

ADRIANE MEDEIROS

**PLANEJAMENTO PARA IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE
GERENCIAMENTO PERINATAL**

Monografia apresentada para obtenção do título de especialista no curso de MBA em Marketing da Universidade Federal do Paraná, sob orientação do Prof. Dr. Romeu Rössler Telma

CURITIBA

2007

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	Pág. 04
1.1 OBJETIVO	Pág. 05
2 REVISÃO DE LITERATURA	Pág. 06
2.1 OBSTETRÍCIA E TENDÊNCIAS	Pág. 06
2.1.1 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	Pág. 09
2.1.1.1 PREMATURIDADE E RECÉM-NATOS DE BAIXO PESO	Pág. 11
2.2 PLANO DE MARKETING	Pág. 14
2.2.1 ANÁLISE DE MERCADO/AMBIENTE	Pág. 15
2.2.2 PÚBLICO-ALVO	Pág. 17
2.2.3 SEGMENTAÇÃO DO MERCADO	Pág. 17
2.3 ESTRATÉGIAS DE MARKETING	Pág. 22
2.3.1 COMPOSTO DE MARKETING	Pág. 21
2.3.1.1 PRODUTOS E SERVIÇOS	Pág. 22
2.3.1.2 PREÇOS	Pág. 24
2.3.1.3 PRAÇA/DISTRIBUIÇÃO	Pág. 26
2.3.1.4 PROMOÇÃO/ COMUNICAÇÃO	Pág. 27
2.3.2 UTILIZAÇÃO DA INTERNET	Pág. 28
3 DESCRIÇÃO DA PROPOSTA	Pág. 31
3.1 PRODUTOS E SERVIÇOS	Pág. 37
3.1.1 BANCO DE DADOS	Pág. 41
3.2 PRAÇA/DISTRIBUIÇÃO	Pág. 41
3.3 PREÇOS	Pág. 43
3.4 PROMOÇÃO/COMUNICAÇÃO	Pág. 44
3.5 PREMISSAS	Pág. 45
4 PLANO DE MARKETING	Pág. 47
4.1 SITUAÇÃO MACROAMBIENTAL	Pág. 47
4.2 SITUAÇÃO DO PRODUTO	Pág. 48
4.3 SITUAÇÃO COMPETITIVA	Pág. 48
4.4 SITUAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO	Pág. 48

4.5 ANÁLISE DE OPORTUNIDADES/AMEAÇAS	Pág. 48
4.6 ANÁLISE FORÇAS/FRAQUEZAS	Pág. 49
4.7 OBJETIVOS FINANCEIROS	Pág. 50
4.8 OBJETIVOS DE MARKETING	Pág. 52
5 RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	Pág. 53
5.1 FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO	Pág. 54
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Pág. 55

1 INTRODUÇÃO

Em função da longa crise do sistema médico público no Brasil que alcança gestantes de praticamente todos os segmentos econômicos e sociais foi constatada após estudos aprofundados a inexistência de um programa de gerenciamento perinatal no Brasil capaz de avaliar, selecionar, monitorar e treinar as gestantes prevendo riscos decorrentes da gestação.

Foi pesquisada pela empresa americana Matria Healthcare tecnologias que permitissem a prevenção de nascimentos prematuros e de baixo peso. Esta pesquisa resultou na introdução de uma tecnologia que, uma vez adaptada e disponibilizada a todos os segmentos do mercado poderá reduzir em 53% a alta mortalidade infantil brasileira, para o período entre 0 e 6 dias, que atualmente se encontra em 17,6 casos por 1000 em 1996 e em 34% os casos de nascimento de baixo peso.

Estudos desenvolvidos por esta mesma empresa no mercado americano, indicaram uma necessidade crescente de Assistência Perinatal remota a aquelas gestantes expostas a riscos de partos prematuros ou de baixo peso, além de riscos a sua própria saúde. Este sempre tem sido o principal incentivo na busca de tecnologias formadas por procedimentos, equipamentos e materiais que pudessem beneficiar o ambiente de saúde do Brasil na redução de tais riscos. Esse problema gerou a necessidade de uma nova vertente em todo o conceito de programas pré e pós-natal.

Neste trabalho será abordado o conceito do Programa de Gerenciamento Perinatal cuja origem é dos Estados Unidos com comprovada eficiência naquele país e que foi apresentado a uma empresa brasileira.

O Programa é clinicamente desenvolvido e testado destinado a promover a melhoria dos resultados da gravidez, em particular aquela que apresenta algum fator de risco à mãe ou ao bebê. Futuras mães passam por processo de *Screening* que identifica tais riscos como outras condições médicas ou comportamentais que possam afetar a gestação e seu resultado.

Este processo integrado de *Screening*, Monitoramento e Treinamento, veiculado via Internet, poderia ser ofertado inicialmente ao mercado Brasileiro e, posteriormente, aos demais países da América do Sul.

O sistema oferece às gestantes um programa abrangente de orientação que previne riscos de nascimentos prematuros e nascimentos de bebês de baixo peso juntamente com um sistema de monitoramento à distância às gestantes que estejam expostas a qualquer condição de saúde que as qualifica como tendo um fator de risco mais elevado.

1.1 OBJETIVO

Na tentativa de mostrar um caminho para a diminuição dos riscos de nascimentos prematuros e nascimentos de bebês de baixo peso, é que este trabalho foi elaborado com o objetivo primordial de delinear uma proposta para a implantação de um sistema para prevenir gestações de alto risco, evitando desta maneira o nascimento de prematuros e/ou recém natos de baixo peso, através de um programa de monitoramento e educação perinatal.

Para solidificar esta proposta, percebeu-se que a análise de mercado seria peça fundamental para iniciar o estudo com o intuito de fortalecer qualquer futuro projeto.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 OBSTETRÍCIA E TENDÊNCIAS

Faz-se necessário para o desenvolvimento da proposta em questão, um retrospecto em relação ao histórico da obstetrícia e suas tendências. De acordo com FRIESNER (1978), nas tribos primitivas de índios americanos e negros africanos aborígenes, o processo do parto era relativamente isento de complicações, pela ausência de desproporção entre cabeça fetal e bacia materna, porque eram raros os casamentos entre tribos diversas. As principais complicações eram apresentações anômalas. Na hora do parto, a mãe geralmente dava à luz sozinha, exceto se surgisse uma dificuldade e ela necessitasse do auxílio de outra mulher. À medida que o tempo passou, as mulheres com experiência na assistência a outras foram sendo conhecidas, gradativamente, como parteiras. Todo conhecimento em obstetrícia baseava-se na experiência. Quando as parteiras não conseguiam fazer o parto, os curandeiros e sacerdotes eram chamados para ajudar com suas preces. O parto era relacionado com mistério e superstição e era geralmente celebrado com algum tipo de cerimônia para agradecer aos deuses ou afastar os maus espíritos.

Na sociedade egípcia, que era altamente organizada, os sacerdotes fiscalizavam os partos anormais e a maioria das mulheres dava à luz com a assistência de parteiras. Era usado o fórceps obstétrico e as cesáreas eram efetuadas nas mães falecidas. Nas culturas grega e romana, a obstetrícia estava relacionada com práticas religiosas, com ritos de fertilidade. O começo do estudo científico e do exercício da medicina se dá no período Hipocrático. Os partos normais eram assistidos por parteiras, sob a supervisão de médicos. O parto anormal era conduzido pelos médicos. Hipócrates escreveu sobre o exercício da obstetrícia. Ainda segundo FRIESNER (1978), Sorano de Éfeso foi chamado o Pai da Obstetrícia, por ter sido o primeiro a escrever sobre a teoria e a assistência obstétrica. Escreveu sobre a versão podálica.

Na cultura hebraica, embora não fosse prestada assistência aos partos difíceis, eram praticadas a higiene e a limpeza, sendo o apoio emotivo prestado por

membros da família. Enquanto nas culturas orientais, os hindus praticavam um sistema organizado de medicina. A contribuição de Susrata ao conhecimento científico da obstetrícia incluía: conhecimento da menstruação e da gestação, exercício da assistência pré-natal e pós-natal, conduta no parto anormal, emprego de fórceps e prática da cesárea em mães mortas e uso do asseio e da higiene.

O período medieval mostra a ausência de progresso na ciência e prática obstétrica. Houve perda do conhecimento de culturas precedentes. Na Europa, houve uma regressão para o misticismo no exercício da medicina. Tiveram início os serviços hospitalares e de enfermagem, usados habitualmente apenas para a classe pobre. O período da Renascença traz a instalação das escolas de medicina italianas determinando a ampliação dos conhecimentos obstétricos. Arânco descreveu o útero grávido e a evolução da gravidez; Versálio descreveu a pelve com exatidão; William Harvey descreveu a circulação de sangue e a fisiologia da gravidez. Ambrósio Paré reintroduziu o emprego da versão podálica em obstetrícia e auxiliou a instalação da primeira escola de obstetrícia na França, também consagrou o exercício da obstetrícia como parte da medicina.

Do século 17 ao século 19, mais precisamente em 1618, Wittenberg executou a primeira operação cesárea em mulher viva. No século 17, Mauriceau referiu-se à febre puerperal. A família Chamberlin projetou o fórceps obstétrico por volta de 1580, porém conservou em segredo as informações a respeito até 1813. No século 18, Palfyne apresentou o fórceps obstétrico perante a Academia Francesa de Medicina. Entrou em voga o emprego de médicos do sexo masculino como parteiros. Smellie tomou as medidas da pelve, a fim de determinar a eventual evolução do parto. Hunter contribuiu para o conhecimento da anatomia da placenta. Os parteiros americanos coloniais estudaram com Smellie e Hunter, que, assim, influenciaram grandemente o exercício da obstetrícia na América.

Entre o 17º e o 19º séculos, a febre puerperal assumiu proporções epidêmicas. Em 1795, Gordon classificou a febre puerperal como moléstia infecciosa. Em 1843, Oliver Wendell Holmes escreveu um artigo sobre a contagiosidade da febre puerperal e as medidas de assepsia médica úteis para combater a moléstia, provocando grande controvérsia sobre sua pesquisa, porque ainda não existia conhecimento científico da teoria microbiana. Em 1861,

Semmelweis publicou um trabalho sobre o mecanismo de transmissão da febre puerperal e utilizou o hipoclorito de cálcio para lavar as mãos, o que reduziu grandemente a mortalidade por essa moléstia. Em 1860, Pasteur identificou a causa da febre puerperal, estabelecendo a base científica para as teorias de Holmes e Semmelweis. Em 1853, Simpson introduziu o clorofórmio como anestésico em obstetrícia.

No século XX, houveram progressos na anestesia e na analgesia. O aperfeiçoamento da assistência pré-natal e pós-parto tiveram papel importante no exercício da obstetrícia. Também houve um maior conhecimento do papel da nutrição no ciclo gravídico-puerperal e um aumento do número de partos hospitalares, com excelente combate à infecção, graças ao aperfeiçoamento da assepsia médica e cirúrgica e à criação de padrões hospitalares. Foi descoberto o emprego de antibióticos para combater a infecção, e foi aperfeiçoado o uso de transfusões sanguíneas. A obstetrícia operatória teve uma melhora na segurança, graças à pesquisa e à experiência. O aperfeiçoamento e utilização dos raios X serviu para determinar a desproporção cefalopélvica. Houve uma melhora do ensino preparatório de obstetras profissionais e progressos dos conhecimentos médicos de cirúrgicos gerais. Foi introduzido o parto preparado e a assistência à maternidade centralizada na família. Os métodos epidemiológicos foram aperfeiçoados, com uma colheita mais exata de estatísticas vitais. Houve uma melhora do padrão de vida, com melhora da higiene do ambiente e do tratamento de doenças transmissíveis. Foi um período de maiores pesquisas e progressos da farmacologia e com conhecimentos crescentes no campo da genética.

