o presente trabalho pretende responder ainda a algumas questões de caráter específico, relacionadas diretamente às características das instituições que participarão do estudo.

As hipóteses apresentadas relacionam-se aos resultados obtidos com a aplicação, na amostra de hospitais, do instrumento desenvolvido.

Testaremos algumas hipóteses relacionadas à variação no nível de orientação para o mercado em diferentes tipos de hospital, bem como relacionadas ao efeito da orientação para o mercado sobre o desempenho global do hospital.

a) Existe relação entre o nível de orientação para o mercado do hospital e seu tamanho ?

Em estudo anterior, realizado nos Estados Unidos (NAIDU e NARAYANA, 1991), encontrou-se uma relação que indica que os hospitais maiores (em número de leitos), são mais orientados para o mercado do que os menores. Dados preliminares levantados na fase preparatória deste trabalho também concordam com esta afirmação.

Pretende-se verificar se esta relação permanece a mesma em nossa realidade, ou adquire outras características.

A administração dos hospitais maiores tenderia a ser mais profissional e melhor preparada, o que deveria se traduzir numa visão mais completa da administração do hospital e a conseqüente sensibilidade ao mercado no qual a organização se insere. Este trabalho investigará se este raciocínio é procedente.

Assim propomos a primeira hipótese do trabalho.

Hipótese 1 - Os hospitais maiores (em número de leitos) são mais orientados para o mercado do que os menores.

Esta relação será testada no decorrer do trabalho, através de testes de comparação de médias.

b) Existe relação entre o nível de orientação para o mercado do hospital e seu objetivo principal?

Os hospitais não-lucrativos (não orientados para lucro, filantrópicos, estatais) tendem a assumir uma postura diferenciada dos demais (hospitais privados, com finalidade lucrativa) em relação ao marketing?

Novamente não dispomos de dados sobre a realidade brasileira, porém a mesma pesquisa mencionada no item anterior trata deste tema e confirma essa relação nos hospitais americanos (NAIDU E NARAYANA, 1991). Segundo a pesquisa, os hospitais com finalidade lucrativa tendem a ser mais orientados para o mercado que os demais.

Normalmente o hospital não orientado para lucro vai concentrar suas maiores energias no atendimento de pacientes carentes, sendo custeado por recursos públicos ou doações.

Seus pacientes são, geralmente, pessoas com menor grau de exigência e poder de decisão, o que pode levar este tipo de hospital a ser menos sensível do que aqueles com fins lucrativos, cujo sucesso está vinculado ao atendimento de um segmento de mercado mais disputado: um público relativamente pequeno, formado de pacientes com melhor poder aquisitivo e mais exigente. Trata-se do paciente diferenciado: particular ou associado de convênios, seguros e planos de saúde.

Assim sendo, o hospital com finalidade lucrativa deverá apresentar uma sensibilidade maior ao mercado, preocupando-se com o entendimento e satisfação das necessidades dos seus consumidores, o que resulta numa maior orientação para o mercado.

O presente trabalho investigará este aspecto, buscando levantar a relação entre o objetivo principal do hospital e seu nível de orientação para o mercado.

Com base neste raciocínio, propomos a segunda hipótese de trabalho.

Hipótese 2 - Os hospitais não-lucrativos (não orientados para lucro, filantrópicos, estatais) são menos orientados para o mercado do que os hospitais com objetivos de lucro.

Esta relação será testada no decorrer do trabalho através de testes de comparação de médias.

c) Existe relação entre o tipo de orientação do hospital e seu desempenho?

Os hospitais mais orientados para o mercado tendem a apresentar melhor desempenho a longo prazo que seus similares menos orientados para o mercado?

Muitos autores afirmam que a orientação para o mercado leva a um melhor desempenho a longo prazo. Trata-se de verificar se, para a população pesquisada, segundo os critérios de desempenho escolhidos, tal afirmação será válida.

Se desconsiderarmos as distorções oferecidas pelo setor, na forte participação do Estado como fonte pagadora dos serviços médicos e como mantenedor de grande estrutura de atendimento hospitalar, sem considerações quanto à sua real utilidade para a sociedade ou mesmo quanto à qualidade dos serviços que presta, é razoável supor que os hospitais mais aptos a responder às solicitações do mercado apresentem resultados globais melhores.

Com base neste raciocínio, propomos a terceira hipótese que será testada.

Hipótese 3 - Os hospitais mais orientados para o mercado tendem a apresentar melhor desempenho que seus similares menos orientados para o mercado.

Para representar o desempenho do hospital, serão utilizados dois indicadores: taxa de ocupação de leitos, (BORBA, 1985) e investimentos em tecnologia.

A escolha destes indicadores se baseou na facilidade que todos os respondentes teriam para responder e nas dificuldades que a diversidade de tipos de hospital oferece para a escolha de índices ligados à lucratividade, desempenho em termos de produtividade e outros.

A taxa de ocupação de leitos é um índice bastante comum em hospitais (BORBA, 1985), ele serve como indicador do desempenho atual do hospital, partindo do pressuposto de que o hospital com maiores taxas de ocupação está apresentando um desempenho superior.

A taxa de investimentos em tecnologia vai ser também utilizada como indicador de desempenho. Resultados da pesquisa preliminar demonstram a importância fundamental que a tecnologia está assumindo nos tratamentos médicos. Uma adequada política de investimentos em tecnologia é indispensável para que o hospital possa manter um desempenho adequado.

Os índices serão calculados segundo as seguintes fórmulas:

$$\text{Taxa de ocupação de leitos} = \frac{\text{Total de pacientes-dia no período}}{\text{Total de leitos-dia no mesmo período}} \times 100$$

$$\text{Taxa de investimentos em tecnologia} = \frac{\text{Total de investimentos em tecnologia no período}}{\text{Total do faturamento no mesmo período}} \times 100$$

6.2 OBJETIVOS DO ESTUDO

6.2.1 Objetivos de Caráter Geral

O presente trabalho pretende atingir objetivos em dois níveis. Os primeiros objetivos se colocam num plano mais geral, relacionando-se com as questões mais amplas colocadas nos itens anteriores, quais sejam:

- 1) Definir, a partir da análise crítica da literatura pertinente, um conceito de orientação para o mercado que seja adequado ao estudo que pretendemos desenvolver, bem como seus limites e abrangência.
- 2) Definir, a partir da literatura, a melhor metodologia para investigar o conceito de orientação para o mercado.
- 3) Levantar que manifestações de caráter objetivo estão ligadas à adoção da orientação para o mercado, ou seja, quais as características observáveis que se relacionam com a adoção da orientação para o mercado pela organização.
- 4) Desenvolver um instrumento para efetuar a medição da orientação para o mercado em instituições hospitalares. Objetiva-se a construção e teste de um instrumento especificamente para a medição da orientação para o mercado em hospitais, mas que seja também facilmente adaptável para a efetuação da mesma medição em outros tipos de organizações.
- 5) Determinar as dimensões subjacentes ao conceito de orientação para o mercado.

6.2.2 Objetivos de Caráter Específico

Conforme já foi mencionado, os objetivos mais específicos do trabalho se relacionam com alguns aspectos característicos do universo pesquisado, os hospitais, quais sejam:

- 1) Determinar a relação entre o tamanho do hospital (em número de leitos) e o seu nível de orientação para o mercado .
- 2) Determinar a relação entre o nível de orientação para o mercado do hospital e seu objetivo principal (voltado para lucro/beneficente).
- 3) Determinar a relação entre o tipo de orientação do hospital e seu desempenho (taxa de ocupação de leitos, taxa de investimento em tecnologia)

6.3. METODOLOGIA DA PESQUISA

6.3.1 Etapas da Pesquisa

Conforme já foi discutido no capítulo introdutório, este trabalho tem por objetivo principal o desenvolvimento de um instrumento para medir o nível de orientação para o mercado em hospitais.

Neste capítulo vamos analisar alguns aspectos metodológicos relativos à construção deste instrumento.

O processo de medida é a atribuição de números aos objetos para representar quantidades de atributos (CHURCHILL, 1979). Essa atribuição de números se faz segundo uma regra preestabelecida. Estes números passarão a representar as quantidades das características ou atributos deste objeto.

Nunca são os objetos em si que são medidos, mas sim alguns de seus atributos ou características, e o que obtemos é, invariavelmente, apenas uma inferência. A qualidade dessas inferências é função da acurácia obtida na medição.

A acurácia é a medida em que o escore obtido reflete o verdadeiro valor da característica de interesse (URDAN, 1995).

$$Me = Mv + Ea + Es$$

onde: Me - Medição efetuada (escore obtido)

Mv - Medida verdadeira

Ea - Erro amostral ou aleatório

Es - Erro não-amostral ou sistemático

São critérios utilizados para a avaliação dos padrões de medida: **validade e confiabilidade**.

Uma medida é dita **confiável ou fidedigna** quando medições independentes da mesma característica obtêm valores comparáveis. Neste caso, a medição está isenta apenas de erros amostrais. $Me = Mv + Es$ (CHURCHILL, 1979; MATTAR, 1993; URDAN, 1995).

Uma medida é dita **válida** quando o número obtido corresponde efetivamente ao que se desejava medir e não erros sistemáticos ou aleatórios. Ou seja, o processo de medição está isento, simultaneamente, de erros amostrais e não amostrais. Diz-se que a medição tem validade perfeita quando $Me = Mv$ e $Ea = Es = 0$

Se a medição é válida, ela é também fidedigna, porém se a medição é fidedigna, não se garante que ela seja válida. (URDAN, 1995)

Determinados conceitos são facilmente perceptíveis e passíveis de medição, enquanto outros, em função de apresentarem características mais complexas, oferecem maior dificuldade para sua compreensão e medição. Este é, precisamente, o caso da orientação para o mercado.

Como já foi discutido nos Capítulos 03 e 04, a orientação para o mercado é um tipo de orientação filosófica adotada pela organização, que vai determinar inúmeras manifestações diferentes, com graus variados de ponderabilidade.

O processo de medida da orientação para o mercado vai requerer a seleção de algumas entre as manifestações mais facilmente ponderáveis para sua representação.

Surge então o desafio de selecionar quais as características mais adequadas para servirem de índices da orientação para o mercado e que deveriam figurar no instrumento de medida.

Esta seleção precisa ser criteriosa, pois as características devem ser tais que ofereçam, com a medição de um número reduzido delas, valores (números) que representem adequadamente, dentro dos critérios de validade e confiabilidade, a verdadeira orientação para o mercado da organização.

Para o desenvolvimento do nosso instrumento de medida, vamos utilizar o procedimento sugerido por CHURCHILL (1979), para o desenvolvimento de medidas de variáveis relacionadas a conceitos de marketing. Trata-se de uma seqüência de passos que, se seguidos, permitirão o desenvolvimento de um instrumento de medida adequado.

Devido a limitações de tempo e recursos, esta pesquisa vai se limitar a cumprir os quatro primeiros passos recomendados por CHURCHILL (1979), conforme comentaremos adiante no Capítulo 07.

6.3.2 Universo da Pesquisa

O objeto de estudo deste trabalho é a instituição hospitalar. Suas características particulares são comentadas no Capítulo 01.

Dada a extrema variedade de tipos de hospitais, eles são classificados segundo diferentes critérios. Para os objetivos do presente trabalho, utilizaremos alguns critérios adaptados dos descritos por BORBA (1985):

(1) Segundo a Natureza da Assistência Prestada:

gerais - destinados a receber doentes de várias especialidades

especializados - destinados a receber portadores de doenças específicas (câncer, cardiopatias, doenças mentais) ou ainda a receber determinados tipos de pacientes (crianças, mulheres).

(2) Segundo o Tamanho:

pequenos - de 25 a 49 leitos

médios - de 50 a 149 leitos

grandes - 150 ou mais 500 leitos

(3) Segundo o tipo de propriedade, manutenção e controle:

Governamentais

federais - das Forças Armadas, Assistência Pública e Universidades

estaduais - de Saúde Pública, Universidades, Polícia e outros

municipais - de municípios

para-estatais - de institutos

Particulares

filantrópicos

de finalidade lucrativa

sem finalidade lucrativa

Fazem parte do Universo desta pesquisa todos os hospitais das 4 principais cidades do Estado do Paraná, cadastrados pela Federação dos Hospitais do Paraná (FEHOSPAR), independente do seu tipo. Consideramos como hospitais integrantes da pesquisa todas as instituições, hospitais e clínicas, desde que satisfazendo o critério de possuírem leitos para internação.

Existem hoje 638 hospitais no Paraná. Distribuídos pela maioria das cidades do Estado (FEHOSPAR, 1994).

Foram selecionadas 4 cidades para participarem do estudo: Curitiba, Londrina, Maringá e Cascavel. Este grupo de cidades foi selecionado por serem aquelas que apresentam o maior número de instituições hospitalares no Estado. (Maiores informações sobre a amostragem, e taxas de retorno se encontram no item 7.3.1, página 76).

