



**UNIVERSIDADE SALVADOR – UNIFACS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO ESTRATÉGICA**

FLAVIO DE SOUZA MARINHO

**O ESPAÇO DA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR:
ESTUDO DO COMPORTAMENTO DO CONSUMIDOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE
PRESTADOS POR HOSPITAIS PRIVADOS**

Salvador
2005

FLAVIO DE SOUZA MARINHO

**O ESPAÇO DA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR:
ESTUDO DO COMPORTAMENTO DO CONSUMIDOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE
PRESTADOS POR HOSPITAIS PRIVADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Administração Estratégica, Universidade Salvador - UNIFACS, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica de Aguiar Mac-Allister da Silva

Salvador
2005

FICHA CATALOGRÁFICA

(Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da Universidade Salvador - UNIFACS)

Marinho, Flavio de Sousa

O espaço da organização hospitalar: estudo do comportamento do consumidor de serviços de saúde prestados por hospitais privados / Flavio de Souza Marinho. - 2005. 169f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Salvador – UNIFACS.

Mestrado em Administração Estratégica, 2005

Orientador: Prof. Dra. Mônica de Aguiar Mac-Allister.

1. Administração de saúde 2. Administração hospitalar. 3. Gestão de saúde. 4. Sistemas e serviços de saúde. 5. Consumidores - Comportamento. 6. Marketing de serviços. I. Mac-Allister, Mônica de Aguiar. II. Universidade Salvador – UNIFACS. III. Título.

CDD: 362.1068

Este trabalho é dedicado à minha amada Fabiana, pela cumplicidade neste e em todos os momentos da vida.

Aos meus pais, Ciro e Vera, pelo amor, dedicação e confiança irrestrita, desde sempre.

AGRADECIMENTOS

Em especial, à Professora Dra. Mônica Mac-Allister, minha orientadora, por ter confiado na proposta do estudo, pela dedicação neste árduo e recompensante caminho do aprendizado e, principalmente, pelos inspiradores exemplos na convivência durante este período.

Aos professores, Dr. Alcides Caldas (UNIFACS), Dra. Ana Maria Malik (FGV) e Dr. Rodrigo Ladeira (UNIFACS), que se dispuseram com enorme competência a avaliar os acertos e oportunidades de aperfeiçoamento deste estudo.

À direção, professores e funcionários da UNIFACS, pela rica experiência propiciada por este Programa de Mestrado.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) pelo apoio financeiro na realização da etapa empírica.

A verdadeira viagem de descoberta
não consiste em procurar novas paisagens,
mas em possuir novos olhos.

Marcel Proust

RESUMO

Diante da compreensão de que o sistema de saúde é composto por dois segmentos distintos, um público e outro privado, ou suplementar, defronta-se com a percepção da indefinição acerca de modelos que orientem o planejamento da distribuição espacial da oferta privada. Para o delineamento de um modelo de distribuição espacial das organizações privadas prestadoras de serviços de saúde, o conhecimento sobre o comportamento do consumidor de serviços de saúde apresenta-se como fator de grande relevância. O objetivo desse estudo é analisar o comportamento dos consumidores de serviços de saúde, prestados por organizações hospitalares privadas, em relação ao espaço geográfico. Sob esse objetivo, no desenvolvimento teórico dessa reflexão, o estudo aborda três dimensões relacionadas à organização hospitalar, a saber: sua inserção no sistema de saúde brasileiro; sua relação com o espaço geográfico; e a aplicação de conceitos mercadológicos na sua realidade. Cada uma das dimensões pesquisadas procura complementar a construção de um conhecimento que possibilite a melhor compreensão acerca do tema proposto. Na etapa empírica, estuda-se o caso de uma organização hospitalar privada, situada na cidade de Salvador, o Hospital Alpha. O estudo de caso é dividido em dois níveis analíticos. No primeiro, toma-se como unidade de análise a cidade de Salvador, considerando especificamente a oferta de serviços hospitalares, ou seja, o contexto mercadológico da cidade, através do mapeamento dos serviços existentes e de aspectos relacionados ao universo demandante destes. O segundo nível volta-se para caracterizar operacionalmente o Hospital Alpha e investigar sobre o comportamento dos seus usuários. Os resultados encontrados possibilitam a correlação dos aspectos levantados no capítulo teórico com os aspectos verificados na realidade do Hospital. A conclusão apresenta as distinções entre os diversos perfis de usuários atendidos na organização, tal como suas diferentes percepções e hábitos relacionados à questão espacial. Também são apresentadas evidências que demonstram as inter-relações existentes entre os principais atores do segmento suplementar de saúde e suas influências sobre o comportamento dos usuários.

Palavras-chave: organização hospitalar, segmento suplementar de saúde, espaço geográfico, acessibilidade, localização, distribuição, marketing de serviços, comportamento do consumidor.

ABSTRACT

When taking into account that the health system is composed of two distinct segments – the private and the public sector – we are confronted with a lack of a specific model that could be used as guidance in planning the spatial distribution for the private health sector. In developing a model of spatial distribution for the private sector, knowledge about consumer behavior is of great relevance. Hence, this study aims at analyzing such consumer responses and behavior to the private health services, when taking into consideration the geographical location of the hospital. With this purpose in mind, the theoretical underpinnings of this study focuses on 3 main dimensions of health care organization: the private service's insertion in the Brazilian health care system, its relationship to geographical location and the use of marketing concepts for their reality. In time, the analysis of each of these factors attempts to enhance the overall comprehension of the examined topic. With respect to the empirical aspects of this paper, Alpha Hospital, a private health care organization located in Salvador, Bahia, is used as a case study. This analysis is divided into two components. Firstly, the city of Salvador is taken as the unit of analysis. Therefore, the city's supply of hospital services is examined, that is, the city's marketing concepts are taken into account, through explicit mapping of all existing health services and their respective demand scenarios. Secondly, Alpha Hospital is studied, more specifically its operational details and the behavior of its clients is examined. The results show a correlation between the theoretical aspects discussed and the empirical features of the case study. Furthermore, several profiles of specific groups of consumers are identified, along with their different perceptions of the service provided and their habits in relation to geographic location. Finally, evidence on the relationship between the primary actors in the private health care field and their influence on consumer behavior is addressed.

Key words: Hospital organization, private sector health care, geographical location, accessibility, location, distribution, marketing services, consumer behavior.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Quadro contendo a classificação das organizações hospitalares	42
Figura 2 – Quadro dos processos relativos ao produto hospitalar	46
Figura 3 – Quadro dos processos de apoio	47
Figura 4 – Gráfico contendo as curvas de aluguel proposto e uso da terra	53
Figura 5 – Base territorial do planejamento de assistência à saúde	58
Figura 6 – Quadro das variáveis relacionadas à acessibilidade, aplicadas a um laboratório americano	80
Figura 7 – Modelo ilustrativo do deslocamento do paciente na cadeia de atendimento médico-hospitalar, segundo lazigi	83
Figura 8 – Modelo Ilustrativo do conjunto de benefícios ofertados por um centro de infertilidade, segundo Loures	97
Figura 9 – Gráfico ilustrativo da distribuição das organizações prestadoras de serviços de saúde, por esfera administrativa, em 2002	108
Figura 10 – Gráfico ilustrativo da distribuição dos estabelecimentos de saúde, em Salvador, por financiador dos serviços prestados, em 2002	109
Figura 11 – Gráfico ilustrativo referente à distribuição dos estabelecimentos, segundo categoria de atividade, em 2002	110
Figura 12 – Distribuição da oferta de leitos, na Cidade do Salvador, por subdistrito, em 2001	112
Figura 13 – Distribuição da oferta de hospitais públicos e privados, na Cidade do Salvador, em 2001	113
Figura 14 – Distribuição da oferta de organizações prestadoras de serviços de saúde, com e sem internação, na Cidade do Salvador, por subdistrito, em 2001	114
Figura 15 – Taxa de crescimento populacional, de 1991 a 2000, na Cidade do Salvador, por zona de informação	117

Figura 16 – Densidade demográfica da Cidade do Salvador, por zonas de informação, em 2000	118
Figura 17 – Renda média familiar na Cidade do Salvador, por zona de informação, em 2000	121
Figura 18 – Potencial de gastos com saúde, por zona de informação, e distribuição da oferta de saúde, na Cidade do Salvador, em 2000	125
Figura 19 – Potencial de gastos com saúde, por zona de informação, e distribuição da oferta de hospitais públicos e privados, na Cidade do Salvador, em 2000	126
Figura 20 – Gráfico ilustrativo da evolução das fontes de receita da organização, de 1999 a 2004	140

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População residente na Região Metropolitana de Salvador (RMS), coberta por plano de saúde, segundo as classes de rendimento mensal familiar	36
Tabela 2 – Distribuição da oferta de organizações prestadoras de serviços de saúde, com e sem internação, na Cidade do Salvador, por subdistrito, em 2001	111
Tabela 3 – Distribuição da população, da taxa de crescimento anual média e da densidade populacional, por subdistrito da Cidade do Salvador	116
Tabela 4 – Renda média familiar, por subdistrito, na Cidade do Salvador	120
Tabela 5 – Distribuição dos gastos familiares com assistência à saúde, na Cidade do Salvador, por classe social, em 1997	122
Tabela 6 – Distribuição das famílias por classe social e acumulado de gastos com assistência à saúde, na Cidade do Salvador, por classe social	123
Tabela 7 – Distribuição da população, dos gastos totais em saúde e da oferta de organizações prestadoras de serviços de saúde, com e sem internação, na Cidade do Salvador por subdistrito, em 2000	124
Tabela 8 – Distribuição dos leitos existentes no Hospital Alpha	133
Tabela 9 – Origem das internações, no Hospital Alpha, em 2004	134
Tabela 10 – Distribuição dos usuários submetidos a internação no Hospital Alpha, em 2004, por unidade federativa de domicílio	136
Tabela 11 – Distribuição dos usuários submetidos a internação no Hospital Alpha, em 2004, por cidade do Estado da Bahia de domicílio	137
Tabela 12 – Receita proveniente dos usuários de planos de saúde e particulares, por tipo de atendimento, no Hospital Alpha	138
Tabela 13 – Receita acumulada por convênios, no Hospital Alpha, em 2004	139
Tabela 14 – Motivo principal declarado da escolha pelos serviços de emergência, internação e bioimagem, levantado em 2004, através da pesquisa interna de satisfação dos clientes/usuários	144

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	TEMA E PROBLEMA	13
1.2	JUSTIFICATIVA	18
1.3	OBJETIVOS	20
1.4	DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO.....	21
1.4.1	Opções metodológicas	21
1.4.2	Estrutura	27
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	29
2.1	A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR E SUA INSERÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO.....	29
2.1.1	O sistema de saúde brasileiro.....	29
2.1.2	Segmento suplementar de saúde no Brasil.....	31
2.1.3	A organização hospitalar	38
2.1.4	Organizações prestadoras de serviços de saúde	40
2.1.5	Serviços prestados pela organização hospitalar	45
2.2	A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR E O ESPAÇO GEOGRÁFICO.....	49
2.2.1	O conceito de espaço geográfico	49
2.2.2	Fundamentos da teoria da localização	51
2.2.3	Regionalização e hierarquização do SUS: a experiência do sistema público.....	55
2.2.4	Acessibilidade da organização hospitalar.....	62
2.2.5	Distribuição dos prestadores de serviços de saúde	65
2.2.6	Áreas geográficas de demanda.....	71
2.3	CONCEITOS MERCADOLÓGICOS APLICADOS À REALIDADE HOSPITALAR PRIVADA	72
2.3.1	Do marketing de serviços ao marketing hospitalar	72
2.3.2	Perspectiva mercadológica na distribuição de serviços de saúde.....	78
2.3.3	Segmentação de mercado e estratégias de distribuição na atividade hospitalar ..	84
2.3.4	O comportamento do consumidor de serviços hospitalares.....	93
2.4	SÍNTESE DO REFERENCIAL TEÓRICO.....	101
3	ESTUDO DE CASO	107
3.1	CONTEXTO MERCADOLÓGICO DO HOSPITAL ALPHA	107
3.1.1	Oferta existente de serviços de saúde.....	107
3.1.2	Caracterização e distribuição espacial da população na Cidade do Salvador	13
3.1.3	Indicador de potencial mercadológico	13
3.2	CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL ALPHA	13
3.2.1	Inserção no sistema de saúde.....	13
3.2.2	Governança corporativa	13
3.2.3	Direcionamentos estratégicos.....	14
3.2.4	Características operacionais.....	16
3.2.5	Instalações físicas e seu espaço geográfico.....	18
3.2.6	A dinâmica dos internamentos.....	19
3.2.7	Origem espacial dos usuários.....	21
3.2.8	Políticas comerciais e aspectos financeiros	23
3.2.9	Hierarquização e relacionamento com a cadeia de atendimento	27

3.3	ANÁLISE DO COMPORTAMENTO DOS USUÁRIOS DO HOSPITAL ALPHA	29
3.4	CONCLUSÕES SOBRE O ESTUDO DE CASO.....	32
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
	REFERÊNCIAS	43
	APÊNDICES.....	13

1 INTRODUÇÃO

1.1 TEMA E PROBLEMA

O sistema brasileiro de saúde, na sua complexidade, é composto pelos segmentos público e privado, este último também denominado de suplementar. Ele reúne uma série de organizações, com diferentes naturezas e características, dentre as quais se destaca o hospital.

O hospital é uma organização de saúde que tem na sua origem a prática da assistência aos enfermos, o que lhe confere o caráter humanístico, conservado até a atualidade. Seu papel social evoluiu juntamente com a prática da medicina, chegando, no cumprimento da sua missão, a prestar serviços curativos e preventivos cada vez mais eficientes. No entanto, esta organização hospitalar ainda se apóia em modelos funcionais e operacionais herdados de tempos remotos. Esta questão incita os profissionais envolvidos em sua gestão a refletirem sobre o modelo adequado, tanto para estas organizações como para todo o sistema de saúde (OLIVA; BORBA, 2004, p. 20-28).

Para Lima-Gonçalves (2002), os hospitais, ao adquirirem o *status* de “empresas”, precisam se enquadrar nos modelos da administração empresarial, com vistas à sua sobrevivência, isto é, precisam adaptar-se para superar dificuldades e aproveitar as oportunidades que se apresentem em seu meio ambiente. Dentre os

fatores apontados pelo autor, juntamente com o papel determinante do Estado na definição de políticas de saúde no Brasil, situa-se a necessidade de permanente preocupação dos dirigentes hospitalares em relação aos interesses do mercado em que atuam. Ainda, segundo o autor, esta necessária preocupação torna o *marketing* um elemento que pode ser identificado como indispensável no momento presente.

Segundo Lima-Gonçalves (2002), o esquema que melhor pode ser aplicado ao processo de *marketing* do “hospital-empresa” é aquele apresentado por Raimar Richers, em sua obra *O que é marketing* (1991). Esse esquema define as funções da atividade empresarial em quatro momentos:

- a) análise das forças vigentes no mercado e suas interações com a empresa;
- b) adaptação, traduzida na adequação das linhas de produtos ou de serviços da empresa às características do mercado;
- c) ativação, compreendendo iniciativas destinadas à consolidação e expansão da presença da empresa no mercado;
- d) avaliação, traduzida no controle dos resultados do esforço de *marketing* realizado.

Na mesma linha de argumentação, Oliva e Borba (2004, p. 141) defendem que “o *marketing* de uma empresa hospitalar é parte crítica do [seu] sucesso” e afirmam que, apesar disto, a maioria dos profissionais de saúde tem pouca experiência em *marketing*, particularmente porque a responsabilidade dessas atividades geralmente é assumida por profissionais que dificilmente se relacionam com eles.

O despertar para a abordagem do *marketing* na atividade hospitalar se dá a partir da atenção dedicada pelos estudos da administração ao “*marketing* de serviços”. Este tema, segundo Loures (2003), tem merecido maior destaque na literatura científica, na atualidade, como uma conseqüência direta do crescimento da

importância do setor na economia mundial, representando, no ano de 2000, até 70% do PIB em algumas nações, tais como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, França e Bélgica, dentre outras que apresentam representatividade similar do setor em sua economia (*WORLD BANK*, 2002 *apud* LOURES, 2003, p. 8).

Outros estudiosos, como Grönroos (2003), destacam que “o mundo ocidental vem experimentando uma economia pós-industrial baseada em serviços, por mais de duas décadas” (GRÖNROOS, 2003, p. 11) . No entanto, destaca o autor, a situação não é a mesma em todas as partes do planeta, verificando-se um desnivelamento da participação do setor de serviços no Produto Interno Bruto (PIB) dos diferentes países. Nota-se, portanto, que os países mais desenvolvidos apresentam maiores participações percentuais do setor de serviços no PIB, sempre acima de 50%,.

Em termos econômicos, o investimento em saúde no Brasil é estimado em 7% do seu PIB, representando cerca de 260 dólares/ ano por habitante, o que soma um orçamento de 42 bilhões de dólares, repartido em partes iguais, aproximadamente, entre o poder público e as fontes particulares (LIMA-GONÇALVES, 2002).

Para Lima-Gonçalves e Aché (1999), o “hospital-empresa” situa-se no grupo das empresas que assumem com a coletividade um papel na produção de serviços, de bens intangíveis, não menos importantes que os bens de consumo e, por isso, não deverá ter menor interesse do que as demais empresas no desenvolvimento de um adequado programa de *marketing*.

Ao atuar no mercado suplementar de saúde, o “hospital-empresa” requer uma administração de *marketing*, entendida por Kotler (2000) como um “processo de planejar e executar a concepção, a determinação do preço, a promoção e a

distribuição de idéias, bens e serviços para criar trocas que satisfaçam metas individuais e organizacionais” (KOTLER, 2000, p. 30).

Ao analisar, do ponto de vista mercadológico, as organizações de serviço, Kotler (2000) atenta para a interação destas, especialmente dos hospitais, com o espaço geográfico no qual se inserem e, portanto, das estratégias de distribuição que adotam.

Em relação à administração da distribuição, Kotler (2000) afirma que “o conceito de canais de marketing não está limitado à distribuição de mercadorias físicas” (KOTLER, 2000, p. 513). Para ele, os prestadores de serviços também enfrentam o problema de fazer com que sua oferta esteja disponível e acessível às populações-alvo. Citando o caso dos hospitais, o autor afirma ainda que estes “devem ter uma localização geográfica que lhes permitam prestar cuidados médicos completos” (KOTLER, 2000, p. 513).

A localização das organizações hospitalares está relacionada, inclusive, com o dimensionamento da sua capacidade de atendimento. Enfatizando que a avaliação dos níveis de saúde de uma população representa um problema na atualidade, Lima-Gonçalves e Aché (1999) esclarecem que esta avaliação é feita com base em índices de mortalidade ou de incidência de moléstias (morbidade). Estes índices, por sua vez, relacionam-se diretamente com a demanda de atendimento em determinada localização de uma organização hospitalar. Segundo os autores, os “leitos hospitalares representam verdadeiras unidades de produção”, devendo haver “correspondência entre a capacidade instalada e a repercussão dessa capacidade no mercado, que é o ambiente comunitário”. Mas o hospital moderno ultrapassa consideravelmente essa compreensão acerca da importância dos seus leitos, uma vez que “existem outras áreas assistenciais que participam ativamente do

atendimento dos doentes que procuram o hospital” (LIMA-GONÇALVES e ACHÉ, 1999). Isto é, outras “portas de entrada” estão sempre abertas, tais como o ambulatório e o serviço de primeiro atendimento.

A relação dos serviços de saúde com o espaço geográfico é um tema que tem merecido a atenção de diversos pesquisadores, no Brasil e no mundo. Borba (1991), ao citar a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) em relação à organização hospitalar, questiona a abrangência de atuação do hospital, podendo esta ser determinada em função dos aspectos “geográficos, econômicos e de especialidade”. Para este autor, a questão geográfica está relacionada à população potencialmente abrangida pelo raio de ação do hospital. Este raio pode ser delimitado ainda em função do porte da organização. Para Unglert (1990), “um grande desafio com que se depara o planejamento do setor de saúde é aquele que envolve a tomada de decisão sobre a localização e a dimensão dos serviços” (UNGLERT, 1990, p. 445).

Na compreensão de Souza Neto (2004), uma das questões de maior importância, para os teóricos e praticantes de *marketing*, situa-se em entender as razões que levam um consumidor a escolher um produto ou um serviço, em um momento e local específico em detrimento de outros disponíveis. Imagina-se, então, ser possível adequar o composto de *marketing* para os consumidores que possuam características semelhantes (segmentos de mercado), levando a um melhor planejamento e a um uso mais efetivo dos recursos e tendo como pressuposto que nem todos os consumidores são iguais e, sendo assim, não se comportam do mesmo modo.

Trata-se, assim, do campo denominado por “comportamento do consumidor” que, segundo Kotler (2000, p. 182), estuda como os indivíduos, grupos e

organizações “selecionam, compram, usam e descartam artigos, serviços, idéias ou experiências”. Dessa maneira, estudar a forma como os consumidores se relacionam com o espaço geográfico onde estão inseridos, fornece pistas para a determinação de estratégias de distribuição, dentre os demais itens do composto mercadológico.

No caso das empresas prestadoras de serviço de saúde, tais como as organizações hospitalares, a compreensão do comportamento dos consumidores, no que diz respeito à sua relação com o espaço geográfico, pode ser útil no sentido de orientar o planejamento da distribuição destes estabelecimentos. Sob esta perspectiva, o estudo aqui relatado procurou responder a seguinte questão, motivadora da pesquisa realizada: **Qual o papel do espaço geográfico no comportamento do consumidor de serviços de saúde prestados por organizações hospitalares privadas?**

1.2 JUSTIFICATIVA

Entre as justificativas para o estudo realizado está, em primeiro lugar, a importância que tem sido dada, pela academia e pela sociedade civil, à reflexão sobre os modelos de gestão adotados para o sistema de saúde brasileiro, assim como para as organizações inseridas neste contexto (OLIVA; BORBA, 2004, p. 20-28).

Ao analisar a produção científica acerca do tema proposto, verifica-se que a questão da distribuição dos estabelecimentos de saúde tem sido desenvolvida na literatura científica, voltando-se para o planejamento dos recursos do sistema público, isto é, do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme apresentado no Referencial Teórico, a seguir. No entanto, quando a abordagem é direcionada para o

segmento suplementar de saúde, privado, não foram verificados, até a presente data, estudos diretamente relacionados, ficando corroborada, assim, a relevância deste trabalho de investigação.

Na análise dos estudos voltados para o sistema público, são verificadas algumas nuances, próprias da lógica desta realidade, atendendo aos princípios estabelecidos na Constituição federal e em suas normativas, a saber:

- a) a universalidade;
- b) a equidade;
- c) a integralidade da atenção à saúde da população brasileira.

Depara-se, portanto, com as dificuldades para a implantação de um modelo próprio do segmento suplementar de saúde, que é regido pelas leis do mercado (RODRIGUES, 2003). Submetido a essas “leis”, este segmento suplementar fica submetido à lógica das trocas, das transações e dos relacionamentos comerciais, não possuindo um modelo que o auxilie na análise da distribuição dos serviços de saúde e, nem mesmo, dispondo de fundamentos para a criação deste hipotético modelo.

Essa constatação, que assumiu a dimensão do problema da investigação, reforçou a necessidade de se compreender, em maior profundidade:

- a) a organização hospitalar e a sua inserção no sistema de saúde brasileiro, especialmente o segmento suplementar;
- b) as relações da organização hospitalar privada com o espaço geográfico;
- c) as possibilidades de aplicação dos conceitos mercadológicos na realidade hospitalar privada, voltando-se para analisar, sob a óptica do

campo de conhecimento do comportamento de consumo, os hábitos que possam influenciar na tomada de decisão dos estabelecimentos que os usuários de serviços privados de saúde venham a utilizar.

Desta maneira, o estudo realizado pretende contribuir, com base nos resultados obtidos, para o aprofundamento dos conhecimentos acerca das organizações, especificamente os hospitais, e da gestão destas organizações no ambiente atual, com maior destaque para o papel do *marketing* e da sua aplicação nesta realidade bastante peculiar, que é a realidade do setor de saúde no Brasil.

1.3 OBJETIVOS

Para nortear o estudo aqui relatado foi selecionado o seguinte objetivo geral: analisar o comportamento dos consumidores de serviços de saúde, prestados por organizações hospitalares privadas, em relação ao espaço geográfico.

Este objetivo geral desdobrou-se nos seguintes objetivos específicos:

- a) analisar a organização hospitalar e sua inserção no sistema de saúde brasileiro e, particularmente, no segmento privado ou suplementar;
- b) relacionar a organização hospitalar com o espaço geográfico;
- c) desenvolver conceitos mercadológicos para a aplicação na realidade hospitalar privada;
- d) analisar a distribuição espacial da oferta de hospitais na Cidade do Salvador;
- e) analisar o comportamento dos usuários de um hospital privado, no que se refere ao espaço geográfico.

1.4 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

1.4.1 Opções metodológicas

O presente estudo é desenvolvido inicialmente por meio do levantamento de diferentes dimensões conceituais relacionadas à organização hospitalar privada. Posteriormente, é desenvolvida uma etapa empírica que parte para a busca por evidências que possibilitem uma análise factual, através de um estudo de caso, estimulando a compreensão sobre o Problema.

Na etapa conceitual, para a consecução dos objetivos propostos, o estudo iniciou-se explorando a estrutura do sistema de saúde brasileiro, considerando sua evolução mais recente até o momento atual, quando são concentradas as atenções sobre o segmento privado, ou suplementar. Neste segmento, analisou-se a inserção da organização hospitalar, como uma das organizações prestadoras de serviços de saúde disponíveis. Para tal, foram consideradas diversas caracterizações sobre estas organizações, conferindo, assim, um entendimento mais aprofundado do seu funcionamento.

Em seguida, buscou-se relacionar a organização hospitalar com o espaço geográfico, partindo para a exploração das questões relacionadas a esta variável. Foram explorados os fundamentos da “teoria da localização”, uma análise sobre a experiência do SUS na configuração da sua rede de assistência à saúde, o conceito de acessibilidade relacionado à organização hospitalar, a questão do planejamento da distribuição dos prestadores de serviços de saúde e, por fim, a compreensão sobre o conceito de áreas geográficas de demanda.

Na terceira e última fase da etapa teórica, procurou-se desenvolver conceitos mercadológicos para a aplicação na realidade hospitalar privada, relacionando a

prática do *marketing* em organizações hospitalares como uma das dimensões do *marketing* de serviços, o que lhe conferiu peculiaridades e preocupações específicas. Neste contexto, foi abordada, ainda, a questão das estratégias de distribuição no setor de saúde, segundo uma perspectiva mercadológica, bem como, o uso das ferramentas de segmentação de mercado e suas relações com as estratégias de distribuição. Finalmente, abordou-se o campo de conhecimento do comportamento do consumidor, concentrando-se a atenção sobre os usuários de serviços hospitalares.

Posteriormente, a segunda etapa empírica tratou de estudar o caso de uma organização hospitalar privada, situada na Cidade do Salvador. O estudo foi dividido em dois níveis analíticos. No primeiro, tomou-se como unidade de análise a Cidade do Salvador/Bahia, considerando especificamente a oferta de serviços hospitalares, ou seja, o contexto mercadológico da cidade. O segundo nível adotou, como unidade de análise, um determinado hospital inserido neste mercado.

A identificação da distribuição espacial da oferta de hospitais na Cidade do Salvador, foi feita através do mapeamento dos serviços existentes e dos aspectos relacionados ao universo demandante destes. Para tal, utilizou-se como principal fonte de dados um estudo mercadológico, de cunho técnico, realizado em 2001 pela empresa Urban Science Brasil Estudos de Mercado Ltda. Esse estudo analisou o mercado de saúde da Cidade do Salvador, tendo sido coordenado pelo presente pesquisador. Neste relato, procura-se fazer, também, um delineamento acadêmico, refletindo sobre os achados iniciais, além de uma atualização dos dados disponíveis.

Convém ressaltar que os dados provenientes dos relatórios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) são, neste estudo, apresentados nas versões mais recentes disponíveis, tendo em vista a sua periodicidade de aplicação. A única

exceção é a Pesquisa de Orçamentos Familiares, que foi utilizada na sua versão de 1997 para a construção do índice de potencial de consumo, pela Urban Science Brasil. Mesmo com a existência de uma versão mais atual, datada de 2002, optou-se pela manutenção desta origem de dados, buscando manter uma coerência com os cálculos feitos por esta empresa de pesquisa.

Os dados geográficos provêm da Companhia de Desenvolvimento Urbano do Estado da Bahia (Conder). Eles se referem, principalmente, à estrutura territorial do município de Salvador – a sua distribuição em sub-distritos e Zonas de Informação (ZI).

De acordo com os dados fornecidos pela Conder, o município de Salvador (BA) é dividido em 95 ZIs, agrupadas em 21 sub-distritos, conforme é apresentado no mapa ilustrativo do Apêndice A. A relação detalhada das ZIs, e sua correspondência com os bairros da cidade, estão relacionadas no Apêndice B. Para facilitar a leitura, as informações tabuladas (tabelas) têm por base os 21 sub-distritos;

Os dados tabulares são provenientes dos censos demográficos de 2000. Para determinar os volumes de despesas com a assistência à saúde, foram utilizados também as informações fornecidas pela Pesquisa de Orçamentos Familiares, na sua versão de 1997, a Pesquisa de Assistência Médico Sanitária, de 2002, e o Especial de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostragem Familiar, de 2003, do IBGE.

As informações sobre a oferta de serviços de saúde disponíveis datam de 2001, período em que foi feito o levantamento pela Urban Science Brasil. A visão geral sobre a situação do mercado de saúde de Salvador fundamenta-se, assim, nas interações das informações processadas através de Sistemas de Informação Geográficas (SIG), gerando seus resultados através de:

- a) mapas temáticos referentes ao perfil sócio-econômico da população de Salvador, com informações organizadas por ZI;
- b) mapas temáticos referentes à distribuição de serviços de saúde e de gastos mensais da população com esses serviços.

A oferta de organizações prestadoras de serviços de saúde, na cidade, é segmentada em 3 níveis hierárquicos, definidos a partir do grau de complexidade dos serviços prestados nestes estabelecimentos, a saber:

- a) atenção primária, no que se refere a unidades prestadoras de serviços de saúde com pronto atendimento, consultas eletivas, exames de apoio ao diagnóstico e tratamentos;
- b) atenção secundária, no que se refere a unidades prestadoras de serviços de saúde de média complexidade, com procedimentos cirúrgicos e diagnósticos (hospital-dia), exames mais complexos de apoio ao diagnóstico (laboratórios de análise e bio-imagem);
- c) atenção terciária, no que se refere a unidades hospitalares com serviços avançados.

No segundo nível de análise do estudo de caso, atentou-se para o comportamento dos usuários de um hospital privado, no que se refere ao espaço geográfico.

Em relação à estratégia analítica geral do estudo de caso, de acordo com as definições de Yin (2001), optou-se por seguir os objetivos específicos, descritos anteriormente, refletindo sobre a revisão da bibliografia e sobre novas interpretações que pudessem surgir.

Como método de análise, optou-se pela construção da explanação (YIN, 2001), ou seja, procurando estabelecer um conjunto de elos causais relacionados ao

fenômeno estudado e procurando gerar hipóteses que contribuam para a continuidade dos estudos acerca deste tema.

O hospital escolhido, doravante denominado Hospital Alpha, tem a sua identidade real mantida sob sigilo. As razões que levaram à escolha desta unidade de análise, concebida como campo de investigação, foram as seguintes:

- a) trata-se de um hospital privado, condição estabelecida na formulação do problema deste estudo;
- b) o hospital situa-se entre um dos maiores e mais rentáveis da Bahia e, inclusive, entre um dos sete mais rentáveis no Brasil;
- c) por fim, a profundidade das informações gerenciais possíveis de serem coletadas na organização foi avaliada como de maior relevância do que seriam os benefícios de tornar o universo de análise mais abrangente.