O período perinatal constitui um momento único no cenário da saúde onde presumivelmente, tratamento e cura não seriam os pressupostos básicos dos processos assistenciais, mas sim o acompanhamento e os cuidados no período pré-natal, no período parto e no período puerperal da mulher com seu recém-nascido (CIANCIARULLO et al, 1998).

A assistência pré-natal representa um setor no panorama geral da Medicina Preventiva, idéia que, em verdade remonta do ano 2.800 AC (PEIXOTO, 1981).

Antes de 1950, a assistência ao recém-nascido constituía principalmente responsabilidade do médico que realizara o parto e da equipe de enfermagem do

hospital. As estatísticas de mortalidade e morbidade perinatais eram muito ruins. Então, em 1950, a década da percepção neonatal, os pediatras começaram a invadir o berçário, assumindo responsabilidade pelos seus pacientes desde o momento do nascimento. Essa década testemunhou progressos que aperfeiçoaram grandemente o resultado neonatal (QUEENAN, 1987).

Nos anos 1960, a década da medicina fetal, muitas grandes realizações científicas foram dirigidas para a avaliação da saúde e das doenças fetais. Em 1970, a década da medicina perinatal, o pediatra e o obstetra combinaram forças para melhorar ainda mais a sobrevivência perinatal (QUEENAN, 1987).

Uma gravidez de alto risco é qualquer gravidez na qual exista um fator, materno ou fetal, que afetará adversamente o resultado da gravidez. A grande maioria das gestações tem um resultado favorável. A mãe pode sofrer alguns sintomas ou problemas físicos desagradáveis, e pode haver pequeninas dificuldades no trabalho ou no parto. Porém habitualmente a mãe se recupera por completo da gravidez e leva para casa um bebê normal sadio (QUEENAN, 1987).

Hoje, percebe-se como necessária a articulação da tecnologia com outros aspectos da assistência à saúde, tais como sensibilidade aos problemas da mulher e da família advindos do processo de gestação desejado ou não, individualização da assistência visando facilitar a adaptação da mulher e de sua família ao novo ser e, principalmente, o preparo e a orientação para que esta família tenha condições de assumir funções cuidativas de longo prazo (CIANCIARULLO et al, 1998).

2.1.1 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Toda gravidez traz, em si mesma, risco potencial para a mãe e para o feto, mas determinadas condições próprias do estado gestacional, ou a ele associadas, aumenta, incontestavelmente, este risco. Com a aquisição de novos conhecimentos, conseguiu-se diminuir de modo expressivo a mortalidade materna. A despeito disto, a mortalidade perinatal ainda mostra valores proporcionalmente altos e verifica-se que pequena parcela da população obstétrica é responsável por tal fato.

Desta forma desenvolveu-se o conceito de gestação de alto risco, procurando-se identificar, entre a população geral, aquelas com maior chance de evoluírem desfavoravelmente.

Com a finalidade de se caracterizar gestação de alto risco, surgiram nos últimos 20 anos inúmeras conceituações. Dentre elas, a proposta por Luz sobressai-se por ser formulada sob enfoque epidemiológico: “gestação de maior risco é aquela em que o feto por atributo(s) materno (s), de gestação ou de parto, apresenta chance aumentada de dano (morte ante ou pós-parto ou seqüela) em relação a outro feto gerado em condições sem o(s) referido(s) atributo(s).” Tal definição funda-se no conceito de risco relativo (feto exposto a determinado fator apresenta maior risco em relação a outro não exposto ao mesmo fator) e, além disso, refere-se ao risco fetal somente, como também o faz a maioria das conceituações existentes. Isto não significa que se deva desconsiderar o risco materno, mas tão somente leva em conta os índices baixos de mortalidade materna hoje alcançados e o fato de que o feto poderá estar em risco mesmo sem que haja fatores maternos agravantes.

Estes fatos obrigam o obstetra a assumir postura diferente. Já não se pode admitir o pré-natal como atendimento negligente, massificante, descuidado e descuidado, feito pelos mais inexperientes ou mais desinteressados. Somente com o pré-natal valorizado e conscientemente dirigido e o parto, à sua vez, conduzido em bases científicas, é que se poderá assegurar a melhor qualidade de reprodução humana. Como parte integrante desse atendimento, é passo fundamental a identificação, tão precoce quanto possível, de condições geradoras de risco materno e/ou fetal, para que medidas preventivas ou diagnósticas e terapêuticas possam ser tomadas (SALES et al, 1989)

A gestação de alto risco compromete, acentuadamente, o conceito. 10-20% das grávidas podem ser rotuladas de alto risco, responsáveis por 50% da mortalidade fetal anteparto.

Mais de 2/3 dos óbitos fetais ocorrem antes do parto e, em contingente expressivo, o fator aventado é a insuficiência uteroplacentária (MONTENEGRO, 1987).

2.1.1.1 PREMATURIDADE E RECÉM-NATOS DE BAIXO PESO

Os recém-nascidos de alto risco são crianças que necessitam de assistência ainda mais intensa nas primeiras horas após o parto do que a do recém-nascido normal a termo, e que provavelmente necessitarão de cuidado intensivo por um período mais longo de tempo. Os fatores predisponentes que colocam mais provavelmente o recém-nascido na categoria de alto risco são condições já existentes na criança no momento do parto, tais como imaturidade e/ou desenvolvimento anormal ou doença, e condições maternas e ambientais que não permitiriam um desenvolvimento fetal ótimo ou que dificultaram o ajustamento à vida extra-uterina (ZIEGEL, 1980).

Durante um certo número de anos o peso ao nascer foi usado como um parâmetro da idade gestacional de um recém-nascido. Bebês pesando 2.500 g ou menos eram considerados prematuros e aqueles acima de 2.500 g como crianças a termo. Um bebê com menos de 37 semanas de gestação também era classificado como prematuro, mas a classificação baseada no peso tinha prioridade do ponto de vista estatístico e no planejamento de programas de saúde pública. Com o passar do tempo, entretanto, tornou-se cada vez mais evidente que o peso ao nascer não era tão importante para a identificação da idade gestacional. Cerca de um terço dos bebês pesando menos de 2.500 g ao nascer eram crianças a termo, que por alguma razão não cresceram de acordo com a taxa normal. Alguns bebês que pesavam mais de 2.500 g eram prematuros quando se levavam em consideração outros aspectos do desenvolvimento que não o peso (ZIEGEL, 1980).

Em 1961, o Comitê Especializado de Saúde Materna e Infantil da Organização Mundial de Saúde, ao reconhecer que um número de bebês considerados prematuros, atendendo a essa definição de prematuridade, aparentemente não o eram, recomendou que o conceito inicial de “prematividade” deveria ser substituído pelo termo “de baixo peso ao nascer” (ZIEGEL, 1980).

Segundo a OMS, em 1976, prematuridade é a interrupção da gravidez antes de 37 semanas completas (259 dias completos). Concomitantemente, é recém-nascido de baixo peso aquele com 2.500 g, ou menos, independentemente da idade gestacional, ao momento do parto. Desde 1972, a Comissão de Metodologia da

OMS recomenda que se designem como pré-termo, os fetos nascidos antes de completarem 37 semanas de gestação; e recém nascidos de baixo peso aqueles com peso inferior a 2.500 g (entre 501 e 2.409 g) (MONTENEGRO, 1987).

Uma avaliação cuidadosa da idade gestacional é necessária para diferenciar os verdadeiros prematuros dos bebês a termo com baixo peso ao nascer, e para diferenciar os bebês de tamanho normal nascidos prematuramente dos bebês de tamanho normal a termo (ZIEGEL, 1980).

A fim de planejar a assistência apropriada a um recém-nascido, é importante classificar cada bebê de acordo com a idade como pré-termo, termo ou pós-termo, e também pelo peso como peso apropriado para a idade gestacional (AIG), pequeno para a idade gestacional (PIG) ou grande para a idade gestacional (GID). O bebê pode ser a termo e ter peso apropriado para a idade gestacional, pode ser a termo e grande para a idade gestacional ou pequeno para a idade gestacional. Se o bebê é pré-termo será também classificado como de peso apropriado, pequeno ou grande para a idade gestacional. Essas três classificações para o tamanho se aplicam também ao bebê pós-termo.

Desta forma, uma classificação de acordo com a idade gestacional e o peso ao nascer identifica os bebês em risco. O maior risco de morbidade e o tipo de morbidade são sugeridos pelo grupo em que a criança é incluída. É evidente que um bebê pode ser pequeno porque não está a termo e além disso ser pequeno para a idade gestacional. Essa situação colocaria o bebê em risco tanto pela prematuridade como pelo pequeno crescimento intra-uterino. Os bebês a termo e pós-termo podem ser identificados do mesmo modo. O peso ao nascer e a idade gestacional são os dois parâmetros que também podem ser usados eficientemente para identificar o bebê em risco (ZIEGEL, 1980).

A prematuridade persiste como a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal em todo o mundo. Nos países desenvolvidos, a proporção de nascimentos antes de 37 semanas permanece em torno de 6 a 8%, apesar dos importantes progressos obtidos na assistência perinatal nas últimas décadas (MARTINS, 2000).

A prematuridade é mais elevada nos países subdesenvolvidos que apresentam condições socioeconômicas desfavoráveis, precária assistência pré-

natal e maior prevalência de infecções genitourinárias, que constituem os principais fatores predisponentes (MARTINS, 2000).

Cerca de 90% dos partos prematuros ocorrem após a 30^a. semana, período em que a sobrevivência atinge a 90% em serviços com unidades de terapia intensiva neonatal bem estruturadas. De outra parte, 66% das perdas neonatais são devidas a gestações terminadas antes da 29^a. semana. Os conceptos sobreviventes nesta faixa de idade gestacional apresentam risco maior de morbidade a curto e longo prazo como displasia broncopulmonar, cegueira e retardo psicomotor (MARTINS, 2000).

Aproximadamente 90% das mortes neonatais ocorrem em conceptos nascidos com menos 2.500 g. Os recém-nascidos com peso corporal entre 500 e 750 g sobrevivem em torno de 28%; com o aumento do peso a sobrevivência alcança entre 95 a 100% após 1.000 g, o que representa idade gestacional em torno de 28 semanas (SILVA FILHO, 2000).

Os fetos nascidos com menos de 750 g e que sobrevivem em conseqüência das seqüelas neurológicas, necessitam em 45% de educação diferenciada, apresentando freqüentemente crescimento subnormal e certo grau de incapacidade visual (SILVA FILHO, 2000).

Apesar dos novos conhecimentos obstétricos, inclusive da medicina fetal, a freqüência com que ocorre o parto pré-termo permanece estável nas últimas décadas. Isto representa desconhecimento ainda de muitas causas indutoras da interrupção espontânea de uma gestação antes do total amadurecimento fetal (SILVA FILHO, 2000).

Conhecer, identificar e, quando possível, erradicar os fatores de risco da interrupção precoce e espontânea de uma gestação que representam o maior desiderato da moderna assistência pré-natal. Prevenção é a principal solução, se não a única, para que se diminua os péssimos resultados neonatais ainda observados neste final de século.

Obter o prolongamento da gestação constitui a principal estratégia preventiva capaz de reduzir a prematuridade e suas seqüelas, particularmente em conceptos com maturidade pulmonar incompleta ou ausente, já que a síndrome de desconforto

respiratório (SDR) persiste como a principal causa primária de mortalidade em prematuros (MARTINS, 2000).