Nas cidades escolhidas para a pesquisa, os hospitais se distribuem da seguinte forma:

CIDADE	NÚMERO DE HOSPITAIS
Curitiba	64
Londrina	11
Maringá	11
Cascavel	09
TOTAL	95

CAPÍTULO 07 - ELABORAÇÃO DA ESCALA DE MEDIDA DA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO EM HOSPITAIS

Conforme já foi comentado no capítulo anterior, este trabalho baseou-se na metodologia proposta por CHURCHILL (1979), para o desenvolvimento da escala de medida.

Por motivos de limitação de tempo e de recursos, bem como pela dificuldade de acesso a uma nova amostragem, o presente trabalho se limitou a cumprir parte dos passos previstos por CHURCHILL.

Na Figura 03 a seguir, é apresentado o resumo das etapas cumpridas no desenvolvimento do instrumento de medida da orientação para o mercado. Depois, são comentados todos os passos realizados.

FIGURA 03 - RESUMO DAS ETAPAS NO DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA DA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO



7.1 ESPECIFICAÇÃO DO DOMÍNIO DO CONCEITO

O primeiro passo do procedimento previsto por CHURCHILL (1979), é a delimitação exata do que está e do que não está incluído na definição do conceito que será medido.

Este passo foi realizado mediante extensa revisão bibliográfica, que pode ser acompanhada nos Capítulos 01 a 04.

Resumidamente, a orientação para o mercado é uma **filosofia organizacional** que, quando **incorporada à cultura da empresa**, é capaz de **estimular seu foco externo**, gerando, por sua vez, **comportamentos concretos** dentro da organização. Existe uma diferenciação entre a adoção do conceito (grau em que a empresa adotou as implicações filosóficas do conceito) e a implementação do conceito (métodos específicos utilizados para a incorporação da filosofia nas práticas do negócio).

A adoção da orientação para o mercado, com sua valorização do foco externo vai se manifestar através das seguintes características organizacionais, conforme já foram expostas no Quadro 03, página 44:

ADMINISTRAÇÃO DA INFORMAÇÃO	Geração e disseminação de informações sobre os clientes Geração e disseminação de informações sobre concorrentes e mercado
RESPONSIVIDADE À INFORMAÇÃO	Planejamento de atividades Coordenação Preocupação com a qualidade Estabelecimento de padrões Cumprimento de padrões Preocupação com a produtividade Inovação Solução de problemas
PREOCUPAÇÃO SOCIAL E ÉTICA	Envolvimento com problemas sociais Respeito humano

7.2 GERAÇÃO DOS ITENS

O passo seguinte proposto por CHURCHILL (1979), é a geração do maior número possível de itens que capturem o domínio do conceito. Isso é feito através de busca na literatura, entrevistas com pessoas ligadas ao assunto, discussões de grupo e "insights" pessoais.

Neste momento, a ênfase é na geração de grande número de itens, mesmo que pareçam à primeira vista semelhantes, pois a seleção dos itens é feita numa etapa posterior.

Ao final desta etapa, os itens são editados, ou seja, a linguagem verificada para que as questões sejam simples, de entendimento preciso.

Para a geração do maior número possível de itens, foi seguida a recomendação de CHURCHILL (1979), através de revisão bibliográfica (ver Capítulos 02 a 04). Foram ainda realizadas entrevistas com especialistas e profissionais ligados ou não à área de marketing.

Nesta etapa foram efetuadas duas séries de entrevistas pessoais, semi-estruturadas, com administradores de hospitais, médicos e profissionais de marketing.

A primeira série de entrevistas teve caráter exploratório, objetivando auxiliar a elaboração das hipóteses e objetivos da pesquisa. Durante estas entrevistas, foram abordados assuntos gerais relacionados ao tema de interesse da pesquisa, sem um roteiro estruturado. As entrevistas foram realizadas nos meses de novembro e dezembro de 1992. Foram entrevistados cinco administradores de hospitais, dois deles também médicos.

A segunda série de entrevistas teve como objetivo recolher subsídios para a elaboração do questionário. (O guia de entrevista se encontra no Anexo 03). Nesta etapa, a entrevista versou sobre:

- o papel do marketing nas organizações e nos hospitais em especial;
- opiniões sobre a conveniência de utilizar-se a expressão "orientação para marketing" ou "orientação para o mercado";
- percepções sobre o que é uma organização orientada para o mercado e quais as manifestações que caracterizam essa orientação;
- fatores que facilitam e dificultam a orientação para o mercado;
- benefícios e dificuldades associados à adoção da orientação para o mercado numa organização;
- aspectos éticos ligados à orientação para o mercado.

Na segunda série foram entrevistados: um médico diretor de hospital, um administrador hospitalar; dois profissionais ligados à área de marketing e um consultor organizacional. As entrevistas foram realizadas nos meses de novembro e dezembro de 1994.

A seleção dos entrevistados para a fase exploratória da pesquisa obedeceu a critérios de conveniência. As entrevistas foram todas realizadas em Curitiba.

As duas séries de entrevistas, apoiadas pela revisão teórica, propiciaram a elaboração de um modelo inicial de questionário. Para esta elaboração os itens foram editados. Cada item foi revisado para que fosse facilmente inteligível, com palavras precisas e eliminadas os itens contendo duas afirmações.

Esta versão inicial foi submetida a validação de face, na qual foi analisada por três profissionais: um médico, administrador de serviço de saúde e dois profissionais de marketing. Nesta fase foram feitas poucas modificações, que deram origem aos 135 itens que compõem o questionário aplicado nos hospitais. (O questionário se encontra no Anexo 01).

7.3 COLETA DE DADOS

7.3.1 Amostragem

Conforme já comentado no item 6.4.2, a amostra utilizada é do tipo não probabilística, por conveniência. Foram escolhidas 4 das maiores cidades do Estado para participar da pesquisa, já que estas cidades concentram o maior número de hospitais do estado, apresentando hospitais de todos os portes e tipos.

De um total de 638 hospitais do Estado, 95, ou seja, quase 15% se encontram nestas 4 cidades.

Foram enviados, por via postal ou entrega pessoal, questionários aos administradores superiores de todos os hospitais do universo em pesquisa, perfazendo um total de 95 questionários enviados.

O envio do questionário foi precedido de um telefonema introdutório e seguido de vários telefonemas de acompanhamento e incentivo.

Além disso, duas cartas acompanhavam o questionário: uma carta explicando a pesquisa e outra, da Federação dos Hospitais do Paraná, incentivando a participação do hospital.

Foram recebidos 40 questionários respondidos, obtendo o seguinte índice de resposta:

NÚMERO DE QUESTIONÁRIOS ENVIADOS	NÚMERO DE QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS	% DE RESPOSTA
95	40	42,1

Características dos hospitais respondentes

(ver classificação no Item 6.3.2, página 69, para maiores informações sobre o significado das categorias).

a) Quanto ao tamanho

TAMANHO DO HOSPITAL	NÚMERO
PEQUENO	19
MÉDIO	13
GRANDE	08

b) Quanto à natureza dos serviços prestados

NATUREZA DOS SERVIÇOS	NÚMERO
HOSPITAL GERAL	15
HOSPITAL ESPECIALIZADO/CLÍNICA	25

c) Quanto ao tipo de propriedade

TIPO DE PROPRIEDADE	NÚMERO
PÚBLICO (ESTADUAL)	01
PRIVADO FILANTRÓPICO	08
PRIVADO LUCRATIVO	31

d) Quanto à política de investimentos em tecnologia - refere-se ao percentual do faturamento investido em tecnologia, incluindo aquisição e manutenção de equipamentos e treinamento de pessoal. (Ver item 6.1.2; página 58).

MONTANTE DO INVESTIMENTO EM TECNOLOGIA	NÚMERO
até 5% do faturamento	07
5,1 a 10%	07
10,1 a 15,0	06
15,1 a 20,0	02
mais de 20,1	03
outros critérios	07
não respondeu	08

e) Quanto ao índice de ocupação de leitos - refere-se ao índice médio de ocupação de leitos durante o ano anterior (1994). Calcula-se pela razão entre o número de leitos ocupados e o número total de leitos. (Ver item 6.1.2, página 58).

ÍNDICE DE OCUPAÇÃO DE LEITOS	NÚMERO
até 50%	05
51 a 60%	05
61 a 70%	06
71 a 80%	05
81 a 90%	05
mais de 90%	09
não respondeu	05

7.3.2 Escolha da escala de medida

Existem quatro tipos básicos de escalas de medida pelos quais um atributo pode ser quantificado: nominal, ordinal, de intervalo e de razão (STEVENS, 1951, cit. por CHURCHILL, 1983).

A escala de medida que será utilizada vai determinar as operações e os testes possíveis de realizar com os resultados obtidos. Cada tipo de escala tem utilizações e limitações próprias, principalmente no que diz respeito às operações estatísticas possíveis de realizar.

No Quadro 05 a seguir, estão expostas as escalas básicas e suas características, aplicações principais e estatísticas possíveis.

Escala Nominal: neste tipo de escala, os números apenas identificam os elementos, por exemplo, o código "1" para hospitais pequenos, "2" para hospitais médios e "3" para hospitais grandes. Este tipo de escala permite a inversão, já que a relação entre os números e os conceitos é apenas uma convenção. A única operação possível com este tipo de escala é a contagem.

Escala Ordinal: este tipo de escala permite, além da identificação, a ordenação dos elementos. Podemos dizer que o elemento "3" é maior que o "2", porém não nos permite dizer qual a distância que separa os elementos.

Escala de Intervalo: (ou intervalar) neste caso, o intervalo entre os números da escala tem significado, ou seja, podemos saber qual a distância que separa os valores. A diferença entre o número "1" e o número "2", supõe-se, é equivalente à diferença entre o número "2" e o "3". A limitação que aparece aqui é o desconhecimento do ponto zero da escala, o que impede de realizar operações que envolvam a razão entre os números.

Escala de Razão: este tipo de escala possui, além das características da anterior, um zero natural ou absoluto. Neste caso, a comparação entre a magnitude absoluta dos números é legítima.

**QUADRO 05 - RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS E APLICAÇÕES
DOS VÁRIOS TIPOS DE ESCALAS DE MEDIDA**

ESCALA	CARACTERÍSTICAS	USO EM MARKETING	ESTATÍSTICAS POSSÍVEIS
NOMINAL	Identidade, definição única de números Só identificam o indivíduo.	Marcas, sexo, raças, cores, tipos de lojas, gosta/não gosta, tamanho (P/M/G)	Moda, percentagens, Teste Binomial, Teste Qui-Quadrado, McNemar, Cochran Q
ORDINAL	Ordem dos números Serve para ordenar os elementos	Atitudes, Preferências, Opiniões, Classes sociais, Ocupações	Medianas, Quartis, Decis, Percentis, Teste Mann-Whitney, Teste U, Kruskal Wallis, Correlação de Postos
DE INTERVALO	Comparação de intervalos As diferenças entre os números são comparáveis.	Atitudes, Opiniões, Conscientização, Preferências, Números-índices	Média, Intervalo, Amplitude total, Amplitude média, Desvio médio, Variância, Desvio padrão, Teste Z, Teste t, Análise de variância, Correlação de produto - momento
RAZÃO	Comparação de medidas absolutas. Comparação de proporções. Tem um zero. Permite a comparação da magnitude absoluta dos números.	Idade, Preço, Número de consumidores, Volume de investimentos, Renda, Número de leitos	Todos os do item anterior e mais: Média geométrica, Média harmônica, Coeficiente de variação

(Fonte: MATTAR, 1993, vol. 1)

No instrumento de medida aqui desenvolvido, são utilizadas escalas dos tipos: nominal, intervalar e razão. (Ver questionário no Anexo 01)

As variáveis nominais são utilizadas nas questões para identificação do hospital respondente (tamanho, tipo de propriedade, natureza da assistência) e para os dados complementares (taxa média de ocupação de leitos, montante de investimentos em tecnologia, taxa de infecção hospitalar).

As variáveis intervalares são utilizadas nas questões relativas ao levantamento da orientação para o mercado propriamente dita (questões de número 1 a 135). Utilizou-se uma escala do tipo *Likert*, sobre a qual comentaremos a seguir com maiores detalhes.

Escala de Likert (MATTAR, 1993; CHURCHILL, 1982)

Este tipo de escala, muito utilizada em pesquisas de marketing, foi proposto por Rensis LIKERT em 1932. É uma escala indireta, que compreende uma série de afirmações relacionadas com o objeto pesquisado, sobre as quais os respondentes são solicitados a concordar ou discordar, informando ainda o grau de concordância/discordância ou de favorabilidade/ desfavorabilidade.

A cada célula de resposta (nível de concordância/discordância) é atribuído um número, que reflete a direção e a distância da atitude do respondente em relação a cada afirmação. Às vezes são utilizados os valores -2, -1, 0, 1, e 2; em outras ocasiões são utilizados os valores 1, 2, 3, 4 e 5. Esta escolha é absolutamente arbitrária.