A localização da unidade hospitalar não é apresentada visando manter resguardada a identidade da organização. No entanto, dentro das possibilidades, são apresentadas figuras ilustrativas que pretendem facilitar a compreensão a respeito das questões pesquisadas.

Para a elaboração deste estudo de caso, foram utilizadas as seguintes fontes de dados:

- a) documentação, no que se refere ao conjunto de relatórios gerenciais, documentos administrativos, pesquisas de *marketing* e operacionais existentes, estudos formais prévios sobre a organização, matérias e artigos publicados na mídia;
- b) registros magnéticos dos dados sobre os pacientes atendidos, mantendo-se o anonimato sobre a identidade dos mesmos, sendo que estes dados são trabalhados em planilhas e listagens;

- c) entrevista com o superintendente médico da organização, de maneira focal, baseando-se no conjunto de questões relacionadas como as finalidades desta pesquisa, tornando acessíveis as suas opiniões a respeito dos principais eventos e questões analisadas;
- d) observação participante do pesquisador, o qual, além de observar os acontecimentos, interagiu com os envolvidos nas atividades do hospital, buscando compreender os fenômenos existentes.

Através do levantamento e da análise dos dados obtidos nas documentações e nos registros magnéticos, nas entrevistas e na observação participante do pesquisador, procura-se caracterizar a organização de forma a construir os eixos que possibilitem a compreensão sobre seu funcionamento e de suas variáveis que interessam à pesquisa.

Também através dos registros internos e de documentações, além de dados colhidos na entrevista, pretende-se traçar um perfil dos aspectos espaciais relacionados à escolha e ao comportamento dos indivíduos atendidos durante o ano de 2004.

Tomou-se como principal fonte de informação o Relatório da pesquisa interna de satisfação dos usuários (HOSPITAL ALPHA, 2005a), documento elaborado com base no preenchimento espontâneo de clientes do hospital, quando da utilização dos serviços de internação, de emergência ou de serviços de diagnóstico e tratamento. Nesta pesquisa interna, procurou-se verificar dados que demonstram alguns dos aspectos reconhecidos pela clientela como de maior importância no processo de escolha da organização para buscar o seu atendimento.

Ressalte-se que, buscando encontrar uma maior homogeneidade dos dados, optou-se por analisar os dados dos pacientes externos, apenas do serviço de bio-imagem (responsável pelos exames de radiologia, ultra-sonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética), além dos dados dos pacientes atendidos no serviço de emergência e daqueles que necessitaram de internação, para fins clínicos ou cirúrgicos.

1.4.2 Estrutura

A dissertação encontra-se dividida em quatro seções, incluindo esta Introdução, que trata do tema, da formulação do problema, dos objetivos, geral e específicos, das justificativas que impulsionaram esta iniciativa e das opções metodológicas feitas para o desenvolvimento do estudo.

A segunda seção, que trata do Referencial Teórico, está subdividida em três tópicos. O primeiro deles trata da “Organização hospitalar e sua inserção no sistema de saúde brasileiro”. O segundo aborda as relações entre “A organização hospitalar e o espaço geográfico”, trazendo à tona fundamentos que orientam a análise das questões relacionadas ao assunto. O terceiro tópico volta-se para os “Conceitos mercadológicos aplicados à realidade hospitalar”. Por fim, ainda na segunda seção, é apresentada uma síntese do referencial teórico, possibilitando uma visão integrada dos conteúdos que orientaram a pesquisa empírica.

A terceira seção apresenta o estudo de caso e, mais especificamente, os resultados encontrados na pesquisa empírica e a análise destes resultados com base no referencial teórico estudado.

Na quarta seção, são apresentadas as considerações finais relacionadas à questão de pesquisa, incluindo as limitações encontradas, as implicações para a prática e

recomendações para futuras pesquisas que possam se inspirar nos resultados aqui apresentados.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR E SUA INSERÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

2.1.1 O sistema de saúde brasileiro

De acordo com Sicsú (2002), o sistema de saúde brasileiro passou por mudanças significativas desde o seu surgimento e, na última década, vem se destacando no setor terciário da economia. Grandes mudanças nas concepções e na sua estrutura têm pautado a sua trajetória, a contar da segunda metade do século XX.

Antes da criação do atual modelo do sistema de saúde brasileiro, baseado no SUS, o Ministério da Saúde, com o apoio dos Estados e municípios, desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias, ações estas com caráter universal, ou seja, sem nenhum tipo de discriminação com relação à população beneficiária. Do ponto de vista assistencial, o Ministério atuava apenas por meio de alguns poucos hospitais especializados, nas áreas de psiquiatria e tuberculose, além da ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública em algumas regiões específicas, com destaque para o interior do Norte e Nordeste brasileiros (REHEM, 2002).

Na década de 1960, a industrialização acelerada que o Brasil vivenciou resultou no deslocamento da dinâmica da economia para os centros urbanos, e deu origem a uma massa de operários que deveria ser atendida pelas políticas de saúde pública, na perspectiva da manutenção da capacidade produtiva do trabalhador. A principal atuação do Estado nessa área se dava através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1966, que buscava abranger a quase totalidade da população urbana e rural, praticando a saúde individual assistencialista em lugar da saúde pública e coletiva, e incentivando e privilegiando a busca da lucratividade pelos produtores privados dos serviços de saúde (MENDES, 1996).

A criação do INPS resultou da fusão dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) de diferentes categorias profissionais organizadas, conforme relata Rehem (2002). Em etapas posteriores, o INPS foi desdobrado em Instituto de Administração da Previdência Social (Iapas), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Este último tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também a contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus beneficiários.

A assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com carteira assinada, e seus dependentes, ou seja, não tinha o caráter universal que passaria a ser um dos princípios fundamentais do SUS, que o sucederia (REHEM, 2002).

A criação do SUS foi fortemente influenciada pelas mudanças econômicas, políticas e institucionais que ocorreram na década de 1980, no Brasil, e foram acompanhadas pela promulgação de uma nova Constituição federal, que

reconheceu o direito universal da população à saúde. Simultaneamente, nota-se, naquele período, uma tendência internacional à universalização da assistência à saúde, preconizada pela OMS. Apesar disto, o SUS, até os dias atuais, ainda não está completamente regulamentado, e mesmo tendo sua concepção baseada na universalização da saúde, tem se revelado deficiente na cobertura populacional que pretendia abranger, não excluindo a existência de um mercado privado de saúde (RODRIGUES, 2003).

Lima-Gonçalves (2002) afirmar que, na atualidade, a Constituição federal brasileira (1988) caracteriza a saúde como um direito de todos e dever do Estado, e que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, formando um sistema único. O autor esclarece, ainda, que a Constituição faculta a livre participação da iniciativa privada, podendo as organizações particulares participar de forma complementar do SUS, seguindo as diretrizes do Estado.

2.1.2 Segmento suplementar de saúde no Brasil

Apesar do sistema brasileiro de saúde possuir em sua história um importante registro da complementaridade da atuação entre as organizações públicas e privadas, foi apenas nos anos da década de 1960 que este sistema começou a conviver com uma nova realidade. Ela consistia, basicamente, no fato de existirem trabalhadores de alguns ramos da indústria cobertos por planos de saúde privados, estabelecidos através de convênios das respectivas empresas com a Previdência, por meio das caixas de assistência, entidades patronais ou planos diretamente administrados pelos seus departamentos de recursos humanos. No entanto, somente no final dos anos 1980, com a promulgação da Constituição federal e em

função de uma ampliação da demanda e uma reorganização da oferta de serviços de saúde, que as seguradoras de saúde, vinculadas às instituições financeiras, começaram a comercialização dos seus produtos no mercado brasileiro, o que sinalizou um processo de empresariamento da assistência médico-hospitalar no país (BAHIA, 2001, p.325, 334).

Segundo Bahia (2001, p. 334), foi neste período que se consolidaram as atuais características do mercado de planos e seguros de saúde. Segundo a autora, o novo cenário foi estabelecido em função do surgimento de demandas provenientes principalmente de funcionários públicos que possuíam assistência pouco especializada e com baixa concentração de tecnologia, e de trabalhadores autônomos, vinculados a empresas sem assistência médica suplementar, que dispunham de renda suficiente para pagar aos planos e seguros de saúde. Neste mesmo período, os indivíduos, que já estavam associados a algum plano de saúde, pressionavam pela intensificação do credenciamento de prestadores de serviços privados, a fim de obterem padrões assistenciais mais elevados.

A ampliação da disponibilidade de serviços privados de saúde alterou o hábito de utilização da classe média pelos serviços públicos. A assistência médica tornou-se pautada pela mediação das empresas de assistência suplementar. Ou seja, apesar do serviço público gratuito, a sociedade pôde optar pelo pagamento de serviços privados para seu maior benefício (BAHIA, 2001, p.325).

É desta forma que emerge a compreensão de que, na atualidade, o sistema de saúde brasileiro é composto por dois segmentos: um público e um privado. O segmento público é norteado pelo direito social, constitucional, coletivo e não comercial de assistência à saúde, cumprindo o papel de estabelecer políticas, gerir e prover as ações e serviços de saúde para toda a comunidade. Já o segmento de

caráter privado é regido pelas regras de mercado, visto que oferece ações e serviços a quem tem condições de pagar, numa relação de troca característica de qualquer negócio (RODRIGUES, 2003).

No que se refere ao segmento privado, trata-se do mercado suplementar de saúde que “compreende todo o conjunto de instituições privadas, com ou sem fins lucrativos, que têm como objetivo ofertar serviços de atenção à saúde, paralelamente à oferta do Estado” (SICSÚ, 2002, p. 75).

Para Kornis, Nunes e Caetano (2000 *apud* SICSÚ, 2002, o entendimento do segmento privado como mercado suplementar de saúde é devido à existência de “um serviço público de atenção médica de caráter obrigatório, sendo permitida ao beneficiário a opção pelo pagamento de um seguro privado, a despeito da manutenção da obrigatoriedade de contribuição para a previdência social” (KORNIS, NUNES e CAETANO, 2000 *apud* SICSÚ, 2002, p. 75).

Desta forma, os prestadores privados de serviços de saúde atuam em um mercado suplementar, resultante da opção de escolha da população, com poder aquisitivo, entre o atendimento pelo sistema público, mantido pelos recursos da assistência social, ou o sistema privado, caracterizado pela “natureza mercantil-contratual das relações entre os agentes” (SICSÚ, 2002, p. 76).

Verifica-se, também, uma série de relações entre os dois segmentos – público e privado – envolvendo tanto os consumidores, como os prestadores de serviço de saúde, os profissionais de saúde e as operadoras de planos e seguros privados de saúde. Por exemplo, observa-se que tanto as organizações privadas prestam atendimento ao SUS (assim como às operadoras de planos e seguros de saúde privados, além de alguns consumidores individuais), quanto as organizações

públicas mantêm contrato com seguros e planos privados de saúde, atendendo aos seus clientes (RODRIGUES, 2003).

Em relação ao segmento de saúde suplementar, Rodrigues (2003) aponta que sua composição é formada por três grupos distintos, a saber:

- a) os consumidores;
- b) as operadoras dos planos privados de assistência à saúde e as seguradoras especializadas em saúde;
- c) os prestadores de serviço de saúde.

Em síntese, sobre o mercado suplementar, Sicsú (2002) afirma que “a produção [oferta] e o consumo [demanda] dos serviços de atenção à saúde têm se modificado ao longo do tempo” (SICSÚ, 2002, p. 76). Ele defende que, historicamente, as ações de saúde surgem da caridade humana e posteriormente sob a égide do Estado, mas a evolução das sociedades e o despertar do capitalismo impulsionam a oferta da prestação dos cuidados à saúde na direção dos agentes privados, fora da órbita estatal e das entidades religiosas. Ao mesmo tempo, segundo ele, o despontar do ensino da medicina curativa habilita profissionais que, em busca de renda (salários), ofertam à comunidade ações voltadas à cura das doenças, caracterizando, assim, o trabalho remunerado dos profissionais de saúde como o embrião da atenção privada à saúde.

2.1.2.1 Consumidores

Os consumidores desse tipo de serviço privado são de difícil identificação e contabilização, tendo em vista que, segundo Fernandes (2003), as estatísticas a

respeito do contingente de pessoas inseridas no sistema suplementar de saúde são escassas e aparentemente pouco precisas. Estimativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (2005) apontam que cerca de 37 milhões de cidadãos, em 2005, estão cobertos pelo sistema suplementar de saúde, no Brasil, o que representa uma cobertura de aproximadamente 20% da população. Já os dados da Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar (IBGE, 2003) apontam que esta cobertura era de aproximadamente 25% da população brasileira, em 2003.

No entanto, segundo Lima-Gonçalves (2002), apesar da cobertura populacional relativamente pequena no Brasil, o segmento suplementar de saúde é responsável pelo mesmo montante de gastos feitos com saúde pelo Estado, como o SUS, no Brasil, o que demonstra a sua relevância para o sistema de saúde e para a economia nacional.

Em seu estudo sobre o Mercado Operador de Saúde Suplementar, Fernandes (2003) aponta uma concentração dos beneficiários do segmento suplementar segundo critérios geográficos. Nota-se um grande desnível do percentual de indivíduos cobertos nos diversos Estados da Federação e nas regiões metropolitanas, quando comparadas aos municípios do interior.

Dados da Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar (2003), por exemplo, indicaram que este percentual seria de aproximadamente 13% da população baiana. Na Região Metropolitana de Salvador, os resultados da Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar (2003) indicam uma cobertura de 27% da população residente. Na mesma pesquisa verifica-se que o acesso ao segmento suplementar, naquele período, estava intimamente relacionado à capacidade aquisitiva da população, conforme apresentado na Tabela 1 a seguir. Os dados demonstram que

a parcela da população que possuía cobertura de planos de saúde é tanto maior, quanto maior for o rendimento familiar.

Tabela 1 – População residente na Região Metropolitana de Salvador (RMS), coberta por plano de saúde, segundo as classes de rendimento mensal familiar

Classes de rendimento mensal familiar	Cobertura de plano de saúde (%)
Até um salário mínimo	6
Entre um e dois salários mínimo	10
Entre dois e três salários mínimo	19
Entre três e cinco salários mínimo	33
Entre cinco e dez salários mínimo	53
Entre dez e 20 salários mínimo	76
Acima de 20 salários mínimo	92
MÉDIA	27

Fonte: Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar (IBGE, 2003).

2.1.2.2 Operadoras de seguros e planos privados de saúde

Feita essa relação entre a renda familiar e o percentual de famílias da RMS que possuem cobertura de planos de saúde, passa-se, agora, ao estudo das operadoras de seguros e dos planos privados de saúde.

Com base no que Fernandes (2003) apresenta, verifica-se uma grande concentração das atividades do segmento suplementar de saúde em um pequeno número de operadoras, havendo apenas 20% das operadoras que concentram cerca de 80% dos beneficiários e, da mesma forma, 80% do faturamento.

Outra questão que imprime maior grau de complexidade ao sistema privado de saúde deve-se à natureza das operadoras de saúde. Segundo Fernandes (2003), estas operadoras possuem perfis muito distintos, que vão desde casos extremos como empresas financeiras – como as seguradoras – até os hospitais que oferecem planos de saúde, responsabilizando-se diretamente pela assistência médica e

hospitalização de seus clientes. No entanto, verifica-se uma grande concentração tanto em relação às vendas ou faturamento, quanto em relação ao número de beneficiários por operadora. O autor afirma que as operadoras de medicina de grupo, cooperativas médicas e seguradoras atendem à maior parte dos beneficiários, sendo responsáveis respectivamente por cerca de 43%, 32% e 14% do faturamento total do segmento suplementar, o que soma, aproximadamente, 90% do faturamento total.

No entanto, Bahia (2001) conclui que, apesar da pertinência do tema da assistência médica suplementar para a realidade brasileira, “a precariedade das informações sobre este sub-setor é um obstáculo para todos que buscam interpretá-lo” (BAHIA, 2001, p. 325).

2.1.2.3 Prestadores de serviço de saúde

Segundo a Pesquisa de Assistência Médico Sanitária (2002) existem, no Brasil, cerca de 65 mil estabelecimentos de saúde, sendo cerca de 27 mil particulares e 38 mil públicos. No entanto, as formas de financiamento da assistência prestada por estes estabelecimentos são múltiplas. Segundo os resultados apresentados, 46,6 mil estabelecimentos possuem o SUS como um das suas fontes. Ou seja, tanto os estabelecimentos públicos como boa parte dos estabelecimentos privados compõem a rede de prestação de serviços ao público, financiados pelo Estado.

Além do atendimento gratuito oferecido pelo SUS, outras formas de financiamento particular para a assistência à saúde são identificadas: 2,754 mil estabelecimentos afirmam possuir alguma forma de financiamento próprio, assumindo tanto o papel de prestar assistência, como de atuar como operadora de

planos de saúde; 22,018 mil têm terceiros como a fonte de financiamento, ou seja, outras operadoras; e 24,175 mil atendem através do financiamento particular, ou seja, são os próprios clientes que assumem as despesas com a assistência prestada (IBGE, 2002).

Em relação ao tipo de atividade que presta à comunidade, os estabelecimentos dividem-se entre 46,428 mil que se destinam ao atendimento ambulatorial dos cidadãos, sem oferecer leitos de internação; 11,518 mil são voltados exclusivamente para o apoio ao diagnóstico e terapias; e, apenas, 7,397 mil caracterizam-se como hospitais, oferecendo leitos de internação para a assistência aos pacientes. Estes hospitais somam cerca de 471 mil leitos em todo o território nacional (PESQUISA DE ASSISTÊNCIA MÉDICO SANITÁRIA, 2002).

2.1.3 A organização hospitalar

De acordo com Cerqueira (2004), a terminologia mais utilizada para dar significado à palavra hospital tem origem nos primórdios da Era Cristã, do latim *hospes*, que significa hospede, dando origem às palavras *hospedalis* e *hospitium*, que designa o estabelecimento onde se abriga além dos enfermos, viajantes e peregrinos.

No entanto, a prática da assistência aos enfermos tem origem na Era Pré-histórica, cerca de 4 mil anos antes da Era Cristã, quando as habilidades para os cuidados com os doentes já era um fator de destaque, sendo vitais para o homem primitivo, e que se aperfeiçoaram, se disseminando de maneira mais eficiente a partir do momento em que o ser humano conseguiu se comunicar e registrar as suas idéias, as suas descobertas e a sua história. Neste período pré-cristão, as pessoas já possuíam o hábito de procurar, nos mercados municipais, por outras pessoas que

tiveram doenças semelhantes para se utilizarem dos mesmos métodos de cura (MAGALHÃES; RODRIGUES JUNIOR, 2004).

A evolução da organização hospitalar acompanhou a ciência médica. Devido ao desconhecimento das causas e conseqüências das questões da saúde, a medicina esteve, por longos períodos, relacionada à religião e à magia, e é nesse contexto que surgem os primórdios do que hoje se convencionou chamar de hospital. No Egito, a atenção médica às classes menos favorecidas era prestada nos templos, onde os sacerdotes mais jovens prestavam atendimento gratuito. Nos Impérios Grego e Romano, os templos também eram ocupados como hospitais, utilizando-se, inclusive, a língua de serpentes, animais considerados mágicos e sagrados, para cicatrizar úlceras. Já na Era Cristã, a Igreja Católica foi pioneira no desenvolvimento da assistência médica hospitalar, resguardando uma preocupação de que a pessoa não fosse violada com certos métodos de cura, pois se acreditava que ela foi criada à imagem e semelhança de Deus (MAGALHÃES; RODRIGUES JUNIOR, 2004).

Foi após o final do período iniciado em 1163, quando a Igreja Católica proibiu a realização de cirurgias em que houvesse derramamento de sangue, que se verificou uma rápida evolução da medicina e, conseqüentemente, da organização hospitalar, com a evolução das práticas cirúrgicas, a descoberta de novas drogas e a valorização da anatomia humana nas faculdades de Medicina. Após o século XV, o hospital desvinculou-se das instituições religiosas e o Estado assumiu, cada vez mais, a responsabilidade pela atividade. Progressivamente, os hospitais procuraram voltar-se para o paciente enfermo e passar para a sociedade a idéia de que eram locais onde se poderia obter a cura e uma melhor qualidade de vida (CERQUEIRA, 2004).

O avanço da prática médica acelerou-se, juntamente com os recursos diagnósticos e terapêuticos, resultando, no século XX, na realização de procedimentos cirúrgicos avançados, como os transplantes de órgãos, que abriram os horizontes para a cura de diversas doenças. Este avanço tecnológico propiciou, inclusive, o surgimento de novos modelos de organizações voltadas para prestar assistência à saúde da população, oferecendo alternativas para o atendimento das demandas sociais, tais como as clínicas ambulatoriais, os hospitais-dia, os centros de diagnósticos, entre outros (MAGALHÃES; RODRIGUES JUNIOR, 2004).

2.1.4 Organizações prestadoras de serviços de saúde

2.1.4.1 Classificações e características das organizações prestadoras de serviços de saúde

Para fazer a classificação e para identificar as características das organizações prestadoras de serviços de saúde recorre-se a Borba (2004, p. 36), para quem os prestadores de serviços de saúde, dentre os quais se incluem as organizações hospitalares, podem ser classificados conforme o nível de complexidade de atenção que oferecem à população.

Atualmente, no Brasil, os hospitais possuem grande diversidade de aspectos que os caracterizam de diversas formas. Em relação à sua propriedade, existem os hospitais públicos ou governamentais, que integram o SUS, além das organizações hospitalares privadas, com ou sem fins lucrativos, que podem, ou não, integrar a rede de atendimento do SUS.

As organizações hospitalares privadas têm, como principais compradores dos seus serviços, as operadoras de planos de saúde, as pessoas físicas e o SUS. Para

o sistema público, os hospitais privados constituem-se em um instrumento de descentralização e operação do sistema público. Já as organizações sem fins lucrativos são formadas, habitualmente, por associações civis filantrópicas, que, para terem tal designação, devem destinar uma fatia da receita excedente à consecução de seus objetivos sociais, se beneficiando de imunidade ou isenção fiscal (CASTRO et al, 2003).

Os hospitais podem variar, ainda, em função da sua natureza (geral ou especializado), do seu porte ou capacidade de atendimento, da sua condição de prestar atividades de ensino, em função do seu tipo de corpo clínico (aberto, fechado ou misto), dentre outras características apresentadas no quadro da Figura 1, a seguir, elaborado por Cerqueira (2004).

ITEM DE CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO
Natureza da assistência	a) geral: atende pacientes de várias especialidades b) especializado: atende somente pacientes de determinadas especialidades médicas
Propriedade, manutenção e controle	a) governamental: federais, estaduais, municipais e pára-estatais (ex.: institutos) b) particular: com fins lucrativos ou sem fins lucrativos (ex.: hospitais filantrópicos – organizações hospitalares sem fins lucrativos que atendem, gratuitamente, pacientes pobres desprovidos de qualquer cobertura)
Capacidade ou lotação	a) pequeno: até 49 leitos b) médio: 50 a 149 leitos c) grande: 150 a 500 leitos d) especial ou extra: acima de 500 leitos
Capacidade de ensino (residência médica)	a) hospital de ensino b) hospital com residência médica regulamentada c) hospital sem regulamentação de residência médica
Corpo clínico	a) fechado: quando o hospital dispõe de um corpo clínico efetivo, ou seja, próprio b) aberto: quando o hospital não dispõe de um corpo clínico próprio, permitindo a qualquer médico trabalhar em seus serviços c) misto: quando o hospital combina os dois modos anteriores
Sistema de edificação (I)	a) pavilhonar: quando é formado por vários pavimentos b) monobloco: quando a edificação é formada por um único bloco c) misto: quando combina blocos e pavilhões
Sistema de edificação (II)	a) vertical: edificações com vários pavimentos b) horizontal: um ou mais blocos, predominantemente, na superfície
Tempo de permanência do paciente no hospital	a) curta permanência: período médio de permanência inferior a 15 dias b) longa permanência: período médio de permanência superior a 15 dias

Figura 1 – Quadro contendo a classificação das organizações hospitalares
 Fonte: Cerqueira (2004) com base em Borba (1991 p. 52).

2.1.4.2 Diferenciação da oferta de serviços de saúde

A diferenciação da oferta de serviços de saúde foi, também, uma preocupação presente no desenrolar da pesquisa. Desde a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões no INPS, que resultou na mudança das políticas previdenciárias, romperam-se os esquemas assistenciais mutualistas. Desta forma,

segundo Bahia (2001, p. 327), incitou-se o empresariamento da assistência à saúde, que resultou, dentre outras questões, no credenciamento de serviços para a complementação dos recursos das empresas médicas, fossem estas empresas classificadas como “cooperativas médicas”, “medicinas de grupo”, “caixas de assistência” ou “sistemas patronais”. Portanto, a partir deste período, os sistemas de assistência médico-hospitalar passaram a se caracterizar pelo credenciamento das organizações que prestavam os serviços de saúde, formando assim, a base da oferta existente.

Este processo de credenciamento dos prestadores de serviços de saúde foi acompanhado pela distinção das organizações previamente credenciadas a prestar atendimento aos distintos grupos que dispunham desta cobertura. Segundo Bahia (2001, p. 328), as distinções entre qualidade, presteza e conforto para o atendimento dos estratos cobertos se operacionalizaram com a “especialização” dos provedores de serviços para este ou aquele segmento social, ocupacional e geográfico (no que diz respeito às distinções entre os indivíduos residentes em áreas urbanas ou rurais).

No entanto, este processo não aconteceu linearmente, haja vista a relativa autonomia entre a conformação da oferta de prestadores de serviços de saúde e a constituição das demandas. O dilema ético da diferenciação da oferta dos serviços de saúde, em função de uma segmentação social dos seus componentes, é exposto por Bahia (2001) ao afirmar o que se segue:

A lógica de especialização das práticas assistenciais dos estabelecimentos de saúde se contrapõe, em termos genéricos, à idéia de uma estratificação social das clientela, já que a determinação de necessidades por especialistas se assenta em critérios diagnósticos universais (BAHIA, 2001, p. 328).

Ainda segundo Bahia (2001, p. 330), a efetivação desta “especialização” dos serviços de saúde correspondeu a uma variação dos valores pagos para um mesmo procedimento entre os diversos segmentos de clientes. Este fato se consolidou a partir da década de 1980, quando a comercialização de produtos de seguradoras no mercado de saúde aprofundou as duas características de credenciamento e segmentação dos prestadores de serviços de saúde para o atendimento de estratos sócio-ocupacionais. Para a autora, verificou-se a constituição de redes vinculadas a planos diferenciados por níveis distintos, seja em função do papel hierárquico dos indivíduos na empresa, seja em função da sua faixa de renda, com implicações, inclusive, nos modelos de remuneração dos prestadores de serviços. Isso se materializou na conformação de uma listagem de credenciamentos “especializados” no atendimento de clientes de nível “executivo”, “gerencial” ou “operacional”. Parte dos hospitais, “unidades de apoio ao diagnóstico e terapia” e médicos se inseriam nessas redes, conveniando-se a diversas operadoras de saúde.

A qualidade dos planos das empresas de assistência suplementar é relacionada, fundamentalmente, com a maior quantidade de prestadores de serviços credenciados e a possibilidade de livre escolha destes, independentemente do credenciamento, por meio de reembolso das despesas realizadas pelos usuários. Desta maneira, torna-se “possível associar os segmentos de clientes de planos e seguros de saúde às redes de assistência médico-hospitalar sob um gradiente de maior ou menor possibilidade de escolha dos provedores de serviços e uso de acomodações hospitalares individualizadas” (BAHIA, 2001, p. 331).

2.1.5 Serviços prestados pela organização hospitalar

Para se entender a prática assistencial da organização hospitalar é indispensável destacar que esta é uma estrutura de alto dinamismo operacional, de elevado ritmo, na qual são desenvolvidas atividades caracteristicamente polimorfos. Além da atividade médica, propriamente, outros setores atuam com características que poderiam permitir inclusive que funcionassem isoladamente fora dele, “com amplas possibilidades de viabilidade econômico-operacional”, tais como um hotel, uma farmácia, uma lavanderia e um restaurante (LIMA-GONÇALVES,1999, p. 84).

Lima-Gonçalves (1999, p. 86-87) defende a necessidade de haver correspondência entre a capacidade de produção do hospital e a demanda qualitativa e quantitativa do ambiente comunitário, e considera que, para tal, são necessárias estatísticas de saúde relativas aos níveis de incidência de doenças, ou seja, a morbidade, e aos índices de mortalidade em consequência dessas causas. Porém, ele pondera que a estrutura do hospital moderno ultrapassa consideravelmente a visão de que sua influência sobre o nível de saúde da população depende exclusivamente do desempenho de seus leitos. Além da possibilidade de procura pelo hospital para a internação, duas outras “portas de entrada” são destacadas: o atendimento ambulatorial, que envolve a realização de consultas, exames e tratamentos que não exigem a internação, e o serviço de primeiro atendimento, ou atendimento emergencial, para casos que justifiquem a dispensa do agendamento prévio.

Silva (2004, p. 32), ao avaliar a adoção de métodos de excelência em gestão, afirma que empresas prestadoras de serviços de saúde possuem muitos processos descritos em suas rotinas e propõe subdividi-los entre aqueles “relativos ao produto”,

que estão diretamente vinculados à criação de valor para o cliente, e “processos de apoio”, que dão suporte aos processos relativos ao produto.

De forma análoga ao entendimento de gestão de processos, Lima-Goncalves (1999, p. 88) defende que os destinos dos pacientes atendidos em uma organização hospitalar, qualquer que seja a “porta de entrada”, dividem-se entre a internação - para atendimento clínico, cirúrgico ou obstétrico -, os Serviços de Diagnóstico e Tratamento - para a realização de algum exame complementar de esclarecimento de diagnóstico -, a alta definitiva ou a definição de uma data para retorno ao hospital.

Com base no desenho de processos de um importante hospital brasileiro, Silva (2004, p. 33) apresenta na Figura 2 a sua visão acerca dos serviços prestados por uma organização hospitalar:

PROCESSO	DESCRIÇÃO SUMÁRIA
Assistência ambulatorial	Modalidade de assistência em que o cliente é atendido em consultório, sem a necessidade de internação hospitalar, ou seja, sem necessidade de ocupar um leito no hospital
Serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento	Processo por meio do qual o cliente é atendido para coleta (ou entrega) de material biológico destinado à realização de exame especializado, e/ou para procedimento, com a finalidade de apoiar tecnicamente o diagnóstico ou tratamento
Assistência hospitalar	Modalidade de assistência precedida de internação (admissão) do cliente, que ocupa um leito hospitalar, para permanência igual ou superior a 24 horas, com a finalidade de diagnóstico e/ou tratamento
Procedimentos cirúrgicos	Modalidade de assistência com finalidade de tratamento ou procedimento cirúrgico, podendo ser ambulatorial ou por meio de internação hospitalar
Procedimentos obstétricos	Modalidade de assistência com a finalidade de tratamento ou procedimento obstétrico, podendo ser ambulatorial ou por meio de internação hospitalar

Figura 2 – Quadro dos processos relativos ao produto hospitalar.

Fonte: Silva (2004, p. 33).