O mecanismo etiológico do parto prematuro é desconhecido. Não se conhece o porquê do desenvolvimento do recém-nascido e qual o mecanismo intrínseco do desencadeamento do trabalho de parto no termo da gestação e muito menos no parto prematuro. Sabe-se que o desencadeamento do trabalho de parto prematuro é multifatorial, muitas vezes não podendo ser atribuído a uma única causa, e que as condições maternas apresentam grande influência sobre o trabalho de parto e o feto. Deste fato surge a grande importância dos fatores epidemiológicos associados ao parto prematuro e ao recém-nascido de baixo peso. Estes fatores incluem fatores demográficos: primiparidade em gestantes com idade inferior a 20 anos e superior a 30 anos, multiparidade, pequenos intervalos interpartais e a gravidez indesejada, fatores econômicos: fumo, alcoolismo e outras drogas e fatores biomédicos: como a raça negra e amarela, baixa estatura materna, prematuridade prévia, morte fetal anterior, gravidez múltipla e diferentes entidades mórbitas, como insuficiência cardíaca congestiva (ICC), placenta prévia, doença hipertensiva específica da gravidez, hipertensão arterial, diabetes mellitus, anemia por desnutrição e infecções maternas

2.2 PLANO DE MARKETING

O Plano de Marketing é uma ferramenta de gestão que deve ser regularmente utilizada e atualizada, pois permite analisar o mercado, adaptando-se às suas constantes mudanças e identificando tendências. Por meio dele pode-se definir resultados a serem alcançados e formular ações para atingir competitividade. Ao se conhecer o mercado há a capacidade de traçar o perfil do seu consumidor, tomar decisões com relação a objetivos e metas, ações de divulgação e comunicação, preço, distribuição, localização do ponto de venda, produtos e serviços adequados ao mercado, ou seja, ações necessárias para a satisfação dos clientes e o sucesso do negócio (GOMES, 2005)

2.2.1 ANÁLISE DE MERCADO/AMBIENTE

Conhecer o mercado com o qual se deseja interagir é o primeiro passo para o desenvolvimento de uma estratégia eficiente de implantação do programa e ações de marketing.

KOTLER (1994) considera a análise de mercado como pré-requisito essencial na ação de marketing, e esclarece que é através desta análise que se conhece a amplitude de mercado, sua tendência, barreiras tecnológicas, vulnerabilidade, concentração de demanda e níveis diferenciados de necessidades informacionais de seus consumidores, o que orienta o caminho a ser analisado.

De acordo com GOMES (2005) a análise de ambiente, resume todas as informações pertinentes à empresa. Primeiramente deve ser feita uma Análise Ambiental. Importando os conceitos e ferramentas do Planejamento Estratégico, esta fase tem como objetivo conhecer o ambiente onde se encontra a organização, mapeando as ameaças e oportunidades que podem ser vislumbradas no mercado e os pontos fortes e fracos da empresa diante das realidades detectadas.

O ambiente externo que a envolve e a influencia de maneira positiva ou negativa é composto pelos concorrentes, consumidores, fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, legais, tecnológicos. Quando analisamos esses fatores, estamos analisando as ameaças e oportunidades do negócio.

O ambiente interno da empresa também deve ser levado em consideração na análise, pois envolve aspectos fundamentais sobre o seu bom ou o mau funcionamento, como os equipamentos disponíveis, a tecnologia, os recursos financeiros e humanos utilizados, os valores e objetivos que norteiam as suas ações.

A partir daí, consegue-se ter uma visão maior das forças e fraquezas que também poderão afetar positiva ou negativamente o desempenho da sua empresa.

Essa análise é muito importante, pois ela determinará os caminhos do Plano de Marketing e as importantes decisões para o sucesso do seu negócio.

Variáveis utilizadas em uma análise do ambiente de Marketing

Segundo KOTLER (2000), as principais variáveis a serem consideradas são:

Variáveis Econômicas - São considerados aqui os fatores econômicos que envolvem o mercado em estudo. Deve ser levantado até que ponto as variações na economia podem comprometer positiva ou negativamente o mercado onde a organização atua ou pretende atuar.

Variáveis Demográficas - É importante monitorar a população, pois as pessoas representam o mercado. Podem ser consideradas, por exemplo, variações no número de casamentos e de filhos de uma determinada população, ou ainda o tamanho e a taxa de crescimento da população em diferentes cidades, regiões e nações, distribuição etária e composto étnico, níveis educacionais, faixa etária, etc.

Variáveis Culturais - Dizem respeito ao grau em que a cultura de um mercado pode comprometer a aceitação de um determinado produto ou serviço. Elas envolvem culturas, subculturas, comportamento, influência das religiões, crenças, grau de tecnologia, etc.

Variáveis Tecnológicas - Principalmente nos dias atuais, quando a tecnologia evolui constantemente e quase que diariamente, este setor deve ser considerado em qualquer análise de ambiente. As mudanças e as facilidades de acesso à tecnologia fazem com que um produto se torne obsoleto rapidamente.

Variáveis Político-Legais - as mudanças do ambiente político, que ocorrem constantemente, e das Leis, principalmente no Brasil, devem ser vistas com grande atenção, pois elas podem inviabilizar um produto, serviço ou empreendimento.

2.2.2 PÚBLICO-ALVO

A definição do público-alvo significa identificar um segmento particular ou segmentos da população que você deseja servir. O mercado consiste em muitos tipos de clientes, produtos e necessidades. É preciso determinar que segmentos oferecem as melhores oportunidades para o seu negócio. De acordo com KOTLER (2000), o processo deve começar tendo-se em mente um público-alvo bem definido: possíveis compradores dos produtos da empresa, usuários atuais, pessoas que decidem ou influenciam; indivíduos, grupos, públicos específicos ou o público geral. O público-alvo exerce uma influência fundamental nas decisões do comunicador sobre o que, como, quando, onde e para quem dizer.

Por maior e mais poderosa que seja, nenhuma empresa pode fazer um bom trabalho em todos os mercados e satisfazer todas as suas necessidades. Segmentar o mercado é dividi-lo em grupos com características e interesses semelhantes. É imperativo encontrar um segmento do mercado onde estão os clientes em potencial com necessidades similares a aquelas que a empresa deseja e pode atender.

2.2.3 SEGMENTAÇÃO DO MERCADO

O ponto crítico no planejamento de marketing é, sem dúvida, a identificação dos alvos de mercado. Uma das soluções, que se apresenta como ponto de apoio e que subsidiará a tomada de decisão do administrador é, sem dúvida, o processo de segmentação de mercado. A segmentação tem sido definida como estratégia de marketing, de fundamental importância para o sucesso de uma empresa.

Após a análise de mercado é possível a verificação das diferenciações de necessidade de cada consumidor, isto em função das variáveis geográficas, demográficas, psicográficas e especificações do próprio composto de marketing. A segmentação de mercado é solução para atender as essas necessidades.

Um segmento de mercado é o resultado desta divisão de um mercado em pequenos grupos. Este processo é derivado do reconhecimento de que o mercado total é freqüentemente feito de grupos com necessidades específicas. Em função

das semelhanças dos consumidores que compõem cada segmento, eles tendem a responder de forma similar a uma determinada estratégia de marketing. Isto é, tendem a ter sentimentos, percepções e comportamento semelhantes.

Segundo McKAY (1972), segmentação de mercado "é o estudo de grupos de clientes com características semelhantes ou relacionadas, que tem necessidades e desejos comuns e que responderão a motivações idênticas e que usarão os mesmos produtos e serviços para satisfazer suas necessidades". A segmentação de mercado é definida por KOTLER apud SILVEIRA (1986), como a subdivisão de um mercado em subconjuntos distintos de clientes, em que qualquer subconjunto pode, concebivelmente, ser selecionado como um objetivo de mercado, para ser alcançado por um composto de marketing distinto.

Para McKEY apud OTTONI (1995) a visão de segmentação de mercado consiste, no estudo de grupos de clientes com características semelhantes ou relacionadas, que tem necessidades e desejos comuns e que responderão a motivações idênticas e que usarão os mesmos produtos e serviços para satisfazer suas necessidades.

A primeira vista, a segmentação de mercado não é tarefa difícil; por muito tempo, foi entendida como um conceito que consistia apenas em dividir o mercado em segmentos. Depois, os teóricos e executivos perceberam que a segmentação de mercado constitui poderosa arma estratégica, cujas implicações decorrem da escolha de segmentos bem definidos para o delineamento de estratégias competitivas. Primeiro, segmenta-se o mercado; em seguida, escolhe-se o alvo com que se quer trabalhar, diferenciando-se produtos e serviços de modo a atender necessidades e desejos do público-alvo e, posteriormente, posiciona-se o produto como forma de expressar as diferenças existentes. Como se pode perceber, a segmentação, no conjunto, é a base de toda a estratégia de marketing.

A segmentação é estratégia que auxilia a empresa a penetrar em focos escolhidos, facilitando o acesso ao consumidor por intermédio do ajuste da oferta à demanda, e do produto ao mercado.

O objetivo básico da segmentação é concentrar esforços de marketing em determinados alvos, que a empresa entende como favoráveis para serem explorados comercialmente, em decorrência de sua capacidade de satisfazer a

demanda dos focos, de maneira mais adequada. Cada segmento deverá ser constituído por grupos de consumidores que apresentem o mínimo de diferenças entre si, do ponto de vista das características adotadas, e o máximo de diferenças em relação aos demais segmentos.

Por meio da segmentação de mercado, pode-se conhecer melhor as necessidades e desejos dos consumidores. Tal conhecimento se aprofunda, à medida que novas variáveis de segmentação são combinadas entre si, proporcionando conhecimento mais individual do consumidor.

Na segmentação de mercado, o administrador de marketing deve levar em conta o comportamento do consumidor. Isso porque os compradores são pessoas com necessidades e desejos diversos, e o mesmo produto não pode mais atrair todo o mundo. Deve-se, portanto, conhecer o comportamento, as atividades, as motivações, os benefícios e as vantagens que os diferentes grupos de consumidores, relativamente homogêneos, estão procurando.

Para conhecer os consumidores, o administrador precisa reuni-los em grupos, os mais homogêneos possíveis. Para tanto, ele pode fazer uso das variáveis de segmentação, as quais procuram revelar certas características geográficas, sócio-econômicas, de personalidade e comportamentais. Essas variáveis podem ser decompostas em diversas outras, que por sua vez podem ser empregadas individualmente ou interrelacionadas com as demais.

O elenco de variáveis que se apresenta como critérios para segmentar mercado é muito amplo. Existem milhares de maneiras para segmentar determinado mercado, principalmente se a empresa pretende combinar várias de suas formas.

Dois grupos amplos de variáveis são usados para segmentar mercados consumidores. Geralmente são analisadas as características e o comportamento do consumidor.

As características dos consumidores apresentam algumas Variáveis para Segmentação de Mercados Consumidores:

. Geográfica: propõe dividir o mercado em unidades geográficas diferentes, como países, estados, regiões, cidades ou bairros;

. Demográfica: ocorre quando o mercado é dividido em grupos baseados em variáveis demográficas, como idade, tamanho da família, ciclo de vida da família, sexo, renda, ocupação, formação educacional, religião, raça, geração, nacionalidade ou classe social;

. Psicográfica: ocorre quando os compradores são divididos em grupos diferentes, baseados em estilo de vida e/ou personalidade.

O comportamento dos consumidores apresenta as seguintes variáveis para Segmentação de Mercados Consumidores:

. Ocasões: os consumidores podem ser diferenciados de acordo com as ocasiões em que sentem uma necessidade, compram ou usam um produto (por exemplo, quando viajam em férias);

. Benefícios: os compradores podem ser classificados segundo os diferentes benefícios que buscam em um produto (por exemplo, se viajam com a família ou viajam a negócios);

. Status de usuário: os usuários podem ser segmentados em grupos de não-usuários, ex-usuários, usuários potenciais, novos usuários e usuários regulares de um bem (por exemplo, doadores de sangue);

. Taxa de uso: podem ser segmentados em pequenos, médios ou grandes usuários de um bem;

. Status de lealdade: pode-se segmentar o mercado por padrões de lealdade do consumidores (como aqueles leais à marca Coca-Cola ou McDonald.s)

Após a análise de mercado é possível a verificação das diferenciações de necessidade de cada consumidor, isto em função das variáveis geográficas, demográficas, psicográficas e especificações do próprio composto de marketing. A segmentação de mercado é solução para atender as essas necessidades.