As afirmações podem ser positivas ou negativas, devendo ser invertida a escala quando da tabulação das afirmativas negativas.

A pontuação total da atitude de cada respondente é dada pela somatória das pontuações obtidas para cada afirmação.

Este tipo de escala apresenta algumas características que fazem seu uso relativamente simples (MATTAR, 1993, CHURCHILL, 1982):

- facilidade de aplicação e de resposta;
- permite o emprego de afirmações que não estão explicitamente ligadas à atitude estudada, pode-se incluir qualquer item que se verifique, empiricamente, ser coerente com o resultado total;
- é de construção simples;

- a amplitude das respostas permitidas apresenta informação mais precisa da opinião do respondente em relação a cada afirmação.

Por outro lado, apresenta algumas desvantagens:

- dificuldades na interpretação do escore total, não permitindo uma avaliação segura do significado do resultado total se não existir um padrão pré-determinado;
- é uma escala essencialmente ordinal, e por isso não permite dizer o quanto um respondente é mais favorável que outro, nem medir o quanto de mudança ocorre na atitude, após a exposição dos respondentes a determinados eventos;
- diferentes padrões de respostas podem conduzir a resultados na escala idênticos, o que nos leva a duvidar se a mesma medição corresponde a atitudes idênticas

Segundo COX (1980), o número ideal de pontos em uma escala do tipo Likert se encontra em algum ponto entre 5 e 7.

Para a medição no presente trabalho, optou-se por uma escala de tipo *Likert*, de 5 pontos, (**concordo plenamente, concordo, nem concordo nem discordo, discordo, discordo plenamente**).

Este número de pontos foi escolhido em função do grande número de perguntas do questionário (135) e do perfil dos respondentes (profissionais extremamente ocupados, sem muito tempo disponível para responder ao questionário). Assim, optou-se pelo menor número possível de pontos, facilitando a resposta, sem comprometer a sensibilidade da escala.

Atribuiu-se às respostas valores de 1 a 5, sendo o 1 correspondente à discordância total e o 5 à concordância total.

Foram invertidos 14% do total de itens, selecionados aleatoriamente. Essa inversão foi feita para forçar os respondentes a manter a atenção

concentrada durante a resposta ao questionário e evitar a tendência de concentrar as respostas em uma única resposta. A ordem de apresentação dos itens no questionário também foi preparada aleatoriamente, buscando com isso evitar quaisquer vieses. (CHURCHILL, 1979)

7.3.3. Purificação da Escala

Para purificação da medida utilizou-se o procedimento descrito a seguir:

Etapa 1 - Análise Fatorial

Análise Fatorial (AF) é o nome dado a um conjunto de técnicas estatísticas utilizadas para análise de interdependência entre grupos de variáveis interrelacionadas, (SPSS; CHURCHILL, 1983).

Esta técnica parte do pressuposto de que existem dimensões subjacentes, os chamados "Fatores", que podem ser utilizados para explicar fenômenos complexos.

O objetivo básico da AF é identificar fatores não diretamente observáveis, com base num grupo de variáveis observáveis. De forma mais específica, seus objetivos são:

- obter o menor número possível de fatores;
- determinar fatores que tenham um significado, ou melhor, que sejam interpretáveis;
- identificar a estrutura de um conceito;
- reduzir o volume de dados.

O procedimento seguido para a análise fatorial envolveu:

- a) Cálculo da matriz de correlações
- b) Extração dos componentes principais (C. P.) ou Fatores .

c) Rotação dos fatores (Varimax)

A Análise Fatorial, segundo o procedimento descrito acima, foi escolhida como técnica de análise para este trabalho em função das características específicas do problema em estudo: determinação de dimensões subjacentes de um conceito investigado por intermédio de um instrumento com grande número (135) de variáveis.

Assim, a análise foi feita para permitir a identificação da estrutura do conceito da orientação para o mercado, com base no **menor número possível de fatores interpretáveis** em seu significado. Além disso, era necessário, por uma questão de parcimônia, obter o **menor número possível de variáveis** na instrumento final.

O método dos Componentes Principais para extração de fatores é aquele indicado quando se deseja obter o número mínimo de fatores que explica o máximo da variância nos dados (URDAN, 1995).

Da mesma forma, a rotação ortogonal do tipo Varimax é a que se caracteriza por minimizar o número de variáveis com alta correlação com cada fator (CHURCHILL, 1983).

Etapa 2 - Escolha do Ponto de Corte

A decisão do número de fatores necessários para representar os dados é tomada com base na variância explicada (SPSS).

O ponto de corte é determinado pela inflexão da curva no gráfico que relaciona os fatores com suas respectivas comunalidades. Faz-se o corte no ponto em que o acréscimo de fatores deixa de representar aumento significativo na variância explicada.

Neste caso, optou-se pela permanência de 7 fatores (ver Tabela 01 e Gráfico 01). No sétimo fator acontece a segunda e última inflexão da curva. A

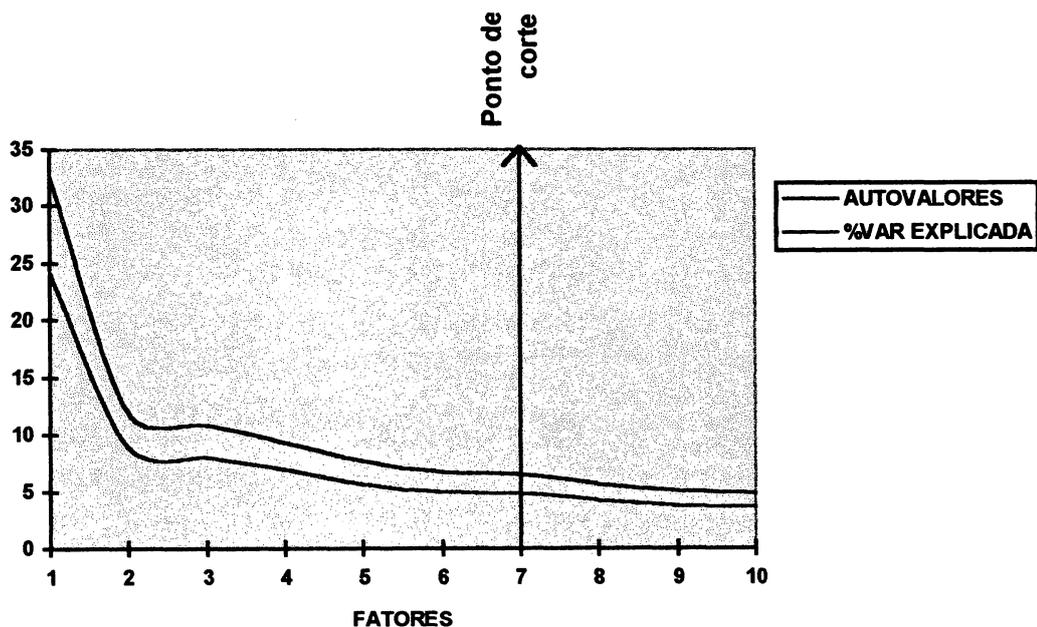
partir deste ponto, a variância explicada diminui sensivelmente e o acréscimo de fatores não contribui com aumento significativo da variância explicada.

Neste ponto permanecem 79 dos 135 itens originais, o que representa uma redução de 56 itens (42%).

TABELA 01 - RELAÇÃO ENTRE OS FATORES E SEUS AUTOVALORES

FATOR	AUTOVALOR	%VAR EXPLICADA	% VAR. ACUMULADA
1	32,59577	24,2	24,2
2	11,99554	8,9	33,1
3	10,81895	8,0	41,1
4	9,35741	6,9	48,1
5	7,64044	5,7	53,7
6	6,67784	4,9	58,7
7	6,46428	4,8	63,4
8	5,64295	4,2	67,6
9	5,07469	3,8	71,4
10	4,88740	3,6	75,0

GRÁFICO 01 - RELAÇÃO ENTRE OS FATORES E SEUS AUTOVALORES



Etapa 3 - Determinação da Estabilidade

Conforme já foi colocado no início deste capítulo, uma medição, para ter acurácia, deve ser, ao mesmo tempo, fidedigna (confiável) e válida.

Somente a análise fatorial não é suficiente para sustentar a validade de uma escala (URDAN, 1995). Assim, a partir da determinação do número ideal de fatores, faz-se necessário estabelecer os indicadores de fidedignidade e validade da escala.

O primeiro passo é a eliminação dos itens que não apresentam estabilidade, ou seja, itens que mudam de dimensão com a repetição da medição.

Como não foi possível a realização de várias amostragens, optou-se pela realização de um "split-half", onde a amostra original de 40 respostas foi dividida em duas metades iguais, cada uma com 20 questionários.

A seleção dos grupos obedeceu ao seguinte critério: cada questionário, ao ser recebido, recebeu um número em ordem crescente. Na divisão, um grupo ficou com os questionários de número ímpar e o outro os de número par. Este critério foi escolhido para evitar vieses na divisão.

Foi realizada uma análise fatorial independente em cada uma das metades, obedecendo a mesma metodologia aplicada na análise fatorial exploratória. Foram considerados apenas os 79 itens remanescentes. Não foi feita limitação do número de fatores.

Na primeira metade a análise fatorial encontrou 10 fatores. Na segunda metade, foram encontrados 14 fatores. Dos 79 itens participantes, 19 permaneceram agrupados nas duas metades, formando 6 fatores. Os itens que não apresentaram estabilidade foram eliminados do questionário.

Etapa 4 - Análise da Adequação da Amostra

Para que a análise fatorial seja satisfatória, faz-se necessário que as variáveis sejam correlacionadas entre si. Isso fica mais evidente se lembrarmos que todas as variáveis juntas devem explicar um mesmo fenômeno (no caso, a orientação para o mercado).

Se a correlação entre as variáveis for muito pequena, é improvável que elas compartilhem um significado comum (SPSS).

Para testar essa correlação, foram realizados dois testes: KMO e Bartlett.

O Teste de Bartlett testa a hipótese de que a matriz de correlação é uma matriz identidade, ou seja, a correlação entre as variáveis é pequena, o que pode indicar que não existiriam fatores compartilhados entre elas (SPSS, 1993).

No caso, o valor calculado para o teste de Bartlett é alto a um nível de significância baixo, o que indica que a matriz de correlações não é uma matriz identidade.

O Teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) compara as magnitudes dos coeficientes de correlação observados com as magnitudes dos coeficientes de correlação parcial. Pequenos valores de KMO indicam que a análise fatorial pode não ser adequada, já que as correlações entre os pares de variáveis não podem ser explicadas pelas outras variáveis.

Os resultados obtidos pelos testes KMO e Bartlett neste ponto apresentam os seguintes resultados:

KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) = 0,51198

Teste de Bartlett = 464,00516, Significância = 0,00000

KMO na faixa de 0,50 é satisfatório e o resultado de Bartlett é alto, com um nível de significância baixo, o que também é um resultado satisfatório (SPSS, 1993). Podemos assim considerar a análise fatorial como uma técnica adequada em nossa análise, já que existe um nível aceitável de correlação entre as variáveis.

Etapa 5 - Determinação da confiabilidade

O passo seguinte é a determinação da confiabilidade. A confiabilidade pode ser determinada por várias formas, a mais comum e mais recomendada quando se trata de um instrumento do tipo somatório, integrado por vários itens, cujos escores são somados para formar um escore total, onde cada item mede algum aspecto deste conceito é a análise da consistência interna (CHURCHILL, 1979; URDAN, 1995).

A consistência interna é medida pelo coeficiente Alfa de Cronbach ou, simplesmente, Coeficiente Alfa. O Coeficiente Alfa pode ser interpretado de diferentes formas (CHURCHILL, 1983):

- como a correlação entre a escala testada e todas as outras escalas possíveis contendo o mesmo número de itens, que poderiam ser construídas a partir de um universo de itens que meçam a característica de interesse;
- como a correlação entre o escore que um respondente obtém ao responder a escala em teste e o escore que ele obterá se respondesse a todos os itens possíveis (escore verdadeiro).

O Coeficiente Alfa varia de 0 a 1, embora valores negativos possam ocorrer quando não há itens correlacionados positivamente entre si.

Quanto maior o valor de Alfa, melhor a consistência interna da escala. O coeficiente Alfa considerado 'aceitável' varia em função do tipo de pesquisa. Nos estágios iniciais de uma pesquisa básica, coeficientes na faixa de 0,50 a 0,60 seriam suficientes, já numa situação em que importantes decisões serão tomadas com base nos resultados da pesquisa, um coeficiente na faixa de 0,90 seria o mínimo aceitável e 0,95 seria o desejável (NUNNALLY, 1967 cit. por CHURCHILL, 1979).

Um baixo coeficiente Alfa indica que a amostra de itens é fraca na captura do conceito que se deseja medir. Neste caso, os itens com menor correlação individual devem ser eliminados.

A relação inicial dos fatores, é apresentada a seguir, na Tabela 02, acompanhados de seus respectivos Coeficientes Alfa.