Como contrapartida, Silva (2004, p. 33) também defende que muitos outros processos são imprescindíveis para o funcionamento adequado do hospital. Estes

casos o autor denomina de “processos de apoio”, conforme ilustrado na Figura 3, a seguir:

PROCESSO	DESCRIÇÃO SUMÁRIA
Engenharia	Manter a infra-estrutura de subsistência do complexo hospitalar, buscando, de forma integrada, a sua modernização
Administração de recursos materiais	Suprir as necessidades dos clientes internos com a qualidade e a quantidade esperadas, assegurando produtos e serviços a baixo custo e em tempo hábil na continuidade operacional da instituição
Administração de pessoal	Gestão de pessoas: fixação, satisfação, capacitação, remuneração, reconhecimento, avaliação de desempenho, captação, seleção, acompanhamento, desenvolvimento qualidade de vida e benefícios
Finanças	Maximizar os recursos econômico-financeiros da instituição por meio do gerenciamento do fluxo monetário e de sistemas de informação e comunicação
<i>Marketing</i>	Conquistar e manter clientes para a instituição, encantando-os e satisfazendo as suas necessidades
Nutrição e dietética	Assistência nutricional: produção e distribuição de alimentos
Documentação e pesquisa	Receber, classificar, organizar e manter os prontuários médicos e exames em condições de disponibilizar as informações neles contidas, aos médicos, pesquisadores, pacientes, familiares, bem como para a sua utilização para fins jurídicos

Figura 3 – Quadro dos processos de apoio.

Fonte: Silva (2004, p. 34).

Somam-se às peculiaridades organizacionais da estrutura hospitalar descritas nesta seção outras questões que influenciam a prestação de serviços de saúde pelas organizações hospitalares, conforme apresentado por Cerqueira (2004), com base em Borba (1991, p. 52). As principais, entre elas, são:

- a) o tipo de corpo clínico (médico);
- b) a natureza da assistência, ou seja, de especialidades médicas atendidas;
- c) o tempo médio de permanência dos pacientes internados.

Um dos fatores que exerce destacada influência nessa dinâmica da assistência hospitalar é o caráter do corpo clínico, seja ele “aberto”, “fechado” ou “misto”. O hospital que possui um corpo clínico fechado dispõe de quadro médico próprio,

contratado. Já o hospital que convive com um corpo clínico aberto não dispõe de médicos contratados, permitindo, a qualquer médico que atenda às suas exigências cadastrais, o encaminhamento de seus pacientes para a assistência. Estes médicos podem, ainda, atuar nos serviços do hospital, realizando os procedimentos próprios de sua atividade. O hospital de que possui corpo clínico misto associa as duas formas de atuação anteriormente descritas, possuindo profissionais contratados, mas permitindo a médicos externos o direito de encaminhar seus pacientes ao hospital (BORBA, 1991, p. 52).

O tipo do corpo clínico de um hospital determina, por exemplo, o fluxo e as influências na tomada de decisão pela escolha do hospital pelos pacientes. É notório que hospitais de “corpo clínico aberto” são muito dependentes do encaminhamento dos pacientes pelos seus médicos cadastrados.

Outro fator relevante é o perfil de morbidades que o hospital está apto a atender. Neste sentido, são verificados os hospitais gerais, que recebem pacientes de várias especialidades, sem restrições, ou os hospitais especializados, que se dedicam somente a pacientes de determinadas especialidades médicas, ou com um rol restrito de doenças (BORBA, 1991, p. 52).

O tempo médio de permanência do paciente em uma organização hospitalar, conforme assinala Borba (1991, p. 52), pode influenciar, na atualidade e sobremaneira, o seu papel no sistema de saúde. Sobressaem-se, assim, novas organizações que se voltam para atender demandas de menor complexidade e que necessitam apenas de curto período de internação dos seus clientes. É o caso dos hospitais-dia, ou ainda das clínicas que realizam pequenos procedimentos em regime ambulatorial. Em contraposição, encontram-se os hospitais de maior

complexidade e que estão capacitados a atender às demandas mais exigentes em termos de diversidade e de qualidade de recursos assistenciais.

2.2 A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR E O ESPAÇO GEOGRÁFICO

2.2.1 O conceito de espaço geográfico

Segundo Vasconcelos (2003), o conceito de “espaço” surge na filosofia, sendo desenvolvido por vários filósofos, dentre os quais se destaca Kant como aquele que lhe dá maior importância ao associá-lo ao conceito de “tempo” e defini-lo, *a priori*, como “uma representação” e, posteriormente, como “condição das possibilidades dos fenômenos”.

No mesmo sentido, Santos (1994) contrapõe o uso do “tempo histórico” como base do estudo geográfico e defende que a “simultaneidade dos diversos tempos sobre um pedaço da crosta da Terra é que seja o domínio propriamente da geografia” (SANTOS, 1994, p.164). É, portanto, na geografia, como ressalta Vasconcelos (2003, p. 21), que o conceito de “espaço” aparece como “o mais importante e mais abrangente”, tratando-se de um “conceito abstrato”, que “tem vários sentidos” – “intervalo, separação”, “lugar, porção da superfície”, “conjunto de superfícies”, “superfície terrestre” –, e “é freqüentemente acompanhado por uma noção qualificativa que ajuda a torná-lo mais concreto”. Vasconcelos (2003) prossegue, afirmando que, na geografia, encontram-se conceitos mais específicos e complementares como, por exemplo, “localização”, que precisa um ponto em relação a outros pontos, e “área”, que se refere a uma porção da superfície” (BRUNET; FERRAS; THERRY, 1993, p. 24; 193-194, *apud* VANCONCELOS, 2003).

A noção de espaço é defendida por Santos (1999) para ser compreendida como “um conjunto indissociável de sistemas de objetos e sistemas de ações” (SANTOS, 1999, p. 19). Assim, acredita ele que se torna possível reconhecer suas categorias analíticas internas, tais como “a paisagem, a configuração territorial, a divisão territorial do trabalho, o espaço produzido ou produtivo, as rugosidades e as formas-conteúdo”. Da mesma forma, este autor levanta a questão dos recortes espaciais e propõe debates de questões como “o da região e o do lugar” assim como “o das redes e das escalas” (SANTOS, 1999, p. 19).

Nos dias de hoje, Vasconcelos (2003) conclui, com base em Dauphiné (1991, *apud* VASCONCELOS, 2003, p. 22), que o “espaço geográfico” é um “conceito abstrato”, que é construído sobre o “espaço terrestre”, um “objeto concreto”, “real”, e “permite descrever, compreender, explicar e agir sobre o objeto concreto (real) espaço terrestre”, isto é, a realidade.

Na dimensão sociológica, Castells (1999, p. 435), afirma que “o tempo e o espaço são as principais dimensões materiais da vida humana” e “mesmo crianças em idade escolar já sabem que estas dimensões relacionam-se entre si”. O autor entende que o “espaço é a expressão de uma sociedade” e afirma que “as formas e os processos espaciais são constituídos pela dinâmica de toda a estrutura social”. Com isso, pode-se estabelecer um paralelo entre as mudanças ocorridas na sociedade atual e as novas formas como as organizações estabelecem a ocupação do espaço. Neste sentido, ele sintetiza:

Espaço é a expressão da sociedade. Uma vez que nossas sociedades estão passando por transformações estruturais, é razoável sugerir que atualmente estão surgindo novas formas e processos espaciais (CASTELLS, 1999, p. 435).

Nos estudos organizacionais, como observa Mac-Allister (2003, p. 1), o “espaço”, embora sistematicamente ignorado e eventualmente abordado através de conceitos relacionados a “local/global”, “lugar”, “ambiente”, constitui-se em um tema emergente, o que se faz notar em publicações e eventos do campo.

De modo análogo, Fujita, Krugman e Vernables (2002, p.11) afirmam que “a economia convencional tem tradicionalmente prestado muito pouca atenção à localização da atividade econômica – às escolhas que empresas e famílias fazem em relação a onde produzir e consumir e a como estas escolhas interagem (...)”, mas “desde aproximadamente 1990 houve um renascimento (...) do trabalho teórico e empírico em relação aos aspectos espaciais da economia” (FUJITA, KRUGMAN e VERNABLES, 2002, p.11).

2.2.2 Fundamentos da teoria da localização

Na literatura, são encontrados dois campos de conhecimento que contribuíram fundamentalmente para a elaboração das principais teorias de localização: a Economia Urbana, originada dos estudos de Johann Heinrich Von Thünen, em 1826, e a Ciência Regional, inspirada nos achados de Christaller, em 1933, e Lösch, em 1940 (FUJITA, KRUGMAN e VERNABLES, 2002, p.41-42).

Segundo esses autores, apesar dos economistas da atualidade ainda pesquisarem pouco sobre como a economia organiza seu uso do espaço, quando o fazem voltam-se para os modelos criados por Johann Heinrich Von Thünen.

Convém lembrar que Thünen foi um grande influenciador dos trabalhos desenvolvidos pela Escola Histórica Alemã, a mesma que deu origem ao que se chama de Economia Urbana, pesquisando, desde o início do século XIX, a existência de leis naturais na evolução espacial das estruturas econômicas e

contestando, assim, a validade universal da Teoria Geral da Escola Clássica, defendida por David Ricardo. A Alemanha, naquele período, apresentava uma economia semifeudal, porém conseguiu em um curto período igualar-se a outros países europeus, permitindo uma rápida industrialização, com uma grande contribuição de economistas e geógrafos que desenvolveram vários estudos sobre a Teoria da Localização (FUJITA, KRUGMAN e VERNABLES, 2002, p.41-42).

Nos seus estudos, Thünen utilizava-se da agricultura para procurar explicar as distâncias das atividades agrícolas em relação ao centro de consumo, originando a teoria sobre a renda da terra. Segundo Fujita, Krugman e Vernables (2002, p.32), Thünen mostrou que, caso houvesse uma concorrência não-planejada entre colonos e proprietários de terras, esta situação “levaria a um gradiente de aluguéis de terra que declinaria de um máximo na cidade (consumidora) a zero, no limite mais afastado de cultivo”. Com base nesses estudos os autores defendem a existência de um ponto de equilíbrio entre os custos de transporte e o custo do aluguel da terra. Eles ainda apontam a tendência para a formação de padrões de anéis concêntricos de produção, resultante da variação dos custos de transporte em função do tipo de produto agrícola. Ou seja, em função do custo de transporte específico de determinada produção agrícola, estabelece-se uma distância tal que compensa o custo de aluguel, formando assim anéis homogêneos de produção.

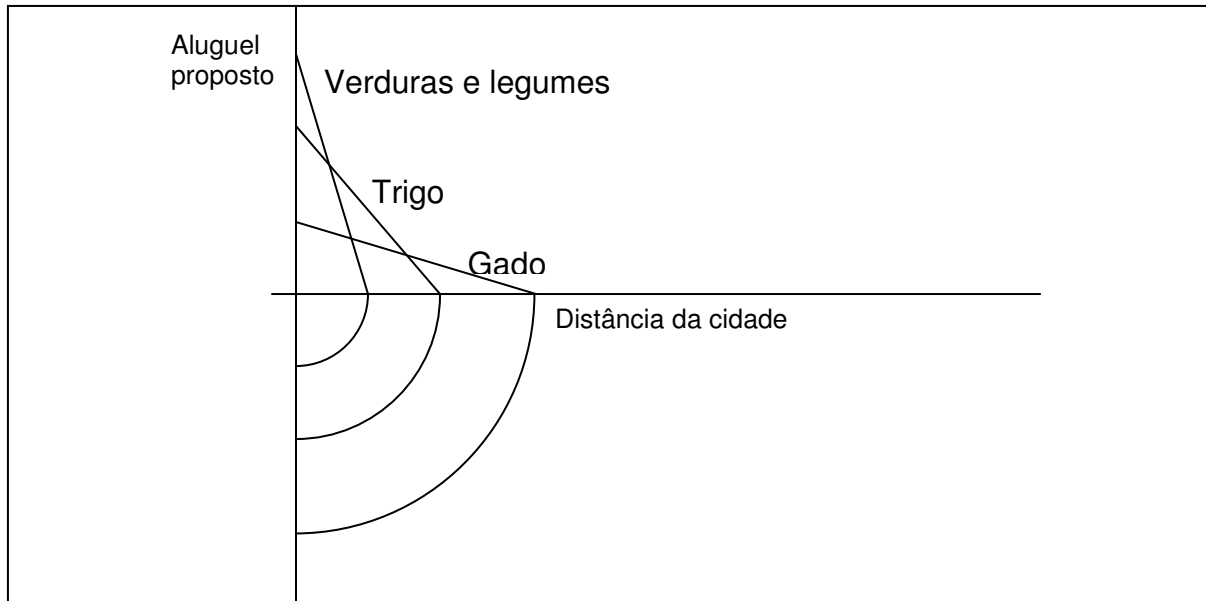


Figura 4 – Gráfico contendo as curvas de aluguel proposto e uso da terra (FUJITA; KRUGMAN; VERNABLES, 2002, p.32)

No entanto, ainda segundo Fujita, Krugman e Vernables (2002, p.34-40), apesar dos estudos de Thünen ainda apresentarem grande admiração, tendo inclusive inspirado estudos que analisam situações internas de uma região urbana, como o Modelo de Cidade Monocêntrica desenvolvido por Alonso (1964 *apud* FUJITA; KRUGMAN e VERNABLES, 2002), entre outros estudiosos, verifica-se que eles “apresentam limitações óbvias”, especialmente pelo fato dessas teorias explicarem o “porquê” e o “como” essas atividades se espalham, uma vez que esteja instalada uma aglomeração (demanda centralizada), não explicando consistentemente como tais efeitos de aglomeração se comportam, ou seja, como se dá a dinâmica da demanda.

Ao mesmo tempo, a modelagem da geografia econômica, segundo Fujita, Krugman e Vernables (2002, p.41-42), se desenvolve também em um campo de conhecimento chamado de Ciência Regional, de origem alemã, mas que se tornou conhecido no idioma inglês pelos trabalhos de Walter Isard (1956). Este campo de

conhecimento destacou-se especialmente pela Teoria da Área Central ou Teoria das Localidades Centrais, desenvolvida por Christaller (1933) e Lösch (1940), que busca explicar o padrão dos tamanhos e localizações das cidades.

A Teoria da Área Central admite que, em uma cidade, seus habitantes apresentam diversas demandas e que as empresas que ofertam esses produtos e serviços não podem ser uniformemente dispersas porque estão sujeitas a economias de escala. Dessa forma, supõe que o equilíbrio entre as economias de escala e os custos com transporte levam ao surgimento de um entrelaçado de “áreas centrais”, cada uma servindo aos moradores do entorno. Christaller (1933 *apud* FUJITA, KRUGMAN e VERNABLES, 2002, p.42) defende, ainda, que as “áreas centrais” formam uma hierarquia, enquanto Lösch apontou que, se um entrelaçado for minimizar os custos de transporte para determinada densidade de “áreas centrais”, as áreas de mercado deverão ser hexagonais. Esses mesmos autores ressaltam que:

Pequenas regiões de comércio de bairro são espalhadas pelas bacias que circundam regiões maiores com lojas mais especializadas, todas finalmente se aglomerando no centro da cidade, com suas grandes lojas de departamento e butikues de última moda (FUJITA, KRUGMAN e VERNABLES, 2002, p.42).

Na compreensão de Fujita, Krugman e Vernables (2002), as idéias básicas desta teoria parecem poderosamente intuitivas e que ela não pode ser admitida como um modelo causal, já que não contempla as questões sobre como o fenômeno surge, ou seja, como se dão as interações das decisões tomadas pelas famílias (consumidores) e as empresas (ofertantes). Dessa forma, concluem que é uma teoria que serve como “um esquema de classificação, uma maneira de organizar nossas percepções e nossos dados. Ela é mais uma descrição que uma explicação

da estrutura espacial da economia” (FUJITA, KRUGMAN e VERNABLES 2002, p. 42-43).

Outra questão relevante, relacionada à Ciência Regional, é a análise de potencial de mercado que leva em conta a existência de outros fatores em iguais condições (vide custo de aluguel, economia de escala, etc.), influenciando a preferência dos produtores por locais que ofereçam melhor acesso aos clientes. Dessa forma, avaliar os potenciais de mercado torna-se vital para descrever as vantagens de proximidade de diferentes localizações. Fujita, Krugman e Vernables (2002, p.49) apresentam a equação que tipicamente descreve a avaliação do potencial de uma determinada localização, ponderando o poder de compra de uma determinada população inversamente à distância em relação ao local de consumo. Na fórmula, apresentada a seguir, “Mr” é, propriamente, o potencial de compra em “r”, que é algum local de compra, “s” é a área avaliada, “Drs” é a distância entre o local de compra e a área e “Ps” é o potencial de compra em “s”:

$$M_r = \sum 1/D_{rs} \times P_s$$

2.2.3 Regionalização e hierarquização do SUS: a experiência do sistema público

Os dados apresentados por Vasconcellos (1997) mostram que o comportamento do número de estabelecimentos de saúde públicos e privados, no Brasil, desde a década de 1960, teve lógicas e fases distintas. Para ele, nenhuma destas fases foi determinada pela estrutura epidemiológica da população. O setor privado sempre teve o lucro como base das decisões, enquanto que no setor público a lógica originou-se em aspectos clientelísticos, a partir de campanhas e programas.

Ao defender que, hoje em dia, a questão da gestão do setor público não se resume a definir quanto deve se gastar, mas sim como fazer um uso efetivo dos recursos existentes, Vasconcellos (1997) afirma que raras vezes a localização espacial dos sistemas de saúde tem um papel importante nos debates. Para o autor, muitos dos problemas atuais poderiam se resolver com uma localização e/ou com uma área de atração que potencialize o uso dos recursos, o que justificaria a sua pesquisa.

Nos últimos 25 anos, segundo Galvão, Nobre e Vasconcellos (1999), as propostas de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde no Brasil vêm sendo apresentadas como necessárias para uma assistência de melhor qualidade com menor custo e, apesar da vasta legislação sobre o assunto, as iniciativas tiveram pouco êxito no sistema público de saúde. O intuito dessas propostas, segundo o Ministério da Saúde (2001, p. 5), é “garantir o acesso de todos os cidadãos brasileiros a ações de saúde resolutivas e de boa qualidade em todos os níveis de atenção (...)”. Diante do que é divulgado pelo Ministério da Saúde, percebe-se claramente uma busca pela consecução dos princípios da “eqüidade” e “acessibilidade” dos serviços de saúde no Brasil.

A criação do SUS, pelo governo federal do Brasil, e os princípios norteadores desse modelo de saúde pública estabelecem uma importante experiência para o entendimento a respeito do desenvolvimento de redes de atendimento de saúde. Um documento oficial do Ministério da Saúde (2000, p. 5) aponta a Constituição federal de 1988 como o passo importante para este processo, conforme é descrito a seguir:

É possível apontar a Constituição de 1988 como um grande divisor de águas no que tange à noção de saúde no Brasil. O Congresso Constituinte catalisou as transformações que vinham ocorrendo por meio de intensas discussões inspiradas e impulsionadas a partir da base da sociedade que foram materializadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em

1986. As resoluções dessa conferência deram o mote para a configuração constitucional adotada para a Saúde. Assim, a criação do SUS pode ser apontada como uma das maiores conquistas sociais da Constituição de 1988. As regulamentações que surgiram e vêm surgindo no nível infraconstitucional procuraram e têm procurado regulamentar seus princípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p. 5).

O Ministério da Saúde (2000, p. 6) também afirma que a Constituição de 1988 concretizou princípios que podem ser divididos em duas ordens distintas, mas inter-relacionadas entre si: são os princípios éticos/doutrinários e organizacionais/operativos. Os primeiros podem ser resumidos na universalidade, na equidade e na integralidade, enquanto os segundos se resumem na descentralização, na regionalização e na hierarquização da rede, e participação social. É salientado o seguinte:

É importante observar que, na lógica adotada pela Constituição, os princípios éticos/ doutrinários e organizacionais/ operativos constituem um todo interdependente que deve desenvolver-se em constante interação. Ou seja, para que se materializem os primeiros é necessário que os segundos estejam devidamente estruturados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p. 6).

Os princípios estabelecidos na Constituição de 1988 exigiram a publicação de um conjunto de normas e regulamentações específicas que desencadeou um processo de descentralização intenso, transferindo para os Estados e, principalmente, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 5).

Para Vasconcellos (1997), o processo de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde está intimamente relacionado com a transferência de responsabilidades para os governos locais que, por sua vez, está vinculada ao movimento de centralização e descentralização de responsabilidades no governo central.

Neste sentido, o Ministério da Saúde apresenta os conceitos de regionalização e hierarquização de forma integrada e aponta a regionalização como “a distribuição espacial dos serviços de modo a atender às necessidades da população por regiões e em diferentes níveis de complexidades” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p. 6).

No âmbito da regionalização, encontra-se a categoria “âmbitos de atenção” apresentada e definida pelo Ministério da Saúde (2002, p.10), conforme é descrito a seguir:

Base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 10).

O mesmo documento indica que, no Brasil, “dependendo do modelo de regionalização adotado pelo Estado, a região pode ser dividida em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.10).

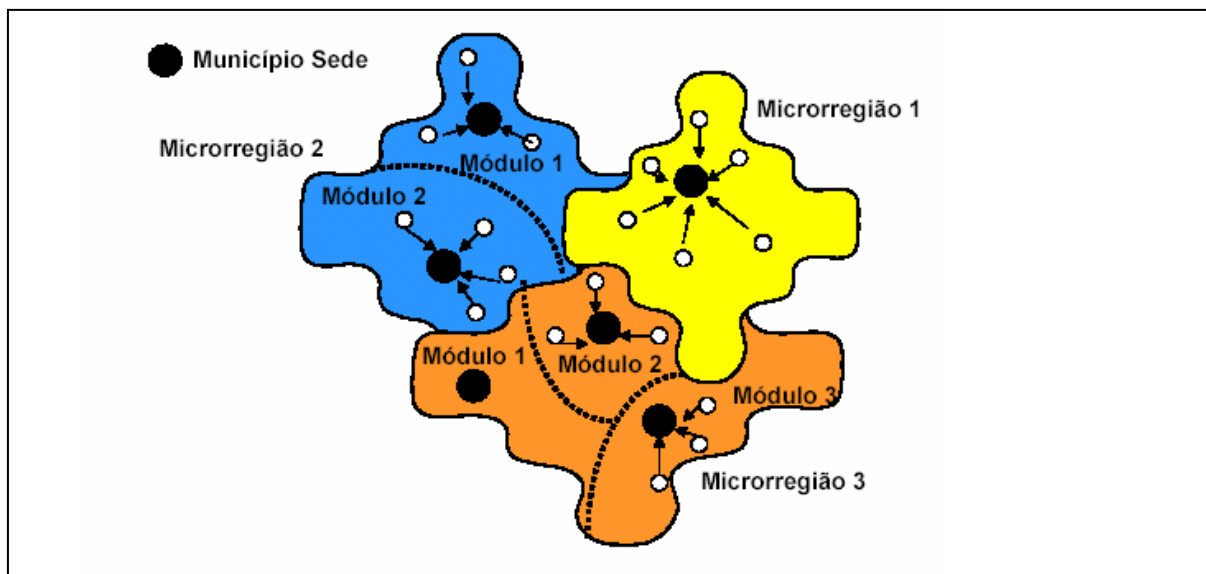


Figura 5 – Base territorial do planejamento de assistência à saúde.
Fonte: Ministério da Saúde (2001).

O Ministério da Saúde (2001, p. 15) afirma que a operacionalização do processo de regionalização contempla a integração dos serviços de saúde em forma de redes, que se articulariam para atender a territórios ou populações definidas. A condição do seu funcionamento se daria em função dos mecanismos de comunicação entre os pacientes e do fluxo dos pacientes atendidos, conforme é descrito:

Uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 15).

O conceito de hierarquização, associado aos serviços de saúde, é apresentado pelo autor através da:

Diferenciação da capacitação tecnológica das unidades, em forma crescente de complexidade, estando articulado ao conceito de risco ou de necessidade assistencial, que é a chance de um paciente apresentar problemas requerendo, portanto, determinadas tecnologias durante seu atendimento (VASCONCELLOS, 1997, p. 20).

E, mais ainda:

Hierarquizar significa estruturar, em forma crescente de complexidade, a oferta de tecnologias pelas unidades de saúde, em um espaço geográfico delimitado, considerando um determinado perfil de necessidades (...), a fim de montar um sistema de referência conforme a necessidade dos casos (VASCONCELLOS, 1997, p. 20).

De modo análogo, Vasconcellos (1997) também define “nível assistencial” como “a capacidade tecnológica necessária para atender cada uma das situações de

risco” e ilustra níveis assistenciais diferenciados, tais como ambulatório, maternidade, centro de neonatologia e Hospital Geral, estes em ordem de crescente complexidade.

Um conceito semelhante é apresentado pelo Ministério da Saúde e denominado de “nível de atenção”. Ele é compreendido pelo tipo de serviço prestado, envolvendo desde ações preventivas de saúde até procedimentos que requeiram altos investimentos em equipamentos e pessoal capacitado. Neste sentido, o Ministério da Saúde (2003) no seu Glossário de Termos em Saúde apresenta as definições das seguintes categorias:

- a) atenção básica, que “é um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltada para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação;
- b) atenção de média complexidade, que “compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática e clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do país;
- c) atenção de alta complexidade que “é composta por procedimentos que exigem incorporação de altas tecnologias e de alto custo e que não são ofertados por todas as unidades de federação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Tais configurações conceituais de planejamento da distribuição de serviços de saúde, apesar de amplamente discutidas na literatura, não apresentam referências específicas para os serviços privados, tais como os hospitais atuantes no mercado suplementar.

Quanto às responsabilidades de gestão, dentro do modelo proposto para o SUS, ou seja, a designação do papel de cada ente federado (União, Estado e Município) na execução dos serviços de saúde demandados, o Ministério da Saúde estabelece que deva ser instituído, em nível estadual, o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o qual é fundamentado da seguinte maneira:

O PDR fundamenta-se na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001b).

O Ministério da Saúde (2003) afirma que a importância da regionalização como forma preferente e até insubstituível de organização de serviços de assistência à saúde é reconhecida universalmente. Com base nessa importância, são enfatizadas algumas razões que justificam a implantação do modelo de regionalização, no Brasil:

- a) a regionalização viabiliza a integralidade da atenção, ordenando as referências e organizando o acesso a todos os níveis de complexidade, assegurando, assim, maiores níveis de equidade e melhor resolutibilidade do atendimento;
- b) a regionalização aumenta a eficiência global no uso dos recursos do sistema, ajustando melhor as dimensões da oferta (capacidade

instalada de produção), especialmente de serviços mais complexos, às necessidades e demandas, inclusive evitando duplicações, excessos e subutilizações;

- c) uma conseqüência importantíssima do item anterior é que a regionalização permite a melhor identificação das necessidades de investimento, ensejando a preparação de políticas e planos mais integrados e melhor fundamentados;
- d) a regionalização dinamiza a descentralização assegurando a complementaridade das gestões descentralizadas e a unicidade funcional do sistema e, ao fazê-lo, requer uma participação institucional solidária, complementar entre os diversos gestores e operadores, e responsável, e facilita o desenvolvimento da participação e controle sociais;
- e) a regionalização, em conseqüência, é condição para uma atenção mais completa e de maior qualidade que redundando em mais eficácia e satisfação sociais.

Dessa forma, percebe-se que o processo de regionalização e hierarquização apresenta objetivos sociais concatenados com os princípios norteadores das políticas de saúde pública, principalmente os princípios da equidade e da acessibilidade dos serviços de saúde.

2.2.4 Acessibilidade da organização hospitalar

Segundo Borba (1991, p. 45), a OMS conceitua a organização hospitalar da seguinte maneira:

Um elemento de organização de caráter médico-social, cuja função consiste em assegurar assistência médica completa, curativa e preventiva à determinada população e cujos serviços externos se irradiam até a célula familiar considerada em seu meio; é um centro de medicina e de pesquisa biossocial.

A definição da OMS delimita a abrangência de atuação do hospital ao indicar que a sua atividade é voltada “à determinada população”. Por sua vez, Borba (1991, p. 45) afirma que a abrangência de atuação do hospital pode ser determinada em função dos aspectos “geográficos, econômicos e de especialidade”. Para o autor, a questão geográfica está relacionada à população potencialmente abrangida pelo raio de ação do hospital. Este raio pode ser delimitado ainda em função do porte da instituição.

Assim, emerge da definição da OMS uma compreensão acerca da interação da organização hospitalar com o “espaço geográfico”, seja em função da localização que ocupa, das regiões que potencialmente estão mais aptas a atender à população residente, ou ainda em função da sua relação com o restante da rede assistencial de saúde que o cerca.

De modo análogo, alguns autores tratam dessa questão sob a égide da condição de “acessibilidade” dos serviços de saúde. Cosenza (2002) defende que esta compreensão está ligada ao princípio da “equidade”, definida por Unglert (1990) como “a igualdade no acesso à saúde e deve ser promovida como um direito de todo cidadão” (UNGLERT, 1990, p. 445).

O princípio da “equidade”, segundo Cosenza (2002), está presente nas políticas públicas dos países membros da OMS desde a década de 70, quando foi adotada unanimemente a “Estratégia Global de Saúde para Todos no ano 2000”, “apoiada em um conjunto de valores cujos eixos são a equidade, a solidariedade e a

sustentabilidade”. Para a autora, no Brasil, a Constituição federal, de 1988, no seu artigo nº 196, e, posteriormente, a lei 8.080/90, de acordo com as diretrizes constitucionais, estabelecem o arcabouço legal que sustenta a preocupação do Estado com o princípio da “eqüidade”, dentre outros apontados como diretrizes das políticas sociais e econômicas públicas.

A condição de acesso aos serviços de saúde, ou seja, a “acessibilidade” é definida por Cosenza (2002, p. 5) como sendo a “disponibilidade e sua adequada cobertura, com igualdade de oportunidade na sua utilização”. A autora destaca que outras questões, além da perspectiva geográfica, devem ser consideradas para a avaliação da real oferta de serviços, tais como uma visão econômica, organizacional e sociocultural, cabendo uma adequação do conceito a cada realidade e região estudada.

Segundo Unglert (1990), uma vez que a “acessibilidade” dos serviços de saúde é um fator de fundamental importância para que a “eqüidade” seja concretizada, essa “acessibilidade” deve ser garantida com base nos seguintes pontos de vista:

- a) geográfico, através do adequado planejamento da localização dos serviços de saúde;
- b) econômico, pela remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário;
- c) cultural, com a adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem;
- d) funcional, através de oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população (UNGLERT, 1990, p. 445).

Na literatura, o conceito de “acessibilidade”, sob a perspectiva espacial, é desenvolvido como um indicador da qualidade de vida da população, sendo aplicado, especialmente pelos estudos de engenharia, “na avaliação de alternativas de configuração de sistemas de transporte, alternativas de localização de facilidades e alternativas para o atendimento de necessidades sociais de grupos particulares” (WACHS e KOENIG, 1979, *apud* RAIA JUNIOR, 2000, p. 14).

A compreensão acerca do conceito de “acessibilidade” espacial é sintetizado por Raia Junior (2000) ao afirmar que ele pode ser definido, de uma forma geral, como “uma medida de esforço para se transpor uma separação espacial, caracterizada pelas oportunidades apresentadas ao indivíduo ou grupo de indivíduos, para que possam exercer suas atividades (...)” (RAIA JUNIOR, 2000, p. 19). Neste sentido, as “oportunidades” podem ser compreendidas também como as ofertas de serviços de saúde, públicos ou privados, voltados a atender as necessidades da população.

2.2.5 Distribuição dos prestadores de serviços de saúde

Conforme já foi visto anteriormente, Castell (1999, p. 435) considera que o “espaço geográfico”, assim como seus conceitos complementares, representa uma dimensão material que possibilita a interpretação acerca da dinâmica da estrutura social.

A categoria “localização”, definida como a forma de precisar um ponto em relação a outros pontos, relaciona-se, intimamente, com o conceito de distribuição, ou seja, a organização dos objetos no espaço. Enquanto o primeiro conceito volta-se para uma análise pontual, o segundo estabelece uma forma dinâmica e integrada de analisar a realidade de determinada estrutura espacial (VASCONCELOS, 2003).