2.3 ESTRATÉGIAS DE MARKETING

2.3.1 COMPOSTO DE MARKETING

Em seu trabalho, FASCIONI coloca que o marketing mix, ou composto de marketing como também é conhecido, consiste em uma combinação de instrumentos utilizados para planejar a estratégia que a empresa utilizará para atingir seus objetivos.

O termo marketing mix foi cunhado pela primeira vez por Neil Borden em 1953 (BALMER E SOENEM, 2001). Ele identificou 12 elementos envolvidos na gestão do marketing:

1. Planejamento do produto;
2. Preço;
3. Marca;
4. Distribuição;
5. Vendas pessoais;
6. Propaganda;
7. Promoção;
8. Embalagem;
9. Mostruário;
10. Serviços;
11. Manuseio físico e
12. Pesquisa de marketing.

De acordo com Kotler, Jerome McCarthy popularizou, em 1956, uma classificação conhecida como os quatro Ps: Produto, Preço, Praça (distribuição) e Promoção. Hoje, há quem defenda a presença de 10 Ps, a saber:

1. Produto
2. Preço
3. Promoção
4. Ponto

5. Pessoal
6. Pós-venda
7. Proteção (embasamento legal)
8. Provedores (fornecedores) e
9. Pesquisa mercadológica.

Independente do número de Ps ou de quaisquer outras letras, é importante que se leve em consideração todas as ferramentas que podem auxiliar no planejamento. De acordo com OTTONI (1995) esse composto de marketing deve apresentar uma dinâmica de ação equilibrada [...] quando um desses elementos falha, há prejuízo para o negócio, é fundamental um monitoramento constante do andamento e resultados destas quatro etapas no desenrolar de qualquer atividade com ou sem fins lucrativos.

A seguir será descrito os famosos 4Ps:

2.3.1.1 PRODUTOS E SERVIÇOS

Um **produto** é algo que pode ser oferecido a um mercado para satisfazer uma necessidade ou desejo. Os produtos comercializados incluem bens físicos, serviços, experiências, eventos, pessoas, lugares, propriedades, organizações, informações e idéias. (KOTLER, 2000).

Também se pode chamar o produto de oferta ou solução. O produto é constituído de 3 componentes: bem físico, serviço e idéia. Quando se compra um sanduíche, por exemplo, se está comprando um bem físico (o sanduíche propriamente dito), um serviço (a preparação e o lugar para comê-lo) e uma idéia (comida rápida, economia de tempo). Quando se compra um carro, o bem físico é o carro, o serviço (transporte) e a idéia (autonomia, individualidade, praticidade).

Segundo KOTLER (2000), **Serviço** é qualquer ato ou desempenho, essencialmente intangível, que uma parte pode oferecer a outra e que não resulta na

propriedade de nada. A execução de um serviço pode estar ou não ligada a um produto concreto.

Na verdade produtos e serviços têm a mesma finalidade, isto é, satisfazem um desejo ou necessidade dos consumidores, gerando satisfação e valor. No caso de serviços há fortemente demarcado, claro, o componente intangível. Assim, os serviços são experiências que geram valor, podendo ser maiores ou menores seus componentes tangíveis (COLEÇÃO GESTÃO EMPRESARIAL, 2002).

De acordo com KOTLER (2000), os produtos podem ser classificados em três grupos, de acordo com a durabilidade e a tangibilidade:

- 1) Bens não-duráveis: são bens tangíveis normalmente consumidos ou usados uma ou poucas vezes, como cerveja e sabão. Como esses bens são consumidos rapidamente e comprados com frequência, a estratégia apropriada é torná-los disponíveis em muitos locais, ter uma pequena margem de lucro no varejo e anunciar maciçamente para induzir à experimentação e ganhar preferência do consumidor.
- 2) Bens duráveis: são bens tangíveis normalmente usados durante um período de tempo, como geladeiras, ferramentas e vestuário. Os produtos duráveis normalmente exigem venda pessoal e serviços, trabalham com uma margem mais alta e requerem mais garantias por parte do fabricante.
- 3) Serviços: são produtos intangíveis, inseparáveis, variáveis e perecíveis. Como resultado, normalmente exigem mais controle de qualidade, credibilidade de fornecedor e adaptabilidade. São exemplos de serviços cortes de cabelo e serviços de reparo.

A entrega de serviços aos clientes é uma das principais ferramentas estratégicas para construir um relacionamento em longo prazo com os clientes. Os serviços estão ativamente ligados à relação que se tem com os clientes. Isso se deve ao fato de que a comunicação é um serviço prestado ao cliente e a sua natureza interativa passa a ser a base para a oferta contínua de valor superior. Os serviços são mais que desempenho, e o desafio de sustentar o vigor, o

compromisso, as habilidades e o conhecimento daquele que o desempenham, a qualquer tempo (LOVELOCK e WRIGHT, 2003).

COBRA (2000), afirma que o serviço é uma mercadoria comercializável isoladamente, ou seja, um produto intangível que não se apalpa, geralmente não se experimenta antes da compra, mas permitem satisfação que compensam o dinheiro gasto na realização de desejos e necessidades dos clientes. Para ele o serviço por não poder ser tocado, ou até mesmo armazenado, acaba se tornando uma lembrança. Este mesmo autor ainda descreve que serviços são "difíceis de ser identificados, quando são ao mesmo tempo comprados e consumidos". Esta comparação poderá ser feita se analisarmos uma panificadora que é um serviço, mas a comida é um produto, isso ocorre quando o serviço for uma união com o produto.

2.3.1.2 PREÇOS

A determinação do preço de um produto ou serviço nem sempre é uma tarefa simples. É preciso considerar que, quando bem posicionado, o preço de um produto ou serviço é fator primordial ao sucesso de um Plano de Marketing.

Com efeito, equívocos na condução do processo de formação de preços podem reduzir drasticamente o potencial de resultados de uma empresa, podendo até inviabilizá-la. E estes erros podem estar tanto no estabelecimento de um preço muito alto, como em um preço muito baixo para o produto ou serviço que a empresa está comercializando (COLEÇÃO GESTÃO EMPRESARIAL, 2002).

São grandes as diferenças de percepção de preço entre produto e serviço. Em primeiro lugar, em serviço existe uma incidência maior de custos fixos que de custos variáveis. Grande parte dos serviços, portanto, possui custos invisíveis para o cliente. Mas sem dúvida a grande diferença entre preços de produtos e serviços é aquilo que chamamos capacidade de comparação. Preços de produtos são mais comparáveis do que preços de serviços. Mais ainda: é possível guardar uma memória de preços em produtos, quando é difícil guardar uma memória de preços

em serviços. O preço em serviços sempre é variável e sempre dependente de uma série de questões.

• **Fatores determinantes do Preço (GOMES, 2005)**

Posicionamento: o preço pode determinar o posicionamento da sua empresa. Algumas empresas desejam passar uma imagem aos seus compradores de preços imbatíveis, outras trabalham um posicionamento de valorização dos produtos a partir de preços altos, levando em conta o status como ferramenta principal na aquisição dos produtos/serviços.

Objetivos: os preços também podem ser fixados a partir dos objetivos, como alcançar um determinado mercado de consumidores, enfrentar ou prevenir competição, maximizar o lucro e assegurar sua própria sobrevivência.

Definição de preços de novos produtos: a empresa pode fixar preços relativamente baixos para entrar no mercado em uma tentativa de obter uma fatia de mercado e expandir a demanda pelo seu produto. No entanto, para os consumidores, é difícil julgar a qualidade de alguns produtos e serviços quando não se pode testá-los antes da compra e, muitas vezes, os consumidores podem nivelar a qualidade do produto por baixo, devido ao preço. No caso de inovações, é possível definir preços em um nível mais alto e baixá-los gradativamente. Nesse caso, é necessário que o consumidor esteja disposto a pagar um preço alto e que a concorrência não possa entrar rapidamente com produtos similares.

Flexibilização de preços: preços diferentes para compradores diferentes. Os preços não são estáticos e podem ser flexibilizados pela prática de descontos e promoções: preços promocionais, preços por segmentos diferentes, preços por regiões geográficas, preços por sazonalidade, preços personalizados, descontos para pagamentos antecipados ou à vista, descontos por volume de compra, concessões para promoções de vendas.

2.3.1.3 PRAÇA/DISTRIBUIÇÃO

Praça diz respeito a como será a operacionalização do seu negócio, ou seja, como o produto será colocado à disposição do seu cliente. A localização e estrutura adequadas, canais de distribuição de seu produto ou serviço, relação com fornecedores serão determinantes para levar ao cliente o que ele necessita. O tipo do negócio determinará todos os aspectos relevantes a esse elemento (GOMES, 2005).

A complexidade das modernas economias de mercado exige, em grande número de casos, que o produto utilize algum tipo de intermediário, no processo de transferência de seus produtos ao mercado. Para que se caracterize a existência de um canal é importante que a propriedade ou o controle do produto ou serviço passe do fabricante, pelo canal, para o consumidor.

A distribuição é a atividade de marketing que representa o maior custo para muitos produtos. Entretanto a boa distribuição é essencial porque pode fazer grande diferença em como os consumidores são bem atendidos. Assim, possui grande impacto sobre o valor percebido das trocas entre o consumidor e uma empresa específica.

A distribuição de serviços implica, quase sempre, a distribuição de custos fixos. Distribuir serviços requer a disponibilidade dos mesmos no momento em que o cliente precisa, visto que serviços não são estocáveis. Além disso, distribuir serviços requer muitas vezes a distribuição da cultura do serviço, o que não é fácil de ser reproduzido. Ou seja, a decisão de distribuição de serviços é complexa, exige custos e planejamento apurados e costuma não ser uma distribuição pulverizada, mas concentrada. Distribuir um produto é o equivalente a vendê-lo, mas no setor de serviços é preciso primeiro construir uma estrutura para atender a uma possível demanda (COLEÇÃO GESTÃO EMPRESARIAL, 2002).

2.3.1.4 PROMOÇÃO/ COMUNICAÇÃO

A promoção tem a função de estimular a demanda relacionando serviços às necessidades e desejos de seus clientes. A informação que deve ser repassada deve basear-se nas necessidades de seus clientes e através dos corretos canais de comunicação. A chave do sucesso está em atrair e reter a atenção do consumidor (GOMES, 2005).

LAS CASAS (1997), promoção significa comunicação. O administrador de marketing deve se preocupar com as várias formas, que sejam eficientes, para informar aos consumidores a respeito dos seus produtos, serviços ou formação da própria imagem da empresa.

Segundo KOTLER (2000), “promoção” é o conjunto de ações que estarão incidindo sobre certo produto e/ou serviço, de forma a estimular a sua comercialização ou divulgação.

De acordo com KOTLER (1994) a promoção se divide em cinco itens:

Propaganda – forma de divulgar bens, idéias, ou serviços mediante pagamento, por um patrocinador identificado;

Publicidade – incentivo de promoção de idéias, bens ou serviços, gratuitamente;

Contato pessoal – apresentação oral com o propósito de realizar vendas ou formar uma atitude favorável à empresa;

Incentivos – valor acrescentado a uma oferta, como, uma amostra grátis ou brinde que acompanha um produto ou serviço, no intuito de encorajar reações manifestas de comportamento;

Atmosfera – forma de tornar agradável o local de consumo, criando efeitos cognitivos ou emocionais nos consumidores.