TABELA 02 - COEFICIENTE ALFA DAS DIMENSÕES RESULTANTES - PRIMEIRA ETAPA DA PURIFICAÇÃO

FATOR	NÚMERO DE ITENS	COEFICIENTE ALFA
F1	4	0,6278
F2	6	0,9822
F3	2	0,8862
F4	2	0,6383
F5	3	0,7264
F6	2	0,2706
TOTAL	19	0,8851

Como se pode observar, os valores do coeficiente Alfa são aceitáveis. O único fator que apresenta valor inferior é o Fator 6. A seguir, deve ser feita uma purificação nos itens, com o objetivo de elevar este coeficiente, melhorando assim a consistência interna dos Fatores.

Eliminação dos itens com menor correlação

Neste passo foram eliminados os itens que apresentam menor correlação com os demais componentes de cada fator. Estes itens são identificados pelo efeito que apresentam no coeficiente Alfa de Cronbach do fator. Quando são retirados, o coeficiente Alfa aumenta.

Conforme já foi discutido, um dos objetivos da análise fatorial é produzir dimensões identificáveis, ou seja, com um significado. Neste momento começa-se também a busca do significado de cada um dos fatores identificados, mesmo que para isso seu coeficiente Alfa seja reduzido.

Na busca do significado, devem ser eliminados os itens que prejudiquem a coerência conceitual de cada fator.

Foram eliminados 4 itens que rebaixavam o Coeficiente Alfa ou prejudicavam a coerência conceitual do fator.

A seguir é apresentada a Tabela 03, com os fatores purificados e seus respectivos coeficientes Alfa.

TABELA 03 - COEFICIENTE ALFA DAS DIMENSÕES RESULTANTES - SEGUNDA ETAPA DA PURIFICAÇÃO

FATOR	NÚMERO DE ITENS	COEFICIENTE ALFA
F1	3	0,7726
F2	6	0,9822
F3	2	0,8862
F4	2	0,7674
F5	2	0,6383
TOTAL	15	0,8765

Como se pode observar, houve um pequeno rebaixamento do coeficiente Alfa global da escala. Houve ainda a eliminação de um dos fatores que não apresentava valor aceitável de Alfa.

Esta etapa de purificação elevou a consistência interna dos Fatores, elevando todos os coeficientes Alfa acima de 0,63.

O coeficiente Alfa global da escala (0,8765) mostra-se elevado, o que indica bom nível de consistência interna e, por conseqüência, fidedignidade aceitável.

Neste ponto, com a escala já purificada e consistente, inicia-se o processo de interpretação, onde são comparados os resultados obtidos e as informações provenientes da revisão bibliográfica e da experiência.

7.4 INTERPRETAÇÃO DAS DIMENSÕES DA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO EM HOSPITAIS

A interpretação das dimensões geradas pela análise fatorial é uma das etapas mais delicadas do processo. Trata-se de um processo que depende, basicamente, da intuição e dos conhecimentos do pesquisador.

No presente trabalho, conforme já apresentado no item 7.3, foram encontradas 5 dimensões subjacentes à orientação para o mercado.

Nos quadros a seguir, é apresentada a interpretação de cada uma das cinco dimensões encontradas.

7.4.1 ORIENTAÇÃO PARA O CLIENTE

Nesta dimensão são contemplados itens que se referem ao relacionamento dos clientes com o hospital.

Fica visível a valorização dos aspectos afetivos - cordialidade, amizade, junto com a facilidade de acesso e de relacionamento com o hospital.

Outros aspectos comumente relacionados com a orientação para o cliente como busca ativa de informações, por exemplo, não são relacionados aqui.

TABELA 04 - ITENS COMPONENTES DA DIMENSÃO ORIENTAÇÃO PARA O CLIENTE

COD	DESCRIÇÃO	CARREGAMENTO
AQ	Nossos procedimentos de internação e marcação de consultas são cordiais e amistosos	0,79447
CF	Nossos funcionários são estimulados a darem tudo de si para servirem bem os clientes	0,54326
CB	Nosso hospital torna fácil para os clientes se relacionarem com ele	0,64676
Alfa da dimensão: 0,7726 (Std. 0,7717)		

7.4.2 QUALIDADE E INOVAÇÃO

Esta dimensão é a que mais itens de análise apresenta. Seis no total.

Nesta dimensão estão agrupados itens que se referem à busca da liderança no setor, à inovação, à melhoria contínua, principalmente no aspecto técnico.

Mede-se a intensidade do esforço de melhoramento e inovação dentro do hospital.

São contemplados desde a busca da liderança no setor, até preocupação com detalhes das instalações e melhoria técnica dos serviços.

Nesta dimensão surge a figura do médico, público muito importante para o hospital, na medida em que é um agente de grande influência para a decisão de internação dos pacientes.

TABELA 05 - ITENS COMPONENTES DA DIMENSÃO QUALIDADE E INOVAÇÃO

COD	DESCRIÇÃO	CARREGAMENTO
CU	Preocupamo-nos com detalhes das instalações, visando melhorar a qualidade da estada (conforto) dos pacientes, visitantes e médicos)	0,81578
EG	Nossa filosofia é investir no aperfeiçoamento contínuo de nossos processos e serviços	0,72197
BX	Lutamos para sermos líderes em nosso setor	0,81578
DC	Nosso hospital dispõe, dentro de cada serviço, de atividade fiscalizadora da qualidade técnica	0,73377
BK	Somos rápidos em detectar mudanças nas preferências dos nossos médicos com relação aos serviços prestados pelo hospital	0,81578
CQ	Nosso hospital monitora e avalia regularmente os serviços aos pacientes, de modo a identificar novos serviços potenciais para oferecer	0,79154

Alfa da dimensão: 0,9822 (std. 0,9004)

7.4.3 REPARAÇÃO

Esta dimensão é composta de dois itens. Trata dos procedimentos empregados na eventualidade do hospital não conseguir atingir a satisfação dos clientes, os padrões estabelecidos ou mesmo quando ocorre um problema inesperado.

Envolve aspectos de revisão de esforços, eliminação de procedimentos insatisfatórios e dar retorno às reclamações feitas pelos clientes.

TABELA 06 - ITENS COMPONENTES DA DIMENSÃO REPARAÇÃO

COD	DESCRIÇÃO	CARREGAMENTO
DV	Damos retorno a todas as reclamações feitas pelos clientes (pacientes e familiares)	0,73267
S	Periodicamente revisamos nossos esforços de desenvolvimento de serviços para assegurar que estão todos de acordo com o que os clientes desejam	0,68009

Alfa da dimensão: 0,8862 (std. 0,8916)

7.4.4 ORIENTAÇÃO PARA A CONCORRÊNCIA

Nesta dimensão, composta de dois itens, fica expressa a preocupação com a busca de informações sobre a concorrência e sobre o ambiente externo em geral.

Fazem parte da dimensão: o contato com concorrentes de outros setores na busca de informações sobre fornecedores e a disseminação das informações entre departamentos.

TABELA 07 - ITENS COMPONENTES DA DIMENSÃO ORIENTAÇÃO PARA A CONCORRÊNCIA

COD	DESCRIÇÃO	CARREGAMENTO
DD	Nosso hospital tem uma política de contatos com concorrentes de outros segmentos para buscar opções de fornecedores mais convenientes	0,84712
DG	Quando um departamento descobre alguma coisa importante sobre a concorrência, é rápido para avisar os outros departamentos (*)	0,84323

Alfa da dimensão: 0,7674 (std. 0,7674)

* Item que foi apresentado com inversão de sentido aos respondentes.

7.4.5 HARMONIA

Esta dimensão privilegia os aspectos de trabalho com harmonia. Trata de atingir padrões de qualidade, manter promessas e funcionar harmonicamente.

Todos os itens desta dimensão falam, de uma forma, ou de outra, em atingir padrões estabelecidos, cumprir padrões, trabalhar dentro de um clima de harmonia, sem falhas ou problemas.

São contemplados os aspectos físico (instalações, fluxo de pessoas) e comportamental (alinhamento com clientes, trabalho harmonioso).

TABELA 08 - ITENS COMPONENTES DA DIMENSÃO HARMONIA

COD	DESCRIÇÃO	CARREGAMENTO
Y	Nossos funcionários se sentem envolvidos em um empreendimento estimulante	0,71419
AS	O fluxo de indivíduos, clientes e funcionários do hospital é lógico e harmônico	0,76926

Alfa da dimensão: 0,6383 (std. 0,6661)

7.5 COMPARAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES IDENTIFICADAS E AS ENCONTRADAS NA LITERATURA

O modelo de NARVER e SLATER (1990), coloca que a orientação para o mercado é um conceito unidimensional, composto de três fatores comportamentais:

- 1) Orientação para o consumidor
- 2) Orientação para a concorrência
- 3) Coordenação interfuncional

e dois critérios de decisão:

- 1) Foco no longo termo e
- 2) Busca da lucratividade

Para estes autores, a criação contínua de valor superior para os consumidores é o objetivo da orientação para o mercado, e para ser orientada para o mercado a organização deve ser orientada para o consumidor, para os competidores e interfuncionalmente coordenada. Estes três componentes são de igual importância.

Este modelo é compatível com o modelo proposto por KOHLI e JAWORSKI (1990), que definem orientação para o mercado como sendo composta por três fatores:

- 1) Geração de informações sobre necessidades presentes e futuras dos consumidores
- 2) Disseminação dessa informações
- 3) Responsividade a essas informações, incluindo:
 - Planejamento
 - Implementação

O modelo conforme construído no presente trabalho concorda grandemente com o proposto por NARVER e SLATER, apresentando contudo algumas características próprias, que discutiremos a seguir.

Os fatores construídos no presente trabalho:

(1) **Orientação para o cliente** - trata do mesmo aspecto discutido por NARVER e SLATER, abordando a preocupação com os clientes. Porém o hospital demonstra uma preocupação maior com os aspectos humanos da interação (amizade, cordialidade) do que com o conhecimento das necessidades dos clientes, já que não surgiu nenhum item neste fator que trate da busca de informações sobre os clientes.

(2) **Qualidade e Inovação** - este Fator, juntamente com os fatores **Harmonia** e **Reparação** correspondem à dimensão Responsividade (KOHLI e JAWORSKI, 1990) e Coordenação interfuncional (NARVER e SLATER, 1990). Este grupo de fatores trata dos procedimentos, políticas etc., envolvidos na materialização da vantagem competitiva da organização. No caso dos hospitais, surgiram três fatores independentes:

Harmonia - trata do funcionamento dos serviços hospitalares com harmonia. Trata ainda dos aspectos humanos dos funcionários, na medida em que se sentem envolvidos em um trabalho estimulante.

Qualidade e Inovação - trata da preocupação com a melhoria contínua, da busca da liderança no setor.

Reparação - trata da preocupação em resgatar possíveis incidentes negativos, dar retorno a reclamações e ainda na preocupação em reformular políticas e procedimentos que possam estar apresentando resultados negativos.

(3) **Orientação para a concorrência** - novamente trata-se da mesma dimensão discutida pelos autores já citados.

Esta dimensão é enriquecida ainda pela preocupação com outros elementos do ambiente externo: concorrentes indiretos e fornecedores.

Como já era previsto, conforme discutido no Capítulo 01, os hospitais demonstram menor preocupação pelo aspecto de lucratividade. Este aspecto não apareceu em nenhum item dos Fatores analisados.

Ainda como era previsto, o aspecto interação humana aparece com bastante destaque, compondo a primeira dimensão.

Contrariando o previsto, a preocupação com os aspectos sociais e compromisso ético, tão importantes no contexto da cultura do hospital, não surgiu como dimensão independente, não aparecendo em nenhum dos Fatores identificados.

CAPÍTULO 08 - TESTE DAS HIPÓTESES

Neste Capítulo serão apresentados os resultados obtidos junto à amostra de hospitais pesquisada, analisados sob o ponto de vista do teste das hipóteses levantadas no Item 6.1.2 (página 58).

Para comprovação de todas as hipóteses utilizou-se teste para diferença entre médias. Foram realizados dois testes.

(1) Teste de Kruskal Wallis - Não-paramétrico. É um teste para comparação de três ou mais variáveis independentes, é utilizado para verificar se duas amostras aleatórias independentes, com variáveis ordinais, são significativamente diferentes em relação a determinada variável. Exige que as populações tenham distribuição normal e variâncias homogêneas. É utilizado como alternativa ao teste paramétrico t. Este teste foi o escolhido por ser o melhor adaptado às condições do trabalho, com variância da população desconhecida e variáveis não intervalares.

(2) Teste de Tukey - HSD - mais indicado quando o número de observações é diferente nos grupos. Localiza onde estão as diferenças dentro do grupo de variáveis.

A seguir serão apresentadas as hipóteses examinadas, seguidas por breve comentários dos resultados obtidos e tabelas apresentando os números obtidos nos testes estatísticos.

a) Os hospitais maiores (em número de leitos) são mais orientados para o mercado do que os menores.