A definição de modelos de localização de prestadores de serviço de saúde, em síntese, determina a lógica que orienta a distribuição destes estabelecimentos, formando sistemas que atendem a premissas preliminarmente definidas.

2.2.5.1 Planejamento

Essa definição preliminar é o que, comumente, se denomina de planejamento. Frente à necessidade da constituição de sistemas que garantam uma melhor condição de acessibilidade espacial da população aos serviços de saúde, emerge a questão do planejamento da distribuição destes estabelecimentos. O planejamento é, então, definido pela Organização Pan-americana de Saúde (1975, *apud* MAÇADA e BECKER, 1994), como a previsão para obter melhor utilização e aproveitamento dos recursos, com o objetivo de conseguir a maior satisfação possível das necessidades de uma determinada população. Maçada e Becker (1994, p. 34) afirmam, no entanto, que apesar da preocupação da Organização Pan-americana de Saúde em estabelecer tal definição e de ter oferecido subsídios para a sua operacionalização, ela ainda não conseguiu fazer com que o planejamento em saúde seja caracterizado como uma atividade técnico-administrativa.

Maçada e Becker (1994), em um estudo que propõe um sistema de apoio à tomada de decisão, defendem que: “o desenvolvimento de uma ferramenta de planejamento das ações é de grande valia para o SUS e, também, para auxiliar administradores da área da saúde em suas tomadas de decisões (MAÇADA e BECKER, 1994, p. 33).

Para esses autores, os conhecimentos acumulados pela indústria não satisfazem às necessidades específicas da saúde, havendo fortes evidências de que

a falta de ferramentas tem provocado problemas no sistema de saúde, tanto nos países subdesenvolvidos, como nos países do Primeiro Mundo. Serra (1991) indica, ainda, que “o problema da localização dos centros de assistência à saúde e da definição de suas respectivas áreas de cobertura é especialmente relevante em zonas urbanas” (SERRA, 1991 *apud* MAÇADA e BECKER, 1994, p. 33).

Neste sentido, verifica-se na literatura algumas pesquisas nacionais e internacionais que apresentam propostas de formulação de modelos matemáticos que auxiliem no processo de planejamento da distribuição dos serviços de saúde, se aproveitando dos novos recursos disponíveis da microinformática (MAÇADA e BECKER, 1994; VASCONCELLOS, 1997).

Vasconcellos (1997) enfatiza que os modelos matemáticos de localização “situam-se entre os modelos de otimização, bastante utilizados em Pesquisa Operacional, na qual um determinado objetivo é otimizado a partir do tratamento de um conjunto de variáveis” (VASCONCELLOS, 1997, p. 34). Segundo ele, tais modelos auxiliam na seleção de quais decisões (variáveis) empreender, uma vez que as opções competem entre si. Dessa forma, “o objetivo de um problema de localização envolve minimização do tempo ou distância percorrida entre áreas de demanda e localização potencial dos serviços” (VASCONCELLOS, 1997, p. 34).

2.2.5.2 Modelo hierarquizado

Ainda na abordagem que faz sobre a localização, Serra (1993, *apud* VASCONCELLOS, 1997), reafirma que os primeiros modelos práticos de localização começaram a ser desenvolvidos a partir dos anos da década de 1960, tanto para

instalações privadas, como públicas, e tiveram como sua base o modelo de hierarquia, presente na Teoria da Área Central de Christaller (1933) e Lösh (1940).

Nas palavras de Vasconcellos (1997): “nessa teoria está implícito o entendimento de que, para alcançar o serviço necessário, um paciente tem que se deslocar até uma instalação de saúde apropriada. Isto, usualmente, depende do tipo de especialista que ele necessita” (VASCONCELLOS, 1997, p. 31).

É, também, feita por Vasconcellos (1997) a apresentação do sistema de serviços de saúde “como uma hierarquia teórica de localizações, com graus equivalentes de atuação”, defendendo que “a distância percorrida [pelo usuário] variará de maneira regular dependendo tanto do tamanho do serviço, quanto das especialidades oferecidas” (VASCONCELLOS, 1997, p. 31). Verifica-se, assim, na sua exposição, que quanto mais complexo é o serviço de saúde, maior pode ser a distância percorrida pelo usuário. Dessa maneira, serviços de diferentes características se entrelaçam, vinculando-se a essa hierarquia, de acordo com a população que vive dentro de seus limites, desde que seja suficiente para sustentar a sua existência.

A abrangência de atuação dos serviços de saúde seria determinada, segundo Vasconcellos (1997), pela noção de que: “serviços baratos, de demanda regular (baixa ordem) serão comprados de um fornecedor local, enquanto que serviços caros, de demanda irregular (alta ordem) serão comprados mais longe, no exterior” (VASCONCELLOS, 1997, p. 35).

Vasconcellos (1997) afirma, ainda, que os estudos de Thomas (1992, *apud* VASCONCELLOS, 1997) propõem que a superposição hierarquizada de hexágonos entrelaçados (concepção gráfica da teoria do Lugar Central) fornece uma razoável base para localização de serviços de saúde. Nos vértices centrais estão localizados os hospitais, servindo à população total, e capazes de fornecerem todas as

condições de atenção à saúde. No centro dos hexágonos menores estão localizados os serviços primários, cada um servindo a sua população local. Dessa maneira, sua distribuição é dita como eficiente porque os mecanismos de vinculação de áreas de demanda aos serviços permitem que todos trabalhem com sua capacidade total, minimizando o custo total da distância percorrida por todos os pacientes.

Desta compreensão, infere-se ainda que “alguns serviços são economicamente viáveis em muitas localizações, enquanto outros devem restringir-se a poucos lugares” (THOMAS, 1992, *apud* VASCONCELLOS, 1997, p.32), já que são conhecidas as variações de custo e o volume de pacientes demandantes de diferentes serviços de saúde.

Esta questão se complementa com as definições dos níveis de hierarquia das organizações prestadoras de serviços de saúde, conforme apresentado por Iazigi (1996):

- a) cuidados preventivos, voltados a evitar o aparecimento de doenças através de educação e medidas de prevenção básicas, em clínicas de planejamento familiar, programas de vacinação, escolas de educação para a saúde, dentre outros;
- b) cuidados primários, orientados para o diagnóstico de doenças em estágios iniciais ou em cuidados de rotina, em clínicas médicas, postos de saúde em bairros, unidades de saúde em indústrias;
- c) cuidados secundários cujo foco é o tratamento de emergência e o cuidado intensivo, demandando um elaborado e constante processo de diagnóstico e acompanhamento, em hospitais com serviços clínicos e cirúrgicos, em geral, departamentos de emergência em hospitais;

- d) cuidados terciários, voltados para cuidados médicos super especializados que atendam pacientes em uma extensa área geográfica, em hospitais especializados em doenças crônicas ou hospitais gerais com equipamentos de alta tecnologia e especialidades são os únicos tipos de organizações deste tipo;
- e) cuidados restaurativos, que objetiva o acompanhamento do paciente, seja em fase pós-operatória, em cuidados de rotina, reabilitação ou cuidados domésticos, em Internação domiciliar, centros de reabilitação, casas de repouso, entre outros;
- f) cuidado contínuo, voltados ao atendimento de pessoas que necessitam de cuidados de saúde a todo momento, em função de doenças crônicas, de cuidados pessoais ou de problemas psiquiátricos, em centros geriátricos, enfermagem domiciliar, centros psiquiátricos (IAZIGI, 1996, p. 14-15).

A distinção dos prestadores de serviços de saúde é feita em três níveis, conforme o grau de complexidade de atenção que oferecem à população, indicando uma possibilidade de hierarquização destes, conforme a síntese de Oliva e Borba (2004):

- a) atenção primária, responsável pela entrada do indivíduo no sistema de saúde através, principalmente, nos serviços prestados em ambulatórios e consultórios;
- b) atenção secundária, correspondente ao atendimento pelo profissional intermediário por meio de instituições de médio porte;

c) atenção terciária, composta por hospitais especializados (OLIVA e BORBA, 2004, p. 36).

2.2.6 Áreas geográficas de demanda

Vasconcellos (1997), preocupado com a heterogeneidade da distribuição da população com riscos de adoecer, cita Paul (1985) que sintetiza a atenção que deve ser dada à determinação das áreas geográficas de demanda, com as seguintes palavras:

Muitas vezes, a distribuição da população como um todo é usada para estimar necessidades. Entretanto, como as doenças são desigualmente distribuídas, dentro de uma dada população, é preferível usar a população sob risco de uma determinada doença para estimar necessidades (PAUL, 1985 apud VASCONCELLOS, 1997, p. 34).

Essa preocupação suscita a necessidade do cuidado a ser tomado com a forma de estruturação das áreas geográficas de demanda, acrescentando um novo grau de complexidade à formulação dos modelos de localização, contemplando ainda outros elementos, dentre os quais são citados as “características demográficas, de morbi-mortalidade e ambientais, transportes, distâncias e tamanho dos serviços” (VASCONCELLOS, 1997, p. 34).

Para tanto, Vasconcellos (1997) apresenta estudos que têm sido feitos sobre análise de “pequenas áreas” como uma ferramenta de apoio à decisão gerencial. Citando Bosanac e Hall (1981), o autor afirma que tal metodologia tem por base a análise de dados da distância da residência do paciente aos serviços de saúde, de variáveis demográficas, socioeconômicas, das práticas médicas, dos recursos humanos disponíveis em saúde, da demanda pelos serviços de saúde e de padrões

de origem-destino das hospitalizações. Segundo ele, os levantamentos indicam que tal metodologia tem permitido o uso valioso de registros administrativos para a localização de cuidados clínicos, a estruturação de áreas geográficas de demandas com populações homogêneas, assim como a constituição de “regiões de saúde”.

Outro uso comumente apontado é a avaliação da variação de taxas de utilização hospitalar entre pequenas áreas, base para a alocação de recursos e definição de mercados hospitalares. Neste sentido, Thomas e outros (1981) defendem, com base no tradicional conceito de que cada hospital é responsável pela assistência a uma comunidade definida, que “o planejamento de serviços eficientes requerem a identificação das comunidades a serem servidas” e que, nesse processo, geralmente, as regiões são compostas de numerosas áreas geográficas básicas (THOMAS, 1981 *apud* VASCONCELLOS, 1997, p. 30).

2.3 CONCEITOS MERCADOLÓGICOS APLICADOS À REALIDADE HOSPITALAR PRIVADA

2.3.1 Do marketing de serviços ao marketing hospitalar

O setor de serviços, conforme já foi visto na seção introdutória, tem despertado a atenção da literatura científica na atualidade, principalmente em função da relevância que tem assumido em diversas economias em todo o mundo. Neste mesmo sentido, o uso das técnicas do *marketing* junto às organizações pertencentes e este grupo tornou-se um tema que despertou a necessidade e o interesse de estudos e publicações diversas (LOURES, 2003, p. 2).

No entanto, o uso das técnicas do *marketing* na área de saúde demorou mais a consolidar-se. Nos Estados Unidos, segundo Loures (2003, p. 2-3), por volta de

1970, o Evanston Hospital foi um dos primeiros a organizar algumas funções de *marketing*, tendo contado, inclusive, com a ajuda do professor Philip Kotler. Em 1980, o *marketing* tornou-se essencial para os prestadores de serviços de saúde norte-americanos. No Brasil, no entanto, até os dias atuais, o que se observa é a baixa produção acadêmica e uma pequena oferta de publicações sobre o assunto.

Grönroos (2003) argumenta que a definição do conceito de *marketing* de serviços está relacionada ao delineamento do próprio conceito de serviços. Neste sentido, ele apresenta a seguinte definição:

Um serviço é um processo, consistindo em uma série de atividades mais ou menos intangíveis que, normalmente, mas não necessariamente sempre, ocorrem nas interações entre o cliente e os funcionários de serviço e/ou recursos ou bens físicos e/ou sistemas do fornecedor de serviços e que são fornecidas como soluções para problemas do cliente (GRÖNROOS, 2003, p. 65).

Para Grönroos (2003, p. 64-80), a prática do *marketing* de serviços só ocorre quando a organização vende o serviço como elemento central de sua oferta. Ao contrário disso, quando os serviços forem tratados como meios de competição e o elemento central for um bem físico, devem ser aplicadas as ferramentas tradicionais. Ele defende que, enquanto no caso de bens físicos “produção e consumo são processos separados um do outro no tempo e no espaço”, no caso das empresas prestadoras de serviços, estes dois processos ocorrem simultaneamente com interações entre o consumidor e os recursos de produção. Desta maneira, “não há espaço para o papel tradicional do *marketing* como construtor de pontes [entre a produção e o consumo] e isso pode ser considerado como a essência do *marketing* de serviços” (GRÖNROOS, 2003).

Neste sentido, Loures (2003) demonstra, com base em outros pesquisadores, que as definições de serviços evoluíram da condição de acessório de um bem físico para uma condição de independência. Dessa forma, tornou-se evidente que os serviços possuem características que os distinguem dos bens físicos e que, portanto, exigem estratégias adequadas para lidar com elas.

Ao menos quatro características peculiares de empresas prestadoras de serviços, em geral, influenciam na elaboração de seus programas de *marketing*, conforme apresentado a seguir:

- a) a inseparabilidade: ao contrário dos bens materiais, os serviços, de modo geral, são produzidos e consumidos simultaneamente e dentre as implicações deste fato está a influência da pessoa prestadora do serviço e do cliente no seu resultado, que participam de todo o processo;
- b) a perecibilidade: compreendida como uma consequência direta da questão da inseparabilidade, já que os serviços não podem ser estocados e, por seu turno, este fato apresenta impacto, especialmente quando a demanda é irregular, apresentando sazonalidades que podem resultar em prejuízos;
- c) a variabilidade/ heterogeneidade: tendo em vista que serviços podem ter sua qualidade influenciada sob diversas condições, a depender, por exemplo, de quem, quando e onde tenha sido fornecido, sendo essa questão ainda mais relevante em serviços que são intensivos de mão-de-obra, ou seja, que dependem em grande escala da participação do ser humano na sua prestação;

- d) a intangibilidade: ao contrário dos bens físicos, os serviços não podem ser vistos, sentidos ou provados antes de serem adquiridos mas, apesar de haver elementos tangíveis durante o processo de prestação de serviços, o benefício central oferecido sempre continuará abstrato e de difícil mensuração (KOTELR, 2000, p. 449; GRÖNROOS, 2003, p. 67-69).

Além destas peculiaridades inerentes às atividades de serviços, Loures (2003, p. 28), com base em France e Grover (1992), Liberman e Rotarius (2001), Lynch e Schuler (1990), Darby e Karni (1973), Ford e Fottler (2000), Bitran e Hoech (1990), indica que, no setor de saúde, a oferta de serviços é ainda mais complexa do que em outros mercados, com base nas razões específicas relacionadas a seguir:

- a) os serviços de saúde são provavelmente os mais intangíveis de todos os serviços e, além da impossibilidade da experimentação antes da compra, freqüentemente, o usuário não pode avaliá-lo posteriormente, devido ao desconhecimento sobre o assunto, ou à possibilidade de estar inconsciente durante o atendimento, com destaque para outra questão relevante no tocante a alguns serviços, tais como cirurgias de alto risco, que podem ser experiências únicas na vida de muitos indivíduos, não podendo haver comparações;
- b) os resultados podem depender mais do usuário, resultando em maior variabilidade;
- c) os aspectos psicológicos e orgânicos de um paciente podem determinar reações a drogas e tratamentos, implicando, desta

maneira, que os tratamentos precisam ser customizados para cada indivíduo;

- d) a distinção entre o tomador de decisão e o cliente é mais confusa na medida em que os processos de escolha de fornecedores de serviços de saúde são fortemente influenciados pelo primeiro fornecedor escolhido para prestar assistência, seja ele um médico ou um hospital, quando os pacientes e seus familiares, muitas vezes, delegam grande confiança a um fornecedor que assume o papel de conduzir os diagnósticos e tratamentos necessários;
- e) com muita frequência, o cliente não troca dinheiro por serviços de saúde, cabendo a uma terceira parte, a fonte pagadora, a responsabilidade pela cobertura dos custos necessários e, dessa forma, estes clientes tendem a não ser influenciados pelo preço ou não possuem comprometimento com o controle das contas;
- f) a demanda por serviços de saúde é menos previsível e, apesar dos benefícios oferecidos pela Epidemiologia para a previsão de fatores de risco que podem resultar em determinadas doenças, diversas questões podem resultar em picos de demanda, exigindo sempre uma capacidade instalada excedente, o que resulta em maior problema para a perecibilidade;
- g) a estrutura regulatória do setor é outro aspecto que acrescenta distinções e aí, o papel do Estado na definição das regras de atuação, por exemplo, determina as direções por onde todo o mercado seguirá e de que forma proceder.

Por sua vez, Silveira e Hayashi (2004, p. 183) indicam, também, a rigidez adotada pelos códigos de ética das sociedades médicas com referência ao *marketing*, destacando uma compreensão negativa sobre o tema, que relaciona a área do conhecimento apenas com a divulgação e venda de produtos. Com isso, são encontradas diversas normas e hábitos que restringem as possibilidades de atuação neste meio.

Kotler (2000, p. 28) apresenta um conceito que sintetiza outra questão relevante na prestação de serviços em saúde. Trata-se do tipo de demanda que se apresenta nesta área. Segundo ele, quando um mercado, ou uma parcela significativa dele, não gosta de um produto, ou pelo menos o evita, trata-se de uma situação de “demanda negativa”. Este é o caso dos serviços de saúde quando geram nos indivíduos apreensões que são habitualmente traduzidas em resistência ou repulsa, principalmente em função do medo da morte.

Ao se definir, a partir do *marketing* de serviços, o *marketing* hospitalar, vislumbra-se a aplicação, neste mercado específico, de uma série de conceitos originalmente desenvolvidos para o mercado em geral. Trata-se de conceitos freqüentemente associados a teorias e técnicas que orientam o estudo e a prática de *marketing*. Dentre esses conceitos, aqui se destacam a “Perspectiva Mercadológica na Distribuição de Serviços de Saúde”, ou seja, suas possibilidades estratégicas, a questão da “Segmentação de Mercado” e os estudos do “Comportamento do Consumidor”, sendo explorados a seguir, principalmente em função da análise do comportamento espacial dos usuários de serviços de saúde, os serviços prestados por organizações hospitalares privadas.

2.3.2 Perspectiva mercadológica na distribuição de serviços de saúde

A preocupação com a definição das estratégias de distribuição não é uma exclusividade das mercadorias físicas. Segundo Kotler (2000), os prestadores de serviço e idéias também enfrentam o problema de fazer com que a sua produção esteja disponível e acessível aos segmentos-alvo. Neste sentido, “os hospitais devem ter uma localização geográfica que lhes permitam prestar cuidados médicos completos (...)” (KOTLER, 2000, p. 513). Para este autor, os serviços podem ser comprados e consumidos de diversas maneiras, e as inovações tecnológicas têm incrementado essa diversidade. Essa questão pode ser verificada, por exemplo, na diversidade de novas formas de prestação de serviços urbanos de conveniência, como é o caso da utilização de novos tipos de canais eletrônicos, tal como o telefone e a *internet*, ou ainda a prestação de serviços em domicílio, realidade verificada em restaurantes, lanchonetes, bancos, serviços de saúde, dentre outros.

Ao reforçar a importância de que sejam criadas “atmosferas de serviços”, Hoffman e Bateson (2003, p. 266) argumentam que a localização das empresas depende de quanto envolvimento dos clientes é necessário para se produzir o serviço. Segundo eles, enquanto serviços de pouco contato devam estabelecer-se em lugares distantes, mais baratos, os de alto contato têm outras preocupações, o que leva os autores a formular três perguntas: quão visível é a empresa?; o tamanho do local é adequado para o tamanho das instalações que estão sendo planejadas? o lugar é acessível?

Neste último caso, questiona-se se a localização é conveniente aos hábitos dos clientes. Hoffman e Bateson (2003) defendem ainda que se os clientes fizerem parte integralmente do processo (alto contato), a localização perto das casas ou dos locais de trabalho oferecem à empresa uma vantagem diferencial sobre a concorrência.

Em contrapartida, quando os clientes são de pouco contato, as empresas devem buscar localizações mais convenientes para o trabalho, fontes de suprimentos e mais perto das principais rotas de transporte, devendo-se ser considerado, inclusive os custos relacionados.

Ao tratar sobre a condição de acessibilidade de empresas prestadoras de serviços, Grönroos (2003) complementa, indicando que esta questão pode ser dividida em quatro partes:

- a) a acessibilidade do local;
- b) a facilidade de uso dos recursos físicos pelos clientes;
- c) a contribuição do pessoal de contato para a acessibilidade;
- d) a facilidade de participação do cliente.

Para cada um desses aspectos o autor indica variáveis identificadas para um laboratório americano, no quadro seguinte:

ITENS	REQUISITOS
Acessibilidade do local	<ul style="list-style-type: none"> a) a conveniência e facilidade de acesso a partir de uma rua principal b) o espaço disponível para estacionamento adjacente ao local c) o número de instalações médicas localizadas nas proximidades d) a facilidade relativa de localizar o laboratório dentro do edifício e) os horários de atendimento f) a facilidade de marcar hora de atendimento g) as dimensões da sala de espera
Facilidade	<ul style="list-style-type: none"> a) a atratividade e condições do exterior e do interior do edifício médico onde está localizado o laboratório b) o exterior das instalações do laboratório c) a sala de espera d) as salas dos pacientes e) as dependências sanitárias
Contribuição do pessoal de linha de frente para a acessibilidade	<ul style="list-style-type: none"> a) o tempo de resposta a telefonemas b) o número de funcionários c) as habilidades dos funcionários d) o tempo de atendimento às pessoas que entram pela porta da frente e) o tempo de resposta a pacientes na sala de espera f) o profissionalismo dos funcionários g) os cuidados tomados para reduzir o desconforto de colher amostras de sangue h) os procedimentos de cobrança i) os tipos de pagamentos aceitos j) os tipos de seguro de saúde atendidos
Facilidade de participação do cliente	<ul style="list-style-type: none"> a) a quantidade e a dificuldade dos formulários a preencher b) as instruções dadas ao paciente com referência aos procedimentos dos quais ele deve participar ou que deve fazer sozinho c) a dificuldade desses procedimentos

Figura 6 – Quadro das variáveis relacionadas à acessibilidade aplicadas a um laboratório americano. Fonte: Grönroos (2003, p. 212-213).

Aproveitando a experiência de um grande hospital brasileiro na expansão de sua infra-estrutura, através da criação de unidades satélites, Sato e Malik (2005) evidenciam a importância de que tais movimentos aconteçam de modo sustentado, resultando em lucratividade e produtividades nas empresas. Os autores descrevem que, no setor de serviços, além da opção de crescimento através da “competição pela geografia”, quando é adotada a expansão através da abertura de múltiplas localizações, duas outras estratégias são bastante comuns. São elas, a “competição

por alcance” e a “competição por participação”. As três estratégias são sintetizadas, a seguir:

- a) competição por alcance, quando as empresas concentram todos seus recursos de alta tecnologia num único local, sendo que o principal fator de sucesso para essas empresas seria a atração de clientes dos mais variados locais até a sua localização;
- b) competição por geografia, quando a estratégia adotada é a expansão através da abertura de múltiplas localizações;
- c) competição por participação, quando a organização aumenta seus mercados ao aumentar seus segmentos-alvos, com a expansão do “mix” de produtos oferecidos (HOFFMAN e BATESON, 2001 *apud* SATO; MALIK, 2005, p. 2-3).

Outra questão, que se apresenta de forma complementar ao tema, trata das estratégias de integração dos canais de distribuição de organizações prestadoras de serviços de saúde. A esse respeito, Kotler (2000) apresenta o conceito de “canais de distribuição” ou “canais de *marketing*” ao afirmar que ambos se caracterizam como “conjuntos de organizações interdependentes envolvidas no processo de disponibilização de um produto ou serviço para uso ou consumo” (KOTLER, 2000, p. 510). Para ele, as decisões que se relacionam com esta questão são consideradas como as mais importantes do ponto de vista gerencial, influenciando todos os outros elementos do composto mercadológico, a saber as políticas de preço, de comunicação e de desenvolvimento de produtos.

Dentre outros motivos, ele (KOTLER, 2000) afirma que esta importância deve-se, inclusive, ao fato dessas decisões envolverem compromissos de longo prazo com outras empresas.

lazigi (1996), por sua vez, defende que um canal de distribuição pode ser compreendido como uma combinação e seqüência de organizações, que prestam serviços complementares, coordenadas, a fim de obter maior eficiência e impacto de *marketing*. No mesmo sentido, Churchill e Peter (2005) observam que um canal de distribuição compreende uma rede de organizações que, em combinação, executa todas as funções necessárias para ligar os produtores aos usuários finais a fim de realizar a tarefa de criar trocas que ofereçam valor aos clientes. Eles acrescentam que, independente das organizações pertencerem a um determinado proprietário ou possuírem vínculos comerciais formais, a coordenação dos canais de distribuição permite obter benefícios nas relações de longo prazo com os clientes.

De forma ilustrativa, lazigi (1996) apresenta o caso dos exames de laboratório, caracterizando-os como parte de um pacote de serviços denominado “diagnóstico” e que, obrigatoriamente, está dependente da intermediação do médico, sem o qual este não se realiza.

Na compreensão de lazigi (1996), a cadeia de distribuição dos serviços médicos, como um todo, pode ser compreendida em três grupos principais:

- a) prevenção e diagnóstico;
- b) emergência e tratamento;
- c) reabilitação e acompanhamento.

Em função desta proposição, lazigi (1996) oferece a seguinte ilustração na Figura 7 que procura retratar uma das formas de deslocamento dos pacientes na cadeia de atendimento médico-hospitalar.

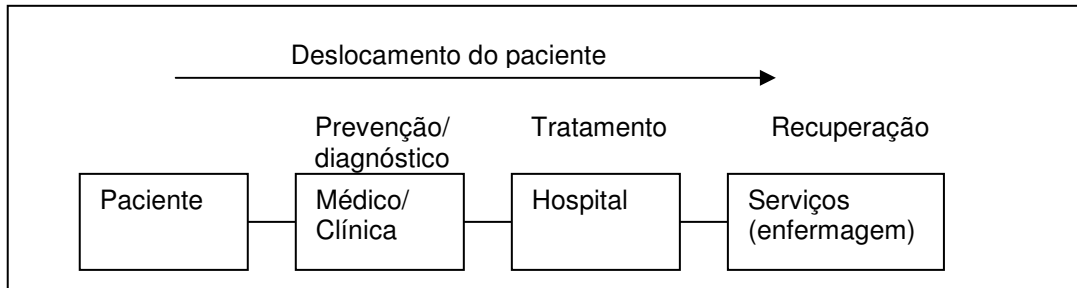


Figura 7 – Modelo ilustrativo do deslocamento do paciente na cadeia de atendimento médico-hospitalar segundo lazigi

Fonte: lazigi (1996, p. 31)

Apesar da relevância que se verifica em se documentar a dinâmica habitual da cadeia médica, há de se criticar que outras formas de deslocamento do paciente são possíveis e verificadas na prática cotidiana, inclusive porque a abrangência de atuação dos integrantes desta cadeia tem se expandido continuamente. Os hospitais, em muitos casos, já englobam desde ações de prevenção, passando pelos atendimentos primários e serviços de recuperação. Dessa forma, conclui-se que o modelo apresentado pode ser inicialmente útil para a visualização da cadeia, mas requer um maior desenvolvimento, de modo a compreender toda a complexidade deste processo, com todas as suas especificidades e exceções.

O desenho atual e possível desta cadeia de serviços médicos relaciona-se inclusive com as estratégias de integração adotadas, por exemplo, por hospitais, quando se ligam a uma rede de consultórios, realizando uma integração para trás, ou quando se ligam a centros de reabilitação ou casas de repouso, efetivando uma integração para frente na cadeia de atendimento (IAZIGI, 1996, p. 43).

2.3.3 Segmentação de mercado e estratégias de distribuição na atividade hospitalar

Desde a publicação do artigo de Wendell Smith, em 1956, a segmentação de mercado passou a ser reconhecida como um conceito acadêmico e, posteriormente, tornou-se uma técnica viável para o mercado, influenciando as empresas nas definições de suas estratégias de *marketing*. Sua premissa fundamental reside no reconhecimento da heterogeneidade das preferências dos consumidores, contrapondo-se aos processos de produção em massa (WEINSTEIN,1995; FREITAS; HEINECK, 2001).

Ignorar a existência de distinções entre grupos de consumidores, em termos de necessidades e exigências em relação aos produtos ou serviços consumidos, tornou-se a justificativa para a estratégia adotada durante longos anos de produção em série. Esta realidade é verificada, inclusive, no setor de serviços, o que inclui o mercado de saúde, tendo convivido com uma oferta de serviços bastante homogeneizada, sem diferenciações.

Na atualidade, a evolução das técnicas de segmentação de mercado se caracteriza como um dos pontos de partida para a operacionalização da administração do *marketing*. Neste contexto, essas técnicas são utilizadas pelas organizações com o objetivo geral de melhorar sua posição competitiva, atendendo de modo superior às necessidades dos consumidores, e com os objetivos específicos de incrementar suas vendas, aumentar suas participações de mercado e melhorar suas imagens e suas reputações (KOTLER, 1995, p.160).

Outros autores, como Schiffman e Kanuk (2000), ressaltam que as empresas que se utilizam da segmentação de mercado procuram descobrir as necessidades e desejos de grupos específicos de consumidores para desenvolver bens e serviços

que sejam adequados para satisfazer às suas exigências de forma superior à concorrência.

Por sua vez, Kotler (1995; 2000) define a segmentação de mercado como a divisão do mercado em grupos distintos de compradores com diferentes necessidades, características, ou mesmo comportamentos que possam exigir produtos ou compostos de *marketing* específicos, consistindo, desse modo, em uma das formas das organizações enfrentarem o acirramento da competitividade nos diversos mercados. Para ele, a busca pela adequação da oferta de produtos e serviços às necessidades e desejos dos potenciais clientes impõe-se como uma exigência estratégica para as organizações, considerando-se a impossibilidade de atender plenamente a todos os consumidores de um mercado com o uso de um único composto mercadológico.

Nessa perspectiva estratégica, ainda segundo Kotler (1995, 2000), as organizações têm utilizado métodos de segmentação de mercado para estabelecerem seus alvos de atuação, o que toma a forma de *micromarketing*. Trata-se de programas de *marketing* voltados a segmentos de mercado, bem definidos do ponto de vista geográfico, demográfico, psicográfico, comportamental, dentre outras dimensões cabíveis de análise.

No entanto, de acordo com Freitas e Heineck (2001, p. 3), duas questões apresentam-se para que a utilização da segmentação de mercado se transforme em uma arma de competição pelas empresas. A primeira questão trata da correta definição das variáveis que devem ser utilizadas para a formação dos grupos, juntamente com a técnica estatística a ser utilizada. A segunda questão está relacionada à forma como estes resultados podem ser transformados em definições de estratégias de *marketing*.

Em relação ao processo de divisão dos grupos, ou seja, a segmentação do mercado, alguns autores como Kotler (1995) e Weinstein (1995) defendem a utilização do *Marketing* SAP (segmentação, alvo e posicionamento), impondo aos profissionais do setor a busca pela abordagem de nichos de mercado que exibam necessidades e desejos únicos. Nesse modelo de segmentação o alvo é compreendido como a definição dos segmentos-alvo.

Freitas e Heineck (2001) ponderam que a divisão do processo de segmentação de mercado nestas três etapas, de forma isolada, pode estabelecer uma visão restrita das possibilidades, tendo em vista que determinadas técnicas permitem executar as operações de forma conjunta. Apesar disso, os autores assumem que a maneira mais habitual da segmentação mercadológica acontece em fases isoladas.