As atividades de promoção são necessárias para comunicar as características e os benefícios de um produto a seu mercado-alvo pretendido. O papel da propaganda, da promoção de vendas, da venda pessoal e das relações públicas (composto promocional) em uma estratégia de marketing específica variará, dependendo da natureza do produto. Varia também em função do estágio do

processo de compra do produto. Os elementos de comunicação de massa, como a propaganda e a publicidade, tendem a ser mais usados para estimular a conscientização e o interesse devido a sua eficiência por contato no mercado-alvo.

A promoção possui três objetivos:

- 1) Informar aos clientes potenciais a existência dos produtos e serviços e de suas vantagens;
- 2) Informar aos clientes potenciais onde e como obter esses serviços;
- 3) Lembrar aos clientes a existência dos produtos e serviços oferecidos.

Sem uma comunicação efetiva, os serviços oferecidos não alcançarão o público-alvo e os três objetivos acima não serão cumpridos.

As comunicações em serviços costumam ser pessoais e interativas, com o alto predomínio da indicação, do boca-a-boca e da venda pessoal. Mesmo nos casos de comunicação de massa, tem-se uma forte presença de pessoas, em testemunhais ou em situações de serviço, procurando demonstrar a promessa do serviço. Diz-se mesmo que a comunicação tem o papel de tangibilizar o serviço, o que pode ser feito de diversas formas. As comunicações do serviço sempre irão procurar remeter ao real do serviço, à situação do serviço, e dificilmente será possível associar imagens abstratas a um serviço. A forte presença das pessoas na comunicação deve então ser explorada para maximizar o boca-a-boca: seja por meio de campanhas de indicação, seja por meio da geração de notícias favoráveis ou até mesmo pela fidelização dos clientes como principal função do marketing numa empresa de serviços. (COLEÇÃO GESTÃO EMPRESARIAL, 2002).

MULLER&FORTES (1996) salientam que o descuido com a comunicação pode levar à não utilização dos serviços colocados à disposição dos usuários pelo desconhecimento dos principais interessados.

2.3.2 UTILIZAÇÃO DA INTERNET

PORTER (1990) ressalta que as empresas podem alcançar vantagem competitiva por meio de ações de inovação. Algumas empresas inovadoras criam vantagem competitiva por perceberem uma oportunidade de mercado inteiramente

nova ou por atenderem a um segmento de mercado que os concorrentes ignoram. Quando os concorrentes demoram a responder, tais inovações dão margem à vantagem competitiva. A única maneira de sustentar uma vantagem competitiva é atualizá-la, mudar para produtos mais sofisticados que gerem mais valor para o cliente ou inovar nos processos, que criam novos produtos/serviços. Esse é o caso da utilização de Realidade Virtual, que possibilita novas formas de prestar o serviço. Desta forma, a capacidade de inovar pode ser entendida como um dos determinantes de sucesso para as empresas em todo o mundo, pois, quando a inovação cessa, a empresa torna-se estagnada e em pouco tempo seus concorrentes irão ultrapassá-la.

Estamos no limite de uma revolução tão profunda quanto a que deu origem à indústria moderna. Trata-se da revolução digital, da revolução da informação. Uma das responsáveis por esta alteração é a Internet, que possibilita empresas e pessoas ultrapassarem limites de atuação física. A adoção da Internet como solução para o desenvolvimento de negócios tem estado entre as principais preocupações de empresas que desejam explorar novas tecnologias. Na rede, as oportunidades para a condução de negócios aumentam substancialmente, provocando a necessidade das empresas acompanharem as alterações em seu ambiente de negócios, atuando de forma a obter vantagem competitiva. A disponibilização de serviços via Internet pode influenciar o resultado da eficiência do sistema de serviços uma vez que o site possibilita um contato a qualquer momento entre a empresa prestadora e o consumidor do serviço (JANISSEK, 2000).

Pelo fato da Internet apresentar diferentes tipos de oportunidades, é importante perceber as oportunidades oferecidas para as empresas. Entre estas, podemos citar a possibilidade de estabelecer canal direto com o cliente, evitar intermediários em processos de negócios, desenvolver e entregar produtos e serviços, distribuir informação, divulgar a empresa e usar a Internet para obter vantagem competitiva no canal eletrônico, controlando acesso a clientes e determinando novas regras neste cenário.

A atuação na Internet pode ser vista como um negócio paralelo que pode servir, entre outras coisas, para incrementar a atividade principal da organização. Neste sentido, a definição de negócios na rede deve passar pela identificação de

pontos estratégicos, que serão fortemente influenciados pela cadeia de valores de uma organização. Segundo PORTER (1990), a cadeia de valor de uma empresa e o modo como ela executa suas atividades individuais são um reflexo de sua estratégia, do método de implementação de sua estratégia e da economia básica das próprias atividades. A Internet nesse contexto pode influenciar os negócios através de várias formas, onde estes podem ser realizados de forma completa ou parcial por meio da aplicação intensa das tecnologias de comunicação e informação (ALBERTIN, 1999). De fato, a Internet permite criar um canal que se refere a uma série de processos que as empresas devem completar de modo a fazer fluir produtos e serviços até o mercado, o que inclui logística, produção, marketing, comunicação e vendas JANISSEK (2000).

De acordo com GREENSTEIN (2000), é possível aplicar processos de venda e marketing diretamente na Internet, incrementando valor ao produto, serviço ou informação fornecidos, bem como estabelecer relações diretas com o cliente através do atendimento personalizado, promoções, possibilidades de localização e comercialização de produtos, serviços ou informações, independentemente de distância ou canal intermediário, tendo os sistemas de informações como ferramentas auxiliares nesse processo.

3 DESCRIÇÃO DA PROPOSTA

Em 2003, um sombrio painel em termos de mortalidade infantil foi desenhado por especialistas na área: mais de 10 milhões de crianças menores de cinco anos estavam morrendo a cada ano, quase todas elas em países pobres ou em áreas pobres de países mais desenvolvidos, sendo que 90% destas mortes ocorriam em 42 países por um pequeno rol de causas que incluía: diarreia, pneumonia, sarampo, malária, HIV/AIDS e mortes neonatais. Nos dois anos seguintes a estes estudos, estratégias para prevenir a morte de crianças foram implementadas em nível global, nacional e de pesquisa, mas um importante lapso de informações e de ações permanece no que se refere às primeiras quatro semanas de vida, ou seja, o período neonatal. Estima-se que quatro milhões de recém-nascidos faleçam a cada ano no mundo, perfazendo 36% dos óbitos de crianças com menos de cinco anos². De modo global, as principais causas destes óbitos no período neonatal são: parto prematuro (28%), infecções graves (26%) e asfixia perinatal (23%). O baixo peso é uma causa indireta importante de morte de recém-nascidos. De acordo com tais observações, 250 recém-nascidos morrem a cada hora no mundo, em sua maioria devido a causas passíveis de prevenção (REVISTA BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2005)

A necessidade de se ter um Programa de Gerenciamento e Educação Perinatal tem importância equivalente tanto em países em desenvolvimento como também para aqueles onde os problemas clínicos da gestação são menos evidentes. De uma maneira ou outra, a maioria dos países, desenvolvem algum programa de educação perinatal para as futuras mães com o objetivo de reduzir os níveis de prematuridade ou partos com baixo peso.

Sabe-se que, com o constante aumento nos custos de programas de assistência médica, tanto públicos como privados, tais medidas passam a crescer em importância a cada dia. Dados estatísticos recentes da área médica apontam que os custos para se manter uma criança nascida prematuramente dentro de uma unidade de UTI poderão chegar a mais de U\$3.000,00 (três mil dólares) ao dia nos Estados Unidos. Custos similares, embora mais baixos no Brasil, ultrapassam a casa

dos U\$1.000,00 (mil dólares) diários e demonstram tendência contínua de crescimento.

O mesmo nível de preocupação existe entre a equipe de saúde, autoridades governamentais, empresas de saúde particulares, executivos da área além das próprias gestantes. Apesar de programas educacionais intensivos desenvolvidos pelo governo e que melhoraram o nível de conhecimento sobre a necessidade de cuidados preventivos, a maioria das gestantes ainda carecem de atenção e orientação profissional adequados. Os índices de mortalidade neonatal ainda se encontram em níveis bastante elevados e requerem todos os esforços possíveis para buscar sua redução a níveis de países desenvolvidos. O Centro Norte Americano para Estatísticas de Saúde indica que a taxa de mortalidade infantil para nascidos até 7 dias no ano de 1999 foi de 7,2/1000 nascidos enquanto no Brasil este nível atingiu 17,6/1000 de acordo com o Ministério da Saúde. As duas causas mais notórias de mortalidade continuam sendo defeitos congênitos e nascimento com baixo peso. É sabido, todavia, que cuidados preventivos adequados podem ajudar na melhoria deste quadro estatístico.

Comparativo de taxa de mortalidade neonatal

(Mortes por 1000 nascidos vivos)

País	Acima de 7 dias	Acima de 28 dias
BRASIL	17,6	22,1
USA	7,8	9,6

IBGE - BR/NCHS – USA – 1996

Dados estatísticos sobre assistência perinatal no Brasil ainda são bastante incipientes, porém sabe-se que, de acordo com dados do governo brasileiro (IBGE, 1996), do total de gestantes, que somam aproximadamente 3.200.000 ao ano, 63% recebem atenção médica de 01 a 03 vezes durante a gestação ao passo que apenas 42% recebem assistência durante todo o período de gravidez.

A questão da melhoria na assistência perinatal tem sido foco de atenção de todos os níveis de governo no Brasil. Os números a seguir demonstram um significativo aumento no número de visitas de gestantes aos postos públicos de

atendimento médico durante o período de gestação. O quadro abaixo demonstra o número de visitas realizadas pelas gestantes brasileiras a um médico do Sistema Público de Saúde durante o período de gravidez entre 1994 e 1997:

SUS – Gestantes – Número de consultas

ANO	Número de Consultas	Crescimento (%)
1994	1.8 milhões	-
1995	2.8 milhões	56%
1996	3.5 milhões	24%
1997	4.2 milhões	22%

Fonte: DATASUS/SE/MS - 1998

Estes resultados também demonstram um aumento geral de 16% na assistência às gestantes na última década. Em 1996 um total de 66% recebiam atendimento médico durante os primeiros dois meses de gravidez enquanto apenas 8% recebiam atendimento médico durante todo o período de gestação.

É sabido também que, nos últimos cinco anos, 91,5% dos partos eram realizados em hospitais enquanto 32% destes eram constituídos por cesarianas, o que por si mesmo já se constitui em um risco. Os números a seguir mostram as estatísticas do Governo Federal indicando a evolução no número de partos assistidos pelos Sistemas Públicos de Saúde mostrando a sua evolução entre os anos de 1994 e 1997:

Assistência obstétrica pública – Número de partos

ANO	PARTOS TOTAIS (x 1.000)	PARTO NORMAL (x 1.000)	CESARIANAS (x 1.000)
1994	2,853	1,928	925
1995	2,822	1,906	916
1996	2,743	1,858	885
1997	2,286	1,553	733

Fonte: DATASUS/MS - 1998

São desconhecidos os dados de gastos diretos em procedimentos médicos obstétricos incorridos durante a gestação pelos Planos de Saúde Privados. Todavia sabe-se que os gastos do Governo Federal estão caindo significativamente nos últimos anos. Estes gastos gerais atingiram U\$459 milhões em 1995 e U\$357 milhões em 1997 representando uma queda de 22% no período.