Não foram encontrados indícios suficientes para comprovar esta hipótese.

Os testes estatísticos utilizados não apontaram diferenças significativas entre os hospitais pequenos, médios e grandes.

Apenas nas dimensões **Orientação para o cliente** e **Harmonia** surgem indícios de diferenças entre hospitais de pequeno e grande porte, sendo que os hospitais pequenos percebem suas instituições atingindo mais completamente os padrões estabelecidos.

Observa-se uma auto avaliação bastante positiva por todas as categorias de hospitais, apontando médias acima de 3,5 na maioria dos itens. Apenas nas dimensões **Orientação para a Concorrência** e **Harmonia** surgem alguns itens com médias inferiores.

TABELA 09 - A - TESTE DE HIPÓTESE - DIFERENÇAS NA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO EM RELAÇÃO AO TAMANHO DO HOSPITAL

ORIENTAÇÃO PARA O CLIENTE

VAR	DESCRIÇÃO	P ^(a)	M ^(a)	G ^(a)	MÉDIA GERAL	Krushkal Wallis ^(b)	TUKEY -HSD ^(b)
AQ	Nossos procedimentos de internação e marcação de consultas são cordiais e amistosos	4,4211	4,0769	3,7500	4,1750	0,0365	P, G
CF	Nossos funcionários são estimulados a darem tudo de si para servirem bem os clientes	4,1579	4,1538	3,7500	4,0750	0,2404	n. d.
CB	Nosso hospital torna fácil para os clientes se relacionarem com ele	4,1111	3,8462	3,6250	3,9231	0,1702	n. d.

^(a) P, M e G - Hospitais pequenos, médios e grandes, respectivamente

^(b) Nível de significância 0,05

Nesta dimensão, considerada como um todo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as categorias estudadas.

Apenas no primeiro item - procedimentos para marcação de consultas e internação, os hospitais pequenos percebem seu desempenho como sendo melhor que os demais, principalmente os grandes.

De modo geral, a percepção dos hospitais pesquisados é elevada em todos os itens, nenhum apresentando média abaixo de 3,9.

As médias são bastante semelhantes em todos os itens do fator.

Entre os itens, o que apresentou maior escore geral foi o que se refere aos procedimentos para internação e marcação de consultas (média 4,17). Já o que apresentou o menor escore foi o que se refere à facilitação do relacionamento dos clientes com o hospital (média 3,92).

TABELA 09 - B - TESTE DE HIPÓTESE - DIFERENÇAS NA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO EM RELAÇÃO AO TAMANHO DO HOSPITAL

QUALIDADE E INOVAÇÃO

VAR	DESCRIÇÃO	P ^(a)	M ^(a)	G ^(a)	MÉDIA GERAL	Krushkal Wallis	TUKEY - HSD ^(b)
CU	Preocupamo-nos com os detalhes das instalações, visando melhorar a qualidade da estada (conforto) dos pacientes, visitantes e médicos	4,4737	4,2308	4,3750	4,3750	0,6434	n. d.
EG	Nossa filosofia é investir no aperfeiçoamento contínuo de nossos processos e serviços	4,1579	4,3333	4,1250	4,2051	0,8396	n. d.
BX	Lutamos para sermos líderes em nosso setor	4,0000	3,8462	4,2500	4,0000	0,5806	n. d.
DC	Nosso hospital dispõe, dentro de cada um dos serviços, de atividade fiscalizadora da qualidade técnica do serviço	3,5556	3,4615	3,7500	3,5641	0,8630	n. d.
BK	Somos rápidos em detectar mudanças nas preferências dos nossos médicos com relação aos serviços prestados pelo hospital	3,8947	3,6923	3,3750	3,7250	0,2623	n. d.
CQ	Nosso hospital monitora e avalia regularmente os serviços aos pacientes, de modo a identificar novos serviços potenciais para oferecer	3,9474	3,4615	4,0000	3,8000	0,3259	n. d.

^(a) P, M e G - Hospitais pequenos, médios e grandes, respectivamente

^(b) Nível de significância 0,05

Nesta dimensão não foram encontradas diferenças significativas entre as categorias estudadas.

Observam-se contudo, diferenças entre as avaliações dos vários itens, apesar de todas as médias também serem elevadas neste fator. A maior avaliação foi feita no item que se refere à preocupação com detalhes das instalações visando o conforto dos clientes (média 4,37). Já a pior foi feita no item que se refere à existência, em cada serviço, de atividade fiscalizadora da qualidade técnica (média 3,56).

TABELA 09 - C - TESTE DE HIPÓTESE - DIFERENÇAS NA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO EM RELAÇÃO AO TAMANHO DO HOSPITAL

REPARAÇÃO

VAR	DESCRIÇÃO	P ^(a)	M ^(a)	G ^(a)	MÉDIA GERAL	Krushkal Wallis	TUKEY HSD ^(b)
DV	Damos retorno a todas as reclamações feitas pelos clientes	4,2222	3,9091	4,1250	4,1081	0,6014	n. d.
S	Periodicamente revisamos nossos esforços de desenvolvimento de serviços para assegurar que estão de acordo com o que os clientes desejam	4,1579	3,8462	3,7500	3,9750	0,4996	n. d.

^(a) P, M e G - Hospitais pequenos, médios e grandes, respectivamente

^(b) Nível de significância 0,05

Nesta dimensão não foram encontradas diferenças significativas entre as categorias estudadas.

Novamente os escores globais são semelhantes e elevados, todos acima de 3,9.

TABELA 09 - D - TESTE DE HIPÓTESE - DIFERENÇAS NA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO EM RELAÇÃO AO TAMANHO DO HOSPITAL

ORIENTAÇÃO PARA A CONCORRÊNCIA

VAR	DESCRIÇÃO	P ^(a)	M ^(a)	G ^(a)	MÉDIA GERAL	Krushkal Wallis	TUKEY - HSD ^(b)
DD	Nosso hospital tem uma política de contatos com concorrentes de outros segmentos para buscar opções de fornecedores mais convenientes	3,4444	4,0000	3,6250	3,6579	0,2653	n. d.
DG	Quando um departamento descobre alguma coisa importante sobre a concorrência é rápido para avisar outros departamentos (*)	3,2222	3,2500	3,2500	3,2368	0,9979	n. d.

^(a) P, M e G - Hospitais pequenos, médios e grandes, respectivamente

^(b) Nível de significância 0,05

* Item que foi apresentado com inversão de sentido aos respondentes.

Neste fator os escores médios são inferiores aos demais, o que denota que é a dimensão onde os hospitais percebem seu pior desempenho. mesmo assim, os valores apontados não são baixos (acima de 3,2).

É ainda a única dimensão em que os hospitais pequenos apresentam desempenho inferior aos médios e grandes.

De todos os itens avaliados, aquele que se refere à velocidade de transmissão das informações sobre a concorrência foi o que obteve avaliação mais baixa (3,2368 - item DG).

TABELA 09 - D - TESTE DE HIPÓTESE - DIFERENÇAS NA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO EM RELAÇÃO AO TAMANHO DO HOSPITAL

HARMONIA

VAR	DESCRIÇÃO	P ^(a)	M ^(a)	G ^(a)	MÉDIA GERAL	Krushkal Wallis	TUKEY - HSD ^(b)
y	Nossos funcionários se sentem envolvidos em um empreendimento estimulante	3,8421	3,3846	2,6250	3,4500	0,0344	P, G
AS	O fluxo de indivíduos, clientes e funcionários do hospital é lógico e harmônico	3,8421	3,9231	3,5000	3,8000	0,2701	n. d.

^(a) P, M e G - Hospitais pequenos, médios e grandes, respectivamente

^(b) Nível de significância 0,05

Surgem indícios de diferenças no desempenho dos hospitais grandes e pequenos, porém apenas em um dos dois itens componentes do fator, aquele que diz respeito ao envolvimento e motivação dos funcionários.

De modo geral, os hospitais pequenos apresentam escores mais elevados.

b) Os hospitais não-lucrativos (não orientados para lucro, filantrópicos) são menos orientados para o mercado do que os hospitais com objetivos de lucro.

Esta hipótese também não foi confirmada pelos testes realizados. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos de hospitais.

As avaliações apresentadas pelos hospitais com fins lucrativos e sem fins lucrativos são bastante semelhantes, apresentando ligeiras diferenças em alguns itens. De modo geral, os dois grupos se alternam nas avaliações.

TABELA 10 - A - TESTE DE HIPÓTESE - DIFERENÇAS NA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO EM RELAÇÃO AO OBJETIVO PRINCIPAL DO HOSPITAL

ORIENTAÇÃO PARA O CLIENTE

VAR	DESCRIÇÃO	L ^(a)	NL ^(a)	MÉDIA GERAL	Krushkal Wallis ^(b)	TUKEY HSD ^(b)
AQ	Nossos procedimentos de internação e marcação de consultas são cordiais e amistosos	4,2581	3,8889	4,1750	0,2124	-
CF	Nossos funcionários são estimulados a darem tudo de si para servirem bem os clientes	4,0667	4,0800	4,0750	0,8508	-
CB	Nosso hospital torna fácil para os clientes se relacionarem com ele	3,8667	3,7917	3,8205	0,2393	-

^(a) L, NL - Hospitais orientados e não orientados para lucro, respectivamente

^(b) Nível de significância 0,05

Não foram encontradas diferenças significativas entre as categorias estudadas nesta dimensão.

Os hospitais com fins lucrativos apresentam escores ligeiramente superiores, com exceção do item que diz respeito à estimulação que os funcionários recebem para servirem bem os clientes, onde os hospitais sem fins lucrativos apontam escore superior.

TABELA 10 - B - TESTE DE HIPÓTESE - DIFERENÇAS NA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO EM RELAÇÃO AO OBJETIVO PRINCIPAL DO HOSPITAL

QUALIDADE E INOVAÇÃO

VAR	DESCRIÇÃO	L ^(a)	NL ^(a)	MÉDIA GERAL	Krushkal Wallis	TUKEY HSD ^(b)
CU	Preocupamo-nos com os detalhes das instalações, visando melhorar a qualidade da estada (conforto) dos pacientes, visitantes e médicos	4,3871	4,3333	4,3750	0,7000	-
EG	Nossa filosofia é investir no aperfeiçoamento contínuo de nossos processos e serviços	4,2667	4,0000	4,2051	0,2682	-
BX	Lutamos para sermos líderes em nosso setor	3,9355	4,2222	4,0000	0,3989	-
DC	Nosso hospital dispõe, dentro de cada um dos serviços, de atividade fiscalizadora da qualidade técnica do serviço	3,5000	3,7778	3,5641	0,5217	-
BK	Somos rápidos em detectar mudanças nas preferências dos nossos médicos com relação aos serviços prestados pelo hospital	3,6000	3,8000	3,7250	0,2533	-
CQ	Nosso hospital monitora e avalia regularmente os serviços aos pacientes, de modo a identificar novos serviços potenciais para oferecer	3,8667	3,7666	3,8000	0,9443	-

^(a) L, NL - Hospitais orientados e não orientados para lucro, respectivamente

^(b) Nível de significância 0,05

Nesta dimensão não foram encontradas diferenças significativas entre as categorias estudadas.

Os hospitais com e sem fins lucrativos se alternam nas avaliações superiores, sem predominância de um grupo sobre o outro.

TABELA 10 - C - TESTE DE HIPÓTESE - DIFERENÇAS NA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO EM RELAÇÃO AO OBJETIVO PRINCIPAL DO HOSPITAL

REPARAÇÃO

VAR	DESCRIÇÃO	L ^(a)	NL ^(a)	MÉDIA GERAL	Kruskal Wallis	TUKEY HSD ^(b)
DV	Damos retorno a todas as reclamações feitas pelos clientes	4,0833	4,1538	4,1081	0,7805	-
S	Periodicamente revisamos nossos esforços de desenvolvimento de serviços para assegurar que estão de acordo com o que os clientes desejam	3,9200	4,0667	3,9750	0,3470	-

^(a) L, NL - Hospitais orientados e não orientados para lucro, respectivamente

^(b) Nível de significância 0,05

Nesta dimensão não foram encontradas diferenças significativas entre as categorias.

Os hospitais sem fins lucrativos apresentam escores ligeiramente superiores aos com fins lucrativos.

TABELA 10 - D - TESTE DE HIPÓTESE - DIFERENÇAS NA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO EM RELAÇÃO AO OBJETIVO PRINCIPAL DO HOSPITAL

ORIENTAÇÃO PARA A CONCORRÊNCIA

VAR	DESCRIÇÃO	L ^(a)	NL ^(a)	MÉDIA GERAL	Krushkal Wallis	TUKEY HSD ^(b)
DD	Nosso hospital tem uma política de contatos com concorrentes de outros segmentos para buscar opções de fornecedores mais convenientes	3,5517	4,0000	3,6579	0,2886	-
DG	Quando um departamento descobre alguma coisa importante sobre a concorrência é rápido para avisar outros departamentos (*)	3,1724	3,4444	3,2368	0,5582	-

^(a) L, NL - Hospitais orientados e não orientados para lucro, respectivamente

^(b) Nível de significância 0,05

Não foram identificadas diferenças significativas entre as categorias.