A primeira etapa, ou seja, a divisão dos grupos, segundo Freitas e Heineck (2001), citando Wind (1978), pode ser operacionalizada através de duas abordagens. A primeira é a segmentação *a priori*, na qual as variáveis de interesse são escolhidas preliminarmente e então se parte para a classificação dos potenciais compradores no campo dessas variáveis. A outra abordagem consiste na segmentação *post hoc*, ou baseada em *cluster*. Neste caso, é escolhida uma série de variáveis inter-relacionadas e as pessoas são, então, agrupadas de acordo com suas similaridades. Nessa opção, ao contrário da primeira, somente após o término da operação é que se torna possível estabelecer o número de segmentos, seus tamanhos relativos e descrições.

No que se refere ao estabelecimento de alvos de atuação, Schiffman e Kanuk (2000, p. 51) propõem que seja observado se os segmentos-alvo são:

- a) identificáveis, ou seja, que possam se identificar com certa facilidade dentre os potenciais consumidores;

- b) suficientes, ou seja, que sejam compostos por um número suficiente de consumidores que garantam resultados desejáveis;
- c) estáveis, ou seja, que apresentem tendências de crescimento ao longo do tempo;
- d) acessíveis, ou seja, possíveis de serem atingidos de forma econômica, através de suas campanhas promocionais.

Outra questão importante reside na decisão sobre dirigir-se a um ou mais segmentos, tendo em vista que a premissa básica é a de que cada segmento receba um composto de *marketing* especialmente planejado para os seus componentes. Dito de outra forma, espera-se que as políticas de comunicação, de preço, de distribuição e, principalmente, que os produtos e os serviços ofertados sejam condizentes com as características do grupo. Freitas e Heineck (2001) defendem que as empresas devem atender, preferencialmente, àqueles grupos de clientes avaliados como mais atrativos para a empresa, tendo como base a otimização dos recursos da empresa e as oportunidades do mercado.

2.3.3.1 Bases para a segmentação

Em relação aos procedimentos utilizados para a segmentação do mercado, inúmeros métodos estão à disposição das organizações, sendo muitas destas abordagens originadas do campo do comportamento do consumidor.

Autores como Freitas e Heineck (2001) avaliam que a heterogeneidade de preferências por produtos também pode estar relacionada a variáveis pessoais, relacionadas ao próprio indivíduo (suas crenças, aspectos demográficos,

geográficos, entre outros), ou situacionais, compreendidas em função da circunstância em que ele está envolvido no processo da compra (necessidades a serem atendidas, influência de outros indivíduos envolvidos, etc).

Já Weinstein (1995) defende que as variáveis podem ser impactadas por fatores racionais e emocionais e observa que o processo de segmentação depende da situação de mercado da empresa e do tipo de informação que os gestores necessitam. Isso contribui com o delineamento das variáveis de segmentação, ou seja, a identificação das dimensões para se realizar a segmentação do mercado. Para tanto, o autor afirma, ainda, que, na maioria dos casos, muitas dimensões precisam ser consideradas simultaneamente para fornecer um perfil completo do consumidor.

No que se refere aos métodos, Weinstein (1995) classifica a segmentação de mercado em dois tipos, sendo, um deles, por atributos físicos (fatores geográficos, demográfico e socioeconômicos) e o outro, por atributos comportamentais (psicográficos, de taxa de uso de produtos, de benefícios, de percepções e de compostos de *marketing*).

Neste sentido, ele (WEINSTEIN, 1995) defende que a segmentação por atributos físicos se inicie por fatores geográficos, destacando a segmentação geográfica como “um ponto de partida lógico” porque possui fontes secundárias fáceis de serem obtidas. O autor destaca que esse tipo de segmentação é mais barata que as outras formas de pesquisa de segmentação, fornece uma “fotografia aérea” do mercado, permitindo uma compreensão de sua estrutura e dos segmentos de clientes potenciais, e permite demonstrar e projetar as populações de modo a representar as características de todo o mercado.

Contudo, na avaliação de Freitas e Heineck (2001), as organizações têm tido problemas com os métodos empregados de segmentação de mercado, isto é, com a operacionalização do conceito, devendo-se, isto, a razões que vão desde a escolha da variável mais apropriada para a distinção dos segmentos até a técnica de definição de grupos a ser utilizada, de modo que o resultado do processo de segmentação permita a definição de estratégias mercadológicas adequadas.

Ao que parece, os métodos disponíveis e empregados de segmentação de mercado, no que se incluem os indicados por Weinstein (1995) e Kotler (1995, 2000), ainda não estão suficientemente desenvolvidos a ponto de viabilizar estratégias de *marketing*, pelo menos para as organizações observadas por Freitas e Heineck (2001).

Dentre as variáveis indicadas por Weinstein (1995) e Kotler (1995, 2000), aqui se destaca a variável geográfica, por ser o “ponto de partida lógico” para o processo de segmentação por atributos físicos e, de modo correlato, em função de suas características relativas a fontes, custo, abrangência e representação, como indicado pelo próprio Weinstein (1995), e, mais ainda, pela sua potencial adequação ao mercado de saúde.

2.3.3.2 O uso de bases geográficas

Nos estudos mercadológicos, verifica-se a aplicação do conceito de “espaço” na segmentação geográfica de mercado, como recurso de análise (descrição, compreensão e explicação) e ação sobre o mercado concreto e real. Para a operacionalização deste tipo de segmentação, Weinstein (1995) reitera que a forma como definir e como servir as áreas de mercado geográfico são decisões

importantes para todas as empresas. Ele afirma que existem várias opções que vão desde uma visão global (empresas multinacionais) até uma visão local (pequenos comerciantes). Ele propõe, ainda, que os varejistas e as empresas de serviços identifiquem uma área de comercialização primária (ACP), uma área de comercialização secundária (ACS) e, algumas vezes, uma área de comercialização terciária, estabelecidas em função de diretrizes baseadas em termos de distância ou tempo de percurso em relação ao estabelecimento.

Para a delimitação de mercados geográficos, outras formas de definição são também apontadas por Weinstein (1995) como, por exemplo, áreas geográficas baseadas em códigos postais, classificações censitárias ou mensurações de áreas de mercado padronizadas, bem como mercados geométricos sob medida como anéis, coroas, setores ou polígonos, são também normalmente utilizadas para definir mercados.

Ao defender que, no processo de segmentação de mercado, a combinação de diferentes bases gera um produto de valor superior à soma de suas partes, consideradas separadamente (fatores geográficos, demográficos, socioeconômicos, dentre outros), Weinstein (1995) propõe que um modelo geodemográfico, composto pelo uso de bases geográficas e demográficas, siga os seguintes passos:

- a) definir a área de comercialização ou de serviço;
- b) especificar bases demográficas e socioeconômicas pertinentes a analisar;
- c) determinar onde obter os dados demográficos;
- d) analisar e avaliar a informação de *marketing*, o que poderá levar, caso atinja os objetivos planejados, a traduzir-se em estratégias de segmentação.

Nesse modelo, ressalta-se a importância que Weinstein (1995) atribui à delimitação da “área de comercialização”, isto é, da “área geográfica”, como uma etapa fundamental do desenvolvimento de uma segmentação geográfica eficaz.

De modo complementar, Parente e Kato (2001), em um artigo publicado nos anais do Encontro da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Administração (Enanpad), apresentam a questão da delimitação de mercado sob o conceito que denominam de “área de influência”. Para eles, a “área de influência é um conceito fundamental nos estudos de localização, pois reflete a dimensão geográfica da demanda de mercado (...)”, sendo definido pela *American Marketing Association* como “uma área geográfica, contendo os consumidores de uma empresa particular ou grupo de empresas para bens ou serviços específicos” (BENNETT, 1995 *apud* PARENTE; KATO, 2001, p.1).

Ainda segundo o entendimento destes autores, “ao investigar onde os clientes estão localizados, o conceito de área de influência permite identificar a demanda de mercado disponível” (BENNETT, 1995 *apud* PARENTE; KATO, 2001, p.1).

Esta questão está relacionada aos modelos de gravidade do varejo, baseados numa abordagem matemática da escolha da localização com base no cálculo do centro geográfico de gravidade para a população-alvo, otimizando a facilidade de acesso aos clientes.

Defendendo a importância da “área de influência” como um instrumento para a avaliação, explicação e previsão do desempenho de lojas varejistas, em função da sua localização, Parente e Kato (2001) afirmam que:

Como a área de influência tem um efeito fundamental no desempenho de lojas (varejistas), construir um modelo que permita uma explicação e uma

previsão desse fenômeno seria de grande utilidade para o planejamento da localização de unidades varejistas (PARENTE e KATO, 2001).

Ainda dentro dessa mesma perspectiva, Parente e Kato (2001) propõem um modelo quantitativo que permita representar melhor os padrões e dimensões destas “áreas de influência”, voltando a atenção para a descrição, explicação e previsão do fenômeno, junto a supermercados da cidade de São Paulo. Entre outras coisas, eles concluem que “existe uma boa possibilidade de usar modelos estatísticos para tentar ajustar os dados empíricos obtidos da distribuição dos clientes de uma loja ao redor da mesma, na tentativa de prever a área de influência destas lojas”, no entanto, não se propõem a generalizar os dados obtidos e sugerem novas explorações que enriqueçam os achados iniciais, conforme pode ser verificado nas considerações finais apresentadas no referido artigo:

Devido à natureza exploratória deste trabalho, estas constatações não podem ser generalizadas. Sugerimos entretanto aprofundar essa investigação, utilizando-se uma maior amostra de lojas e um tratamento estatístico mais sistemático, para possibilitar resultados com maior validade conceitual e capacidade preditiva (PARENTE e KATO, 2001).

A abordagem de Parente e Kato (2001) apresenta avanços para o estudo do fenômeno das áreas de influência no Brasil, contribuindo para o aprimoramento das técnicas de segmentação de mercado, notadamente a partir das bases geográficas, para avançar por novas dimensões que possam explicar e prever os condicionantes do consumo de determinados mercados. De certa forma, oferece recursos para a operacionalização da segmentação geográfica de mercado, atendendo ao que é indicado por autores como Kotler (1995, 2000) e Weinstein (1995), inclusive

contribuindo para a construção de instrumentos que auxiliem nas decisões acerca da localização dos estabelecimentos estudados.

2.3.4 O comportamento do consumidor de serviços hospitalares

Kotler (2000, p. 30) considera que a administração do *marketing* consiste em uma arte e uma ciência voltadas para a definição de mercados-alvo e para a captação, manutenção e fidelização de clientes. No mesmo sentido, ele explica que, frente ao vasto conjunto de produtos e marcas com que os consumidores se deparam atualmente, a escolha destes indivíduos tende a acontecer em função da percepção deles de maior “valor” dentre as opções disponíveis no mercado, exigindo que as empresas atuem de forma a segmentar o mercado, selecionar os grupos que apresentam maiores oportunidades e, conseqüentemente, desenvolver um posicionamento adequado a cada mercado-alvo em que pretenda atuar. Assim, ele define “valor para o cliente” como o conjunto de benefícios esperados de um determinado produto ou serviço e afirma que a satisfação do cliente acontece de forma proporcional ao atendimento de suas expectativas durante a experiência de consumo, assim como aos custos realizados para avaliar, obter, utilizar e descartar a opção escolhida.

Detendo-se no estudo das organizações, Silveira e Evrard (2002) conseguem identificar tanto aquelas que procuram compreender o que, efetivamente, importa para os clientes, como aquelas que são capazes de encontrar formas de aumentar o valor percebido por estes, habilitando-se a se distinguir dos concorrentes e a desenvolverem uma ligação ou relacionamento mais fiel. Nesse sentido, eles defendem que toda organização deveria ter como objetivo primeiro maximizar o valor para o cliente e lutar para incrementá-lo continuamente, o que revela a importância

de investigar a percepção destes indivíduos acerca daquilo que consomem ou que desejam consumir.

Para estes autores (SILVEIRA; EVRARD, 2002), apesar da teoria de valor ser, habitualmente, negligenciada por pesquisadores de disciplinas relacionadas ao *marketing*, hoje este debate pode ir além da mera discussão sobre quais são os atributos de valor relacionados a produtos e serviços para os clientes e a satisfação decorrente do seu uso ou consumo. Dentre outras questões, eles defendem a relevância da investigação dos motivos que fazem com que os atributos sejam considerados importantes, ou não, pelos clientes.

Visto dessa forma, emerge o campo de estudo de comportamentos de consumo, definido como uma ciência aplicada que se origina nas ciências humanas e sociais, e tem como objetivo compreender os motivos que levam um consumidor a um produto, uma quantidade, um momento e local específico em detrimento de outros. Para isto, na atualidade, apesar de diversas ciências estarem envolvidas nos estudos de comportamento do consumidor, a Psicologia assumiu certa preponderância, voltando a contribuir de maneira eficaz com as decisões empresariais estratégicas (KARSAKLIAN, 2004, p. 21).

Verifica-se que o direcionamento dos estudos do comportamento do consumidor evoluiu de uma perspectiva voltada a compreender os hábitos de consumo com vistas à conquista de novos clientes, através da previsão das demandas, para uma orientação, na atualidade, mais inclinada a uma perspectiva de fidelização. Ou seja, em face de um cenário de intensa concorrência que se apresenta nos dias atuais, procura-se compreender as motivações, necessidades, desejos, preferências, dentre outros aspectos relacionados ao processo de compra, para que sejam tomadas iniciativas que tornem os clientes fiéis ao produto e/ou serviço, evitando assim

investimentos promocionais elevados e aproveitando os potenciais existentes nos relacionamentos com os clientes já conquistados (KARSAKLIAN, 2004, p. 23).

Ao longo dos últimos anos, inúmeros pesquisadores, de diferentes escolas de pensamento, têm procurado refletir e explicar os processos do comportamento do consumidor. Um dos primeiros grupos que se dedicou ao estudo do comportamento de compra foi a Escola do Pensamento Econômico. Segundo Karsaklian (2004), eles procuraram elaborar um modelo completo da teoria da demanda que ia além da explicação do consumo. A Escola se desenvolveu num período histórico em que o pensamento se baseava em produtos de necessidades básicas, não diferenciados e divisíveis. Naquele período, a produção era considerada mais importante do que o consumo, tendo em vista a escassez da oferta. Essas singularidades determinaram um direcionamento dos estudos de forma coerente com a realidade econômica da época e que posteriormente foi criticado pelos seus sucessores, assim como ocorreu com tantas outras escolas que a sucederam.

A produção intelectual sobre os estudos de comportamento de consumo se traduziu ao longo dos anos na elaboração de diversos modelos propostos para a análise e para a explicação dos comportamentos do consumo, em diferentes circunstâncias.

O setor de saúde lida com conceitos que apresentam grande similaridade com os princípios do campo do comportamento do consumidor, como é o caso dos médicos que tiveram, em sua formação profissional, o desenvolvimento dos princípios da Epidemiologia, um referencial importante e complementar à finalidade que se apresenta neste estudo.

Citando Almeida Filho e Rouquaryol (1990), Silveira e Hayashi (2004) indicam que a Epidemiologia é:

A ciência que estuda o processo saúde-doença na sociedade, analisando a distribuição populacional e os fatores determinantes das enfermidades, bem como os danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde (ALMEIDA FILHO e ROUQUARYOL, 1990 *apud* SILVEIRA e HAYASHI, 2004, p. 183).

Ressalta-se que, ao se analisar a oferta e os benefícios entregues pelos serviços de saúde, sob a ótica do *marketing*, encontram-se outras questões de relevância, relacionadas ao usuário destas organizações, que podem e devem ser investigadas, adotando-se conhecimentos complementares aos conhecimentos da Epidemiologia.

Ao analisar as definições de Lytle e Mokwa (1992 *apud* LOURES, 2003) sobre serviços de saúde, Loures (2003, p. 31) aponta que a oferta estabelecida por estas organizações é formada por um “pacote” de benefícios tangíveis e intangíveis, que procura satisfazer as necessidades e desejos dos clientes, ilustrando da seguinte forma, vista na Figura 8, o esquema desenvolvido para um centro americano de infertilidade.

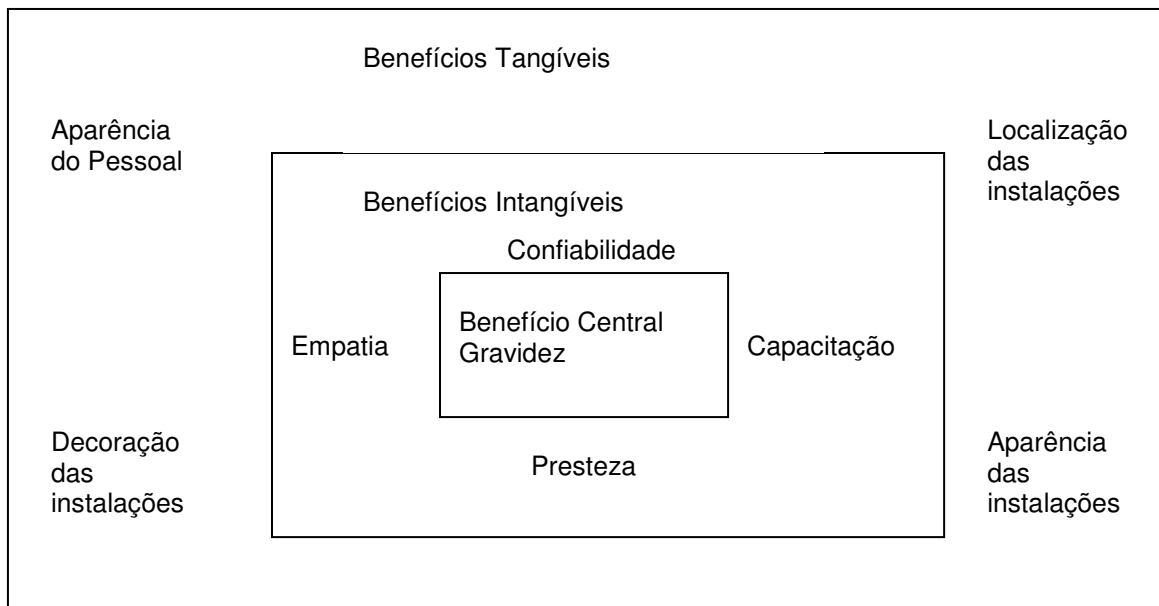


Figura 8 – Modelo Ilustrativo do conjunto de benefícios ofertados por um centro de infertilidade, segundo Loures
 Fonte: Loures (2003, p. 31)

O esquema visto na figura demonstra que os benefícios ofertados pelos serviços de saúde podem ser conceituados como se envolvessem três níveis de benefícios distintos, porém inter-relacionados. São eles (LOURES, 2003, P. 32):

- a) o benefício central, ou seja, aquele motivo fundamental que fez o indivíduo procurar a organização e é, também, a razão da existência da clínica, como no exemplo mostrado;
- b) os benefícios intangíveis, produzidos e consumidos simultaneamente ao benefício central, sendo resultado das interações entre pacientes e profissionais que prestam os serviços, tais como a presteza, a capacitação, a empatia e a confiabilidade que transmitem;
- c) os benefícios tangíveis são aqueles que contribuem para que os clientes estabeleçam sua percepção sobre a competência da organização em satisfazer aos seus desejos e necessidades, estando

relacionados aos aspectos do ambiente físico, tais como a aparência das instalações e do pessoal, assim como a localização conveniente que lhes permitam acessibilidade e conforto.

A partir das citações encontradas sobre o esquema explicativo de Lytle e Mokwa (1992 *apud* LOURES, 2003), torna-se implícita a indagação sobre como esses benefícios são avaliados no processo de escolha feito pelos clientes, em termos de hierarquia de valores. Ou seja, dentre os benefícios contidos na oferta de serviços de saúde, qual a ordem de prioridade, ou quais são os fatores prioritários, para os clientes?

Numa tentativa de buscar elementos que ajudem a responder à indagação acima, é pertinente a leitura de Kotler (2000, p. 308) que apresenta quatro níveis de prioridade possíveis de serem considerados para classificar a hierarquia de valores, ou seja, os fatores que podem influenciar a percepção de valor pelos clientes. Os níveis sugeridos são: o nível básico, o nível esperado, o nível desejado e o nível inesperado.

Os fatores que se incluem no nível básico são aqueles aspectos fundamentais e que não obrigatoriamente resultarão na satisfação dos clientes. Os fatores situados no nível esperado, tornam a oferta aceitável, porém não a caracteriza de maneira diferenciada, excepcional. Já os aspectos situados nos níveis desejado e inesperado são aqueles que, quando combinados, resultam na conquista e na fidelização dos clientes, atendendo e superando a sua percepção de valor.

2.3.4.1 Comportamento espacial do usuário de serviços de saúde

A questão da acessibilidade espacial aos serviços de saúde é um tema que tem merecido a atenção de diversos pesquisadores, sob diversos enfoques. No Brasil, de modo geral, os estudos da demanda concentram-se em abordar a questão da origem dos indivíduos atendidos em determinada organização prestadora de serviços de saúde, em detrimento da análise dos deslocamentos de indivíduos residentes em determinada área geográfica pré-determinada. Ou seja, não se trata propriamente de caracterizar as relações de origem e destino dos atendimentos, uma vez que se restringem a analisar o seu ponto de partida, em relação a um único destino (VASCONCELLOS, 1997, p. 25).

Outro aspecto verificado nos estudos de comportamento espacial dos usuários de saúde diz respeito ao perfil das organizações estudadas. Em levantamento apresentado por Vasconcellos (1997), na busca por identificar Padrões Espaciais de utilização de Serviços de Saúde, verifica-se que a totalidade das organizações identificadas são de caráter público, ou seja, compõem o SUS.

Estes estudos apontaram questões de grande relevância e que merecem ser verificadas à luz do segmento suplementar de saúde, tais como as conclusões, a seguir, apresentadas por Vasconcellos (1997):

- a) parece haver uma relação entre a concentração de recursos, tanto em número, quanto em sofisticação – oferta de serviços – com os padrões de utilização dos usuários, sendo que os casos crônicos e que exigem maiores recursos, originados de cidades de pequeno porte localizadas na região metropolitana do Rio de Janeiro, foram atendidos

majoritariamente na capital (42%), restando ao nível local apenas cerca de 4%;

- b) identificou-se ainda que casos agudos, que demandam pronto atendimento, foram direcionados para o mesmo município em cerca de 75% dos casos estudados;
- c) resultados de levantamento junto a três grandes hospitais da cidade do Rio de Janeiro sugeriram que a população tende a buscar, mesmo que à distância, serviços que ofereçam alta capacidade potencial de resolutividade;
- d) a questão da renda, da classe social e dos grupamentos geodemográficos também parecem afetar os hábitos dos usuários de serviços de saúde e, segundo estudo citado, de Carvalho (1980, *apud* VASCONCELLOS, 1997), realizado na Zona Sul do Município do Rio de Janeiro, verificou-se que grupos de renda familiar baixa, lutando por manter uma condição social semelhante a de seus vizinhos de quarteirão, evitavam freqüentar as unidades públicas de saúde, como faziam os favelados, optando por buscar opções de assistência em clínicas particulares mais baratas, nos subúrbios, enquanto os grupamentos de renda média-alta optavam pela assistência prestada através de planos de saúde, tendo acesso a organizações localizadas na própria Zona Sul e os grupos de renda média competiam com a população mais pobre pelos serviços públicos, gratuitos;
- e) estudos realizados na Jamaica (BAILEY E PHILLIPS, 1990, *apud* VASCONCELLOS, 1997) sugeriram, ainda, que o fator de atração dos

serviços varia também em função do custo e da reputação, ou da qualidade percebida.

Essas questões despertam para a reflexão sobre a relação entre porte dos hospitais e a abrangência de sua “área de influência”. De forma análoga, pode-se questionar também a disposição de deslocamento dos usuários frente às suas necessidades de saúde. Outra questão verificada relaciona-se com a percepção dos indivíduos em relação à sua condição social, frente à decisão sobre qual organização optar para receber assistência médica.

2.4 SÍNTESE DO REFERENCIAL TEÓRICO

Na elaboração desta síntese do referencial teórico, o ponto de partida foi a compreensão da variável geográfica, particularmente o seu uso no planejamento da distribuição das organizações que prestam serviços de saúde. Neste sentido, entende-se que a localização de uma organização hospitalar pode influenciar as condições de acessibilidade da população a esta organização de saúde e é considerada como um dos desafios do planejamento.

Mais do que a localização trata-se da acessibilidade, definida como a disponibilidade e sua adequada cobertura com igualdade de oportunidades na sua utilização. Seu uso é apontado, inclusive, como um indicador de qualidade de vida e é estabelecido como uma medida de esforço para se transpor uma separação espacial, caracterizada pelas opções de serviços apresentadas ao indivíduo ou ao grupo de indivíduos (CONSENZA, 2002; RAIÁ JÚNIOR, 2000).

A organização hospitalar, que se tornou objeto desta análise, insere-se no sistema de saúde brasileiro, composto por dois segmentos: um público e um privado. O segmento público é norteado pelo direito social, constitucional, coletivo e não comercial de assistência à saúde, cumprindo o papel de estabelecer políticas, gerir e prover as ações e serviços de saúde para toda a comunidade. Já o segmento de caráter privado é regido pelas regras de mercado, visto que oferece ações e serviços a quem tem condições de pagar, numa relação de troca característica de qualquer negócio (RODRIGUES, 2002).

Aparentemente, as realidades distintas dos segmentos público e privado, isto é, o SUS e o segmento suplementar, podem levar a contextos que exijam modelos específicos para cada um dos casos. Desta forma, torna-se inevitável o questionamento acerca da adequação dos modelos de localização aplicados no SUS para o segmento suplementar, considerando as exigências de ordem comercial e competitiva das organizações envolvidas neste mercado, e tendo em vista a possibilidade de haver diferenças no comportamento espacial dos usuários que optaram pela oferta privada *versus* aqueles que só dispõem do acesso aos serviços públicos, gratuitos.

No sistema público, o que interessa é a compreensão das premissas que regem a formação do seu modelo de distribuição, no que se refere aos princípios da universalidade, equidade e integralidade das ações de saúde. Para tanto, o modelo é operacionalizado através da descentralização, da regionalização e da hierarquização da rede (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Na atualidade, o processo de planejamento da distribuição das organizações prestadoras de serviços públicos de saúde utiliza-se de modelos matemáticos de localização, fundamentando-se na Teoria da Área Central, o que implica na

hierarquização das localizações. Desta maneira, entende-se que a distância percorrida pelos indivíduos varia, de maneira regular, em função do porte do estabelecimento, das especialidades e dos recursos tecnológicos oferecidos, ou seja, quanto maior é o grau de complexidade dos serviços prestados, maior é a distância percorrida pelo usuário. Compreende-se, desta maneira, que serviços de diferentes características se entrelaçam, vinculando-se a essa hierarquia, de acordo com a população que vive dentro de seus limites, desde que seja suficiente para sustentar a sua existência. Surge então a compreensão de que alguns serviços são viáveis em muitas localizações, enquanto outros devem restringir-se a poucos lugares (VASCONCELLOS, 1997; MAÇADA; BECKER, 1994).

Mesmo nesta realidade caráter público, os estudos levantados demonstraram desvios dos padrões espaciais de utilização esperados dos usuários para a utilização destes serviços, merecendo ser aprofundada a avaliação dos seus motivos e suas conseqüências. Tais dissonâncias, vistas em seção anterior, são assumidas nesta abordagem empírica como pontos de partida para a exploração do tema (VASCONCELLOS, 1997).

Já para a compreensão do segmento de caráter privado, o que interessa é o fato deste ser formado por três atores inter-relacionados. São eles os consumidores, também conhecidos como usuários, ou pacientes, as operadoras dos planos privados de assistência à saúde, as seguradoras especializadas em saúde, que assumem o papel de intermediários e compradores dos serviços de saúde prestados aos seus associados, e os prestadores de serviço de saúde, nos quais se situam as organizações hospitalares privadas (RODRIGUES, 2003; BAHIA, 2001; SICSÚ, 2002; FERNANDES, 2003).

A organização hospitalar, uma das estruturas disponíveis para a assistência à saúde no Brasil, diferencia-se, fundamentalmente, em relação ao grau de tecnologia empregado (recursos humanos e equipamentos), o que repercute em termos financeiros (custos operacionais e investimentos necessários), abrangência e complexidade dos problemas de saúde que podem ser atendidos. Na atualidade, considera-se que a prestação de serviços na organização hospitalar privada vai além da internação com finalidades cirúrgicas ou clínicas. Entende-se que, além disto, os pacientes podem ser atendidos tendo como “porta de entrada” o nível ambulatorial, que envolve a realização de consultas, exames e tratamentos que não exigem internação, o serviço de primeiro atendimento e o atendimento emergencial (LIMA-GONÇALVES, 1999, BORBA, 1991; 2004; CERQUEIRA, 2004; SILVA, 2004).

Nesta dissertação, são adotados os critérios propostos por Borba (1991, p. 52) para a caracterização das organizações hospitalares, no que diz respeito a “natureza de sua assistência”, “propriedade manutenção e controle”, “capacidade ou lotação”, “capacidade de ensino”, “corpo clínico”, “sistema de edificação” e “tempo de permanência do paciente”.

Em função das distinções baseadas em Borba (1991) existentes entre as organizações hospitalares, compreende-se o processo de diferenciação da oferta de serviços de saúde, implementado pelas empresas operadoras de planos e seguros de saúde. Desta forma, diferentes organizações são categorizadas de acordo com os segmentos de clientes que têm acesso aos seus serviços, sejam eles do nível “executivo”, “gerencial”, ou “operacional”, por exemplo. Desta maneira, há um entendimento de que a qualidade dos planos ou seguros de saúde está relacionada com a maior quantidade de prestadores de serviços credenciados ou com a possibilidade de livre escolha por parte dos clientes (BAHIA, 2001).

É considerada, ainda, a compreensão do hospital, sob a óptica do *marketing*. Por um lado, compreendendo-o como uma forma de organização da prestadora de serviços e que, por conseguinte, apresenta características inerentes que afetam a elaboração de suas estratégias de atuação. Por outro lado, percebendo-o como estando inserido em um mercado formado por um vasto conjunto de produtos e marcas com que os consumidores se deparam atualmente (LOURES, 2003; KOTLER, 2000).

A escolha destes consumidores, por sua vez, tende a acontecer em função da percepção deles de maior “valor” dentre as opções disponíveis no mercado, exigindo que as empresas atuem de forma a segmentar o mercado, selecionando os grupos que apresentam maiores oportunidades e posicionar-se, adequadamente, em cada mercado-alvo em que pretenda atuar (KOTLER, 2000).

Uma das questões destacadas a partir desta perspectiva consiste no domínio da cadeia de distribuição na qual as organizações hospitalares estão inseridas. Uma cadeia de distribuição compreende uma rede de organizações que, em combinação, executa todas as funções necessárias para ligar os produtores aos usuários finais, a fim de realizar a tarefa de criar trocas que ofereçam valor aos clientes (CHURCHILL; PETER, 2005, p. 368).

A cadeia de distribuição dos serviços médicos, como um todo, pode ser compreendida em três grupos principais identificados por prevenção e diagnóstico, emergência e tratamento e reabilitação e acompanhamento.

O deslocamento dos pacientes ocorre do grupo de serviços de prevenção e diagnóstico passando pelo de emergência e tratamento, e, por fim, chegando ao de reabilitação e acompanhamento. Neste sentido, a fim de obter maior eficiência e impacto de *marketing*, são adotadas estratégias de integração, por exemplo, por

hospitais, quando se ligam a redes de consultórios – integração para trás – ou a casa de repouso e centros de reabilitação – integração para frente (IAZIGI, 1996, p. 27).