Assistência obstétrica pública – Gastos totais por ano

ANO	Número de Procedimentos (X 1,000)	Despesas totais (Em U\$ MM)	Despesas com partos normais (Em U\$ MM)	Despesas com cesáreas (Em U\$ MM)
1994*	2,853	434	242	192
1995	2,822	459	255	204
1996	2,743	422	235	187
1997	2,286	358	202	156

Fonte: DATASUS//MS – (- 1994 – Referente ao 2º semestre apenas) - 1998*

O nascimento de prematuros também causa problemas estruturais nas UTI's dos hospitais dada a excessiva demanda. Parte significativa dos hospitais é incapaz de providenciar assistência adequada devido a limitação de infra-estrutura, espaço ou orçamento.

Existe no Brasil uma crescente necessidade para assistência especializada e métodos de educação às gestantes, que esteja disponível 24 horas por dia e que possa providenciar informações adequadas sobre as informações fisiológicas que ocorrem durante o período de gravidez, a evolução do feto, a identificação dos riscos aos quais a gestante está exposta e o seu monitoramento para minimizar tais riscos.

• **Perfil econômico e social**

Os indicadores econômicos e sociais da população que podem ser considerados como sendo relevantes ao projeto encontram-se no quadro abaixo. Os mesmos demonstram a importância ao governo de ter um programa abrangente de atendimento a gestantes que seja eficiente e de baixo custo.

INDICADORES						
Número de Domicílios	Total		Urbano		Rural	
		41.839.703	33.993.829	81%	7.845.874	19%
NIVEIS DE RECEITA	Até U\$144	De U\$145 a U\$385	Acima de U\$385	Sem renda ou não declarada		
Receita mensal por domicílio	26%	32%	38%	4%		
Mulheres no Trabalho	47%	21%	11%	21%		
Tipos de Atividade						
- Agricultura	17%	1%	0%	82%		
- Indústria	48%	33%	12%	7%		
- Comércio	46%	30%	10%	14%		
- Serviços	76%	16%	3%	5%		

Fonte: IBGE - 1996

A grande maioria da população ainda depende de planos públicos de saúde. Todavia, a maioria dos trabalhadores empregados por empresas estruturadas em áreas urbanas possuem ou tenderão a ter a assistência de planos privados no futuro. Os diferentes pacotes apresentados irão atender as necessidades econômicas de cada segmento, público ou privado.

• Público-Alvo

Para se manter o presente projeto focado nas possibilidades reais de se atingir o público alvo através da tecnologia proposta, considerou-se como segmento viável apenas a população urbana e mulheres na faixa etária entre 15 e 44 anos.

O quadro abaixo indica os sub-segmentos da população de mulheres em relação a taxa de fecundidade e diferentes níveis de renda familiar.

População alvo

FAIXA ETÁRIA	TOTAL	TAXA DE FECUNDIDADE	POTENCIAL ANUAL EM RELAÇÃO A FAIXAS DE RENDA (Salário Mínimo)			
			01 A 05	05 A 10	10 A 20	+ DE 20
	38.885.491		1.703.909	770.031	442.183	274.206
- 15 a 19	8.334.314	0,0853	364.725	164.827	94.650	58.694
- 20 a 24	7.268.133	0,1525	568.642	256.981	147.569	91.510
- 25 a 29	6.599.725	0,1189	402.582	181.935	104.474	64.786
- 30 a 34	6.361.416	0,0724	236.286	106.783	61.319	38.025
- 35 a 39	5.592.389	0,0349	100.131	45.251	25.985	16.114
- 40 a 44	4.729.514	0,013	31.543	14.255	8.186	5.076

Fonte: IBGE - 1996

Gestantes do Sistema Público de Saúde: Este grupo compreende a grande maioria da população de gestantes no Brasil. De um total de 3,2 milhões de gestantes por ano, 71% são assistidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os produtos dirigidos a este segmento são o *Screening* e o material educacional. A Tococardiografia terá aplicação limitada dado o seu alto custo de implantação e que poderá não ser aceito pelos órgãos do governo dada a inviabilidade econômica, sendo desconsiderado nas análises econômicas. Este projeto prevê que o potencial total será de 80% de toda a população a ser atendida pelo SUS; e que haverá limitações como localização, tecnologia disponível ou mesmo pessoal capacitado que irá impedir o alcance de 100% da população potencial.

Gestantes assistidas por Planos Privados de Saúde: Este segmento cresce consistentemente apesar das recentes medidas governamentais que regulamentam o setor. O sistema é representado por diferentes tipos de organizações:

Número de empresas privadas de saúde

TIPO DE EMPRESA	NÚMERO DE EMPRESAS
Empresas de seguro de grupo	740
Cooperativas de saúde	360
Planos de Auto-Gestão	300
Empresas de seguro de saúde	40

Fonte: ABRAMGE – 2.000

O Programa de Gerenciamento e Educação Perinatal prevê a implantação gradativa do Sistema dando prioridade às localidades que disponham de recursos técnicos para o seu pleno funcionamento. Poderão existir algumas barreiras Econômicas, Tecnológicas ou de natureza pessoal que possam impedir que regiões remotas sejam atendidas na fase inicial de funcionamento. Por outro lado, está previsto a aplicação deste Programa a qualquer município com mais de 30.000 habitantes o que representa mais de 80% da população prevista. Para efeitos de planejamento este projeto considera apenas a população urbana como passível de qualificação apesar de que algumas áreas rurais possam também se beneficiar do mesmo.

3.1 PRODUTOS E SERVIÇOS

O Programa será composto por um grupo de produtos destinados a atender a futuras mães de vários segmentos sociais da população brasileira. Estes produtos serão desenvolvidos de maneira que se possa atender a organizações de saúde,

hospitais e médicos auxiliando-os a combater os desafios da prematuridade através da identificação daquelas gestantes que apresentam tais riscos e providenciar cuidados eficientes e a custo compatível.

O Sistema será composto de:

- Uma ferramenta de *Screening* clinicamente desenvolvida que se utiliza de processos de computação com suporte via Internet e que identifica gestantes que apresentam riscos de parto prematuro, parto de bebê de baixo peso além de outras condições médicas e comportamentais que possam afetar os resultados da gravidez. Cada uma das mulheres do grupo de risco será cadastrada e monitorada observando-se vários fatores como histórico de prematuridade, diabetes, hipertensão, alcoolismo, fumo, etc., que possam afetar adversamente sua gestação.
- Identificação do fator de risco para cada gestação emitindo-se um relatório ao médico e à paciente.
- Materiais educacionais para cada uma das gestantes orientando-a sobre medidas para manter boa saúde e alertando quanto a sintomas que possam indicar prematuridade.
- Material educativo complementar atendendo as necessidades específicas de cada paciente de risco.
- Serviços de intervenção para as gestações de risco de prematuridade ou outras condições médicas e comportamentais que tenham impacto nos resultados da gravidez.
- Ampla base de dados automatizada para dar suporte ao desenvolvimento de outros serviços.

Este programa será ofertado em diferentes formatos a diferentes segmentos de mercado de maneira a maximizar o seu potencial e permitir o acesso da mais ampla gama de gestantes possível. A transmissão de todos os pacotes de informação se dará via Internet o que facilitará o acesso aos interessados sem qualquer dificuldade.

Screening

É um processo de avaliação e seleção computadorizado, utilizando-se da Internet como base de comunicação, que determina o risco de parto prematuro, de baixo peso e/ou outros fatores clínicos que podem afetar a gestação.

As gestantes prestarão informações detalhadas e abrangentes sobre a sua gestação. O sistema analisará os dados obtidos das informações e gera um relatório identificando classes de risco que será eletronicamente encaminhado ao médico. O sistema poderá ser acessado tanto pelo médico, pela paciente ou outras entidades de saúde com resultados gerados em tempo real. O acesso somente será dado aos membros cadastrados mediante senha específica.

O público alvo estaria dirigido para as gestantes diretamente conectadas ao sistema via Internet e que contam com assistência médica; organizações públicas de saúde e as empresas privadas de saúde; hospitais e médicos credenciados.

Material educacional

É um kit educacional dirigido à futura mãe composto de apostilas de orientação básica, catálogos para orientação especial (gêmeos, gestação tardia, hipertensão durante a gestação, diabetes e cuidados especiais para adolescentes),

O programa enfoca a educação remota para o casal de maneira a prover auto educação e orientação especial durante o período de gravidez. O material educacional está sempre intimamente ligado ao processo de *Screening* independente de ser a gestante de risco ou não. Todo o material impresso será enviado à gestante sem custo obedecendo cronograma lógico previamente estabelecido. Os catálogos de orientação especial serão encaminhados especificamente a aquelas que efetivamente requeiram cuidados especiais por apresentar situação de risco.

O material educacional básico será enviado a todas as gestantes cadastradas no programa e que passaram pelo processo de *Screening*.

Os catálogos de orientação especial serão enviados a gestantes identificadas como sendo de algum tipo de fator de risco que exige atenção especial e cuidados preventivos.

Centro de atendimento

São serviços de suporte aos clientes (médicos, planos de saúde, organizações médicas, etc) suportado por moderno *Call Center*.

O centro de atendimento aos clientes fornecerá informações especializadas às gestantes, médicos, hospitais, e entidades governamentais conectadas ao Programa de Gerenciamento e Educação Perinatal. Especialistas qualificados irão fornecer todas as informações críticas sobre o Programa e orientação sobre os sistemas de *Screening* e Tococardiografia.

O público alvo seriam todos os participantes do Programa de Gerenciamento e Educação Perinatal.

Tococardiografia remota

É uma tecnologia de monitoramento remoto das gestantes classificadas como sendo de alto risco.

As gestantes de alto risco requerem um acompanhamento específico e contínuo. A Tococardiografia permite que as mesmas sejam monitoradas no seu domicílio através do uso de equipamento eletrônico que, conectado a Internet, permite a transmissão automática a uma central de processamento, de informações críticas sobre o estado físico da paciente e do bebê. Após o processamento e análise e interpretação clínica dos dados por parte de especialistas, esta informação e sua interpretação é enviada ao médico da paciente, fornecendo informações críticas sobre batimento cardíaco do bebê, contração uterina, movimentação do feto entre outras.

O alvo seria atingir todas as gestantes conectadas a Internet, as maternidades e médicos.

3.1.1 BANCO DE DADOS

O cadastro de clientes (banco de dados) contribui para conhecer melhor seu cliente e permitir ações cada vez mais segmentadas para um mesmo público ou públicos distintos (GOMES, 2005).

O banco de dados do Programa, trata-se de pacote abrangente de informações geradas a partir dos dados obtidos no processo de *Screening*.

As informações coletadas a partir do processo de *Screening* irá gerar uma ampla base de informações sobre a gestante durante o período em que estiver exposta ao programa. Este pacote de informações será processado de maneira a permitir que cientistas, especialistas do governo, empresas e organizações não governamentais tenham acesso a informações sobre a situação médica das gestantes brasileiras. O processo prevê que apenas serão colocadas a disposição informações que não venham a ferir a postura ética exigida.

O público alvo seriam as instituições do governo, as entidades médicas, os médicos, cientistas, as indústrias e as ONGs.

3.2 PRAÇA/DISTRIBUIÇÃO

O mercado está sendo segmentado em cinco grupos distintos compostos de mulheres assistidas pelo Sistema Público de Saúde, planos privados de saúde, assistência particular, hospitais obstétricos e clínicas. Dois segmentos adicionais serão gerados a partir dos primeiros como serviços via Internet e serviços de banco de dados.

Estes produtos serão ofertados ao mercado em pacotes diferenciados com características específicas destinadas a atender a cada um dos seguintes segmentos:

Pacote "A": Destinado às gestantes que contratam os Serviços de Gerenciamento e Educação Perinatal diretamente através da Internet e que serão assistidas e apoiadas através do centro de atendimento durante 24 horas ao dia. Esta gestante também terá acesso direto ao processo de *Screening* recebendo todos os materiais educativos pela própria Internet.