Neste fator os hospitais sem fins lucrativos apresentaram escores superiores aos com fins lucrativos.

TABELA 10 - E - TESTE DE HIPÓTESE - DIFERENÇAS NA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO EM RELAÇÃO AO OBJETIVO PRINCIPAL DO HOSPITAL

HARMONIA

VAR	DESCRIÇÃO	L ^(a)	NL ^(a)	MÉDIA GERAL	Krushkal Wallis	TUKEY HSD ^(b)
y	Nossos funcionários se sentem envolvidos em um empreendimento estimulante	3,0000	3,5455	3,2400	0,1167	-
AS	O fluxo de indivíduos, clientes e funcionários do hospital é lógico e harmônico	3,8387	3,6667	3,8000	0,4741	-

^(a) L, NL - Hospitais orientados e não orientados para lucro, respectivamente

^(b) Nível de significância 0,05

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as categorias nesta dimensão.

Os hospitais sem fins lucrativos apontam para um maior envolvimento dos funcionários, ao passo que os hospitais com fins lucrativos apontam para uma maior harmonia do ponto de vista do espaço físico do hospital.

c) Os hospitais mais orientados para o mercado tendem a apresentar melhor desempenho que seus similares menos orientados para o mercado.

Foram utilizados como indicadores de desempenho: índice de ocupação de leitos e taxas de investimento em tecnologia.

Não foram encontradas diferenças significativas nos escores dos hospitais com baixo, médio e alto índices de ocupação de leitos.

TABELA 11 - A - TESTE DE HIPÓTESE - DIFERENÇAS NA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO EM RELAÇÃO AO DESEMPENHO - ÍNDICE DE OCUPAÇÃO DE LEITOS

ORIENTAÇÃO PARA O CLIENTE

VAR	DESCRIÇÃO	ATÉ 60%	61 A 80%	MAIS DE 81%	MÉDIA GERAL	Krushkal Wallis ^(b)	TUKEY -HSD ^(b)
AQ	Nossos procedimentos de internação e marcação de consultas são cordiais e amistosos	4,4000	4,4000	4,0000	4,2500	0,4582	n. d.
CF	Nossos funcionários são estimulados a darem tudo de si para servirem bem os clientes	4,0000	3,9091	4,2143	4,0571	0,4179	n. d.
CB	Nosso hospital torna fácil para os clientes se relacionarem com ele	3,8889	3,7273	4,0000	3,8824	0,8432	n. d.

^(b) Nível de significância 0,05

Nesta dimensão não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as categorias.

Cinco dos quarenta hospitais respondentes não responderam à pergunta sobre a média de ocupação de leitos, assim, nesta análise, trabalhamos com 35 questionários respondidos.

Os escores são bastante elevados em todas as categorias.

TABELA 11 - B - TESTE DE HIPÓTESE - DIFERENÇAS NA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO EM RELAÇÃO AO DESEMPENHO - ÍNDICE DE OCUPAÇÃO DE LEITOS

QUALIDADE E INOVAÇÃO

VAR	DESCRIÇÃO	ATÉ 60%	61 A 80%	MAIS DE 81%	MÉDIA GERAL	Krushkal Wallis	TUKEY - HSD ^(b)
CU	Preocupamo-nos com os detalhes das instalações, visando melhorar a qualidade da estada (conforto) dos pacientes, visitantes e médicos	4,4000	4,4000	4,1667	4,3125	0,3287	n. d.
EG	Nossa filosofia é investir no aperfeiçoamento contínuo de nossos processos e serviços	4,2000	3,8000	4,0000	4,0000	0,1089	n. d.
BX	Lutamos para sermos líderes em nosso setor	3,8000	3,8000	4,1667	3,9375	0,2154	n. d.
DC	Nosso hospital dispõe, dentro de cada um dos serviços, de atividade fiscalizadora da qualidade técnica do serviço	3,8000	2,5000	3,3333	3,2667	0,0623	n. d.
BK	Somos rápidos em detectar mudanças nas preferências dos nossos médicos com relação aos serviços prestados pelo hospital	3,6000	3,5455	3,9286	3,7143	0,4692	n. d.
CQ	Nosso hospital monitora e avalia regularmente os serviços aos pacientes, de modo a identificar novos serviços potenciais para oferecer	3,7000	3,4545	4,2143	3,8286	0,0407	n. d.

^(b) Nível de significância 0,05

Novamente não foram encontradas diferenças significativas entre as categorias.

Os hospitais com baixo, médio e alto níveis de ocupação de leitos se revezam quanto à avaliação dos itens, não havendo desempenho significativamente melhor em nenhum dos grupos.

TABELA 11 - C - TESTE DE HIPÓTESE - DIFERENÇAS NA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO EM RELAÇÃO AO DESEMPENHO - ÍNDICE DE OCUPAÇÃO DE LEITOS

REPARAÇÃO

VAR	DESCRIÇÃO	ATÉ 60%	61 A 80%	MAIS DE 81%	MÉDIA GERAL	Krushkal Wallis	TUKEY HSD ^(b)
DV	Damos retorno a todas as reclamações feitas pelos clientes	4,2500	3,8000	4,1667	4,0667	0,5947	n. d.
S	Periodicamente revisamos nossos esforços de desenvolvimento de serviços para assegurar que estão de acordo com o que os clientes desejam	4,2000	4,0000	4,3333	4,1875	0,4832	n. d.

^(b) Nível de significância 0,05

Nesta dimensão não foram encontradas diferenças significativas entre as categorias estudadas.

Os hospitais com médio nível de ocupação apresentaram as avaliações mais baixas nos dois itens.

TABELA 11 - D - TESTE DE HIPÓTESE - DIFERENÇAS NA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO EM RELAÇÃO AO DESEMPENHO - ÍNDICE DE OCUPAÇÃO DE LEITOS

ORIENTAÇÃO PARA A CONCORRÊNCIA

VAR	DESCRIÇÃO	ATÉ 60%	61 A 80%	MAIS DE 81%	MÉDIA GERAL	Krushkal Wallis	TUKEY - HSD ^(b)
DD	Nosso hospital tem uma política de contatos com concorrentes de outros segmentos para buscar opções de fornecedores mais convenientes	3,4000	3,7500	3,3333	3,4667	0,7345	n. d.
DG	Quando um departamento descobre alguma coisa importante sobre a concorrência é rápido para avisar outros departamentos (*)	3,2000	3,7500	2,8333	3,2611	0,2862	n. d.

^(b) Nível de significância 0,05

* Item que foi apresentado com inversão de sentido aos respondentes.

Novamente neste fator não foram encontradas diferenças significativas entre as categorias.

Ao contrário do fator anterior, os hospitais com médio índice de ocupação de leitos apresentam os melhores escores.

TABELA 11 - E - TESTE DE HIPÓTESE - DIFERENÇAS NA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO EM RELAÇÃO AO DESEMPENHO - ÍNDICE DE OCUPAÇÃO DE LEITOS

HARMONIA

VAR	DESCRIÇÃO	ATÉ 60%	61 A 80%	MAIS DE 81%	MÉDIA GERAL	Krushkal Wallis	TUKEY - HSD ^(b)
y	Nossos funcionários se sentem envolvidos em um empreendimento estimulante	3,8000	3,0000	3,5000	3,4286	0,1442	n. d.
AS	O fluxo de indivíduos, clientes e funcionários do hospital é lógico e harmônico	4,0000	3,2000	3,8333	3,6875	0,8922	n. d.

^(b) Nível de significância 0,05

Não foram encontradas diferenças significativas entre as categorias nesta dimensão.

Novamente os hospitais com médio índice de ocupação de leitos apresentaram a pior avaliação.

TABELA 12 - A - TESTE DE HIPÓTESE - DIFERENÇAS NA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO EM RELAÇÃO AO DESEMPENHO - POLÍTICA DE INVESTIMENTOS EM TECNOLOGIA

ORIENTAÇÃO PARA O CLIENTE

VAR	DESCRIÇÃO	ATÉ 10%	MAIS DE 10,1%	MÉDIA GERAL	Krushkal Wallis ^(b)	TUKEY HSD ^(b)
AQ	Nossos procedimentos de internação e marcação de consultas são cordiais e amistosos	4,0000	4,0000	4,0000	0,6296	-
CF	Nossos funcionários são estimulados a darem tudo de si para servirem bem os clientes	4,0000	4,2727	4,1200	0,2882	-
CB	Nosso hospital torna fácil para os clientes se relacionarem com ele	3,7857	4,0000	3,8750	0,5530	-

^(b) Nível de significância 0,05

Nesta dimensão não foram encontradas diferenças significativas entre as categorias estudadas.

As avaliações do item que se refere aos procedimentos de internação e marcação de consultas apresentaram médias iguais. Nos demais itens os hospitais com maior investimento em tecnologia apresentaram escores mais elevados.

TABELA 12 - B - TESTE DE HIPÓTESE - DIFERENÇAS NA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO EM RELAÇÃO AO DESEMPENHO - POLÍTICA DE INVESTIMENTOS EM TECNOLOGIA

QUALIDADE E INOVAÇÃO

VAR	DESCRIÇÃO	ATÉ 10%	MAIS DE 10,1%	MÉDIA GERAL	Krushkal Wallis	TUKEY HSD ^(b)
CU	Preocupamo-nos com os detalhes das instalações, visando melhorar a qualidade da estada (conforto) dos pacientes, visitantes e médicos	4,0000	4,4286	4,2143	0,0934	-
EG	Nossa filosofia é investir no aperfeiçoamento contínuo de nossos processos e serviços	3,5714	4,2857	3,9286	0,1359	-
BX	Lutamos para sermos líderes em nosso setor	3,1429	4,4286	3,7857	0,0253	-
DC	Nosso hospital dispõe, dentro de cada um dos serviços, de atividade fiscalizadora da qualidade técnica do serviço	3,0000	3,7143	3,3571	0,1770	-
BK	Somos rápidos em detectar mudanças nas preferências dos nossos médicos com relação aos serviços prestados pelo hospital	3,4286	4,0000	3,6250	0,0904	-
CQ	Nosso hospital monitora e avalia regularmente os serviços aos pacientes, de modo a identificar novos serviços potenciais para oferecer	3,4286	4,3636	3,8400	0,0051	-

^(b) Nível de significância 0,05

Nesta dimensão aparecem indícios de diferenças significativas entre as categorias.

Nos itens CU (preocupação com detalhes das instalações visando conforto dos clientes); BX (luta pela liderança), BK (agilidade na detecção das mudanças nas preferências dos médicos) e CQ (Monitoramento do serviço aos pacientes), foram identificadas diferenças significativas entre as categorias. Os hospitais que investem mais em tecnologia apresentam desempenho superior aos demais.

TABELA 12 - C - TESTE DE HIPÓTESE - DIFERENÇAS NA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO EM RELAÇÃO AO DESEMPENHO - POLÍTICA DE INVESTIMENTOS EM TECNOLOGIA

REPARAÇÃO

VAR	DESCRIÇÃO	ATÉ 10%	MAIS DE 10,1%	MÉDIA GERAL	Krushkal Wallis	TUKEY HSD ^(b)
DV	Damos retorno a todas as reclamações feitas pelos clientes	3,8571	4,1429	4,0000	0,4905	-
S	Periodicamente revisamos nossos esforços de desenvolvimento de serviços para assegurar que estão de acordo com o que os clientes desejam	3,5714	4,1429	3,8571	0,2849	-

^(b) Nível de significância 0,05

Nesta dimensão não foram encontradas diferenças significativas entre as categorias.

Os hospitais com maiores taxas de investimento em tecnologia apresentam escores mais elevados nos dois itens.

TABELA 12 - D - TESTE DE HIPÓTESE - DIFERENÇAS NA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO EM RELAÇÃO AO DESEMPENHO - POLÍTICA DE INVESTIMENTOS EM TECNOLOGIA

ORIENTAÇÃO PARA A CONCORRÊNCIA

VAR	DESCRIÇÃO	ATÉ 10%	MAIS DE 10,1%	MÉDIA GERAL	Krushkal Wallis	TUKEY HSD ^(b)
DD	Nosso hospital tem uma política de contatos com concorrentes de outros segmentos para buscar opções de fornecedores mais convenientes	3,7143	3,8571	3,7857	0,9233	-
DG	Quando um departamento descobre alguma coisa importante sobre a concorrência é rápido para avisar outros departamentos (*)	3,0000	3,0000	3,0000	0,2483	-

^(b) Nível de significância 0,05

* Este item foi apresentado com inversão de sentido aos respondentes.

Nesta dimensão não foram encontradas diferenças significativas entre as categorias estudadas.