A variável geográfica, dentre outras bases de segmentação disponíveis, é utilizada para se delimitar os grupos de consumidores que apresentam condições distintas de serem atraídos por um determinado produto ou serviço. Uma das formas de utilização desta dimensão se dá através da identificação das áreas de influência dos estabelecimentos comerciais, conceito bastante correlacionado com a delimitação da abrangência geográfica, citado no referencial de planejamento da distribuição de serviços de saúde.

Para a compreensão do comportamento dos usuários de serviços hospitalares, é utilizado como referência o modelo proposto por Lytle e Mokwa (1992 *apud* LOURES, 2003, p. 31). O modelo estabelece os benefícios que formam a oferta hospitalar, a qual procura satisfazer as necessidades e desejos dos usuários destes serviços. Além do benefício central, que seria o motivo do atendimento médico-hospitalar, são consideradas questões tangíveis e intangíveis que se inter-relacionam formando a hierarquia de valores que influenciam a percepção dos usuários. Dentre as questões tangíveis, o autor identifica a localização das instalações.

3 ESTUDO DE CASO

3.1 CONTEXTO MERCADOLÓGICO DO HOSPITAL ALPHA

3.1.1 Oferta existente de serviços de saúde

Segundo a Pesquisa de Assistência Médico Sanitária, realizada pelo IBGE, em 2002, a Cidade do Salvador possuía cerca de 1 043 organizações prestadoras de serviços de saúde, sendo destas aproximadamente 87% privadas e 13% do setor público estatal.

A predominância de prestadores privados de serviço de saúde é, na capital, bastante superior do que no restante do Estado da Bahia, onde as iniciativas públicas se sobrepõem às iniciativas privadas. Comparativamente, apresentam-se os seguintes resultados (IBGE, 2002).

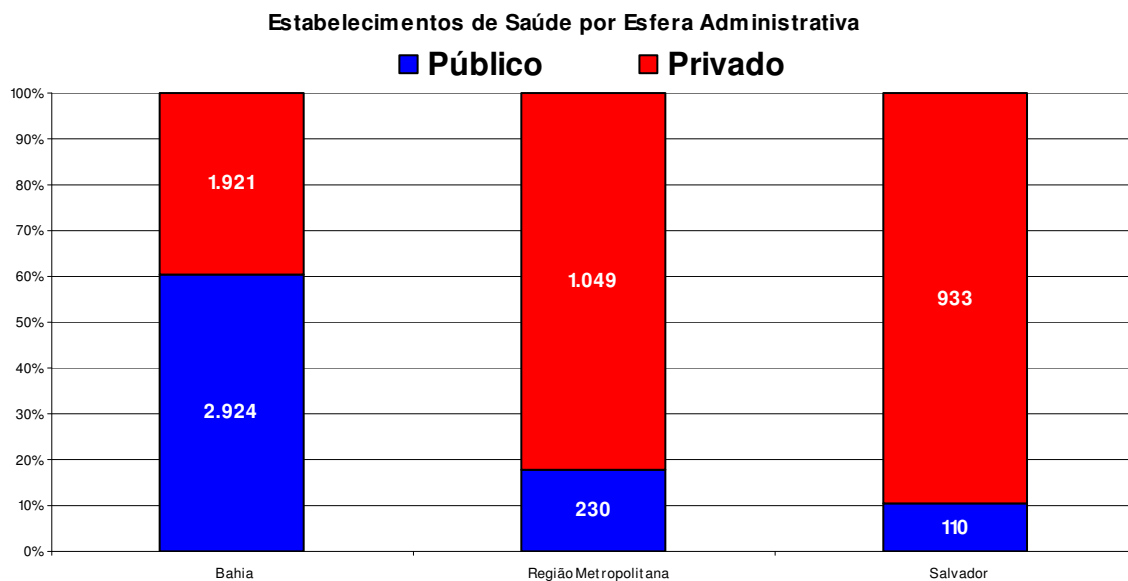


Figura 9 – Gráfico ilustrativo da distribuição das organizações prestadoras de serviços de saúde, por esfera administrativa, em 2002
Fonte: IBGE (2002)

Dentre os cerca de 1 043 prestadores de serviços de saúde existentes na Cidade do Salvador, em 2002, verifica-se que 880 deles oferecem a opção de atendimento em regime particular, 852 prestam serviços através de planos de saúde de terceiros enquanto 41 possuem planos de saúde próprios. Por sua vez, o atendimento através do SUS foi identificado em 269 organizações, conforme ilustrado, a seguir:

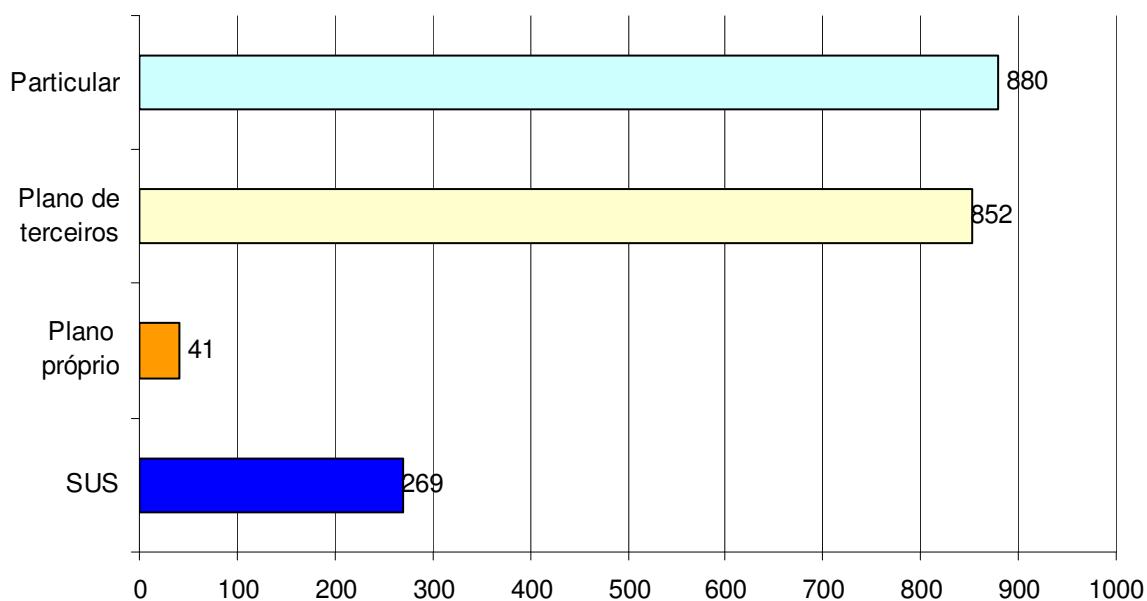


Figura 10 – Gráfico ilustrativo da distribuição dos estabelecimentos de saúde, em Salvador, por financiador dos serviços prestados, em 2002
Fonte: IBGE (2002)

Quando a avaliação se deteve no tipo de serviços que essas organizações prestam à comunidade, os dados do IBGE (2002) indicam que 7% dos prestadores oferecem serviços de internação hospitalar, enquanto que 13% oferecem serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento, tais como laboratórios, clínicas de diagnóstico por imagem, dentre outros, e 80% oferecem serviços ambulatoriais de baixa complexidade, tais como consultas.

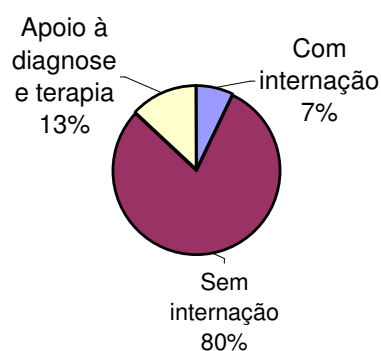


Figura 11 – Gráfico ilustrativo referente à distribuição dos estabelecimentos, segundo categoria de atividade, em 2002
Fonte: IBGE (2002)

Segundo levantamento realizado pela Urban Science Brasil (2001), agrupando dados oriundos do Ministério da Saúde (Datasus) e da Associação de Hospitais e Serviços de Saúde do Estado da Bahia, tem-se que a oferta de leitos para internação na Cidade do Salvador é de aproximadamente 7860 leitos, sendo 69% deles administrado pela iniciativa privada e 31% administrado pelo Estado. Desta forma, a oferta de leitos distribui-se entre os 27 hospitais privados existentes e os 17 hospitais públicos, estatais.

Outras 937 empresas, segundo o levantamento da Urban Science Brasil (2001), prestam serviços de saúde sem capacidade de internação, caracterizando-se como organizações de menor complexidade.

A distribuição dos leitos públicos e privados, além das organizações de menor complexidade, é apresentada na Tabela 2, a seguir, feita por subdistritos da cidade em que se localizam.

Tabela 2 – Distribuição da oferta de organizações prestadoras de serviços de saúde, com e sem internação, na Cidade do Salvador, por subdistrito, em 2001

DISTRITO	POPULAÇÃO RESIDENTE	LEITOS	LEITOS PRIVADOS	LEITOS PÚBLICOS	SERVIÇOS SEM INTERNAÇÃO
Amaralina	260.866	-	-	-	172
Brotas	202.451	1.460	1.135	325	127
Conceição da Praia	251	-	-	-	3
Itapuã	121.937	-	-	-	12
Ilha de Maré	6.020	-	-	-	0
Mares	6.340	1.069	1.039	30	15
Nazaré	11.664	60	60	-	6
Paripe	128.782	-	-	-	3
Passo	2.132	-	-	-	0
Penha	149.818	311	173	138	15
Periperi	71.234	96	-	96	3
Pilar	581	-	-	-	0
Pirajá	318.629	458	358	100	11
Plataforma	68.101	-	-	-	0
Santana	12.845	549	307	242	8
Santo Antônio	221.505	1.413	573	840	38
São Caetano	441.054	642	-	642	41
São Cristóvão	70.895	-	-	-	0
São Pedro	16.555	-	-	-	54
Sé	2.187	-	-	-	3
Valéria	146.327	115	115	-	4
Vitória	180.708	1.690	1.690	-	308
Salvador	2.440.882	7.863	5.450	2.413	937

Fonte: Urban Science Brasil (2001).

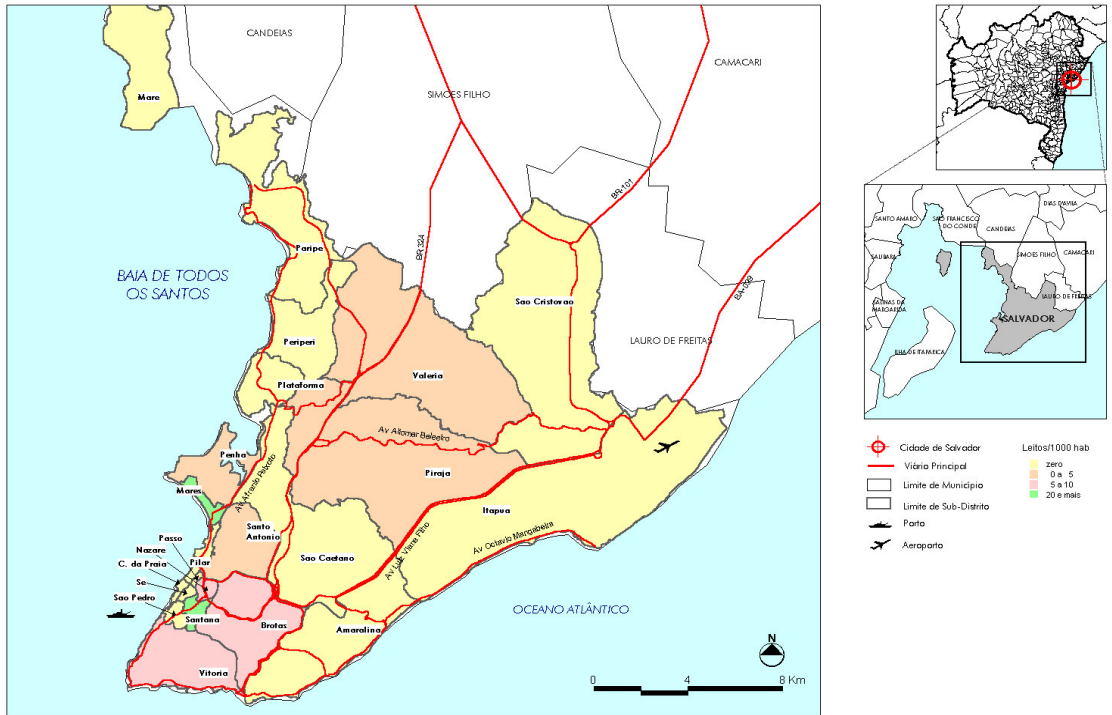


Figura 12 – Distribuição da oferta de leitos, na cidade do Salvador, por subdistrito, em 2001
 Fonte: Urban Science Brasil (2001)

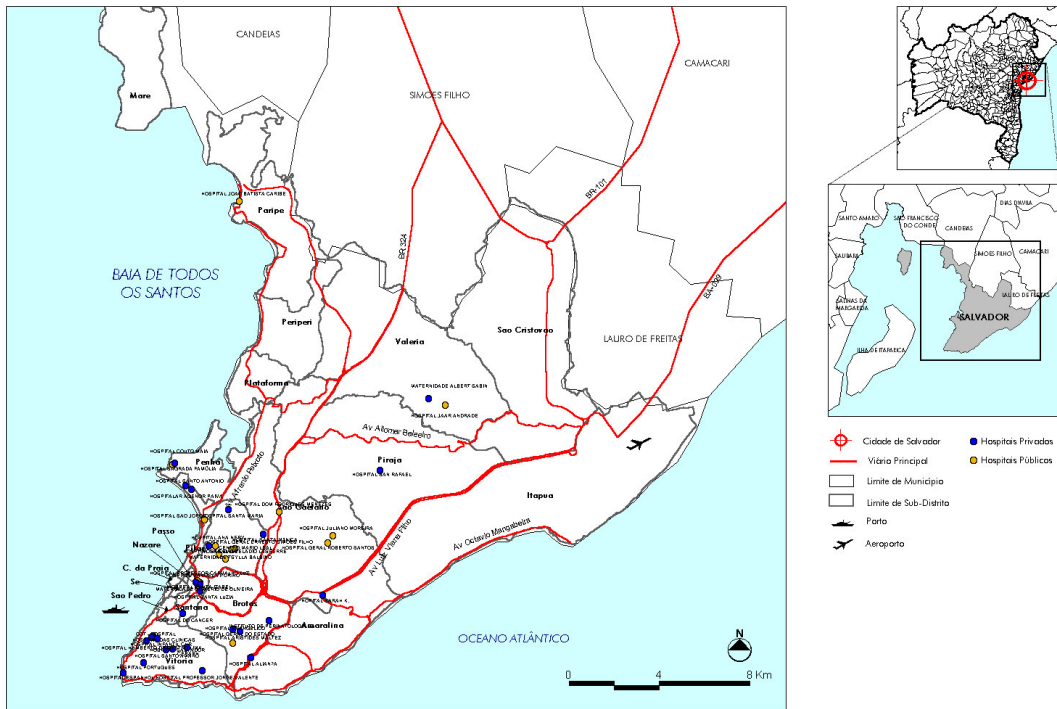


Figura 13 – Distribuição da oferta de hospitais públicos e privados, na Cidade do Salvador, em 2001
Fonte: Urban Science Brasil (2001)

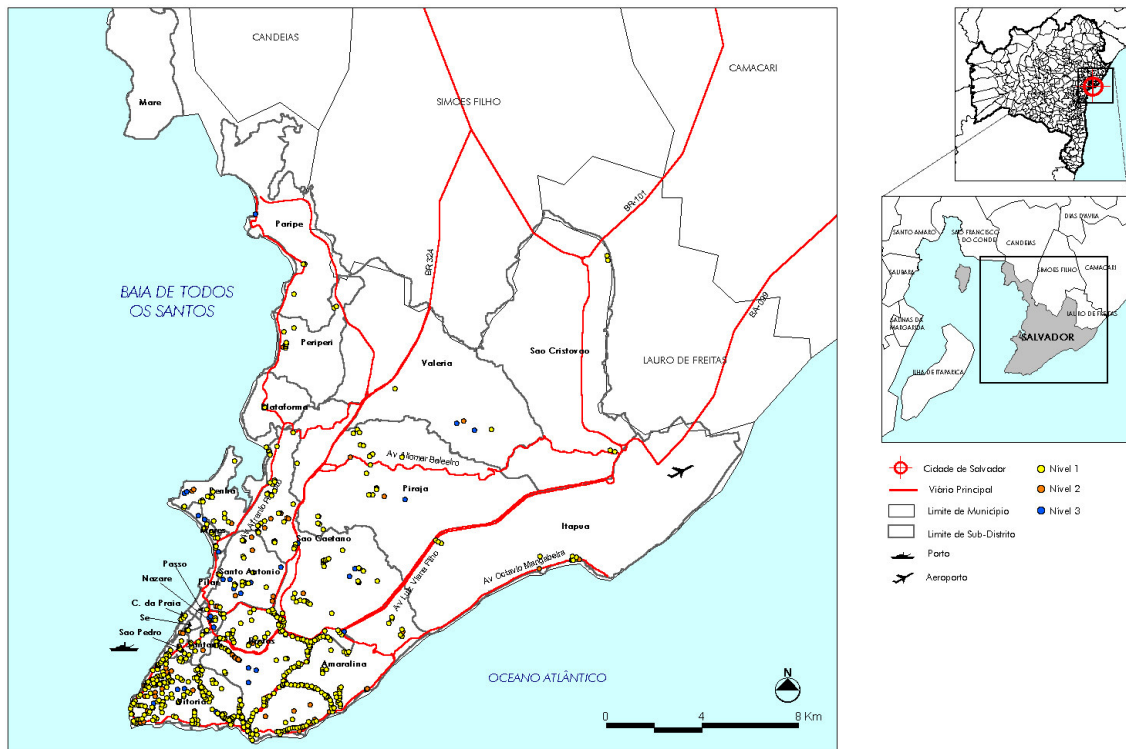


Figura 14 – Distribuição da oferta de organizações prestadoras de serviços de saúde, com e sem internação, na Cidade do Salvador, por subdistrito, em 2001
 Fonte: Urban Science Brasil (2001)

3.1.2 Caracterização e distribuição espacial da população na Cidade do Salvador

De acordo com o Censo Demográfico (IBGE, 2001), a Cidade do Salvador possuía, em 2000, uma população de 2 440 882 habitantes, o que corresponde a 18,68% do contingente populacional do Estado da Bahia.

Entre 1991 e 2000, a população cresceu 22,3%, o que corresponde a uma taxa de crescimento anual de 2,26%, frente a um crescimento anual da população brasileira de 1,6% e de 1,3%, na Região Nordeste, no mesmo período (IBGE, 2001).

Conforme é apresentado nas tabelas e mapas ilustrativos seguintes, ao se analisar os subdistritos em que se divide a Cidade do Salvador, separadamente, verifica-se que as áreas que compõem o eixo norte da cidade, apresentam os maiores percentuais de crescimento, tais como Itapuã, Valéria e Periperi. Em contrapartida, verifica-se que estas áreas ainda possuem baixa densidade demográfica, já que se situam distantes das regiões de urbanização mais antigas da cidade.

Tabela 3 – Distribuição da população, da taxa de crescimento anual média e da densidade populacional, por subdistrito da Cidade do Salvador

SUBDISTRITO	POPULAÇÃO	T.C.A. (1)	DENSIDADE POPULACIONAL (2)
Amaralina	260.866	1,98	14.906,63
Brotas	202.451	1,70	17.712,25
Conceição da Praia	251	-6,97	760,61
Itapuã	121.937	7,09	2.637,05
Ilha de Maré	6.020	2,20	203,38
Mares	6.340	0,81	5.418,80
Nazaré	11.664	0,25	16.200,00
Paripe	128.782	1,73	7.079,82
Passo	2.132	-3,39	13.325,00
Penha	149.818	0,73	25.095,14
Periperi	71.234	4,56	7.768,16
Pilar	581	-0,43	509,65
Pirajá	318.629	2,42	8.147,00
Plataforma	68.101	1,75	14.099,59
Santana	12.845	-0,31	11.784,40
Santo Antônio	221.505	0,71	30.679,36
São Caetano	441.054	2,19	18.061,18
São Cristóvão	70.895	2,16	1.633,15
São Pedro	16.555	-0,27	19.945,78
Sé	2.187	-5,78	6.834,38
Valéria	146.327	7,94	4.007,86
Vitória	180.708	0,90	18.271,79
Salvador	2.440.882	2,26	7.892,91

Fonte: IBGE (2001)

(1) TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL

(2) Habitantes/km²

Os mapas seguintes, Figuras 15 e 16, ilustram os dados relativos à distribuição da taxa de crescimento populacional e o índice de densidade populacional na Cidade do Salvador.

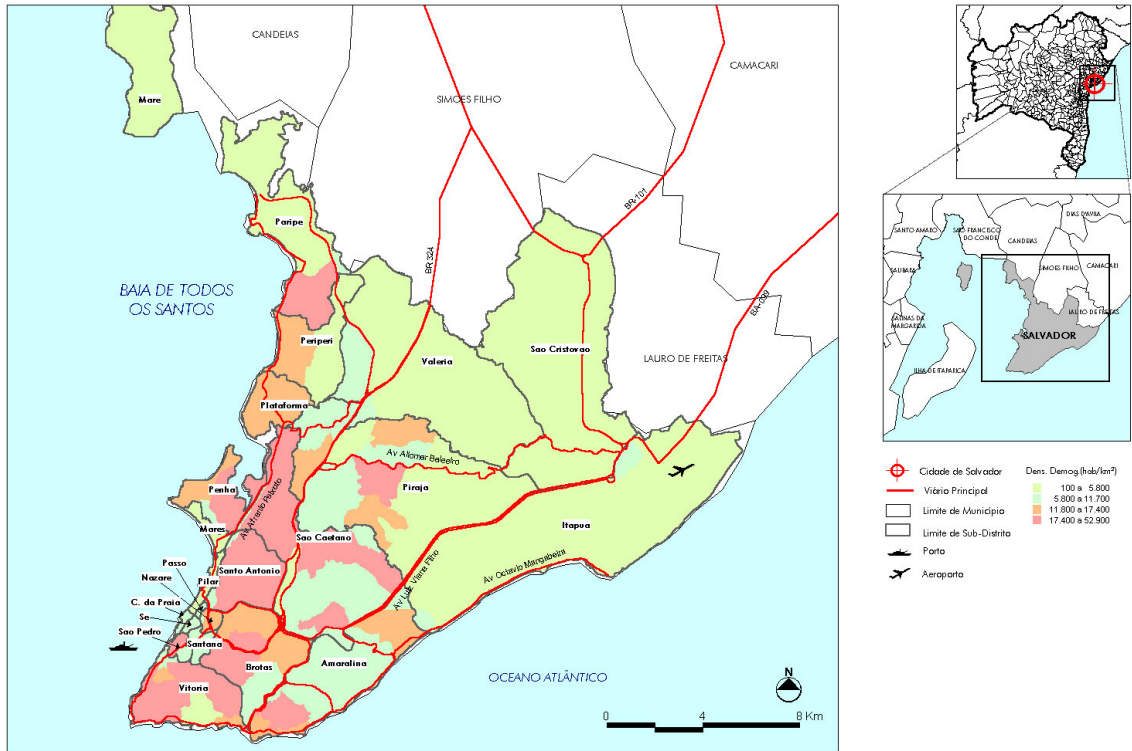


Figura 16 – Densidade demográfica, na Cidade da Salvador, por zona de Informação, em 2000
 Fonte: Urban Science Brasil (2001)

Em relação à renda familiar, verifica-se em Salvador, no ano de 2000, um rendimento médio de R\$ 1 218,00 mensais, o que corresponde a 49,4% a mais que a média nacional (R\$ 815,10 mensais) e 118,8% maior do que a média da região Nordeste (R\$ 556,89).

Ao ser estabelecida uma relação entre rendimento mensal e a classe socioeconômica, a partir dos Critérios da Classificação Econômica Brasil, editado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (Abep, 2003), tem-se a seguinte inferência a respeito da distribuição social, quando analisadas as médias de rendimento relativas a cada um dos subdistritos.

Tabela 4 – Renda média familiar, por subdistrito, na Cidade do Salvador.

SUBDISTRITO	RENDA FAMILIAR MÉDIA	DOMICÍLIOS (%)				
		CLASSE A	CLASSE B	CLASSE C	CLASSE D	CLASSE E
Amaralina	2.448,18	15,7	26,9	23,6	18,4	15,3
Brotas	1.668,66	8,2	21,0	30,6	25,5	14,6
Conceição da Praia	401,94	0,0	8,2	0,0	38,8	53,1
Itapuã	1.644,30	9,6	18,6	21,6	25,4	24,8
Ilha de Maré	182,70	0,4	2,5	7,7	25,5	64,0
Mares	974,40	3,6	17,4	30,2	30,6	18,3
Nazaré	1.254,54	7,2	23,0	35,7	25,3	8,8
Paripe	438,48	0,5	4,7	15,1	41,6	38,1
Passo	669,90	1,3	8,3	27,8	36,5	26,2
Penha	937,86	2,2	10,0	24,1	35,3	28,4
Periperi	548,10	0,7	5,8	21,7	40,2	31,6
Pilar	657,72	0,0	0,0	32,9	42,3	24,8
Pirajá	548,10	0,8	5,8	21,4	40,4	31,5
Plataforma	499,38	0,4	4,5	16,7	42,5	36,0
Santana	1.412,88	8,8	20,3	36,6	25,5	8,9
Santo Antônio	791,70	1,8	9,6	25,1	38,6	24,8
São Caetano	755,16	1,1	7,6	22,4	40,5	28,4
São Cristóvão	633,36	1,8	8,5	22,4	38,6	28,7
São Pedro	1.693,02	6,9	21,2	39,6	26,2	6,1
Sé	475,02	0,6	5,5	17,2	32,6	43,9
Valéria	401,94	0,4	3,8	17,0	50,1	28,7
Vitória	2.496,90	17,1	25,7	26,5	18,8	11,8
Salvador	1.218,00	5,2	12,9	23,2	33,9	24,7

Fonte: IBGE (2001)

Nota-se, no mapa da Figura 17 em que é apresentada a renda média nas diversas zonas da Cidade do Salvador, que a riqueza da cidade encontra-se concentrada em poucos bolsões, principalmente na região que acompanha a área litorânea, próxima à Baía de Todos os Santos e ao Oceano Atlântico.

3.1.3 Indicador de potencial mercadológico

Buscando desenvolver um índice de potencial de consumo relacionado à saúde, nas diversas áreas que compõem a cidade, a Urban Science Brasil (2001) desenvolveu um cálculo a partir da estrutura de renda e gastos familiares verificados na Cidade do Salvador. Foram considerados os valores declarados de gastos com assistência à saúde, segundo a pesquisa de orçamento familiar, realizada pelo IBGE (1997), e dados de rendimentos obtidos através do censo populacional, de 2000, também realizado por esse Instituto.

Desta forma, verifica-se a seguinte estrutura de gastos familiares em Salvador com “assistência à saúde” e nos principais subitens que o compõe, de acordo com a classe social familiar:

Tabela 5 – Distribuição dos gastos familiares com assistência à saúde, na Cidade do Salvador, por classe social, em 1997.

ITEM DE DESPESA	VALOR MÉDIO	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE C	CLASSE D	CLASSE E
Assistência à saúde (%)	6,53	6,59	7,36	6,18	6,26	5,29
Seguro saúde (%)	2,34	3,00	2,60	1,75	1,15	0,47
Remédio (%)	2,12	1,32	2,15	2,94	3,36	3,36
Consulta médica (%)	0,11	0,07	0,25	0,11	0,05	0,04

Fonte: IBGE (1997).

Nota-se, portanto, que existe uma tendência de consumo, no sentido de que, quanto maior for o ganho das famílias, maior é o percentual dos rendimentos gastos com o item “seguro saúde”. De forma inversa, verifica-se que as classes mais baixas destinam uma fatia maior dos seus ganhos com o item “remédio”.

Ao se comparar a distribuição de domicílios e despesas, nota-se que as famílias mais ricas (classe A/B), que totalizam 18,1% do total, correspondem a 40,2% do

montante das despesas com saúde. As famílias mais pobres (classe D/E), que representam 58,6% das famílias, somam apenas 33,7% das despesas.

Tabela 6 – Distribuição das famílias por classe social e acumulado de gastos com assistência à saúde, na Cidade do Salvador, por classe social.

CLASSE SOCIAL	FAMÍLIAS (%)	GASTO FAMILIAR COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE (%)
Classe A	5,2	15,1
Classe B	12,9	25,1
Classe C	23,2	26,1
Classe D	33,9	26,0
Classe E	24,7	7,7

Fonte: Urban Science Brasil (2001).

Para avaliar a distribuição espacial da demanda potencial de serviços de saúde em Salvador, a Urban Science Brasil (2001) mapeou o total de gastos realizados pelas famílias residentes com “assistência à saúde”, o que totalizou cerca de R\$ 776 milhões, conforme apresentado, a seguir:

Tabela 7 – Distribuição da população, dos gastos totais em saúde e da oferta de organizações prestadoras de serviços de saúde, com e sem internação, na Cidade do Salvador, por subdistrito, em 2000.

DISTRITO	POPULAÇÃO RESIDENTE	GASTO TOTAL COM SAÚDE	LEITOS PRIVADOS	Serviços de saúde privados, sem internação
Amaralina	260.866	86.246.078	-	172
Brotas	202.451	67.198.507	1.135	127
Conceição da Praia	251	63.655		3
Itapuã	121.937	38.301.746	-	12
Ilha de Maré	6.020	1.657.541		0
Mares	6.340	1.855.008	1.039	15
Nazaré	11.664	4.041.252	60	6
Paripe	128.782	38.417.328	-	3
Passo	2.132	718.351		0
Penha	149.818	45.771.113	173	15
Periperi	71.234	21.658.644	-	3
Pilar	581	193.558		0
Pirajá	318.629	97.877.549	358	11
Plataforma	68.101	20.120.573	-	0
Santana	12.845	4.510.231	307	8
Santo Antônio	221.505	70.356.470		
São Caetano	441.054	138.307.090	-	41
São Cristóvão	70.895	21.298.810	-	0
São Pedro	16.555	7.242.070	-	54
Sé	2.187	685.886	-	3
Valéria	146.327	45.176.162	115	4
Vitória	180.708	64.721.311	1.690	308
Salvador	2.440.882	776.418.934	5.450	937

Fonte: Urban Science Brasil (2001).

Conforme apresentado no mapa da Figura 18, nota-se que a maior concentração de gastos com “assistência à saúde” encontra-se nas regiões mais ao sul da cidade e, da mesma forma, a oferta de serviços de saúde acompanha esta tendência.