Pacote "B": Será dirigido às gestantes participantes do programa do SUS e a aquelas participantes de planos de saúde de Auto Gestão. Este grupo será assistido por especialistas ligados aos órgãos de saúde do governo ou planos de Auto Gestão durante o processo de *Screening* e receberão dos mesmos todo o material educacional e acompanhamento médico necessário. Todas as ações serão supervisionadas diretamente por uma auditoria contratada. Todo o atendimento ao cliente será dado através do sistema de atendimento da própria organização contratante.

Pacote "C": É destinado às gestantes cobertas por planos de Saúde Privados. O conceito genérico é o mesmo descrito no Pacote "B" mas será administrado por um centro de atendimento há ser contratado.

O serviço será prestado ao público alvo através de duas maneiras:

Acesso direto: Poderá ser feito diretamente por médicos, enfermeiras ou pelas próprias gestantes através de Portal da Internet seguindo-se procedimentos simples e de fácil entendimento.

Acesso indireto: Destinado a atender usuários não internautas ou gestantes assistidas por programas públicos de saúde. Toda a assistência nos acessos será feita através de médicos, enfermeiras obstetras especializadas ou através do acesso a *Call Center* especializado.

Basicamente três segmentos de mercado que representarão a grande maioria das futuras mães brasileiras:

Programas de saúde do governo: estes programas atenderão a grande maioria das mães que estejam localizadas em regiões que não apresentem limitação para introdução da tecnologia.

Planos privados de saúde: compostos por famílias de classe média beneficiados por Planos Empresariais, de Auto-Gestão ou gerados por Associações de classe ou Sindicatos.

Assistência médica particular: formado por famílias de classe alta e que representa o grupo que representa maior facilidade de acesso do sistema mas que representa o menor segmento.

3.3 PREÇOS

Os produtos descritos serão levados ao mercado a um nível de preços competitivos com qualquer atividade ou processo conhecido de monitoramento que tenham como objetivo a redução de riscos de partos prematuros ou de baixo peso.

A estrutura de preços sendo considerada no presente plano é a seguinte:

PRODUTO	PACOTE A	PACOTE B	PACOTE C	TOCOCA RADIOGRA FIA	SERVIÇOS VIA INTERNET	BANCO DE DADOS
Plano de saúde privado		\$40.00	\$54.00	\$4,700.00		
Plano via SUS		\$20.00		\$4,700.00		
Serviços via Internet	\$57.00			\$4,700.00		
Hospitais obstétricos				\$4,700.00		
Clínicas obstétricas				\$4,700.00		
Empresas (por banner)					\$1,430.00	

Empresas – Comissões sobre vendas						Não considerada
Empresas – por relatório						\$5,700.00
ONGs (por relatório)						\$5,700.00
Portais de Internet (por banner)					\$1,430.00	

Todos os valores em U\$ Dólares

3.4 PROMOÇÃO/COMUNICAÇÃO

Durante a fase introdutória os serviços serão divulgados mediante programa agressivo de comunicação direcionada especificamente a formadores de opinião da comunidade médica. As ações serão as seguintes:

Promover os sistema através de Workshops técnicos e científicos e seminários, direcionados a obstetras, ginecologistas e pediatras; promover o sistema entre autoridades de saúde pública do governo (Federal, Estadual e Municipal) enfatizando os benefícios e valores de cuidados preventivos para prevenção de prematuridade e nascimentos de baixo peso; promover o sistema entre as empresas privadas de saúde demonstrando os valores e o potencial de redução de custos do programa; estabelecer um Programa Piloto para demonstrar o sistema de *Screening* e a Tococardiografia remota juntamente com o processo educacional que será dirigido à gestante; estar presente em revistas médicas e científicas com artigos que detalham o sistema além de propaganda dirigida apontando as vantagens do mesmo às mães, à comunidade médica e planos de saúde; envolver organizações internacionais de saúde na disseminação do sistema e seus valores.

3.5 PREMISSAS

Introdução no mercado: O sistema estará disponível ao mercado de acordo com o seguinte cronograma previsto a partir de sua implantação:

Mês 01: Site da Internet estará no ar para consultas e conhecimento do produto. A partir deste momento também estará disponível para o propósito de propaganda.

Mês 03: Pacote “A” estará disponível na Internet.

Mês 06: Pacote “B” e “C” estarão disponíveis para o público coberto por plano privado de saúde.

Mês 13: Tococardiografia remota estará disponível ao público internauta, planos privados de saúde, hospitais e clínicas obstétricas e médicos em geral.

Mês 18: O banco de dados passará a estar disponível para consulta com um pacote completo de dados relativos ao primeiro grupo de gestantes.

Mês 25: Pacote “B” estará disponível ao Sistema Público de Saúde. O longo processo de introdução a este segmento prevê a provável necessidade de se desenvolver e treinar as pessoas envolvidas bem como permitir que se estabeleça a estrutura necessária de hardware.

Todas as expectativas de crescimento foram construídas sob um prisma considerado conservador. O cenário mais realista é apresentado neste documento assume que apenas parte do potencial total será atingido dentro do período de 10 anos. Todas as projeções sobre populações, índices de crescimento no mercado e taxas de incremento em custos situam-se dentro dos padrões projetados por instituições oficiais.

Os quadros a seguir demonstram os potenciais de mercado e os padrões esperados de crescimento do negócio:

A) Potencial de Mercado

SEGMENTO ALVO	POPULAÇÃO TOTAL	POTENCIAL A ATINGIR	POPULAÇÃO A ATINGIR
<i>Gestantes de planos privados de saúde</i>	940.234	40%	376.094
<i>Gestantes atendidas por planos públicos de saúde</i>	2.242.931	80%	1.794.345
<i>Gestantes internautas</i>	7.164	20%	1.433
<i>Hospitais obstétricos</i>	194	20%	39
<i>Clínicas obstétricas</i>	1.500	20%	300
<i>Empresas da indústria de produtos pediátricos</i>	1.100	10%	110
<i>ONGS</i>	160	10%	16
<i>Portais da Internet ligados à saúde da mulher</i>	100	10%	10

Definições:

- População total: Número de pessoas ou entidades que são potenciais clientes;
- Potencial a atingir: Este número indica a expectativa do percentual de mercado que pode ser atingido levando-se em consideração fatores como tecnologia, concorrência, custo ou outros fatores de mercado que possam influir negativamente o crescimento do serviço.
- População a atingir: Número total de pessoas ou entidades que serão efetivamente atendidas.

4 PLANO DE MARKETING

O plano de Marketing é uma peça destinada a resumir a avaliação da situação atual de marketing, no plano interno e externo da empresa e projetar ações futuras, visando o seu desenvolvimento.

4.1 SITUAÇÃO MACROAMBIENTAL

Além da evidente importância das condições socioeconômicas para a saúde materno-infantil, inúmeros estudos têm demonstrado que o acesso aos serviços de saúde e a qualidade da assistência também têm influência na evolução favorável de indicadores de saúde infantil, mesmo em situações de crise econômica, de taxas elevadas de desemprego e de condições inadequadas de moradia. No Brasil, muito tem sido feito no sentido de ampliar a oferta de cuidados de saúde para mães e recém-nascidos, mas ainda persistem situações de insuficiência e baixa qualidade dos serviços e de desigualdade social no acesso.

Apesar dos avanços tecnológicos nas últimas décadas, a mortalidade neonatal é responsável por mais de 2/3 dos óbitos infantis. A maioria dos óbitos é evitável, principalmente, por adequada atenção na gravidez. Vários estudos destacam fatores de risco relacionados aos óbitos neonatais, como a não realização de pré-natal, mães adolescentes, prematuridade e baixo peso ao nascer. O conhecimento de algumas variáveis maternas e perinatais pode auxiliar no diagnóstico para o combate à mortalidade neonatal, principalmente em relação às mortes que podem ser evitadas com mudanças de condutas assistenciais maternas no pré-natal, durante o parto ou no período neonatal com o aprimoramento dos recursos humanos e tecnológicos.

4.2 SITUAÇÃO DO PRODUTO

O produto trata-se de um programa de gerenciamento perinatal, com capacidade de avaliar, selecionar, monitorar e treinar as gestantes, identificando riscos decorrentes da gravidez, assim como outras condições médicas ou comportamentais que possam afetar a gestação e seu resultado.

4.3 SITUAÇÃO COMPETITIVA

Não existe tecnologia similar na América Latina até o presente momento tornando-a uma novidade que deverá atrair o suporte da equipe de saúde, gestantes e lideranças do setor de saúde do governo.

4.4 SITUAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO

O produto será oferecido em pacotes diferenciados e será colocado à disposição das gestantes através das entidades públicas (Sistema Único de Saúde - SUS) e privadas (planos e convênios de saúde e também pela assistência médica particular).

4.5 ANÁLISE DE OPORTUNIDADES/AMEAÇAS

Oportunidades Identificadas

- Expansão e melhoria das ações básicas de saúde;
- A prática da medicina preventiva e melhorias em infra-estrutura básica;
- Importância das causas perinatais nos óbitos infantis;

- Aumento de gestações múltiplas (através de medicações indutoras de ovulação e técnicas de reprodução assistida) originando recém-nascidos pré-termo ou com baixo peso;
- Ampliação do acesso à internet;
- Inexistência de um programa de gerenciamento perinatal semelhante;
- Reconhecimento das necessidades;
- Transferência do conhecimento/tecnologia
- Parcerias com instituições de saúde

Ameaças/Risco do Negócio

- Possibilidade de surgimento de instituições concorrentes no mercado;
- Lançamento de produtos substitutivos no Mercado;
- Apenas uma modalidade específica de produto/serviço;
- Falência do setor privado;
- Limitações/ restrições do governo ao atendimento convênio/particular;
- Dependência de indicação médica;
- Não adoção da tecnologia pelos planos de saúde, tanto públicos como privados como também pela equipe de saúde relacionada ao objeto do sistema

4.6 ANÁLISE FORÇAS/FRAQUEZAS

Forças

- Modelo inovador / produto novo
- Material didático e método próprio e personalizado do Programa
- Acessibilidade direta ao cliente em suas próprias instalações

Fraquezas

- Não conhecimento do Programa por parte do mercado
- Custo inicial alto para divulgação
- Necessidade de um alto grau de credibilidade durante a fase inicial do serviço

4.7 OBJETIVOS FINANCEIROS

PLANOS FINANCEIROS

Os resultados consolidados do presente projeto indicam uma receita total superior a U\$ 50.0 milhões ao ano com lucro líquido de 27% ao se atingir a maturidade. O valor presente líquido projeta U\$ 57.0 milhões a uma taxa média de descontos para o período de 15% por ano.

Todos os números apresentados em US Dólares X 1,000.