TABELA 12 - E - TESTE DE HIPÓTESE - DIFERENÇAS NA ORIENTAÇÃO PARA O MERCADO EM RELAÇÃO AO DESEMPENHO - POLÍTICA DE INVESTIMENTOS EM TECNOLOGIA

HARMONIA

VAR	DESCRIÇÃO	ATÉ 10%	MAIS DE 10,1%	MÉDIA GERAL	Krushkal Wallis	TUKEY HSD ^(b)
y	Nossos funcionários se sentem envolvidos em um empreendimento estimulante	3,0000	3,5455	3,2400	0,1940	-
AS	O fluxo de indivíduos, clientes e funcionários do hospital é lógico e harmônico	3,1429	4,0000	3,5714	0,7833	-

^(b) Nível de significância 0,05

Nesta dimensão também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as categorias.

CAPÍTULO 09 - CONCLUSÕES FINAIS

A metodologia empregada para análise da orientação para o mercado, identificou a presença de cinco dimensões principais do conceito: **Orientação para o Cliente, Qualidade e Inovação, Reparação, Orientação para a Concorrência, e Harmonia.**

Essa dimensionalidade é diferente, porém coerente com outras construções realizadas por outros estudiosos.

O instrumento final proposto para medir a orientação para o mercado em hospitais é uma escala composta por 15 itens, divididos entre os 5 fatores relacionados acima. Esta escala apresentou resultados satisfatórios em todos os testes a que foi submetida, incluindo testes de estabilidade, de adequação, de fidedignidade e validade.

Foram testadas três hipóteses relativas à relação entre a orientação para o mercado e características do hospital.

Em nenhuma das três hipóteses, que relacionavam o nível de orientação para o mercado com o porte, o objetivo principal e o desempenho do hospital, foram encontradas diferenças significativas entre as categorias.

Assim os resultados obtidos não apresentaram indicativos suficientes para comprovar nenhuma das hipóteses testadas.

Observam-se, contudo, diferenças nas avaliações entre os itens, com alguns apresentando avaliação bastante superior a outros.

De forma geral, os hospitais avaliaram-se de modo bastante positivo em relação a todos os componentes da orientação para o mercado, atribuindo-se escores elevados em todas as dimensões.

A dimensão que apresentou maior escore global foi a **Orientação para o Cliente**, seguida da dimensão **Reparação**, duas dimensões que implicam no relacionamento interpessoal com os clientes, característica familiar aos trabalhadores no setor de saúde. Portanto, este escore superior é coerente com as características da instituição hospitalar.

No nível intermediário ficou a dimensão **Qualidade e Inovação**, escore também coerente com a grande valorização do aspecto técnico na cultura hospitalar.

As dimensões que apresentaram menores escores foram **Orientação para a Concorrência e Harmonia**. Novamente o resultado é coerente com a cultura hospitalar, pouco ligada às questões mercadológicas e administrativas.

Essa elevada auto-avaliação efetuada pelos hospitais pode indicar que, ao invés de uma elevada orientação para o mercado, como seria o raciocínio lógico, eles se encontram num estágio em que ainda não desenvolveram parâmetros críticos em relação ao seu desempenho, acreditando sinceramente que estão com um desempenho elevado sem terem meios de aferir esta percepção.

Outra possibilidade que pode justificar a elevada auto-avaliação é o fato dos respondentes serem altos administradores dos hospitais, o que pode ter gerado um viés positivo nas avaliações.

Cabe ressaltar ainda que talvez as diferenças entre os hospitais mais e menos orientados para o mercado não estejam relacionadas aos critérios que foram analisados (tamanho, orientação principal e desempenho), porém a outros critérios de classificação.

Um outro aspecto que é importante ressaltar, é que nenhum dos itens referentes a compromisso social ou ético permaneceu na versão final do questionário. Ao contrário do esperado, já que a dimensão social da atuação do hospital é de extrema importância, estes aspectos não foram relacionados à orientação para o mercado.

9.1 IMPLICAÇÕES GERENCIAIS

A orientação para o mercado é fonte de vantagens competitivas sustentáveis, permitindo que a organização esteja sintonizada com as necessidades de seus mercados e reaja rapidamente às mudanças ambientais.

A possibilidade de efetuar medições desta característica é de grande interesse para o administrador de forma geral. Para o administrador hospitalar, em especial, vem adquirindo importância na medida em que o setor de saúde está enfrentando grandes modificações, sendo obrigado a buscar novas formas de atuar para conquistar e manter clientes com maior poder aquisitivo.

Pouca diferenciação foi percebida entre os hospitais pesquisados, já que todos efetuaram avaliações bastante positivas de seu desempenho. Apesar de não terem sido confirmadas as hipóteses levantadas, esta constatação tem grande utilidade do ponto de vista gerencial, já que dá a entender que não existe suficiente diferenciação, além disso, aponta para a oportunidade de maior sensibilização do setor.

As cinco dimensões resultantes: Orientação para o Cliente, Qualidade e Inovação, Reparação, Orientação para a Concorrência e Harmonia fornecem um espectro rico para reflexão e aprimoramento da gestão hospitalar.

9.2 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Esta pesquisa apresentou algumas limitações que comentaremos a seguir.

Em primeiro lugar, é importante ressaltar que só foi testada a percepção interna (dos administradores da instituição), quando o ideal seria comparar as percepções interna e externa (dos clientes e consumidores desta instituição).

Só esta comparação permitiria verificar se é condizente com a realidade a alta avaliação que os administradores fizeram da performance de seus hospitais.

Outra limitação importante é o fato de obtermos apenas um respondente por hospital, quando o ideal seria termos vários respondentes, de diferentes setores e níveis hierárquicos dentro da organização.

Esta limitação tem ainda um outro aspecto, que diz respeito ao perfil dos respondentes escolhidos. Foram entrevistados os administradores superiores dos hospitais, o que pode ter levado a respostas que refletem uma visão mais otimista da organização, o que pode ter causado um viés positivo nas respostas.

Além disso, o número de variáveis de classificação utilizado foi pequeno (apenas 4) deixando, talvez, de lado, alguns outros aspectos que poderiam identificar variações na orientação para o mercado.

É importante ressaltar contudo, que, apesar das limitações colocadas acima, o objetivo principal desta dissertação, que era o desenvolvimento de uma escala para medir a orientação para o mercado em hospitais foi atingido, tendo sido obtida uma escala enxuta e que poderá ser utilizada em futuros estudos.

9.3 SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS

Conforme comentado no item anterior (Limitações da Pesquisa), só foi realizada uma aplicação do questionário, ainda na forma original, com 135 perguntas. Assim, a primeira sugestão que se apresenta é a complementação da pesquisa, por meio da aplicação do instrumento ora desenvolvido em outras amostras de hospitais e serviços de saúde.

Os resultados desta pesquisa apontaram escores elevados em todas as dimensões avaliadas pelos hospitais. Recomendamos a realização de uma pesquisa que confronte as percepções dos administradores dos hospitais com as percepções dos consumidores destes mesmos hospitais, para investigarmos as distorções de percepção, a eliminarmos a dúvida que foi levantada no capítulo das conclusões.

Uma segunda sugestão seria a aplicação deste instrumento a outro perfil de respondentes, enviando o questionário a vários respondentes de cada instituição, procurando representar os vários setores e níveis hierárquicos, o que colaboraria na questão acima mencionada.

Rcomenda-se ainda a adaptação deste instrumento para utilização em outras empresas de serviços de saúde como laboratórios, clínicas médicas e empresas de serviços em geral.

Seria importante realizar pesquisas com confrontem a orientação para o mercado com outras variáveis de classificação além das quatro aqui utilizadas, de modo a tentar identificar diferenças significativas na orientação para o mercado.

Seria recomendável ainda a repetição da aplicação da pesquisa a hospitais de outras cidades e regiões, com a finalidade de desenvolver padrões para a orientação para o mercado em hospitais.

ANEXOS

ANEXO 01 - QUESTIONÁRIO EMPREGADO NA PESQUISA

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

no: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome do Hospital/Clínica: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ CEP: _____
Fone: _____ Fax: _____
Nome do respondente: _____
Cargo: _____

DADOS DE CLASSIFICAÇÃO DO HOSPITAL/CLÍNICA

Número de leitos: até 49 leitos P
de 50 a 149 leitos M
mais de 150 leitos G

Natureza da assistência:

- Hospital Geral
- Hospital Especializado (anotar a especialidade) _____
- Clínica
- Serviço de Saúde (anotar o tipo de serviço) _____
- Outro (anotar) _____

Tipo de propriedade:

- Federal
- Estadual
- Municipal
- Particular Filantrópico
- Com finalidade lucrativa
- Sem finalidade lucrativa
- Outra (explicar) _____

O conjunto de afirmações a seguir refere-se ao seu Hospital/Clinica. Para cada afirmativa, indique o seu grau de concordância com o que está colocado. Não existe uma resposta certa ou errada, nós estamos somente interessados na resposta que indique mais aproximadamente sua percepção em relação a cada afirmação.

ITEM	1 DISCORDO PLENAMENTE	2 DISCORDO	3 NEM CONCORDO NEM DISCORDO	4 CONCORDO	5 CONCORDO PLENAMENTE
1. Nosso hospital/clínica está totalmente comprometido com a idéia de qualidade.					
2. Quando descobrimos que nossos pacientes estão insatisfeitos com a qualidade de nossos serviços, tomamos ações corretivas imediatamente, ou, ao menos, procuramos esclarecer detalhadamente os motivos que impedem a solução do problema.					
3. O hospital/clínica tem um programa bem coordenado de educação e de atuação na comunidade, tudo sob o controle de um membro do staff.					
4. Somos um tanto lentos em responder a mudanças na qualidade dos serviços de nossos concorrentes.					
5. Somos rápidos em responder a mudanças significativas na estrutura de preços de nossos concorrentes.					
6. Quando detectamos insatisfação de nossos médicos com a qualidade de nossos serviços, tomamos ações corretivas imediatamente, ou, ao menos, procuramos esclarecer os motivos que impedem a solução do problema.					
7. Tratamos os empregados com respeito (6)					
8. Princípios de segmentação de mercado conduzem nossos esforços de desenvolvimento de novos serviços.					
9. Temos uma política consistente de redução de custos.					
10. Mesmo nos níveis inferiores de nosso hospital/clínica, os funcionários têm o poder de tomarem iniciativas próprias quando a rápida ação é necessária para atender bem o cliente.					

DADOS COMPLEMENTARES

Taxa média de ocupação de leitos durante o ano passado

- até 50%
- de 51 a 60%
- de 61 a 70%
- de 71 a 80%
- de 81 a 90%
- mais de 91%

Taxa média de infecção hospital/clínica

- até 2,0%
- 2,1 a 3,0%
- 3,1 a 4,0%
- 4,1 a 6,0%
- 6,1% ou mais

Qual o montante de investimento em tecnologia (aquisição de novos equipamentos/treinamento de pessoal) no seu hospital/clínica?

- Até 5% do faturamento
 - de 5,1% a 10,0% do faturamento
 - de 10,1% a 15,0% do faturamento
 - de 15,1% a 20,0% do faturamento
 - mais de 20,1% do faturamento
 - outro critério (qual?) _____
-

RELAÇÃO DE HOSPITAIS RESPONDENTES

Nº	HOSPITAL	RESPONDENTE/CARGO	CIDADE
01	Clínica Heidelberg S/C Ltda	Osmar Ratzke/Sócio Gerente	Curitiba
02	Cl. e Pronto Socorro Central	Sandra C. Brito/Administradora	Curitiba
03	Clínica Cavalcanti Ltda	M. A. Cavalcanti/Dir. Médico	Curitiba
04	Hospital Inf. Pequeno Príncipe	Orlei A. Negrello/Dir Adm.	Curitiba
05	Hospital do Coração	Paulo F. de Oliveira/Dir Clínico	Curitiba
06	Instituto do Rim do Pr.	Andreas Linhares/Médico	Curitiba
07	Oftalmoclínica Curitiba	Noeli Backes/Adm.	Curitiba
08	Hosp. Mat. N. Sra. do Carmo	Hélio/Administrador	Curitiba
09	Policlínica San Tiago Ltca.	N. d.	Curitiba
11	Inst. de Med. e Cirurgia do Pr	N. d.	Curitiba
12	Hosp. N. Sra. das Graças	Ir. Ignez Bavaresco/Dir. Adm e Marilde Andrade/Chefe Serv. Adm.	Curitiba
13	Hospital Oswaldo Cruz	Waldemiro Da S. Filho/Dir. Adm.	Curitiba
14	Cl. de Fraturas e Ortopedia XV Ltda	Dr. Antonio Osny Preuss/Dir. Técnico	Curitiba
15	Casa de Saúde N. S. Glória Lt.	Dr. Enio Niedelmann/Dir. Geral	Curitiba
16	Inst. dos Olhos	Dr. Julio Cesar Pissem./Propr.	Curitiba
17	H. e Mat. Sta. Felicidade Ltda.	Marco A. L. Gruberer/Ger. Adm.	Curitiba
18	Cl. Médica Valdir Ribas	Dr. Valdir Ribas/Propr.	Curitiba
19	Hosp. Erasto Gaertner	Dr. Isidoro J. Cestari/Coord. Geral	Curitiba
20	Hosp. e Mar. Vila Hauer	Cristina J. S. Pinto/Adm.	Curitiba
21	Casa de Saúde Paciornik	Dr. Moyses Paciornik/Dir. Geral	Curitiba
22	Cl. Psicol. e Psiquiatr. Afetiva	Ana C. S. S. de Campos/Psicóloga	Curitiba
23	Cl. Barigui de Oftalmologia	Rosane Loss Cavalcante/Ger. Adm.	Curitiba
24	Cl. Inf. Menino Deus Ltda.	Valter L. B. Pereira/Adm.	Curitiba
25	Cl. e Mat. N. S. Rosário	Maria R. de Cássia	Curitiba