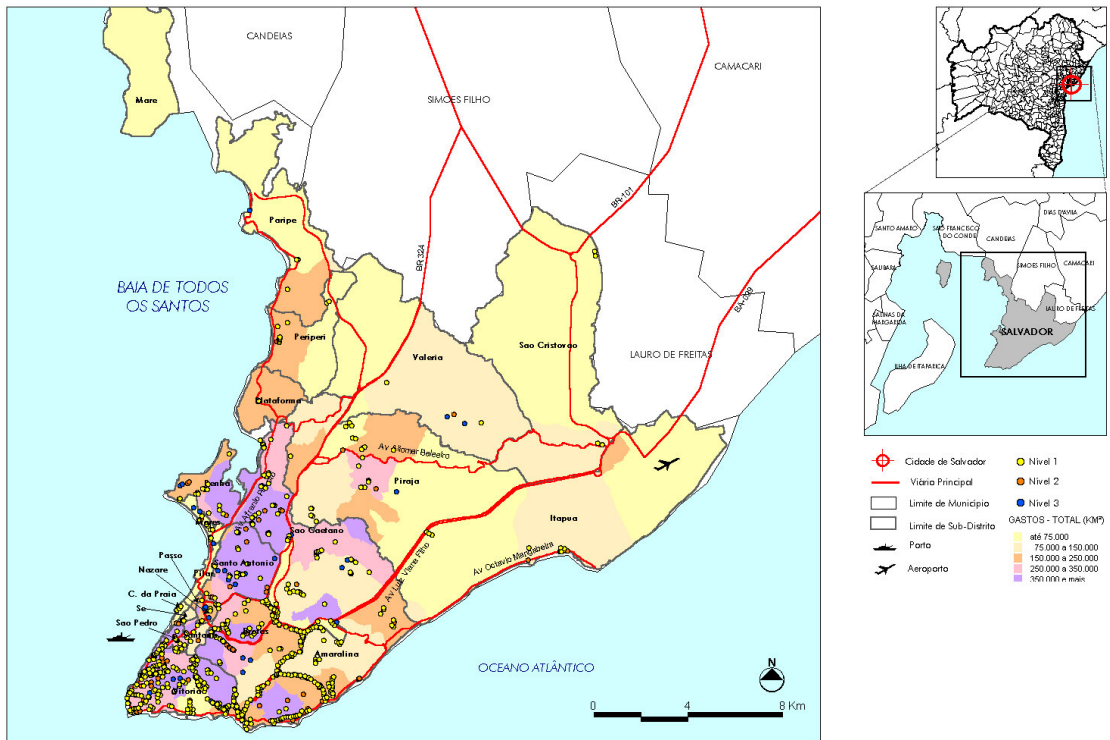


Figura 18 – Potencial de gastos com saúde, por zona de informação, e distribuição da oferta de serviços de saúde, na Cidade do Salvador, em 2000
 Fonte: Urban Science Brasil (2001)

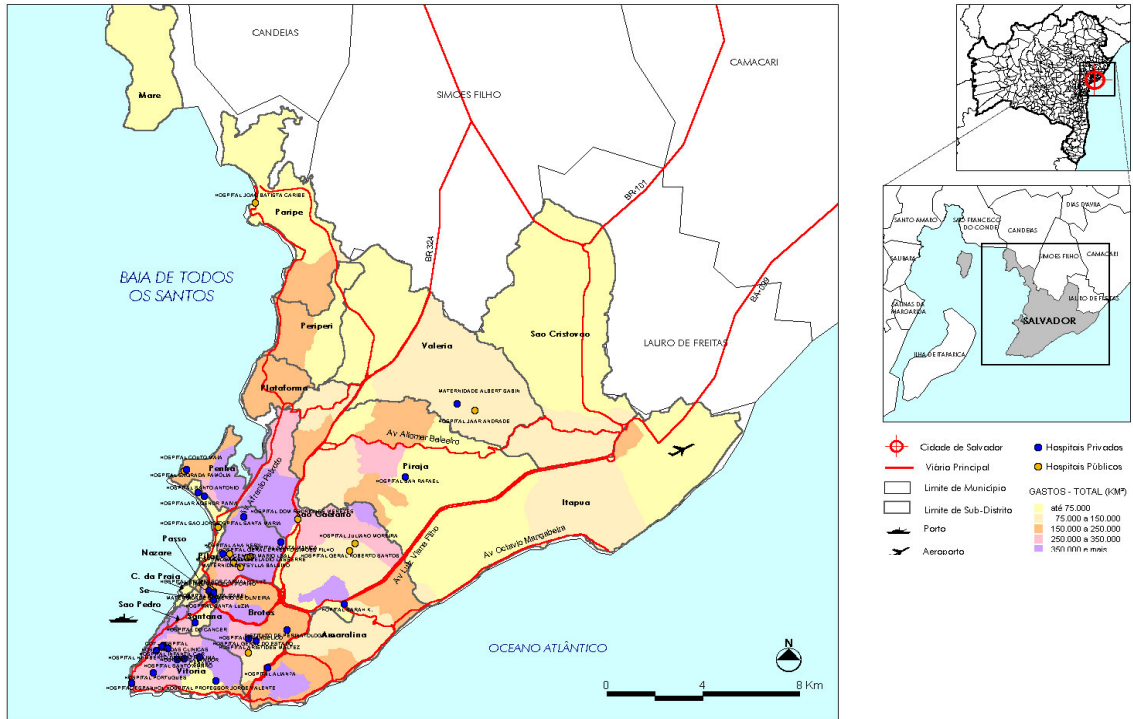


Figura 19 – Potencial de gastos com saúde, por zona de informação, e distribuição da oferta de hospitais públicos e privados, na Cidade do Salvador, em 2000
 Fonte: Urban Science Brasil (2001)

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL ALPHA

3.2.1 Inserção no sistema de saúde

De acordo com o Relatório da Gestão (HOSPITAL ALPHA, 2005b), o Hospital Alpha foi fundado há quase um século e meio, com a finalidade de atender a uma comunidade carente de imigrantes. No decorrer de sua história, estendeu seus serviços a toda população baiana e, principalmente, da Cidade do Salvador. Atualmente, o hospital é de propriedade, manutenção e controle particular, sem fins lucrativos e, por conseguinte, atende gratuitamente, ou através de SUS, parte dos seus pacientes. Além disso, atende a pacientes oriundos das operadoras de saúde e a pacientes em regime particular, que arcam com as despesas relacionadas aos serviços prestados, inserindo-se, assim, no segmento suplementar de saúde, porém, prestando atendimento ao sistema público, gratuito, através de convênios com o SUS.

O Hospital Alpha está inserido no contexto previamente descrito, localizado em uma das regiões de baixo crescimento populacional, com renda média familiar elevada em comparação com as demais zonas da Cidade do Salvador, com alta densidade demográfica e fora do eixo de crescimento atual do município.

3.2.2 Governança corporativa

Conforme explicitado no seu Relatório de Gestão (HOSPITAL ALPHA, 2005b), o Hospital Alpha possui uma estrutura de governança bastante complexa, formada, inclusive, por instâncias compostas de cidadãos associados à instituição mantenedora, sem direito a participar na divisão dos lucros e que se dedicam de forma altruísta à sua gestão. Existe, também, uma assembléia geral, formada por

todos os associados com direito a voto, que é responsável pela eleição de um conselho deliberativo. Tal Conselho, além de controlar e estabelecer as diretrizes da gestão do hospital, elege, a cada dois anos, uma diretoria, formada por 10 cidadãos, que se dividem no direcionamento das funções administrativas da casa.

A entidade mantenedora do Hospital Alpha é dirigida por um quadro diretivo formado por cidadãos sem qualquer remuneração, eleitos a cada dois anos, que se dedicam em prol da perpetuação dos serviços prestados à comunidade (HOSPITAL ALPHA, 2005b).

Para oferecer suporte a esta estrutura diretiva, encontra-se disponível um quadro profissional remunerado, subordinado aos diretores, formado por um Superintendente Médico, quatro assessores, sendo um assessor especial, um assessor de *marketing* e comunicação, um assessor técnico e um assessor jurídico, além de outros 10 profissionais responsáveis pelo gerenciamento de áreas administrativas (HOSPITAL ALPHA, 2005b).

3.2.3 Direcionamentos estratégicos

Ainda segundo o Relatório de Gestão (HOSPITAL ALPHA, 2005b), a missão do Hospital Alpha é estabelecida da seguinte forma:

(...) prestação de serviços médico-hospitalares mediante ações de promoção, prevenção, reparação e reabilitação da saúde, norteadas por critérios científicos, modernos e éticos e baseadas nas vertentes da assistência de alta complexidade, do ensino e pesquisa e da ação comunitária (HOSPITAL ALPHA, 2005b).

Dentre as evidências apresentadas pelo Relatório de Gestão (HOSPITAL ALPHA, 2005b), no período analisado, encontra-se a citação dele “ser um centro de

referência em várias especialidades médicas, no atendimento ao paciente e aos casos de alta complexidade”. Desta forma, argumenta-se que o Hospital Alpha:

(...) conquistou uma posição de destaque no cenário regional e nacional, capacitado pela disponibilidade de recursos humanos com formação técnico-científico-profissional diferenciada e com experiência operacional sedimentada, aliada a um parque de equipamentos de última geração (HOSPITAL ALPHA, 2005b).

Seu posicionamento como pioneiro na oferta de serviços de alta complexidade, tais como transplantes de órgãos, cirurgias gerais, cardíacas, neurológicas, oncológicas, tratamentos radioterápicos, serviços diagnósticos avançados, dentre outros, reforça a compreensão dos seus dirigentes de que a organização hospitalar “situa-se no topo da cadeia hierárquica de atendimento médico-hospitalar” (HOSPITAL ALPHA, 2005b).

Por este motivo, nota-se, de certa forma, que determinados procedimentos e perfis de pacientes são desestimulados a procurarem o Hospital Alpha, tendo em vista que seus casos não demandam serviços avançados e que, por conseguinte, podem ser atendidos, com menores custos e maior rapidez, em organizações hospitalares de menor complexidade. Esta percepção é evidenciada nos depoimentos obtidos junto ao Superintendente Médico do Hospital Alpha (2005).

Em paralelo, o Hospital Alpha incentiva o desenvolvimento de pesquisas científicas voltadas às principais demandas em saúde da região e conta com projetos de educação continuada, promovendo reciclagens constantes do seu corpo profissional. Além disso, a organização promove programas de estágio, internato e residência médica, visando disseminar o alto nível da assistência praticada em suas dependências e formar futuros profissionais.

A vertente de atuação na ação comunitária, descrita em sua missão, tem o objetivo de manter o seu caráter filantrópico, promovendo a saúde em bairros carentes das cidades de Salvador e Lauro de Freitas. Estas ações são executadas através das três unidades móveis de saúde, do convênio mantido com outras organizações filantrópicas e do atendimento aos pacientes provenientes do SUS, ou pacientes carentes, de forma gratuita, principalmente nos procedimentos de alta complexidade descritos anteriormente e que não são disponíveis nos principais hospitais públicos da rede do Estado (HOSPITAL ALPHA, 2005b).

3.2.4 Características operacionais

O Hospital Alpha presta assistência geral, atendendo a diversas especialidades médicas, destacando-se as seguintes: cardiologia, gastroenterologia e hepatologia, neurologia, oncologia, pneumologia, nefrologia, urologia e cirurgia geral, incluindo procedimentos de alta complexidade tais como os transplantes de órgãos, entre outros.

Além dos leitos para a internação, o hospital dispõe de uma extensa relação de serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento dos pacientes. Estes serviços prestam atendimento aos indivíduos internados ou àqueles que buscam atendimento em regime ambulatorial.

Além da internação e do atendimento ambulatorial aos pacientes nos serviços de apoio, verifica-se também a existência do serviço de atendimento emergencial. Este serviço funciona em regime de plantão, 24 horas por dia, e atende pacientes que apresentam quadros de urgência ou emergência, sejam eles clínicos ou cirúrgicos, excluindo-se as lesões traumáticas, o atendimento obstétrico e o atendimento pediátrico, para crianças abaixo dos 12 anos.

Pode-se concluir, então, que o Hospital Alpha apresenta 3 “portas de entrada” principais. São elas as seguintes:

- a) internação de pacientes;
- b) atendimento ambulatorial nos serviços de apoio, para a realização de diagnósticos e tratamentos que não exijam internação, excetuando-se consultas;
- c) atendimento emergencial, podendo ser revertido em internação ou utilizar-se apenas dos serviços de apoio, no decorrer do período em que o usuário se encontra na unidade.

Seu corpo funcional é composto por cerca de 2 000 colaboradores com vínculo empregatício. Dentre estes, destacam-se cerca de 200 médicos contratados, atuantes nos seus diversos serviços, tais como emergência, unidades intensivas, hemodiálise, radioterapia, bioimagem, dentre outros. Além destes, que possuem de fato uma relação trabalhista com a organização, outros 1 600 médicos cadastrados compõem o corpo clínico do hospital, caracterizados como médicos assistentes, ou seja, aqueles que estão habilitados a internar os pacientes a que estão assistindo para conduzirem seus procedimentos de diagnóstico e/ou tratamento. Segundo o Superintendente Médico do Hospital Alpha (2005), estes profissionais foram cadastrados após passarem por um processo de recadastramento e seleção, há menos de um ano. A autorização para este tipo de internamento é dada mediante o prévio cadastramento, com a apresentação de títulos, de aptidões e as entrevistas com os dirigentes.

Desta maneira, o corpo clínico pode ser caracterizado como misto, tendo em vista que possui médicos contratados para atuarem na assistência aos pacientes, além de possuir um quadro habilitado para internar seus pacientes nos leitos do hospital e conduzir o seu tratamento.

Quanto ao tempo médio de permanência dos pacientes internados no Hospital Alpha, verifica-se, segundo estatística apresentada no Relatório de Gestão (HOSPITAL ALPHA, 2005b), que ele pode ser classificado como de curto período, com um tempo médio de aproximadamente seis dias.

3.2.5 Instalações físicas e seu espaço geográfico

Instalado, inicialmente, em uma área mais periférica da cidade, o Hospital Alpha teve suas instalações transferidas, posteriormente, para o endereço onde permanece, desde a terceira década do século XX.

Vale ressaltar que a sua localização atual não está inserida no eixo de crescimento da cidade e também não se trata de um ponto central, do ponto de vista geográfico. No entanto, segundo depoimento do Superintendente Médico do Hospital Alpha (2005), os registros históricos indicam que a direção da organização, por ocasião da mudança, foi influenciada pelo entendimento de que aquele local poderia oferecer melhores condições de acessibilidade à sua clientela, ao tempo em que se buscava expandir e modernizar sua estrutura.

Hoje, observa-se que se trata de um grande complexo hospitalar, com um sistema de edificação verticalizado, combinando blocos e pavilhões.

Sua área de internação é composta por aproximadamente 300 leitos, classificando-se como uma organização hospitalar de grande porte, conforme apresentado na tabela seguinte:

Tabela 8 – Distribuição dos leitos existentes no Hospital Alpha

TIPO DE ACOMODAÇÃO	QUANTIDADE	TOTAL DE LEITOS
Suíte	02	02
Individual	139	139
Dois leitos	15	30
Três leitos	02	06
Quatro leitos	03	13
Cinco leitos	02	10
UTIs	05	69
Emergência	30	30

Fonte:Hospital Alpha (2005).

Segundo o Superintendente Médico do Hospital Alpha (2005), em uma das últimas expansões da organização, tratou-se de construir um grande complexo ambulatorial (Centro Médico) destinado a reunir, em consultórios especializados, os profissionais médicos que tradicionalmente representavam o maior percentual do volume de internações. Ao todo, na atualidade, reúnem-se cerca de 200 profissionais que dividem cerca de 45 salas.

3.2.6 A dinâmica dos internamentos

Segundo os dados obtidos junto ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (HOSPITAL ALPHA, 2005c), dentre os pacientes que são internados, verifica-se que no ano de 2004, cerca de 49% destes foram casos clínicos e outros 51% exigiram algum tipo de intervenção cirúrgica. Verifica-se, ainda, que a principal “porta de entrada” dos pacientes internados é o internamento de forma eletiva, planejada, por meio da solicitação de um médico que assistirá ao paciente durante todo o período, constituindo-se no seu médico responsável. Os internamentos realizados, após o atendimento prévio no Serviço de Emergência, representaram cerca de 32%, conforme apresentado a seguir:

Tabela 9 – Origem das internações, no Hospital Alpha, em 2004

ORIGEM	%
Emergência	32
Eletivas*	68
TOTAL	100

Fonte: Hospital Alpha (2005c).

Nota: (*) internações eletivas e transferências de outros hospitais.

Ao se analisar os internamentos, ainda no ano de 2004, foi verificado que dentre os 1 600 médicos cadastrados, apenas 513 médicos efetivamente foram responsáveis pela internação de pacientes na organização. Além disto, nota-se que, dentre os 513 profissionais, apenas cerca de 104 deles (20,3%) foram responsáveis por 80% do total de internamentos. Estes números não dizem respeito à quantidade de dias que durou o internamento, mas sim ao número de pessoas que foram admitidas no hospital, no decorrer de 2004 (HOSPITAL ALPHA, 2005c).

Ainda neste sentido, ao serem identificados dentre os pacientes internados aqueles que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos, verificou-se que 478 profissionais médicos foram responsáveis pela internação de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. Destes, apenas 120 deles (cerca de 25%) foram responsáveis por 80% do total dos pacientes operados, no ano de 2004 (HOSPITAL ALPHA, 2005c).

No entanto, se o cálculo for feito, levando em conta o valor financeiro gerado por tais procedimentos, verifica-se uma concentração ainda maior. Apenas 74 dos médicos responsáveis pelas internações de pacientes submetidos a cirurgias, cerca de 15,5% do total, foram responsáveis por 80% do total correspondente ao valor faturado em reais, no ano de 2004, por pacientes internados (HOSPITAL ALPHA, 2005c).

A criação de uma estrutura ambulatorial anexa às dependências do Hospital Alpha parece ter resultado em impacto representativo para o perfil do seu corpo clínico atuante. Desta forma, foi verificado que os 177 profissionais, instalados no seu Centro Médico, foram responsáveis por 65% do total de pacientes internados, no ano de 2004 (HOSPITAL ALPHA, 2005c).

Dados relativos à importância do encaminhamento, pelos médicos, de pacientes para a realização de exames, em caráter ambulatorial, assim como o encaminhamento para o atendimento no serviço de emergência não estiveram disponíveis nos dados internos verificados. No entanto, informações complementares sobre a avaliação da satisfação dos clientes, a ser relatada em capítulo seguinte, apresentam dados relevantes a este respeito.

3.2.7 Origem espacial dos usuários

Ao se analisar o local de residência dos usuários internados no Hospital Alpha, a partir dos dados constantes no Relatório Estatístico (HOSPITAL ALPHA, 2005c), nota-se que 99,63% desses indivíduos residem no Estado da Bahia. Os usuários residentes no Estado de Sergipe, um dos Estados mais próximos da capital baiana, totalizam 0,21%. Os demais Estados somam, apenas, cerca de 0,16% do total de internações, conforme apresentado na Tabela 10, mostrada a seguir:

Tabela 10 – Distribuição dos usuários submetidos a internação no Hospital Alpha, em 2004, por unidade federativa de domicílio

UNIDADE DA FEDERAÇÃO	TOTAL
BA	99,63
SE	0,21
SP	0,06
AL	0,03
DF	0,02
PE	0,02
PI	0,01
RS	0,01
ES	0,01
TOTAL GLOBAL	100,00

Fonte: Hospital Alpha (2005c).

Já entre os municípios baianos, verifica-se que Salvador, capital onde o Hospital está localizado, concentra 87,68% do total de usuários internados em 2004. Conforme pode ser verificado na Tabela 11, as demais cidades que se classificam nas posições seguintes estão localizadas na RMS e na sua circunvizinhança, ou são as cidades de maior porte econômico, tal como Feira de Santana, Vitória da Conquista, Jequié e Itabuna.

Tabela 11 – Distribuição dos usuários submetidos a internação no Hospital Alpha, em 2004, por cidade do Estado da Bahia, de domicílio

MUNICÍPIO	TOTAL (%)
Salvador	87,68
Lauro de Freitas	1,42
Feira de Santana	1,27
Alagoinhas	0,91
Camaçari	0,47
Candeias	0,40
Vitória da Conquista	0,29
Jequié	0,28
Catu	0,28
Itabuna	0,23
Madre de deus	0,22
Ilhéus	0,21
Simões Filho	0,20
Dias D'Ávila	0,20
Santo Amaro	0,18
Cruz das Almas	0,17
Valença	0,16
Vera Cruz	0,15
Santo Antonio de Jesus	0,15
São Sebastião do Passe	0,15
Demais municípios	4,60
TOTAL	99,63

Fonte: Hospital Alpha (2005c).

Em relação aos usuários externos e aqueles atendidos no Serviço de Emergência, não foi possível obter tais dados.

3.2.8 Políticas comerciais e aspectos financeiros

Na esfera comercial, de acordo com o depoimento colhido (SUPERINTENDENTE MÉDICO DO HOSPITAL ALPHA, 2005), verifica-se que, em 2004, o Hospital Alpha possuía convênios estabelecidos com cerca de 38 planos de operadoras de saúde. Considerando-se que os procedimentos particulares e os financiados pelas operadoras representam sua principal fonte de recursos e que os procedimentos realizados através do SUS e através de gratuidades são

considerados como fonte de despesas, são relacionados na Tabela 12 a seguir, de forma comparativa, os dados das principais fontes de receita da organização:

Tabela 12 – Receita proveniente dos usuários de planos de saúde e particulares, por tipo de atendimento, no Hospital Alpha

TIPO DE PACIENTE	PARTICULARES (%)	CONVÊNIOS (%)	TOTAL (%)
Usuários externos	0,9	10,0	10,9
Usuários internos	1,7	87,4	89,1
TOTAL	2,7	97,3	100,0

Fonte: Hospital Alpha (2005c).

Tais dados traduzem a relevância do atendimento aos usuários de convênios que são submetidos a internação, gerando cerca de 87,4% do faturamento. Ressalte-se que, apesar do Hospital Alpha possuir na atualidade uma grande concentração de sua receita proveniente de usuários internados, é notória a existência de projetos específicos para a atração de um maior contingente de pacientes externos, ou seja, aqueles que são atendidos sem necessitarem da estrutura hoteleira disponível, de acordo com o depoimento do Superintendente Médico do Hospital Alpha (2005).

Ao se analisar os dados apresentados a seguir, na Tabela 13, nota-se que há demasiada concentração da receita proveniente de apenas sete convênios, dentre os 38 relacionados, somando cerca de 90% do total faturado, em 2004:

Tabela 13 – Receita acumulada por convênios, no Hospital Alpha, em 2004

RECEITA CONVÊNIOS	ACUMULADO (%)
Convênio A	35,13
Convênio B	49,62
Convênio C	63,36
Convênio D	73,60
Convênio E	83,41
Convênio F	88,10
Convênio G	90,75
Demais 31 convênios	100,00

Fonte: Hospital Alpha (2005c).

Do ponto de vista financeiro tem-se o registro, conforme Relatório de Gestão (HOSPITAL ALPHA, 2005b), de que a organização apresentou uma receita operacional bruta de aproximadamente R\$ 146 milhões, no ano de 2004. Deste montante, adquire relevância as importâncias verificadas no item “materiais, medicamentos e gases” no total das contas dos pacientes atendidos. Esta soma totaliza mais de 58% da receita gerada, proveniente dos convênios com o SUS e com as operadores de planos de saúde.

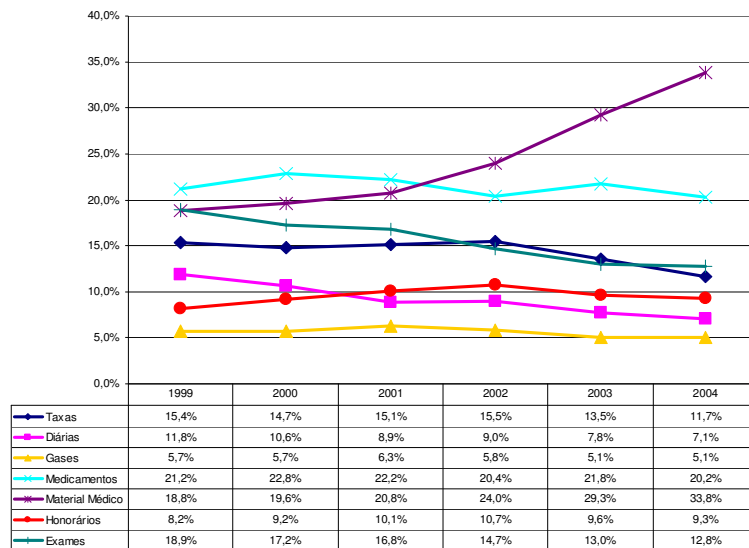


Figura 20 – Gráfico ilustrativo da evolução das fontes de receita da organização, de 1999 a 2004
Fonte: Hospital Alpha (2005b)

Conforme verificado no gráfico anterior, esse quadro de crescimento da receita relacionada ao item “materiais, medicamentos e gases” veio se consolidando no decorrer dos anos anteriores, acompanhado de uma diminuição proporcional da receita proveniente do item “taxas de serviços, diárias hospitalares e exames”. Esta realidade é justificada, segundo o Superintendente Médico do Hospital Alpha (2005), em virtude de um desequilíbrio proveniente de todo o sistema de saúde suplementar. Para ele, os valores relativos a “diárias, taxas e exames” encontram-se inalterados há cerca de nove anos, sem espaço para negociação com as fontes pagadoras (operadoras de planos de saúde), enquanto que os materiais, medicamentos e gases são indexados por meio de tabelas de valores nacionais e atualizadas conforme as variações dos custos destes insumos. Ao Hospital cabe uma taxa de comercialização sobre estes produtos.

Desta maneira, nota-se uma inversão na participação das fontes de receita da organização, quando os serviços efetivamente prestados por ela (diárias, taxas e

exames) são desvalorizados, em prol da inflação verificada nos seus insumos (materiais, medicamentos e gases).

Verifica-se, assim, segundo entrevista com o Superintendente Médico do Hospital Alpha (2005), que o item “materiais, medicamentos e gases” está predominantemente relacionado às contas dos pacientes internados e, por este motivo, pode-se inferir que seja uma das razões para que este perfil de pacientes predomine, no que diz respeito à receita gerada. O atendimento aos pacientes externos, segundo ele (SUPERINTENDENTE MÉDICO DO HOSPITAL ALPHA, 2005), produz, em maior medida, as receitas menos valorizadas que são as taxas e os honorários profissionais. Desta forma, compreende-se melhor a diferença verificada na receita total gerada, em 2004, pelos diferentes perfis de pacientes.

3.2.9 Hierarquização e relacionamento com a cadeia de atendimento

Apesar da impossibilidade, encontrada no decorrer da investigação, de se quantificar a origem de pacientes atendidos oriundos de outras organizações prestadoras de serviços de saúde, verificou-se, através da entrevista com o Superintendente Médico do Hospital Alpha (2005), que a disponibilidade de recursos avançados neste Hospital, muitas vezes inexistentes em outras organizações hospitalares da cidade, tem determinado um relacionamento distinto com outros prestadores de serviços de saúde na Cidade do Salvador. Desta forma, foram estabelecidos convênios com diversos hospitais e clínicas, possibilitando a transferência de pacientes que necessitem realizar um diagnóstico avançado ou determinado procedimento terapêutico, havendo a possibilidade de regressar à organização de origem (hospitais, clínicas, etc.), ou permanecer no Hospital Alpha.

Por outro lado, em função da busca pela hierarquização da rede de prestadores de serviços, determinadas operadoras de saúde têm restringido o acesso dos seus associados para este Hospital, tendo em vista, segundo as palavras do Superintendente Médico do Hospital Alpha (2005), que esta organização apresenta custos superiores aos dos pequenos hospitais ou clínicas especializadas.

Por conta disso, o Hospital recebe um significativo volume de internações direcionadas pelas organizações menos complexas, de níveis inferiores da hierarquia da rede. Caso bastante ilustrativo diz respeito a uma clínica especializada em atendimento de urgência e emergência, localizada a menos de dois quilômetros de distância, que não dispõe de estrutura satisfatória para casos que exijam recursos avançados e que também é credenciada a um dos principais convênios do Hospital Alpha. Desta forma, tal operadora de saúde optou por não habilitar o serviço de emergência do Hospital em estudo, recomendando que seus pacientes sejam selecionados na clínica de menor complexidade e, caso necessário, sejam conduzidos para serviços mais complexos, para darem prosseguimento ao diagnóstico e tratamentos necessários.

3.3 ANÁLISE DO COMPORTAMENTO DOS USUÁRIOS DO HOSPITAL ALPHA

Os dados apresentados a seguir são provenientes das respostas obtidas com a pergunta “Que fator determinou a sua escolha por este Serviço/ Hospital?”, que fez parte dos três formulários de Pesquisa Interna da Satisfação dos Usuários (HOSPITAL ALPHA, 2005a), dos serviços prestados no Hospital Alpha. Para esta questão foram apresentadas seis opções de respostas (alternativas):

- a) indicação de amigos e parentes;
- b) indicação do convênio;
- c) indicação do médico;
- d) localização;
- e) anúncios;
- f) outros motivos.

Excluindo os formulários que deixaram essa questão em branco, sem respostas, verificaram-se os seguintes resultados, mostrados na Tabela 14, em termos percentuais (%) e números absolutos (NA):

Tabela 14 – Motivo principal declarado da escolha pelos serviços de emergência, internação e bioimagem, levantado em 2004, através da pesquisa interna de satisfação dos clientes/usuários

MOTIVO PRINCIPAL	SERVIÇOS			
	EMERGÊNCIA	EXTERNOS	INTERNAÇÃO	MÉDIA
Indicação de amigos ou parentes (%)	17,30	19,49	15,69	17,50
N.A.	32	61	99	192
Indicação do convênio (%)	21,62	16,61	12,52	15,50
N.A.	40	52	79	171
Indicação do médico (%)	31,89	26,52	55,94	43,30
N.A.	59	83	353	476
Localização (%)	18,92	21,73	4,91	12,20
N.A.	35	68	31	134
Anúncios (%)	1,08	0,96	0,00	0,05
N.A.	2	3	0	5
Outros motivos (%)	9,19	14,70	10,94	12,00
N.A.	17	46	69	132
TOTAL (%)	100,00	100,00	100,00	100,00
N.A.	185	313	631	1 100

Fonte: Hospital Alpha (2005a).

A maior parcela dos usuários do serviço de emergência (31,89%) afirmou que foi influenciada pelo médico a buscar o atendimento neste Hospital. Outros, 21,62%, procuraram este serviço por indicação do plano de saúde ao qual são conveniados. A localização do Hospital foi citada por 18,92%, enquanto que 17,3% confiou na opinião de amigos e parentes. O papel dos anúncios foi reconhecido por apenas 1,08%, enquanto que 9,19% assinalou a alternativa “outros motivos”.

Da mesma forma, quando perguntados sobre o que influenciou a escolha pelo Hospital Alpha para a internação, mais da metade (55,94%) dos usuários entrevistados afirmou que a escolha foi estimulada pelo médico. A recomendação de parentes e amigos ficou com 15,69% das respostas dos pacientes internados,

enquanto 12,52% indicou ter sido o convênio o responsável pela escolha. Nesta amostra, os pacientes internados não relataram a influência de anúncios na tomada de decisão e cerca de 10% respondeu a alternativa “outros motivos” que não estavam explicitados na pesquisa. A localização, ou seja, a acessibilidade ao hospital, foi reconhecida como de importância principal por apenas 4,91% dos respondentes.

Os pacientes externos, aqueles que foram atendidos no serviço de bioimagem sem estarem internados, apontaram, em 26,52% dos casos, ter escolhido o serviço por indicação médica, enquanto que 21,73% foi influenciado pela localização do Hospital. Para 19,49%, a indicação de amigos e parentes foi o fator de maior influência, enquanto que 16,61% apontou a indicação feita pelo convênio como o principal motivo. Apenas 0,96% garantiu ter baseado sua escolha em função de anúncios publicitários.

De uma maneira geral, é importante observar que muitos dos pacientes não souberam afirmar qual foi o motivo da sua escolha pelo Hospital Alpha. Somando-se as três amostras, nota-se que 12% dos 1 100 questionários respondidos apontou que a influência se deu por outros motivos.

A entrevista com o Superintendente Médico do Hospital Alpha (2005), permite afirmar que os convênios podem, em todos os serviços prestados no Hospital Alpha, ser compreendidos como delimitadores da oferta disponível de serviços, uma vez que poucos deles oferecem a liberdade de escolha para seus associados, restringindo-os às opções cobertas pelo plano. Compreende-se, assim, que os convênios que não oferecem “livre escolha” aos seus associados estabelecem um conjunto de oferta restrito, tendo seus clientes que optar dentre estas possibilidades.