ANO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
RECEITA TOTAL	545	4.355	13.692	30.721	37.088	42.245	46.920	51.982	57.085	62.038
CUSTOS FIXOS	450	657	1.882	1.608	1.686	1.769	1.855	1.945	2.040	2.140
CUSTOS VARIÁVEIS	644	2.991	8.332	17.515	21.101	23.952	26.668	29.522	32.433	35.182
CONTRIB. VARIÁVEL (%)	-18%	31%	39%	43%	43%	43%	43%	43%	43%	43%
MARGEM OPERACIONAL	(550)	707	3.478	11.598	14.300	16.524	18.397	20.515	22.612	24.716
MARGEM OPER. (%)	-101%	16%	25%	38%	39%	39%	39%	39%	40%	40%
INVESTIM. TOTAL	171	1.303	3.580	1.711	1.136	1.186	1.226	1.263	1.308	1.349
FLUXO DE CAIXA	(721)	(596)	(102)	9.887	13.164	15.338	17.171	19.253	21.304	23.368
DEPRECIAÇÃO	34	254	665	209	185	200	205	211	219	226
LUCRO BRUTO	(584)	453	2.812	11.389	14.115	16.324	18.192	20.304	22.393	24.490
IMPOSTOS	(146)	113	703	2.847	3.529	4.081	4.548	5.076	5.598	6.123
LUCRO LÍQUIDO	0	340	2.109	8.542	10.586	12.243	13.644	15.228	16.795	18.368

No segmento financeiro do presente documento se encontra uma análise de longo prazo do empreendimento (plano de 10 anos). Esta análise assume uma série de variáveis que tem influência direta nos resultados do projeto. As variáveis mais importantes e respectivas premissas estão listadas abaixo:

- a) *Taxa anual de crescimento populacional*: 1,8% por ano.
- b) *Índice de crescimento do Market Share*: Apesar de variar de produto a produto e entre os segmentos, a empresa assume que haverá crescimento intenso nos primeiros anos e que se estabilizará após o terceiro ao quinto ano. A partir deste ponto estima-se que o crescimento manterá um ritmo similar a economia do país e que não será inferior a 2% por ano.
- c) *Preços*: Para se manter uma posição conservadora, todos os preços serão mantidos constantes durante os 10 anos da análise considerada no plano.
- d) *Custos variáveis diretos*: São considerados como constantes durante os três primeiros anos e crescendo a uma taxa de 3% ao ano durante os anos subseqüentes.
- e) *Custos Fixos – Salários*: Se manterão constantes durante os três primeiros anos e crescem a uma taxa de 5% durante o quarto e quinto ano e baixam para um nível constante de 3% após o sétimo ano.
- f) *Estrutura de suporte*: Custo cresce a 3% por ano.
- g) *Impostos e taxas*: Crescerão em índice superior a taxa de crescimento do país alcançando 5% por ano.
- h) *Investimentos*: Crescerá no mesmo ritmo do crescimento da adoção da tecnologia de Tococardiografia.

- i) *Taxa de desconto anual e Perpetuidade:* Para os cálculos de valor presente líquido o plano assume uma taxa de 15% por ano e uma perpetuidade de três vezes o lucro líquido obtido no ano 10.

4.8 OBJETIVOS DE MARKETING

Transformar o Sistema de Gerenciamento e Educação Perinatal em uma ferramenta reconhecida na prevenção e redução de partos prematuros e de baixo peso, atingindo uma redução de 40% de prematuros e 25% de nascidos com baixo peso até o final do terceiro ano após a introdução no mercado, e assim, fazer com que o serviço seja conhecido ao final do quinto ano por 100% dos especialistas brasileiros como obstetras, ginecologistas, pediatras e médicos em geral, tendo um mínimo de 60% dos mesmos adotando a tecnologia como ferramenta normal de trabalho. Com a meta de atingir um grupo de 850.000 gestantes por ano assistidas pelo sistema em parceria com os Serviços Públicos de Saúde e 50.000 por ano assistidas por empresas privadas de saúde e médicos independentes ao final do quinto ano.

5 RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas últimas décadas, tem-se constatado avanços técnico-científicos importantes nas áreas da obstetrícia e da neonatologia. No entanto, o que se verificava na prática é um grande número de partos prematuros e de recém-nascidos de baixo peso.

Considerando que a maior porcentagem de óbitos está relacionada com eventos que levam à prematuridade e ao baixo peso, a adequada assistência pré-natal tem papel fundamental para redução desses índices, garantindo às gestantes a realização de pré-natal, não só preocupando-se com a freqüência das consultas, mas também com a qualidade da atenção, incluindo treinamento da equipe, instituição de protocolos clínicos, utilização correta de critérios de gestação de risco e a garantia de referência para atendimento especializado quando da identificação de alto risco.

Os processos de *Screening* atualmente adotados por médicos e cientistas são limitados a uma rotina de perguntas que identificam potenciais riscos mas que normalmente são utilizados para fins científicos. Estas rotinas são aplicadas com raridade como ferramenta normal de monitoramento de riscos em gestantes.

Dessa forma, pretende-se integrar todas as empresas de Saúde, tanto privadas como públicas, de maneira a permitir o acesso ao serviço a todas as futuras mães, tanto de maneira direta como indireta dependendo das necessidades da paciente. Paralelamente a isso, desenvolver e manter um banco de dados atualizado que possa providenciar informações sobre o perfil das gestantes, o qual poderá ser acessado por entidades governamentais, instituições de pesquisas, ONG's e empresas comerciais.

Não existe processo similar sendo desenvolvido no Brasil que poderá apresentar resultados tão significativos à saúde de mães, recém nascidos e à sociedade. Não se conhece programa semelhante em andamento, como o da proposta desenvolvida, com comprovada capacidade clínica de causar impacto tão alto na redução dos índices de mortalidade neonatal.

Sendo assim, a estratégia em torno da análise de mercado e dos elementos que representam forças e fraquezas, ameaças e oportunidades vislumbra um cenário bastante positivo em termos de mercado.

5.1 FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO

É crítico para o sucesso do negócio que a tecnologia seja adotada pelos planos de saúde, tanto públicos como privados como também pela equipe de saúde relacionada ao objeto do sistema. Será necessário o estabelecimento de um alto grau de credibilidade durante a fase inicial do serviço sendo necessário o suporte de um programa abrangente e agressivo de comunicação dirigido principalmente à equipe de saúde.

Os resultados já alcançados pelo programa nos Estados Unidos e as avaliações preliminares no Brasil já demonstraram não somente a necessidade de programa desta natureza como também demonstraram um alto nível de aceitação.

Estima-se que aproximadamente 1.0 milhão de mulheres no Brasil são atendidas anualmente por algum tipo de plano privado de saúde e acredita-se que no mínimo 40% desta população são potenciais candidatas para o presente projeto.

Um dos fatores chaves de sucesso estará na capacidade de se estabelecer um sistema comercial que possa agressivamente e rapidamente desenvolver o sistema junto às autoridades de saúde do Governo Federal. É interessante desenvolver aliança estratégica com empresa especializada cuja atividade central consiste no desenvolvimento de programas e projetos de saúde a nível governamental. Esta parceria expandirá a capacidade de implantação do programa de tal magnitude em escala nacional unindo-se a programas de cuidados perinatais já existentes. Parceria é fato verdadeiro para o crescimento do negócio, uma vez que será através dela que o Programa ganhará existência física e solidez no mercado.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTIN, A. L. **Comércio Eletrônico**: modelos, aspectos e contribuições de sua aplicação. Atlas, São Paulo: 1999.

BALMER, JOHN; SOENEM, GUILLAUME. **Operationalising the Concept of Corporate Identity**: Articulating the Corporate Identity Mix and the Corporate Identity Management Mix. Disponível em [<www.homepages.strath.ac.uk/~idp97272/trellix%20files/workpap2/id4_m.html>](http://www.homepages.strath.ac.uk/~idp97272/trellix%20files/workpap2/id4_m.html). Acesso em: 29 julho 2001.

BELFORT, Paulo; ORLANDI, Orlando V. **Medicina perinatal**. São Paulo: Manole Ltda, 1983.

CIANCIARULLO, Tâmara; GUALDA, Dulce Maria Rosa; MELLEIRO, Marta Maria. **C & Q – Indicadores de qualidade: uma abordagem perinatal**. Icona Ltda, 1998.

COBRA, M. **Marketing de Serviço Financeiro**. São Paulo: Cobra, 2000.

Faculdades Bom Jesus - Marketing / Fae Business School. **Coleção gestão empresarial**. v.3. Curitiba: Associação Franciscana de Ensino Senhor Bom Jesus, 2002. Disponível em [<http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/gestao/marketing.pdf>](http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/gestao/marketing.pdf) Acesso em 06 jun. 2006

FASCIONI, LIGIA. **Marketing e vendas de projetos**: Formação de multiplicadores em otimização em sistemas motrizes. Disponível em [<http://www.ligiafascioni.com.br/aulas/Marketing_NGE.pdf>](http://www.ligiafascioni.com.br/aulas/Marketing_NGE.pdf) Acesso em 06 jun. 2006

FRIESNER, Arlyne; RAFF, Beverli. **Enfermagem obstétrica**. São Paulo: Andrei, 1978.

GOMES, ISABELA MOTTA. **Como elaborar um plano de marketing**. Belo Horizonte: Sebrae, 2005. Disponível em <<http://www.sebraemg.com.br/arquivos/parasuaempresa/planodemarketing/marketing.pdf>>. Acesso em 06 jun. 2006

GREENSTEIN, M; FEINMAN, T.M. **Eletronic Commerce: Security, Management and Control**. McGraw-Hill: 2000.

LENNING, DIETER. Estudos apresentados para a empresa HCA MÉDICA. 2000

JANISSEK, RAQUEL. **A influência da internet em negócios empresariais: Identificação e caracterização de elementos para a análise de sites**. Dissertação de Mestrado apresentada à UFRS. Porto Alegre, 2000. Disponível em <http://volpi.ea.ufrgs.br/teses_e_dissertacoes/td/000345.pdf>. Acesso em 06 jun. 2006

KOTLER, Philip. **Marketing para instituições que não visam o lucro**. Tradução de H. de Barros. São Paulo: Atlas, 1994.

KOTLER, Philip. **Administração de marketing: a edição do novo milênio**. São Paulo: Prentice Hall, 2000.

LAS CASAS, Alexandre L. **Marketing: conceitos, exercícios e casos – 4 ed.**- São Paulo: Atlas, 1997

LOVELOCK, CH. ; WRIGHT, L. **Serviços: marketing e gestão**. São Paulo: Saraiva, 2003.

MARTINS, Marília da Glória et al. **Infecções e Prematuridade**. Femina. Vol. 28, nº 7, ago. 2000.

McKAY, E. **The marketing mystique**. New York : American Management Association, 1972. iv.

MONTENEGRO, Rezende. **Obstetrícia fundamental**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

MULLER, Mary Stela; FORTES, Waldyr Gutierrez. **Comunicação na biblioteca: uma questão interdisciplinar**. Transinformação, v.8, n.2, jan./abr. 1996. Disponível em: <http://www.portal-rp.com.br/bibliotecavirtual/projetosdepesquisa/0011.htm> > Acesso em 06 jun. 2006.

OTTONI, Heloisa Maria. **Bases do marketing para unidades de informação**. Ciência da Informação, Brasília, v.25, n.2, 1995. Disponível em: <<http://www.ibict.br/cionline/viewarticle.php?id=474>> Acesso em 06 jun. 2006.

PEIXOTO, Sérgio. **Pré-natal**. 2.ed. São Paulo: Manole Ltda, 1981.

PORTER, Michael E. **Vantagem Competitiva das Nações: Estratégia**. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1990.

QUEENAN, John T. **Gravidez de alto risco**. 2.ed. São Paulo: Manole Ltda, 1987.

RAMOS, José Lauro Araujo; VAZ, Flávio Adolfo Costa. **Pediatria neonatal**. 6. ed. São Paulo: Sarvier S/A., 1978.

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. v.27 n.6 Rio de Janeiro jun. 2005. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005000600002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em 20 jun. 2006.

SALES, José Maria et al. **Tratado de assistência pré-natal**. São Paulo, 1989.

SILVA FILHO, Amadeu Ramos. **Prevenção e tratamento do parto pré-termo**. Femina. Vol. 28, nº 4, maio. 2000.

SILVEIRA, Amélia. **Marketing em sistemas de informação**: visão geral. Ciência da Informação, Brasília, v.15, n.1, p.45-52, jan./jun. 1986.

WIKIPÉDIA. A enciclopédia livre. Disponível em
<<http://pt.wikipedia.org/wiki/Marketing>> Acesso em 06 jun. 2006.

ZIEGEL, Erna; CRANLEY, Mecca. **Enfermagem obstétrica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.