	Ltda	Crocetti/Adm.	
26	H. e Mat. Sta. Brígida Ltda	Dr. Benno Kreisel/Diretor	Curitiba
27	Hospital São Carlos	Luiz Fernando Costa/Dir. Adm.	Curitiba
28	Hosp. Evangélico de Curitiba	Constantino Miguel Neto/Diretor	Curitiba
29	Centro de Oncologia do Pr.	Dr. Raphael/Médico, Diretor	Curitiba
30	H. e Mar. N. Sra. do Pilar Ltda	João Milano/Dir. Fin/Adm.	Curitiba
31	Clínica Dr. Waldyr	Edgard L. S. Coutinho/Dir. Clínico	Curitiba
32	Hospital S. Lucas S/A	Odonir Negrelle/Adm.	Curitiba
33	Hospital Sta. Cruz	Dr. Joel Roberto Garcez/Diretor	Curitiba
34	Oftalmocenter	N. d.	Curitiba
35	Sta. Casa de Misericórdia de Maringá	Florisvaldo André Dir. Clínico	Maringá
36	Ir. da Sta. Casa de Londrina	Ir. Rosa Maria Ruthes/Dir. Técn. Adm.	Londrina
37	Cl. Médica N. Sra. da Salete	N. d.	Cascavel
38	Policlínica Santa Úrsula	Dr. José Frederico/Dir. Clínico	Curitiba
39	Hospital São Marcos	Dr. Augusto F. da Costa/ Dir. Geral	Cascavel
40	CLAM - Cons. Londrinense de Assist. à Mulher	Maria Ap. O. Assunção/Secretária Geral	Londrina
41	Centro Oftalmológico de Cascavel	Marcos Solano Vale/Dir. Adm.	Cacavel

ROTEIRO PARA DISCUSSÃO

1. Qual é o papel do marketing numa organização ?
2. O que o termo orientação para marketing/orientação para o mercado significa para você (s)?
3. Qual a diferença entre os termos orientada para o mercado e orientada para marketing ?
4. Que atividades caracterizam uma empresa orientada para marketing/orientada para o mercado ?
5. Que técnicas de gestão caracterizam uma empresa voltada para o marketing comparativamente a uma não voltada para o marketing/mercado?
6. Que fatores facilitam a orientação para marketing/mercado ?
7. Que fatores desencorajam este tipo de orientação?
8. Que parâmetros indicam uma alta orientação para marketing/mercado numa organização?
9. Quais são as consequências positivas desta orientação?
10. Quais são as consequências negativas ?
11. Qual o papel do marketing num hospital ?
12. O que indicaria que um hospital é voltado para o marketing/mercado?
13. Exemplos de empresas orientadas para marketing/mercado.
14. Exemplos de hospitais orientados para marketing/mercado.
15. Você(s) consegue(m) pensar em situações de negócios em que este tipo de orientação não seja muito importante ?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDERSON, Paul F. (1982) "Marketing, Strategic Planning and the Theory of the Firm". *Journal of Marketing* vol. 46 (Spring 1982), 15-26.
- ARNDT, Johan (1978). "How Broad Should The Marketing Concept Be ?". *Journal of Marketing*, (January 1978) 101-103.
- ARNOLD, Danny R.; CAPELLA, Louis M. e SUMRALL, Delia A. (1987) "Organizational Culture and The Marketing Concept: Diagnostic Keys for Hospitals". *Journal of Health Care Marketing*, vol. 07, n. 01 (March 1987), 18-28.
- BENNET, Roger e COOPER, Robert (1979) "Beyond the Marketing Concept". *Business Horizons*. 22(June) 76-83.
- BERRY, Leonard L. e PARASURAMAN, A.(1992). *Serviços de Marketing : Competindo Através da Qualidade*. São Paulo, Maltese-Norma.
- BESSEN, Jim (1993) "Riding the Marketing Information Wave". *Harvard Business Review*, September-October 1993, 150-160.
- BORBA, Valdir Ribeiro (1985) *Administração Hospitalar : Princípios Básicos*. São Paulo, CEDAS. p. 45.

BRASIL, Vinícius S. (1994). "Dimensões da Qualidade Percebida em Serviços de Saúde Diferenciados". In: da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração. *Anais do XVIII Encontro Anual da Associação dos Programas de Pós-Graduação em Administração*. Área Temática de Marketing. Vol 07. Curitiba, set. 1994. p. 143-66.

BRYAN, Gerald O. e GAUFF, Joseph F. Jr. (1986) "Marketing 'Health Care Marketing' ". *Health Marketing Quarterly*, vol 3(4), Summer 1986, 11-23.

CHURCHILL, Gilbert A. *Marketing Research: Methodological Foundations*. Third ed. 1983, The Dryden Press, EUA

CHURCHILL, Jr., G. A. (1979) "A Paradigm for Developing Better Measures of Marketing Constructs". *Journal of Marketing Research*. vol XVI (February 1979) p.64-73.

COX, E. P. "The optimal number of response alternatives for a scale: a review". *Journal of Marketing Research*. p. 407-422, november, 1980.

CRONIN Jr., J. Joseph e JOYCE, Mary L. (1987) "Medical Staff Perceptions: implications for the design of hospital marketing programs". *Journal of Health Care Marketing*, 7(Set 1987) 58-68.

CZEPIEL, John A. e GILMORE, Robert. (1987) "Exploring the Concept of Loyalty in Services", em John A. Czepiel, Carole Congram e James Shanahan, eds., *The Service Challenge: Integrating for Competitive Advantage*. Chicago: American Marketing Association, pp.91-94.

DAY, George S. (1990) *Estratégia Voltada Para o Mercado*. Rio de janeiro, Record.

- DAY, George S. (1994) "The Capabilities of Market-Driven Organizations" *Journal of Marketing*, vol 58 (october 1994), 37-52.
- DAY, George S. e WENSLEY, Robin (1983) "Marketing Theory with a Strategic Orientation". *Journal of Marketing*, vol 47 (fall 1983), 79-89.
- DESHPANDÉ, Rohit e WEBSTER, Frederick E. (1989) "Organizational Culture and Marketing: Defining the Research Agenda". *Journal of Marketing* 53 (January 1989), 3-15.
- DESHPANDÉ, Rohit; FARLEY, John U. e WEBSTER, Frederick (1993) "Corporate Culture, Customer Orientation, and Innovativeness in Japanese Firms: A Quadrad Analysis". *Journal of Marketing*, vol.57 (january 1993), 23-27.
- DESHPANDÉ, Rohit e PARASURAMAN, A. (1986) "Linking Corporate Culture to Strategic Planning". *Business Horizons*, (may-june 1986), 28-37.
- ECO, Umberto (1977) *Como se Faz uma Tese*. São Paulo, Perspectiva
- FRANCE, Karen Russo e GROVER, Rajiv (1992) "What Is the Health Care Product ?". *Journal of Health Care Marketing*, vol 12, n. 02 (June 1992), 31-38.
- GONÇALVES, Ernesto Lima (1978) "O Hospital-Empresa e o Composto Mercadológico". *Rev. Administração de Empresas*, (jan-mar 1978) 18(1):23-30.
- GOUILLART, Francis J. e STURDIVANT, Frederick D. (1994) "Spend a Day in the Life of Your Customers". *Harvard Business Review* (January-February 1994), 116-125.

- HOFFMAN, K. Douglas e INGRAM, Thomas N. (1991) "Creating Customer-Oriented Employees: the case in home health care" *Journal of Health Care Marketing*, 11 (June 1991) 24-32.
- HOUSTON, Franklin S. (1986). "The Marketing Concept: What It Is and What It is Not". *Journal of Marketing*, 50 (April 1986), 81-87.
- JAWORSKI, Bernard J. e KOHLI, Ajay K. (1993), "Market Orientation: Antecedents and Consequences". *Journal of Marketing*, 57 (july 1993), 53-70.
- KOHLI, Ajay K e JAWORSKI, Bernard J. (1990), " Market Orientation: The Construct, Research Propositions and Managerial Implications". *Journal of Marketing*, 54 (April 1990), 1-18.
- KOHLI, Ajay K.; JAWORSKI, Bernard J. e KUMAR, Ajith (1993)."MARKOR: A Measure of Market Orientation". *Journal of Marketing Research*, vol XXX (November 1993), 467-77.
- KOTLER, Philip.(1991) *Administração de Marketing : análise, planejamento, implementação e controle*. 2. ed. São Paulo, Atlas.
- KOTLER, Philip (1977) "From Sales Obsession to Marketing Effectiveness". *Harvard Business Review*, 55(Nov-Dec) , 67-75.
- KOTLER, Philip (1982) *Marketing for Non Profit Organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc. 2nd ed.
- KOTLER, Philip and ANDREASEN, Alan (1987) *Strategic Marketing for Non Profit Organizations*. Englewood Cliffs, NJ. Prentice-Hall Inc.

- KOTLER, Philip e CLARKE, Roberta N. (1987) *Marketing for Health Care Organizations*. Prentice-Hall, New jersey.
- KOTTER, John P. e HESKETT, James L. (1994). *A Cultura Corporativa e o Desempenho Empresarial*. São Paulo, Makron Books.
- KUHN, Thomas S. *A Estrutura das Revoluções Científicas*. 3ª edição. Ed. Perspectiva, 1992.
- LAWTON, Leigh e PARASURAMAN, A.(1980) "The Impact of the Marketing Concept on NewProduct Planning".*Journal of Marketing*, vol 44 (Winter 1980), 19-25.
- LEAR, Robert W. (1963) "No Easy Road to Market Orientation". *Harvard Business Review*, (September-October 1963), 53-60.
- LEVITT, Theodore (1975) "Miopia em Marketing". *Biblioteca Harvard de Administração de Empresas*. pp.2-15.
- LIETDKA, Jeanne M. (1992) "Formulating Hospital Strategy: Moving Beyond a Market Mentality". *Health Care Manage Review*, 1992, 17(1), 21-26.
- LUSCH, Robert F. e LACZNIAK, Gene R. "The Evolving Marketing Concept, Competitive Intensity and Organizational Performance" *Journal of the Academy of Marketing Science*. Fall, 1987, vol 15, n. 3. 001-011.
- MADIA, Francisco A. Madia de Souza (1994). *Introdução ao Marketing de 6ª Geração* São Paulo, Makron Books.

- MANCINI, Wilson R. (1983) "Nos Serviços Médicos, uma Abertura Para Quem Quer Praticar o Marketing" Entrevista na *Revista Marketing*, 17(119)(set, 1983), 36-37.
- MATTAR, Fauze Najib (1993) *Pesquisa de Marketing*. São Paulo, Atlas. 2 vol.
- McKEE, Daryl; VARADARAJAN, P. Rajan e VASSAR, John (1986). "The Marketing Planning Orientation of Hospitals: An Empirical Inquiry". *Journal of Health Care Marketing*, vol 06, n. 04 (December 1986) 50-60
- McKENNA, Regis (1993) *Marketing de Relacionamento : Estratégias Bem-Sucedidas Para a Era do Cliente*. Rio de Janeiro, Campus.
- McNAMARA, Carlton P. (1972) "The Present Status of the Marketing Concept" *Journal of Marketing*, vol 36 (Jan, 1972) , 50-57.
- NAIDU, G. M. e NARAYANA, Chem L. (1991), "How Marketing Oriented Are Hospitals in a Declining Market ?". *Journal of Health Care Marketing*, vol 11, n.01 (March 1991), 23-30.
- NARVER, John C. e SLATER, Stanley F. (1990), "The Effect of a Market Orientation on Business Profitability". *Journal of Marketing*, 54 (October), 20-35.
- PETERS, Thomas e WATERMAN, Robert H. (1983) *Vencendo a Crise: como o bom senso empresarial pode superá-la*. São Paulo, Harper & Row
- RICHERS, Raimar (1981) *O que é Marketing*. 8. ed. São Paulo, Brasiliense. Coleção Primeiros Passos n. 27.

WHITELEY, Richard C. (1992) *A Empresa Totalmente Voltada Para o Cliente : do Planejamento à Ação*. 4. ed. Rio de Janeiro, Campus.