3.4 CONCLUSÕES SOBRE O ESTUDO DE CASO

A partir da análise da realidade urbana e mercadológica descrita para o setor de saúde, na Cidade do Salvador, verifica-se que há uma concentração de organizações privadas prestadoras de serviços de saúde na área constituída pelas regiões de maior potencial de gastos em saúde. Em contrapartida, nota-se que as regiões com crescimento mais recente, o eixo norte da cidade, dispõem de pouca oferta de serviços privados de saúde e menor potencial de consumo instalado.

Inserido neste contexto, o Hospital Alpha posiciona-se mercadologicamente como um prestador de serviços de saúde especializado em casos de alta complexidade, situado no topo da cadeia hierárquica de atendimento. Apesar disso, este Hospital apresenta uma abrangência geográfica de atuação bastante concentrada na população residente na Cidade do Salvador e de alguns municípios do Estado da Bahia, sem exercer grande atração de usuários de outras unidades federativas circunvizinhas. Dentro do contexto urbano de Salvador, nada se pode concluir a respeito da sua área de influência, ou seja, qual a abrangência da área geográfica em que se dá a atração dos seus usuários.

Em relação ao comportamento dos usuários do Hospital Alpha, conclui-se que estes utilizam três “portas de entrada”, a saber, a internação, o serviço de emergência e os serviços ambulatoriais.

Com relação ao aspecto financeiro, conclui-se que os pacientes internados são responsáveis por aproximadamente 89% da receita da organização. Sua admissão acontece tanto pela “porta de entrada” da internação eletiva, que corresponde a 68% dos casos, quanto pelo serviço de emergência, responsável por 32% das internações em 2004.

O usuário externo, atendido no serviço de emergência ou em um dos diversos serviços ambulatoriais de diagnóstico e terapia, é responsável por apenas 10,9% da receita gerada em 2004. Sua importância, no entanto, parece estar relacionada tanto à ocupação da capacidade ociosa dos recursos disponíveis na organização hospitalar, quanto ao fato destes atendimentos ambulatoriais poderem conduzir os pacientes para atendimentos mais complexos e, portanto, geradores de maior receita.

Para cada uma das “portas de entrada”, que foram adotadas para a condução da investigação, são verificadas diferenças em relação ao valor percebido dos itens que determinaram a escolha do serviço. Sobre os usuários internados, conclui-se que a “indicação do médico” é responsável pela decisão de cerca de 56% dos usuários. Além disso, a localização da unidade hospitalar foi reconhecida como fator decisivo na escolha por apenas 4,9% dos respondentes.

Na opinião dos usuários externos do serviço de bioimagem, a “localização” é o segundo fator de maior frequência de respostas, com 21,7%, atrás, apenas, da “indicação do médico”, com 26,5%.

O usuário do serviço de emergência atribuiu, além da importância dada à “indicação do médico” (31,9%), à “indicação do convênio” o percentual de 21,6% como fator preponderante. Neste caso, a “localização” do serviço foi reconhecida por 18,9%, como o item de maior importância.

É oportuno ressaltar que, ao serem questionados sobre o serviço de emergência, os usuários não foram convidados a indicar a importância de cada item, mas sim, indicar qual deles era reconhecido como o mais relevante. Ou seja, há que se avaliar que a escolha pelos serviços é tomada em função da combinação destes e de outros possíveis fatores, cada um assumindo um papel distinto.

Destaca-se, também, que a opção por “outros motivos” foi bastante freqüente no conjunto de respostas obtidas, talvez demonstrando a fragilidade da opinião dos usuários com a questão apresentada.

Ao se aplicar o modelo proposto por Lytle e Mokwa (1992 *apud* LOURES, 2003) para analisar os fatores que formam a oferta de uma organização hospitalar, concluiu-se que a pesquisa interna de satisfação dos usuários que foi utilizada não contempla de forma direta, na avaliação, outros motivos de escolha do usuário pela organização. Esses outros benefícios, tangíveis e intangíveis, indicados pelo modelo, são:

- a) a aparência do pessoal;
- b) a decoração e a aparência das instalações físicas;
- c) os aspetos relacionados à empatia, capacitação, presteza e confiabilidade dos profissionais envolvidos no atendimento.

Estes fatores poderiam ser agrupados, por exemplo, em torno de uma alternativa com a denominação de “reputação” da organização hospitalar. Outro aspecto que poderia ser incluído, e que é apontado por Vasconcellos (1997), é a questão do custo (preço) dos serviços prestados.

Independentemente destas observações concluiu-se que, para cada um dos serviços desta organização hospitalar, a localização se constitui num fator que tem importâncias distintas já que, como era de se esperar, atendem a diferentes necessidades dos indivíduos. Assim, infere-se que a acessibilidade é mais relevante para o usuário de serviços diagnósticos, como é o caso do serviço de bioimagem, seguido do usuário do serviço de emergência, ou pronto-atendimento, e, por fim, em menor dimensão, pelos usuários submetidos a internações para fins cirúrgicos ou clínicos.

Conclui-se também que, segundo o depoimento do Superintendente Médico do Hospital Alpha, a disponibilidade de credenciamento do Hospital Alpha com os planos de saúde configura-se, em certa medida, como um delimitador da escolha que é feita pelos associados destas operadoras de saúde. Ou seja, parece que, se o Hospital está credenciado a atendê-lo, o usuário o inclui entre aqueles que serão considerados para a escolha. Caso contrário, tende a afastá-lo, se possuir outras opções. Por este motivo, quando os usuários afirmam que a “indicação do convênio” é um fator preponderante na escolha do hospital, questiona-se se esta afirmação diz respeito a uma recomendação dos funcionários das operadoras de planos de saúde, de fato, ou se estes usuários estão traduzindo em suas respostas a restrição do conjunto de escolha disponível no rol de prestadores credenciados ao plano.

O papel desempenhado pelo médico no processo decisório dos usuários do Hospital Alpha, demonstrou ser prioritário tanto para a escolha da internação, do serviço de emergência e do serviço de bioimagem. Em relação a este ponto, verifica-se que a decisão do Hospital Alpha em instalar um Centro Médico, anexo, resultou em que 65% dos usuários internados na organização, no ano de 2004, tenham sido acompanhados por profissionais instalados naquele local. Assim, a proximidade da localização do consultório médico e, conseqüentemente, da “integração da cadeia de atendimento”, surgem como evidências bastante ricas para futuras análises.

A relevância de outros prestadores de serviços de saúde, de menor complexidade, também se evidenciou em virtude dos depoimentos que indicaram a transferência de pacientes de outras organizações para a realização de serviços de diagnóstico e tratamento que não são disponíveis no prestador de origem e que estão à disposição no Hospital Alpha.

Soma-se aos resultados das pesquisas realizadas no Hospital Alpha, o levantamento da distribuição espacial das organizações prestadoras de serviços de saúde, da Cidade do Salvador. Conforme apresentado no estudo de caso, nota-se uma maior quantidade e, por conseguinte, a maior dispersão de organizações de menor complexidade, ao contrário do observado em relação às organizações hospitalares existentes. Questiona-se, portanto, se a instalação de um hospital é potencialmente mais adequada em uma região ocupada por grande número de outros prestadores ou em uma região com pouca oferta?

Ainda sobre a questão da localização das organizações hospitalares, conforme foi visto na segunda seção, diversos autores defendem que a distância percorrida pelos usuários de serviços de saúde pode variar, de maneira regular, em função do tamanho das organizações prestadoras de serviço, das especialidades médicas demandadas e dos recursos tecnológicos oferecidos, ou seja, quanto maior for o grau de complexidade dos serviços prestados, maior será a distância percorrida pelo usuário. Desta maneira, é formulado o modelo de distribuição baseado na Teoria da Área Central, compreendendo-se que serviços de diferentes características se entrelaçariam, vinculando-se a uma hierarquia, de acordo com a população que vive dentro de seus limites, desde que seja suficiente para sustentar a sua existência. Surge, assim, a compreensão de que alguns serviços são viáveis em muitas localizações, enquanto outros devem restringir-se a poucos lugares (VASCONCELLOS, 1997; MAÇADA e BECKER, 1994).

Através dos resultados alcançados confirma-se a relativa importância da localização na escolha de serviços prestados pela organização hospitalar estudada. Nota-se, portanto, que o usuário de serviços de atendimento emergencial ou de serviços ambulatoriais de diagnóstico parecem ser mais influenciados pela condição

de acessibilidade, no que se refere particularmente à localização, diferentemente do caso dos usuários de serviços que necessitam de internação.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme estabelecido na seção introdutória, este estudo tem como objetivo principal analisar o comportamento dos consumidores de serviços de saúde, prestados por organizações hospitalares privadas, em relação ao espaço geográfico.

Sua justificativa está baseada, entre outros aspectos, na importância atual da reflexão sobre os modelos de gestão adotados para o sistema de saúde brasileiro, assim como para as organizações inseridas nele.

Diante da compreensão de que o sistema é composto por dois segmentos distintos, um público e outro privado, ou suplementar, defronta-se com a percepção da indefinição acerca de modelos que orientem o planejamento da distribuição espacial da oferta privada. Assim, propõe-se compreender com maior profundidade a organização hospitalar privada e sua inserção no sistema de saúde, sua relação com o espaço geográfico e, por fim, as possibilidades de aplicação de conceitos mercadológicos neste contexto, voltando-se para analisar o comportamento dos usuários do Hospital Alpha.

O estudo foi desenvolvido inicialmente através de uma revisão da literatura acerca de três dimensões relacionadas à organização hospitalar que correspondem a três subseções, assim intituladas: “A organização hospitalar e sua inserção no sistema de saúde brasileiro”; “A organização hospitalar e o espaço geográfico”; e “Conceitos mercadológicos aplicados à organização hospitalar”. Cada uma das

dimensões pesquisadas procurou complementar a construção de um conhecimento que possibilitasse uma melhor compreensão acerca do tema proposto.

A principal limitação relacionada à pesquisa bibliográfica deveu-se ao fato do tema em estudo ter envolvido a organização hospitalar em três grandes campos de discussão – o *marketing*, o espaço geográfico e o sistema de saúde brasileiro –, o que implicou em uma grande abrangência de perspectivas e complexidade conceitual, impossibilitando explorar todos os pesquisadores e dados desejáveis que estavam disponíveis. Nesta seção, conscientemente, foi priorizada a escolha de autores reconhecidos como referências em suas áreas, em detrimento da maior discussão entre diferentes perspectivas.

Na etapa empírica, foi desenvolvido um estudo de caso sobre o Hospital Alpha, dividindo-o em dois níveis de análise. O primeiro nível investigou, inicialmente, o contexto urbano e mercadológico em que o Hospital Alpha está inserido – a Cidade do Salvador –, considerando-se especificamente a oferta de serviços de saúde existente e os aspectos relacionados ao universo demandante destes. O segundo nível voltou-se para caracterizar operacionalmente o Hospital Alpha e investigar sobre o comportamento dos seus usuários.

Outra limitação foi o fato de que as organizações hospitalares apresentarem, em sua estrutura, serviços de diferentes naturezas, dentre os quais alguns que competem, inclusive, com organizações de menor complexidade, tais como os laboratórios e as clínicas de diagnóstico por imagem, dentre outras. Desta forma, inferiu-se, numa dada etapa do estudo, que a verificação do comportamento do usuário dependia, em grande medida, do serviço prestado e, numa escala menor, da organização em si, prestadora do serviço.

A partir da análise dos conceitos levantados na literatura e dos achados verificados no estudo de caso, pode-se notar que os resultados incorporaram algumas contribuições para o tema em discussão e a indicação de perspectivas futuras de aprofundamento.

Através dos resultados alcançados, são verificadas realidades bastante distintas em relação aos perfis dos usuários atendidos no Hospital estudado. Por um lado, nota-se que o usuário internado é responsável pela geração de 89,1% da receita da organização, frente a 10,9% dos usuários externos, que não necessitaram de internação. Por outro lado, a localização do Hospital apresenta-se como fator de maior importância para a escolha da organização justamente pelos usuários externos, enquanto que os internados demonstraram pequena percepção quanto à relevância desse item.

No entanto, a importância do usuário externo parece estar relacionada à ocupação da capacidade ociosa dos recursos disponíveis no Hospital Alpha, tanto quando ao fato de que estes atendimentos ambulatoriais podem conduzir estes pacientes para atendimentos mais complexos, geradores de maior receita, exigindo, inclusive, internação. Isto pode ser evidenciado pela verificação de que 32% dos usuários internados é originado do serviço de emergência.

A compreensão de que a realidade do segmento suplementar de saúde diferencia-se, entre outros aspectos, pela existência de três atores inter-relacionados, é reforçada por alguns fatos que se destacam. Verifica-se, por exemplo, a importância da construção de um Centro Médico anexo ao hospital, abrigando cerca de 200 profissionais que, juntos, foram responsáveis por cerca de 65% dos usuários internados, no ano de 2004. Destaca-se, ainda, a importância da inter-relação da organização hospitalar com outras organizações de menor

complexidade, através da freqüente transferência de pacientes em situações que se fazem necessárias. Além disto, nota-se que a disponibilidade de credenciamento com planos de saúde configura-se como um delimitador da escolha pelos associados destas operadoras de saúde.

De uma maneira geral, os resultados encontrados possibilitam o aprofundamento da compreensão sobre a organização hospitalar, e, em especial, sobre o comportamento dos seus usuários no que diz respeito à questão espacial. Com isso, atende-se plenamente aos objetivos propostos, devendo-se, contudo, ressaltar que, em virtude dos métodos adotados, não foi possível oferecer generalizações dos resultados alcançados.

Em adendo, dando continuidade a essa pesquisa exploratória, vislumbra-se a realização de outras pesquisas, no futuro, que amplie e enriqueça o conhecimento até aqui produzido, atendendo aos seguintes objetivos:

- a) repetir a pesquisa junto a usuários de outros hospitais, correlacionando as percepções de valor dos usuários frente a diferentes contextos;
- b) analisar o comportamento dos usuários de serviços de saúde sob perspectivas distintas, tais como classe social, gênero, idade, aspectos psicográficos e etnia;
- c) localizar, através de mapeamento, as residências dos usuários de organizações hospitalares privadas, buscando identificar a área de influência dos diversos serviços prestados;
- d) realizar um levantamento de campo junto a uma população residente em área geográfica previamente delimitada, buscando compreender as relações de origem e destino dos seus deslocamentos em busca de serviços de saúde;
- e) propor e testar um modelo analítico que contemple a inter-relação entre aspectos socioeconômico-demográficos e epidemiológicos, de modo a se estabelecer um índice de potencial mercadológico que

retrate a demanda por serviços de saúde nas diversas áreas que compõem um tecido urbano;

- f) propor e testar um modelo de distribuição de organizações privadas prestadoras de serviços de saúde que contemple, além das questões já identificadas nos modelos vigentes, as inter-relações existentes nos três principais atores envolvidos no segmento suplementar – os prestadores de serviço, as operadoras de saúde e os usuários.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica Brasil**, 2003. Disponível em: <www.abep.org> Acesso em 08 dez 2005.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Entenda o setor**, 2005. Disponível em <www.ans.gov.br>. Acesso em 13 dez 2005.

BAHIA, Ligia. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: UNICAMP, 2001. 325-362p.

BORBA, Valdir Ribeiro. **Administração hospitalar: princípios básicos**. 3. ed. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde (CEDAS), 1991.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CASTRO, Márcio Luiz de; FREIRE, Hércules Vander de Lima; ZATTA, Fernando Nascimento. **Instituições filantrópicas hospitalares: como determinar o ponto de equilíbrio entre as isenções e os déficits gerados pelo SUS**. In: 3º CONGRESSO USP CONTROLADORIA E CONTABILIDADE, 2003, São Paulo (SP). Disponível em <www.eac.fea.usp.br/congressousp>. Acesso em: 04 abr. 2004.

CERQUEIRA, Pedro Augusto Bittencourt. **Alinhamento entre as estratégias da tecnologia da informação e as estratégias empresariais em organizações hospitalares**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado em Administração Estratégica. Salvador: UNIFACS, 2004.

CHURCHILL JR, Gilbert; PETER, J. Paul. **Marketing: criando valor para os clientes**. 2. São Paulo: Saraiva, 2005.

COBRA, Marcos; ZWARG, Flávio A. **Marketing de serviços: conceitos e estratégias**. São Paulo: Atlas, 1986.

COSENZA, Gilvânia Westin. **Distribuição espacial e acesso da população aos serviços de saúde**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

FREITAS, Ana Augusta Ferreira; HEINECK, Luiz Fernando Mählmann. Metodologia de segmentação de mercado pela associação direta entre produtos e clientes. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, 25. 2001, Campinas. **Anais eletrônicos**. 2001. 1 CD-ROM.

FUJITA, Masahisa; KRUGMAN, Paul; VERNABLES, Anthony J. **Economia espacial: urbanização, prosperidade econômica e desenvolvimento humano no mundo**. São Paulo: Futura, 2002.

GALVÃO, Roberto Diéguez; NOBRE, Flávio Fonseca; VASCONCELLOS, Miguel Murat. **Modelos matemáticos de localização aplicados à organização espacial de unidades de saúde**. Revista de Saúde Pública, 33, 422-34, 1999. Disponível em <www.fsp.usp.br/rsp>. Acesso em 22 mai 2004.

GRÖNROOS, Christian. **Marketing: Gerenciamento e serviços**. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

HOFFMAN, K. Douglas; BATESON, John E. G. **Princípios de marketing de serviços: conceitos, estratégias e casos**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

HOSPITAL ALPHA. **Relatório da pesquisa interna de satisfação dos usuários**. Salvador, 2005a.

_____. **Relatório de gestão**. Salvador, 2005b.

_____. **Relatório estatístico do serviço de arquivo médico e estatística**. Salvador, 2005c.

IAZIGI, Jorge Luis. **O marketing na indústria médica: uma análise do sistema de distribuição de serviços médicos**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado em Administração da Fundação Getúlio Vargas. São Paulo: FGV, 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**, 2001. Disponível em: <www2.ibge.gov.br>. Acesso em 15 nov 2005a.

_____. **Pesquisa de assistência médico sanitária**, 2002. Disponível em: <www2.ibge.gov.br/pub>. Acesso em 17 mai 2004a.

_____. **Pesquisa de orçamentos familiares**, 1997. Disponível em: <www2.ibge.gov.br>. Acesso em 15 nov 2005b.

_____. **Pesquisa nacional por amostragem domiciliar**, 2003. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br>>. Acesso em 17 mai 2004b.

KARSAKLIAN, Eliane. **Comportamento do consumidor**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

KOTLER, Philip. **Administração de marketing**. 10. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2000.

KOTLER, Philip. **Administração de marketing**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

LIMA-GONÇALVES, Ernesto; ACHÉ, Carlos Augusto. O hospital-empresa: do planejamento à conquista do mercado. **Revista de Administração de Empresas/ FGV**, São Paulo, v.39, n1, pp 84-97, 1999.

LIMA-GONÇALVES, Ernesto. Condicionantes internos e externos da atividade do hospital-empresa. **Revista de Administração de Empresas/ FGV**, São Paulo, v.1, n2, pp 01-20, 2002.

LIMA-GONÇALVES, Ernesto. Estrutura organizacional do hospital moderno. **Revista de Administração de Empresas/ FGV**, São Paulo, v.38, n1, pp 80-90, 1998.

LOURES, Carlos Augusto da Silva. **Um estudo sobre o uso da evidência física para gerar percepções de qualidade em serviços: casos de hospitais brasileiros**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado em Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2003.

LOVELOCK, Christopher; WRIGHT, Lauren. **Serviços: marketing e gestão**. São Paulo: Saraiva, 2003.

MAÇADA, Antônio Carlos Gastaud; BECKER, João Luiz. Sistema de planejamento dos recursos de saúde. **Revista de Administração**, São Paulo, V.29, n.3, p.33-40, julho/setembro, 1994.

MAC-ALLISTER, Mônica. Emergência do espaço organizacional para a gestão social. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL SOBRE PODER LOCAL, 9. 2003, Salvador. **Anais eletrônicos**. Salvador: UFBA, 2003. 1 CD-ROM.

MAGALHÃES, Júlio César; RODRIGUES JUNIOR, Teobaldo. **A Contabilidade gerencial via sistemas de informação aumenta receitas e resultados no Hospital Português**. Salvador: Faculdade Visconde de Cairu, 2004.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O sistema único de saúde: um processo social em construção**. Disponível em: <www.opas.org.br/rh/publicacoes>. Acesso em 23 abr 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Glossário de termos em saúde**. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/dicionario.htm>. Acesso em: 02 jun. 2003.

_____. **Norma operacional de assistência à saúde – Sistema Único de Saúde, 01/01, 2001**. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 02 jun. 2003b.

_____. **Norma operacional de assistência à saúde – Sistema Único de Saúde, 01/02, 2002**. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 02 jun. 2003c.

_____. **O CNS e a construção do SUS:** Referências estratégicas para a melhoria do modelo de atenção à saúde. 2003. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 02 jun. 2003d.

OLIVA, Flávio Alberto; BORBA, Valdir Ribeiro. **BSC – balanced scorecard:** ferramenta gerencial para organizações hospitalares. São Paulo: Latria, 2004.

PARENTE, Juracy Gomes; KATO, Heitor Takashi. Área de influência: um estudo exploratório de um modelo quantitativo para previsão. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, 25. 2001, Campinas. **Anais eletrônicos.** 2001. 1 CD-ROM.

RAIA JUNIOR, Arquimedes Azevedo Néelson. **Acessibilidade e mobilidade na estimativa de um índice de potencial de viagens utilizando redes neurais artificiais e sistemas de informações geográficas.** Tese apresentada ao Programa de Doutorado da Escola de Engenharia da Universidade de São Paulo, São Carlos, 2000.

REHEM, Renilson. **O Sistema público de saúde brasileiro.** Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 02 jun. 2003.

RODRIGUES, Paulo Henrique. **Responsabilidade dos gestores públicos de serviços de saúde.** Disponível em <www.ans.gov.br>. Acesso em: 10 out. 2005.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A Crítica da razão indolente:** contra o desperdício da experiência. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SANTOS, Milton. **A Natureza do Espaço.** 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

SANTOS, Milton. **Técnica, espaço, tempo:** globalização e meio técnico-científico informacional. São Paulo: Hucitec, 1999.

SATO, Fábio Ricardo Loureiro; MALIK, Ana Maria. A Utilização de um Modelo de Expansão da Infra-Estrutura Hospitalar Baseado em Unidades Satélites. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, 29. 2005, Brasília. **Anais eletrônicos.** 2005. 1 CD-ROM.

SCATENA, João Henrique Gurtler. **Avaliação da descentralização da assistência à saúde no estado de Mato Grosso.** Tese apresentada ao Programa de Doutorado do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2000.

SCHIFFMAN, Leon G.; KANUK, Leslie Lazar. **Comportamento do consumidor.** 6. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2000.

SERAFIM, José Américo. **Geoprocessamento no SUS: o que é e como utilizar os sistemas atuais.** Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em

Administração do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

SICSÚ, Bernardo. **Seguro saúde no Brasil dos anos 90**: uma análise da competição empresarial como subsídio ao desenvolvimento da experiência regulatória. Tese de Doutorado em Medicina apresentada ao Programa de Doutorado do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

SILVA, Fábio Gomes. Fundamentos da excelência – clínicas médicas. In: **Gestão de Clínicas Médicas**. São Paulo: Futura, 2004. 23-42p.

SILVEIRA, José Agenor Mei; HAYASHI, Luciana K. Epidemiologia e marketing. In: **Gestão de Clínicas Médicas**. São Paulo: Futura, 2004. 183-193p.

SILVEIRA, José Agenor Mei; HAYASHI, Luciana K. Segmentação de mercado. In: **Gestão de Clínicas Médicas**. São Paulo: Futura, 2004. 213-218p.

SILVEIRA, Teniza da; EVRARD, Yves. Um estudo sobre a gestão do conhecimento sobre valor para o cliente em grandes empresas brasileiras. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, 25. 2002, Campinas. **Anais eletrônicos**. 2002. 1 CD-ROM.

SOUZA NETO, Arcanjo Ferreira. Compreendendo o processo de escolha do consumidor utilizando dois modelos cognitivos: um estudo comparativo no setor de serviços. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, 28. 2004, Curitiba. **Anais eletrônicos**. 2004. 1 CD-ROM.

SUPERINTENDENTE MÉDICO DO HOSPITAL ALPHA. **Depoimento** [out. 2005]. Entrevistador: F. Marinho. Salvador, 2005. 1 cassete sonoro (120 min), estéreo.

UNGLERT, Carmem Vieira de Souza. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, vol. 24, São Paulo, 1990.

URBAN SCIENCE BRASIL. **Diagnóstico de potencial**: empreendimentos de assistência à saúde. Salvador, 2001.

VASCONCELLOS, Miguel Murat. Modelos de localização e GIS na assistência materna. In: GISBRASIL, 4. 1998, Curitiba. **Anais eletrônicos**. 1. Fatorgis, 1998. Acessado em abril/98, em www.fatorgis.com.br.

VASCONCELLOS, Miguel Murat. **Modelos de localização e sistemas de informações geográficas na assistência materna e perinatal**: uma aplicação no município do Rio de Janeiro. Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Doutorado da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: URFJ, 1997.

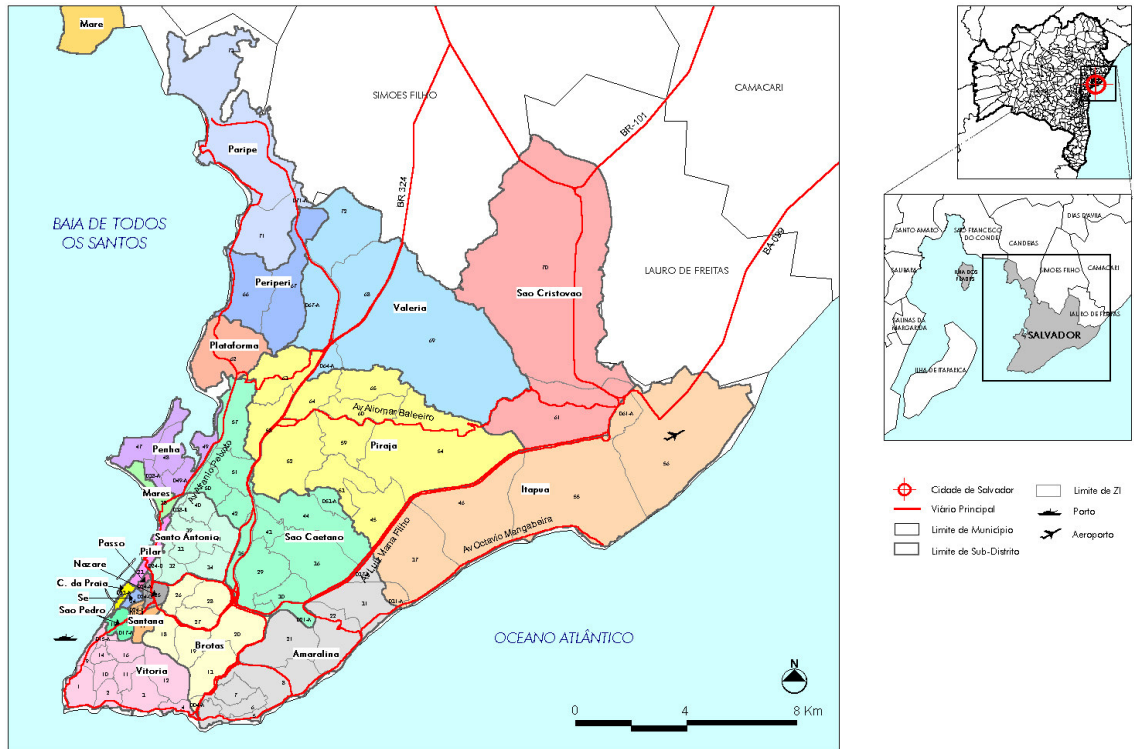
VASCONCELOS, Pedro de Almeida. *Categorias e conceitos fundamentais na geografia*. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL SOBRE PODER LOCAL, 9. 2003, Salvador. **Anais eletrônicos**. Salvador: UFBA, 2003. 1 CD-ROM.

WEINSTEIN, Art. **Segmentação de mercado**. São Paulo: Atlas, 1995. 314p.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Figura ilustrativa referente a mapa da divisão territorial de Salvador em zonas de informação e subdistritos, em 2000.



APÊNDICE B – Tabela relativa à divisão territorial da Cidade do Salvador, em zonas de informação, e correspondência em relação aos bairros, em 2000.

Zona de Informação - ZI	Bairros
001	Barra
002	Jardim Apipema Morro do Gato Morro do Ipiranga
003	Ondina
004	Rio Vermelho I
004-A	Rio Vermelho I
005	Rio Vermelho II
006	Nordeste de Amaralina I
007	Nordeste de Amaralina II
008	Pituba
009	Vitória Campo Grande
010	Graça
011	Alto das Pombas São Lázaro Campo Santo Federação
012	Engenho Velho da Federação Federação
013	Horto Florestal Candeal de Brotas
014	Canela
015	Centro Histórico
015-A	Centro Histórico
015-B / 25-A	Centro Histórico Nazaré
016	Garcia

Zona de Informação - ZI	Bairros
017	Fonte Nova
017-A	Barris
018	Boa Vista de Brotas Engenho Velho de Brotas
019	Acupe de Brotas
020	Brotas
021	Parque Nossa Senhora da Luz Itaigara
021-A	Antigo Joquei Club
022	STIEP Armação
023 / 38-C / 24-B	Frederico Pontes Petrobrás Pilar Calçada
023-A	Frederico Pontes
024	Rua Chile Elevador Lacerda
024-A	Pilar Passo
024-C	Baixa dos Sapateiros
024-D	Santo Antônio
024-E	Baixa dos Sapateiros
025	Nazaré Saúde
026	Matatu Pitangueiras
027	Cosme de Farias
028	Luiz Anselmo Vila Laura

Zona de Informação - ZI	Bairros
029	Cabula
030	Pernambués
031	Boca do Rio
031-A	Boca do Rio
032	Barbalho Lapinha
033	Caixa D'Água
034	Quintas Cidade Nova
035	Avenida Heitor Dias Acesso Norte
036	19 BC
037	Pituaçu
037-A	Pituaçu
038	Calçada Mares Roma
038-A	Mares Roma
038-B	Calçada
039	Liberdade I
040	Liberdade II
041	IAPI
042	Fazenda Grande
043	São Gonçalo do Retiro
044	Dois Irmãos Engomadeira

Zona de Informação - ZI	Bairros
045	Centro Administrativo da Bahia - CAB
046	Piatã Patamares
047	Bonfim Ribeira
048	Alagados I
049	Alagados II
049-A	Alagados II Voluntários da Pátria
050	São Caetano I
051	São Caetano II
052	Mata Escura
053	Sussuarana
053-A	Sussuarana
054	Paralela Estrada Velha do Aeroporto
055	Macro-Zona - Itapoã
056	Aeroporto Praia do Flamengo Stella Maris
057	Lobato Pirajá
058	Campinas
059	Pau da Lima
060	Sete de Abril
061	Mussurunga São Cristóvão
061-A	São Cristóvão
062	Plataforma

Zona de Informação - ZI	Bairros
063	Pirajá
064	Pirajá Porto Seco
064-A	Pirajá
065	Castelo Branco
066	Escada Periperi
067	Parque São Bartolomeu
067-A	Parque São Bartolomeu
068	Valéria
069	Águas Claras
070	Macro-Zona - Estrada CIA - Aeroporto
071	Coutos
071-A	Felicidade
072	Limite com a USIBA
073	Macro-Zona - Paripe - Base Naval
074	Ilhas de Bom Jesus dos Passos, Santo Antonio, Itapipuca e dos Frades.
076	Ilha de Maré